

BASI ÜLSERİNE YAKLAŞIM

Doç.Dr. Murat Varlı - Dönem 5 Geriatri Ders Notları

Tanım ve epidemiyoloji

Bası ülseri lokal bir doku nekrozudur. En önemli faktör basınçtır. Yatak yarası, dekubitus ülseri olarak da isimlendirilir. Basınç etkisiyle kemik çıkıntılarının bulunduğu yerlerde sıklıkla görülür. En sık lokalizasyonlar sakrum, iskiyal çıkıntılar, trokanter vetopuk bölgeleridir.

Bası ülseri sıklığı yatan yaşlı hastalarda %15'ler civarındadır. Yatış süresince yeni bası yarası gelişme sıklığı %8-30 arasındadır. Bası yarası genellikle hastaneye yatışların ilk 2 haftasında gelişir. (yoğun bakımlarda ilk 5 günde gelişir). Yoğun bakıma kabul edilen hastaların yarısından fazlasında bası yarası görülür. Hastanelere benzer şekilde kurumsal bakımveren huzurevi, bakımevi gibi merkezlerde de sık görülür. Bası ülserinin en önemli komplikasyonu sepsis gelişimidir. Ağrı ve rahatsızlık hissi en sık komplikasyonlardandır. Diğer enfesiyöz komplikasyonlar yara enfeksiyonu, selülit ve osteomyelittir.

Bası ülseri sıklığı ve ciddiyeti uzun dönem bakımveren kurumlarda bakım kalitesinin belirleyicisi olarak kullanılır.

Patofizyoloji

Bası ülserleri deri ve altındaki dokuların mekanik hasarına bağlı gelişir. Basınç, yırtılma, sürtünme ve nem primer etkenlerdir. Basınç, dokuda hipoksi ve iskemiye yol açar. Sırt üstü pozisyonda oksipital bölge, sakrum ve topuklar yüksek basınca maruz kalırken, oturur pozisyonda iskiyal tuberositaslar, yan yatakinden tronkanterler yüksek basınçla karşılaşılır. Yüksek basınç altında kapillerlerde kollaps sonucu tromboz gelişir. Kapillerlerden sızan sıvı doku ödemi ve otolize yol açar. Lenfatik dolaşımın da bozulması doku ödeminin daha da artmasına ve nihayetinde doku nekrozuna neden olur. Basınç süre ve şiddetine bağlı olarak bozulan kan ve lenfatik dolaşımı sonucu dokunun beslenmesi bozulur. Uzaklaştırılmayan hücresel atıklar ve anaerobal metabolizmaya bağlı üretilen toksik ürünler doku iskemisine yol açar. Toksik ürünler hücre membran permeabilitesini bozarak ve dokuda asidoza yol açarak hücre ölümüne yol açarlar. Eğer iskemi aşamasında basınç azaltılırsa kompensatuvar hiperemi nedeniyle doku dolaşımı artırılarak beslenmesi sağlanır ve böylece nekroza gidiş önenebilir. Bu süreçte basınç şiddeti kadar süreside önemlidir. Basınç kemik çıkıntı ve ona temas eden dokuda en fazladır ve aşağı dokulara doğru şiddeti azalır. Dokular Konik şekilde etkilenirler. Yüzeyde küçük bir alanda doku bütünlüğü kaybı varken tabana doğru daha geniş bir alanda doku iskemisi veya hasarı mevcuttur. İskemiye subkutan yağ ve kas dokusunun duyarlılığı deriye göre daha fazladır. Çünkü kas ve yağ dokusu metabolik olarak daha aktif dokulardır. Bu nedenle hipoksiye daha duyarlıdırlar.

Bası ülserinin ilk bulgusu cilt bütünlüğü bozulmadan görülen basmakla solan eritematöz alan olmasıdır. Etkilenen doku hafif ödemli ve ısı artışı da vardır. Bu aşamada bası kalktığında hızla düzelme görülür. Basıncı devam ederse diğer evrelere hızla ilerler. Bası yarasının ilk evresi dokuda basmakla solmayan eritemin olmasıdır(evre1). Bu durum derin dokudaki ciddi doku hasarını ve iskemiye gösterir. Deride renk değişikliği daha yoğun ve koyu kırmızı veya morumsurak renklidir. Çevre dokulara göre biraz daha soğuktur. Bu evrede geri dönüşümlüdür. Bası kalkarsa 1-3 haftada normale dönebilir. Evre 2 bası yarısında deri bütünlüğü bozulmuştur. Epidermis hasarlı olduğu için deride hafif bir çukur veya sıyrık görülür. Uygun yaklaşımlarla genelde 2-4 haftada düzelir. Bu aşama yüzeysel ülser olup eğer düzeltilmezse kronik ve derin dokuları tutan ve deri ve deri altı dokuların hasarı ile karakterize ülser gelişimi ile sonuçlanır. Geniş nekrotik alan ve tüneller görülebilir.(Evre 3-4)

Risk değerlendirilmesi

Bası ülseri gelişimi pekçok faktöre bağlı olduğu için risk değerlendirilmesi önem arzeder. Kuru deri, vücut sıcaklığı artışı, düşük kan basıncı, ileri yaş, malnütrisyon, bozulmuş mental durum, fekal ve üriner inkontinans önemli risk faktörleridir.

Bası yarası tedavisi zor olduğu için oluşumunun önlenmesi daha değerlidir. Bu nedenle tüm kılavuzlar bası yarası gelişimini kolaylaştıran risklerin değerlendirilmesini önermektedir. Bunun için çeşitli risk değerlendirme ölçekleri geliştirilmiştir. Risk değerlendirilmesi hastaneye ve bakımevlerine kabul edilen her yaşlıya öncelikle yapılmalıdır. Sonrasındaki değerlendirmeler periyodik olarak devam etmelidir. Hastanelerde yatan hastalarda 48 saatte bir risk değerlendirilmesi yapılmalıdır. Yoğun bakımlarda günlük, evde bakım alan ve bakımevlerinde kalanlarda ise ilk 4 hafta haftalık olarak risk değerlendirilmesi yapılmalıdır. En sık kullanılan risk ölçekleri Norton ve Braden risk ölçekleridir. Norton ilk geliştirilen(1961) ölçek olup 5 alan içerir. Bunlar fiziksel durum, mental durum, aktivite, mobilite ve inkontinansdır. Her bir parametre 1-4 arasında puan olarak toplam 5-20 arasında değişen puan verilir. Düşük skorlar artmış riski gösterir. 12 ve altındaki skorlar bası yarası için yüksek riski gösterir. Braden skalası 1987 de geliştirilmiş olup 6 kategoriden oluşur. Duyusal algı, nem, aktivite, mobilite, beslenme, sürtünme ve yırtılmadır. İlk 5 kategoride 1-4 puan verilirken son kategori olan sürtünme ve yırtılmada 1-3 arasında puan verilir. Toplam skor 6-23 arasında değişir. Düşük skorlar düşük fonksiyon ve yüksek bası yarası gelişim riski ile ilişkilidir. Hastanede yatan hastalarda bası yarası riski için kesme değeri 16 ve altıdır. Tespit edilen risklere göre bireysel spesifik önleyici stratejiler uygulanmalıdır.

Bası ülseri evresinin belirlenmesi

En sık kullanılan evreleme sistemi ulusal bası ülseri tavsiye panelinin 4 evreden oluşan sınıflandırmasıdır. Bu evreleme 2007 de revize edilerek bazı evreler ilave edilmiştir(tablo 1).

Tablo 1: Ulusal Bası Yarası Tavsiye Paneline göre Dekübit ülseri evrelemesi

Evre 1	Kemik çıkıntısı üzerinde ve lokalize olan, deri bütünlüğünün korunduğu basmakla solmayan kızarıklık olmasıdır. Bu alan çevre dokulara göre ağrılı, sert, hafif sıcak olabilir.
Evre 2	Dermiste parsiyel kaybın olduğu, yara yatağının pembe ve eksüdasız olduğu hafif çukur veya sıyrık şeklinde görülen ülser tablosudur
Evre 3	Dermiste tam kat kayıp ve subkutan yağ dokusu görülebilir. Ancak kas, tendon ve kemiklere ulaşmamış bir ülerdir. Eksüda ve tünel görülebilir.
Evre 4	Kas, tendon ve kemiklerin ülser tabanında görüldüğü derin ülerlerdir. Yara tabanının bir kısmında eskar, eksüda görülebilir. Yine yara altında tüneller görülebilir. Osteomyelite yol açabilir.
Sınıflandırılmayan	Yara tabanı eskar veya eksüda ile kaplıdır. Bu nedenle ülser evresi tespit edilemez. Yaranın gerçek derinliği, mevcut eskar veya eksüdanın kaldırılmasıyla ortaya çıkar.
Derin doku hasarı şüphesi	Sağlam deri üzerinde koyu kırmızı veya morumturak renk değişikliği vardır. Basınç ve yırtılma etkisiyle cilt altı yumuşak dokuda hasarlanma ortaya çıkar. Çevre dokuya göre renk değişikliği dışında etkilenen alan ağrılı, sert, sıcak veya soğuk olabilir.

Bası ülseri iyileşmesinin değerlendirilmesinde de değişik ölçekler kullanılabilir. Ulusal bası ülseri tavsiye panelistleri tarafından geliştirilen bası ülseri iyileşme ölçeği [pressure ulcer scale for healing tool(PUSH)] kullanılabilir. Bu ölçekte yara boyutları, eksüda durumu ve yara tabanındaki dokunun durumu değerlendirilir. Her bir parametre skorlanıp, toplam skor elde edilir. Bu ölçek pratik ve hızlı kullanım için uygun bir ölçektir. Genellikle uygun tedavilerde 1-2 hafta içerisinde yara boyutları küçülmeye başlar. Bası ülerlerinin gelişiminin önlenmesi maliyet etkin ve daha kolaydır. Tedavisi zor ve zahmetlidir. Zaman alır.

Bası ülseri tedavisi

Bası ülseri oluştuktan sonra tedavisinde evrelere göre farklı yaklaşımlar uygulanır. Genel olarak her evredeki yara için varsa nekrotik dokuların uzaklaştırılması(debridmanı) yeterli yara temizliği ve uygun topikal tedavilerin uygulanması şeklindedir. Yaranın debridmanı ile nekrotik dokuların uzaklaştırılması infeksiyon gelişme riskini azaltır, granülasyon dokusu gelişimini hızlandırır. Debridman için mekanik , cerrahi, enzimatik, otolitik, biyocerrahi(larva tedavisi) gibi yöntemler kullanılabilir. Geniş nekroz ve eksüda varlığında cerrahi debridman gerekirken, daha lokalize ve küçük yaralarda ev ve bakımevlerinde bakım verilmesi durumunda enzimatik debridman

tercih edilebilir. Yara temizliğinde antiseptik solüsyonlar kullanılmazlar. Bunlar toksik maddeler olup yara tabanındaki doku fibroblastaları için toksiktirler bu nedenle yara iyileşmesini yavaşlatabilirler. Yara tabanı izotonik solüsyonlarla yıkanabilir. Özel geliştirilmiş hazır yara örtüleri tedavide kullanılabilir. Bunların uygulanması kolay ve pratiktir.

Evre 2 yaralar için transparant veya hidrokolloid yara örtüleri kullanılabilir. Evre 3-4 ve eksüdalı yaralarda hidrojel, hidrofiber, kalsiyum alginat içerikli yara örtüleri, yara yatağını doldurabilen köpükler ve eksüdayı absorbe eden yara örtüleri tercih edilir. Bu örtüler yaranın nemli kalmasını ve hava almasını sağlarken dışardan içeriye, içeriden de dışarıya sızmaları önlerler, eksüdayı hapsederler, bakteriler için bariyer oluştururlar, yara yatağındaki enzimleri aktive ederek nekrotik dokuların otolizine yol açarlar. Ağrıyı azaltırlar çoğunlukla şeffaf ve yarı şeffaf oldukları için yaraların takibine olanak tanırırlar. Ayrıca uygulanmaları kolay olup, genellikle yaranın özelliğine göre değişmekle birlikte günlük değişim gerektirmezler.

Geniş boyutlu, evre 3-4, fazla eksüdalı yaralarda negatif basınçlı yara tedavi sistemleri kullanılabilir. Bası ülserleri tedavisinde lokal tedaviler kadar infeksiyon kontrolü ve ağrı tedavisinde ilaç tedavileri gerekmektedir. Antibiyotik tedavileri lokal veya sistemik olabilir. Sepsis, selülit, osteomyelit varlığında, akut faz reaktantları ve lökosit artışı, ateş durumunda genellikle sistemik antibiyotik tedavileri gerekir. Genellikle bası ülseri etkenleri polimikrobiyal olup, gram negatif, pozitif ve anaerob bakterileri içerir. Bu nedenle sistemik tedavide geniş spektrumlu antibiyotikler tercih edilir. Lokal antibiyotikler yara çevresinde eritem gibi lokal infeksiyon bulguları varsa, optimal tedaviye rağmen 2-4 hafta içerisinde yara iyileşmesi görülüyorsa kullanılır. Bu amaçla gümüş sülfodiazin gibi lokal antibiyotikler kullanılabilir. Lokal antibiyotikler 2 haftadan uzun kullanılmamalıdır. Gereksiz ve uzun kullanılan lokal antibiyotikler direnç gelişimine yol açabilir. Gümüş içerikli yara örtüleri de infekte yaralarda kullanılabilir.

Ağrı tedavisi bası ülseri tedavisinde rutin uygulanan bir tedavi şekli değildir. Hafif ağrılarda topikal anestetik kremler ve yara örtüleri kullanılabilir. Ağrılı yaralarda NSAİ ilaçlar ve gerekirse opioidler de kullanılabilir. Ülser iyileşmesinde beslenme durumunun değerlendirilmesini takiben varsa malnütrisyon düzeltilmelidir. Özellikle yüksek protein içerikli ürünler yara iyileşmesini hızlandırır.(1.25-1.5 g/kg protein, 30-35 kcal/kg enerji)

Bası yarasının önlenmesi

Bası yarasının önlenmesinde özellikle riskli bireylerde pozisyon verme, basınç azaltıcı destek yüzeylerinin kullanılması, beslenme desteğinin sağlanması, genel cilt bakımını içerir. Bası yarası olanlarda da tedavi yöntemleri uygulanırken eş zamanlı koruyucu önlemlerde devam etmelidir. Pozisyon değişikliği hareket kısıtlanması olanlarda bireysel farklılıklar gösterse de ortalama 2 saatte bir yapılmalıdır. Beraberinde basınç azaltıcı önlemler alınmalıdır. Basınç azaltıcı köpük, hava, jel

sistemleri kullanılabilmesi gibi basınç azaltıcı yataklarda kullanılabilir. Ancak bu sistemler kullanılırken pozisyon değişikliği ihmal edilmemelidir. Oturur pozisyonda uzun süreli kalınmamalıdır ve yatak başı elevasyonu 30 derece üzerinde olmamalıdır. Mobilizasyonu kısıtlı, yatan hastalarda kemiklerin birbirine temas ettiği yüzeyler yastıklarla desteklenmeli ve korunmalıdır. Bu bölgeler, dizler, iç malleoller ve topuklardır. Benzer önlemler sadece yatakta yatanlar için değil tekerlekli sandalyeye bağımlı hastalarda da uygulanmalıdır. Tekerlekli sandalye kullanım durumunda 15 dakikada bir pozisyon değiştirilerek kalçalara binen yük dağıtılmalıdır. Deri bakımında günlük bası altındaki bölgelerin izlenmesi varsa aşırı nemin önlenmesi ve inkontinansın saptanıp tedavisi ve uygun şekilde cilt hijyeni yapılması önemlidir. Cildin fazla kurumaması da önlenmeli ve cildi tahriş etmeyen cilt PH'sına uygun bariyer kremler düşünülmelidir. Kızarıklık olan bölgelere perfüzyonu bozabileceğinden masaj yapılmamalıdır.

Bası yarası yönetiminde günümüzde kabul edilen en önemli yaklaşım riskli bireylerin belirlenip önleyici yaklaşımların hemen uygulanmaya başlanmasıdır. Özellikle programlı pozisyon değişikliği, basınç azaltıcı destek yüzeylerinin kullanılması, beslenmenin düzeltilmesi en önemli önleyici stratejilerdir. Tüm önlemlere rağmen bası yarası geliştiğinde hem koruyucu hemde tedavi edici yaklaşımlar birlikte uygulanmalıdır.

ÖNERİLEN KAYNAKLAR:

Basılı kaynak:

1. Pınar R, Karan MA. Bası yaraları. In: Geriatri. Eds: Mas MR, Işık AT, Karan MA, Beğler T, Akman Ş, Ünal T; 1. Basım 2008; 1347-1376.
2. Bates-Jensen BM. Pressure ulcers. In: Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. Eds: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S; Sixth Edition 2009; 703-716.

Elektronik kaynaklar:

1. www.uptodate (Pressure ulcers)