

## ÇOCUK BEZİ BASISINA BAĞLI GLUTEAL NEKROZ: OLGU SUNUMU

### GLUTEAL NECROSIS DUE TO DIAPER PRESSURE: CASE REPORT

Emin Kapı, Mehmet Bozkurt.

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği ve Yanık Merkezi, Diyarbakır

#### ÖZET

Bası yaraları pediatrik yaş grubunda, erişkinlere kıyasla daha az oranda karşımıza çıkmaktadır. Bası yarası gelişen pediatrik olgularda sıklıkla ek sistemik hastalık, immobilité ve duyu bozukluğu gibi problemler bulunmaktadır. Bu tür problemlerin bulunmadığı olgularda ise bası yarası gelişimi, alışılmadık nedenlere bağlı olarak ortaya çıkar. Bu çalışmada, çocuk bezi kullanımı sonrası gluteal bölgede bası yarası gelişen infantil dönemdeki olgu sunulmuştur. Olgu kliniğe yatırılıp gluteal nekrotik doku defektine debridman uygulanmış, yara bakımı programının ardından kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım uygulanmıştır.

Bebek bakımını üstlenen ebeveynlerin, konuşma yetisi olmayan ve herhangi bir nedenle anormal tepkiler veren bebeğin sorununu çözmek amacıyla oldukça titiz davranmaları gerekmektedir. Olgumuzda gözlemediği gibi, vücudunun bir bölgesi basınç altında kalan bebeğin ebeveynleri sorunu çözmekte geç kalmış ve ortaya çıkan nekrotik defektler bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilemiştir. Bunun yanısıra bu tür ihmallere, ebeveynlerin hukuki açıdan sorumlu tutulacağı ve cezai müeyyidelerin uygulanacağı problemler oluşturabilir. Bu nedenle ebeveynlerin bu konuda eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi için gerekli medya ve toplumsal kuruluşların rolü büyüktür. Yaptığımız literatür taramasında, bebeklik döneminde çocuk bezi basısına bağlı olarak gelişen bası yarasına dair herhangi bir veriye rastlamadık. Bu nedenle olgumuz, alışılmadık bir etiyojolojiye sahip olması bakımından oldukça ilgi çekicidir.

Anahtar kelimeler; Bası yarası, çocuk bezi, gluteal nekroz

#### ABSTRACT

We encounter fewer cases of pressure sores in the pediatric age group when compared to adults. There are often problems such as additional systemic disease, immobility and sensory impairment in the pediatric case in which the pressure sore develops. In the cases in which there are not such problems, the pressure sore development emerges due to unfamiliar reasons. At this study, the case in the infantile period in which the pressure sore develops in the gluteal area after diaper usage is presented. The case has been hospitalized and debridement has been applied to the gluteal necrotic tissue defect, after the wound care program repairment with partial thickness skin graft has been implemented.

Parents taking care of the baby have to make tiny distinctions in order to solve the problem of the baby reacting abnormally because the baby does not have the ability to talk or of any reason. As monitored in our case, the parents of the baby a part of whose body was under pressure were late to find a solution and the necrotic defects occurred has affected baby's health negatively. On the other hand, such carelessness cause problems that parents would be held responsible juridically and cause problems to impose penal sanctions. Therefore the role of the media and social organizations essential for educating and raising the awareness of the parents about this case is important. In the literature review we have made, we have not come across with any parameter about the pressure sore developing due to diaper pressure in babyhood. Therefore, our case is rather interesting in terms of its unusual etiology.

Keywords; Pressure sore, napkin, gluteal necrosis

## GİRİŞ

Bası yaraları kişide psikolojik ve fizyolojik açıdan yıkıma neden olan, morbidite ve mortalite riskini arttıran iskemik doku kayıplarıdır.<sup>1,2</sup> Bu durum, immobil ya da duyu bozukluğu bulunan olgularda gözlenir ve vücudun özellikle kemik çıkıntısı bulunan alanlarında oluşma eğilimindedir.<sup>2</sup> Bası yaraları derinin basınca aşırı şiddette ya da sürede maruz kalması sonucunda oluşurlar. Basıncın ve iskeminin en çok olduğu bölgelerde doku hasarı en fazla olurken, nekroz tabana ve yanlara doğru ilerler. Bu durum sıklıkla komorbiditesi bulunan erişkin olgularda gözlenirken, bazı durumlarda pediatrik olgularda da

karşımıza çıkmaktadır.<sup>3</sup>

Pediatrik yaş grubunda bası yarası gelişim riski oldukça düşük orandadır. Buna paralel olarak bu yaş grubunda ortaya çıkan bası yaraları ile ilgili yapılmış kapsamlı çalışmaların sayısı da oldukça azdır.<sup>3</sup> Pediatrik popülasyonda bası yarasına yol açan birçok faktörün bulunduğu bilinmektedir. Bu risk faktörleri intrinsik ve ekstrinsik olmak üzere 2 grupta incelenir. İntrinsik risk faktörleri arasında uzun süre ve derecede bası, sürtünme, nem; ekstrinsik risk faktörleri

arasında ise perfüzyon bozukluğu, malnütrisyon, enfeksiyon, anemi ve immobilité sayılabilir.<sup>4</sup> PEDIATRİK olgularda bası yarası etiolojisinde, medikal cihaz ve gereçler büyük çoğunluğu oluşturmaktadır.<sup>4,5</sup> Bu çalışmada, alışılmadık bir etiolojik neden olan çocuk bezi basısı sonrası gelişen gluteal nekrotik doku defekti olgusu sunulmaya çalışılmıştır.

## OLGU SUNUMU

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi polikliniğine Ekim 2010 tarihinde gluteal doku defekti nedeni ile başvuran 7 aylık kız çocuğu değerlendirmeye alındı. Olgunun fizik muayenesinde; her iki medial süperior uyluk sahasından başlayıp perineal bölgeyi de içerecek şekilde posteriora doğru uzanan ve iskiyal-gluteal alanı içine alan; solda yaklaşık 5x12 cm, sağda ise yaklaşık 8x19 cm boyutlu, defektin merkezinde tam kat nekroz alanları bulunan, defekt laterali ve nekrotik dokunun altında ise akıntılı, kötü kokulu enfekte sahalar bulunduran doku defekti mevcuttu (Şekil 1).

Olgunun yakınlarından alınan anamneze göre; 1 hafta önce sabah saatlerinde bebeğin alt bezini bağladıklarını, öncesinde o bölgede herhangi bir yara ya da lezyon bulunmadığını, o bölgeye herhangi bir cismin batmadığını ifade etmekteydiler. Ardından 4 saat süren bir yolculuğa çıktıklarını, yolculuk esnasında bebeğin ağlamaya başladığını, ancak bebeğin annesinin, bebeğin başka bir nedenle ağlıyor olabileceğini düşünmesi nedeniyle alt bezini kontrol etme ihtiyacı hissetmediğini, yolculuk boyunca bebeği kucakta oturur pozisyonda taşıdıklarını ve bebeğin huzursuzluğunun düzelmediğini belirtmekteydiler. 4 saat sonra bebeğin alt bezini açtıklarında, bezin idrarla ıslanmış olduğunu ve bezin kenarlarının deriye temas ettiği hat boyunca derinin morarmış olduğunu, uyluk bölgelerinin ise benekli bir görünümde olduğunu gözledikleri anlaşılmaktaydı. Bebeği bu tablonun oluşmasından 3 gün sonra sağlık kuruluşuna götürdüklerini, sağlık kuruluşunun ise ayaktan pansumanla takip önerdiğini belirtmekteydiler. Olaydan 1 hafta geçmesinin ardından yarasının ağırlaşması üzerine bölümümüze başvuran olgu, kliniğimize yatırılarak takip ve tedavi altına alındı.

Olguya yatışının ilk gününde yapılan sistemik muayenede, vücut ağırlığının 6,5 kg olduğu ve genel görünümünün zayıf ve düşkün olduğu gözlemlendi. Yapılan rutin kan tetkiklerinde beyaz küre; 27,300 K/UL, trombosit; 657,000 K/UL, total protein; 3,0 gr/dl ve albümin; 1,9 gr/dl olarak saptandı. PEDIATRİ bölümünde yapılan değerlendirmede bebeğin düşük ağırlıklı olduğu belirlendi. Diğer sistem bulgularında herhangi bir ek patoloji saptanmadı. Diyet konsültasyonu istenerek olguya gerekli besin desteği sağlandı. Olguya profilaktik ampisilin-sulbaktam (Ampisid® 250 mg flakon, Mustafa Nevzat İlaç Sanayii AŞ, İstanbul, Türkiye) tedavisi başlandı.

Yatışının ilk gününde olguya genel anestezi altında debridman uygulandı (Şekil 2). Operasyon sırasında doku kültürü örneği alındı. Debridman sonrasında olgu günlük klorheksidin içeren parafinli örtüler (Lomatuelle-H®, Kurtsan Medikal Sanayii ve Ticaret AŞ, İstanbul, Türkiye) ile lokal yara bakımı programına alındı. Yara yeri kültürü sonucunda yara yerinde Escherichia coli kontaminasyonu saptandı ve enfeksiyon kliniğine danışılarak antibiyotik tedavisine 10 gün süreyle imipenem silastatin sodyum (Tienam® 500 mg, Merck Sharp&Dohme İlaçları Ltd. Şti, İstanbul, Türkiye) flakon ile devam edildi. Olguya üriner diversiyon ya da kolostomi uygulanmadı. Alternatif olarak bebeğin her alt bezi değişiminde pansuman tekrarlandı ve pansuman materyalinin yüzeyi adeziv örtü (Opsite® drape, Smith&Nephew Ltd, UK, Ireland) ile kapatılarak yaranın dış ortamdan izolasyonu sağlandı. 15 günlük yara bakımı programının ardından sol gluteal bölgede bulunan defekt sekonder epitelize oldu. Sağ gluteal defekt ise, uyluktan alınan kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı (Şekil 3). Operasyon sonrası erken dönemde silikon tedavisine başlandı. Olgunun takiplerinde herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadı (Şekil 4).



Şekil 1. Olguda bulunan gluteal nekrotik defektlerin operasyon öncesi görünümü



Şekil 2. Gluteal defektlerin debridman sonrası görünümü



**Şekil 3.** Sol gluteal defektin sekonder epitelizasyon ile iyileşmiş görünümü ve sağ gluteal defektin ise kısmi kalınlıkta deri greftlemesi ile kapatılmasından sonraki erken



**Şekil 4.** Olgunun taburcu sonrası takiplerindeki görünümü

### TARTIŞMA

Pediyatrik popülasyonda gözlenen bası yarası prevalansı % 0,47-23 arasında değişmektedir.<sup>1,6-9</sup> Bası yaraları pediyatrik hastalarda da erişkinlere benzer şekilde ağrı, enfeksiyon riski ve kalori kullanımında artışa yol açar.<sup>1,10-16</sup> Ancak pediyatrik olguların sağlık durumları erişkinlere kıyasla oldukça farklıdır. Bu yaştaki olgularda morbidite riski daha azdır ve sonuçlar daha çok yüz güldürücüdür.<sup>1</sup> Ancak, beslenme yetersizliği olan çocuklarda bası yarası gelişim riskinin arttığı da, bilinen bir gerçektir.<sup>1,10,11,13,17</sup> Hastaneye yatırılarak tedavi edilen pediyatrik bası yarası olgularının % 15-20'sinde yetersiz beslenme saptanmıştır. Bu olgularda gözlenen hipoalbuminemi nedeniyle üçüncü boşluğa sıvı kaçıışı gerçekleşmekte ve dokunun basınca ve sürtünmeye toleransı azalmaktadır.<sup>4</sup> Olgumuzda gözlenen geniş ve derin nekrotik defektin nedeninin de bu mekanizma olduğu düşünülmektedir. Beslenme bozukluğu bulunan olgularda derinin basınca dayanıklılığını arttırmak amacıyla protein, sıvı, kalori ve vitamin desteği şarttır.<sup>4,18,19,20</sup> Olgumuzun takip sürecinde bu besin öğeleri destek amacıyla kullanılmış ve bu sayede 15

günlük tedavi periyodu sonunda olgu şifa ile taburcu edilmiştir. Bu durumda olgunun kritik bir hastalığının bulunmaması da etkili faktörler arasında sayılabilir.

Bası yaralarının risk analizinde kullanılan birçok skala mevcuttur. Glamorgan skalası pediyatrik yaş grubunda kullanılan güvenilir bir parametredir.<sup>1</sup> Bu skalaya göre; pediyatrik yaş grubunda bası yarası oluşum riski ile ilgili 11 parametrenin varlığı değerlendirilmektedir.<sup>4</sup> Olgumuzda bu parametrelere düşük yaş, minimal mobilite, deride sürtünme etkisi ve benekli görünüm, yetersiz beslenme, serum albümin düzeyinin 3,5 g/dl'den düşük olması, ağırlığın 10. persentilden düşük olması, pozitif parametreler arasında idi. Bu bulgulardan hareketle, özellikle beslenme desteği yetersiz olan pediyatrik olgularda, dış etmenlere bağlı mekanik bası riskinin dramatik şekilde yükseldiği akılda tutulmalıdır.

Neonatal ve çocuklarda bası yaralarının % 50'sinden fazlasında etken, genellikle kullanılan ekipman ve gereçlere bağlıdır.<sup>1,4,5</sup> Bunlar arasında oksijen maskesi, nazal airway, sandalye, oturma yastığı gibi materyaller bulunmaktadır.<sup>4,5</sup> Çocuğun büyümesine paralel olarak bu gereçlerin boyunun değiştirilmesi gerekir ve bu değişimin aksatılmadan zamanında yapılması şarttır.<sup>4</sup> Olgumuzda rastladığımız etioloji klasik nedenlerden oldukça farklı ve şaşırtıcıdır. Bu nedenle yapılan ayrıntılı ayırıcı tanı incelemelerinde, anamnezden elde edilen bilgiler ile yapılan kan tetkiklerinden elde edilen veriler ışığında; uylukta meydana gelen benekli görünüm ve bezin kenarlarının deriyle temas ettiği yerlerin morarmış olması, dolaşım bozukluğu geliştiğini düşündürmüş ve tanının bası yarası şeklinde kesinleşmesini sağlamıştır. Anamnez derinleştirildiğinde, ebeveynlerin kullandığı bebek bezinin yaşına göre kullanılan bezlerden daha küçük boyda olduğunu, sosyoekonomik nedenlerden ötürü açık pazar yerinden satın alındığını ve orijinal ürün olmadığını, dolayısıyla boyunun ve kalitesinin yetersiz olduğunu saptadık.

İnfant ve çocuklarda ayak, dirsek ve kalça bölgeleri bası altında kalma riski bulunan bölgelerdir.<sup>4</sup> Kalçalar özellikle oturma dönemindeki bebeklerde basıya maruz kalırlar. Normal şartlarda minimal hareketler dahi, derinin perfüzyonunun bozulmasını engeller. Ancak olgumuzda bebek bezinin sirküler olarak kalçayı sıkı bir şekilde sarması, bebeğin huzursuzluğu ve hareketlenmesine rağmen basının sürekli hale gelmesine neden olmuştur. Annenin bebekle ilgilenmek istemesi nedeniyle kucağına alması da kalçadaki basıncı daha da fazla arttırmış ve iskeminin geri dönüşümsüz hale gelmesini sağlamıştır.

Pediyatrik yaşta gözlenen ve kullanılan ekipman ve gereçlere bağlı olarak gelişen bası yaraları genelde evre 1 bası yarası şeklinde karşımıza

çıkarması.<sup>1,5</sup> Evre 2 ve 3 bası yaralarına oldukça az rastlanmaktadır.<sup>1</sup> Ancak olgumuzda gözlenen nekrotik ve tam kat defekt evre 3 bası yarasına uymaktaydı. Bunun nedeninin, olgunun düşük kilolu ve protein desteğinin yetersiz olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bununla birlikte, dokuda meydana gelen nekrotik defekte müdahalenin geç yapılması da, enfeksiyon oluşumuna neden olmuş ve defektin derin tabakalara ve çevre dokuya yayılmasına neden olmuştur.

İki saatlik basının üzerindeki sürelerde derinin kritik iskemi sürecine girdiği bilinmektedir.<sup>21</sup> Olgumuzda olduğu gibi, bebeğin annesi tarafından, yolculuk esnasında bezin normalden sıkı sarılması ile idrar ve gayta deşarjının sızmasının önlenebileceği düşünülmüştür. Bu duruma annenin bilinçsizliğinin yol açtığı aşıkardır. Bununla birlikte, bebeğin sağlık kuruluşuna geç dönemde getirilmesi de, ailenin eğitim ihtiyacını ortaya koymaktadır. Bu durum bakım aşamasındaki ihmalden kaynaklandığı için yasalar karşısında çocuk istismarı ve ihmali ile eşdeğer sayılabilen bir durumdur.<sup>22</sup> Bebek ve çocuk sağlığının güvence altına alınması amacıyla, Avrupa ve ABD’de bu konuda uygulamada olan yasal prosedürlerin, ülkemizde de işlevselliğinin sağlanması gerektiği kanaatindeyiz. Bu sayede daha sağlıklı bir toplum yapısı elde edilebilir.

## SONUÇ

Bebek ve çocukların konforlu ve güvenli şekilde korunması amacıyla, piyasada bulunan çocuk bezlerinin kalite standartlarına dikkat etmek gerekmektedir. Ebeveynlerin ve toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi amacıyla bilgilendirme politikaları ve eğitim programlarının, bebek sağlığı eğitim programlarında verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Bu sayede ebeveynler kalitesiz ve uygunsuz bebek bezi kullanımından kaçınacaktır. Çocuk bezi üreticilerinin olası problemleri önlemeye yönelik olarak, daha esnek bezlerin üretimine ağırlık vermeleri uygun olacaktır. Olgumuz, yaptığımız literatür taramasında, bildiğimiz kadarıyla bebek bezi basısına bağlı bası yarası oluşumuna dair bir veri bulunmaması ve farklı bir etiyolojiye sahip olması nedeniyle oldukça ilgi çekicidir.

Dr. Emin KAPI

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği ve Yanık Merkezi

21280 Diyarbakır

Faks: 412 228 4477

E-posta: eminkapi@gmail.com

## KAYNAKLAR

- Schlüter AB, Cignacco E, Müller M, Halfens RJ. The prevalence of pressure ulcers in four paediatric institutions. *J Clin Nurs*. 2009;18(23):3244-52.
- Schlüter AB, Cignacco E. Decubitus ulcer in children--an often underrated nursing problem. *Krankenpfl Soins Infirm*. 2008;101(2):10-63.
- Dixon M, Ratliff C. Pediatric pressure ulcer prevalence--one hospital's experience. *Ostomy Wound Manage*. 2005;51(6):44-50.
- Baharestani MM, Ratliff CR. Pressure ulcers in neonates and children: an NPUAP white paper. *Adv Skin Wound Care*. 2007;20(4):208-20.
- Willock J, Harris C, Harrison J, Poole C. Identifying the characteristics of children with pressure ulcers. *Nurs Times*. 2005;101(11):40-3.
- Willock J, Hughes J, Tickle S, Rossiter G, Johnson C, Pye H. Pressure sores in children--the acute hospital perspective. *J Tissue Viability*. 2000;10(2):59-62.
- Baldwin KM. Incidence and prevalence of pressure ulcers in children. *Adv Skin Wound Care*. 2002;15(3):121-4.
- Groeneveld A, Anderson M, Allen S, Bressmer S, Golberg M, Magee B, et al. The prevalence of pressure ulcers in a tertiary care pediatric and adult hospital. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2004;31(3):108-22.
- Suddaby EC, Barnett S, Facticeau L. Skin breakdown in acute care pediatrics. *Pediatr Nurs*. 2005;31(2):132-48.
- Zollo MB, Gostisha ML, Berens RJ, Schmidt JE, Weigle CG. Altered skin integrity in children admitted to a pediatric intensive care unit. *J Nurs Care Qual*. 1996;11(2):62-7.
- Schmidt JE, Berens RJ, Zollo MB, Weisner M, Weigle CG. Skin breakdown in children and high-frequency oscillatory ventilation. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998;79(12):1565-9.
- Cockett A. A research review to identify the factors contributing to the development of pressure ulcers in paediatric patients. *J Tissue Viability*. 2002;12(1):16-23.
- Curley MA, Razmus IS, Roberts KE, Wypij D. Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: the Braden Q Scale. *Nurs Res*. 2003;52(1):22-33.
- Samaniego IA. A sore spot in pediatrics: risk factors for pressure ulcers. *Pediatr Nurs*. 2003;29(4):278-82.
- Butler CT. Pediatric skin care: guidelines for assessment, prevention, and treatment. *Dermatol Nurs*. 2007;19(5):471-85.
- Smith SD. Under pressure. *Minn Med*. 2006;89(5):22-49.
- Barnes S. The use of a pressure ulcer risk assessment tool for children. *Nurs Times*. 2004;100(14):56-8.
- Roques C. Prevention of decubitus ulcers in children. *Soins Pédiatr Pueric*. 2009;249:36-40.
- Metzdorf M. Decubitus ulcer prevention expert standard--from theory to general practice. Applications in an interdisciplinary pediatric intensive care unit (II). *Kinderkrankenschwester*. 2008;27(7):283-6.
- Pasek TA, Geyser A, Sidoni M, Harris P, Warner JA, Spence A, et al. Skin care team in the pediatric intensive care unit: a model for excellence. *Crit Care Nurse*. 2008;28(2):125-35.
- Paleg G. Pediatric seating and support. *Rehab Manag*. 2006;19(1):55-9.
- Weinstock R, Weinstock D. Child abuse reporting trends: an unprecedented threat to confidentiality. *J Forensic Sci*. 1988;33(2):418-31.