

Lenfödemde Cilt Bakımı ve Koruyucu Yaklaşımlar

Skin Care and Protective Approaches in Lymphedema

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2016) 54–64

Ayşe ARIKAN DÖNMEZ*, Leyla ÖZDEMİR*

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 18 Şubat 2015

Kabul Tarihi: 28 Mart 2015

ÖZ

Lenfödem, yaşamı tehdit eden, bireylerin yaşam biçimlerini ve fonksiyonlarını etkileyen, fiziksel ve psikososyal sorunlara neden olan ve yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkileyen önemli bir komplikasyondur. Geçmişte tedavisi imkansız olarak düşünülürken, günümüzde lenfödem gelişimini önlemek, semptomlarını kontrol etmek, komplikasyonları azaltmak ve lenfödem geliştiğinde tedavi etmek amacıyla çeşitli yöntemler önerilmektedir. Bu yöntemler; hasta eğitimi, cilt bakımı, ekstremitte elevasyonu, masaj ve fizik tedavi, fiziksel aktivite ve egzersiz, manuel lenfatik drenaj, self (basit) lenfatik drenaj, pnömatik pompalar, düşük düzeyde lazer tedavisi, kompresyon bandajları ve giysileri, medikal tedavi, cerrahi tedavi olarak sıralanabilir. Sağlıklı cilt bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi, cildin hidrasyonunun sağlanması, lenfödem gelişiminin önlenmesi, lenfödem komplikasyonlarının tedavi edilmesi, hastanın konforunun/rahatlığının sağlanması ve enfeksiyon riskinin azaltılması açısından cilt bakımı oldukça önemli bir basamaktır. Lenfödemde cilt bakımının rolünü destekleyen bir kanıt bulunmamakla birlikte, lenfödem riskini veya var olan lenfödemin şiddetini azaltmak için cildi korumanın, öz bakımın önemli bir bileşeni olduğu yönünde uzmanlar tarafından belirtilen ortak görüşler bulunmaktadır. Bu nedenle lenfödemi olan veya risk altında olan hastalara, mutlaka uygun cilt bakımı ilkeleri ile ilgili eğitim verilerek, günlük yaşamlarında bu ilkelere uymaları gerektiği hatırlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Cilt bakımı, konservatif tedavi, lenfödem, lenfödem yönetimi

ABSTRACT

Lymphedema is an important life-threatening complication that effects the lifestyle and functions of individuals, causing physical and psychosocial problems and also effects their quality of life negatively. Although its treatment was considered as impossible in the past, today various methods have been suggested in order to prevent lymphedema, controlling the symptoms, reducing complications and treat when it develops. These methods can be aligned as; patient education, skin care, limb elevation, massage and physical therapy, physical activity and exercise, manual lymphatic drainage, self (simple) lymphatic drainage, pneumatic pumps, low level laser therapy, compression bandages and clothing, medical treatment, surgical treatment. Skin care is quite important step in terms of protecting and maintaining integrity of healthy skin, providing hydration of the skin, preventing lymphedema, treating

complications of lymphedema, providing patient comfort and reducing the risk of infection. Although there is no evidence that supports the role of skin care for lymphedema; there are common opinions that are being suggested by experts regarding protection of the skin that considered to be a critical component of self-care to reduce the risk of lymphedema or exacerbation of established lymphedema. Therefore, patients with lymphedema or at risk of developing lymphedema must be educated about proper skin care principles and must be reminded that their cooperation about these principles is needed.

Key Words: Skin care, conservative treatment, lymphedema, lymphedema management

GİRİŞ

Lenfödem; lenfatik dolaşımın konjenital veya edinsel nedenlerle bozulması sonucu, proteinden zengin interstisiyel sıvının, jeneralize veya lokal olarak birikimiyle karakterize bir tablodur¹⁻⁴. Temel olarak lenf volümünün transport kapasitesini aşması sonucu lenfatik sistemde fonksiyonel bir yetersizlik oluşumuyla ilgilidir⁵. Net olarak bilinmemekle birlikte, yapılan çalışmalarda lenfödem insidansının %6-70 gibi geniş bir aralıkta olduğu belirtilmektedir⁶⁻⁹.

Lenfödemde koruyuculuk uygulamaları, risk altında olan hasta grubunu öncelikli ele alacak şekilde yürütülmelidir. Lenfödem gelişimi için riski belirleyen; hastaya, tanı ve tedaviye ait faktörler ile sağlık çalışanlarının hastaya sunduğu eğitimidir. Lenfödem gelişiminde hastaya ait faktörler obezite ve ileri yaştır (55 yaş ve üzeri). Tanı ve tedaviye ait faktörler ise; ileri evre kanser tanısı, aksiller bölgede metastazın bulunması, aksiller lenf nodu diseksiyonu yapılması, fazla sayıda lenf nodu çıkarılması, geniş insizyon alanı, enfeksiyon öyküsü, radyoterapi (göğüs, aksilla, internal mammariyan ya da subklaviyen lenf nodlarına) ve kemoterapi uygulamalarıdır. Sağlık çalışanlarının hastalara yönelik, lenfödem ve lenfödem gelişmesini önleyici kişisel bakım aktivitelerine ilişkin bilgi vermemesi de önemli bir risk faktörüdür⁷⁻¹⁴. Risk altında bulunan grup belirlendikten sonra, koruyucu uygulamalara yönelik eğitim etkinlikleri kapsamında, lenfödem erken belirtilerinin yer alması son derece önemlidir. Çünkü lenfödem erken dönemde saptandığında durdurulabilen ve tedavi edilebilen bir tablodur. Lenfödem erken belirtileri arasında; elbise ya da yüzük gibi takıların dar gelmesi, ağrı, gerginlik, dolgunluk ya da katılık hissi, ağrı ve gözle görülen şişkinlik yer almaktadır¹⁴. Hastada bulunan belirtilere göre lenfödem sınıflandırılması, tedavi ve bakım uygulamalarına yön vermesi açısından önemlidir (Tablo 1).

Lenfödemli hasta değerlendirilirken geçmiş tıbbi öyküsü, hastalık durumu; ödemin nedeni, süresi, lokasyonu, ilerlemesi; cilt ve dokuların durumu, enfeksiyon, yara ya da lenfore varlığı; kullanılan tıbbi tedavi, lenfödem yaşam kalitesine etkisi ve hasta/ailesinin tedaviden beklentileri ele alınmalıdır¹³. Hasta ve ailesinden alınan bu bilgiler, lenfödem sorununun en etkili şekilde tedavi edilebilmesinde önemli bir rehber olacaktır¹³.

Lenfödem Cilt Üzerine Etkisi

Lenfödem pek çok yönden sorun oluşturabilen kronik ve ciddi bir sorun olup, yaşamı tehdit eden selülit, lenfanjit ve lenfosarkoma gibi sorunlara neden olabilmektedir^{15,16}.

Tablo 1. Lenfödem Sınıflandırılması (International Society of Lymphology)

Evre	Tanımlayıcı özellikler
Evre 0	Lenf akımında bozukluğa rağmen şişkinliğin belirgin olmadığı subklinik tablo. Bu durum ödem belirgin olmadan aylar ya da yıllar önce başlayabilir.
Evre 1	Ekstremitte elevasyonu ile azalan doku sıvısı birikimin olduğu erken evredir. Bu evrede ödem deride benek/oyuk şeklinde gözlenebilir.
Evre 2	Ekstremitte elevasyonu nadiren şişkinliği azaltır. Deride benek oluşumu gözlenir.
Geç Evre 2	Doku fibrozisinin belirgin olduğu evredir.
Evre 3	Doku fibrotik ve serttir. Beneklenme belirgindir. Deride kalınlaşma, hiperpigmentasyon, deri katlarında artma, yağ depoları ve şişjiller mevcuttur ¹⁴ .

Lenfödem gelişen kolda duyuusal bozukluklar, şişlik, ağrı, güç kaybı, elde ve bilekte esnekliğin azalması, hareket kısıtlılığı, dolgunluk hissi, enfeksiyona yatkınlık ve ciltte hassasiyet gelişmektedir¹⁷.

Lenfödem hastalarının etkilenen ekstremitesindeki cilt dokusu genellikle sağlığını kaybetmiştir. Deri ve subkutanöz doku içinde interstisyel ve lenf sıvısının birikmesi fibroblastları, keratinositleri ve adipositleri stimüle ederek kollajen ve glikozaminoglikanların oluşmasına sebep olur. Elastik fibrillerin yıkımı ve deri hipertrofisi gerçekleşir. Mikro ve makro dolaşım problemleri, cilt metabolizmasının bozulmasına yol açarak lenfödemli cildin hassas ve duyarlı bir hal almasına sebep olur. Cilt kurumuş ve kaşıntılıdır, inflamasyon ve enfeksiyonlara yatkındır. İyileşme sürecinin bozulması ve yetersiz olması sonucunda da ciltte oluşabilecek herhangi bir yaralanma; ağır inflamasyon ve enfeksiyon tablosunun ortaya çıkmasına ve lenfödemin kötüleşmesine neden olabilmektedir¹³.

Deri normalde bakteri ya da diğer patojenlere karşı bir bariyerdir. Ancak deride sıcak, travma ya da diğer nedenlerle oluşan bir sorun, patojenlerin girişi için bir yol oluşturabilir. Ödemli dokuda bol miktarda proteinden zengin sıvı bulunduğu için, patojenlerin üremesi için elverişli bir ortam oluşmaktadır^{18,19}. Ödem nedeniyle diffüzyon alanı da arttığı için lokal savunma hücreleri etkilenen alana zamanında gönderilememektedir. Kronik inflamasyon durumunda, fibrin ve kollajen oluşumu ile dokuda kalınlaşma görülmektedir. Kalınlaşan ve pullu bir özelliğe sahip olan deri, çatlak ve fissürler açısından risk altındadır¹⁹. Ödem, cilt kıvrımlarının derinleşmesine neden olarak, mantara ve bakteriyel enfeksiyonlara da yol açabilmektedir. Dokuda kalınlaşma ile azalan doku kompliyansı, lenfatik akımı bozup; enfeksiyona yatkınlığı artırabilmektedir. Bu nedenle lenfödemli hastada cilt bütünlüğünün sağlanarak, cilt problemlerinin uygun yönetimi enfeksiyon riskini en aza indirmek için son derece önemlidir¹⁴.

Lenfödem Yönetimi

Lenfödem, risk altında olan grupta hemen oluşabileceği gibi, aylar ya da yıllar sonra da gelişebilmektedir. Risk altında olan bazı hastalarda ise lenfödem hiç gelişmemektedir.

Lenfödem, fonksiyonel kapasiteyi, psikososyal iyilik durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemektedir²⁰. Lenfödemli hasta, yaşam boyu günlük yaşam aktivitelerinde ve faaliyetlerinde dikkatli olmalıdır. Lenfödem yönetiminin amaçları; tablonun ilerlemesinin önlenmesi, ekstremitenin boyutunun küçültülmesi ve sürdürülmesi, aşırı sıvı ve protein birikiminden kaynaklanan rahatsızlığın hafifletilmesi, sellülit ve diğer enfeksiyonların gelişiminin önlenmesi ve hastanın öz-yönetim konusunda eğitilmesidir²¹.

Geçmişte tedavisi imkansız olarak düşünülen lenfödem, günümüzde geliştirilen yöntemler ile etkin şekilde tedavi edilebilmektedir²². Lenfödem semptomlarını kontrol etmek, fonksiyonel kapasiteyi artırmak, komplikasyonları azaltmak ve lenfödem geliştiğinde tedavi etmek amacıyla önerilen tedavi yöntemleri konservatif (cerrahi olmayan) ve cerrahi tedavi başlığı altında ele alınabilir^{20,23}. Konservatif tedavi; fizik tedavi ve medikal tedavi basamaklarından oluşmaktadır. Fizik tedavi; komplet dekonjestif tedavi (KDT), pnömatik kompresyon pompaları, düşük düzeyde lazer tedavisi, kinezyolojik bantlama gibi uygulamaları içermektedir^{1,5,6,23-27}. KDT, Uluslararası Lenfoloji Derneği'nin (International Society of Lymphology) 2001'de yayınlanan bildirisini ile, lenfödem tedavisinde uluslararası güncel standart tedavi olarak kabul edilmiştir²⁸. KDT, özel bir manuel yaklaşım olup; lenfödem hastasında volümün azaltılmasını ve bunun devamını sağlar²⁹. KDT iki fazdan oluşan bir tedavi programıdır. I. faz; 4 hafta veya daha fazla süren lenfödemi azaltma fazıdır ve 4 bileşenden oluşmaktadır. Bunlar cilt ve tırnak bakımı, manuel lenfatik drenaj, kompresyon bandajları, bandajla birlikte terapötik egzersizleri içerir. Bu fazla birlikte lenfödemde bir miktar hacim azalması sağlanınca, koruma fazı olan II. faza geçilir. Bu fazda ise cilt bakımı, kompresyon giysileri, kompresyon bandajı ve giysiyle birlikte yapılan egzersiz programları bulunmaktadır^{1,25,30}.

Cilt Bakımı

Cilt ve tırnak bakımı KDT'nin önemli bir parçasıdır. Cildi iyileştirici ve koruyucu uygulamalar KDT'nin her iki fazında da önemlidir. Faz-I de hasarlanmış cildin iyileşmesi ve bakımı üzerine odaklanılırken; Faz-II'de cilt bakımının sürdürülmesi önem kazanmaktadır³¹. Lenfödemli hastalarda cilt bakımının amaçları; bakteriyel ve fungal kolonizasyonu kontrol etmek, cilt kıvrımlarında mikrobiyal kolonizasyonu azaltmak, kuruluk ve fissür oluşumunu önlemek için cildin hidrasyonunu sağlamak, hastanın konforunu/rahatlığını sağlamak ve enfeksiyon riskini azaltmaktır^{13,32}.

Lenfödem riski taşıyan hastalar, mutlaka derinin uygun temizleme ve nemlendirme yöntemleri ile ilgili bilgilendirilmedirler^{13,33}. Hasta eğitiminde, enfeksiyon ve inflamasyon belirtileri açısından derinin değerlendirilme yöntemi anlatılmalıdır. Tedavinin başlangıcında hastaya bir kontrol listesi verilerek, kaçınılması gereken, lenfödeme neden olabilecek aktiviteler belirtilmelidir³³.

Derinin normal pH'sı 5 civarındadır. Bu nedenle lenfödem riski olan hastada doğal ve pH'sı nötr ya da 5 civarı olan (hafif asidik) sabunlar tercih edilmelidir. Ayrıca sabunlar cildi nemlendirmeli ve hipoallerjenik olmalıdır¹⁹. Deterjan içerikli, gliserin içermeyen sıradan sabunlar cildi kuruttuğu için kullanılmamalıdır. Parfümlerdeki koruyucular ve kokular alerji yapıp iritasyona neden olabilir. Bu nedenle parfüm ya da parfüm içerikli sabun kullanılmamalıdır. Mineral ve petrolatumu yüksek oranda

içeren ürünler, ciltteki porları tıkayarak, derinin doğal yağlarının yüzeye çıkmasını engellemekte; kuru cilt sorununu kötüleştirebilmektedir¹⁴.

Nemlendiriciler ise derinin koruyucu yağ tabakasını desteklemekte, sıvı kaybını önlemekte; cildi bakteri ve iritanlardan korumaktadır. Nemlendirici olarak banyo yağları, losyonlar, kremler ve merhemler kullanılabilir. Az su içeren ya da hiç su içermeyen merhemler, en iyi cilt nemlendiricileridirler¹⁴. Deri için kullanılacak her türlü sabun, losyon ya da merhem öncelikle sağlam ekstremitede denenmeli; herhangi bir alerjik reaksiyon ya da iritasyon gelişmezse, etkilenen ekstremiteye uygulanmalıdır. Tedavinin dekonjestif aşamasında ise bandajlar uygulanmadan önce nemlendirici sürülmelidir. Dekonjestif aşamadan sonra hasta kompresyon giysisini giyerken, nemlendiriciler günde iki kere uygulanmalıdır. Kompresyon bandajı materyalinin ya da sıkı kolluk-konç malzemelerinin de, deride iritasyona neden olabileceği unutulmamalıdır. Bu durumda kullanılan kompresyon materyali değiştirilmelidir¹⁹. Nemlendiricilerin kullanım şekline ilişkin yöntemde bir netlik bulunmamaktadır. Bazı uzmanlar, kıl foliküllerinin tıkanmasını önlemek için kılların büyüme yönünde uygulamayı önermektedir. Diğerleri ise lenf drenajını desteklemek için gövdeye doğru kullanımı tavsiye etmektedirler¹⁴.

Lenfödem Riskini Azaltmaya Yönelik Uygulamalar 6, 27, 33-39

I. Cilt Bakımı – Travma/Yaralanmadan Kaçınılması ve Enfeksiyon Riskinin Azaltılması

- Ekstremitelerin temiz ve kuru tutulması
- Cildin günlük çizik, enfeksiyon, döküntü ve kızarıklık açısından değerlendirilmesi
- Ciltteki çatlakları ve kepeklenmeyi önlemek için günlük nemlendirici uygulanması
- Etkilenen alanın elevasyona alınması
- Tırnak bakımına dikkat edilmesi; tırnakların kısa olması, kütüküllerin kesilmemesi
- Etkilenen alanın güneş kremi ve böceksavar ile korunması
- Mümkün olduğunca, enjeksiyon ve kan aldırma gibi uygulamalardan kaçınılması
- Cilt yaralanmasına neden olabilecek aktiviteleri (bahçe işleri, kesici aletlerle çalışma, deterjan gibi kimyasalların kullanılması, hayvanlarla temas) yaparken eldiven giyilmesi
- Aksiller bölge temizliği için jilet yerine elektrikli makinelerin kullanılması
- Ciltte çizikler olursa, su ve sabunla yıkanması, antibiyotik uygulanması ve enfeksiyon açısından (örneğin, kızarıklık) cildin gözlenmesi
- Yıkanan bölgenin iyice kurulanması (ovalanmamalı, havlu ile sürtmemeli)
- Döküntü, kaşıntı, kızarıklık, ağrı, cilt ısısında artma, ateş veya grip benzeri semptomlar olursa, derhal hekimle iletişime geçilmesi
- Dövme ve piercing yaptırmaktan kaçınılması
- Dikiş dikerken yüksük kullanılması

- Vücudun üst kısmına masaj yaptırılmaması (Manuel lenfatik drenaj masaj olarak değerlendirilmemelidir)

II. Aktivite/Yaşam Tarzı

- Aşırı zorlayıcı aktivitelerden kaçınılması
- Herhangi bir aktivite veya egzersizin süresi ve şiddetinin kademeli olarak artırılması
- Ekstremitelerin dinlenmesine izin vermek için aktivite sırasında sık sık dinlenme periyotlarının verilmesi
- Aktivite sırasında ve sonrasında ekstremitenin boyut, şekil, doku, yapı, ağrı, ağırlık veya sertlik gibi herhangi bir değişiklik açısından izlenmesi
- Uzun süreli hareketsizlikten kaçınılması

Yararlı aktiviteler: Yüzme, lenfödem egzersiz programı, kendi kendine manuel lenfatik drenaj, yoga, yürüme

Orta riskli aktiviteler: Jogging, koşma, yürüme bandı, binicilik, dağcılık

Yüksek riskli aktiviteler: Bahçe işleri, tenis/raket sporları, golf, kar küreme, eşya taşıma, valiz taşıma, ağır alış veriş torbası taşıma (4-6 kilodan fazla), ileri binicilik

III. Beslenme

Beslenme İle İlgili Önlemler

- İdeal vücut ağırlığının korunması
- Dengeli, az tuzlu, az yağlı, lifli besinler tüketilmesi
- Protein alımının azaltılmaması (*Protein kısıtlaması lenfödemedeki protein içeriğini azaltmamaktadır*)

IV. Ekstremitenin Sıkıştırılmasından Kaçınılması

- Mümkün olduğunca, risk altındaki koldan kan basıncı ölçülmemesi (*Ölçüm zorunlu ise tansiyon manometresi en fazla sistolik basıncın 10 mmHg yukarisına kadar çıkarılmalı*)
- Sıkmayan takı ve giysilerin kullanılması

V. Kompresyon Giysileri

- Vücuda uygun giysilerin seçilmesi
- Yorucu aktivitelerde (ağırlık kaldırma, uzun süreli ayakta durma, koşma) risk altındaki ekstremitenin kompresyon giysisi ile desteklenmesi
- Uçak yolculuğunda uygun kompresyon giysisinin kullanılması

VI. Sıcaklık

- Aşırı soğuğa maruz kalmaktan kaçınılması
- Uzun süreli (15 dakikadan fazla) sığağa maruz kalmaktan kaçınılması, *özellikle sıcak küvetler ve saunalar*
- Sıcak banyo ya da duş yapılmaması
- Etkilenen bölgeye sıcak veya soğuk uygulama yapılmaması

VII. Seyahat

- Sivrisineğin çok olduğu bölgelere gitmekten kaçınılması
- Araba, uçak ya da tren ile yolculuk sırasında kompresyon giysisi giyilmesi
- Sık mola verilmesi, uzun süreli hareketsizlikten kaçınılması

Lenfödemde Farklı Deri Özelliklerine Göre Cilt Bakımı

Lenf akışında meydana gelen kronik bozukluk kronik enflamasyonla sonuçlanır ve ortaya çıkan bu tablo deri ve deri altı tüm dokularda (yağ doku, bağ doku ve fasya) kalınlaşma, hiperkeratoz, papillomatozis, hiperpigmentasyon ve elastikiyet kaybı ile birlikte fibrozis şeklinde kendini gösterir.²

Sağlam Deri: Sağlam derinin sağlığı nemlendirici uygulayarak en üst seviyede tutulmalıdır¹⁴.

Kuru Cilt: Su, lipidler veya epidermisin doğal nemlendirici faktörünün (NMF) kaybına neden olan stratum korneum tabakasındaki değişiklikler, kuru cilt gelişimine yol açmaktadır. Bandajların sıkıştırıcı etkisi bu durumu daha da kötüleştirebilir, cildin esnekliğini azaltabilir, çatlak ve fissürlere yatkın hale getirebilir. Hastalar bu durumda kaşıntıdan şikayet edebilir.

Kserotik cilt kuru, mat, pullarla kaplı ve serttir. Cildin bariyer yapısının bozulması, mekanik faktörler (cildi kaşımak) ve iritan maddelerin uygulanması, iyileşmeyi daha da geciktirir. Rehidratasyona yardım etmek için nemlendiriciler, günde iki kere (her yıkama sonrasında da kapsayacak şekilde) uygulanmalıdır^{2,14}.

Papillomatozis: Lenfatik damarların dilatasyonu ve fibrozisi nedeniyle ciltte sert çıkıntılarının oluşması olup; tabloya hiperkeratoz eşlik edebilir. Uygun kompresyon tedavisi ile tablo gerileyebilir. Ancak papillomatozis bir ay içerisinde iyileşmiyorsa, hasta lenfödem uzmanına yönlendirilmelidir^{2,14}.

Hiperkeratoz: Keratin tabakasının aşırı çoğalması sonucu oluşur. Kahverengi pullar veya gri lekeler oluşmaktadır. Düşük dereceli sürtünme ve kompresyon bandajıyla sarı bölgelelerin basınç altında olması gibi mekanik travmalar ile ilgilidir. Bu tabloda düşük su içerikli nemlendiriciler önerilmektedir. Çok katmanlı lenfödem bandajı, lenfödemi azaltır ve cildin durumunu iyileştirir^{2,14}.

Folikülit: Kıl foliküllerinin inflamasyonu sonucu gelişir. Tablo, sellülit ya da erisipele ilerleyebilir. Açık bir yara ya da eksuda varsa, kültür için örnek alınmalıdır. Bölge yıkandıktan sonra klorheksidin ya da benzalkonium içeren antiseptik losyonlar kullanılmalıdır. Bölgeye hasar vermeden nemlendirici uygulanmalıdır. Bir ay içerisinde yapılan uygulamalara yanıt alınamazsa, hasta dermatoloji merkezlerine yönlendirilmelidir^{2,14}.

Lenfanjiektazi (Lenfanjioma): Lenfatik damarların genişlemesi sonucu yumuşak, içi sıvı dolu çıkıntılarının olmasıdır. Tedavide çok katmanlı lenfödem bandajı ile kompresyon önerilmektedir. Kompresyon tedavisine yanıt yoksa, lenfanjiektazi geniş bir alanda bulunuyorsa ya da lenforeye neden oluyorsa, hasta acil olarak lenfödem uzmanına yönlendirilmelidir^{2,14}.

Lenfore: Cilt yüzeyinden lenf sızıntısı olmasıdır. Hasta altta yatan nedeninin ya da tabloyu ağırlaştıran kalp yetmezliği gibi hastalıkların değerlendirilmesi için iç hastalıkları uzmanına yönlendirilmelidir. Bölgenin çevresi nemlendirici kullanılarak

korunmalıdır. Bölgeye ise yapışmayan, emici bir pansuman (parafin emdirilmiş gazlı bez gibi) uygulanmalıdır. Çok katlı lenfödeme bandajı lenfödemi azaltabilir, ancak bandaj ciltte maserasyonu (soyulma) önlemek için sık değiştirilmelidir. Değiştirme sıklığı şişlikteki azalma oranına göre belirlenmelidir. Palyatif durumlarda, hafif bandajlama daha uygundur. Tablo iki hafta içerisinde iyileşmiyorsa, hasta lenfödeme uzmanına yönlendirilmelidir^{2,13,14,18,40}.

Fungal Enfeksiyonlar: Deride açılma, drenaj yollarının blokajı veya fonksiyon bozukluğu ve lenf nodu değişiklikleri gibi nedenlerle, cildin savunma mekanizması bozulduğu için fungal ve bakteriyel enfeksiyonlar gelişebilir. Bu tür enfeksiyonlar genellikle, deri kıvrımlarında ve dışarı ile temas eden yüzeylerde gelişmektedir^{2,14}. Nemli, kaşıntılı, beyaz lezyonlar daha çok parmak aralarında görülmektedir. Belirtiler arasında yer alan kötü koku, ağrı, eksüda ve kanama hastada sıkıntıya ve rahatsızlığa yol açabilir¹³. Kötü koku hasta açısından en çok sıkıntı oluşturan; utanma ve sosyal izolasyon yaşamasına neden olan durum olarak belirtilmektedir¹³.

Deri ve tırnak örnekleri mikolojik inceleme için laboratuara gönderilmelidir. Tedavide %1'lik terbinafin krem, dikkatli cilt bakımı ile birlikte 6 haftaya kadar uygulanmalıdır. Bazı ülkelerde lanolin ya da vazelin bazlı % 3 salisilik, %6 benzoik asit içeren merhemler (whitfield ointment) alternatif olarak kullanılmaktadır. İlave bakteriyel enfeksiyon belirtisi varsa, uygun şekilde tedavi edilmelidir. Tırnak enfeksiyonları ve fungal folikülitlerin tedavisinde oral antifungaller kullanılmalıdır. Altı hafta içerisinde yapılan uygulamalara yanıt alınmazsa, dermatoloji merkezlerine yönlendirilmelidir^{2,14}.

Kontakt Dermatit: Allerjik ya da iritan bir reaksiyon olarak görülmektedir. Genellikle bir materyalle temas eden bölgede başlayıp, yayılmaktadır. Cilt kırmızı, kaşıntılı ve pullu bir özelliğe sahiptir. Bölgeden sıvı sızabilir ya da bölgede yara oluşabilir. Kaşıntılı veya ağrılı çatlaklar, kuruma, eritem ve vezikül gibi belirtiler olabilir. Akut durumlarda güçlü bir kortikosteroid (%0.1 betamethason valerate) günde bir ya da iki kere kullanılabilir. Tedaviye yanıt alınmazsa daha güçlü bir kortikosteroid (%0.05'lik klobetazol propionate veya %0.05'lik betamethasone dipropionate) günde bir ya da iki kez uygulanmalıdır. 1 hafta sonra tedavi değerlendirilmelidir. Tedavi üç ya da dört hafta sürdürülmeli, bu sürede uygulanan steroid miktarı dereceli olarak azaltılmalıdır^{2,14}.

Lenfanjiosarkom: Ciddi lenfödeme vakalarında görülen, lenfatik kanserlerin çok nadir çeşididir. Genellikle mastektomi ve/veya radyoterapi ile tedavi edilen meme kanseri hastalarında meydana gelmektedir. Sarkoma ilk olarak kızarıklık, mor renk değişikliği ya da rengi değişmeyen morarmalar ile kendisini göstermektedir. Daha sonra kabuklu bir ülser, en sonunda da deri ve subkutan dokuyu tutan geniş bir lezyona dönüşmektedir. Sarkom, geniş bir alana metastaz yapabilir. Bu nedenle hasta derhal onkoloji uzmanına yönlendirilmelidir^{2,14}.

Sellülit/Erisipel: Lenfödeme hastaları, derinin ve subkutan dokunun enfeksiyonu olarak bilinen, sellülit ve erisipel açısından risk altındadır. Etken çoğunlukla A grubu β hemolitik streptokoklardır, ancak stafilokoklar ve diğer bakterilerde tabloya neden olabilir. Semptomlar dakikalar içerisinde oluşabilir, haftalar içerisinde ağırlaşabilir ve sistemik hale gelebilir. Semptomlar arasında ağrı, ödem sıcaklık, kızarıklık, lenfanjit, lenfadenit ve bazen etkilenen bölgede şişlik yer alır. Daha ciddi vakalarda üşüme, titreme, yüksek ateş, baş ağrısı ve kusma görülür. Enfeksiyonun kaynağı; böcek ısırması, hayvan ve bitki sıyrıkları (bahçe işleri yaparken), tırnak batması, ülserasyon olabilir. Antibiyotik tedavisine başlamadan önce lezyonun boyutu ve şiddeti ile bölgesel lenf

nodlarında ağrı ya da şişkinlik, sistemik belirtiler değerlendirilmeli; sedimentasyon, CRP (C reaktif protein) ve lökosit değerleri ölçülmelidir. Septisemi belirtileri (hipotansiyon, taşikardi, ateş, konfüzyon ve kusma) ile antibiyotik kullanımından 48 saat sonra sistemik enfeksiyon belirtileri ya da lokal semptomlarda kötüleşme varsa hasta, derhal hastaneye yatırılmalıdır^{2,14}.

Lenfödemli Hastada Cilt Bakımına Yönelik Hemşirenin Rolü

Lenfödem, bireylerin yaşam biçimlerini ve fonksiyonlarını etkileyip, fiziksel ve psikososyal sorunlara neden olarak, yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkileyebilen ve uygun hemşirelik girişimleri ile önlenilecek ya da azaltılabilecek bir sorundur⁴¹. Bireyin lenfödem konusunda kendi sorumluluğunu almasında, lenfödemin önlenmesi, yönetimi ve takibinde sağlık ekibinin önemli üyesi olan hemşireler anahtar bir role sahiptir. Hemşireler, lenfödem gelişimi açısından yüksek risk altında olan hasta grubunu belirlemeli, lenfödemden korunmaya yönelik gerekli eğitimi sunmalı, lenfödem değerlendirmesi yaparak erken dönemde müdahalede bulunmalıdır. Lenfödem gelişmeden önce bu tablodan korunma; geliştikten sonra ise tedavi aşamasında, cilt bakımı uygulamaları konusunda hastanın eğitimi hemşirenin sorumluluğundadır. Lenfödemli hastada cilt bakımına yönelik hemşireler; bireylerin günlük yaşamlarını devam ettirirken dikkat etmeleri gereken noktalar, seyahat ve hobi gibi özel durumlarda cildi koruma, özellikle etkilenen bölgenin herhangi bir travma, yara vb. durumlardan korunması, sağlıklı cilt bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi, uygun cilt bakımının yapılması, cildin uygun solüsyonlarla nemlendirilmesi, cildin günlük olarak değerlendirmesinin yapılması gibi konularda birey ve ailesini bilgilendirmelidir. Ayrıca hemşirelerin ciltte oluşan sorunun erken dönemde fark edilmesi ve uygun şekilde tedavi edilmesinde de önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Ciltte oluşan soruna özel tedavinin uygun şekilde yönetilmesi ve tamamlanması hemşirenin sorumluluğundadır.

19 Nisan 2011 tarihinde Resmi Gazete’de 27910 sayı numarası ile yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’te de belirtildiği üzere; hemşirelerin, birey ve ailesinin yaşam kalitesini geliştirmek için semptom yönetimi ve destek bakımı sağlama, bireyi bütüncül olarak ele alma, günlük yaşam sürecinde gerekli olan iletişim ve bağımsız yaşam becerilerinin kazandırılmasını sağlama, bireyin kendine bakımını geliştirerek yaşam kalitesini artırmayı öğretme, destekleme ve gözleme gibi görev, yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Sonuç olarak; hemşirelerin yönetmelikte de bahsedildiği üzere eğitici, destekleyici, rehabilite edici rolleri kapsamında lenfödem, risk faktörleri, belirtileri, koruyucu yaklaşımlar ve yönetimi hakkında bilgi sahibi olmaları, birey ve ailesini bilgilendirmeleri, uygun hemşirelik girişimleri ile bu sorunun önlenmesi ve azaltılmasında etkin rol almaları gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Slavin SA, Schook CC, Greene AK. Lymphedema Management. In: Davis M, Feyer P, Ortner P, Zimmermann C, editors. Supportive Oncology. Philadelphia; 2011. p.211-20.
2. International Lymphoedema Framework Position Document. Best practice for the management of lymphoedema-2nd edition. Compression Therapy: A position document on compression bandaging. Dermatological issues in lymphoedema and chronic oedema 2012: 49-56.

3. Badger C, Preston N, Seers K, Mortimer P. Physical therapies for reducing and controlling lymphoedema of the limbs. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;18:CD003141.
4. Szuba A, Achalu R, Rockson SG. Decongestive lymphatic therapy for patients with breast carcinoma associated lymphedema. *Cancer* 2002;95:2260-7.
5. Vignes S, Blanchard, M, Arrault, M, Porcher, R. Intensive complete decongestive physiotherapy for cancer-related upper-limb lymphedema: 11days achieved greater volume reduction than 4. *Gynecologic oncology* 2013;131(1):127-30.
6. Harris SR, Hugi RM, Olivotto IA, Levine M. Clinical practise guidelines for the care and treatment of breast cancer. 11. Lymphedema, *Canadian Medical Association* 2001;164 (2):191-99.
7. Bani HA, Fasching PA, Lux MM, Rauh C, Willner M, Eder I, et al. Lymphedema in breast cancer survivors: assessment and information provision in a specialized breast unit. *Patient Education and Counseling* 2007;66: 311-18.
8. Clark B, Sitzia J, Harlow W. Incidence and risk of arm oedema following treatment for breast cancer: a three-year follow-up study. *QJM: An International Journal of Medicine: Oxford Journals* 2005;98:343-48.
9. Park HJ, Lee HW, Chung SH. Incidence and risk factors of breast cancer lymphoedema. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17: 1450-59.
10. Golshan M, Smith B. Prevention and management of arm lymphedema in the patient with breast cancer. *J Support Oncol* 2006;4(8), 381-6.
11. Kebudi A, Uludağ M, Yetkin Ü, Çitgez B, İşgör A. Meme kanseri tedavisinde modifiye radikal mastektomi sonrası lenf ödem: İnsidans ve risk faktörleri. *Meme Sağlığı Dergisi* 2005;1:1-5.
12. Morrell RM, Halyard MY, Schild SE, Ali MS, Gunderson LL, Pockaj BA. Breast cancer- related lymphedema. *Mayo Clinic Proceedings* 2005;80:1480-84.
13. Wanchai A, Beck M, Stewart BR, Armer JM. Management of lymphedema for cancer patients with complex needs. *Semin Oncol Nurs* 2013 Feb;29(1):61-5.
14. International Lymphoedema Framework: An International Perspective. *International Consensus Best practice for the management of lymphoedema. Skin Care and Cellulitis/Erysipelas* 2006: 24-29.
15. Lee YM, Mak SS, Tse SM, Chan SJ. Lymphoedema care of breast cancer patients in a breast care clinic: a survey of knowledge and health practice. *Supportive Care in Cancer* 2001;9: 634-41.
16. Gary DE. Lymphedema diagnosis and management. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2007;19: 72-8.
17. Thomas-MacLean R, Miedema B, Tatemichi SR. Breast cancer-related lymphedema: women's experiences with an underestimated condition. *Can Fam Physician* 2005; 51:246-74.
18. Todd M. Understanding lymphoedema in advanced disease in a palliative care setting. *International Journal of Palliative Nursing* 2009; 15(10): 474-80.
19. Zuther JE, Norton S. *Lymphedema Management. The comprehensive guide for practitioners.* 3rd Edition. Stuttgart New York: Thieme; 2013. p.149.
20. Rodrick JR, Poage E, Wanchai A, Stewart BR, Cormier JN, Armer JM. Complementary, alternative, and other noncomplete decongestive therapy treatment methods in the management of lymphedema: a systematic search and review. *PM&R* 2014;6(3):250-74.
21. Sayko O, Pezzin LE, Yen TW, Nattinger AB. Diagnosis and treatment of lymphedema after breast cancer: a population-based study. *PM&R* 2013;5(11):915-23.
22. Cheville AL, McGarvey CL, Pertek JA, Russo SA, Taylor ME, Thiadens SR. Lymphedema management. *Seminar of Radiation Oncology* 2003;13:290-301.

23. Cancer Australia. Clinical Best Practice/Lymphoedema Specialised treatment 2012. <http://canceraustralia.gov.au/clinical-best-practice/lymphoedema/gp-guides-and-resources/specialised-treatment>. February 2015.
24. Moseley AL, Carati CJ, Piller NB. A systematic review of common conservative therapies for arm lymphoedema secondary to breast cancer treatment. *Annals of Oncology* 2007;18(4):639-46.
25. Lasinski BB, Thrift KM, Squire D, Austin MK, Smith KM, Wanchai A, et al. A systematic review of the evidence for complete decongestive therapy in the treatment of lymphedema from 2004 to 2011. *PM&R* 2012;4(8):580-601.
26. Oremus M, Dayes I, Walker K, Raina P. Systematic review: conservative treatments for secondary lymphedema. *BMC Cancer* 2012;12(1):6.
27. Poage E, Singer M, Armer J, Poundall M, Shellabarger MJ. Demystifying Lymphedema: Development of the Lymphedema Putting Evidence Into Practice® Card. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2008;12(6):951-64.
28. Bernas MJ, Witte CL, Witte MH. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: draft revision of the 1995 Consensus Document of the International Society of Lymphology Executive Committee for discussion at the September 3-7, 2001, XVIII International Congress of Lymphology in Genoa, Italy. *Lymphology* 2001;34(2):84-91
29. Szuba A, Rockson SG. Lymphedema: classification, diagnosis and therapy. *Vasc Med* 1998; 3(2):145-56
30. Maclellan RA, Greene AK. Lymphedema. In *Seminars In Pediatric Surgery* 2014 August;23(4):191-97.
31. Asmussen PD, Strössenreuther RHK. Compression Therapy. In: Földi, M. Földi, E. (Ed.) *Földi's Textbook of Lymphology for Physicians and Lymphedema Therapists* 2 nd edition. Munich, Mosby-Elsevier 2006; 563-627.
32. Olszewski WL. Contractility patterns of normal and pathologically changed human lymphatics. *Ann N Y Acad Sci* 2002;979:52-63
33. Zuther JE, Norton S. Lymphedema Management. The comprehensive guide for practitioners. 3rd Edition. Stuttgart New York: Thieme; 2013. p.326-327.
34. Symptom management: evidence summary. Cancer Australia National Cancer Nursing Education Project (EdCaN) 2013. URL: <http://www.cancerlearning.gov.au/docs/EdCaN-Symptom-management-evidence-summary.pdf> February, 2015.
35. Uzkeser H. Assessment of postmastectomy lymphedema and current treatment approaches. *Eur J Gen Med* 2012; 9(2):130-34.
36. Lymphoedema Improving symptom management in cancer care through evidence based practice. European Oncology Nursing Society 2012. URL: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSPEPLymphoedemaEnglish.pdf> February, 2015.
37. Horning KM, Guhde J. Lymphedema: An under-treated problem. *Medsurg Nursing* 2007;16(4):221-27.
38. Cemal Y, Pusic A, Mehrara BJ. Preventative measures for lymphedema: Separating fact from fiction. *J Am Coll Surg* 2011;213(4):543-50.
39. Skin care for people with lymphoedema. The Lymphoedema Support Network URL: <http://www.nhs.uk/ipgmedia/national/Lymphoedema%20Support%20Network/Assets/Skincare%28LSN%29.pdf> February, 2015.
40. Towers A, Hodgson P, Shay C, Keeley V. Care of palliative patients with cancer-related lymphoedema. *J Lymphoedema* 2010; 5:72-80.
41. Ahmed RL, Prizment A, Lazovich D, Schmitz KH, Folsom AR. Lymphedema and quality of life in breast cancer survivors: the Iowa women's health study. *Journal of Clinical Oncology*. 2008;26(35):5689-96.