

Peristomal Cilt Komplikasyonları: Tanılama, Önleme, Tedavi

The Peristomal Skin Complications: Diagnosis, Prevention, Treatment

(Davetli Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2016) 72–83

Ayişe KARADAĞ*

*Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Stomalı bireylerin en yaygın karşılaştıkları istenmeyen durumlardan biri peristomal cilt komplikasyonlarıdır (PCK). PCK'nın fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik olmak üzere çeşitli nedenleri vardır. Önemli ölçüde önlenabilir olan PCK, kaşıntı ve kızarıklık gibi hafif bir rahatsızlıktan ciddi doku kaybına kadar genişleyen bir yelpazede gözlenir. Stomalı bireylerin ameliyat öncesi dönemden itibaren Stoma ve Yara Bakım (SYB) hemşiresi tarafından değerlendirilmesi, eğitilmesi ve düzenli izlenmesi ile bu problemlerin daha az geliştiği, erken tanındığı ve tedavi edildiği bilimsel olarak gösterilmiştir. Bu makalede en çok görülen peristomal cilt komplikasyonları, güncel yaklaşımlar doğrultusunda incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Peristomal cilt komplikasyonları, stoma, hemşirelik bakımı.*

ABSTRACT

One of the most common undesirable situations faced by the person with a stoma is peristomal skin complication (PSC). PSC is caused by various reasons including physical, chemical and microbiological ones. PSC, which is preventable to a large extent, is observed in a spectrum extending from a mild disorder as itching and redness to severe tissue losses. It has been scientifically demonstrated that these problems develop to a lesser extent and early diagnosis and treatment is possible when individuals with a stoma are evaluated by a Stoma and Wound Care (SWC) nurse from the preoperative period and trained and followed-up regularly. In this article, the most frequently observed peristomal skin complications are evaluated in line with the current approaches.

Key Words: *Peristomal skin complications, stoma, nursing care.*

GİRİŞ

Cerrahi tekniklerdeki gelişmelere ve ileri teknoloji ile üretilmiş stoma bakım malzemelerinin kullanılmasına rağmen, stomal ve peristomal komplikasyonları hala önemli ölçüde gözlenmektedir. Laparoskopik ve robotik cerrahinin yaygınlaşması ve maliyetleri düşürme politikaları, stoma açılan hastaların kendi bakımlarını üstlenecek yeterliliğe gelmeden taburcu olmaları sonucunu doğurmuştur. Bu durum SYB hemşirelerini, stomalı hastaları istendik düzeyde taburculuğa hazırlayamamaları problemiyle karşı karşıya bırakmıştır.

“Doku bütünlüğünde bozulma” ve “Doku bütünlüğünde bozulma riski,” Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA) tarafından kabul edilmiş hemşirelik tanılarıdır. Bu bağlamda, nedenine bakılmaksızın doku bütünlüğünün sürdürülmesi veya yeniden sağlanması, hemşirenin özerk sorumluluklarındandır. Hemşirelerin bu sorumluluk alanı ile ilgili karşılaştıkları en yaygın durumlardan biri peristomal cilt komplikasyonlarıdır. PCK, stoma açılmasını takiben gözlenen en yaygın komplikasyonlar olup¹ deri bütünlüğünün bozulmasına yol açan çeşitli faktörlerin etkisiyle gelişmektedir. PCK, aynı zamanda hemşirelik girişimleri ile önemli ölçüde çözülebilen sorunlardır. Peristomal cildin sağlıklı olması SYB hemşireliğinde bakımın amaçlarından biridir. “Hemşirelik Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile SYB hemşiresinin; peristomal cildi değerlendirme, cilt bakımı yapma ve komplikasyonlara yönelik girişimlerde bulunma sorumluluğu yasal zemine oturtulmuştur².

Literatürde PCK genel olarak %10-70 arasında bildirilmiştir³. Persson et al..⁴ tarafından planlı cerrahi geçiren hastalar (n=180) üzerinde yapılan iki yıllık izlem çalışmasında; kolostomili hastaların %53’ünde, loop ileostomili hastaların ise %79’unda komplikasyon geliştiği ve en yaygın komplikasyonun cilt problemleri (%60-%73) olduğu belirlenmiştir. Karadağ’ın⁵ stomaterapi ünitesi tarafından düzenli olarak takip edilen bir grup hasta (n=128) üzerinde yaptığı çalışmada, PCK oranı %17.9 olarak belirlenmiştir. Ratliff et al..⁶ stomalı bireylerde (n=122) komplikasyon oranını %16 olarak saptamışlardır. Ancak gelişen komplikasyonların %68.6’sını dermatit oluşturmuştur. Özaydın ve ark.⁷ peristomal cilt irritasyonunu %63, peristomal enfeksiyonu ise %25 olarak saptamışlardır.

Uzun süre stoması olan bireylerde, kullanılan torbaya/adaptöre, dışkının ve idrarın cilde temas etmesine bağlı olarak peristomal cilt daha hassas olur, doku bütünlüğü kolayca bozulabilir ve doku enfeksiyona yatkın hale gelir. PCK, bireyin yaşamını tehdit etmemekle birlikte, torbanın yerleştirilmesini zorlaştırarak sızıntıya, koku oluşumuna, torbanın herhangi bir ortamda ciltten ayrılarak düşeceği korkusuna, kişinin istediği kıyafetleri giyememesine, iş ve aile ilişkilerinde bozulmaya ve sonuçta anksiyeteye, depresyona ve sosyal izolasyona neden olabilir. Ayrıca, PCK ve eşlik eden semptomlar tedavinin uzamasına, bakımın maliyetinin artmasına ve iş günü kaybına yol açar. Bütün bu sonuçlar, bireyin günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilenmesi ve yaşam kalitesinde azalma ile sonuçlanabilir. Komplikasyonların erken dönemde fark edilmesi ve tedavisinin başlatılması hastanın yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlar^{1,6,8-11}.

Bireyin sosyodemografik ve sağlık durumuna ilişkin özellikleri, ameliyat tipi, cerrahi teknik, stoma tipi, stoma sayısı, ameliyattan önce stoma bölgesinin işaretlenmesi, ameliyat öncesi ve sonrası yakın izlem, stoma bakım ürünlerinin uygunluğu, doğru

bakım tekniği ve hasta eğitimi PCK gelişmesini etkileyen faktörler arasında yer alır.^{4,6} Bu faktörler arasında, ameliyattan önce stoma bölgesinin SYB hemşiresi veya bir uzman tarafından işaretlenmesi, hastanın ve hasta yakınlarının eğitilmesi B düzeyinde kanıt niteliği taşımaktadır¹²⁻¹⁴.

Uluslararası Ostomi Birliği (International Ostomy Assosiation-IOA), stoma açılacak yerin bireylerin hakları arasında sıralamıştır¹⁵. Bu öneri aynı zamanda B düzeyinde kanıt niteliği de taşımaktadır^{14,16}. Birçok vakada sızıntıya bağlı cilt problemleri, stoma bölgesinin ameliyattan önce işaretlenmemesinden kaynaklanmaktadır. Abdominal hatlar hastanın pozisyonuna bağlı olarak değişmektedir.¹¹ Bu nedenle stoma bölgesini belirlerken, hastaya sırtüstü yatma, oturma ve ayakta durma pozisyonları verilerek her bir pozisyonda, stomanın uygun lokasyonda ve hastanın görme alanı içinde olup olmadığı değerlendirilmelidir. Stoma bölgesi belirlenirken; göbek deliğinden, eski stoma bölgesinden, skar dokusundan, cilt kıvrımlarından, insizyon hatlarından, kemik çıkıntılarında ve dren alanlarından kaçınılmalıdır¹⁷. Ameliyat öncesi dönemde, SYB hemşiresi tarafından stoma bölgesinin işaretlendiği durumlarda, komplikasyon oranının daha düşük, hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bilimsel olarak gösterilmiştir. Bu konuda ülkemizde yapılmış iki çok merkezli çalışmanın sonuçları şöyledir; Baykara et al.¹³ tarafından yapılan retrospektif çalışmada (n=748) hastaların sadece %38.4'ünde ameliyat öncesi stoma bölgesinin işaretlendiği, %35.2'sinde stomal/peristomal komplikasyon geliştiği ve en yaygın komplikasyonun PCK (%48.7) olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ameliyattan önce stoma bölgesi işaretlenmeyen hastalarda gelişen komplikasyon oranı (%46), işaretlenen hastalardaki komplikasyon oranının iki katı (%22.9) olarak belirlenmiştir ($\chi^2 = 46.408, P < 0.001$).

Karadağ ve ark.¹⁸ tarafından beş stomaterapi ünitesi tarafından izlenen hastalarla (n=291) yapılan prospektif çalışmada; hastaların %34.4'ünde stomal/parastomal komplikasyon geliştiği, en çok görülen komplikasyonun PCK (%41.9) olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, stoma bölgesi işaretlenmeyen hastalarda komplikasyon oranı %74, işaretlenen hastalarda ise %21 olarak saptanmıştır ($X^2=15.936, p=0.003$).

Ayrıca günümüzde hastalar, hastane maliyetlerinin düşürülmesi, ameliyat tekniklerindeki değişimler gibi nedenlerle erken taburcu edilmektedir. Bu yaklaşım, bireylerin stoma bakımını doğru teknikle yapma, torbayı/adaptörü takma, çıkarma, boşaltma gibi en temel becerileri bile yeterince öğrenme fırsatı bulmadan taburcu olmaları ile sonuçlanmakta ve bu durum komplikasyon gelişmesine ivme kazandırmaktadır^{6,19,20}. Yeterli bilimsel kanıtlar olmamasına rağmen PCK'nın etkili yönetiminde yeterli bilgi, deneyim ve hastanın tercihleri önemlidir. PCK'nın yönetiminde birçok öneri genel olsa da, her olgu; cildin durumu, etken, yaşam tarzı ve kişisel tercihler dikkate alınarak değerlendirilmeli ve bakımı planlanmalıdır⁹. Peristomal cilt komplikasyonları; dermatitler, pseudovarikoz lezyonlar, mekanik yaralanma, folikülit, mantar enfeksiyonu, ürik asit kristalleri ve caput medusaya bağlı kanamayı kapsamaktadır.

Akut İrritan Kontakt Dermatit:

Akut irritan kontakt dermatit (AİKD) en yaygın peristomal cilt komplikasyonudur. AİKD'in başlıca nedeni, stomadan gelen çıktının (idrara ya da dışkı) peristomal cilde temas etmesidir^{19,21}. Meisner et al.¹ 3017 stomalı bireyi kapsayan çalışmalarında, sızıntı

miktarının stoma bakım maliyeti üzerine en güçlü faktör olduğunu, Herlufsen et al.¹² 220 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, peristomal cilt problemlerinin %77'sinin çıktı ile temasa bağlı olduğunu saptamışlardır.

Stomal çıktı; adaptörün açıklığının stomanın çapından daha geniş kesilmesi, uygun olmayan torba/adaptör kullanılması, torbanın zamanında boşaltılmaması/değiştirilmemesi, stoma retraksiyonu veya stomanın cilt kıvrımları arasında açılması gibi nedenlerle peristomal cilde sızır^{11,16,20-23}. İdrar ya da gaitanın peristomal cilde temas etmesi, hem asidik olan (pH=4-6) cilt pH'ını alkali hale getirerek geçirgenliği artırır hem de içeriğindeki enzimler ve diğer iritanların etkisiyle kimyasal yanık oluşturarak inflamasyon sürecini başlatır^{12,14,16,22,24}. Bu nedenle başlangıçta peristomal ciltte kızarıklık gözlenir. Çıktı teması devam ederse büller ve epidermal soyulma gelişir^{14,16} (Şekil 1). Epidermis kaybına bağlı olarak bölge ıslaktır. İritasyon devam ederse, adaptörü cilde yapıştırmak zorlaşır. Özellikle ileostomi içeriğindeki enzimler peristomal cildi daha fazla etkiler²⁰. Ayrıca peristomal alanın sık temizlenmesi, sabun gibi kimyasal içerikli cilt temizleyicilerin kullanılması ve torbanın/adaptörün sık değiştirilmesi AİKD gelişmesine zemin hazırlar^{8,22}.

Hemşirelik girişimleri olarak, tüm peristomal cilt komplikasyonlarının önlenmesinde ve tedavisinde; peristomal cildin standart bir değerlendirme aracı ile değerlendirilmesi (B Düzeyinde Kanıt) ve hasta, hasta yakını ve sağlık profesyonellerinin komplikasyonların etiyojisini anlamaları (B Düzeyinde Kanıt) önerilmektedir^{14,16,25-27}. AİKD özelinde ise stomanın çapına uygun torbanın/adaptörün seçilmesi öncelikli girişimdir. Ameliyattan sonra erken dönemde stoma ödemli, abdomen gergin olduğu için daha yumuşak ve daha geniş çaplı bir torba/adaptör seçilir. Ancak ameliyattan sonra geç dönemde stomanın çapı ve peristomal cildin yumuşaklık/sertlik durumu yeniden değerlendirilerek uygun torba/adaptör seçilmeli ve adaptör çapı ayarlanmalıdır. Adaptörün açıklığı



Şekil 1. Akut İritan Kontakt Dermatit (Karadağ'ın arşivinden)

stomanın çapından en fazla 2-3 mm geniş olacak şekilde kesilmelidir²¹. Hasta, sırt üstü düz yatarken ve oturma pozisyonundayken peristomal cilt muayene edilir. Hasta, oturduğunda oluşan cilt kıvrımları macun ile doldurularak adaptörün yapışabileceği düz bir yüzey oluşturulur. Peristomal bölge yumuşaksa ve/veya stoma retraksiyonu varsa konveks adaptör kullanılır. Ancak konveks adaptör, cilde baskı uygulayarak altta yatan bazı sorunların daha da kötüleşmesine ve bası yaralarına (Şekil 2) yol açabileceği için dikkatli kullanılmalıdır. Pyoderma gangrenosum, kaput medusa, mukokütanöz ayrılma, parastomal herni, stomal prolapsus ve erken postoperatif dönem konveks adaptör kullanımının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerektiren özel durumlardır^{28,29}.

Eğer stomadan çok fazla miktarda sıvı dışkı çıkışı varsa hastaya dışkıyı katılaştırıcı besinler ve hekim istemi ile ilaçlar önerilir. Fazla miktarda dışkı çıkışının olduğu durumlarda standart torba/adaptör yerine uzun süre ciltte kalabilen torba/adaptör sistemleri tercih edilir^{11,14,22}. Eğer cilt problemi sık torba değişimine bağlı olarak gelişmişse, iki parçalı torba/adaptör sistemi ve cilt bariyeri kullanmak faydalı olabilir. Ayrıca peristomal cilt nemliyse ostomi pudrası uygulanabilir³⁰ veya saç kurutma makinesi ile cilt iyice kurutulduktan sonra adaptör yerleştirilir.²¹ Rutin bakımda ise peristomal alan sadece musluk suyu ve yumuşak bir malzeme kullanılarak nazikçe temizlenmeli, aşırı ovma hareketinden kaçınılmalıdır²².

Kronik İrritan Dermatit:

Kronik irritan dermatit (KİD), peristomal cildin uzun süre tekrarlayan çıktıya maruz kalmasına bağlı olarak gelişir. Sürekli veya tekrarlı bir şekilde oluşan epidermal



Şekil 2. Konveks adaptöre bağlı peristomal bası yarası (Karadağ'ın arşivinden)

soyulmalar ve iyileşmeler, peristomal ciltte skar alanları oluşturur, bu skarlar zamanla sert tümseklere dönüşür. Bu değişimler, torbanın/adaptörün cilde yerleştirilmesini zorlaştırır. Bu nedenle AİKD, kronik cilt hasarına dönüşmeden tedavi edilmelidir^{11,14,16}. Tedavisinde, AİKD'nin önlenmesi ve erken müdahale edilmesi en önemli girişimi oluşturur. Dolayısıyla girişimler AİKD'e yapılan girişimler ile benzerdir. Lokal bakım uygulamaları ve ostomi pudrası kullanımına ek olarak torba/adaptör sistemi değiştirilir.

Pseudovarikoz Lezyonlar:

Pseudovarikoz lezyonlar (PL), akademik yazında; hiperplazi, overgranülasyon, granüloma gibi isimlerle de bilinir. PL, peristomal alanın uzun süre çıktıya maruz kalmasına ve/veya adaptörün oluşturduğu sürtünmeye bağlı olarak gelişen hipertrofik, siğil benzeri lezyonlardır. Gelişme mekanizması, vücudun inflamasyon alanlarını re-epitelizasyon ile iyileştirmesine dayanır. Zamanla peristomal ciltte sert, ağrılı lezyonlar gelişir. Lezyonlar, genellikle gri-beyaz veya kırmızımsı kahverengi, ağrılı, cilt yüzeyinden kabarık, siğil veya karnabahar görünümündedir ve mukokütanöz birleşme hattında başlayarak dışa doğru genişler. Lezyonlar, peristomal alanda belli bir bölgede ya da tüm stoma çevresinde görülebilir ve kolayca kanayabilir^{11,14} (Şekil 3). Lezyonlar, torbanın/adaptörün cilde yapıştırılmasını zorlaştırarak tablonun daha da kötüleşmesine yol açar.

Tedavisinde KİD'nin önlenmesi ve erken müdahale edilmesi en önemli girişimi oluşturur. Lokal bakım uygulamalarına ek olarak gerekli durumlarda torba/adaptör sistemi değiştirilir. Adaptör, stomanın çapına uygun ölçüde kesilir. Ağrılı lezyonların torbanın/adaptörün yerleştirilmesini ve bakımı etkilediği durumlarda, gümüş nitrat ile koterizasyon ve cerrahi tıraşlama önerilir^{11,14}. Gümüş nitrat, birkaç hafta ve haftada 2-3 kez uygulanır. Kanama olduğunda bölgeye doğrudan basınç uygulanır. Lezyonlar tekrarlayabilir, inatçı vakalarda, steroid kremler²² ve nadiren cerrahi eksizyon gerekebilir^{22,31}.

Alerjik Dermatit:

Alerjik dermatit (AD), peristomal cildin, torbanın/adaptörün yapıştırıcısına veya topikal bakım ürünlerine verdiği immünolojik yanıttır. Günümüzde kullanılan ostomi ürünleri genellikle hipoalerjik olduğu için nadir görülen bir cilt komplikasyonudur²⁰. AD'de inflamatuvar reaksiyon, ürünün kapladığı alanla sınırlıdır, cilt, eritemli, ödemli, aşınmış görünümündedir ve kanama olabilir. Hasta kaşıntı ve yanma hisseder (Şekil 4).

AD'nin tedavisinde; alerjen belirlenir ve ciltten uzaklaştırılır. Alerjeni tespit etmek için yama (Patch) testi yapılır. Bunun için test edilecek materyalden küçük bir miktar alt bel bölgesine uygulanır ve 48-72 saat sonra reaksiyon değerlendirilir⁹. Test sonucuna göre torba/adaptör değiştirilir veya mümkünse yapışkan olmayan torba/adaptör kullanılır. Diğer kimyasal iritanlardan kaçınılır. Şiddetli vakalarda semptomları azaltmak için, lokal antihistaminik, steroid içerikli pomatlar kullanılabilir ve hasta dermatoloji uzmanına yönlendirilir^{14,20-22,32}. Lokal uygulanan bu pomatların adaptörün cilde yapışmasını engelleyebileceği dikkate alınmalıdır²⁰.



Şekil 3. Pseudovariasyon Lezyonları (Karadağ'ın arşivinden)



Şekil 4. Alerjik Dermatit (Karadağ'ın arşivinden)

Mekanik Yaralanma:

Mekanik yaralanma, torbanın/adaptörün epidermise yapışan bölümünün çıkartılması sırasında epidermiste meydana gelen zedelenmedir. Mekanik yaralanmanın önemli bir nedeni, ostomi adaptörünün sık değiştirilmesi veya uygun teknikle çıkartılmamasıdır. Torbanın/adaptörün çıkartılması sırasında, peristomal cildin desteklenmemesi,



Şekil 5. Mekanik Yaralanma ve İrritan dermatit (Karadağ'ın arşivinden)

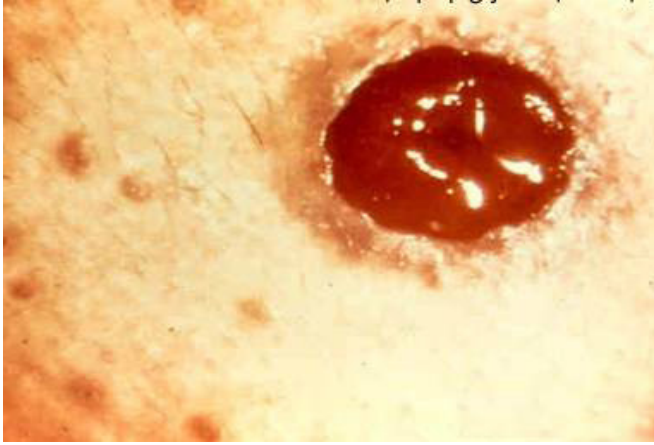
epidermisin dermisden ayrılmasına ve sıyrılmasına yol açar (Şekil 5).

Bu nedenle adaptör ciltten nazikçe çıkartılmalı, peristomal cilt film ya da mendil şeklindeki cilt bariyerleri ile korunmalı, torbanın/adaptörün çıkartılması sırasında ihtiyaç duyulursa yapışkan çıkarıcı ürünler kullanılmalıdır. Güçlü yapıştırıcısı olan ürünler cilde zarar verdikleri için tercih edilmemelidir. Epidermal zedelenmenin olduğu bölgeye, iyileşinceye kadar, ostomi pudrası uygulanmalıdır^{9,11,14,29,32,33}. Ayrıca hastanın torbayı/adaptörü cilde yerleştirmesi ve çıkartması gözlenerek varsa uygulamaya ilişkin eğitim gereksinimi karşılanmalıdır^{9,29}.

Folikülit:

Folikülit, yüzeysel kıl foliküllerinin kimyasal tahriş ya da fiziksel zedelenmeye bağlı inflamasyonunu, sıklıkla da enfeksiyonunu ifade eder⁹. Başlıca nedenleri; stoma etrafındaki kılların çok sık ve kuru tıraş edilmesi, torbanın/adaptörün ciltten sert ve dikkatsiz çıkartılması ve *Staphylococcus aureus* gibi çeşitli mikroorganizmalardır^{9,10,20}. Belirti ve bulgular, enfeksiyonun tipine göre değişiklik gösterir. Kıl foliküllerinin dibinde; kızarıklık, toplu iğne başı büyüklüğünde papül veya püstül şeklinde lezyonlar gözlenir. Lezyonlar, tek tek veya küme halindedir ve kaşıntılıdır (Şekil 6).

Folikülitin önlenmesinde, stoma çevresindeki kılların, elektrikli tıraş makinesi ile temizlenmesi veya makasla kesilmesi en önemli girişimdir. Torba/adaptör sisteminin ciltten dikkatli bir şekilde ve uygun teknikle çıkartılması gerekir. Adaptörün çıkartılması sırasında yapışkan çözücü mendiller kullanılır veya adaptör su ile ıslatılarak ciltten yavaşça çıkartılır. Stoma çevresindeki cildin antibakteriyel sabun ile temizlenmesi yararlı olabilir. Eğer aşırı eksüda varsa bu durum adaptörün çok sık değiştirilmesine yol açacağı için emici kapasitesi yüksek olan kalsiyum aljinat kullanılabilir⁹. Çok fazla lezyonun varlığında, dermatoloji konsültasyonu ile iyonik gümüş içeren antibakteriyel pudra ve losyonların kullanılması değerlendirilir^{9,11,14,20,22,34}. Folikülit ve diğer enfeksiyon belirtilerinin olduğu durumlarda sürüntü kültürü alınarak tedaviye devam edilmelidir¹⁰. Folikülit tedavi edilmezse derin apseler kadar ilerleyebilir. Topikal tedaviden fayda



Şekil 6. Folikülit (Karadağ'ın arşivinden)

alınmayan vakalarda gram (+) mikroorganizmalara etkili oral antibiyotik kullanımı değerlendirilir⁹.

Mantar Enfeksiyonu:

Mantar enfeksiyonuna yol açan etkenler *Candida* ve türleridir. Peristomal cilt; nemli, ılık ve karanlık bir ortam olduğu için mantar enfeksiyonu gelişmesine uygundur.^{9,20} Mantar enfeksiyonu, ürostomilerde daha fazla gelişir²². Stomadan meydana gelen sızıntı, peristomal alanı ıslak kılarak, sabunla temizleme pH değişimine yol açarak, antibakteriyel sabunlar cilt florasını bozarak mantar oluşumunu kolaylaştırır. Ayrıca; geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, diyabet, immunosupresyon, anemi ve obezite mantar oluşumunu hızlandırıcı faktörlerdir. Mantar enfeksiyonunda sadece stratum corneum etkilenmiştir. Başlangıçta papül şeklinde gözlenen lezyonlar sıklıkla plaklara dönüşür. Lezyonlar kıl foliküllerinin dışında olup merkezleri parlak kırmızı renklidir. Lezyonlar satellite (uydu) görünümündedir^{9,20,32}. Ciltte kaşıntı ve yanma görülür. Cilt kuru, pul pul veya nemli, ağrılı ve kaşıntılıdır (Şekil 7). Mantar enfeksiyonu tanısını doğrulamak için kültür alınır⁹.

Tedavisinde; peristomal cilt kuru tutulur. Torbanın/adaptörün cilde iyice yerleştirilmesi sağlanarak sızıntı önlenir. Gerekli ise cilt bariyerleri kullanılır. Tercihen nystatin gibi bir antifungal pudra ya da krem mantar iyileşene kadar her torba değişiminde uygulanır^{9,14,20,22,32,34}. Eğer doğru uygulanırsa pudra ya da krem adaptörün yapışmasını engellemez. İnatçı vakalarda sistemik antifungal ilaç kullanımı düşünülmelidir⁹.

Ürik Asit Kristalleri:

Ürik asit kristalleri (ÜAK) ürostomili hastaların yaklaşık %20'sini etkilemektedir³⁵. Genellikle ileal konduitte, idrarın peristomal cilde teması sonucu ürik asit ve fosfat kristallerinin ciltte birikmesi ile oluşur¹⁴. Kristallerden oluşan sert kabuk, peristomal ciltte inflamatuvar cevaba yol açarak siğil benzeri yapılar oluşturduğu için bunlara



Şekil 7. Mantar Enfeksiyonu (Karadağ'ın arşivinden)

yalancı sigiller (Psödevarikoz lezyonlar) ya da Psöde-epiteliomatöz hiperplazi ismi de verilmektedir.⁹ Diğer belirti ve bulgular ise ağrı, kızarıklık ve erozyondur. Kristallerden oluşan stomaya bitişik bu grimsi, kahverengi kırmızı tabaka, torbanın/adaptörün yerleştirilmesini güçleştirir.

Tedavide, peristomal cilt sulandırılmış asetik asit solüsyonu ile temizlenerek kristal tabakası uzaklaştırılır. Asetik asit uygulamasından sonra cilt mutlaka durulanır^{14,36}. Ürik asit kristallerini temizlemede beyaz sirke (%5 asetik asite eş değerdir) ile ıslatılmış kompresler birkaç dakika alana uygulanır^{9,22}. Ürik asit kristalleri temizlendikten sonra stomanın çapı yeniden ölçülerek adaptörün açıklığı ayarlanır. Ürostomili hastalarda ÜAK'yı önlemede, içinde tek yönlü valvi olan ürostomi torbaları kullanılarak idrarın geri dönüşü ve cilde teması engellenmeli, sakıncası yoksa hastaya bol sıvı alması, idrarın asit özellikte olmasına yönelik beslenmesi (Kızılçık suyu, C vitamininden zengin beslenme vb.) ve konveks adaptör kullanması önerilir^{9,32}.

Caput Medusaya Bağlı Kanama:

Karaciğer ile ilgili patolojisi olan stomalı hastalarda stoma çevresinde kan damarlarından oluşan bir halka gözlenebilir. Eğer hastanın cildi frajil veya damarlar çok yüzeysel torbanın/adaptörün çıkartılması ve peristomal alanın temizlenmesi sırasında önemli miktarlarda kanama oluşabilir.

Bu hastalarda torba/adaptör uygulama sıklığı azaltılmalı, torba/adaptör uygun teknikle yerleştirilip çıkartılmalı ve peristomal cilt nazıkçe temizlenmelidir¹⁴. Kanamayı durdurmak için; acilen müdahale edilmeli, kanayan bölge üzerine doğrudan basınç uygulanmalıdır. Nadiren kan transfüzyonu gerekebilir²¹.

SONUÇ

Sonuç olarak, peristomal cilt komplikasyonları yaygın görülen tıbbi sorunlardır. Bu komplikasyonları önlemede, erken tanılama ve tedavide, Stoma ve Yara Bakım

Hemşiresi kilit konumundadır. Komplikasyonların önlenmesinde ve tedavisinde; ameliyattan önce stoma bölgesinin işaretlenmesi, peristomal cildin değerlendirilmesi, stomaya uygun torba/adaptör sisteminin doğru teknikle yerleştirilmesi-çıkartılması, stomalı bireyin yakın izlemi, hasta eğitimi ve komplikasyonlara özgü tıbbi/cerrahi girişimlerin uygulanması önerilmektedir. Bu bağlamda stoma açılan bireylere, taburcu olmadan önce, kullanacakları malzemeler ve peristomal cilt bakımı konusunda yeterli bilginin verilmesi, becerinin kazandırılması ve hiçbir sorunu olmayan kalıcı ostomili bireylerin bile yılda en az bir kez SYB hemşiresine kontrole gelmesi komplikasyonların azaltılmasında olumlu katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Mesisner S, Lehur PA, Moran B, Martins L, Jemec GB. Peristomal skin complications are common, expensive, difficult to manage: a population-based cost modeling study. *Plo One* 2012;7(5):e37813. doi: 10.1371
2. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. [12.12.2015]. Elektronik adresi :
3. www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72062/h/hemşirelik-yonetmeli.doc.
4. Ratliff CR. Early peristomal skin complications reported by WOC Nurses. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing* 2010 Oct;37(5):505-510.
5. Persson E, Berndtsson I, Carlsson E, Hallén AM, Lindholm E. Stoma-related complications and stoma size - a 2-year follow up. *Colorectal Dis.* 2010 Oct;12(10):971-976.
6. Karadağ A. Frequency of stomal complications. *World Council Enterostomal Ther J.* 2004;24(2):41-43.
7. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM, Colwell JC. Descriptive study of peristomal complications. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2005;32(1):33-37
8. Özaydın İ, Taşkın A, İskender A. A Retrospective analysis of stoma-related complications. *JCEI* 2013;4(1):63-66.
9. Black P. Peristomal skin care: An overview of available products. *British Journal of Nursing* 2007;16(17):1048-1056.
10. Woo KY, Sibbald RG, Ayello AE, Coutt PM, Garde DE. Peristomal Skin Complications and Management *Advances In Skin & Wound Care* 2009;22(11):522-532.
11. Keely F, Williams J. Peristomal MRSA: A case study. *British Journal of Nursing (Stoma Care Supplement)* 2009;18(4):4-8.
12. Karadağ A, Harputlu D. Stoma Bakımı: Sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. In: Akçal T, Yamener S, Hamzaoglu İ. *İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları. Epimat Ofset, İstanbul:* 2012.301-313.
13. Herlufsen P et al.. Study of peristomal skin changes in patient with permanent stomas. *British Journal of Nursing* 2006; 15(16):854-862.
14. Baykara ZG et al.. A multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. *Ostomy Wound Manage* 2014; 60(5):16-26.
15. Stelton S, Zulkowski, Ayello EA. Practice implications for peristomal skin assessment and care from the 2014 World Council of Enterostomal Therapists International Ostomy Guideline. *Advances in Skin & Wound Care* 2015 June 28(6):274-285.
16. International Ostomy Association. [20.12.2015]. Elektronik adresi: <http://www.ostomyinternational.org/>
17. WCET. WCET International Ostomy Guideline. Zulkowski K, Ayello EA, Stelton S, (Eds). Perth, Australia;; 2014.

18. Karadağ, A., Goçmen Baykara Z. Ostomili Bireyin Bakımı. In: Atabek Aştı T, Karadağ A. Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilim ve Sanatı. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul: 2012. S. 1014-1055.
19. Karadağ ve ark. Stoma bölgesinin işaretlenmesinin stomal ve parastomal komplikasyonlar gelişmesi üzerine etkisi: Çok merkezli prospektif bir araştırma. 8. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi; 19-23 Mayıs 2015; Antalya.
20. Robertson I, Leung E, Hughes D, Spiers M, Donnelly L, Mackenzie I, et al.. Prospective analysis of stoma-related complications. *Colorect Dis.* 2005;7(3):279-285
21. Alvey B, Beck DE. Peristomal Dermatology. *Clinics In Colon And Rectal Surgery* 2008; 21(1):41-44.
22. Burch J. Care of patients with peristomal skin complications. *Nursing Standard* 2014;28 (37):51-57.
23. Burch J, Sica J. Common peristomal skin problems and potential treatment options. *British Journal of Nursing* 2008;17(17):4-11.
24. Recalla S, English K, Nazarali R, Mayo S, Miller D, Gray M. Ostomy care and management: a systematic review. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing.* 2013;40(5):489-500.
25. Beeckman et al.. Incontinence-associated dermatitis: Moving prevention forward. *Wounds International*, London, 2015.
26. Buckle N. The dilemma of choice: introduction to a stoma assessment tool. *Gastrointestinal Nursing* 2013;11(4):26-32.
27. Haugen V, Ratliff CR. Tools for assessing peristomal skin complications. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing* 2013;40(2):131-134.
28. Burch J. Management of peristomal skin complications. *British Journal of Healthcare Management* 2014b;20(6):264-269.
29. Boyd K, Thompson MJ, Boyd-Carson W, Trainor B. Use of convex appliances. *Nurs. Stand* 2004;18(20): 37-38.
30. Burch J. Peristomal skin care and the use of accessories to promote skin health. *British Journal of Healthcare Management* 2011;20(7):4-11
31. Boyles A. Stoma and peristomal complications: predisposing factors and management. *Gastrointestinal Nursing* 2010;8(7):26-36.
32. Wondergem F. Stoma care – a guide to daily living. *Journal of Community Nursing* 2007;(21);4:18-22.
33. Karadağ A, Korkut H. Peristomal cilt komplikasyonları: Önleme, tedavi ve bakım. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2010;26(3):175-179.
34. Black P. The correct use of stoma skin protectors and appliances. *Nursing and Residential Care* 2014;16(3):130-134.
35. Bulut H ve ark. Peristomal cilt komplikasyonları yönetimi: Algoritma geliştirme çalışması. 8. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi; 19-23 Mayıs 2015; Antalya.
36. Salvadalena G. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy: a systematic review. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2008;35:596-607.
37. Borglund E, Nordström G, Nyman CR. Classification of peristomal skin changes in patients with urostomy. *J Am Acad Dermatol* 1988;19:623-628.