

Dr. Gyetván János

Krónikus sebek műtéti megoldása

A krónikus sebek sok-sok problémát jelentenek viselőjüknek, illetve a betegeket ellátó egészségügyi szervezetnek. Ezen páciensek egy részénél mód van műtéti megoldásra, mely megszünteti a sebet és ezzel jelentős életminőség javulást biztosít.

Magyarországon számos beteget kezelnek különféle osztályokon – bőrgyógyászat, sebészet, ápolási osztály – krónikus sebekkel. Ehhez képest kellő információ a kezeléssel kapcsolatban alig, vagy csak hiányosan érhető el. A magyar irodalomban főleg a konzervatív terápiát helyezik előtérbe és a műtéti beavatkozást nem, vagy csak érintőlegesen említik. A külföldi irodalomban teljes dokumentációt találtam, ahol nemcsak a betegségek összefoglalása, hanem részletes leírás is található a sebek kezeléséről, annak minden fázisában. A sebészeti beavatkozás helye pontosan meghatározásra került ezekben a cikkekben. A kellő és pontos információ komoly segítséget nyújt a téma iránt érdeklődőnek, és hasznos vezérfonal a betegek kezelésében.

Cikkünk rövid áttekintést nyújt a műtétre alkalmas betegek kiválasztásához, illetve a műtét előtti előkészítéshez.

A legfontosabb kérdés, hogy mikor alkalmas egy beteg a sebészi kezelésre.

1. Konzervatív kezelés vagy műtét?

Melyik páciens?

A páciens kiválasztásánál talán az első és legfontosabb szempont a beteg compliance. Ezen sebek fedése kockázattal jár, mely igényli a beteg teljes együttműködését. Akiben erre nincs hajlandóság, annál nincs értelme elvégezni a fedést. Azt a műtétet érdemes elvégezni, melynél az eredmény tartós és a beteg a képes elviselni műtéti terhelést.

Ezt követően tisztázni kell a fekély kialakulásának okát. Amennyiben az ok valamilyen módon gyógyítható,

akkor először azt kell megoldani, mivel csak ez után van esélyünk eredményesen gyógyítani a fekélyt. Beavatkozás előtt fel kell térképezni a beteg általános állapotát, alapbetegségeit, valamint egyéb társult betegségeit. A fekélynek és környékének rossz a vérkeringése, ezért igen fontos a rendezett elektrolit-háztartás és jó vérkép.

Melyik sebet?

Amennyiben a beteg alkalmas a műtétre, akkor a sebet kell szemügyre vennünk. A konzervatív terápiával el kell jutni a maximális lehetőségig. A plasztikai műtét előtt el kell végezni a korrekt necrectomiát, mely eltünteti a baktériumok és az elhalt szövetek többségét, és ezáltal csökkenti a gyulladást a sebben és a környékén. A műtét előtt antibiotogramot kell készíteni, mely tisztázza a sebben levő baktériumflórát és az arra ható antibiotikumokat. Cél a negatív tenyésztési lelet elérése, de az ilyen régóta meglévő sebeknél, sajnos, ez nem mindig érhető el. Cél a minél alacsonyabb csíraszám elérése, illetve a választható antibiotikumok ismerete. A megfelelő necrectomia jelentősen csökkenti a baktériumok számát. A lentebbi (1-2. ábra) ábrákon látható fekélyek még nem alkalmasak a műtétre. Necrectomia szükségese előbb.

Mikor?

Ha ezek a feltételek teljesültek, akkor a műtét időpontját kell kiválasztani. Meg kell értetni a pácienssel, hogy a kórházi tartózkodás, akár hosszabb is lehet. Nagyon fontos a megfelelő nyugalom biztosítása a műtét utáni időszakban. Mind a kórházban, mind a beteg otthonában. Ne tervezzünk műtétet, ha a betegnek fontos dolga van a közeljövőben, és nem tud pihenni. Amennyiben a sebek nyomási felszínén vannak, akkor szükség lehet antidecubitus ágyra. (3. ábra) Minden nagyobb műtéti beavatkozás előtt már gondoskodni kell a beteg műtét utáni rehabilitációjáról. Ezt figyelembe kell venni a műtét tervezésekor. Ha sikerült kiválasztani a műtét időpontját, akkor a fedési eljárást kell meghatározni.

Milyen módon?

1. Részvastag bőr transzplantációja
2. Lebenyes fedés
 - Fascio – cutan
 - Myo – cutan
 - Szabad lebeny

Ezek a lehetőségek közül választhatunk. Ahol nincs nyomási felszín, és nincs szabadon csont illetve bármilyen nemesebb képlet (ér, ideg, ín stb.), ott használhatjuk a legegyszerűbb fedési eljárást, a részvastag bőr transzplantációját. Azon esetekben, ahol nyomási felszínen van a defectus, illetve nemesebb képletek vannak szabadon, akkor a lebenyes fedést kell előtérbe helyezni. Ez utóbbi eljárásokra elsősorban a decubitusok esetén kerülhet sor. Ilyenkor nemcsak a defectus zárása a cél, hanem gondoskodni kell a teherviselő felszínének megfelelő vastagságú és terhelést viselő szövetekkel való fedéséről. Egy részvastag bőr nem képes ellenállni a nyomási- és nyíróerőknek, amik fellépnek ezeken a területeken.

A fentebb említett műtéti eljárások komoly másodlagos defectust hozhatnak létre, mely a műtét sikertelensége esetén a páciensnek még nagyobb problémát okozhat. Ezen eljárások közül ismernünk kell a teljes repertoárt, így vagyunk alkalmasak a beteg számára a legmegfelelőbbet kiválasztani. A műtétet nem a sebész képességeihez, hanem a defectushoz kell igazítani. A műtét tervezése és kivitelezése plasztikai sebész kezébe való. Ezen beavatkozásoknál a döntést mindig **egyénre szabottan** hozzuk meg.

Eddig a páciens kiválasztásáról és a műtét tervezéséről beszéltünk, most nézzük az okokat, amelyek krónikus sebeket okozhatnak.

2. Krónikus sebek lehetséges okai

Alsó végtag keringési betegségeinek kliniko-patológiája

- ◆ Krónikus vénás elégtelenség 75%
- ◆ Érszűkület 8%
- ◆ Diabetes mellitus 9%
- ◆ Hypertonia
- ◆ Tumor
- ◆ Autoimmun betegségek

Ha a fentebbi felsorolást gondosan

Dr. Gyetván János
Szent István Kórház
Égéssebészeti és Plasztikai Osztály
1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.

megnézzük, akkor látható, hogy a krónikus vénás elégtelenség, érszűkület, diabetes mellitus lefedi az okok 92%-át. A többi lehetséges ok csak igen alacsony százalékban fordul elő. Az eredményes műtét alapfeltétele, hogy az okot szüntessük meg előbb, ha lehet.

A krónikus vénás elégtelenség, amennyiben azt a vena saphena magna varicositása okozza, akkor előbb varicectomiát igényel. Ezen pácienseknél pontosan tisztázni kell a mélyvénák átjárhatóságát a műtét előtt. A későbbi eredmény alapja a korrekt crossectomia és perforáns ligatura. Amennyiben ezeket nem végezzük el pontosan, akkor hetekkel, illetve hónapokkal később ismét vénás elégtelenség alakul ki és recidiválhat a fekély.

Az érszűkületnél eredményes érsebészeti megoldás nélkül nem javul a végtag keringése, így minimális esélyünk van a sebek gyógyulására. Azon betegeknek, ahol érsebészeti beavatkozásra nincs mód, de a közeljövőben még nem várható az alsó végtag amputációja, ott egyéni elbírálás alapján jön szóba valamilyen fedési eljárás. Itt természetesen törekedni kell a lehető legegyszerűbb műtét kiválasztására, mivel az eredmény kétséges.

A diabetes mellitus esetén kívánatos a cukorháztartás minél pontosabb rendezése. Amikor ez megvan, akkor szabad elvégezni a műtétet. Cukor-

betegség esetén a műtéti kockázat nagyobb, de nem kizáró oka még egy nagyobb műtétnek sem.

3. Esetbemutató

A rövid bevezető után szeretnék beszélni két konkrét betegről. Egy hölgyről, akinek krónikus fekélyei voltak évek óta. A másik páciens fiatalember, akinek kétoldali ülőgumó decubitus alakult ki két évvel a balcsese után.

I. *Ulcus cruris lat. utr. : 3,5% jobb lábszár + 1,5% bal lábszár:*

F. M.-né 52 éves. Mind a két lábszárán évek óta meglevő fekélyek voltak. A konzervatív kezeléssel a sebeket tisztán lehetett tartani, de begyógyítani nem sikerült. A fekélyek krónikus vénás elégtelenség talaján alakultak ki. A betegnek éveken keresztül nem ajánlották fel a rekonstrukció lehetőségét. A jobb oldali seb a nagyobb, mely a teljes testfelület 3,5%-a. A bal lábszáron levő ennek majdnem a fele: 1,5%. A lentebbi képen (4. ábra) jól látható a fekély széli részén levő pigmentált, indurált terület, mely a folyamat krónikus voltát jelzi. A következő képen (5. ábra) az adóhely látható gyógyult állapotban. Ezen terület elszíneződése hónapokkal később rendeződik.

A transzpantált bőr 100%-ban megtapadt (6-7. ábra), sebgyógyulási zavar nem volt. Természetesen a betegnek továbbra is folytatnia kell a

kompressziós kezelést, mely az alapfolyamat progresszióját akadályozza meg. Életminősége javult, mivel elhagyhatta a sebkezeléssel járó tevékenységeket, kellemetlenségeket.

II / 1 *Decubitus fedése biceps femoris myo-cutan lebennnyel:*

27 éves ipari alpinista férfi. Munkavégzés közben az ereszt elvágta a biztosítókötél, így zuhant le a magasból, ez előtt 2 évvel. Parapleg állapot alakult ki. 1 évvel a sérülése után mindkét oldali ülőgumó decubitus fejlődött ki, mely hónapok alatt fokozatosan növekedett. Konzervatív terápiával javulást nem lehetett elérni, viszont a sebe végig gyulladásmentes maradt. A műtét előtt antibiogramot készítettünk, mely *Staph. aureus*-t igazolt. A műtétet antibiotikum védelemben végeztük. A két oldalt nem egyszerre operáltuk, a műtéti terhelés csökkentése végett. A jobb oldali üreg nagyobb volt, ezért ezzel az oldallal kezdtük a műtéti sorozatot. (8. ábra) A röntgen felvétel csont érintettségét kizárta.

Az üreg nagysága miatt biceps femoris myo-cutan lebeny mellett döntöttünk ezen az oldalon. A seb-üreg alján csontfelszín volt szabadon, ezért azt megvéstük és felfrissítettük a sebalapot. A felpreparált izom-bőr egység kellő fedést biztosított az üregnek és feszülés nélkül zárható volt. A műtét utáni képen (9. ábra) jól látható a tovaftató varratsor. A páci-

1. ábra



2. ábra



3. ábra



4. ábra



5. ábra



6. ábra



7. ábra



8. ábra



9. ábra



ens jobb oldala szövődmeny nélkül gyógyult, így az első műtét után 3 hónappal ütemeztük be a másik oldal fedését. Itt a kisebb volt a tasak a bőr alatt, ezért elégséges gluteus maximus myo-cutan lebeny. A csont nem volt szabadon, így vérsni nem kellett.

II / 2 Gluteus maximus myo-cutan lebeny:

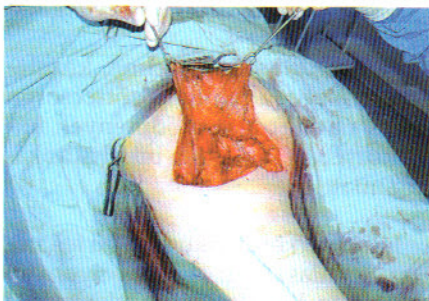
A gluteus maximust (10. ábra) csak részben – alsó felét – használtuk fel. A lebeny felemelése után könnyedén a hiányba illeszkedett és feszülés mentesen (11. ábra) zárható volt.

Összefoglalás

Krónikus fekélyt több betegség is okozhat. A szakma tartózkodó álláspontot képvisel ezen betegség műtéti megoldásával kapcsolatban.

A cikk végén bemutatott képek demonstrálják, hogy lehet eredményesen kezelni a krónikus fekélybetegtegek jelentős részét. Fontos a gon-

10. ábra



11. ábra



dos beteg kiválasztás és korrekt műtéti terv. Ennek megválasztása plasztikai sebész feladata, aki birto-kában van minden lehetséges fedési eljárásnak.

A beteg életminőségének jelentős javulásán túl manapság nem elhanyagolható a műtét költséghatékony-sága sem: drága kötözőszerek, emberi erőforrások, ápolási költségek, utazási költségek, stb.

Magyarországon több páciens vár műtétre, mint amennyiről tudunk. Ők valószínűleg a lehetőségek isme-

retének hiánya miatt nem jutnak el a megfelelő ellátási helyre.

Ennek megoldására szükséges egy protokoll kidolgozása, mely segítséget nyújt a krónikus sebek kezelésében, illetve a betegek műtéti előkészítésében. Az eredményes műtétet rehabilitációnak kell követnie szakorvos irányításával.

Együttesen kell törekednünk egy szemléletváltozásra a betegirányításban.

E referátum figyelemfelhívás a problémára.