

Etapowe leczenie wielomiejscowych, ciężkich odleżyn u chorego porażonego w przebiegu urazu rdzenia kręgowego – studium przypadku

Multi-stage management of multiple severe decubitus ulcers in a patient with spinal cord injury – a case report

Krzysztof Wasiak¹, Piotr Tederko²

¹Oddział Leczenia i Rehabilitacji Infekcyjnych Schorzeń Narządu Ruchu Specjalistycznego Centrum Rehabilitacji i Leczenia Schorzeń Narządu Ruchu im. prof. Mariana Weissa w Konstancinie, ul. Wierzejewskiego 12, 05-510 Konstancin

²Klinika Rehabilitacji Akademii Medycznej w Warszawie

Streszczenie

Doniesienie przedstawia proces wieloetapowego leczenia ciężkich odleżyn u 26-letniego chorego z porażeniem czterokończynowym, które wystąpiło w przebiegu urazu odcinka szyjnego kręgosłupa 8 lat przed przyjęciem do oddziału. U pacjenta etapowo leczono trzy rozległe i głębokie odleżyny obydwu okolic krętarzowych oraz okolicy krzyżowej. Z powodu destrukcji stawów biodrowych zaistniała także konieczność ich obustronnej resekcji. Po 7-miesięcznym leczeniu udało się wyleczyć wszystkie odleżyny. W ciągu ponad dwuletniej obserwacji chorego żadna z operowanych odleżyn nie uległa nawrotowi.

Słowa kluczowe: odleżyny, tetraplegia, resekcja stawów biodrowych

Abstract

The article presents the multi-stage treatment of severe decubitus ulcers in a male patient, 26 years of age, with posttraumatic tetraplegia resulting from a cervical spinal cord injury that had occurred 8 years prior to admission. The patient presented with extensive and deep ulcerations in the sacral region and both trochanteric regions. Due to the destruction of the bilateral hip resection was also necessary. The entire hospital stay lasted 7 months and resulted in complete healing of all three decubitus lesions. There was no recurrence of pressure ulcers during the 2-years observation period.

Key word: decubitus sores, tetraplegia, hip joint resection

Wstęp

Chorzy dotknięci porażeniem czterokończynowym lub dwukończynowym w przebiegu urazowego uszkodzenia rdzenia kręgowego należą do grupy najwyższego ryzyka wystąpienia odleżyn. W takich przypadkach, według różnych autorów, odleżyny dotyczą od 8% do 85% chorych [1, 2, 3, 4, 5]. Najcięższe postaci odleżyn, V stopnia wg Torrance'a lub Shea [3, 4], powodują destrukcję nie tylko powłok, lecz naciekają także powięź, kości oraz stawy [2, 6, 7, 8, 9].

Uszkadzać mogą także odbytnicę i cewkę moczową [6, 7, 11]. W skrajnych przypadkach stanowią pośrednie lub nawet bezpośrednie zagrożenie dla życia chorego [6, 7, 10, 11].

Opis przypadku

26 letni chory przyjęty do Oddziału Septycznego Centrum Rehabilitacji w Konstancinie w dniu 6.09.2002 roku (nr ks. gł. 4617/02) z powodu wyjątkowo rozległych i głębokich odleżyn okolicy obydwu krętarzy kości udowych oraz kości krzyżowej.

Pacjent w 1994 roku, w wyniku skoku do wody, doznał urazu kręgosłupa szyjnego w odcinku C5-C6, w wyniku którego wystąpiło porażenie czterokończynowe. Przez prawie 8 lat pacjent funkcjonował dobrze zaadaptowany do wózka inwalidzkiego. W okresie tym nie występowały u chorego żadne odleżyny. Pojawiły się one dopiero 6 miesięcy przed przyjęciem do naszego ośrodka. Pierwotnie dotyczyły okolic krętarzowych, a następnie okolicy krzyżowej. Chory nie potrafił podać przyczyny ich powstania oraz okoliczności mogących wpłynąć na ich wystąpienie. Jak twierdził, od wielu lat nie zmieniano sposobu pielęgnacji ciała oraz toalety przeciwodleżynowej. W okresie wystąpienia odleżyn nie chorował, nie gorączkował ani nie odczuwał żadnych innych niepokojących dolegliwości.

Pierwotnie pacjent leczony był w rejonowym oddziale chirurgicznym, gdzie kilkakrotnie dokonywano wycięcia tkanek martwiczych oraz stosowano wzmożoną pielęgnację. Nie powstrzymało to jednak procesu szybkiego rozszerzania się i pogłębiania odleżyn. Przez ostatnie 3 miesiące przed przyjęciem do naszego ośrodka pacjent, pomimo stosowanych antybiotyków, gorączkował do 39,5 °C.

W dniu przyjęcia do Centrum Rehabilitacji pacjent znajdował się w stanie ogólnym średnio ciężkim, gorączkował do 38,6 °C. Morfologia krwi obwodowej: RBC 3,11 M/l, HGB 8,4 g/l, HCT 26,4%, poziom białka 55,3 g/l. Klinicznie stwierdzano wyjątkowo rozległe ubytki powłok w okolicy obydwu krętarzy, w których dnię widoczne były zniekształcone i zmienione zapalnie bliższe nasady kości udowych (fot. 1). Dno rozległego ubytku w okolicy kości krzyżowej stanowiła nacieczona zapalnie powierzchnia tej kości. Rozległy zakres destrukcji kości oraz tkanek miękkich potwierdziło badanie RTG oraz CT (fot. 2, 3). Z odleżyn krętarzowych wyhodowano: *Staphylococcus aureus* MRSA, *Enterococcus faecium*, *Pseudomonas aeruginosa* oraz *Proteus mirabilis*. Z okolicy krzyżowej pojedyncze kolonie *Escherichia coli*. W moczu stwierdzono *Pseudomonas aeruginosa*. Przed przystąpieniem do leczenia chirurgicznego ustabilizowano stan ogólny pacjenta oraz uzupełniono niedobory poprzez przetoczenia krwi oraz osocza mrożonego.

W dniu 09.09.2002 r. dokonano resekcji prawego stawu biodrowego wraz z jednoczesową plastyką powłok okolicy biodra. Dwa dni po zabiegu choremu założono gips paraplegiczny. W 7. dobie po zabiegu usunięto dreny, po 3 tygodniach, po pełnym zagojeniu rany, usunięto szwy skórne. Gips paraplegiczny utrzymano przez 4 tygodnie po operacji.



Fot. 1 Rozległy ubytek powłok okolicy prawego krętarza z widoczną w jego dnie zapalnie zmienioną bliższą nasadą kości udowej



Fot. 2 Radiologiczny obraz zniszczonych zapalnie stawów biodrowych



Fot. 3 Tomograficzny obraz rozległych ubytków powłok ciała sięgających zniszczonych stawów biodrowych

Po 6 tygodniach od pierwszego zabiegu operacyjnego wykonano drugi – resekcję lewego stawu biodrowego, także z plastyką powłok okolicy biodra. Po zabiegu założono gips paraplegiczny także na 4 tygodnie, jak po pierwszym zabiegu. Dreny utrzymowano przez 7 dni. Szwy skórne utrzymowano także do 3 tygodni, do pełnego zagojenia rany (fot. 4).



Fot. 4 Prawa okolica krętarzowa po plastyce powłok i pełnym wygojeniu rany

Po wyleczeniu obydwu odleżyn okolicy krętarzowej stan ogólny pacjenta znacznie się poprawił, chory przestał gorączkować, a morfologia uległa stabilizacji. W dniu 22.01.2003 r. wykonano operację plastyki odleżyny okolicy krzyżowej z dłutowaniem jej powierzchni. Gojenie powłok przebiegało prawidłowo.

W czwartym tygodniu od ostatniego zabiegu operacyjnego rozpoczęto bierną pionizację oraz ponowne przystosowanie pacjenta do wózka inwalidzkiego. Chorego wypisano do domu 21.03.2003, a więc prawie po 7 miesiącach leczenia. W dniu wypisu ze szpitala wszystkie rany pooperacyjne były całkowicie zagojone, a chory w pełni zaadoptowany do pozycji siedzącej w wózku inwalidzkim.

W listopadzie 2003 r. oraz w lutym 2004 r. chory poddawany był zabiegom rekonstrukcyjnym poprawiającym funkcję rąk. Do maja 2005, kiedy to poraz ostatni kontaktowano się z chorym i jego rodziną, u pacjenta nie nastąpił nawrót odleżyn ani innych ognisk infekcyjnych w zakresie narządu ruchu.

Dyskusja

Zaprezentowany przypadek ukazuje, że nie zawsze możemy określić bezpośrednią czy też nawet pośrednią przyczynę wystąpienia ciężkich odleżyn. Jak wynikało z wywiadu lekarskiego, u pacjenta w okresie utrwalonej niepełnosprawności, nie wystąpiły okoliczności, jakie zazwyczaj prowokują powstawanie odleżyn. Do takich sytuacji należą między innymi choroby przebiegające z gorączką, cukrzycą, niewydolność oddechowa, niedokrwistość czy też niedożywienie i hipalbuminemia [12, 13]. Nie doszło do wytworzenia odleżyn w okolicach guzów kulszowych typowych dla osób nadmiernie długiego przebywającym w wózku inwalidzkim w pozycji siedzącej [9]. Nie zmieniano sposobu pielęgnacji pacjenta oraz nie modyfikowano procesu usprawniania. Jednakże jednoczesne wystąpienie odleżyn w trzech typowych dla tetraplegii okolicach ciała świadczy, że jakiś prowokujący ich powstawanie czynnik musiał wystąpić. Czynnik ten jednak nie ujawnił się.

Losy prezentowanego pacjenta ukazują, że leczeniem najcięższych postaci odleżyn powinny się zajmować oddziały posiadające w tym zakresie duże doświadczenie. Przypadek ten ukazuje ponadto ogrom trudów i kosztów, jakie ponosi szpital, który zdecyduje się na leczenie chorych z odleżynami, w szczególności porażonych w przebiegu uszkodzenia rdzenia kręgowego. Siedmiomiesięczny pobyt w oddziale, trzy rozległe zabiegi operacyjne, liczne antybiotyki, niezbędne w terapii, tłumaczą wysoki koszt leczenia tego młodego człowieka oraz ratowania jego zagrożonego życia. Przedstawiony przypadek ilustruje także ogrom trudu, jaki musi włożyć cały zespół lekarzy, pielęgniarek i terapeutów dla uzyskania pożądanego efektu terapeutycznego. ■

Literatura

1. J.W. McDonald, D. Becker, C.L. Sadowsky, J.A. Jane, T.E. Conturo, L. Schultz: *Late recovery following spinal cord injury*, J. Neurosurgery, vol. 97, 2002, s. 252-265.
2. J.M. Evans, K.L. Andrews, D. Dhutka, K.C. Fleming, S.L. Garness: *Pressure ulcer: prevention and management*, Mayo Clinic Proc., vol. 70, 1995, s. 789-799.
3. C. Torrance: *Pressure sores: aetiology, treatment, and prevention*, Croom Hel, London 1983.
4. J.D. Shea: *Pressure sores: classification and management*, Clin. Orthop., vol. 112, 1975, s. 89-100.
5. S. Rubayi, C.C. Burnett: *The efficacy of single-stage surgical management of multiple pressure sores in spinal injured patients*, Annals of Plastic Surgery, vol. 42(5), 1999, s. 533-539.
6. W.O. McKinley, A.B. Jackson, D.D. Cardenas, M.J. De Vivo: *Long-term medical complications after traumatic spinal cord injury: a regional model systems analysis*, Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, vol. 80(11), 1999, s. 1402-1410.
7. R.K. Vohra, C.N. McCollum: *Fortnightly review: Pressure sores*, BMJ, vol. 309, 1994, s. 853-857.
8. V. Riebelová: *The tensor fasciae latae musculocutaneous flap in operations for trochanteric decubitus ulcers*, Acta Chir. Plast., vol. 27, 1985, s. 17-24.
9. K. Wasiak, E. Gmitrzak-Trzszczkowska, E. Borowska: *Leczenie odleżyn i powikłań ropnych narządu ruchu w przebiegu urazów rdzenia kręgowego*, Kwart. Ortop. Supl., 2000, s. 100-109.
10. B.J. Wilchelmi, M. Neumeister: *Pressure ulcers, surgical treatment and principles*, 2002, <http://www.emedicine.com/plastic/topic462.htm>.
11. S. Mathes, F. Nahai: *Classification of the vascular anatomy of muscle: Experimental and clinical correlation*, Plast. Reconstr. Surg., vol. 67, 1981, s. 177-187.
12. D.W. Byrne, C.A. Salzberg: *Major risk factor of pressure ulcer in the spinal cord disabled: a literature review*, Spinal Cord, vol. 34(5), 1996, s. 255-263.
13. T. Sumiya, K. Kawamura, A. Tokuhiro, H. Takechi, H. Ogata: *A survey of wheelchair use by paraplegic individuals in Japan. Part 2: Prevalance of pressure sores*, Spinal Cord, vol. 35(9), 1997, s. 595-598.

Opublikowano w: *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, vol. 7(4), 2005, s. 440-443