

# Može li dekubitalni ulkus biti fatalan? – prikaz bolesnika

DANIJELA TOMIĆ i STANISLAVA LAGINJA

*Opća bolnica Ogulin, Ogulin, Hrvatska*

Prikazan je bolesnik u dobi od 69 godina, beskućnik, alkoholičar, hospitaliziran zbog opće slabosti i malaksalosti, koji je na lijevom boku imao dekubitalni vrijed veličine 5x5 cm. Kod dolaska u bolnicu izraženi su mnogi parametri upale. Indicirani su antibiotici i opsežna nekroktomija promijenjene kože, koju je trebalo nekoliko puta ponavljati. Iz obriska se iz kirurške rane izolira *Acinetobacter* species i *Enterococcus faecium*. Unatoč intenzivnim suportivnim mjerama, dermatološkoj terapiji i kirurškoj obradi, bolesnik je fudroajantno razvio ogromno područje nekroze u području desnog kuka i paravertebralno te nakon mjesec dana preminuo pod kliničkom slikom sepsa.

**KLJUČNE RIJEČI:** dekubitalni ulkus, čimbenici rizika, *debridement*

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:** Danijela Tomić  
Bernardina Frankopana 21.  
51000 Rijeka, Hrvatska  
Tel: 091 52 78 432; E-pošta: danijelari@net.hr

## UVOD

Dekubitalni ulkus nastaje kao komplikacija smanjene pokretljivosti pacijenta i vanjskog pritiska podloge na strukturu tijela. Djelovanjem unutrašnjih čimbenika stvara se predispozicija za stvaranje vrijeda, a vanjski čimbenici dodatno otežavaju višefunkcionalni poremećaj organizma (1). Često se javljaju u osoba starije životne dobi, produžene hospitalizacije i ležanja, kod kroničnih bolesnika, te bolesnika s malignim bolestima. Kod mladih se osoba pojava dekubitusa javlja nakon stradavanja u prometnim nesrećama s paraplegijom i tetraplegijom te zbog produžene imobilizacije nakon dužih kirurških zahvata (2).

Prema definiciji EPUAP-a (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*), dekubitus (engl. *Decubitus ulcer*, *Pressure ulcer*, *Bed sore*) je lokalno oštećenje kože ili potkožnog tkiva nastalo zbog sile pritiska, sile smicanja ili trenja odnosno njihovim kombiniranim djelovanjem (3). Predilekcijska mjesta su uglavnom dijelovi tijela, gdje je koža pritisnuta o tvrdu podlogu. Pritisak tijela na podlogu je veći od pritiska u kapilarama (32 mm Hg), te dolazi do njihove okluzije. Promjene kože i dubljih struktura mogu nastati već nakon nekoliko sati neprekidnog pritiska (6). Liječenje obuhvaća cijelog

bolesnika, jer su prisutne pridružene bolesti: starija životna dob, pothranjenost, anemija, neurološke bolesti, često stanje produžene imobilnosti nakon traume, inkontinencija stolice i mokraće.

Najbolja prevencija nastanka dekubitusa je edukacija osoba koje sudjeluju u liječenju pacijenta, dakle timski rad. U liječenju je potreban multidisciplinarni pristup, jer je i dekubitus multidisciplinarni problem.

Ako je kod bolesnika prepoznat rizik za nastanak dekubitusa, provode se postupci za očuvanje integriteta kože: smanjenje pritiska na rizične dijelove tijela, promjena položaja tijela svakih dva sata, stavljanje podložaka ispod ramena i bokova, antidekubitalna pomagala, uključujući madrace i krevete koji omogućuju ravnomjerni pritisak, izbjegavanje trenja kože, mjere kod inkontinencije (kateter, pelene), odgovarajuća higijena kože te pravilna prehrana u kojoj se preporučuje dnevno oko 135 g životinjskih proteina (4).

Ako se dekubitus pojavi unatoč svim primijenjenim preventivnim mjerama, u liječenje se uključuje i kirurg. Uzima se obrisak i biopat rane, jer je ulkus često inficiran bakterijama koje izazivaju raspadanje tkiva, te se stvara gnojni sadržaj koji destruktivno djeluje na tkivo. Najčešće bakterije koje izazivaju infekcije

su: *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* spp. i *Proteus mirabilis* (5). Veliki problem je metilicilin rezistentni *Staphylococcus aureus* (MRSA), koji se prenosi direktnim kontaktom s bolesnikom ili indirektno s kontaminiranom okolinom (instrumenti).

Liječenje nekrotičnih inficiranih dekubitalnih vrijedova uključuje *debridement*. Važno je odstraniti nekrotično tkivo. Odstranjuje se sve što može usporiti cijeljenje rane. Cilj je stvoriti ranu koja će imati potencijal za cijeljenje. Uz *debridement* potrebno je osigurati uvjete za vlažno cijeljenje rane primjenom alginatnih i hidrokolodnih obloga. Infekciju treba ciljano liječiti antibioticima.

## PRIKAZ BOLESNIKA

Muškarac u dobi od 69 godina, hospitaliziran zbog općeg lošeg stanja i malaksalosti. Pacijent je beskućnik, alkoholičar, koji je živio u vrlo niskim higijenskim uvjetima. Kod prijma u bolnicu je nepokretan, kahektičan, zapuštenog izgleda, otežanog kontakta, koža i vidljive sluznice blijede, hipotenzivan, afebrilan, eupnoičan. Navodi groznicu i tresavicu unatrag 5 dana. Lokalni nalaz: na lijevom boku vidljiv dekubitalni vrijed veličine 5x5 cm prekriven crnom nekrozom.

Bolesnik je hospitaliziran pod dg: *Cirrhosis hepatis; Dehidratatio; Decubitus regio coxae lat. sin.*

U laboratorijskim nalazima kod dolaska dominiraju visoki parametri upale: L 22,5; nesegmentiranih L 32; CRP 252,6, trombociti 559.000, anemija Hb 113, Htc 0,330, povišena ureja 11,1. U krvnom razmazu su u citoplazmi neutrofila izražene toksične granule.

Prvog dana boravka uz suportivne mjere: hidracija infuzijama uz inhibitore protonske pumpe i visoko-proteinska prehrana, konzultira se kirurg koji ordinira Versiva obloge i empirijski antibiotike Klavocin i Gentamycin parenteralno, te kontrolu i previjanje dermatologa.

Petog dana konzervativnog liječenja lokalni nalaz dekubitusa pokazuje veliko nekrotično područje u razini lijevog kuka koje se širi prema gluteusima. Neugodnog je mirisa i ispod površine palpira se mekana konzistencija i fluktuacija. Prema preporuci dermatologa primijenjen je novi antibiotik Ciprofloxacina uz Versiva obloge lokalno uz preporuku kirurškog liječenja.

Šestog dana boravka, kirurg učini opsežnu nekrektomiju vrijeda uz lokalnu primjenu Purilon gela, Comfeel plus obloga i Biatain Ag kao sekundarnu oblogu. S obzirom da ponovljeni laboratorijski nalazi ne ukazuju na pad vrijednosti CRP-a, osmi dan se uzme obrisak rane iz kojeg se izolira *Acinetobacter* species i

*Enterococcus faecium*. Temeljem testa osjetljivosti uvođi se ciljana terapija Vankomicinom.

Na odjelu se pacijenta hidrira infuzijama uz IPP te se korigira sekundarna anemija koncentratima eritrocita, a hipoproteinemija sa 20 % albuminima.

Uz kontrolu dermatologa i kirurga pacijenta se svakodnevno previja i nekoliko se puta učini nekrektomija dekubitalnog ulkusa.

Tijekom boravka u bolnici, unatoč intenzivnih suportivnih mjera, dermatološke terapije, te kirurške obrade – nekrektomije - pacijent fudroajantno razvija ogromnu nekrozu u području desnog kuka i paravertebralno. Nakon mjesec dana unatoč svakodnevnom previjanju, intenzivnoj terapiji i svim suportivnim mjerama bolesnik je preminuo pod kliničkom slikom sepse.

## RASPRAVA

Dekubitalni vrijed je rana koja nastaje na mjestima gdje koštane prominencije pritišću na tvrdu podlogu, što dovodi do lokalne ishemije i ireverzibilnog oštećenja tkiva s posljedičnom nekrozom. Promjene kože i dubljih struktura mogu nastati već nakon nekoliko sati neprekidnog pritiska (6). Liječenje obuhvaća cijelog bolesnika, jer su prisutne pridružene bolesti koje zahtijevaju multidisciplinarni pristup skrbi i liječenju. To su starija životna dob, pothranjenost, anemija, neurološke bolesti, stanje nakon traume, inkontinencija. Najbolja terapija je prevencija koja obuhvaća edukaciju svih osoba koje sudjeluju u liječenju pacijenta, dakle timski rad. Potrebna je pravilna ishrana pacijenta, redovno okretanje pacijenta u krevetu uz pravilan položaj tijela, primjena raznih podloga, dobra higijena i mjere kod inkontinencije urina i stolice (kateter, pelene), te njega kože.

Kada se ulkus razvije, potrebno je rasteretiti pritisak na taj dio tijela. Uzima se tkivo rane koje će se dati na mikrobiološku analizu da se utvrdi kontaminacija ili infekcija vrijeda. Kod uznapredovalih nekrotičnih, inficiranih dekubitalnih vrijedova neophodna je kirurška nekrektomija uz ciljanu antibiotsku terapiju. Kirurški tretman ovisi o četiri determinirajuća čimbenika: stanju kože, mekih tkiva, kostiju te općem stanju pacijenta. Preoperativno se nastoji poboljšati opće stanje pacijenta uz redovnu njegu i previjanje dekubitalnih rana. Posebnu se pozornost obraća proteinogramu, jer zbog transudacije tkivne tekućine iz dekubitalne rane dolazi do gubitka proteina. To dovodi do širenja postojećeg dekubitusa, a zarastanje je minimalno. U ishrani takvog bolesnika preporučuju se životinjski proteini: oko 135 grama. Preoperativno se rana čisti, uklanja nekroza.

## ZAKLJUČAK

Dekubitalni vried je bolest koja zahtijeva energično i cjelovito liječenje. Posebnu pozornost treba obratiti općem stanju bolesnika, te proučiti sve čimbenike koji su doveli do njegovog pojavljivanja. Vrlo brzo može progredirati do stupnja kada je neophodna kirurška obrada, kao što je slučaj našeg pacijenta koji je bio visoko rizičan zbog pridruženih kroničnih bolesti uz opće loše stanje i pothranjenost. Unatoč poduzetim mjerama liječenje nije dalo rezultata jer je opće stanje pacijenta bilo izrazito teško, te se organizam nije mogao oduprijeti fatalnom dekubitalnom ulkusu.

## LITERATURA

1. Cullum N, Deks JJ, Fletcher AW, Sheldon TA, Song F. Preventing and treatment pressure sores. *Qual Health Care* 1995; 4: 289-97.
2. Hančević J i sur. *Dekubitus*. Zagreb: Medicinska naklada, 2003.
3. Haalboom JRE, Van Everdingen JJE, Cullum N. Incidence, prevalence, and classification. In: Parish LC, Witkowski JA, Crissey JT, ur. *The decubitus ulcer in clinical practice*. Berlin: Springer, 1997, 12-23.
4. Shea JD. Pressure sores: classifications and management. *Clin Orthop Rel Res* 1975; 112: 89-100.
5. Burgers RS. Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. *Br J Gen Prac* 200; 53: 15-9.
6. Dinsdale SM. Decubitus ulcers; Role of pressure sore research: 1977-1987. *J Rehabil Res Dev* 1989; 26: 63-74.

## SUMMARY

### CAN DECUBITUS ULCER BE FATAL? – CASE REPORT

D. TOMIĆ and S. LAGINJA

*Ogulin General Hospital, Ogulin, Croatia*

A patient aged 69, homeless, alcoholic, hospitalized because of general weakness and disability, with decubitus ulcer in the area of left hip, measuring 5x5 cm, is presented. On admission, numerous parameters of inflammation were observed. Antibiotics and repeated extended skin necrectomy were indicated. *Acinetobacter* spp. and *Enterococcus faecium* were isolated in the swab obtained from surgical wound. In spite of extensive supportive measures, dermatologic therapy and surgery, the patient rapidly developed widespread necrosis in the left hip area and paravertebrally, and he passed away in the clinical picture of sepsis.

**KEY WORDS:** decubitus ulcer, risk factors, debridement