

Hipertrofik Skar Tedavisinde Topikal Silikon Jel Uygulamaları

Nazım Durak*, Erol Kışlaoglu*, İsmail Ermiş**, Fuat Yüksel***,
Fatih Peker***, Adnan Uzunismail*

ÖZET. Hipertrofik skar düzeltilmesinde yeni bir tedavi yönteminin etkisini araştırmak amacıyla bir klinik çalışma yapılmıştır. Değişik boyut ve olgunlukta hipertrofik skarları 19 hastaya, "Silicone gel sheeting" uygulaması yapılmıştır. Silikon jel tabakası skar üzerinde günde 10-12 saat kalacak şekilde ortalama 12 hafta süreyle uygulanmıştır. Bütün olgularda düzelme gözlenmiştir. Yöntem, deri bütünlüğü olan tüm olgularda iyi bir şekilde tolere edilmiştir. Bu yöntemin etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Sonuç olarak, metodun hasta ve hekimin beklentilerine olumlu yönde yanıt vermesi açısından kolaylıkla uygulanabileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler .Hipertrofik skar . "silicone gel sheeting".

Topical Silicone Gel Applications for the Treatment of Hypertrophic Scars

SUMMARY. A clinical study was designed to study the efficacy of a new treatment modality for hypertrophic scar management. "Silicone gel sheeting" was applied to 19 patients with hypertrophic scars of varying severity and maturity. The "Silicone gel sheeting" was left over the scar for 10-12 hours daily for an average period of 12 weeks. Improvement of hypertrophic scar quality was observed and successful in all cases. It was well tolerated when applied over scars with intact skin. The mode of the action is not known. As a conclusion, the method can easily be applied according to the needs of the patient and the clinician.

Key Words .Hypertrophic scar .silicone gel sheeting.

Skar dokusu oluşumu derin yara iyileşmesinin doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Önlenmesi ve tedavisi için asırlar boyunca pek çok yöntem denenmiştir^{1,2}. Hipertrofik skar, travmayı takiben ya da, yanık sonrası meydana gelebilmekte ve nasıl sonuçlanacağı önceden tahmin edilememektedir. Karakteristik olarak yaranın epitelizeasyonunu takip eden altı-sekiz haftalık dönemden sonra, oluşmaya başlayan hipertrofik skar, kısmen veya tamamen rezolüsyon gösterebilir. Ancak sıklıkla kötü bir skar olarak da kalabilmektedir^{3,4}. Hipertrofik skar etyolojisi ne olursa olsun, histopatolojik veya biyokimyasal farklılıklar göstermemektedir⁵. Hipertrofik skarın oluşmasını veya gelişmesini önlemek, ya da oluşmuş hipertrofik skarı azaltmak amacıyla çeşitli tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Bu yöntemler arasında Z plasti, W plasti, eksizyon gibi cerrahi girişimler, basınç uygulamaları ve bazı

farmakolojik ajanların kullanımı (Triamcinolone acetonide, B-aminopropionitrile, colchicine, interferon) sayılabilir^{2,6,7,8}. Bütün bu uygulanan tedavi yöntemleri; skar dokusunun miktarı, yabancı doku varlığı, derinin minimal gerilim çizgileri, infeksiyon mevcudiyeti, skar etyolojisinde yer alan ısı, farmakolojik ve mekanik etkenler, skarın şekli ve lokalizasyonu gibi değişebilen faktörlere bağlı olarak değişik sonuçlar vermiştir^{1,2,9}. Hipertrofik skar tedavisi için yapılan bası uygulamaları, vucutta mevcut çukurluklar, fleksör yüzeyler gibi değişken anatomik lokalizasyonlar ve hareketlilik gibi faktörler yüzünden zorluk göstermektedir³. Bu şekildeki lokalizasyonlarda homojen bir bası uygulayabilmek için Avustralya'da kimyasal olarak reaksiyon yapmayan, geçirgen ve bükülebilen silikon jel tabakaları kullanılmaya başlanmıştır. Skar üzerine uygulanması düşünülen basıncın sadece eşit şekilde yayılmasını sağlamak amacıyla kullanılan bu silikon jel tabakalarının hipertrofik skar tedavisinde düşünülen de fazla düzelme sağladığı görülmüş ve bunun üzerine değişik merkezlerde "Silicone gel sheeting" uygulamalarına geçilmiştir¹⁰.

* Doç. Dr.; GATA Haydarpaşa Eđit. Hast. Plast. ve Rekonstr. Cerr. Klin.

** Uzm. Dr.; GATA Haydarpaşa Eđit. Hast. Plast. ve Rekonstr. Cerr. Klin.

*** Uzm. Öđ. Dr.; GATA Haydarpaşa Eđit. Hast. Plast. ve Rekonstr. Cerr. Klin.

Geliş Tarihi: 1.9.1993

Kabul Tarihi: 15.6.1994

Bu çalışmada fonksiyonel, estetik ve psikolojik morbiditeye sebep olabilen skar dokularının önlenmesi ve tedavi edilebilmesi amacıyla, kliniğimizde topikal "silicon gel sheeting" uygulamaları ve sonuçları sunulmaktadır.

Gereç ve Yöntem

1991-1993 yılları arasında, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği'nde yanık ve edinsel travmalar nedeniyle meydana gelmiş hipertrofik skarlara sahip hastalarda topikal "Silicone gel sheeting" uygulamalarının sonuçları incelenmiştir. Yöntem, yaşları 5 ile 45 arasında değişen 19 hastaya uygulanmıştır. Skarın etyolojisi ile 16 hastada yanık, üç hastada ise mekanik travma idi. Olguların 10'u bayan, 9'u erkekti. Hipertrofik skar, hastaların yedisinde yüzde, ikisinde boyunda, sekizinde üst ekstremitede, ikisinde göğüs ön duvarında ve bir tanesinde de bacakta yer almaktaydı. "Silicone gel" tabakaları (GEL-911, TopiGel Sheeting, CUI Corporation, 145 mm x 120 mm x 3.5 mm) hipertrofik skarın büyüklüğü, şekli ve lokalizasyonuna göre silikon tabakanın parlak tarafı skar üzerine gelecek şekilde yüzeysel olarak uygulandı. Silikon tabaka vücut yüzeyinde elastik bir bandaj sarılarak tespit edildi. Mevcut uygulamanın hasta tarafından

günde en az 12 saat sürdürülmesi gerektiği belirtildi. Bu işlem hastalara öğretilerek kendi kendilerine uygulayabilmeleri sağlandı. Hastalar üç-dört haftalık sürelerle kliniğe çağrıldı ve skarların durumu, renk, hacim ve sertliğine göre değerlendirildi. Uygulama sırasında hipertrofik skar üzerindeki deri devamlılığının olmasına dikkat edilmiş ve tüm olgular en az üç ay süreyle takip edilmiştir. Bu süreyi tamamlayan tüm hastalarda, mevcut hipertrofik skarlara topikal olarak uygulanan "silicone gel sheeting" in terapötik etkisi değerlendirildi (Resim 1,2).



Resim: 2

Hipertrofik skarın 3 aylık tedavi sonunda görünümü

Bulgular

Hipertrofik skarların yaşları üç ay ile beş yıl arasında değişim göstermekteydi. Skarların değerlendirilmesi renk, hacim ve sertliğinde saptanan iyileşme durumlarına göre derecelendirildi. Bu üç parametrenin her birinde gözlenen düzelme hali artı (+) olarak kaydedildi (Tablo I).

Tablo: I- Tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi

	Hasta Sayısı
Nedbe puanı +	3
Nedbe puanı ++	9
Nedbe puanı +++	5

Üç hastamız dışındaki olgular sonuçtan memnun olduklarını belirttiler. Bir hastamızda silikon jel tabakasının altında kızarıklık gözlemlendi. İki



Resim: 1

5 yaşında bir hastada tedavi öncesi hipertrofik skar görünümü

hastamızda değişik aralıklarla kaşıntı olduğu saptandı. Bu olgularda jel tabaka kısa süreli olarak uzaklaştırıldı ve lokal temizlik uygulandı. Olguların hiçbirinde ülserasyon görülmedi (Tablo II). Hastalarımız ayrıca yapılan psikiatri konsültasyonlarında, rahatladıklarını ve öz güvenlerini kazandıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo: II- Komplikasyonların değerlendirilmesi

	Hasta Sayısı
Kızarıklık	1
Kaşıntı	2
Ülserasyon	-

Tartışma

Yanık ve edinsel travmalar sonrası meydana gelebilen hipertrofik skarların tedavisi ve önlenmesi genellikle zorluklar arzemektedir. Basınç uygulamaları, lezyon içine değişik farmakolojik ajanların enjeksiyonları, cerrahi revizyon ya da bu yöntemlerin kombinasyonları bilinen tedavi yöntemleridir^{1,2,11,12}. 1982'de Perkins ve arkadaşları basınç uygulanmadan, sadece "silicone gel" uygulamaları ile hipertrofik skarın azaldığını gözlemlemişlerdir¹⁰. Bunu izleyen dönemde, Guinn yine aynı yöntemi üç yıllık bir klinik çalışma olarak uygulamış ve metodun hipertrofik skar ile keloid tedavisinde etkili olduğunu yayınlamıştır¹³. Ayrıca Ahn ve arkadaşları "Silicone gel sheeting" uygulamasının hipertrofik skarlarda kalıcı bir düzleşmeye ve yumuşamaya neden olduğunu gösterdikleri gibi, son çalışmalarında da bu yöntemin hipertrofik skarın oluşumunun önlenmesinde de etkili olduğu sonucuna varmışlardır^{3,5}. Son olarak Sproat ve arkadaşları bu yöntemi hipertrofik sternal skarlarda kullanmışlar ve intralezyoner steroid enjeksiyonlarından çok daha üstün olduğunu göstermişlerdir¹⁴.

İdeal olarak silikon tabakanın hipertrofik skar üzerinde 24 saat kalması düşünülmektedir^{5,13}. Fakat pratik olarak bu daima mümkün olamamaktadır. Biz de, kendi hastalarımızda, bu süreyi minimal 10-12 saat tutmayı yeğledik.

Silikon jel uygulamasının hipertrofik skar üzerindeki etkisinin nasıl olduğu tam olarak bilinmemektedir, ancak bazı fiziksel ve kimyasal faktörlere bağlı olabileceği ileri sürülmektedir. Fiziksel faktörler arasında yer alan basınç, ısı, oksijen geçişi ile buharlaşma ve oklüzyon ayrı ayrı incelenmiş ve silikonun bu faktörlerden bağımsız olarak etki gösterdiği sonucuna varılmıştır. Günümüzde silikon jelin etki mekanizmasının kimyasal bir faktör içerdiği ve bunda düşük molekül ağırlıklı silikon sıvısı olduğu görüşü ön plandadır^{14,15,16}.

"Silicone gel sheeting" uygulaması sırasında bazı komplikasyonlara rastlanabilmektedir. Bunlardan bir tanesi kaşıntı olup, kişisel hijyene dikkat edilmediği zamanlarda daha sık görülmektedir. Daha çok küçük yaş grubundaki çocuklarda görülen kaşıntı ve kızarıklıkların skarlı doku ve silikon tabakanın yıkanıp temizlenmesi sonucu ortadan kalktığı belirtilmektedir^{5,13}. Yeni yanıklı hastaların bazılarında ise silikon jel tabakası uygulaması sonucu deri bütünlüğünün bozulduğu saptanmıştır⁴.

Mercer yaptığı çalışmasında silikon jelin keloide etkili olmadığını belirtmiştir¹⁵. Kliniğimizde silikon jel keloid için uygulanmamıştır.

Hipertrofik skardaki düzelmenin değerlendirilmesi değişik yazalarca çeşitli parametreler kullanılarak yapılmıştır. Hipertrofik skarın yapısı, rengi, kalınlığı, direnci, hastanın subjektif şikayetleri ve uygun olan olgularda hareket miktarı, değerlendirme parametrelerini oluşturmuştur. Ayrıca skarın elastikiyetinin değerlendirilmesi için bazı çalışmalarda, elastometre ve ekstensometreler gibi aygıtlar kullanılmıştır^{5,13}.

Yaptığımız klinik çalışma verilerine göre, "Silicone gel sheeting" uygulamalarının hipertrofik skarın tedavi edilmesinde etkisi ve kullanım kolaylığı açısından tercih edilebilecek bir yöntem olduğu görüşüne varılmıştır.

Doç. Dr. Nazım DURAK
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kl.
Tel: 0-216-3462600 / 2659
Kadıköy/İSTANBUL

Kaynaklar

1. Cohen IK, Peacock EE: Keloids and hypertrophic scars, Plastic Surgery (Ed.McCarthy JG), W.B. Saunders Company, Philadelphia, First Ed.,732-747, 1990
2. Hugo NE: Hypertrophic scars and keloids, Plastic Surgery (Ed.Smith JW, Aston SH), Little, Brown and Company, Boston, Fourth Ed., 851-854, 1991
3. Ahn ST, Monafu WW, Mustoe TA: Topical silicone gel: A new treatment for hypertrophic scars. Surgery 106:781-787, 1989
4. Parsons RW: Scar prognosis. Clin Plast Surg 4:181-189, 1977
5. Ahn ST, Monafu WW, Mustoe TA: Topical silicone gel for the prevention and treatment of hypertrophic scar. Arch Surg 126:499-504, 1991
6. Brent B: The role of pressure therapy in management of earlobe keloids: preliminary report of a controlled study. Ann Plast Surg 1:579-581, 1978
7. Griffith BH: Treatment of keloids with tiamcinolone acetate. Plast Reconstr Surg 38:202-205, 1966
8. Ketchum LD, Smith J, Robinson DW et al: Treatment of hypertrophic scars, keloids and scar contracture by triamcinolone acetate. Plast Reconstr Surg 38:209-211, 1966
9. Lawrence JC: The aetiology of scars. Burns 13:3-14, 1987

