

YANIKLAR

Hakan ATAŞ¹

GİRİŞ

Yanık, yüksek ısı nedeniyle veya yakıcı ya da yanıcı özellikteki maddeler ile temas sonucu ortaya çıkan doku tahribatına denir. Güneşe aşırı maruziyet, sıcak sıvılar, yağ veya buharla haşlanma, katı temas yanıkları (ütü vb.), alev ile temas (yangın vb.), kimyasallar (kostik maddeler), elektrik ve radyasyon başlıca yanık nedenleridir. Sıcak suyla haşlanma ve alev yanıkları her yaş grubunda en sık nedendir. Dünya Sağlık Örgütü, yanıklarla ilişkili yıllık 265.000 ölüm olduğunu ve bunların %95'inin düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde gerçekleştiğini tahmin etmektedir.^(1, 2) Yanık vakalarında ortalama ölüm oranı %5'tir ve ölümler sonuçlanan yanıkların en sık sebebi ise eşlik eden asfiksi ve karbonmonoksit (CO) zehirlenmesinin de etkisiyle alev yanıklarıdır. Sıcak sıvılarla haşlanma ikinci ölüm nedenidir.⁽³⁾ Yanık travması özellikle genel cerrahların ön cephede olduğu ancak multidisipliner yaklaşım gerektiren bir durumdur.

YANIKLI HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yanıklı hastanın ilk müdahalesinde hava yolu açıklığının sağlanması, tüm gıysilerinin çıkarılma-

rak ek travma varlığının tespiti, yanık alanının hesaplanması ile CO ve siyanid zehirlenmesinin değerlendirilmesi şeklinde sıralayabileceğimiz 4 kritik yaklaşım hayati önem arz eder.⁽²⁾

Solunum Hasarı

Baş boyun bölgesinde olan yanıklarda, alev yanıklarında, ağız ve burun içinde kurum olması halinde, dispne ve ses kısıklığı varlığında solunum hasarı olabileceğinden şüphelenilmelidir. Bu hastalarda muhtemel bir larinks ödemi gelişme riski gözönünde bulundurulmalı ve hastanın entübe edilmesi konusunda geç kalınmamalıdır. Bilinç durumundaki bozulmalar ve dumana maruz kalınması halinde ise akla mutlaka CO ve siyanid zehirlenmesini getirmeli ve şüphe durumunda kan karboksihemoglobin düzeyleri değerlendirilmelidir. Karboksihemoglobin düzeylerinin %20'nin üzerinde olması durumunda hastalarda CO zehirlenmesi olduğu kabul edilerek tedavi başlanmalıdır.⁽¹⁻⁴⁾ %100 oksijen (O₂) verilmesinin yanı sıra yüksek basınçlı O₂ terapileri de iyileşme sürecinde faydalıdır. Hastalarda laktik asidoz, miyokard depresyonu ve hatta ölümlerle sonuçlanabilen bir tablo gelişebilir. Tedavi için hastanın entübasyonunu takiben %100 O₂ ile hidroksikobalamin 70 mg/kg dozunda kullanılabilir. Sod-

¹ Op. Dr., Ankara Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, drhakanatas@gmail.com

Hipertrofik skarların tedavisinde ise reeksizyon ve split thickness greftleme yapılabilmektedir.

SONUÇ

Geniş yanıklar uzun hastanede yatış süreleri ve yüksek tedavi maliyetleri gerektirmesinin yanısıra hasta ve hasta yakınlarına önemli fiziksel ve psikolojik yükler de getirir. Yanığın olumsuz etkilerinin onarımı hekim, hasta ve hasta yakınları için özveri ve sabır gerektiren bir süreçtir. Ciddi yanıkların tedavisinde önceleri hedef sağkalımı artırmaksa da günümüzde görünüş bozukluklarının en aza indirgenmesi, işlevselliğin sağlanması ve hastanın yeniden topluma kazandırılması temel amaç olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Peck MD. Epidemiology of burns throughout the world: Part I. Distribution and risk factors. *Burns* 2011; 37:1087–1100.
2. Jonathan Friedsat, Fred W. Endorf, and Nicole S. Gibran. Burns, 227–241; in Schwartz's Principles of Surgery 10th edition, ed: F Charles Brunicaudi. 2015 McGraw-Hill Education.
3. Marc G. Jeschke, David N. Herndon. Burns, 505–529; in Sabiston's Textbook of Surgery 20th edition ed: Courtney M. Townsend. 2017 Elsevier.
4. Walker PF, Buehner MF, Wood LA, et al. Diagnosis and management of inhalation injury: an updated review. *Critical Care* 2015;19(1):1.
5. Kaya Yorgancı, Zafer Öner. Yanıklar, 529–541; Temel Cerrahi Baskı, ed: İskender Sayek, 2013 Güneş Kitabevi.
6. Muller M, Moser EM, Pfortmueller CA, et al. Aetiology of adult burns treated from 2000 to 2012 in a Swiss University Hospital. *Burns* 2016;42(4):919-25.
7. Edgar DW, Fish JS, Gomez M, et al. Local and systemic treatments for acute edema after burn injury: a systematic review of the literature. *J Burn Care Res* 2011; 32(2):334-47.
8. Sánchez-Sánchez M, García-de-Lorenzo A, Asensio MJ. First resuscitation of critical burn patients: progresses and problems. *Med Intensiva* 2016;40(2):118-24.
9. Sterling JP, Heimbach DM, Gibran NS. Management of the burn wound. In: Souba WW, Fink MP, et al, eds. ACS (American College of Surgeons) Surgery. 6th ed. New York: WebMD Professional Pub; 2010. p.8-10.
10. Coruh A, Yontar Y. Application of split-thickness dermal grafts in deep partial-and fullthickness burns: a new source of auto-skin grafting. *J Burn Care Res* 2012;33(3): e94-100.
11. Jeschke MG, Finnerty CC, Shahrokhi S, et al. Wound coverage technologies in burn care: novel techniques. *J Burn Care Res* 2013; 34:612-20.
12. Wasiak J, Cleland H, Campbell F, et al. Dressings for superficial and partial thickness burns. In: Cochrane Wounds Group, eds. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 3. John Wiley & Sons; 2013.
13. Lang TC, Zhao R, Kim A, et al. A Critical Update of the Assessment and Acute Management of Patients with Severe Burns. *Adv Wound Care (New Rochelle)*. 2019;8(12):607-633. doi:10.1089/wound.2019.0963.