

BÖLÜM 17

Yanık Hastalarında Prognoz ve Uzun Dönem Hasta Yönetimi

Erkan DENİZ¹

GİRİŞ

Son 30 yılda yanık hastalarına yönelik uygulanan tedavi protokollerinin gelişmesi üzerine prognozda belirgin iyileşmeler ve sağ kalımda artışlar görülmüştür.¹ Yanıkların ortalama %60-70 kadarı erkeklerde görülmekle beraber en sık yanık mekanizması alev/ateş nedeniyle olmaktadır.¹

Modern yanık bakımında kaydedilen gelişmelerden en önemli 3 adım şunlardır; yara bakım araçları ve topikal antibiyotiklerin kullanımı, büyük yanıklarda eskar dokusunun erken cerrahi eksizyonu ve greftleme, yanık enfeksiyonlarına, beslenme problemlerine ve pulmoner problemlere olan yaklaşımın ve yanık akut bakım tekniklerinin geliştirilmesi.¹ Yanık hastasıyla karşılaştıktan hemen sonra yapılan kapalı pansumanlar cilt bütünlüğü bozulmuş derinin dış ortamla ilişkisini keserek kontamine olmasını engellemiştir. Kontamine yaralarda saha sonra gelişecek olan enfeksiyon ve bunun bir sonraki adımı olan sepsis vakalarında azalma olmasıyla prognoz iyileşmiştir. Yine ağır yanık vakalarında cerrahi girişimin uygun zamanda ve teknikte yapılması da prognoza önemli katkılar sağlamıştır.

Topikal Ajanlar ve Pansuman

Güvenli ve etkili topikal ajanlar 1960'lı yıllarda ortaya çıktıktan sonra yanık hastalarında kullanılmaya başlandı. Kullanımından 10 yıl sonra yanık hastalarında mortalitede azalma olduğunu bildiren çalışmalar yayınlandı.⁴⁻⁶ Topikal antimikrobiyal ajanlar sayesinde yara kontaminasyonu ve enfeksiyonunun önüne

¹ Op. Dr. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, dr.erkandeniz@gmail.com

ğidir. Mortaliteyle en yüksek oranda ilişkili olan bu durum hiçbir yanık hastasında atlanmamalıdır. Uzun dönemde hastayı bekleyen pek çok psikofizyolojik problemler bulunmaktadır. Bunların hepsi taburculuk öncesi hastayla paylaşılmalı ve uygun zamanda gerekli olan cerrahi, psikolojik ve medikal tedaviye başlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Young D. Burns and burn injury. In: Mathes SJ, editor. Plastic surgery. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Publishing; 2006. P. 811–32.
2. American Burn Association. 2007 Factsheet; available from www.ameriburn.org/resources_factsheet.php; accessed July 18, 2007.
3. Mann R, Heimbach D. Prognosis and treatment of burns. *West J Med* 1996;165:215–20.
4. Moyer C, Brentano L, Gravens D, Margraf H, Monafó W: Treatment of large human burns with %0.5 silver nitrate solution. *Arch Surg.* 1965; 90:812-867
5. Baxter C: Topical use of %1.0 silver sulfadiazine, In Polk HJ, Stone H (Eds): *Contemporary Burn Management*. Boston, Mass, Little, Brown, 1971, pp 217-225
6. Polk HC Jr: Treatment of severe burns with aqueous silver nitrate (0.5%). *Ann Surg* 1966; 164:753-770
7. Cope O, Langhor J, Moore F, Webster R: Expeditious care of full thickness burn wounds by surgical excision and grafting. *Ann Surg* 1947; 125:1-22
8. Jackson D, Topley E, Cason J, Lowbury E: Primary excision and grafting of large burns. *Ann Surg* 1960; 152:167-189
9. Tompkins RG, Remensnyder JP, Burke JF, et al: Significant reductions in mortality for children with burn injuries through the use of prompt eschar excision. *Ann Surg* 1988; 208:577-585
10. Germann G, Barthold U, Lefering R, Raff T, Hartmann B. The impact of risk factors and pre-existing conditions on the mortality of burn patients and the precision of predictive admission-scoring systems. *Burns* 1997;23:195–203.
11. Smith DL, Cairns BA, Ramadan F, et al. Effect of inhalational injury, burn size, and age on mortality: a study of 1447 consecutive burn patients. *J Trauma* 1994;37:655–9.
12. Altman DG. Systematic reviews of evaluations of prognostic variables. *BMJ* 2001;323:224–8.
13. Vico P, Papillon J. Factors involved in burn mortality: a multivariate statistical approach based on discriminant analysis. *Burns* 1992;18:212–5.
14. Zawacki BE, Azen SP, Imbus SH, Chang YT. Multifactorial probit analysis of mortality in burned patients. *Ann Surg* 1979;189:1–5
15. Suzuki M, Aikawa N, Kobayashi K, Higuchi R. Prognostic implications of inhalation injury in burn patients in Tokyo. *Burns* 2005;31:331–6.
16. Demling R., Desanti L., Burns: Inflammation-infection phase, In: Hall JB, Schmidt GA, Wood L., *Principles of critical care*, third edition, USA, McGraw-Hill, 2005, page 1473-7.
17. Maghsoudi H., Adyani Y., Ahmadian N., Electrical and Lightning Injuries, *Journal of Burn Care & Research*, March/ April 2007;28:255-1

18. Esselman PC, Thombs BD, Magyar-Russell G, Fauerbach JA: Burn re- habilitation: state of the science. *Am J Phys Med Rehabil*, 85: 383-413, 2006.
19. Elliott D, Davidson JE, Harvey MA, Bemis-Dougherty A et al.: Explor- ing the scope of post-intensive care syndrome therapy and care: en- gagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting. *Crit Care Med*, 42: 2518-26, 2014.
20. Anzarut A, Chen M, Shankowsky H, Tredget EE: Quality-of-life and outcome predictors following massive burn injury. *Plast Reconstr Surg*, 116: 791-7, 2005.
21. Moi AL, Wentzel-Larsen T, Salemark L, Wahl AK et al.: Impaired generic health status but perception of good quality of life in survivors of burn injury. *J Trauma*, 61: 961-8, 2006.
22. van Loey NE, van Beeck EF, Faber BW, van de Schoot R et al.: Health- related quality of life after burns: a prospective multicenter cohort study with 18 months follow-up. *J Trauma*, 72: 513-20, 2012.
23. Cromes GF, Holavanahalli R, Kowalske K, Helm P: Predictors of qual- ity of life as measured by the Burn Specific Health Scale in persons with major burn injury. *J Burn Care Rehabil*, 23: 229-34, 2002.
24. Wasiak J, Paul E, Lee SJ, Mahar P et al.: Patterns of recovery over 12 months following a burn injury in Australia. *Injury*, 45: 1459-64, 2014.