

sinir ve tendonlar kolaylıkla transfer edilebilir. Ancak 1. parmağın ampute, 2. parmağın sağlam fakat başka parmaklarında yaralı olduğu durumlarda 2. parmak korunmalı ve diğer seçenekler gözden geçirilmelidir. Olgumuzda 1. parmağın proksimal falanks ½ den amputasyon yanında 2. parmağın metakarp başı ile proksimal falanksı içeren radial bölgesindeki hasar nedeniyle ulnar pedikül ile beslenen ada flebi tarzında yaralanmış olması pollisizasyon için uygun hatta hazır bir seçenek oldu. İşlevsel sonuç elde edilmesi açısından da uygun olduğu düşünülen transfer lokal anestezi uygulandığı için uyanık olan hastaya danışıldı ve onayı alındıktan sonra gerçekleştirildi. 1. parmağa uygun boy elde etmek için araya konan interpozisyonel kemik grefti 2. metakarpın proksimal güdüğünden alındığı için ek donör alan morbiditesi oluşmadı. Ameliyatın hastanın gebeliğine bir etkisi olmadı. Gebelik normal seyrinde gitti ve zamanında doğum gerçekleşti. Sorunsuz iyileşmenin ardından hastanın elini kullanabildiği ve durumdan memnun olduğu gözlemlendi. Travmatik el yaralanmalarında rekonstrüksiyon seçenekleri her hasta için farklıdır. Değerlendirmede hastanın işi, yaşı ve genel durumu göz önüne alınarak seçenekler sunulur. Hastanın kendi tercihi özenle dikkate alınarak, en az ameliyat sayısı ile kısa zamanda, iyi işlevsel ve duyuşsal sonucun elde edilmesi amaçlanır.

Ethem GÜNEREN

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.
SAMSUN*

KAYNAKLAR

1. Ege Rıdvan. El ve Üst Ekstremitede Amputasyon ve Dezartikülasyon. Ed. Rıdvan Ege, El Cerrahisi, Ankara, Bl. 17, s; 531-559, 1991.
2. Strickland James W, Kleinman William B. Thumb Reconstruction. Ed. David P Green, Operative Hand Surgery, NewYork, Churchill Livingstone, v.2, p:2043-2156, 1993.
3. Litter William J. Finger Pollicization for Traumatic Loss. Ed. McCarthy Joseph G, Plastic Surgery, Sec. Eds. May James W, Litter William J, The Hand, Philadelphia, W.B. Saunders Co, v.8, p:5135-5152, 1990.
4. Michon J, Merle M, Bouchon Y, Foucher G. Functional comparison between pollicization and toe-to-hand transfer for thumb reconstruction J Reconstr Microsurg. 1:103, 1984.
5. Emerson ET, Krizek TJ, Greenwald DP. Anatomy, physiology, and functional restoration of the thumb. Ann Plast Surg. 36:180, 1996.
6. Egloff DV, Verdant C. Pollicization of the index finger for reconstruction of the congenitally hypoplastic or absent thumb. J Hand Surg [Am]. 8:839, 1983.

ASFALT YANIKLARINDA PRATİK BİR TEDAVİ METODU: VAZELİN UYGULAMASI

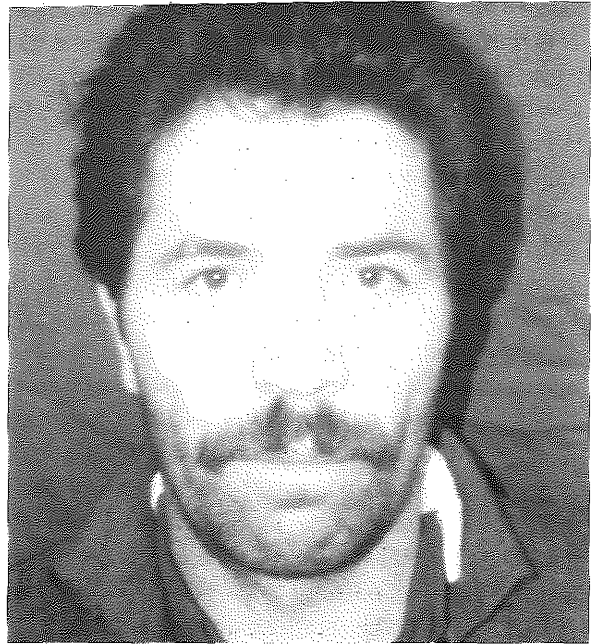
Bırol CİVELEK, Dilek BAĞDATLI, Selim ÇELEBİOĞLU

SSK Ankara Eğitim Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Dışkapı, Ankara

Sıcak zifte bağlı yanık riski, asfalt ve çatı yapımı ile uğraşan işçilerde yüksektir. Bu işçilerin maruz kaldığı kazaların % 16'sı zift yanıklarındadır. Büyük kısmı yüz ve üst ekstremiteleri kapsamaktadır. Asfalt yanıklarında katılaşmış zift, soğutma işlemi takiben, çözücüler yardımı ile ortamdan uzaklaştırılmalıdır. Katılaşmış asfaltın dokudan yetersiz bir şekilde uzaklaştırılması ve temizlenmesi, yetersiz bir debridman ve suboptimal bir temizleme sağlayacağından enfeksiyon riskini arttıracaktır. İlgili literatür gözden geçirildiğinde, erken soğutma işlemi yapılmasının ve sıvı çözücülerin ya da petrolatum bazlı pomadların kullanılmasının önemli olduğu dikkati çekmektedir.¹⁻⁴ Kliniğimize başvuran olgularda su ile erken soğutma işlemi takiben çözücü olarak vazelin kullanılmış, sonuçlar sunulmuştur.

Kliniğimize 2000-2003 yılları arasında asfalt yanığı nedeni ile başvuran üç hasta takibe alındı, ve tümü ayakta tedavi edildi. Hastaların her üçü de asfalt yapım işçisiydi, ve hiçbirisinde yanığa eşlik eden yaralanma yoktu. Başvuran hastalarda su ile soğutma yıkama işlemi takiben, çözücü olarak 2-4 saat aralıklarla vazelin uygulandı. 24-48 saatte zift tamamen uzaklaştırıldı. Daha sonra antibiyotikli pomadlar ile tedaviye devam edildi. Hiçbir hastada yanıklı dokuya eksizyon uygulanmadı. Tedavi esnasında enfeksiyon gelişmeyen hastalar poliklinikte düzenli olarak takip edildi (Şekil 1,2).

İş kazasına bağlı gelişen yanıklar, nüfusunun büyük bölümünü işçi kesiminin oluşturduğu ülkemizde, önemli bir sorundur. Bunların bir bölümünü de asfalt yanıkları



Şekil 1, 2: Bir hastanın tedavi öncesi ve sonrası görünümü

oluşturmaktadır. Asfalt yanıklarında ziftin sıcaklığı yaklaşık 204-260°C (400-500°F)'dir. Ana kap'tan kaynaklanan zift yanıkları genellikle tam kalınlıkta hasar oluşturur. Asfalta yayılmış ziftin ısısı düşer fakat, yanıklar çoğunlukla derin dermal tabakadadır. Ziftin yapışması nedeni ile başlangıçta yanığın derecesini değerlendirmek zordur. Asfalt ya da zift steril olmasına rağmen deri steril değildir. Soğutmayla beraber, bu maddeler katılaşır ve kıl içine gömülür ve bu şekilde oklüziv bir bariyer oluşturarak bakteri proliferasyonuna imkan sağlarlar^{5,6}. Tedavide soğutma işlemini takiben katılaşmış zift, çözücüler yardımı ile uzaklaştırılmalıdır. Çözücü olarak vazelin (petrolatum) ile ilişkili maddeler etkilidir. Stratta ve arkadaşları; bir turuncgil ve petrol özünden oluşan De-Solv-it adlı maddeyi önermiştir⁵. Bilinen en tatminkar sonucu veren üründür. Yine polisorbantlar ve vazelin bazlı antibiyotikler daha az etkili olmakla birlikte kullanılabilirler. Vazelin, ülkemizde kolay ve ucuzca temin edilebilmesi açısından önemlidir. Asfalt yanıklarında bazı yanlış uygulamalar

(mazot, gaz yağı uygulaması gibi), yanık derecesini derinleştirmekte ve katastrofik görünümle karşılaşmaktadır. Vazelin gibi maliyeti düşük, uygulaması kolay ajanlarla, özellikle de çok derin hasar oluşmamış yanıklarda, yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır.

*Dr. Birol CİVELEK
Kehribar Sokak 9/24
06700 G.O.P/ ANKARA*

KAYNAKLAR

1. Ashbell TS, Crawford HH, Adamson JE, Horton CE. Tar and grease removal from injured parts. *Plast Reconstr Surg* 1967; 40:330-331.
2. Dembling RH, Buerstatte WR, Perea A. Management of hot tar burns. *J Trauma* 1980; 20:242.
3. Halfacre S, Apesos J, Rodehaver GT, Edlich RF. Hot tar skin burns. *Curr Concepts in Trauma Care* 1981; 18-19.
4. Bosc B, Tredget T. Treatment of hot tar burns. *Can Med Assoc J* 1982; 127:21-22.
5. Stratta RJ, Saffle JR, Kravitz M et al. Management of tar and asphalt injuries. *Am J Surg* 1983; 146: 766-769.
6. Juma A. Bitumen burns and the use of baby oil. *Burns* 1994; 20 (4): 363-364.