



Türkiye Acil Tıp Vakfı
1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ
5 - 8 MAYIS 2023
LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL
KKTC



KONGRE KİTABI



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

KONGRE BAŞKANI

Prof. Dr. Şahin Çolak

KONGRE BİLİM KURULU

Prof. Dr. Cemil KAVALCI
Prof. Dr. Emine EMEKTAR
Prof. Dr. Fatih Esad TOPAL
Prof. Dr. Halil KAYA
Prof. Dr. Hayriye GÖNÜLLÜ
Prof. Dr. Mehmet Akif KARAMERCAN
Prof. Dr. Mehtap BULUT
Prof. Dr. Şevki Hakan Eren
Prof. Dr. Yavuz KATIRCI
Prof. Dr. Yunsur ÇEVİK

Doç. Dr. Afşin Emre KAYIPMAZ
Doç. Dr. Aynur ŞAHİN
Doç. Dr. Erdem ÇEVİK
Doç. Dr. Halil DOĞAN
Doç. Dr. İsmail TAYFUR
Doç. Dr. Mücahit KAPÇI
Doç. Dr. Tuba CİMİLLİ ÖZTÜRK
Doç. Dr. Yücel YÜZBAŞIOĞLU
Dr. Öğr. Üyesi Semih KORKUT
Dr. Öğr. Üyesi Yavuz YİĞİT

KONGRE GENEL DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Mehmet Tahir GÖKDEMİR
Prof. Dr. Özgür SÖĞÜT
Prof. Dr. Ziad Kazzi
Prof. Samed Şems VAHDATİ
Doç. Dr. Abdullah ALGIN
Doç. Dr. Asım KALKAN
Doç. Dr. Ertuğrul ALTINBİLEK
Doç. Dr. Ethem ACAR
Doç. Dr. Fatih DOĞANAY
Doç. Dr. Gülşen AKÇAY ÇİĞŞAR
Doç. Dr. Hüseyin Cahit HALHALLI
Doç. Dr. Mehmet Özgür ERDOĞAN
Doç. Dr. Murat YÜCEL
Doç. Dr. Mustafa Ahmet AFACAN
Doç. Dr. Nihat Müjdat HÖKENEK
Doç. Dr. Nurşah BAŞOL
Doç. Dr. Orhan DELİCE
Doç. Dr. Ramazan GÜVEN
Doç. Dr. Ramazan KÖYLÜ
Doç. Dr. Rohat AK
Doç. Dr. Serhat KOYUNCU
Doç. Dr. Serkan DOĞAN
Doç. Dr. Songül ARAÇ
Doç. Dr. Umut OCAK

Assistant Prof. Effie POLYZOGOPOULOU
Assistant Prof. Jonathan David DE OLANO
Dr. Öğrt. Üyesi Burcu Genç YAVUZ
Dr. Öğrt. Üyesi Çağrı Serdar ELGÖRMÜŞ
Dr. Öğrt. Üyesi Dilay SATILMIŞ
Dr. Öğrt. Üyesi Erdal YILMAZ
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERGENÇ
Dr. Öğrt. Üyesi Mustafa ÇALIK
Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan BOL
Dr. Öğr. Üyesi Taner YILMAZ
Dr. Badria Ali AL-HATALI
Dr. Eric REVUE
Dr. Olga ZMIJEWSKA-KACZOR
Uzm. Dr. Adem AZ
Uzm. Dr. Agit AKGÜL
Uzm. Dr. Davut TEKYOL
Uzm. Dr. Emre ŞANCI
Uzm. Dr. Gökhan EYÜPOĞLU
Uzm. Dr. İbrahim SARBAY
Uzm. Dr. Mazlum KILIÇ
Uzm. Dr. Mehmet TATLI
Uzm. Dr. Sedat Özbay
Uzm. Dr. Tarık AKDEMİR



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL PROGRAM	5
KONUŞMA ÖZETLERİ	11
SÖZLÜ BİLDİRİLER	110
POSTER BİLDİRİLER	352

TÜRKİYE ACİL TIP VAKFI ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI		
5 Mayıs 2023, CUMA		
SAAT	Salon 1	Salon 2
12:00-13:30	OTELE GİRİŞ	
13:30-14:00	Sözlü Bildiriler	Sözlü Bildiriler
	AFET YÖNETİMİ Oturma Başkanları: Şahin Çolak -İsmail Tayfur	
14:00-14:15	Afet Durumunda Alan Triyajı ve Yönetimi? İsmail Tayfur	
14:15-14:30	Afet Durumunda Hastanede Yönetim? Akkan Avcı	
14:30-14:45	Afet Durumunda Yasal Sorumluluklarımız Nelerdir? Abdülkadir Gündüz	
14:45-15:00	ARA	
15:00-16:30	AÇIK OTURUM-Afet Gerçeği ve Acil Tıp-Deneyimlerimiz ve Hedeflerimiz Moderatör: Şahin Çolak-Oktay Eray-Semih Korkut Konuşmacılar: Eray Çınar, Eren Usul, İshak Şan, Hakan Şevki Eren	
16:30-16:45	ARA	
16:45-17:30	AÇILIŞ	
17:30-18:00	Sözlü Bildiriler	

TÜRKİYE ACİL TIP VAKFI ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI		
6 Mayıs 2023, CUMARTESİ		
SAAT	Salon 1	Salon 2
08:30-09:00	Sözlü Bildiriler	Sözlü Bildiriler
09:00-09:15	ARA	
	KARDİYAK ACİLLER Oturum Başkanları: Mustafa Burak Sayhan, Halil Doğan, Onur Karakayalı	SOLUNUM ACİLLERİ Oturum Başkanları: Ahmet Afacan, Burcu Genç Yavuz
09:15-09:30	Acilde SVT ve VT Yönetiminde Yanlış Yapılanlar? Ya Doğrusu? Halil Doğan	Acilde Dispneik Hasta-Ayırıcı Tanıda Top 10 Fatih Selvi
09:30-09:45	Acilde Kalp Yetmezliği- Zor Senaryolar? Abdullah Algin	Acilde Pnömoni-Tedavi ve Taburculuk İçin Güvenli Yollar? Konu Başlığı? Sinem Doğruyol
09:45-10:00	Acilde AMI- Defibrilasyon Gerekirse! Utku Murat Kalafat	Acilde KOAH ve Astım Atak Tedavisi-Güncelle Beni? Davut Tekyol
10:00-10:15	ARA	
10:15-11:15	Sözlü Bildiriler	
11:15-11:30	ARA	
	TRAVMA Oturum Başkanları: Afşin Emre Kayıpmaz, Mehmet Tahir Gökdemir	HAVAYOLU YÖNETİMİ Oturum Başkanları: Sadık Girişgin, Yunsur Çevik, Ramazan Köylü
11:30-11:45	Crush Sendromunda Tedavi Stratejileri-Ne, Ne Zaman, Ne Kadar, Nasıl Emin Uysal	Acilde Zor Havayolu-Olgularla Doğru Karara Yolculuk? Asım Enes Özbek
11:45-12:00	Gebe Travma- Önümüzdeki Engeller ve Çözümleri? Mücahit Günaydın	Acilde Korkulan Senaryo "Ya Entübe Edemezsem?"- B Planın Hazır mı? Ramiz Yazıcı
12:00-12:15	Multitravmada Doğru ve Güvenli Volüm Kaynaklarının Kullanımı Nasıl Olmalı? Özgür Erdoğan	Acilde Ustalık Dönemi- NİMV ve İMV Uygulamaları Murat Daş
12:15-13:45	ÖĞLE YEMEĞİ	
	RESÜSİTASYON Oturum Başkanları: Avni Uygur Seyhan, Can Aktaş	PEDİATRİK HASTA Oturum Başkanları: Hakan Oğuztürk, Bülent Güngörer
13:45-14:00	Arrest Hasta-Yüksek Kaliteli CPR Nasıl Olmalı? Nasıl Doğrulayalım? Nihat Müjdat Hökenek	Kafa Travmalı Çocukta BT Endikasyonu İkilimleri Devam Ediyor Mu? Fatih Ahmet Kahraman
14:00-14:15	Resüsitasyonda Sıvı ve İlaçlar: Standart mı? Değişir mi? Avni Uygur Seyhan	Acilde Çocuk Hasta- Sedoanaljezi Gereksinimleri? Burcu Bayramoğlu

14:15-14:30	Resüsitasyon: Kılavuzlar ve Deneyimlerimiz Tek Ses mi? Rohat Ak	Çocuklarda Ortopedik Bir Acil- Dirsek Travmalarına Görsel Bir Bakış Melih Çamcı
14:30-14:45	ARA	
	GERİATRİK HASTA Oturma Başkanları: Yavuz Katırcı, Ethem Acar, Mustafa Yılmaz	KRİTİK HASTA Oturma Başkanları: Halil Kaya, Özgür Dikme
14:45-15:00	İmmobil Geriatrik Hasta- Gözden Kaçırma! Orhan Delice	Kritik Hastada Tanısal Test Sayısı ve Kullanılabilirliği Artıyor mu? Suna Eraybar Atmaca
15:00-15:15	Geriatrik Hastada Psikiyatrik Tanılar-Alarm Zilleri Çalabilir Dikkat Et! Özlem Tataroğlu	Şok Hastasında Doğru Vazopressör Seçimi Fatih Doğanay
15:15-15:30	Geriatrik Hasta Gerçeği-Komorbidite ve Çoklu İlaç Mehmet Akif Karamercan	ARDS Hastası: Pandeminin Ardından Ne Değişti? Ne Öğrendik? Hüseyin Cahit Halhallı
15:30-15:45	ARA	
15:45-16:30	Sözlü Bildiriler	

TÜRKİYE ACİL TIP VAKFI ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI		
7 Mayıs 2023, Pazar		
SAAT	Salon 1	Salon 2
08:30-09:00	Sözlü Bildiriler	Sözlü Bildiriler
09:00-09:15	ARA	
	TOKSİKOLOJİK ACİLLER Oturum Başkanları: Aynur Şahin, Özge Ecmel Onur	NÖROLOJİK ACİLLER Oturum Başkanları: Özgür Söğüt, Zeynep Kekeç, Nurdan Acar
09:15-09:30	5T'nin En Gizemli T'si: Toksin Maruziyetinde Resüsitasyon Yönetimi Sinan Karacabey	Wake-Up Stroke Melih Yüksel
09:30-09:45	Metilen Mavisinin Zehirlenme Hastalarında Kullanımı Turgay Yılmaz Kılıç	İnmede Nörogörüntüleme-BT, BTA, MRI Tercih ve Zamanı? Hüseyin Ergenç
09:45-10:00	Mükemmel Cinayet Yoktur Eğer İçinde Bir Toksin Yoksa! Aynur Şahin	Acilde Epileptik Nöbet- Ya Durmazsa? Mehmet Oğuzhan Ay
10:00-10:15	ARA	
10:15-11:15	Sözlü Bildiriler	
11:15-11:30	ARA	
	ACİL TIP ve POCUS Oturum Başkanları: Adnan Yamanoğlu, Serkan Doğan	ACİLDE GRİ ALANLAR Oturum Başkanları: Cemil Kavalcı, Erdem Çevik, Burak Katipoğlu
11:30-11:45	TEE ile CPR Monitörizasyonu: Kişiyi Özel CPR Tartışmaya Açılmalı mı? Adnan Yamanoğlu	Anjioödem mi Anafilaksi mi? Ne Zaman Adrenalin Yapalım? Dilay Satılmış
11:45-12:00	Gerçek Hasta Deneyimleri ile Kritik Hastada Yatak Başı Ultrason: 5 Olgu 5 Konu Serkan Doğan	Diyabetik Ayak: Acil mi? Değil mi? Ahmet Burak Erdem
12:00-12:15	Sonovivor: Problar Savaşı Ramazan Güven	Kontrast Madde: Yararlı mı? Zararlı mı? Erdem Çevik
12:15-13:45	Öğle Yemeği	
	YAPAY ZEKA ve ACİL TIP Oturum Başkanları: Kenan Ahmet Türkdöğen, Nazlı Görmeli Kurt, Umut Ocak	ACİL SERVİSTE KALİTE Oturum Başkanları: Mücahit Kapçı, Asım Kalkan
13:45-14:00	Yapay Zeka Çağında Acil Servislerin Rolü Nasıl Değişti? Kenan Ahmet Türkdöğen	Acil Serviste Kalite Göstergeleri: Fiziki Yapı, Gürültü, Bekleme Ne Kadar Etkin? Mücahit Kapçı
14:00-14:15	Sağlık Sisteminde Kişiselleştirilmiş Tele Tıp Çözümleri -Acil Tıptaki Avantajları? Nazlı Görmeli Kurt	Acil Serviste Yüksek Kalite Modeli: Hybrid Acil Servisler Çözüm Olur mu? Asım Kalkan
14:15-14:30	Yapay Zeka ile Makale Yazımı- Yeni Trend. Ya İntihal? Adem Az	Sosyal Medya: Kaliteye Giden Bir Yol mu? Tuba Betül Ümit
14:30-14:45	ARA	
14:45-16:15	AÇIK OTURUM-Acil Tıpta Eğitim Planlaması-Yeni Modellemeler Moderatör: Ahmet Demircan, Cahfer Güloğlu, Mehmet Okumuş Konuşmacılar: Oktay Eray, Fatih Esad Topal, Can Aktaş, Alpaz Tuncar	
16:15-16:30	ARA	

	ENFEKSİYON ACİLLERİ Oturum Başkanları: Yücel Yüzbaşıoğlu, Hayriye Gönüllü	ACİL TIP: HER ZAMAN HAZIR MI? Oturum Başkanları: Ertuğrul Altınbilek, Mustafa Çalık, Figen Çoşkun
16:30-16:45	Acilde Kirli Yara Bakımı ve Tetanoz Profilaksisi Nedim Uzun	Acil Tıp ve KBRN: Ne Kadar Biliyoruz? Sevilay Vural
16:45-17:00	Kuduz Riskli Temas Vakalarının Yönetimi Oğuzhan Bol	KBRN Ajanları: Savaş, Afet, Kaza Nedenli Her An Karşı Karşıyayız Sedat Özbay
17:00-17:15	Acilde Bulaşıcı Hastalıklar: Uyuz Vakalarının Yönetimi Yücel Yüzbaşıoğlu	Hastane İçi Kaos Çözümü: Başrolde Acil Tıp? Taner Şahin
17:15-17:30	ARA	
17:30-19:00	Survivor Akademik Poster Yarışması Moderatör: Bora Kaya Jüriler: Şahin Çolak, Özgür Söğüt, İsmail Tayfur, Ramazan Güven, Nihat Hökenek, Abdullah Algın, Abuzer Coşkun, Ertuğrul Altınbilek, Mustafa Çalık, Serkan Doğan, Burcu Genç Yavuz, Hüseyin Cahit Halhallı, Adem Az	

TÜRKİYE ACİL TIP VAKFI ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI	
8 Mayıs 2023, Pazartesi	
SAAT	Salon 1
09:00-09:30	Akılcı İlaç Kullanımı Konuşmacı: Serkan Doğan
09:30-09:45	ARA
09:45-11:30	AÇIK OTURUM-ADLİ OLGULAR Moderatörler: Hakan Şevki Eren, Mehmet Akif Karamercan Konuşmacı: Ömer Turan
11:30-12:00	KAPANIŞ



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

KONUŞMA ÖZETLERİ

Yapay Zeka ile Makale Yazımı - Yeni Trend. Ya İntihal?**Adem Az¹**¹ İstanbul Beylikdüzü Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Yapay zeka, günlük yaşamda insan faaliyetlerini her alanda destekleyen vazgeçilmez bir araç haline geldi. Pek çok alanda olduğu gibi akademik çalışmalar ve makale yazımında da kendisine yer bulmaya başladı. Yapay zeka, araştırma ve makale yazımını daha verimli, doğru ve etkili hale getirme potansiyeline sahiptir. Çok büyük miktarda veriyi analiz edebilir, belirli alandaki makaleleri özetleyerek okuma kolaylığı sağlayabilir, dil bilgisi alanında destek olabilir. Bu şekilde yazarların içerik oluşturma ve yazma sürecini daha hızlı ve verimli hale getirmesine de yardımcı olabilir

Bununla birlikte araştırma ve makale yazımında yapay zekanın kullanılması çeşitli etik kaygılar içermektedir. Yapay zeka modellerini eğitmek için kullanılan verilerin kalitesi, doğruluğu ve elde edilen sonuçların önyargılı olup olmadığı konusunda endişeler var. Ek olarak, yapay zeka tarafından oluşturulan içeriğin sahipliği ve orijinal çalışma olarak kabul edilip edilemeyeceği hakkında sorular var.

Bu çalışma akademik araştırmalarda ve makale yazımında yapay zekanın kullanımını etik açıdan eleştirel bir şekilde tartışmaktadır.

Yapay zekanın potansiyel faydaları: Yapay zeka temelli sohbet robotları, insan kullanıcılarla yapılan konuşmaları simüle etmek için tasarlanmıştır ve potansiyel uygulamaları çok geniştir. Bu sohbet robotları, doğal dil girdilerini anlamak ve yapay zeka tarafından önceden yazılmış veya yeni oluşturulmuş uygun yanıtlarla yanıt vermek için programlanmış algoritmalar aracılığıyla çalışır. Somut olarak, konuşarak her şeyi sorabilir ve her türlü sorularınıza veya isteklerinize hızlı ve insan benzeri yazılı bir yanıt alabilirsiniz. Yapay zeka temelli uygulamalar ile benzersiz görseller ya da orijinal müzik parçaları oluşturabilirsiniz. Ek olarak, yapay zeka temelli sohbet robotları makalelerin, raporların ve diğer yazılı içeriklerin oluşturulmasına yardımcı olmak için kullanılabilir. Ayrıca, dil bilgisi ve yazım hatalarını belirlemeye yardımcı olabilir, cümle yapısında iyileştirmeler önerebilir ve daha iyi sözcük seçimleri için öneriler sunabilir. Yazarların düzenleme ve gözden geçirme gibi yazma sürecinin diğer yönlerine odaklanmasına izin vererek kendi başına içerik üretebilir. Sonuç olarak, yapay zeka bir makalenin veri toplama, işleme ve teknik yazım gibi kısımlarına pratik çözümler üreterek yazarın daha kısa sürede daha kaliteli bir içerik üretmesini sağlayabilir. Ancak, bu aracın bilimsel yazımda kullanılması bazı etik kaygılar doğurur ve bu nedenle düzenlenmesi gerekir.

Potansiyel riskler ve etik hususlar: Yapay zeka, metni hızlı bir şekilde oluşturabilse de, her zaman doğru veya güvenilir bilgi üretemeyebilir. Özünde yapay zeka doğruya benzeyen ve insanı simüle eden metinler oluşturmak için tasarlanmış ve verdiği bilgiler her zaman şüphe içerir. Ayrıca yapay zeka, yalnızca üzerinde eğitildiği veriler kadar tarafsızdır. Yapay zekayı eğitmek için kullanılan veriler veya yapay zeka tasarımcısı önyargılara sahipse, yapay zeka tarafından oluşturulan içerik de önyargılı olabilir. Yapay zeka kendi veri tabanından beslenerek içerik ürettiği için okuyucuya her koşulda başkalarına ait yayınlardan topladığı içeriklerden bir sentez sunacak ve böylece her zaman intihal yapıyor olacaktır. Ayrıca bu şekilde yaratıcılıktan uzak kopya metinler akademik bir çalışmanın sahip olması gereken yenilikçi, benzersiz ve özgül içerikten yoksun olacaktır. Yine yapay zeka tarafından oluşturulan içerik, potansiyel olarak telif hakkı yasalarını veya diğer fikri mülkiyet haklarını ihlal edebilir. Son olarak, yapay zeka ile kısa sürede kontrolsüz yayın oluşturan yazarlar yayın sayılarında önemli bir artışı sağlayabilir, ancak bu alandaki deneyimlerinde gerçek bir artışa eşlik etmez. Bu nedenle, kaliteden çok yayın sayısına göre puan veren akademik kurumlar tarafından profesyonellerin işe alınmasıyla ilgili etik sorunlar ortaya çıkabilir.

Sonuç: Yapay zeka, bilimsel bir makalenin yazım sürecine yardımcı olabilecek ve literatür taramasına, araştırma

sorularını belirlemeye, alanın mevcut durumuna genel bir bakış sağlamaya ve biçimlendirme ve dil bilgisi gibi görevlere yardımcı olabilecek bir araçtır. Fakat intihal ve kopya metinler oluşturmak gibi potansiyel riskler ve yanlış bir bilginin yayılması gibi etik kaygılar içerir. Bu nedenle yapay zekanın makale yazımında kullanımı bir takım etik kural ile sınırlandırılmalıdır:

1. Yapay zekanın sunduğu bilgiler her zaman şüphe ile değerlendirilmelidir ve doğruluk açısından denetlenmeye muhtaçtır.
2. Yapay zekanın makale yazımı sırasında kullanımı makalenin dil bilgisi, kelime seçimi, kaynak düzenlemesi, verilerin toplanması ve analiz edilmesi gibi teknik konularla sınırlı kalmalı ve kesinlikle içerik, yazım ve yorum dayalı bölümlerde kullanımı sınırlandırılmalıdır.
3. Yapay zeka makalenin yazarları arasında bildirilmemelidir. Fakat her ne nedenle destek alınırsa alınsın makalenin sonunda yapay zekadan alınan destek bildirilmelidir.

Kaynaklar

1. Salvagno M, Taccone FS, Gerli AG. Can artificial intelligence help for scientific writing? Crit Care. 2023;27(1):75.
2. Gaggioli A. Ethics: disclose use of AI in scientific manuscripts. Nature. 2023;614(7948):413.
3. Hutson M. Could AI help you to write your next paper? Nature Nature Research. 2022;611:192–3.
4. Corsello A, Santangelo A. May Artificial Intelligence Influence Future Pediatric Research?—The Case of Chat-GPT. Children (Basel). 2023;10(4):757.
5. Hammad M. The impact of artificial intelligence (AI) Programs on writing scientific research. Ann Biomed Eng. 2023;51:459–60.

Anjioödem mi? Anafilaksi mi? Ne Zaman Adrenalin Yapalım?

¹Dr. Öğr. Üyesi Dilay SATILMIŞ

¹İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2 Abdülhamid Han EAH, Acil Tıp Kliniği

Anjioödem, deri, üst solunum yolu ve gastrointestinal sistemde kapiller damarlardan artmış plazma sızıntısı ile kendini gösteren, dokuda eozinofil birikimiyle karakterize allerjik anjioödem dışında, anjioödem yerinde hücre infiltrasyonu görmediğimiz, basitçe inflamatuvar olmayan, lokal, kendini sınırlayan ödem tablosudur. Dünya Allerji Örgütünün (WAO) bildirdiği toplumda anjioödem prevalansı 1/4.000- 50.000, ortalama ömür boyu anjioödem insidansı %10-15'tir (1). Kronik ürtikerli hastaların da %30-50'sinde anjioödemle rastlanmaktadır. Anjioödem sınıflandırılmasında özellikle herediter anjioödem ve histaminerjik anjioödemle dikkati çekecek olursak; herediter anjioödem; otozomal dominant geçişli, tekrarlayan anjioödemle seyreden, özellikle larinks tutulumunda solunum sistemi tutulumu olması ile anafilaksi ile karışan, anjioödemle ürtikerin eşlik etmediği, anafilaksi tedavisine yanıt vermeyen bir tablodur. Histaminerjik anjioödem; hızlı başlangıçlı, beraberinde ürtikerin de bulunduğu, antihistaminik, steroid ve adrenalin tedavisine yanıt ile bradikinerjik ve diğer ödem türlerinden ayrılan bir tablodur. Hızlı başlayan, sistemik bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur.

Anafilaksi ise hafif solunum sistemi bulgularından, anafilaktik şoka kadar değişen geniş bir spektrumda yer almaktadır. Şiddetli anafilaksi; hava yolu, solunum ve/veya dolaşımda yaşamı tehdit eden değişiklikler ile karakterizedir ve tipik cilt bulguları veya dolaşım şoku olmadan da ortaya çıkabilir. Avrupa Allerji ve Klinik İmmünoloji Akademisi (EAACI) 2021 yılı kılavuz güncellemesinde; Anafilaksi, farklı organ sistemlerini tutan ve acil tıbbi müdahale gerektiren akut semptomlarla karakterize, hayatı tehdit eden bir reaksiyon olarak tanımlanmıştır (2). Anafilaksinin nedenleri yaşa ve farklı coğrafik bölgelere göre değişiklik göstermektedir. Anafilaksiye bağlı ölüm oranı düşük olmak ile birlikte, son yıllarda gıda ve ilaca bağlı anafilaksi nedeniyle hastaneye yatışlar artmıştır.

Dünya Allerji Örgütü (WAO) Anafilaksiyi immünolojik veya immünolojik-olmayan olarak sınıflandırmıştır. "Anafilaksi" ve "Anafilaktoid reaksiyon" terimlerinin; klinik olarak reaksiyonların ayırt edilememesi sebebi ile kaldırılmasını önermiştir (3). Anafilaksi, allerjik semptomların şiddet spektrumu boyunca uzanan bir klinik tanıdır ve hiçbir semptom tanı için tamamen spesifik değildir. Anafilaksi insidansı yılda 100.000 kişi başına 1,5-7,9, mortalite oranı <%1 olarak gösterilmiştir (4). Kılavuzda, anafilakside, birden fazla semptom ve bulgunun hızlı başlangıcı ile klinik kriterlerin yüksek duyarlılığa sahip olduğu ve tanıda kullanılması önerilmektedir (2).

Klinik tanı, yüksek serum triptaz veya histamin konsantrasyonları ile geriye dönük olarak desteklenebilir ancak testler anafilaksi için non-spesifiktir, normal kan düzeyleri anafilaksi tanısını dışlayamaz ve acil tanıda yerleri yoktur. Sağlık uzmanlarının da, değişken klinik başvuruları sebebi ile anafilaksiyi nasıl tanıyacakları ve onu diğer tanılardan nasıl ayırt edecekleri konusunda eğitimi de kılavuzlarda önerilmektedir.

Anafilakside tedavi laboratuvar onayını bekleyemez ve anafilaksiden şüphelenildiğinde tedavi başlatılır. Solunumsal veya kardiyak arrest dakikalar içinde gerçekleşebilir. Anafilaksinin klinik seyrini belirleyen faktörler bireyseldir ve tam olarak anlaşılamamıştır. İşte bu sebeple, adrenalinin erken uygulanması, yaşamı tehdit eden durumlara ilerlemeyi önlemek için esastır. Anafilakside randomize kontrollü çalışmaların yapılabilmesinin zorlukları kılavuzda vurgulanmıştır. Erken Adrenalin kullanımının bifazik reaksiyon riskini azalttığı ve klinik deneyimler de göz önüne alındığında, anafilakside IM Adrenalin uygulaması birinci basamak tedavi olarak öneridir.

Adrenalinin erken uygulanmasının önemini vurgulayan mevcut kılavuzlara rağmen, Adrenalin uygulamada gecikme veya uygulamama sorun olmaya devam etmektedir. Retrospektif çalışmalarda da, acil servise başvuran ve anafilaksi tanı kriterlerini karşılayan hastaların sadece yarısının adrenalin ile tedavi aldığı ve hastaların acil servis başvuru öncesi adrenalin uygulanmasının hastaneye yatışı ve mortalite oranını azalttığı gösterilmiştir (5). Adre-

nalın kullanmama nedenleri arasında; gecikmiş başvuru, hafif veya orta dereceli alerjik reaksiyon olarak yanlış tanı gösterilmiştir. Sonuç olarak; klinisyenlerin bir alerjik reaksiyon epizodunun hızla ilerleyip ilerlemeyeceğini tahmin edemeyebilecekleri, işte bu sebep ile de, hafif semptomlarda veya tek sistem tutulumunda bile erken adrenalin kullanımı önerilmektedir (5). 573 hastanın dahil edildiği, acil serviste anafilaksi hasta yönetiminde adrenalin uygulama yollarının major kardiyovasküler olay gelişimi ile ilişkisinin karşılaştırıldığı gözlemsel bir çalışmada; hastaların %67,7 IM otoenjektör, %19,6 IM, %8,3 subkutan, %3,3 IV bolus ve %1,1 IV sürekli infüzyon adrenalin uygulanmıştır. 8 Hastada kardiyovasküler olay meydana geldiği ve bu hastaların da adrenalin IV bolus uygulanan grupta olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak da, anafilaksi tedavisinde IV bolus adrenalin kullanım risklerinin altı çizilmiş ve adrenalin uygulamada özellikli durumlar dışında IM adrenalinin, IV bolusa göre tercihinin daha güvenli olduğu üzerine dikkat çekilmiştir (6).

IV adrenalin sürekli infüzyonu; IM adrenalin ve agresif sıvı resüsitasyonuna yanıt vermeyen, derin hipotansiyonu, şok bulguları gibi semptomları olan durumlarda önerilir. IV infüzyon, yanıtın oranına göre titre edilmeli ve sürekli hemodinamik izlem gereklidir.

Sonuç olarak; anafilaksi, klinik bir tanıdır ve hiçbir semptom tanı için tamamen spesifik değildir. Anafilaksin klinik seyrini belirleyen faktörler bireyseldir, tam olarak anlaşılamamıştır. Anafilakside tedavi laboratuvar onayını bekleyemez ve anafilaksiden şüphelenildiğinde tedavi başlatılır. Solunumsal veya kardiyak arrest dakikalar içinde gerçekleşebilir. Anafilakside IM adrenalin uygulaması ilk tercih öneridir.

Kaynaklar

1. The international WAO/EAACI guideline for the management of hereditary angioedema-The 2021 revision
2. The European Academy of Allergy and Clinical Immunology Guideline, 2021
3. World Allergy Organization (WAO): Anaphylaxis guidelines -The evidence base, update
4. Whyte, Andrew F., et al. "Emergency treatment of anaphylaxis: concise clinical guidance." *Clinical Medicine* 22.4 (2022): 332.
5. Pflipsen, Matthew C., and Karla M. Vega Colon. "Anaphylaxis: recognition and management." *American Family Physician* 102.6 (2020): 355-362.
6. Campbell, Ronna L., et al. "Epinephrine in anaphylaxis: higher risk of cardiovascular complications and overdose after administration of intravenous bolus epinephrine compared with intramuscular epinephrine." *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice* 3.1 (2015): 76-80.

Crush Sendromunda Tedavi Stratejileri - Ne, Ne zaman, Ne Kadar, Nasıl?

EMİN UYSAL

Tanımlama

- **Crush**, Kelime anlamı olarak “ezme, ezilme” anlamına gelir.
- **Rabdomiyoliz**; Herhangi bir sebeple iskelet kasının yıkımı sonucunda ekstrasellüler sıvıya, intrasellüler materyallerin çıkmasını ve bu materyallerin sistemik dolaşıma katılıp çeşitli patolojilere neden olmasını içerir.
- **Kompartman sendromu**; Kapalı bir osteofasial alanda hidrostatik basınç artışı sonrası, kas ve sinir dokusu hipoperfüzyonudur.
- **Crush yaralanma**; Ezilme sonucu oluşan direkt doku hasarıdır.
- **Crush sendromu**; Kas gruplarının uzun süreli sıkışması, hareketsiz kalması ve ezilmesi ile olan yaralanmaların sonucunda rabdomiyolize **bağlı komplikasyonların sistemik ve cerrahi sonuçlarının olduğu bir tablo olarak tanımlanır.**

Tarihçe

- 1941 yılında Bywaters ve Beall tarafından travmatik kas zedelenmesi ve akut renal yetmezlik arasında ilişki olduğu ortaya konularak tanımlanmış bir sendromdur.

Available from <http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/kriz/belge/crushsendromu.pdf>

Bywaters EG, Beall D. Crush injuries with impairment of renal function. 1941. J Am Soc Nephrol 1998;9:322-32

Epidemiyoloji

- Crush sendromu, afetlerde meydana gelen ölümlerin, direkt travmaya bağlı ölümlerden sonra ikinci en sık nedenidir
- Crush sendromu; genellikle depremlerde, afetlerde veya ağır egzersiz sonrasında kas zedelenmesine bağlı olarak görülür.
- En sık depremlerde görülür.

Crush sendromu sıklığı incelenirken

- Deprem travmalarının ancak bir kısmında rabdomiyoliz vardır.
- Rabdomiyolizlerin tümünde crush sendromu ortaya çıkmaz.
- Crush sendromu olgularının tümünde akut böbrek yetmezliği (ABY) gelişmez.

Depremlerde;

- Tüm yaralanmaların yaklaşık %2 ile %5 inde crush sendromu
- Tüm yaralanmaların yaklaşık %1.5'inde ABY

Sever MŞ. Crush Sendromu Marmara Depremi'nin Öğrettikleri. http://www.tsn.org.tr/tolders_file/crush_sendromu.pdf ET:17.02.16

Scharman E.J., Troutman W.G. Prevention of Kidney Injury Following Rhabdomyolysis a Systematic

Review The Annals of Pharmacotherapy 2013 January Volume 47

- Crush sendromunun prezentasyonu, depremin şiddeti, binaların yapısı, yaralanma koşulları ve kurtarma durumuna göre değişkenlik göstermektedir (1,2).
- Enkaz altında kalış süresi ile crush sendromu arasında anlamlı bulgu saptanmamıştır (3,4).
- Orta yaş gruptakilerde daha sık, ileri yaş ve çocuklarda daha seyrek (4).

1. Al B, Güllü MN, Kaplan M, Güloğlu C, Aldemir M. Crush sendromu. Tıp Araştırma Dergisi 2006;4:31-38.
2. Scharman E.J ., Troutman W.G. Prevention of Kidney Injury Following Rhabdomyolysis a Systematic Review The Annals of Pharmacotherapy 2013 January, Volume 47
3. Sever MS, Kazancıoğlu R, Van Depremi'nin ardından: Yine Yeniden Deprem Turk Neph Dial Transpl 2012;21:7-9.
4. Oda J, Tanaka H. Analysis of 372 patients with crush syndrome caused by the Hanshian-Awarji earthquake J Trauma 1997;42:470-476

Etiyoloji

Travmatik

- **Deprem**
- Maden kazaları
- Bomba patlaması
- Toprak kayması
- Çığ düşmesi
- Trafik kazaları
- İş kazaları
- Kitleli izdihamlar
- İşkence

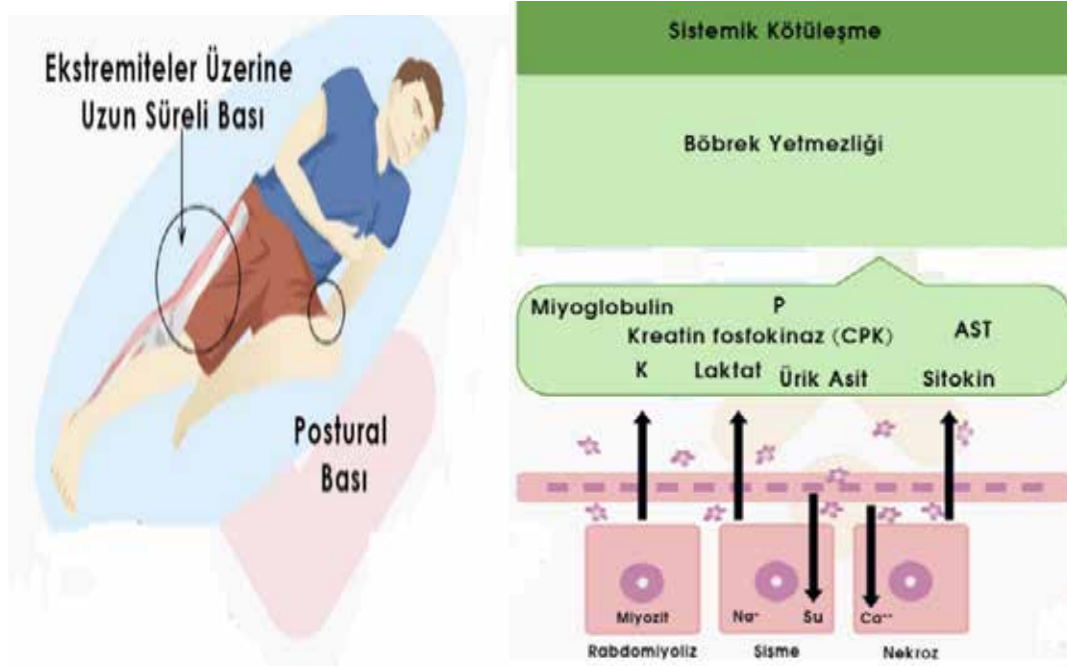
Nontravmatik

Sert bir düzeyde 1> saat immobil kalmak

- İlaç intoksikasyonu
- CO intoksikasyonu
- Alkol intoksikasyonu
- SVO
- Kafa travması (koma hali)
- Cerrahi sırasında hastaya uygun pozisyon verilememesi
- Yaşlı, kalça kırığı olan hasta
- MAST giysisi

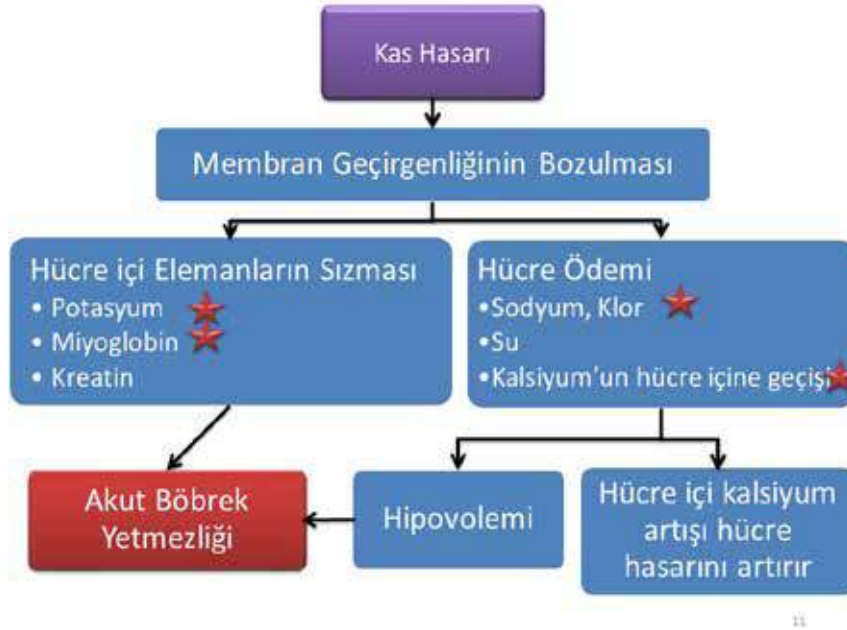
Patofizyoloji

- Kas hasarı başlangıçta **kas sarkolemmasının gerilmesi** ile oluşmakta (baromiyopati), ilerleyen zamanda kas içi basıncın artması (ödem) ile oluşan iskemiyle gelişmektedir.
- Hücre membranındaki Na-K ATPaz ve Ca ATPaz aktivitesi azalır.
- Ca ve Na hücre içine geçer.
- Hipertonisiteye ve hücrenin şişmesine neden olur.
- Ca artışı proteolitik enzimleri aktive eder.
- ATP tüketimi artar.
- Proteolitik enzim aktivasyonu ve hücre şişmesi ile kas hücrelerinin lizisi sonucu rabdomiyoliz gelişir.
- Ayrıca kas iskemisinin düzelmesi esnasında gelişen iskemik reperfüzyon hasarı da (reaktif oksijen metabolitleri) rabdomiyoliz patogenezinde rol alır.



- Enkaz altında suya ulaşamama, hasarlı kas içinde sıvı sekestrasyonu, kanamaya bağlı oluşan hipovolemi böbrek kanlanmasını azaltır.
- Hipovoleminin aktive ettiği RAS, vazopressin ve sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile açığa çıkan endotelin-1, TXA2, TNFα gibi sitokinler, NO eksikliği böbrek perfüzyon bozukluğunu artırır.
- **Miyoglobin proksimal tübülde doğrudan toksik etki ile distal tübülde ise tübüler tıkaçlara yol açar.**
- Miyoglobinde bulunan demir iyonlarının okside olarak hidroksi radikal oluşması,
- Reperfüzyon hasarı,
- Endotoksinler,
- Hiperfosfatemi,

- Hiperürisemi,
- Dissemine intravasküler koagülasyon (DİK),



Klinik

1. Lokal bulgular

- Kompartman sendromu

2. Sistemik bulgular

- Hipotansiyon
- Hipovolemik şok
- **Akut böbrek yetmezliği (ABY)**
- Kalp ve solunum yetersizlikleri
- Dissemine intravasküler koagülasyon
- Sepsis

Kompartman sendromu

- Normal kompartman basıncı <15 mmHg
- > 30 mmHg basınç kasta iskemi yapar.
- Geri dönüşsüz kas hasarı 6 saatte
- Geri dönüşsüz sinir hasarı 4 saatte
- İlk 6 saatte fasiyotomi yapılmalı

Kurtuluş ölümü

- Enkazdan iyi durumda çıkarılan hasta hızla kötüleşerek ölebilir!
- Travmatize ekstremitedeki basının kalkması sonrası reperfüzyona bağlı doku yıkım ürünlerinin

sistemik dolaşıma geçmesi sonucu hızla gelişen **derin metabolik asidoz ve hiperkalemi** nedeniyle olmaktadır.

Eşlik eden diğer tablolar

- Ekstremitte kırıkları ve lacerasyonlar
- Organ yaralanması
- Travmatik asfiksi
- Toz inhalasyonu
- Yanıklar
- Duman inhalasyonu
- Karbon monoksit zehirlenmesi
- Hipotermi veya hipertermi

Tedavi

Cerrahi tedaviler

- Travmaya yönelik (yaraların, kırıkların vb.) tedavisi, amputasyonlar
- Eksploratris girişimler (laparotomi)
- Profilaktik girişimler (fasiyotomi)

Medikal tedaviler

- Sıvı tedavisi
- Nazal O₂ tedavisi
- Analjezik tedavisi
- Enfeksiyonların tedavisi
- Transfüzyon tedavisi
- Replasman tedavisi
- HBO tedavisi

Tetanoz profilaksisi

Hastane

- Acil servise girişinde primer travma bakışının (ABCDE) hemen ardından damar yolu ve giden sıvılar değerlendirilmelidir.
- Hastanın vital bulguları alınıp, oksijen desteği sağlanmalı ve monitörize edilmelidir.
- **Hızlı EKG çekilmelidir.**
- **Hiperkalemi !**
- Hızlı kan gazı
- Hemogram, Geniş biyokimya (BFT, KCFT, Elektrolitler, CK, miyogloblin), TİT
- Koagülasyon testleri (aPTT, PT, Fibrinojen)

- Gerekli ise görüntüleme tetkikleri (X ray, BT)
- İdrar sondası takılıp saatlik idrar çıkışı takibi.
- Hedef idrar çıkışı >300 ml/saat.
- İdrar çıkışı yoksa ABY açısından yeniden değerlendirin.
- Elektrolit, CK, üre ve kreatinin için **6 saatlik biyokimya** takibi,
- **4 saatlik kan gazı takibi** planlanmalıdır.
- **Kompartman sendromu** açısından **4 saatlik** fizik muayene kontrolü veya kompartman basıncı ile takip yapılmalı.
- İlk fırsatta santral venöz basınç (CVP) kateteri takılmalı.
- **Kreatinin Kinaz (CK:CPK)** 5-10 katı yüksek çıkması rabdomiyoliz için tanısaldır.
- **Miyoglobinemi/miyoglobinüri**
- **Hiperkalemi**
- Hiperfosfatemi
- Hipokalsemi
- Hiperürisemi
- **Metabolik asidoz**
- Hiperglisemi
- ☐ Uzamış aPTT ve PZ



Hiperkalemi

- **Kompartman sendromu** belirti ve bulguları ortaya çıkmadan da gelişebilir.
- **Hızla ölüme** neden olabilir.
- **Hızlı EKG** çekilmelidir.
- **Hiperkalemi** tanısı için kan gazı kullanılabilir.

- Serum potasyum düzeyi ile EKG değişimleri paralellik gösterir:
- 6-7 mEq/L; yüksek, sivri, dar T dalgaları,
- 8 mEq/L; P dalgalarının kaybı ya da QRS ile ilişkisini kaybetmesi,
- 10 mEq/L; geniş aberran QRS kompleksleri,
- 11 mEq/L; bifazik defleksiyonlar (QRS-ST-T dalga karışımı),
- 12 mEq/L; ventrikül fibrilasyon



Sıvı Desteği

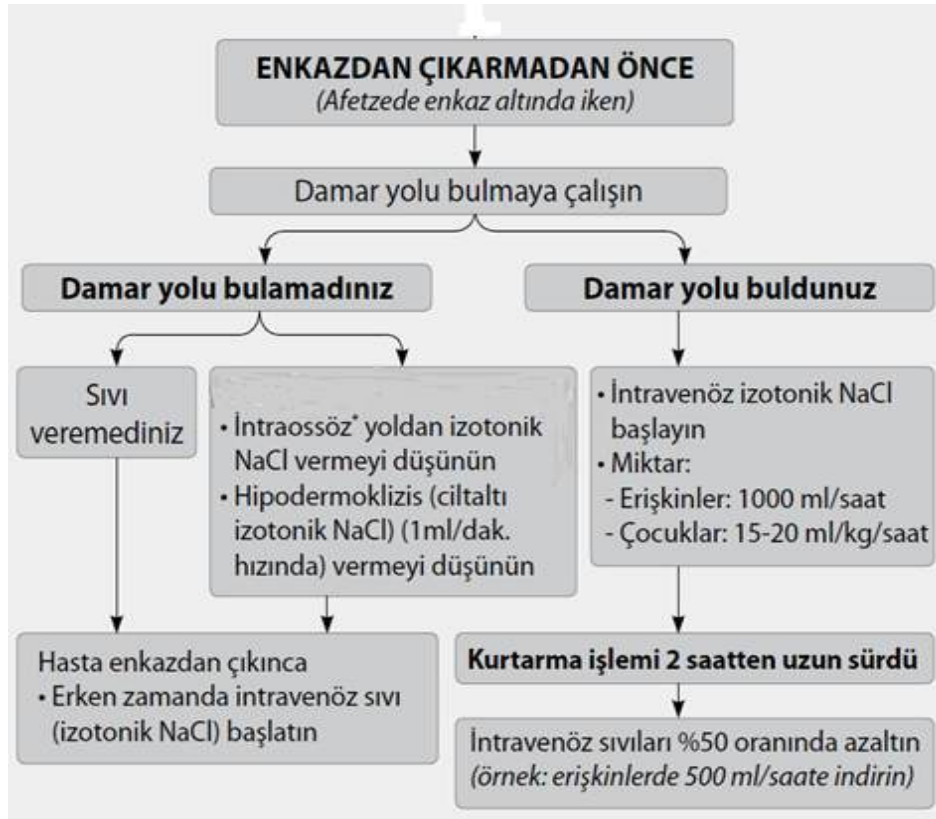
- **Crush sendromunda ana tedavi iV sıvı resüsitasyonudur.**
- **İlk 2 saatte 1000 ml/saat** (Çocuklar için 15-20 mL/kg/sa) **izotonik sıvı** verilmelidir.
- **2 litre verildikten sonra 500 ml/saate düşürülmelidir.**
- Foley sonda takılmalı.
- Hastanın idrar çıkışı yakından izlenmeli.
- Erişkinlerde > 50 cc/saat
- Çocuklarda >2 cc/kg/saat

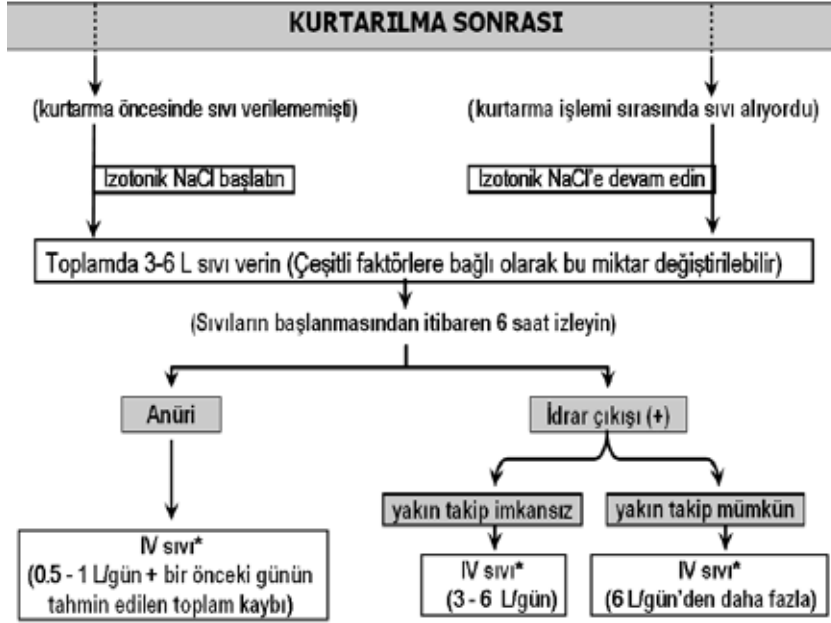
Potasyumlu sıvılar

- Potasyumlu solüsyon uygulaması:
- Potasyum içeren solüsyonlar ASLA kullanılmaz!
- **KADALEX RİNGER LAKTAT ISOLYTE ISOLYTE-M**
- **Yakın takip edilecekse 6 L/gün daha fazla, yakın takip yoksa 3-6 L/gün sıvı verilebilir.**
- Sıvı tedavisi **CK düzeyi (N:20-200) 1000 IU/L** seviyesinin altına düşene kadar devam edilmelidir.

- **Serum Na düzeyi**, verilmesi gereken sıvı miktarı için yol gösterici olabilir.
- Kural olarak, bir gün önce çıkarılan sıvı miktarından (idrar+ diğer kayıplar) 500 ml daha fazla olacak biçimde sıvı verilir.
- Crush sendromunda **“diğer kayıplar”** olarak nitelenen sıvı kayıpları, yara yüzeyinden sıvı sızması ile bir günde **4-4,5 litreye** kadar varabilir.

Tedavi





Mannitol Tedavisi

- Uluslararası Nefroloji Derneği (ISN) tarafından büyük felaketlerde böbrek yetmezliğini önlemek için kurulan Renal Disaster Relief Task Force'u (RDRTF) üyeleri tarafından fikir birliği yoktur.
- Ancak hastalarda test dozu yapılabilir.
- Hasta mannitol sonrasında yeterli idrar çıkarıyorsa verilebilir.
- **Oligoanüri hastalarda kontrendikedir.**
- **İdrar çıkışı yeterliyse (>20 mL/saat) verilebilir.**
- **Diüretik (ozmotik diürez), antioksidan, vazodilatör** gibi yararlı etkileri vardır.
- Ekstrasellüler hacmi genişleterek idrar çıkışını artırır ve **renal tübüler silendir oluşumunu önleyerek** yararlı olabilir.
- Tonisitesi nedeniyle kaslardaki kompartman içi basıncı düşürür, **fasiyotomi gereksinimini azaltabilir.**
- **Kalp yetmezliğinin kötüleşmesine ve nefrotoksisiteye** yol açabilecek yan etkileri var.
- **Test dozu örnek:** 3 ile 5 dk içerisinde 0.2 g/kg dozunda İV , (örneğin; 70 kg'lık bir hastaya %20'lik 70 ml (14 g) mannitol verdikten sonra 2-3 saat hasta izlenir.
- Saatlik idrar miktarının bazale göre 30-50 ml artış olması durumunda yanıt alındığı düşünülür.
- Mannitol çoğu kez alkali ile birlikte verilir (**mannitol-alkali solüsyonu**); bu solüsyonda temelde **%0.45 NaCl kullanılır; her litresine 50 mEq bikarbonat ve 50 ml mannitol eklenir.**
- Mannitol dozu 1 - 2 g/kg/gün [total, 120 g/gün]'dür; saatte 5 g dozunda verilir.
- Mannitol uygulaması ile 200 ila 300 mL/saatlik istenen diürez elde edilemiyorsa kesilmelidir.

Furosemid

- Mannitole yanıt alamadığınız durumlarda ya da hemen başlangıç döneminde yüksek dozlarda (100-200 mg) furosemid verilebilir.

Dopamin

- Diüretiklere yanıt alınmayan olgularda düşük doz (1-3 mcg/kg/dk) dopamin infüzyonu böbrek kan akımını arttırarak idrar miktarını arttırılabilir.

Bikarbonat Tedavisi

- **Amaç idrarı alkali yapmaktır.**
- İdrar pH'sı 6.5'in üzerine çıkarıldığında, **Tamm-Horsfall proteini ile heme-protein çökmesini, intratübüler pigment dökümü oluşumunu ve ürik asit çökmesini** önleyebilir.
- Ayrıca **metabolik asidoz ve hiperkalemiyi azaltır.**
- Alkalinizasyon miyoglobinden serbest demir salınımını ve renal vazokonstrüksiyonu artırabilen F2-i-zoprostanların oluşumunu azaltır.
- Bolus olarak verilen serum fizyolojik solüsyonuna **50 mEq bikarbonat** eklenir.
- **24 saatte 300 mEq** verilebilir.

Asetazolamid

- Bir karbonik anhidraz inhibitörü olan asetazolamid; proksimal tübülde sodyum reabsorpsiyonunu azaltarak etki eder.
- **Bikarbonat uygulaması ile kan pH'sı 7.45 üzerine çıkarsa ve alkalemiye rağmen asitüri sürüyorsa 500 mg i.v. asetazolamid bolus** olarak verilir.
- Metaboloik alkalozi düzeltir ve idrar pH'sını arttırır.

Hemodiyaliz

- Endikasyonu olduğu durumlarda hastalara hemen diyaliz uygulanmalıdır.
- Crush sendromu hemodiyaliz endikasyonları



Hemodiyaliz

- Ülkemizde 1999 Marmara Depremi, 17480 kişinin ölümüne ve 43953 kişinin yaralanmasına neden olmuştur.
- Marmara Depremi'nde %1.5 (659) oranında crush sendromu gelişmiştir.
- Crush sendromu gelişen hastaların %75'ine diyaliz uygulanmıştır (1,2,3).
- 2011 Van Depremi de 644 kişinin ölümüne ve yaklaşık 6000 kişinin yaralanmasına yol açmıştır.
- Van Depremi'nde ise %1.4-1.5 (84-90) sıklığında crush sendromu gelişmiştir.
- Crush sendromu gelişen hastaların %30-40'ına diyaliz uygulanmıştır (1,2,3).

1. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Başkanlığı Raporu

2. Sever MŞ. Crush Sendromu ve Marmara Depremi'nin Öğrettikleri. Erişim Tarihi:17.02.2016

3. Sever MS, Kazancıoğlu R. Van Depremi'nin Ardından: Yine Yeniden Deprem. Turk Neph Dial Transpl 2012;21:7-9.

Hipokalsemi

- İntravenöz Ca tedavisinde %10'luk 10 mL kalsiyum glukonat ampul, %10'luk 10 mL kalsiyum klorid ampul kullanılır.
- Kalsiyum klorid sıklıkla venler için iritan, sklerozan, cilt altına kaçtığına doku nekrozu yapabilme potansiyeli olduğundan dolayı kalsiyum glukonat tercih edilmelidir.

Hiperfosfatemi

- Crush sendromunda hiperfosfatemiye de oldukça sık rastlanır.

- Protein kısıtlaması hiperfosfatemi tedavisi için yararlıdır.
- Yemeklerden sonra 30-60 ml alüminyum hidroksit kullanılması ile diyetteki fosforun emilimi engellenir.
- Diyaliz uygulaması fosfor uzaklaştırmanın en etkin yoludur.

Hiperbarik oksijen tedavisi (HBO)

- Hipoksi ve ödemin oluşturduğu kısır döngüyü kırmak için en etkili yöntem.
- Vazokonstriksiyonla kompartman sendromunun fizyopatolojisinde yeri olan ödemi azaltır,
- Yara iyileşmesi,
- Anaerob mikroorganizmaların üremesini engeller,
- Reperfüzyon injürisinden korur,
- HBO tedavisine mümkün olan en kısa sürede başlanılmalıdır.
- **Hastaya cerrahi girişim uygulanmış ise hemen sonra,**
- **Cerrahi uygulama gecikecek ise öncelikli olarak HBO tedavisi uygulanmalıdır.**
- Kompartman sendromunda HBO tedavi protokolü,
- İlk 24-48 saat içinde 6-8 saatlik aralarla,
- 2-5 gün arasında 12 saatlik aralarla,
- Sonraki günlerde de olguya göre günde bir kez
- 2.4 ile 2.8 ATA'lık [1 ATA (atmosphere absolute)= 760 mmHg] basınçlar arasında 60-90 dakikalık tedaviler şeklindedir.

Aktaş Ş (2000). Deprem ve crush sendromu: Hiperbarik oksijen tedavisinin kullanımı. İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Türkiye Milli Pediatri 22. Pediatri Günleri ve 2. Pediatri Hemşirelik Günleri, İstanbul, 24- 25.

- GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'ne 630 hasta kabul edilmiştir.
- Bu hastaların 146'sına cerrahi uygulanmış, 77 hastada toplam 92 fasiyotomi yapılmış.
- 52 fasiyotomili hastaya HBO tedavisi verilmiştir.
- Sayısı 12-67 arasında değişen, toplam 902 seans HBO tedavisi uygulanmıştır.

SONUÇLAR

- 2 hasta ARDS ve sepsis nedeniyle kaybedilmiş.
- 5 hastaya amputasyon uygulanmış.
- 45 hasta ise amputasyonsuz iyileşmiştir.

Us. MH, Rodop. O, Özkan. S, et al. Our experiences in treatment of compartment syndrome after 17 august earthquake. Turkish J Thorac and Cardiovasc Surge. 2000;8:805-7

Komplikasyonlar

- Crush sendromlu hastalarda **infeksiyonlar en sık** rastlanan komplikasyonlardan biridir.
- Wenchuan, Çin (2008) depreminden sonra crush sendrom nedeniyle hospitalize edilen hastalarda infek-

siyon insidansı % 78.5'lerde bulunmuştur (1).

- Bakteriyemi ve sepsis sık görülür.
- Crush sendromlu hastalarda beklenen bir diğer **infeksiyon tetanustur**.
 - Bütün açık yaralarda **tetanus toksoidi** yapılmalıdır.

1. Haojun F, Jianqi S, Shike H. Retrospective, analytical study of field first aid following the Wenchuan Earthquake in China. Prehosp Disaster Med 2011;26(2):130-4. <http://dx.doi.org/10.1017/S1049023X11000069> PMID:21888734

PEDIATRİK HASTA

Kafa Travmalı Çocukta BT Endikasyonu İkilimleri Devam Ediyor Mu?

Dr. Öğr.Üyesi Fatih Ahmet Kahraman

Pediyatrik kafa travmaları, acil servis başvurularının önemli bir kısmını oluşturur. Pediyatrik kafa travmalarında 2 yaş altında ve üstünde yaklaşım farklılıklar gösterir. Bebeklerin genellikle asemptomatik oluşu, bebeklerdeki minör travmada bile önemli TBY(Travmatik Beyin Yaralanması) görülebilmesi sebebiyle bu yaş grubundaki kafa travmasının derecesini hastanın hikayesinden, künt travmanın skalp veya kafatasındaki fizik muayene bulguları ve hafif dokunma ve ses ile uyanıklık durumuna göre tanımlamışlar. İki yaş üstünde ise travmatik kafa yaralanması seviyesi daha çok Glasgow Koma Skoru'na (GKS) dayanır. GKS 8 ve altı ciddi kafa travması, 9-13 orta kafa travması, 14-15 hafif kafa travması olarak kabul edilir.

Kafa travması çocuklarda yaralanmaya bağlı ölümlerin en önemli nedenidir. Erişkinlerden farklı olarak çocuklarda kafa, vücut kitlesine ve alanına göreceli olarak geniştir. Kafatası kemikleri ince, fontaneller ve sütürler açık olduğundan intrakranial yapıları yeterince koruyamaz.

Görüntüleme

Kraniyografi

Kraniyal kırıkların yarından fazlası düz kraniyografilerde tespit edilemiyor. Kırığı olan hastaların bir kısmında intrakraniyal bir patoloji tespit edilemezken, intrakraniyal patolojisi olan olgularda kraniyal kırık saptanmamıştır.

Bilgisayarlı Tomografi

Akut beyin hasarı tanısında en önemli tetkik bilgisayarlı tomografidir. Değişik çalışmalarda klinisyenlerin MKT'lı (minör kafa travması) çocuklarda tanısal tetkik olarak kranial BT isteme oranı %5-50 arasında değişmektedir. Ek olarak, bu grupta kranial BT çekimi için sedasyon gerekmekte, bu da hipoksi, apne, bilinç düzeyinde değişiklik, aspirasyon riski ve belki de endotrakeal entübasyon gibi pek çok ek riski beraberinde getirmektedir.

Radyasyon riski

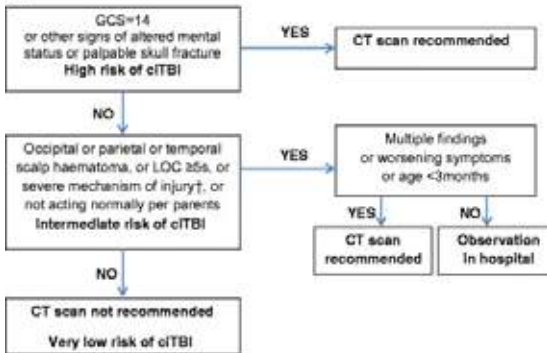
Yapılan çalışmalarda Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) çekimisi sırasında ortalama 2 milisivert radyasyona maruz kalındığı bildirilmiştir. Bu doz yaklaşık 30 kez akciğer grafisi çekirme ile maruz kalınan X-ray ışınına eşittir. Tek bir beyin tomografisi çekilen hastada hayat boyu kanser gelişmesi riski bir yaş için 1:1500, 10 yaş için 1:5000 dir. Özellikle beyin tümörü ve lösemi riski artmıştır.

Hangi hastalarda tomografi çekelim?

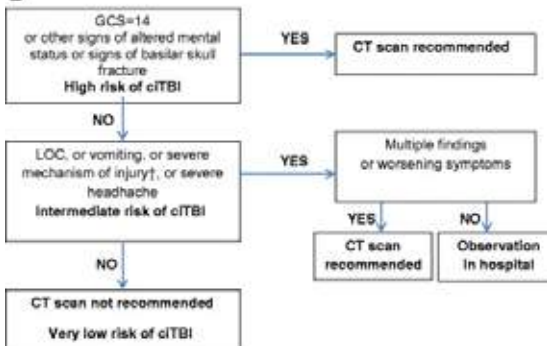
Bu konuda literatürde çeşitli kılavuz ve çalışmalar mevcuttur. Son yıllarda en çok konuşulan ve çalışma konusu olan rehberlerden birisi PECARN çalışması sonucunda ortaya çıkan kafa travması rehberidir. Kabul gören diğer iki önemli rehber ise CATCH ve CHALICE rehberleridir.

PECARN (Pediatric Emergency Care Applied Research Network)

A



B



CATCH (Canadian Assessment of Tomography for Childhood Head injury)

Box 1: Canadian Assessment of Tomography for Childhood Head injury: the CATCH rule

CT of the head is required only for children with minor head injury* and any one of the following findings:

High risk (need for neurologic intervention)

1. Glasgow Coma Scale score < 15 at two hours after injury
2. Suspected open or depressed skull fracture
3. History of worsening headache
4. Irritability on examination

Medium risk (brain injury on CT scan)

5. Any sign of basal skull fracture (e.g., hemotympanum, "raccoon" eyes, otorrhea or rhinorrhea of the cerebrospinal fluid, Battle's sign)
6. Large, boggy hematoma of the scalp
7. Dangerous mechanism of injury (e.g., motor vehicle crash, fall from elevation ≥ 3 ft [≥ 91 cm] or 5 stairs, fall from bicycle with no helmet)

CHALICE (Children's Head Injury Algorithm for the Prediction Of Important Clinical Events)

CHALICE Predictors of Clinically Significant Head Injury	
History	Witnessed LOC > 5min History of Amnesia > 5 min duration Abnormal drowsiness ≥ 3 vomits after head injury Suspicion of non-accidental injury Seizure after head injury in a patient with no history of epilepsy
Exam	GCS < 14 or GCS < 15 in a patient under 1 year of age Suspicion for penetrating or depressed skull injury or tense fontanelle Signs of Basal skull fracture Presence of a bruise, swelling, or laceration > 5 cm if <1 year old
Mechanism	High speed accident (> 40 mph) as either a pedestrian, cyclist, or occupant Fall > 3 m High speed injury from projectile or object

PECARN, CATCH, CHALİCE rehberlerinin karşılaştırılması

Sonuç olarak ciddi ve orta kafa travmasının tanı ve yönetiminde herhangi bir belirsizlik yok. Minör kafa travması olan hastalarda (GKS 14-15) yönetiminde BT çekilme endikasyonları halen tartışmalıdır. Çocuklarda minör kafa travmasında klinik karar vermede kullanılan 3 güncel algoritım (PECARN, CATCH ve CHALICE)dir. PECARN kurallarının sensitivitesi yüksek olması ve kabul edilebilir spesitivitesi nedeniyle kullanmak akılcı görünmektedir.

ARDS Hastası: Pandeminin Ardından Ne Değişti? Ne Öğrendik?

Doç. Dr. Hüseyin Cahit HALHALLI

S.B.Ü. Kocaeli Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Eğitim ve İdari Sorumlusu

ARDS, kardiyojenik olmayan pulmoner ödem nedeniyle şiddetli hipoksemi ile birlikte, göğüs radyografik opasite-leri ile karakterize akut bir solunum hastalığıdır.

COVID-19 pandemisi, ARDS’de bir artışa neden oldu Oldukça yüksek ölüm oranları ve etkili farmakoterapi eksik-liği dahil olmak üzere bu sendromla ilişkili zorluklarla karşılaşıldı. ARDS spesifik bir patolojik antiteden ziyade bir sendrom ve klinik kriterlerle tanı konuluyor.

ARDS’nin Berlin tanımı ve gözlenen mortalite

- Akut başlangıç (yeni veya kötüleşen solunum semptomlarından sonraki 7 gün içinde)
- Efüzyon, atelektazi veya kitlelerle tam olarak açıklanamayan bilateral radyografik opasiteler
- Arteriyel hipoksemi:
 - Hafif: $200 < PaO_2/FiO_2 \leq 300$ mm Hg, CPAP veya PEEP’te ≥ 5 cm H_2O (gözlenen mortalite %27)
 - Orta: $100 < PaO_2/FiO_2 \leq 200$ mm Hg, PEEP’te ≥ 5 cm H_2O (gözlenen mortalite %32)
 - Şiddetli: PaO_2/FiO_2 oranı ≤ 100 mm Hg, PEEP’te ≥ 5 cm H_2O (gözlenen mortalite %45)
- ARDS için tanımlanmış risk faktörü (açık bir risk faktörü yoksa, kalp yetmezliğini bir neden olarak hariç tutun)

Berlin kriterleri, ölüm riskini tahmin eden bir klinik tanımlama olmasına rağmen, tanıyı saptayacak veya dışla-yacak tek bir test yoktur. Nedenleri, belirtileri ve tedaviye yanıtı oldukça heterojen; bu nedenle daha alınması gereken çok yolumuz var.

Görüntüleme; X-ray, BT, USG (B-line)

Hastaların ne kadarı bu kriterlere uyuyor?

YBÜ hastaları üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, hastaların %10’u, mekanik ventilasyon uygulanan hastaların %23’ü ARDS kriterlerini karşılıyor (1).

Yönetim

- Ventilasyon
- Pozisyon
- Nöromusküler bolkaj
- Destekleyici bakım
- Farmakolojik ajanlar

Yaygın akciğer hasarı olan ve HFNC ile desteklenen birçok hastanın, pozitif basınçlı ventilasyon gerektiren ARDS

Berlin tanımına uymadığı göz önüne alındığında, ARDS insidansı muhtemelen daha da yüksek!!! Birçok hasta COVID-19 pandemisinde MV olmadan tedavi edildiğinden, bu bilgi önemlidir.

Mekanik ventilasyon ARDS'yi iyileştirmez; ancak vücudun solunum yetmezliğine yol açan hastalıktan kurtulması için zaman tanır, yeterli oksijenlenme sağlar ve VILI (ventilatör ilişkili akciğer hasarı) veya diğer yan etkilere neden olmadan karbondioksiti uzaklaştırır. Büyük TV ve sıfır PEEP kombinasyonu hemorajik pulmoner ödemi indükler (2).

İdeal vücut ağırlığına göre 6 ml/kg'dan daha düşük bir tidal hacmi ve 30 cm H₂O'nun altında bir plato basıncını hedefleyen akciğer koruyucu strateji, ARDS yönetiminde standart uygulama haline gelmiştir (3).

Prone pozisyon, kriterleri karşılayan hastalar için şiddetle düşünülmelidir (PaO₂/FiO₂ oranı ısrarla <150). COVID-19 salgını sırasında, akut hipoksemik solunum yetmezliği olan uyanık, entübe olmayan hastalarda yüzüstü pozisyon da başarıyla kullanılmıştır. Prone pozisyon, hipoksemiye iyileştirmek, ventilasyonu perfüzyonla eşleştirmek, bölgesel hiperinflasyonu azaltmak ve sağ kalımı iyileştirmek dahil olmak üzere çeşitli fizyolojik ve klinik faydalar sunar. PP kullanım oranı pandemi öncesinde <%20 idi ve pandemi sırasında %70'e kadar yükseldi. Pandemi aynı zamanda yarı-uyanık PP'yi (APP) ya da invaziv mekanik ventilasyon gerektirmeyen hastalarda kullanılan PP'yi ortaya çıkardı.

Steroid kullanımı:

ARDS'de kortikosteroidler üzerine 2019 Cochrane sistematik incelemesi, kesinliği düşük olsa da, kortikosteroidlerin ARDS'de ventilatörsüz gün sayısını 28 güne kadar artırdığına sonucuna vardı; ancak, ölüm oranı veya diğer sonuçlar hakkında kesin sonuçlara varılamadı (4). Kortikosteroidler, steroidlerin viral klirensi geciktirdiği bilinen influenza pnömonisinde ve inatçı ARDS'de geç uygulandığında (tanıdan >14 gün sonra) zararlı olabilir. SARS-CoV-2 nedeniyle mekanik ventilasyon gerektiren akut solunum yetmezliği olan hastalarda (çoğu muhtemelen ARDS'ye sahipti), RECOVERY çalışması deksametazonun sağkalımı artırdığını bildirdi (5, 6).

Mortalite

ARDS'ye bağlı ölüm oranı; %30'dan fazla hastane mortalitesi mevcut.

Orta ila şiddetli ARDS'ye ilişkin büyük bir çalışma 90 günde %43 hastane içi mortalite bildirmektedir (7). En yaygın risk faktörleri **pnömoni** ve pulmoner olmayan sepsis olup, bunu mide içeriğinin aspirasyonu takip eder.

Bakteriyel ve viral pnömoniler (sıklıkla SARS-CoV-2, SARS ve MERS) sıklıkla ARDS'ye neden olabilir.

COVID-19 ilişkili ARDS

Mayıs 2021'e kadar, dünya çapında 160 milyondan fazla doğrulanmış COVID-19 vakası vardı ve 3.3 milyondan fazla ölüm bildirildi. Bu küresel salgın, SARS-CoV-2 nedeniyle ARDS'ye olan ilgiyi artırdı, çünkü birçok klinik merkez şiddetli ARDS'li hastalarla dolup taşıtı. İlk raporlar, COVID-19 ile ilişkili ARDS'nin benzersiz özelliklerini vurguladı, ancak sonraki veriler, klasik ARDS ile heterojenlik de dahil olmak üzere birçok fizyolojik yönü paylaştığını öne sürdü. Benzer şekilde, erken raporlar, COVID-19 ile ilişkili ARDS'de yüksek bir venöz tromboz ve koagülopati prevalansı olduğunu öne sürmüştür (8).

2019 koronavirüs hastalığından (COVID-19) kaynaklanan başlıca morbidite ve mortalite, büyük ölçüde akut solunum sıkıntısı sendromuna dönüşen akut viral pnömoniden kaynaklanmaktadır. Hastalar arttıkça, tesis ve hasta özelliklerine bağlı olarak sıklıkla yoğun bakım ünitesi bakımı ile solunum desteği gerekir. Solunum desteği, düşük ve yüksek akışlı sistemlerle oksijenasyonu, noninvaziv ventilasyonu ve diğer yardımcı tedavilerin (örn. nebulize ilaçlar) ve kurtarma terapilerinin (örn. prone pozisyon) kullanımını içerir. Bazı hastalar iyileşirken ve solunum desteği azaltılabilirken, bir oran kötüleşmeye devam ediyor ve entübasyon ve mekanik ventilasyon konusunda bir karar verilmesi gerekiyor.

HFNC veya NIV gibi invaziv olmayan modaliteleri başlatma kararı konusunda da sağlık personeline bulaş riski açısından çekinceler söz konusu oldu.

ARDS'li hastalar için ilk yoğun bakım ünitesi bakımının temel unsurları

- Akciğer koruyucu ventilasyon stratejisi: hedef tidal hacim ≤ 6 mL/kg, plato basıncı ≤ 30 cm H₂O, ARDS Ağzı izgaralarına veya yerel uygulamaya göre FiO₂ setine göre PEEP , genel olarak PEEP ≥ 5 cm H₂O (9).
- ARDS'nin altında yatan nedenin titiz bir şekilde araştırılması ve tedavisi
- Sedasyon ve analjezi yalnızca konfor ve ventilatör senkronizasyonunu desteklemek için gerektiği kadar
- Şok geçtikten sonra net negatif sıvı durumuna ulaşmak için gerekirse agresif diürezis içeren sıvı koruyucu strateji
- Aksi kontrendike olmadıkça, subkutan heparin veya düşük molekül ağırlıklı heparin ile stres ülseri profilaksisi, derin ven trombozu profilaksisi
- Hasta FiO₂ ≤ 0.5 ve PEEP ≤ 8 cm H₂O tolere edebildiğinde weaning'i değerlendirmek için günlük spontan solunum denemeleri
- Orta ila şiddetli ARDS'si olan hastalar için (PaO₂/ FiO₂ oranı <150 mm Hg), şunları göz önünde bulundurun:
- Hedef süresi <48 saat olan nöromüsküler blokaj
- Günde en az 17 saat prone pozisyon

ARDS, orijinal tanımının üzerinden 50 yılı aşkın bir süre geçmesine rağmen hala yaygın ve klinik sonuçlar iç açıcı değil. ARDS, dünya çapında milyonları etkileyen SARS-CoV-2'ye bağlı küresel ARDS salgını nedeniyle günümüzde özellikle önemlidir. Son 50 yılda bu heterojen sendromun epidemiyolojisini ve biyolojisini anlamada ve düşük tidal hacim ve plato basıncıyla sınırlı ventilasyon stratejisi ve titiz bir araştırmaya dayanan destekleyici bakım için kanıta dayalı bir yaklaşım geliştirmede önemli ilerleme kaydedilmiştir.

ARDS'nin altında yatan nedenin tanısı ve tedavisi.

ARDS için gelecekteki önemli yönergeler, hangi tedavi öğelerinin sendromu karşılayan herhangi bir hasta için geniş ölçüde geçerli olduğunun tanımlanmasını içerir.

Sonuç olarak,

- Pandeminin etkilerini gördük
- ARDS'nin görülenden daha yaygın olduğunu farkettilik
- Non invaziv yöntemler öne çıktı
- PP kullanımı arttı

Referanslar

1. Bellani G, Laffey JG, Pham T, et al. Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. *JAMA*. 2016;315(8):788–800.

doi:10.1001/jama.2016.0291

2. Dreyfuss D, Saumon G. Role of tidal volume, FRC, and end-inspiratory volume in the development of pulmonary edema following mechanical ventilation. *Am Rev Respir Dis.* 1993;148:1194–1203.
3. Fan E, Del Sorbo L, Goligher EC, et al. An official American Thoracic Society/European Society of Intensive Care Medicine/Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guideline: mechanical ventilation in adult patients with acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med.* 2017;195:1253–1263.
4. Lewis SR, Pritchard MW, Thomas CM, Smith AF. Pharmacological agents for adults with acute respiratory distress syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;7
5. Brun-Buisson C, Richard J-CM, Mercat A, Thiébaud ACM, Brochard L. Early corticosteroids in severe influenza A/H1N1 pneumonia and acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;183:1200–1206.
6. Horby P, Lim WS, Emberson, et al. Dexamethasone in hospitalised patients with COVID-19. *N Engl J Med.* 2021;384:693–704.
7. Moss M, Huang DT, Brower RG, et al. Early neuromuscular blockade in the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med.* 2019;380:1997–2008.
8. Ziehr DR, Alladina J, Petri CR, et al. Respiratory pathophysiology of mechanically ventilated patients with COVID-19: a cohort study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020;201:1560–1564.
9. Brower RG, Matthay MA, Morris A, Schoenfeld D, Thompson BT, Wheeler A. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med.* 2000;342:1301–1308

ÇOCUKLARDA ORTOPEDİK BİR ACIL – DİRSEK TRAVMALARINA GÖRSEL BİR BAKIŞ

Dr. Öğr. Üyesi Melih ÇAMCI

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D., Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Genel İlkeler: Pediatrik kas iskelet sisteminin anatomisi benzersizdir ve çocuklarda meydana gelen aktif büyüme, gelişmeyi yansıtır. Fiziksel olarak fiziste (büyüme plakları) kapanma olan çocuklarda hem yaralanma modelleri hem de tedavi yaklaşımları yetişkinlerinkine benzerdir. Ancak ergenlik öncesi dönemde açık fizisi olan çocuklarda meydana gelen yaralanmalar erişkinlerden daha farklı şekillerde görülmektedir. Ayrıca çocuklarda bağ doku kemik dokudan daha güçlü olduğu için kırıklar bağ zedelenmesi, dislokasyonlar ve burkulmalardan daha sık görülmektedir.

Çocukların Muayenesi: Etkilenmemiş ekstremitenin dikkatli palpasyonu ile çocuğun güveninin kazanılması önemlidir. Çocuk istismarı ihtimaline karşı da öykü ve fizik muayenenin karşılaştırılması önemlidir. Ağlayan bir çocukta kırığın belirlenmesi zor olabilmektedir. Palpasyon patolojileri ayırt edebilecek şekilde fakat olabildiğince nazik olmalıdır. Ekstremitenin nörolojik değerlendirilmesi genellikle zordur. İğne ile hafif bir uyarı sonrasında genel çekme hareketi değerlendirilebilir. Vasküler durumu değerlendirirken cilt altı yağ dokunun kalınlığı nedeniyle nabız alınması zor olabilir bunun yerine kapiller geri dolum zamanını değerlendirmek uygundur.

Radyolojik Değerlendirme ve Kırık Modelleri: Çocuklar düz radyografi ile değerlendirilecekse birbirine dik en az 2 görüntü elde edilmelidir. Bunun dışında etkilenen ekstremitenin tüm görüntülenmesi ile uzun kemiklerin her iki eklemine de içeren görüntüler almak gereklidir. Özellikle küçük ve gözden kaçabilecek kırıklar için karşılaştırma grafileri çok değerlidir. Anterior ve posterior yağ yastığı (fat pad) bulgusu bize gizli kırıkları bulmamızda yardımcı olacaktır.

Çocuklardaki kemikler erişkinlere göre daha gözeneklidir, plastik deformasyona, mikrokırıklara yatkındır ve bu nedenle kırıklar kendisini hemen göstermeyebilir. Bu mikrokırıklar direkt grafilerde görülmeyebilir ve hastadaki hassasiyet, oluşum mekanizması kemik ve eklem belirgin bir travmayı düşündürse de radyografiler normal olabilir.

Salter Harris Sınıflaması

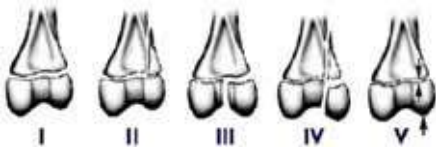
Tip I: Yaralanma epifizin metafizden tüm fiz hattı boyunca ayrılmasıdır.

Tip II: Yaralanma fizin hipertrofik bölgesinde ilerler, daha sonra metafize doğru uzanır.

Tip III: Kırık hattı fizin hipertrofik bölgesinde ilerleyerek epifize ve oradan eklem içine uzanır.

Tip IV: Kırık hattı metafizden fizi geçip epifize kadar uzanır.

Tip V: Fizin kompresyonu nedeniyle ezilme yaralanmasıdır.



Torus kırıkları sıkıştırıcı bir mekanizma karşısında kemiğin direncinin başarısız kaldığı durumlarda görülür. Bu kırıklar genellikle metafiz bölgesinde oluşur, sık görülen ve immobilizasyon ile kolayca iyileşebilen kırıklardır. Komplikasyonları çok nadir görülür.

Yaş ağaç kırıkları kemiğin bir tarafından gerçekleşen bir travma sonrası oluşan gerilim ile tam bir kırık oluşmadığı zamanlarda görülür. Bu kırıklar genellikle açılıdır ve deformitenin engellenmesi için tam kırık oluşturulması gereklidir.

Eğilme veya bükülme kırıkları ise bir kemiğin yapısal deformasyonu sonrasında eski haline dönemediği zamanlarda oluşmaktadır. Fibula ve ulnada sıklıkla gözlenir. Eğer eşlik eden kemikte bir kırık mevcutsa, eğilme durumunun gözlemlendiği kemik kırık görülen kemiğin redüksiyonuna engel olabilir.



Pedriatrik Dirsek Travmaları

Dirsek çocuklardaki en sık travma görülen yerlerden birisidir. Diğer kırıklarla karşılaştırıldığında, acil serviste çocuklarda dirsek kırıkları sıklıkla gözden kaçmaktadır. Tipik anamnezde etkilenen kolun hiperekstansiyonu ve dışa dönük bir halde iken distal humerusta hasar ile sonuçlanan bir düşmedir. Dirseğin geniş kırıkta bileşeni ve farklı yaşlarda görülen altı değişik ossifikasyon noktası bulunması nedeniyle dirsek kırıklarının radyolojik tanısı zordur. Altı kemikleşme merkezi için kullanılan anımsatıcı CRITOE'dir (capitellum, radyal baş, medial epikondil, troklea, olekranon, lateral epikondil). Ossifikasyon merkezlerinin hangi yaşta oluşacağını bilmesi ile birlikte ufak bir kemik parçasının kırığa ya da ossifikasyon merkezine ait olduğu belirlenir. Çocuklarda dirseğin uygun şekilde değerlendirmesi için dört radyografi gereklidir. Bu grafiler dirseğin fleksiyonunda ön kolun anteroposteriorunu (AP) da içine alacak bir grafi, humerusun AP görüntüsü, ön kolun lateral görüntüsü ve humerusun lateral görüntüsüdür.



	KIZ	ERKEK	YAKLAŞIK
C - CAPITULUM	1 YAŞ	1 YAŞ	1 YAŞ
R - RADIUS	4 YAŞ	5 YAŞ	3 YAŞ
I - INTERNAL(MEDIAL) EPIKONDİL	5 YAŞ	7 YAŞ	5 YAŞ
T - TROCHLEA	8 YAŞ	9 YAŞ	7 YAŞ
O - OLECRANON	8 YAŞ	10 YAŞ	9 YAŞ
E - EKSTERNAL(LATERAL) EPIKONDİL	11 YAŞ	12 YAŞ	11 YAŞ



Suprakondiler Kırıklar

Çocuklarda en sık görülen dirsek kırıklarıdır. Suprakondiler kırıkların çoğu 3 yaşından 10 yaşına kadar olan çocuklarda meydana gelir ve en yüksek insidans 5 ile 7 yaşları arasında meydana gelir. Ekstansiyon tipi bir suprakondiler kırık, hiperekstansiyondaki dirsekle uzanmış bir elin üzerine düşmesiyle olur ve olguların %90 ila %98'ini oluşturan en yaygın olanıdır. Suprakondiler kırıkların %20-30'u deplase değildir ya da minimal deplasedir. Çocuklarda suprakondiler kırıkların %25'i yaş ağaç kırığı şeklindedir. Bu vakaların radyolojik olarak tanısı çok zordur. Suprakondiler ekstansiyon kırıkları üç alt tipe ayrılmaktadır. Tip 1 nondeplase ya da minimal deplasedir. Tip 2 distal kesimde açılanma bulunmaktadır. Tip 3 ise her iki korteksi de içerir ve tam deplasedir. Fizik muayenede, nondeplase kırıklarda çok az şişlik gözlemlenebilir iken deplase kırıklarda deformite çoğu zaman gözle görülebilir. Ruti görüntüleme AP ve lateral görüntülemeyi içerir, etkilenmemiş ekstremitelere ise karşılaştırma amacı ile istenir. Çocuklarda şüphelenilen suprakondiler kırıkların radyogram değerlendirmesinde yardımcı bir diğer tanı aracı ise taşıma açısının belirlenmesidir. AP görüntülemelerde humerusun orta hattı ile ulnanın orta hattı arasında çizilen çizgiler arasında kalan açı taşıma açısıdır.



Distal humerus kırıkları deplase olmasa bile sıklıkla nörovasküler komplikasyonlarla birliktelik gösterir. En sık yaralanan yapılar ise median sinir ve brakial arterdir. İlk olarak radial, ulnar ve brakial nabızların varlığı ve şiddetine bakılmalıdır. Yer değiştirme seviyesi ve redüksiyon öncesi fizik muayene, pediatrik suprakondiler kırıkların tedavisini belirler. Tip 1 suprakondiler kırıklar doğal olarak stabildir ve alçı ile immobilize ederek tedavi edilir. Tip 2 ve 3 kırıklar, operatif çivilemeyi içeren kesin tedavi için acil serviste ortopedik konsültasyona ihtiyaç duyar. Hasta nörovasküler takip için hastaneye yatırılabilir.

Medial Epikondil Kırıkları

Medial epikondil kırıkları lateral epikondil kırıklarından daha sık görülmektedir. Tipik olarak 7-15 yaş arası çocuklarda görülür ve çocuklardaki dirsek kırıklarının %10'unu medial epikondil kırıkları oluşturmaktadır. Bunlar gerçek Salter-Harris yaralanmaları değildir çünkü fizis değil apofiz işin içindedir. Tipik olarak <5mm yer değiştirme varsa bu kırıklar 3 hafta boyunca 90 derece dirsek fleksiyonda olacak şekilde posterior atel ile tedavi edilir ve ortopedi takibi yapılır. >5mm yer değiştirme varlığı acil ortopedik konsültasyon için bir endikasyondur. Medial epikondil kırığını medial kondil kırığından ayırt etmek önemlidir. Medial kondil kırıkları eklem içindedir ve bir ortopedi konsültasyonu gerektirir.



Lateral Kondil Kırıkları

Supinasyonda ön kol ile uzatılmış bir dirsekte varus stresi olduğunda ortaya çıkar. Şişlik ve hassasiyet genellikle lateral dirsekle sınırlıdır ve nörovasküler yaralanma nadirdir. Tanı standart AP ve lateral görüntülerle konabilir, ancak klinik şüphe yüksekse oblik bir görüntü elde edilir. Kırıklar Salter Harris tip 2 veya 4 olabilir. Lateral epikondil en son görülen ossifikasyon merkezidir. Kırıkların deplasmanına göre nondeplase (2 mm'den küçük), minimal deplase (2-4 mm) ya da deplase (4 mm'den büyük) olarak değerlendirilir. Lateral kondil kırıkları genellikle açık redüksiyon ve fiksasyona ihtiyaç duyar çünkü bu kırıklar çoğu zaman transfizeal ve intraartikülerdir. Kaynamama, yanlış kaynama, osteonekroz, kübitus valgus ve geç ulnar sinir felci iyi tanımlanmış komplikasyonlarıdır.



Monteggia Kırıklı Çıkığı

Ulna kırığı ile birlikte radyal başın (proksimal radioulnar eklem) çıkığı anlamına gelir. Bu tip yaralanma, dirseğin en sık gözden kaçan ciddi kırığıdır ve gecikmiş ya da gözden kaçan tanı nadir değildir. İyi bir genel kural, eğer

bir ulnar kırık varsa her zaman ilişkili bir Radius yaralanması aranmalıdır. Bu yaralanmalarda daima redüksiyon gereklidir.



Radius Baş ve Boyun Kırıkları

Çocuklarda radial baş ve boyun kırıkları nadirdir. Radial boyun, baştan daha sık kırılır ve çoğu radial boyun kırığı metafiz yoluyla meydana gelir. En yaygın mekanizma düşmedir. Radius boyun epifiz kırıkları açılanma durumuna göre sınıflandırılır. Radyografik değerlendirmesi için genellikle oblik görüntü gereklidir. Eklem kapsül şişliğinin bulguları ile birlikte anterior ve posterior yağ yastığı bulguları izlenebilir.

Olekranon Kırıkları

Genellikle dirsek üzerine düşme sonucu oluşur ve en iyi lateral görünümde görülür. Kırık <5 mm yer değiştirmişse en stabil pozisyonda, genellikle 90 derece dirsek fleksiyonunda 3 ila 6 hafta hareketsiz hale getirilmelidir. Ortopedi konsültasyonu tedaviye rehberlik edebilir. Stabil olmayan kırıklarda açık redüksiyon ve internal fiksasyon endikedir. Olekranon kırıkları, radial baş ve boyun kırıklarıyla birlikte ortaya çıkar.

Dirsek Çıkığı

Genellikle yere düşerken uzatılmış elden düşme sonucu ortaya çıkar. En yaygın dislokasyon tipi posteriodur ve genellikle bir miktar lateral yer değiştirme eşlik eder. Nörolojik yaralanma dirsek çıkıklarının %10'u ile ilişkilidir. Ulnar nöropati en yaygın olanıdır ve genellikle medial epikondil tuzağı ile ilişkilidir. Radial sinir ve arter yaralanması nadirdir. Nörovasküler yaralanmadan şüpheleniliyorsa acil ortopedi konsültasyonu istenmelidir.

Radius Başının Subluksasyonu (Dadı Dirseği)

Doğumdan 6 yaşına kadar herhangi bir zamanda ortaya çıkabilen çocuklarda sık görülen bir yaralanmadır. Ancak sıklıkla 1 ila 4 yaşları arasında ortaya çıkar. Genellikle bir yetişkin veya daha uzun bir kişi tarafından koldan ani bir çekilme sonucu oluşur, ancak aynı zamanda düşme ve burkulma sonucu da olabilir. Kuvvet, radiusu annuler bağ yoluyla çekerek radial başın subluksasyonuna neden olur. Çocuk etkilenen kolda ani akut ağrı ve işlev kaybı yaşar. Muayenede çocuk tutulan kolu hafif fleksiyon ve pronasyonda tutar ve fokal şişlik veya hassasiyet yoktur. Dadı dirseği redüksiyonu için hiperpronasyon ve supinasyon/fleksiyon olmak üzere iki farklı metod kullanılmaktadır. Dadı dirseği gelişen bir hastada tekrar gelişme ihtimali %25'tir. Dadı dirseği redüksiyonlarının başarısız olduğu hastalarda sıkı takip ve muhtemel ortopedi konsültasyonu gereklidir.



Gebe Travma-Önümüzdeki Engeller ve Çözümleri

Doç.Dr.Mücahit Günaydın

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

Giriş

- Tüm gebe kadınların %7'si travmatik bir yaralanma yaşar ve bunların %0.4'ü hastane yatışını gerektirir.
- Gebelikte en yaygın travma nedenleri; motorlu araç kazaları,düşmeler ve saldırılar

Gebelik Haftası Tespiti

- Bir fetüs 22-24. gebelik haftasında veya 500 gr ağırlığında yaşayabilir olarak kabul edilir.
- Uterin fundus umblikus altındaysa gebelik muhtemelen 20 haftadan az, umblikus veya üzerindeyse gebelik muhtemelen 20 haftadan fazladır.

Maternal ve Fetal Değerlendirme

- Annenin birincil bakısına öncelik verilmeli
- İlk hedef annenin hava yolunu, solunumunu ve dolaşımını değerlendirmek ve annenin kardiyopulmoner stabilitesini sağlamaktır.

Birincil Bakı-Hava yolu, Solunum

- Gebelerde oksijen saturasyonu **%95'in üzerinde tutulmalı**
- Anneden plasantanın fetal tarafına uygun bir oksijen difüzyon gradyanı korumak için arteryel kan gazında **hedef PaO2 > 70 mmHg** olmalı
- Yeterli maternal oksijenizasyon sağlanamazsa preoksijenizasyon ve **erken entübasyon** önerilir.

Birincil Bakı-Servikal İmmobilizasyon

- Endike ise servikal omurga immobilizasyonu gebe olmayan hastalarda olduğu gibi erken dönemde sağlanmalı

Birincil Bakı-Dolaşım

- Uterus göbek hizası veya üzerindeyse kalp debisini en üst seviyeye çıkarmak için hasta sol lateral dekübit pozisyonunda tutulmalı
 - Gebeliğin fizyolojik hipervolemisi nedeniyle toplam kan hacminin %15-20'si kaybedilene kadar vital bulgulara değişiklik olmayabileceğinden **sıvı replasmanı** agresif olmalı
 - **Vazopresörler** uterus kan akışını azaltırlar, bu yüzden hacim ve kan yerine konulana kadar verilmesi önerilmez
 - **Transfüzyon** protokolleri ve hedefleri hamile olmayan bireylerdekine benzer

Kardiyopulmoner Resüsitasyon

- Göğüs kompliyansının azalması nedeniyle gebelik sırasında dış göğüs kompresyonu zordur.
- 2. trimestirin sonlarında ve 3.trimestirde sırt üstü yatar pozisyonda iken uterus sola yer değiştirilse bile aortakaval kompresyon kalp debisini önemli ölçüde azaltır.

Resüsitatif Histeretomi/Perimortem Sezeryan

- Spontan geri dönüşün sağlanamadığı maternal kardiyak arrestin başlangıcından 4 dakika içinde başlatılmalı ve 5. dakikada fetusun doğumu tamamlanmalıdır.

Birincil Bakı-Nörolojik Değerlendirme

- ABC'den sonra odaklanmış bir Nörolojik muayane yapılmalı
- Kafa travmasının sonucu olarak nöbetler görülebilse de, gebelerde eklampsi değerlendirmesi de yapılmalıdır

Birincil Bakı-Hastanın Soyulması

- Tüm elbiseler çıkartılır ve yaralanmaların tamamı değerlendirilir.
- Hipotermiden korumak için sıcak sıvılar ve battaniyeler kullanılmalı

Birincil Bakının Tamamlayıcıları

- Annenin sürekli monitorizasyonu, nabız ve tansiyon takibi
- Erken dönemde nazogastrik tüp
- Batın içi ve torasik yaralanmayı belirlemek için genişletilmiş FAST
- Maternal resüsitasyon izin veriyorsa fetal kalp sesleri ve uterus boyutu bu aşamada USG ile değerlendirilmeli

İkincil Bakı

- Birincil bakı tamamlandıktan ve resüsitasyon adımları gerçekleştirildikten sonra ikincil bakıya geçilmeli
- Tıbbi, cerrahi, obstetrik ve sosyal hasta geçmişi öğrenilir
- Hastanın baştan ayağı muayenesi yapılır

İkincil Bakı-Uterus Rüptürü

- Tüm yaralanmaların <%1'inden sorumlu
- Daha çok 2.trimestirin sonları ve 3.trimestirde ve uterus üzerine doğrudan ve güçlü bir darbe geldiğinde ortaya çıkar
- Belirti ve semptomları;
 - Şok, anormal fetal kalp hızı veya fetal ölüm, uterus hassasiyeti, periton irritasyonu ve vajinal kanama
- Fetal mortalite oranı yüksektir.
- Sıklıkla acil laparotomi gerektirir.

İkincil Bakı-Plasenta Dekolmanı

- Anne ölümünden sonra fetal ölümün en sık 2.sebebi
- Klasik klinik görünümü;
 - abdominal ağrı, abdomen ve uterusu hassasiyet, ağrılı vajinal kanama ve tetanik uterin kontraksiyonlar
 - bu belirtiler olmadan da ciddi plasenta dekolmanı meydana gelebilir
- Tanısı karakteristik klinik özelliklerin varlığı ve fetal kalp atış hızının güven vermemesi ile konur

- En duyarlı klinik bulgu saatte üçten fazla uterin kontraksiyon olarak tanımlanan **uterin irritabilite**dir.

Fetal İzleme

- Minör karın travmasından daha fazlasına maruz kalmış ve fetal canlılık aşamasına ulaşmış gebelikler için, erken doğum eylemi ve dekolmanı değerlendirmek için kardiyotokografik izlem önerilir.
- Fetüsün izlenmesi gereken süre tartışmalıdır ve tavsiyeler 4 ila 48 saat arasındadır.

Görüntüleme

- BT ve düz grafi dahil olmak üzere gebe hastaya iyonlaştırıcı radyasyon kullanımı en aza indirilmelidir, ancak önemli teşhis bilgileri sağlayabilecekse görüntüleme durdurulmamalıdır.

Teröpatik Girişimler

- Karın travması olan tüm Rh negatif gebelere yaralanmadan sonraki 72 saat içinde profilaktik bir doz **Rho (D) İmmunglobulin** uygulanması önerilir.
- Gebe kadınlara endike ise **Tetanoz profilaksisi** uygulanabilir

Taburculuk

- Gebe travma hastasının taburculuğu ortaya çıkan yaralanmaların ciddiyetine ve gebelik yaşına bağlıdır.
- Künt travma geçirmiş 22 ila 24 hafta veya daha uzun gebelik haftalarındaki herhangi bir hamile kadın, iyi görünse bile en az 4 saatlik fetal izlemeden geçmelidir.
- Genel olarak, hafif travma yaşayan hamile kadınların gebelik sonuçları olumludur.
- Diğer yatış ve ameliyat kriterleri hamile ve hamile olmayan travma hastaları için benzerdir.

BAŞARIZ HAVA YOLU

Dr. Öğr. Üyesi Ramiz YAZICI

S.B.Ü. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman SUAM, Acil Tıp Kliniği

Bir endotrakeal entübasyon girişimi sırasında, hastayı entübe edememenin (tek bir denemede bile) ve bir torba ve maske veya ekstraplottik bir cihaz kullanarak hastayı yeterince oksijenlendirememenin olduğu herhangi bir zamanda başarısız bir hava yolu mevcuttur. Oksihemoglobin doygunluklarını [SpO2] yüzde 90'ın üzerinde tutulamadığı veya 80'in üzerinde sabit tutulamadığı durumlardır. Bu, başarısız hava yolunun "entübe edilemez, oksijenlenemez" tipidir. Bir torba ve maske veya ekstraplottik bir cihazla yeterli SpO2'yi koruyan bir cihazla ventilasyon yapıldığında bile deneyimli bir operatör tarafından üç başarısız entübasyon girişimi olduğunda da başarısız bir hava yolu vardır. Bu, başarısız hava yolunun "entübe edilemez, oksijenlenebilir" tipidir.

Başarısız hava yolu algoritması aşağıdaki resim 1'de gösterilmiştir.



Resim 1: Başarısız hava yolu algoritması

Neden oksijenizasyonun korunmasının başarısız olduğu durumda krikotirotomi yapılan kadar torba-maske ventilasyonuna (BMV) ile solumak yerine ekstraplottik hava yolu cihazı deniyoruz? Çünkü:

EGD'ler, BMV göre daha etkili oksijenasyon ve ventilasyon sağlayabilir. Bu nedenle, EGD'ler, laringoskopi girişimleri arasında veya apneik hastalarda BMV yerine yeniden oksijenasyon için yararlı olabilir. Acil tıp teknisyenleri tarafından EGD kullanımına ilişkin prospektif çok merkezli bir çalışma ventilasyon için ilk denemede başarı ora-

nını yüzde 76 olarak bildirmiştir, bu oran geleneksel BMV ile yüzde 30'dur. Hastane öncesi CPR'yi içeren benzer çalışmaların gözden geçirilmesi, BMV'ye kıyasla bir EGD ile daha iyi ventilasyon bildirmiştir.

EGD'ler, BMV'ye kıyasla daha az yetersizlik ile ilişkilendirilebilir. KPR alan 713 hastanın retrospektif bir çalışması, BMV'ye kıyasla EGD'lerde daha az yetersizlik bulmuştur.

EGD yerleştirme kolayca öğretilir ve bir manken üzerinde öğrenilen beceriler hastalara kolayca aktarılır. Bu, özellikle zorlu klinik durumlarda (örn. sakallı hasta, yüzünde kan veya kusmuk) bir maske mührü oluşturmak ve sürdürmek için daha fazla beceri ve pratik gerektiren BMV'den farklıdır.

EGD'ler, asistanlar sınırlıysa kullanışlıdır. Bir EGD yerleştirmek, bir sağlayıcıyı diğer gerekli görevleri yerine getirmesi için serbest bırakır, çünkü uygun BMV genellikle iki klinisyen gerektirirken, bir EGD yalnızca bir klinisyen gerektirir.

Belirli EGD'ler, EGD aracılığıyla gastrik dekompresyon veya trakeal entübasyon gibi ek yönetim seçeneklerine izin verir.

Birden fazla extraglottik hava yolu cihazı var. İdeal EGD'nin seçiminde dikkat edilmesi gerekenler; yerleştirilmesi kolay olması, etkili oksijenasyon ve havalandırma sağlaması ve klinisyenin gastrik dekompresyon ve trakeal entübasyon yapmasına izin vermesidir. Çok az EGD tüm bu kriterleri karşılar. Glottise göre konumları, kör entübasyona uygunlukları ve gastrik dekompresyona izin vermesine göre farklı EGD özellikleri vardır. Cihazların her biri oksijenasyon ve ventilasyon sağlamak için oldukça etkilidir.

EGD'ler, trakeaya girmeden oksijenasyon ve havalandırma için bir hava yolu sağlar. Acil durum hava yolu yönetimi için önemli araçlardır ve trakeayı tıkanma veya aspirasyondan koruyan kesin bir hava yolu sağlamasalar da birincil veya kurtarma cihazları olarak kullanılabilirler.

EGD yerleştirme endikasyonları arasında oksijenizasyon ve ventilasyon ihtiyacı yer alır.

Acil durumlarda kullanıma örnek olarak EGD'ler, göğüs kompresyonlarında kesintiye neden olmadan yerleştirilebilecekleri kardiyak arrest hastalarında birincil hava yolu yönetimi için ve başarısız laringoskopi sonrasında kesin bir hava yolu kurulana kadar kurtarma cihazları olarak sıklıkla kullanılır. Özellikle acil durumlarda mide basıncını azaltabilen ve trakeal entübasyon için kanal olarak kullanılabilen bir EGD kullanılması önemlidir. Çoğu EGD, yerleştirme için yalnızca 2 cm interdental boşluk gerektirir; ağza bir laringoskop ve trakeal tüp sığarsa, bir EGD sığar.

Öğürme refleksinin varlığı, kusma ve aspirasyon riski nedenli kontraendikasyondur. Orofarenks veya proksimal özofagus travması veya hastalığı ise mukozal perforasyon riski nedenli kontraendikasyondur. Örneğin kostik yutma veya bilinen özofagus varisleri, perforasyon veya hava yolu kanaması riski oluşturur. Supraglottik bir yabancı cismin trakeaya itilmesi riskinden dolayı, yabancı bir cisim tarafından hava yolu tıkanıklığı da EGD için kontraendikasyondur.

Ekstraglottik hava yolu cihazları glottise göre konumlandırılarak supraglottik ve retroglottik hava yolu cihazları olarak sınıflandırılır. Supraglottik cihazlar, glottik girişi çevresini kapatan ve larenksten üstte kalan laringeal maskelerdir. Retroglottik cihazlar üst özofagusta sonlanan laringeal tüplerdir – glottisin posteriorunda – ve glottik açıklıkla aynı hizada olan aralarında havalandırma pencereleri olan biri faringeal diğeri özofagus olmak üzere iki balon kafi vardır.

Diğer sınıflandırma türü, klinik olarak önemli özelliklerin varlığına dayanmaktadır. Böyle bir şema, bir orogastrik (OG) dekompresyon portunun ("ikinci nesil" EGD'lerde bulunur) varlığına bağlı olarak EGD'leri birinci ve ikinci nesil cihazlara ayırır. Gastrik dekompresyon seçeneği aspirasyon riskini azaltmaya yardımcı olabilir. Başka bir

sınıflandırma türü, EGD'leri, EGD'nin lümeni yoluyla trakeal entübasyon gerçekleştirme yeteneği ile ayırır. Örneğin LMA porseal ve supreme entübasyona izin vermezken LMA fasttrack izin verir. Klasik LMA ise entübasyon için değişken başarı gösterir. Kombitüpte nazogastrik sonda için yer yokken, easytupte bunun için yer tasarlanmıştır.

Acil hastalar için EGD yoluyla entübasyon yapabilmek önemli bir tasarım özelliğidir. Başarısız laringoskopiden sonra entübasyon özellikli bir EGD yerleştirilmelidir. Bunların çoğu, oksijenasyonu ve ventilasyonu sürdürmek için yüksek başarı oranları göstermiştir. Oksijenasyon yeniden sağlandıktan sonra, ventilasyon kanalını bir endotra-keal tüp (ETT) için kanal olarak kullanarak EGD yoluyla entübasyon sıklıkla gerçekleştirilebilir. Bazı entübasyon özellikli EGD'ler, kör entübasyon için tasarlanmıştır ve tümü esnek bir endoskop (FE) ile birlikte kullanılabilir. Kör entübasyon seçeneği, FE'lere erişimi olmayan sağlayıcılar için özellikle önemlidir.

Glottise göre konumları ve kör entübasyona uygunlukları dahil olmak üzere birkaç yaygın EGD'nin temel özellikle-rini özetleyen bir tabloya aşağıda yer verilmiştir (tablo 1). Listelenen cihazların her biri oksijenasyon ve ventilas-yon sağlamak için oldukça etkilidir.

Cihaz	Glottik konum	OG tüpünü geçebilme	Körlemesine entübasyon yapabilme
LMA Klasik	Supraglottik (laringeal maske)	Hayır (1. nesil EGD)	Evet (değişken başarı) (1-4)
LMA ProSeal	Supraglottik (laringeal maske)	Evet (2. nesil EGD)	HAYIR
LMA Supreme	Supraglottik (laringeal maske)	Evet (2. nesil EGD)	HAYIR
LMA Fastrach	Supraglottik (laringeal maske)	Hayır (1. nesil EGD)	Evet (iyi başarı) (1-4)
Aura-i	Supraglottik (laringeal maske)	Hayır (1. nesil EGD)	Evet (sınırlı veri)
Aura-i	Supraglottik (laringeal maske)	Evet (2. nesil EGD)	Evet (sınırlı veri)
Air-Q	Supraglottik (laringeal maske)	Evet (yalnızca engelleyici sürüm)	Evet (iyi başarı) (1-4)
i-Gel	Supraglottik (laringeal maske)	Evet (2. nesil EGD)	Evet (değişken başarı) (1-4)
Kombitüp	Retroglottik (laringeal tüp)	Evet (2. nesil EGD)	HAYIR
King LT	Retroglottik (laringeal tüp)	Evet (yalnızca LTS sürümü)	HAYIR

Tablo 1: EDG özellikleri

Supraglottik Hava Yolu Cihazları, tasarım olarak tamamen laringeal maskelerden oluşur. BMV'in yüzde yaptığına benzer şekilde glottik açıklık üzerinde maske sızdırmazlığı yaparak çalışır. Laringeal maskeler üstte dilin tabanı çevresinde, yanlarda ariepiglottik kıvrımların ve piriform girintilerin çevresinde ve altta üst özofagusu ka-panır. Havalandırma kanalı, oksijeni doğrudan glottik açıklığa göndermek üzere yönlendirilmiştir. LMA Classic, Standart çoklu kullanımlı LMA'dır. LMA Unique, LMA Classic'in tek kullanımlık versiyonudur. LMA ProSeal, LMA Classic'e benzer ancak bir ısırma bloğu ve orogastrik (OG) tüpü için bağlantı noktası vardır. LMA Supreme, daha sert manşet, entegre ısırma bloğu ve OG tüp portu ile tek kullanımlık LMA'dır. LMA Fastrach (entübasyona izin veren LMA); tek veya çok kullanımlık versiyonlara sahip olup, kör veya endoskop kılavuzluğunda entübasyon için tasarlanmıştır. Daha kolay yerleştirme ve manşon kaçaklarını gidermek için sert boru ve entegre ısırma bloğu içerir. LMA Protector, LMA Supreme'e benzer ancak entübasyon özelliği vardır.

Air-Q başka bir entübasyon laringeal maskesi türüdür. LMA Classic veya LMA Unique'e benzer; ancak önemli farkları vardır. Bu farkların en önemlisi, Air-Q ventilasyon lümenini bir kanal olarak kullanarak kör veya endoskop kılavuzluğunda entübasyon için tasarlanmıştır. Air-Q'nun büyük yetişkin boyutu, 8,5 ETT boyutunuyla entübasyo-na izin verir. Lümenin distal ucundaki küçük bir üçgen rampa, ETT'yi anterior olarak glottik açıklığa yönlendirir. Manşet nispeten serttir ve hava yolu dokuları etrafında kalıplanacak şekilde tasarlanmıştır. Bu nedenle manşeti

şişirmek için daha az hava gerekir ve hava yolu yapılarında daha az şişme olur. Air-Q, standart bir ETT kullanılarak entübasyon için tasarlanmıştır. Cihazın hafif eğriliği, özel bir bükülmeyen ETT gerektirmez. Air-Q Kaldırma Stilesini kullanırken ETT üzerinden Air-Q'nun çıkarılması basit bir işlemdir ve pilot balon tüpünü yırtılma riskine sokmaz. Air-Q'nun birkaç modeli mevcuttur. Air-Q Blocker, yerleştirmeyi kolaylaştırmak için daha fazla tüp sertliğine, ısırma bloğu görevi görmek için artırılmış yan duvar sertliğine ve riski azaltmak için kafın ötesine özel bir özofagus kateterinin yerleştirilebileceği yerleşik bir kanala sahiptir. Aspirasyon Air-Q SP modeli, kaf basıncını kendi kendine düzenler. Torbalı bir nefes sırasında, iyi bir glottik sızdırmazlık gerektiğinde havayı şişirmek için havalandırma kanalından kısa bir tüp yoluyla kafın içine bir miktar hava yönlendirilir. Pasif ekshalasyon sırasında hava, mukozal basıncı azaltmak ve manşet çevresindeki dokuların bozulmasını azaltmak için manşetten ventilasyon lümenine çıkar.

I-gel, stabilize için şişirilemeyen bir manşet ve daha geniş boru kullanan alternatif bir laringeal maske türüdür. Cihaz, şekli boyunca glottik açıklığı kapatan esnek bir polimerden yapılmıştır. Ventilasyon lümeni, standart ETT'leri geçebilecek kadar geniştir ve cihaza bir ısırma bloğu ve gastrik emme kanalı entegre edilmiştir. Randomize ve büyük gözlemsel çalışmalar, kör entübasyonun entübasyon yapan LMA'ya kıyasla daha zor olabilmesine rağmen, I-gel'in zor hava yolu yönetimi için etkili bir araç olabileceğini düşündürmektedir. I-jel, değişen irtifalarda basınç ve hacim değişikliklerine maruz kalan hava dolu bir manşon kullanmadığından, hava-tıbbi nakil için yararlı olabilir.

UEScope Video Laringeal Mask Airway, yeni bir supraglottik hava yolu türüdür. Mide tüpü yerleştirme kanalına sahip ikinci nesil bir cihazdır ve bir ETT için kanal olarak tasarlanmıştır. Bu ürünün benzersiz yönü, ventilasyon lümeninin sağ tarafında (gastrik tüp kanalının karşısında) ikinci bir gözlem kanalının bulunması ve manşetin çanağı içinde, ucunda bir lens bulunmasıdır. Tescilli bir FE daha sonra gözlem kanalının içine yerleştirilebilir ve manşon içindeki laringeal girişi görselleştirmek için merceğe iletilebilir.

Doğrudan laringeal görselleştirmenin, manşetin uygun yerleşimini doğrulama, epiglotun aşağı katlanmamasını sağlama ve doğrudan görselleştirme altında bir ETT veya ETT introdüserinin (buji) trakeaya iletilemesine izin verme gibi avantajları vardır, böylece entübasyondaki zorluk sırasında örneğin sadece karinanın görselleştirildiği ve ETT'nin yaklaşımının görülmeyeceği, bazen ETT'nin laringeal yapıları yakalamasına ve ETT'nin ilerlemesinde güçlük çekmesine neden olan bir endoskopik entübasyonda sorun giderme yapılabilir. İlk veriler cesaret verici olsa da (örn. ETT yerleştirmenin ilk geçiş başarısı, kaf sızıntı basınçları ve EGD yoluyla FE entübasyonuna kıyasla entübasyonun süresi ve başarısı), bu cihazın kullanımını değerlendirmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Tüm retroglottik hava yolu cihazları, laringeal tüpler olarak tasarlanmıştır. Hava yoluna oturduklarında, orofarinksini kapatmak için büyük bir faringeal balona, yemek borusunu kapatmak için küçük bir özofagus balonuna ve oksijenasyon ve ventilasyon sağlamak için yaklaşık olarak glottik açıklıkla hizalanan manşon balonları arasındaki lümenlere sahiptirler. Retroglottik hava yolu cihazlarından kaynaklanan çoğu komplikasyon, yerleştirme sırasında farenkse yumuşak doku travmasından kaynaklanır. Bunu önlemek için, laringeal tüpler hafifçe yerleştirilmelidir veya hava yolunu açmak için bir laringoskop ile cihazın önemli bir direnç göstermeden özofagusa geçmesine izin verilmelidir.

Retroglottik Hava Yolu Cihazlarının; kombitüp, king-LT, rusch easytube, ILTS-D şeklinde farklı tüpleri mevcuttur. Kombitüp, yemek borusu yerleşimi için tasarlanmış çift lümenli, çift manşetli bir hava yoludur. Manşonlardan biri glottisin üzerinde, diğeri ise özofagusta glottisin distalinde yer alır, böylece laringeal girişi izole eder ve trakeaya yönlendirilmiş ventilasyona izin verir. Kombitüp'ün zor hava yolu yönetimindeki belgelenmiş başarısına rağmen, trakeada kafli bir endotrakeal tüpün (ETT) yani kesin hava yolu kurulmasına izin veren ekstraglottik hava yolu cihazlarını tercih etmeliyiz. Kombitüp aracılığıyla kesin bir hava yolu oluşturmak mümkün değildir. Kombitüp, oturma ve semipron dahil hemen hemen her hasta pozisyonunda uygulanabilir. Kör yerleştirmelerde zamanın

yaklaşık %90'ında Kombitube'ün distal ucu yemek borusunda olacaktır. Bu varsayımı göz önünde bulundurarak, laringeal girişle aynı hizada olması gereken fenestrasyonlardan havalandırma yapan daha uzun mavi bağlantı tüpünü kullanarak ventilasyona başlayın. Kombitube'ün ucu aslında yemek borusundaysa, oksijen trakeaya akacak ve soluk sonu karbondioksit (ETCO₂) ekshale edilen nefeslerde kaydedilecektir. Yemek borusuna yerleştirilen Kombitube ile mide içeriği aspire edilebilir ve sağlanan emme kateteri şeffaf bağlantı tüpünden mideye geçirilerek mide dekompresyonu yapılabilir. Kombitube'ün trakea yerleşimi nadir bir olaydır. Bu durumda ventilasyon daha kısa şeffaf bağlantı hortumu ile yapılmalıdır. Bu durumda kesin bir hava yolu oluşturulmuş olmasına rağmen, farinkste mukozal yaralanmaları önlemek için sert Combitude iki ila dört saat içinde bir ETT tanıtıcısı ("bougie") veya hava yolu değişim kateteri üzerinden geleneksel bir ETT ile değiştirilmelidir. Herhangi bir tüpün ventilasyonu sırasında oskültasyonda herhangi bir sesin olmaması, cihazın çok uzağa yerleştirildiğini gösterebilir. Proksimal balonu söndürdükten sonra Combitude daha proksimal olarak yeniden konumlandırılmalıdır.

Kombitüp gibi, King LT'de de gaz değişimine izin vermek için laringeal giriş seviyesinde balonlar arasında bir bağlantı noktası bulunur. Bir faringeal balon ve bir özofagus balonu bulunur. King LT kombitüpten daha kısadır. İki küçük lümen yerine bir büyük lümene sahiptir. Her iki balonu doldurmak için yalnızca bir şişirme valfi kullanır. Neredeyse hiç trakeaya girmez. Kör distal uçlu birinci nesil King LT ve gastrik dekompresyona izin veren açık distal uçlu ikinci nesil model (King LTS) vardır. Tek kullanımlık, atılabilir modeller de vardır (King LT-D ve LTS-D). King LT'yi yerleştirme tekniği, Combitude için kullanılabileceği benzer. Ancak, yerleştirme ve sorun giderme daha basittir. King LT yerleştirildikten sonra her iki balonu aynı anda şişirmek için tek bir pilot balon portu kullanılır. Oturduktan sonra havalandırma, iki kaf balonu arasındaki portlardan gerçekleşir. Mankenler üzerinde veya kontrollü hava yollarının yönetimi sırasında ameliyathanede yapılan çalışmalar, King-LT ile ventilasyon süresinin ve laringeal tüpün başarılı bir şekilde yerleştirilmesinin LMA ile eşit olduğunu ve direkt laringoskopi kullanılarak trakeal entübasyondan önemli ölçüde daha hızlı olduğunu göstermektedir. Bir prospektif gözlemsel çalışma, 23 hastanın 22'sinde supraglottik tümör varlığında bile King LT'nin etkin ventilasyonu koruduğunu göstermiştir. King LT'nin kombitube'e göre diğer avantajı; King LT yoluyla kesin bir hava yolu oluşturmak mümkündür; ancak bunun için esnek bir endoskop ve bir Aintree hava yolu değişim kateteri gerekir.

Rusch EasyTube, acil durum hava yolu yönetimi için tasarlanmış çift lümenli bir tüptür. Kombitube gibi EasyTube da yemek borusuna (yaygın) veya trakeaya (nadir) yerleştirilebilir. Ancak kombitube'den farklı olarak EasyTube yemek borusuna yerleştirildiğinde fiberoptik bir endoskopun havalandırma lümeninden geçmesine izin verir. Bu nedenle, bir kanal olarak EasyTube kullanılarak bir ETT yerleştirmek için yukarıda King LT benzer bir prosedür (tek kullanımlık FE veya Aintree kateter kullanılarak) gerçekleştirilebilir. EasyTube trakeaya yerleştirilirse distal ucun boyutu ve şekli standart bir ETT'ye benzer. LMA, kombitube veya King LT ile karşılaştırıldığında EasyTube'un göreceli başarı oranını göstermek için insan çalışmalarından elde edilen ek kanıtlara ihtiyaç vardır.

Entübasyona uygun Tek Kullanımlık Laringeal Tüp cihazı (ILTS-D), standart bir ETT ile trakeal entübasyon için bir kanal görevi görme özelliğine sahip ilk laringeal tüptür. Umut verici olmakla birlikte, ILTS-D'nin performansını değerlendirmek için mevcut klinik kanıtlar sınırlıdır. Cihaz, hem orofaringeal hem de özofageal kafların şişirilebildiği tek bir pilot balon portuna sahip olması bakımından King LT'ye benzer. Mide basıncını azaltmak için cihazdaki özel bir porttan orogastrik (OG) bir tüp yerleştirilebilir. Yeterli oksijenasyon ve ventilasyon onaylandıktan sonra, cihazdan trakeaya standart bir ETT geçirilebilir. Bu işlem ideal olarak bir fiberoptik endoskop kullanılarak sürekli görselleştirmeyle gerçekleştirilir, ancak daha düşük başarı oranlarıyla da olsa körlemesine denenebilir.

- Video laringoskoplar (VL), indirekt laringoskopiye veya vokal kortların ve ilgili hava yolu yapılarının doğrudan görüş hattı olmadan görselleştirilmesine izin veren cihazlardır. Boyut, blade eğrisinin keskinliği (standart geometri veya hiperangüle) ve trakeal tüpün yerleştirilmesine rehberlik edecek bir kanalın dahil edilip edilmediği gibi tasarım ve yardımcı özelliklere göre önemli şekillerde farklılık gösterirler. Video Laringoskopların; Glidescope AVL, Glidescope Ranger, Pentax Airway Scope, McGrath, Storz C-MAC gibi

farklı tipleri mevcuttur. VL'lerin kullanımı blade'in konfigürasyonuna bağlı olarak değişir. Çoğu zaman, blade orta hatta sokulur ve dil süpürmeye gerek yoktur. Hiperangüle bladelere, blade ucu dilin tabanında vallekula içinde veya yakınında olacak şekilde tam olarak yerleştirildiğinde, cihaz kaldırılmak yerine hafifçe eğilir, böylece bıçağın ucu doğrudan epiglotise doğru yönlendirilir. Bıçağın eğrisi hava yolunun şekline karşılık geldiğinden kaldırma kuvveti uygulanmaz. Endotrakeal tüp (ETT) stileti, blade'in şeklini glottise doğru takip etmek için manşetin hemen proksimalinden 70 ila 90 derecelik bir bükülme gerektirir. GlideScope kullanılarak entübe edilen cerrahi hastaların yer aldığı randomize bir çalışmada, 90 derecelik bir aç entübasyon kolaylığını artırdı görülmüştür. ETT'nin ses tellerine girdiği görüldükten sonra, ETT'nin arkaya doğru bükülmesine ve trakeaya doğru ilerlemesine izin vermek için stilenin kısmen geri çekilmesi gerekir. Bu adım bazen zorlayıcı olabilir. VL cihazları oldukça etkilidir ve acil durum hava yolu yöneticilerinin hem rutin hem de zor hava yollarında ilk geçiş entübasyon başarısını maksimize etmelerine yardımcı olabilir. Literatüre bakıldığında özet olarak; daha üstün glottis görüntüsü sağladığı, servikal omurgaya minimum hareket, zor entübasyon oranını azalttığı, ilk entübasyon oranını artırdığı görülmüştür.

Flexible endoskop (FE) esasen 60 cm uzunluğunda esnek ve yönlendirilebilir bir stile olup, zor entübasyonun öngörüldüğü ve nöromusküler paralizden en iyi şekilde kaçınılan hastalarda hava yolu yönetimi için kullanılabilir. Gereken süre ve gerekli hasta hazırlığı nedeniyle, acil hava yolu açılması gereken hastalarda genellikle FE kullanılarak entübasyon yapılmaz. FE, orotrakeal veya nazotrakeal entübasyon için kullanılabilir. Entübasyon başarısını artıran özel olarak tasarlanmış oral hava yolları gibi yardımcı cihazlarla birlikte kullanılabilir. FE kullanarak entübasyon yapmak için daha fazla zaman gerekir. Hastalar koopere olmalı, spontan solumalı ve yeterince oksijen almalıdır. Klinisyenler, diğer hava yolu cihazlarına kıyasla FE ile kolaylık elde etmek ve sürdürmek için daha uzun ve daha sık pratik yapmalıdır. FE satın alma ve bakım maliyeti diğer birçok cihaza göre daha yüksektir. Kırılgandır ve acil servis ortamında bakımı zordur. FE kullanım endikasyonları; sınırlı ağız açıklığı nedeniyle zor bir hava yolunu, enfeksiyondan kaynaklanan oral tıkanıklıkları, hematoma veya anjiyoödem ve kitlelerden, ameliyatlardan, travmadan veya baş ve boyun kontraktürlerinden kaynaklanan üst solunum yolu anatomik anormalliklerini içerir. Göreceli kontrendikasyonlarda; bol miktarda sekresyon veya kan, hava yolu uzlaşması yakın olan yabancı bir cisim gibi hızla kötüleşen supraglottik obstrüksiyon yer alır.

Cerrahi Yöntemler, krikotirotomi (koniotomi) ve perkütan trakeostomi şeklinde ikiye ayrılır. Krikotirotomi (koniotomi) ise iğne krikotirotomi (5-12 yaş) ve cerrahi krikotirotomi (12 yaş sonrasında) olarak ikiye ayrılır. Krikotirotominin diğer isimleri, mini trakeostomi, krikotiroidotomi, koniotomi ve yüksek trakeostomidir. Krikotirotomi cilt üzerinden krikotiroid membranı geçerek yapılan, hastaya acil havayolu sağlayan bir insizyondur. Perkütan trakeostomide ise, krikoid kartilaj ve I. trakeal kartilaj arasından veya ikinci ve üçüncü trakeal kartilajlar arasından seldinger tekniği ile klavuz telin trakea içine gönderildikten sonra giderek artan büyüklüklerde dilatörler sokularak aralık genişletilir. En sonunda en kalın dilatörle birlikte trakeostomi kanülü içeri sokulur. Giriş yerinin normal trakeostomiye göre oldukça dar olması ve kanamanın daha az olması avantajı vardır.

- Acil serviste gerçekleştirilen entübasyonların %0,14'ü primer cerrahi havayolu, %31'i kurtarıcı cerrahi havayoludur. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde %0,5'i krikotirotomidir. Acil krikotirotomi en yaygın olarak; ileri hava yolu yönetimi sırasında "entübasyon yapılamıyor, oksijenlenemiyor" durumuyla karşılaşıldığında veya cerrahi olmayan üst solunum yolu cihazları ile oksijenasyonu geri getirmede başarısız olduğunda gerçekleştirilir. Bir entübasyon yapılamıyor, oksijenlenemiyor senaryosunda ekstraglottik bir hava yolu cihazının (örneğin, LMA) yerleştirilmesi, bir krikotirotomi gerçekleştirmek için hazırlıklar yapılırken bir kurtarma manevrası veya havalandırma sağlamak için bir köprü olarak denenebilir. Acil krikotirotomi endikasyonları; masif kanama, şiddetli kusma, trismus, tıkaçıcı lezyonlar (tümör, polip vs), üst solunum

yolu tıkanıklığı (yabancı cisim, ödem, anafoksi), travmatik veya konjenital deformiteler şeklindedir. Bir çalışma, krikotirotomi gerektiren tüm klinik durumların %32'sinin yüz kırıkları, %32'sinin hava yolunda kan veya kusmuk, %7'sinin travmatik hava yolu obstrüksiyonu ve %11'inin belirtilen diğer problemlerin yokluğunda başarısız entübasyon olduğunu buldu. Çok merkezli bir çalışma, travmanın krikotirotomi için en olası endikasyon olduğunu ve vakaların %50'sinden fazlasını oluşturduğunu bulmuştur. Erişkinlerde acil krikotirotomi için mutlak kontrendikasyon yoktur. "Entübe edilemiyor, oksijenlenemiyor" durumunda hızlı bir şekilde krikotirotomi yapılmaması hastanın ölümüyle sonuçlanacaktır. Larinks kırığı, laringotrakeal bozulma veya distal trakeanın mediastene retraksiyonu ile trakeanın transeksiyonu krikotirotomi için göreceli kontrendikasyonlardır. Küçük çocuklarda ise tercih edilen cerrahi hava yolu tekniği, 14 gauge iğne kullanılarak transtrakeal oksijenasyondur. Bir çocuğa güvenli bir şekilde krikotirotomi uygulanabilecek yaş tam olarak belirlenmemiştir ve tavsiyeler 5 ile 12 yaş arasında değişmektedir. Acil Krikotirotomi teknikleri; Bisturi-parmak-buji (yani buji destekli), standart, hızlı dört adım ve seldinger'dir. Diğerlerine göre daha kolay, daha efektif, özel donanım gerektirmemesi nedeniyle bistüri-parmak-buji tekniği bir adım öne çıkmaktadır. Diğer adı buji yardımcı krikotirotomidir.

KAYNAKLAR:

1. Murphy, M, Walls, RM. Identification of the Difficult and Failed Airway. In: Manual of Emergency Airway Management, 3rd, Walls, R, Murphy, MF (Eds), Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia 2008. p.81.
2. Hasegawa K, Shigemitsu K, Hagiwara Y, et al. Association between repeated intubation attempts and adverse events in emergency departments: an analysis of a multicenter prospective observational study. Ann Emerg Med 2012; 60:749.
3. Frerk C, Mitchell VS, McNarry AF, et al. Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults. Br J Anaesth 2015; 115:827.
4. Russell T, Khan S, Elman J, et al. Measurement of forces applied during Macintosh direct laryngoscopy compared with GlideScope® videolaryngoscopy. Anaesthesia 2012; 67:626.
5. Brown CA 3rd, Kaji AH, Fantegrossi A, et al. Video Laryngoscopy Compared to Augmented Direct Laryngoscopy in Adult Emergency Department Tracheal Intubations: A National Emergency Airway Registry (NEAR) Study. Acad Emerg Med 2020; 27:100.

KBRN AJANLARI**Sedat Özbay****ÖZET**

Kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer ajanları bünyesinde toplayan kısaltmayı temsil eden bu kavram çok eski uygarlıklardan bu yana kullanılmaktadır. Kullanım amaçları savaş, etnik çatışmalar, terör eylemleri, salgınlar benzeri şiddete yönelik olabileceği gibi, tamamen doğal afet ya da kaza amaçlı olarak da karşımıza gelebilir. Tüm ajanların ortak özelliği canlı hayatı üzerinde, maruz kalınan süre ve dozuna göre kısa sürede ya da uzun dönemde oldukça olumsuz etkilere sahip olmalarıdır. Enfeksiyon, kanser, genetik kodlamada mutasyonlar ve acılı ve ağrılı bir ölüme kadar her türlü zarar verme kapasitelerinin bulunması, bu ajanların kullanımının kısıtlayıcı ve kullanımlarının olağanüstü kontrol önlemlerine tabi olmasını gerektirici zorunluluklar yüklemektedir. KBRN olaylarında yaşanan korku ve kargaşa, müdahale ve kontrol altına alınma güçlüğü, ekipman gerekliliği, ekonomik ve sosyal kısıtlamalar bu olayların ne kadar tehlikeli olduğunu ve yaşanmaması için insan üstü gayret sarf edilmesi gerekliliğini gözler önüne sermektedir.

Kimyasal tehlikeler; kimyasal savaş ajanları ile zehirli endüstriyel kimyasal maddelerin oluşturduğu tehlikelerdir. Kimyasal savaş ajanları; buhar, gaz ve aerosol halinde ise solunum yoluyla katı ve sıvı partiküller halinde ise deri yoluyla gıda maddelerine bulaşmış ise sindirim yoluyla vücuda alınır. Bu ajanların ulaştırılma şekilleri püskürtücü tanktan, uçak bombasına kadar her türlü şekilde meydana gelebilir. Sıcaklık, rüzgâr, nem vb. meteorolojik olaylar ajanların performansını etkiler. Ajanların buharlaşması ve yayılması sıcaklık ve rüzgâr hızı ile artar.

Biyolojik tehlikeler; insanlar, hayvanlar ve bitkiler üzerinde her türlü hastalık yapıcı, zehirleyici veya ölümcül özellikleri bulunan canlı organizma türlerinin oluşturduğu tehditlerdir. Kitle imha silahı olarak kullanılabilirler. İlk kullanımları M.Ö 6. Yüzyıla kadar uzanır. Elde edilmeleri hızlı, ucuz ve kolay olduğu için toplum sağlığı açısından büyük risk teşkil ederler.

Radyolojik tehlikeler, halkın radyasyon ve radyoaktif maddelerin oluşturduğu tehlikelere maruz kaldığı durumlarıdır. Radyasyon enerjinin bir noktadan diğerine parçacıklar ve elektromanyetik dalgalar şeklindeki aktarımı olarak basitçe özetlenebilir. Kararsız yapıdaki maddelerin içerisindeki nötron sayısının fazlalığında, nötronların alfa, beta, gama gibi çeşitli ışınlar yaymak suretiyle parçalanarak açığa çıkan enerji sayesinde madde kararlı hale dönmeye çalışır. Radyoaktivite kontrol edilemeyen, yavaşlatılamayan ve durulamayan bir olaydır ve madde kararlı hale dönüşüncüye kadar temposu azalarak ışımaya devam eder.

Nükleer tehlikeler, radyasyona göre daha geniş alan ve kitleleri etkileyen durumlardır. Nükleer santraller, araştırma merkezleri, nükleer yakıt kullanan gemiler ve nükleer bomba denemeleri, tehlikenin her an toplum açısından risk oluşturabileceğini ortaya koymaktadır. Atom silahları ve hidrojen silahları atom çekirdeklerinin enerjisini açığa çıkaran sırasıyla fizyon ve füzyon kanununa göre tasarlanmış kitle imha araçlarıdır. Patladıktan sonraki ilk birinci dakikadan başlayan ışıma ve blast etkisini takiben, sonraki bir saat içerisinde maksimuma ulaşan serpinti etkileri görülmeye başlar. Serpintinin kalıcı olması, yönünün kestirilememesi, geniş alanlara yayılması; yıllara yayılan uzun etkilerinin görülmesinin esas nedenlerinin başında gelir. Akut radyasyon sendromu bu anlamda semptom zamanlamasının bilinmesi gereken ölümcül bir hastalık olarak karşımıza çıkabilmektedir.

KBRN NEDİR-NE İÇİN KULLANILIR

Sedat Özbay

• **KİMYASAL-BİYOLOJİK-RADYOLOJİK-NUKLEER AJANLAR;**

- Antik çağlardan bu yana kullanılmaktadır.
- Savaş-Etnik Çatışma-Soykırım-Terör Eylemleri ve Suikast amaçlı kullanılır.
- Tamamen kaza ya da dikkatsizlik sonucu da yayılım gösterebilir.
 - **Sebebi ne olursa olsun hem Medikal hem Askeri personelin teyakkuza geçtiği son derece tehlikeli ve kitlesel olarak insan hayatını tehdit edebilecek acillerdir.**

C: Chemical agents, Kimyasal ajanlar

B: Biological agents: Biyolojik ajanlar

R: Radiological Agents: Radyolojik Ajanlar

N: Nuclear Materials: Nükleer Ajanlar

Türkiye Etrafındaki KBRN Hareketleri:

Kimyasal Ajanlar

-**Sinir Ajanları** (Organofosfat Bileşenleri; Soman,Tabun,Sarin,VX)

-**Yakıcı Ajanlar** (Deride Tahrişe Neden Olan; Hardal (Mustard), Levicid)

-**Sistemik Etkililer** (Siyanidler; Kan Ajanları)

-**Pulmoner Ajanlar** (Boğulma ya da Akc. Hasarı Yapan; Klor, Fosgen)

-**Inkapasitan Ajanlar** (Mental ya da Fiziksel)

-**Toksik Endüstri Kimyasalları** (TICs; Siyanid ya da kimyasal ajanlara benzer etki)

-**Ayaklanma Kontrol Ajanları** (RCAs; Toplumsal Ayaklanmaları Bastırmak için)

-**Farmasotik Ajanlar** (Yasaklı maddeler ya da ticari ürünlerin toksik dozları ile)

1. Kimyasal Savaş Ajanları; tüm canlılar üzerinde zehirleyici etkilerinden dolayı kullanılabilen ve öldürme, yaralama veya besin kaynaklarına zarar verme gibi amaçlara yönelik yapılan katı, sıvı ve gaz halindeki zehirleyici kimyasallardır.

1.a Sinir Ajanları; Sinir ajanları, organofosfatlı bileşikler sınıfına girmektedir. İlk olarak Sinir sistemine tesir ederek vücut kaslarını felç ederler. Daha sonra solunum ve dolaşım sistemini durdururlar

1.b Yakıcı Ajanlar (Vezikanlar); Yakıcı ajanlar, kimyasal savaş ajanları içinde en yaygın olanlarındandır ve diğer bir adı da kabarcık gazlarıdır. Cilt, solunum organları, sindirim sistemi ve gözleri etkilemektedir. Yakıcı ajanların, etkisi hemen anlaşılmayabilir ve uzunca bir müddet sonunda ortaya çıkabilmektedir. Çoğunlukla sıvı ve buhar olarak bulunurlar. Yağlı bir yapısı vardır. Vücuda deri ve solunum yolu aracılığıyla girerler.

1.c Kan Zehirleyici Ajanlar; vücut hücrelerinin kanda bulunan oksijeni almalarını engelleyerek “kan ve dokular” arasında “O2 ve CO2” değişimine zarar verirler. Böylece vücut hücreleri arasındaki oksijen iletimi engel-

lenmiş olurlar ve bu durum da en çok beyin, kalp, karaciğer gibi yüksek miktarda oksijene ihtiyaç duyan organlara zarar verirler. Bu zararlar; felç, solunum yetmezliği ve kalp durması şeklinde baş göstermektedir. Çoğunlukla gaz veya buhar halinde bulunur ve vücuda solunum yolu ile alınmaktadır. Oldukça uçucudurlar ve etkileri 15-18 saniye içinde ortaya çıkmaktadır. Yüksek miktarda kan zehirleyici ajana maruz kalınırsa 5-8 dakika içinde ölümlerle sonuçlanabilmektedir

1.d Boğucu Ajanlar; solunum yolu aracılığıyla vücuda girmektedirler. Bunun sonucunda "solunum yolları ve akciğerleri" tahrip ederler. Akciğer ödemine ve akciğerin sıvı ile dolmasına sebep olarak 4 saat sonra oksijen yetersizliğine bağlı ölüme neden olurlar. Gözlemlenen etkiler ajanın türüne göre hızı veya gecikmeli olarak değişebilmektedir. Bu gazlar çok uçucudur ve çoğunlukla renksizdir. Boğucu gazlar genelde "yeni biçilmiş çayır", "çürümüş saman" ve "mısır püskülü" gibi kokarlar. Boğucu ajanların en yaygın olanları: "Klor (Cl)", "Fosgen (PG)", "Difosgen (DP)",

1.e Kapasite Bozucu Ajanlar; bu tip ajanlar eğer aşırı dozda kullanılmaz ise geçici etkiler gösterirler. Çoğunlukla ölümcül değildirler ve "merkezi sinir sistemi" hasarına sebep olurlar. Daha çok zarar vermek amaçlı kullanılmaktadırlar. Kapasite bozucu ajanların sıkça kullanılanları; "3-Quinüklidinil Benzilat (BZ)", "Fentaniller ve diğer opiatlar", "Liserjik Asid Dietilamid (LSD)

1.f Toksik Endüstriyel Kimyasallar; kimyasal maddeler birçok farklı şekilde insanlar tarafından kullanılmaktadır. Su arıtma işlemleri, tarım faaliyetleri ve ilaç sektörü gibi daha birçok alan örnek oluşturmaktadır. Endüstriyel kimyasallar çoğunlukla olumlu gelişmeler sağlasa da yanlış kullanıldığında çok büyük felaketlere de yol açabilmektedir. Toksik endüstriyel kimyasallar; "üretim", "depolama", "taşıma veya imha" kademelerinde tehlike yaratabilirler. Bu nedenle de İnsanlar için sağlık sorunları veya ölüm, ev ve eşyalara aşırı boyutlarda zarar gibi tesisin bulunduğu çevredeki yerleşim alanları için büyük riskler taşımaktadır

1.g Kargaşa Kontrol Ajanları; bu ajanlar insanların gözlerinde, solunum yollarında ve ciltlerinde geçici olarak olumsuz etkiler oluşturup bunları işlevsiz hale getirmektedirler. Bıraktıkları etkiler oldukça kısa bir süre içerisinde meydana çıkmaktadır. Bu tip ajanlar genelde "güvenlik güçleri" tarafından insanları kontrol edebilme amaçlı kullanılırlar. 31 Katı veya sıvı olarak bulunabilirler. Genelde havada küçük damlacıklar şeklinde dağılırlar. Etkileri 30 dakika içerisinde kaybolur. Kargaşa kontrol ajanlarının sıkça görülenleri; "2-Klorobenzalmalononitril (CS)", "Klorasetofenon (CN)" dur

Biyolojik Ajanlar

"Biyolojik tehlikeler; insanlar, hayvanlar ve bitkiler üzerinde her türlü hastalık yapıcı, zehirleyici veya ölümcül özellikleri bulunan canlı organizma türlerinin oluşturduğu tehditlerdir" (Özceylan Aubrecht ve Coşkun, 2014: 3). Biyolojik tehlikelerden sonra bahsedilmesi gereken bir diğer kavram ise biyolojik ajanlardır. "Biyolojik ajanlar"; bütün canlıları öldürmek veya hasta etmek amaçlı oluşturulan ve içlerinde zehir taşıyan organizmalardır. Bu ajanların uygun koşullar altında olmayan kontrolsüz laboratuvarlarda yarattığı tehditler ise biyolojik tehdittir.

1. Bakteri; "tek hücreli mikroorganizma" olarak tanımlanan "ilk yaşam formu" dur. Havada, denizlerde, toprakta, yeryüzünün derinliklerinde, asitli su kaynaklarında ve daha birçok alanlarda bulunabilirler. Bakterilerin bazıları yararlı, bazıları zararsız, bazıları ise ciddi boyutlarda hasar bırakacak cinstendir (MEB, 2011). Bu zararlı bakteriler; "Şarbon", "Veba", "Kolera", "Tularemi", "Q ateşi", "Bruselloz", "Ruam/Meliiodioz", "Tifüs", "Psittakoz", "Bağırsak Enfeksiyonu" ve "Dizanteri" dir. Bu tip bakterileri yok etmek için antibiyotik kullanımı şarttır (Erkekoğlu ve Koçer Gümüşel, 2018: 174).

2. Toksin; "Bakteri", "bitki", "mantar" veya "hayvan" gibi canlıların barındırdığı zehirli maddelere verilen addır. Bu maddelerle temas edildiğinde ve insan bedeninin de toksin soğurulduğunda hasta etmeye sebebiyet verirler. Toksinler canlılar tarafından üretilir, canlı değildirler ve çoğalamazlar. Bu nedenle de hem biyolojik hem de kimya-

sal ajandırlar (Kılıç, 2006: 3). Biyolojik saldırılarda kullanılan toksinler; "Clostridium botulinum toksini", "Risin", "Clostridium perfringens toksini", "Stafilokokal 33 enterotoksinler", "Saksitoksin, Trichothecene mycotoxin" ve "Aflatoksin" dir (AFAD, 2015).

3. Virüs; Canlı hücrelerde artabilen, yalnızca protein ve genetik malzemelerden elde edilen çok ufak parçacık yapılarıdır. Virüsler mantarlara, bitkilere, bakterilere ve hayvanlara bulaşarak artarlar. Virüsler antibiyotiklerden etkilenmezler bu sebeple de tedavileri epey güçtür. En iyi korunma yöntemi aşı yaptırmaktır (MEB, 2011). Virüslerin sebep olduğu hastalıklar; "Çiçek hastalığı", "Ebola", "Venezuela doğu ve batı at ensefalomiyeliti", "Lassa", "Kırım-Kongo kanamalı ateşi" ve "Sarıhumma" dır (Erkekoğlu ve Koçer Gümüşel, 2018: 174). Ayrıca bahsedilmesi gereken bir diğer konu da biyolojik ajanların kategorize edilmesidir. Bu kategorize işlemi Amerika Birleşik Devletlerine ait olan "Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi" oluşturmuştur. Kategoriler; ajanların yayılma kolaylığına ve neden oldukları hastalıkların şiddetlerine dikkat edilerek hazırlanmıştır. Üç kategoriden oluşmaktadır. Bunlar A, B ve C'dir. A kategorisindeki ajanlar, en tehlikeli ve riski yüksek olanları temsil etmektedir. Kategori B'deki ajanlar ikinci en tehlikeli ve riski yüksek olanlardır. Yayılmaları A'ya göre çok kolay değildir. Hasta etme oranı orta seviyededir. C kategorisindekiler ise ileride biyolojik silah olabilecek tehlikeleri temsil etmektedir.

Radyolojik Ajanlar

-Alfa: Rölatif büyük subatomik partikül (helyum çekirdeğine benzer) havadaki milimetrelik miktarlarda bulunur ancak oluşturduğu hasar göz alıcıdır.

-Beta: Elektrona benzer küçük çaplı subatomik partikül havada santimetrelik birimlerde bulunur.

-Gamma/ X-Ray: Kütlesi olmayan yüksek enerjili fotonlardır ve yüksek oranda penetrandırlar.

-Nötronlar: Normalde nükleer materyal ve fizyonla ilişkilidirler ve çok geniş penetran ve zarar verici etkiye sahiptirler.

Nükleer Ajanlar

Nükleer materyaller genellikle nükleer güç ya da nükleer savaş ve silah endüstrisi kavramlarını akla getirir.

Kazalar

- Nükleer reaktörler
- Tıbbi tedavi üniteleri (radyoterapi)
- Endüstriyel radyasyon
- Kaybolan/çalınan tıbbi/endüstriyel radyoaktif kaynaklar
- Depolama, taşıma sırasında meydana gelen kazalar
- Terörizm
- Kirli bomba
- Nükleer tesislere saldırı, sabotaj
- Nükleer silahlar

Ajanların kullanım amacına göre doğada bulunma şekilleri,

- Gaz: Oda sıcaklığında havada bulunur (non-persistent)
- Buhar: Oda sıcaklığında buğu şeklinde bulunur (non-persistent ancak kıyafetlere sinebilir)

- Sıvı: Persistandır. Dayanıklılık derecesi maddenin volatilitesine bağlıdır (ör. Petrol<su ya da su<VX)
- Aerosol: Bazı katı ya da sıvı maddeler, damlacık yolu ile bulaş
- İyonize radyasyon: radyoaktif materyalin herhangi bir fiziksel formu olabilir.

KİMYASAL AJANLARIN DETAYLANDIRILMASI

Tabun (GA): dünyanın en tehlikeli kimyasal silahlarından biri sayılan çok zehirli bir maddedir. Memelilerde vücuda girişi takiben, canlının merkezi sinir sisteminin fonksiyonunu bloke ettiği için sinir ajanı olarak sınıflandırılmıştır. Sadece deri üzerinden kontrollü bir şekilde verilen çok düşük miktarda Tabun buharı, söz konusu deri alanında sırasıyla lokal terleme, şiddeti giderek artan şekilde genel titreme ve sonrasında Tabun ile temas eden deri üzerinde içi ağılı sıvı dolu kabarcıklar oluşmasına sebep olur. Vücuda giriş solunum yolları vasıtasıyla olduğunda Tabun, Sarin'e oranla yaklaşık %50 daha az zehirlidir, ancak Tabun'un gözler üzerindeki zararlı etkisi Sarin'den daha fazladır.

Sarin (Gb): Sarin gazı asetilkolin esteraz enziminin geri dönüşsüz bir inhibitörüdür. Canlı vücudunda sinaptik aralıkta asetilkolin yıkımını engelleyerek spastik paraliziye yol açar. Solunum kaslarının felci sonucu öldürücü olabilir. Sarin renksiz bir sıvı olup buharı da sıvısı gibi renksizdir. Son derece etkili ve öldürücü bir gazdır. Renksiz ve kokusuz olduğu için sezilmesi ve teşhisi zordur.

VX: II. Dünya savaşından sonra İngiltere, Almanya'nın bu konudaki deneyim ve teknolojisinden etkilendi ve 1951 yılında Porton Down laboratuvarlarında İngiliz Ranajit Ghosh ve J. F. Newman yeni bir tür toksik organofosfat bileşiğini sinir gazı olarak tanıttılar. Bu yeni bileşik VX (Ethyl ({2-[bis(propan-2-yl) amino] ethyl}sulfanyl)(methyl) phosphinate) olarak adlandırıldı. 1955 de VX ten daha zayıf ama tarımda kullanılamayacak kadar toksik olan VG (O,O-diethyl S-[2-(diethylamino)ethyl] phosphorothioate) (diğer adlarıyla Amiton ya da Tetram) bulundu. Takip eden yıllarda SSCB de bu maddeden VR (RVX), Çin de VC (CVX) isimli kendi türevlerini sentez ettiler. ABD, İngiltere'den sinir gazı teknolojisini transfer ederek 1961 yılında Newport Chemical Depot'ta kendi kimyasal silah depolarını oluşturdu. Bu grup da **'İkinci Nesil Sinir Gazları'** ya da Venom (Zehir) anlamında **"V-grup"** ajanlar olarak isimlendirildi [4].

VX, 13 Şubat 2017'de Malezya'nın başkenti Kuala Lumpur Uluslararası Havalimanında, Kuzey Kore lideri Kim Jong-un'un üvey kardeşi olan Kim Jong-nam'ın yüzüne sprey sıkılarak öldürülmesi olayında kullanıldı [5].

Hardal gazı (Nitrogen Mustard-İperit): Modern anlamda, savaşlarda kullanılan ilk kimyasal silah olarak bilinen bir yakıcı gazdır. Laboratuvar ortamında kolayca yapılabilmesi ve etkileri nedeni ile oldukça korkutucu sayılabilir. Saf halde iken renksiz olan hardal gazı, çeşitli öldürücü karışımların ardından sarı ve kahverengi renklere bürünmektedir. kimyasal bağlarının oynak olması sebebi ile vücuda temasında deri yanması, solunumu ile kaslarda şiddetli kasılma sonucu bel kemiğinin kırılması, sinir sisteminin çökmesi, vücudun dış ve iç yüzeylerinin erimesi gözlenir. 12 saat sürebilen acılı bir ölüme sebebiyet verebilir.

Hidrojen Siyanid (Siyanür): 25.6 C altında sıvı formda renksiz ya da soluk mavi renkte bileşendir. Vücuttaki tüm sistemleri etkiler. Hafif acımsı yakıcı bir tadı vardır. Gaz,aerosol formları yanı sıra gıdalarda ve suda çözünebilir. Vücuda sindirim, solunum, deri ya da göz kanalıyla girebilir.

Fentanil: Kristalimsi görünüşü vardır. Kokusuzdur. Hızlı etkili opioid olarak bilinir. SSS ve respiratuvar sistemi durdurur. Hastanın fonksiyonlarını paralize eder. Aerosol, su, gıda ya da intravenöz veya muscüler olarak vücuda girebilir.

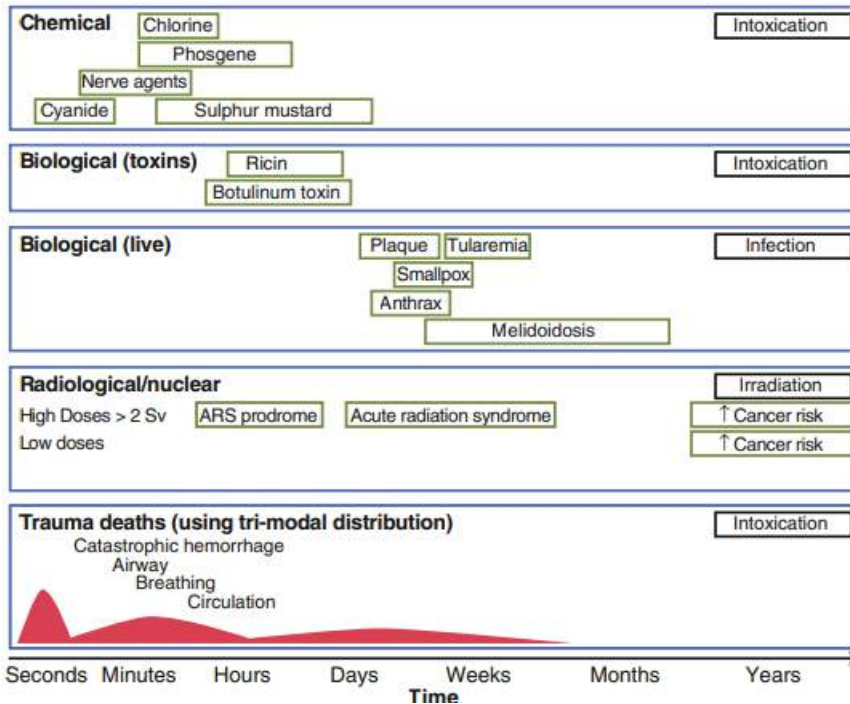
QNB: Görünüşü beyaz katı kristaloid. Konfüzyon ve halüsilasyonlara yol açan kimyasal. Toz ya da sıvı sprey şeklinde daha çok bulunuyor. Alüminyum ile etkileşime giriyor ancak çeliğe zarar veremiyor. Maruziyet sonrası 30 dk-36 saat arasında semptomlar görülebiliyor.

Klorin: Oda sıcaklığında gaz; yeşil sarı arası renktedir. Solunumsal hasara neden olur. Soğuk ısırığına neden olur. Isıtıldığında patlayıcıdır.

Fosgen: 8.2 C'de tatsız gaz halindedir. Dondurulduğunda yeni biçilmiş saman kokusuna benzer. Solunumsal iritasyonlardan olmasının yanı sıra deri ve göze de zarar verebilir. Yüksek konsantrasyonlarda boğucu ve nafoş bir kokusu vardır. Her şekilde alımı toksiktir; soluma, yutma ve deri yolu ile emilme. 3 ppm'den fazlası burnu ve gözleri tahriş eder. Solunduğunda ciğerlerde aşındırıcı olan hidrojen klorüre parçalanarak ciğerlere zarar verir. 50 ppm fosgen kısa sürede ölüme sebebiyet verebilir.

Kloroasetofenon: Kargaşa kontrol ajanı olarak kullanılır. Göz yaşartıcı gaz olarak da bilinir. Elma çiçeği kokulu olarak tanımlanır.

Adamsite gazı: Adamzit veya madde DM (diphénylaminechlorarsine) a, kimyasal kaynaklanan toksik organik kimya , ürünlerinde sıralanmış Organik bir şekilde kullanılmıştır kimyasal silah (zehirli gaz «kusturucu madde» olarak da bilinir).



BİYOLOJİK AJANLARIN DETAYLANDIRILMASI

Biyoterörizm

Kategori A: İnsandan insana kolayca yayılabilen, toplum hayatını kolaylıkla riske atabilecek ajanlar:

Agents/Diseases

Anthrax (*Bacillus anthracis*)

Botulism (*Clostridium botulinum* toxin)

Plague (*Yersinia pestis*)

Smallpox (variola major)

Tularemia (*Francisella tularensis*)

Viral hemorrhagic fevers, including

Filoviruses (Ebola, Marburg)

Arenaviruses (Lassa, Machupo)

Kategori B: İnsandan insana yayılımı daha ılımlı, toplumsal kaos riski daha düşük olan ajanlar:

Agents/Diseases

Brucellosis (*Brucella* species)

Epsilon toxin of *Clostridium perfringens*

Gıda Tehditi (*Salmonella* species, *Escherichia coli* O157:H7, *Shigella*)

Glanders (*Burkholderia mallei*)

Melioidosis (*Burkholderia pseudomallei*)

Psittacosis (*Chlamydia psittaci*)

Q fever (*Coxiella burnetii*)

Ricin toxin from *Ricinus communis* (castor beans)

Staphylococcal enterotoxin B

Typhus fever (*Rickettsia prowazekii*)

Viral encephalitis (alphaviruses, such as *eastern equine encephalitis*, Venezuelan equine encephalitis, and western equine encephalitis)]

Su Tehditi (*Vibrio cholerae*, *Cryptosporidium parvum*)

Biyoterörizm

Kategori C: Üretim ve ulaşılabilirlik kolaylığı nedeniyle gelecekte toplumsal kaos çıkarmak için kullanılabilecek ajanlar

Agents/Diseases

Nipah Virüs

Hanta Virüsü

RADYOLOJİK VE NUKLEER AJANLARIN DETAYLANDIRILMASI

RADYASYON RİSKLERİ

1. Nükleer güç reaktörleri

2. Yakıt ve atık işleme tesisleri

3. Araştırma reaktörleri

4. Radyoaktif maddelerin tıbbi uygulamaları

5. Radyoaktif maddelerin endüstriyel uygulamaları

6. Radyoaktif maddelerin taşınması ve depolanması

7. Nükleer tahrikli uydular
8. Nükleer tahrikli gemi ve denizaltılar
9. Araştırma merkezleri veya laboratuvarları
10. Askeri amaçlı uygulamalar ve denemeler
11. Terörist faaliyetler
12. Radyoaktif madde kaçakçılığı

Radyasyon kendi içerisinde ikiye ayrılmaktadır. Bunlar; “İyonlaştırıcı radyasyon” ve “İyonlaştırıcı olmayan radyasyon” şeklindedir. İyonlaşma kavramı ise; radyasyonun oluşması için taşınan enerji ancak “parçacıklar ve elektromanyetik dalgalar” aracılığıyla aktarılmaktadır. Buna bağlı olarak da bir atoma enerji aktarılarak atomdan elektron koparılmasına iyonlaşma denmektedir (AFAD, 2018). “İyonlaştırıcı Radyasyon”; taşınan enerjinin, atomlarda iyonlaşmaya neden olması durumudur. “Alfa”, “Beta”, “Gama”, “Nötron” ve “X-Işınları” olarak 5 çeşitten oluşur. Bunlardan Alfa, Beta ve Nötron parçacık radyasyonuna, Gama ve X ışınları ise elektromanyetik radyasyona örnek teşkil eder. Çeşitlerini tek tek kısaca açıklayacak olursak; “Alfa Radyasyonu”; “2 proton ve 2 nötron” birleşmesinden elde edilen “Helyum atomu çekirdeği” dir (Ocaktan, 2014: 18-23). Kütlesi ve yükü oldukça fazladır. Bu tip radyasyonlar zayıf güce sahip oldukları için bulundukları ortama çok fazla etki edemezler. Bir “kâğıt parçası” veya “insan cildi” tarafından soğurulabilirler. “Beta radyasyonu”, çoğunlukla eksi yükü bulunan elektrondur. Kütlesi ve yükü Alfa’ya göre oldukça azdır. Bu nedenle de bulunduğu ortama çok daha fazla etki ederler. Beta radyasyonu insan cildini geçer fakat organlara varamaz. “İnce alüminyum plaka” tarafından soğurulabilirler. “Nötron radyasyonu”; çekirdekte bulunan nükleer tepkimelere bağlı olarak yayımlanır ve etkileme gücü epey yüksektir. Bu tip radyasyon “su” ile soğurulabilirler .

RADYASYON GÖRÜLMEZ, DUYULMAZ, TADILMAZ veya KOKMAZ

Fakat, doğru ekipmanınız varsa kolayca ölçülebilir

Radyasyon hastalığı olarak da bilinen **Akut Radyasyon Sendromu (ARS)**, kısa bir süre boyunca yüksek miktarlarda iyonlaştırıcı radyasyona maruz kalınması nedeniyle ortaya çıkan sağlık etkileridir.^[1] İlk günlerde semptomlar mide bulantısı, kusma ve iştahsızlığı olabilir.^[1] Bunu birkaç saatliğine ya da haftalığına küçük semptomlar takip edebilir.^[1] Bundan sonra, toplam radyasyon dozuna bağlı olarak, insanlarda enfeksiyon, kanama, dehidrasyon ve şaşkınlık gelişebilir veya az semptomlu olarak geçirilebilir.^[1] Son olaraksa bunu ölüm ya da iyileşme izler.

^[1] Belirtiler bir saat içinde başlayabilir ve birkaç ay sürebilir.^[2]

Radyasyon genellikle vücudun dışındaki bir kaynakta oluşur, vücudun çoğu maruz kalacak şekilde uygulanır ve 0.7 Gy’den (70 rad) daha büyük bir doz içerir.^[1] Genellikle üç türe ayrılır: i) kemik iliği sendromu (0.7 ila 10 Gy); ii) gastrointestinal sendrom (10 ila 50 Gy); ve iii) nörovasküler sendrom (> 50 Gy).^{[1][2]} Bu tür radyasyon kaynakları, nükleer reaktörler, siklotronlar ve kanser tedavisinde kullanılan bazı cihazları olabilir.^[1] En çok etkilenen hücreler genellikle hızla bölünen hücrelerdir.^[2] Tanı geçmişteki maruz kalmalara ve semptomlara dayanılarak yapılır.^[1] Tekrarlanan tam kan sayımı (CBC), maruz kalmanın şiddetini gösterebilir.^[1]

Akut radyasyon sendromunun tedavisi genellikle destekleyici bir bakımdır.

Radyoaktif (Nükleer) kirlilik hava, su ve toprağı etkileyen, fiziksel kirlilik ve yaşamsal tehditin majör nedenlerindendir.

Radyoaktivite; Carbon 14, Uranyum 235, Uranyum 238, Uranyum 239 ve Radium 226 gibi radyoaktif izotopların emisyon enerji fenomenidir.

Genellikle nükleer felaketler bir tesisteki nükleer reaktörün bir atom bombası gibi patlaması neticesinde meydana gelirler.

Bu patlamaya neden olan kontrol edilemeyen zincir reaksiyonudur.

Önemli nükleer santral kazaları arasında Fukuşima I Nükleer Santrali kazaları (2011), Çernobil Nükleer Santral Kazası (1986), Three Mile Adası (1979) ve SL-1 kazası (1961) bulunmaktadır.

TRINITY

Trinity, bir nükleer silah için yapılmış ilk nükleer test teknolojisidir. 16 Temmuz 1945'te, New Mexico'daki Socorro'nın 56 km kadar güneydoğusunda şu an üzerinde komuta merkezi Alamogordo'da bulunan White Sands Missile Range'in bulunduğu yerde yapılmıştır. Trinity bir iç patlamalı plütonyum bombanın testidir. Aynı tipte tasarlanmış olan Fat Man isimli bomba bu denemeden birkaç hafta sonra Japonya'daki Nagasaki'ye atılmıştır. Trinity patlamasının gücü 20 kiloton TNT'nin oluşturduğu şiddete eşit ve bu deneme ile Atom Çağı'nın başladığı kabul edilmektedir.^[1]

- **Trinity nükleer silah geliştirilmesinde yapılan ilk deneme.**
- **16 temmuz 1945 yılında Amerikalılar tarafından gerçekleştirilmiş.**
- **20 kg'luk TNT'nin patlamasına eşit yıkım gücüne sahip**
- **Nükleer dönemin başlangıcı**

ÇERNOBİL

26 Nisan 1986'da Çernobil Nükleer Santrali'ndeki reaktörlerden birisi santral operatörleri tarafından reaktör üzerinde yapılan onaylanmamış deneylerden sonra patladı. Ortaya çıkan kontrol kaybı, RBMK reaktörünün tasarım kusurlarından kaynaklandı. Bu da düşük güçte çalıştırıldığında kararsız hale geldi ve sıcaklık artışlarının reaktör güç çıkışını arttırdı.

Kaza, Uluslararası Nükleer Olay Ölçeği'ne göre bugüne kadar meydana gelmiş en büyük nükleer kazalardan biridir. Çernobil felaketi, Uluslararası Nükleer Olay Ölçeğinde en yüksek sınıflandırma oranı olan 7 ile ölçeklendirilmiştir. Bu sınıfta ölçeklendirilen yalnızca iki nükleer felaket bulunmaktadır. Bunlardan birisi Çernobil felaketi, diğeri ise 2011 yılında meydana gelen Fukuşima I Nükleer Santrali kazalarıdır.^[1] Felaket maliyeti ve kayıpları açısından tarihin en kötü iki nükleer felaketinden birisidir. Kaza sonrası 600.000'den fazla işçi nükleer faciaya müdahalede bulunmuş ve birçoğu ışınlama maruz kalmıştır.^[kaynak belirtilmeli] Tahmini olarak yapılan masraf ise 18 milyar ruble olmuştur. Meydana gelen kaza sırasında ölen kişilerin sayısı 4.000-93.000 kişi civarında olmuştur

TÜRKİYE'DE MEYDANA GELEN CBRN ÖRNEKLERİ

https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/e_Kutuphane/Bilgilendirmeler/KBRN/kitaplar/afad_kbrn_uygulamaları_ve_ornek_olaylar.pdf

Akılcı İlaç Kullanımı**Doç. Dr. Serkan Doğan**

SBÜ İstanbul Kanuni Sultan Süleyman EAH Acil Tıp Kliniği

Akılcı İlaç Kullanımı, kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en uygun maliyetle ve kolayca sağlayabilmeleridir. Tüm dünyada yanlış, gereksiz, etkisiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımı çeşitli boyutlarda sorunlara neden olmaktadır. Hastalık ve ölüm oranlarında artış olması, ilaçların yan etki riskinin artması, Kaynakların yanlış tüketilmesi sonucu temel ilaçlara bile ulaşılabilirliğin azalması, Acil ve temel ilaçlara karşı gelişebilecek dirençle dayalı olarak tedavinin ekonomik ve sosyal maliyetinin artması akılcı ilaç kullanımını öne çıkarmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre, ilaçların %50'sinden fazlası uygun olmayan şekilde reçetelenmekte, temin edilmekte veya satılmaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı halk sağlığını etkileyen ciddi bir sorundur. İlaçların gereksiz ve aşırı kullanımı, Klinik rehberlere uyumsuz tedavi seçimi, Piyasaya yeni çıkan ilaçların uygunsuz tercihi, İlaç kullanımında özensiz davranılması (uygulama yolu, süre, doz..), Gereksiz ve uygunsuz vitamin kullanımı uygunsuz ilaç kullanımına örnektir. Uygunsuz İlaç Kullanımının En Büyük Örneği gereksiz antibiyotik kullanımıdır. İlaç harcamalarında miktar ve maliyet açısından birinci sırada yer alan ilaçlar dünyada Kalp ve Damar Hastalıkları ilişkili ilaçlar ülkemizde ise Antimikrobiyal ilaçlardır. Uygunsuz ilaç kullanımının nedenlerine bakacak olursak; Bilgi yetersizliği, İdol kimselerden öğrenilen yanlışlar, Teşhis için imkanların yetersizliği, Hastadan gelen uygunsuz istek, Fazla hasta yükü, İlaç şirketlerinin promosyonel aktiviteleri, Kanuni düzenleme ve dağıtım sorunları yer almaktadır. Akılcı tedavi süreci Hastanın problemini tanımla, Tedavi amaçlarını belirle, Kişisel tedaviyi seç ve tedavinin uygunluğunu değerlendir, Tedaviye başla, Hastaya gerekli bilgileri, talimatları ve uyarıları anlat, Tedaviyi izle (ya da sonlandır) adımlarından oluşur. Akılcı ilaç seçim ilkeleri ise etkinlik, güvenlilik, uygunluk ve maliyet basamaklarıdır. Etkinlik, Tedavi amaçlarını ve tedavide belirlenen hedefleri sağlamada en etkili ilacın seçimidir. Güvenlik, Yan etkiler Diğer maddelerle/ilaçlarla etkileşimi içerir. Uygunluk, uygulama şekli doz şeması ve süresi kontrendikasyonlar ve özel durumlar ile belirlenir. Maliyet ise Hasta ve topluma en uygun fiyattır. Her ilaç değil doğru ilaç çok ilaç değil dozunda ilaç akılcı ilaç kullanımının temelini oluşturmaktadır.

Kaynaklar

1. <http://www.akilciilac.gov.tr/>
2. Conference of Experts on the Rational Use of Drugs, World Health Organization, Nairobi, Kenya, WHO/CONRAD/WP/RI, 25-29.11.1985. PDF Dokümanı

Gerçek Hasta Deneyimleri ile Kritik Hastada Yatak Başı Ultrasonografi

Doç. Dr. Serkan Doğan

SBÜ İstanbul Kanuni Sultan Süleyman EAH Acil Tıp Kliniği

Acil serviste USG kullanım alanlarına baktığımızda Travma hastası, FAST/E-FAST, Kardiyak USG, Akciğer USG, Travma dışı hipotansif hasta, RUSH (kardiyak, inferior vena cava, morison, aort, pnömotoraks), Hepatobiliyer, abdomen, renal ve genitoüriner USG, Damar görüntüleme, Yumuşak doku değerlendirme, Okuler USG, Kemik değerlendirme, Girişimsel USG gibi birçok alan mevcuttur. Acil serviste 5 olgu ile USG kullanımını irdeleyecek olursak; ilk olgumuz 35 yaş kadın hasta 1 aydır olan nefes darlığı şikayetine solda 2 gündür şiddeti giderek artan, devamlı vasıflı batıcı göğüs ağrısı eşlik etmesi üzerine başvurdu. Hastanın vitalleri gelişte: TA:125/65mmHg, Nabız: 80/dk SpO2:%95 idi. Yapılan solunum sistemi muayenesinde sol taraf lateral alt zonlarda belirginleşen ince krepitan ral, sağ orta zonlarda kaba yer değiştiren sekresyon ralleri mevcut ve hastanın expiryumu uzamıştı. Kardiyak muayenede ek ses üfürüm saptanmadı. Hastanın özgeçmişinde 1 yıl önce DVT geçirme öyküsü dışında bir hastalık yok. Bu nedenle coumadin başlanmış ancak uyum sağlayamaması üzerine kesilerek Dabigatran eteksilat ancak hasta bu ilacıda düzensiz kullanıyor. 1 ay önce başlayan nefes darlığı şikayetiyle hekime başvuran hastaya Tiotropium bromur monohidrat ve Formoterol fumarat başlanıyor. Çarpıntı şikayetiyle başvurduğu hekim tarafından da beta-blokör tedavisi başlanmış.



Tanımız Pulmoner Emboli. Acil ve diğer hekimler için sıklıkla zor tanı grubunda yer alsa da artık birçok belirteç bize bu tanıda anlamlı oranda yol göstermektedir. Altın standart dinamik toraks BT angiodur. Yine bu hastalarda Yatak başı Kardiyak USG ve Kompresyon USG uygulanmalıdır.

İkinci olgumuz; 41 yaş erkek Gece saat 23 sularında tam uyuyacakken artış gösteren Karın ağrısı şikayeti ile geliyor. 3 gündür olan Son saatte artış göstermiş Bulantı eşlik ediyor. Bilinen hastalık öyküsü yok. Genel durum iyi, bilinç açık, koopere, oryante. Vital bulgularında TA:140/60 mm/Hg, Nb: 90/dk SS: 18/dk SpO2: %99 Ateş:37.5 °C saptanıyor. FM de Batın muayenesi; orta ve üst kadranda hassasiyet, defans mevcut. Rebound yok. Diğer sistem muayeneleri doğal. Hastaya damar yolu açılıp semptomatik tedaviye başlanıyor.



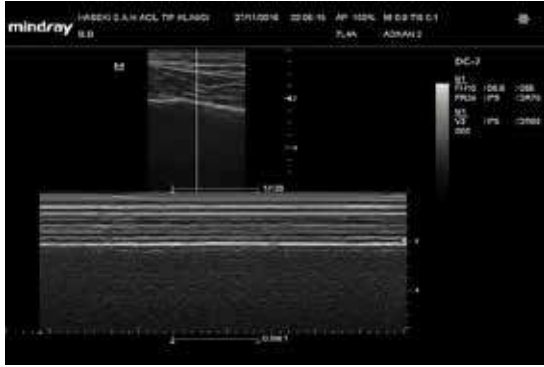
Tanı Akut Taşlı Kolesistit olup Ultrason, kolesistit düşünülen hastalarda seçilecek ilk tanısal görüntüleme yöntemidir. Konvex veya sektör prob kullanılır. Prob, orta hattın sağına subkostal alana yerleştirilir. Sagittal ve transvers görüntüler elde edilir.

Üçüncü olgumuz; 67 yaş erkek hasta Ciddi nefes darlığı ve bayılma şikayetiyle acil servise getirildi. Vital bulguları; TA: 70/40 mmHg Nabız:138/dk düzensiz Solunum sayısı:10-12/dk yüzeysel Ateş: 36,0 °C SpO2: %88 (4lt/dk nazal oksijen ile) olarak ölçüldü. Gelişte konfüze olan ve kooperasyon kurulamayan ve yüzeysel solunumu olan hasta entübe edildi. Yapılan fizik muayenede toraksta yakın zamanda geçirilmiş operasyon skarı mevcut, kardiyak muayenede kalp aritmik 2-3. kosta sağ parasternal alanda daha iyi duyulan 1-2/6 üfürüm. Her iki akciğerler bazallerda bilateral ral mevcut. Bacaklarda çap farkı yok ve ++ PTÖ mevcut. EKG'de 128/dk HVYAF Parmak ucu kan şekeri: 180 Özgeçmişinde 1 ay önce aort diseksiyonundan operasyon geçirme, KAH ve HT mevcut Hikayesinde nefes darlığı ve bilinç bulanıklığının aniden başladığı hızlı bir şekilde senkopa neden olduğu anlatılıyor.



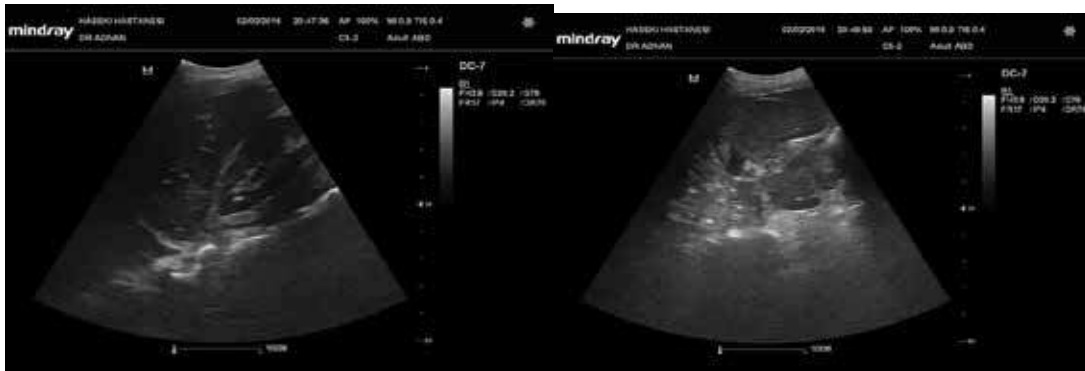
Tanı Aort Diseksiyonu.

Dördüncü olgumuz; 28 yaş erkek, Ani başlayan bıçak batır tarzda sol taraf göğüs ve omuz ağrısı Nefes almakta zorlandığını ifade ediyor. Özgeçmiş Özellik yok. Sigara kullanımı var. Ailede dede KAH (2 sene önce ex). GD iyi, bilinç açık, koopere, oryante FM de Kardiyak ek ses üfürüm yok SS de ral ronküs yok. Sol tarafta solunum seslerinde azalma saptanıyor. Diğer sistem muayeneleri doğal. Hasta güvenlik çemberine alınıyor. Vital bulguları TA: 115/70 mm/Hg Nb: 88/dk SS: 18/dk SpO2:%93 Ateş: 36.5 EKG NSR.



Tanı: Spontan Pnömotoraks olup Batıcı tarzda omuz ve göğüs ağrısı ile başvuran genç erkek hastalar Sigara içimi Uzun boy ve zayıf vücut yapısı Klinik önemli POCUS ile tanı kolay Klinik sonuçlanma Vital ve klinik stabil Göğüs cerrahisi konsültasyonu uygun olur.

Beşinci ve son olgumuz; 5 y erkek hasta ADTK ile getiriliyor. GD kötü, GKS:8 Multipl travması ve yaralanmaları var. Vital bulguları: TA: 80/50 mm/Hg Nb: 118/dk SS: 22/dk SpO2: %90 Ateş: 36.5 saptanıyor. Hasta resüsitasyon odasına alınıp ATLS kılavuzluğunda travma bakışına başlanıyor. Eş zamanlı hızlıca yatak başı USG yapılıyor.



Tanı: hemopnömotoraks + KC laserasyonu + intraperitoneal serbest sıvı(+)= Hemorajik şok Hastaya bu tanıları yönelik resüsitasyon yapılıyor.

Sonuç olarak acil serviste bir çok vakada USG kullanabilir ve hastalarımızı hızlı güvenli ve etkin yönetebiliriz.

Kaynaklar

1. <https://www.sonocritic.com/tr/>

Acilde Pnömoni-Tedavi ve Taburculuk İçin Güvenli Yollar?**Sinem Doğruyol**

Pnömoni oldukça yüksek morbidite ve mortalite ile seyreden bir klinik tablodur. Dünyanın pek çok yerinde solunum hastalıkları ile ilgilenen farklı dernekler, aralıklı sempozyumlar ve toplantılar düzenlemekte ve literatürdeki pnömoni tanı ve tedavi süreci ile ilgili yeni gelişmeleri incelemektedir. Bu konsensuslar sonucunda yayınlanan kılavuz güncellemeleri her basamakta hasta bakımının kalitesini ve hastaya olan faydasını arttırır. Doktorlar arasındaki ortak dil kullanımının ve bunun sonucunda hızlı-etkin hasta yönetiminin önü açılmış olur. Sunumda yer vereceğim pnömoni yönetimi ile ilgili bilgiler, Amerikan Toraks Derneği (ATS), Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (IDSA), İngiltere Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE) ve Avrupa Solunum Derneği (ERS) kılavuzlarındaki güncel öneriler derlenerek oluşturulmuştur.

Pnömoni hastalarının yönetiminde öncelikle temel kavramlardaki değişiklikler açıklanmalıdır. Günümüzde hasta yönetiminde kullanılan temel sınıflandırma Toplum Kökenli Pnömoni (Community-acquired pneumonia- CAP), Hastane Kökenli Pnömoni (Hospital-acquired pneumonia- HAP) ve Ventilator İlişkili Pnömoni (Ventilator-associated pneumonia- VAP) tanımları kullanılarak yapılmaktadır. Sağlık Hizmetleri ile İlişkili Pnömoni- HCAP kavramının çoklu ilaca dirençli antibiyotik seçimine bağlı olarak 'aşırı antibiyotik kullanımı' durumuna yol açtığı tespit edilmiştir. Bu nedenle bu tanımlama terk edilmiştir (ATS 2019). Yeni bir tanım olan Ciddi Toplum Kökenli Pnömoni (Severe Community-acquired pneumonia- sCAP) kavramı 2018'den itibaren yoğun bakım takibi gereken hastalar için kullanılmaya başlanmış olup, daha çok ETS kılavuzlarında bu tanımlamaya yer verilmektedir. Yukarıda ifade edilmiş derneklere ait pnömoni kılavuzlarındaki güncelleme süreci Corona virüs pandemisinde sekteye uğramıştır. Özellikle NICE tarafından, 2020 yılında oluşturulmuş güncellemenin yayınlanmasının bu nedenle geciktiği ve 2022'de yayınlandığı ifade edilmiştir.

Pnömoni hastalarının yönetim sürecinde ilk basamak risk durumunun hesaplanmasıdır. Bu amaçla kullanılan en temel iki skora CURB-65 ve PSI (Pnömoni Ciddiyet İndeksi) olup, hem ATS hem de NICE kılavuzları bu iki skora sisteminin kullanılmasını önermektedir. PSI skora sistemi daha kapsamlı olup, düşük riskli hastaların tespitinde daha başarılı olduğu için CURB-65'e göre ilk tercih olarak önerilmektedir (ATS 2019). Hastaların yoğun bakım yatışını öngördürücü olarak ise ATS ve IDSA'nın tanımladığı iki majör ve dokuz minör kriterin kullanılması önerilmektedir.

CAP'ın tanı sürecinde rutin kan kültürü ve rutin balgam/trakeal aspirat kültürü alınması önerilmemektedir (ATS 2019). sCAP olarak tanımlanan, yoğun bakımda yatan veya öncesinde MRSA, Psödomonas aeruginosa için tanısı/tedavisi mevcut olan hastalardan kültür alınması önerilmektedir. Aynı şekilde idrarda pnömokok ve lejyonella için rutin antijen testi yapılması da önerilmemektedir (ATS 2019). Prokalsitonin değerlerinin bakteriyel/viral enfeksiyon ayırımında hastanın klinik durumu ve akciğer grafisi ile birlikte kullanılması gerektiği ifade edilmiş olup, bakteriyel enfeksiyon tanısı koymak için bir 'prokalsitonin eşik değeri' olmadığı belirtilmiştir. Prokalsitonin, sCAP hastalarının yönetiminde hasta stabil olduktan sonra antibiyotik tedavi süresine karar verme konusunda kullanılabilir olduğuna dair öneri mevcuttur (ETS 2023).

CAP tedavisinde antibiyotik seçiminde hastaların komorbid hastalık varlığı/yokluğu göz önünde bulundurulmalıdır. Düşük riskli (komorbid hastalık yok) hastaların tedavisinde tek ajanın (amoksisilin/doksisiklin/makrolid) ampirik kullanımı önerilmektedir (NICE 2022 ve ATS 2019). Bu hastalara rutin olarak ikili antibiyotik veya florokinolon verilmesi önerilmemektedir. Yüksek riskli hastalarda (komorbid hastalık mevcut) ise ikili antibiyotik tedavisi önerilmektedir. Bunlar amoksisilin/klavulonik asit veya sefuroksim + makrolid (veya doksisiklin) şeklinde tanımlanmıştır. ATS kılavuzu bu hasta grubunda florokinolon da önermektedir.

Steroidlerin pnömoni tedavisinde kullanılması oldukça tartışmalı bir konudur. Hatta Lancet dergisinde 2015 yılında yayınlanmış iki derlemede tamamen zıt görüşler yer almaktadır. Kılavuzlar ise rutin steroid kullanılmamasını ifade etmekte, sepsis kılavuzlarına uyulmasını önermektedir. Yani CAP tablosuna eşlik eden rekrakter şok tablosu mevcut ise steroid kullanılabileceği ifade edilmiştir (NICE 2022 ve ATS 2019).

Hipoksik pnömoni hastalarının yönetiminde invaziv ve noninvaziv yöntemlerin sonlanım konusundaki etkisine dair net bir fikir birliğine varılamamıştır. Ancak hipoksik sCAP hastalarında invaziv mekanik ventilasyon öncesi dönemde nazal oksijen yerine high-flow oksijen veya noninvaziv mekanik ventilasyon kullanımının daha uygun olacağı konusundaki öneri ETS kılavuz güncellemesinde yer almıştır (ETS 2023).

Tüm dünyada ekspert görüşü alınarak düzenlenmiş bu kılavuz güncellemelerine baktığımızda benzer sonuçlara ulaşıldığını görmekteyiz. Hala steroid ve ventilasyon desteği konusunda tartışmalı sonuçlar olsa da, tüm dernekler hasta yönetiminde öncelikle her bir hastanın klinik durumu göz önünde bulundurularak değerlendirilmesini önermektedir. Bu hususta pnömoni hastasının klinik durumunu doğru anlayabilmek ve tedavi sürecinde kılavuzlardaki güncel bilgilerden haberdar olarak müdahale etmek bir acil tıp hekiminin temel hedefi olmalıdır.

Hastane İçi Kaos Çözümü: Başrolde Acil Tıp?

Dr. Öğr. Üyesi Taner ŞAHİN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Kaos(khaos), Yunanca kökenli bir kelimedir. Kelime anlamı: dipsiz uçurum, kargaşa, aşırı derece karışıklık ve düzensizlik durumudur.

Acillerde ne zaman “KAOS” beklenir?

Kamuya açık hastanelerde sağlık hizmetlerine erişim son yıllarda ülkemiz ve dünya genelinde daha kolay hale geldi. Bununla birlikte toplu trafik kazaları, pandemiler, toplu zehirlenmeler, doğal afetler, terör saldırıları ve KBRN olayları gibi durumlarda acil servislerde kaos ortamı oluşmaktadır.

Ülkemizde aciller neden «KAOS» riski altındadır?

Türkiye'nin jeopolitik yapısı nedeniyle doğal afet riski, terör, endüstriyel kazalar, orman yangını, ulaşım kazaları, mülteci göçü, komşu ülkelerde oluşan savaşlar ve KBRN olayları nedeniyle insan kaynaklı afet riski gibi nedenlerden dolayı aciller her zaman kaos riskiyle karşı karşıyadır.

KBRN Olayları neden “KAOS” oluşturuyor?

Bir Kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer (KBRN) olayı olduğunda panik ve kargaşa yaratır. Sağlık hizmetlerine aşırı yük oluşturur, müdahale, zor ve zaman alıcıdır. İlk müdahale eden kişi risk altındadır. Kişisel koruyucu malzeme ve dekontaminasyon (arındırma) gerektirir. Önceden hazırlıklı olmak zordur. Dolayısıyla KBRN olayının yönetimi zordur.

“KAOS” durumunda bir Acilcinin Rolü

Olası bir “kaos” durumunda bir acilciden bekleneler şunlardır:

1. Liderlik etmesi
2. Acil servis organizasyonunu sağlaması
3. Hastane afet planını devreye sokması
4. KBRN olayı varsa; KBRN odasının açılması ve organizasyona dahil edilmesi
5. Kişisel koruyucu ekipman (KKE) temini ve personelin giymesini sağlanması
6. Dekontaminasyon alanlarının belirlenmesi ve KBRN ekibin çağırılması
7. KBRN ajanlarına karşı güncel antidot listesinin belirlenmiş olması
8. Hasta müşahade ve yatış yerlerinin belirlenmesi
9. Atıkların ortadan kaldırılmasında bilgilendirme yapması
10. Olayın kayıt ve tıbbi dökümantasyonun sağlanması

Liderlik

Goldman ve ark. Acil Servis doktorlarına yönelik dokuz liderlik becerisi tanımlamıştır:

1. Öncelik verme,

2. Organize etme,
3. Yönetme,
4. Çoklu görev,
5. İletişim,
6. Karar verme,
7. Uyarlanabilir olma,
8. İddialı olma
9. Duygusal esnekliğe sahip olma şeklinde sıralanmıştır.

Kaos durumunda acilde lider acil hekimi olmalıdır. Öncelikle sakin, otoriter ve kendinden emin bir tavırdan olmalıdır. Acil servis organizasyonunu sağlamalıdır. Acilci bir organizatördür (orkestra şefi)! Hastane idaresine haber vermelidir. Hastane afet planı(HAP) devreye sokulmalıdır. Gerekli kadar personeli acile davet ederek, dağılımını sağlamalıdır. Hastaların triyaj, Dekontaminasyon (gerekli ise), muayene alanı, gözlem alanı, görüntüleme (BT/ MR,röntgen) alanlarına ulaşım ve sırasının organizasyonu, alçı, atel, sütür alanlarının belirlenmesi, konsültan hekimlerin organizasyonu, ameliyathane, yoğun bakımlara ve servislere hasta transfer organizasyonu sağlamalıdır. Yeterince lojistik destek (serum, alçı, sütür, ilaç, antitot vs) akışını sağlamalıdır.

Organizasyon

Kaos durumunda bir acil hekimi, organizasyonda şef konumundadır. Böyle bir durumda ilgili kolluk kuvvetleri ve diğer birimler (112 KKM, AFAD, KBRN ekibi vs) ile irtibata geçmelidir..

KBRN olayında Acilcinin Rolü

KBRN olayından hemen sonra kaos oluşur ve yaralılar ayaktan veya ambulansla ilk 6 saat içinde acil servislere başvururlar. Organize olmayan bir acilin önü ve içinde bir anda kaos ortamı oluşur. Sadece yaralılar değil, meraklı kalabalık ve hastane çalışanları da sekonder kontaminasyon riski altındadır.

KBRN Olayına Önceden Hazırlık

Hastanenin KBRN olaylarına yönelik bir hazırlığı olmalıdır. Hazırlık kapsamında;

1. Hastane KBRN savunma planı oluşturulmalı,
2. Personelin tıbbi KBRN savunması konusuna yönelik farkındalığı artırılmalı,
3. KBRN savunma planı kapsamında ihtiyaç duyulan koruyucu donanım, cihaz ve malzeme tedarik edilmeli,
4. Düzenli olarak yapılacak KBRN savunma tatbikatları ile plan test edilmelidir.

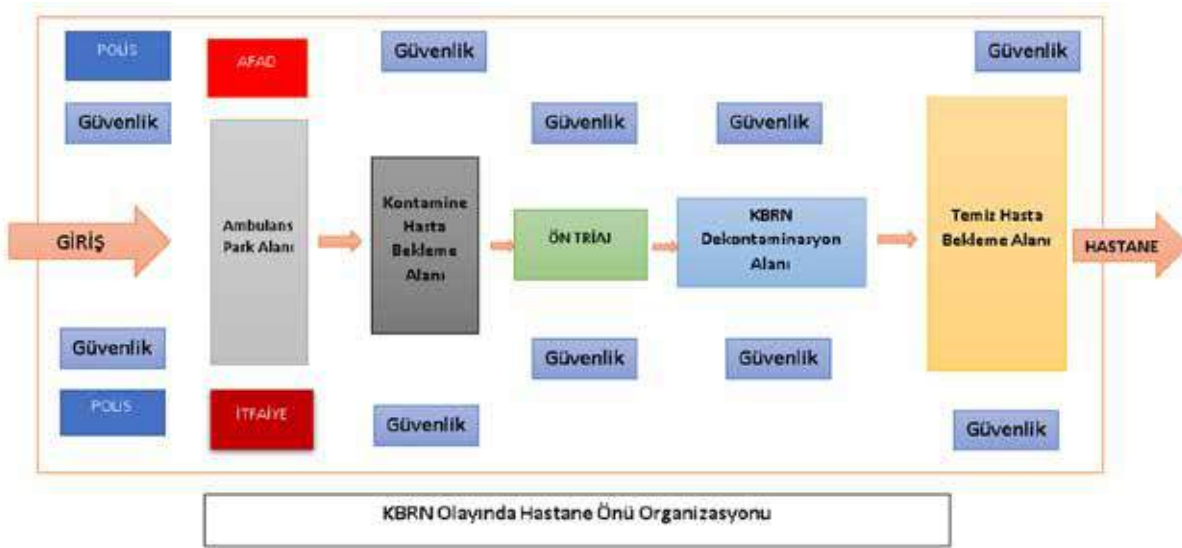
Eğer herhangi bir KBRN olayında hastane hazırlıklı değilse; çok sayıda hasta kendi araçları ile gelir ve sağlık sistemine girer. Kapalı yerde gaz personeli etkiler, personel çalışamaz hale gelebilir ve ortam çalışamaz hale gelebilir. Acilin boşaltılması acildeki cihazlardan faydalanmayı engeller. Yardıma gelenler de etkilenir. Hastane acili çalışamaz duruma gelebilir.

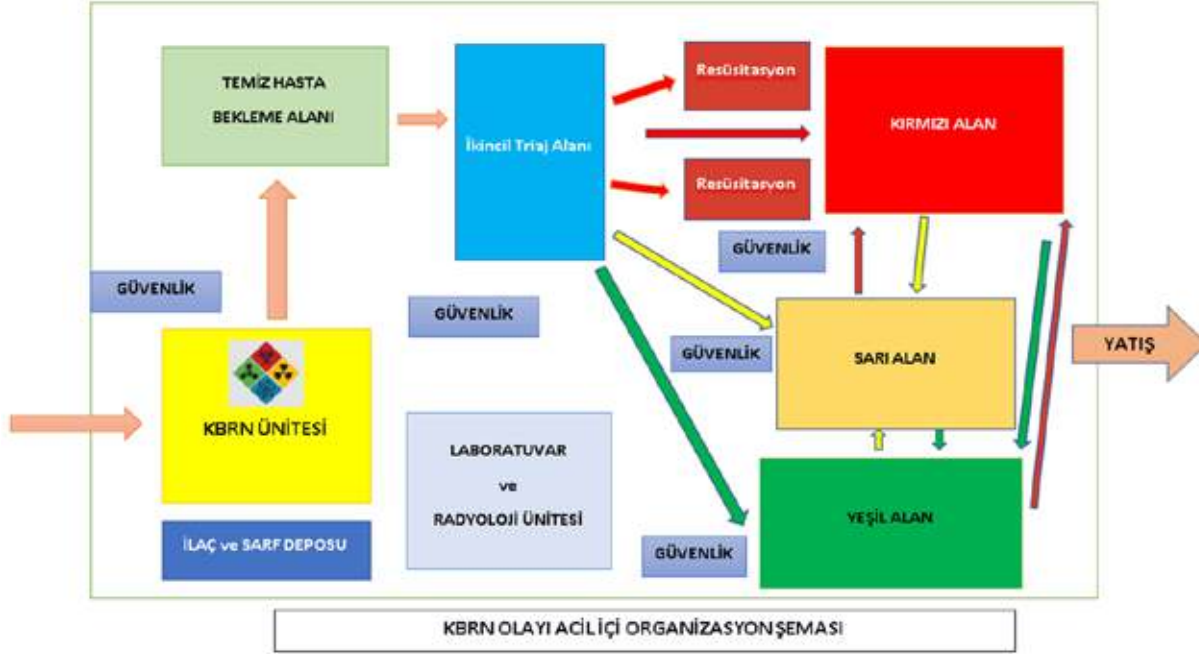
KBRN Olayında Hastane Planlaması

Bir KBRN olayı durumunda hastanede HAP'ın alt planında yer alan TURUNCU KOD devreye alınmalıdır. Bu prosedürün uygulanmasında Hastane Afet Planı(HAP) Başkanı sorumludur.

KBRN Olayında Hastane Planlamasında aşamalar şunlardır;

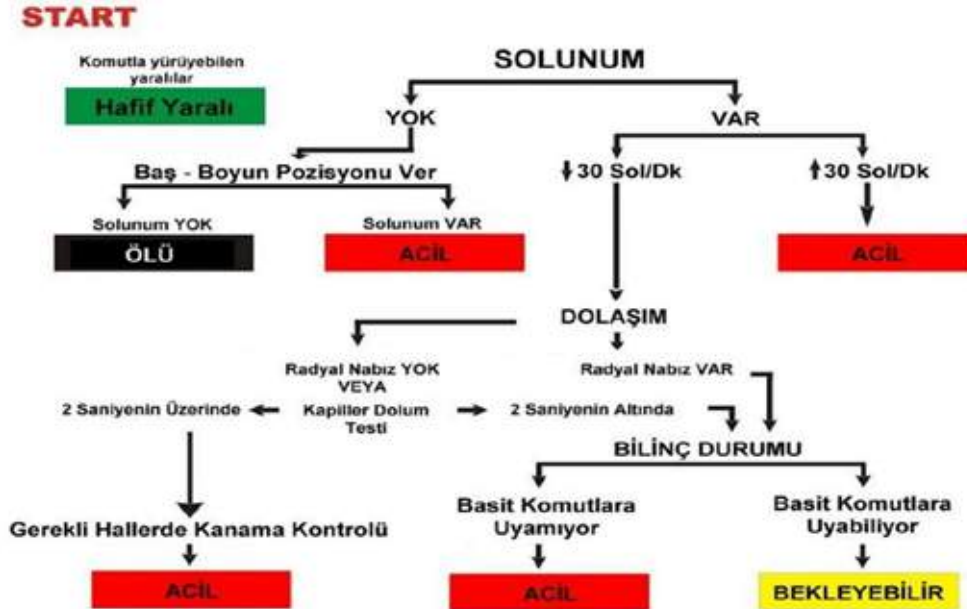
1. Kaynak yönetimi: (Su, enerji, solunabilir temiz hava). Solunum desteği (Yeterli oksijen var mı? Hava drenajı uygun mu?)
2. KBRN organizasyon yapılanması ve planı (HAP ve TURUNCU KOD),
3. Görev tanımları,
4. Standart işlem yönergeleri (algoritmalar):
 - ✓ Antidot (Antidot var mı? Yeterli mi?)
 - ✓ Radyasyon yanığı tedavisi (Yanık ünitesi var mı? Yanık örtüsü var mı?)
 - ✓ Biyolojik tehdit için oda (İzole/karantina odası var mı? **Negatif basınçlı oda var mı? Filtreleri en son ne zaman kontrol edildi?**)
 - ✓ Sığınak (Kitlesele, savaş durumunda personelin sığınabileceği oda var mı? Yeterli mi?)
 - ✓ Arındırma/dekontaminasyon ünitesi (Aynı anda kaç hasta alınabilir? Sıcak/soğuk su ,sabun var mı? Tahliye borusu var mı?)
 - ✓ Personel (KBRN konusunda düzenli eğitim aldı mı? Nöbet çizelgesinde var mı?)
 - ✓ KKE (Hangi tip KKE var kaç tane? Solunum filtresi? Çizme, maske, önlük, eldiven var mı? Yeterli mi?)
 - ✓ Tıbbi ekipman ve lojistik (Serum, intraket, yanık bandajı var mı? Yeterli mi?)
 - ✓ Haberleşme
 - ✓ Vaka tespiti
 - ✓ Kayıt-Kayıp





KBRN Olayında Triyaj

Afet durumunda çok sayıda hastanın bir anda acil servise akışı olacağı için, hastaların ciddiyetinin belirlenmesinde basit ve hızlı triyaj sistemleri tercih edilmesi uygun olacaktır (JUMP ve START triyaj sistemleri gibi).



KBRN Olayında Tıbbi Yönetim Aşamaları

1. Yaralı kayıt ve kabul
2. Triyaj ve temel yaşam desteği (ABC)

3. Dekontaminasyon
4. İleri tıbbi tanı ve tedavi
5. Tahliye

Sonuç olarak;

Kaos durumunda acilci bir organizatör ve lider olmalıdır. Olayın başından itibaren her aşamasına aktif olarak katılmalı ve soğuk kanlı olmalıdır. Olay öncesinde eğitim, planlama ve tatbikatlarda aktif rol almalıdır. Hizmet içi eğitimlere katılarak bilgi düzeyini yenilemeli ve personeli eğitmelidir. Olayın neden ve boyutunun tespitine katkıda bulunmalıdır, Olay sırasında ilgili birimlere haber vererek koordine çalışmalıdır. Hastane önü ve içinin düzeninin sağlanmasında katkıda bulunmalıdır. Personel planlamasını ve dağılımını sağlamalıdır, Uygun ekipman ve tıbbi malzeme temini için hastane idaresiyle koordine çalışmalıdır. Hastaların triyajı, dekontaminasyonu, tıbbi tedavisi, yatışı ve acilden taburculuğunda karar verici olmalıdır. Hastalara ait tıbbi dökümantasyon ve kayıt işlemlerinde eksiklerin tespitinde aktif rol almalıdır. Yani sonuç olarak hastanede kaos durumunda acil ve acilci başrolde olmak zorundadır.

Referanslar:

1. Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü, 2014
2. Hwang, W. et al (2016). Finding Order in Chaos: A Review of Hospital Ratings. American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality, 31(2), 147–155.
3. <https://hastane.ogu.edu.tr/Storage/hastane/Uploads/KBR.RH.01-Kimyasal-Biyolojik-Radyoaktif-ve-N%C3%BCKleer-KBRN-Olaylar%C4%B1-Rehberi.pdf>
4. https://www.yok.gov.tr/Documents/Yayinlar/Yayinlarimiz/2017/kbrn_calistay_raporu.pdf
5. Goleman D, Boyatzis R. Social intelligence and the biology of leadership. Harv Bus Rev. 2008;86(9):74-81, 136. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18777666>
6. Goldman E et al. Learning clinical versus leadership competencies in the emergency department: strategies, challenges, and supports of emergency medicine residents. J Grad Med Educ. 2011;3(3):320-325.
7. Howard, B, Daniel, RS, Lisa, S. (2014). "Hospital Incident Command System Guidebook." California Emergency Medical Services Authority (EMSA) FE: California May
8. <https://www.saglik.gov.tr/TR,1789/hastane-afet-ve-acil-durum-plani-hap-hazirlama-kilavuzu.html>
9. <https://istanbul.afad.gov.tr/kbrn-farkindalik-egitimi50>
10. <https://khgmacilveyurtdisisaglikdb.saglik.gov.tr/TR-57879/kbrn-arindirma-unitesi-asgari-standartlari-ve-deposunda-bulunmasi-gerekli-malzemeler.html>
11. https://acilafet.saglik.gov.tr/Eklenti/43479/0/saglikbakanligikbrnyonergesipdf.pdf?_tag1=202A-45283496A5522C2D9FB05627DC16909C35D3

SOSYAL MEDYA: KALİTEYE GİDEN BİR YOL MU?

Dr. Tuba Betül ÜMİT

Sosyal medya; teknolojiyi ve sosyal girişimciliği, kelimeler, fotoğraflar videolar ve ses dosyalarıyla birleştiren şemsiye bir kavramdır. Bireylerin ortak ilgi alanları veya aktiviteleri gibi konularda birbirleri ile bağlantı ve iletişim kurmalarını sağlayan, kullanıcıların içerik ürettiği internet tabanlı bir hizmettir.

İlk sosyal medya platformu 1997’de açıldı. Kullanıcılar bir profil yaratıp diğer kullanıcılarla arkadaşlık kurabilmekteydi. O zamandan beri, sosyal medya sadece iletişimin değil, sosyal yaşamın, iş hayatının ve haber yayıncılığının merkezi bir parçası haline geldi. 2004 de ikinci nesil internet olarak adlandırılan Web 2.0 teknolojiyle birlikte internette içerik üretmek için teknik bilgi gereksinimi büyük oranda ortadan kalkarak, herkesin rahatlıkla paylaşım yapabileceği mecralar oluştu. Bu sayede iletim aşamasından iletişim aşamasına geçilmiş oldu. 2004 yılında Facebook, 2005 yılında Youtube, 2006 yılında Twitter, 2009 yılında Whatsapp, 2010 yılında Instagram kuruldu ve sosyal medya kullanıcıların sayısı her geçen gün arttı.

“We Are Social” platformunun 2023 yılı verilerine göre dünya üzerinde yaşayan yaklaşık 8 milyar insandan 5.16 milyar insanın internet erişimi bulunmakta, 4.76 milyar insanın da sosyal medya hesabı bulunmaktadır. 2023 yılı için internette geçirilen süreye bakıldığında Türkiye günde 7 saat 24 dakika ile dünyada 15. Sırada, sosyal medyada geçirilen süreye bakıldığında ise Türkiye günde 2 saat 54 dakika ile 13. sırada yer almaktadır. Dünyada en çok kullanılan sosyal medya platformlarının sırası ile Facebook, Youtube, Whatsapp ve Instagram olduğu bilinmektedir.

Sosyal medya, geleneksel medyada olduğu gibi tek bir noktadan çok sayıda kişiye yayın yapmaktan çıkarak iletişim yönü açısından çoktan çoğa paradigmasına dayalı “kullanıcı kaynaklı medya” özelliğine sahip oldu. Bu da, geleneksel medyadan farklı olarak, içeriğin bizzat kullanıcılarının kendileri tarafından üretilmesine ve paylaşılmasına olanak tanıdı.

Tam da bu sebeple Amerika’nın ünlü Time Dergisi, 2006 yılında “Yılın Kişisi” ni “You” olarak belirledi. “Siz. Evet sizsiniz. Bilgi çağını kontrol ediyorsunuz, dünyanıza hoş geldiniz” başlığı ile bir bilgisayar resmini kapağına taşıdı.

Sosyal medyanın tüketiciler tarafından içerik üretilmesini sağlaması, tüketicilerin bilgi alandan bilgi üreten boyutuna geçmesiyle aktif kullanıcılar firmaların pazarlama, itibar ve satışları üzerinde birinci dereceden rol alabilir hale geldi. Bu süreçte sosyal medya, pazarlamadan, eğitime, siyasi arenadan, eğlence dünyasına kadar pek çok alana yayılmayı başardı. Sosyal medyanın artan gücüne karşı kamu kurumları da kayıtsız kalamadı ve sosyal devlet anlayışı gereği resmi sosyal medya hesapları açarak kurumlarının açıklık ve şeffaflığını artırabilmek için sosyal medya platformları kanalıyla hedef kitleleriyle birebir iletişime geçmeye başladı. Nitekim, “e-devlet” olarak bilinen resmi web tabanlı uygulamalar, sosyal medya kanalıyla daha yaygın hale gelmiştir.

Tüm bu bilgiler ışığında resmi ya da gayri resmi, ticari bir amaç olsun ya da olmasın, tüm kişi, kurum ve kuruluşların sosyal medyada yer alması ve var olma çabası kalitenin ve profesyonelliğin bir göstergesi olarak kabul görmektedir.

Kaynaklar

1. <https://wearesocial.com/uk/blog/2023/01/the-changing-world-of-digital-in-2023/> Erişim tarihi: 01.04.2023
2. Kıyan Z. , Dikmen E. Ş. Sosyal Medyanın Reklamcılıktaki Rolü: Instagram Üzerine Bir Araştırma. Ankara Üniversitesi İlef Dergisi. 2019; 6(1): 121-146



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

3. Korkmaz, A.; Büyük, M. (2019). "Sosyal Medya Ortamlarının Diplomasi İletişiminde Kullanımı: Weibo Sosyal Medya Platformu Örneği". Simetrik İletişim Araştırmaları Dergisi. 1 (1): 37-47.

Metilen Mavisinin Zehirlenme Hastalarında Kullanımı

Doç. Dr. Turgay Yılmaz KILIÇ¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik SUAM; Acil Tıp Kliniği

Metilen mavisi (metiltiyonin klorür) insanlarda kullanılan ilk sentetik ilaçlardan birisi olan boyar bir maddedir. Başlıca kullanım alanı semptomatik ve asemptomatik (MetHb>%20, veya anemi veya iskemik kalp hastalığı gibi risk faktörleri varlığında MetHb >%10) methemoglobinemi varlığıdır (1). Bununla birlikte septik şok ve kardiyopulmoner bypassı takiben meydana gelen vazoplejik şoklu hastalarda da kullanılmaktadır. Antimalaryal tedavi, kanser tedavisi, ifosfamid nörotoksitesi tedavisi ve boyama amaçlı kullanımı (ör. aspirasyon testi) diğer kullanım alanlarıdır.

Metilen mavisi ilaç (dapson/rifampin/klorokin, prilokain/lidokain/benzokain, nitrogliserin/nitroprussid/amil nitrit, siklofosfamid, metoklopramid), gıda (nitrat açısından zengin besinler, besin katkı maddesi, dondurulmuş gıdalar, gyromitrin içeren mantarların tüketimi), kimyasal madde (nitrobenzen/anilin boyaları/K⁺ klorat, yanmalı motor egzoz gazları, elektronik sigara) maruziyeti sonrası meydana gelen methemoglobinemide temel tedavi basamağını oluşturmaktadır. Metilen mavisi aynı zamanda aşırı doz ilaç alımı sonrası oluşan, sıvı ve vazopressör tedaviye yanıt vermeyen refrakter şok durumlarında da kullanılmıştır (2). Bu etkisini guanilat siklazı inhibe ederek (Guanilat siklaz, nitrik oksit (NO) ve diğer mediatörler tarafından stimule edilir) C-GMP ve vasküler düz kas hücre gevşemesini azaltarak göstermektedir.

Methemoglobinemi durumunda 3aydan büyüklerde önerilen doz 1-2 mg/kg intravenöz metilen mavisinin 5 dk'da uygulanması şeklindedir. Yanıt alınamaması durumunda 30-60 dk'da bir tekrar dozları önerilmektedir (3). Metilen mavisinin kendisi de methemoglobinemiye neden olabileceğinden toplamda 7 mg/kg üzerine çıkılmamalıdır. Vazoplejik şok durumunda önerilen doz ise 1.5-2 mg/kg intravenöz metilen mavisinin 30-60 dk'da uygulanması şeklindedir.

Glukoz 6 fosfat dehidrogenaz eksikliği (NADPH yokluğu metilen mavisinin çalışmasını engeller ve hemolize yol açabilir) ve methemoglobin redüktaz eksikliğinde kullanılmamalıdır. Çoğunlukla böbreklerde elimine edildiğinden bu hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Bilinen hipersensitivite olanlarda, gebelerde ya da gebelik şüphesi bulunan kadınlarda kullanılmamalıdır. Metiltiyonin klorür seçici serotonin geri alım inhibitörleri ile tedavi edilen hastalarda hayatı tehdit eden serotonin sendromuna neden olabilir.

Kaynaklar

1. Nickson C. Methylene Blue CCC. Accessed Nov 3, 2020. Available from: <https://litfl.com/methylene-blue-ccc/>
2. Graudins A, Lee HM, Druda D. Calcium channel antagonist and beta-blocker overdose: antidotes and adjunct therapies. Br J Clin Pharmacol. 2016;81(3):453-61.
3. Prchal JT. Methemoglobinemia. Last updated: Nov 08, 2022. Available from: https://www.uptodate.com/contents/methemoglobinemia?search=methylene%20blue&source=search_result&selectedTitle=2~148&usage_type=default&display_rank=1#H2859609306

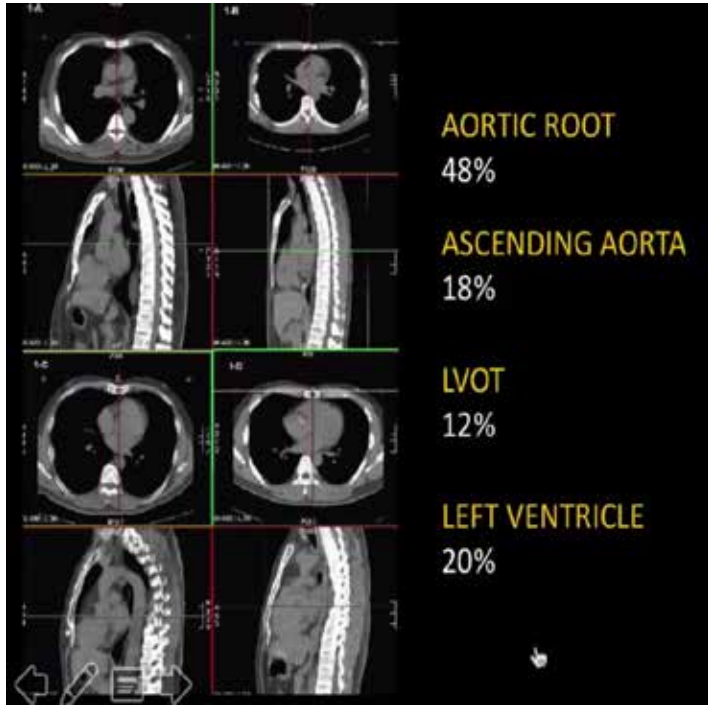
TEE ile CPR Monitörizasyonu
Geleceğin CPR' I: Kişiyeye Özel CPR

Doç. Dr. Adnan Yamanoğlu

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ACİL Tıp Anabilim Dalı

Güncel kardiyopulmoner resusitasyon (KPR) klavuzları göğüs kompresyonlarını sternumun alt yarısına, 5-6 cm derinliğe ulaşacak kadar ve dakikada 100 ila 120/dak hızında olacak şekilde önermektedir. Bu öneri obez, zayıf, yaşlı, dektrokardisi olan veya hangi kardiyak aksa sahip olursa olsun tüm hastalar için ortak öneridir. Ancak Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manjetik Rezonans (MR) ile yapılan çalışmalarda, tüm popülasyonun ancak % 20' sinde sternumun alt yarısında sol ventrikülün yerleştiğini göstermektedir (Şekil 1). Bu da mevcut KPR protokolü ile hastaların önemli bir kısmına kaliteli göğüs kompresyonu uygulanamıyor olabileceğini düşündürmektedir.

Şekil 1. Kalbin sternum altındaki yerleşik anatomisi



Son dekadda KPR sırasında Transözofagial ekokardiyografinin (TEE) yaygın kullanılmaya başlanmasıyla, göğüs kompresyonlarının yakından monitörizasyonu sağlanmaya başlanmış ve göğüs kompresyonunun etkinliği değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu çalışmaların iki odak noktası üzerinden yürütüldüğü dikkat çekmektedir. Birincisi göğüs kompresyonuna verilen aralıkların TEE ile azaltılıp azaltılamayacağı ve bunun klinik sonuçlarıdır. İkincisi ise kalbin anatomik olarak göğüs kompresyonu ile baskı altında kalan bölgesinin KPR' nin kalitesini etkileyip etkilemediğidir.

Göğüs kompresyonu süresinin TEE ile azaltılması konusunda yapılmış sınırlı sayıda çalışmada TEE ekokardiyografi ile sürekli göğüs kompresyonunun mümkün olduğu gözlenmiş ancak bu uygulamanın KPR' nin kalitesini etkileyip etkilemediği ve hastaların surveylerine olan katkısı henüz net değildir. Bu alanda yapılan çalışma sayısının çok az olması nedeniyle fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir. İkinci odak noktası olan göğüs kompresyonları sırasında kalbin anatomik olarak baskı altında kalan bölgesi ile KPR' un kalitesi arasındaki ilişkiyi incelyen çalışma sayısının da oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Tamamlanmış birkaç çalışmanın sonuçla-



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

rına göre kalbin sol ventrikülü komprese olan hastaların KPR sırasındaki hemodinamik parametrelerinin daha iyi olduğu, aorta ve sol ventrikül çıkım yolu komprese olan hastalarda ise hemodinamik parametrelerin daha kötü olduğu bildirilmiştir. Ancak bunun hastaların surveyi üzerine olası etkisi için daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır. Tüm bu sonuçlar göz önüne alındığında kişiler arası bireysel farklılıkların KPR üzerine etkin olabileceği ve bu nedenle farklı bireylere farklı KPR protokollerinin uygulanması gerekebileceği ve TEE' nin bu konuda klavuzluk edebileceği düşünülebilir. Bu da kişiye özel KPR'nin önümüzdeki dekadlarda tartışmaya açılabileceğini göstermektedir.

Diyabetik Ayak Acil midir?

Dr. Ahmet Burak Erdem

OLGU:

72 yaşında erkek hasta 4 ay önce topukta yara nedeniyle polikliniğe başvuruyor. Bilinen D.M.,HT, KAH ve sigara öyküsü mevcut. 1 ay önce cerrahi polikliniğinde ölçülen WBC:16, ESR:99 CRP:4.6 olarak tespit ediliyor. Önce oral sonrasında i.v. antibiyoterapi uygulanıyor. Acil servise yara yerinde akıntı ile geliyor. WBC:28.5, CRP 20.5 olarak ölçülüyor. Sonuç: Diz üstü amputasyon olarak neticeleniyor.

Diyabetik ayağa temelde üç mekanizma yol açıyor. Nöropati, iskemi ve enfeksiyon temel patofizyolojide yer alıyor. Diyabetik ayak ülserleri ve bu yaralara bağlı gelişen enfeksiyonlar acil serviste sık karşılaştığımız olgulardır. Herhangi bir diyabet hastasının yaşamı boyunca %12-25 oranında diyabetik ayak ülseri gelişme riski vardır. Yıllık insidans %1-4'dür. Ülser olasılığı ise %80'den fazladır.

Diyabetik ayak neden önemlidir;

Yaşam kalitesinin bozulmasına, tedavi maliyetinin ciddi düzeyde yükselmesine, alt ekstremitte amputasyonlarına ve mortalite artışına neden olur. Non-travmatik ayak amputasyonlarının %50-70'i diyabetli hastalarda yapılmaktadır. Diyabetli hastaların en uzun süre hastanede kalış nedenidir. Ayağında yeni ülser saptanan diyabetlilerde ölüm riskinin yaklaşık 2.5 kat arttığı gösterilmiştir. Diyabetik ayak yaraları aslında kronik zeminde gelişmesine rağmen; akut gelişen enfeksiyonlar,net tedavi algoritmaları olmaması,hastalık ile ilgilenen özelleşmiş ekiplerin genelde olmaması, takiplerinde yaşanan sorunlar; nedeni ile hastalar acil servise sıklıkla başvurmaktadır. Maalesef bu durum acil servislerin kaçınılmaz bir sorunudur. Vasküler teşhis ve müdahale, stratejinin ayrılmaz bir parçasıdır. Ancak konservatif olarak uygulanmaktadır; bunun ana nedeni, vasküler merkezlere gecikmiş sevklerle birlikte kötü işleyen bir tedavi zinciridir. Ampütasyon önlemeyi iyileştirmek için bu fırsat penceresi kaçırılmamalıdır.

ACİL SERVİS NE YAPSIN?

DA iskemi ve enfeksiyon sınıflaması yapılacak, kan tetkikleri ve görüntüleme istenecek ve iskemi, olmadığı kanıtlanmadıkça diyabetik ayak ülseri nedeni olarak dışlanmamalıdır. İlk teşhisler yalnızca şüpheli veya hafif hastalık olduğunu gösterse bile ülserin 6 hafta içinde uygun tedavi ile iyileşmemesi durumunda daha fazla vasküler çalışma yapılması önerilir. Her diyabetik ayak ülseri enfeksiyon varlığı açısından incelenmelidir. ABI: Ayak bileği/ Kol sistolik indeksi = 0,9-1,3 bakılabilir. Düşük olduğunda ABI'ya güven, yüksek olduğunda değil. ABI <0.6, yara iyileşme potansiyeli açısından önemli iskemi gösterir. En uygun tedavi sürecini başlatmalıyız.

DA'da ÜLSER SINIFLAMASI

- Diyabetik ayak konusunda; Uluslararası Diyabetik Ayak Çalışma Gurubu [The International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF)]
- Diyabetik ayak ülserlerinin değerlendirilmesinde birçok sınıflandırma mevcut ancak en çok kullanılan 2 önemli sınıflandırma vardır;
- Wagner
- Teksas Üniversitesi sınıflandırması

WAGNER SINIFLAMASI

Evre 0	Sağlam deri ile birlikte kemik çıkıntısı ve/veya kallus oluşumu (ülserasyon için riskli)
Evre 1	Derin dokulara yayılımı olmayan yüzeysel ülser
Evre 2	Tendon, kemik, ligaman veya eklemleri tutan derin ülser
Evre 3	Abse ve/veya osteomyeliti içeren derin ülser
Evre 4	Parmakları ve/veya metatarsları tutan gangren
Evre 5	Kurtarılamayacak düzeyde ve amputasyon gerektiren topuk veya ayağın bütününe gangreni

TEKSAS ÜNİVERSİTESİ SINIFLAMASI

Evre	Derece			
	0	1	2	3
	Pre- veya post-ülseratif lezyon (tamamen epitelize olmuş)	Yüzeysel ülser (tendon, kapsül veya kemiği tutmamış)	Derin ülser (tendon veya kapsüle penetre olmuş, ancak kemik/eklem tutulumu yok)	Kemik ve eklemleri tutmuş ülser
A	İnfeksiyon yok, iskemi yok	İnfeksiyon yok, iskemi yok	İnfeksiyon yok, iskemi yok	İnfeksiyon yok, iskemi yok
B	İnfeksiyon var	İnfeksiyon var	İnfeksiyon var	İnfeksiyon var
C	İskemi var	İskemi var	İskemi var	İskemi var
D	İnfeksiyon var, iskemi var	İnfeksiyon var, iskemi var	İnfeksiyon var, iskemi var	İnfeksiyon var, iskemi var

Grade 0: Derinin kısmi kalınlığını içeren ancak alttaki dokuların tutulumu olmayan yüzeysel bir ülseri gösteren diyabetik bir hastanın ayağı. Tedavi: İstirahat ve lokal ayak bakımı

Grade 1: Tendon, kapsül veya kemiği içermeyen tam kat ülser. Apse oluşumu veya kemik tutulumu ile ilişkili olmayan delici nöropatik ülseri olan diyabetik bir hasta ayağı. Grade 1 -A (enfekte olmayan)) tipik olarak klinikte veya yatak başında debride edilebilir. Acil değil...

Grade 2: Kemik palpe edilemeyen tendon veya kapsül tutulumu. Açıkta kalan tendon ve eklem kapsülü ile nekrotizan streptokok enfeksiyonunun debridmanını takiben dorsal diyabetik ayak yarası. Ülserli bir diyabetik ayak enfeksiyonunun en yaygın belirtisi, artan eksüdasyon hızıdır. Enfekte olmuş ise; antimikrobiyal tedavi ve cerrahi debridmanı gerekir. Acil tedavi başlanır.

Grade 3: Kemiğe ulaşma. Hasta ayağın plantar yüzeyinde dalgalı bir eskar ile başvurmuş. Apse açılması ve boşaltılması ve debridmanı takiben yaranın tabanında açıkta kalan kemik görüntüsü. Çok hızlı acil tedavi başlanır. Yüzeysel bir eskarın çatısının açılması daha derin apseleri ortaya çıkarabilir. Gerçekten de, debridman sonrası enfeksiyonun ciddiyeti, yaygınlığı ve derinliği ile herhangi bir sistemik bulgunun varlığına göre değerlendirilmelidir.

İskemi ve enfeksiyon kombinasyonu, “zaman dokudur” olduğundan her zaman acil tedavi gerektirir.

ENFEKSİYONUN ŞİDDETİ

Enfeksiyon varlığı	Enfeksiyon klinik belirtileri
Hafif	Enflamasyonun ≥ 2 belirtisinin varlığı (pürülan veya eritem, ağrı, hassasiyet, sıcaklık veya sertleşme), Ancak herhangi bir selülit/eritem ülser çevresinde ≤ 2 cm uzanan enfeksiyon deri veya yüzeysel deri altı dokularla sınırlıdır; Başka lokal komplikasyon veya sistemik hastalık yok
Orta	Sistemik olarak iyi ve metabolik olarak stabil yukarıdaki enflamasyon varlığına ek olarak; Aşağıdaki özelliklerden ≥ 1 'ine sahip >2 cm'ye yayılan selülit, lenfanjitik çizgilenme, yüzeysel fasya altına yayılma, derin doku apsesi, kangren ve tutulum kas, tendon, eklem veya kemik.
Şiddetli	Sistemik toksisite veya metabolik instabilite (örneğin, ateş, titreme, taşikardi, hipotansiyon, konfüzyon, kusma, lökositoz, asidoz, şiddetli hiperglisemi veya azotemi) olması

Hafif ve orta enfeksiyon varlığı uygun ilk yaklaşım sonrası antibiyoterepi başlanır. Şiddetli enfeksiyon varlığında acil cerrahi konsültasyonları gerekir. *Şiddetli diyabetik ayak enfeksiyonunu cerrahi olarak yönetmek için genel strateji şu şekildedir:*

- İlk adım agresif ve kapsamlı cerrahi debridman yoluyla enfeksiyon kontrolü
- 2. adım olası vasküler cerrahi ve/veya endovasküler müdahale ile kapsamlı bir vasküler değerlendirme
- 3. adım yaranın kapanması ve uzuvların kurtarılması için enfeksiyon eradike edildikten sonra yumuşak doku ve iskelet rekonstrüksiyonudur.

SON SÖZ

Kontrol altına alınamayan veya uzuvları tehdit eden enfeksiyonları olan hastalar, hastaneye yatırılmalı, hareket-sizleştirilmesi ve intravenöz antibiyotikler gerekir. Derin bir apse, yaygın kemik veya eklem tutulumu, krepitasyon, önemli nekroz veya kangren veya nekrotizan fasiitin eşlik ettiği enfeksiyonlarda acil cerrahi müdahale gerekir. Diyabetik ayakta enfeksiyonlar çok hızlı yayılabilir ve bu da tedavi geciktiği takdirde yaşamı tehdit eden genel bir septik enfeksiyona yol açabilir. Alt ekstremité dolaşımının acil olarak değerlendirilmesi, enfeksiyonların tedavisi ve debridman ve revaskülarizasyon dahil cerrahi prosedürler genellikle birinci basamak bacak kurtarma stratejileri olarak gereklidir. Diyabetik ayak erken döneminde acil değildir ancak ilgili hekimler tarafından ACİL TAKİP ve TEDAVİ planına alınmalıdır. DİYABETİK AYAK ENFEKTE VE İSKEMİK İSE ACİLDİR. DİYABETİK AYAK ACİL İSE ACİL CERRAHİ MÜDAHALE GEREKTİRİR.

KAYNAKLAR

- Up to Date
- Pub Med: Blanes JI; Representatives of Spanish Society of Surgeons (ACS); Representatives of Spanish Society of Angiology and Vascular Surgery (SEACV); Representatives of Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES); Spanish Internal Medicine Society (SEMI); Representatives of Spanish Society of Critical Care Medicine and Coronary Units (SEMICYUC); Representatives of Spanish Society of Chemotherapy (SEQ). Consensus document on treatment of infections in diabetic foot. Rev Esp Quimioter. 2011 Dec;24(4):233-62. PMID: 22173195.
- Lepäntalo M, Apelqvist J, Setacci C, Ricco JB, de Donato G, Becker F, Robert-Ebadi H, Cao P, Eckstein HH, De Rango P, Diehm N, Schmidli J, Teraa M, Moll FL, Dick F, Davies AH. Chapter V: Diabetic foot. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2011 Dec;42 Suppl 2:S60-74. doi: 10.1016/S1078-5884(11)60012-9. PMID: 22172474.
- Diabetic foot infections Ulunay Kanatlı. TOTBİD Dergisi 2011;10(4):296-305
- Türk Endokrin ve Metabolizma Derneği 2022, D.M. Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi, ve İzlem Kılavuzu

Acilde Zor Havayolu-Olgularla Doğru Karara Yolculuk?**Asım Enes Özбек****TANIM**

Başarısız havayolu iki şekilde tanımlanmaktadır. İlki hastanın ne entübe edilebildiği ne de oksijenlendirilebildiği durumlarda hem birincil havayolu metodunun hem de alternatif havayolu metodunun başarısız olmasıdır. Bu durumda tek bir girişimin başarısız olması bile başarısız havayolu tanımı için yeterlidir. Bu durumda SPO2 %80'nin altına düşmemeli zaman kaybedilmeden cerrahi havayolu yönetimine ilerlenmelidir. İkinci tanım ise hastanın entübe edilememesi fakat oksijenlendirilebilmesi durumunda iç başarısız deneme olmasıdır. Bu durumda alternatif stratejilere yönelinmelidir.

İNSİDANS

Acil serviste zor havayolu tanımlaması zordur. Çünkü zor havayolu çalışmalarda; çoklu kişi, çoklu girişim, çoklu alet, laryngeal manipülasyon kullanımı, glottik görünüm derecesi gibi pek çok farklı kriterle tanımlanmıştır. Daha önce zor havayolu oranı yaklaşık %10, krikotirotomi oranı %0.03 olarak bildirilmiştir. Supraglottik havayolu araçlarında ise ilk uygulama ventilasyon gücü %0.5 olmasına rağmen tekrar denemelerle başarısız uygulama oranı %0.2 olarak saptanmıştır. Balon valve maske uygulama zorluk insidansı ise %0.91 olarak saptanmıştır.

RİSK AZALTMA

Acil serviste endotrakeal entübasyon uygulamasında hata payını azaltmak amacıyla çeşitli mnemonikler geliştirilmiştir. Bunlardan en bilineni '7P' olarak bilinen, " Preparation, Preoxygenation, Physiologic optimization, Paralysis with induction, Positioning, Placement with proof, Postintubation management" kavramlarını içeren mnemoniktir. Bunlardan hazırlık aşaması biraz daha ön plana çıkmaktadır. Bununla amaç ilk geçiş başarısını en aza indirmektir. Entübasyon girişim sayısı arttıkça komplikasyon oranları artmaktadır.

Başarısız havayolu girişimlerinin en önemli sebebi, zor havayolunun tanımamasıdır. Bu da risk değerlendirmesinin eksik yapılması ya da yapılmaması sebebiyle ortaya çıkar. Uygulanacak her işlemin riski ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Direkt laringoskopi zorluğunun ön görülmesinde "LEMON" mnemoniği kullanılabilir. Buna ek olarak videolaringoskopi, kapnografi, alternatif havayolu stratejisinin belirlenmesi zor havayolu yönetiminde çok önemlidir.

ZOR HAVAYOLUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zor havayolunun değerlendirilmesinde hekimin birkaç soruya cevap vermesi önemlidir:

1: Oksijenizasyon sağlanabiliyor mu?

Oksijenizasyon sağlanabiliyorsa birçok alternatif havayolu metodu ile ilerlenebilir. Eğer sağlanamıyorsa, krikotirotomi planlanmalı ve planlanana kadar da supraglottik havayolu düşünülmelidir.

2: Hızla kötüleşen havayolu var mı?

Havayolu hızla kötüleşen hastalarda havayolunun risk değerlendirilmesinden bağımsız olarak hızlı seri entübasyon en iyi metoddur.

3: Anatomik bariyerler var mı?

Çok belirgin anatomik bozukluk varsa hızlı seri entübasyon öncesinde cerrahi havayolu düşünülebilir.

4: Fizyolojik bariyerler var mı?

Hastalarda hipotansiyon, dehidratasyon gibi fizyolojik bariyerler varsa bu hastaların endotrakeal entübasyon sırasında kardiyak arrest olabileceğini öngörmek gerekir. Bu sebeple mümkünse bu hastalarda öncelikle hemodinamik stabilizasyon sağlanmalıdır. Ayrıca, bu hasta grubunda uyanık entübasyon düşünülebilir.

ACİLDE ÇOCUK HASTA - SEDOANALJEZİ GEREKSİNİMLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Burcu Bayramoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Prosedürel sedoanaljezi (PSA) anksiyeteyi, ağrıyı, hastanın hareketini kısıtlamak için anksiyolitik, sedatif, hipnotik, analjezik, disosiyatif ilaçların kullanılmasıdır. PSA için kullanılan ajanlar tanısallık veya terapötik bir prosedür sırasında amneziyi veya farkındalığın azalmasını, hasta konforunu ve güvenliğini sağlamak için uygulanır. PSA'da amaç; stresin ve işlem sırasında hissedilen ağrının azaltılması, hastanın konforunun artırılması, havayolu reflekslerinin korunması, yeterli oksijenizasyonun ve kardiyopulmoner stabilizasyonun sağlanması, vital bulguların mümkün olduğu kadar hastanın bazal seviyesine yakın tutulmasıdır.

Pediyatrik hasta grubu için PSA; görüntüleme yöntemleri sırasında hastanın mobilizasyonunun kısıtlanması, sürtür uygulaması, fraktürler ve redüksiyonlar, santral ven kateterizasyonları, torasentez ve torakostomi, lomber ponksiyon, kemik iliği aspirasyonu ve biyopsiler, endoskopi, bronkoskopi, kardiyak kateterizasyon gibi girişimsel işlemler için kullanılır.

Pediyatrik Yaş Grubu Hasta / Yetişkin Hastada PSA:

- Pediyatrik yaş grubu yetişkinlere göre daha uyumlu olması nedeniyle işlem sırasında daha derin sedasyon gerekli (istenilenden daha fazla sedasyon!)
- Rezidüel kapasitenin daha az olması ve oksijen tüketimi daha fazla (apne geliştiğinde hipoksi!)
- Anatomik farklılıklar

PSA Sırasında Gelişebilecek Komplikasyonlar: aspirasyon, hipoksi, hipotansiyon, disritmiler, nöbet, allerjik reaksiyonlar, havayolu obstrüksiyonu, laringospazm, apne, hipoventilasyon, kardiyak arrest

Taburculuk Kriterleri:

- Kan basıncı ve nabızın yaşa göre normal değerlere gelmesi
- PSA öncesi normal bilinç durumuna dönüş
- Gelişime uygun hareketleri yapabilme
- Havayolunu koruyabilme
- Oral alımı tolere edebilme

Eve Götürülecek Mesajlar:

- Sedoanaljezi uygulanması gereken durumlarda klinisyen sedoanaljezi uygulamaktan kaçınmamalı
- Prosedürel sedoanaljeziyi uygulayan ekip, gelişebilecek komplikasyonlar hakkında gerekli bilgiye sahip olmalı ve komplikasyon geliştiğinde müdahale edebilecek yeterlilikte olmalı
- Ajan seçiminde uygulanacak işlem için gerekli sedasyon düzeyi, işlem süresi ve hastaya ait faktörler ve klinisyenin tecrübesi etkili olmalı
- Deksmetomidin daha yaygın kullanımı ?
- Gelecek dönemde girişimsel işlemler için prosedürel sedoanaljezinin yerini daha spesifik müdahaleler olan USG eşliğinde yapılan sinir bloklarının alabileceği unutulmamalı

Acil Serviste KOAH Alevlenme ve Astım Atak Tedavisi

Uz.Dr. Davut TEKYOL

Geyve Devlet Hastanesi

KOAH Alevlenme

Hastane öncesi

KOAH alevlenme ile hastane öncesinde değerlendirilen hastalara kontrolsüz oksijen başlanmamalı, Hiperkapniye yol açabilir ya da arttırabilir.

- SpO2 %88-92 hedeflenmelidir.
- Nazal kanül ya da venturi maskesi kullanılmalıdır.
- Hedef SpO2'ye ulaşamayan ya da solunum sıkıntısı devam eden hastalara hastane öncesinde non-invaziv mekanik ventilasyon (CPAP veya BiPAP) başlanması düşünülebilir.

KOAH Alevlenme

Hastane öncesi

KOAH alevlenmesi şüphesi olan hastalarda kısa etkili bronkodilatör tedaviye hastane öncesinde başlanabilir.

- Hiperkapniye yol açma riski nedeniyle, nebulizatör maskesinin oksijen kaynağına bağlanması ve bu yolla nebul uygulanması önerilmez

Acil Servis Yönetimi

KOAH Alevlenme

Yüksek triaj Sarı Kırmızı monitör, damar yolu, vital bulgular, Oskültasyon, kan örnekleri, arter kan gazı, oksijen sat %88-92 olacak şekilde oksijen ver.

Kısa etkili bronkodilatör başla ve sık aralıklarla tekrarla, Ekg, Akciğer grafisi, Toraks bt, Non invaziv veya invaziv mekanik ventilasyon endikasyonu varsa hızlı hareket et, hazırlık yap.

Tedavi

KOAH Alevlenme

Ayırıcı tanıları düşünölmeli, ek testler istenmeli

Antibiyotik ve kortikosteroid ihtiyacını değerlendir.

Tedaviye yanıtı izle, diğeri bozuklukları düzelt (asit baz, elektrolit, böbrek fonk) Yatış / yoğun bakım? Yatış gerekenlere DVT profilaksisi.

Tedavi yanıtı var. Hastaneye yatış ihtiyacı yok.

Taburcu et tedaviyi düzenle.

Ayırıcı tanıları

KOAH Alevlenme

Kalp yetmezliği: Takipne, ortopne, efüzyon, pretibial ödem, Bnp, NT-proBnp, eko

Pulmoner emboli: koah ile uyumsuz hipoksi, dvt, Af,

D-dimer?, Toraks BT Anjiyo, Eko, Alt ekstremite doppler

Pnömotoraks: Tek taraflı sol seslerinde azalma, tedaviye yanıtın olmaması, NIMV/IMV altında kötüleşme, eski px

Pnömoni: Ateş, Ral, İnfiltrasyon, CRP, Procalcitonin

Disritmiler: Yeni başlangıçlı çarpıntı, dispne,

Akut koroner sendrom: Dispne ,göğüs ağrısı, akut kalp yetmezliği bulguları

Tedavi

KOAH Alevlenme

Nefes darlığının temel nedeni bronkokonstrüksiyondur. Havayollarındaki inflamasyona bağlı olarak bronş düz kaslarındaki kasılma bu duruma neden olmaktadır.

Kısa etkili β 2-agonistler dakikalar içinde etki gösterirler ve 15-30 dakikada maksimum düzeye ulaşır; etkileri 4-6 saat kadar sürer. Uzun yıllardır kullanılmasına rağmen genellikle yan etkiler nedeniyle maksimal dozdan kaçınılmakta ve etkili bronkodilatasyon sağlanamamaktadır.

Tedavi

KOAH Alevlenme

Kısa etkili β 2 agonistler, kısa etkili antikolinerjikler ve metilksantinler bronkodilatasyona neden olmaktadır.

Bu ilaçlar ayrıca, sekresyonlara ve mukosilyer klirens üzerine de etki göstermektedirler.

KOAH alevlenme tedavisinde ilk basamak tedavi, kısa etkili antikolinerjikler eşlik etsin ya da etmesin, kısa etkili β 2 agonistlerin başlanması önerilmektedir.

Tedavi

KOAH Alevlenme

Salbutamol: Nebülizatör ile 2,5 mg (serum fizyolojik ile toplam 3 mL'ye seyreltilerek) saatte bir ve daha sonra yanıtı göre 2-4 saatte bir verilebilir.

Nebulize salbutamol dozunun 5 mg'a yükseltilmesinin spirometri veya klinik sonuçlar üzerinde anlamlı bir faydası yoktur. Sürekli nebulize beta agonist uygulaması, yan etkileri artırabileceği gibi, KOAH'ta bir avantaj sağladığı da gösterilmemiştir.

Tedavi

KOAH Alevlenme

KOAH alevlenme ile Acile başvuran hastalarda mortalite, yoğun bakım yatışı, tekrar başvuru ve maliyet açısından steroidin sistemik ya da inhaler uygulanması gerektiği konusunda yeterli kanıt ve öneri yoktur.

• Acile başvuran KOAH alevlenme hastalarında öncelikle sistemik steroid kullanımı önerilmekle birlikte; mevcut kanıtlar, hastane yeniden başvurusu açısından sistemik tedavinin nebül tedavisine üstünlüğünün olmadığını göstermektedir.

Tedavi

KOAH Alevlenme

Alevlenmede ilk seçenek inhale bronkodilatatör olarak kısa etkili β 2-agonistler ve/veya inhaler antikolinerjikler

kullanılmalıdır.

- Acil serviste uygulanacak inhaler tedaviler ÖDİ veya nebülizatörler yardımıyla gerçekleştirilebilir.
- Nebül uygulaması oksijen kaynağı yardımıyla gerçekleştirilmemelidir.
- KOAH alevlenmelerinde metilksantin türevleri (aminofilin, teofilin) kullanılmamalıdır.

Tedavi NIMV

KOAH Alevlenme

Akut hiperkapnik solunum yetmezliği gelişmiş olan ($pH \leq 7,35$, $PaCO_2 > 45$ mmHg) hastalarda, Standart oksijenizasyon yöntemlerine dirençli, solunum sıkıntısının devam ettiği ve solunum kas güçsüzlüğü gelişmesine aday olan hipoksemik hastalarda; kontrendikasyon bulunmaması halinde NIMV uygulaması öncelikli olarak düşünülmelidir.

Yatış

KOAH Alevlenme

İsritahatte nefes darlığının aniden artması, yüksek solunum hızı, azalmış oksijen saturasyonu, konfüzyon, uyku-
lu hal.

Akut solunum yetmezliği.

Yeni fizik bulgularının ortaya çıkması (örn. Siyanoz, periferel ödem).

Başlangıç tedavisine yanıt alınamayan alevlenme.

Ciddi komorbidite varlığı (örn. Kalp yetmezliği, yeni ortaya çıkan aritmiler)

Ev bakımının yetersiz olduğu durumlar.

Astım atak

Astım atağı; ilerleyen nefes darlığı, öksürük, hırıltı veya göğüste baskı hissinin ortaya çıkmasıdır.

- Tetikleyiciler ve kullanılan antiinflamatuvar tedavinin yetersiz kalması başlıca iki nedenidir.

Tedavinin amacı, hava yolu obstrüksiyonunu olabildiğince hızla düzeltmek ve atak tekrarlarını önlemektir.

- Astım atağının temel tedavisi oksijen desteği, kısa etkili beta2-agonistler ve sistemik steroidlerdir. Kısa etkili antikolinergikler ağır ataklarda tercih edilmelidir.

- Akciğer grafisi çekilmesi ve antibiyotikler rutin olarak önerilmez.

Astım atağı ile karışabilecek acil klinik durumlar

- Akut epiglottitis
- Vokal kord disfonksiyonu (adolesan ve erişkinlerde)
- Yabancı cisim aspirasyonu
- Akut bronşit, bronşiolit ,Pnömoni
- Pulmoner ödem
- Pulmoner emboli
- KOAH, bronşektazi
- Sol kalp yetmezliği

• Hiperventilasyon sendromu

Tedavi

Astım atak

Oksijen: oksijen satürasyonu %93-95 olacak şekilde nazal kanül ya da maske ile oksijen verilmelidir.

Hasta stabil duruma geçince oksijen tedavisi ihtiyaca göre pulse oksimetre ile değerlendirilip azaltılarak kesilebilir.

İnhale kısa etkili beta2-agonistler sık aralıklarla başlanmalıdır.

Tedavi

Astım atak

Sistemik kortikosteroidler: Atağın düzelmesini hızlandırdığı ve relapsları engellediği için hafif-orta, ağır tüm astım ataklarında önerilmektedir . (i.v prednizolon 1mg/kg max 50mg)

Mümkünse başvurudan sonraki ilk 1 saat içinde başlanması gereklidir.

Hafif orta şiddette astım atağıyla başvuran çocuklarda yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, tek doz intramusküler deksametazon asetatın 5 gün oral prednizolon tedavisi ile benzer sonuçları olduğu görülmüştür.

Hastanın oral tedaviye uyumu konusunda şüphe mevcutsa, acil servisten taburcu olurken intramusküler kortikosteroid enjeksiyonu yapılabilir.

Tedavi

Astım atak

Sistemik kortikosteroid verilmeyen hastalarda başvurunun ilk saati içinde verilen yüksek doz İnhale Kortikosteroid hastaneye yatış oranlarını azaltmaktadır.

Tedavi

Astım atak

İpratropium bromide: Acil serviste SABA (Short acting Beta agonists) ve kısa etkili bir antikolinergik olan ipratropiumun birlikte kullanılması, tek başına SABA ile kıyaslandığında daha az hastane yatışı ile ilişkili bulunmuştur.

Aminofilin ve teofilin: İntravenöz aminofilin ya da teofilin, zayıf etkinlik ve güvenilirlikleri nedeniyle kullanılmamalıdır.

Aminofilin alan grupta kusma, aritmi ya da çarpıntı daha çok görülmüştür.

Tedavi

Astım atak

Magnezyum: İntravenöz magnezyum sülfatın astım ataklarında rutin kullanımı önerilmemekle birlikte, en az 20 dakikadan uzun sürede toplam 2 gr olacak şekilde tek sefer yapılan infüzyonu ilk tedaviye yanıt vermeyen ve persistan hipoksemisi olan hastalarda hastane yatışlarını azalttığı gösterilmiştir.

Tedavi

Astım atak

Antibiyotikler: Enfeksiyonu destekler nitelikte ateş, pürülan balgam ya da akciğer radyografisinde pnömoni görüntüsü gibi güçlü bulgular olmadığı sürece astım ataklarında antibiyotik kullanımı destekleyecek kanıt yoktur

Noninvazif ventilasyon (NİV): Astımda NİV'in rolü ile ilgili kanıtlar zayıftır. Ajite hastalarda NİV denenmemeli,

NİV uygulanan hastalar yakından takip edilmeli ve hastalar NİV uygulamak için sedatize edilmemelidir.

Astım Ataklarının Doğal Seyri

Atakların çoğu tedavi ile 2-3 saat içinde düzelir ve hastalar acil servisten evlerine gönderilebilir.

Eve gönderilen hastaların %3'ü 24 saat, %7'si ise bir hafta içinde acil servise tekrarlayan atakla geri döndüğü bildirilmiştir.

Acil servise başvuran ağır astım ataklarının %20-30'u ise acil servis tedavisine iyi yanıt vermemekte, daha uzun süreli tedavi ve yakın gözlem altında tutulmak için hastaneye yatırılmaları gerekmektedir.

Taburculuk Kriterleri

- SABA'lara 3-4 saatten daha kısa aralıklarla gereksinim olmaması,
- SaO₂ > %90 olması (oda havasında),
- Hastanın rahatça yürür durumda olması

Gece ya da sabaha karşı nefes darlığı ile uyanmıyor olması,

- Fizik incelemenin normal ya da normale yakın olması,
- İnhalerleri düzgün durumda kullanıyor olması

Yatış için değerlendirilmesi önerilen hasta grupları

Kadın cinsiyet,

İleri yaş,

Önceki 24 saatte ≥ 8 puff ve üzeri beta2-agonist almış olmak,

Daha önce ciddi atak öyküsü (entübasyon, sık başvuru),

Daha önce oral kortikosteroid kullanımı gerektiren plansız hastane ve acil servis başvurusu olması

Atağın şiddeti (örn;başvuruda resüstasyon yada hızlı tıbbi müdahale ihtiyacı, solunum sayısı >22 /dk, oksijen saturasyonu <%95)

Kaynaklar:

Erişkin ve Adölesanlarda Astım Tanı ve Tedavi Rehberi 2020

Astım Tanı ve Tedavi Rehberi 2020 Güncellemesi

Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji & Derneği ve Türk Toraks Derneği Koah ve Astım Rehberleri

KOAH Alevlenmesi Yönetimi, Klinik Uygulama Rehberi 2021

Türk Toraks Derneği & TATD

Kontrast Madde Yararlı mı? Zararlı mı?

Prof. Dr. Erdem Çevik

Kontrast madde acil tıp pratiğinde birden fazla alanda kullanılmaktadır. Gerek görüntüleme aşamasında gerekse tedavi amaçlı yapılan girişimsel işlemlerde kontrast madde bizler için vazgeçilmezdir. Fakat günlük pratikte kullandığımız kontrast maddelerin faydalarının yanında istenmeyen etkileri de ortaya çıkabilmektedir. Kontrast madde nin istenmeyen zararlı etkilerini

- Allerjik reaksiyon
- Ekstravazasyon
- Kardiyak olaylar
- Nefropati

şeklinde sıralayabiliriz.

Bu etkiler içerisinde allerjik reaksiyonlar iyotlu kontrast maddelerde % 0,6 (%0,04 ciddi), gadolinyumlu kontrast maddelerde % 0,01- 0,22 (%0,008 ciddi) oranında görülmektedir. Modern iyotlu kontrast maddeler ile eskiden kullanılan kontrast maddelere göre allerjik reaksiyon sıklığı azalmıştır. Fakat hasta değerlendirmesi yaparken şu durumlar göz önünde bulundurulmalıdır;

- Başka bir madde veya ilaca alerji kontrast alerji riskini sadece 2-3 kat artırır ve premedikasyon veya geri çekilme gerektirmez
- Kabuklu deniz ürünleri veya povidon iyot allerjisi olanlar iyotlu kontrast madde için diğer allerjik hastalardan hafa fazla risk taşımaz
- Alerji riskini değerlendirmede en önemli olan DAHA ÖNCE KULLANILAN KONTRAST MADDEYE ALLERJİK REAKSİYON. Eğer varsa kullanılmamalı ve tür değiştirmelidir.

Çekim öncesi premedikasyon konusunda ise yüksek riskli hastalarda NNT (number needed to treat) (fayda sağlamak için tedavi edilmesi gereken hasta sayısı) herhangi bir reaksiyonu önlemek için 69, ciddi reaksiyonları önlemek için 569, mortaliteyi önlemek için 50.000 olarak verilmektedir. Bu nedenle standart premedikasyon önerilmemekte olup hastaya göre risk ve yarar özelleştirilerek değerlendirilmelidir.

Kontrast madde sonrası gelişen kardiyak olaylar ise şu hastalar için artan riske sahiptir;

- Anjina veya minimal eforla konjestif kalp yetmezliği semptomları olan hastalar
- Ciddi aort stenozu,
- Kardiyak aritmiler,
- Primer pulmoner hipertansiyon
- Ciddi ancak kompanse kardiyomiyopatisi olan hastalar

Fakat riskte artış olsa da bu işlemten vazgeçmeyi gerektirmez.

Kontrast madde sonrası en sık karşılaşılan komplikasyonlardan biri ekstravazasyon olup % 0,1 – 1.2 çekimde bir görülmektedir. Ektravazasyon olan hastaların %1'inden azında kompartman sendromu ve/veya ülserasyon

doku nekrozu gelişebilmektedir. Bu hastalarda komplikasyonların önlenmesi için mutlaka damaryolunun işlem öncesi test edilmesi ve damar yollarının el ve ayak dorsali gibi bölgelerden açılmamasına özen gösterilmelidir. Ekstravazasyon gelişen hastalarda elevasyon, soğuk uygulama gibi non spesifik yaklaşımlar uygulanmakta olup bilinen net bir tedavi yaklaşımı yoktur. Kompartman sendromu gelişen hastalarda cerrahi ve ülserasyonda yara bakımı önemlidir.

➤ Kontrast nefropatisi en korkulan ve belki de en fazla dikkat ettiğimiz ve korktuğumuz zararlar içerisinde-
dir. Kontrast nefropatisi bazal kreatinini değerinin 1,5 – 1,9 katına çıkması veya 0,3 mg/dl artış olarak tanımlan-
maktadır. Ayrıca 6 saatte 0,5 ml/kg/saat ten az idrar çıkışı da nefropati olarak kabul edilmektedir. Fakat nefro-
patiye neden olan şeyin altta yatan hastalıklar ve klinik durum mu yoksa verilen kontrast madde mi olduğu halen
tartışma yaratmaktadır. Özellikle bu hastalarda bir risk değerlendirmesi yapmak önemli hale gelmekte ve buna
göre yüksek riskli hastaları belirleyerek hasta yönetimini ona göre yapmak gerekmektedir.

Literatürde kontrast nefropatisi insidansı %12 -50 civarında gösterilmekte olup yapılan çalışmaların heterojen
olması nedeniyle çok farklı sonuçlar görülmektedir. Fakat yapılan çalışmalarda intraarteriyel işlemlerde intravenöz
çekimlere nazaran daha yüksek oranda görülmektedir. Ayrıca yüksek ozmolariteli kontrast maddelerde noniyo-
nik düşük ozmolariteli iyotlu kontrast maddelere oranla daha fazla görülmektedir. Fakat çalışmalarda en fazla
ön plana çıkan durum eGFR ve bu değer de <30 olması. Çünkü yapılan çalışmalarda eGFR> 30 olan hastalarda
kontrast verilmesinde nefropati riski belirgin artmazken <30 olan hastalarda risk % 14'den %35'e çıkmaktadır.
Kontrast nefropatisi gelişimini önlemek için premedikasyon ile ilgili literatürde çok sayıda çalışma mevcut olup
asetilsistein konusundaki kanıtlar yeteri kadar açık bulunmamış bazı çalışmalar olumlu sonuçlar verirken diğ-
erlerinde yeteri kadar kanıt sunulamamıştır. Yine bir başka çalışmada intravenöz hidrasyon yapılan ve yapılmayan
randomize gruplar arasında kontrast nefropatisi gelişimi açısından fark tespit edilmemiştir. Ayrıca kronik hemo-
dializ alan anürik hastalarda herhangi bir önlem alınmasına gerek yoktur. Oligürik hastalarda (periton diyalizi,
kronik hemodiyaliz, ancak hala idrar yapan) veya akut böbrek hasarı için geçici diyaliz alan hastalarda, intravenöz
iyotlu kontrast ile anüriye veya kalıcı hemodiyalize ilerlemeyi hızlandırma riski teorik olarak vardır, ancak henüz
kanıtlanmamıştır. Bu hastalar ciddi böbrek fonksiyon bozukluğu olanlara benzer şekilde yönetilmelidir.

Kontrast maddelerin faydaları ise uygun hastada yapılması halinde saymakla bitmeyecek kadar fazla olup gün-
lük pratikte aort diseksiyonundan pulmoner emboliye, karın ağrısından inmeye kadar çok sayıda hastada görün-
tülme, miyokard enfarktisi, inme, stent yerleştirilmesi vb birçok işlemde ise tedavinin şekillendirilmesi amacıyla
kullanılmaktadır.

AFET DURUMUNDA ALAN TRIYAJI VE YÖNETİMİ

Doç. Dr. İsmail Tayfur

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afet Tıbbı Doktora Programı

Şiddetli bir afetin hemen ardından çok kısa sürede çok fazla sayıda can kaybı ve yaralı ile karşılaşılır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) afetlerde ve diğer kitlesel olaylarda, sahadaki kazazedelerin yönetimini –Casualty Management- şu şekilde tanımlamaktadır: Hayatta kalanların sayısını en üst düzeye çıkarmayı, yaralanmaları ve olası hastalık salgınlarını önlemeyi ya da bunları en aza indirmeyi amaçlayan kurum ve kuruluşların iş birliği ile etkilenen bölgedeki yaralıları için eldeki sınırlı kaynakların verimli bir şekilde kullanılması ve kazazedelerin hastanelere nakledilmesi sürecidir.

Dünya genelinde afet ve kitlesel kazalarda olay yerinde kazazedeleri aciliyet düzeyine göre sınıflandırmak için yaklaşık 17 farklı triyaj sistemi kullanılmaktadır. Ancak bu sistemlerin kazazedeleri gerçekte bulundukları aciliyet düzeyine göre aşırı-triyaj (over triage) ya da düşük-triyaj (under triage) kategorilerine yerleştirme oranlarının kabul edilebilir eşiğin üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu nedenle saha triyaji için daha güvenilir sistemlerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu amaçla kullanılan yeni yöntemlerden biri triyajda dronlardan yararlanılmasıdır.

Alanda/sahada tıbbi yardımda triyajdan sonra, yaralıların hastanelere güvenli bir şekilde nakledilmesi için gereken acil bakım desteği ve stabilizasyon sağlanır. Transport modu, kara ulaşım ağının etkilenmesi, mevcut araçlar, altyapı hasarı, personel gereksinimi gibi faktörler bir arada değerlendirilerek belirlenir.

Afet durumunda alan yönetimi çeşitli nedenlerden dolayı birçok zorluk barındırmaktadır: afet bölgesine aşına olmama, ulaşım ağlarının kesintiye uğraması, kaynakların kıtlığı, afet nedeniyle kurtarma ve sağlık ekiplerinin hayatını kaybetmesi

Arama kurtarma ekiplerinin olay yerinde müdahale sırasında karşılaştıkları güçlükler: halkla karşı karşıya kalma, enkaz sahasında can güvenliğinin tehlikeye girmesi, hırsızlık ve yağmalama, bulaşıcı hastalık riski, arama kurtarma ekiplerinin yanlış yönlendirilmesi, ekiplerin bölgedeki organizasyonunun yetersizliği, iletişim sağlanamaması, psikolojik zorlanma, cesetlerle karşılaşmanın verdiği gerginlik

Sağlık ekiplerinin olay yerinde müdahale sırasında karşılaştıkları güçlükler: hırsızlık/yağmalama olayları, ekiplerin koordinasyonunu sağlamada güçlük, tıbbi ve teknik personel yetersizliği, aşırı hasta yoğunluğu, kişisel gereksinimler ile ilgili sorunlar, dijital sistemlere erişim sağlanamaması, iletişim sorunları, kimliklendirme sorunu, tükenmişlik

Olay yerinde müdahale sırasında karşılaşılan lojistik nedenli güçlükler: ekipman teçhizat yetersizliği, iş makinelerinin yetersiz kalması, gelen yardım malzemelerinin dağıtımında aksaklık, kıyafetlerin hava koşullarına ve operasyona uygun olmaması, vatandaşların yardım çabalarının hasta naklini, ekip transportunu engellemesi, il içinde transport için yeterli/gerekli taşıt bulamama.

Afetlerde alan yönetimi “halk sağlığı sistemini” oluşturan farklı kurum ve kuruluşların iş birliğini ve disiplinler arası bir çalışmayı gerektirmektedir. Bu bakımdan halk sağlığı sisteminin afetlere karşı dayanıklılığının artırılması afetlerde etkili alan yönetimi için oldukça önemlidir. UNDRR (Birleşmiş Milletler Afet Riskini Azaltma Ofisi) ve WHO tarafından desteklenen ve dokuz ülkenin katılımıyla gerçekleştirdiğimiz bir projemizde ülkemizde halk sağlığı sisteminin dayanıklılığının artırılması için gerekli eylem planları konusunda çalışmalarımızı sürdürmekteyiz.

Acilde Uсталık Dönemi - NİMV ve İMV Uygulamaları**Doç. Dr. Murat DAŞ**

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Acil servislerde solunum yetersizliği veya trakeal entübasyon yapılan her durumda mekanik ventilasyon ihtiyacı olmaktadır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kardiyojenik pulmoner ödem pnömoni, akut respiratuar distres sendromu (ARDS) gibi hastalıklarda mekanik ventilasyon desteği sıklıkla uygulanmaktadır. Mekanik ventilasyonun fizyolojik amaçları; oksijenizasyonu desteklemek, alveolar ventilasyonu sağlamak, akciğer volümünü veya fonksiyonel rezidüel kapasiteyi artırmak ve solunum kaslarını dinlendirmektir. Klinik kullanımdaki amaçlar ise; hipoksiyi düzeltmek, solunumsal asidozu düzeltmek uygun sedasyon sağlamak, nöromusküler blokaja izin vermek, intrakranial basıncı azaltmak, sistemik oksijenizasyonu düzenlemek ve miyokart oksijen tüketimini azaltmaktır.

Mekanik ventilasyon uygularken yapılması gereken ayarlar; tidal volum, fraksiyone oksijen (FiO₂), pozitif ekspirasyon sonu basınç (PEEP), solunum sayısı, inspirasyon-ekspirasyon oranı, dakika ventilasyon, pik inspiratuar basınç, akım hızı ve tetikleme duyarlılığıdır.

Acil servislerde en sık kullanılan invaziv mekanik ventilasyon modları hacim ve basınç kontrollü modlardır. Destekli mekanik ventilasyon modları ise asiste kontrollü, senkronize aralıklı zorunlu ventilasyon ve basınç destekli ventilasyondur.

Hacim kontrollü ventilasyon, ayarlanmış bir tidal volümün akciğerlere verilmesidir. Inspirasyon hacmi ve akış hızı kullanıcı tarafından belirlenir. Akciğer basınçları direnç ve komplianceye göre değişkenlik gösterebilir. Ana faydası dakika ventilasyonu garanti etmesidir.

Basınç kontrollü ventilasyon akciğerleri genişletmek için havayoluna belirli miktarda basınç uygulanmasıdır. Hedef basınç ve inspirasyon süresi kullanıcı tarafından belirlenir. Verilen tidal volüm ve inspiratuar akım hızı değişkenlik gösterir. Barotravma riski azdır. Ağır astım veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) solunum yetmezliği olan hastalarda faydalıdır.

İnvaziv mekanik ventilasyon uygulamasında bazı önemli komplikasyonlar açısından dikkatli olunmalıdır. Bu komplikasyonlardan başlıca olanları; barotravma, ventilatör ile ilişkili akciğer hasarı, oto-PEEP, kafa içi basıncı artışı, oksijen toksisitesi, azalmış kalp debisi ile birlikte hipotansiyon ve ventilatör ilişkili pnömonidir. Akciğerde hasar oluşumunu engellemek veya azaltmak adına havayolu basıncı ve tidal volüm düşürülebilir. Alveolar kollapsı önlemek ve oksijenizasyonu artırmak için PEEP ayarını optimize etmek gerekir. Oksijen toksisitesinden kaçınmak için kısa sürede FiO₂'yi düşürme sağlanmalıdır. Yatak başını 30 derecelik açı ile kaldırmak ventilar ile ilişkili akciğer hasarını azaltabilir.

Mekanik ventilatör ile takip edilen hastalarda ani gelişen sorunları gidermek için şu adımlar izlenebilir; hemodinamik bozulma gelişirse mekanik ventilasyon durdurulup balon mask ile manuel solunuma geçilir. Bu durumda tansiyon pnömotoraks, masif pulmoner emboli ve artmış oto-PEEP düşünülmeli ve bunlara yönelik yönetim sağlanmalıdır. Hemodinamik bozulma olmaksızın sıkıntıya giren hastada mekanik veya fizyolojik patolojiler gelişmiş olabilir. Mekanik olarak; endotrakeal tüpün bronşa ilerlemesi, endotrakeal tüp tıkanması, tüp kafında kaçak, istemsiz ekstübasyon ve ventilatör devresinde kaçak araştırılmalıdır. Fizyolojik olarak değerlendirilmesi gereken patolojiler ise kötüleşen akciğer compliance, kötüleşen havayolu obstrüksiyonu, abdominal distansiyon ve ağrı veya yetersiz sedasyondur.

Non İnvaziv Mekanik Ventilasyon (NIMV):

Solunum yetmezliği olan ancak spontan solunumu olan hastalara maske yolu ile pozitif basınç uygulamsıdır. Kullanılan arayüz maskeleri nazal, oro-nazal, tam yüz veya helmet tipi maskeler olabilir.

Acil servislerde son yıllarda kullanım sıklığı artmıştır. KOAH akut alevlenmesi ve akut pulmoner ödem başlıca kullanım endikasyonlarını oluşturmaktadır. Bunun yanında yeni başlayan akut solunum sıkıntısı, post-operatif solunum yetmezliği ve ekstübasyon esnasında da kullanım alanları vardır.

Solunumsal arrest ya da hayatı tesdit eden hipoksemi kesin kontrendikasyonunu oluşturur. Geçirilmiş yüz, üst havayolu veya üst gastrointestinal cerrahi, yüz travması veya yanığı, üst havayolu obstrüksiyonu, havayolunun korunamaması gibi durumlar ise göreceli kontrendikasyonlarıdır.

NIMV sürekli pozitif havayolu basıncı (CPAP) ve bi level pozitif havayolu basıncı (BPAP) şeklinde uygulanabilir.

Hastaların uygulanan işleminden fayda görüp görmediği ile ilgili Non-Invasive Ventilation Outcome score (NIVO) ve kalp hızı, pH, bilinç, oksijenizasyon ve solunum hızını içeren HACOR skoru kullanılmaktadır.

Acilde Kirli Yara Bakımı ve Tetanoz Profilaksisi

Nedim Uzun

Yara, cilt ve yumuşak dokunun normal yapısının ve fonksiyonunun bozulmasıdır. Fiziksel, kimyasal ve biyolojik etkenlere bağlı olarak bu bozulma olabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık altı milyon insanın acil servislere yaralanma sebebiyle başvurduğu bilinmektedir.

Yaralar etnolojik olarak dörde ayrılır; künt yaralanma(*trafik kazası, darp, spor yaralanmaları, ısırık(hayvan,insan)*), penetran yaralanmalar(*delici kesici alet ve ateşli silah yaralanmaları*), cerrahi yaralanma, yanık(*ısı, kimyasal, elektrik, radyasyon ve soğuğa bağlı*).

Acilde yara bakımında anamnez ve muayene önemlidir. Hayatı tehdit eden bir yaralanma varsa Travma İleri Yaşam Desteği verilir. Nörovasküler muayene dikkatli yapılmalıdır. Eklem, damar, sinir yaralanması ve diğer cerrahi müdahale gerektiren yaralanmalar olmadığı durumlar minor yara olarak kabul edilir.

Beş santimetre üzerindeki yaralar, kontamine yaralar ve komorbid hastalık varlığında yara dikişi oniki saati geçmemelidir. Yaranın erken kapatılması hem enfeksiyon riskini düşürüyor hem de iyileşme sürecini kolaylaştırıyor.

Yaralanmanın mekanizması yara çevresi dokuların etkilenmesi bakımından önemlidir. Enfeksiyon ve akar doku oluşumuna zemin hazırlar. Künt ve yara dudakları düzgün olmayan yaralar yüksek risklidir. Özellikle çocuklarda yüz bölgesinden daha fazla yaralanma olmaktadır. Gerektiğinde plastik cerrahi konsültasyon istenmelidir.

Acilde yara bakımında hedef, bütünlüğün sağlanması, enfeksiyonun önlenmesi ve kozmetik açıdan doğru müdahalenin yapılmasıdır.

Kanama kontrolü yaranın doğru şekilde değerlendirilmesi için elzemdir. 10-15 dakika gazlı bez ile kompresyon veya turnike yapılabilir. Arter yaralanması varsa cerrahi planlanmalıdır. Yaranın incelenmesinden sonra uygun anestezi ve ağrı tedavisi uygulanmalıdır. Lidokain, en sık kullanılan lokal anesteziktir.

Debridman ile ölü dokuların uzaklaştırılması bakteriyel enfeksiyon riskini azaltır. Debridman yapılırken deri gerilim çizgilerine paralel yapılmalıdır.

İrrigasyon, bakteriyel yükün azaltılması ve yabancı cisimlerin uzaklaştırılmasına yardımcı olur. Serum fizyolojik ve distile su irrigasyon için kullanılabilir.

Yara kapatılırken yara yaşı, yaralanma mekanizması ve kontaminasyon derecesine göre klinik karar verilmelidir. Selülit ve abse varlığında yara açık bırakılır.

Doku kaybı, yabancı isim varlığı, geniş nekroz ve ısırık(*insan/hayvan*) gibi durumlarda yara sekonder iyileşmeye bırakılır. Enfeksiyon riski olan 3-5 gün üzerinden geçmiş yaralarda gecikmiş primer kapama yapılabilir. Bunun dışındaki durumlarda yaralar primer kapatılır.

Antiseptik olarak Povidon İyot kullanılır. Pansuman için de steril nemli gazlı bez kullanılır.

Tetanoz, Clostridium Tetani adlı spor oluşturan bakteri toksininin merkezi sinir sistemini etkilemesi ile karakterize istemsiz kasılma ve kontraksiyonlara sebep olan bir hastalıktır. Toprak, insan ve hayvan dışkı teması ile bulaşır. İnkübasyon süresi ortalama 15 gündür. Mortalite oranı %30'dur.

Tetanoz profilaksisi en güvenilir ve etkili tedavilerdendir. Her 10 yılda bir tekrarlanmalıdır. Enjeksiyon bölgesinde ağrı ve kızarıklık, ateş baş ağrısı, halsizlik, lenfadenopati ve anafilaksi gibi yan etkiler görülebilir. Güncel tetanoz profilaksisi Tablo 1'e göre yapılmalıdır.

Aşı hikayesi bilinmeyen veya tam aşılanmamış her türlü yaralanmalarda üç doz tetanoz toksoidi içeren aşı yapılmalıdır. İnsan tetanoz immunglobulini ise üç dozun altında aşısı olan veya aşı hikayesi bilinmeyen kirli yaralanmalarda kas içine 250 ünite olarak uygulanır. HIV enfeksiyonu veya ileri immün yetmezlik durumunda tetanoz hikayesine bakılmaksızın insan immunglobulini uygulanır.

Wound management and tetanus prophylaxis				
	TETANUS [§]		TETANUS [§]	
	Yes [§]	No	Yes [§]	No
<3 doses or unknown	Yes [§]	No	Yes [§]	Yes
≥3 doses	Only if last dose given ≥10 years ago	No	Only if last dose given ≥5 years ago [¶]	No

Appropriate tetanus prophylaxis should be administered as soon as possible following a wound but should be given even to patients who present late for medical attention. This is because the incubation period is quite variable; most cases occur within 8 days, but the incubation period can be as short as 3 days or as long as 21 days. For patients who have been vaccinated against tetanus previously but who are not up to date, there is likely to be little benefit in administering human tetanus immune globulin more than 1 week or so after the injury. However, for patients thought to be completely unvaccinated, human tetanus immune globulin should be given up to 21 days following the injury. Td or Tdap should be given concurrently to such patients.

DT: diphtheria-tetanus toxoids adsorbed; DTP/DTwP: diphtheria-tetanus whole-cell pertussis; DTaP: diphtheria-tetanus-acellular pertussis; Td: tetanus-diphtheria toxoids adsorbed; Tdap: booster tetanus toxoid-reduced diphtheria toxoid-acellular pertussis; TT: tetanus toxoid.

* Tetanus toxoid may have been administered as DT, DTP/DTwP (no longer available in the United States), DTaP, Td, Tdap, or TT (no longer available in the United States).

† Such as, but not limited to, wounds contaminated with dirt, feces, soil, or saliva; puncture wounds; avulsions; or wounds resulting from missiles, crushing, burns, or frostbite.

‡ The preferred vaccine preparation depends upon the age and vaccination history of the patient:

- <7 years: DTaP.
- Underimmunized children ≥7 and <11 years who have not received Tdap previously: Tdap. Children who receive Tdap at age 7 through 9 years should receive another dose of Tdap at age 11 through 12 years.
- ≥11 years: A single dose of Tdap is preferred to Td for all individuals in this age group who have not previously received Tdap; otherwise, Td or Tdap can be administered without preference. Pregnant women should receive Tdap during each pregnancy.

○ 250 units intramuscularly at a different site than tetanus toxoid; intravenous immune globulin should be administered if human tetanus immune globulin is not available. Persons with HIV infection or severe immunodeficiency who have contaminated wounds should also receive human tetanus immune globulin, regardless of their history of tetanus immunization.

§ The vaccine series should be continued through completion as necessary.

¶ Booster doses given more frequently than every 5 years are not needed and can increase adverse effects.

References:

1. Liang J., Yoon E., Moro P. et al. Prevention of Pertussis, Tetanus, and Diphtheria with Vaccines in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recommendations and Reports* 2018; 67:1.

2. Havers AT, Moro PL, Hunter R, et al. Use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid, and acellular pertussis vaccines: Updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2019. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 2020; 69:77.

Tablo 1

Kaynaklar

1. Edlich, R. F., Rodeheaver, G. T., Morgan, R. F., Berman, D. E., & Thacker, J. G. (1988). Principles of emergency wound management. *Annals of emergency medicine*, 17(12), 1284-1302.
2. DeBoard, R. H., Rondeau, D. F., Kang, C. S., Sabbaj, A., & McManus, J. G. (2007). Principles of basic wound evaluation and management in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 25(1), 23-39.
3. Herman, T. F., & Bordoni, B. (2020). Wound classification.
4. Liang, J. L., Tiwari, T., Moro, P., Messonnier, N. E., Reingold, A., Sawyer, M., & Clark, T. A. (2018). Prevention of pertussis, tetanus, and diphtheria with vaccines in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recommendations and Reports*, 67(2), 1.
5. Roper, M. H. (2004). Tetanus prophylaxis in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 43(3), 315-317.
6. Finkelstein, P., Teisch, L., Allen, C. J., & Ruiz, G. (2017). Tetanus: A potential public health threat in times of disaster. *Prehospital and disaster medicine*, 32(3), 339-342.
7. Drapkin, Z., Madsen, T. E., Weaver, N., & Soprano, J. V. (2021). Accuracy of parental-reported tetanus vaccination status for children with lacerations. *Pediatric Emergency Care*, 37(10), e640-e644.

8. Savage, E. J., Nash, S., McGuinness, A., & Crowcroft, N. S. (2007). Audit of tetanus prevention knowledge and practices in accident and emergency departments in England. *Emergency Medicine Journal*, 24(6), 417-421.
9. American College of Emergency Physicians. (1987). Tetanus immunization recommendations for persons less than seven years old. *Annals of Emergency Medicine*, 16(10), 1181-1183.
10. Callison, C., & Nguyen, H. (2021). Tetanus Prophylaxis. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
11. Seegoolam, M. Z., Bahrin, M. H. K., Ling, K., & Palejwala, A. (2020). The life-threatening risk of a dirty wound: a lesson from the past. *Cureus*, 12(8).
12. The Life-Threatening Risk of a Dirty Wound: A Lesson From the Past
13. Donken, R., van der Maas, N., Swaan, C., Wiersma, T., Te Wierik, M., Hahné, S., & de Melker, H. (2014). The use of tetanus post-exposure prophylaxis guidelines by general practitioners and emergency departments in the Netherlands: a cross-sectional questionnaire study. *BMC Family Practice*, 15(1), 1-7.
14. Havers, F. P., Moro, P. L., Hunter, P., Hariri, S., & Bernstein, H. (2020). Use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid, and acellular pertussis vaccines: updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices—United States, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(3), 77.

Kuduz Riskli Temas Vakalarının Yönetimi

Oğuzhan Bol

Genel Bilgiler

- + Dünya çapında 3,3 milyardan fazla insan kuduzun enzootik olduğu bölgelerde yaşıyor. Kuduzla bağlı insan ölümlerinin yılda 59.000 ölüm olduğu tahmin edilmektedir.
- + Vakaların çoğu Afrika ve Asya'da meydana gelir ve esas olarak köpek rezervuarlarından kaynaklanır
- + Şüpheli ısırık vakalarının %40'ı <15 yaş çocuklardan oluşmaktadır.
- + Amerika Birleşik Devletleri'nde elde edilen yüzde 75'in çoğu yarasalara maruz kalma ile ilişkilendirilmiştir
- + Ülkemizde kuduzla yakalanma ihtimali olan hayvan türleri; köpek, kedi, sığır, koyun, keçi, at, eşek gibi evcil hayvanlar ile birlikte kurt, tilki, çakal, domuz, ayı, sansar, kokarca, gelincik gibi yabani hayvanlardır.
- + Ülkemizde ve dünyada güncel verilerle fare, sıçan, sincap, hamster, kobay, gerbil, tavşan, yabani tavşan ısırıklarında profilaksi gerekli değildir.
- + Dünyada her yıl 15 milyon aşılama yapılmaktadır ve tahminen yüzlerce-binlerce ölümü engellediği düşünülmektedir.
- + Türkiye'de yılda yaklaşık 250.000 şüpheli ısırık vakası mevcut olup yılda 1-2 kuduz vakası bildirilmektedir
- + Kuduz virüsü rabdoviridae ailesinden lyssavirüsler grubundandır, RNA virüsüdür.
- + Kuduz neredeyse her zaman ölümcüldür, ancak uygun yara bakımı ve temas sonrası hızlı profilaksi ile enfeksiyon önlenir.
- + Kuduz virüsünün yara yerine inokülasyonundan sonra santral sinir sistemine ulaşması günlerce veya haftalarca sürebilir. Bu nedenle, temas sonrası profilaksi koruyucu olabilmektedir.
- + Temas öncesi profilaksi de kuduzu önleyebilir ancak yara bakımı ve temas sonrası profilaksinin yerine geçmez.
- + İnkübasyon süresi alınan virüsün miktarına, virülansına, yaranın santral sinir sistemine olan yakınlığına ve bölgedeki sinir dokusunun sıklığına, yaranın büyüklüğüne ve ısırılan yerdeki koruyucu materyale (giysi, eldiven vs.) göre değişmektedir. Vakaların çoğunda inkübasyon süresi kısmen uzun iken (1-3 ay), %10-20 vakada 10-20 gün gibi kısa süreler söz konusudur ve nadiren bir yıldan daha uzun olabilir.
- + Kedi ve köpeklerde kuduz patogenezi araştırılan çalışmalarda virüs santral sinir sisteminden tükrük bezlerine ulaştıktan sonra 10 gün içinde hastalık belirtileri ortaya çıkmakta ve hayvan ölmektedir. Bir başka deyişle ısırılan hayvan salyasında virüs taşıyorsa 10 gün içinde ölmesi beklenir (Bu nedenle kedi ve köpeğin 10 gün gözlemi önerilir). Kedi ve köpek dışındaki hayvanlarda böyle bir süre verilemez ve gözlem önerilmez.
- + Ülkemizde eve giren yarasaların ısırığı veya evde yarası bulunması durumunda (doğal ortamdaki mağaralarda olan yarası teması vaka temelli değerlendirilir),
- + Soğukkanlı hayvanlar (yılan, kertenkele, kaplumbağa vb.) tarafından ısırılma durumunda,
- + Kümes hayvanları ısırıklarında,
- + Sağlam derinin yalanması, hayvana dokunma veya besleme,

- + Bilinen ve halen sağlam bir kedi veya köpek tarafından 10 günden daha önce ısırılma veya temas durumunda,
- + Yarasalarla her türlü temasta CDC kuduz profilaksisi önerirken
- + Daha sonra kuduz olduğu anlaşılan bir hayvanı beslemiş olmak, sağlam derinin hayvanın kan, süt, idrar ve/veya feçesiyle temas etmiş olması, pişmiş etini yemek, kaynatılmış veya pastörize edilmiş sütünü içmek veya bu sütle yapılan süt ürünlerini tüketmek,
- + Kuduz hastasına rutin bakım yapan riskli teması olmayan sağlık personeline (müköz membran veya bütünlüğü bozulmuş deri teması, ısırma vs.),
- + Kedi temaslarında; çıplak derinin hafifçe sıyrılması (deri altına geçmeyen yaralanmalar), kanama olmadan küçük tırmalama veya zedeleme şeklinde yaralanmaya sebep olan, provakasyon ile olmuş ısırılma dışı kedi temasları
- + Son 6 (altı) ay içinde tam doz kuduz temas sonrası profilaksi uygulanmış
- + kişilerde profilaksi gerekmez. Yüz bölgesinden yaralanma ve bağışıklığı baskılanmış kişilerde süreye bakılmaksızın profilaksi uygulanır.
- + Açık yara, kesi, müköz membranların tükürük, salya ve diğer nöral doku, hayvanlarda kullanılan canlı oral aşı gibi potansiyel enfekte olabilecek materyalle teması ve tırmalama da ısırık dışı kuduz riskli temas olarak kabul edilir.
- + Tüm yaralanmalarda yara yeri derhal bol su ile (basınçlı su veya hortum ucunun sıkılarak mümkün olduğu kadar jet akımın sağlanması şeklinde) ve sabunla iyice yıkanmalıdır ve sonra alkol veya iyotlu antiseptiklerden biri kullanılmalıdır.
- + Kuduzla ilgili hayvan çalışmalarda, tek başına yara temizliği kuduz olasılığını yüzde 90'a kadar azaltmıştır
- + Yaraya mümkün olduğu kadar dikiş ve benzeri girişim yapılmaması tercih edilir. Derin ve geniş yaralanmalarda, kozmetik faktörler ve enfeksiyon riski değerlendirilmelidir. Kuduz profilaksisi gerekiyorsa, virüsün sinir içine inokülasyon riskini en aza indirmek için yara çevresine ve içine kuduz immünglobulini yapıldıktan 2 saat sonra dikiş atılabilir.
- + Kuduz aşısı, temas öncesi veya sonrası profilaksi için uygulanır.
- + Temas öncesi profilakside 0 ve 7. günlerde bir doz olmak üzere toplam iki doz aşı IM uygulanır.
- + Temas sonrası
- + 4 Dozluk Aşı Şeması: 0., 3., 7. günlerde birer doz ve 14 ile 28. günler arasında dördüncü doz olmak üzere toplam dört doz uygulanır.
- + 2.1.1. Aşı Şeması: 0. gün 2 doz, 7. ve 21. günlerde birer doz olmak üzere toplam dört doz olarak uygulanır.
- + İmmün sistemi baskılanmış ya da immün yetmezliği olan kişilerde 21. veya 28. günde bir doz daha uygulanarak toplam üç doz aşı yapılır.
- + Kuduz aşıları, temas öncesi veya sonrası profilaksi için önerilen programlara göre 1 mL'lik dozlarda kas içine (İM) uygulanmalıdır
- + Zorunluluk durumunda kuduz aşıları diğer aşılar (canlı veya inaktif) ile eş zamanlı olarak, ancak farklı bir anatomik bölgeden olmak koşulu ile uygulanabilir.
- + 2.1.1 aşı şemasında 0. günde yapılan iki doz aşının her bir dozu farklı ekstremiteye uygulanmalıdır. İmmün sistemi baskılanmış ya da immün yetmezliği olan kişilerde 21. veya 28. günde bir doz daha uygulanarak toplam üç doz aşı yapılır.

- + Kuduz aşıları, temas öncesi veya sonrası profilaksi için önerilen programlara göre 1 mL'lik dozlarda kas içine (İM) uygulanmalıdır
- + Zorunluluk durumunda kuduz aşıları diğer aşılar (canlı veya inaktif) ile eş zamanlı olarak, ancak farklı bir anatomik bölgeden olmak koşulu ile uygulanabilir.
- + 2.1.1 aşı şemasında 0. günde yapılan iki doz aşının her bir dozu farklı ekstremiteye Uygulanmalıdır
- + Yetişkinlerde (yani ≥ 19 yaş), kolun deltoid kası, aşı uygulamasının kabul edilebilir tek İM bölgesidir.
- + 3-18 yaş arası çocuklarda kolun deltoid kası tercih edilmekle birlikte uyulğun anterolateral yönü kabul edilebilir bir alternatiftir.
- + 2 yaş ve altı çocuklarda uyulğun anterolateral yönü tercih edilir; ancak 12 aydan 2 yaşına kadar olan çocuklarda deltoid kas kütlesi yeterliyse kolun deltoid kası kabul edilebilir bir alternatiftir.
- + Aşı asla gluteal bölgeye uygulanmamalıdır çünkü bu daha düşük antikor titrelerine neden olabilir

İmmünglobülin Uygulaması

- + Heterolog (at kaynaklı) olanlarda 40 IU/kg, insan kaynaklı olanlar için 20 IU/kg olarak yapılmalıdır. Dozun artırılmasının hiçbir yararı yoktur ve hatta antikor yanıtını baskılayabilir.
- + İmmünglobülin asla aşıyla aynı enjektörle ve İmmünglobülin asla aşıyla aynı anatomik bölgeye yapılmaz.
- + İnsan RIG'sinin (HRIG) yarı ömrü yaklaşık üç haftadır
- + İmmünglobülinin tamamı, anatomik olarak uygun ise yara çevresine ve yara içine yapılmalı, anatomik olarak uygun değilse bir kısmı kompartman sendromu dikkate alınarak yara çevresine ve yara içine yapılmalı, geri kalanı sistemik olarak IM yolla (gluteal bölgeye yapılmamalıdır, öncelikle deltoid veya bacak anterolateral bölgesine) yapılmalıdır. Eğer önerilen doz miktarı tüm yaraya uygulamak için yetersiz kalıyorsa steril serum fizyolojik ile yaranın büyüklüğüne göre yeteri kadar sulandırılarak yara içine ve çevresine uygulanmalıdır.
- + [16]. Virüs nötralizasyonu en çok HRIG yaranın içine ve çevresine sızdığında etkilidir; Dolaşımdaki nötralize edici antikor seviyeleri, yaradan uzak bir bölgede kas içine uygulandığında düşük kalır
- + Tüm insan ısırıklarında antibiyotik profilaksisi verilmelidir.
- + Profilakside tercih edilecek antibiyotik
- + Erişkinlerde:
Amoksisilin-klavulanat (875-125 mg, 2x1 po veya 500-125 mg, 3x1po)
- + Çocuklarda:
Amoksisilin-klavulanat (45-100 mg/kg/gün, 2-3 doza bölünerek po)

Acil Tıp ve KBRN: Ne Kadar Biliyoruz?**Sevilay Vural**

Yozgat Bozok Üniversitesi

Bu başlık adı altında amaçlanan KBRN'ye acil tıp gözüyle bakıp bu konuda ne kadar bilgi sahibi olduğumuzu sorgulamaktır. Artık günümüzde asimetrik tehdit adı altında bir terminoloji mevcuttur. Mertçe dövüşmek, eşit koşullarda düello yapmak sadece tarih romanlarında bulunmaktadır. Asimetrik tehdit, yarattığı hazırlıksız durum ile ülkelerin siyasi sosyal ve ekonomik sistemlerinde istikrarsızlıklara neden olan, düşük seviyede kuvvet ve teknoloji kullanarak etkin olmaya amaçlayan girişimleri tanımlanmaktadır. Günümüzde ülkeler, çeşitli gruplar, sosyolojik oluşumlar birbirleriyle kılıçla, toplu tüfekte, büyük askeri birliklerle savaşmayı oldukça azaltmıştır. Basit bir zarf içerisinde bir biyolojik ajan koyup göndermeyi veya karşıt grubun teknolojik alt yapısını çökerterek karşıda hezimet yaratmayı tercih etmektedirler.

KBRN-P hakkında konuşurken öncelikle bu kısaltmanın temsil ettiği alt gruplardan bahsetmek gerekir. K harfi kimyasal, B harfi biyolojik, R harfi radyoaktif veya radyolojik, N harfi nükleer olayları temsil ederken, aslında daha sonradan eklenen bir de P harfimiz bulunmaktadır. P harfi ise patlayıcıların simgesi olarak kullanılmaktadır. KBRN olaylarının tarihsel süreci incelendiğinde aslında insanlık tarihi boyunca hükümdarlığın ya da önemli kişilik veya kişi gruplarının zehirlenerek öldürüldüğü aşıkardır. Ancak bu girişimler çok muhtemel biyolojik veya kimyasal ajanların kullanıldığı bireysel olayların ötesine geçmemektedir. 1763-64 yıllarında kolonist İngilizlerin Amerikan yerlerine çiçek hastalığı bulaştırmak enfekte battaniyeler verdiği bilgisi aslında tarihteki ilk kitlesel KBRN olayıdır. Bu olay aslında büyük tartışmalara yaratmıştır çünkü bazı İngiliz toplulukları bu konuyla ilgili tarihsel herhangi bir somut kanıtın olmadığını öne sürmektedirler. Bu şüpheli olayı geride bıraktığımızda ise hem biyolojik hem de kimyasal ajanların kitle kırımı için ilk kez Alman ordusu tarafından birinci Dünya Savaşı'nda kullanıldığı kayıt altına alınmıştır. KBRN olaylarının aslında yaşadığımız yüzyıldan çok uzak olduğu gerçeği düşünülmemelidir. Sadece son 40 yıla baktığımızda Chicago, Amerika, Rusya, İngiltere ve Suriye'de birçok KBRN olayı yaşanmıştır. Son beş yıl içerisinde ise gene benzeri olaylara tanıklık etmiş bulunuyoruz. Örneğin 2017'de İngiltere'de Manchester konser alanında bir bombalama gerçekleştirilmiştir. 2018'de ise Salisbury olayı olarak adlandırılan, "Novichok" isimli yeni nesil bir sinir gazının kullanıldığı hadise de çifte ajanlıkla suçlanan bir kişi ve yeğeni öldürülmüştür. Son üç yılımızı yoğun bir şekilde işgal eden Covid-19 pandemisi ise gene bir KBRN olayı olarak nitelendirilebilir. 12 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak ilan edilen Covid-19'un, 05 Mayıs 2023 tarihinde yani sadece iki gün önce pandemi durumu sonlandırılmıştır. Yaklaşık üç yıllık bu süreçte 6.900.000 bölümden sorumlu tutulmuştur. Covid-19 ajanının insan eliyle mi, bir laboratuvar hatası ile mi, yoksa doğal süreçlerle mi olduğu hala netlik kazanmamıştır. Son örnek ise sınır komşumuz olan İran'daki okul saldırılarıdır. Kasım 2022-Mart 2023 aralığında İran'daki kız öğrencilerin eğitim gördüğü birçok okulda 7000 kadar kız çocuğu zehirlenmiştir. Otuz bir İran eyaletinin en az 28'inde bu olaylar bildirilmiştir. Bu mağdurlar acil serviste özgül bir tedavi yokluğunda sadece destek tedaviler alabilmiştir. Bu saldırılarda tatsız, kokusuz ve renksiz gaz formunda bir ajan kullanıldığı tespit edilmiştir. Bu ajanın belirleme sürecinde birçok saygın toksikoloji uzmanının oluşturduğu bir konsorsiyum sonunda "nitrojen gazı" olduğu kararına varılmıştır. Aslında bu son örnek kullanılan ajanın tespit etmenin zorluğu, tanımlanmış ajanların bile özgül tespit araçlarının olmadığı ve yeni nesil ajanlara karşı ise ne kadar çaresiz olunabileceğini göstermektedir.

Bu uzak ve yakın tarihsel KBRN örneklerinden sonra KBRN ile ilgili bilgi düzeyimizi yansıtan çalışmaları değerlendirebiliriz. Bu literatür değerlendirmesinde öncelikle dünya genelinde, özellikle de gelişmiş ülkelerde KBRN ve acil tıp birlikteliğini değerlendiren çalışmaları irdeleyebiliriz.

- İlk örneğimizde Kanada'da 1028 katılımcı ile hastane öncesi personelin KBRN teorik ve pratik hazırlık düzeyi

araştırılmıştır (1). Çalışma sonucunda Kanadalı sağlık personellerinin büyük bir kısmının kontamine ortamları belirleme ve bu ortamlarda çalışma eğitimi almadıkları raporlanmıştır.

- İngiltere’de standardize ulusal eylem planı oluşturmanın, birden fazla eylem planına kıyasla daha yararlı olduğu olduğunu gösteren bir çalışma gerçekleştirilmiştir (2). İngiltere’deki bazı araştırmacıların gerçekleştirdikleri çalışmalar KBRN olaylarında standardize ulusal eylem planının önemini göstermiştir. Farklı eylem planlarının ne kadar benzeşse de (izolasyon ve çevreleme konularında) uyumsuzluklarının büyük çaplı olaylarda etkinliği düşüren bir faktör haline geleceğini öngörmektedirler.
- Amerika kaynaklı başka bir çalışma ise acil bakım sağlayıcıların KBRN olaylarını yönetmek için yeterince hazırlıklı olmadıklarını ortaya koymuştur (3). Daha önemlisi ise hazırlıklı olmayı ölçebilen geçerli ve kesin bir aracın olmadığı, bundan dolayı bu başlığın da netleştirilmeye muhtaç olduğu ortadadır. Aynı araştırmacılar sağlık hizmeti sağlayıcılarının cinsiyetlerini, mesleklerini ve deneyim düzeylerini dikkate alan standartlaştırılmış eğitim müfredatları, sağlayıcılar arasındaki bilgi boşluklarını kapatmaya ve acil servislerin KBRN hazırlıklarını güçlendirmeye yardımcı olabileceği önerisinde bulunmuştur.
- Almanya’da bir tıp fakültesinde gerçekleştirilmiş bir çalışmada ise kuruma özel KBRN eğitimi ve tatbikat sonrası konseptin uygulanabilirliğini, dekontaminasyon sürecinin süresini ve sıcaklık yönetimini ortaya koyma amacıyla alternatif bir eylem planı geliştirilmiş ve başarı ile uygulandığı gösterilmiştir (4).
- Ortadoğu coğrafyasında nispeten daha az örneğe rastlansa da yapılan bir çalışmada hastane öncesi sağlık personelinin KBRN müdahale bilgi ve tutumları değerlendirilmiş, katılımcıların eğitim sonrası tekrar değerlendirilmesi yapılmıştır. Sonuçlarına göre ise katılımcıların eğitim öncesi bilgi ve tutumların eksik/yetersiz olduğu görülmüştür (5).

Yukarıdaki literatür çalışmaları çoğunluğu tek merkezli olan tekil araştırmalardır. KBRN başlığı ülkelerin ulusal ve uluslararası güvenliği nedeniyle son yıllarda çok popülerleşmesine rağmen konuya yönelik meta-analizler ya da sistematik derlemeler sadece birkaç tanedir.

- Yapılan bir derlemede 1104 makaleden 17 makaleyi analiz etmişler (6). Analize dahil edilen makalelerin 8 alt başlık içerisi temel kıstas ölçütü olarak kullanılmış. Bu alt başlıklar tam kapasite KBRN yanıtı değerlendirme açısından kullanılmıştır.

1. Eğitim ve personel,
2. Planlama,
3. Kişisel Koruyucu Malzemeler
4. Risk değerlendirme,
5. Merkezin dekontaminasyon üniteleri,
6. Kontaminasyon tespiti,
7. Antidot varlığı/temini,
8. KBRN uzmanlarının bulunması

Çalışmaya dahil edilen hiçbir kurumun/hastanenin tam kapasite KBRN ile mücadeleye hazır olmadığı gösterilmiştir.

- İkinci Acil ve KBRN olayları ile ilişkili çalışmaların sistematik derleme örneği 60 çalışmayı analizlerine dahil etmiştir (7). Acil servis çalışanlarının bilgi ve davranış tutumlarına dayanarak KBRN yanıtı hazırlık etkinliği düşük tespit edilmiştir. Yazarlar bulgularının sonucunu ise “endişe verici” olarak yorumlamıştır.

KBRN olaylarını sevgili ülkemiz çerçevesinde değerlendirdiğimizde, henüz ulusal düzeyde birincil bir KBRN olayı-

na maruz kalmamış olmamız sevindiricidir. Ancak içinde bulunduğu Ortadoğu coğrafyası Türkiye'yi yüksek riskli hale getirmektedir. Ülkemizde T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD), KBRN olaylarında yetkili merci olarak işlev görmektedir. Bunun yanı sıra ülkemizde de KBRN farkındalığı son yıllarda artmıştır ve bu çerçevede bazı çalışmalara rastlanmaktadır. Bu çalışmalara örnek vermek yerinde olacaktır.

- Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Savunma Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Kimyasal Biyolojik Radyolojik ve Nükleer Savunma AD'de gerçekleştirilen akademik bir çalışmada 2 farklı acil serviste hizmet veren toplamda 67 acil çalışanı KBRN farkındalığı açısından karşılaştırılmış ve katılımcıların yalnızca %11,9'unda tam farkındalığa sahip olduğu görülmüştür (8).
- Başka çalışma örneği ise "Acil tıp çalışanlarının KBRN kazalarına karşı ilgi, bilgi ve tutum durumu araştırması" isimli 2019 tarihli yayındır (9). Bu çalışmada elde edilen çarpıcı bulgular ise
 1. Kamu tarafından (AFAD, YÖK, Sağlık Bakanlığı) hastaneye/acil servise KBRN hizmet desteği (eğitim, eğitim materyali, tatbikat desteği vb. fon) sağlandığını beyan eden acil servis klinik şefleri sayısı % 7,1 (n = 8)'dir.
 2. KBRN Olay Yönetim Sistemi açısından il çapında hastanenin rolünün belirlenmiş olduğu ve ilgili KBRN hizmet yürütücüsü kurumlarla protokolün mevcut olduğunu ifade eden acil servis klinik şeflerinin oranı % 17,2 (n = 20)'dir.

Üstteki iki ulusal akademik yayından yola çıkarak, içinde bulunduğumuz riskli coğrafya için çok hazırlıksız olduğumuz sonucu çıkarılabilir. Sevindirici olan ise ulusal tez merkezi içerisinde KBRN ilişkili tez çalışmaları incelendiğinde bu çalışmaların son 10 yıldır yapıldığı, özellikle son 5 yılda ise ivmelenmesidir. Akademik KBRN araştırmaları henüz çok bakir bir çalışma alanıdır. Bu çalışmaların tıbbi müdahale ve farkındalık kısmı araştırmacılarının savunma, afet ve acil tıp alanlarında olması elbette şaşırtıcı değildir. Bu konu başlığı içerisinde sözü geçmeyen akademik yayınlar genel olarak benzer birincil ve ikincil hedefleri içermektedir. Son yıllarda ise teknolojik altyapı destekli, KBRN triyaj ve olay yeri değerlendirme odaklı dron, acil durum kitleri ve ajan tespit sistemleri üzerine yoğunluğun artacağı öngörülmektedir.

Sonuç olarak, dünyada birçok ülke, ekonomik gelişmişlik durumundan bağımsız olarak KBRN olayları ile son bir asırdır kötü tecrübeler yaşamıştır. Özellikle gelişmiş ülkeler kasıtlı KBRN olayları için hedef alınmaktadır. Birçok ülkede ve ülkemizde KBRN farkındalığı ve ulusal eylem planları ortaya konulmuştur. Ancak acil tıp özelinde ne gelişmiş dünya ülkelerinde ne de ülkemizde KBRN farkındalığı, standardize tutum ve eylem yetkinliği oluşturulamamıştır. En önemlisi ise hazırlıklı olmayı ölçebilen geçerli ve kesin bir aracın bulunmaması ve KBRN ajanlarının tespiti için yeterli teknolojik altyapının olmamasıdır. Bu yüzden de KBRN olayları için hala çok zayıf ve kırılğan olduğumuz söylenebilir.

Kaynakça

1. Kollek, Daniel et al. "Chemical, biological, radiological and nuclear preparedness training for emergency medical services provider." CJEM vol. 11,4 (2009): 337-42. doi:10.1017/s1481803500011386.
2. Razak, S, Hignett, S, Barnes, J, Hancox, G. (2019). "Work as Done in the Emergency Department Response to CBRN Events: A Comparative Study". In: Cotrim, T., Serranheira, F., Sousa, P., Hignett, S., Albolino, S., Tartaglia, R. (eds) Health and Social Care Systems of the Future: Demographic Changes, Digital Age and Human Factors. HEPS 2019. Advances in Intelligent Systems and Computing, vol 1012. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-24067-7_10.
3. Kotor, Joseph G. "An assessment of Chemical, Biological, Radiologic, Nuclear, and Explosive preparedness among emergency department healthcare providers in an inner city emergency department." American jour-

nal of disaster medicine vol. 10,3 (2015): 189-204. doi:10.5055/ajdm.2015.0202.

4. Kippnich, Maximilian et al. "Managing CBRN mass casualty incidents at hospitals-Find a simple solution for a complex problem: A pilot study." Journal of emergency management (Weston, Mass.) vol. 20,1 (2021): 23-29. doi:10.5055/jem.0650.
5. Farhat Hassan et al, "Hazardous materials and CBRN incidents: Fundamentals of pre-hospital readiness in the State of Qatar". Journal of Emergency Medicine, Trauma & Acute Care (2021):35. doi:jemtac.2021.qhc.35.
6. Beik Mohammadi S et al. "Identification and Analysis of Parameters and Global Experiences of Hospital Preparedness Against Chemical, Biological, Radiological and Nuclear Disasters: A Scoping Review". Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences: vol.11,1 (2022): e123626. doi:10.5812/jcrps-123626.
7. Razak, Saydia et al. "Emergency Department Response to Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, and Explosive Events: A Systematic Review." Prehospital and disaster medicine vol. 33,5 (2018): 543-549. doi:10.1017/S1049023X18000900.
8. Eyison Ruşen Koray et al. "Evaluation of the Medical Chemical, Biological, Radiological, and Nuclear Awareness Level of Emergency Healthcare Professionals Serving on Different Centres". Journal of Basic and Clinical Health Sciences, vol.4, no.2, 2020, ss.174-179. doi:10.30621/jbachs.2020.1037.
9. Dönmez, Akif Mehmet. "Acil Tıp Çalışanlarının (KBRN) Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer Kazalara Karşı İlgi, Bilgi ve Tutum Durumu Araştırması". Thesis (Doctoral) Bezmialem Vakıf University, Disaster Medicine Doctorate Program, Istanbul, 2019.

ADRENAL YETMEZLİK

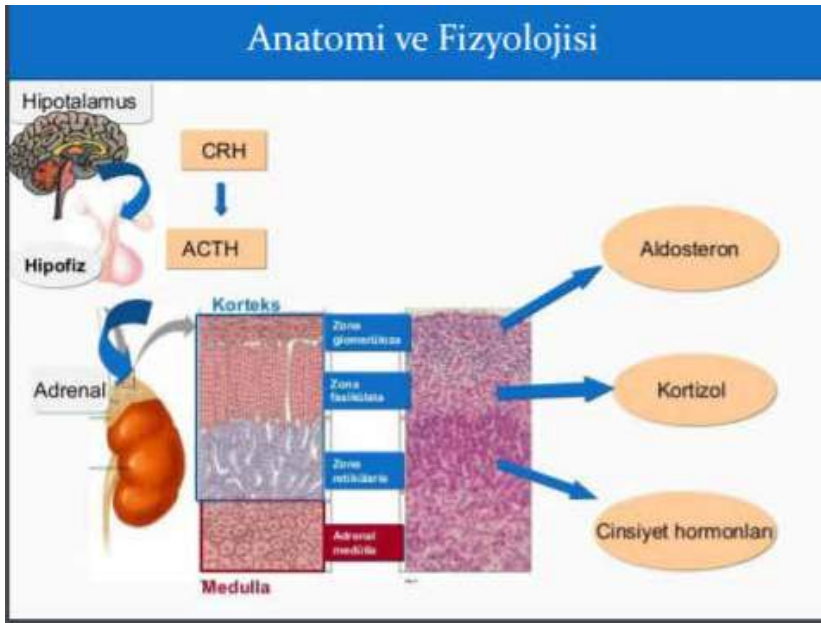
Sinan Karacabey

GİRİŞ

Adrenal yetmezliğin klinik prezentasyonu oldukça değişkenlik göstermektedir, semptomlar akut başladığında adrenal kriz bulguları görülebildiği gibi, kronik seyirli giden adrenal yetmezlik hastalarında diğer hastalıklarla karışabilen daha silik bulgular gözlenebilir. Bu nedenle adrenal yetmezliğe tanı koyabilmenin temeli klinisyenin aklına bu tanının gelmesi ve mevcut bulgular altında bu tanıdan şüphelenebilmekle başlar. Öncesinde bilinen adrenal yetmezlik tanısı olsun olmasın periferik vasküler kollaps (hipotansif şok) tablosu içinde olan herhangi bir hastada adrenal kriz durumu ayırıcı tanılarda muhakkak akla gelmelidir. Benzer şekilde herhangi bir hastada açıklanamayan ciddi hipoglisemi yada hiponatremi var ise yine acth yetmezliğine ikincil adrenal yetmezlik akılda bulundurulmalıdır.

GENEL PRENSİPLER:

Adrenal bez korteks ve medulla olmak üzere 2 temel katmandan oluşur. Adrenal korteks zona glomeruloza, fasikülat ve retikülaris olmak üzere 3 ayrı alt katman içerir. Glomerulozadan aldosteron, fasikülatadan kortizol, retikülarisden ise cinsiyet hormonları salgınlmaktadır. Adrenal medullada ise katekolaminler üretilir. Adrenal bezden salgılan kortizol ve cinsiyet hormonlarının üretiminde hipotalamustan salgılan CRH ve hipofizden salgılan ACTH uyarıcı rol oynar ve aralarında negatif feed back denge mevcuttur. Aldosteron salgınlmasının düzenlenmesinde ise renin anjiotensin sistemi rol alır



Bu sistemlerin etkilendiği seviyeye göre adrenal yetmezlik adlandırılması yapılmaktadır. Adrenal bezin kendisinde bir hasarlanma mevcut ise primer, hipofiz bezi patolojilerinde sekonder, hipotalamus patolojilerinde ise tersiyer adrenal yetmezlikten bahsedilmektedir. Adrenal yetmezlik semptomların ortaya çıkış süresine göre de akut yada kronik olarak isimlendirilmektedir.

ETYOLOJİ:

Günümüzde sekonder adrenal yetmezliğin en sık nedeni; uzun süre farmakolojik dozda glukokortikoid tedavi alan hastaların ilaçlarının uygunsuz şekilde kesilmesidir. Bu hastalarda adrenal yetmezliği önlemek için steroid bir anda değil kademeli azaltma şeması ile kesilmelidir.

Primer adrenal yetmezliğin en sık nedeni ise otoimmün hastalıklardır. İnfeksiyöz nedenler içinde tüberküloz hala gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde önemini korumaktadır. Yaygın tüberküloz saptanan vakaların %10'unda adrenal yetmezlik gelişebilir. Bu hastaların %50'sinde direk grafilerde, sürrenal bölgede kalsifikasyonlar görülebilir. Tüberküloza bağlı gelişen adrenal yetmezlikte, sürrenal bezler adrenal BT ve MR' da büyük ve kalsifiye görülür. Diğer adrenal yetmezlik nedenleri aşağıda paylaşılmıştır.

1)Primer adrenal yetmezlik nedenleri

- **Otoimmün**
 - Sporodik
 - Otoimmün poliglandüler sendrom tip 1 (OPS tip1): Addison hastalığı, hipoparatiroidizm, mukokütanöz kandidiazis, primer gonadal yetmezlik, malabsorbsiyon
 - Otoimmün poliglandüler sendrom tip 2 (OPS tip 2, Schmidt sendromu): Addison hastalığı, otoimmün tiroid hastalıkları, primer gonadal yetmezlik, hipoparatiroidizm, tip 1 diabetes mellitus
- **İnfeksiyonlar**
 - Tüberküloz
 - Yaygın mantar enfeksiyonları
 - HIV
 - Sifilis
- **Metastatik tümörler** (Akciğer, meme, gastro-intestinal, vb.)
- **Bilateral adrenal kanama** (meningokoksepsis, anti-koagulan kullanımı)
- **İlaçlar**; aminoglutatamide, etomidate, ketakonazol, metyropone, mitotone) rifampin, flukanazole, fenitoin, barbituratlar (adrenal rezervi kısıtlı kişilerde)
- **İnfiltratif hastalıklar** (amiloidoz, sarkoidoz)
- **Adrenolökodistrofi**
- **ACTH direnç sendromları**
- **Konjenital adrenal hipoplazi**
- **Bilateraladrenalektomi**

2)Sekonder Adrenal Yetmezlik Nedenleri

- **Steroid tedavisi**
 - Uzamış glukokortikoid tedavisinin aniden kesilmesi
 - Dışarıdan glukokortikoid verilmesi
- **Beyin tumorleri**

Hipofiz tumoru

Hipotalamus tumoru Lokal yayılım (kranlyofarinjiom)

➤ **Hipofiz travması**

Sheehan sendromu

Hipofize radyasyon verilmesi

Hipofiz cerrahisi

Hipofizi etkileyen kafa travması

➤ **Hipotalamus veya hipofizin infiltratif bozuklukları**

Sarkoidoz

Hemosideroz

Hemokromatoz

Histiositozis X

Kanser metastazi

Lenfoma

➤ **Adrenallerden uzak organları tutan enfeksiyon hastalıkları**

Tuberkuloz

Menenjit

Mantar

İnsan immun yetmezlik virüsü

TANI: Primer adrenal yetmezliğin en sık nedeni olan otoimmün adrenal yetmezlikte tablo 4 evre halinde yıllar içinde yavaş ilerlemektedir. Erken evrelerde silik bulgular görülürken 3-5 yılın sonunda kortizol seviyesi belirgin azalıp net adrenal yetmezlik kliniği geliştiğinde adrenal bezlerde %90'dan fazla harabiyet gelişmiş demektir.

Farklı etyolojilere göre adrenal yetmezliğin prezentasyon şekli değişebilir . Tanı için doğru anemnez ve klinik bulgular ile adrenal yetmezlikten şüphelenilmesi gerekmektedir. Adrenal kriz için yüksek şüphenin kanıtı, özellikle önceden steroid kullanan, AIDS'li, kronik yorgunluk ve hiperpigmentasyon öyküsü veya bilinen otoimmün hastalığı olan yada ciddi kafa travmalı hastalarda açıklanamayan hipotansiyon yada vazopresörlere yanıt vermeyen hipotansiyon ,açıklanamayan hipoglisemi, hiponatremi gibi bulgular ve akut adrenal krizin sebebi olarak bilinen hastalıkların akut belirtilerini gösteren durumlardır. İlk değerlendirme sonrası tanısız tetkiklerde 3 ana durum saptanmaya çalışılmalıdır

- 1) Kortizol seviyesinin düşüklüğünün ortaya konması
- 2) Eşlik eden ACTH düzeyinin belirlenmesi
- 3) Sebep olan spesifik etyolojinin aydınlatılması (abdomen bt, hipofiz mr vb görüntülemeler re-nin,aldosteron seviyesi gibi ek incelemeler)

Bunlara ek olarak acil servis başvurusunda; tam kan ,bun kreatinin, elektrolit, crp, gereğinde kardiyak belirteçler, tft analizi idrar çıkışı ve yakın hemodinamik değerlendirmenin de yapılması gerekmektedir.

1)Kortizol Düşüklüğü

- **Sabah serum kortizol düzeyi:** Sağlıklı kişilerde sabah serum kortizol düzeyi genellikle 10–20 µg/dl düzeyindedir. Sabah kortizol düzeyinin 3 µg/dl' nin altında bulunması adrenal yetmezliği kuvvetle düşündürür. Sabah kortizolünün 18–20 µg/dl (500–550 nmol/L) üzerinde bulunması hastada yüksek CBG düzeylerine yol açabilecek bir durum (oral kontraseptif kullanımı vb) yoksa adrenal yetmezlik tanısından uzaklaştırır. Sepsis, travma gibi akut stress durumlarında ise farklı cut off değerler mevcuttur. Bu durumlarda bazal kortizol düzeylerinin 10 µg/dL' un altında olması tanıyı destekler, 34-44 µg/dL'in üzerinde olması tanıdan uzaklaştırır.
- **ACTH uyarı testi:** Adrenal yetmezlik düşünülen her hastada, bazal kortizol seviyesi 20 µg/dl üzerinde saptanmadığı sürece, uygulanması gereken bir testtir. Sentetik ACTH (1,24) (cosyntropin) 250 µg şeklinde IV veya IM olarak uygulandıktan sonra, 30 ve 60. dakikalarda kan kortizol düzeyi ölçülür. Zirve kortizol düzeyi, 18 µg/dl üzerinde saptanırsa primer adrenal yetmezlik tanısı dışlanır.
- **İnsülin tolerans testi:** Hipofizer-adrenal aks değerlendirilmesinde "altın standard" test olarak kabul edilmektedir. Ancak yaşlı hastalarda, koroner kalp hastalığı veya serebro-vasküler olay hikâyesi bulunan kişilerde ciddi yan etkilere neden olabilir. Test 8–10 saat açlık sonrası 0,1–0,15 U/kg insülinin IV yoldan verilmesi sonrası oluşacak hipoglisemi esnasında ölçülen serum kortizol düzeylerinin değerlendirilmesi esasına dayanır. Hipoglisemi esnasında kortizol düzeylerinin 18–20 µg/dl üzerine çıkması beklenir. Bunun altındaki değerlerde adrenal yetmezlikten bahsedilir.

2)Bazal Acth Düzeyi:

Acth düzeyi; hasarın adrenal bezlerde mi , yoksa hipofizer- hipotalamik seviyede olup olmadığını aydınlatmada ayırıcı tanı testi görevi görür.

Sabah saatlerinde 08:00 da alınan Acth düzeyinin yüksekliği primer adrenal yetmezliği destekler. Primer adrenal yetmezlik tablolarında ACTH seviyesi sıklıkla 100 lü değerlerin üzerinde zaman zaman 4000pg/mL nin üzerine bile çıkabilmektedir.

Sekonder adrenal yetmezlikte ise ACTH sıklıkla normal referansın altında saptanır.(normali:20-52pg/mL)

3)Spesifik Etyoloji: Hastanın ölçülen ACTH seviyesi, anemnez ve klinik bulguları dikkate alınarak hasarın seviyesine göre etyolojik aydınlatma için bt ve mr görüntüleme ve ek incelemeler yapılır.

AYIRICI TANI:

Primer ve sekonder adrenal yetmezlik klinik ve laboratuvar bulguları olarak birbirinden farklılık göstermektedir.

Tanı ve tedavi açısından primer, sekonder ve tersiyer adrenal yetmezliğin ayırıcı tanıların yapılması önemlidir. Klinik olarak sekonder ve tersiyer yetmezlikte hiperpigmentasyon görülmez,hipotansiyon daha az belirgindir, dehidratasyon görülmez. Bazal plasma ACTH seviyeleri bu ayırmada önemli yer tutar. ACTH düzeyi daima serum kortizol seviyeleri ile birlikte değerlendirilmelidir. Primer adrenal yetmezlikte serum kortizol seviyeleri düşük iken ACTH yüksek, sekonder ve tersiyer de ise ACTH seviyeleri normal veya düşüktür. Bunların dışında uzun ACTH uyarı testi, metyropone testi, CRH uyarı testi gibi tanısal testler primer-sekonder-terciyer adrenal yetmezlikte ihtiyac halinde kullanılabilir.

	PRIMER	SEKONDER
Aldosteron eksikliği	Vardır	Yoktur
Hipotansiyon ve hacim eksikliği	Belirgindir	Ciddi değildir
Serum K	Hiperkalemi	Hipokalemi
Serum Na	Hiponatremi	Hipernatremi veya Hiponatremi
Diğer hipofiz hormonlarının eksikliği	Yoktur	Olabilir

KLİNİK: Kronik primer adrenal yetmezlik tanısı alan hastalarda glukokortikoid, mineralokortikoid ve kadınlarda androjen hormonların eksikliğine bağlı çeşitli belirti ve bulgular gelişir. Hastaların hemen tümünde kronik yorgunluk, halsizlik, isteksizlik, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi özgün olmayan belirtiler mevcuttur. Bulantı, mide-bağırsak sistemiyle ilgili en sık rastlanan belirtidir. Bazı hastalarda kusma ve karın ağrısı da gözlenebilir. Kilo kaybı, iştahsızlığa bağlıdır ancak sıvı kaybının da katkısı vardır. Birçok hastada kan basıncı düşüktür ancak bazılarında sadece postural hipotansiyon saptanır. Hipotansiyon çoğunlukla aldosteron eksikliğine bağlıdır. Hiponatremi hastaların %85–90' nında saptanır. Hiponatremi, mineralokortikoid eksikliğine bağlı Na ve sıvı kaybı ile, glukokortikoid eksikliğine bağlı olarak gelişen artmış vasopressin salgılanmasına bağlıdır. Bazı hastalarda aşırı tuz yeme isteği belirgindir. Hastaların %60–65' inde ise hafif bir hiperkloremik asidoz ile birlikte hiperkalemi saptanır. Hipoglisemi genellikle uzun açlık dönemlerinden sonra görülür. Erişkinlerde enfeksiyon, ateş veya alkol alımı gibi kolaylaştırıcı bir etken olmaksızın hipoglisemi nadiren görülür. Hiperpigmentasyon kronik primer adrenal yetmezlikli hastaların hemen tümünde saptanan karakteristik bir fizik muayene bulgusudur. Ciltte melanin artışına bağlıdır. Hiperpigmentasyon yüz vücutta yaygın olarak görülmekle birlikte, en sık güneşe maruz kalan bölgelerde (yüz, boyun, ellerin arka yüzleri) ve sürtünmeye maruz kalan bölgelerde (dirsekler, dizler, bel ve omuzlar) saptanır. Ayrıca dudakların iç yüzlerinde ve bukkal mukozada da hiperpigmente alanlar saptanır. Bunun dışında ariola, perineum, aksilla ve umbilikus bölgelerinde pigmentasyonun belirgin olduğu alanlardır. Özellikle kadın hastalarda androjen eksikliğine bağlı koltuk altı ve pubik kıllarda dökülme ve libido kaybı görülür. Erkeklerde androjen üretimi esas olarak testislerde gerçekleştiğinden bu belirtiler belirgin değildir. Yaygın miyalji ve artralji sık rastlanan bir bulgudur. Erkek hastalarda auriküler kartilaj kalsifikasyonu görülebilir. Hastaların pek çoğunda unutkanlık, depresyon ve psikoz gibi psikiyatrik belirtiler saptanır. Otoimmün nedenli adrenal yetmezlikli hastaların %10–20' sinde vitiligo görülebilir.

Belirti, bulgu ve laboratuvar anormallikleri	Sıklık (%)
Güçsüzlük, çabuk yorulma, halsizlik	100
İştahsızlık	100
Mide-bağırsak sistemi belirtileri	92
<i>Bulantı</i>	86
<i>Kusma</i>	75
<i>Kabızlık</i>	33
<i>Karın ağrısı</i>	31
<i>İshal</i>	16
Tuz açlığı	16
Baş dönmesi	12
Kas ve eklem ağrısı	6-13
Kilo kaybı	100
Hiperpigmentasyon	94
Hipotansiyon (sistolik kan basıncı <110 mm Hg)	88-94
Vitiligo	10-20
Auriküler kalsifikasyon	5
Elektrolit bozuklukları	92
<i>Hiponatremi</i>	88
<i>Hiperkalemi</i>	64
<i>Hiperkalsemi</i>	6
Azotemi	55
Anemi	40
Eozinofili	17

AKUT ADRENAL KRİZ TEDAVİ YAKLAŞIMI: Akut adrenal kriz en sık primer adrenal yetmezlikte görülmesine rağmen, sekonder veya tersiyer adrenal yetmezlikte de oluşabilir. Krize yol açan ana faktör mineralokortikoid eksikliğidir. Primer adrenal yetmezlikte oluştuğunda tabloya sıvı açığı ve hipotansiyon hakimdir. Vazopressör- lere cevap vermeyen hipotansiyon adrenal kriz için tipik bir uyarıcıdır. Kortizol rezervi sınırda olan hastada altta yatan ve krizi tetikleyen enfeksiyon, myokard infarktüsü, travma, kanama cerrahi ... gibi bir stres faktörü sıklıkla mevcuttur. Hayatı tehdit edici ve acil tedavi gerektiren bir durumdur. Tanıdan şüphe edildiğinde doğrulama testleri için kanlar alınır ancak sonuçları beklenilmeden tedaviye başlanılmalıdır. Tedavi algoritması aşağıdaki şekilde yapılmalıdır. Sıvı tedavisi, glukortikoid tedavi ve krizi tetikleyen durumların tedavisine aynı anda başlanılmalıdır.

- Damar yolu açılmalıdır.
- Serum elektrolitleri, glukoz, bazal plazma kortizol ve ACTH ölçümü için kan alınır.
- Sıvı tedavisi: 2-3 lt izotonik saline solüsyonu hızla infüze edilir (2-6 saat). Bu esnada hemodinamik parametreler, idrar çıkışı ve serum elektrolitleri yakın takip edilmelidir. Tabloya hipoglisemi eşlik ediyorsa izotonik ile birlikte %5 Dekstroz solüsyonları da verilebilir. Hipotonik solüsyonları kullanmaktan kaçınmak gerekir. Sıvı tedavisine hastanın genel durumuna göre 24-48 saat devam edilir.
- Daha önce adrenal yetmezlik tansı almamış hastalarda serum kortizol düzeyini etkilemediği için IV deksametazon tercih edilebilir. 4 mg deksametazon IV olarak 1-5 dk. içinde infüze edilir. Doz 12 saat arayla tekrar edilir. Bilinen adrenal yetmezliği olan hastalarda ise tedavide, hidrokortizon 100 mg IV olarak tercih edilebilir, doz 6 saat arayla tekrar edilir. Bu dozlarda her iki glukokortikoidin de yeterince mineralokortikoid aktivitesi vardır. Ancak daha önce bilinen adrenal yetmezliği bulunan ve serum K düzeyi >6 meq/L olan hastalarda, daha etkin bir mineralokortikoid aktivite sağlayan hidrokortizon tercih edilebilir. Hastanın genel durumu düzeliyorsa, önerilen doz her gün %50 azaltılarak, oral replasman tedavisine geçilene kadar devam edilir. Sıvı tedavisi kesildiğinde veya glukortikoid dozu azaltıldığında mineralokortikoid replasman tedavisine başlanılmalıdır.
- Krizi tetikleyen durumlar (bakteriyal enfeksiyon, viral gastroenterit vb.) uygun şekilde tedavi edilmelidir

Acilde Bulaşıcı Hastalıklar: Uyuz Vakalarının Yönetimi**Yücel Yüzbaşıoğlu****Acilde Bulaşıcı Hastalıklar: Uyuz Vakalarının Yönetimi**

Uyuz, *Sarcoptes scabiei* akarı tarafından derinin istila edilmesidir. Uyuz, her yaş ve sosyoekonomik statüdeki bireyleri etkileyebilen nispeten yaygın bir istiladır. Uyuz, özellikle kaynakların kısıtlı olduğu bölgelerde yaygındır. *S. scabiei* var. *hominis* beyazımsı kahverengi, sekiz bacaklı bir akardır. Larvalar üç ila dört gün içinde yumurtadan çıkar ve yetişkinliğe ulaşmak için yuva içinde üç kez deri değiştirir. Klasik uyuz tipik olarak karakteristik bir dağılıma sahip yoğun kaşıntılı bir döküntü olarak kendini gösterir. Parmakların kenarları ve ağları, bilekler, koltuk altları, areolalar ve cinsel organlar yaygın tutulum yerleri arasındadır. Öncelikle hücrel bağışıklığın azalması durumunda ortaya çıkan ve ağır bir akar yükü ile ilişkili daha az yaygın bir varyant olan kabuklu uyuz, kalın pul, kabuklar ve çatlaklar ile karakterize edilir. Uyuz teşhisi, mikroskopik inceleme ile uyuz akarları, yumurtaları veya dışkılarının saptanması ile doğrulanır. Acil serviste iyi bir fizik muayene ve hikaye ile tanıya gidilmesi bir zorunluluk olmaktadır.

Klasik uyuz hastalarında akar yükü genellikle düşüktür, ilk epizod sırasında ortalama 10 ila 15 akarla sınırlıdır ve sonraki enfestasyonlarda bunun yaklaşık yarısı kadardır. Buna karşılık, kabuklu uyuzu olan hastaların vücudunda milyonlarca akar bulunabilir. Uyuz bulaşması, aile üyeleri veya cinsel partnerler arasında olabileceği gibi, genellikle doğrudan ve uzun süreli cilt-cilt teması yoluyla gerçekleşir. Rastgele cilt temasının bulaşmaya neden olması pek olası değildir. Klasik uyuzu olan bir kişi tarafından kullanılan fomitler (örneğin, giysiler, yastiki veya diğer nesneler) yoluyla bulaşma nadirdir; bununla birlikte, çok daha yüksek bir parazit yükü nedeniyle kabuklu uyuz ortamında fomit bulaşması daha olasıdır. Kabuklu uyuzlar çok kısa süreli temasta bile bulaştırıcı olabilirler. Acil servis yönetiminde önem arz etmektedir.

KLİNİK BULGULAR

Klasik uyuzlar - Klasik uyuzların belirgin klinik özelliği kaşıntıdır. Sensitize olanlarda semptomlar daha erken ortaya çıkabilir. Genellikle şiddetlidir ve genellikle geceleri daha kötüdür. Kaşıntı akar, akar dışkısı ve akar yumurtalarına karşı gecikmiş tipte aşırı duyarlılık reaksiyonundan kaynaklanır. Semptomlar tipik olarak birincil istiladan üç ila altı hafta sonra başlar. Nodüler uyuzlar, klasik uyuzların daha az yaygın bir tezahürüdür. Nodüler uyuz, kalıcı, sert, eritematöz, aşırı derecede kaşıntılı, 5 veya 6 mm çapında kubbe şeklinde papüllerle karakterizedir. Kelloid tarzı bir görüntü içerebilirler.

Deri bulgularının dağılımı genellikle aşağıdaki alanların birden fazlasını içerir; nadiren, uyuz tek bir alana yerleşir sıklıkla Parmakların kenarları ve araları, Bileklerin fleksör yüzleri, Periareolar cilt (özellikle kadınlarda), Periumbilikal cilt, Dirseklerin ekstansör yönleri, Ön ve arka aksiller kıvrımlar, Alt kalçalar ve bitişik uyluklar, Ayakların yan ve arka yönleri, Erkek cinsel organı (skrotum, penis), dizlerin ekstansör yüzeyi

Kabuklu uyuz - Kabuklu uyuz (kabuk uyuzu, Norveç uyuzu, Boeck uyuzu veya keratotik uyuz olarak da bilinir), hücrel bağışıklığı tehlikeye atan durumların AIDS, insan T hücreli lenfotropik virüs tip 1 (HTLV-1) gibi varlığında ortaya çıkabilir.

Tanı

Uyuz teşhisi, mikroskopik inceleme yoluyla uyuz akarı, yumurtaları veya dışkı topaklarının görülmesiyle doğrulanır. Bununla birlikte, klasik uyuzlu hastalarda akar sayısının düşük olması ve mikroskopik incelemenin her zaman mümkün olmaması göz önüne alındığında, bu bulgular her zaman kolayca tespit edilemediğinden, Acil serviste tam bir öykü ve fizik muayeneye dayalı olarak olası bir tanı konur.

Ayırıcı tanı

Dermatitis herpetiformis, İnfantil akropüstüloz, Langerhans hücreli histiyositoz, Büllöz pemfigoid sayılabilir.

Tedavi

Permethrin [Permethrin](#) , böceklerde voltaj kapılı sodyum kanallarının işlevini bozarak nörotransmisyonun bozulmasına yol açan topikal bir sentetik piretroid ajandır. permethrin kremi el ve ayak tırnaklarının altındaki alanlar da dahil olmak üzere boyundan ayak tabanlarına kadar cilde iyice masaj yapılmalıdır. Permethrin 8 ila 14 saat sonra yıkanarak (duş veya banyo) çıkarılmalıdır. Tedavi genellikle bir gecede yapılır.

Oral ivermektin Oral [ivermektin](#), uygulama kolaylığı avantajına sahip olan [permethrin](#) için antiparaziter bir alternatiftir . Bu tedavi şekli, topikal tedavinin uygulanamadığı bakım hastaları, huzurevleri ve diğer tesislerdeki büyük uyuz salgınları için özellikle yararlı olabilir. Klasik uyuzlar için ivermektin tedavisi, 200 mcg/kg'lık tek bir oral dozu ve ardından bir ila iki hafta sonra tekrar dozu içerir. İkinci tedavi gereklidir çünkü ivermektin sınırlı ovisidal aktiviteye sahiptir.

Alternatif tedaviler

Benzil benzoat, Topikal ivermektin, Spinosad, Malathion, Crotamiton, Lindan

Kabuklu uyuz vakalarında başlangıç tedavisi [Permethrin](#) ve oral [ivermektin](#) ile kombinasyon tedavisi, kabuklu uyuzlar için tercih edilen birinci basamak tedavidir.

Kaynaklar

1. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, et al. European guideline for the management of scabies. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017; 31:1248.
2. Chinazzo M, Desoubeaux G, Leducq S, et al. Prevalence of Nail Scabies: A French Prospective Multicenter Study. J Pediatr 2018; 197:154.
3. Romani L, Whitfeld MJ, Koroivueta J, et al. Mass Drug Administration for Scabies Control in a Population with Endemic Disease. N Engl J Med 2015; 373:2305.
4. Sunderkötter C, Feldmeier H, Fölster-Holst R, et al. S1 guidelines on the diagnosis and treatment of scabies - short version. J Dtsch Dermatol Ges 2016; 14:1155.
5. Fuller LC. Epidemiology of scabies. Curr Opin Infect Dis 2013; 26:123.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-001

Acil Serviste Akla Gelmeyen Pnömoni Etkeni; Pneumocystis Jirovecii Enfeksiyonu

Ertuğrul ALTUĞ¹, Çağla BEKTAS¹, Ramazan GÜVEN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Pneumocystis jirovecii (P. jirovecii)'nin neden olduğu Pneumocystis pnömonisi (PCP) immun sistemin baskılandığı durumlarda ortaya çıkan fırsatçı bir akciğer enfeksiyonudur. Burada solunum sıkıntısı ile hastanemize başvuran ve bronkoalveolar lavaj (BAL) sıvısı örneklerinde P. jirovecii ve Aspergillus fumigatus saptanan yeni tanı HIV 44 yaş erkek hasta sunulmuştur. Olgumuzda günümüzde gittikçe artan insidansı ve kötü prognozu nedeniyle fırsatçı enfeksiyonlara açık hale gelmiş HIV hastamızda birden fazla enfeksiyon odağı ve farklı şikayetlerle başvuru olmasına rağmen ileri derece akciğer tutulumu olan ve ex ile sonuçlanan hastamızı anlatatılmaktadır.

Amaç: Pneumocystis pneumonia (PCP) caused by Pneumocystis jirovecii (P. jirovecii) is an opportunistic lung infection that occurs when the immune system is suppressed. Here, we present a 44-year-old male patient with newly diagnosed HIV who applied to our hospital with respiratory distress and P. jirovecii and Aspergillus fumigatus were detected in bronchoalveolar lavage (BAL) fluid samples. In our case, we will describe our HIV patient, who has become prone to opportunistic infections due to its increasing incidence and poor prognosis, who had severe pulmonary involvement and resulted in ex, although he presented with multiple foci of infection and different complaints.

Bulgular: bir olgu sunumudur

Sonuç: bir olgu sunumudur

Anahtar Kelimeler: Pneumocystis jirovecii, İnsan Bağışıklık Eksikliği Virüsü, Fıratçı Enfeksiyon

SS-002

İnfektif Endokardite Bağlı Gelişen Septik Serebro Vasküler Olay

Ertuğrul ALTUĞ¹, Burcu KIRBIYIK¹, Ramazan GÜVEN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: İnfektif endokardit kalbin mural endokardının enfeksiyonudur. Hastalık sıklıkla protez kapak, intrakardiyak cihaz, onarılmamış siyanotik kalp hastalığı olan hastalarda görülmesine rağmen, vakaların % 50 si hiçbir hastalığı olmayan hastalarda gelişir. Hastalığın karakteristik bir özelliği kalp kapaklarında vejetasyon oluşumu ve vejetasyon parçalarının embolizasyonudur. Biz de kronik hastalığı olmayan sağlıklı bir erişkinde İnfektif endokarditin sebep olduğu iskemik serebrovasküler olay vakasını sunmaktayız. Bu vakayı sunmamızın amacı septik emboliye bağlı serebrovasküler olaylar unutulmamalıdır.

Amaç: Infective endocarditis is an infection of the mural endocardium of the heart. Although the disease is frequently seen in patients with prosthetic valves, intracardiac devices, and unrepaired cyanotic heart disease, 50% of cases develop in patients with no disease. A characteristic feature of the disease is the formation of vegetation on the heart valves and embolization of vegetation fragments. We present a case of ischemic cerebrovascular accident caused by infective endocarditis in a healthy adult without chronic disease. The purpose of presenting this case, cerebrovascular events due to septic embolism should not be forgotten.

Bulgular: Bir olgu sunumudur.

Sonuç: Bir olgu sunumudur.

Anahtar Kelimeler: İnfektif Endokardit, Ekokardiyografi, Septik Emboli

SS-003

İşitme Kaybı ile Başvuran Hastanın Tanısı: Bakteriyel MenenjitErtuğrul ALTUĞ¹, Merve İŞERİ ŞEKER¹, Mücahit KAPCI¹, Ramazan GÜVEN¹¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Akut bakteriyel menenjit Beyin omurilik sıvısında polimorfonükleer hücre artışı ile karakterize olan subaraknoid aralık ve meningeslerin akut enfeksiyonudur. Hematojen yolla (bakteri embolisi, enfekte trombüs) kan beyin bariyerini geçerek BOS'a ulaşan bakteriler tarafından oluşturulabileceği gibi, komşu yapılarda görülen enfeksiyonların (kulak, paranasal sinüs, kemikler) BOS'a yayılması ile de görülebilir. Penetran yaralanmalar, İyatrojenik sebepler (operasyon, VP şant, LP) bakteriyel menenjit gelişmesi için risk oluşturabilir. Erişkinlerde en sık menenjit nedeni: Streptekokus pnomoni, Neisseria menengitistir. Klinik olarak ateş, ense sertliği, baş ağrısı, bilinç bozukluğu görülür genellikle çoğu hastada bu 4 bulgunun 2'si mevcuttur. Burada baş ağrısı ve sol kulakta işitme kaybı şikayetleri ile başvuran hastanın madde kullanımına bağlı gelişen bakteriyel menenjit olgusu sunulmuştur. Toplum kökenli bakteriyel menenjit yıllar içinde değişkenlik göstermektedir biz de olgumuzda iv madde kullanımı sonrası gelişen bu durumu anlatmayı amaçladık.

Amaç: Acute info Inflation of subarachnoid degred and meninges, characterized by acid bacterial meningitine brain spinal cord, characterized by polymorphonuclear cell increase. Hematogenous (bacteria embolism, infected thrombus) can be created by bacteria that reaches the blood brain barrier by reaching the BOS, and the infections seen in the neighboring structures can be seen with the spring of infections (ear, paranacal sinus, bones). Penetrating injuries, iatrogenic causes (operation, VP shunt, LP) may pose a risk for the development of bacterial meningitis. The most common cause of meningitis in adults: Streptecochus pneumonia, Neisseria meningitis. Clinically, fever, neck stiffness, headache, impaired consciousness are usually present in 2 of these 4 findings in most patients. Here, the case of bacterial meningitis, which develops due to substance use of the patient who applies with complaints of headache and hearing loss in the left ear, is presented. The community-acquired bacterial meningitis has varied in the years, we aimed to explain this situation in the case after the use of iv substance.

Bulgular: bir olgu sunumudur.

Sonuç: bir olgu sunumudur.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyel Menenjit, İşitme Kaybı, Madde Kullanımı

SS-004

Kalp Pili Kataterine Bağlı Gelişen İnfektif Endokardit Vakası

Ertuğrul ALTUĞ¹, Ersan YILMAZ¹, Ramazan GÜVEN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: İnfektif endokardit’li (İE) olguların risk faktörlerini, klinik, laboratuvar, mikrobiyolojik ve ekokardiyografik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık. Endokardit tanısı, sıklıkla klinik bulgular, kan kültürü ve ekokardiyografik (EKO) bulgulara göre klinik olarak konulur. Endokardit için yatkınlık yaratan hastalık veya girişim sorgulanır, muayene bulguları araştırılır. Acil servise gelen ve bilinen pacemaker ya da ICD olan hastalarda enfektif parametrelerin varlığında infektif endokardit mutlaka dikkat edilmelidir.

Amaç: We aimed to evaluate the risk factors, clinical, laboratory, microbiological and echocardiographic features of cases with infective endocarditis (IE). The diagnosis of endocarditis is often made clinically based on clinical findings, blood culture and echocardiographic (ECHO) findings. The disease or intervention that predisposes for endocarditis is questioned and examination findings are investigated. Infective endocarditis should be considered in the presence of infective parameters in patients who come to the emergency department and have known pacemakers or ICD.

Bulgular: bir olgu sunumudur

Sonuç: bir olgu sunumudur

Anahtar Kelimeler: İnfektif Endokardit, Pacemaker, Ekokardiyografi

SS-005

DEPREM SONRASI PSİKIYATRİK BOZUKLUK OLARAK GİZLENEN VİRAL ENSEFALİT

Ertuğrul Altuğ¹, Azat Görgün¹, Ramazan Güven¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Acil tıp kliniği

Giriş: Ensefalit terimi, hem enfeksiyöz hem de enfeksiyöz olmayan hastalıkların neden olduğu beyin parankimi iltihabına karşılık gelir. Virüsler, akut ensefalit ile ilişkili en yaygın bulaşıcı ajanlardır. Dikkat çekici bir şekilde, viral ensefalit vakalarının yaklaşık %70'i, modern laboratuvar teknikleriyle bile bilinmeyen bir kökene sahiptir. Bu olgumuzda depremde kalan bir hastanın deprem sonrası başlayan , posttravmatik 1 aydır olan psikotik semptomlar, bilişsel gerileme ve yanlışlıkla akıl hastalığına atfedilen viral ensefalit olarak teşhis edilen bir hastalıktan muzdarip depremzede 52 yaş kadın bir olguyu sunuyoruz

Amaç: The term encephalitis refers to inflammation of the brain parenchyma caused by both infectious and non-infectious diseases. Viruses are the most common infectious agents associated with acute encephalitis. Remarkably, about 70% of viral encephalitis cases have an unknown origin even with modern laboratory techniques. In this case, we present a 52-year-old female earthquake survivor who suffered from psychotic symptoms, cognitive decline, and viral encephalitis erroneously attributed to mental illness, which started after the earthquake and lasted for 1 month after the earthquake.

Bulgular: Bir olgu sunumudur.

Sonuç: Bir olgu sunumudur.

Anahtar Kelimeler: Viral ensefalit, Post travmatik viral ensefalit, Deprem

SS-006

HIV Pozitif Olan Ensefalit Hastasının Tanısı: Toksoplasma Ensefaliti

Ertuğrul ALTUĞ¹, Ayşe TOPCU¹, Semih KORKUT¹, Ramazan GÜVEN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Toksoplasma gondii hücre içi protozoan parazittir. T. gondii HIV ile enfekte immün sistemi baskılanmış hastalarda yaygın görülen fırsatçı enfeksiyondur. Serebral toksoplasmosiz HIV enfekte kişilerde önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Hastalık bağışıklığı bozulmamış insanlarda asemptomatik ilerlemektedir. Başta serebral belirtiler olmak üzere çeşitli klinik prezentasyonu mevcuttur. Toksoplasmosiz Kontrastsız BT taramasında tipik olarak bazal ganglion ve kortikomedüller bileşke için seçici olan çoklu subkortikal lezyonlar gözlenir. Bu vakada Toksoplasma ensefalitinde (TE) nadir görüldüğü ifade edilen semptomlar ve TE'nin nadir görülen beyin yerleşimini gösteren vakayı inceleyeceğiz.

Amaç: Toksoplasma gondii is an intracellüler protozoan parasite. T. gondii is a common opportunistic infection in HIV-infected immunocompromised patients. Cerebral toxoplasmosis is an important cause of morbidity and mortality in HIV-infected individuals. The disease progresses asymptotically in immunocompromised people. It has various clinical presentations, especially cerebral symptoms. Toxoplasmosis unenhanced CT scan typically Show multiple subcortical lesions selective for the basal ganglia and corticomedullary junction. In the case, we will examine the rare symptoms of Toxoplasma Encephalitis (TE) and a showing the rare brain localization of brain.

Bulgular: Bir olgu sunumu

Sonuç: Bir olgu sunumudur.

Anahtar Kelimeler: Ensefalit, HIV, Toksoplasma Gondii

SS-007

Alt Ekstremitte Akut Ağrısında Önemli Bir Tanı: Septik Tromboflebit

Ertuğrul ALTUĞ¹, Gönül KARATAŞ¹, Ramazan GÜVEN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Mikroorganizmaların varlığına bağlı vende inflamasyon ile başlayıp tromboz ve bakteriyeminin eşlik ettiği enfeksiyondur. Septik tromboflebit anatomik klinik olarak dört ana başlıkta incelenebilir. Bunlar; yüzeysel, pelvik, serebral ve portal ven tromboflebitleridir. Septik tromboflebitin sebepleri arasında venöz girişim, kateterizasyon, IV ilaç kullanımı, yanıklar, hiperkoagulabilite, yumuşak doku enfeksiyonları sıralanabilir. Sol alt ekstremitte de ağrı şikayeti ile acil tıp kliniğine başvuran hastada tromboflebit tanı konulması anlatılmıştır.

Amaç: Septic thrombophlebitis is an infection that begins with inflammation in the vein due to the presence of microorganisms and is accompanied by thrombosis and bacteremia. Septic thrombophlebitis can be examined anatomically clinically in four main headlines. These are superficial, pelvic, cerebral, and portal vein thrombophlebitis. Venous access, catheterization, IV drug use, burns, hypercoagulability, soft tissue infections can be listed among the causes of septic thrombophlebitis. In this study, the diagnosis of thrombophlebitis is examined in a patient who applied to the emergency medicine clinic with the complaint of pain in the left lower extremity.

Bulgular: Bir olgu sunumudur.

Sonuç: Bir olgu sunumudur.

Anahtar Kelimeler: Tromboflebit, Girişimsel Müdahaleler, Derin Ven Tromboz

SS-008

Şuur Bulanıklığında Unutulmaması Gereken Bir Tanı: Pontin Demiyelizasyon

Ertuğrul ALTUĞ¹, Murat ÖZMEN¹, Mücahit KAPÇI¹, Ramazan GÜVEN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Santral pontin demiyelinizasyon pons ve beyin bazal gangliyon, lateral genikulat cisimler, eksternal ve internal kapsül ve serebellumda miyelin kaybı ile giden nörolojik bir bozukluktur. Bu olgumuzda, acil servise kusma şikayeti ile gelen hiponatremisinin hızlı sodyum düzeltilmesine bağlı meydana gelen pontin demiyelinizasyon hastamızı sunduk. Bu olgunudaki amacımız, hiponatremi tedavisinin ve komplikasyonlarına dikkat çekmektir.

Amaç: Central pontine demyelination is a neurological disorder with loss of myelin in the pons and basal ganglion of the brain, lateral geniculate bodies, external and internal capsules, and cerebellum. In this case, we presented our patient with pontine demyelination, which occurred due to rapid sodium correction of hyponatremia, who came to the emergency department complaining of vomiting. Our goal in this paper is to draw attention to the treatment of hyponatremia and its complications.

Bulgular: Bir olgu sunumudur

Sonuç: Bir olgu sunumudur

Anahtar Kelimeler: Pontin Demiyelinizasyon, Hiponatremi, Bilinç Bozukluğu

SS-009

Dirençli Hipertansyonda Acil Serviste Akla Gelmesi Gereken Bir Tanı: Feokromasitoma

Ertuğrul ALTUĞ¹, Merve Aslı IŞIK¹, Semih KORKUT¹, Ramazan GÜVEN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi , Acil Tıp Kliniği

Giriş: Feokromasitomalar adrenal medulladaki kromaffin hücrelerden (%90) ya da sempatik sinir sistemindeki diğer paraganglionik hücrelerden köken alan nöroendokrin tümörlerdir. Katekolamin salgılayarak çeşitli klinik belirti ve bulgulara sebep olurlar. Başlıca bulgular hipertansiyon eşliğinde çarpıntı, baş ağrısı ve terleme epizodlarıdır. Ölümcül hipertansif krize sebep olabilirler. Burada hipertansiyona eşlik eden baş ağrısı ve terleme şikayetleri ile başvuran 48 yaş erkek hastada saptanan feokromasitoma olgusu sunulmuştur.

Amaç: Pheochromocytomas are neuroendocrine tumors originating from the chromaffin structure (90%) in the adrenal medulla or other paraganglionic processes in the sympathetic nervous system. They cause various clinical signs and symptoms by releasing catecholamines. The main findings are palpitations, headache and sweating episodes accompanied by hypertension. Here, a case of pheochromocytoma detected in a 48-year-old male patient who applied with the complaints of headache and sweating accompanying hypertension is presented.

Bulgular: Bir olgu sunumudur.

Sonuç: Bir olgu sunumudur.

Anahtar Kelimeler: Feokromasitoma, Hipertansiyon, Katekolaminler

SS-010

Yapay Zeka Teknolojileri ile Acil Tıp Hizmetlerindeki İlerlemeler

NAZLI GÖRMELİ KURT¹, FERHAT ZEREYAK¹, İPEK KAMCI¹

¹ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAPAY ZEKA KULLANIMININ FAYDALARI: Yapay zeka teknolojileri, acil tıp hizmetlerinin kalitesini artırabilir. Bu teknolojiler, hastaların daha hızlı bir şekilde tedavi edilmesini sağlayarak, hayat kurtarıcı bir rol oynayabilir. Ayrıca, yapay zeka teknolojileri, acil tıp hizmetleri için harcanan kaynakların daha etkin bir şekilde kullanılmasını sağlayarak, maliyetleri azaltabilir.

Amaç: Acil tıp hizmetleri, beklenmedik durumlarda insanların hayatlarını kurtarmak için tasarlanmıştır. Yapay zeka teknolojileri, acil tıp hizmetlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu derlemede, yapay zeka teknolojilerinin acil tıp hizmetlerindeki uygulamaları ve ilerlemeleri ele alınacaktır.

Bulgular: Acil Tıp Sürecinin Optimizasyonu: Yapay zeka teknolojileri, acil tıp hizmetlerinin yönetiminde kullanılarak, hastaların daha hızlı bir şekilde tedavi edilmesini sağlamaktadır. Bu teknolojiler, hastanın durumu hakkında veri toplayarak, acil tıp personelinin kaynaklarını daha etkin bir şekilde kullanmasına yardımcı olur. Teşhis ve Tedavi Planı: Yapay zeka teknolojileri, acil tıp personeline hastanın durumu hakkında doğru ve hızlı bir şekilde bilgi sağlamaktadır. Bu sayede, doğru tanı ve tedavi planı daha hızlı bir şekilde yapılabilir. Yapay zeka teknolojileri ayrıca, hastanın durumu hakkında tahminler yaparak, acil tıp personelinin karar verme sürecini hızlandırır. Mobil Uygulamalar: Mobil uygulamalar, acil tıp personelinin sahada veri toplamasını ve hastaların durumunu anında değerlendirmesini kolaylaştırır. Bu uygulamalar, hastaların verilerini analiz ederek, acil tıp personelinin doğru kararlar vermesine yardımcı olur.

Sonuç: Yapay zeka, acil tıp hizmetlerindeki teşhis ve tedavi süreçlerinde hızlı ve doğru kararlar alınmasına yardımcı olabilir. Önceliklendirme yapmak, kaynakları etkin bir şekilde kullanmak ve hastaların durumunu hızlı bir şekilde analiz etmek gibi uygulamalar sayesinde, acil tıp hizmetleri daha da geliştirilebilir. Derin öğrenme, robotik cihazlar ve dijital yardım sistemleri ile yapay zeka teknolojilerinin acil tıp hizmetlerinde daha da etkin bir şekilde kullanılabileceği düşünülmektedir. Bu teknolojiler, acil tıp hizmetlerinin daha da hızlı, doğru ve etkin bir şekilde sunulmasına yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: yapay zeka, Robotik Cihazlar, acil tıp hizmetleri

SS-011

Suicid Amaçlı Alıma Bağlı Kalsiyum Kanal Blokeri İntoksikasyonu

İbrahim Halil TOKSUL¹, Muhammedtaha GÜRGEN¹, Ramazan GÜVEN¹, Aynur ŞAHİN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Kalsiyum kanal blokerleri, anjina pectoris, supraventriküler aritmiler ve hipertansiyonun tedavisinde sıklıkla kullanılmakla beraber toksik dozda alım sonrası metabolik asidoz, hiperglisemi, hipotansiyon, atrioventriküler blok ve yüksek mortalite oranına neden olabilirler. Biz bu yazıda suisid amacıyla 40 mg'dan 30 tablete yakın Verapamil HCL ve 25 mg'dan 20 tablete yakın metoprolol alındıktan sonra gelişen derin hipotansiyon ve AV Tam Blok gelişen yirmi yedi yaşındaki kadın hastanın acil servis yönetimi hakkında bilgilendirmeyi amaçlıyoruz.

Amaç: Although calcium channel blockers are frequently used in the treatment of angina pectoris, supraventricular arrhythmias and hypertension, they can cause metabolic acidosis, hyperglycemia, hypotension, atrioventricular block and high mortality after toxic doses. In this article, we aim to inform about the emergency department management of a twenty-seven-year-old female patient who developed deep hypotension and AV Complete Block after taking Verapamil HCL from 40 mg to close to 30 tablets and metoprolol from 25 mg to nearly 20 tablets for suicidal purposes.

Bulgular: Bir olgu sunumudur.

Sonuç: Bir olgu sunumudur.

Anahtar Kelimeler: Ca Kanal Blokeri İntoksikasyonu, Suicid, AV Tam Blok

SS-012

İNSİDENTAL CHİLİADİTİ BELİRTİSİ**ASLIHAN İLERİ¹, MERVE METİNER¹, MERVE BARTAN¹, ABDULLAH FATİH GEVŞEMEZOĞLU¹, MUSTAFA ÇALIK¹****¹İSTANBUL GAZİOSMANPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

Giriş: 1910 yılında radyolog Demetrius Chilaiditi tesadüfen radyolojik olarak karaciğer ve diyafram arasında kolonik interpozisyon bulgusu olan 3 hastayı vaka serisi olarak bildirmiştir. Daha sonraki süreçte Chilaiditi belirtisi olarak adlandırılan bu bulgu, akciğer veya ayakta direkt batın grafilerinde tesadüfen ve %0,025-0,28 oranında görülen nadir bir anomalidir. Chilaiditi sendromu ise Chilaiditi belirtisine ek olarak karın ağrısı, bulantı, kusma gibi klinik semptomların eşlik ettiği tıbbi durumu ifade eder. Chiliaditi sendromunda semptomatik hastalarda tedavi genellikle konservatiftir. Tedavide yatak istirahati, nazogastrik dekompresyon, sıvı replasmanı, yüksek lifli içecekler önerilmektedir.

Amaç: Bu sunumumuzda motorsiklet kazasıyla travmaya başvuran hastada insidental olarak rastladığımız Chiliaditi belirtisini olgu olarak bahsedeceğiz.

Bulgular: 46 yaş erkek hasta motorsiklet kazasıyla travmaya başvurdu. GKS :15 bilinç açık, oryente, koopere. Vitalleri stabil. Hastanın özgeçmişinde ek hastalığı olmadığı öğrenildi. Hastanın kullandığı herhangi bir ilaç yok. Fizik muayenesinde, inspeksiyonda yüzünde ve kollarında parçalı kesileri mevcut. Batın palpasyonunda sağ üst kadranda ele gelen kitle mevcut, defans ve rebaund yok, batın rahat, hassasiyet yok. Bunların dışında hastanın fizik muayenesinde ek bir bulgu yok. Kan sonuçlarında wbc 23 000 ve diğer tüm kan parametreleri normal. PA Akciğer grafide sağ hemidiyafragma evantre görüldü. Çekilen batın tomografisinde de sağ hemidiyafragma evantre ve karaciğer ile diafragma arasında kolon interpozisyonu tespit edildi. Motor kazasıyla gelen hastada asemptomatik Chiliaditi belirtisi çekilen batın tomografisinde insidental olarak saptandı. Hastamızda semptom olmadığı için ek bir tedavi uygulanmadı.

PAAC GRAFİ**Sağ hemidiyafragma evantrasyonu****BATIN BT**

Diyafram ve karaciğer arasında kolonik interpozisyon

Sonuç: Ender de olsa travmalı hastaya yaklaşırken bu belirtinin varlığı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: chiliaditi belirtisi, kolon interpozisyonu, insidental bulgu, hemidiyafragma evantrasyonu

SS-013

Acil Tıp Asistanlarının Elektrokardiyografi Eğitimlerinde Belirgin Özellikler Ve Ayırt Edici Özelliklerle Öğrenme Yöntemlerinin KarşılaştırılmasıRecai İlter¹, Hüseyin Cahit Halhallı¹, Asım Enes Özbek¹¹Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Acil tıp eğitimi standartlarının ve buna bağlı olarak hizmet kalitesinin de artırılması hastalara nitelikli ve uygun hizmet verebilmek için çok önemlidir. Öğrenme üzerine geliştirilmiş olan bilişsel yük teorisinde, belleğin sınırlı miktarda bilgiyi değerlendirebilir ve işleyebilir olmasıdır. Belleğin yükünü artırmamak için, bilişsel yükü oluşturan çevresel faktörlerin uygun bir şekilde düzenlenmesi öğrenme sürecinin uygun bir şekilde gerçekleşmesi için önemlidir. Bu teoriye göre etkili yükü arttırmak öğrenmeyi kolaylaştırırken, içsel ve dışsal yükün artması öğrenme sürecini zorlaştırmaktadır. Çalışılmış örnekler; problemin çözülmesi sürecindeki karışıklıkları gidermek için direk çözüme odaklanmasıyla, etkili yükü iyileştiren öğrenme yöntemlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Belirgin özellikler yöntemi; tanının tipik özelliklerini vurgulayıp tıbbi teşhisin kolaylaştırılması için dışsal yükün azaltılmasını sağlayabilirken, ayırt edici özellikler yöntemi kesin tanıya ulaşmak için tüm olası tanıların birbiriyle karşılaştırılmasını sağladığından etkili yükü artırabilir.

Amaç: Çalışmanın amacı; acil tıp asistanlarının elektrokardiyografi eğitimlerinde belirgin özellikler ve ayırt edici özelliklerle öğrenme becerilerinin karşılaştırılmasıdır.

Bulgular: Çalışmaya 26 acil tıp asistanı dahil edildi. Çalışmamızda acil tıp asistanlarının EKG eğitiminde belirgin ve ayırt edici özellikler yöntemi tanısal performansı iyileştirmiş olup, her iki yöntem arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ek olarak bradikardi eğitiminde ayırt edici özellikler yöntemiyle daha fazla etkili yük ve daha az dışsal yük, taşikardi eğitiminde ayırt edici özellikler yöntemiyle daha az içsel yük ve dışsal yük bildirildi.

Sonuç: Acil tıp asistanlarının EKG eğitimlerinde belirgin özellikler ve ayırt edici özellikler eğitim yöntemlerinin ikisi de kullanılabilir. Ayrıca ayırt edici özellik yöntemi ile daha fazla etkili yük ve daha az içsel yük bildirilmesi, ayırt edici özellikler yöntemini daha ön planda tutabilir.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel yük teorisi, Acil tıp asistanı, Elektrokardiyografi, Çalışılmış örnekler yöntemi

SS-014

Kudret narı (Momordica Charantia L.) tüketimi sonrası akut pankreatit: Olgu SunumuAli Kürşat TUNA¹, Hakan GÜNER²¹Konya Çumra Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği²Mardin Midyat Devlet Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Giriş: Akut pankreatit, şiddetli karın ağrısına ve pankreatik nekroza ve kalıcı organ yetmezliğine yol açabilen çoklu organ disfonksiyonuna neden olan, %1-5'lik bir mortalite ile ekzokrin pankreasın yaygın inflamatuvar bir hastalığıdır. Latince adı Momordica charantia L. olup Cucurbitaceae familyası üyesi olup halk arasında kudret narı olarak bilinen bitki Afrika, Asya, Karayipler, Hindistan, Çin, Malezya ve Güney Amerika'da tropikal bölgelerde yetişmektedir. Türk halk hekimliğinde acı kavunun olgun meyvelerinden elde edilen yağın güneşte ısıtılan zeytin yağında yumuşatılması bal ile birleştirilerek mide ülserlerinin önlenmesi ve iyileştirilmesinde kullanılmıştır.

Amaç: Geleneksel tıp öğretileriyle tüketilen Kudret Narı yenmesi sonrasında gelişen akut pankreatit vakasının sunulmasıdır.

Bulgular: Olgu sunumu: 67 yaşında erkek hasta şiddetli epigastrik ağrı ve kusma ile acil servise başvurdu. Hastanın öyküsünde romatoid artrit ve hipertansiyonu olduğu ve lenalidomid ile benidipin kullandığı mevcuttu. Fizik muayenesinde üst kadranda aşırı hassasiyeti olması üzerine istenil acil batın ultrasonografisinde (USG) intrahepatik safra yollarının normal olduğu, safra kesesinin normal olduğu, pankreasın gaz nedeniyle görülemediği olarak raporlandı. Laboratuvar bulguları; Wbc ($\mu\text{L} \times 10^3$): 11.83, Ne ($\mu\text{L} \times 10^3$): 7.56, Na: 134 mmol/L, LDH: 245 IU/L, amilaz: 99 U/L, lipaz: 104 U/L, kalsiyum: 9.9 mg/dl, CRP: 50.3 mg/L idi. Hastanın semptomatik tedaviye rağmen devam eden ağrısı nedeniyle çekilen kontrastlı batın tomografisi (BT); "Pankreas diffüz ödemli düzensiz görünümündedir. Çevre yağlı planlar kirli görünümündedir. Bulgular pankreatit açısından anlamlı bulunmuş olup, klinik ve lab değerlendirilme önerilir." olarak yorumlanması üzerine hastanın dahiliye ile konsulte edildi. Akut pankreatit tanı kriterlerinin üçünü birden karşılaması üzerine hastanın dahiliye servisine yatırışı yapıldı. Hastanın istenilen total kolesterol:166 mg/dl, trigliserid: 85 mg/dl, LDL: 83 mg/dl değerleri normal olarak sonuçlandı. Serum IgG4: 54 mg/dl, ANA negatif Romatoid Faktör: 89 IU/ml olarak sonuçlandı. Hastanın derinleştirilen anamnezinde hayatı boyunca hiç alkol kullanmadığı, son iki gündür dispeptik şikayetler için günde iki tatlı kaşığı kudret narı yeme haricinde ek ilaç ya da bitkisel ürün kullanmadığı öğrenildi. Lenalidomid ve benidipin için yapılan literatür taramasında akut pankreatit olgusuna rastlanamdı. IBu haliyle akut pankreatit tablosu kudret narına bağlandı. Hastanın orali kapatılarak medikal tedavisine başlandı ve şifa ile taburculuğu sağlandı.

Düzensiz sınırlı ve ödematöz pankreas dokusu





Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

Sonuç: Masum görülen geleneksel tıp ürünlerinin kontrolsüz kullanımı sonucunda akut pankreatit görülebilir. Geleneksel tıp yöntemlerinin yoğun olarak kullanıldığı ülkemizde, acil servise başvuran hastalarda bitkisel ürün kullanımı mutlak sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Momordica Charantia, Akut Pankreatit, Geleneksel Tıp

SS-015

KRONİK HALSİZLİK ŞİKAYETİ OLAN HASTADA ATLANMAMASI GEREKEN TANI: HİPOTİROİD MİYOPATİ

Batuhan Gümüştay¹, İbrahim Altundağ², Burcu Genç Yavuz¹, Sinem Doğruyol¹, Şahin Çolak¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş: Non-spesifik bir semptom olan halsizlik, tek başına anlam ifade etmese de ciddi hastalıkların habercisi olabilir. Halsizliğin önemli bir sebebi de hipotiroididir. Tiroid hormonu metabolizmanın temel bileşeni olduğundan dolayı hipotiroidi vakalarında vücutta tüm metabolik aktivitelerde yavaşlama ve halsizlik görülmektedir.

Amaç: Bu bildirinin amacı kliniğimize başvurmuş bir hipotroid miyopati vakasını sunmaktır.

Bulgular: Bilinen hastalık ya da ilaç kullanımı olmayan 50 yaş erkek hasta halsizlik şikayeti ile acil servise başvurdu. Son 3-4 aydır halsizlik şikayeti varmış ancak yaşlanmaya bağlı fizyolojik bedensel reaksiyon olarak düşündüğü için hastaneye başvurmamış. Anamnezinde yorgunluğun özellikle sabah saatlerinden itibaren ilerleyen saatlerde başladığını, göz kapaklarını açmakta zorlandığını, konuşmasında yavaşlama olduğunu belirtti. Nörolojik muayenesi normal olan hastanın diğer sistem muayeneleri de normaldi. Laboratuvar testlerinde troponin-t düzeyi 142 ng/L (normal aralık (NA): < 14 ng/L), kreatinin kinaz (CK) 9029 IU/L (NA: <190 IU/L) harici patoloji görülmedi. Beyin BT ve diffüzyon MR da patoloji görülmedi. EKG: Normal sinüs ritmi 67/dk idi. EKG'de iskemi bulgusu görülmedi. Hastanın yatakbaşı ekokardiyografik (EKO) görüntülemesinde akut patoloji saptanmadı. Myastenia Gravis, Polimiyozit ve hipotroid miyopati ön tanısı ile takip-tedavi amacıyla interne edildi. Takiplerinde Anti-TPO: 314 IU/mL (NA: <34 IU/mL), Antitiroglobulin antikor 513 IU/mL (NA: 115 IU/mL), TSH >100 mIU/L (NA: 0.45-3.86 mIU/L), sT3 <0.26 ng/L (NA: 2.04-4.4), sT4 0.12 ng/dL (NA: 0.85-1.70 ng/dL) saptandı. Hastanın halsizliğinin nedeninin hipotiroidi olduğu, troponin ve CK yüksekliğinin hipotroid miyopatiye bağlı geliştiği saptandı. Hastaya L-tiroksin tedavisi başlandı. Ach antikoru negatif saptanan, EMG'sinde patoloji saptanmayan hastada myastenia gravis ekarte edildi. L-tiroksin tedavisi sonrası CK değeri 2714 IU/L ve troponin 71.43 ng/L'e gerilediği görüldü. Takibinin 5. gününde hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Halsizlik-yorgunluk şikayetleri ile başvuran hastalarda sirkadiyen ritme göre değişkenlik, başta göğüs ağrısı ve dispne olmak üzere eşlik eden semptomlar sorgulanmalı ve ayrıntılı muayene gerçekleştirilmelidir. Halsizliğe eşlik eden troponin yüksekliğinin akut koroner sendrom dışı hastalıkların da belirtici olabileceği, bu hasta popülasyonunda mutlaka CK ve tiroid fonksiyon testleri istenmesi gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: hipotroidi, miyopati

SS-016

METANOL İNTOKSİKASYONUNDA BAZAL GANGLİON KANAMASI: BİR OLGU SUNUMU

Ertuğrul ALTUĞ¹, Kebire Buse SARI¹, İbrahim Halil TOKSUL¹, Ramazan GÜVEN¹, Aynur ŞAHİN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Metanol zehirlenmesi ülkemizde ve dünyada; kazara alımlar ya da etanole ekonomik/diğer nedenlerden dolayı ulaşamayan bireylerde çok sık görülmektedir. Erken teşhis ve tedavisi yapılmazsa hayatı tehdit eden bir durumdur. Yapılan bir çalışmada dini yasaklar ile birlikte COVID pandemi döneminde toksik alkol zehirlenmesi salgını görüldüğü bildirilmiştir (1). SSS depresyonu, oküler hasar, ciddi metabolik asidoz ile karakterizedir. Bu bildiride nadir görülen bazal ganglion kanaması ile seyreden metanol intoksikasyonu olgusundan bahsedilmiştir.

Amaç: Methanol poisoning in our country and in the world; is very common among individuals who take it accidentally, and cannot reach ethanol due to economic/other reasons. It is a life-threatening condition if not diagnosed and treated early. In a study, it was reported that an epidemic of toxic alcohol poisoning was observed because of religious prohibitions and the COVID pandemic (1). It is characterized by CNS depression, ocular damage, and severe metabolic acidosis. In this report, a rare case of methanol intoxication with basal ganglia hemorrhage was reported.

Bulgular: OLGU SUNUMU

Sonuç: OLGU SUNUMU

Anahtar Kelimeler: Metanol intoksikasyonu, Bazal ganglion kanaması, Hemodiyaliz

SS-017

PRETİBİAL ÖDEMDE YENİ BİR AYIRICI TANI: AORT DİSEKSİYONU

Ertuğrul ALTUĞ¹, Esra ÖZCAN¹, Semih KORKUT¹, Ramazan GÜVEN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Aort diseksiyonu tanı ve tedavisi geciktiğinde mortalitesi çok yüksek bir klinik durumdur. İntima tabakasının yırtılmasıyla kanın media tabakası arasına girmesi sonucu intimal ve adventisyal tabakaların birbirinden ayrılması sonucu oluşur. Erkeklerde ve 40-70 yaş arasında daha sık görülür. Bu olgu sunumunda her iki bacakta ödem şikayeti ile gelen 72 yaş erkek hasta tartışılmıştır.

Amaç: Aortic dissection is a clinical condition with a very high mortality when the diagnosis and treatment is delayed. It occurs as a result of the rupture of the intima layer which allows to the blood entering between the media layer and separation of the intimal and adventitial layers. It is more common in men and between 40-70 years old. In this case report, a 72-year-old male patient with edema in both legs.

Bulgular: Olgu sunumudur.

Sonuç: Olgu sunumudur.

Anahtar Kelimeler: Aort Diseksiyonu, Acil Servis, Pretibial Ödem

SS-018

Kemoterapi Sonrası Nötropenik Enterokolite Bağlı Perforasyon

Mücahit KAPCI¹, Cansu ARSLAN¹, Ertuğrul ALTUĞ¹, Ramazan GÜVEN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Nötropenik enterokolit (Tifilitis), bağırsakların nekrotizan inflamatuvar akut hastalığıdır ve immunsupresif hastalarda görülen mortalitesi yüksek ancak nadir görülen bir klinik tablodur. Başlıca bulguları ateş ve karın ağrısı olan bu tablo, çoğunlukla kullanılan sitotoksik ajanların bağırsak mukozasında oluşturduğu hasar sonrasında gelişmektedir. Burada, adjuvan kemoterapi sonrası karın ağrısı ile başvuran 72 yaşında meme karsinomlu nötropenik enterokolite bağlı gelişen perforasyon olgusu sunulmuştur.

Amaç: Neutropenic enterocolitis (typhilitis) is a necrotizing inflammatory acute disease of the intestines and It is a rare clinical process with a high mortality rate in immunosuppressive patients. The main symptoms are fever and abdominal pain. It mostly develops after the damage caused by the cytotoxic agents used in the intestinal mucosa. In this case, 72 years old breast carcinoma patient is presented with perforation due to neutropenic enterocolitis who apply with abdominal pain after adjuvant chemotherapy is presented.

Bulgular: Olgu sunumudur.

Sonuç: Olgu sunumudur.

Anahtar Kelimeler: Tifilitis, Perforasyon, Karın Ağrısı

SS-019

Görme Kaybıyla Gelen Aort Diseksiyonu: Bir Olgu Sunumu

Semih KORKUT¹, Deniz Zeynep TEKİR¹, Ertuğrul ALTUĞ¹, Ramazan GÜVEN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Aort diseksiyonu, intimanın zorlanması ile kanın media tabakasına girmesi sonrasında intimal ve adventisyal tabakaları disseke etmesi sonucu oluşur. Aort diseksiyonları genelde iki skapula arasına yayılım gösteren ani ve şiddetli ağrı ile kendini gösterir. Diseksiyonlar çoğu zaman patofizyolojik olarak dinamik süreçlerdir. Bu yüzden değerlendirme sürecinde ağrı paternleri ve diğer bulgular çoğu zaman değişir veya gezicidir. Karotis arterindeki bir diseksiyon klasik bir inme gibi prezante olabilir bu nedenle diseksiyonu olan birçok hasta nörolojik bulgular gösterir. Bu olgu sunumunda kliniğimize görme kaybıyla gelen bir aort diseksiyonu vakasını sunarak aort diseksiyonunun nörolojik semptomlarla da karşımıza gelebileceğinin önemini vurgulamak istedik.

Amaç: Aortic dissection occurs when blood enters the media layer due to the stretching of the intima and dissects the intimal and adventitial layers. A dissection in the carotid artery can present like a classic stroke, therefore many patients with dissection show neurological signs. In this case presentation, we wanted to emphasize the importance of the fact that aortic dissection can also present with neurological symptoms by presenting a case of aortic dissection who presented to our clinic with visual loss.

Bulgular: Bir olgu sunumudur.

Sonuç: Bir olgu sunumudur.

Anahtar Kelimeler: Aort Diseksiyonu, Görme Kaybı, Sağ Dal Bloğu, Presenkop

SS-020

Parasetamol İntoksikasyonunda Gecikmiş Bulgu; Transaminaz Yüksekliği

İbrahim Halil Toksul¹, Nimet Sena Gürbüz¹, Ertuğrul Altuğ¹, Ramazan Güven¹, Aynur Şahin¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Asetaminofen (N-asetil-p-aminofenol veya parasetamol) zehir danışma merkezlerine en sık bildirilen toksik maruziyetlerden bir tanesidir. ABD’de ilaç bağımlı karaciğer yetmezliklerinin en sık sebebi asetaminofendir ve akut karaciğer yetmezliğine giden tabloların yarısından sorumludur. İngiltere’de her yıl yaklaşık 98.000 hasta parasetamol zehirlenmesiyle acil servislere başvurmakta ve yaklaşık 49.000 hasta hastaneye yatarak tedavi edilmektedir. Yalnızca parasetamol zehirlenmesine bağlı İngiltere’de her yıl tahminen 150-200 ölüm ve 15-20 karaciğer nakli gerçekleşmektedir. Erken teşhis ve tedavi yapılmazsa hayatı tehdit edebilecek bir tablodur. Bu olguda, parasetamol intoksikasyonu vakalarında karaciğer fonksiyon testlerinin takibin ilerleyen günlerinde yükselebileceğinden bahsedilmiştir.

Amaç: Acetaminophen (N-acetyl-p-aminophenol or paracetamol) is one of the most frequently reported toxic exposures to poison control centers. The most common cause of drug-induced liver failure in the USA is acetaminophen and is responsible for half of the cases leading to acute liver failure. In England, approximately 98,000 patients apply to emergency services with paracetamol poisoning every year, and approximately 49,000 patients are hospitalized. An estimated 150-200 deaths and 15-20 liver transplants occur each year in the UK due to paracetamol poisoning alone. It is a life-threatening condition if not diagnosed and treated early. In this case, it was mentioned that liver function tests may increase in the following days in cases of paracetamol intoxication.

Bulgular: Bir olgu sunumudur.

Sonuç: Bir olgu sunumudur.

Anahtar Kelimeler: Parasetamol İntoksikasyonu, Hepatit, Acil Servis

SS-021

İmmobil Hastalarda Akılda Olması Gereken Tanı: Nekrotizan Fasiit

Ertuğrul ALTUĞ¹, Mehmet Eren EDİZ¹, Kemal ŞENER², Semih KORKUT¹, Ramazan GÜVEN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

²Mersin Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Nekrotizan fasiit, fasya boyunca deri altı yağ dokusuna, deriye ve en son kaslara yayılan, agresif ilerleyerek septik şok ve ölüme kadar gidebilen bir yumuşak doku enfeksiyonudur. Başlıca bulguları şiddetli ağrı, anksiyete, terleme olan bu hastalık; dış bir travmadan (böcek ısırığı, IV enjeksiyon) veya organ perforasyonundan sonra gelişebilir. Bu olguda nekrotizan fasiit olgusu sunulmuştur. Amacımız burada nekrotizan fasiit olgularının tanınması hususunda bilgilendirmektir.

Amaç: Necrotizing fasciitis is a soft tissue infection that spreads along the fascia to the subcutaneous adipose tissue, the skin, and finally the muscles, and can progress aggressively to septic shock and death. This disease, the main symptoms of which are severe pain, anxiety, sweating; It may develop after an external trauma (insect bite, IV injection) or organ perforation. In this case, a case of necrotizing fasciitis is presented. Our aim here is to inform about the recognition of necrotizing fasciitis cases.

Bulgular: Bir olgu sunumudur

Sonuç: Bir olgu sunumudur.

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan Fasiit, Komorbidite, Dil Problemi

SS-022

Acil Servise Ani Görme Kaybı ile Başvuran Hastada Bir Tanı: Klival Kordoma

İbrahim Halil TOKSUL¹, Muhammed HAMİTOĞLU¹, Semih KORKUT¹, Ramazan GÜVEN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Kordoma agresif, lokal invazyon gösteren ve kötü prognozlu bir kemik tümörüdür. Klival kordomalar diğer kordoma tiplerinden farklı olarak yerleşimi nedeniyle tedavilerinde nörolojik fonksiyonların önem arz etmektedir. Bu olgu sunumunda, oculomotor felci ile acil servise başvuran hastanın klival kordoma tanısı ve tedavisi tartışılmıştır

Amaç: Chordoma is an aggressive bone tumor that shows local invasion and has a poor prognosis. Klival chordomas differ from other chordoma types in terms of their location, and the treatment of these tumors requires consideration of neurological functions. In this case report, the diagnosis and treatment of a 52-year-old male patient with klival chordoma who presented to the emergency department with oculomotor palsy were discussed

Bulgular: bir olgu sunumudur

Sonuç: bir olgu sunumudur

Anahtar Kelimeler: Oculomotor Felci, Kordoma, Görme Kaybı

SS-023

ZONA TEDAVİSİ ALIRKEN OLUŞAN BİLİNÇ BULANIKLIĞI; VZV ENSEFALİTİ

Nazlı Görmeli Kurt¹, Ferhat Zereyak¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: Varisella-zoster virüsü (VZV), birincil enfeksiyon olarak suçiçeğine neden olan ve vevardından periferik ganglionlarda gizli hale gelen patojenik bir insan herpes virüsüdür. Klinik olarak bimodal dağılım gösteren VZV, zona enfeksiyonu şeklinde de karşımıza çıkabilmektedir.

Amaç: Bu olguda zona tedavisi alırken bilinç ve oryantasyon bozukluğu kliniği oluşarak acil servise başvuran 76 yaşındaki bir erkek hastanın menenjit olgusunu sunmayı amaçladık

Bulgular: 76 yaşında erkek hasta, acil servise 3 gündür olan bilinç bulanıklığı, yakınlarını tanıyamama, yer oryantasyon kaybı şikayetleri ile acil servise başvuruyor. Hastanın çocuklarından alınan anamneze göre hastanın tekrarlayan zona enfeksiyonu öyküleri olduğu, bu nedenle aralıklı olarak antiviral tedavi aldığı beyan edildi. Hastanın en son 4 gün önce dış merkeze göğüs bölgesinde ağrı ve döküntüleri için başvurduğu ve orada asiklovir tablet başladığı öğrenildi. Hastanın muayenesinde vital değerleri normal, bilinç konfüze, dezoryante ve non koopere olarak görüldü. Hastanın ense sertliği mevcutu. Sağ hemitoraks anteriorda supradiafragmatik seviyede döküntüsü vardı. Santral görüntülemeleri normaldi. Hastaya menenjit, ensefalit ön tanıları ile LP(lomber ponksiyon) yapıldı. LP sonucu viral menenjit şüpheli olan hastaya intravenöz asiklovir ve kortikosteroid başlandı. Viral etken araştırılması açısından PCRörneklemleri alındı. Menenjit tanısı ile enfeksiyon hastalıkları servisine yatırışı yapıldı.

Sonuç: Zona vakalarına sekonder gelişen döküntüye acil servislerde çokça rastlanmaktadır. Tedavisinde verilen antiviral tedavi ile birlikte hastanın takibi esnasında bu enfeksiyöz sürecin santral sinir sistemi enfeksiyonlarına yol açabileceği unutulmamalıdır. Hasta ve yakınlarına oluşabilecek komplikasyonlar unutulmamalıdır. Tedavide uygulanan intravenöz asiklovir ve kortikosteroidler hastalarda dramatik düzelme sağlayabilmektedir. Acil başvurularında acil tıp hekimlerinin bu konuda farkındalıklarının yüksek olması bu komplikasyonların erken tanı ve tedavisinde önemli rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: ENSEFALİT, VARİSELLA ZOSTER VİRÜSÜ, BİLİNÇ BOZUKLUĞU

SS-024

MOR İDRAR TORBASI SENDROMUNAZLI GÖRMELİ KURT¹, FERHAT ZEREYAK¹¹ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: İdrar rengi, kokusu, görüntüsü hatta tadı birçok tıbbi durumla ilgili önemli bilgiler sağlayabilir. Mor idrar torbası sendromu (MİTS), idrar yolu enfeksiyonlarında mor idrar rengi ile karakterize nadir görülen bir klinik tablodur. Kadın cinsiyet, ileri yaş, kabızlık, hastaneye yatma, uzun süreli kateterizasyon, demans ve kronik böbrek hastalığı gibi birçok predispozan faktör kabul edilmiştir.

Amaç: Bu olgu sunumumuzda acil servislerde nadir gözlenebilen, mor renkli idrar çıkışı olması üzerine tarafımıza başvuran hasta üzerinde yaklaşım ve ön tanımlar üzerine dikkat çekmeyi amaçladık.

Bulgular: Hasta 97 yaşında kadın hasta. Bilinen 3 yıl önce geçirilmiş iskemik serebrovasküler olay öyküsünden sonra paraplejik ve yatağa bağımlı, immobil yaşam sürmektedir. Hasta sürekli üriner sonda ile takiplidir. Acil servise 112 ile 2 gündür genel durumunda bozulma, oral alımında azalma, kabızlık ve idrar renginin mor renge dönüşmesi sonucu başvuruyor. Hastanın vital değerlerinde Kan Basıncı: 80/50 mmHg, nabız: 108 Spo2: 91 Ateş: 38.1°C şeklindeydi. Hastanın iv kristaloid bolusuna yanıt vermeyen hipotansiyonu, takipnesi ve kan gazında laktatı 8 mmol/L olması üzerine noradrenalin infüzyonu başlandı. Ürosepsis tanısı ile yatışı yapıldı. Hastanın alınan idrar kültüründe Escherichia coli ve Proteus mirabilis üremesi gözlemlendi.

mor idrar torbası



Sonuç: Kabızlık nedeniyle bağırsak geçişi uzar, triptofan bağırsak florasındaki bakteriler tarafından indole deamine olur. İndol karaciğerde konjugasyonla indoksil sülfata çevrilir. İdrara sekrete edilen indoksil sülfat, mesane kateterinde kolonize bakteriler tarafından sültafaz ve fosfataz enzimleri sayesinde indoksile dönüştürülür. İndoksilin oksidasyonu sonucu indigo (mavi) ve indurin (kırmızı) pigmentleri meydana gelir. Bu pigmentler plastik idrar torbası ile temas ettikten sonra meydana gelen reaksiyon sonucunda idrar torbasında mor bir renk oluşur. Acil servis başvurusuna nadir sebep olan bu durumda hastalarda kabızlığın tetiklediği ve idrar yolu enfeksiyonunun



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACIL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

da klinik tabloyu tam olarak oluşturduğu unutulmamalıdır. Erken antibiyoterapiye başlamak ve sıvı resusitasyonu tedavinin ana bileşenleridir.

Anahtar Kelimeler: triptofan, acil servis, mor idrar torbası sendromu

SS-025

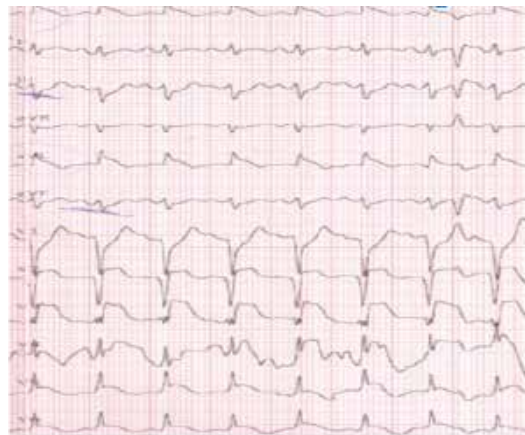
19 Yaş Genç Hastada Kalp KriziBahar Hamkan¹¹Sultan Abdülhamid Han eah

Giriş: Sağ sinüs valsalsvadan çıkan sol ana koroner arter anomalisi oldukça nadir görülen bir koroner anomalidir. Sol koroner arter, sağ koroner arter ile farklı ostiumlardan köken alabildiği gibi aynı ostiumdan da kaynaklanabilir. Bu anomalinin ilginç bir özelliği, klinik olarak benign bir seyirden ani ölümlere kadar geniş bir yelpaze oluşturabilmesidir.

Amaç: Sol koroner arter veya sağ koroner arterin ana pulmoner arter veya aorta arasında seyrettiği olgularda özellikle egzersiz ile ilişkili akut miyokard enfarktüs ve ani ölümler gibi tehlikeli klinik durumlara yol açabildiğinden tanınması önemlidir.

Bulgular: 19 yaş erkek, askeri öğrenci hasta ani solunum sıkıntısı ile acil servise getirildi. Sabah ateşinin olduğunu ardından akşam saatlerinde göğüs ağrısının ve çarpıntısının olduğunu belirtti. Narkotik kullanımının ,ek hastalığının olmadığını ifade etti.Kardiyak monitörizasyonda takip edilen ventriküler taşikardi ritmi görülen anstabil seyreden hastaya kardiyoversiyon planlandı. Kardiyoversiyon öncesi hastaya sedatif olarak Fentanil 100 mcg iv uygulandı. Sedasyon sonrası monitörde 130-140 vuru/dk sinus taşikardisi ritmi oluştu. Kardiyoversiyon uygulaması iptal edildi. Yatak başı elektrokardiyografisi görüldü Göğüs ağrısı tarifleyen hastaya hemen EKG çekildi ve anterolateral MI düşünülerek kardiyolojiye konsülte edildi. (Şekil 1)Hastanın bu sırada fizik muayenesinde GKS: 15, bilinci açık, koopere, oryante ,cilt rengi soluk ve ağızdan pembe renkte köpüklü sekresyon çıkışı vardı. Arteriyel kan basıncı 118/70 mmHg, nabız 165 atım/ dak , spo2 %65'idi. Solunum sistemi muayenesinde bilateral yaygın ralleri mevcuttu. Acil serviste yapılan ekokardiyografisinde ef % 25-30, global hipokinetik ve duvar hareket kusuru saptandı. Takibi sırasında sekresyonlar nedeniyle hava yolunu koruyamayan ve konfüzyonu başlayan, tedaviye rağmen hipoksik seyreden VT ritmine bağlı pulmoner ödem tablosunda olduğu düşünülen hasta entübe edildi ve acil koroner anjiyografi planlandı.Koroner anjiyografide; sol ana koroner arter sağ sinüs valsalsvadan çıkıyor ve sistolik çap %50 den fazla azalıyor olduğu görüldü. Hastaya aortokoroner bypass greft operasyonu planlandı. Takiplerine yoğun bakımda devam eden hasta tedavi sonrası şifa ile taburcu edildi.

Ekg ve koroner anjiyografi



Koroner anjiyografi



Sonuç: Genç hastalarda erken dönemde efor ile indüklenebilen ve disritmi, ani ölüme kadar giden sağ sinüs valsavadan çıkan tek koroner arter anomalisi tanısı gözardı edilmemelidir. Özellikle osteal veya proksimal seviyedeki lezyonlar beklenenden daha geniş miyokard alanlarını tehdit ederek çok ciddi problemlere sebep olabilmektedir. .Bu nedenlerle tek koroner arter anomalisi dikkatli bir değerlendirme ve yaklaşım gerektirir.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter anomalisi, ventriküler taşikardi, akut pulmoner ödem, tek koroner arter

SS-026

Akciğerde Dev Bül ile Birlikte Pnömotoraks Olgusu

Ayşen Zeybek¹, Melih Yüksel¹, Mustafa Köprücüoğlu², Miktat Arif Haberal², Mehmet Oğuzhan Ay¹, Umut Ocak¹, Halil Kaya¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Bursa, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bursa, Türkiye

Giriş: Dev büllöz amfizem (DBA) bir hemitoraksın 1/3 ve daha fazlasını kaplayan bül olarak tanımlanmaktadır. DBA olguları genellikle genç ve sigara içen erkek hastalar olmakla beraber sigara içmeyen veya daha yaşlı hastalarda da görülebilmektedir. İlerleyici bir klinik gösterir. Çoğu zaman solunum yetmezliği nedeniyle hastaneye başvurulur. Pnömotoraks akciğerde visseral ve paryetal plevra arasında hava bulunmasıdır. Pnömotoraks spontan ve travmatik olarak ikiye ayrılır. Spontan pnömotoraks, doğuştan veya edinsel bir akciğer hastalığının bulunup bulunmadığına bağlı olarak, altta yatan bir akciğer hastalığı olmayan primer spontan pnömotoraks (PSP) ve bilinen bir akciğer hastalığının varlığı ile sekonder spontan pnömotoraks (SSP) olarak gruplandırılır.

Amaç: Bu olgu sunumunda dev bül ile pnömotoraks birlikteliği olan hastayı sunmayı amaçladık.

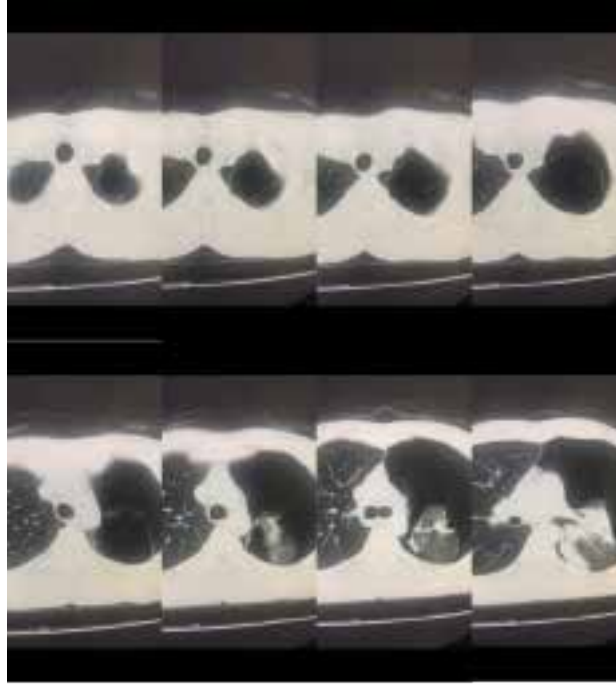
Bulgular: 24 yaşında erkek hasta ani başlayan nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın öz geçmişi ek hastalık öyküsü yok. 1 paket/ 5 yıl sigara kullanıcısı olan hastanın nefes darlığı 3 saattir devam ediyordu. Yapılan fizik muayenede akciğer sesleri dinlemekle solda azalmıştı. Diğer sistem muayenelerinde ek patolojiye rastlanılmadı. Hastanın vital bulguları; ateş:36 ºC , kan basıncı 123/84 mm Hg, nabız:84atım/dk , sPO2:95, solunum sayısı 18/dakika olarak saptandı. Hastanın çekilen posteror anterior akciğer grafisinde, sol akciğerde pnömotoraks görüntüsü olması üzerine (Şekil 1) hastaya ileri tetkik amacıyla toraks bilgisayarlı tomografi çekildi. Hastanın sol akciğerinde totale yakın pnömotoraks ve sol alt lobda dev bir bül olduğu tespit edildi(Şekil 2). Hastaya toraks tüpü takıldı ve göğüs cerrahisi servisine yatırıldı.

Şekil 1



Olgunun PA Akciğer Grafisi

Şekil 2



Olgunun Bilgisayarlı Toraks Tomografi Görüntüleri

Sonuç: Büyüklükleri 1 cm üzerinde olan ve duvar kalınlıkları 1 mm den az olan, sekonder lobül olarak adlandırılan, terminal bronşiyolün distal bölümünde kalan hava yollarının çeşitli nedenlerle destrüksiyonu ve dilatasyonu sonucu bir araya gelerek oluşturdukları hava boşlukları bül olarak adlandırılır. Pnömotoraks ise göğüs cerrahisi acillerinden en sık görülenidir. Dev bül ve pnömototaks birlikteliği oldukça nadir görülen bir durumdur. İleri derecede büyüyen bül, radyolojik olarak pnömotoraks ile karışabilir. Bu yüzden acil serviste pnömotoraks tanısı koyarken dikkatli olunmalı, ayırıcı tanıda dev bül mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, Göğüs cerrahisi, Dev büllöz amfizem, Pnömotoraks

SS-027

Nöbet Sonrası Humerus Kırıklı ÇıkığıSafa Dönmez¹, Hakan Oğuztürk¹¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: Anterior omuz çıkığı ile beraber aynı taraftaki humerusun cisim kırığı nadir görülen, ciddi yaralanmalardır. Literatüre bakıldığında bu tarz yaralanma ile ilgili birkaç olgu sunumunun olduğu görülür . Dirsek fleksiyonda, omuz hafif abdüksiyonda iken ani ve büyük bir aksiyel yüklenme, aynı taraftaki omuz ekleminin çıkmasına ve humerus cisminin kırılmasına neden olmaktadır.

Amaç: Bizim burada sunacağımız vaka; bilinen epilepsi tanılı nöbet geçiren hastanın humerus kırıklı çıkığıdır ve nöbet geçiren ve omuz ağrısı olan hastalarda nadir de olsa akılda kalmasını istediğimiz bir vakadır.

Bulgular: 30 yaş erkek hasta acil servise düşme ve sağ omuzda ağrı şikayeti ile başvurdu. Alınan anamnezde epilepsi dışında ek hastalığı olmadığı ve hastanın ilaçlarını düzenli kullanmadığı öğrenildi. Hastanın etrafında hastayı görenlerden ise hastanın kasılmalarının olduğu ve yere düştüğü öğrenildi. Yapılan fizik muayenede sağ omuzda ağrı hassasiyet hareket kısıtlılığı olduğu tespit edildi. Hastanın çekilen direkt grafilerinde humerusun subluka olduğu ve proksimalde kırık olduğu görüldü. Hastanın nöroloji ve ortopedi konsültasyonu planlandı. Hasta ortopedi ile konsülte edilip servis yatışı sağlandı.

Hastanın Omzunun Direkt Grafi Görüntüsü



Sonuç: Acil servise başvuran travma hastalarının anamnez ve fizik muayeneleri tam yapılmalı ve hastaya multidisipliner yaklaşılmalıdır. Bu hasta gibi hastalar cerrahi branşlarda ilaç düzenlemeleri yapılmadan yatırılınca daha büyük sıkıntılara neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: acil servis, epileptik nöbet, humerus, fraktür

SS-028

Diyaliz Hastalarında Yürüyememe Nedeni: Bilateral Tendon Ruptürü

Merve Unutmaz¹, Çağdaş Yıldırım¹, Rümeysa İsakoca¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: Biletaral spontan kuadriseps tendon ruptürü oldukça nadir görülen bir klinik durumdur. Hemen hemen tüm vakalarda altında kronik renal yetmezlik, hiperparatiroidizm, gut ve sistemik lupus eritematozus gibi sistemik hastalıklar yatar. Kronik böbrek yetmezliği ve buna bağlı diyalize giren hastalarda biriken amiloid ve üremik toksinler, tendonları zayıflatır. Bununla beraber azalmış fosfor atılımına bağlı gelişen sekonder hiperparatiroidizm de kemik rezorpsiyonu yaparak kemik tendon yapışma yerlerinden kopmalara yol açabilir.

Amaç: Bu yazıda diyaliz hastalarında yürüyememe nedeni olarak tendon ruptürünün de düşünülmesi gerektiği amaçlanmıştır.

Bulgular: 43 yaşında kalıtsal böbrek hastalığına bağlı böbrek yetmezliği olan ve 6 yıldır hemodiyalize giren erkek hasta, 1 hafta önce ayağa kalktığı anda aniden her iki dizinde boşalma hissi ve yürüyememe, 1 haftada 4 kere düşme şikayeti ile acil servisimize başvuruyor. Hastada 2 yıldır kronik distrofiye bağlı yürüme bozukluğu mevcut. Fizik muayenede solda daha belirgin olmak üzere her iki dizde şişlik, diz kapağı üzerinde çukurlaşma, palpasyon ile ağrı, ballotman mevcut. X-Ray’de fraktür saptanmadı. Çekilen USG’de solda komplet, sağda inkomplet tendon ruptürü ve bilateral diz eklem bölgesinde kuadriseps tendonu çevresinde sıvı efüzyonu saptandı. Hasta ortopediye konsülte edildi. Bilateral dizden 30 cc sıvı alındı seröz geleni oldu. Sık bandaj yapıldı. Elektif şartlarda cerrahi planlandı.

Sonuç: Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların kas tendon yaralanmalarına açık hastalar olduğu unutulmamalı. Hastaların anamnezinde Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı ve hemodiyaliz tedavisi varsa dikkatli muayene edilmeli, geniş perspektifle düşünülmesi, tetkik istemekten kaçınılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: kronik böbrek yetmezliği, diz, kuadriseps tendon ruptürü

SS-029

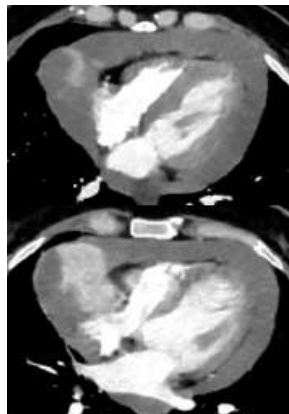
Spontan Atrium RüptürüSafa Dönmez¹, Ahmet Burak Erdem²¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi²Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş: Primer kardiyak tümörler tüm yaş gruplarında nadir görülmektedir. İnsidansı 100.00' 1,7-10 arasında değişim gösterir. Primer kardiyak tümörlerin yaklaşık %75 oranında iyi huylu oldukları ve kadınlarda daha sık olmakla birlikte 3. ve 6. dekatta daha sık görüldüğü de bilinmektedir. Miksomaların %80 den fazla bir oranı sol atrium kaynaklıdır ve sağ atrium kaynaklı olanları daha az görülmekle birlikte atrium duvarı ve septuma daha geniş bir tabanla otururlar. Miksomalar birçok kardiyovasküler hastalığı taklit ederler ve hastaların surveyinde erken tanı ve tedavi hayati önem arzeder.

Amaç: Biz de bu vakamızda farklı kardiyopulmoner şikayetleri taklit ederek atrial kitle ve kitleden kanaması olan hastamızı sunacağız.

Bulgular: Daha önceden bilinen hipertansiyon(HT), kalp yetmezliği(KKY) ve hipotiroidi tanıları olan 40 yaşında kadın hasta acil servise dispne ve baş dönmesi şikayeti ile başvurdu. Anamnezde son 1 aydır 10 kilo kadar kaybettiği, dispne şikayetinin 3 aydır olduğu ve bu gece hem dispne şikayetinin arttığı hem de baş dönmesi şikayetinin başladığı öğrenildi. Nörolojik açıdan muayenesi normal olan hastanın vitallerinde hipotansiyon dışında ek özellik yok idi. Çekilen elektrokardiyogramında düşük voltaj sinüs taşikardisi dışında ek patoloji yoktu. Santral görüntülemeleri normal olan hastada BT Anjio planlandı. Öncesinde kardiyolojiye de konsülte edildi. Kardiyoloji tarafından pcr test sonucu çıkınca eko ile bakılacağı beyan edildi. BFT değerleri çıkar çıkmaz bt anjosu da tamamlanan hastanın perikardiyal mayisi olduğu tamponat olabileceği kardiyolojiye tekrar bildirildi. Radyoloji tarafından ilk olarak perikardiyal efüzyon dışında patoloji belirtilmeyen hastanın Bt görüntülerine tekrar baktığımızda sağ atriumda düzensizlikler olduğu(rüptür?) görmemiz üzerine tekrar bakmalarını rica ettik ve tekrar bu açıdan bakınca yeni bt raporunu: "Perikardiyal efüzyon ,akciğer parankim bulguları, sağ atrial duvar düzensizliği ve sağ atrial pseudoanevrizma birlikte değerlendirildiğinde zeminde yatabilecek tm patolojiye sekonder gelişmiş rüptür, pseudoanevrizma gelişimi ve metastatik süreçler açısından şüphe uyandırmıştır." şeklinde raporlanması üzerine hasta KVC kliniğine danışıldı ve acil cerrahiye alındı. Takiplerinde hastanın ameliyette kalp odaklı multipl kitlelerin olduğu ve her odaktan ayrı ayrı kanamasının olduğu bilgisine ulaşıldı. 12 gün sonra hastanın şifa ile taburcu edildiği hastane sisteminden görüldü.

Atrial Rüptür ve Perikardiyal Mayi





Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

Sonuç: Bizler acil servis uzmanlarıyız ve istediğimiz her tetkik ve görüntülemelerden de sorumluyuz. Ayrıca her branşın hastalara multidisipliner yaklaşması gerektiği gibi bizlerin bu konuda daha da hassas olmamız ve birşeylerden şüpheleniyorsak sonuna kadar gitmemiz gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Atrial Rüptür, Perikardiyal Tamponat, Acil Servis

SS-030

HEMOPTİZİ İLE BAŞVURAN HASTADA AORT KAPAK DEHİSENSİGÜRBÜZ MERAL¹, SERKAN GÜNAY¹, AHMET ÖZTÜRK¹, NURULLAH ÇORAKYER¹, ALİ KEMAL ERENLER¹¹T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI HİTİT ÜNİVERSİTESİ EROL OLÇOK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Cerrahi aort kapak replasmanı (AVR) tüm dünyada yaygın olarak kullanılan bir kalp kapak tedavi yöntemi-
dir. Protez kapak tedavisi sonrası ortaya çıkan sorunlardan biri enfektif endokardittir (EE) ve mortalitesi yüksek
bir komplikasyondur. EE'in en ciddi komplikasyonlarından biri paravalvüler apselerdir ve aort kökü apsesi bunlar-
dan en sık görülenidir. Aort kökü apselerinin tedavisi genellikle cerrahidir

Amaç: Biz bu vakamızda hemoptizi şikayeti ile acil servise başvuran bir hastada aort kökü apselerini tartışmayı
amaçlıyoruz.

Bulgular: 67 yaş erkek hasta, acil servise 3 gündür devam eden kanlı balgam, nefes darlığı ve ateş şikayetleri
ile başvurdu. Anamnezinde aort kapak değişimi (AVR) ve warfarin kullanımı mevcuttu. Genel durum orta, TA:
150/90 mmHg, Nb:120 atım/dk., oksijen saturasyonu 94%, ateş 37.6 °C idi. Fizik muayenesinde; S1 ve S2 pozitif,
ritmik, taşikardik idi. Laboratuvar değerlendirmesinde; WBC; 24.03 x10⁹/L, Troponin-I; 3380 ng/L, INR;7,3 idi. To-
araks BT'de; bilateral plevral effüzyon, her iki akciğerde geniş bir sahada yamasal tarzda buzlu cam manzaraları
mevcuttu. Yapılan Transtorasik ekokardiyografide (TTE) ejeksiyon fraksiyonu 45% ve AVR DEHİSCENCE + + idi.
Acil kardiyovasküler cerrahisi (KVC) konsültasyonu yapılan hastanın KVC yoğun bakımına yatırıldı. Yatışında
yapılan Transözofageal Ekokardiyografi (TEE) raporunda "aort kapak interatrial septum komşuluğunda 27x16
mm ebatlarında paravalvüler apse ve dehisens görünümü" saptanmıştır. Protez kapak dehisensi(PVD) protez
aort kapak replasmanı yapılan hastaların % 01.-1.3'ünde gelişebilmektedir. PVD'nin birçok nedeni olabilmekte
beraber neden EE olduğunda yüksek mortalite ile seyretmektedir. Sunduğumuz vakada da apse varlığı ve ka-
pakta karakteristik hareketli yapı yoğun bakım yatışı sonrasında yapılan TEE ile tespit edilmiştir. Sunulan vakada
olduğu gibi paravalvüler tutulum ile bu oran daha da artmakta ve yeniden kapak replasman ihtiyacı doğmaktadır.
Mekanik kalp kapak replasmanı yapılan hastalarda warfarin kullanımına bağlı hemorajik komplikasyonlardan
en sık görüleni hemoptizidir. Her ne kadar protez kapak dehisensine bağlı henüz bildirilmiş hemoptizi vakası
olmasa da hemoptizi de aort kapak dehisensi nedeni olabilir veya buna bağlı tetiklenmiş olabilir. Bunun konuda
yeni araştırmalara gerek duyulacaktır. Kalp ve damar cerrahisi tarafından hastaya aort kök apsesi ve mitral kapak
dehisensi tanılarıyla cerrahi girişim planlanmış ve ileri merkeze sevk edilmiştir.

TEE GÖRÜNTÜSÜ

Paravalvüler apse görünümü

TOMOGRAFİ GÖRÜNTÜSÜ



Sonuç: Acil servise dispne ve ateş ile başvuran kalp kapak ameliyatı olmuş hastalarda enfektif endokarditin en önemli komplikasyonlarından biri olan kapak dehissensi ve paraaortik kök absesi olabileceği akılda tutulmalıdır

Anahtar Kelimeler: ENFEKTİF ENDOKARDİT, HEMOPTİZİ, AORT KÖK APSESİ, DEHİSENS

SS-031

Bir günde 3 özkıyım girişimi: Acil servis gerçeği

Mehmet Ünal¹, Mustafa Burak Sayhan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kocaeli, Türkiye

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilimdalı, Edirne, Türkiye

Giriş: Giriş: Özkıyım meyilli hastalar acil servise intihar planları, tehditleri veya girişimleri; intiharın ilişkili olduğu ruh sağlığı sorunları (depresyon ve madde kötüye kullanımı gibi); yaralanma veya travma gibi durumlarla başvuru-rabilir.

Amaç: Bu çalışmada bir gün içerisinde farklı şekillerde 3 özkıyım girişim vakasını sunmayı amaçladık.

Bulgular: Vaka1: 20 yaşında bayan hasta acil servise bulantı kusma şikayeti ile başvurdu. Oryantasyon ve kooperasyonu azalmış ajite halde idi. Yaşamsal bulguları Tansiyon: 110/70 mm-Hg, Nabız:107/dk, O2 satürasyonu:%98 idi. Arteriyel Kan Gazı örneğinde pH: 7,19; laktat:7,6. Yaklaşık 6 saat önce aşırı dozda 15,6 gr lipoik asit almıştı. Genel durumu ağırlaşması ile entübe edilerek yoğun bakıma transfer edilmesini takiben 3 saat sonra kaybedildi.Vaka 2: 37 yaşında erkek hasta, boyunda özkıyım amaçlı demir çubuk yaralanması nedeniyle acil servise başvurdu. Genel durumu iyi ve stabildi. Servikal BT’de yüzeyel ve derin servikal yumuşak doku planlarında hava yoğunlukları ve sol tarafta laringeal kıkırdak laserasyonu görüldü. Kulak Burun Boğaz kliniğine interne edildi.Vaka 3: 29 yaşında erkek hasta deliryum durumu ile acil servise getirildi. Yaşamsal bulguları stabildi ancak ajiteydi, oryantasyon ve kooperasyonu zayıftı. Öyküde sentetik kannabinoid kullandığını tespit ettik. CK 6634 U/L olarak değerlendirildi ve 4000 cc sıvı replasmanı yapıldı. İkinci değer yaklaşık 4 saat sonra 4638 U/L idi. Sıvı uygulaması ile giderek azalan CK’ye bağlı olarak bilinci tamamen normale döndü. Takiplerinin ardından acil servisten taburcu edildi.

Sonuç: Acil serviste farklı mekanizmalarla özkıyım girişiminde bulunan hastalarla karşılaşabiliriz ve sonuçlar çok şiddetli olabilir.

Anahtar Kelimeler: ilaç, özkıyım, travma

SS-032

Lisfrank Kırıklı Çıkığı

Özge MERT¹, Eren SERT¹, Furkan KALELİ¹, Elif Gizem OLCAY¹, Salih FETTAHOĞLU¹, Serkan DOĞAN¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Ayak ve ayak bileği vücutta en fazla kemik ve eklemin bulunduğu bölgedir. Ayak ve ayak bileğinde kırıklar sık görülür.

Amaç: Tibiotalar ve subtalar eklemlerin çıkıklarına kolayca tanı konabilirken, ayak ortası ve önündeki eklem çıkıkları sıklıkla gözden kaçabilmektedir. Lisfrank çıkıkları acilde sık gözden kaçabilen çıkıklardır.

Bulgular: 74 yaşında erkek hasta ayağını burktuğu bir travma sonrası başvurduğu dış merkezden ortopedi olan bir merkeze başvurması gerektiği söylenerek ayaktan tarafımıza gönderiliyor. Yapılan muayenesinde sağ ayak sırtında hassasiyet tespit ediliyor iki yönlü ayak – ayak bileği grafileri isteniyor. Çekilen grafiler sonucunda sağ ayak tarso-metatarsal çıkık, buna ek olarak 3. parmak metatars kırığı görülmesi üzerine ortopediye konsülte ediliyor. Ortopedi tarafından redükte edilen ve sağ kısa bacak atel uygulanan hastaya operasyon önerilip hasta ortopedi servisine interne edildi.

sağ ayak iki yönlü grafi görüntüsü



lisfrank

çıkığı ile birlikte 3. metatars kırığı görüntüleri

Fleck Sign



patognomik fleck sign bulgusu

Sonuç: Lisfrank çıkığı çok nadirdir ve bütün ortopedik travmaların %1'den azında görülür. Yaklaşık %20 olgu acil serviste ilk değerlendirmede atlanır. Eğer tanı konulamaz ise kronik ağrı ile birlikte fonksiyonel kayıp riski yüksektir. Akut safhada hasta ayağının üstüne basabilir ancak Lisfrank eklemi boyunca hassasiyet vardır. Şüpheli olgularda basarak çekilen ayak grafileri oldukça önemlidir. MR ve BT'nin şüpheli olguların tanısında daha duyarlı olduğu kabul edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: lisfrank, tarsometatars

SS-033

ÇOCUKLUK ÇAĞI AKUT MİYÖZİTİ: ACİL SERVİSTE TANI ALAN BİR OLGU SUNUMU

Mehmet Akif Karamercan¹, Selahattin Gürü², Emine Sırma Karamercan³

¹Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

²Ankara Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

³Ankara Şehir Hastanesi, Pediatrik Hematoloji-Onkoloji Kliniği

Giriş: Çocukluk çağı miyoziti (ÇÇM), nadir görülen, geçici bir iskelet kası inflamasyonudur. Genellikle viral bir enfeksiyonu takip eder. Ağrı yönetimi, istirahat ve sıvı replasmanı ile birçok vaka geriler(1, 2). Bu bildiride acil serviste ÇÇM tanısı alan, 7 yaşında bir olgu ve klinik deneyimler paylaşılacaktır.

Amaç: Bu çalışmada bir ÇÇM tanılı bir çocuk olgu ve tanı koyan klinisyenlerinin klinik tecrübeleri paylaşarak, bu nadir tanı ile ilgili literatür bilgilerinin de gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: OLGU: 2023 yılı Mart ayı (bulunduğumuz il Ankara için mevsimsel olarak kış sonu, ilkbahar başı) içinde 7 yaşında erkek çocuk, ekstremitelerde yaygın kas ağrıları şikâyeti ile acil servise getirildi. Öyküsünde 6 gün önce başlayan viral bir tonsilit tanısının olduğu öğrenildi. Fizik muayenede bir defisit saptanmadı. Laboratuvar sonuçlarında kreatin kinaz (CK) değerinin 2036 IU/L, aspartat transaminaz (AST) değerinin 120 IU/L olduğu görüldü. Yataklı servise yatırılı yapıldı. Hasta takipleri boyunca intravenöz sıvı ile desteklendi. Takibinde CK değerleri gerileyen, semptomları silinen hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: TARTIŞMA: ÇÇM, için medyan yaş 6 olarak bildirilmektedir. Sıklıkla viral bir enfeksiyonu takip ettiğinden “viral miyozit” olarak da anılır. Kış mevsiminde ve ilkbaharın başlarında daha sık (yaklaşık 10 kat) görülerek bir mevsimsel sıklığı olduğu da bildirilmiştir. Anormal CK artışları, kas hücrelerindeki nekroz ve dejenerasyon ile orantılıdır(3). Azevedo ve ark. ÇÇM tanılı 100 vakalık serilerinde medyan CK değerini 2043 IU/L olarak raporlamışlar(1). Karaciğer fonksiyonlarında da (daha sıklıkla AST) bozulma meydana gelebilir(4). Takipte önemli kriter, artan CK ile böbrek fonksiyonlarını aşan bir yükten hastanın korunmasıdır(5).

Anahtar Kelimeler: Miyozit, Enfeksiyöz; tonsilit, Kas Kreatin Kinaz

SS-034

Nadir Bir Olgu: Kiraz Sapı Çayı Kullanımına Bağlı Toksik Hepatit

Merve Unutmaz¹, Cansel Yaşar¹, Çağdaş Yıldırım¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: Cerasus avium (L.) Moench (Kiraz), kışın yapraklarını döken, meyvelerinden dolayı yaygın şekilde kültürü yapılan ağaç formunda bir bitkidir. Meyve, tohum, meyve sapı ve yaprakları dünyanın değişik kısımlarında ve ülkemizde tıbbi amaçları için kullanılmaktadır. Öksürük, soğuk algınlığı, karın ve mide ağrıları, sindirim ve böbrek sorunları, diyabet ve ödem için, ayrıca diyetle zayıflatıcı etkisi nedeniyle ve selülit giderici olarak da kullanılmaktadır. Genelde kaynatılarak kullanıldığı tespit edilmiştir. Cerasus avium meyve sap, yaprak ve çekirdekleri, siyanojenik glikozid olan amigdalin bulundurmaktadır. Amigdalinin hidroliz ile in vivo olarak metabolize olmasıyla ortaya çıkan hidrosiyanik asit, toksik etki göstermektedir. Siyanür oksidatif fosforilasyonda sitokrom oksidaz enziminin aktivitesini durdurarak ATP oluşumunu engeller. Laktik asidoz oluşur. Siyanür metabolizmasının %80 karaciğerde gerçekleşir.

Amaç: Kiraz sapının Türkiye’de kullanımı oldukça yaygındır. Bu yazıda kiraz sapı çayı kullanımı sonrası akut hepatit gelişebileceğinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: Acil servise birkaç gündür kolik tarzda olan karın ağrısı ve bulantı şikayeti ile başvuran 36 yaş kadında, bilinen hastalık öyküsü ve ilaç kullanımı bulunmamaktadır. Fizik muayenede olgunun, bilincinin açık, koopere ve oryante olduğu görülmüştür. Batını rahat, defans ve reboundu yoktu. Karaciğer nonpalpabl idi. Sarılığı yoktu. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde AST: 760 U/L (normali <35), ALT: 558 U/L (normali <50), ALP: 70 U/L GGT: 75 U/L (normali <38), LDH: 607 U/L (normali 120 - 246), Total Bilirubin: 1,2 mg/dl (normali 0,3-1,2), Direkt Bilirubin: 0,5 mg/dl (normali <0,3), total protein: 58 g/dl (normali 57-82), albümin: 39 g/dl (normali 32-48), INR: 1,1 (normali 0,8-1,2), protrombin zamanı: 12,6 sn (normali 9,8-14), idrar ürobilinojen 0,2 (normali 0-1,99). Hemoglobin, hematokrit, lökosit, trombosit düzeylerinin normal sınırlar içinde olduğu görülmüştür. Serolojik testlerinde; HbsAg: (-), Anti-HBs: (+), Anti-HCV: (-), Anti-HIV: (-) bulunmuştur. Akut faz reaktanları negatif bulunmuştur. Abdomen ultrasonografide; safra kesesi normal sınırlarda görülmüştür, karaciğer parankimi doğal görülmüştür. Acil serviste orali kapatılarak 150 cc/sa hidrasyon, N-asetil-L-sistein (NAC) 180 mg/h infüzyon başlanarak gastroenteroloji servisine yatırılmıştır.

Sonuç: Kiraz sapı birçok faydasının olması sebebiyle ülkemizde ve dünyada sık tüketilen bir bitkidir. Literatürde toksik hepatit etyolojisinde nadir de olsa kiraz sapının da olabileceği belirtilmektedir. Bu sebeple hastaların ilaç dışında da tükettiği her türlü madde dikkatlice sorgulanması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: toksik hepatit, acil servis, siyanid, kiraz sapı

SS-035

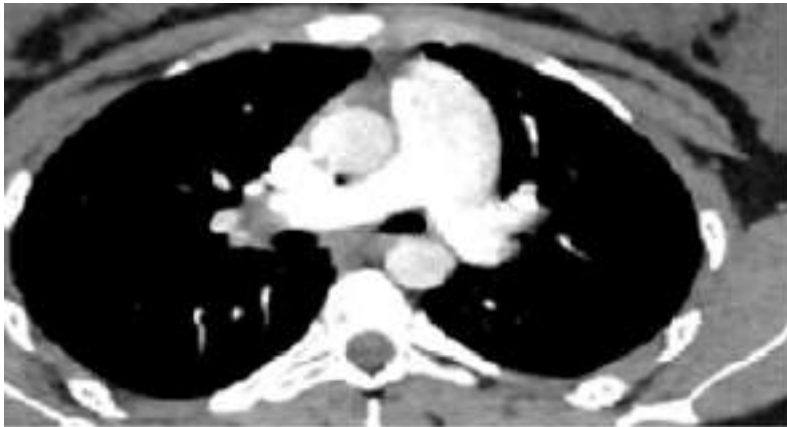
18 YAŞ PULMONER EMBOLİBahattin Işık¹, Ahmet Burak Erdem²¹Cumhurbaşkanlığı Sağlık Merkezi²Sağlık Bakanlığı Etlik Şehir Hastanesi

Giriş: Pulmoner emboli(PE) bir kardiyovasküler acildir. Pulmoner arter yatağının tıkanması sonucu yaşamı tehdit eden ani ama geri dönüşümü olabilen sağ ventrikül yetmezliğine neden olabilir. Tanısını koymak güçtür ve özgül bir bulgu ile ortaya çıkmadığında gözden kaçabilir. Buna karşın erken tedavinin son derece etkili olması nedeniyle erken tanı da çok önemlidir. Tedavi olarak tıkanan damarda kan akımının yeniden sağlanması ya da ölümcül olabilen erken dönem yinelemelerin önüne geçilmesi gerekmektedir. PE riski doğum sonrası dönemde özellikle sezeryan ile doğum yapanlarda daha yüksektir. Gebelik sırasındaki PE nin klinik özellikleri ile gebelik sonrası PE nin klinik belirti ve bulgularından farklı değildir.

Amaç: Bu olguda olduğu atipik seyirle gelen genç pulmoner emboli hastasını sunmayı amaçladık.

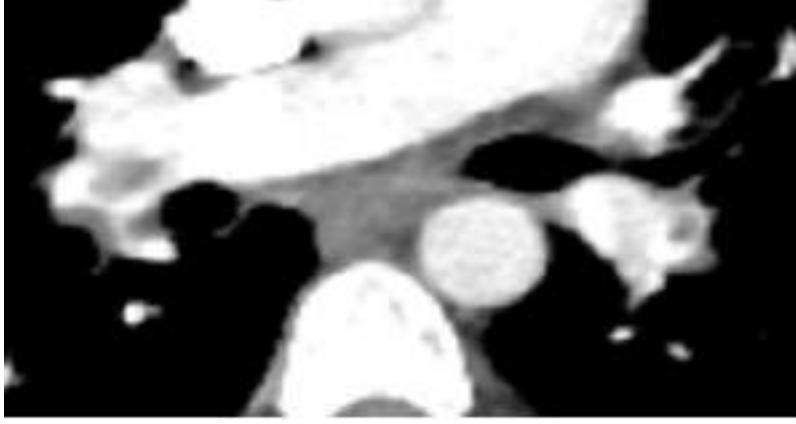
Bulgular: 18 yaş kadın hasta sağ bacakta güçsüzlük ve hareketsizlik ile acile getirildi. Alınan anamnezinde 40 gün önce doğum yaptığı ve gebeliğin sonlarına doğru vajenden kan gelmesi nedeniyle doktoru tarafından 10 günlük bir antikoagülan tedavi aldığı öğrenildi. Özgeçmiş ve soy geçmişinde başka özellik yok idi. Hemodinamisistabil olan hastanın fizik muayenesinde bacaklarda çap farkı yoktu ancak homans pozitif. Hastanın santral görüntülemelerinde patoloji yoktu ancak sağ alt ekstremitelerde tromboemboli saptandı. Bunun üzerine derinleştirilen anamnezde ara ara (nadiren) dispnesi ve efor dispnesi de ara ara olduğu öğrenilen hastanın kontrastlı pulmoner anjiyografisi planlandı. Tamamlanan bt sonrası hastanın ana pulmoner arterlerinde başlayıp distale uzanan embolisi fark edildi ve göğüs hastalıklarına konsülte edilerek hasta takip ve tedavi amacıyla hospitalize edildi.

Resim 1



Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografi de emboli görünümü

Resim 2



Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografi de emboli görünümü

Sonuç: Genç atipik yada kendi tarif ettiği şikayetleri düşündürmesede her hastanın anamnez ve fizik muayenesi detaylı yapılmalı, bu hastada olduğu gibi her hastaya multidisipliner yaklaşılmalı ve böyle mortal seyredebilecek tanılara karşı alert olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Homans, pulmoner emboli, postpartum

SS-036

LİDOKAİN ENJEKSİYONU SONRASI MYOKLONUS

MEHMET KEMAL EMEM¹

¹PROF.DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ

Amaç: Lidokain acil servislerde ve kliniklerde lokal aneztezik olarak çok sıklıkla kullanılmaktadır.bu olgumuzda eklem içi enjeksiyon sonrası myoklonus gelişmiştir.Bu olguda lidokainin yan etkilerinden biri olan myokonus incelenmiştir.

Bulgular: Supraskapular sinir blokajı sonrası istemsiz klonusları başlayan hasta acil serviste takibe alındı . Acil vitaller tansiyon 70/50 spo2 98 nbz 133 gks 15 ateş 36.5kan degerleri hgb 18 hct 51 wbc 6.89 plt 205 glukoz 117 kr 1,09 üre 52 alt40 ast 31 sodyum 143 potasyum 4.09 magnezyum 2.04 kalsiyum 9.7 Kontrastlı kraniyel ve servikal MR ları istendi.MRI:İki taraflı periventriküler derin ak maddede T2 ve FLAİR hiperintens non spesifik değişiklikler saptandı.Klonusundan dolayı nörolojiye danışılan hasta segmenter myoklonus olarak değerlendirildi ve Depakin 500mg 2*1 başlandı.

Sonuç: Sonuç olarak özellikle nöral fonksiyon bozukluğu oluşturabilecek predispozan faktörler varlığında lokal anesteziyelere bağlı miyoklonus gelişebilmektedir Olgumuz nedeniyle lokal olarak lidokain uygulanacak hastaların nörolojik ve metabolik durumlarının bu açıdan da araştırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: LİDOKAİN, MYOKLANUS

SS-037

Covid-19 Pandemi Öncesi ve Pandemi Döneminde Acil Servise Başvuran Erişkin Travma Vakalarının Değerlendirilmesi

Ahmet Barış Özkan¹, **Abuzer Coşkun**², Burak Demirci²

¹Bodrum Devlet Hastanesi, Acil Servis

²SBÜ, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Travma hala tüm dünyada morbidite ve mortalitede en sık nedenler arasındadır.

Amaç: COVID-19 pandemi öncesine kıyasla, pandemi döneminde acil servise başvuran travma hastalarının değerlendirilmesi amaçlandı. Bu retrospektif çalışmada, acil servise 11 Mart 2019 - 10 Mart 2021 tarihleri arasında düşme, cisimlerle çarpışma, delici kesici alet yaralanması, ateşli silah yaralanması, darp, trafik kazası nedeniyle başvuran, 18 yaşından büyük prepandemi döneminde 1358, pandemi döneminde 680 olmak üzere toplam 2038 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, travma mekanizmaları, radyolojik görüntüleme bulguları, klinik sonuçları kaydedilerek değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda prepandemi döneminde 479 (%35.3) kadın, 879 (%64.7) erkek, toplamda 1358(%66.6) hasta, pandemi döneminde 182 (%26.8) kadın, 498 (%73.2) erkek, toplamda 680 (%33.4) hastanın travma nedeniyle acil servise başvurduğu belirlendi. Tüm hastaların yaş ortalaması 37.1±16.1 yılı (yaş aralığı 18-95). Prepandemi döneminde hastaların yaş ortalaması 37.9±16.9 yıl, pandemi döneminde 35.5±14.3 yıl olarak bulundu. Pandemi döneminde travma başvurularında %50 düşüş izlendi. Araç içi trafik kazaları %3.1'den %4.9'a, delici kesici alet yaralanması %14.3'ten %20'ye yükselirken, araç dışı trafik kazasında %10.8'den %8.5'e, künt travmalarda %70.5'den %65.3'e gerileme tespit edildi. Ateşli silah yaralanması nedeniyle başvurular her iki dönemde de %1.3 olarak aynı seyretti. Kafa travması, vertebral travma, üst ve alt ekstremitte travmalarında pandemi döneminde prepandemi dönemine göre anlamlı değişiklikler izlendi. Toraks, abdomen, pelvis, vasküler travmalar her iki dönemde de benzer özellikler gösterdi. Prepandemi ve pandemi döneminin hastane yatışı ve mortalite oranlarına etki etmediği tespit edildi.

Sonuç: Covid-19 pandemisi nedeniyle oluşturulan geçici karantina kuralları, izolasyon, sosyal mesafe ve sokağa çıkma yasakları gibi değişiklikler hastaların yaşam alanını değiştirerek travma maruziyetlerinde ve acil servise başvurularda değişiklikler oluşturmuştur.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, covid-19 pandemisi, radyolojik görüntüleme, travma, travma mekanizması

GİRİŞ: Travma acil servis başvurularında en sık nedenler arasında yer almakta olup ciddi morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilir. Covid-19 pandemisi ile hastaların hastane başvurularında ve başvuru sebepleri arasında değişiklikler görülürken, bu çalışmada pandemi döneminin acil servise başvuran travma hastalarına ait demografik özellikleri, travma mekanizmaları, radyolojik görüntüleme sonuçları, klinik sonuçları üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

METOD: 11 Mart 2019 – 10 Mart 2021 tarihleri arasında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine travma ile başvuran 1377 (%67.6) erkek, 661 (%32.4) kadın, toplam 2038 hasta çalışmaya dahil edilerek retrospektif olarak incelendi.

Hastalık ICD-10 Kodu	Hastalık Adı	Çalışmamızdaki Travma Mekanizması Gruplamaları
W17	Bir seviyeden diğerine düşme	Künt Travma
Y30	Yüksek bir yerden düşme, atlama veya itilme	Künt Travma
W18	Aynı seviyeden düşme	Künt Travma
W19	Düşme tanımlanmamış	Künt Travma
W22	Cisimlere çarpma veya onlarla diğer çarpışma	Künt Travma
W23	Cisimler arasında sıkıştırılma, yakalanma, ezilme, basılma	Künt Travma
W50	Bir başka şahıs tarafından darp, vurulma, tepilme, bükülme, ısırılma veya tırmalanma	Künt Travma
W51	Bir başka şahıs tarafından darp veya çarpma	Künt Travma
W25	Keskin camla temas	Delici Kesici Alet Yaralanması
W26	Bıçak, kılıç veya kamayla temas	Delici Kesici Alet Yaralanması
Y28	Keskin cisimle temas, gerçekleşme şekli belirlenmemiş	Delici Kesici Alet Yaralanması
X78	Keskin cisimle kendine zarar verme	Delici Kesici Alet Yaralanması
Z04.1	Trafik kazası sonrası muayene ve gözlem	Araç İçi Trafik kazası ve Araç dışı Trafik kazası
Y24	Ateşli silahla ateş diğer ve tanımlanmamış	Ateşli Silah Yaralanması

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri: 18 yaşından büyük olmak, düşme, cisimlerle çarpışma, delici kesici alet yaralanması (DKAY), ateşli silah yaralanması (ASY), darp, trafik kazası nedeniyle belirtilen ICD-10 tanı kodları almış olmak.

Hastaların çalışmadan dışlanma kriterleri: 18 yaş altında olmak. Elektrik çarpması, yanık, donma, hayvan ilişkili travmalar, minor travma bulgularına sahip olmak. hastane kayıt sisteminde anamnezin, fizik muayene bulgularının, radyolojik görüntüleme yapıldıysa görüntülemelerin, hasta klinik sonlanıma ait verileri eksik olması.

İstatistik: Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 20 programı kullanıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılımları Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sürekli değişkenler ortalama±standart sapma (SD), ortanca (en küçük ve en büyük) değerleriyle belirtildi. Gruplar arasındaki farklar incelenirken değişkenler normal dağılmadığından Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis H testleri kullanıldı. Nominal değişken grupları arasındaki ilişkiler incelenirken ki-kare analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ alındı.

BULGULAR: Prepandemi ve Pandemi Döneminde Hastaların Yaş, Cinsiyet Oranlarının DağılımıYaş ortalaması; 37.1 ± 16.1 yıl, Erkek/kadın oranı 2.08/1'dirdi.

	Prepandemi Dönemi	Pandemi Dönemi	Tüm Hastalar
	n(%)	n(%)	n(%)
Yaş	37.9 ± 16.9	35.5 ± 14.3	37.1 ± 16.1
Erkek	879 (64.7)	498 (73.2)	1377 (67.6)
Kadın	479 (35.3)	182 (26.8)	661 (32.4)
Toplam	1358 (66.6)	680 (33.4)	2038(100)

Prepandemi ve Pandemi Döneminde Travma Mekanizmalarına Göre Dağılım

Travma Mekanizması	Prepandemi n(%)	Pandemi n(%)	Toplam n(%)	p Değeri
AİTK	42 (3.1)	33 (4.9)	75 (3.7)	0.002
ADTK	146 (10.8)	58 (8.5)	204 (10)	
Künt Travma	958 (70.5)	444 (65.3)	1402 (68.8)	
DKAY	194 (14.3)	136 (20.0)	330 (16.2)	
ASY	18 (1.3)	9 (1.3)	27 (1.3)	
Genel Toplam	1358(66.6)	680 (33.4)	2038 (100)	

AİTK: Araç İçi Trafik Kazası, ADTK: Araç Dışı Trafik Kazası, DKAY: Delici Kesici Alet Yaralanması, ASY: Ateşli Silah Yaralanması

Prepandemi ve Pandemi Döneminde Kafa Travması Olan Hastaların Beyin BT Bulgularına Göre Dağılımı

Beyin BT	Prepandemi n(%)	Pandemi n(%)	p Değeri
Bulgu yok	458 (33.7)	168 (24.7)	<0.001
Kraniyal fraktür	3 (0.2)	0 (0)	
İntraparankimal Hemoraji	0 (0)	1 (0.1)	
SAK - Kontüzyon	5 (0.4)	1 (0.1)	
Epidural – Subdural	1 (0.1)	0 (0)	
Maksillofasiyal Fraktür	58 (4.3)	27 (4)	
Multiple	4 (0.3)	0 (0)	
YDT, BT çekilmeyen	18 (1.3)	28 (4.1)	
Genel Toplam	547 (40.3)	225(30)	

SAK: Subaraknoidal kanama, YDT: Yumuşak doku travması, BT: Bilgisayarlı tomografi

Prepandemi ve Pandemi Döneminde Spinal Travması Olan Hastaların Vertebra BT Bulgularına Göre Dağılımı

Vertebra BT	Prepandemi n(%)	Pandemi n(%)	p Değeri
Bulgu Yok	133 (9.8)	35 (5,1)	0.001
Servikal Vertebra Hasarı	1 (0.1)	0 (0)	
Torakal Vertebra Hasarı	3 (0.2)	0 (0)	
Lomber Vertebra Hasarı	10 (0.7)	0 (0)	
Multiple	2 (0.1)	0 (0)	
Genel Toplam	149 (10.9)	35 (5,1)	

BT: Bilgisayarlı Tomografi

Prepandemi ve Pandemi Döneminde Toraks Travması Olan Hastaların BT Bulgularına Göre Dağılımı

Toraks BT	Prepandemi n(%)	Pandemi n(%)	p Değeri
Bulgu Yok	213 (15.7)	95 (14.0)	0.46
Pnömotoraks - Pnömomediastinum	3 (0.2)	0 (0)	
Hemotoraks	0 (0)	1 (0.1)	
Kot Fraktürü	13 (1)	4 (0.6)	
Sternum Fraktürü	1 (0.1)	0 (0)	
Akciğer Kontüzyonu	2 (0.1)	0 (0)	
Büyük Damar Yaralanması	0 (0)	0 (0)	
Multiple	7 (0.5)	2 (0.3)	
YDT, BT Çekilmedi	4 (0.3)	3 (0.4)	
Genel Toplam	243 (17.9)	105 (15.4)	

Prepandemi ve Pandemi Döneminde Batın, Pelvis Travması Olan Hastaların BT Bulgularına Göre Dağılımı

Abdomen BT	Prepandemi n(%)	Pandemi n(%)	p Değeri
Bulgu Yok	44 (3.2)	22 (3.2)	0.473
Karaciğer Hasarı	0 (0)	0 (0)	
Dalak Hasarı	2 (0.1)	0 (0)	
Renal Hasarı	0 (0)	0 (0)	
İnce Barsak Hasarı	0 (0)	0 (0)	
Multiple	3 (0.2)	0 (0)	
Genel Toplam	49 (3.5)	22 (3.2)	
Pelvis BT			
Bulgu Yok	17 (0.8)	5 (0.2)	0.439
Pelvik Fraktür	7 (0.5)	2 (0.3)	
Genel Toplam	24 (1.3)	7 (0.5)	

YDT: Yumuşak Doku Travması, BT: Bilgisayarlı Tomografi

Prepandemi ve Pandemi Döneminde Ekstremitre Travması Olan Hastaların Direkt Grafi Bulgularının Prepandemi ve Pandemi Dönemlerine Göre Dağılımı

Üst Ekstremitre Grafisi	Prepandemi n(%)	Pandemi n(%)	P Değeri
Bulgu Yok	416 (30.6)	213 (31.3)	<0.001
Fraktür	89 (6.6)	48 (7.1)	
Dislokasyon	2 (0.1)	0 (0)	
Fraktür ve Dislokasyon	4 (0.3)	0 (0)	
YDT, Grafi Çekilmeyen	21 (1.5)	38 (5.6)	
Genel Toplam	532(39.1)	299 (46)	
Alt Ekstremitre Grafisi			
Bulgu Yok	268 (19.7)	148 (21.8)	0.008
Fraktür	52 (3.8)	16 (2.4)	
Dislokasyon	0(0)	0 (0)	
Fraktür ve Dislokasyon	0 (0)	0 (0)	
YDT, Grafi Çekilmeyen	0 (0)	4 (0.6)	
Genel Toplam	320 (23.5)	168 (24.8)	

YDT: Yumuşak Doku Travması

FAST ve BT Anjiyografi Bulgularının Prepandemi ve Pandemi Dönemine Göre Dağılımı

FAST	Prepandemi n(%)	Pandemi n(%)	p Değeri
Bulgu Yok	49 (3.6)	11 (1.6)	0.012
Travmatik Bulgu Var	0 (0)	0 (0)	
Genel Toplam	49 (3.6)	11 (1.6)	
BT Anjiyografi			
Bulgu Yok	35 (2.6)	23 (3.4)	0.484
Ekstremitervasküler Hasarı	7 (0.5)	5 (0.7)	
Boyun, Torakoabdominal Vasküler Hasar	0 (0)	0 (0)	
Genel Toplam	42 (3.1)	28 (4.1)	

FAST-USG: Focused Assesment Sonography for Trauma, BT: Bilgisayarlı Tomografi

Prepandemi ve Pandemi Döneminde Hasta Klinik Sonlanımlarının Karşılaştırılması

Hasta Klinik Sonlanımı	Prepandemi n(%)	Pandemi n(%)	p Değeri
Taburcu	1281 (94.3)	655 (96.3)	0.113
Hastane Yatışı	74 (5.4)	23 (3.4)	
Ölüm	3 (0.2)	2 (0.3)	
Genel Toplam	1358 (66.6)	680 (33.4)	

- Hastanemizde ortopedi ve plastik cerrahisi acil servislerinin olması ve 24 saat içinde olan izole ekstremit travmalarının ilgili kliniklerce değerlendirilmesi.
- Meydana gelen değişiklikler gerçekten Covid-19 salgınına bağlı yaşam değişiklikleriyle ve buna bağlı travma-daki azalmalarla mı alakalı yoksa hastalık korkusu ve sokağa çıkma yasaklarıyla hastaneye ulaşımın zorlaşmasıyla mı alakalı?
- Çalışmamızın tek merkezli ve retrospektif analiz olarak değerlendirilmiş olunması ve tıbbi dokümantasyonlara bağlı kalınması.

SONUÇ

- Travma her dönemde ciddiye alınması gereken, ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilen bir hastalık grubu olarak önemini sürdürmekte.
- Covid-19 pandemisi gibi günlük hayatı etkileyen özellikli dönemlerin travma mekanizmalarında, hastaneye başvurularda, travmatik patolojilerin sıklığında değişiklikler yaratabileceği göz önünde bulundurulmalı.
- Çalışmamız bu gibi dönemlerde travma hastalarına yaklaşımda ve travmaların önüne geçilmesi için gerekli önlemlerin alınmasında yardımcı olacaktır.

SS-038

Mor İdrar Torbası Sendromu Ne Kadar Masum?Yunus Emre Arık¹¹SBÜ İstanbul Şişli Hamdiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Mor idrar torbası sendromu (MITS), idrar torbasında ki idrar renginin mor olması ile karakterize, hasta ve hasta yakınlarında endişe yaratan, genellikle idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkili nadir bir durumdur. Yaşlı, fiziksel olarak hareket kısıtlılığı, kronik kabızlığı olan, düşkün, uzun süre üriner kataterizasyonu olan kadınlarda daha sıklıkla görülmektedir. İdrar renginin mor olmasının nedeni; karaciğerde triptofan metabolizması sonucu oluşan indolün, idrar torbasında indoksil sülfataz sentezleyen bakterilerin olması durumunda indigo (mavi) ve indirubine (kırmızı) pigmentlerine dönüşmesidir. En sık izole edilen bakteriler genellikle Klebsiella pnömonia, E.coli, enterkoklar, proteus ve psödomonas türleridir

Amaç: Bu vakada mor idrar torbası sendromu olan 70 yaşında kadın hasta sunularak olası sonuçlarına dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Bulgular: Yetmiş yaşında kadın hasta genel durum bozukluğu, kabızlık, karın ağrısı şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Daha önceden bilinen diabetes mellitus, hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı, vertebra metastazi olan akciğer malignitesi ve buna bağlı immobilizasyon, uzun süreli üriner katater kullanım öyküsü mevcut. Hastanın genel durumu orta-kötü, bilinç uykuya meyilli GKS 13 olarak tespit edildi. Gelişinde vital bulgular sırasıyla; tansiyon arteriyel 85/50 mmHg, nabız 115/dk, ateş 36.2 °C, solunum sayısı 28/dk, parmak ucu oksijen saturasyonu %92 idi. Yapılan fizik muayenesinde bilinç uykuya meyilli, batında hafif distansiyon, yaygın hassasiyet ve rektal tuşede fekalomları mevcuttu. Üriner katater torbasında idrar rengi mor idi. Yapılan tetkiklerinde; tam kan sayımında beyaz küre 4.13 109/L, trombosit 382 109/L, hematokrit %33.9, biyokimyasal parametrelerinde; kreatinin 1.1 mg/dl, üre 127 mg/dl, c-reaktif protein 285.48 mg/dl, prokalsitonin 1.40 ng/L, laktat 15.49 mmol/L, idrar tetkikinde mikroskopik olarak bol lökosit ve idrar ph'sı 8 olarak tespit edildi. Hastaya ürosepsis ön tanısı ile sıvı resüsitasyonuna başlandı. Kan ve idrar kültürleri alınarak parenteral piperasilin tazobaktam 3x4.5 gr başlandı. Takiplerinde hipotansif seyreden hastaya 0.2 mcg/kg/dk dozunda norepinefrin başlandı. İdrar kültüründe Escherichia coli üremesi olan hasta ürosepsis tanısıyla yoğun bakım ünitesine alındı.

Mor renge dönüşmüş idrar torbası



Sonuç: Mor idrar torbası sendromu her ne kadar nadir ve rengi itibari ile sempatik bir durum gibi görünse de yaşlı,



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

immobil, ek hastalıkları olan hastalarda görülmesi nedeniyle bu vakada olduğu gibi ölümcül olabilecek ürosepsis ve septik şoka kadar giden bir tablo ile beraber olabilir. Dolayısıyla bu hasta gruplarında ürosepsis olabileceği akılda tutulmalı bu doğrultuda erken tanı ve tedaviye yönelik gerekli adımlar geç kalınmadan atılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: mor idrar torbası sendromu, sepsis, üriner sistem enfeksiyonu

SS-039

BİR TÜP - İKİ HAYAT

Hamza Enes Güçlü¹, İbrahim Çaltekin¹, Sevilay Vural¹, Emre Gökçen¹, Levent Albayrak¹

¹Yozgat Bozok Üniversitesi

Giriş: Gebe hasta grubunda spontan pnömotoraks nadir görülen bir durumdur. Klinik tabloda genellikle ani başlangıçlı ek taraflı göğüs ağrısı ve nefes darlığı görülür. Acil servisin özellikli hasta gruplarından olan gebe hastalarda hem maternal hem fetal yaşam risk altında olması sebebiyle pnömotoraks tanısının doğru ve hızlı şekilde konması önemlidir. Tanı konmasını takiben mevcut pnömotoraks kılavuzları gebe hastaların yönetimine dair kısıtlı yönlendirmeye sahiptir (1).

Amaç: Bu vakamızda sizlerle acil servisimize dört gündür sırt ağrısı olan gebe hastanın primer spontan pnömotoraks tanısını alma sürecini paylaşmak istedik.

Bulgular: On sekiz yaşında kadın hasta dört gündür sırt ağrısı nefes alıp verirken batma şikâyeti ile başvurdu. Anamnezinde 18 haftalık gebe olduğu (G2P0A1) ve ilk gebeliğinin altı ay önce düşük ile sonuçlandığı öğrenildi. Tıbbi öyküsünde bilinen herhangi bir kronik hastalığı olmadığı, 3 paket/yıl sigara kullanımı olduğu bilgisine ulaşıldı. Herhangi bir travma ilişkili yaralanması yoktu. Hastanın vital parametreleri; ateş: 36.7°C, arterial kan basıncı: 120/70 mmHg, nabız: 100 atım/dk, oda havasında O2 satürasyonu: %92 şeklindeydi. Fizik muayenede palpasyon ile sol skapula üzerinde hassasiyet, oskültasyonda akciğer sol bazalde solunum seslerinin belirgin azalma tespit edildi. Elektrokardiyografide normal sinüs ritmi görüldü. Gebelik açısından koruyucu kullanılarak çekilen akciğer grafide sol akciğerde pnömotoraks tespit edildi (Şekil 1A). Yapılan laboratuvar çalışmaları beyaz küresi: 9.000 /mm³ (%72 nötrofil hâkimiyetinde), hemogloblin: 10,4 gr/dL, C-reaktif protein: 3,94 mg/dL olarak tespit edildi. Hasta göğüs cerrahiye konsülte edildi. Acil serviste tüp torakostomi işlemi sonrası yoğun bakım ünitesine yatırışı yapıldı (Şekil 1B).

Şekil 1A



Hastanın tüp torakostomi öncesi postero-anterior akciğer grafisinde sol taraflı pnömotoraks görüntüsü.

Şekil 1B



Hastanın tüp torakostomi sonrası postero-anterior akciğer grafisi.

Sonuç: Acil servise sırt ağrısı ile başvuran gebe hastaların ayırıcı tanısında pnömotoraks akılda tutulmalıdır. Gebe hastalar ağrılarını gebelik sürecine bağlayabilmekte, bundan dolayı da gecikmiş başvurular olabilmektedir. Gebelikte primer spontan pnömotoraks prevalansı oldukça düşükken (1/10.000), literatürde raporlanan vaka sayısı 100'den azdır (2). Ancak bu vakaların atlanması ya da az sayıda raporlanması olasıdır (3). Öncelikle her pnömotoraks vakasında olduğu gibi tipi ve boyutu belirlenmelidir. Mevcut kılavuzlarda ise bu vaka grubunun tedavi yönetimine dair güçlü kanıt düzeyine sahip öneri bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: gebelik, pnömotoraks, tüp torakostomi

SS-040

İlginç İki Kist Hidatik Olgusu

Kübra Sezgin¹, Mikdat Arif Haberal², Melih Yüksel¹, Mehmet Oğuzhan Ay¹, Umut Ocak¹, Murat Ersal⁴, Erkan Akar³, Halil Kaya¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Bursa, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bursa, Türkiye

³Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

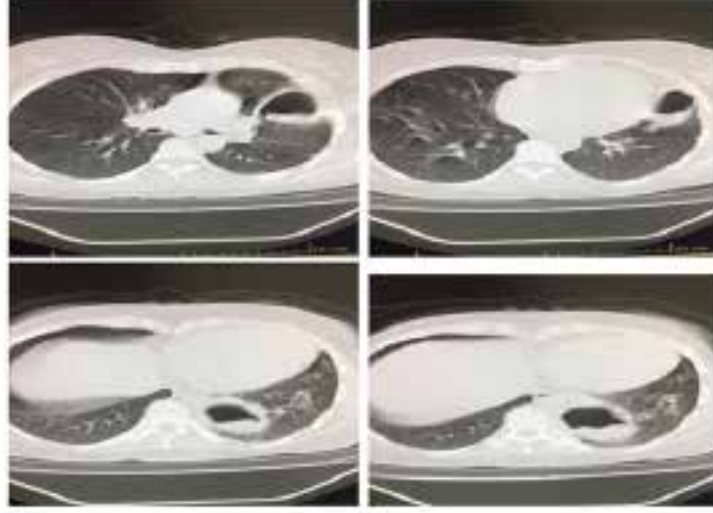
⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Bursa, Türkiye

Giriş: Echinococcus Granulosus'un larva evresi olan hidatik kist, çok eski zamanlardan beri tanınmaktadır. Türkiye'de her 100 bin kişiden 0.8-6.6 kişi bu hastalık sebebiyle cerrahi işlem görmektedir. Olguların yaklaşık yarısı asemptomatik olup, yerleşim yeri sıklıkla karaciğer ve akciğerlerdir. Akciğer hidatik kistli olgularda en sık karşılaşılan semptomlar öksürük, göğüs ağrısı, dispne ve hemoptizidir. Akciğer grafi bulguları bazen oldukça spesifik olup, anamnez ve klinik ile beraber tek başına tanı koydurucu olabilir. Radyolojik tetkiklerden bilgisayarlı tomografi, hidatik kist lokalizasyonunun ve sayısının doğru olarak ortaya konulması ve yapılacak cerrahi girişim öncesinde cerraha yol göstermesi açısından oldukça önemlidir. Ayrıca, klasik yöntemlerle tanı konulamayan komplike hidatik kistlerde lezyonun duvar kalınlığı, kavite içi kist membranının görülmesi, lezyonun dansitesinin belirlenmesi ayırıcı tanıyı kolaylaştırır.

Amaç: Bu olgu sunumlarının amacı kist hidatik hastalığının klinik önemini vurgulamaktır.

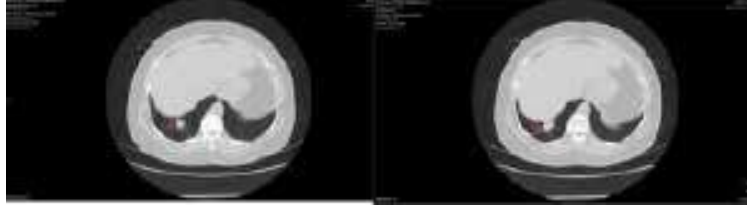
Bulgular: OLGU-1:40 y kadın hasta 6 yaşından beri epilepsi tanısı mevcut. Bir yıldan uzun süredir olan zaman zaman artıp azalan öksürük şikayetiyle mükerrer acil servis göğüs hastalıkları başvuruları mevcuttur. Hastanın son acil servis başvurusunda da öksürük şikayeti mevcut, vital bulguları stabil olup solunum sistem muayenelerinde patoloji saptanmamıştır. Ancak hastanın mükerrer başvurusunun olması nedeniyle PA Akciğer grafisi çekildi. Sol Akciğerde şüpheli lezyonların görülmesi üzerine bilgisayarlı toraks tomografisi(BTT) çekildi. Çekilen BTT' sinde sol akciğerde üst ve alt lobda kistik lezyonlar saptanmış olup (Şekil 1) göğüs cerrahisine konsültasyonu sonrasında interne edilmiştir.OLGU-2:46 y kadın hasta acil servise 3 aylık zaman zaman artıp azalan öksürük şikayetiyle acil servise başvurdu. Bilinen yalnızca astım tanısı olup tanısını da son 3 aydaki göğüs hastalıkları muayenelerinde almıştır. Astım tedavisi ile şikayetleri gerilemeyen hastanın son acil servis başvurusunda öksürük şikayeti olup ateş: 36.5°C, kan basıncı:117/67 mm/Hg, Nb:92/dk, SPO2: 97 olup solunum sistem muayenelerinde patoloji saptanmamıştır.Daha önce çekilen PA Akciğer grafilerinde belirgin bir patoloji saptanması üzerine hastaya acil serviste çekilen BTT'sinde sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte nodül (Şekil 2)saptanmış olup göğüs cerrahisine konsültasyonu sonrasında interne edilmiştir. Cerrahi işlem sırasında pulmoner nodül olarak düşünülen lezyonun wedge rezeksiyonu lezyon çıkarıldı. Patolojik tanısı kist hidatik olarak raporlandı.

Şekil 1



Olgu 1'in Toraks BT görüntüleri

Şekil 2



Olgu 2'nin Toraks BT görüntüleri

Sonuç: Kist hitadiğin kaviter görünümü dışında bizim olgumuzda olduğu gibi pulmoner nodül şeklinde de karşımıza çıkabileceği unutulmamalıdır. Acil servise geçmeyen öksürük şikayetleri ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda kist hidatik hastalığının da düşünülmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, Kist Hidatik, Göğüs cerrahisi, Öksürük

SS-041

İskemik serebrovasküler olay ile presente olan infektif endokardit: Olgu sunumu

Özgür Tan ALADAĞ¹, hasan cemal yüksel¹, Burçin Aydın¹, büşra Altıncık Şentürk¹, Suna Eraybar¹, Mehtap Bulut¹, Mert Aslantaş¹, Ceren Çolak¹

¹bursa şehir hastanesi

Giriş: İnfektif endokardit (İE), kalbin endokardiyal yüzünün enfeksiyonudur. Nadir görülmesine karşın yüksek morbidite ve mortaliteye sahip klinik bir durumdur. En sık predispozan faktör altta yatan kapak hastalığıdır ve tanısı sıklıkla geciktirilen önemli bir kardiyak emboli kaynağıdır. Embolik olaylar, İE'li olgularda yaygın (%20-50) ve yaşamı tehdit eden komplikasyonlardır ve diğer hastalıkları ve patolojik durumları taklit edebildiğinden tanıda zorluğa neden olabilir.

Amaç: Biz de tetraparezi nedeniyle başvuran ve serebrovasküler olay düşündüğümüz hastamızda ateş ve üfürüm nedeniyle ayırıcı tanıda düşündüğümüz infektif endokardit olgumuzu literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Bulgular: 45 yaş erkek hasta, 10 gündür olan her dört ekstremitede güç kaybı, yürümede güçlük, konuşma zorluğu ile acil servise başvurdu. Genel durum orta-kötü, uykuya meyilli, GKS: 13, pupiller izokorik, IR+/+, kranial sinir muayenesi olağandı ve üm ekstremitte kas gücü 3/5 kas gücünde tetraparezik olarak değerlendirildi. TA: 91/62 mmHg, N: 140 atım/dk, SpO2 %98, Ateş: 37.5°C. İnspeksiyonda dört ekstremitede de yaygın peteşi şeklinde döküntüler mevcuttu. Kardiyovasküler muayenede kalpte üfürüm duyulmadı. Yapılan kan tetkiklerinde WBC: 20.000, Hb:13.6, Plt:32000, CRP: > 379 olarak sonuçlandı. Beyin BT'de sol serebellar alanda 5-6 mm çaplı ve sol frontolde yüzeysel kortekste 6-7mm çaplı hiperdens görünüm izlendi. Diffüzyon MR görüntülemesinde her iki frontoparietalde diffüzyon kısıtlayan akut enfarkt odakları izlendi, septik emboli lehine değerlendirildi. Ateş yüksekliği, ciltte döküntü olan hastada ayırıcı tanıda infektif endokardit düşünüldü ve kardiyoloji uzmanına konsülte edildi. Kardiyoloji tarafından yapılan transtorasik EKO'da şüpheli vejetasyon görülmesi üzerine, yapılan transözofagial EKO'da mitral kapak anterior yaprakçıkta vejetasyon saptandı. Akut seyirli ve native kapak olan hastaya geniş spektrumlu antibiyoterapi başlanarak takip ve tedavi devamı için koroner yoğun bakıma yatırışı yapıldı.

Splinter Hemorajiler ve Osler Nodülleri**Splinter Hemorajiler ve Osler Nodülleri**

Sonuç: Enfektif endokardit, çok geniş bir klinik tabloya sebep olabildiği için acil serviste tanı koymak zordur fakat genellikle nedeni bilinmeyen ateş ve embolik olaylar ile prezente olmaktadır. Hızla tanı konulması ve uygun



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

antibiyotiklere başlanması ilk ya da yineleyen bir nörolojik komplikasyonun önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Özellikle para/tetraparezi, konuşma bozukluğu, bilinç değişikliği gibi nörolojik semptomlarla gelen ve ateş, döküntüler eşlik eden hastalarda İE tanısı mutlaka aklımıza gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnfektif endokardit, iskemik svo, döküntü, ateş, emboli

SS-042

112 AMBULANS HİZMETLERİNİN HASTANE DIŞI VE 2. BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNDAN SEVK ETTİĞİ HASTALARIN KLİNİK SONLANIM AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

DUYGU YAMAN¹, NECATİ AKYILMAZ¹, SERKAN DOĞAN¹, UTKU MURAT KALAFAT¹, RAMİZ YAZICI¹

¹İSTANBUL SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Ülkemiz sağlık sisteminde 1. basamak sağlık merkezleri koruyucu hekimlik hizmetivermektedir. 3. basamak sağlık merkezleri ise tam kapsamlı acil sağlık hizmeti vermektedir. 2.basamak sağlık merkezleri daha az teknik imkanı ve düşük yatak kapasiteleriyle hizmet vermektedir.2. basamak hastaneler ileri tetkik ve tedavi gerektirecek hastaları 112 vasıtasıyla 3. basamak hastanelere sevk etmektedir. 3. basamak hastane acil servislerinin hasta popülasyonunun tamamınayakını ayaktan başvurular ve 112 sevkleri oluşturmaktadır. 112 aracılığıyla başvuran hastaların birkısmı 2. basamak hastaneler tarafından ve hastane dışından sevk edilmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı; 3. Basamak hastane acil servisine başka hastanelerden 112 aracılığıyla sevk edilen hastalar ile 112 tarafından hastane dışı yerlerden getirilen hastalar arasında klinik sonlanım açısından fark olup olmadığını değerlendirmektir.

Bulgular: Acil servisimize 01.09.2022-01.03.2023 tarihleri arasında 112 tarafından toplam 7037 hasta getirildi. Bu hastaların 494 tanesi dış merkezlerden tarafımıza 112 aracılığı ile yönlendirildi. Acil servisimize 112 aracılığıyla hastane dışı yerlerden getirilen 6543 hastanın 1307 () tanesi hastaneye yatırıldı, 416 () tanesi dış merkeze sevk edildi,37 tanesi eksitus oldu,4783 tanesi taburcu edildi.Acil servisimize 112 aracılığıyla hastaneden sevk edilen 494 hastanın 319 tanesi hastaneye yatırıldı, 27 tanesi dış merkeze sevk edildi,4 tanesi eksitus oldu,144 tanesi taburcu edildi.Başka hastaneden sevk edilen hastalar ile hastane dışı yerlerden 112 aracılığıyla getirilen hastaları klinik sonlanımlarına göre karşılaştırmak için ki-kare testi kullanıldı. Yapılan Pearson ki-kare testinde $p<0.001$ bulundu.

Sonuç: 112 sağlık hizmetlerinin 2. Basamak sağlık kuruluşlarından sevk ettiği hastalar ile hastane dışı (ev ya da olay yerinden) sevkleri arasında anlamlı farklar vardır. Hastaların klinik sonlanım durumları incelendiğinde 2. Basamak sağlık kuruluşlarının 112'yi sevk etmede etkin ve doğru olarak kullandığı istatistiksel veriler ile desteklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: SEVK, 112 AMBULANS HİZMETLERİ, 2. BASAMAK HASTANE, 3. BASAMAK HASTANE

SS-043

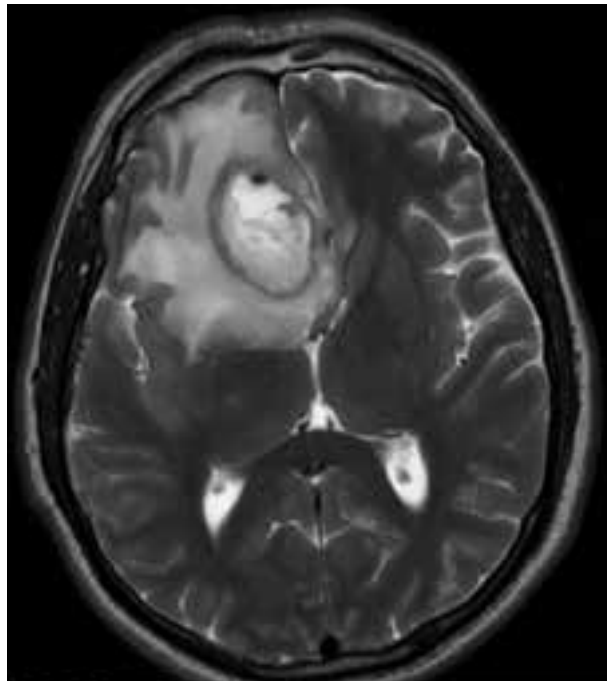
Anamnezde Yalnızca Hastadan Alınan Bilgi Yeterli Midir?Senem KOCA¹, Huriye YÜRÜK MISIRLIOĞLU¹, Emine SARCAN¹¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Giriş: İntrakranial apse, beyin parankiminin piyojenik fokal bir enfeksiyonudur. Hastalar klinik olarak baş ağrısı, ateş, fokal nörolojik defisitler ile başvurur. İntrakranial apseler MR'da hiperinters, periferi kontrast tutan, halka şeklinde lezyon görülmesi ile ve bu lezyonda difüzyon kısıtlılığı ile tanınır. Tedavi uzun süreli antibiyotikler (4-8 hf) ile birlikte cerrahi eksizyon/drenajdır.

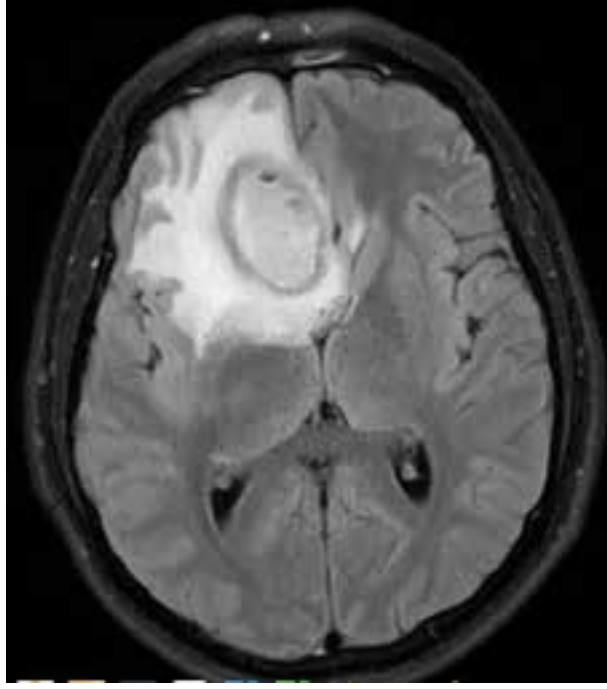
Amaç: Baş ağrısı nedenli başvurusu olan hastanın fizik muayenesine ek olarak öykülerinin derinleştirilerek alınması gerekliliğine dikkat çekerken elektronik kayıt sistemlerinin incelenmesi ve geliştirilmesi ile ilgili önerilerde bulunarak farkındalık yaratmak amaçlanmaktadır.

Bulgular: 40 yaş erkek hasta, baş ağrısı şikayeti ile acile başvurdu. Vital değerleri normaldi. Özgeçmişi sorulduğunda herhangi bir hastalığı olmadığı öğrenildi. E-nabız verilerine bakıldığında sinüzit dışında başka bir tanısının olmadığı görüldü. Yapılan fizik muayenede herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Ense sertliği yoktu, Kerning ve Brudzinski negatifti. Lökosit:13000, CRP:7 mg/dl olup tüm laboratuvar değerleri normal sınırlar içerisindeydi. Hastaya çekilen beyin BT'de hemorajik dansiteler, hava dansiteleri ve çevresinde ödem alanı saptandı. Kesit dahilinde paranazal sinüslerde hemorajik dansiteler ve seviyelenme gösteren yumuşak doku dansiteleri mevcuttu. Öykü derinleştirildiğinde hastanın kronik sinüzit nedeniyle 2 hafta önce özel bir klinikte endoskopik sinüs cerrahisi olduğu bilgisi alındı. Hastaya kontrastlı kranial MR çekildi. MR'da intrakranial apse görülmesi üzerine hasta NRŞ, enfeksiyon ve KBB bölümlerine konsülte edildi. Hastaya meropenem ve linezolid tedavileri başlandı ve cerrahi bölümlerce operasyona alındı. Hasta intrakranial apse boşaltılması sonrası KBB servisinde takibe alındı, antibiyoterapi almaya devam etmektedir.

intrakranial apse MR görüntüsü



intrakranial apse MR görüntüsü



Sonuç: Baş ağrısı acil servislere sık başvuru nedenlerindendir. Dikkatli bir öykü ve fizik muayene hastanın değerlendirmesinin en önemli kriterlerdendir. Bizim hastamızda ateş ve nörolojik bulgu olmamakla birlikte baş ağrısı mevcuttu. Öyküde hastanın kendisinden herhangi yol gösterici bilgi alınamamıştı. Yine e-nabız verileri değerlendirildiğinde hastanın yalnızca 5 yıldır aralıklı olarak hastanelere başvurduğu, sinüzit tanısı aldığı görülmüştü. E-nabız sistemi üzerinden hastaya uygulanan cerrahi işleme dair herhangi bir bilgi alınamamıştı. Özel sağlık kuruluşları sistemlerinin kamu hastaneleriyle entegre sistem kullanmaması hastaya yapılan cerrahi işlemi görmemize engel olmuştu. Bu olgudan yola çıkarak anamnezin önemini bir kez daha vurgulamak istedik. Anamnez alınırken hasta, hasta yakını ve ülkemizde kullanılan elektronik sağlık sistemi verilerinden yardım alınması gerekmektedir. Bu nedenle tüm sağlık elektronik verilerinin tek sistem üzerinde toplanması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: sinüzit, intrakranial apse, baş ağrısı, e-nabız

SS-044

Bir kardiyak acil: Akut arter tıkanıklığından kardiyak tamponada

Şaziye ARSLAN¹, Gözde YILMAZ MAKİNECİOĞLU¹, Mustafa Burak ŞAHİN¹, Serhat ATMACA¹, Suna ERAYBAR¹, Mehtap BULUT¹

¹Sağlık Bilimleri Üniveristesi Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Kardiyak tamponatta klinik, sıvı birikim hızı ve miktarı ile ilişkili olup erken tanı ve tedavi yaşam kurtarıcıdır (1,2). Etiyolojisinde; maligniteler (özellikle akciğer kökenli olanlar), kemoterapotik ilaçlar (antrasiklinler dediğimiz doksorubusin ve dounorubusin) (5), böbrek yetmezliği, travma, hipotroidi, aort kökünü tutan diseksiyonlar, kollogen doku hastalıkları (sistemik lupus eritamosus, romatoid artrit), başta tüberküloz olmak üzere bakteriyel enfeksiyonlar sık nedenleri arasında yer almaktadır.

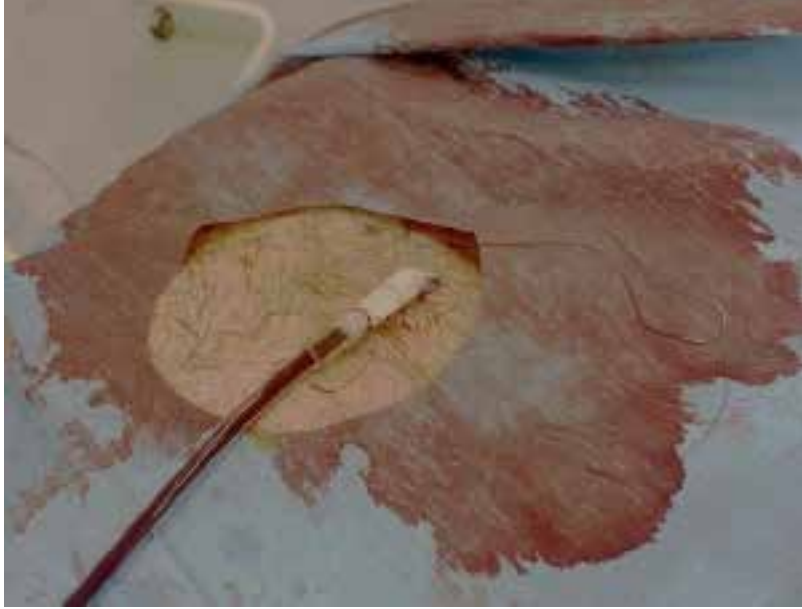
Amaç: Biz de acil servisimizde akut arter tıkanıklığı ile başvuran ve sonrasında kardiyak tamponad gelişen olgumuzu literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Bulgular: 55 yaş erkek hasta gün içerisinde poliklinikte kan alımı sonrası sol kolda soğukluk solukluk ve güçsüzlük şikayeti ile başvurdu. Hastanın bilinen komorbid hastalığı ve düzenli kullandığı bir ilacı yoktu. Geliş vitalleri kan basıncı 110/78 mmHg, nabız 68 atım/dk oda havasında saturasyonu 98% idi. EKG normal sinüs ritminde olarak yorumlandı. Hastamızın fizik muayenesinde sol kolda radial nabız alınamıyordu sol kol soğuk ve soluktu. Hastaya doppler USG yapıldı sol brakial arter kol 1/3 düzeylerinden itibaren trombüs ile total oklüde olarak saptandı. Hasta kalp damar cerrahisine konsülte edildi ve takip amaçlı müşahadeye alındı. Takiplerinde hastada dispne, göğüs ağrısı, hipotansiyon ve ardından kardiyopulmoner arrest gelişti. Hastaya resüsitatif işlemlerle eş zamanlı olarak yatak başı EKO ile perikardiyal mayi ve kardiyak tamponad ile uyumlu bulgular saptandı (Resim 1). Hastaya USG eşliğinde subksifoid yaklaşımla öncesinde basit aspirasyon ile perkardiyosentez uygulandı ardından Seldinger yöntemi ile ikincil bir perikardiyal dren yerleştirildi (Resim 2).Hasta girişim sonrası resüsitatif işlemlere yanıt verdi ve takip ve tedavisinin devamı için kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Etiyolojiye yönelik yapılan araştırma sonucunda küçük hücre dışı akciğer kanseri tanısı konan hasta 47 gün yoğun bakım ünitesinde takibi sonrasında 11 mart tarihinde ex oldu.

Resim 1: Yatakbaşı USG de perikardiyal mayii görünümü



Resim 2: seldinger yöntemi ile yerleştirilen perikardiyal dren



Sonuç: Kalp tamponadı hızlı tanı ve tedavi gerektiren gerçek bir acildir. Yatak başı EKO ile değerlendirme yapılması acil hekime tanısal süreç ve girişimsel tüm prosedürlerde yol gösterir. Geri döndürülebilir arrest nedenleri arasında tamponad akılda tutulmalıdır ve yatak başı USG ile tanıyı saniyeler içinde doğrulamak hasta yönetiminde hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Tamponad, kardiyak arrest, yatakbaşı USG, Ekokardiyografi, Acil servis

SS-045

Büllöz Pemfigoid Olgu Sunumu

Mahmut Kerem Avşaroğlu¹, Bilal Yenyurt¹, Mustafa Rasim Kıyıcı¹, Sibel Güllüçayır¹, Salih Fettahoğlu¹, Serkan Doğan¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Büllöz pemfigoid (BP), otoimmün bir hastalıktır ve cildin ve mukoza zarının çeşitli bölgelerinde kabarcıklara, kabuklanmaya ve kaşıntıya neden olur. BP, tip II hipersensitivite reaksiyonu sonucu oluşur ve bağışıklık sistemi tarafından hedef alınan hücrelerin birbirine yapışmasını sağlayan proteinleri hedef alır. Bu süreç sonucunda, ciltteki hücrelerin birbirine tutunamaması ve kabarcıkların oluşmasıyla sonuçlanır. BP genellikle yaşlı bireylerde görülür ve nadiren gençlerde de görülebilir. Hastalık, kadınları erkeklere oranla daha sık etkiler ve bazı hastalar ayrıca diğer otoimmün hastalıklarla birlikte de görülebilirler.

Amaç: Bu olgu sunumunda, bir BP vakası sunulacak ve hastalığın teşhisi, tedavisi ve takibi hakkında bilgi verilecektir. Bu vaka, hastanın semptomları, fizik muayenesi, cilt biyopsisi sonuçları, laboratuvar testleri ve tedavi yöntemleri ile ilgilidir. BP semptomlarının kontrol edilmesi, yan etkilerin izlenmesi ve uzun süreli komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.

Bulgular: 86 yaş kadın hasta, son birkaç gündür bacaklarda kızarıklık yanma, kaşıntı ve büllerin artması üzerine acil servise başvurdu. Özgeçmişinde KOAH, hipertansiyon, 4 yıl önce SVO öyküsü ve 1 aydır vücudunda dermatolojik lezyonlar mevcut. İlaç öyküsünde setirizin kullanımı mevcut. Fizik muayenesinde, kol ve bacaklarda yaygın eritem, ödem ve Nikolsky pozitif geniş büller mevcut, mukozalar doğal, yer yer ince vezikülasyon ve krutlanmalar, karında ekskoriasyonlar mevcut. Dermatoloji uzmanı tarafından büllöz pemfigoid, büllöz impetigo, alerjik kontakt dermatit ön tanıları açısından ayırıcı tanı yapılması için biyopsi ve DİF inceleme önerildi. Hastanın bül sıvısından kültür örneği alındı. Anti-stafilokokal antibiyoterapi başlandı.Daha sonra hasta hastanemiz yoğun bakım ünitesi ile iletişime geçilerek ekstübe halde yoğun bakıma interne edildi.YBÜ takibinde hastaya dermatoloji IVIG, prednol, feniramin, klobetazol önermiş daha sonra toksik epidermal nekroliz düşünülmemesi nedeniyle IVIG tedavisi durdurulmuştur.Yoğun bakım takibi esnasında dermatoloji tarafından punch biyopsi örneği alınmış, biyopsi sonucunda subepidermal ayrışma, yüzeysel dermiste eozinofil ve lökositlerden baskın iltihabi hücre infiltrasyonu saptanmıştır. İncelenen kesitlerde epidermis izlenmemiştir. Olguda ayırıcı tanıya subepidermal akantoliz ile seyreden hastalıklar alınmıştır. Kesin tanı için DİF inceleme önerilmiştir.

Büllöz pemfigoid Cilt Döküntüsü



Büllöz pemfigoid Cilt Döküntüsü -1

Büllöz pemfigoid Cilt Döküntüsü



Büllöz pemfigoid Cilt Döküntüsü -2

Sonuç: Sonuç olarak, büllöz pemfigoid (BP) otoimmün bir hastalık olup, cilt ve mukoza zarında kabarcıklara ve kaşıntıya neden olur. Bu hastalığın doğru teşhisi klinik özellikler, cilt biyopsisi ve immüno-serolojik testler kullanılarak konulabilir. Tedavi, sistemik kortikosteroidler, immünsupresifler ve diğer ilaçlarla sağlanabilir. Hastaların takibi ve yönetimi, semptomların kontrol edilmesi, yan etkilerin izlenmesi ve uzun vadeli komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: büllöz pemfigoid, otoimmün hastalık, dermatolojik aciller

SS-046

NADİR GÖRÜLEN VAKA: HİPOGLİSEMİK ENSEFALOPATİ

Salih Fettahoğlu¹, Zeynep Ezgi Tekin², Ramazan Ünal²

¹Acil Servis, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Küçükçekmece/İstanbul

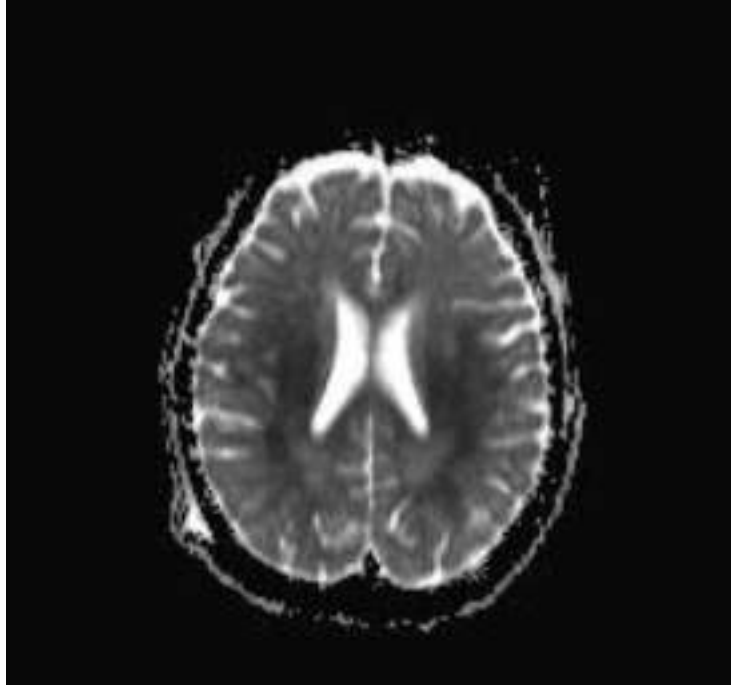
²Acil Servis, Edremit Devlet Hastanesi Edremit/Balıkesir

Giriş: Hipoglisemi acil serviste diyabetin sık görülen bir bulgusudur ve kan şekeri seviyesinin 70 mg/dl'nin altında olması olarak tanımlanır. Geçici hipoglisemi hemipleji ve afazi gibi inme benzeri bir tablo oluşturur ve hipoglisemi kaynaklı hemipleji genellikle intravenöz glukoz uygulaması ile hemen düzelir. Klinik sonuç, hipoglisemik hasarın şiddeti ve süresi ile doğrudan ilişkilidir. Nadiren, nöroglikopenik bir ataktan sonra uzun süreli ve geri döndürülemez nörolojik bulgular meydana gelebilir.

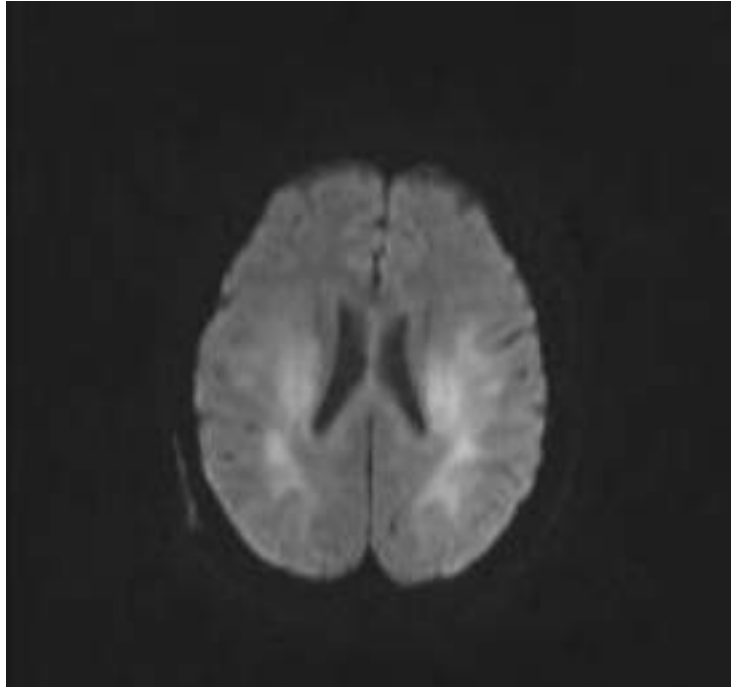
Amaç: Bu raporda, 64 yaş kadın hastanın hipoglisemi kaynaklı ensefalopati olgusu sunulmaktadır.

Bulgular: Bilinen Parkinson plus, Tip 2 Diyabetes Mellitus ve esansiyel hipertansiyon tanılı ve çoklu ilaç kullanımı olan 64 yaş kadın hasta yakınları tarafından uyandırılmama nedeniyle 112 tarafından acil servise getirildi. Hastanın aynı günün gecesinde kendi ilacı olan Desyrel (Trazodon) 50 mg ve Ativan Expect (Lorazepam) 2.5 mg aldığı ve bir daha uyanmadığı ifade edildi. Evde hastayı ilk değerlendiren sağlık ekibi hastanın vitallerini stabil olarak değerlendirmiş ve parmak ucu kan şekerini (PUKŞ) 35 mg/dl olarak ölçmüştür. Hastaneye gelene kadar 500 ml %10 dekstroz mayi yüklenmiştir. Hastanın acil serviste yapılan ilk müdahalesinde genel durumu kötü, şuur kapalı, GKS:5 (E1, M2, V2), PUKŞ:97 Tansiyon 110/60 olarak değerlendirildi. Hastanın çekilen EKG sinüs ritmi idi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde WBC: 11.71 10³/μL , HGB: 13.1 g/dL , PLT: 199 10³/μL, Na+: 132 mmol/L, K+: 4.8 mmol/L, Ca: 9.4 mg/dL, Üre:58.2 mg/dL, Kreatinin:1.09 mg/dL, Troponin: 55 pg/mL, glukoz: 91 mg/dL olarak tespit edilmiştir. Hastanın çekilen difüzyon MR'ında bilateral periventriküler beyaz cevherde internal kapsül posterior bacağında korpus kallezum spleniumunda ve kortikal spinal trakt boyunca diffüzyon kısıtlayan alanlar izlenmektedir. Hipoglisemi öyküsü olan hastada bulgular öncelikli olarak hipoglisemiye sekonder ensefalopati ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Hastanın yoğun bakım ünitesine yatırışı yapılmıştır. Yoğun bakım takibinin 35. günü genel durumunun stabil seyretmesi üzerine palyatif servise devredilmiştir. Hastanın pnömoseptik tabloya bağlı takibinin 41. gününde ölümü gerçekleşmiştir.

TRACE GÖRÜNTÜ



AC GÖRÜNTÜSÜ



Sonuç: Hipoglisemik ensefalopati metabolik bir ensefalopatidir. Klinik prezentasyon akut serebrovasküler hastalık ile karıştırılır, bu nedenle hastalığın mümkün olduğunca erken tanımlanması ve doğru teşhis edilmesi kritik öneme sahiptir. İnme benzeri nörolojik vakaların yaklaşık %10'unu iskemik olmayan nedenler oluşturmaktadır. Şiddetli hipogliseminin bir komplikasyonu olan hipoglisemi kaynaklı ensefalopati mutlaka inme benzeri semptomlarla gelen hastalarda kan şekere bakılarak ekarte edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: hipoglisemi, ensefalopati

SS-047

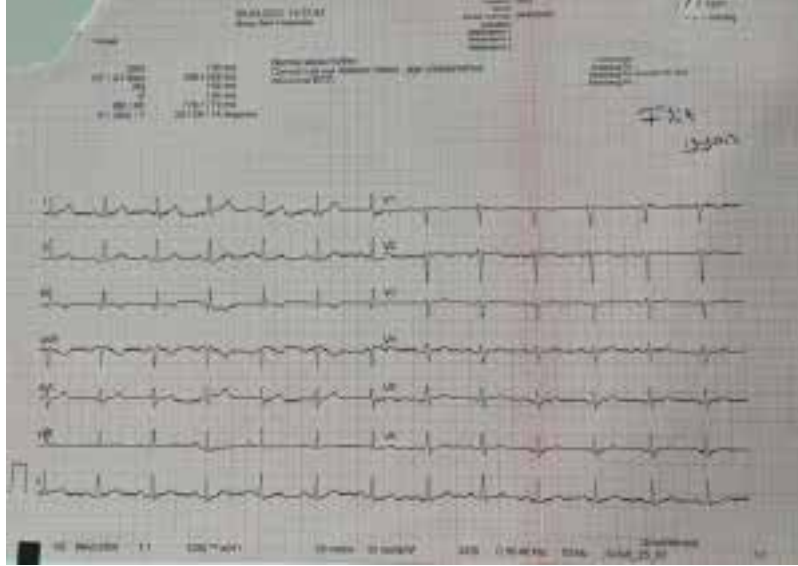
Kounis SendromuKADER DOĞAN¹¹bursa şehir hastanesi

Giriş: Deksketoprofen alımı sonrası hipersensitivite: Kounis Sendromu Kader DOĞAN¹, Hüseyin Gül¹, Evren DAL¹, Suna ERAYBAR¹, Mehtap BULUT¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği GİRİŞ Kounis sendromu, mast hücrelerinin etkinleşmesi ile seyreden alerji, hipersensitivite, anaf-laksi veya anafaktoid reaksiyonlarla ilişkili olarak akut koroner sendrom gelişmesi durumudur. En sık 40-70 yaş arası bireyleri etkilemektedir. Subklinik, klinik, akut veya kronik alerjik reaksiyona eşlik eden ve göğüs ağrısından başlayıp akut miyokart infarktüsüne (özellikle inferior duvarla ilişkili) kadar uzanan bir klinik spektruma sahiptir. İlaçlar, yiyecekler, çevresel etkenler (böcek ısırması, arı sokması, polenler, lateks teması gibi) ve intrakoroner stent yerleştirilmesi alerjik reaksiyonu tetikleyen neden olabilir.

Amaç: Biz de anjioödem ile başvuran hastada akut koroner sendrom gelişmesi üzerine takip ettiğimiz olguyu literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık .

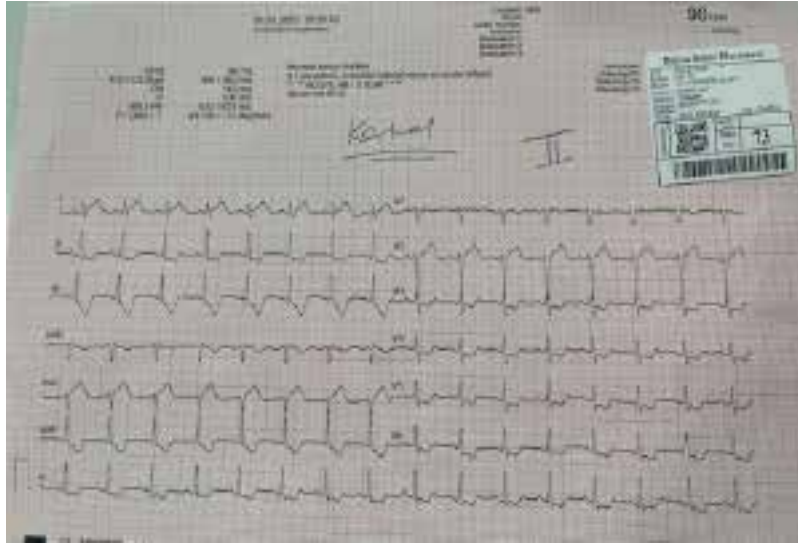
Bulgular: OLGU 40 yaş kadın hasta yaklaşık 30 dk önce deksketoprofen 25 mg oral alımı sonrası vücutta özel-likle yüzde, kollarda yaygın döküntü nedeniyle değerlendirildi. Gözlerde ve dudaklarda anjioödem mevcut olup, fizik muayenesinde uvula ödemi saptanmadı. Bilinen sistemik hastalık öyküsü yoktu. Geliş vitalleri kan basıncı 160/80 mmHg, ateş: 37.1 derece, nabız: 77 atım/dk, spo2 : 98 olarak ölçüldü. Hasta monitörize edildi. İlk de-ğerlendirilen EKG Normal sinüs ritmindeydi (ŞEKİL 1). Antihistaminik ve hidrasyon uygulandı. Takiplerinde ani gelişen nefes darlığı ve sıkıştırıcı vasıfta göğüs ağrısı tarifleyen hastanın kontrol EKG sinde anterior ve lateral yaygın ST segment depresyonu, DI ve Avl derivasyonlarında minimal ST segment elevasyonu saptandı (ŞEKİL 2). Hasta aktif göğüs ağrısı ve dinamik EKG değişikliği nedeniyle kardiyoloji uzmanına hipersensitivite ilişkili koroner sendrom ön tanısı ile konsülte edildi. Hastaya nitrat ve steroid tedavisi başlandı ardından bronkospaz-
mın derinleşmesi nedeniyle im adrenalin uygulandı. Kardiyolojinin önerisi ile yapılan cTnl takibinde anjina öncesi alınan kan düzeyi ilk düzey <3 olurken kontrol düzey 199 ng/L olarak değerlendirildi. Hasta tip 1 varyant Kounis sendromu ön tanısı ile kardiyoloji tarafından interne edildi.

KOUNİS SENDROMU ANJİNA ÖNCESİ EKG



ŞEKİL 1 ANJİNA ÖNCESİ EKG

KOUNİS SENDROMU ANJİNA SONRASI EKG



ŞEKİL 2 ANJİNA SONRASI EKG

Sonuç: SONUÇ Kounis sendromu tanısının en önemli basamağı göğüs ağrısına eşlik eden alerjik semptomları olan hastada bu tanıdan şüphelenmektir. Sıklıkla Ekg değişiklikleri ve troponin artışı da eşlik etmektedir. Bizim olgumuzda olduğu gibi başvuru semptomlarında anjina eşlik etmeyebilir. Özellikle anjioödem eşlik ettiği alerjik reaksiyonlarda tablonun akut koroner sendrom gelişimine ilerleyebileceği akılda tutulmalı ve acil serviste yeterli gözlem süresi tamamlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: KOUNİS SENDROMU, ACİL SERVİS

SS-048

Triyajdan Yeşil alana yönlendirilen 65 yaş üzeri hastaların değerlendirilmesi

Furkan Akpınar¹, Onur Oflaz¹, Kübra Bire¹

¹Erzurum Şehir Hastanesi

Giriş: 65 yaş ve üzeri geriatrik hasta grubunu oluşturmaktadır. Bu hastaların yaştan dolayı bir veya birden çok kronik hastalıkları genelde mevcuttur. Çoklu ilaç kullanımı, bilişsel-fonksiyonel durumlarında zayıflama ve değişen fizyolojilerinden ötürü alışılmadık şikayetler ile acil servise gelebilirler.

Amaç: Triyajdan yeşil alana yönlendirilen geriatrik hasta sayısının, tanılarının, tetkik istemlerinin ve hastaneye yatırılma nedenlerinin incelenmesidir. Bu sayede geriatrik hasta grubunda triyajın ne derece doğru yapıldığını incelemeyi amaçladık.

Bulgular: 2 aylık periyoyatta erişkin acilde 57265 hasta muayene edildiği saptandı. Yeşil alanda muayene edilen hasta sayısı 43158 (%75,3), sarı alanda 9441(16,4), kırmızı alanda ise 4666 (%8,1) idi. Yeşil alanda muayene edilen geriatrik hastaların yaş ortalaması 72 ± 6 di. Yaklaşık %55 kadın, %45 erkekti. Yeşil alanda 236 (%10,7) hastaya, bilgisayarlı tomografi ve/veya manyetik rezonans görüntüleme ve 1139,3 (%52) hastaya ise kan tetkiki istendiği saptandı. Hastalardan 25'inin (%1,1) kliniklere yatırıldığı görüldü. En fazla hastanın dahiliye kliniğine yattığı gözlemlendi. Yeşil alandan yoğun bakıma yatırılan hasta methotrexat intoksikasyonu olup hemogramda nötrofil sayısı $250 \cdot 10^9/L$ bulunan hasta idi. Diğer hastaların tanısı ve yattığı klinikler Tablo 1' de gösterilmiştir.

Sonuç: Geriatrik hastaların yeşil alanda istenen tetkikler ve yatış sayısı da göz önünde bulundurulduğunda ileri tetkik ve tedavi gerektiren bu grup daha çok sarı ve kırmızı alana yönlendirilmelidir. Bu hasta gruplarının kırılganlığı da göz önünde bulundurularak triyaj yapan sağlık personelinin geriatrik hastaların yönetimiyle ilgili özel triyaj eğitimi almaları ve geriatrik acil birimleri açılıp o alana yönlendirilmeleri düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: yeşil alan, geriatri

SS-049

An Uncommon Case of Isolated First Rib Fracture Associated with Subcutaneous Emphysema and PneumothoraxMücahide Şamlı¹, Gizem Arıncı¹, İlhami Demirel¹¹Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Background Rib fractures consist of most commonly in the middle and lower ribs with blunt trauma, and also with direct pressure to a small area of the chest wall and violent muscle contractions (1). First rib fractures are considered the most rare of all rib fractures. This type of fracture is a hallmark of severe trauma which associated with increased morbidity and mortality. Intra thoracic and extra thoracic injuries (i.e., abdominal, chest, and cardiac injuries, local injury to the subclavian artery and brachial plexus) are more likely seen in the presence of first rib fracture than other rib fractures (2). As an isolated fracture it may be associated with neurovascular injury in 3% cases and as part of polytrauma it may be associated with vascular injury in more than 24% cases (3).

Amaç: Here, we report on the rare case of a patient who was falled during a football game that resulted in an isolated first rib fracture, with evidence of concomitant injury including pneumothorax and diffuse subcutaneous emphysema on anteroposterior and lateral chest radiographs

Bulgular: A 27-year-old black man who had been fallen during a football game while playing as a goalkeeper was admitted to the Emergency Department (ED) with persistent chest pain. He stated that the pain was associated with movement of left shoulder and arm. On the physical examination, there was supraclavicular sensitivity and crepitus on palpation of chest. However, there was no deformity or swelling around the shoulder and chest regions. In addition, there was no vascular or neurological deficit in the left upper extremity. Anteroposterior and lateral X-rays of chest showed an isolated fracture of the first left rib and pneumothorax. High resolution computed tomography of thorax demonstrated fracture of the first rib on the left side and presence of pneumothorax and diffuse subcutaneous emphysema. The patient was consulted with the Department of Cardiovascular Surgery and General Surgery.

Sonuç: Isolated first rib fracture with subcutaneous emphysema and pneumothorax is quite rare. It may be a marker for other life-threatening injuries. Therefore, patient should be examined for other major injuries and long-term follow up for late-developing sequelae is necessary in the presence of first rib fracture

Anahtar Kelimeler: An Uncommon Case of Isolated First Rib Fracture Associated with Subcutaneous Emphysema and Pneumothorax

SS-050

New Synthetic Cathinone: A Flakka Use Case Report

Ali Sarıdaş¹

¹Prof. Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Son derece bağımlılık yapan ve günümüzde çok popüler olan yeni bir sentetik uyuşturucu olan Flakka; Hem ucuz hem de alındıktan sonra saatlerce, günlerce, haftalarca kalıcı etki gösterebilen ve anında en yüksek seviyeye ulaşabilen yasa dışı bir uyuşturucudur. Bulguların kolayca korkutucu sanrılara, paranoid psikoza, aşırı ajitasyona ve diğer birçok değişmiş zihinsel duruma dönüştüğü bilinmektedir.

Amaç: Flakka'nın insanlar üzerindeki olumsuz etkileri konusunda farkındalık yaratmak ve zombi benzeri hareketlerle acil servise gelen ve Flakka'nın yutulduğundan şüphelenen hastalara daha fazla dikkat çekmeyi amaçlıyoruz.

Bulgular: Bu olgu sunumunda daha önce psikiyatrik tanısı olmayan 21 yaşında erkek hasta, ajitasyon ve psikotik davranışlar nedeniyle hastanemiz acil servisine başvurmuş ve 2 saattir ruhsal durumu değişmiştir. Psikomotor ajitasyon ve bilinç bulanıklığı olan hasta tedaviye rağmen bilinç kaybı nedeniyle yoğun bakıma alındı.

Sonuç: Bu, Türkiye'deki gençler arasında Flakka kullanımının yaygınlığını tahmin eden nadir bir durumdur. Bugüne kadar, genel popülasyonda kullanımına ilişkin herhangi bir çalışma yapılmamıştır. Flakka, oldukça basit bir şekilde hazırlanabilen ucuz ve oldukça zehirli bir zehirdir. Flakka zehirlenmesi olan bir kişiyi yöneten klinisyenlerin karşılaştığı temel zorluklar, ajitasyonun kontrolü ve diğer sempatik aşırı kullanım belirtileridir. Uyuşturucu kullananlarda ön tanı olarak düşünülmelidir. Erken müdahale hayat kurtarıcıdır. Tanıda şüphe ve anamnez önemlidir. α-PVP kullanımıyla ilişkili artan sayıda nöbet, zehirlenme ve ölüm ve katinon maruziyeti için ilgili bir panzehirin bulunmaması, toksikologlar arasında daha fazla araştırma yapılmasını gerektirir. Ayrıca, ulusal hükümetler bu yeni tehlikeli uyuşturucunun kullanımını kontrol altına almak için gerekli önlemleri almalıdır. Acil önlemler alınmazsa akut dekompanseasyon meydana gelebilir.

Anahtar Kelimeler: Flakka, bath salts, synthetic katinon, α-pirolidinopentiofenon

SS-051

aort diseksiyonu nedenli yapılan evar işleminin geç komplikasyonu:greft enfeksiyonu

Dilek Demir¹, Halil Altınmaden¹

¹sultangazi haseki, eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş: Endovasküler anevrizma onarımı (EVAR), arter lümeninden , taşıma kılıfı içinde katlanmış greft bileşenlerinin yerleştirilmesi ile gerçekleştirilir. EVAR ile abdominal aortun açık cerrahi onarımı karşılaştırıldığında sistemik perioperatif komplikasyon oranı daha düşüktür. Bununla birlikte, endogreft dinamik bir varlık olmaya devam etmektedir ve greft ile ilgili komplikasyonlar olasıdır.

Amaç: . EVAR ile abdominal aortun açık cerrahi onarımı karşılaştırıldığında sistemik perioperatif komplikasyon oranı daha düşüktür. Bununla birlikte, endogreft dinamik bir varlık olmaya devam etmektedir ve greft ile ilgili komplikasyonlar olasıdır. Endogreft komplikasyonlarından biri olan enfeksiyon insidansı yüzde 0,4 ila 3 arasında değişir ve buna bağlı ölüm oranları yüzde 25-50'dir.

Bulgular: 77 yaşında kadın hasta ; karın ağrısı ve bulantı şikayeleri ile acil servise başvurdu. Hasta karın ağrısının 10 saat önce başladığını ve giderek arttığını beyan ediyor. Hastanın özgeçmişinde Ht, Kah (bypass),ileri aort yetmezliği, endokardit nedenli yatış öyküsü, 2 yıl önce geçirilen Tip1 aort diseksiyonu nedenli EVAR işlem öyküsü mevcut. Hastanın vital parametrelerinde Tansiyon: 80\50 mmHg Nabız:87/dk Solunum sayısı:15/dk Ateş:36.8 °C. Hastanın fizik muayenesinde batin rahat ,defans ve rebound yoktu. Rektal tuşede normal gaita bulaşı görüldü. Bilateral alt extremitelerde ısı ve çap farkı gözlenmedi. Periferik nabızlar bilateral eşit ve palpabldı. Yapılan tetkiklerde enfektif parametreleri yüksek saptandı. (CRP:343 mg/L WBC:22000 uL). Kan gazında hafif laktat yüksekliği mevcuttu(lactat:2.75mmol/L). Acil serviste yapılan ekokardiyografide kitle ,vejetasyon ve trombüs izlenmedi. Çekilen torakoabdominal BT anjiyografide assenden aort çevresinde kalınlaşma ve sınırlı hiperdens alan mevcuttu; greft enfeksiyonu lehine yorumlandı. Hasta yatış-tedavi önerileri açısından Kardiyoloji , Kardiyovasküler cerrahi ve Enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edildi. Asepsiye dikkat edilerek acil serviste kan kültürleri alındı. İntravenöz antibiyoterapisi ve hidrasyonu başlandı. Kvc tarafından elektif greft enfeksiyonu-ileri aort yetmezliği nedeniyle operasyon önerildi. Hasta ve yakınları ameliyatı kabul etmeyerek acil servisten ayrıldı.

Sonuç: Aort diseksiyonu endovasküler onarımını takiben hastaların yüzde 16 ila 30'unda endogreft ile ilgili komplikasyonlar gelişebilir. Endogreft enfeksiyonu, endovasküler onarımı takiben yüzde 0,4 ila 3 arasında değişen bir insidansla bildirilmiştir. Greft enfeksiyonu gelişen hastaların yüzde 42 'si aortik greftlemeden sonraki ilk üç ay içinde tanı alır ve bu endogreft yerleştirme sırasındaki kontaminasyonu düşündürür. Endogreft yerleştirilmesinden tanıya kadar geçen ortalama süre 20 aydır ve mortalite oranı yaklaşık yüzde 25-50'dir. Enfekte anevrizmanın standart tedavisi, revaskülarizasyonlu veya revaskülarizasyonsuz cerrahi debridman ve antibiyotik tedavisidir.

Anahtar Kelimeler: endogreft, diseksiyon

SS-052

Penetran batın Travmalarının Epidemiyolojik, Klinik ve Laboratuvar Sonuçlarının Prognostik Önemi

Gözde Tercüman¹, Abuzer Coşkun¹, Burak Demirci¹

¹SBÜ, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Travmaya bağlı yaralanmaların acil servis başvuruları içerisinde önemli bir yeri vardır.

Amaç: Çalışmada penetran batın travması ile acil servise başvuran hastaların prognozunu değerlendirilmesi için epidemiyolojik özellikleri, klinik bulguları, laboratuvar sonuçlarının ve radyolojik görüntülemelerinin incelenmesini amaçladık. Bu çalışmaya 01 Ocak 2019-31 Aralık 2021 tarihleri arasında Acil Tıp Kliniğine penetran batın travması ile başvuran 502 hasta geriye dönük değerlendirildi. Hastaların ilk geliş muayene bulguları, yaşı, yaralanma mekanizması, laboratuvar sonuçları ve görüntüleme bulguları, operasyon bilgileri ve sonuçları incelendi.

Bulgular: Toplam 502 hastanın yaş ortalaması 30,44±10,97 yılı (yaş aralığı 18-77 yıl), 18'i (%3,6) kadındı. Bu hastalardan 317'si (%63,2) delici kesici alet yaralanması, 157'si (%31,2) ateşli silah yaralanması, 20'si (%4) araç dışı trafik kazası, 2'si (%0,4) araç içi trafik kazası ve 6'sı (%0,6) düşme ile başvurdu. Hastaların 421'inde (%83,7) muayene bulgusu yokken; 81'inde (%16,3) hassasiyet, defans, rebound ve tahta karın vardı. Hastaların 194'üne (%38,6) kan transfüzyonu ihtiyacı olduğu tespit edildi. Penetran batın travma hastalarında mortalite pozitifliğini belirlemek için yapılan receiver operating characteristic (ROC) curve analizinde Amilazın duyarlılıkta %41,7, özgüllükte 33,9 olduğu görüldü [AUC (Area Under the Curve): 0.544, 95% Confidence Interval: 0.345-0.743, p=0.600]. Ayrıca Lipaz duyarlılığı %91,7, özgüllüğü %88,6 olduğu tespit edildi (AUC: 0.544, 95% Confidence Interval: 0.345-0.743, p<0.001). Tüm hastaların 12'sinde (%2,4) mortalite, 490'unda (%97,6) şifa ile taburculuk saptandı.

Sonuç: Travma mekanizmasının, fizik muayene bulgularının, laboratuvar sonuçlarının ve BT görüntülemelerinin acil servis hekimleri tarafından hızla ve doğru değerlendirilmesi hastalar açısından hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: abdomen travması, Acil servis, penetran batın travması, travma

Giriş: Travma tüm Dünya'da ve tüm yaş aralıklarında görülebilen, önde gelen ölüm sebeplerinden birisidir. Travmaya bağlı ölümlerin yaklaşık yarısının önlenebileceği ön görülmektedir. Bu nedenle travma hastalarına ilk müdahalede hızlı tanı ve doğru tedavi hayatidir. Acil servise başvuran travma hastalarında ilk muayene bulguları, laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemleri tedavi prosedürlerini belirlemede önemli rol oynamaktadır. Tanı ve tedavi yaklaşımları hastaların sağkalımını artırmakta ve kalıcı sakatlık oranını azaltmaktadır. Bu çalışmayla penetran batın travmalı hastaların prognozlarında etkili olabilecek faktörlerden; Epidemiyolojik özelliklerinin, muayene bulgularının, laboratuvar sonuçlarının, BT görüntülemelerinin, transfüzyon ve operasyon ihtiyacının, mortalite üzerine etkisini incelemeyi amaçladık.

Materyal Metod: Çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği Acil Travma Alanına 01 Ocak 2019 ve 31 Aralık 2021 tarihleri arasında başvuran; delici kesici alet yaralanması olan 3329, ateşli silah yaralanması olan 1355, trafik kazası geçirmiş olan 6148 hastanın kayıtları geriye dönük incelendi. Çalışma tek merkezli olarak yürütüldü.

Dahil etme kriterler: 18 yaş ve üzeri, penetran batın travması bulunan, laboratuvar tetkiki ve BT görüntülemelerinin yapılmış olan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Çalışmamıza 317 (%63,5) hasta delici kesi alet yaralanması, 157 (%31,4) hasta ateşli silah yaralanması, 20 (%4) hasta araç dışı trafik kazası, 2 (%0,4) hasta araç içi trafik kazası, 6 (%1,2) hasta düşme; toplamda 502 hasta

uygun bulundu ve çalışmaya dahil edildi.

Dışlama kriterleri: 18 yaş altı hastalar, penetran batın travması olmayan hastalar, hastane veri kayıt sisteminde demografik verileri, klinik durumları ve görüntüleme verileri, yatış/taburculuk/operasyon/vefat durumlarının kaydı eksik olan hastalar.

Çalışmada 10330 hasta, 18 yaş altında olması, penetran batın travması olmaması, laboratuvar tetkiki veya radyolojik görüntüleme yapılmamış olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmedi. Ayrıca penetran batın travması olup Acil Servis'e başvurduğunda ex-duhul olan ve görüntüleme işlemleri yapılmadan ölüm ile sonuçlanan hastalar da çalışmaya dahil edilmedi.

İstatistik: Çalışmada elde edilen veriler IBM SPSS Statistics for Windows 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) kullanılarak analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılımını analiz etmek için One-sample Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. Normal dağılan değişkenler için Student t-testi, normal dağılmayanlar için gruplar arası fark incelenirken Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis-H Testi kullanıldı. Nominal değişken grupları arasındaki ilişkileri incelemek için ki-kare analizi yapıldı. Penetran batın travmaları mortalite değişkenlerle Spearman's Rho korelasyon analizi yapıldı. Mortalitenin duyarlılık ve özgüllük değerleri için receiver operating characteristic (ROC) curve analizi yapıldı. Sonuçlar yorumlanırken, $P < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Tablo-1: Travma tiplerine göre hastaların yaş ve laboratuvar analizi

TRAVMA MEKANİZMASI							
	Tüm Hastalar n (%)	DKAY n (%)	ASY n (%)	ADTK n (%)	AİTK n (%)	Düşme n (%)	p
Yaş, yıl	30,44±10,97	30,05±10,54	31,15±10,57	31,55±18,06	19,50±2,12	32,83±15,25	0,123
Hb, g/dL	14,32±1,81	14,49±1,80	14,11±1,77	13,38±1,7	13,55±2,19	14,00±1,95	0,013
Hct, %	42,76±5,37	43,30±5,58	42,09±4,87	40,08±4,62	39,20±4,24	42,50±4,80	0,001
MCV, fl	87,92±5,79	87,95±5,77	87,93±5,43	88,27±7,19	83,80±6,08	86,27±10,84	0,78
MCHC, g/dL	33,37±1,18	33,34±1,15	33,45±1,91	33,36±1,33	34,45±1,9	32,82±1,67	0,351
MPV, fl	10,28±0,99	10,26±0,98	10,33±0,99	10,36±1,3	10,45±0,49	9,97±0,37	0,886
Plt, 10 ³ /uL	269,87±74,86	267,23±72,97	275,42±73,20	262,25±111,88	262,00±149,91	292,33±59,65	0,467
WBC, 10 ³ /uL	12,65±4,66	11,87±4,19	13,91±5,19	14,52±5,20	14,71±7,46	13,76±3,16	<0,001
N / L Oranı	3,49±4,26	3,30±3,97	3,33±3,86	6,96±8,59	10,26±0,33	3,91±3,34	0,016
ALT, U/L	35,92±64,94	27,32±28,45	39,53±63,68	145,22±224,43	25,35±3,75	34,50±24,51	<0,001
AST, U/L	38,83±48,55	31,93±23,77	40,61±47,1	136,81±153,31	31,65±6,58	32,83±18,07	<0,001
Amilaz, U/L	70,61±84,32	66,57±51,50	79,88±131,1	65,13±31,39	49,40±20,36	67,17±27,89	0,933
Lipaz, U/L	30,64±39,55	26,57±15,00	35,39±61,65	58,09±70,51	17,45±5,30	34,52±13,87	0,006
CK, U/L	313,45±1651,8	216,63±258,91	509,02±292,13	309,91±218,61	330,50±12,02	301,00±483,1	0,002

2- Travma hastalarının mortalite durumlarına göre analizi

MORTALİTE			
	Yok n (%)	Var n (%)	p
Yaş, yıl	30,23±10,85	39,08±12,94	0,009
Hb, g/dL	14,38±1,73	11,81±2,1	<0,001
Hct, %	42,90±5,18	37,06±9,05	0,009
MCV, fl	87,77±5,74	93,88±4,98	<0,001
MCHC, g/dL	33,41±1,15	31,77±1,39	<0,001
MPV, fl	10,28±0,99	10,31±1,05	0,996
Plt,10 ³ /uL	270,97±73,55	225,25±112,17	0,18
WBC,10 ³ /uL	12,67±4,57	11,77±7,73	0,061
N/L	3,53±4,31	1,7±0,77	0,19
ALT, U/L	34,63±63,47	88,43±99,72	0,017
AST, U/L	37,54±46,1	91,62±98,86	0,082
Amilaz, U/L	68,67±77,73	150,16±219,49	0,6
Lipaz, U/L	29,24±32,15	88,05±147,03	<0,001
CK, U/L	237,98±263,36	3388,76±10505,83	0,906

3- Travma mekanizmalarına göre değişkenlerin analizi

TRAVMA MEKANİZMASI							
		DKAY n(%)	ASY n (%)	ADTK n(%)	AltTK n (%)	Düşme n (%)	p
Cinsiyet	Kadın	12(3,8)	2(1,3)	3(15)	0	1(16,7)	0,092
	Erkek	305(96,2)	155(98,7)	17(85)	2(100)	5(83,3)	
Fizik Muayene	Yok	275(86,8)	135(86)	7(35)	1(50)	3(50)	<0,001
	Hassasiyet	24(7,6)	13(8,3)	12(60)	0	3(50)	
	Defans	4(1,3)	1(0,6)	1(5)	0	0	
	Rebound	1(0,3)	0	0	1(50)	0	
	Tahta Karın	13(4,1)	8(5,1)	0	0	0	
Alkol/Madde	Yok	297(93,7)	154(98,1)	20(100)	2(100)	5(83,3)	0,218
	Var	20(6,3)	3(1,9)	0	0	1(16,7)	

4-a-BT bulgularına göre değişkenlerin analizi

TRAVMA MEKANİZMASI							
		DKAY n(%)	ASY n (%)	ADTK n(%)	AİTK n (%)	Düşme n (%)	p
Cinsiyet	Kadın	12(3,8)	2(1,3)	3(15)	0	1(16,7)	0,092
	Erkek	305(96,2)	155(98,7)	17(85)	2(100)	5(83,3)	
Fizik Muayene	Yok	275(86,8)	135(86)	7(35)	1(50)	3(50)	<0,001
	Hassasiyet	24(7,6)	13(8,3)	12(60)	0	3(50)	
	Defans	4(1,3)	1(0,6)	1(5)	0	0	
	Rebound	1(0,3)	0	0	1(50)	0	
	Tahta Karın	13(4,1)	8(5,1)	0	0	0	
Alkol/Madde	Yok	297(93,7)	154(98,1)	20(100)	2(100)	5(83,3)	0,218
	Var	20(6,3)	3(1,9)	0	0	1(16,7)	

b

TRAVMA MEKANİZMASI							
		DKAY n (%)	ASY n (%)	ADTK n (%)	AİTK n (%)	Düşme n (%)	p
Mesane yaralanması	Yok	315(99,4)	147(93,6)	20(100)	2(100)	6(100)	0,004
	Var	2(0,6)	10(6,4)	0	0	0	
Renal yaralanma	Yok	306(96,5)	154(98,1)	17(85)	2(100)	5(83,3)	0,018
	Var	11(3,5)	3(1,9)	3(15)	0	1(16,7)	
Genital organ yaralanması	Yok	317(100)	154(98,1)	20(100)	2(100)	6(100)	0,157
	Var	0	3(1,9)	0	0	0	
Diyafram yaralanması	Yok	299(94,3)	150(95,5)	20(100)	2(100)	5(93,3)	0,446
	Var	18(5,7)	7(4,5)	0	0	1(16,7)	

5- Transfüzyon, yatış ve operasyon durumuna göre mortalite analizi

TRAVMA MEKANİZMASI						
		DKAY n (%)	ASY n (%)	ADTK n (%)	AİTK n (%)	Düşme n (%)
Transfüzyon ihtiyacı	Yok	223 (70,3)	73(46,5)	8(40)	0	2(33,3)
	Var	94 (29,7)	84(53,5)	12(60)	2(100)	4(66,7)
<0,001						
Cerrahi operasyon	Yok	234 (73,8)	72(45,9)	17(85)	2(100)	4(66,7)
	Var	83 (26,2)	85(54,1)	3(15)	0	2(33,3)
<0,001						
Yatış	Yok	71 (22,4)	34(21,7)	0	0	1(16,7)
	Acil Servis	58 (18,3)	15(9,6)	1(5)	0	0
	Servis	178 (56,2)	91(58)	15(75)	1(50)	5(83,3)
	YBÜ	10 (3,2)	17(10,8)	4(20)	1(50)	0
<0,001						
Ölüm	Yok	312(98,4)	150(95,5)	20(100)	2(100)	6(100)
	Var	5(1,6)	7(4,5)	0	0	0
0,322						

6- Mortalitenin cinsiyet, fizik muayene ve madde alınımına göre analizi

MORTALİTE			
		Yok n (%)	Var n (%)
Cinsiyet	Kadın	18(100)	0
	Erkek	472(96,3)	12(3,7)
0,626			
Fizik Muayene	Muayene Bulgusu Yok	416(84,9)	5(41,7)
	Hassasiyet	51(10,4)	1(8,3)
	Defans	6(1,2)	0
	Rebound	2(0,4)	0
	Tahta Karın	15(3,1)	6(50)
<0,001			
Alkol/Madde	Yok	467(95,3)	11(91,7)
	Var	23(4,7)	1(8,3)
0,727			

7- a- Mortalitenin BT bulgularıyla analizi

MORTALİTE				
		Yok n (%)	Var n (%)	p
Cinsiyet	Kadın	18(100)	0	0,626
	Erkek	472(96,3)	12(3,7)	
Fizik Muayene	Muayene Bulgusu Yok	416(84,9)	5(41,7)	<0,001
	Hassasiyet	51(10,4)	1(8,3)	
	Defans	6(1,2)	0	
	Rebound	2(0,4)	0	
	Tahta Karın	15(3,1)	6(50)	
Alkol/Madde	Yok	467(95,3)	11(91,7)	0,727
	Var	23(4,7)	1(8,3)	

b

MORTALİTE				
		Yok n (%)	Var n (%)	p
Mesane yaralanması	Yok	479(97,8)	11(91,7)	0,281
	Var	11(2,2)	1(8,3)	
Renal yaralanma	Yok	475(96,9)	9(75)	<0,001
	Var	15(3,1)	3(25)	
Genital organ yaralanması	Yok	487(99,4)	12(100)	0,703
	Var	3(0,6)	0	
Diyafram yaralanması	Yok	465(94,9)	11(91,7)	0,618
	Var	25(5,1)	1(8,3)	

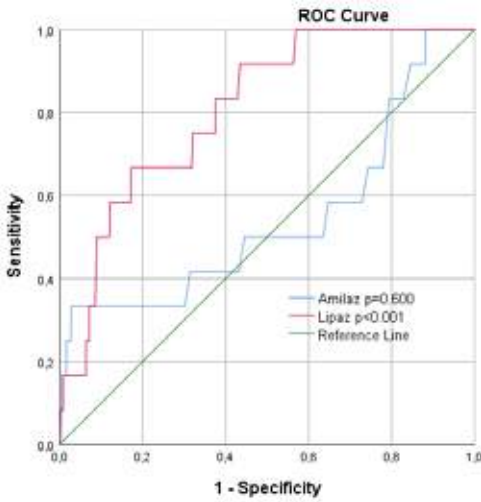
8- Travma hastalarının mortalite analizi

MORTALİTE				
		Yok n (%)	Var n (%)	p
Transfüzyon ihtiyacı	Yok	304(62)	2(16,7)	0,001
	Var	186(38)	10(83,3)	
Cerrahi Operasyon	Yok	327(66,7)	2(16,7)	<0,001
	Var	163(33,3)	10(83,3)	
Yatış	Yok	102(20,8)	4(33,3)	<0,001
	Acil Servis	74(15,1)	0	
	Servis	287(58,6)	3(25)	
	YBÜ	27(5,5)	5(41,7)	

9- Mortalite durumuna göre değişkenlerin korelasyonu

Spearman's rho korelasyon		
	r	p
Yaş, yıl	0,116	0,009
Hb, g/dL	-0,161	<0,001
Hct, %	-0,116	0,009
MCV, fl	0,165	<0,001
MCHC, g/dL	-0,177	<0,001
MPV, fl	0,996	<0,001
Plt,10 ³ /uL	-0,060	0,181
WBC,10 ³ /uL	-0,084	0,061
N/L	-0,059	0,19
ALT, U/L	0,106	0,017
AST, U/L	0,078	0,082
Amilaz, U/L	0,023	0,6
Lipaz, U/L	0,163	<0,001
CK, U/L	-0,005	0,906

10-Lipaz ve amilazın mortalite durumuna göre ROC analizi



AMİLAZ; Duyarlılık: %41,7 Özgüllük:%33,9

LİPAZ; Duyarlılık: %91,7 Özgüllük:%88,6

Sonuç: Travmalar her yaş ve cinsiyetten insanı etkileyebilen, ölümlere ve sakatlıklara neden olabilen, iş gücü kaybına yol açabilen ve buna bağlı olarak ekonomik maliyeti yüksek olan hastalıklardandır. Her insan ömür boyu travmaya maruz kalabilir. Travma, hastane başvuruları içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Travmalar, basit yaralanmadan ölüme kadar çok geniş yelpazede etki oluşturabilmektedir. Bu nedenle travma hastasına yaklaşımda ölümcül durumların bilinmesi, erken saptanması, tedaviye hızla karar verilmesi hasta için hayatidir. Travma hastası değerlendirilirken birçok faktör bir arada değerlendirilmeli ve gerekli tüm yardımcı tanı yöntemlerinden yararlanılmalıdır. Travma hastasını ilk gören ve süreci yöneten hekim olan acil tıp hekimlerinin bu konuda farkındalığının artması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

SS-053

Toraks Travması İle Başvuran Hastaların Demografik, Klinik ve Radyolojik Verilerin Prognoz ve Mortalite Öngörüsündeki Önemi

Yusuf Çankaya¹, **Abuzer Coşkun¹**, Burak Demirci¹

¹SBÜ, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Travmalar tüm dünyada acil servisleri meşgul eden en önemli sağlık sorunu olmaya devam etmektedir.

Amaç: Acil servise toraks travması ile gelen hastaların klinik ve demografik olarak değerlendirilmesi, bu verilerin prognoz ve mortaliteye etkilerinin belirlenmesi amaçlandı. Acil Tıp Kliniğine 01 Ocak 2017 - 31 Aralık 2021 tarihleri arasında başvuran toraks travması olan 18 yaşından büyük, 563 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, travma mekanizmaları, etyolojileri, klinik ve radyolojik bulguları, yatış, taburculuk ve mortalite durumları kaydedildi. Kaydedilen verilerin istatistiksel incelemeleri yapılmıştır.

Bulgular: Toplam 563 hastanın yaş ortalaması 49,63±18,24 Yıl, 136'sı (%24,2) kadındı. Toraks travmalı hastalarda; kot fraktürü 469 (%83,3), pnömotoraks 136 (%24,2), kontüzyon 89 (%15,8), hemotoraks 73 (%12,9), pnömomediastenum 22 (%3,9), sternum fraktürü 14(%2,5), kalp-damar yaralanması 4 (%0,7), tansiyon pnömotoraks 3 (%0,5) hastada görüldü. Hastaların 163'ü (%28,9) hospitalize edilmiş olup, mortalite oranı 10 (%1,8) olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Acil servislerde bu hastalara doğru müdahale ve tedavi hayat kurtarıcıdır. Demografik veriler, travma etyolojisi ve mekanizmaları, olgularda gelişen klinik durum ve mortalite ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Hemotoraks, Pnömotoraks, Toraks Travmaları

GİRİŞ: Travma; 40 yaş altındaki ölümlerin en sık nedenidir ve tüm dünyada görülme sıklığı olarak kanser ve kalp damar hastalıklardan sonra üçüncü sırada yer almaktadır. Travma nedeni ile sağlık kuruluşlarına başvuran vakaların yaklaşık %30'unu toraks travmaları oluşturmakta ve travmaya bağlı ölümlerin yaklaşık %25'nin nedeninin de toraks travmaları olduğu görülmektedir. Bu çalışmada toraks travmalarının oluşum mekanizmaları ve şiddetlerindeki çeşitlilik sonucu hastalarda ne derece farklı nitelik ve sayıda yaralanmaların oluşabileceğinin tespiti, acil serviste toraks travmalı hastalar değerlendirilirken hangi patolojilerle ne sıklıkta karşı karşıya kalılabileceğinin ortaya konulabilmesi amaçlanmıştır.

METOD: Acil Tıp Kliniğine 01 Ocak 2017 - 31 Aralık 2021 tarihleri arasında başvuran, toraks travması olan 563 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, travma mekanizmaları, etyolojileri, klinik ve radyolojik bulguları, yatış, taburculuk ve mortalite durumları kaydedildi. Kaydedilen verilerin istatistiksel incelemeleri yapıldı. Olgular travma mekanizmalarına göre; künt ve penetran olmak üzere iki, etyolojilerine göre; düz zeminde düşme, trafik kazası, darp, çarpma, ateşli silah yaralanması, delici kesici alet yaralanması ve yüksekten düşme olmak üzere yedi grupta incelendi. Travma patolojilerine göre; pnömotoraks, hemotoraks, kot fraktürü, sternum fraktürü, tansiyon pnömotoraks, pnömomediastinum, kontüzyon ve kalp-damar yaralanması olmak üzere sekiz grupta değerlendirildi. Eşlik eden travmalara göre; kranial, abdomen, ekstremiteler, vertebra veya ikiden fazla bölge olmak üzere beş grup oluşturuldu. Hastaların taburculuk ve yatış durumuna göre iki grupta incelenmesinin yanı sıra mortalite durumunun olmasına göre de iki grup belirlendi.

Hastaların Kabul Kriterleri: 18 yaşından büyük olmak, Toraks travması öyküsü ile acil servise başvurmuş olmak, Hasta dosyası ve hastane otomasyon sisteminde demografik ve klinik bulguları verileri eksiksiz olmak, Anam-

nezinde bilinen toraks patolojisi olmamak, Toraks BT görüntü ve rapor sonuçları mevcut olmak,

Hastaların Dışlama Kriterleri: 18 yaşından küçük olanlar, Hasta dosyası ve hastane otomasyon sisteminde demografik ve klinik bulguları verileri eksik olmak, Anamnezinde bilinen toraks patolojisi olmak, Toraks bt görüntü ve rapor sonuçlarında eksik olmak.

İstatistiksel Değerlendirme: Veriler IBM SPSS Statistics 26 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2022 yazılımı kullanılarak analiz edildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile, sürekli değişkenler ortalama±standart sapma (SD), ortanca (en küçük ve en büyük) değerleriyle sunuldu. İki grup ortalama karşılaştırmalarında Mann Whitney-U testi yapıldı. Nominal değişken grupları arasındaki ilişkileri incelerken ki-kare analizi kullanıldı. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların Cinsiyetlerinin Dağılımı

Cinsiyet	n	%
Erkek	427	75.8
Kadın	136	24.2
Toplam	563	100

Travma Etyolojilerinin Yaşa Göre Dağılımı

Etyoloji	Yaş (yıl)	p
	ort±ss	
Düz Zeminde Düşme	58.73±16.67	0.001
Trafik Kazası	46.84±18.66	
Darp	40.87±11.36	
Çarpma	47.68±14.13	
Ateşli Silah Yaralanması	29.82±8.14	
Delici-kesici alet Yaralanması	29.61±11.36	
Yüksekten Düşme	40.45±13.75	

Travma Mekanizmalarının Yaşa Göre Dağılımı

	Tüm Hastalar	Künt	Penetran	p
n(%)	563(100)	512(91)	51(9)	0.001
Yaş (yıl)	49.63±18.24	51.55±17.57	30.39±13.00	

Travma Etiyolojilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Travma Etiyolojisi	Kadın	Erkek	Toplam	p
	n(%)	n(%)	n(%)	
Düz Zeminde Düşme	79(58.1)	168(39.3)	247(43.9)	0.001
Trafik Kazası	25(18.4)	79(18.5)	104(18.5)	
Darp	9(6.6)	36(8.4)	45(8)	
Çarpma	13(9.6)	61(14.3)	74(13.1)	
Ateşli Silah Yaralanması	1(0.7)	4(0.9)	5(0.9)	
Delici Kesici Alet Yaralanması	0(0)	44(10.3)	44(7.8)	
Yüksekten Düşme	9(6.6)	35(8.2)	44(7.8)	
Toplam	136(100)	427(100)	563(100)	

Travma Etiyolojilerinin Yıllara Göre Dağılımı

	Düz Zeminde Düşme	Trafik Kazası	Darp	Çarpma	ASY	DKAY	Yüksekten Düşme	P
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
2017	45(18.2)	36(34.6)	9(20)	9(12.2)	2(40)	5(11.4)	14(31.8)	0.015
2018	54(21.9)	30(28.8)	10(22.2)	17(23)	0(0)	17(38.6)	10(22.7)	
2019	69(27.9)	19(18.3)	12(26.7)	20(27)	1(20)	11(25)	11(25)	
2020	42(17)	12(11.5)	11(24.4)	20(27)	2(40)	6(13.6)	5(11.4)	
2021	37(15)	7(6.7)	3(6.7)	8(10.8)	0(0)	5(11.4)	4(9.1)	
Toplam	247(100)	104(100)	45(100)	74(100)	5(100)	44(100)	44(100)	

Eşlik Eden Diğer Sistem Travmaları

Ek Travma	n	%	p
Kranial travma	23	13.3	0.001
Abdomen travması	15	8.7	
Ekstremitte travması	77	44.5	
Vertebra travması	23	13.3	
İki veya daha fazla travma	35	20.2	
Toplam	173	100	

Travma Etyolojilerinin Patolojilere Göre Dağılımı

Patoloji		DZD	TK	Darp	Çarpma	ASY	DKAY	YD	p
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Pnömotoraks	Yok	212(85.8)	81(77.9)	32(71.1)	72(97.3)	2(40)	9(20.5)	19(43.2)	0.001
	Var	35(14.2)	23(22.1)	13(28.9)	2(2.7)	3(60)	35(79.5)	25(56.8)	
Hemotoraks	Yok	220(89)	93(89.4)	42(93.3)	72(97.3)	2(40)	24(54.5)	37(84.1)	0.001
	Var	27(11)	11(10.6)	3(6.7)	2(2.7)	3(60)	20(45.5)	7(15.9)	
Kot Fraktürü	Yok	21(8.5)	19(18.3)	5(11.1)	2(2.7)	2(40)	41(93.2)	4(9.1)	0.001
	Var	226(91.5)	85(81.7)	40(88.9)	72(97.3)	3(60)	3(6.8)	40(90.9)	
Sternum Fraktürü	Yok	242(98)	99(95.2)	45(100)	70(94.6)	5(100)	44(100)	44(100)	0.278
	Var	5(2)	5(4.8)	0(0)	4(5.4)	0(0)	0(0)	0(0)	
Tansiyon Pnömotoraks	Yok	246(99.6)	104(100)	44(97.8)	74(100)	5(100)	44(100)	43(97.7)	0.513
	Var	1(0.4)	0(0)	1(2.2)	0(0)	0(0)	0(0)	1(2.3)	
Pnömomediastinum	Yok	242(98.5)	98(94.2)	43(95.6)	74(100)	5(100)	37(84.1)	42(95.5)	0.001
	Var	5(1.5)	6(5.8)	2(4.4)	0(0)	0(0)	7(15.9)	2(14.5)	
Kontüzyon	Yok	214(86.6)	72(69.2)	39(86.7)	70(94.6)	5(100)	44(100)	30(68.2)	0.001
	Var	33(13.4)	32(30.8)	6(13.3)	4(5.4)	0(0)	0(0)	14(31.8)	
Kalp-Damar yaralanması	Yok	247(100)	104(100)	45(100)	74(100)	3(60)	42(95.5)	44(100)	0.001
	Var	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(40)	2(4.5)	0(0)	

Travma Etyolojisine Göre Mortalite Durumu

Travma Etyolojisi	Exitus		Toplam	p
	Var	Yok		
	n(%)	n(%)	n(%)	
Düz Zeminde Düşme	0(0)	247(100)	247(100)	0.001
Trafik Kazası	6(5.8)	98(94.2)	104(100)	
Darp	0(0)	45(100)	45(100)	
Çarpma	0(0)	74(100)	74(100)	
ASY	2(40)	3(60)	5(100)	
DKAY	0(0)	44(100)	44(100)	
Yüksekten Düşme	2(4.5)	42(95.5)	44(100)	
Toplam	10(1.8)	553(98.2)	563(100)	

Hastaların Sonlanım Durumuna Göre Dağılımları

Travma Etyolojisi	Taburcu	Yatış	Exitus
	n(%)	n(%)	n(%)
Düz Zeminde Düşme	206(83.4)	41(16.6)	0(0)
Trafik Kazası	59(56.7)	39(37.5)	6(5.8)
Darp	33(73.3)	12(26.7)	0(0)
Çarpma	72(97.3)	2(2.7)	0(0)
ASY	0(0)	3(60)	2(40)
DKAY	9(20.5)	35(79.5)	0(0)
Yüksekten Düşme	11(25)	31(70.5)	2(4.5)
Toplam	390(69.3)	163(28.9)	10(1.8)

SONUÇ: Toraks travması nedeniyle acil servise başvuran hastalar sıklıkla genç ve erkek hastalardır. Penetran travmalar, künt travmalara oranla daha genç yaşlarda görülmektedir. Başvuru nedenleri arasında, travma mekanizmalarından en sık düz zeminde düşme görülmektedir. Toraks travmalarına en sık eşlik eden sistem travmaları, ekstremit ve kranial travma olarak dikkat çekmektedir. Toraks travmalarında en sık görülen patoloji kot fraktürü olarak görülmektedir. %28.9 oranında hastaneye yatış oranı tespit edilmiştir. Toraks travmalı hastalarda mortalite oranı %1.8 olarak belirtilmiştir. Toraks travmalarının mekanizmaları, etyolojisi, ve eşlik eden yaralanmalar hastanın kliniği ve prognozu üzerine oldukça etkilidir. Mortalite ve morbiditeyi azaltmak adına, acil serviste toraks travmalarını çok yönlü değerlendirecek prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS-054

İleri Yaş Geriatrik Hastaların Demografik ve Klinik Sonuçlarının Prognoz Açısından Önemi

Burak Yeşiltaş¹, **Abuzer Coşkun¹**, Burak Demirci¹

¹SBÜ, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Acil servislere yaşlı popülasyonu her geçen gün artmaktadır.

Amaç: Çalışmada acil servise başvuran yaşlı hastaların demografik ve klinik durumlarının yanı sıra, başvuru nedenlerini, ek hastalıklarını, konsültasyonlarını ve buna bağlı mortalite durumlarını değerlendirmeyi amaçladık. Bu çalışmada retrospektif, gözlemsel ve kesitsel olarak, 01 Ocak 2020 – 31 Aralık 2021 tarihleri arasında başvuran, 90 yaş üstünde olan ve hastane veri kayıt sisteminde klinik bulgu, tanı, konsültasyon, hospitalizasyon, operasyon, vefat verileri eksiksiz olan 400 olgu dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, başvuru nedenleri, laboratuvar sonuçları, ek hastalıkları, mükerrer başvuru sayıları, konsültasyonları, yatış taburculuk durumları ve sağ kalım oranları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmada değerlendirilen 400 hastanın 225'i kadın (%53,8), 175'i erkek, yaş ortalaması 92,7 (yaş aralığı 90-108 yıl) yıldı. En sık %20,5 (n=82) ile nonspesifik ağrı şikayeti tespit edildi. Ayrıca genel durum bozukluğu %20,3 (n=81), nörolojik şikayetler %18,8 (n=75), nefes darlığı-göğüs ağrısı %15,8 (n=63) tespit edildi. Travma sebepli başvuru sayısı 21 (%5,3) olarak görüldü. 32 hasta ise non spesifik şikayetler ile başvurdu. Hastalarımıza en çok eşlik eden komorbid hastalık yüzde 81,5 ile (n=326) hipertansiyon olarak görüldü. 255 hastada (%63,8) diyabet ve 218 (%54,5) koroner arter hastalığı tespit edildi. Komorbid durumlarına göre hipertansiyonu olan 326 hastadan 57 tanesi (%17,5) ve diyabet öyküsü olan 255 hastanın 48 (%18,8) mortalite saptandı (p=0,025). Koroner arter hastalığı olan hastaların %20'sinde ölüm tespit edildi (p=0,008). Ayrıca nörolojik şikayetler ile başvuran hastaların %10,2'sinde, böbrek yetmezliği olan hastaların %37,4'ü ölüm görüldü (p=0,001). Yine malignite öyküsü olan hastalarda da mortalite de anlamlı artış vardır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan 138 hastalardan 25'inde (%18,1) ölüm saptandı ancak diğer komorbid durumlarla kıyaslandığında anlamlı bulunmadı (p=0,346). Çalışmaya dahil edilen hastaların 160'ı (%40) ilgili servislere, 56 (%14) hasta yoğun bakıma yatırıldı.

Sonuç: Acil servislere gün geçtikçe daha fazla ileri yaş hasta başvurmaktadır. Bu hastaların tekrar başvuru oranları yüksektir. Gittikçe artan iş yükü ve maliyete neden olmaktadır. Bu hastaların tanı ve tedavisinin hızlanması için daha spesifik bakım merkezleri gerekebilir. Bu konuyla ilgili prospektif daha birçok çalışmaya ihtiyaç vardır.

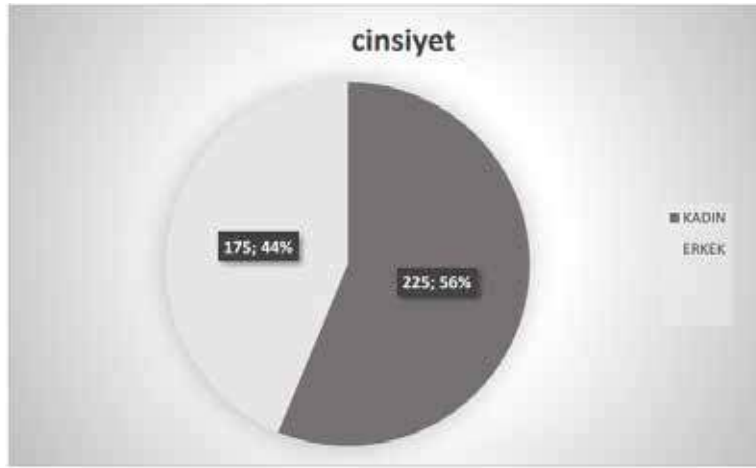
Anahtar Kelimeler: Acil servis, Geriatri, Komorbidite, Mortalite

GİRİŞ: Yaşlı popülasyonun toplam nüfus içindeki oranı giderek yükselmektedir. 2050 yılında Türkiye'nin yaşlı nüfus açısından Avrupa'nın en kalabalık lokasyonlarından biri olacağı ön görülmektedir. Yaşlı nüfus popülasyonundaki bu fazlalaşma bu yaş grubundaki insanların problemlerine önem verilmesi gerektiğini konusunda fikir vermektedir. Acil servise başvuran yaşlı hastaların demografik özelliklerini, başvuru nedenlerini, kronik hastalıklarını, tekrar eden başvuru sayılarını, konsültasyon ve sonuçlarını belirlemenin hem şu anki hem de bundan sonraki oluşabilecek problemlere yol gösterebileceği düşünülmüştür. Bu bağlamda acil servise başvuran yaşlı popülasyona daha iyi hizmet sunmak için demografik ve klinik yönden incelemek, acil servise başvuru sebeplerinin gerçekçiliğini ortaya koymak; yaşlılara verilecek sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve ileri geriatrik acil başvuru merkezlerinin gerekliliğinin planlanması konusunda yardımcı olacaktır

MATERYAL METOD: Bu çalışma retrospektif, gözlemsel ve kesitsel olarak, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil Tıp Kliniği'ne 01.01.2020 – 31.12.2021 tarihleri arasında başvuran, 90 yaş üstünde olan ve hastane veri kayıt sisteminde klinik bulgu/tanı/konsültasyon/yatış/taburculuk/operasyon/vefat verilerinin kaydında eksiklik olmayan hastalardan 400 tanesi rastgele olarak dahil edildi. Hastaların, başvuru nedenleri, demografik ve klinik görünüşleri, ek hastalıkları, konsültasyonları ve mortalite oranları kaydedildi. Verilerin analizinde SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanıldı. Niceliksel verilerin gösteriminde ortalama ve standart sapma (SS), niteliksel verilerin analizinde frekans ve oran değerleri kullanıldı. Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi durumunda Mann Whitney U Testi, gelmesi durumunda Student-T testi kullanıldı. Nominal değişkenlerin grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Ki-Kare analizi uygulanacaktır. 2x2 tablolarda gözelerdeki beklenen değerlerin yeterli hacme sahip olmaması durumlarında Fisher's Exact Test kullanılmış olup RxC tablolarda ise 15 Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Korelasyon analizi uygulandı. $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

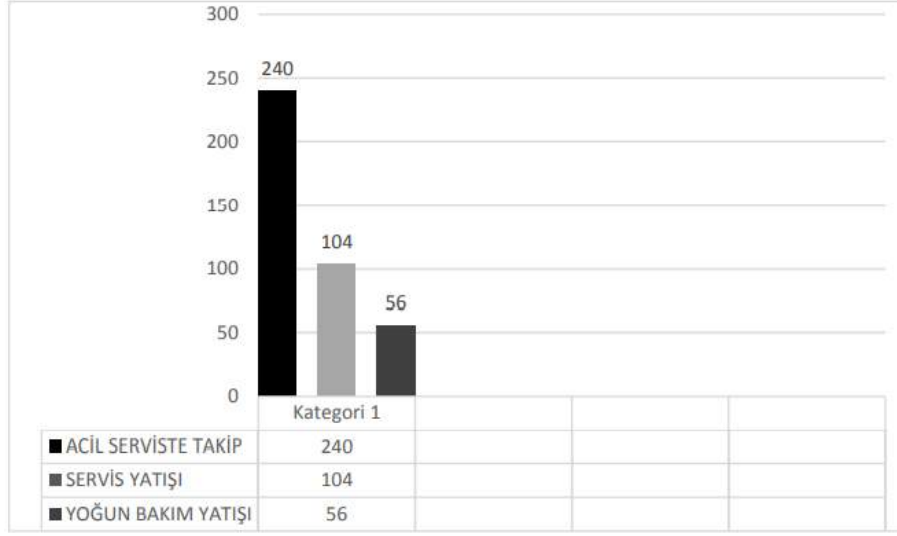
BULGULAR



Şekil 1. Cinsiyet dağılımı

Tablo 1. Acil Servise Başvuru Şikayetleri

ŞİKAYET	SAYI (n)	YÜZDE(%)
Non-spesifik Ağrı	82	20,5
Genel durum bozukluğu	81	20,3
Nörolojik şikayet	75	18,8
Nefes Darlığı ve Göğüs Ağrısı	63	15,8
Arrest	46	11,5
Non-spesifik nedenler	32	8
Travma	21	5,3



Şekil 2. Hastaların Yatış Durumları

Tablo 2. Eşlik Eden Hastalıklar

HASTALIK	SAYI(n)	YÜZDE (%)
Hipertansiyon	326	81,5
Diyabet	255	63,8
Koroner arter hastalığı	218	54,5
Nörolojik sendromlar	194	48,5
Böbrek yetmezliği	99	24,8
Malignite	174	43,5
KOAH	138	34,5

Tablo 3. Konsülte Edilen Branşlar

BRANŞ	SAYI(n)	YÜZDE(%)
Anestezi	101	25,3
Dahiliye	85	21
Nöroloji	79	19,8
Kardiyoloji	61	15,3
Genel cerrahi	26	6,5

Tablo 4. Başvuru Sebebine Göre Yatış Taburculuk Durumu

Yatış durumu /Şikayet	NON SPESİFİK AĞRI (%)	GENEL DURUMDA BOZUKLUK (%)	NÖROLOJİK ŞİKAYETLER (%)	NEFES DARLIĞI/ GÖĞÜS AĞRISI (%)	ARREST (%)	KRONİK ŞİKAYETLER (%)	TRAVMA (%)
Acilde takip	50 (61,0)	43 (53,1)	30 (40,0)	30 (47,6)	38 (82,6)	32 (100)	17 (81,0)
Servis yatışı	25 (30,0)	25 (30,9)	25 (33,3)	25(39,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (19)
Yoğun bakım	7 (9,0)	13 (17,0)	20 (26,7)	8 (12,7)	8 (17,4)	0 (0,0)	0 (0,0)

Tablo 5. Ek Hastalıklara Göre Yatış Durumu

	Yatış durumu	HT (%)	DM (%)	KAH (%)	NS (%)	KBY (%)	CA (%)	KOAH (%)
VAR	Acilde takip	191(58,3)	136(53,3)	128(58,7)	107(55,2)	60(60,6)	84(48,3)	80(58)
	Servis yatışı	85(26,1)	72(28,2)	49(22,5)	60(30,9)	20(20,2)	50(28,7)	37(26,8)
	Yoğun bakım	50(15,3)	47(18,4)	41(18,8)	27(13,9)	19(19,2)	40(23)	21(15,7)
YOK	Acilde takip	49(66,7)	104(71,7)	112(61,5)	133(64,6)	180(59,9)	156(69)	160(61,1)
	Servis yatışı	19(25,1)	32(22,1)	55(30,2)	44(21,4)	84(27,9)	54(23,9)	67(25,6)
	Yoğun bakım	6(8,2)	9(6,2)	15(8,2)	29(14,1)	37(12,3)	16(7,1)	35(1,4)
	<i>p</i>	<i>0,232</i>	<i>0,001</i>	<i>0,006</i>	<i>0,082</i>	<i>0,120</i>	<i>0,001</i>	<i>0,810</i>

Tablo 6. Konsülte Edilen Branşlara Göre Yatış Durumu

BRANŞ	ACİLDE TAKİP (n) (%)	SERVİS YATIŞI (n) (%)	YOĞUN BAKIM (n) (%)
DAHİLİYE	46(%54,1)	24(%28,2)	15(%17,6)
GENEL CERRAHİ	11(%42,3)	15(%57,7)	0(%0)
NÖROLOJİ	23(%29,1)	49(%62)	7(%8,9)
KARDİYOLOJİ	25(%41)	32(%52,5)	4(%6,6)
ANESTEZİ	40(%39,6)	5(%5)	56(%55,4)

Tablo 7. Başvuru Şikayeti İle Mortalite Arasındaki İlişki

BAŞVURU NEDENİ	SAĞ n(%)	EX n(%)	p
Non-spesifik ağrı	82(%100)	0(%0)	0,001
Genel durum bozukluğu	68(%84)	13(%16)	
Nörolojik semptomlar	67(%89,3)	8(%10,7)	
Nefes darlığı/göğüs Ağrısı	59(%93,7)	4(%6,3)	
Arrest	8(%17,4)	38(%82,6)	
Non-spesifik şikayetler	32(%100)	0(%0)	
Travma	21(%100)	0(%0)	

Tablo 8. Ek Hastalık ile Mortalite İlişkisi

	MORTALİTE	HT (%)	DM (%)	KAH (%)	NS (%)	KBY (%)	CA (%)	KOAH (%)
VAR	SAĞ	269(82,5)	207(81,2)	174(79,8)	152(78,4)	62(62,6)	131(72,3)	113(81,9)
	EX	57(17,5)	48(18,8)	44(20,2)	42(21,6)	37(37,4)	43(24,7)	25(18,1)
YOK	SAĞ	68(91,9)	130(89,7)	163(89,4)	185(89,8)	275(91,4)	206(91,2)	224(85,5)
	EX	6(8,1)	15(10,3)	19(10,4)	21(10,2)	26(8,6)	20(8,8)	38(15,5)
	p	0,046	0,025	0,008	0,082	0,002	0,001	0,346

Tablo 9. Konsülte Edilen Branşa Göre Mortalite Oranı

BRANŞ	SAĞ (n) (%)	EX (n) (%)	p
Dahiliye	73(%85,9)	12(%14,1)	0,642
Genel cerrahi	19(%73,1)	7(%26,9)	0,106
Nöroloji	76(%96,2)	3(%3,8)	0,001
Kardiyoloji	57(%93,4)	4(%6,6)	0,032
Anestezi	65(%64,4)	36(%35,6)	0,001

SONUÇ: Acil servise başvuran yaşlı hasta popülasyonu gün geçtikçe artmaktadır. Bu hastaların çok sayıda ek hastalıklarının olması, şikayetlerini doğru bir şekilde anlatamamaları tanı ve tedavi süreçlerini zorlaştırmaktadır. İleri yaş geriatrik hastalarda kadın hasta oranı daha fazladır. Acil servise başvuran ileri yaş hastalarda en sık başvuru sebepleri spesifik olmayan ağrı, genel durum bozukluğu, nörolojik semptomlar ve göğüs ağrısı/nefes sarlığı olarak görülmüştür. Bu hastalara en sık eşlik eden hastalıklar hipertansiyon, diyabet, koroner arter hastalığı, nörolojik sendromlar ve malignitelerdir. Bu hastalar en çok anestezi, dahiliye nöroloji ve kardiyolojiye konsülte edilmiştir. En sık servis yatış endikasyonu alan hastalar nefes darlığı/ göğüs ağrısı ile gelen hastalardır. En sık yoğun bakım yatış endikasyonu alan hastalar nörolojik semptomlar ile gelen hastalardır. Servis yatış endikasyonu alan hastalarda en sık bulunan ek hastalık nörolojik sendromlar, maligniteler ve diyabettir. Diğer branşlara konsülte edilen hastaların %61'i yatış endikasyonu almıştır. İleri geriatrik yaş grubundaki hastaların mortalite oranları yüksektir. Ex olan hastalarda en sık görülen ek hastalıklar böbrek yetmezliği ve malignitelerdir. Sonuç olarak acil servislere gün geçtikçe daha fazla ileri yaş hasta başvurmaktadır. Bu hastaların tekrar başvuru oranları yüksektir. Gittikçe artan iş yükü ve maliyete neden olmaktadır. Bu hastaların tanı ve tedavisinin hızlanması için spesifikleşme gerekebilir. Çünkü bu hastaların anamnezinin alınması güç olsa da en sık başvuru sebepleri barizdir ve tecrübeyle daha çabuk sonuç alınabilir. Belki de yakın zamanda yaşlı hastalara spesifikleşmiş acil servisler kurulabilir.

SS-055

Acil Servise İş Kazası Nedeniyle Başvuran Hastaların Epidemiyolojik Analizi

Emre Burak Bahar², Abuzer Coşkun², Burak Demirci²

¹SBÜ, Bağcılar eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

²SBÜ, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: İş, insanların yaşantısında onlara bir yer kazandıran önemli bir sosyal etmen olduğu gibi fiziksel, kimyasal, psikolojik, sosyal ve ekonomik pek çok nitelikleri ile de insan sağlığını etkilemektedir.

Amaç: Yaşanan kazalar sonucu morbidite ve mortalite artmaktadır. Çalışmamızda iş kazası sonucu acil servise başvuran olguların epidemiyolojik özellikleri tespit etmeyi amaçladık. Çalışmaya 01 Ocak 2019 ve 31 Aralık 2020 tarihleri arasında, iş kazası nedeniyle acil servise başvuran 246 hasta dahil edildi. Hastaların travma mekanizmaları, klinik bulguları, labarovatuvar değerleri, konsultasyonları, tedavi, takip ve mortalite durumları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 246 hastanın, 238'i (% 96,8) erkek, 8'i (%3,2) kadın, ortalama yaş 37.23±12.2 yıl (yaş dağılımı 16-63 yıl) bulundu. Yanık hastalarının 26'sı (%10.6) termal, 24'ü (%9.8) elektrik, 9'u (%3.7) kimyasal yanıktı (p=0.001). Yanık sonrası iş kazasıyla gelen hastalarının 47'sinde (%19.1) %20 üstünde, 12'nde (%4.9) %20 altında vücut yanığı mevcuttu (p=0.001). Travması olan hastaların; 6'nda (%2.4) ince bağırsak yaralanması, 3'ünde (%1.2) karaciğer, 2'nde (%0.8) dalak laserasyonu, 1'inde (%0.4) erkek genitoüriner sistem yaralanması tespit edildi (p=0.001). Ekstremitre travması olan 131(%53.3) hastanın; 15'i (%6.1) parmak, 3'ü (%1.2) el-el bileği, 1'inde (%0.4) ayak amputasyonu saptandı (p=0.001). Hastaların acile başvuru sırasında ve 24'üncü saatti hemogloblin değerleri istatistiksel anlamlı saptanmadı.

Sonuç: Travma olgularının erken multidisipliner bir anlayışla yaklaşılması, yapılacak işlemlerin kararının erken verilmesi ile morbidite ve mortalite oranlarını düşürülebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemogram, İş kazası, Travma, Yanık

GİRİŞ: İş kazaları acil servis başvurularının önemli bir kısmını oluşturur. İş kazalarının çoğunluğunu ise çeşitli mekanizmalarla meydana gelen travma hastaları oluşturur. Travma tipleri, klinik bulguları, laboratuvar değerleri, yatış/taburculuk ve sağkalım durumları değerlendirilmesi amaçlandı.

METOD: 01 Ocak 2019 – 31 Aralık 2020 tarihleri arasında acil servise iş kazası sonucu akut travmatik yaralanmayla başvuran 246 hasta dahil edildi. Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri: 18 – 65 yaş aralığında olması, iş kazası olması, kan alınmış olması. Hastaların çalışmadan dışlanma kriterleri: 18 yaş altı, 65 yaş üstü olması, iş kazası dışındaki yaralanmalar,

İstatistik: Veri analizinde IBM SPSS Statistics 20 kullanıldı. Kolmogorov-Smirnov testi, Pearson Ki-kare, Fisher-Freeman-Halton Exact Test, Mann Whitney U testi, İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak p < 0.05 alındı.

BULGULAR

	Yaş	Yanık n(%)	Alçaktan Düşme n(%)	Yüksekten Düşme n(%)	Trafik Kazası n(%)	Cisimlerle Çarpışma n(%)	DKAY n(%)	ASY n(%)	Toplam n(%)	P
Kadın		2(0.8)	1(0.4)	3(1.2)	1(0.4)	1(0.4)	0	0	8(3.2)	
Erkek		55(22.4)	17(6.9)	46(18.7)	19(7.7)	45(18.3)	53(21.5)	3(1.2)	238(96.8)	0.157
Toplam	37.32±12.28	57(23.2)	18(7.3)	49(19.9)	20(8.1)	46(18.7)	53(21.5)	3(1.2)	246(100)	

	Travma Yok n(%)	Alçaktan Düşme n(%)	Yüksekten Düşme n(%)	Trafik Kazası n(%)	Cisimlerle Çarpışma n(%)	DKAY n(%)	ASY n(%)	Toplam n(%)	P
Yanık Yok	0	18(7.3)	47(19.1)	20(8.1)	46(18.7)	53(21.5)	3(1.2)	187(76)	
Termal	26(10.6)	0	0	0	0	0	0	26(10.6)	
1000volt altı	9(3.7)	0	0	0	0	0	0	9(3.7)	0.001
1000volt üstü	13(5.3)	0	2(0.8)	0	0	0	0	15(6.1)	
Kimyasal	9(3.7)	0	0	0	0	0	0	9(3.7)	
Toplam	57(23.2)	18(7.3)	49(19.9)	20(8.1)	46(18.7)	53(21.5)	3(1.2)	246(100)	

	Travma Yok n(%)	Alçaktan Düşme n(%)	Yüksekten Düşme n(%)	Trafik Kazası n(%)	Cisimlerle Çarpışma n(%)	DKAY n(%)	ASY n(%)	Toplam n(%)	P
Kranial Patoloji Yok	57(23.2)	18(7.3)	31(12.6)	17(6.9)	43(17.5)	48(19.5)	3(1.2)	217(88.2)	
Fraktür	0	0	2(0.8)	1(0.4)	1(0.4)	0	0	4(1.6)	
Hemoraji	0	0	14(5.7)	1(0.4)	1(0.4)	0	0	16(6.5)	0.375
MFS	0	0	2(0.8)	1(0.4)	1(0.4)	3(1.2)	0	7(2.8)	
Göz	0	0	0	0	0	2(0.8)	0	2(0.8)	
Toplam	57(23.2)	18(7.3)	49(19.9)	20(8.1)	46(18.7)	53(21.5)	3(1.2)	246(100)	

	Travma Yok n(%)	Alçaktan Düşme n(%)	Yüksekten Düşme n(%)	Trafik Kazası n(%)	Cisimle Sıkışma n(%)	DKAY n(%)	ASY n(%)	Toplam n(%)	P
Spinal Travma Yok	57(23.2)	18(7.3)	42(17.1)	19(7.7)	44(17.9)	53(21.5)	3(1.2)	236(95.6)	
Servikal	0	0	1(0.4)	1(0.4)	1(0.4)	0	0	3(1.2)	0.554
Torakal	0	0	1(0.4)	0	0	0	0	1(0.4)	
Lumbal	0	0	5(2)	0	1(0.4)	0	0	6(2.4)	
Toplam	57(23.2)	18(7.3)	49(19.9)	20(8.1)	46(18.7)	53(21.5)	3(1.2)	246(100)	

	Travma Yok n(%)	Alçaktan Düşme n(%)	Yüksekten Düşme n(%)	Trafik Kazası n(%)	Cisimle Sıkışma n(%)	DKAY n(%)	ASY n(%)	Toplam n(%)	p
Toraks Travması Yok	57(23.2)	18(7.3)	41(16.7)	20(8.1)	46(18.7)	52(21.1)	3(1.2)	237(96.3)	
Kot fraktür px var	0	0	5(2)	0	0	1(0.4)	0	6(2.4)	0.398
Kot fraktürü	0	0	2(0.8)	0	0	0	0	2(0.8)	
Scapula fraktürü	0	0	1(0.4)	0	0	0	0	1(0.4)	
Toplam	57(23.2)	18(7.3)	49(19.9)	20(8.1)	46(18.7)	53(21.5)	3(1.2)	246(100)	

	Travma Yok n(%)	Alçaktan Düşme n(%)	Yüksekten Düşme n(%)	Trafik Kazası n(%)	Cisimle Sıkışma n(%)	DKAY n(%)	ASY n(%)	Toplam n(%)	P
Batın Travması Yok	57(23.2)	18(7.3)	48(19.5)	20(8.1)	42(17.1)	47(19.1)	2(0.8)	234(95.1)	
Karaciğer Laserasyonu	0	0	0	0	2(0.8)	1(0.4)	0	3(1.2)	
Dalak Laserasyonu	0	0	1(0.4)	0	1(0.4)	0	0	2(0.8)	0.001
Bağırsak yaralanması	0	0	0	0	0	5(2)	1(0.4)	6(2.4)	
Erkek GÜS yaralanması	0	0	0	0	1(0.4)	0	0	1(0.4)	
Toplam	57(23.2)	18(7.3)	49(19.9)	20(8.1)	46(18.7)	53(21.5)	3(1.2)	246(100)	

	Travma Yok n(%)	Alçaktan Düşme n(%)	Yüksekten Düşme n(%)	Trafik Kazası n(%)	Cisimle Sıkışma n(%)	DKAY n(%)	ASY n(%)	Toplam n(%)	P
Extremite Travması Yok	57(23.2)	1(0.4)	32(13)	3(1.2)	9(3.7)	12(4.9)	1(0.8)	115(46.7)	
El parmak	0	0	0	0	0	1(0.4)	0	1(0.4)	
Parmak ampütasyonu	0	0	0	0	11(4.5)	4(1.6)	0	15(6.1)	
El - El bileği	0	15(6.1)	0	0	10(4.1)	22(8.9)	1(0.4)	48(19.5)	0.001
El - El bileği ampütasyonu	0	0	0	0	3(1.2)	0	0	3(1.2)	
Ön kol	0	2(0.8)	0	2(0.8)	0	8(3.2)	0	12(4.9)	
Tibia -fibula	0	0	8(3.2)	9(3.7)	1(0.4)	5(2)	1(0.4)	24(9.8)	
Ayak - ayak bileği	0	0	3(1.2)	2(0.8)	10(4.1)	1(0.4)	0	16(6.5)	
Ayak ampütasyonu	0	0	0	0	1(0.4)	0	0	1(0.4)	
Pelvis	0	0	6(2.4)	4(1.6)	1(0.4)	0	0	11(4.5)	
Toplam	57(23.2)	18(7.3)	49(19.9)	20(8.1)	46(18.7)	53(21.5)	3(1.2)	246(100)	

	Travma Yok n(%)	Alçaktan Düşme n(%)	Yüksekten Düşme n(%)	Trafik Kazası n(%)	Cisimle Sıkışma n(%)	DKAY n(%)	ASY n(%)	Toplam n(%)	P
Yanık yok	0	18(7.3)	47(19.1)	20(8.1)	46(18.7)	53(21.5)	3(1.2)	186(75.6)	
%20> yanık	12(4.9)	0	0	0	0	0	0	12(4.9)	
%20< yanık	45(18.3)	0	2(0.8)	0	0	0	0	47(19.1)	0.001
Toplam	57(23.2)	18(7.3)	49(19.9)	20(8.1)	46(18.7)	53(21.5)	3(1.2)	246(100)	

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	P
Age	246	16	63	37.3252	12.28339	0.961
WBC (1. Saat)	246	4.7	37	11.9293	4.69223	0.472
WBC (2. Gün)	246	4.2	26.7	10.5974	4.15354	0.620
Neu (1. Saat)	246	36.7	94.8	68.6715	13.84745	0.504
Neu (2. Gün)	246	36.9	93.7	67.1976	11.68863	0.211
Lymp(1. Saat)	246	2.1	53.8	22.6463	11.90709	0.669
Lymp(2. Gün)	246	2.9	49.8	22.8089	9.99327	0.261
Hmg (1. Saat)	246	3.2	21.3	14.4638	1.72975	0.656
Hmg (2. Gün)	246	3.5	19.3	13.8785	1.85406	0.980
HCT (1. Saat)	246	9.6	65.4	42.7114	4.78016	0.596
HCT (2. Gün)	246	23	56	41.358	4.88331	0.853
MCV (1. Saat)	246	68.2	97	85.0776	4.05109	0.421
MCV (2. Gün)	246	68.4	98.9	85.305	4.04783	0.406
PLT (1. Saat)	246	20.3	747	254.7126	70.00133	0.779
PLT (2. Gün)	246	52	560	242.6016	63.08061	0.645
NLR (1. Saat)	246	0.7	44	5.0627	5.41413	0.975
NLR (2. Gün)	246	0.7	31	4.2992	3.95365	0.129

	Yanık n(%)	Alçaktan Düşme n(%)	Yüksekten Düşme n(%)	Trafik Kazası n(%)	Cisimle Sıkışma n(%)	DKAY n(%)	ASY n(%)	Toplam n(%)	P
Taburcu	55(22.4)	18(7.3)	48(19.5)	19(7.7)	46(18.7)	53(21.5)	3(1.2)	242(98.4)	
Exitus	2(0.8)	0	1(0.4)	1(0.4)	0	0	0	4(1.6)	0.126
Toplam	57(23.2)	18(7.3)	49(19.9)	20(8.1)	46(18.7)	53(21.5)	3(1.2)	246(100)	

SONUÇ

- Ciddi iş kazası ile gelen hastaların şikayet, fizik muayene bulguları ve klinik tabloları oldukça değişken olup, travmanın tipleri göz önüne alındığında özellikle yanık, yüksekten düşme, cisimlerle çarpışma, delici kesici alet yaralanması, trafik kazası gibi ciddi yaralanmalarla acil serviste karşımıza çıkmaktadır.
- Bu da iş sağlığı ve güvenliğinin önemini her geçen gün daha da ön plana çıkarmaktadır.
- Bunun farkındalığını arttırmak için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

SS-056

Acil servise başvurusu esnasında acil hemodiyaliz endikasyonu konularak acil serviste hemodiyaliz uygulanan hastaların retrospektif incelenmesi: 3 yıllık deneyimHande Asan¹, Erdem Çevik¹, Dilay Satılmış¹, Abdullah İlhan¹, Melih Arınç¹, Gamze Alsu¹¹SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han EAH

Giriş: Hemodiyaliz, kan ve diyaliz sıvısını yarı geçirgen bir zar tarafından ayrılacak şekilde karşı karşıya getirme işlemidir. Zardaki porlar sayesinde diyaliz sıvısında bulunmayan üre, kreatinin, fosfor ve üremik toksinler diffüzyonla diyaliz sıvısına geçerek vücuttan atılır. Akut hemodiyaliz tedavisi acil servise (AS) başvuran pek çok hasta için hayat kurtarıcı olabilir. Akut böbrek hasarı (ABH), kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan hastalarda görülen akut alevlenmeler, metabolik asidoz, dirençli hiperpotasemi, üremik komplikasyonlar, diüretiğe yanıtız hiper-volemi, hiperkalsemi, toksik alkol ve ilaç alımları acil hemodiyaliz endikasyonlarını oluşturmaktadır. Çalışmalar göstermektedir ki rutin hemodiyaliz programında olmayan ancak akut renal hasara bağlı acil hemodiyaliz ihtiyacı gelişen hasta grubunda mortalite, rutin-hemodiyaliz tedavisi alanlara göre daha yüksektir. AS'ler bu hastaların sıklıkla başvurduğu, tanı ve tedavi aldığı yerlerdendir. Acil hekimi olarak bu hastaları tanımak, tedavi sürecini hızlandırmak ve başvuru öncesinde alınabilecek önlemleri belirleyerek yarattıkları yoğunluğu ve kaynak kullanımını azaltmak adına önemlidir.

Amaç: AS'ye başvurusu sırasında acil hemodiyaliz hizmeti verilen hastaların demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar bulgularının belirlenmesi ve bunların klinik sonuçlarına etkisinin tespiti amaçlanmıştır. Literatürde acil hemodiyaliz endikasyonu konulan hastaların AS başvurularıyla ilgili tanımlayıcı çalışma sınırlıdır. Bu çalışmamızda, bu hasta grubunun tanımlayıcı verilerinin sunulması hedeflenmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza toplam 83 hasta alınmıştır. %37'si kadın olup yaş ortalamaları 71.7 ± 14.7 yıldır. En sık başvuru şikayeti nefes darlığıyken (%34.9) en sık diyalize alınma sebebi metabolik asidoza eşlik eden hiperkalemiydi (%39.8). AS'de hemodiyalize alınma median süreleri 5 (IQR:4, 2-27) saattir. %96.4 Hastaya santral venöz kateter takılması gerekirken diğerlerinde kendi fistül kullanılmıştır. %54.2'si bilinen KBY olup %15.7'si rutin-hemodiyaliz programına girmekteydi. %84.3 hasta ilk kez hemodiyaliz aldı. Bu hastalar ile rutin-hemodiyaliz programındayken acil hemodiyaliz ihtiyacı gelişenler karşılaştırıldığında başvuruda bakılan median serum bikarbonat 12.15/16.32, laktat 4.05/1.32 ve kreatinin 6.29/8.59 değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0.05$). AS sonlanımı açısından biyokimyasal parametreler karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. Hastaların %56.6'sı yoğun bakım ünitesine (YBU), %31.3'ü servise yatmış, %3.6 hasta AS'de eksitus olmuştur, diğerleri taburcu edilmiştir. Eksitus olanların hepsi rutin-hemodiyaliz programında olmayıp ilk kez hemodiyaliz alanlardandı.

Sonuç: AS başvurusunda AS'de hemodiyaliz hizmeti alanların büyük kısmını ilk kez hemodiyaliz alan hastalar oluşturmaktadır ve çoğunluğunun YBU takibi gerekmektedir. AS sonlanımı açısından başvuruda alınan biyokimyasal parametreleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: hemodiyaliz, hiperkalemi, acil servis, metabolik asidoz, santral venöz katater

SS-057

ORGANOFOSFAT ZEHİRLENMESİ VE AZOTLU GÜBRE ZEHİRLENMESİ OLGU SUNUMU

MUHAMMED SEMİH GEDİK¹, ERTUĞRUL ALTINBİLEK²

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Giriş: Organofosfat bileşiklerinden yapılan insektisitler, tarım alanlarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Organofosfat zehirlenmesinde ishal/defekasyon, ürinasyon, myozis, kas güçsüzlüğü, bradikardi, bronkore, bronkospazm, bulantı/kusma, lakrimasyon, salivasyon, terleme, nöbet/kas fasikülasyonları, bilinç bulanıklığı ve bulanık görme gibi klinik durumlar görülür. Organofosfat kimyasal zehirlenmesinin ana tedavisi, yeterli kardiyorespiratuar fonksiyonu hızlı bir şekilde eski haline getirmek için kullanılan atropin ve pralidoksimdir. Azotlu zirai gübrelerle zehirlenmeler, tarım çalışanlarında görülebilmektedir. Bu tip zehirlenmeler sıklıkla solunumsal yolla oluşmakta, önde giden semptomlar metan gazı zehirlenmesine bağlı olmaktadır. Akut olarak oral yolla gübre zehirlenmesine ise genellikle suicid amaçlı rastlanmaktadır; bu tip zehirlenmeler kendini nitrat zehirlenmesi ve methemoglobinemi şeklinde belli etmektedir.

Amaç: Tarımsal faaliyetin yoğun olduğu ülkelerde intihar amaçlı organofosfat ve gübreyle bağlı azot zehirlenmesi görülebileceğinden bu tür zehirlenmelerin tedavi bilgilerinin bilinmesi ve paylaşılmasını amaçlıyoruz.

Bulgular: 39 yaşında kadın hasta, 112 ambulansı ile yaklaşık 1 saat önce intihar amaçlı organofosfat türevi tarım ilacı ve azotlu gübre oral alımı sonrası acil servise getirildi. Hastanın anamnez ve muayenesinde çok fazla miktarda terleme, salivasyonu, idrar ve gaita inkontinansı, kusma, karın ağrısı ve ajitasyonu ve kas güçsüzlüğü mevcuttu. Hastanın geldiğinde glaskow koma skalası 14, tansiyon; 133/87 mmHg, nabız; 104/dakika, ateş; 37 0C, kan şekeri; 109 mg/dL saptandı. EKG, normal sinüs ritminde idi. Hastanın kan tahlilleri; kan gazında Ph; 7.32, pCO₂; 34 mmHg, SaO₂; %96, methemoglobin %2.1, lökosit sayısı; 25100 mm³/L, hemoglobin; 12.3 g/dl, hematokrit; %41, BUN; 23 mg/dL, potasyum; 3.1, fosfor; 12.41, pseudokolinesteraz 13225 U/L saptandı. Hastada organofosfat zehirlenmesi ve azot zehirlenmesi düşünüldü. Hastaya terleme bitip salgılar azalana kadar atropin intravenöz olarak uygulandı. Atropin uygulaması sonrası hastanın terlemesi ve salivasyonu azaldı. Kusmalarından dolayı antiemetik (ondansetron) uygulandı. Hastanın methemoglobinemisi için diyaliz planlandı. Hastaya anestezi konsültasyonu yapıldı ve hastanın anestezi yoğun bakıma yatırışı yapıldı. Hasta anestezi yoğun bakım takibi sonrasında şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Organofosfat zehirlenmesinde asetilkolinesteraz etkisiz hale gelir, bu da nikotinik ve muskarinik reseptörlerin fazlalığına neden olur. Organofosfat zehirlenmesini tedavi etmek için en iyi ilaç atropin ve pralidoksimdir. Bizde vakamızda tedavide atropin kullandık. Azot/gübre zehirlenmesi olgularında bizim vakamızda olduğu gibi methemoglobinemi tablosu görülebilir. Methemoglobinemi tedavisinde metilen mavisi ve hemodiyaliz/plazmaferaz uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Organofosfat, Asetilkolin, Azot, Zehirlenme, Methemoglobinemi

SS-058

Siper Ayağı Olgu SunumuReyhan İrem Mutlu¹¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: Siper ayağı dondurucu olmayan soğuk yaralanmaları arasında pernio(soğuk yaralanması) ile sınıflandırılır. Nemle birlikte olan dondurucu olmayan soğukun periferik vazonöropatiye neden olmasıyla oluşur. Fiziksel yaralanma olması, bakteriyel ya da fungal bir enfeksiyon varlığı, malnütrisyon, venöz hipertansiyon ve lenfödem siper ayağı için risk faktörleridir. Siper ayağı vakalarının çoğunluğu özellikle birinci dünya savaşındaki askerlerde bildirilmiştir.1 Karakteristik özellikleri hissizlik, ödem ve ağrıdır.2 4 evreden oluşur. İlk evre soğuğa maruziyet ile oluşan hissizlik ile başlar, vazokonstriksiyon nedeniyle soluk görünüm oluşur. Bu evrede ağrı henüz başlamaz. Soğuktan uzaklaşma ile başlayan ikinci evrede periferik dolaşımın geri dönmesiyle mavi benekli görünüm oluşur. Ekstremitenin ısınmasıyla hiperemik ve ödemli görünüm olan ayakta hiperaljezi ortaya çıkar. Eğer yaralanmaya nekrotik yaralar ya da bakteriyel enfeksiyon eşlik etmiyorsa dördüncü evrede ekstremitte normal görünümünü alır

Amaç: Siper ayağının tedavisiz kalması nekroz, selülit, sepsis ve amputasyona neden olabilir. Bu vaka ile amaçlanan siper ayağının hızlı tanınması ve tedavisine erken dönemde başlanarak olası komplikasyonların önüne geçilmesidir

Bulgular: 36 yaş kadın hasta, depremin 60. saatinde enkazdan çıkarılma sonrası 112 ile başvurdu. Başvuru sırasında kıyafetleri ve ekstremiteleri nemliydi. Hastanın soyulması sonrası inspeksiyonda ayaklar soluk ve soğuk görüldü. Yapılan muayenede alt ekstremitenin distal nabızları alınamadı ve motor kuvvet kaybı saptandı. Hastanın tedavisine ilk olarak nemli kıyafetlerin vücuttan uzaklaştırılması ile başlandı, nemli bölgeler kurulandı ve temizlendi. Battaniye ve ev tipi ısıtıcı ile aktif ısıtma sağlandı. Hasta için planlanan sıvı tedavileri ısıtılarak verildi. Analjezik tedavi sağlandı. Aktif ısıtma sonrası takibi sırasında hastanın nabızları palpe edilmeye başlandı ve motor kuvvette iyileşme gözlemlendi. Hasta ileri tetkik ve tedavisinin planlanabilmesi amacıyla 112 ile il dışına sevk edildi

Siper Ayağı Görüntüsü





Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

Sonuç: 6 şubat tarihinde gerçekleşen Kahramanmaraş merkezli 7,7 ve 7,6 büyüklüğündeki depremler ile milyonlarca insan etkilendi. Depremi olduğu günlerdeki hava sıcaklıklarının düşük olması nedeniyle enkazdaki yaralanmalara ek olarak hastalarda hipotermi'nin neden olduğu yaralanmalar da görüldü. Ek olarak hasar gören binaların su sistemlerinin hasar görmesi de ıslak ortam yaratarak soğuktan etkilenmeyi kolaylaştırdı.

Anahtar Kelimeler: siper ayağı, hipotermi, soğuk yaralanmaları

SS-059

Mezenterik Tüberküloz Artıyor Mu?Aslı Bahar Uçar¹, Sinan Karacabey¹¹İstanbul Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Tüberküloz (TB) ülkemizde hala halk sağlığını tehdit etmeye devam eden bulaşıcı bir hastalık olarak önemi korumaktadır. Dünya sağlık örgütü 2022 yılı verilerine göre; yılda 100.000 nüfus başına yeni ortaya çıkan TB sayısı 2020-2021 yıllarında %3,6 artmış ve 2021’de 1,6 milyon kişi TB’den ölmüştür. Gastrointestinal sistem (GIS) tüberkülozu olgularının çoğu; Mycobacterium tuberculosis ile enfekte aktif akciğer tüberkülozu olan hastaların, enfekte balgamı yutması ile meydana gelmektedir. Diğer bulaş yolları ise Mycobacterium bovis ile enfekte sütün içilmesi ve akciğer tüberkülozunun hematolojik yayılımıdır. GIS-TB olgularının intravenöz kontrastlı Abdominal Bilgisayarlı Tomografi (BT) bulguları arasında lenfadenopati varlığı, peritoneal tutulum, mezenter/barsak duvarında kalınlaşma ve solid organ tutulumu sayılabilir.

Amaç: Literatürde GIS-TB vaka sayısı çok az olmasına rağmen; özellikle endemik bölgelerde karın ağrısı ayırıcı tanıları arasında araştırılmalıdır. Biz acil servise karın ağrısı ile başvuran, mezenterik tüberküloz tanısı alan iki olguyu incelemeyi amaçladık.

Bulgular: Olgu1: Kırkyedi yaşında erkek hasta acil servise karın ağrısı, karında şişkinlik şikayetleri ile başvurdu. Vital parametreleri normal saptanan hastanın, 20 yıl önce TB tedavisi gördüğü öğrenildi. Fizik muayenede barsak sesleri hiperaktif, batın distandü, alt kadrarlarda rebound mevcuttu. Hastanın Abdominal BT’sinde barsak çeper kalınlığı artmış, ileumda obstrüksiyon oluşturan kitle ve çevresinde sıvı imajı, kolon mezenterinde çok sayıda lenf nodu saptandı. Akut batın tanısı ile acil operasyona alınan hastanın postoperatif gönderilen patoloji materyali kazeifike olmayan granülatöz reaksiyon olarak raporlandı. Olgu2: Ellibir yaşında erkek hasta karında şişlik, ateş, kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Kusma ile azalan karın ağrısından şikayetçi hastanın; son 2 aydır geçmeyen öksürük şikayeti ve yaklaşık 12 kg kaybı olduğu öğrenildi. Hastanın vitallerinde ateş 39.3 C saptandı. Fizik muayenesinde batın distandü, tüm kadrarlarda hassasiyet mevcuttu. Hastanın akciğer grafisinde sağ apexde 2x2 cmlik havalanma artışı Ghon kompleksi olarak değerlendirildi. Abdominal BT’de yaygın assit, mide dilate görünümde, multiple mezenterik lenf nodu görüldü. Hastanın assit mayi mikroskopik incelemesinde aside direçli basil saptandı. Mezenterik tutulum ile seyreden aktif akciğer tüberkülozu olarak değerlendirilen hasta göğüs hastalıkları servisine yatırıldı.

Mezenterik Çoklu Lenf Nodları



Barsak Duvar Kalınlık Artışı



Sonuç: Mezenterik TB endemik bölgelerde hala yaygın olmakla birlikte spesifik bir testi olmadığı için tanı koymak zordur. Abdominal BT’de mezenterik kalınlaşma, mezenterik lenf nodu görülmesi tanıyı kuvvetlendirir. Acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda özellikle endemik bölgelerde GIS tutulumlu TB vakaları olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mezenterik Tüberküloz, Gastrointestinal Tüberküloz, Karın Ağrısı

SS-060

Acil Servise Darp Nedeni ile Başvuran Hastaların Analizi

Senem KOCA¹, Nezih KAVAK¹, Ahmet Burak ERDEM¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş: Şiddet dünya çapında önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Şiddet nedeni ile oluşan yaralanmalar, acil hekimleri tarafından tedavi edilen durumlardandır.

Amaç: Bu çalışmada acil servise (AS) şiddete bağlı travma nedeni ile başvuran hastaların analiz edilmesi amaçlanmıştır. 1 Eylül 2022-14 Mart 2023 tarihleri arasında dördüncü basamak hastanesinin acil servisine şiddete başkası tarafından maruz kalma beyanı ile başvuran, 18 yaş üzeri hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 484 hastaların, 337' si (%69,6) erkek, yaş ortalaması 35,29±12,95 (min 18-max 86) yıl idi. Kadın ve erkek hastaların yaşları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$). 163 (%33,3) hastanın 21-30 yaş, 137 (28,3) hastanın 31-40 yaş aralığında olduğu saptandı. Kadınlarla erkeklerin yaş grupları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$). Hastaların en fazla başvurduğu ay ocak (%28,1) ve en fazla başvuru yaptıkları zaman 17-24 saatleri (%40,5) arasında olduğu saptandı. Kadınlarla erkeklerin başvuru ayları ve zamanları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$). 128 (%26,4) hastaya konsültasyon istenmişti. Konsültasyon istenen hastalarda en fazla bölüm kulak burun boğaz (%50,8) ve sonrasında beyin cerrahisi (%14,8) idi. 13 (%2,7) hastaya yatış yapıldı. Kadınlarla erkeklerin yatış oranları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$). 5 (%38,5) hasta ile en fazla yatış yapılan bölüm genel cerrahi servisi idi. Yatış yapılan hastaların yatış süresi ortancası 2 gün idi. 2 (%0,4) hasta yattıkları serviste eksitus oldu.

Kadın ve Erkek Hasta Oranları



%69,6 Erkek, %30,4 Kadın

Sonuç: Çalışmamızda darp nedeni ile AS'e başvuran hastaların büyük çoğunluğunun erkek hastalar olduğunu gözlemlemekteyiz. Hastaların çoğunluğunu 21-30 yaş aralığında hastalar oluşturmaktadır. Hastaların %4.5 'inin 60 yaş ve üzeri olması dikkat çekmektedir. Mesai bitiş saatinden sonra darp vakalarının arttığı gözlenmiştir. Hastaların genellikle baş-boyun travması nedeni ile beyin cerrahisi ve kulak burun boğaz kliniklerine konsülte edildikleri saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: şiddet, travma, acil servis

SS-061

SPİNAL KANALDA KALAN MERMİ ÇEKİRDEĞİMÜRŞİDE YAYLI¹, ASLIHAN İLERİ¹, NEDİM UZUN¹, ALPER GÖRKEM ÇİMEN¹, MUSTAFA ÇALIK¹¹İSTANBUL GAZİOSMANPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Spinal bölgede ateşli silah yaralanmaları morbidite ve mortalite oranı yüksek yaralanmalardır. En sık yaralanmalar torrakal bölgede görülürken en yıkıcı etkiler servikal bölge yaralanmalarında görülür. Spinal yaralanmalar sonucunda paralizi, his kaybı, enfeksiyon en sık görülen komplikasyonlardır. Bu komplikasyonlar sıklıkla merminin yüksek enerjisinin dokulara verdiği hasardan ve kalan mermi fragmanlarından kaynaklanır.

Amaç: Bu vakamızda mermi çekirdeğinin spinal kanal içinde kaldığı bir hastadan bahsedeceğiz.

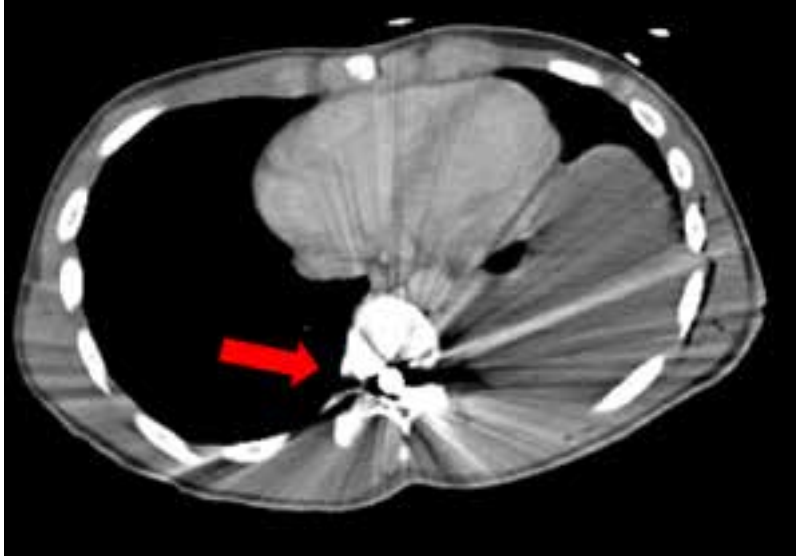
Bulgular: 18 yaş erkek hasta ateşli silahla yaralanma nedeniyle acil servise başvurdu. Göğüs sol-arka aksiller hat hizasında giriş deliği mevcuttu, çıkış deliği yoktu. Bilinci açık olan hasta, oryante-koopereydi. Solunum spontan vardı fakat takipneikti. Vitaller: Tansiyon: 120/60, nabız: 65/dk, sO2: 99 Solunum sesleri sol akciğerde azalmıştı. GKS:15 olan hastanın motor muayenesinde göbek altında ve her iki alt ekstremitede hipoestezik ve paraplejikti. Sfinkter kontrolü yoktu. Derin tendon refleksi üst ekstremitelerde normoaktif iken alt ekstremitelerde alınamadı. Yapılan görüntülemelerde sol T9 kostada fraktür, bu düzeyde pulmoner laserasyonla uyumlu opasiteler izlendi. Sol hemitoraksta 3 cm'ye varan hemotoraksla uyumlu sıvı ve milimetrik pnömotoraks izlendi. T10 vertebra korpusunda fraktürler ve bu düzeyde spinal kanal içerisinde metalik yabancı cisime ait görünüm izlendi. Dalak anterior kesiminde yaklaşık 3 cm çapta hipodens leserasyon hattı ile uyumlu olabilecek görünüm izlendi. Perisplenik alanda 2 cm'ye varan sıvı izlendi. Sol hemotoraksına tüp torakostomi takıldı, 100 cc hemorajik sıvı geldi. Abdominal travma açısından genel cerrahiye danışıldı, acil cerrahi girişime gerek görülmedi. Mermi çekirdeğinin T10 vertebra seviyesinde spinal kanalda kaldığı anlaşılması üzerine hasta beyin ve sinir cerrahisi tarafından ameliyata alındı. Intradural aralıktaki mermi çekirdeği çıkarılan hasta yoğun bakıma yatırıldı. 14. Günde toraks tüpü çıkarıldı. Parapleji ve sfinkter kontrol kusuru devam eden hastaya fizik tedavi programı başlandı.

BT - Sagittal kesit



T10 vertebra seviyesinde intraspinal mermi

BT - Aksiyal kesit



Intraspinal mermi çekirdeği

Sonuç: Toplumda görülme sıklığı giderek artmakta olan ateşli silah yaralanmalarının farklı prezentasyonlarla karşımıza çıkabileceğinin farkında olmak gerekir. En güvenilir tanı aracı BT iken fizik muayenenin de lezyonlar hakkında erken tanıyı kolaylaştırdığını gördük. Detaylı fizik muayene sayesinde çok daha mortal seyredebilecek tablolara erken müdahale şansımız artacaktır.

Anahtar Kelimeler: ateşli silahlı yaralanma, hemotoraks, intraspinal mermi, intradural mermi

SS-062

Sokrates Gibi Ölmek: Baldıran Otu Zehirlenme VakasıÇiğdem Orhan¹, Adem Az¹¹İstanbul Beylikdüzü Devlet Hastanesi

Giriş: Halk arasında baldıran otu olarak bilinen Conium maculatum, hem insanlar hem de hayvanlar için oldukça zehirli olan otsu bir bitkidir. Baldıran otu, Avrupa ve Akdeniz bölgelerine özgüdür. Sokrates'i öldüren zehirli mitolojik bitki olarak da bilinir ve Türkiye'de yaygın olarak bulunur. Bitkinin gövdesi, tohumları ve kökleri de dahil olmak üzere tüm kısımları zehirlidir.

Amaç: Görünüşü maydanoz ve havuç başta olmak üzere pek çok bitkiye benzediği için doğada karıştırılabilir. Baş ağrısı, mide bulantısı ve karın ağrısı erken belirtilerdir. Otonomik ganglionlar üzerindeki etki hipersalivasyon, taşikardi ve pupil dilatasyonuna yol açar. Kolinerjik reseptörlerin aşırı uyarılması bazı durumlarda kas felci, merkezi sinir sistemi depresyonu ve bradikardiye neden olabilir. Şiddetli zehirlenmelerde status epileptikusa neden olabilir. Ölüm genellikle solunum depresyonu ve status epileptikustan kaynaklanır.

Bulgular: 42 yaşında erkek hasta mide ağrısını gidermek için çiğ ot yedikten 15 dakika sonra nöbet geçirme ve nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurdu. Altta yatan bir hastalığı yoktu. Başvuru anında nöbet aktivitesi yoktu. Fizik muayenesinde belirgin solunum sıkıntısı olan hastanın genel durumu kötü, Glasgow Koma Skalası 3, pupiller dilate ve bilinci kapalıydı. Hastanın ateşi 36,7 °C, nabızı dakikada 55, tansiyonu 100/70 mmHg ve SpO2'si 70 idi. Hızlı bir şekilde ilk tedavisi ve oksijen desteğine başlanan hastada tam kan sayımı ve biyokimyasal analiz incelendi. Bradikardi nedeniyle 1 mg intravenöz atropin sülfat verildi. Nazogastrik sonda takılarak mide lavajı yapıldı ve 50 gr aktif kömür verildi. Gastrik lavajda çiğ ot parçaları görüldü. Hastaneye kaldırılmadan önce kullandığı zehirli otu yakınları getirdiğinde, bunun Conium maculatum olduğu doğrulandı. İlk hemogram sonuçları, artmış beyaz küre sayısı 17.54x10⁹/L ile dikkat çekiciydi. Ayrıca karaciğer fonksiyon testleri ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Kan gazı sonuçlarında pH 7,12 pCO₂ 65,2 mmHg, Laktat 9,78 mmol/L, HCO₃ 21,2 mmol/L idi. Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Zehir Danışma Merkezi arandı ancak belirli bir panzehir bildirilmedi. Hasta yoğun bakımda takibe alındı. Takiplerinde klinik düzelme ve spontan solunum çabaları olan hasta yoğun bakım takibinin üçüncü gününde ekstübe edildi.

Resim 1.



Baldıran otu görünümü

Sonuç: Baldıran otu, yenilebilir bitkilere benzer ve Avrupa ve Akdeniz bölgelerinde yaygın olarak yetişir. Bu nedenle, özellikle doğal yaşamı seven insanlar için kolayca karıştırılabilir. Ancak küçük miktarlarda bile son derece öldürücüdür. Bu nedenle toplumda farkındalık oluşturulmalı, hastane öncesi ve acil hekimleri bu konuda uyanık olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Baldıran otu, Conium maculatum, zehirlenme, toksikoloji, Mortalite

SS-063

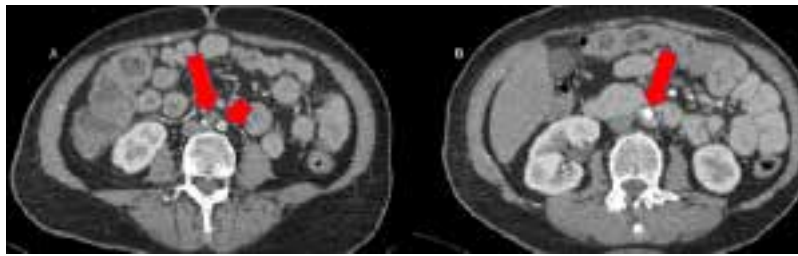
ACİL SERVİSTE İSHAL NEDENLİ BAŞVURUDA TANI KONULAN LERİCHE SENDROMU OLGUSUNurullah ÇORAKYER¹, Seval KOMUT¹, Ali Kemal ERENLER¹¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Leriche sendromu (LS) abdominal aortada, infrarenal düzeyde veya aortik bifurkasyonda trombotik oklüzyonla karakterize, aterosklerotik zeminde gelişen, mortal ve morbid seyredabilen bir hastalıktır. LS'ye bağlı mortalite oranları %5-20 arasında değişmektedir. Sendromun klasik semptomları; alt ekstremitelerde egzersizle ortaya çıkan ağrı (klodikasyon), femoral nabızların palpe edilememesi ve erkek hastalarda impotanstır. Akut formunda sıklıkla alt ekstremitelerde akut arteriyel oklüzyon bulguları ile prezente olurken renal arter oklüzyonuna bağlı böbrek yetmezliği veya oklüzyon seviyesi ile ilişkili olarak intestinal iskemi tablosu ile karşılaşılabilir.

Amaç: Bu sunumda; ishal şikayetiyle acil servise başvuran bir LS olgusu ele alınmış olup farklı semptomlar için de ayırıcı tanıya dahil edilmesi gerekliliği yanında klodikasyon öyküsü olan karın ağrılı hastalarda ayrıntılı anamnez bilgisinin öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

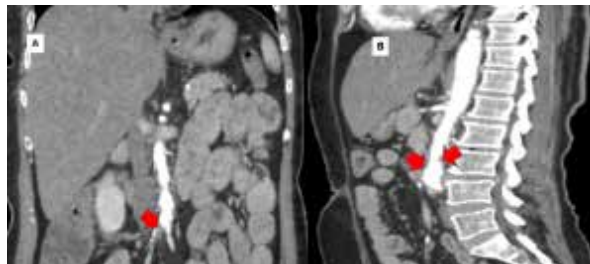
Bulgular: Hastanın bilinen Diabetes Mellitus öyküsü mevcut olup tedavisi insülin ile devam etmekteydi. Fizik muayenesinde batin rahattı. Defans ve rebound yoktu. Hemogram ve biyokimyasal testlerin sonucunda CRP (Nefelometrik): 101 mg/L, WBC: 21 $10^9/L$, Ne#:17 $10^9/L$ ve LDH: 6 U/L idi. Posteroanterior akciğer grafisi ile ayakta direk batin grafisinde anlamlı bulgu yoktu. abdominal bilgisayarlı tomografi anjiyografi görüntülemesinde sağ ana iliak arterde oklüzyon, sol ana iliak arterde stenoz yaratan plak formasyonları yanında abdominal aortada yaygın, yer yer lümeni %50 daraltan aterosklerotik plak formasyonları saptanmış olup LS ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Aksiyel abdominal aorta BT anjiyografi kesitleri



- A. Sağ ana iliak arterde oklüzyon (uzun ok) ve sol ana iliak arterde lümeni daraltan aterosklerotik değişiklikler (kısa ok). B. Proksimal abdominal aortada lümeni %50 daraltan aterosklerotik plak formasyonları (ok).

Koronal ve sagittal abdominal BT anjiyografi kesitleri



- A. Sağ ana iliak arter oklüzyonu (ok) ve aortada yoğun aterosklerotik plaklar. B. Aortik lümeni daraltan yoğun plak formasyonları



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

Sonuç: Akut ve kronik formları bulunan, tuttuğu aortik seviyeye bağlı semptomlar geliştiren ve fatal seyredebilen LS olgularının erken tanı alması son derece önemlidir. Bu nedenle tipik bulgular ile başvurulmasa dahi, açıklanamayan abdominal bulguları olan hastalarda da ayırıcı tanıya dahil edilmesi gerekli olup diğer tüm disiplinler gibi acil serviste de ayırıcı tanının en önemli komponentinin anamnez olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Leriche sendromu, Karın ağrısı, Acil servis, Kladikasyon

SS-064

İş Kazası: Havalı Zimba Tabancası İle YaralanmaFaruk Büyük¹, Melih Çamcı²¹Erciş Şehit Rıdvan Çevik Devlet Hastanesi, Acil Servis, Van, Türkiye²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Havalı zimba tabancası ile delici yaralanmalar iş kazası sebeplerinden olup sıklıkla ekstremiteler yaralanmaları şeklinde görülür. Bu yaralanmalara ek kalp, beyin ve akciğer gibi hayati organları içerdiğinde ölümcül olabilir. Havalı zimba tabancası yaralanmaları, bıçak ve mermilerin neden olduğu diğer delici-kesici yaralanmalardan daha az mortal sonuçlansa da acil cerrahi müdahale ve kritik bakım gerekli olabilir.

Amaç: Bu olgumuzda marangozhanede çalışırken arkadaşı tarafından kullanılan havalı zimbanın hastamızın sırtına isabet etmesi sonucu yabancı cismin akciğere zarar vermeden kaburga kemiğine saplanmasından bahsedeceğiz.

Bulgular: İş kazası sonrası sırt bölgesinden saplanan havalı zimba sebebi ile getirilen 23 yaş erkek hastanın bilinen ek hastalığı ve soygeçmişinde özelliği yok. Gks 15, genel durumu iyi bilinç açık, vital bulguları; tansiyon 120/70 mmHg nabız 90 vuru/dk pulse oksimetre ile değerlendirilen sO₂: %95 vücut ısı 36.8 °C. Yapılan fizik muayenesinde; sırt bölgesi sağ skapula inferolateralinde 2 adet giriş deliği mevcut. (Şekil 1) Diğer sistem muayeneleri doğal. Laboratuvar tetkiklerinde Üre 24 mg/dL, Kreatinin 1 mg/dL, Ast 21 U/L, Alt 13 U/L, Wbc 13 x10⁹/L, Hgb 17.5 g/dL, Plt 255 x10³/uL INR: 0.97 ve görüntüleme olarak Toraks Bilgisayarlı Tomografisi istendi. Tomografide sağ posterior 8. kota saplanmış devamı 9. Kota doğru uzanan yabancı cisim görülmüştür. (Şekil 2) Yabancı cismin akciğer parankimine çok yakın ve subkutan dokudan uzak olması sebebi ile tarafımızca çıkarılamadı. Hastaya tetanoz aşısı yapıldı ve göğüs cerrahisine devredildi.

Şekil 1



Şekil 2



Sonuç: Toraksa yönelik havalı zimba tabancası ile oluşan delici alet yaralanmaları sonucunda meydana gelebilen pnömotoraks, hemotoraks, kot fraktürü, akciğer kontüzyonu gibi hayati tehlike oluşturabilecek durumlar akılda tutulmalıdır. Bu gibi durumlarda hızlı değerlendirme, acil resüsitasyon, uygun görüntüleme ve cerrahi planlaması çok önemlidir. Hastanın hayati belirtileri nispeten stabil ise, teşhis ve cerrahi planlamaya rehberlik etmesi için acil Bilgisayarlı Tomografi çekilmelidir. Bu olgumuzda zımbanın sırttan girişi ve 8. Kot posteriora bir ucunun saplanıp diğer ucunun da akciğere zarar vermemesi hasta için büyük bir şans olmuş yabancı cismin lokalizasyonu sebebi ile lokal anestezi altında göğüs cerrahisi tarafından çıkarılmış ve herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.

Anahtar Kelimeler: İş kazası, Delici yaralanmalar, Toraks yaralanması, Havalı zimba tabancası

SS-065

The 6th February 2023 Turkey Earthquake and Emergency Room Admissions: A Catastrophic Disaster (6 Şubat 2023 Türkiye Depremi ve Acil Servis Kayıt: Yıkıcı Bir Afet)**NAZLI GÖRMELİ KURT¹, HAKAN OĞUZÜRK¹, FATMA ELMAS AKGÜN¹, CANSEL YAŞAR¹, REYHAN İREM MUTLU¹****¹ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ**

Giriş: 6 Şubat 2023'te Türkiye, sabah saat 04:17'de Richter ölçeğine göre 7,7 büyüklüğünde büyük bir depremin Kahramanmaraş şehrini vurmasıyla yıkıcı bir felaket yaşadı. Ülke genelinde en az 10 ilde hissedilen deprem, geniş çapta hasara ve can kaybına neden oldu. Bundan saatler sonra, saat 13.24 sıralarında Kahramanmaraş'ın Elbistan ilçesinde meydana gelen 7,6 büyüklüğündeki ikinci deprem yıkımı artırdı. 100.000'den fazla binanın yıkıldığı depremin ardından, acil servisler tıbbi bakım arayan hastalarla dolup taşıdı.

Amaç: The study aimed to examine the impact of the February 6th, 2023 earthquake in Turkey on emergency room admissions, especially at the Ankara Bilkent City Hospital, and to identify the lessons learned from this disaster.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması $42 \pm 12,63$ olup, toplam 719 (%45,6) erkek, 858 (%54,4) kadın hastaydı. Hastaların 526'sı (%33,3) deprem bölgesinden ambulansla kliniğimize sevk edilirken, 1051'i (%66,6) kendi imkanlarıyla acil servise geldi. Takipleri sırasında 770 (%48,8) hasta hastaneye yatırılırken, 783 (%49,6) hasta taburcu edildi. 27 hasta tedaviyi reddederek kendi isteğiyle acil servisten ayrıldı. Ambulansla sevk edilen 526 hastanın 490'ı (%93) hastaneye kaldırılırken, 36'sı (%6,8) taburcu edildi. Ambulansla taşınan hastalarda hastaneye yatış oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0.01$). 1577 hastanın 393'ünde (%24,9) Crush sendromu gelişti. Ezilme sendromlu hastaların 211'i (%53,6) takiplerinde diyalize alındı. Toplam 215 (%13,6) hastada kompartıman sendromu gelişti. Acil servisten 155 (%9,8) hastaya fasyotomi, 33 hastaya acil amputasyon uygulandı. Hastaların 35'inde (%2,2) izole kafa travması, 98'inde (%6,2) izole omurilik yaralanması, 69'unda (%4,3) izole göğüs travması, 6'sında (%0,3) izole karın travması, 357'sinde (%22,6) mevcuttu. izole ekstremité yaralanması, 23'ünde (%1,4) izole pelvik yaralanma, 185'inde (%11,7) çoklu travma ve 503'ünde (%31,8) izole yumuşak doku yaralanması vardı. Toplam 301 (%19) hasta acil servise travma dışı semptomlarla başvurdu (Şekil 1). En çok ortopedi (%69), dahiliye (%32) ve plastik cerrahi (%23) konsültasyonları istendi.

Sonuç: Türkiye'de 6 Şubat 2023'te meydana gelen deprem, çok sayıda acil servis başvurusuyla sonuçlandı ve bu, afete hazırlıklı olmanın önemini ve bu tür felaketlere hızlı ve etkili bir şekilde müdahale etmek için gerekli kaynaklarla donatılmış, eğitilmiş tıp uzmanlarına olan ihtiyacı vurguladı. Çalışma, bir afet sırasında çok sayıda hastayla başa çıkmak için acil müdahale sisteminin iyileştirilmesi gerektiğini ortaya koydu. Çalışma ayrıca acil müdahale ekipleri, yardım kuruluşları ve devlet kurumları arasında etkili iletişim ve koordinasyonun önemini vurguladı.

Anahtar Kelimeler: DEPREM, AFET, ACİL SERVİS

SS-066

Gazlı Gangren Olgu SunumuBuğra Balkan¹, Bilal Yenyurt¹, Ayşe Nur Demirel¹, Erva Baydemir¹, Özge Mert¹, Serkan Doğan¹¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Gazlı gangren, özellikle Clostridium bakterileri tarafından tetiklenen ciddi bir enfeksiyon türüdür. Bu bakteriler, özellikle yaralanma sonrasında veya bir ameliyat sonrasında enfekte olmuş dokulara nüfuz edebilirler ve hızlı bir şekilde yayılabilirler. Gazlı gangrenin klinik özellikleri, etkilenen bölgede cilt renginde değişiklik, şiddetli ağrı, şişme ve hızla ilerleyen doku ölümüdür.

Amaç: Bu olgu sunumu, bir gazlı gangren hastasının klinik özelliklerini, tanı ve tedavi sürecini ele alacak ve bu ciddi enfeksiyonun tedavisine dair daha derin bir anlayış sağlayacaktır.

Bulgular: 67 yaşındaki erkek hasta, 1 gün önce meydana gelen merdivenden düşme sonucu sol alt ekstremitte travması yaşamıştır. Hasta, kazadan sonra giderek artan sol bacak ağrısı, şişme ve ateş şikayetleriyle başvurmuştur. Ayrıca, sol bacakta kötü kokulu, siyah renkte doku nekrozu olduğunu bildirmiştir. Sol alt ekstremitede ciltte renk değişikliği, şişme ve krepitasyon mevcuttur. Dokunma ile yayılan ağrı dokunma ile yayılan ağrı ve hassasiyet sol bacak boyunca yayılmaktadır. Sol bacakta, özellikle yaralanma bölgelerinde siyah renkte doku nekrozu ve kötü kokulu gaz çıkışı gözlenmektedir. Nabız ve kan basıncı değerleri normal sınırların altındadır. Hasta, halsizlik ve titreme şikayetleri de belirtmiştir. Sol alt ekstremitte radyografisinde: Sol bacağın yumuşak dokularında krepitasyonla uyumlu gaz gölgeleme ve periosteal reaksiyon izlenmektedir. Bu bulgular, gazlı gangrenin radyolojik işaretlerine işaret etmektedir. Yaradan alınan doku örnekleri ve kan kültürleri için bakteriyolojik inceleme yapılmıştır. Gram boyama sonucunda Gram-pozitif çubuklar görülmüştür. Anaerob kültürde, Clostridium perfringens üremesi tespit edilmiştir. Yukarıda belirtilen klinik, laboratuvar, radyolojik ve mikrobiyolojik bulgulara dayanarak, hastanın gazlı gangren (clostridial myonecrosis) tanısı almıştır. Hasta acil olarak geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine başlanmıştır. Aynı zamanda hiperbarik oksijen tedavisi planlanmıştır. Yapılan debridman ve nekrotik doku eksizyonu işlemlerinin ardından, hastanın genel durumu değerlendirilerek amputasyon gerekliliği kararı verilecektir. Hasta, enfeksiyon kontrolü ve diyabet yönetimi için multidisipliner bir ekip tarafından takip edilmektedir.

gazlı gangren



gazlı gangren



Sonuç: Bu olgu sunumu, gazlı gangren enfeksiyonunun tanısı, tedavisi ve yönetimi konusunda bir anlayış sağlamayı amaçlamaktadır. Etkili bir tedavi yaklaşımı, hastanın erken tanısı ve hızlı müdahalesi ile mümkündür. Bu nedenle, gazlı gangren şüphesi olan hastaların derhal bir sağlık kuruluşuna başvurmaları önemlidir. Sonuç olarak, bu olgu sunumu, gazlı gangren enfeksiyonu olan hastaların tanısı, tedavisi ve yönetimine yönelik bir farkındalık yaratmıştır. Bu olgu sunumundan elde edilen bilgiler, sağlık çalışanlarının hastaları tedavi etmek ve enfeksiyonun yayılmasını önlemek için gerekli bilgi ve becerileri edinmelerine yardımcı olabilir

Anahtar Kelimeler: gazlı gangren, Clostridium perfringens, nekrotik doku, amputasyon

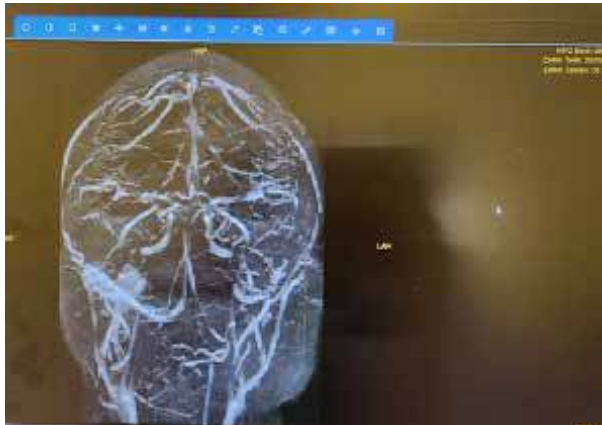
SS-067

Kafa Travması Sonrası Nadir Bir Komplikasyon: Sinus Ven TrombozuMerve Unutmaz¹, Alp Şener¹, Menekşe Derya Parlak¹, Nazlı Görmeli Kurt¹¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: Sinus ven trombozu(SVT) çeşitli nedenlerle nadir görülen bir hastalıktır.Genellikle atlanabilir bir tanıdır. Travma sonrası serebral SVT çok nadir görülür.Son yıllarda SVTna yönelik artan farkındalık travma sonrası SVT teşhis sıklığını artırmıştır. kafa travması sonrası SVT nedenleri, venöz sinuse direk kompresyon veya endotel hasarı gibi ekstrasvasküler sebepler veya hiperkoagülopati gibi intravasküler sebepler olabilir. Belirtileri, şiddetli baş ağrısı, bulantı kusma, fokal veya jeneralize nöbetler (statusa ilerleyebilir), motor güçsüzlük (hemiparezi ya da monoparezi ile birlikte), afazi gibi bilinç ve bilişsel işlev bozukluklarında bozulmalar görülebilir. Klinik stupor ve komaya kadar ilerleyebilir. Tanısı, BT, serebral anjiyografi veya MR görüntüleme ile konur. klasik radyolojik bulguları kafa kemikleri kırıkları veya sinus komşuluğundaki hematomdur.prognoz değişkendir.Bu yazıda penetran boyun yaralanması sonrası, SVT gelişen bir vaka sunulacaktır.

Amaç: Penetran boyun yaralanmalarından sonra gelişen semptomlarda SVTnün ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiği amaçlanmıştır.

Bulgular: 33 yaşında erkek hasta, acil servise başvurusundan 1 saat önce boyunun sol tarafından kesici delici aletle yaralanma nedeniyle başvurdu.takibi sırasında bulanık görme şikayeti olması üzerine görüntüleme yapıldı. Hastanın bilinen ek hastalığı ve kullandığı ilaç yokmuş. Hastanın gelişinde genel durumu orta-iyi, bilinci açık, gks:15. sol gözde dışa bakış kısıtlılığı mevcut, bunun dışında herhangi bir lateralizan duyu-motor defisiti yok. serebellar testler becerikli. Hasta MR'a gidecekken bulantı kusması oldu, nöbet geçirdi ve arrest oldu. 10 dakika cpr sonrası ROSC sağlandı, nöbet durduruldu. çekilen mr da " Bilateral serebral hemisferde dağınık yerleşimli milimetrik boyutlu akut enfarkt alanları görüldü. Bilateral serebellar hemisferler düzeyinde solda daha belirgin olmak üzere geniş akut iskemik diffüzyon kısıtlanması ve sulkal silinmeler görüldü. Retroserebellar mesafede sol yarıda yaklaşık 20 mm, sağda yaklaşık 1.5 mm kalınlığa ulaşan ve solda belirgin parankimal bası etkisi bulunan subdural hemoraji izlendi. Serebellar bası etkisi nedeni ile serebellar tonsil foramen magnumdan inferiora yaklaşık 7 mm uzanım göstermektedir. medulla oblangata posterior kesimi ve C2 düzeyinde servikal spinal kord posterior dural yüzlerde muhtemel subdural hemarajiye ait yaklaşık 6 mm kalınlığa ulaşan sinyal değişiklikleri dikkati çekmiştir. " bulguları belirlendi. hastanın mr venografisi sol serebellar venöz enfarkt olarak yorumlandı. Hasta anestezi yoğun bakıma yatırıldı.

Sinus Ven Trombozu MR Venografi Görüntüsü

Sonuç: Posttravmatik sinus ven trombozu nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen nedeni açıklanamayan semptomlarda ve ayırıcı tanılar arasında akılda tutulması gereken bir hastalıktır. Ayrıntılı fizik muayene yapılmalı ve yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: kafa travması, sinus ven trombozu, penetran boyun travması

SS-068

Acil Serviste Kırım Kongo Kanamalı Ateş Tanısı Alan Hastaların Acile Başvuru Şikayetlerinin DeğerlendirilmesiSibel İba Yılmaz², Nurda Öztürk Gündoğdu¹, Muhammed Said Coşkun¹¹Erzurum Şehir Hastanesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı²Erzurum Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Giriş: Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), keneler tarafından taşınan Bunyaviridae ailesine bağlı Nairovirüs grubuna ait bir virüsle meydana gelmektedir. Kene tutunmasından genellikle 3-5 gün, enfekte kan, vücut sıvısı ve diğer dokularla temas sonrasında 5-6 gün; ateş, halsizlik, iştahsızlık, kas ağrısı, baş ağrısı, bulantı, kusma, ishal ve ağır vakalarda kanama görülür. Endemik bölgelerde özellikle yaz aylarında hastalar çok farklı şikayetlerle acil servise başvurabilmektedir. Bazen tanısı geç konulabilmektedir.

Amaç: acil servimize bir yıl içerisinde başvuran ve kkka tanısı almış hastaların başvuru şikayetlerini araştırmayı amaçladık.

Bulgular: Bir yıl içinde acil servisimizde 160 hasta kkka tanısı aldığı görüldü. Hastaların 102 (%63,7) erkek, 58 (%36,3) kadındı. Ateş, vakalarda en sık gözlenen semptomdur (n=102, %29.5). Yani ateş, 102 vakada gözlenmiş ve gözlenen diğer semptomlar arasındaki sıklığı ise %29.5'tir. Ateşe en fazla halsizlik ve kas ağrısı eşlik etmekteydi. Diğer semptomlar ve yüzdeleri tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo 1: KKKA da şikayetlerin sıklığı

Semptomlar ^a	1 Ateş	102	29,5%
	2 KarınAğrısı	15	4,3%
	3 Kanama	23	6,6%
	4 Halsizlik	87	25,1%
	5 Diyare	12	3,5%
	6 BaşAğrısı	21	6,1%
	7 BulantıKusma	36	10,4%
	8 Miyalji	50	14,5%
Total		346	100,0%

a. *Dağılımlar çoklu yanıt içerdiğinden tablo toplamı vaka sayısını aşmaktadır.

Tablo 2:KKKA da hemogram parametreleri

Laboratuvar ^a	1 Hb Düşüklüğü	2	0,7%
	2 PLT Düşüklüğü	139	46,6%
	3 Lök Düşüklüğü	88	29,5%
	4 KCFT Yüksekliği	69	23,2%
Total		298	100,0%

a. *Dağılımlar çoklu yanıt içerdiğinden tablo toplamı vaka sayısını aşmaktadır.

Sonuç: KKKA hastaları acil servise çoğunlukla ateş halsizlik ve kas ağrısı ile başvurduğunu saptadık. Bu şikayetler üst solunum yolu enfeksiyonları ile semptomları benzer olduğu için kkka hastaları yanlış tanı alabilir. Özellikle yaz aylarında endemik bölgelerde bu şikayetleri olan hastalardan hemogram alınmalı ve bisitopeni saptananlarda kkka hastalığı tanısı için pcr gönderilmelidir.

Anahtar Kelimeler: kırım kongo kanamalı ateşi, üst solunum yolu enfeksiyonları, ateş

SS-069

Baş Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Varicella Zoster Virus (VZV) Ensefaliti

Enes Şişman¹, Halil Ahmet Bilginer¹, Hasan Çam¹

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Varicella enfeksiyonuna bağlı ciddi nörolojik komplikasyonlar %1'den daha az görülmekle beraber varicella ensefaliti, varicella olgularunun 1-2/10.00'sinde görülmektedir. Ayrıca erişkinlerde ve immün sistemi baskılanmış hastalarda insidansı daha yüksektir. Ateş, baş ağrısı, kusma, dengesizlik ve bilinç bozukluğuna bağlı bulgular saptanabilmektedir.

Amaç: Bu sunumda, şiddetli baş ağrısının etiyolojisinde viral ensefalitlerin ayırıcı tanıda yer aldığı ele alınmıştır.

Bulgular: 45 yaş kadın hasta şiddetli baş ağrısı şikayetiyle acil servise getirildi. Bilinen narkolepsi tanılı, düzenli venlafaksin kullanım öyküsü mevcut. Alınan detaylı anamnezinde son bir haftadır farklı acil servislere baş ağrısı, boğaz ağrısı, yaygın kas ağrısı şikayetiyle mükerrer başvuruları olduğu öğrenildi. Hastanın baş ağrısına ek uykuya meyil, bilinç bulanıklığı olması üzerine 112 eşliğinde acil servise getirildi. Vital bulguları normal sınırlarda idi. Yapılan fizik muayenesinde bilinç açık, non-oryante, non-koopere, kas gücü tam, ense sertliği yok, döküntü yok, solunum sesleri doğal. Laboratuvar tetkiklerinde CRP: 0,5 WBC: 7,51 tespit edildi. Yapılan kranial görüntülemelerde anlamlı patoloji saptanmadı. Hastaya lomber ponksiyon uygulanmış ve alınan örnekte lökosit 47/m³, eritrosit 164/m³, protein 1815 mg/L ölçüldü. Menenjit panelinde VZV (+) saptanması üzerine hasta enfeksiyon servisine interne edilerek asiklovir tedavisi başlandı. Tedavisinin 14. Gününde hasta sekelsiz ve semptomsuz şekilde taburcu edildi.

Sonuç: Suçıçeği geçiren hastalarda ensefalit komplikasyon sıklığı %0,1-0,2 olup varicella zosterin neden olduğu ensefalit olgularında mortalitenin %5-20 olduğu saptanmıştır. Yakın dönemde deri döküntüsü, enfeksiyon öyküsü olmayan, immünitesi baskılanmamış hastalarda tanı güçleşmektedir. Analjeziye yanıtız baş ağrısına ek olarak yeni gelişen bilinç durumunda dalgalanma olan hastaların etiyolojisinde viral ensefalitler ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: baş ağrısı, ensefalit, bilinç değişikliği

SS-070

Acil Servise Menstrüasyon Dışı Vajinal Kanama İle Başvuran Hastaların Epidemiyolojik İncelemesi

Esmâ Fatma Güneş¹, Abuzer Coşkun², Burak Demirci²

¹SBÜ, İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcı Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

²SBÜ, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Menstrüasyon dışı vajinal kanamalar ile acil servislere ve jinekoloji polikliniklerine çok sayıda başvuru olmaktadır. Bunların bir kısmı gebe hastalar olup obstetrik aciller kapsamında Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimleri tarafından hızlıca değerlendirilmektedir. Bununla birlikte vajinal kanama gebe olmayan hastalar için de altında maligniteye varan patolojiler barındırabilen ve bir an önce müdahale edilmesi gereken bir semptomdur.

Amaç: Çalışmamızda acil servisimize menstrüasyon dışı vajinal kanama ile başvuran hastaları epidemiyolojik açıdan incelemeyi amaçladık. Acil Servise 01 Ocak-31 Aralık 2021 tarihleri arasında menstrüasyon dışı vajinal kanama ile başvuran, 18 yaşından büyük 161 hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların öyküleri, laboratuvar sonuçları, Kadın Hastalıkları ve Doğum konsültasyonu ile değerlendirilmiş olgular epidemiyolojik olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmada hastaların yaş ortalaması 34.29±11.12 yıl, 149'u (%92.5) 18-49 yaş grubunda, 12'si (%7.5) 50 yaş ve üstü kadınlardı. 18-49 yaş grubundaki kadınların 7'sinde (%4.7) hipotiroidi mevcuttu ve en sık görülen sistemik hastalıktı. Hastalarımızın 105'inde (%65.2) gebelik yok iken, 56'sında (%34.8) gebelik tespit edildi. Gebe olguların 30'unda (%53.6) düşük tehdidi saptandı. Gebe olmayan olguların ise 27'sine (%25.7) endometrial düzensizlik nedeniyle biyopsi yapıldı. Tüm olguların 10'unda (%6.2) kan transfüzyonu gerektirecek düzeyde anemi saptandı.

Sonuç: Menstrüasyon dışı vajinal kanama ile başvuran hastalarda endometrial intraepitelyal neoplazi/karsinom akılda tutulmalı ve risk faktörleri mevcut olan hastaların hızlıca bir kadın hastalıkları ve doğum hekimi tarafından değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, anormal uterus kanama, vajinal kanama

GİRİŞ: Menstrüasyon dışı vajinal kanamalar ile acil servislere ve jinekoloji polikliniklerine çok sayıda başvuru olmaktadır. Bunların bir kısmı gebe hastalar olup obstetrik aciller kapsamında Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimleri tarafından hızlıca değerlendirilmektedir. Bu kanamalar gebe olmayan hastalar için ise altında maligniteye varan patolojiler barındırabilen ve bir an önce müdahale edilmesi gereken bir semptomdur. Çalışmamızda acil servisimize menstrüasyon dışı vajinal kanama ile başvuran hastalar epidemiyolojik açıdan incelenerek hastaların; yaşı, gebelik durumu, etnik kökeni, laboratuvar bulguları, ek hastalıkları, vajinal kanamanın süresi, son adet tarihi, ilaç kullanımı, daha önceki gebelik sayısı ve cinsel aktivite durumları değerlendirildi.

MATERYAL METOD

- Acil Servisimize, 01 Ocak-31 Aralık 2021 tarihleri arasında menstrüasyon dışı vajinal kanama ile başvuran, 18 yaşından büyük, 161 hasta, geriye dönük olarak değerlendirildi.

ICD-10 Kodu	Hastalığın Adı
N93	Anormal uterus ve vajina kanamaları, diğer
N93.8	Anormal uterus ve vajina kanamaları diğer, tanımlanmış
N93.9	Anormal uterus ve vajina kanamaları diğer, tanımlanmamış
O20.0	Düşük Tehdidi
O20.8	Kanama diğer, erken gebelikte
O20.9	Kanama erken gebelikte, tanımlanmamış

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri: 18 yaşından büyük olmak, hastane veri kayıt sisteminde kanama süresi, son adet tarihi, ek hastalık varlığı, ilaç kullanımı, gebelik sayısı, cinsel aktiflik durumu gibi bilgileri eksiksiz olmak, laboratuvar sonuçları [hemogram, biyokimya, koagülasyon ve Beta-human koryo gonadotropik (β -HCG)] mevcut olmak, Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimi tarafından acil servis konsültasyonu ile değerlendirilmiş olmak.

Hastaların çalışmadan dışlanma kriterleri: 18 yaşından küçük olanlar, hastane veri kayıt sisteminde anamnez bilgileri eksik olanlar, laboratuvar sonuçlarında eksiklik olanlar, KHD hekimi tarafından acil servis konsültasyonu ile değerlendirilmeyenler, menstürasyon kanaması ve/veya hematüri ile başvurmuş olanlar çalışma dışında tutuldu.

İSTATİSTİK: Veriler IBM SPSS Statistics 20 © Copyright SPSS Inc. ile analiz edildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-kare testi kullanıldı. Değişkenlerin korelasyonu için Spearman rho korelasyon analizi kullanıldı. Sürekli değişkenler parametrik test varsayımlarını sağlamadıkları için iki grup ortalama karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi yapıldı. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 34.29 ± 11.12 yıl, 18-49 yaş grubu yaş ortalaması 32.65 ± 9.67 yıl, 50 yaş ve üstü yaş ortalaması 54.67 ± 7.06 yıldır ($p<0.001$).

	Tüm Hastalar	18-49 Yaş Grubu	50 Yaş ve Üstü	P değeri
Yaş, yıl	34.29 ± 11.12	32.65 ± 9.67	54.67 ± 7.06	<0.001
Kanama Süresi, gün	5.93 ± 7.10	5.88 ± 7.01	6.58 ± 8.40	0.425
Son Adet Tarihi, gün	200.25 ± 863.11	86.19 ± 229.93	1616.50 ± 2785.70	0.149
Gebelik Sayısı	2.41 ± 2.05	2.22 ± 1.77	4.75 ± 3.5	0.003

	Tüm Hastalar Ortalama±SS	18-49 Yaş Ortalama±SS	50 Yaş ve Üstü Ortalama±SS	P değeri
Yaş, yıl	34.29±11.12	32.65±9.67	54.67±7.06	<0.001
Beta-human koryo gonadotropik, IU/L (0.1-100.000)	4691.29±16292.73	5069.07±16883.38	0.46±0.83	0.113
Kan şekeri, mg/dL (74-106)	99.07±31.95	95.20±16.75	147.16±91.37	<0.001
Alanin Aminotransferaz, U/L (1-35.00)	16.71±13.03	16.87±13.40	14.75±6.96	0.997
Aspartat Aminotransferaz, U/L (1-35)	26.46±11.13	20.54±11.37	19.58±7.93	0.722
Alkalen Fosfoataz, U/L (30-120)	68.88±23.56	67.46±22.46	86.58±30.26	0.034
Üre, mg/dL (17-43)	22.78±6.78	22.66±6.52	24.31±9.73	0.964
Kreatinin, mg/dL (0.51-0.95)	0.64±0.17	0.61±0.14	0.99±0.16	<0.001
Beyaz Küre, ×10 ³ /mcl (4.00-10.00)	10.30±3.39	10.48±3.42	8.01±2.07	0.018
Hemoglobin, g/dL (11.00-15.00)	11.27±1.71	11.11±1.67	13.27±0.57	<0.001
Hematokrit, % (37.00-47.00)	34.95±5.15	34.41±4.95	41.63±1.94	<0.001
Ortalama Eritrosit Hacmi, fl (80.00-100.00)	85.08±7.76	85.13±7.85	84.41±6.84	0.616
Ortalama Eritrosit Hemoglobini, pg (27.00-34.00)	27.71±3.27	27.78±3.31	26.83±2.78	0.150
Ortalama Eritrosit Hemoglobin Konsantrasyonu, g/dL (32.00-36.00)	32.45±1.37	32.51±1.38	31.72±1.04	0.014
Trombosit, ×10 ³ /mcl (100-400)	324.71±94.31	334.54±91.06	202.67±16.04	<0.001
International Normalized Ratio, (0.80-1.25)	1.10±0.17	1.10±0.17	1.07±0.10	0.549
Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı, sn (23.6-34.8)	30.87±2.59	30.96±2.61	29.83±2.25	0.140
Protrombin Zamanı (Koagülometre), sn (11.00-16.8)	14.25±2.36	14.26±2.43	14.07±1.26	0.792
Protrombin Zamanı (%Aktivite), % 70-130	89.52±14.05	89.34±14.21	91.75±12.31	0.515

- Olgularımızdan 18-49 yaş grubunda 149 (%92.5), 50 yaş ve üstünde 12 (%7.5) hasta tespit edildi.

Hasta Grubu		18-49 Yaş n (%)	50 Yaş ve üstü n (%)	P değeri
Etnik Köken	Türk Vatandaşı	135 (90.6)	10 (83.3)	0.339
	Yabancı Uyruklu	14 (9.4)	2 (16.7)	
Cinsel Aktif	Evet	125 (83.9)	8 (66.7)	0.225
	Hayır	24 (16.1)	4 (33.3)	
Hormon Replasman Tedavisi (HRT)	Evet	2 (1.3)	0	1.000
	Hayır	147 (98.7)	12 (100)	
Oral Kontraseptif Kullanımı	Evet	7 (4.7)	0	1.000
	Hayır	142 (95.3)	12 (100)	
Genel Toplam		149(100)	12(100)	

Hasta grupları ek hastalık varlığına göre değerlendirildiğinde;

Hasta Grubu	18-49 Yaş n (%)	50 Yaş ve Üstü n (%)	P değeri
Yok	126 (84.6)	2 (16.7)	0.001
Hipertansiyon	1 (0.7)	2 (16.7)	
Diyabetes Mellitus	2 (1.3)	3 (25)	
Hipotiroidi	7 (4.7)	0 (0.0)	
Epilepsi	3 (2.0)	0 (0.0)	
Astım	2 (1.3)	0 (0.0)	
Hepatit B	3 (2.0)	0 (0.0)	
Hipertansiyon ve Diyabetes Mellitus	1 (0.7)	3 (25)	
Migren	1 (0.7)	0 (0.0)	
Gastrit/Ülser	0 (0.0)	1 (8.3)	
Malignite	1 (0.7)	1 (8.3)	
Romataid Artrit	2 (1.3)	0 (0.0)	
Genel Toplam	149 (100)	12 (100)	

- Hastaların β -HCG değerleri, 105'inde (%65.2) negatif (<5 mIU/mL), 56'sında (%34.8) pozitif (>5 mIU/mL).

Hasta Grubu		Beta HCG (-) n (%)	Beta HCG (+) n (%)	P değeri
Yaş	15-49 Yaş	93 (88.6)	56 (100.0)	0.009
	50 Yaş ve Üstü	12 (11.4)	0 (0.0)	
Etnik Köken	Türk	97 (92.4)	48 (85.7)	0.267
	Yabancı Uruklu	8 (7.6)	8 (14.3)	
Hormon Replasman Tedavisi	Alıyor	1 (1.0)	1 (1.8)	1.000
	Almıyor	104 (99.0)	55 (98.2)	
Oral Kontraseptif Kullanımı	Kullanıyor	6 (5.7)	1 (1.8)	0.423
	Kullanmıyor	99 (94.3)	55 (98.2)	
Cinsel Aktivite	Evet	78 (74.3)	55 (98.2)	<0.001
	Hayır	27 (25.7)	1 (1.8)	
Genel Toplam		105 (100)	56 (100)	

- Acil Servis konsültasyonu ile Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimi tarafından yapılan değerlendirmeye göre:

Hasta Grubu	β-HCG pozitif n (%)	β-HCG negatif n (%)	P Değeri
Gebe Lekelenme	17 (30.4)	0	<0.001
Düşük Tehdidi	27 (48.2)	0	
Düşük	7 (12.5)	0	
Düşük Tehdidi + Kan Transfüzyonu	3 (5.4)	0	
Düşük + Kan Transfüzyonu	2 (3.6)	0	
Yapısal Patoloji Yok	0	36 (34.3)	
Endometriyal Düzensizlik Nedeniyle Biyopsi	0	17 (16.2)	
Leiomyoma	0	25 (23.8)	
Endometriyal Polip	0	8 (7.6)	
Endometriyal Düzensizlik Nedeniyle Biyopsi ve Leiomyoma	0	6 (5.7)	
Endometriyal Düzensizlik Nedeniyle Biyopsi ve Kan Transfüzyonu İhtiyacı	0	4 (3.8)	
Girişimsel İşlem Sonrası Kanama (iyatrojenik)	0	4 (3.8)	
Leiomyoma ve Adenomyozis	0	3 (2.9)	
Leiomyoma ve Polip	0	1 (1)	
Leiomyoma ve Kan Transfüzyonu İhtiyacı	0	1 (1)	
Genel Toplam	56 (100)	105 (100)	

Çalışmamızdaki başlıca kısıtlılıklar: Çalışmamızın tek merkezli, belirli bir zaman dilimini içerecek şekilde geriye dönük yapılmış olması, hastaları hastane veri giriş sistemi üzerinden ICD-10 kodlarına bakarak seçmiş olduğumuz için ICD-10 kodu farklı girilmiş olan menstürasyon dışı vajinal kanama olgularının çalışmaya dahil edilmemiş olması, hastanemizde gebelik haftası 20'nin üzerinde olan vajinal kanama olgularının ilk değerlendirmesi ve takibinin KHD hekimleri tarafından yapılıyor olması, çalışmamıza hastaları dahil ederken sadece anamnez bilgileri, laboratuvar sonuçları ve KHD hekimi değerlendirmesi eksiksiz olanları almış olmamız ama aslında çok daha fazla hastanın bu şikayetle acil servisimize başvuruyor olması çalışmamızdaki önemli kısıtlılıklardır.

SONUÇ: Üreme çağındaki kadınlarda en sık sistemik hastalık hipotiroidi (%4.7) iken, 50 yaş ve üstünde diyabetes mellitustu (%50). Gebe hastaların 30'unda (%53,6) düşük tehdidi vardı ve gebe hastalarda görülen vajinal kanamaların en sık nedeniydi. Gebeliğin söz konusu olmadığı hastaların 27'sine (%25,7) Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimi tarafından endometriyal düzensizlik nedeniyle biyopsi yapılmıştı. Tüm hastaların toplam 10'unda (%6,2) hastada kan transfüzyonu gerektirecek şiddette anemi mevcuttu. Menstürasyon dışı vajinal kanama her yaşta çok sayıda kadının yaşadığı, jinekoloji poliklinikleri ve acil servislere sıkça başvurularına neden olan oldukça yaygın bir şikayettir. Hemodinamik olarak unstabil olan veya gebeliğin söz konusu olduğu tüm vajinal kanamalı hastalarda olduğu gibi endometriyal intraepitelyal neoplazi/karsinom açısından risk faktörleri mevcut olan hastaların da hızlıca bir Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimi tarafından değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Bu sayede birçok kadının erken tanı alması ve tedavi edilmesi mümkün olabilir. Acil servis hekimlerinin bu konudaki farkındalığını arttırmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

SS-071

Acil Servise Primer Başağrısı Nedeni İle Başvuran Hastaların Epidemiyolojik Özellikleri ve Laboratuvar Sonuçlarının Önemi

Furkan Parlak¹, Abuzer Coşkun¹, Burak Demirci¹

¹SBÜ, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Baş ağrısı toplumda çok yaygın olan, kişide büyük rahatsızlık oluşturan, iş gücü kaybına neden olup ciddi ekonomik kayıplara neden olan bir semptomdur. Bu sebeple Acil Servis'e başvuru oranları çok yüksektir.

Amaç: Primer tip baş ağrısı nedeni ile başvuran hastaların epidemiyolojik özellikleri, vital bulguların ve kan gazı parametrelerinin önemini ortaya çıkarmak amaçlandı. 01 Ocak-31 Aralık 2021 tarihleri arasında Acil Servis'e primer baş ağrısı nedeni ile başvuran 18 yaşından büyük 257 hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların geliş vital parametreleri, kan gazı ve beyin BT sonuçları ile değerlendirilen olgular epidemiyolojik olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmada hastaların yaş ortalaması 44.92±16.71 yılı. Hastaların 104'ü (%40.4) erkek, 153'ü (%59.6) kadındı. Bu hastalardan 45'i (%17.5) migren, 127'si (%49.11) gerilim tipi baş ağrısı, 17'si (%6.61) küme tipi, 68'i (%26.45) diğer primer baş ağrısı alt tiplerinden birisi ile başvurdu. Yaş ortalaması en düşük olan grup migrenli olgularken en yüksek grup diğer baş ağrısı alt tipi olan olgulardı. Olguların kan gazı değerlerinin ağrı tipleri ile ilişkisi saptanmadı. Hastalardan 77'sinin (%30) beyin BT'sinde anlamlı özellik saptanırken, 241'i (%93.77) baş ağrısına yönelik analjezi tedavisi, 81'i (%31.5) inhaler oksijen tedavisi aldı. Hastaların 30'unda (%11.7) anti-koagülan ilaç kullanım öyküsü, 56'sında (%21.8) kafa travması öyküsü vardı.

Sonuç: Primer baş ağrıları acil servislere sık bir başvuru nedeni olup, ağrı tiplerinin, tiplere göre klinik ve laboratuvar özelliklerinin ve tedavi yöntemlerinin acil hekimleri tarafından doğru bilinmesi, acil serviste primer ve sekonder baş ağrısı değerlendirmesinde oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, baş ağrısı, bilgisayarlı beyin tomografisi, kan gazı, primer tip baş ağrısı

GİRİŞ: Baş ağrısı toplumda çok yaygın görülen, kişide büyük rahatsızlık oluşturarak iş gücü kaybına yol açan ve buna bağlı olarak da ciddi ekonomik kayıplara neden olan bir semptomdur. Baş ağrıları primer veya sekonder nedenli olabilmektedir. Sekonder tip baş ağrılarında altta yatan travma, vasküler bozukluk, madde kullanımı, enfeksiyon, psikiyatrik rahatsızlık gibi bir sebep vardır. Primer tip baş ağrıları ise sekonder tipe göre çok daha siktir ve bu tipte altta yatan net bir sebep yoktur. Hastanın kliniğine göre tanı konulur. Hastaların genel durumu hakkında ve bir çok hastalığın ön tanısında vital bulgular, kan gazı parametreleri ve bilgisayarlı beyin tomografisi bize hızlıca bilgi vermektedir. Acil servislere hasta yoğunluğu çok fazla olduğu için hasta sirkülasyonunu yönetmek, hastalara hızlıca doğru tanıyı koyup, uygun tedaviyi başlamak acil tıp hekimlerinin sorumluluğu altındadır. Bu sebeple çalışmamızda çok sık hastane başvuru nedenlerinden olan primer tip baş ağrısı olan hastaları epidemiyolojik olarak inceleyip bu hastalarla vital parametreler, beyin tomografisi ve kan gazı sonuçları arasında bir ilişki olup olmadığını tespit etmeyi amaçladık.

Primer Baş Ağrıları; Migren, gerilim tipi başağrısı, trigeminal otonomik sefaljiler, küme tipi baş ağrısı, paroksizmal hemikrania, kısa süreli tek taraflı nevralfiform baş ağrısı atakları, hemikrania continua ve diğer Primer Baş Ağrıları

METOD: Bağcılar EAH Acil Tıp Kliniği'ne 01 Ocak- 31 Aralık 2021 arasında primer baş ağrısı ile başvuran 18 yaşından büyük 257 hasta retrospektif incelendi. Veri kayıt sisteminde hastanın vital bulguları, kan gazı parametreleri ve bilgisayarlı beyin tomografisi mevcut olup, daha önceden primer baş ağrısı tanısı olan hastalar çalışmaya

dahil edildi.

İSTATİSTİK: Veriler IBM SPSS Statistics 20 © Copyright SPSS Inc. ile analiz edildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-kare testi kullanıldı. Değişkenlerin korelasyonu için Spearman rho korelasyon analizi kullanıldı. İki grup ortalama karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi yapıldı. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların Yaş ve Cinsiyet Dağılımı

Özellik	Dağılım
Yaş (Yıl) Ort±SS	44.92±16.71
Cinsiyet N(%)	Erkek 104 (40.46)
	Kadın 153 (59.53)

Primer Baş Ağrısı Alt Grupları'nın Yaş ve Oransal Dağılımı

Primer Baş Ağrısı Alt Gruplar	Yaş (Yıl)	Dağılım N (%)	p değeri
Migren	39.42±11.20	45 (17.5)	<0.001
Gerilim Tipi Baş Ağrısı	42.19±18.33	127 (49.41)	
Küme Tipi Baş Ağrısı	45.47±12.46	17 (6.61)	
Diğer Primer Baş Ağrıları	53.52±14.38	68 (26.45)	

Hasta Gruplarının Vital Bulgulara Göre Analizleri

Vital Parametreler	Tüm Hastalar	Migren	GTBA	Küme	Diğer Primer Baş Ağrıları	p değeri
Tansiyon Sistolik (mmHg)	138.40±27.14	135.97±27.21	137.33±27.77	141.47±26.53	141.22±26.33	0.450
Tansiyon Diyastolik (mmHg)	83.87±19.18	82.13±20.13	83.86±19.44	86.64±18.12	84.33±18.61	0.869
Vücut Sıcaklığı (°C)	36.8±0.9	36.6±0.9	36.9±0.9	36.8±0.9	36.6±0.9	0.190
Oksijen Saturasyonu (%)	96.4±1.6	96.7±1.6	96.2±1.8	96.1±1.5	96.6±1.4	0.177

Hasta Gruplarının Kan Gazı Parametrelerine Göre Analizleri

Kan Gazı Parametreleri	Tüm Hastalar	Migren	GTBA	Küme	Diger Primer Baş ağrıları	p Değeri
pH	7.36±0.04	7.35±0.05	7.36±0.04	7.36±0.02	7.37±0.04	0.282
pCO ₂ (mmHg)	49.02±8.61	48.30±6.03	50.03±10.24	48.97±5.10	47.62±7.11	0.359
HCO ₃ (mmol/L)	24.86±3.19	24.38±2.63	25.09±4.00	24.82±1.45	24.75±1.86	0.968
Laktat (mmol/L)	1.49±0.95	1.35±0.67	1.55±1.17	1.42±0.70	1.51±0.68	0.504
COHb (%)	1.87±1.41	1.85±1.53	1.95±1.51	2.33±1.42	1.62±1.08	0.153
Baz açığı (mmol/L)	2.45±1.87	2.60±2.20	2.47±1.87	2.10±1.81	2.40±1.69	0.787
Glukoz (mg/dL)	136.41±56.77	125.73±32.25	136.44±63.55	143.35±68.53	141.70±52.91	0.397
Sodyum (mmol/L)	139.54±2.80	140.02±2.13	139.21±3.15	140.11±1.49	139.72±2.70	0.163
Potasyum (mmol/L)	4.01±0.41	3.92±0.31	4.02±0.43	4.10±0.31	4.03±0.47	0.191

Hasta Gruplarının Bilgisayarlı Beyin Tomografisi Analizleri

BT Bulguları	Migren N (%)	GTBA N (%)	Küme N (%)	Diger Primer Baş Ağrıları N (%)	Toplam N (%)	p değeri
BT'de özellik olmayan	40 (15.6)	88 (34.2)	12 (4.7)	40 (15.6)	180 (70)	0.001
Sinüzit	3 (1.2)	20 (7.8)	3 (1.2)	7 (2.7)	33 (12.8)	
Kronik İskemik Değişiklik	0 (0)	7 (2.7)	0 (0)	8 (3.1)	15 (5.8)	
Küçük Damar Hastalığı	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.8)	2 (0.8)	
Beyin Ödemi	0 (0)	7 (2.7)	1 (0.4)	0 (0)	8 (3.1)	
Kafatasında Fraktür	1 (0.4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.4)	
Post-Operatif Değişiklik	1 (0.4)	1 (0.4)	0 (0)	3 (1.2)	5 (1.9)	
Subaraknoid Kanama	0 (0)	1 (0.4)	0 (0)	2 (0.8)	3 (1.2)	
Subdural Kanama	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0.8)	2 (0.8)	
SVO'ya Bağlı Hipodens Alan	0 (0)	1 (0.4)	1 (0.4)	1 (0.4)	3 (1.2)	
Yer Kaplayıcı Lezyon	0 (0)	2 (0.8)	0 (0)	3 (1.2)	5 (1.9)	
Toplam	45 (17.5)	127 (49.4)	17 (6.6)	68 (26.5)	257 (100)	

Hasta Gruplarının Aldığı Analjezik Tedavilere Göre Analizleri

Aldığı Analjezik Tedavi	Migren N (%)	GTBA N (%)	Küme N (%)	Diğer Primer Baş Ağrıları N (%)	Toplam N (%)	p değeri
Tedavi Almayan	4 (1.6)	9 (3.5)	1 (0.4)	2 (0.8)	16 (6.2)	0.036
Diklofenak Sodyum	15 (5.8)	38 (14.8)	3 (1.2)	16 (6.2)	72 (28)	
Deksketoprofen	5 (1.9)	14 (5.4)	2 (0.8)	10 (3.9)	31 (12.1)	
Parasetamol	4 (1.6)	28 (10.9)	2 (0.8)	10 (3.9)	44 (17.1)	
Tramadol	1 (0.4)	3 (1.2)	0 (0)	5 (1.9)	9 (3.5)	
Metoklopromid	5 (1.9)	10 (3.9)	4 (1.6)	8 (3.1)	27 (10.5)	
Diklofenak Sodyum + Metoklopromid	6 (2.3)	10 (3.9)	2 (0.8)	7 (2.7)	25 (9.7)	
Deksketoprofen + Metoklopromid	0 (0)	7 (2.7)	2 (0.8)	0 (0)	9 (3.5)	
Diklofenak Sodyum + Parasetamol	4 (1.6)	4 (1.6)	1 (0.4)	3 (1.2)	12 (4.7)	
Parasetamol + Metoklopromid	1 (0.4)	4 (1.6)	0 (0)	7 (2.7)	12 (4.7)	
Toplam	45 (17.5)	127 (49.4)	17 (6.6)	68 (26.5)	257 (100)	

Hasta Gruplarının Antikoagülan İlaç Kullanımına Göre Analizleri

Antikoagülan İlaç Kullanımı	Migren N (%)	GTBA N (%)	Küme N (%)	Diğer Primer Baş Ağrıları N (%)	Toplam N (%)	p değeri
Yok	45 (17.5)	116 (45.1)	14 (5.4)	52 (20.2)	227 (88.3)	0.001
Var	0 (0)	11 (4.3)	3 (1.2)	16 (6.2)	30 (11.7)	
Toplam	45 (17.5)	127 (49.4)	17 (6.6)	68 (26.5)	257 (100)	

Hasta Gruplarının Kafa Travması Öyküsüne Göre Analizleri

Kafa Travması Öyküsü	Migren N (%)	GTBA N (%)	Küme N (%)	Diğer Primer Baş Ağrıları N (%)	Toplam N (%)	p değeri
Yok	35 (13.6)	95 (37)	14 (5.4)	57 (22.2)	201 (78.2)	0.225
Var	10 (3.9)	32 (12.5)	3 (1.2)	11 (4.3)	56 (21.8)	
Toplam	45 (17.5)	127 (49.4)	17 (6.6)	68 (26.5)	257 (100)	

Hasta Gruplarının İnhaler Oksijen Tedavisine Göre Analizleri

İnhaler Oksijen Tedavisi	Migren N (%)	GTBA N (%)	Küme N (%)	Diğer Primer Baş Ağrıları N (%)	Toplam N (%)	p değeri
Almadı	36 (14)	88 (34.2)	6 (2.3)	46 (17.9)	176 (68.5)	0.009
Aldı	9 (3.5)	39 (15.2)	11 (4.3)	22 (8.6)	81 (31.5)	
Toplam	45 (17.5)	127 (49.4)	17 (6.6)	68 (26.5)	257 (100)	

SONUÇ

- Baş ağrısı her yaştan hastanın yaşamını olumsuz etkileyebilen, iş gücü kaybına yol açan ve buna bağlı olarak ciddi ekonomik maliyetlere neden olan, çok sık görülen bir semptomdur.
- Baş ağrılarının çoğu primer tipte olup ciddi mortalite ve morbiditeye yol açmaz. Daha küçük bir oranı ise sekonder tipte olup bu tipte altta yatan, tedavi edilmesi gereken bir sebep vardır.
- Beyin tomografisi ve kan gazı tetkikleri sekonder tip baş ağrılarını tespit etmek veya dışlamak amacı ile kullanılmalıdır.
- Vital bulgular ve kan gazı tetkikleri ile primer baş ağrısı alt tipleri arasında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır
- Acil hekimlerinin baş ağrısı ile gelen hastalarda ciddi mortalite ve morbiditeye yol açan sebepleri tespit etmesi kritik rol oynamaktadır
- Tanı konulmasında detaylı anamnez, fizik muayene, vital bulgular, gerekli durumlarda kan tahlilleri ve nörolojik görüntülemeler kullanılmalıdır.
- Tanı konulduktan sonra altta yatan sebebe yönelik tedavi vakit kaybedilmeden başlanmalıdır.
- Sekonder sebepler dışlandıktan sonra primer tip baş ağrısı nedeni ile başvuran hastaların ağrı kontrolünü yapmak önemlidir.
- Tedavi seçiminde hastanın primer baş ağrısı alt tiplerinden ziyade ağrının şiddeti ve karakteri, ek durumların varlığı ve hastanın kullanılacak analjezik ilaca karşı pozitif veya negatif duyarlılığı dikkate alınmalıdır.
- Acil tıp kliniği hekimlerinin bu konuda farkındalığının artması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

SS-072

30 Yaşında İskemik Serebellar Enfarkt

Ertan Cömertpay¹, Doğan Özen¹, Oğuz Yılmaz¹, Yücel Yüzbaşıoğlu¹, Yavuz Katırcı¹, Sema Yüzbaşıoğlu²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı

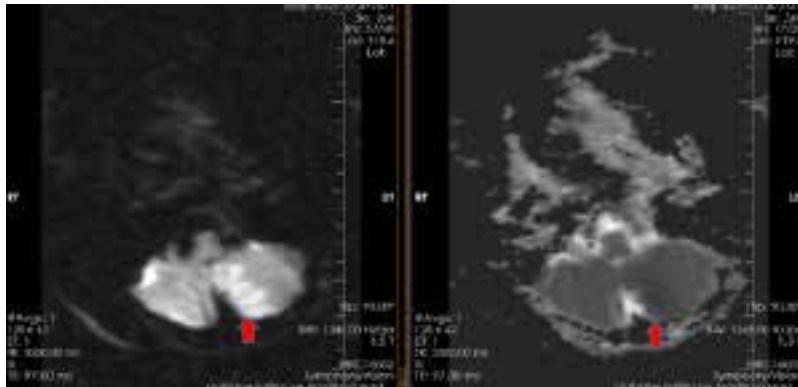
²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: İskemik inme eğer hasta 45 yaşından küçükse “genç iskemik inme” olarak adlandırılır. Genç iskemik inmenin insidansı 3,4-11,4/100.000 olarak bildirilmiştir. Hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi varlığı ve sigara kullanımı majör risk faktörleridir. Bu genç popülasyonda iyileşme yaşı popülasyona göre daha belirgindir. Taburculuktaki modifiye Rankin skorları bu popülasyonun %80-89’unda 0 ile 2 arasında gerçekleşmektedir.

Amaç: Bu vaka takdiminde amaç iskemik inmenin nadir görüldüğü genç hasta grubunda bu kritik ve hayati öneme sahip tanının atlanmaması ve ivedilikle konabilmesi amacıyla farkındalık uyandırabilmektir.

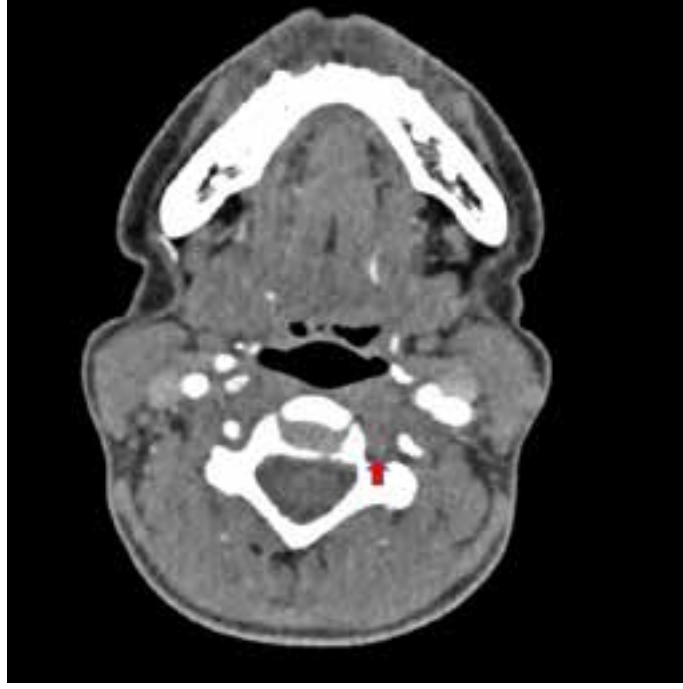
Bulgular: 30 yaşında kadın hasta acil servise yeni başlayan bulantı, kusma, baş dönmesi ve 1 haftadır süregelen ve boyun bölgesine yayılan şiddetli baş ağrısı ile başvurdu. Hastanın gelişinde vücut sıcaklığı 36.5 C, nabız 80 vuru/dk (EKG: Normal sinüs ritmi), kan basıncı 126/75 olarak ölçüldü. Hastanın bilinen hastalık ve ilaç kullanım öyküsü bulunmamakla birlikte aile öyküsü sorgulandığında dayısında iskemik inme öyküsü olduğu öğrenildi. Fizik muayene, rutin biyokimya ve tam kan panellerinde patolojik değere rastlanmadı. Acil serviste IV analjezik ve antiemetik uygulandı. Tedavi sonucunda semptomları gerilemeyen hastaya görüntüleme planlandı. Kontrastsız beyin BT’de patoloji saptanmayan hastaya Diffüzyon MR inceleme planlandı. MR görüntüleme ile hastada sol serebellar posterior fossada akut enfarkt alanı (Görsel 1) saptandı. IV trombolitik (Alteplaz) planlandı ve hastanın başvurusunun 90.dakikasında uygulandı. 1 saatlik IV tPA uygulaması sonrasında takiplerinde çekilen IV kontrastlı beyin BT Anjiyografi, sol vertebral arter V2 dalında oklüzyon (Görsel 2) tespit edildi. Transtorasik Ekokardiyografi sonucunda kardiyak trombüs veya valvüler defekt saptanmadı. İv tPA tedavisi sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı hasta nöroloji servisine yatırıldı.

Görsel 1



Sol serebellar posterior fossada akut enfarkt alanı

Görsel 2



BT Anjiyografide sol vertebral arter oklüzyonu

Sonuç: Genç iskemik inme, bir hasta olası nörolojik semptomlarla başvurduğunda acil hekiminin her zaman tetikte olması gereken önemli bir durumdur. Erken tanı ve tedavi hastaların sonuçlarını dramatik olarak iyileştirme potansiyeline sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Serebrovasküler Olay, Genç İskemik İnme

SS-073

Gecikmiş Hiperbarik Oksijen ile Tedavi Edilen Soğuk Isırığı: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden GeçirilmesiEmre Kudu¹, Sinan Karacabey²¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Soğuk ısırığı(SI) patofizyolojisinde reperfüzyonla ilişkili lokalize inflamatuvar süreçlerin ve doku iskemisinin kademeli olarak gelişmesi yer alır. Genelde amputasyonla dahi sonuçlanabilen ciddi morbiditelere neden olur.

Amaç: SI nedenli bilateral ayakta nekroz gelişen bir hastadan ve tedavi modalitelerinden literatür eşliğinde bahsedeceğiz.

Bulgular: Vaka-Sunumu: Yirmi-altı yaşında erkek hasta SI yaraları ile uyumlu yaralarla acil servisimize başvurdu. Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde 15-gün önce ağaçlık alanda gezmeye çıkan hasta kaybolması sonucu 10-gün boyunca ormanlık alanda barınmak zorunda olduğunu tarifledi. Bu süreç içerisinde yağmur/kar yağışından dolayı birçok defa ıslandığını özellikle ayaklarının uzun süre ıslak ve soğukta kaldığı öğrenildi. Hasta daha sonrasında yardım ekiplerince bulunduktan sonra ilk müdahaleleri yapılarak birkaç gün küçük bir hastanede gözetim altında tutulmuş fakat daha sonrasında da uygun tedavi sağlanabilmesi açısından hastanemize uçakla sevk edilmiş. Hastanemize başvurusu sırasında bilateral ayak bileklerinin mediali, ve bilateral ayak parmaklarında özellikle palmar kesimde olmak üzere yaygın nekrotik yaralar izlendi(Şekil1). Enfeksiyon bulgusu ve vasküler yaralanma bulgusu izlenmedi. Ortopedi ve Kalp-damar cerrahisi bölümleriyle beraber değerlendirilen hasta medikal tedaviden fayda sağlamayacağı düşünülerek hiperbarik oksijen tedavisi planlandı ve nekrotik yaralarda debridman yapıldı. Hastanın bu süreçte amputasyon ihtiyacı olmadı ve yaralarında kısmen iyileşme sağlandı.

Şekil 1: Nekrotize Soğuk Isırığı Yaraları



Sonuç: SI hastalarının yönetimi hastane öncesi dönemde başlar. İlk olarak yapılması gereken şey ıslak kıyafetlerin çıkartılması ve hastanın ısıtılması ile başlar. Hastaneye varıldığında esas tedaviye geçilmelidir. Bu tedavi-

ler yeniden ısıtma, yara bakımı, doku canlılığının devam ettirilmesi ve komplikasyonların önlenmesini içermelidir. Bu hastaların soğuk dışında diğer travmalara da açık olduğu unutulmamalı multidisipliner yaklaşım sergilenmelidir. İlk 24-saat içerisinde başvuran ve özellikle amputasyon riski yüksek olan olgularda intravenöz doku plazminojen aktivatörlerinin denendiği olgular mevcuttur. Literatürde yüksek kaliteli veri hala olmamasına rağmen amputasyon açısından yüksek riskli vakalarda kar/zarar oranı gözetilerek verilmesi önerilmektedir. Prostatiklin ise vazodilatör etkisinden ötürü ilk 48-saat içerisinde başvuran olgularda önerilen bir diğer ajandır. Vakamızın geç başvurusu nedeniyle bunlar maalesef uygulanabilecek ajanlar olmamıştır. Yine benzer şekilde literatürde güçlü kanıt düzeyine sahip veriler olmamasına rağmen hiperbarik oksijen, vaskülarizasyonu iyileştirdiği ve yara iyileşmesini arttırdığı için önerilen bir tedavi modalitesidir. %100 oksijen, genelde 2-2.5 atm basınçta oksijen birkaç seans halinde verilir. Soğğun yarattığı vasküler değişiklikleri düzelterek uzun süreçte sonuçlarını iyileştirildiği düşünülmektedir. Vakamızda da bu tedaviyle kısmi iyileşme izlenmiştir ve amputasyon ihtiyacı gelişmemiştir, ve hasta halen takip edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: hiperbarik oksijen, Soğuk Isırığı, Frostbite, Termal Yaralanmalar

SS-074

Boksör Kırığı ve Diğer El Kırığı Olan Hastalarda Ağrı Katastrofik Skalası ve Anksiyetenin Karşılaştırılması

Ömer Bozduman¹, Metin Yadigaroğlu², Ahmet Emin Okutan¹, Mustafa Süren³, Berk Güçlü⁴

¹Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

²Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

³Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı

⁴Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Giriş: Ağrı Katastrofik Ölçeği (PCS), literatürde genel olarak yüksek ve düşük iyileşme sonrası memnuniyet ile ilişkilendirilmekte ve hastaların ağrı algısını ölçmektedir.

Amaç: Bu çalışmada kasıtlı (kavga veya duvara yumruk atma gibi) boksör kırıklarının katastrofik ağrı ile ilişkisini kaza sonucu (düşme, kazara duvara çarpma vb.) kırıklarla karşılaştırmayı ve kırık kaynaması ve fonksiyonel iyileşme ile ilgili kaygı değerlendirmesini yapmayı amaçladık.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 1.grupta (kasıtlı kırık olan grup) 30,8 (18-50), 2.grupta (kaza ile kırık olan grup) 34,8 (18-64) olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,274$). 1.grup için ortalama PCS puanı 10,5 (IQR: 12,3) iken, 2.grup için ortalama PCS puanı 17,5 (IQR: 14,5) idi. PCS puanı 1.grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü ($p=0,009$). Görsel Analog Skala (VAS) ortalama değeri 1.grup için 0 (IQR: 0,3) iken, 2.grup için 1 (IQR: 2,0) idi ve VAS skoru 1.grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü. ($p<0,001$). 1.grup için ortalama 'kol, omuz ve elin hızlı sakatlığı' (Q-DASH) değeri 0 (IQR:2,3) iken, 2. grup için ortalama Q-DASH değeri 3,4 (IQR:6,3) idi ve Q-DASH skoru 1.grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü ($p=0,001$). Kavrama kuvveti değerleri açısından 1. ve 2. grup arasında anlamlı fark gözlenmedi ($p=0,815$).

Sonuç: Boksör kırığı ile başvuran hastaların etiyolojisi iyi anlaşılmalı ve gerekirse bu hastalar psikiyatrik yardımla multidisipliner tedavi edilmelidir. PCS skorumla sistemi ile özdeğerini kaybetmiş hastalarda daha düşük sonuçlarla daha iyi memnuniyet elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Boksör kırığı, ağrı, PCS, iyileşme

SS-075

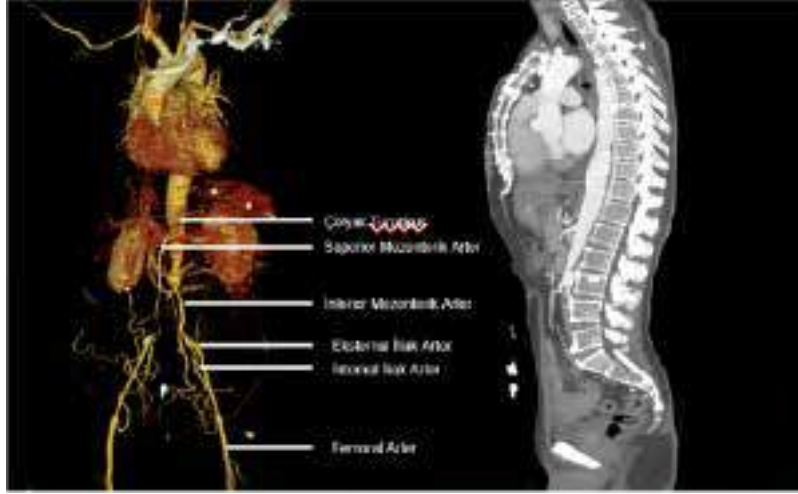
Bel Ağrısında Vasküler Patoloji: Leriche SendromuYunus Emre Gemici¹, Merve Bartan¹, Mustafa Çalık¹¹Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Acil servise başvuran bel ağrılarında bacak ağrıları eşlik ettiğinde ön planda nörojenik sebepler düşünülse de aort patolojilerinin de benzer semptomlara neden olabileceği akılda tutulmalıdır. Tanının yanlış konulması halinde bu iki hastalık grubunun takip ve tedavi süreçlerindeki farklılıklar mortalite ve morbiditeye etki etmektedir[1]. Biz bu sunumumuzda acil servise başvuran infrarenal abdominal aortun total oklüzyonu ve distalinin kollaterallerle beslenmesi ile karakterize Leriche sendromuna sahip bir olgudan bahsedeceğiz. Aortoiliak oklüzif hastalık olarak da bilinen Leriche Sendromu distal abdominal aort ve iliak arterlerin aterosklerotik tutulumu sonucu görülür. Semptomlar genellikle klodikasyon, empotans ve femoral nabızların alınamadığı triad şeklinde ortaya çıkar. Risk faktörleri hipertansiyon, diyabetes mellitus, dislipidemi ve sigaradır. Ayırıcı tanıda abdominal aort diseksiyonu, nöropati, spinal kanal darlığı, lomber disk hernisi düşünülmelidir. Hastalığın tedavisinde cerrahi müdahale ön plandadır.[2-3].

Amaç: Bizim bu sunumdaki amacımız, acile gelen bel ağrılarında fizik muayenenin önemini vurgulamak ve ayırıcı tanıda mortalitesi yüksek olan abdominal aort patolojilerinin de göz önünde bulundurulması gerektiğini hatırlatmaktır.

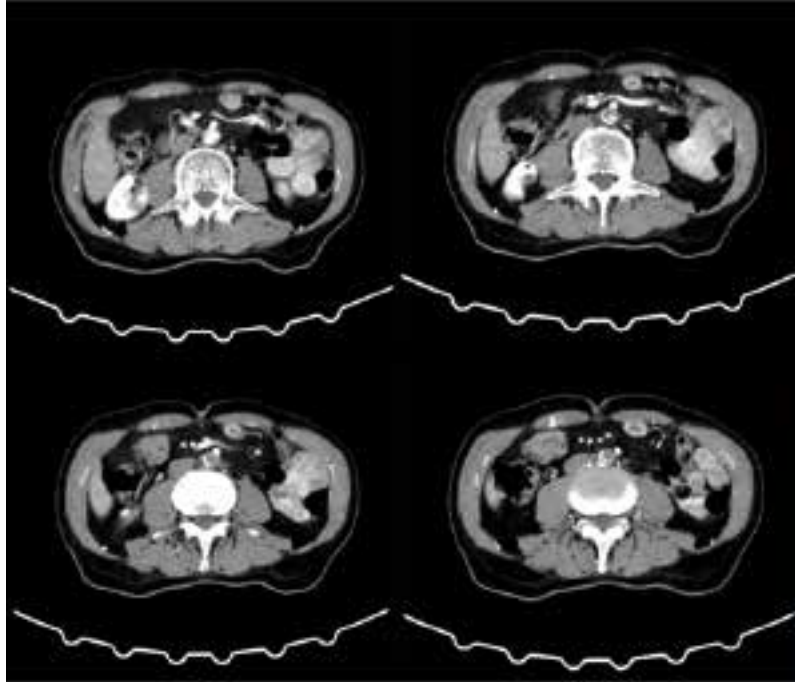
Bulgular: 66 yaş erkek hasta, 3 gündür olan bel ağrısı ve 1 yıldır yürümekle tetiklenen uyluk ve bacak ağrısı ile acil servisimize ayaktan başvurdu. Ek semptomu ve travma öyküsü yoktu. Özgeçmişinde anjio-bypass öyküsü mevcuttu. Aspirin dışında ilaç kullanmıyordu. Vitalleri stabil olan hastanın fizik muayenesinde GKS 15, bilinç açık, oryante, koopereydi. Nöromotor, solunum, kardiyak ve batin muayenesinde özellik yoktu. Üst ekstremiteler nabızlar açık, eşitti. Sağ femoral arter nabızı zayıf alınırken sol femoral nabız alınamadı. Alt ekstremiteler distal nabızlar alınamadı. Bacaklarda çap farkı ve pretibial ödem yoktu. Alt ekstremiteler soluk, soğuk ve cildi kuruydu. Lomber bölge künt perküsyonla yaygın hassastı. Ekg: nsr, iskemik değişiklik yok, kta:68. Bakılan tetkiklerde hemogram normaldi. CRP: 12 mg/L (0-5 mg/L), kreatinin: 1.24 mg/dL (0.7-1.2 mg/dL), üre:44 mg/dL (17-19 mg/dL). KCFT, elektrolitler, pankreas enzimleri, koagülasyon parametreleri, troponin, laktat normaldi. BT anjiosunda distal abdominal aortun iliak bifurkasyon seviyelerine kadar total tıkalı olduğu görüldü. KVC konsültasyonu sonrası hasta interne edildi.

3D-Sagittal Kesit



BT anjiyografi. Abdominal aort, inferior mezenterik arter dalını verdikten sonra total oklüde. İliak bifurkasyondan itibaren akım tekrar görülüyor.

Aksiyal Kesit



Ardışık aksiyal kesitlerde abdominal aortun oklüzyonu izlenmektedir.

Sonuç: Acil servis başvurularının %4.39'unu bel ağrıları oluşturmaktadır[4]. Leriche sendromu genellikle klasik triadla başvursa da nadiren bel ağrısı başvuru nedeni olabilmekte ve ölümcül seyretmektedir[5-6]. Bu olguda da görüldüğü üzere acil servise bel ağrısı ile başvurularda periferik nabız muayenesinin tam yapılması ve abdominal aort patolojilerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Leriche Sendromu, Bel Ağrısı, Aortailiak Oklüzif Hastalık, Abdominal Aort

SS-076

Covid-19 Pandemisinin Kronik Hastalığı Olan Hastaların Acil Servis Başvuruları Üzerine Etkisi

Eray ÇELİKTÜRK¹, Satuk Buğra Han BOZATLI¹, Ömer SALT², Ahmet Mert ŞİŞKO¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilimdalı

²Kayseri Şehir Hastanesi Acil Servisi

Giriş: Covid-19 pandemisi yanıtında en önemli cephelerden biri olarak görev alan acil servisler (AS) başta olmak üzere, hastaneler yüksek maruz kalma riski ve personel sayısı nedeniyle bulaş için sıcak bir alan haline gelmiştir. Bu nedenlerle özellikle kronik hastalığı olan hastaların kendilerini izole etmeleri için sağlık hizmeti randevuları ertelenerek takip ihtiyacı olanlar için uygulamalar sanal ziyaretlere ve teletıp yaklaşımına taşındı. Bunların sonucunda AS başvurularında azalma saptanmıştır. Ancak hastaneye yatış oranlarında artış tespit edilmiştir.

Amaç: Bu çalışmada pandemi nedeniyle alınan önlemler, yeni yaklaşımlar ve pandeminin oluşturduğu psikolojik etkilerin kronik hastalığı olan hastaların hastanemiz acil servisine başvuruları üzerine etkilerini araştırmak amaçlanmıştır. Çalışmaya Trakya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alındıktan sonra, hastanemiz AS'ine başvuran, kronik hastalığı olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 372 hasta dahil edilmiştir. Hastalara sosyo-demografik özellikleri ve acil servis başvuruları ile ilgili sorular içeren anket, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Bulgular: İstatistiksel analiz için SPSS v26 programı kullanılmış olup tanımlayıcı veriler ile birlikte McNemar ve McNemar-Bowker testleri ile analiz edilmiştir. Pandemi dönemi ve pandemi öncesi elde edilen veriler karşılaştırıldığında; 1) Acil servise başvuru sıklığının pandemi öncesine göre istatistiksel anlamlı olarak azaldığı ($p<0,001$), 2) Acil servise başvuru zamanının pandemi öncesine göre istatistiksel anlamlı olarak gece saatlerine doğru arttığı ($p<0,001$), 3) Acil servise başvuru şekli olarak ambulans kullanılmasının pandemi öncesine göre istatistiksel anlamlı olarak arttığı ($p<0,001$), 4) Acil servise başvurularda yanında daha az kişi ile gelme sıklığının pandemi öncesine göre anlamlı olarak arttığı ($p<0,001$), 5) Acil servise başvurular sonucu hastaneye yatış sıklığının pandemi öncesine göre arttığı ($p<0,001$) şeklinde bulunmuştur.

Sonuç: Covid-19 pandemisi nedeniyle kronik hastalığı olan hastaların acil servise başvuru sıklığının en sık virüs bulaşma korkusu nedeniyle azaldığı, buna bağlı olarak kronik hastalıkların daha kontrolsüz seyretmesi nedeniyle hastaların hastaneye yatış sıklığının arttığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Kronik Hastalıklar, Pandemi

SS-077

Vena Kava Inferior TrombozuBerfin NARİN¹, Aydın Cenk GÜNGÖR¹, Doğan YILDIZ¹, Abdullah İLHAN¹, Selin TEZEL¹¹Sultan II. Abdülhamit Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Vena kava inferior trombozu yüksek mortalite ve morbiditeye sahip nadir bir hastalıktır klinik şüphe olması halinde teşhis koymak bazen zor olabilmektedir. VKI trombozu olan hastalar genellikle bacaklarda ağırlık, ağrı, şişlik ve kramp gibi alt ekstremitte DVT'si olanlara benzer semptomlar gösterebilir. Tanı genellikle hastada pıhtının migrasyonu ve/veya venöz hipertansiyon belirtileri ile beraber semptomlar görüldüğünde konur.

Amaç: Biz bu vakamızda acil servise dizüri, idrarda renk değişikliği, kasık ve yan ağrısı ile başvuran ve vena kava inferior, renal ven ve alt ekstremitte trombozu saptanan bir hastamızı sunmayı amaçladık.

Bulgular: 32 yaşında erkek hasta acil servise 2 gündür olan dizüri, koyu renkli idrar yapma, yan ağrısı ve kasık ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın böbrek taşı öyküsü dışında bilinen kronik bir hastalığı yoktu. Travma, ameliyat veya uzun süreli seyahat öyküsü yoktu. Hasta son zamanlarda bacaklarında güçsüzlük hissettiğini ifade etti. Vital bulguları: tansiyon arteritel:128/81mmHg, nabız:72/dk, ateş:36,1°C, SpO2:99%, kapiller glisemi:128 mg/dL idi. Solunum sistemi ve kardiyak sistem muayenesi normal idi. Fizik muayenesinde karında defans, rebound, kostovertebral açıda hassasiyet yoktu ancak her iki alt ekstremitede femoral ligaman seviyesinden itibaren bacak distaline kadar cilt rengi soluk idi. Hastaya batın içi patoloji ön tanısı ile; tam kan sayımı, biyokimya, tam idrar tahlili planlandı. CRP seviyesi 130, WBC:16.000 görüldü. Mükerrer başvuruları olan, kasık ağrısı tarifleyen ve akut faz reaktanları yüksek görülen hastaya kontrastlı bilgisayarlı tomografi çekimi planlandı. Kontrastlı bilgisayarlı tomografide vena kava inferior duvar komşuluğunda, distalde iliak venleri de içine alacak şekilde uzanan dağınık heterojen alanlar görüldü (Şekil 1.a). Dış iliak damarların, ana iliak damarların, vena kavanın ve sol renal venin tutulumuna kadar olan alanda kontrast geçişi önemli ölçüde azalmış idi. Bu seviyelerde tromboz düşünüldü ve düşük moleküler ağırlıklı heparin tedavisine başlandı. (Şekil 1.b ve Şekil 1.c). Hasta vena kava inferior trombozu ön tanısı ile kalp ve damar cerrahisi bölümüne konsülte edildi. Hastaya vena kava filtresi ve EKOS® kateter yerleştirildi. Trombolitik ve antikoagülan tedavi başlandı. Yaklaşık 1 hafta sonra hastaneden taburcu edildi.

Şekil 1a



Şekil 1b



Sonuç: Inferior vena kava trombozu çok farklı klinik bulgularla seyredebilir ve tanısı zor olabilir. Belirgin bir risk faktörü olmasa bile karın ve yan ağrısı ile her iki ayakta ağrı, ödem, yürüme güçlüğü, bacaklarda kramp şikayetleri ile acil servise başvuran hastalarda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tromboz, Inferior Vena Kava, Yan Ağrısı, Dizüri, Trombolitik

SS-078

Yağ Değil Yürek Yakar

Merve Bartan¹, Yunus Emre Gemici¹, Aslıhan İleri¹, Mustafa Çalık¹

¹Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Hoodia Gordon, Afrika kaktüsüne benzer bir bitkidir ve yüzyıllardır Kuzey Güney Afrika'daki Bushmen kabillesi tarafından uzun yolculuklarda açlığı bastırmak için kullanılır. İçerisinde bulunan "P57" adlı bir molekülle iştahı bastırma ve günlük kalori alımını azalttığı ifade ediliyor. Garcinia Cambogia ise turunçgillerdeki aside benzer hidroksitrik asit içerir ve zayıflama ürünlerinin çoğunda %80 e varan oranlarda bulunur. Bu iki bitkinin kombine edilmesiyle hazırlanan destek amaçlı ürünler yağ yakmak ve zayıflamak için son zamanlarda sıklıkla tercih ediliyor

Hoodia Gordon



Hoodia Gordon

Garcinia Cambogia



Amaç: Bu vakayla sadece yağ yakmak gibi masum sebeplerle kullanılan bitkisel ürünlerin akut böbrek hasarına, agresif gelişen kas yıkımına ve müdahale edilmediği takdirde çoklu organ yetmezliğine neden olabileceğini amaçladık.

Bulgular: 27 yaş erkek hasta, 112 aracıyla tarafımıza halsizlik, bayılacak gibi hissetme şikayeti ile getirildi. Geliş GKS 15, Nabız 79, Ateş 36.1, Spo2:98, Kan Basıncı 132/83 Hastadan alınan anamnez ve geçmişe yönelik enabız verileri sonucunda; tanıli herhangi bir hastalığı yok. İlaç kullanım öyküsü bulunmamakta alkol, sigara ya da herhangi bir madde kullanmadığını ifade etmekte. Bekçi olarak mesai saatinde iken halsiz ve daha önce hissetmediği bir yorgunluk hissetmesi sonucu ekip arkadaşına durumu bildirmiş ve 112 ye başvurmuşlar. Son dönemde diyetinde farklılık olmadığını sadece sürekli yaptığı sporun yoğunluğunu arttırdığını belirtti. Yapılan fizik muayene sonucunda hastada herhangi bir akut patoloji bulgusu saptanmadı, EKG si normal sinus ritminde. Hastanın anamnezine göre presenkop ihtimali düşünülerek rutin kan tetkikleri istendi. Hidrasyonu sağlanarak gözlem altına alındı. Yaklaşık 1.5 saat sonra çıkan tetkiklerinde hastanın serum AST 170, ALT 81, CK 6957, WBC 13000, CRP 5. İdrar çıkışı mevcut olan hastanın hidrasyonuna devam edildi. Hastanın anamnezi tekrar sorgulanırken hastanın eşinin evden getirdiği Hoodia Gordonia ve Garcinia Cambogia içeren 'L**' isimli ürünü yağ yakmak amaçlı spor salonundan tedarik ettiği ve son 2 gün içinde 2 tablet kullandığı öğrenildi. Hasta monitorize edilerek kontrol kan tetkikleri istendi ve hidrasyona rağmen hastanın serum CK seviyesinin 17590 a ilerlediği gözlemlendi. Hastanın dahiliye servisindeki yatışı devam etmekte olup serum CK seviyesi gerilemekle birlikte henüz normal aralığa ulaşmamıştır. Hemodinamisi stabil, vitaller olağan seyrinde, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri doğal aralığına ulaşmış, koagülasyon değerleri normal aralıkta seyretmektedir.

Serum CK Seviyesi

	serum ck üst sınırı	
0. saat	308	6957
3. saat	308	17590
6. saat	308	9285
30. saat	308	10173
54. saat	308	7373
78. saat	308	3892

İnterne edilen hastanın tedavi altında serum ck seviyeleri

Sonuç: Serum CK seviyesinin 5000 unite/litrenin üzerinde olması belirgin kas yıkımının olduğunu gösterir ve bu kas yıkımı akut böbrek hasarının en önemli sebeplerinden biridir.

Anahtar Kelimeler: akut böbrek hasarı, serum ck, Hoodia Gordon, Garcinia Cambogia, zayıflama ürünleri

SS-079

Acil Servis Hekimlerinin Beslenme Alışkanlıkları ile Sağlık Davranışları ve Vardiya Çalışmanın Bunlar Üzerine Etkisi

Sevilay Vural¹, Figen Çoşkun²

¹Yozgat Bozok Üniversitesi

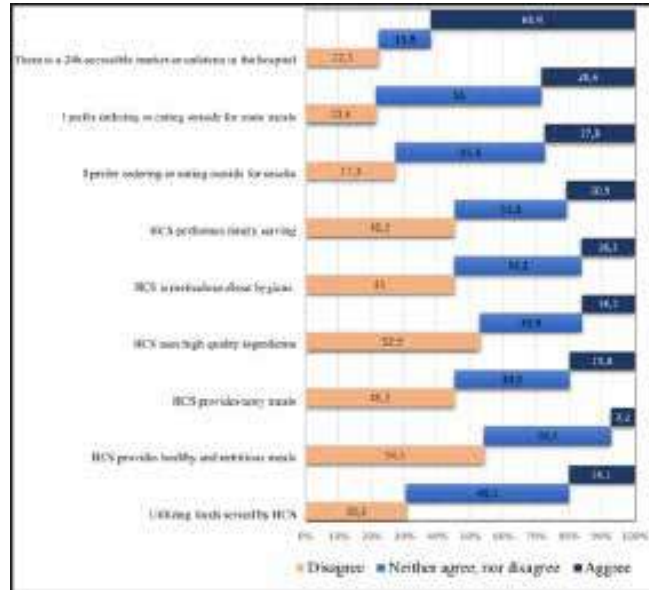
²Dokuz Eylül Üniversitesi

Giriş: Vardiyalı çalışma, uyku düzeninde, fiziksel aktivitede ve yeme alışkanlıklarında sağlıksız değişikliklere neden olur.

Amaç: Acil hekimlerinin beslenme alışkanlıklarını ve sağlık davranışlarını ve vardiyalı çalışmanın etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

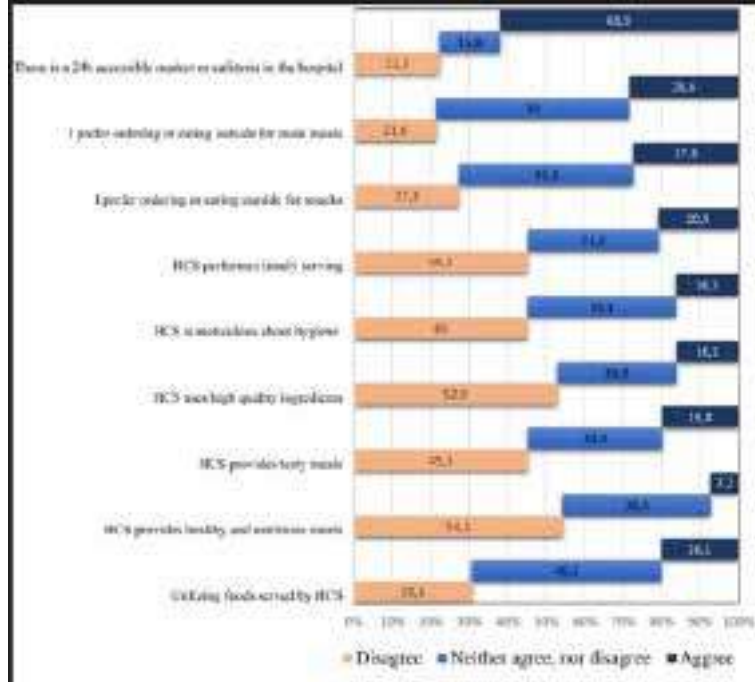
Bulgular: Toplam 278 hekim Vardiyasız Grup (n=55) ve Vardiyalı Grup (n=223) olarak ikiye ayrıldı. Medyan VKİ 25,5 (23,5-28,4) kg/m² idi. Fazla kilolu olma prevalansı %43,5 ve anormal bel çevresine sahip olma prevalansı %35,3 idi. Tütün ve alkol kullanım oranları sırasıyla %46,8 ve %43,2 idi. Hekimlerin çoğu depresyon (%73,4) ve ayrıca, bazıları uyku sorunları (%45) ve sinirlilik (%34,2) bildirmiştir. Egzersiz, çalışma popülasyonunun %20,9'u (n = 58) için rutin bir aktivite iken, %28,8'i (n = 80) hayatında hiç egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Sadece %20,1'i hastane yemek servisinde (HCS) düzenli olarak yemek yemiş ve 1/3'ü (%30,6) ise tercih etmemiştir. HCS tarafından sağlanan yemeklerle ilgili genel algılar çoğunlukla olumsuzdu. Doktorlar, HCS'nin ne sağlıklı, besleyici, lezzetli yemekler sunduğuna ne de hijyenik koşullarda yüksek kaliteli malzemeler kullandığına inanıyorlardı. İş yeri atıştırmalıklarının dağılımı, sırasıyla %38,5 ile küçük, yüksek kalorili abur cubur (çips, bisküvi, çikolata, kraker veya tatlı) ve %17,3 ile fast food idi. Sadece %21,6'sı salat, meyve veya lifli besinleri tükettiğini belirtirken evde daha çok salat, meyve veya lifli besinleri tercih ettiğini (%62,6) belirtmiştir. Öğün kaçırma veya atlama işyerinde yaygın olarak %40,3 oranında görülürken, iş dışındaki günlük rutinde yalnızca %15,5 oranında görüldü. BKİ, algılanan sağlık durumu, fiziksel aktivite, yaşanan uyku sorunları, depresyon, sinirlilik ve HCS tarafından sağlanan yemeklerden yararlanma için istatistiksel bir fark bulunmadı. Vardiyalı Grup istatistiksel olarak hastane yemekleri hakkında daha az olumlu düşünceye sahipti ve farklı alternatiflerden sipariş verme veya yemek yeme olasılığı daha yüksekti.

Şekil 1



Hastane yemek servisi tarafından sağlanan gıdaya yönelik algılar, tutumlar ve acil servislerde hastane ortamında alternatif gıdaya erişilebilirliğin yığılmış çubuk grafiği.

Şekil 2



Hekimlerin acil servislerde çalışmaya başladıktan sonra algıladıkları kişisel yaşam tarzı değişikliklerinin yığılmış çubuk grafiği.

Sonuç: Akademik olmayan acil hekimleri için vardiyalı çalışma kaçınılmazdır. Acil hekimleri uyku sorunları, duygudurum bozuklukları, sağlıksız beslenme rutinleri ve sınırlı fiziksel aktiviteden muzdariptir. Hastaneler ise arzu edilen gıdayı sağlamaz veya sağlıklı beslenmeyi teşvik etmemektedir.

Anahtar Kelimeler: sirkadiyen ritim, vardiyalı çalışma, acil servis hekimi, yeme davranışı, yaşam tarzı

SS-080

GASTRİK BOTOKS UYGULAMASI SONRASI İYATROJENİK BOTULİZM

FERHAT ZEREYAK¹, HAVVA ŞAHİN KAVAKLI¹, NAZLI GÖRMELİ KURT¹

¹ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Gastrik botulinum toksin A (BTX-A) enjeksiyonu, mide boşalmasını geciktiren bir endoskopik obezite tedavi seçeneğidir. BTX-A, nöromüsküler kavşakta asetilkolin salınımını engelleyerek düz ve iskelet kaslarının kasılmasını engeller. Mideye BTX-A enjeksiyonu ile mide motilitesi inhibe edilerek mide boşalması geciktirilir. Bu sayede kişilerin daha uzun süre tokluklarının sağlanıp kişilerin daha az yiyerek kilo vermesi beklenir.

Amaç: Bu yazıda 34 yaşında bir kadın hastanın gastrik botoks uygulaması sonrası acil servise nefes darlığı ve çift görme şikayetleriyle başvurusunu rapor ederek; Uygun endikasyonlarda çeşitli hastalıklarda etkin bir tedavi seçeneği olmasına rağmen, botoksun tehlikeli komplikasyonlarına dikkat çekmeyi amaçlıyoruz.

Bulgular: 34 yaşında kadın hasta. Acil servise nefes darlığı, bulantı, bulanık- çift görme şikayetleri ile başvurdu. 20 gün önce kilo verme amaçlı endoskopik gastrik botoks uygulaması mevcuttu. Bilinen hastalığı ilaç kullanımı bulunmamaktaydı. Vitalleri; SpO₂:81, Kan basıncı: 130/70 mmHg, Nabız 62/dk, Ateş 36,3, parmak ucu kan şekeri: 128 mg/dl şeklindeydi. Nörolojik muayenesinde bilincinin açık, oryante ve koopere, konuşması yavaş, hipofonik gözlemlendi. Bilateral DIR/IDIR:++/++, binoküler horizontal diplopi mevcuttu, hasta tek gözü ile normal gördüğünü ifade ediyordu. Bakış kısıtlılığı saptanmadı. Motor kuvvet muayenesinde; boyun fleksör kaslar 3/5, lateraller 3/5, üst ekstremit motor kuvvetinde distaller 4/5 iken proksimaller 2/5, alt ekstremit motor kuvveti muayenesinde distaller 3/5, proksimal 3/5 şeklindeydi. Hastanın başvuru anında alınan kan gazı Ph:7.21, pCO₂: 93mmHg, HCO₃: 36 mmol/L, PO₂: 61, Laktat: 1.50mmol/L şeklinde olup hastada tip 2 solunum yetmezliği tablosu mevcuttu. Hasta sonrasında Non-İnvaziv Mekanik Ventilator tedavisine alındı. Takibinde tip 2 solunum yetmezliği tablosunda geriledi. Botulizm ön tanısı ile botulizm antitoksini uygulaması planlandı. Ardından hastaya BAT uygulaması 1 flakon ilk 30 dk 0.5ml/dk (1/10 oranında sulandırılarak), hasta tolere ettikçe infüzyon hızının 30 dk aralıklarla 2 katına maksimum doz 2ml/dk olacak şekilde çıkarılması şeklinde uygulandı. Daha sonrasında hastanın nörolojik bulgularında antitoksin uygulaması sonrası gerileme saptandı.

Sonuç: Botulinum toksini tıpta bir çok alanda tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Ağır vakalarda ileri derecede solunum yetmezliği tablosu gelişeceğinden erken entübasyon açısından dikkatli olunmalıdır. Botulizm tedavisinde ilk 24 saat içerisinde BAT uygulaması mortalitede %36'lık azalma sağladığı düşünüldüğünde erken tanı ve tedavinin önemi daha iyi anlaşılacaktır. Botulizm olgusu varlığında halk sağlığı bildirimi yapılması zorunlu olduğu hatırlanmalıdır. Acil başvurularda acil tıp doktorlarının bu konuda farkındalıklarının yüksek olması botoks tedavisinin komplikasyonlarına bağlı tehlikeli sonuçların önüne geçecektir.

Anahtar Kelimeler: GASTRİK BOTOKS, BOTULİNUM TOKSİN A, HEPTAVALANT BOTULİZM ANTİTOKSİN- EKVİN

SS-081

'Santral Değilse Taburcudur' Mu?

Bahadır Taşkıran¹, eray bütüner¹, mahmut kerem avşaroğlu¹, süreyya tuba fettahoğlu¹, salih fettahoğlu¹, serkan doğan¹

¹sağlık bilimleri üniversitesi, kanuni sultan süleyman eğitim ve araştırma hastanesi acil tıp kliniği

Giriş: Guillain-Barre sendromu, immün aracılı periferik sinir miyelin kılıfı veya akson yıkımı ile karakterize akut bir polinöropatidir. Klinik olarak, geçirilen viral bir hastalık sonrası asendan simetrik güçsüzlük veya paralizi, arefleksi veya hiporefleksi gelişir. GBS tanı kriterleri olarak; birden fazla ekstremitede ilerleyici güçsüzlük ve arefleksi veya hiporefleksi mecburi, günler-haftalar boyunca ilerleme, ilerlemeden 2-4 hafta sonra başlayan iyileşme, semptomların simetrik olması, hafif duyuşsal semptom ve bulgular, kranial sinir tutulumu, otonomik disfonksiyon, başlangıçta ateş olmaması, BOS'ta sitoalbuminolojik disosiyasyon ve EMG ve sinir ileti çalışmalarında tipik bulgular destekleyici tanı kriterleridir. Hasta yönetiminde ilk adım solunum fonksiyonunun değerlendirilmesidir. Solunum yetmezliği gelişmeden önce havayolunun korunması, aspirasyon ve diğer komplikasyonların insidansını azaltır. Tedavi olarak IV immünoglobulin ve plazma değişimi iyileşme süresini kısaltır. Kortikosteroidlerin hiçbir faydası yoktur ve zararlı olabilir.

Amaç: Sadece santral sebeplerin değil periferik sebeplerin de akla gelmesi gerektiğini hatırlatmak.

Bulgular: Bilinen hastalık, düzenli ilaç kullanım ve alerji öyküsü olmayan 41 yaşındaki erkek hasta acil servise halsizlik, 3 gündür var olan ellerde ve bacaklarda uyuşma şikayeti ile başvuruyor. Hastanın acil servise başvuru sırasında ve takiplerinde GKS: 15, bilinç açık, oryante, koopere ve vitalleri stabil seyrediyor. Acil servis başvurusunda yapılan fizik muayenesinde sağ fasiyal paralizi, üst ekstremitelerde bilateral 4/5 kas kuvveti, alt ekstremitelerde bilateral 3/5 kas kuvveti ve arefleksi mevcut. Hastaya yapılan rutin kan ve idrar tetkiklerinde ve çekilen kranial görüntülemelerinde mevcut kliniği açıklayacak patolojik bulgu saptanmadı. Periferik nörolojik hadisenin araştırılması için nöroloji konsültasyonu yapıldı. Nöroloğun önerileriyle önce hastaya kranial ve tüm spinal MRG çekildi ve LP uygulandı. Hastanın kliniğini açıklayacak altta yatan santral bir sebep olmaması, klinik bulgularının ve LP sonucunun GBS kriterlerini karşılaması üzerine hastaya GBS tanısı konularak IVIG tedavisine başlandı ve YBÜ yatışı sağlandı.

Sonuç: Bir acil servise nörolojik semptom ve bulgularla bir hasta geldiğinde ilk olarak santral sebepler düşünülmelidir ve bu ön tanımlara yönelik tetkikler planlanmalıdır. Ancak, nörolojik semptom ve bulgular her zaman santral sebeplerden kaynaklanmamaktadır. Periferik nörolojik durumlarda da benzer kliniklerdeki hastalarla karşılaşılabilir. Bu gibi durumlarda GBS gibi hastane yatışı gerektiren periferik nörolojik hastalıklar da akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: guillain barre sendromu, sitoalbuminolojik disosiyasyon, polinöropati, periferik nörolojik hastalıklar

SS-082

Acil Servis Karın Ağrısı Şikâyeti ile Başvuran Geriatrik Hastaların Hastaneye Yatışı Etiyolojilerinin İncelenmesi

Şenol Arslan¹, Nurda Öztürk Gündoğdu¹, Melike Nur Çırçır¹

¹Erzurum Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Giriş: Karın ağrısı acil servis başvurularının %5-10' unu oluşturan, hastaların hem yaşam konforunu etkilemesi hem de altta yatabilecek olan hayati sebepler nedeniyle önemli bir başvuru nedenidir (A Kamin, A Nowicki, S Courtney, & D Powers, 2003). Geriatrik hastalarda yeterli anamnez alınamaması, fizik muayenedeki belirsizlik, çoklu ilaç kullanımı, komorbidite varlığı sebebiyle morbidite ve mortalitede 6-8 kat gibi önemli oranda artış söz konusudur. (Hustey, Meldon, Banet, & Gerson, 2005). Bu nedenle acil servise karın ağrısı şikâyeti ile başvuran geriatrik hastalarda hızlı tanı ve tedavi hayati öneme sahiptir.

Amaç: Bu çalışmada, acile servise karın ağrısı şikâyeti ile başvuran ve hastaneye yatışı yapılan geriatrik hastalarda altta yatan etiyolojilerin oranını belirleyerek ön tanımlara yönelik hızlı tetkik ve tedavinin sağlanması amaçlanmaktadır

Bulgular: 325 hastanın 163 'ü 65-74 yaş aralığında (%50,15), 119' u 75-84 yaş aralığında (%36,62), 43'ü ise ≥85 yaşında (%13,23) idi. Hastaların 195'i (%60) erkek, 130 'u (%40) kadın idi. Hastaların tanılarının oranlaması yapıldığında belirgin bir şekilde hepatobilier patolojiler %55.47 ile en sık altta yatan patoloji olarak tanımlanmıştır. (Akut kolesistit- %18.77, Koledokolitiazis- %16.92, Akut pankreatit- %12.92, Kolelitiazis- %4, Kolanjit- %2.46). İkinci sık neden %12 oranı ile ileus tanısı olduğu gözlenmiştir. Pyelonefrit ve ürolitiazis içeren ürolojik patolojiler ise %6.15 oranı ile üçüncü sırada yer almaktadır. Yaş grupları içinde tanı dağılımında da benzer sıralama gözlemlenmiştir

Sonuç: Acil servise karın ağrısı şikâyeti ile başvuran geriatrik hastaların mortalitesi yüksek olduğundan daha fazla tetkike ihtiyaç duyarlar. Yaptığımız çalışmada geriatrik hastaların karın ağrısı başvurularının ve yatışı yapılanların yarısından fazlasında hepatobilier sistemi ilgilendiren etyolojiler saptanmıştır. Fizik muayenede dikkate alınarak öncelikli olarak bu patolojiler gözden geçirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: geriatri, karın ağrısı, akut batın

SS-083

Epileptik Nöbetin Nadir Bir Komplikasyonu: Temporomandibüler Eklem LuksasyonuOğuzhan Hacıosman¹, Hakan Çelik¹¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

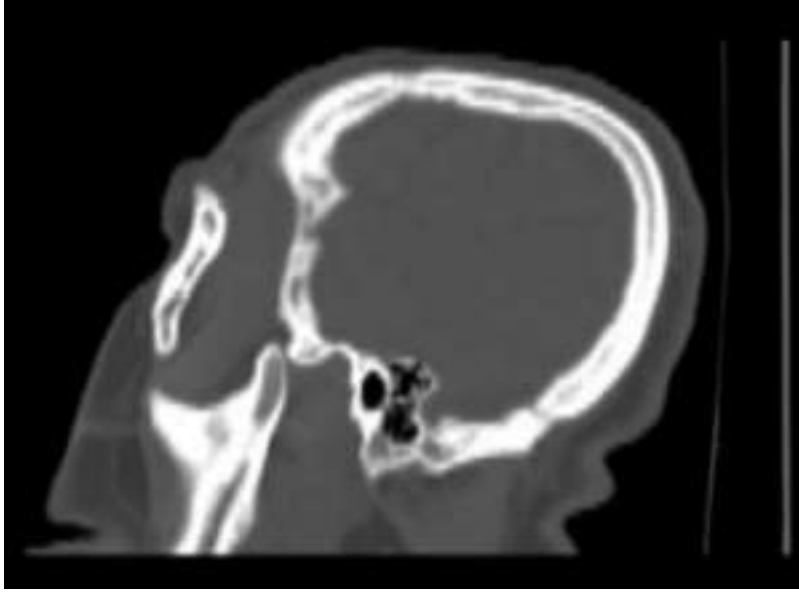
Giriş: Temporomandibular eklem(TME) lüksasyonu, mandibular kondilin normal hareket aralığının dışına ve glenoid fossadan uzağa aşırı öne translasyonudur. (1) Yıllık 100.000 ziyaretin birleştiği iki tıbbi acil servis, 7 yıllık bir süre boyunca yılda ortalama 5,3 TME lüksasyonu vakası bildirdi. (2) TME'nin lüksasyonu, vücutta rapor edilen tüm çıkık eklem vakalarının %3'ünü temsil eder. (3) Orofasiyal yaralanmalar, nöbetlerin seyrinden sonra sık görülür, ancak TME çıkığı nadirdir.

Amaç: Bu olgumuzda yerde baygın halde bulunan ve yakınları tarafından konuşmasında bozukluk nedeniyle acil servise getirilip yapılan muayene ve tetkikler sonunda epileptik nöbet sonrası TME lüksasyonu tanısı alan hastayı sunmayı planladık.

Bulgular: 61 yaş erkek hasta 112 tarafından nöbet geçirme ve konuşamama şikayetleri ile acil servisimize getiriliyor. Hastanın özgeçmişinde SAK ve epilepsi öyküsü var idi. Hasta yakınlarından alınan anemneze göre ilaçlarını düzenli kullanmadığı eve gittiklerinde yerde yatar pozisyonda bulduklarını söylediler. Hastaneye başvuru sırasında hastanın kan basıncı 140/90 mm-Hg, nabızı 75 /dk, spO2 si %98, parmak ucu kan şekeri 95 mg/dl olarak saptandı. Hastanın çekilen elektrokardiyografisinde normal sinüs ritmi saptandı. Hastanın acil servis başvurusunda Glasgow koma skalası (GKS) 15, bilinci açık idi. Babinski refleksi çift taraflı negatif ve laterizan bulgusu yok idi. Yapılan muayenesinde dizartri ve sol çenede ağrısı dışında ek özellik saptanmadı. Beyin tomografisi çekilen hastada intrakraniyal kanam bulgusu saptanmadı. Tomografi görüntüsü incelendiğinde sol temporomandibular eklem anterior lüksasyonu saptandı. İntraoral teknik kullanarak mandibula redükte edildi. Hastanın epileptik ilaçlarını düzenli kullanmamasının neden olduğu epileptik nöbet sonrası tme lüksasyonuna bağlı dizartsinin olduğunu eklem redüksiyonu sonrasında konuşmasının düzeldiği görüldü. Nöbet takibi yapılan hastanın takip süresince nöbet geçirmemesi üzerine ilaçlarını düzenli kullanması ve poliklinik kontrolleri önerilerek taburcu edildi.

TME LUKSASYONU

TME LUKSASYONU



Sonuç: Epileptik nöbet sonrasında her ne kadar az görülse de konuşma bozukluğu, hipersalivasyon ve ya çiğneme ve yutma bozukluğu olan hastalarda TME luksasyonu akla gelmelidir. Her hekim TME luksasyonu teşhisi koyma ve manuel redüksiyonu gerçekleştirme kapasitesine sahip olmalıdır (4). Status epileptikus sırasında, manuel redüksiyon hemen uygulanamıyorsa hava yolu korunmalıdır (4).

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, luksasyon, Temporomandibuler eklem, Epilepsi, luksasyon, temporomandibuler eklem, Epilepsi, luksasyon

SS-084

PANFASİYAL TRAVMA HASTASININ YÖNETİMİ

MUHAMMED SAMET AKAR¹, ŞEYMA NUR MÜLAYİM¹, TUBA BETÜL ÜMİT¹

¹HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL TIP KLİNİĞİ

Giriş: Yüz kırıklarının çoğunluğunu; düşmeler, saldırılar, motorlu taşıt kazaları ve spor yaralanmaları oluşturur. Panfasiyal travma, kraniyofasiyal iskelette frontal kemiğin, orta yüzün ve çenenin iki veya daha fazla alanını içeren yüksek enerjili mekanizma yaralanmalarını ifade eder. Panfasiyal travmada farenks ve larenkse erişim bozulabileceğinden, hava yolu yönetiminin zor olabileceği akılda tutulmalıdır.

Amaç: Bu olgu sunumunda bir panfasiyal travma hastasının yönetimine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Bulgular: 53 yaşında erkek hasta, darp edildiği beyanı ile yüzde şekil bozukluğu, sağ gözde görme kaybı, kanama ve şiddetli ağrı şikayetleriyle hastanemiz acil servisine ayaktan başvurdu. Acil serviste sarı alanda servikal boyunluğu takılarak travma tahtasına alınan hastanın başvuru anında GKS:15, TA: 100/70 mmHg nabız: 116 vuru/dk, oda havasında sPO2 90 idi. Hastanın ATLS10 klavuzuna göre primer ve sekonder bakısı ve yönetimi yapıldı. Fizik muayenede yüz kemiklerinde şekil bozukluğu, bilateral periorbital ekimoz ve frontal bölgede 15 cm, supraorbital bölgede 2cm cilt kesisi görüldü. Sol hemitoraksta dinleme ile bazallerde solunum seslerinin azaldığı saptandı. Kesi yerlerinden, burun ve ağız boşluklarından aktif kanaması olan hasta için havayolu güvenliğini sağlamak amacıyla entübasyon kararı alındı ve beklenen zor entübasyon olarak değerlendirildi. İşleme başlanmadan önce kurtarıcı entübasyon tekniği olarak video laringoskop ve krikotiroidotomi hazırlığı yapıldı. Hasta video laringoskop kullanılarak hızlı seri entübe edildi. Hastanın entübasyon işlemi sonrası yapılan görüntülemelerinde bilateral mandibulada subkondiler alandan ramuslara uzanan, bilateral zigomatik arkta, orbital tüm duvarlarda, nazal septum, nazal kemik ve konkalarda, bilateral pterigoid proseste, bilateral maksillada parçalı deplase fraktür hatları görüldü (Resim 1). Kranium kemik yapılarında ve serebral parankimde patoloji saptanmadı. T10 vertebra korpusunda fraktür hattı, sol hemitoraksta 6. 7. ve 8. kot lateral yaylarında deplase fraktür hatları ve 5 cm kalınlığında hemotoraks izlendi. Batın ve pelvik görüntülemelerde patoloji görülmedi. Hasta KBB, göz, göğüs cerrahisi ve anestezi kliniğine konsülte edildi. Acil servis takibinde hemogloblin değerinde 1,5 saat içerisinde 5.2 g/dL düşüş görülen hastaya acil cerrahi girişim düşünülmemesi üzerine kan transfüzyonu eşliğinde anestezi yoğun bakıma interne edildi.

Resim 1



Olgunun yüz kemikleri BT görüntüsü

Resim 2



Olgunun yüz kemikleri BT görüntüsü

Sonuç: Panfasiyal kırıklar kompleks maksillofasiyal yaralanmalardır. Bu kırıkların yönetimi ve tedavisi deneyimli ekiplerin multidisiplinler yaklaşımı ile yapılmalıdır. Tedavide normal fiziksel görünümün ve görme, çiğneme, koklama işlevlerinin geri kazanımı çok önemli olsada hava yolunu korumak ve hayatı tehdit eden acil durumları değerlendirip yönetmek bir numaralı görev olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: PANFASİYAL TRAVMA, VİDEO LARİNGOSKOP, BEKLENEN ZOR ENTÜBASYON

SS-085

Kontrastsız Toraks BT ile Raslantısal Aort Disseksiyonu Teşhisi

Doğan Özen¹, Yücel Yüzbaşıoğlu¹, Yavuz Katırcı¹, Mustafa Onursal Atmaca¹, Ertan Cömerpay¹

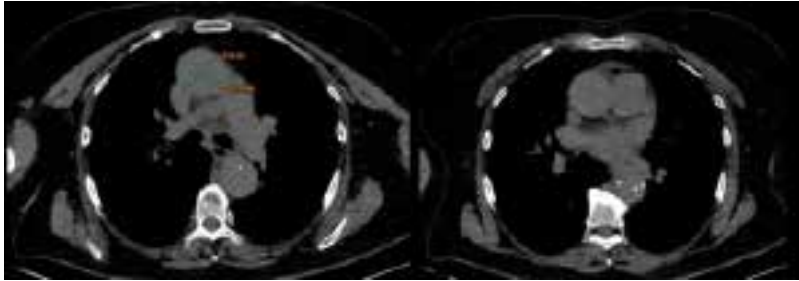
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Aort disseksiyonu %50 olasılıkla ilk 48 saatte mortal seyreden ve yalnızca %15-43 oranında doğru şüphelenilebilen, nadir görülen (5-30/1.000.000) bir klinik durumdur. Acil serviste göğüs ve sırt ağrısı olan her 1000 hastanın yalnızca 3'ünde Aort Disseksiyonu doğru tanı olarak öne çıkmaktadır.

Amaç: Bu vaka sunumu ile amaç acil serviste sıklıkla atlanabilen bu antiteye farklı bir bakış açısı sunmak ve tanı yöntemleri konusunda farkındalık yaratmaktır.

Bulgular: Dinlenmeyle azalıp eforla arttığını ifade ettiği sıkıştırıcı tarzda sırt ağrısı şikayetiyle acil servise ayaktan başvuran 67 yaşında kadın hasta. Bilinen Cushing hastalığı, hipertansiyon, ritm bozukluğu ve hipotiroidi tanıları var. Tek böbrek atrofik olduğundan çalışmamaktaymış. Gelişinde GKS:15 nörolojik muayenesi doğal, vitalleri stabil sağ ve sol kol arası tansiyon farkı yok, solunum ve kalp sesleri doğal 15 dk arayla çekilen EKG'ler arası dinamik değişiklik yok ve NSR olarak kaydedilmiş. Stabil anjina pektoris ön tanısıyla monitörize edilerek takip edilmek üzere kırmızı müşahede alanında devralındı. Takiplerinde şikayetlerine nefes darlığının eklendiği ve ağrısının arttığını ifade etmesi üzerine acil Toraks BT planlanan hastanın çekilen tomografisinde AORT çapının arttığı (42.6 mm) ve inen AORT seviyesinde cidar içinde multipl kalsifiye flap tarzı görünüm (Resim 1 ve 2) olması nedeniyle hastada AORT Disseksiyonu ön tanısı düşünüldü. Kontrastlı Torakoabdominal BT planlanan hastada takiplerinde hipotansiyon gelişti ve kardiyak arrest gerçekleşti. Entübe edilen ve 6 dk CPR sonrası ROSC sağlanan hasta ivedilikle Kontrastlı BT'ye götürüldü. DeBakey tip 1 AORT disseksiyonu (Resim 3) saptandı. ROSC sonrası EKG'de LBBB (sol dal bloğu) görüldü. KVC'ye konsülte edilen hasta cerrahi planlanarak KVC yoğun bakıma yatırıldı.

Resim 1 ve 2



Kontrastsız Toraks BT'de artmış AORT çapı ve inen AORT'ta kalsifiye olmuş disseksiyon flebi görüntüsü

Resim 3



IV Kontrastlı BT Anjiyografide DeBakey Tip 1 AORT Disseksiyonu

Sonuç: Aort disseksiyonunun tanısında en önemli tanı yöntemi arter fazında çekilmiş olan kontrastlı tomografi-dir. Bu bağlamda hastada kontrast olmaksızın çekilen Toraks BT'deki arteriyoskleroza bağlı duvar cidarı kalsifikasyonlarının gerçek lümen ve yalancı lümen arasına konumlanarak disseksiyon flebi görüntüsüne benzer bir görünüm yaratması bize Aort disseksiyonu tanısını düşündürmüş olup nadir görülen bir tanıya bizi ulaştırması nedeniyle özellikli bir vakadır. Sırt ağrısı, göğüs ağrısı ve dispne acil servise sık başvuru sebeplerindendir. Bu semptomlarla başvuran hastalarda planlanan görüntülemelerde yalnızca akciğer parankimine ve kemik yapılara değil vasküler yapılara da özenle bakılması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aort Disseksiyonu, Kontrastsız BT

SS-086

Eritrosit Dağılım Genişliğinin Kalp Yetmezliği Hastalarında Hastaneye Yatış Üzerine Etkisi Ve Atriyal Fibrilasyonun RolüHalil İbrahim Doru², Faruk Aydınılmaz¹, Şenol Arslan²¹Erzurum Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği²Erzurum Şehir Hastanesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı

Giriş: Eritrosit dağılım genişliği (RDW), tam kan hücresi sayımlarında rutin olarak ölçülen bir parametredir. Yapılan çalışmalarda akut koroner sendrom, kanser ve böbrek hastalıklarında prognostik bir belirteç olarak belirlenmiştir. Tüm bu hastalıkları RDW artışına sebep olan mekanizma bilinmemektedir, ancak kırmızı kan hücrelerinin devir hızının artması, buna bağlı düşük hacimli eritrositlerin dolaşıma geçmesi eritrositlerin dağılım genişliğini artırmaktadır. Başka bir hipoteze göre ise kronik hastalıklar veya epizodik hipoksiye bağlı olarak artan eritropoetin artışının dağılım hacmini artırabileceği yönündedir. Sonuç olarak RDW kronik bir hastalığın veya hipoksinin bir belirteci olarak kabul edilebilir.

Amaç: Çalışmanın amacı acil servise dekompanse kalp yetmezliği kliniği ile başvuran ve hastaneye yatışı yapılan düşük ejeksiyon fraksiyonlu hastalarda ve ayrıca kalp yetmezliğine bağlı mortalite riskini daha da artıran atriyal fibrilasyon (AF) varlığında, RDW düzeylerinin in-hospital mortalite üzerine etkisi olup olmadığını araştırmaktır. Çalışmaya son 2 yıl içerisinde acil servisten yatışı yapılan düşük ejeksiyon fraksiyonlu 335 hasta dahil edildi. Hastalarda AF varlığı koroner yoğun bakım ve servis takiplerinde günlük elektrokardiyografiye göre belirlendi. Yalnızca kalıcı AF hastaları çalışmaya eklendi. Hastalar atriyal fibrilasyon varlığına göre gruplandırıldı. RDW düzeyleri acil servis başvurusunda alınan tam kan ölçümlerine göre belirlendi ve % olarak ifade edildi. Gruplar arasında klinik, demografik, ekokardiyografik ve laboratuvar parametreler karşılaştırıldı. Hastane içi mortalite verileri hastane sistem kayıtlarından elde edildi.

Bulgular: Hastaların 132 (%39.4)'ünde AF mevcuttu. AF grubunda RDW 15.93 ± 2.81 iken, non-AF grupta 14.96 ± 2.28 idi. ($p=0.001$). İki grup arasında hemoglobin, C-reaktif protein, sol atrium çapı, sistolik pulmoner arter basıncı (SPAP) ve iskemik inme öyküsü parametrelerinde anlamlı farklılık bulunmaktaydı. 27 hastada hastane içi mortalite tespit edildi. (%8.1) 18 hasta AF (%13.6), 9 hasta non-AF grubunda idi (%4.4). Yapılan tek değişkenli analizde AF varlığı, hemoglobin, SPAP ve RDW düzeyleri mortalite için olası risk faktörleri olarak tespit edildi. Çok değişkenli analizde ise RDW düzeyi mortalite için bağımsız prediktör olarak tespit edildi. (OR: 1.247 %95CI: 1.094-1.442; $p=0.001$)

Sonuç: Sonuç olarak acil servise başvuran ve yatışı yapılan hastalarda başvuru RDW düzeyleri mortalite açısından anlamlı bulundu ve bu parametre atriyal fibrilasyonu olan hastalarda daha belirgin yüksekti. RDW düzeyi sadece anemi parametresi olarak değil, inflamasyon, hipoksi ve nutrisyonel durum göstergesi özellikleri nedeniyle kronik hastalıkların takibinde değerli bilgiler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Eritrosit dağılım genişliği (RDW), Kalp Yetmezliği, Atriyal fibrilasyon

SS-087

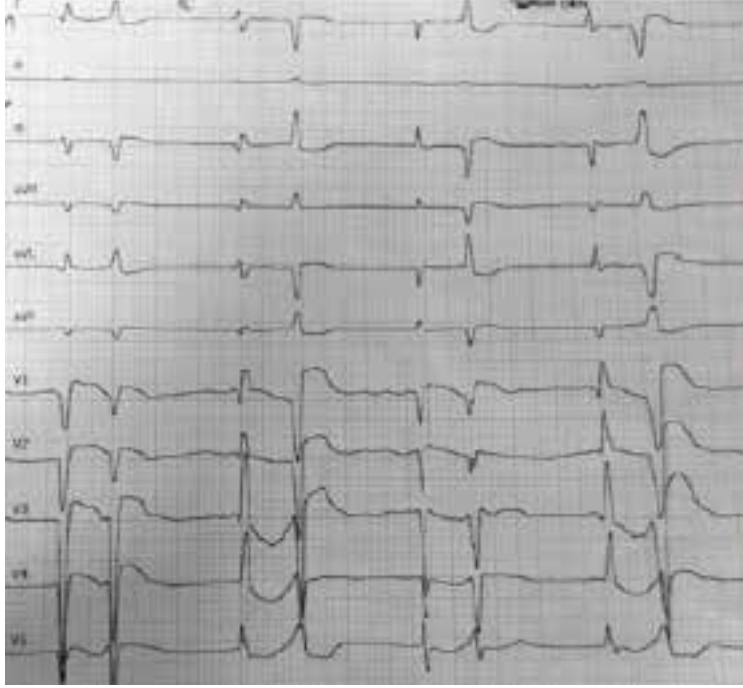
Hipokalemi ve Digoksin ToksisitesiAydın Cenk GÜNGÖR¹, Abdullah İLHAN¹, Hande ASAN¹, Hasan Kürşad KORKMAZ¹¹Sultan II. Abdülhamit Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Digoksin, kalp yetersizliği ve atriyal fibrilasyonu olan hastalarda uzun süredir tedavi yöntemi olarak tercih edilen bir antiaritmik ilaçtır (1). Dar bir terapötik aralığa sahip olduğu için serum digoksin düzeyleri yakından izlenmelidir (2). Hipokalemi, renal klirensi azaltarak ve ilacın miyokard dokusuna bağlanmasını artırarak hastayı digoksin toksisitesine yatkın hale getirir ve bu durum aritmi için önemli bir risk oluşturmaktadır (3). Kronik digoksin zehirlenmelerinde gastrointestinal semptomlar daha az görülüp, elektrolit dengesizliği, konfüzyon ve halsizlik gibi nörolojik bulgular daha sık görülebilmektedir (4).

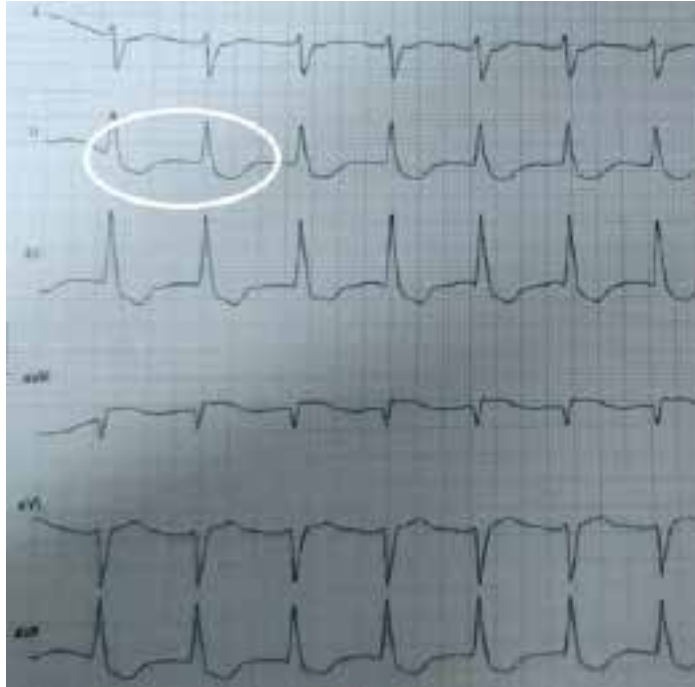
Amaç: Bu yazıda kronik böbrek yetmezliği ve kalp yetmezliği öyküsü olan bir hastada hipokalemi ile beraber digoksin toksisitesi saptanması ve potasyum replasmanı ile klinik semptomların düzelmesini gördüğümüz bir vakayı ele alıyoruz.

Bulgular: 96 yaşında bir hasta birkaç gündür halsizlik ve iştahsızlık şikâyeti ile acil servise başvurdu. Hastanın kalp yetmezliği, esansiyel hipertansiyon, atriyal fibrilasyon, astım ve kronik böbrek yetmezliği öyküsü vardı. Son 9 aydır da digoksin tedavisi alıyordu. Hastanın fizik muayenesinde nabzının düzensiz ve nabız sayısının 35 olduğu görüldü. Hastanın vital bulguları; tansiyon arteriyel: 155/66 mmHg, nabız: 35/dk, ateş: 36 °C, SpO2: %94 olarak ölçüldü. Elektrokardiyogramda (EKG) 35/dk hızda nabız, T dalgasında düzleşme, düzensiz geçişli yaygın ventriküler ekstrasistoller ve atriyal fibrilasyon ritmi görüldü (Şekil 1). Acil servise getirildikten 2 saat sonra çekilen kontrol EKG'de yaygın Salvador Dali Sagging olarak da tanımlanan aşağı eğimli st depresyonu izlendi (Şekil 2). Laboratuvar tetkiklerinde hastanın potasyum düzeyi 3 mmol/L ve digoksin düzeyi 3,6 ng/mL (referans aralık 0,8-2,0 ng/mL) olarak bulundu. Hastaya digoksin toksisitesi tanısı konuldu ve digoksin toksisitesine katkıda bulunan faktör olasılıkla hipokalemi idi. Hastanın kalp yetmezliği ve böbrek yetmezliği öyküsü ve potasyum düzeylerinin düşük olması nedeniyle digifab tedavisinden önce potasyum replasman tedavisi başlandı. Potasyum replasmanından sonra hastanın potasyum değeri 3,8 ölçüldü ve önceki EKG'de görülen ventriküler ekstra atım sayısı önemli ölçüde azalarak bradikardi tamamen kayboldu (Şekil 3). Hasta digoksin intoksikasyonu ve ventriküler aritmi ön tanısı ile kardiyojiye konsülte edildi. Tedavisi düzenlenen hasta yatışının 6. gününde taburcu edildi.

Bradikardi ve Atrial Fibrilasyon EKG



Salvador Dali



Sonuç: Digoksin kullanan ve toksisite için risk faktörleri taşıyan hastalarda serum potasyum ve digoksin düzeylerinin aralıklı olarak ölçülmesi, toksisite riskini azaltmak için önemlidir ve tedavi aşamasında digifab kullanımdan önce serum elektrolit düzeylerinin düzeltilmesi hayati açıdan yüksek risk gösteren klinik semptomları iyileştirebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: "Digoksin", "Aritmi", "Toksisite", "Renal Yetmezlik", "Hipokalemi"

SS-088

Masum Bir AtakMuhammed Fatih Cırıl¹¹SBÜ İstanbul Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Ailesel Akdeniz Ateşi(AAA); ateş ve seröz zarların iltihabı ile belirgin yineleyen ataklarla süren kalıtsal periyodik ateş sendromlarının en sık görülenidir. Hastalığın tipik ve en sık görülen belirtileri 1–3 gün süren akut batın düşündürecek kadar şiddetli karın ağrısı ve tekrarlayan ateş atakları ve daha sonra bu atakların kendiliğinden çözülmesidir. Karın ağrısı ve ateş genellikle ani başlangıçlı olup kısa bir süre içinde zirveye ulaşır. Ataklar enfeksiyonlarla, menstrasyonla, soğukla, heyecan üzüntü gibi emosyonel durumlarla tetiklenebilir.

Amaç: Atak esnasında atağın sebep olduğu ateş, lökositoz ve CRP yüksekliği olabileceği gibi bu bulgulara sebep olabilecek altta yatan bir enfeksiyon odağı da bulunabilir. AAA atağı esnasında karın ağrısı ve yüksek ateş sebebiyle acil servise başvuran hastasında saptanan alt lob pnömonisi olgusunu ele alacağız.

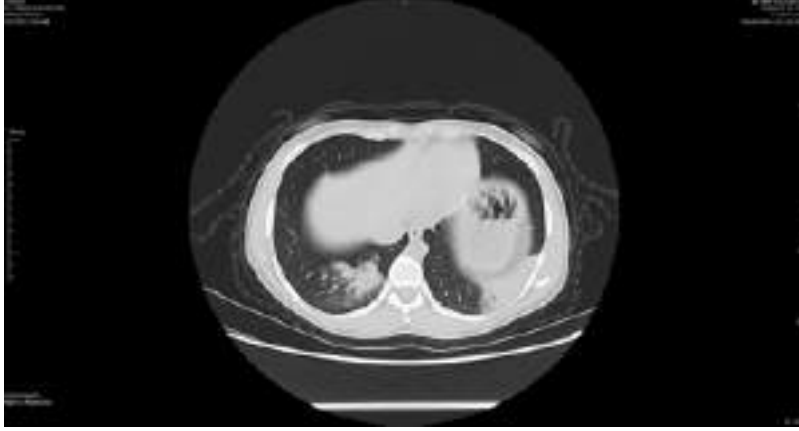
Bulgular: 24 yaşında kadın hasta yaklaşık 6 saat önce başlayan şiddetli karın ağrısı ve ateş şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Bilinen AAA öyküsü olan hasta en son 2 sene önce bu şekilde atak geçirmiş. Başvuru anında ateş: 37,2 tansiyon: 101/65 nabız: 114 saturasyon: 100 olarak saptandı. Fizik muayenede özellikle üst kadrans olmak üzere batında yaygın hassasiyet ve defans saptandı. Rebound yoktu. Harici sistem muayeneleri olağandı. Tam kan sayımında Beyaz küre:16.900 103/μL, nötrofil :14.58 103/μL, hemoglobin:11.2 g/dl olarak izlendi. CRP 57 (0-5) olarak saptanan hastanın fizik muayene bulgusundaki tabloya binaen perforasyon açısından PAAC istendi. Grafide sol alt lobda pnömoni ile uyumlu lezyon izlenmesi üzerine diğer olası enfektif patolojileri de ekarte etmek amaçlı toraks ve abdomen tomografisi istendi. (Şekil1,2) Abdomen tomografisinde akut patoloji saptanmayan hastada bilateral alt loblarda pnömoni ile uyumlu konsolidasyonlar izlenmesi üzerine göğüs hastalıkları servisine interne edildi. Servis takiplerinde balgam kültüründe s. pneumoniae üreyen hastada iv antibiyotik ile regresyon sağlanması üzerine 5 gün sonra taburcu edildi.

Şekil 1



Akciğer grafisi

Şekil 2



tomografi

Sonuç: AAA Atakları enfeksiyonlarla, mensturasyonla, soğukla, heyecan üzüntü gibi emosyönel durumlarla tetiklenebilir, şiddetli karın ağrısı ve ateş ile başvuran hastalarda olası harici sistem enfeksiyonları gözardı edilebilir. Bu hastamızla kendisini üst kadran ağrısı ile presipite eden ve AAA atağı ile gözden kaçabilecek bir alt lob pnömoni olgusunu ele aldık. Acil servislerde AAA atakları karın ağrısı ve ateş ile gelmekte ve genelde muayene doğrultusunda batın patolojilerine yönelinmektedir. Hastalar harici sistem enfeksiyonları da düşünülerek tetkik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: FMF, AAA, ateş, pnömoni

SS-089

HAYATI TEHDİT EDİCİ ARİTMİLERİN NADİR BİR NEDENİ - DİGOKSİN İNTOKSİKASYONU

İzzet Ustaalioğlu¹

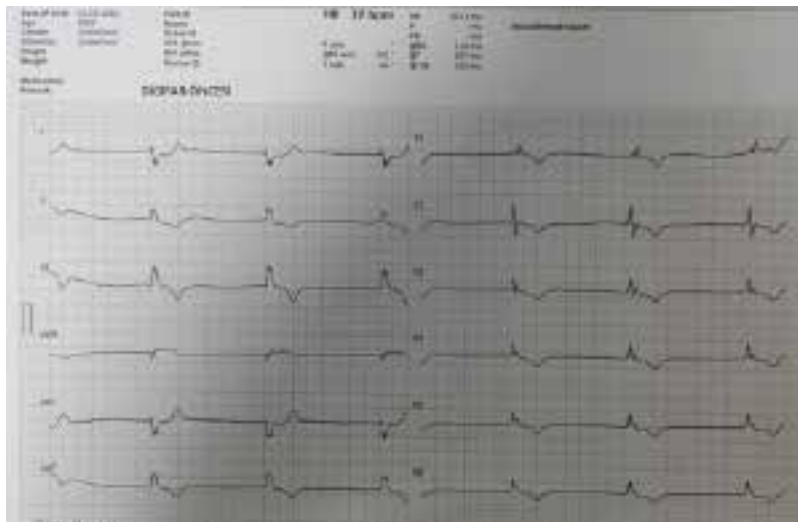
¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş: Digoksin sodyum-potasyum ATPaz pompasını bloke eden, kalp yetmezliği tedavisinde sık olarak tercih edilen bir ilaçtır. Pozitif inotrop etkisi ile kalp kasının kasılma kapasitesini attırırken negatif kronotrop etkisi ile kalp hızını düşürür. Digoksin'in tedavi edici dozu ile toksik dozu arasındaki fark (güvenlik aralığı) çok dardır. Kullanımının az olmasından dolayı acil servise başvuran ilaç intoksikasyon vakaları içinde nadir görülse de hayati tehdit eden vakalar arasında yer alır.

Amaç: Biz bu vakada ek hastalıklarından dolayı çoklu ilaç kullanan ve bunların arasında digoksin bulunan hasta da hayati tehdit eden aritmiler gelişebileceğini ve bu aritmilerin tedavi yaklaşımını paylaşmayı amaçladık.

Bulgular: 96 yaşında kadın hasta acil servise iki gündür olan bulantı, kusma şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde bilinen hipertansiyon, kronik kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği mevcut. Bu hastalıklarından dolayı ramipril, bisoprolol, atorvastatin, edoksaban, furosemid ve digoksin kullanıyor. Muayenesinde bilinç açık, oryante, koopere, nörolojik muayene doğal, solunum seslerinde bilateral bazalde ince ralleri mevcut, batin rahat defans rebound ve pretibial ödemi yoktu. Vitallerinde ateş:36°C, tansiyon:150/90 mm/Hg, nabız:37/dk, spo2:%94, kan şekeri:140 mg/dl olarak ölçüldü. Çekilen elektrokardiyografisinde (EKG) nodal ritim görüldü. Kanlarında kreatin ve üre yüksekliği saptandı, elektrolit bozukluğu ve asidozu yoktu. Hastanın görüntülemelerinde patoloji saptanmadı. Hastaya hidrasyon başlandı ve maksimum 3 mg doza ulaşana kadar atropin yapıldı ancak ritim ve nabız değişmedi. Digoksin intoksikasyonu düşünülen hastadan gönderilen digoksin düzeyi 16,1 µg/L saptandı. Kardiyo-lojiye konsülte edilen hastanın yapılan ekokardiyografisinde EF: %40, sol ventrikül sistolik disfonksiyonu, sol ventrikül hipertrofisi, sol atrium dilatasyonu, sol ventrikül segmenter duvar hareket bozukluğu, asendan aort dilatasyonu (38 mm) saptandı. Hastaya pace maker düşünülmeyi, akut böbrek yetmezliği tedavisi ve digifab antikor tedavisi önerildi. Hastaya digifab tedavisi sonrası semptomları azaldı kontrol EKG'si sinüs bradikardisi ve hız 50 olarak saptandı. Takip ve tedavisinin devamı için hastanın yoğun bakıma yatırışı yapıldı.

Digifab öncesi hastanın EKG si



Digifab sonrası hastanın EKG si



Sonuç: Digoksin intoksikasyonunda, akut intoksikasyon genç erişkinlerde daha çok suisid amaçlı görülürken, yaşlılarda ise daha çok kronik intoksikasyon şeklinde görülür. Terapotik aralığının dar olması sebebiyle oldukça dikkatli kullanılması ve takibinin iyi yapılması gerekir. İntoksikasyonunda vagal tonusun artmış olmasına bağlı at-riyoventriküler blok, açıklanamayan sinüs bradikardisi, yavaş ventrikül yanıtı atrial fibrilasyon görülebilir. Tedavi, primer olarak destek tedavisidir. Yaşamı tehdit eden toksisite durumunda digoksin için spesifik bir antidot olan digoksine spesifik Fab antikor (digibin, digifab) tedavisi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: DİGOKSİN, İNTOKSİKASYON, ANTİDOT

SS-090

Her Güç Kaybı Ve Dizartri İskemik İnme Değildir!

Can Ilçin¹, Bilal Yenyurt¹, Muhammed Güner¹, Mahmut Kerem Avşaroğlu¹, Salih Fettahoğlu¹, Tugay Usta¹, Utku Murat Kalafat¹

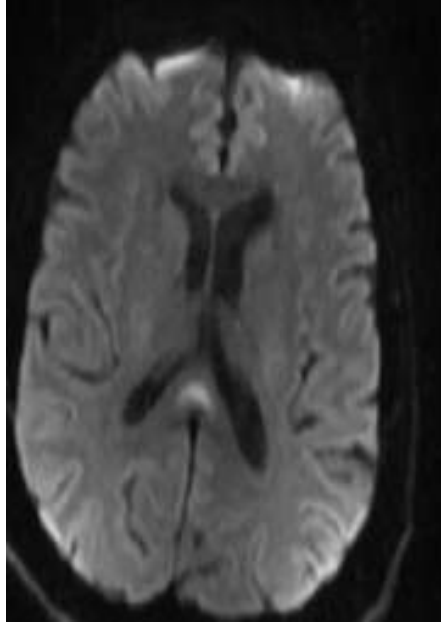
¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: İnfluenza ensefaliti, grip virüsü ile ilişkili nadir bir enfeksiyondur. Beynin tutulan alanına göre hafif formları ve hayatı tehdit eden, ölüm ile sonlanan formları olabilir. Birçok formunda kalıcı sinir hasarı olabilir, ciddi nörolojik semptomlar görülebilir. Bu hastalığın sık görülmemesi, teşhis ve tedavi için zorluklar yaratabilir ve yanlış yönlendirmelere neden olabilir.

Amaç: Bu olgu sunumu, influenza ensefalitinin bir vakasını detaylı olarak inceleyerek, hastalığın doğru tanı ve tedavisi konusunda klinik bilgi ve deneyim sağlamayı amaçlamaktadır. Ayrıca bu olgu sunumu, influenza ensefaliti hakkında daha fazla bilgi edinmenizi sağlayarak, gelecekteki olguların yönetiminde yararlı olabilir.

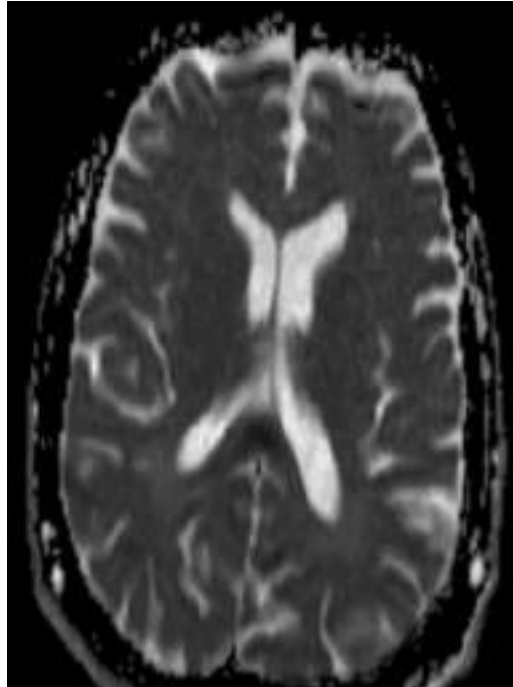
Bulgular: 44 yaşındaki erkek hasta, 3 gündür olan boğaz ağrısı, üşüme, titreme ile birlikte yüksek ateş, güç kaybı, konuşmada bozulma, baş dönmesi şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hasta, son üç gün içinde grip benzeri semptomlar yaşadığını ve ateşinin 38°C'nin üzerinde olduğunu belirtti. Hastanın özgeçmişinde bipolar hastalığı dışında bilinen bir hastalığı ve alışkanlığı yoktu. Vital anormalliği olmayan hastaya yapılan fizik muayenede, bilinç açık, oryante ve koopere, pupiller izokorik, bilateral ışık refleksi pozitif, fasiyal paralizi yok, nazolabial olukta silinme yok, konuşma sarhoşvari ve orta derecede dizartri, dismetri ve disdiokinezi bozulma mevcut, yürüyüş ataksik, kas gücü üst ekstremité 5/5, alt ekstremité 4/5 ve orofarenks hiperemik olarak saptandı. . Diğer laboratuvar sonuçlarında bir anormallik yoktu.-Beyin bilgisayarlı tomografide (BT) herhangi bir hemoraji, patolojik lezyon saptanmadı.-Difüzyon manyetik rezonans görüntüleme (MRI) incelemesinde corpus callosum genu düzeyinde lineer görümlü akut iskemik difüzyon kısıtlaması incelendi. (RESİM 1.)-Yapılan beyin MRI venografide sol transvers kolonda hipoplazik görünüm izlenip trombüs lehine bir bulgu saptanmadı.-Beyin SWI MRI incelemesinde SAK, parankimal hemoraji ve majör yer kaplayan lezyon saptanmadı.-Lomber ponksiyon ile BOS hücre sayımında hücre saptanmayan ve BOS PCR alınan hastada influenza dışı etkenlerin üremediği görüldü. Hasta, bu bulguların ve grip benzeri semptomların bir kombinasyonu nedeniyle influenza ensefaliti tanısı aldı ve intravenöz oseltamivir ve kortikosteroid tedavisine başlandı.Nöroloji ve anestezi reaminasyon konsültasyonları önerisiyle hasta yoğun bakım ünitesinde takibe alınmak üzere yoğun bakıma devredildi.

İnfluenza ensefaliti mr görüntüsü



İnfluenza ensefaliti mr görüntüsü

İnfluenza ensefaliti mr görüntüsü



İnfluenza ensefaliti mr görüntüsü 2

Sonuç: Sonuç olarak bu olgu sunumu, influenza ensefaliti tedavisi ve yönetimi konusunda klinik uygulamaya fayda sağlayıp, hastaların erken tanı ve tedavisinde diğer benzer olgu sunumları ile birlikte, influenza ensefaliti tanısı konan hastaların yönetiminde karar vermeyi kolaylaştırabilir.

Anahtar Kelimeler: influenza ensefaliti, ensefalit, serebrovasküler olaylar, nörolojik aciller

SS-091

Endoskopik intragastrik Botulinum uygulaması sonrası toksisite: İyatrojenik Botulizm

Mahmut Sami ALTAŞ¹, Merve ÜÇER¹, Burak KURTOĞLU¹, Ruşengül KORUK¹, Evren DAL¹, Suna ERAYBAR¹, Mehmet BULUT¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

Giriş: GİRİŞ: Botulizm, Clostridium botulinum bakterisinin toksini olan botulinum toksinin neden olduğu nörolojik semptomlarla prezente olan ciddi bir tablodur. Botulizm karakteristik olarak desendan simetrik flaks paralizili hipotoni şeklinde kendini gösterir. Paralizi yüzde ve kranial sinir tutulumları ile başlayabilir ve daha sonra toraks ve ekstremiteler kaslarına doğru ilerler. Botulinum toksini bu etkisini sinir kas kavşağından presinaptik asetil kolin salınımını engelleyerek gösterir. Etiyolojik olarak gıda kaynaklı botulizm, yara botulizmi, yetişkinlerde bağırsak kolonizasyonuna bağlı botulizm ve iyatrojenik botulizm sayılabilir.

Amaç: Endoskopik intragastrik Botulinum uygulaması sonrası botulismus tablosu ile prezente olan olgumuzu literatür eşliğinde tartışmayı planladık.

Bulgular: OLGU:42 yaş kadın hasta acil servise konuşmada güçlük, yutkunmada güçlük kol ve bacaklarda güçsüzlük ile başvurdu. Başvurudan yaklaşık 10 gün öncesinde mide botoksu uygulaması yapıldığı öğrenildi. Uygulama sonrasında giderek artan halsizlik ve mide bulantısı tablosuna günler içerisinde kollarda ve bacaklarda güçsüzlük ve konuşma ve yutma zorluğu eklenmiş. Hastanın geliş vitalleri ateşi:36.7 spo2 97%, kan basıncı 130/75mmHg, Nabız: 74 atım/dk olarak değerlendirildi. Hastanın yapılan nörolojik muayenesinde GKS 15 proximal kas güçlerinde 4 ekstremiteler için 4/5 kas gücünde tetraparezik iken, distal kas güçleri 4 ekstremiteler için 5/5 tam kas gücündeydi. Derin tendon refleksleri bilateral normoaktif, plantar refleks olağan, kranial sinir muayenesi intact, cerebellar muayeneler doğal, dermatom muayeneleri doğal, ağrı muayeneleri doğal olarak yorumlandı. Hastada ilerleyici proksimal kas gücü kaybı ve gis semptomlarının birlikteliği nedeniyle ön planda botulizm tanısı düşünüldü. 114 ile görüşülerek botulinum toksini antidotu talep edildi. Hasta takip amaçlı nöroloji servisine yatırıldı. Hasta 10 gün klinik takibin ardından şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: SONUÇ: Botulinum toksininin A serotipi güçlü etkisi ile kozmetik amaçlı, kas distonisi, spastisite, nörojen mesane ve ayrıca gastrik boşalmayı geciktirdiği ve uzun süreli tokluk hissi sağladığı için obezite tedavisinde kullanılmaktadır. Toksin enjeksiyonu sonrası lokal yan etkilerin yanısıra toksinin vasküler sisteme geçmesi aşırı doz toksin uygulama veya kısa sürede sık uygulamaya bağlı olarak sitemik toksisite bulguları görülebilmektedir. İyatrojenik botulismus tablosu oldukça nadirdir. Bu hastalarda semptomlar geç dönemde ortaya çıksa bile antidot tedavisi akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Botulizm, İyatrojenik Botulizm, Botulinum Toksini

SS-092

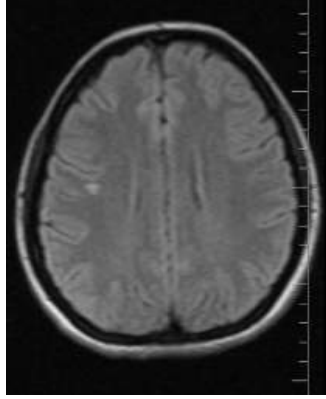
Acilde Yeni Tanı Multiple SklerozErtan Cömertpay¹, Yavuz Katırcı¹, Elif İsmet Çarlı¹, Yücel Yüzbaşıoğlu¹, Doğan Özen¹, Sema Yüzbaşıoğlu²¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Multipl Skleroz kronik, nöroinflamatuvar, progresif ve güncel bilgiler ışığında kesin tedavisi mümkün olmayan santral sinir sistemi hastalığıdır. Bu hastalık otoimmün inflamasyon, demyelinizasyon ve aksonal hasar ile karakterizedir. Multipl Skleroz etiyolojisi henüz tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, genetik faktörler ve çevresel etkenlerin bu hastalıkta büyük rol oynadığı düşünülmektedir. Hastalık genellikle 20-40 yaş aralığında ortaya çıkmakta ve kadınlarda 2-3 kat daha sık gözlenmektedir. Dünyada, 2013 yılında 2,3 milyon ve 2020 yılında 2,8 milyon insanın MS ile yaşadığı tahmin edilmektedir ve gözlenme sıklığı 100.000'de 36 kişi olarak saptanmıştır. Epstein-Barr virüs (EBV) enfeksiyonu, sigara kullanımı, düşük D vitamini seviyeleri ve ergenlik döneminde artan beden kitle indeksi (BKİ) ve MS gelişimi arasındaki ilişkiyi destekleyen güçlü kanıtlar bulunmaktadır.

Amaç: Bu vaka takdiminde amaç epidemiyolojik açıdan net açıklanamayıp görülme sıklığı, yaş,cinsiyet açıdan risk faktörleri taşıyan hasta grubunu tanımda farkındalık yaratıp ivedikle tanı konulup hastalığın en iyi yönetimini sağlamaktır.

Bulgular: 23 yaşında kadın hasta acil servise gelişinde 1 gün önce başlayan sağ gözde şişlik çift görme ve göz kararması, sağ tarafta topuk parmak ve omuzlar ağırlıklı uyuşma hissi, baş ağrısı, fışkırır tarzda kusma, senkop, baş dönmesi öyküsü ile başvurdu. Hastanın geliş vitaller ateş:36,5 tansiyon :126/74 mmhg spo2:96 nabız:84 dk/vuru (ekg: Normal sinüs ritmi) olup hastanın bilinen hastalık sürekli kullandığı ilaç alerjisi gebelik öyküsü yoktu. Daha önce benzer şikayeti ve aile öyküsü bulunmamaktaydı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ gözde pitozis sağ bakışta nistagmus, sağ kaş kaldıramama, yürüyüşte denge kaybı, topuk deri yanıtında sağ lakayt ve sağ gözde bulanık görme mevcut olup onun dışındaki sistem muayenelerinde ve rutin biyokimya ve tam kan panellerinde patoloji saptanmadı. Hastanın istenen kontrastsız beyin BT akut patoloji rastlanmadı.Çekilen MR görüntülemesinde hastanın yaşıyla ve kliniğiyle uyumsuz nonspesifik gliosis odakları saptandı(görsel 1) Hasta için yeni tanı MS ve akut santral patolojiler açısından nöroloji konsültasyonu, çift ve bulanık görme nedenli göz konsültasyonu ve periferik patolojiler açısından KBB konsültasyonu istendi.Hastada acil oftalmopatoloji,acil kbb patoloji rastlanmayıp ekartasyon yapılması üzerine nörolojik açıdan ileri tetkik ve tedavi amaçlı nöroloji kliniğine yatırışı yapıldı

Görsel 1



Sağ frontal bölgede diffüzyon kısıtlanmayan FLAIR hiperintens lezyon.

Sonuç: Henüz tanı almamış hastaların veya relaps yaşayan hastaların sıklıkla başvurdukları klinikler olan acil servislerde çalışan hekimler olarak MS'den şüphelenme eğilimimizi düşük tutmamız, hastaların erken tanı ve tedaviye ulaşması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Multiple Skleroz, Nöroloji, Manyetik Rezonans Görüntüleme

SS-093

Acil Serviste Nadir Bir Senkop Nedeni: Aort Diseksiyonu/Transmural HematomTugay Sarıççek¹, Emine Özdoğan Şimşek¹¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

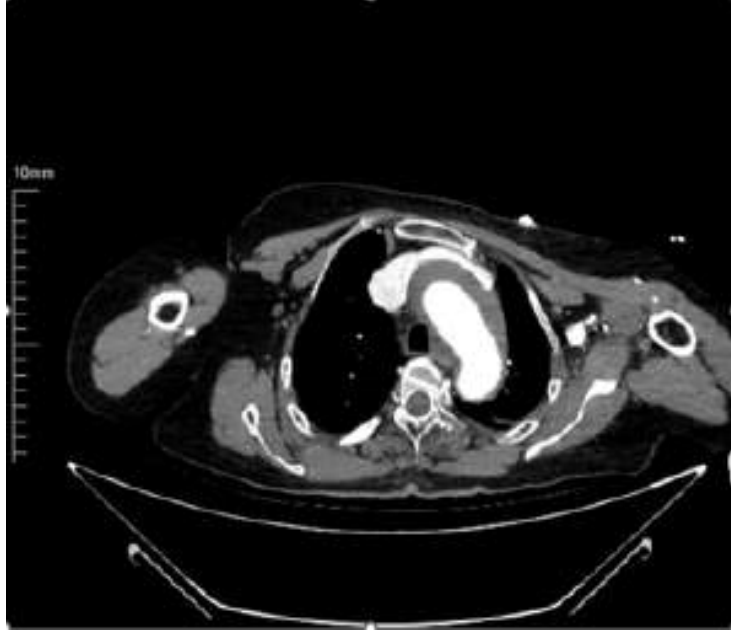
Giriş: Senkop yani bayılma; dünya çapında acil servise başvuruların %0,6-%3lük bir kısmını oluşturur. Büyük çoğunlukla hayatın 6. dekadında karşılaşılan senkopun etyolojisinde çok çeşitli sebepler yer alabilir. Etyolojide en sık vazovagal senkop yer almakla birlikte, hipoglisemi, epilepsi, şok tablosu da senkop etyolojisinde önemli yer tutmaktadır. Senkop etyolojisinde nadir görülen aort diseksiyonu/transmural hematom ise yapılan çalışmalarda, senkop sonrası acil servise başvuran hastaların yalnızca %1.7'lik kısmında görülmüştür. Bu hastalarda bilinç bozukluğu başta olmak üzere çok ciddi nörolojik semptomlar olmasına rağmen kardiyak yakınmalarının neredeyse olmadığı görülmüştür.

Amaç: Vakamızı sizlere sunmaktaki amacımız senkop ile acil servise başvuran hastalarda senkop etyolojisinde nadir de olsa aort diseksiyonu ve transmural hematomun da olduğunu hatırlatmak ve bu vakayı literatüre kazandırmaktır.

Bulgular: Bilinen hipertansiyon, iskemik svo tanıları mevcut olan 62y kadın hasta. Evde günlük işlerini yaparken göğüs ağrısı sonrası bayılma ile tarafımıza başvurdu. Senkop halinin hastaneye başvurusundan yaklaşık 50 dk önce olduğu, senkop esnasında ağız bölgesinde hipersalivasyon, idrar inkontinansı olduğu hasta yakınlarından öğrenildi. Nöbet benzeri kasılmadan bahsedilmedi. Hastanın hastanemize başvuru anındaki vitallerinde Ta:100/60, Spo2:94 Nabız:105 ateş:36,8 parmak ucu kan şekeri:164 olarak saptandı. Hastanın göğüs ağrısının olması üzerine çift kol tansiyon değerlendirilmesi yapıldı. Sistolik tansiyon farkının 10 mmHg olduğu görüldü. EKG: olumlu taşikardik. Yapılan muayenede hasta: GKS:10 Uykuya meyilli olduğu, ağırlı uyaranla gözlerini açtığı görüldü. Yer ve kişi oryantasyonu mevcut olan hastanın zaman oryantasyonu bozulmuştu. Işık refleksi +/+ . Kas gücü bazaliyle uyumlu olarak değerlendirildi. Taban cildi refleksi bilateral lakayt. Lateralizan bulgusu yok. Hastanın periferik nabızları bilateral değerlendirildi. Nabız dolgunluk farkı saptanmadı. Hastanın NIHSS skoru:3. Akut SVO olarak değerlendirilen hastanın laboratuvar değerlerinde: pH:7,26 laktat:8,4 glukoz :236 hemoglobin: 12,5 troponin:10,84. Hastadan intrakranial kanama ekartasyonu için kranial bt istendi. Kanama saptanmaması üzerine yapılan Karotis BT anjiyografi ve Beyin BT anjiyografide insidental olarak kalpte ventrikül içinde hemoraji ve aort çapında genişlik saptandı. Nöbetçi KVC hekimiyle iletişime geçildi. Hasta acil operasyona alındı.

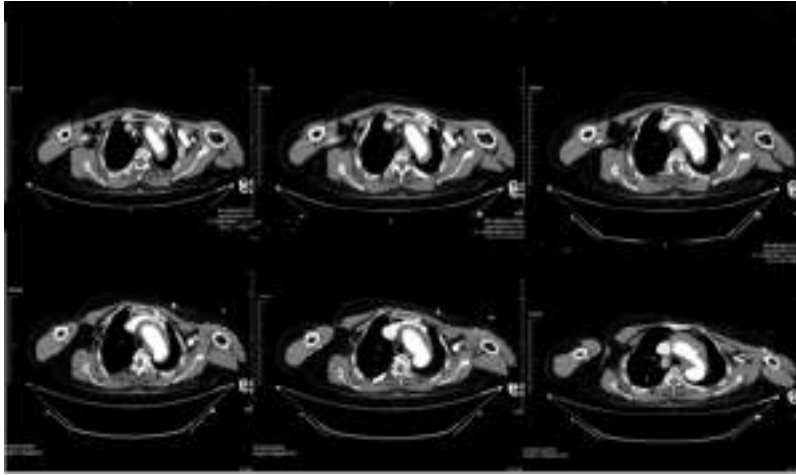
**Figure 1****Figure 2****Figure 3****Figure 4****Figure 5**

Transmural Hematom/Aort Diseksiyonu BT görüntüsü



Transmural Hematom/Aort Diseksiyonu BT görüntüsü

Transmural Hematom/Aort Diseksiyonu çoklu BT görüntüsü



Transmural Hematom/Aort Diseksiyonu çoklu BT görüntüsü

Sonuç: Senkop ve göğüs ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda çift kol sistolik tansiyon farkı ve periferik nabızlarında dolgunluk farkı olmasa bile; özellikle hipotansif ve taşikardik hastalarda intrakranial hadiseler ile birlikte etyolojide kardiyovasküler patolojiler de unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aort Diseksiyonu, Transmural Hematom, Senkop, Serebrovasküler Olay, Göğüs Ağrısı

SS-094

ACİL SERVİSE ATEŞ, BEL AĞRISI VE DİZÜRİ ŞİKAYETİ İLE GELEN HASTADA RABDOMİYOLİZ

Sena TOPRAK¹, Ozan ŞAHİN¹, Onur AKALIN¹

¹SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Rabdomiyoliz kısaca herhangi bir sebeple iskelet kasının yıkımıdır. Etiyolojide en sıkırları alkol ve ilaç kötüye kullanımı, ilaç yan etkileri, kas hastalıkları, travma olmak üzere çeşitli sebepleri görmekteyiz. McArdle hastalığı (Tip V Glikojen Depo) glikojen fosforilaz enzim eksikliğine bağlı otozomal resesif geçişli, kalıtsal kas enerji metabolizma bozukluklarının en sık görülen tipidir. Tipik formu kendini egzersiz sonrası artan kas güçsüzlüğü ve kramplarla gösterir, sıklıkla yaşamın ikinci veya üçüncü dekatlarında bulgu vermeye başlar.Bu hastalarda bazen aşırı egzersize bağlı rabdomiyoliz gelişebileceği bildirilmiştir.

Rabdomiyoliz



Rabdomiyoliz Triadı

Amaç: Bu olguda kas hastalığına bağlı olarak enfeksiyona sekonder gelişen rabdomiyalizi sunmayı amaçladık.

Bulgular: 18 Yaş erkek hasta, bilinen McArdle tanılı.Hasta acile ateş , bel ağrısı ve dizürü şikayetleri ile başvurdu. Hasta öksürük, nefes darlığı tariflemedi,kas ağrısı, egzersizle oluşan kramp, ağrı tariflemedi, idrar renginde koyulaşma olduğunu tarifledi. Alınan tetkiklerinde Troponin (42- 72-96) ve CK yüksekliği seyreden (7838-13364-128670) , Ekg 'sinde iskemik değişiklik bulunmayan, kreatinin yüksekliği bulunmayan , elektrolit imbalansı olmayan , TİT'te lökosit: 583 eritorsit: 240 crp:43 olan hastanın Troponin yüksekliği sekonder nedenlere bağlanmış olup, hasta CK yüksekliği ve iye nedeniyle dahiliye servisine interne edildi.

Sonuç: Klinik prezentasyon, kas yıkımının ve komplikasyonların ciddiyetine bağlı olarak, hafif subklinik tablo ile ciddi hayatı tehdit edici durum arasında değişkenlik gösterebilir. Klasik triad akut miyalji, geçici kas güçsüzlüğü ve koyu renkli idrardır, fakat bu triad hastaların yaklaşık %10'unda görülebilmektedir. Kronik kas hastalığı veya genetik hastalıkları olan hastalarda rabdomiyoliz durumu olmadan da CK yüksek seyredeceğinden bu hastalarda karar bazal CK düzeyleri ile karşılaştırmalı olarak verilmelidir. CK düzeyinin yüksekliği kas yıkımının ciddiyeti ile korele olmakla beraber böbrek yetmezliği gelişme riski ile ilişkili değildir. Özellikle "çok aşırı" kas kullanımı sonrası asemptomatik miyoglobinem, miyoglobüri de görülebilir ve semptom olmasa da böbrek yetmezliği açısından hastaların takip edilmesi gerekmektedir. Hem nefrotoksisitenin önlenmesi hem de üçüncü boşluğa kaçan intravasküler volumnun yerine konması için temel tedavi sıvı resüsitasyonudur. Hafif semptomları olan, etiyojisi tespit ve tedavi edilebilen, normal vital bulguları olan, elektrolit ve böbrek fonksiyon testleri normal olan, oral alımı tolere edebilen ve CK düşme eğiliminde olan hastalar takip önerilerek acil servisten taburcu edilebilir. Nedeni belli olmayan, böbrek hasarı gelişen, elektrolit imbalansı olan, tekrarlayan rabdomiyoliz atakları olan hastalar tedavi ve ileri tetkik için yatırılmalıdır.Beni dinlediğiniz için teşekkürler...

Anahtar Kelimeler: Rabdomiyoliz, McArdle Hastalığı, Akut Böbrek Hasarı

SS-095

ACIL TIP HEKİMLERİNDE TÜKENMİŞLİK SENDROMU VE ETKİ EDEN FAKTÖRLERDERYA AYDEMİR¹, DİLAY SATILMIŞ¹, MEHMET ÖZGÜR ERDOĞAN³, İSMAİL TAYFUR²¹SULTAN 2 ABDULHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ²ŞEHİT PROF DR İLHANK VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ³BAKIRKÖY DR SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Tükenmişlik sendromu, bireyin iş yaşamında ve insanlarla ilişkilerinde olumsuzluklara yol açan, fiziksel, duygusal ve entellektüel tükenmeyle karakterize bir sendromdur ve duygusal tükenme ve kişisel başarıda düşme gibi boyutları ile çalışanları olumsuz etkiler. Sağlık kuruluşları da, iş stresinin yüksek olduğu ve karmaşık yapıya sahip çalışma ortamlarıdır ve bu karmaşıklık içinde hizmetlerin hatasız sunulması hayati önem arz etmektedir. Bizim de bu çalışmada amacımız, yoğun ve stresli çalışma şartları olan acil tıp hekimlerinde tükenmişlik sendromunu değerlendirmek ve etki eden faktörlere dikkat çekerek farkındalık oluşturmaktır.

Amaç: Çalışmamız, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp kliniğinde görev yapan uzman ve asistan tüm acil tıp hekimlerinin dahil edilerek, 42 sorudan oluşan bir anket formu ile hekimler ile yüz yüze görüşülerek düzenlenmiştir ve tükenmişlik sendromu tanımlamasında Maslach Tükenmişlik Envanteri (MTE) ve Minnesota İş Doyum Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmamızın etik kurul onayı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik kurul komitesinden alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza toplamda 50 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların %38'i kadın,% 62'si erkekti ($p<0.05$). Tüm olguların ortalama yaşları $32,21\pm5,88$ yıl idi. Maslach tükenmişlik ölçeğine göre, duygusal tükenmişlik hissetme ortalaması $27,46 (\pm10,62)$, duyarsızlaşma hissetme ortalaması $12,78 (\pm5,95)$ ve kişisel başarıda azalma ortalaması $29,38 (\pm7,72)$ idi. Minnesota Doyum Ölçeğinden aldığı puan ortalamaları "İşsel Doyum" alt boyutundan $4,21\pm0,67$, "Dışsal Doyum" alt boyutundan $3,13\pm0,71$ ve "Genel Doyum" boyutundan $3,38\pm0,60$ puan idi. Minnesota İş Doyum Ölçeği ile MTE'nin "duygusal tükenmişlik" ve "kişisel başarı" puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı (% 48,6'e, % 39,8) ($p<0,001$). Minnesota İş Doyum Ölçeği ile MTE'nin "duyarsızlaşma" puanları arasında da negatif yönde anlamlı ilişki saptandı (% 36,3) ($p<0,001$).

Sonuç: Sonuç olarak, sağlık kuruluşları, iş stresinin yüksek olduğu ve karmaşık yapıya sahip çalışma ortamlarıdır ve bu karmaşıklık içinde hizmetlerin hatasız sunulması da hayati önem arz etmektedir. Acil tıp hekimlerinin de sürekli bir stres ortamına maruziyette olması gözönünde bulundurulduğunda, ruhsal sağlık tarama testlerinin periyodik olarak uygulanmasının durum tespiti ,sebebi sonuç ilişkilerinin belirlenmesi ve önlem alınmasında faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: tükenmişlik sendromu, maslach tükenmişlik envanteri, minnesota iş doyum ölçeği, Acil tıp

SS-096

Sistemik İmmün İnflamatuar İndeks'in Kalp Yetersizliğinde Hastaneye Yatıştaki Rolü

Furkan Akpınar², Sıdar Şiyar Aydın¹, Orhan Delice²

¹Erzurum Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

²Erzurum Şehir Hastanesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı

Giriş: Kalp yetersizliği(KY) kalp debisinin çeşitli organ ve dokuların perfüzyon ve metabolik ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kaldığı, dispne, akciğer konjesyonu ve periferik ödem gibi bulgular ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Amerika gibi gelişmiş ülkelerde her yıl yaklaşık 1 milyon insan KY sebebiyle hastaneye yatırılmaktadır ve nüfus yaşlandıkça bu oranın artması beklenmektedir. Son yıllardaki bazı tedavi ilerlemelerine rağmen KY'nin 5 yıllık mortalitesi hala %40-50'yi bulmaktadır. Bu sebeple, prognozun doğru değerlendirilmesi KY'nin klinik yönetimi için kritik öneme sahiptir. Klinisyenlerin yüksek riskli hastaları erken belirlemesine, hospitalize ederek daha agresif tedavi önlemleri almasına yardımcı olabilecek bir biyobelirtece ihtiyaç olabilir. KY'nin net patogenezi belirsizliğini korumasına rağmen, anormal immün aktivasyon ve kronik inflamasyon önemli bir rol oynamaktadır. İnflamatuar faktörlerin, KY'nin kötü prognozu için bir biyobelirteç oldukları kabul edilmiştir. Sistemik immün inflamasyon indeksi (SII); nötrofil, lenfosit ve trombosit dahil olmak üzere üç önemli immün hücreyi birleştiren ve lokal immün yanıtın ve sistemik inflamasyonun mükemmel bir göstergesi olarak kabul edilen bileşik bir inflammatuar göstergedir.

Amaç: Çalışmamızın amacı yoğun tedavi ve yakın takip amacıyla hospitalize edilen KY hastalarında SII'nin hastaneye yatış için potansiyel bir ön gördürücü olmasını araştırmaktır. Çalışmamız 2022 yılında hastanemiz acil kliniğine başvuran 262 KY tanılı hastanın kalp yetersizliği sebebiyle hastaneye yatırılan ve yatırılmayan olarak iki grupta incelenmesinden oluşmaktaydı. Hastaların demografik, klinik ve ekokardiyografik parametreleri karşılaştırıldı. Hastaların verileri hastane sistemi üzerinden kaydedildi.

Değişkenler

Değişkenler	Hastaneye yatış yok (n=154)	Hastaneye yatış var (n=108)	p
Yaş (yıl)	66.1±13.6	67.5±13.8	0.292
Cinsiyet (erkek)	112 (72.7)	76 (70.4)	0.677
HT (n,%)	96 (62.3)	69 (63.9)	0.798
DM (n,%)	40 (26)	38 (35.2)	0.109
KAH (n,%)	59 (38.3)	26 (24.1)	0.016
AF (n,%)	11 (7.1)	15 (13.9)	0.073
SVO (n,%)	11 (7.1)	11 (10.2)	0.383
EF (%)	33.3±7.6	34.1±8.6	0.441
Beyaz küre (10 ³ /µL)	8.3±3.1	8.8±3.5	0.183
Hemoglobin (g/dL)	14.6±2.1	13.4±2.5	<0.001
Platelet (10 ³ /µL)	238±74	280±88	<0.001
Nötrofil (10 ³ /µL)	4.47 (3.49-5.65)	7.86 (5.78-10.35)	<0.001
Lenfosit (10 ³ /µL)	2.30 (1.81-2.92)	1.64 (1.23-2.14)	<0.001
Monosit (10 ³ /µL)	8.50 (7.07-10.32)	8 (6.22-9.57)	0.011
SII	437.5 (323.7-661.3)	1225 (876-1995)	<0.001
CRP (mg/L)	6 (1.45-17.8)	19.6 (5.1-45.9)	0.001

Troponin (ng/mL)	17.4 (2.5-112.4)	18.8 (4.2-109.2)	0.582
Glukoz (mg/dl)	145.8±68.6	166.3±94.3	0.129
Kreatin (mg/dl)	1.03 (0.84-1.22)	1.13 (0.91-1.58)	0.003
Albümin (g/L)	41.2±5.2	36.1±9.9	<0.001
Sodyum (mmol/L)	140±3.2	140.3±5.4	0.355
Potasyum (mmol/L)	4.36±0.5	4.47±0.61	0.098
Kalsiyum (mg/dl)	9.42±0.56	8.98±0.85	<0.001
Magnezyum (mg/dl)	1.91±0.28	1.95±0.39	0.414
Ürik asit (mg/dl)	6.6±2.4	7±3.1	0.321

Kısaltmalar: HT: Hipertansiyon, DM: Diyabetes mellitus, KAH: Koroner arter hastalığı, AF: Atrial fibrilasyon, SVO: Serebrovasküler olay, EF: Ejeksiyon fraksiyonu, SII: Sistemik immün inflamatuvar indeks, CRP: C-reaktif protein.

Bulgular: Hastaneye başvuran 262 hastaların 108(% 41.2)'i KY sebebiyle hastaneye yatırıldı. Her iki grup arasında Hipertansiyon, diyabetes mellitus, atriyal fibrilasyon, serebrovasküler olay ve ejeksiyon fraksiyonu(EF) verilerinde anlamlı farklılık yoktu. Platelet hastaneye yatırılanlarda 280 ± 88 $103/\mu\text{L}$, yatırılmayanlarda 238 ± 74 $103/\mu\text{L}$ ($p < 0.001$), nötrofil hastaneye yatırılanlarda 7.86 $103/\mu\text{L}$, yatırılmayanlarda 4.47 $103/\mu\text{L}$ ($p < 0.001$), lenfosit hastaneye yatırılanlarda 1.64 $103/\mu\text{L}$, yatırılmayanlarda 2.3 $103/\mu\text{L}$ ($p < 0.001$) olarak izlendi. SII hastaneye yatırılan hastalarda 1225 iken, hastaneye yatırılmayanlarda 437.5 idi ($p < 0.001$). C-reaktif protein hastaneye yatırılanlarda 19.6 mg/L, yatırılmayanlarda 6 mg/L ($p < 0.001$) olarak izlendi.

Sonuç: Sonuç olarak, SII inflamasyonun yoğun olduğu ve hastaneye yatırılarak yakın takip ve tedavi gerektiren hastalarda daha yüksektir. SII kalp yetersizliği sebebiyle hastaneye yatış için bir ön gördürücü olabilir.

Anahtar Kelimeler: Kalp Yetmezliği, Sistemik İmmün İnflamatuvar İndeks

SS-097

Acil Servise Başvuran ve Mekanik Trombektomi Uygulanan Akut İnme Hastalarında Serum Allopregnanolon Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Hüseyin Tufan Yanık¹, Murat Yücel², Murat Güzel², Metin Yadigaroglu², Çetin Kürşat Akpınar³, Selim Görgün⁴

¹Samsun Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

²Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

³Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı

⁴Samsun Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Kliniği

Giriş: İskemik inme, beyin perfüzyonunun bozulması sonucu oluşan bir hastalıktır ve kardiyovasküler hastalıklardan sonraki ikinci en sık ölüm nedenidir. İnme hastalarına erken tanı koymak ve hastaların prognozlarını öngörmek amacıyla yapılan biyokimyasal belirteç çalışmaları araştırmacıların ilgi odağı olmuştur.

Amaç: Bu çalışmadaki primer amacımız mekanik trombektomi uygulanan iskemik inme hastalarındaki serum Allopregnanolon düzeylerindeki değişimi incelemektir.

Bulgular: Çalışmaya mekanik trombektomi yapılan 22 inme hastası ve kontrol grubunu oluşturan 20 sağlıklı gönüllü dahil edildi. 0.saat serum Allopregnanolon ortanca değeri 56.439 (31.71-253.07), sağlıklı kontrol grubunun serum Allopregnanolon ortanca değeri 51.219 (23.43-87.98) olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.078$). Hasta grubunun 0.saat, 12.saat ve 5.gün Alloprenanolon düzeyleri arasında anlamlı fark yoktu ($p=0.554$). Hasta grubunun 0.saatteki, 12.saatteki ve 5.gündeki serum Allopregnanolon düzeyleri ile 3. ay mRS skorları arasında anlamlı ilişki yoktu ($p=0.713$, $p=0.616$, $p=0.867$; sırasıyla).

Sonuç: İskemik inme hastalarının erken tanısında ve prognozunu öngörmeye serum Allopregnanolon değerleri yeterli değildir. Fakat reperfüzyon sonrası nöronların yenilenebilme yeteneklerini değerlendirmek amacıyla kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: İskemik inme, Mekanik trombektomi, Allopregnanolon, Tanı, Prognoz

SS-098

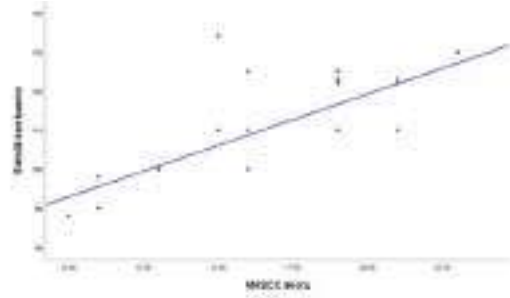
ACİL SERVİSE NÖTROPENİK ATEŞ İLE BAŞVURAN VAKALARIN RETROSPEKTİF ANALİZİMelis Dörter¹, Büşra Bildik²¹Koç Üniversitesi Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye²Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Karabük, Türkiye

Giriş: The Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) febril nötropenik hastaların risk durumlarının sınıflandırılması amacıyla kullanılır. Ancak hastane ortamında nadiren kullanılmaktadır.

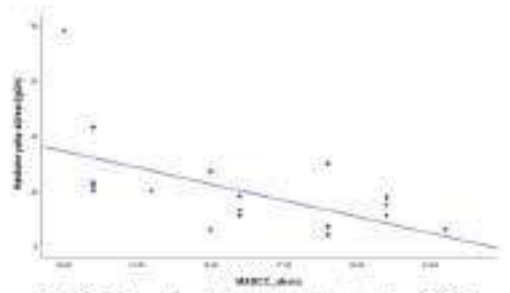
Amaç: Çalışmamızda ateş ile acil servise başvuran onkolojik tanılı hastalardan febril nötropeni tanısı konulan ve hastaneye yatırılan hastaların kalış süreleri ile MASCC skorları arasındaki korelasyonu incelemeyi amaçladık.

Bulgular: Araştırma 1 Aralık 2022- 1 Mart 2023 tarihleri arasında Koç Üniversitesi Hastanesi'nde %77,3'ü (n=17) erkek, %22,7'si (n=5) kadın olmak üzere toplam 22 olguyla yapılmıştır. Olguların yaşları 18 ile 87 arasında değişmekte olup; ortalaması 61,68±18,69'dur. Araştırmaya katılanların %9,1'i (n=2) hafif, %50'si (n=11) orta, %40,9'u (n=9) ağır semptom şiddeti skorları aldıkları görülmüştür. Katılımcıların Nötrofil sayısı 0 ile 1000 arasında değişmekte olup, ortalaması 528,32±304,89'dur. Katılımcıların ateşi 37,7 ile 39 derece arasında değişmekte olup, ortalaması 38,35±0,47'dir. Katılımcıların hastane yatış süreleri 4 ile 78 gün arasında değişmekte olup, ortalaması 18,91±16,16'dır. Katılımcıların MASCC skorları incelendiğinde; %77,3'ünün (n=17) düşük risk, %22,7'sinin (n=5) yüksek risk grubunda oldukları görülmüştür. Katılımcıların Onkolojik tanıları incelendiğinde; %18,2'si (n=4) akciğer kanseri, %45,5'i (n=10) Hematolojik Malignite, %27,3'ü (n=6) GİS Malignite, %4,5'i (n=1) beyin tümörü tanısı ve %4,5'i (n=1) farklı bir tanı aldıkları görülmüştür. MASCC skoru ile yaş, nötrofil ve ateş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (p>0,05). Sistolik kan basıncı ile MASCC skoru arasında ise pozitif yönde (MASCC skoru arttıkça kan basıncı artmakta) anlamlı ilişki vardır (r:0,688; p<0,01). Cinsiyetlere göre MASCC skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Hastanede yatış süresi ile MASCC skoru arasında ise negatif yönde (MASCC skoru arttıkça hastanede yatış süresi düşmekte) anlamlı ilişki vardır (r:-0,586; p<0,01). Semptom şiddeti ile MASCC skoru arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,05); semptom şiddeti arttıkça MASCC skoru düşmektedir. Klinik sonlanım ex olan olgularda Mascc skoru istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p<0,05).

Şekil 1: Mascc skoru ile sistolik kan basıncı ilişkisi



Şekil 1: Mascc skoru ile sistolik kan basıncı ilişkisi



Şekil 2: Mascc skoru ile hastanede yatış süresi ilişkisi

MASCC Skoruna Göre Değerlendirmeler

	r	p
Yaş	- 0,018	10,938
Nötrofil sayısı (mm3)	0,173	10,442
Ateş	-0,281	10,206
Sistolik Kan Basıncı	0,688	10,001
Hastane yatış süresi (gün)	-0,586	10,004
Cinsiyet	Erkek Kadın	0,937
Semptom Şiddeti	Hafif Orta Ağır	0,018
Klinik Sonuçlanma	Taburcu Ex	0,023

MASCC skoru

Sonuç: MASCC skoru hastanede febril nötropeni ile yatan hastalarda kullanımı az olmasına karşın, yüksek risk skoru daha kötü sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmanın, MASCC skorunu iş akışına dahil ederek komplikasyon riski yüksek olan hastaların belirlenmesine yardımcı olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Febril Nötropeni, Kanser, Nötropenik Ateş

SS-099

A RARELY ENCOUNTERED CBRN INCIDENT: BITUMEN BURN

Orhan Delice¹, Halil İbrahim Doru¹

¹Emergency Department, Erzurum Regional Education and Research Hospital, Erzurum, Turkey

INTRODUCTION-AIM: Burns caused by chemicals, such as hot tar, asphalt, or their derivative bitumen constitutes a unique class of thermal injury. In general, importance of early cooling and utilizing liquid solvents or petrolatum based moisturizers is emphasised in the removal of tar or asphalt. In our study, sunflower oil is used in order to cleanse the tissue with bitumen burn. Our goal in this report is to discuss the results of employing sunflower oil in bitumen burn.

CASE PRESENTATION: A 21-year-old male patient was accepted to our emergency service after being injured due to isolated hot-bitumen exposure. The patient presented no previous health condition in his history. His vital signs were stable. In the physical examination, the patient was conscious, alert, and oriented. There were widespread bitumen burn remnants on both upper limbs starting from the midline to the fingertips, on the neck with a circular pattern, and on the occipital region involving scalp (Figure 1,2,3) The bitumen residues of the patient, who had severe pain, were cleaned under sedoanalgesia by the help of pads impregnated with sunflower oil (Figure 4,5) The patient decontaminated from the bitumen residues was admitted to the intensive care unit for follow-up and further treatment. Subsequently, he was handed over to burn unit.

DISCUSSION: Various chemicals have been utilised in the removal process of the bitumen from the burned skin. For instance, using baby shampoo has been proved to be extremely effective, quick, and painless in such injuries. Sunflower oil is another substance which can be applied to bitumen burn. Therefore, in our study we used sunflower oil while cleansing the bitumen from the skin. In the case, the sunflower oil was successful to remove the bitumen residues.

CONCLUSION: A wide range of materials are utilised in CBRN(chemical- biological- radiological- nuclear injuries) incidents in order to decontaminate skin under sedoanalgesia in hospital circumstances. Similarly, in this occupational accident- CBRN occasion sunflower oil applied profitably to clean the skin from bitumen.

KEYWORDS: occupational accident, asphalt burn, sunflower oil, CBRN

References

1. Algün C, Nuray K. Yanıkta Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi Rehabilitasyon Yüksek Okulu Yayınları; 1987
2. Demling RH, Buerstatte WR, Perea A. Management of hot tar burns. J Trauma 1960;20:242.
3. Halfacre S, Apesos J, Rodeheaver GT, Edlich RF. Hot tar skin burns. Curr Concepts in Trauma Care 1961;16-9.
4. Bose B and Tredget T. Treatment of hot tar burns. Can Med Assoc 1982; 127: 21-24
5. Schiller WR and Shuck M. Treating tar burns. Emergency Med 1480; 12: 18.
6. Juma A. Bitumen burns and the use of baby oil. Burns 1994; 20: 363-364.
7. Jakobsen, F. V., Eystuoy, N. H., & Barfod, K. W. (2020). Solsikkeolie er effektiv til fjernelse af bitumen ved asfaltforbrænding af hoved og hænder. Ugeskr Læger, 182, V04200294.

SS-100

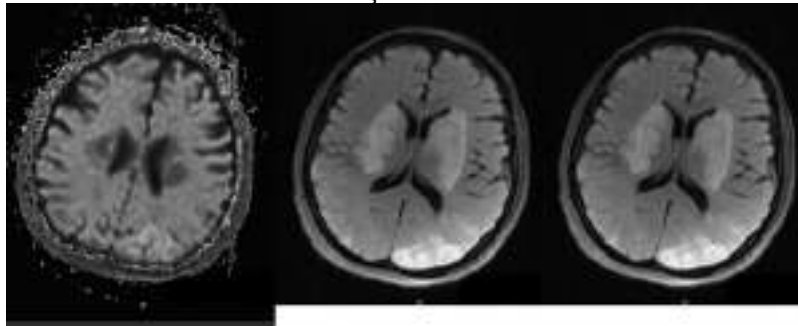
İlginç Bir Posterior Reversible Ensefalopati Sendromu OlgusuFatma Betül Çalışkan¹, Ayşe Kılıç¹, Melih Yüksel¹, Mehmet Oğuzhan Ay¹, Umut Ocak¹, Halil Kaya¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Bursa, Türkiye

Giriş: Posterior geri dönüşümlü ensefalopati sendromu (PRES), baş ağrısı, görme bozukluğu, görme alanı kusurları, bilinç bozukluğu, konfüzyon, nöbetler ve fokal nörolojik kusurları içerebilen çeşitli nörolojik semptomlarla karakterize akut başlangıçlı nörolojik bir hastalıktır. Preeklamps, gebe kadınların %3-8'ini etkileyen, kısa ve uzun vadeli neonatal ve maternal morbidite ve mortalitenin önde gelen nedeni olmaya devam eden bir obstetrik bozukluktur.

Amaç: Bu olguda gebe bir hastada meydana gelen PRES sendromu ve preeklamps birlikteliğini sunmayı amaçladık.

Bulgular: 26 yaşında primigravida 30 hafta gebe hasta, kusma, ayağa kalkarken fenalaşma sonucu başını duvara çarpma şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde ve takibinde bir özellik olmayan hastanın, genel durumu orta, bilinci konfüze, dezoryante, kooperasyon kısıtlı. Pupiller izokorik, ışık refleksi +/+. Verbal çıkış olağan, motor-duyu defisiti yok, ense sertliği yoktu. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu ve travmaya bağlı lezyon saptanmadı. Vital bulguları; ateş 36.2 °C, kan basıncı: 180/100 mmHg, nabız: 100 atım/dk, SpO2 %98 olarak ölçüldü. Laboratuvar değerlerinde Hgb:12.6 g/dl, PLT:112000 mcl, BUN 19 mg/dl, kreatinin 1.13, idrarda proteinüri 3+ saptandı. Çekilen beyin diffüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) her iki bazal ganglion düzeyinde ve sol oksipital lobda ADC'de ve T2 sekanslarda hiperintens olan difüzyon kısıtlanması görünümü mevcuttu (Şekil 1). Hastada PRES sendromu ve ağır preeklamps düşünüldü, betametazon, nifedipin ve MgSO4 verildi. Eş zamanlı olarak nöroloji ve kadın doğum konsültasyonu istendi, kadın doğum tarafından yapılan muayenede fetal kalp atımı (+), fetus 30 haftayla uyumlu, amniyon sıvısı yeterli düzeyde tespit edildi. Nöroloji tarafından değerlendirilen hastada da PRES sendromu düşünüldü. Ağır preeklamps nedeniyle acil olarak sezaryana alınan hasta, post-op yoğun bakıma yatırılıp verilerle 13. günde şifa ile taburcu edildi.

Şekil 1



Ağır preeklampsili PRES hastasının aksiyel manyetik rezonans görüntülemeleri

Sonuç: PRES, klinik ve görüntüleme bulguları ile tanımlanan özel bir serebrovasküler hastalık türüdür. MRG, PRES'in tanı ve değerlendirmesinde altın standarttır ve bu durumun görüntüleme özellikleri, hastaların çoğunda subkortikal beyaz cevherde vazojenik ödemi ve bazı hastalarda olası sitotoksik ödemi içerir. PRES'in akut yönetimi destekleyici ve nedenin ortadan kaldırılmasına yöneliktir. Akut hipertansiyonu olan hastalarda serebral, koroner ve renal iskemi riskinden kaçınmak için kan basınçları ilk birkaç saat içinde kademeli olarak %20-25 oranında düşürülmelidir. Prognoz genellikle olumludur ancak daha ciddi şekilde etkilenen hastalar yoğun bakım desteği



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACIL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

gerektirir ve nörolojik sekel kalabilir.

Anahtar Kelimeler: Posterior Reversible Ensefalopati Sendromu, Preeklamsi, Acil servis, Manyetik Rezonans Görüntüleme

SS-101

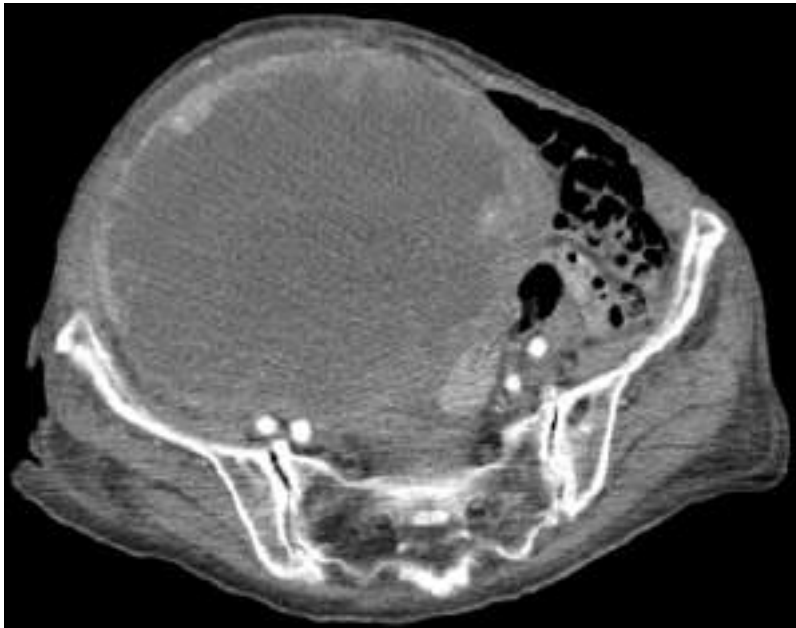
İntraabdominal kitleye bağlı supin hipotansif sendromHalil Alışkan¹¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Karın içi kitleler genellikle asemptomatiktir, ancak bazen klinik olarak şaşırtıcı boyutta ve hacimde olabilirler. Boyutları çok büyük olduğunda, tümör salgısına bağlı olarak asit belirtileri, abdominal distansiyon ve kompresyon oluşabilir. İnferior vena kava basıncına ve hatta diyafram basısına bağlı olarak hipotansiyona neden olabilir.

Amaç: Bu olgu sunumunda intraabdominal kitleye bağlı gelişen bir hastayı sunmayı amaçladık.

Bulgular: 77 yaşında erkek hasta nefes darlığı ve sırtüstü yatamama şikayetleri ile acil servise başvurdu. Öyküsünde karın bölgesindeki şişliğe rağmen gövde ve ekstremitelerde güçsüzlük olduğu, aşırı yorgunluğun olduğu ve günlük aktivitelerini yerine getiremediği öğrenildi. Sola döndüğünde daha rahat nefes alabildiğini ve şikayetlerinin gerilediğini söyledi. Hastanın parkinson hastalığı öyküsü vardı. Vital bulguları şu şekildedeydi; ateş: 36, C, TA: 90/59 mmHg, Nb: 69/dk ve sO2: %90. Fizik muayenede karın ileri derecede şişkindi ve palpasyonda hassasiyet vardı. Defans ve ribaund yoktu. Diğer sistem bulguları normaldi. Hasta sola çevrildiğinde nefes darlığı ve hipotansiyon geriledi. Laboratuvar testleri normal sınırlardaydı. İntravenöz (IV) kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografide batında pelvisten sağ hipokondriyuma uzanan 17 cm genişliğinde lobüle düzensiz konturlu kitle görüldü (Resim 1). Hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı genel cerrahi kliniğine yatırıldı.

Resim 1



Sonuç: Supin hipotansif sendrom, ileri trimester gebelerinde daha sık görülür. Ancak karın içi dev kitlelerde akılda tutulması gereken nadir bir tanıdır. Periferik ödem, dispne, ortopne, azalmış egzersiz toleransı, abdominal gerginlik, hipotansiyon, oligüride kötüleşme ve juguler basınç artışı gibi tüm vakalarda patolojik süreci açıklamaya yardımcı olacak birkaç klinik gösterge vardır. Bu sendrom bazen primer olarak sempatik sistemin aktivasyonunun neden olduğu uygun intravasküler hacim ve hemostatik mekanizmalar ile kompanse edilir. Bu mekanizmalar



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

(kompansasyon mekanizmaları) bozulduğunda tam kompanzasyon sağlanamayabilir ve venöz dönüşün azaldığına dair belirtiler ortaya çıkabilir. Hipotansiyon ile başvuran özellikle yaşlı hastalarda detaylı bir anamnez ve fizik muayene ile tanıya gidilebilir. Bu hastalarda supin hipotansif sendromu ayırıcı tanılarda mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: supin hipotansif sendrom, intraabdominal kitle, geriatric hasta

SS-102

Etlık Şehir Hastanesinde Erişkin Ve Çocuk Acil Servisine Gelen Hastaların Mesai Saatlerine Göre Bir Haftalık Değerlendirilmesi

Nurullah İshak IŞIK¹

¹ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Acil servis yoğunluğu birçok değişkene bağlı olarak değişmekte olup bu konuda idari önlemler ve branş bazlı değişkenler de önemli bir rol oynamaktadır. Aynı zamanda bunun hasta ayağı da inkar edilemez bir gerçektir.

Amaç: Erişkin acil ve çocuk acil servisleri arasında olan mesai saati ile oluşan bu farkı ortaya koymak, nedenlerini açıklamak ve erişkin acil servislerinin yoğunluklarına çözüm önerileri getirmeyi amaçladık.

Bulgular: Ankara Etlık Şehir Hastanesi Acil servislerine 1 hafta boyunca (28.12.2022-03.01.2023) mesai saatleri olan 08:00 ile 16:00 arasını ve polikliniklerin çalışmadığı saatler olan 16:00 ile 08:00 saatleri arasında erişkin ve çocuk acile başvuran hasta sayılarını inceledik. Sayılara bakıldığı zaman erişkin acile bir hafta boyunca 8770 hasta gelirken, çocuk acile 5315 hasta başvurdu. Erişkin acile mesai saatlerinde 3435 hasta başvururken, çocuk acilde bu sayı 1297 idi. Toplam bir hafta boyunca mesai saatleri içinde erişkin acile başvurma oranı %39 iken, çocuk acile mesai saatlerinde başvurma oranı %24 seviyesinde idi. Çocuk polikliniklerinin çalışmadığı hafta sonu günlerinde ise erişkinlerin gündüz başvuru oranı %38 iken çocuk hastaların bu saatlerde başvuru oranı %42 seviyesinde idi.

Hasta sayılarının günlere ve saatlere göre dağılımı

GÜNLER	ERİŞKİN ACIL HASTA SAYISI		ÇOCUK ACIL HASTA SAYISI	
	08-16	16-08	08-16	16-08
28/12 Çarşamba	499	774	65	525
29/12 Perşembe	476	749	85	505
30/12 Cuma	440	769	90	615
31/12 Cumartesi	508	678	331	527
01/01 Pazar	576	746	487	593
02/01 Pazartesi	431	830	103	669
03/01 Salı	505	789	136	584

Sonuç: Sebeplerine gelince pediatrik acil servisler ile pediatri poliklinikleri aynı klinisyenler tarafından yapılmakta olup acil servise başvuran tüm hastalar acile kabul edilmemektedir, ancak erişkin acil servisler ile erişkin poliklinikleri farklı klinisyenler tarafından yapılmakta olup ayaktan tedavi ve multidisipliner yaklaşım gerektiren olgular acil servise yönlendirilmektedir. Ayrıca pediatrik poliklinik randevusuz hasta bakarken erişkin polikliniklerinde bu oran daha azdır. Ayrıca önemli bir nedende Türkiye de olan sağlık hizmetinin kötüye kullanımı ve suistimali de sebep olarak sayılabilir. Takım olarak hareket edildiğinde ve vatandaşların sağlık okuryazarlığı konusunda eğitim düzeyleri ve sağlık hizmeti alma güvenceleri sağlandığında acil servislerin kalabalıklığı ve suistimal oranları



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

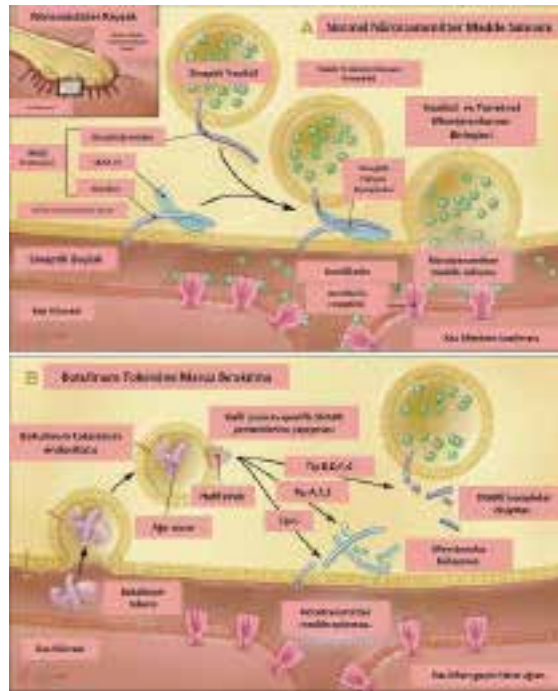
azalcaktır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, Çocuk acil, Acil servis kalabalıklığı

SS-103

MİDE BOTOKSU SONRASI BOTULİSMUS OLGUSURümeysa BAYAZIT KESKİN¹, Çağdaş YILDIRIM¹¹Ankara bilkent şehir hastanesi

Giriş: Botulizm, Clostridium botulinum nörotoksinin neden olduğu, nöronal uçlarda asetil kolin salgılanmasının önlenmesi ile paralizisi oluşturan hastalıktır. Çift görme, yutma güçlüğü, ağızda kuruluk, kollar ve bacaklarda güçsüzlük gibi belirtilerle birlikte ciddi solunum yetmezliği ve ölüme sonuçlanabilir. Botox; terleme, spastisite, migren, obezite, şaşılık tedavileri ve kozmetik gibi alanlarda kullanılmaktadır. Obezite tedavisinde endoskopik intragastrik yolla BTX-A enjekte edilir. Mide boşalmasının gecikmesi ve erken doymayla zayıflama hedeflenir.

Etki mekanizması**Botulinum toksin etki mekanizması**

Amaç: Acil serviste doğru tanıya ulaşmada dikkatli ve detaylı anamnezin öneminin vurgulanması amaçlandı.

Bulgular: 40 yaş, bilinen hashimoto tiroiditi, obezite (BM 1:33.3) tanıları olan kadın hasta, hastanemize göz kapaklarında güçsüzlük, konuşmada zorlanma, yutkunamama, ekstremitelerde güçsüzlük şikayetleri ile başvurdu. Vitalleri normal, ışık refleksi ++/++, pupiller izokorikti. Gag refleksi mevcut, fasial asimetri yok, bilateral üst extremité kas gücü 4/5, bilateral alt extremité kas gücü 5/5'ti. Akut faz reaktanları, kcft, bft, elektrolitler, idrar, b-hcg normaldi. Görüntülemelerinde santral patoloji saptanmadı. Anamnez derinleştirildiğinde 20 gün önce obezite tedavisi amaçlı mide botoxu yaptırdığı, şikayetlerinin bundan 3 gün sonra başladığı, botox işlemi esnasında 250 U yerine 1500 U BTX-A verildiği tespit edildi. Hasta, iyatrojenik (overdoz) botulismus tanısıyla nöroloji ve enfeksiyon bölümlerine konsülte edildi. EMG normal saptandı. Hastaya pridostigmin başlandı. Enfeksiyon hastalıkları, klinik iyilik hali sebebiyle botulinum antitoksini önermedi. Takip planlanarak acilden taburcu edildi.

Sonuç: Şüpheli olgularda tanı için serum, dışkı, gıda materyalleri fare inokülasyon testi ve ELISA kullanılarak tok-



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

sin ve tip tayini yapılabilir. Btx'e karşı botulinum antitoksini (BAT) mevcuttur. Tedavinin en kısa sürede başlaması gerekmektedir. Botulismus tanısı için şüphe önemli olup, öykü ve klinik bulgular tanı için daha anlamlı ve yararlı olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Botilismus, Obezite, Botox, Kas güçsüzlüğü

SS-104

AKUT STEROİD MİYOPATİSİ: ÜRTİKER TEDAVİSİNDE METİLPREDNİZOLON KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN NADİR BİR OLGU

Cemal Yasin Duran¹, Burcu Doğan¹

¹Acil Tıp, Hitit Üniversitesi/Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi , Çorum, Türkiye

Giriş: Steroid miyopatisi, steroid kullanımına bağlı olarak görülebilen nadir bir tablodur. Steroidler çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılabilmektedir. Bizim vakamızda ürtiker atağının tedavisine bağlı olarak gelişen extremitelerde ödem ve hareket kusuru semptomlarının ortaya çıktığı streoid miyopatisi tablosunu sunacağız .

Amaç: Acil serviste değerlendirilen nörolojik acil tablolarının ekartasyon tanısında akut streoid myopatisinin akla gelmesi amaçlanmaktadır. Akut steroid myopatisinin tedavi başladıktan sonra düzenli takibinin sürdürülmesi ve takibin öneminin vurgulanması amaçlanmaktadır.

Bulgular: Kollarda ve bacaklarda güçsüzlük ve his kaybı, bulanık görme şikayetleri ile acil servise başvuran 34 yaşında kadın hasta. Bilinen kronik hastalık öyküsü yok. 1 hafta önce ürtiker atağı nedeniyle metilprednizolon tedavisi başlandığı ve 5 gündür 64mg/gün metilprednizolon kullanımı öyküsü mevcut. Tedavinin 7. gününde bacaklarında ağrı ve şişlik , kol ve bacaklarını hareket ettirememesi ve his kaybı şikayetleriyle acil servise başvurdu . Yapılan fizik muayenesinde hastanın genel durumu iyi , vital bulguları doğaldı. Hastanın glaskow koma skası 15, bilinci açık, koopere, oryante idi. Dört ekstremitede 1/5 güç kaybı mevcuttu. Derin tendon refleksi alınamadı , patolojik refleks saptanmadı. Nistagmus saptanmadı. Yapılan tetkiklerde; Elektrokardiyografi'de normal sinüs ritmi saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Nörogörüntülemelerde herhangi bir patoloji yoktu. Hasta Guillain-Barre Sendromu ve steroid miyopatisi ön tanılarıyla nöroloji kliniğine konsülte edildi. Hastaya yapılan EMG sonrasında steroid miyopatisi tanısı konuldu. Hastanın steroid tedavisi kesilerek ileri tetkik, yakın takip ve tedavisi amacıyla nöroloji servisine yatırışı yapıldı.

Sonuç: Akut steroid miyopatisi acil servise başvuran nörolojik acil olgularının ayırıcı tanısında mutlaka akla gelmelidir. Nörogörüntülemesinde patoloji saptanmayan hastalarda ilaç kullanımı öyküsü , özellikle steroid kullanımı sorgulanarak ayırıcı tanıya gidilmelidir. Steroid miyopatisinin takip ve tedavisi hastane koşullarında yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: steroid, miyopati, ürtiker

SS-105

Tirotoksikozun Nadir Bir Başvuru Sebebi; Tirotoksik Hipokalemik Periyodik ParaliziEren Onur Karavin¹, Sinan Karacabey¹¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Periyodik paralizi nadir görülen, ağrısız kas güçsüzlüğü atakları ile seyreden, kanaolopatiler olarak sınıflandırılan bir kas hastalığı grubudur. Periyodik paralizi kan potasyum seviyelerine göre hiperkalemik ya da hipokalemik olarak adlandırılır. Çoğu olgu herediterdir ve sıklıkla otozomal dominant geçiş gösterir. Hipertiroidi ile ilişkili gelişen periyodik paralizi tirotoksik periyodik paralizi olarak adlandırılır ve çoğu periyodik paralizin aksine edinsel geçişlidir.

Amaç: Bu olguda amacımız nadir görülen periyodik paralizin ayırıcı tanılarını ve acil servisteki önemine dikkat çekmektir.

Bulgular: OLGU SUNUMU:25 yaş erkek hasta tarafımıza kollarda ve bacaklarda güçsüzlük şikayeti ile 112 ile getirildi. Hastadan alınan öyküde şikayetlerinin yaklaşık 1 saat önce başladığı, daha önce benzer şikayetlerinin olmadığı öğrenildi. 2 hafta önce gastroenterit geçirdiği, 2 gün sürdüğü öğrenildi. Bilinen bir hastalığı ve kronik ilaç kullanımının olmadığı öğrenildi. Hastanın gelişinde GKS: 15, TA :126/76 mmHg, nabız 82 vuru/dk, SS:12 olarak kaydedildi. EKG'si normal sinus ritminde olarak gözlendi. Yapılan fizik muayenesinde hasta hafif düzeyde anksiyöz, bilinci açık, oryante, koopere, konuşma doğal olarak gözlendi. Direkt ve indirekt ışık reflekslerinin pozitif olarak gözlendi. Kas gücü muayenesinde bilateral alt ekstremitte ve üst ekstremitte kas gücü 1/5, derin tendon refleksleri hipoaktif olarak gözlendi. Duyu muayenesinde ise ekstremitelerde hipoestezi gözlenmedi. Hastanın yapılan tetkiklerinde Potasyum değeri 1,9 mEq/L, TSH <0,005 mIU/L, serbest T3 8,32 ng/L olarak saptandı. Hastanın diğer biyokimya ve kan sayımı tetkikleri normal sınırlarda olarak gözlendi. Hastaya yapılan potasyum replasmanı sonrası kliniğinde belirgin düzelme gözlendi.

Sonuç: Acil serviste ekstremitte güçsüzlüğü şikayeti hızlı ayırıcı tanı yapılması gereken durumlardandır. Serebrovasküler olaylar, santral veya periferik demiyelinizan hastalıklar, elektrolit bozuklukları gibi durumlar ayırıcı tanı da düşünülmelidir. Acil servise nadir başvuru sebeplerinden biri olan hipokalemik periyodik paralizi durumunda ise potasyum düşüklüğü ile beraber tirotoksikoz akla gelmelidir. Rebound hiperkalemi tirotoksik hipokalemik periyodik paralizi olgularında %40-59 oranında gözlenmektedir. Hiperkalemiye bağlı olarak ciddi kardiyak aritmi gelişebileceğinden, atak tedavisi esnasında yakın monitörlü gözlem yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: periyodik paralizi, tirotoksikoz, kas hastalıkları

SS-106

Hematemez ile başvuran hastada aortoenterik fistülHÜSEYİN TURGUT¹, MERVE NİHAL AKPINAR¹, BARIŞ MURAT AYVACI¹, ASIM KALKAN¹¹PROF DR CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Aortoenterik fistül, cerrahi işlemler sonrası görülebilen nadir bir komplikasyondur. (1) Nadir olmakla birlikte hızlı bir şekilde tanı konulmazsa, beraberinde ciddi bir mortalite ve morbidite getirir. Fakat ne yazık ki, bu tip olguların genellikle aralıklı ve non-spesifik bulgularının olması tanı koymayı zorlaştırmaktadır. BT’de kesin tanı, sadece çekim sırasında eğer aorttan bağırsaklara kontrast kaçağı varsa konabilir.

Amaç: Fig 1. IV kontrastlı Abdomen BT de hastanın AEF görünümü

Bulgular: 75 Yaşında Erkek Hasta bilinen KBY, HT, Hipotiroidizm, CABG(2017) ve abdominal aort anevrizması onarımı(2018 , greft ile) öyküleri mevcut hasta fışkırır tarzda kanlı kusma ve makattan kırmızı renkli kanama ile başvurdu. Gelişinde genel durum Orta, bilinç açık oryante ve koopere GKS:15 olup TA:61/38 mmHg KTA:120 atım/dk olan hastanın FM: Batın rahat defans ve rebound yok umblikus altında orta hatta yaklaşık 20 cm operasyona sekonder insizyon skarları mevcut idi. RT: Hematokezya ile uyumlu idi. BT anjioda SMA çıkımından başlayıp aortik bifurkasyona uzanan abdominal aort anevrizması görüldü, Kan tetkiklerinde Hb:6.8 g/dl Hct:20.9 Plt:92 bin INR:1.46 AKG sinde :pH:7.12 Pco2:20.9 Hco3:12.7 Laktat:7.12 IV tedavi sonrası Ta:99/64 mmHg KTA:85 atım/dk izlendi. Hastanın aktif kanaması devam ediyordu. Genel cerrahi tarafından değerlendirilen hastaya acil gastroskopi planlandı. Gastroskopide duodenumdan aktif kanama geldiği görüldü. Ameliyata geçildi. AEF olduğu düşünülen hastada KVC uzmanı eşliğinde operasyona geçildi. Treitz ligamanından itibaren ince barsak eksplore edilmeye devam edildiğinde aort bifurkasyon hizasından AEF görüldü.Aortu greftli hastada ileri derece yapışıklığa bağlı olan aort bifurkasyon üzerinden tekrar dönülürken Vena Cavada yırtılma olması üzerine ileri derecede dilüe olan kanama meydana geldi. Hipotansif yüksek doz inotrop altında olan hastada arrest gelişti. CPR a başlandı.. Primer suture konularak Vena cavadaki açıklık kapatılıp, aorttaki açıklık primer onarıldı. Klempler açıldı, kanama kontrol altına alındı. İnce barsaktaki fistül primer kapatıldı. CPRa yanıt vermeyen hastada CPR sonlandırılarak Ex kabul edildi

Fig 1. IV kontrastlı Abdomen BT de hastanın AEF görünümü

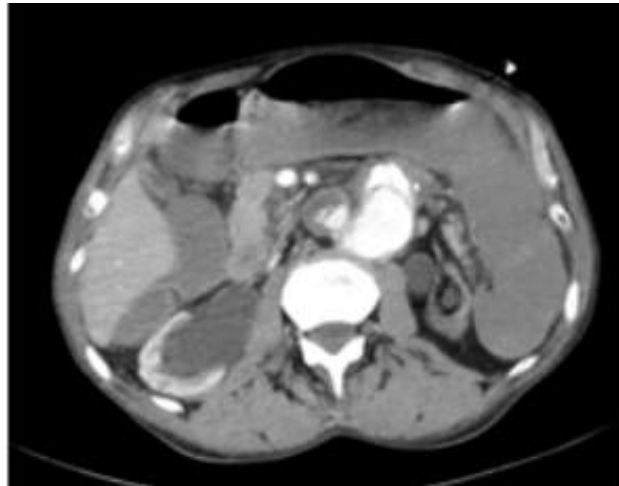


Fig 1. IV kontrastlı Abdomen BT de hastanın AEF görünümü

Sonuç: Çoğu AEF, sekonder ve geçirilmiş aortik operasyonun komplikasyonu olarak kabul edilir. Nadiren primer olarak gelişir. Sıklıkla aortik greftin proksimali ile duodenum arasında görülür. Açıklanamayan veya yüksek hacimli üst/alt gastrointestinal kanaması olan hastalarda AEF düşünülmelidir. Hemodinamik olarak stabil hastalar endoskopi ya da BT ile değerlendirilebilirken, instabil hastalarda vakit kaybetmeden hemoraji kontrolü ya da AEF tanısının dışlanması için acil laparotomi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: aortoenterik fistül, hematemez, gastroskopi, aef, operasyon

SS-107

Kahramanmaraş Depremi Sonrasında İstanbul'da 3. Basamak Bir Hastanenin Acil Tıp Kliniğine Başvuran Depremzelerin İncelenmesi

Burcu Bayramoğlu¹, İsmail Tayfur¹

¹Acil Tıp Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş: 6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş'ta meydana gelen ve 11 ilin etkilendiği iki depremde 50399 kişi hayatını kaybetti ve 107204 kişi de yaralandı. Yaralılar önce kendi şehirlerinde değerlendirildi ve ilk müdahaleleri yapıldı. İleri tetkik ve tedavi gerektirenler civar illerde depremden zarar görmemiş hastanelere sevk edildi. Sevk edilen civar hastanelerin hizmet kapasitesini aşan durumlarda daha uzak illere ikincil sevkler yapılması ihtiyacı doğdu. 112 tarafından sevk edilen hastaların yanı sıra, kendi imkanlarıyla deprem bölgesi haricindeki illere ayakta başvuran hastalar da oldu.

Amaç: Çalışmamızda depremzede olarak acil servisimize başvuran hastaların verilerini incelendi. 06.02.2023-06.03.2023 tarihleri arasında hastanemiz acil servisine başvuran ve hastane kaydı depremzede olarak açılan hastaların verileri incelendi. Bu hastalara ait yaş, cinsiyet, ikamet edilen il, depremin kaçınıcı günde hastane başvurusunun olduğu, hastaneye başvuru şekli, yapılan tetkikler, acil serviste uygulanan tedaviler, yatış/taburculuk durumları ve hastaların son tanıları kayıt altına alındı.

Bulgular: Acil servisimize belirtilen tarihler arasında 48'i kadın, 88 kişi başvurdu. Yaşları 3 ile 84 arasında değişen hastaların, 85'i ayaktan başvuru yaptı. Hastaların 45'i Hatay, 14'ü Malatya, 11'i Kahramanmaraş, 10'u Adıyaman, 8'i diğer illerde ikamet ediyordu. Hastaların 74'ü travma, altısı kas iskelet sistemi hastalıkları nedeniyle başvurdu. 47 hastadan sadece görüntüleme, 29 hastadan kan ve görüntüleme tetkikleri istendi. Altı hastada tetkike ihtiyaç duyulmadı. 54 hastaya herhangi bir tedavi veya müdahale ihtiyacı olmadı. Hastalardan 12'sine atel, beşine bandaj uygulandı. Beş hastaya pansuman, 10 hastaya tetanoz profilaksisi yapıldı. Üç hastanın ekstremitelerinden yabancı cisim çıkarıldı. Etkilenen bölgeler değerlendirildiğinde hastaların 28'i alt ekstremitte, 13'ü üst ekstremitte, sekizi multiple travma, 11'i genel vücut travmaları, 14'ü çeşitli bölgelerdeki izole travmalar ile başvurdu. 51 hastada yumuşak doku travması, 22 hastada fraktür saptandı. Toplamda 72 hasta taburcu edildi, 11 hasta interne edildi, beş hasta tetkik red formu imzalayarak acil servisten ayrıldı.

Tablo-1: Hastalardan İstenen Tetkikler

İstenen Tetkik	Hasta Sayısı (n)
Görüntüleme tetkikleri	47
Kan ve görüntüleme tetkikleri	29
Kan tetkiki	1
Kan tetkiki ve EKG	1
Parmak ucu kan şekeri	1
Tetkik istenmedi	9
Toplam	88

Tablo-2: Acil Serviste Uygulanan Tedaviler

Uygulanan Tedavi	Hasta Sayısı (n)
Atel	12
Pansuman	6
Bandaj	5
Yabancı cisim çıkarılması	3
Analjezi	2
Antibiyotik	2
Anksiyolitik	2
Hematoma drenajı	1
Proton pompa inhibitörü	1
Tedavi uygulanmadı	54
Toplam	88

Tablo-3: Son Tanı

Tanı	Hasta Sayısı (n)
Yumuşak doku travması	51
Kemik fraktürü	22
Miyalji	3
Anksiyete	2
Konjonktivit	2
ÜSYE	2
Yanık	2
Tendon kesisi	1
STEMI	1
GİS kanama	1
İzole hiperglisemi	1
Toplam	88

Sonuç: Depremzede hastaların büyük bir kısmı travma nedeni ile acil servise başvursalar da dahili hastalıklar da başvuru nedenlerindendir. Özellikle kronik hastalıkları olan hastaların hastane başvurularında, deprem sonrasında ilaçlarına erişimi olmamaları, depremden bağımsız olarak hastaya ait risk faktörlerine bağlı gelişebilecek diğer hastalıklar ve kaygı bozuklukları akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: deprem, depremzede, afet, afet yönetimi, travma

SS-108

Acil Servise Suda Boğulma Nedeniyle Başvuran Olguların İncelenmesiDerya ÖZTÜRK¹¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği; İstanbul

Giriş: Boğulma, sıvı ortamda batma “submersiyon” veya dalma “immersiyon” sonucu görülen ve solunum yetmezliği ile sonuçlanan bir süreçtir. Suda boğulmalar deniz, göl, nehir, yüzme havuzu, banyo küveti başta olmak üzere, su birikintisinin bulunduğu herhangi bir yerde meydana gelebilir. Dünyanın her yerinde ağırlıklı olarak genç erkek popülasyonunu daha yakından ilgilendiren boğulma, tüm yaş grubunda kaza sonucu meydana gelen ölümlerin üçüncü sırasını oluştururken, 5-44 yaş grubunda ise kaza sonucu ölümlerin ikinci sırasını oluşturmaktadır (Abraham, 2011). Dünyada her yıl 2000000 boğulma olayı görülmekte ve bunlardan 150000’i ölümlle sonuçlanmaktadır.

Amaç: 2022 yılında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran suda boğulma vakaları dahil edilmiştir. Olguların; demografik özellikleri, boğulma yerleri, klinik ve laboratuvar bulgularının ve mortalite oranının incelenmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: Boğulma nedeniyle 21 hasta başvurmuştu. Bu hastaların 16’sı erkek (% 76,1), 5’i (% 23,9) kadın olup erkek/kadın oranı 3,20 idi. Olgularının yaşları 1-61 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 23,8 idi. 21 olgunun % 71,4’ü tuzlu suda, % 28,6’sı tatlı suda boğulduğunu saptadık. Olguların (% 90,5) kaza sonucu suda boğulma mevcut iken % 9,5’i özkıyım amacı ile boğulmuştu. Olguların acil servise başvuru anında analiz edilen kan gazı sonuçları mortalite olan ve olmayan olgularda karşılaştırıldığında, pH, PCO₂, PO₂, BE, HCO₃ ve laktat açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (p<0,05). Mortalite görülen 6 olgunu tamamında toraksda bilateral buzlu cam görüntüsü mevcuttu. GKS’e 3-10 puan arasında olan 5 olgu, GKS’u 10-13 arasında olan 1 olguda mortalite görülürken, GKS’u 14 ve üzerinde olan 15 olgudan hiçbirinde mortalite görülmedi. Ayrıca mortalite olan grubun %100’ü acil servise getirildiğinde kardiyopulmoner arrestte olup yapılan kardiyopulmoner resüsitasyona cevap vermiş, fakat hastane sonlanımı mortal seyretmiştir. Olguların 5’inde 1 aylık mortalite görülürken, 1 olguda hipoksik iskemik ensefalopati gelişmiş ve 4 ayın sonunda eksitus olmuştur. Mortal seyreden olguların 4’ü tuzlu su, 2’si ise tatlı suya maruz kalmıştır.

Sonuç: Boğulma olgularının hastaneye başvuru anındaki GKS’si ne kadar düşük, asidozu ne kadar derinse prognozunun da o kadar kötü olacağını ve bu hastalarda mortalitenin diğerlerine göre daha yüksek seyredeceğini söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Suda boğulma, Acil servis, Mortalite

SS-109

Ramsay Hunt SendromuAbdullah Aksu¹, Ramiz Yazıcı¹, Arife Aydan Ensari¹, Süreyya Tuba Fettahoğlu¹, Eren Sert¹, Eymen Fadli¹¹KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Ramsay Hunt sendromu, varisella zoster virüslerinin reaktivasyonu ile ortaya çıkan bir kraniyal polinöropatidir. Herpes zoster enfeksiyonları içerisindeki sıklığı %1 olan RHS, ilk kez 1907 yılında Ramsay Hunt tarafından tanımlanmıştır. RHS, klasik olarak 1-3 günlük ağrı, ateş ve halsizlik gibi prodromal dönem bulguları ile başlar. Bunu 3-4 gün içinde dış kulak, timpanik zar veya dilin 2/3 ön kısmında herpetik veziküllerin gelişimi takip eder. Fasiyal paralizi, genellikle döküntüden sonraki 1-2 hafta içinde ortaya çıkar. Bu tabloya sıklıkla bulantı, kusma, vertigo, nistagmus ve işitme kaybı gibi 8. sinir tutulumu belirtileri de eşlik eder.

Amaç: RHS tanısı temel olarak öykü ve klinik bulgulara dayanır. Şiddetli kulak ağrısı yanında kulak kepçesinde veya oral mukozada küçük veziküllerin varlığı ve periferik fasiyal paralizinin birlikte görülmesi ile konulur. Veziküller genellikle fasiyal paralizi ile birlikte veya öncesinde mevcuttur. Ancak bazen fasiyal paralizi yerleştikten sonra gözlenebilir ve bu durum Bell's paralizisinden ayırımı zorlaştırabilir. Bizim olgumuzda ise 1 haftadır olan halsizlik ve lezyonlardan sonra gelişen fasiyal paralizi görülmekte olup diğer kraniyal sinir tutulumlarına bağlı bulgular mevcut değildi. Bu farklılıklardan dolayı vakamızı paylaşmak istedik

Bulgular: 73 yaşında erkek hasta sol kulakta ağrı, yüzünün sol yarısında uyuşma ve yüzde kayma sebebiyle tarafımıza getirildi. Bilinen hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, anjiyo geçmişi olan hastanın ek kronik hastalığı yok. Genel durum iyi, bilinç açık, Glaskow koma skalası 15, vitalleri stabil olan hastanın inspeksiyonda boyunda, sol klavikula altında, sol dış kulak yolu, postaurikular ve oksipital bölgede eritemli zeminde çok sayıda veziküler krutlu lezyonlar görüldü. Hastanın muayenesinde hasta sol gözünü tam olarak kapatamıyor, sol kaşını kaldıramıyor. Sol ağız köşesinde düşüklük ve sol nazolabial sulkusta silinme mevcuttu. Hasta sol periferik fasiyal paralizi olarak değerlendirildi. Nörolojik sistem muayeneleri ve diğer sistem muayeneleri olağandı. Hastanın lezyonlarının 3-4 gün önce çıktığı öğrenildi. Hastanın immünsupresyon öyküsü yoktu ve orofarenksi doğaldı. Kan tetkik ve kraniyal görüntülemeleri olağan olan hasta reçetesi yazılarak KBB polikliniğine yönlendirildi.

FASİYAL PARALİZİ**HASTA GÖRÜNTÜSÜ**

HERPETİK VEZİKÜL



HASTA GÖRÜNTÜSÜ

Sonuç: Ramsay Hunt Sendromu travmatik olmayan periferik fasiyal paralizilerin ikinci en sık nedenidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık insidansı yüzbinde beş olup özellikle 60 yaş üzeri kişilerde daha sık görülmektedir. Çocuklarda yetişkinlere göre daha az sıklıkta görülür. İdyopatik fasiyal paralizilerle (Bell's paralizi) kıyaslandığında klinik olarak daha ağır bir tablo ve daha kötü prognoza sahiptir. Bu sendromun tedavisinde, antienflamatuvar etkileri nedeniyle, kortikosteroidler ve viral yük üzerindeki replikasyonu engelleyici etkileri nedeniyle antiviral ajanlar birinci basamak tedavi grubunu oluşturur

Anahtar Kelimeler: FASIYAL PARALİZİ, POLİNÖROPATİ, HERPES ZOSTER, HERPETİK VEZİKÜL

SS-110

İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'ne Başvuran Afetzedelerin Analizi

Yunus Emre Gemici¹, Merve Bartan¹, Mürşide Yaylı¹, Sevilay Bıyıklı¹, Mustafa Çalık¹

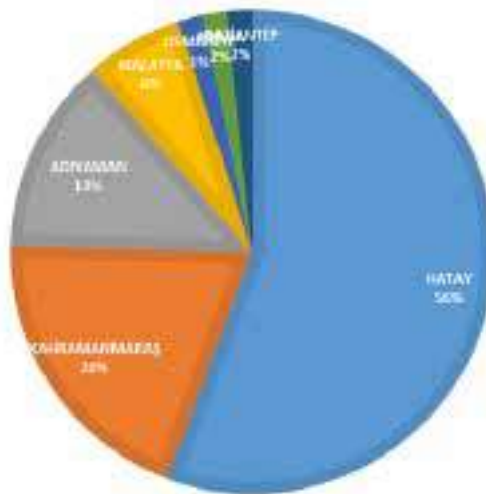
¹İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Giriş: 6 şubat 2023'te meydana gelen, en büyükleri Kahramanmaraş merkezli 7,7 ve 7,6 büyüklüğünde olan depremler Türkiye'de 11 ili kapsayan (toplam nüfus 14 013 196) alana etki etmiş ve büyük yıkımlara yol açmıştır. [1,2,3]Resmi kaynaklara göre 50.096 kişi hayatını kaybetmiş, yaklaşık 107 bin kişi yaralanmıştır. [4,5]Depremden sağlık kuruluşları da etkilenmiş olup kaynak yetersizliğinden dolayı hava ve karayolu aracılığıyla diğer illere hasta sevki sağlanmıştır. Bu çalışmada İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne 08.02.2023-16.02.2023 arasında sevk yolu ile ya da ayaktan başvuran depremzedelere dair verileri sunacağız.

Amaç: Bu sunumdaki amacımız hastanemize başvuran afetzedelerin tanımlayıcı istatistiksel verilerini paylaşarak afetin uzak şehirlerdeki sağlık sistemine etkisi hakkında fikir sunmaktır.

Bulgular: 6 şubatta meydana gelen Kahramanmaraş merkezli deprem sonrası hastanemize 34 Hatay, 12 Kahramanmaraş, 8 Adıyaman, 4 Malatya, 1 Osmaniye, 1 Adana ve 1 Gaziantep'ten olmak üzere toplamda 66 hasta başvurmuştur. Bunların 33'ü kadın, 33'ü erkektir. Ayrıca başvuran bu hastalardan 7'si çocuk hastadır. Hastaların 28'i 112 ambulansı ile, 37 tanesi ayaktan başvuruyla, 1'i ise 112 askeri uçakla sevk aracılığıyla hastanemize başvurmuştur. Başvurular arasında 22 ekstremitte fraktürü, 2 vertebra fraktürü, 5 crush sendromu ve 5 kompartman sendromu tanılarının konulduğu alan hastalar mevcuttur. Ayrıca 1 gebe izlemi ve 1 adet doğum gerçekleştirilmiştir. Toplamda 41 hastaya yatış yapılmış olup bunlardan 2'sine yoğun bakım endikasyonu konulmuştur. 24 hasta günübirlik tedavi ile sağlık ile taburcu olmuştur. 1 hasta ileri tetkik için dış merkeze sevk edilmiştir.

Hastaların Şehirlere Göre Dağılımı



Hastaların Dağılımı



Tanılara Göre Dağılım

TANILAR	Oranları
Ekstremiteler Fraktürü	61%
Crush Sendromu	14%
Kompartman Sendromu	14%
Vertebra Fraktürü	5%
Gebe İzlem	3%
Gebe Doğum	3%

Sonuç: Bu çalışmadan elde ettiğimiz veriler sonucunda, afetten etkilenen şehirlerdeki hastaların uzak merkezlerle başvurularının gerçekleştiği görülmüştür. Bu başvuruların önemli kısmını ayakta başvurular oluşturmaktadır. Hastaların çoğu multitravma hastasıdır ve genellikle ortopedi, genel cerrahi, plastik cerrahi, beyin ve sinir cerrahisi branşlarına yatışlar gerçekleşmiştir. Kitlesel afetlerde ülke genelinde sağlık sisteminin koordineli bir şekilde organize olması hayati önem taşımaktadır

Anahtar Kelimeler: multitravma, sevk ve organizasyon, doğal afet, depremzede, Kahramanmaraş Depremi 2023

SS-111

Acil serviste çalışan doktor ve hemşirelerin enfeksiyon kontrol önlemleri bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi

Sibal İba Yılmaz², Furkan Akpınar¹, Muhammet Özkul¹

¹Erzurum Şehir Hastanesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı

²Erzurum Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Giriş: Acil servislere başvuran hastalar şikayetlerinin ciddiyetlerine göre farklı alanlarda muayene olurlar. Hastalar, muayene ve tetkikler sonucunda ayaktan tedavi edilir veya hastaneye yatırılırlar. Hastalar sonuçlanana kadar sağlık personeli, enfeksiyon kontrol önlemlerini sıkı uygulayarak bulaşabilecek hastalıklardan korunmalıdır.

Amaç: Biz de acil serviste çalışan sağlık personelinin uygulaması gereken enfeksiyon kontrol önlemleri ile ilgili bilgi düzeylerini öğrenmek istedik.

Bulgular: Tıbbi atık yönetimi ve izolasyon önlemleri konu başlıklarındaki soruların %60'na doktorların %50'si yanlış cevap verdikleri için bu konu başlıklarında bilgi düzeyleri düşük olarak saptandı. Hemşirelerin %50'sinin tüm konu başlıklarında, soruların %40'ına yanlış cevap verdiği saptandı. Doktorların %82,5'inin ve hemşirelerin %82,2'sinin el yıkama prosedürleri ile ilgili soruyu yanlış yaptıkları bulundu. Kırım Kongo Kanamalı Ateş hastalarında kişisel koruyucu önlemler ile ilgili soruyu doktorların %87,5'i, hemşirelerin %93,3'ünün yanlış yaptıkları görüldü.

Sonuç: Doktorların özellikle tıbbi atık yönetimi ve izolasyon önlemleri konu başlıklarında, hemşirelerin ise tüm konu başlıklarında bilgi düzeyi artırılmasının önemi ortaya çıktı. Her iki grupta da en fazla yanlış yapılan sorular olan; el yıkama prosedürleri ve Kırım Kongo Kanamalı Ateş hastalarına yönelik kişisel koruyucu önlemler hususunda eğitimler verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: enfeksiyon kontrol önlemleri, tıbbi atık yönetimi, izolasyon önlemleri

SS-112

Akut Kolesistiti Taklit Eden Nadir Bir Subhepatik Apandisit Sunumu: Olgu Sunumu

Yunus Doğan¹, Adem Az²

¹Muş Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

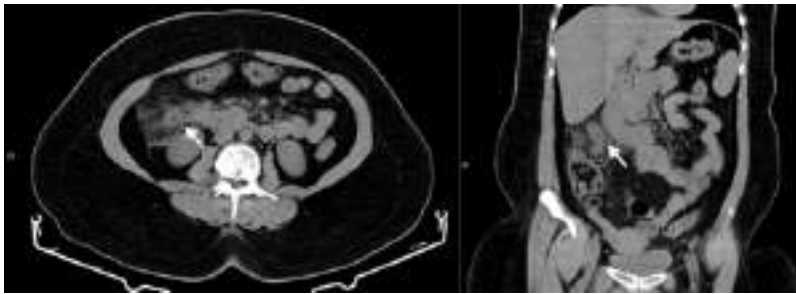
²İstanbul Beylikdüzü Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Akut apandisit, akut batının en yaygın nedenlerinden ve tüm dünyada acil abdominal cerrahinin en sık endikasyonlarından biridir. Akut apandisit tanısı ve tedavisi genellikle basit olsa da apendiksin anatomik varyasyonları nedeniyle klinisyenler zaman zaman tanısı ve tedavide zorlanabilir. Subhepatik apandisit sıklıkla karaciğer ve safra yolları hastalığını taklit eder. Bu da tanıda gecikme, gereksiz kolesistektomi, tekrar başvurular ve artan morbidite ile sonuçlanır. Palanivelu ve ark.'nın toplam 7210 hasta üzerinde yaptıkları incelemede subhepatik apandisit prevalansının akut apandisit vakalarının yalnızca %0.08'ini oluşturduğu bildirilmiştir.

Amaç: Bu olgu raporunda acil servisimize sağ üst kadranda ağrısı ile başvuran ve akut kolesistiti taklit eden akut apandisit nadir prezentasyonlarından olan subhepatik apandisit vakası sunuldu.

Bulgular: 36 yaşında kadın hasta acil servise 1 gündür devam eden şiddetli karın ağrısı, bulantı ve iştahsızlık şikayetleri ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir ameliyat öyküsü veya kronik hastalığı yoktu. Başvuru anında vücut ısısı 38,2 °C idi, fakat kalan yaşamsal belirtileri normal aralıktaydı. Fizik muayenede batın sağ üst kadranda hassasiyet saptandı. Ek olarak sağ üst kadranda Murphy bulgusu pozitif idi. Harici fizik muayenesi normaldi. Hastanın başvuru sırasında alınan laboratuvar tetkiklerinde Beyaz küre sayısı (WBC) 17,81 103 µ/L idi. Ek olarak, nötrofil oranında %85 ile sola kayma görüldü. Böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, bilirubin, Alkalen fosfataz (ALP) ve Gama glutamil transferaz (GGT) seviyeleri normal sınırlardaydı. Posteror anterior akciğer grafisi ve ayakta düz batın grafisi görüntülemelerinde özellik yoktu. İntravenöz (IV) kontrast madde verilerek çekilen Batın Bilgisayarlı Tomografisi (BT)'nde karaciğer ve safra dalları normalken; safra kesesinin hemen altında çapı 14 mm ile artmış, duvarı ödemli etraf mezenterin kirli olduğu iltihaplı apandisit dokusu görüldü (Resim 1). Hasta genel cerrahi ile konsülte edildi ve ameliyata alındı. Ameliyatı sorunsuz bir şekilde tamamlanan hastanın takiplerinde ek şikayeti yoktu. Hasta iki gün sonra sağlığına kavuşarak taburcu edildi.

Resim 1



36 yaşında kadın hastanın çekilen IV kontrastlı Batın BT'de safra kesesinin hemen altında çapı 14 mm ile artmış, duvarı ödemli etraf mezenterin kirli olduğu iltihaplı apandisit dokusunun görünümü (beyaz ok).

Sonuç: Subhepatik apandisit, atipik prezentasyonu ile klinisyenler için zorluk teşkil edebilir. Subhepatik apandisit vakalarının büyük çoğunluğunda tanıda gecikmelere bağlı olarak apse, peritonit, sepsis ve artan morbidite ile birlikte perforasyon görülür ya da hasta tekrarlayan karın ağrısı ataklarından muzdariptir. Şüphelenilen vakalarda Batın Ultrasonografisi (USG) veya IV Kontrastlı Batın BT tanıda yardımcıdır. Acil servis hekimleri şüpheli hastalar-

da akut apandisit bu nadir sunumunu ayırıcı tanıda göz önünde bulundurmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Subhepatik apandisit, Karın ağrısı, Akut batın

SS-113

PULMONER TROMBOEMBOLİ TANII VE PROGNOZUNDA PROFİLİN-1 DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif Karaca¹, Metin Yadigaroglu¹, Murat Güzel¹, Levent Gülbüz¹, Metehan Yılman⁴, Metin Ocak⁴, Esra Arslan Aksu³, Selim Görgün², Murat Yücel¹

¹Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

²Samsun Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Kliniği

³Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

⁴Samsun Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Pulmoner Tromboemboli (PTE) morbidite ve mortalitesi yüksek olan majör kardiyovasküler hastalıklardan biridir. Hastalığın tanısının erken konulması ve prognoz tayinin doğru şekilde yapılması klinik yönetimde oldukça önemlidir.

Amaç: Biz bu çalışmada pulmoner tromboemboli tanısında ve prognozunun değerlendirilmesinde Profilin-1' in etkinliğini araştırmayı amaçladık.

Bulgular: Çalışmada PTE tanısı almış 102 kişi hasta grubunu, sağlıklı gönüllülerden oluşan 64 kişi de kontrol grubunu oluşturdu. Hasta grubunun median serum Profilin-1 düzeyi 2878 (124-5001) pg/mL iken kontrol grubunun median serum Profilin-1 düzeyi 579 (125-5001) pg/mL idi. Hasta grubunun serum Profilin-1 düzeyi kontrol grubundan anlamlı derecede yüksekti ($p<0,001$). PTE tanısında 984,46 pg/mL ve üzerindeki Profilin-1 düzeylerinin %76,5 sensitivite ve %79,7 spesifiteye sahip olduğunu saptadık (AUC: 0,817 ; CI: 0,750- 0,873; $p<0,0001$). Mortalite seyreden hastaların median serum Profilin-1 düzeyi 5001 (1793,3-5001) pg/mL iken mortalite gelişmeyen hastaların median serum Profilin-1 düzeyi 1858 (124-5001) pg/mL idi. Mortalite gelişen hastaların serum Profilin-1 düzeyi mortalite gelişmeyenlerden anlamlı derecede yüksekti ($p<0,001$). PTE prognozunda 3292,1 pg/mL ve üzerindeki Profilin-1 düzeylerinin %90,9 sensitivite ve %71,3 spesifiteye sahip olduğunu saptadık (AUC: 0,861 ; CI: 0,778 - 0,921; $p<0,0001$).

Sonuç: Profilin-1 düzeyleri pulmoner tromboemboli tanısında ve prognozunda kullanılabilir bir parametredir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner tromboemboli, Profilin-1, acil servis, biyobelirteç

SS-114

Triyajdan Yeşil Alana Yönlendirilen 65 Yaş Üzeri Hastaların Değerlendirilmesi

Orhan Delice¹, Abdullah Onur Ofraz¹, Kübra Bire¹, Melike Nur Çırçır¹

¹Erzurum Şehir Hastanesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı

Giriş: 65 yaş ve üzeri geriatrik hasta grubunu oluşturmaktadır. Bu hastaların yaştan dolayı bir veya birden çok kronik hastalıkları genelde mevcuttur. Çoklu ilaç kullanımı, bilişsel-fonksiyonel durumlarında zayıflama ve değişen fizyolojilerinden ötürü alışılmadık şikayetler ile acil servise gelebilirler.

Amaç: Triyajdan yeşil alana yönlendirilen geriatrik hasta sayısının, tanılarının, tetkik istemlerinin ve hastaneye yatırılma nedenlerinin incelenmesidir. Bu sayede geriatrik hasta grubunda triyajın ne derece doğru yapıldığını incelemeyi amaçladık.

Bulgular: 2 aylık periyoyatta erişkin acilde 57265 hasta muayene edildiği saptandı. Yeşil alanda muayene edilen hasta sayısı 43158 (%75,3), sarı alanda 9441(%16,4), kırmızı alanda ise 4666 (%8,1) idi. Yeşil alanda muayene edilen geriatrik hastaların yaş ortalaması 72±6 di. Yaklaşık %55 kadın, %45 erkekti. Yeşil alanda 236 (%10,7) hastaya, bilgisayarlı tomografi ve/veya manyetik rezonans görüntüleme ve 1139,3 (%52) hastaya ise kan tetkiki istendiği saptandı. Hastalardan 25'inin (%1,1) kliniklere yatırıldığı görüldü. En fazla hastanın dahiliye kliniğine yatırıldığı gözlemlendi. Yeşil alandan yoğun bakıma yatırılan hasta methotrexat intoksikasyonu olup hemogramda nötrofil sayısı 0,25 10⁹/L bulunan hasta idi. Diğer hastaların tanısı ve yattığı klinikler Tablo 1' de gösterilmiştir.

Yeşil alandan yatırılan geriatrik hastaların tanıları ve yattığı klinikler

Klinik	Tanı	Sayı	%
Dahiliye	Ary-hiponatremi-pankreatit-kolanjit-kolesistit-gis kanama-kolelitiazis-kolesistit	10	40
Göğüs hastalıkları	Pnömoni-Pulmoner emboli-KOAH-	5	20
Ortopedi	Fraktür	4	16
Üroloji	Ürolitiazis-Testiste kitle	2	8
Acil Yoğun Bakım Ünitesi	Metotreksat intoksikasyon	1	4
Nöroloji	İskemik SVO	1	4
Genel Cerrahi	Strangüle Herni	1	4
Beyin cerrahi	Subdural hematoma	1	4
Toplam		25	100

Sonuç: Geriatrik hastaların yeşil alanda istenen tetkikler ve yatış sayısı da göz önünde bulundurulduğunda ileri tetkik ve tedavi gerektiren bu grup daha çok sarı ve kırmızı alana yönlendirilmelidir. Bu hasta gruplarının kırılmalılığı da göz önünde bulundurularak triyaj yapan sağlık personelinin geriatrik hastaların yönetimiyle ilgili özel triyaj eğitimi almaları ve geriatrik acil birimleri açılıp o alana yönlendirilmeleri düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: geriatri, triaj

SS-115

Valproik Asit İntoksikasyonuna Sekonder Hiperamonyemik Ensefalopatide L-Karnitin ve Hemodiyaliz Tedavisi

Egemen Yıldız¹, Dilay Satılmış¹, Erdem Çevik¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Giriş: Valproik asit (VPA), nöbet ve bipolar bozuklukların tedavisinde yaygın olarak tercih edilen bir antikonvülsan ajandır. Akut VPA doz aşımı genellikle santral sinir sistemi depresyonu, hipernatremi gibi elektrolit anormallikleri, yüksek transaminaz seviyeleri, hiperamonyemi ve hepatoksisite ile kendini gösterir. Aşırı doz VPA alan hastalar, agresif bir şekilde tedavi edilmezse komaya ve ölüme kadar ilerleyebilen hipotansiyon, taşikardi, solunum depresyonu, metabolik asidoz, serebral ödem ve VPA'ya bağlı hiperamonyemik ensefalopati görülebilir (1,2).

Amaç: Amacımız, VPA intoksikasyonunda L-karnitin ve hemodiyaliz tedavisine erken başlanmasıyla iyi fonksiyonel sonuçlanım etkisine dikkat çekmektir.

Bulgular: 31 yaşında kadın hasta acil servise, suicid amacıyla alkol ile birlikte 500 mg uzun salınlı 120 adet VPA tablet aldıktan 4 saat sonra 112 ekipleri tarafından getirildi. Hastanın geliş vitallerinde 103 atım/dk nabız dışında anormal bulgu yoktu ve Glasgow Koma Skoru (GKS) 15 idi. Hastaya %5 dekstrozu tedavisi başlandı ve yakın monitörize takibe alındı. Takibinin 2. saatinde GKS 12 (E3M6V4)'ye geriledi. Diğer sistem muayenelerinde ek anormal bulgu saptanmadı. Hastanın laboratuvar testlerinde amonyak düzeyi 910,5 µg/dL (18,7-86,9 µg/dL), sodyum düzeyi 152 mmol/L (136-145 mmol/L) olarak saptandı. Uygun destek tedavisine rağmen takibinde GKS'si 6'ya (E1M4V2) gerileyen ve solunum depresyonu gelişen hasta entübe edildi. Başlangıç serum VPA düzeyi >2215 mg/L (50 – 100) olarak gelen hastaya naloksan 0.4 IV ve L-karnitin infüzyonu 100 mg/kg 30 dakika IV yükleme dozu ile birlikte başlandı (Figür 1). Ardından yoğun bakım ünitesinde transfer edilen hastaya hemodiyaliz tedavisi başlandı. Tedaviler ardından hastanın serum VPA düzeyi 266,3 mg/L'ye geriledi. 15 mg/kg 6x1 L-karnitin idame tedavisine devam edildi. Yoğun bakımdaki 18. saatinde bilinci açılan hasta ekstübe edildi. L-karnitin ve hemodiyaliz tedavisi hastanın serum VPA ve amonyak düzeyi sırasıyla 57,8 mg/L ve 97,2 µg/dL'ye düştükten sonra durduruldu. Hastanın vital parametreleri ve elektrolit düzeyleri yoğun bakım takibinin 3. gününde stabil hale geldi ve servis devri sonrası 10. günde şifayla taburcu edildi.

Figür 1



Hastanın serum valproik asit düzeyinin zamana ve uygulanan tedavilere göre değişim grafiği



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

Sonuç: VPA intoksikasyonu, acil serviste ciddi komplikasyonlar ile karşımıza gelebilecek ve agresif tedavi yöntemleri uygulanması gereken bir klinik tablodur. Destek tedavisinin yanı sıra naloksan, L-karnitin gibi ek tedavilerin uygulanmasını gerektiren ve ciddi olgularda hemodiyaliz ihtiyacı olabilecek VPA intoksikasyonunda, tanının zamanında konması ve etkin tedavinin zamanında başlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: valproik asit, L-karnitin, hemodiyaliz, toksikoloji

SS-116

Perifer Devlet Hastanesi Acil Servisine Renal Kolik ile Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi

Yurdagül Çetin Şeker¹, Kamil Gökhan Şeker²

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Muş Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Muş, Türkiye

Giriş: Renal kolik bilinen en şiddetli ağrı formlarından birisi olup, yaşam boyu renal kolik ile karşılaşma sıklığı %1-10 olarak bildirilmektedir. Acil servis klinik pratiğinde renal kolik hastaları önemli bir yer tutmaktadır.

Amaç: Bu çalışmada acil servise renal kolik ile başvuran hastaların değerlendirilmesi amaçlandı.

Bulgular: Hastaların 129'u (% 69.7) erkek, 56'sı (% 30.3) kadın idi. Tüm hastaların ortalama yaşı 38,48±10,5 (18-66) yıl idi. Hastaların %47.5 (n= 88)'ü yaz, %25.9 (n= 48)'ü sonbahar, %15.6 (n= 29)'ü ilkbahar ve %11 (n= 20) kış mevsiminde acil servise başvurduğu tespit edildi. Hastaların en sık şikayeti yan ağrısı, ikinci sıklıkla kasık ağrısı idi. Yapılan idrar analizinde hastaların % 89.2' sinde eritrosit tespit edildi. Serum BUN değerleri ortalaması 16±8,4 mg/dL, kreatinin 0,8±0,62 mg/dL olarak hesaplanmıştır. Hastaların hepsine direkt üriner sistem grafisi (DÜSG), 121 'ine üriner sistem ultrasonografisi (USG) ve 64'üne Bilgisayarlı Tomografi (BT) yapılmıştır. Direkt üriner sistem grafisinde taş varlığı %16 hastada görülürken, ultrasonografide %60 hastada, bilgisayarlı tomografide ise %98 hastada taş yada taş ile ilgili belirti saptanmıştır. Hastaların 94'ünün sol, 91'inin sağ renal ünite de taşı mevcuttu. Hastaların 45'inde proksimal üreterde, 21'inde orta üreterde ve 119'ünde distal üreter ve/ veya üreterovezikal bileşkede taş saptandı. 8 hastada eş zamanlı bilateral renal sistemde taş saptandı. %30 hastanın üroloji servisine yatırışı yapıldı. En sık yatış nedenleri sırasıyla analjeziklere yanıt vermeyen persistan renal kolik, ciddi bulantı- kusma, ateş ve böbrek fonksiyonlarında bozukluk idi.

Sonuç: Acil servise başvuran renal kolik hastalarında mutlak hematüri olmayabilir. Kesin tanıda bilgisayarlı tomografi altın standart olmakla beraber, acil servis pratiğinde özellikle ultrasonografi taş ve taşa ait bulguları saptamada oldukça pratik ve yararlı bir tetkik olarak sıklıkla kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: renal kolik, taş, ultrasonografi, yan ağrısı, hematüri

SS-117

Amfizematöz Pyelonefrit Hastalarının Tedavisinde Acil Perkütan Nefrostomi Kateteri ile Drenaj Hızlı ve Etkin Bir Tedavi Sağlar

Kamil Gökhan Şeker¹, Yurdağül Çetin Şeker²

¹Muş Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Muş, Türkiye

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Amfizematöz pyelonefrit (AP) intrarenal veya perirenal bölgede gaz oluşumu ile karakterize, genellikle diabetik, immünsüpresif, yaşlı ve üriner sistem obstruksiyonu olan hastalarında görülen, nekrotize edici ve mortalitesi yüksek süpüratif böbrek enfeksiyonudur.

Amaç: Bu çalışmada acil serviste AP tanısı konulan hastaların klinik özellikleri ve yönetimine ait deneyimlerimizin sunulması amaçlandı.

Bulgular: Haziran 2020- Ağustos 2021 tarihleri arasında acil serviste AP tanısı konulan 6 hastanın verileri retrospektif olarak tarandı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar ve radyolojik verileri, nihai girişimler ve cerrahileri değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşı 74.3 (65-84) yıl idi. Kadın / Erkek oranı 2 idi. 4 hastada sol, 2 hastada sağ renal ünite etkilenmişti. Acil servise en sık başvuru nedenleri sırasıyla ateş yüksekliği, genel durumda bozulma ve yan ağrısı idi. Hastaların 4'ünde diyabetes mellitus (DM) ile birlikte, üriner sistemde taş hastalığı, 1 hastada sadece üriner sistem taşına bağlı obstruksiyon, 1 hastada ise uzun nörojen mesaneye bağlı uzun daimi sonda ve kronik hidroüreteronefroz öyküsü vardı. 3 hastada eş zamanlı böbrek fonksiyonların bozukluk saptandı. Vakaların hepsinde idrar, 5 hastada ise nefrostomi kültüründe üreme saptandı. En sık izole edilen bakteri E.coli idi. 5 hastaya acil perkütan nefrostomi kateteri uygulandı. Eş zamanlı olarak geniş spektrumlu antibiyoterapi ve sıvı tedavisi verildi. Bir hastaya pitotik ve konjenital malrote böbrek olması nedeniyle nefrostomi takılamadı. Bu hastaya D-J kateter takıldı. Nefrostomi takılan 1 hastanın işlem sonrası sepsis kliniği gelişmesi üzerine yoğun bakım ünitesinde, D-j kateter takılan bir hasta postoperatif yoğun bakım ünitesinde takip edildi. D-J kateter takılan hasta exitus oldu, nefrostomi takılan diğer 5 hasta uygulanan tedavilere cevap verdi. Nihai cerrahi olarak 3 hastaya endoskopik üreter taşı tedavisi, 1 hastaya perkütan nefrolitotomi yapıldı. Bir hastaya ise daimi nefrostomi kateteri ile takip planlandı.

Sonuç: AP, acil tanı konulması ve süratle tedavi edilmesi gereken nadir görülen bir enfeksiyondur. Acil servise yan ağrısı ve ateş yüksekliği ile başvuran özellikle predispozan faktörleri taşıyan kan şekeri kontrolünde bozulma, böbrek fonksiyonlarında bozulma ve sepsis bulguları olan hastalarda amfizematöz pyelonefritten şüphelenilerek, geniş spektrumlu antibiyoterapi ve perkütan nefrostomi kateteri ile tedavide başarılı sonuçlar alınabilir.

Anahtar Kelimeler: Amfizematöz, Pyelonefrit, gaz, Ateş, nefrostomi

SS-118

Korpus Kallozum Spleniumda geçici beyin lezyonu: Olgu sunumu

ELİF GÜNHAN¹, Mehmed Zaid UĞUZ¹, Engin ERTEK¹, Kenan YILMAZ¹, Suna ERAYBAR¹, Mehtap BULUT¹

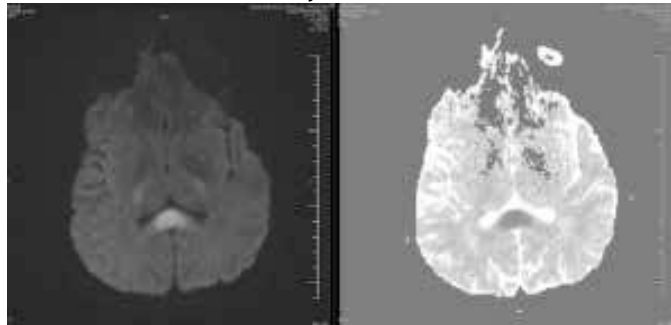
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Korpus callosum, her iki serebral hemisferi birbirine bağlayan kalın bir sinir lifi demetidir. Splenium, korpus kallozumun arka kısmında bulunur ve oksipito-parietal ve temporal korteksten gelen çapraz aksonal lifleri içerir [1,2]. Korpus kallozumun spleniumunun geçici lezyonu (SCC), çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilen nadir bir klinik durumdur. Geçici SCC, ateş, bulantı, kusma, baş ağrısı, burun tıkanıklığı ve hafif zihinsel değişiklikler gibi spesifik olmayan bulgularla kendini gösterir. Bazı hastalarda ciddi mental değişiklikler ve epileptik nöbetler gözlenmiştir. SCC'nin geçici lezyonunun etiyolojisi hakkında yeterli bilgi yoktur (3).

Amaç: Bu olguda literatür eşliğinde korpus callosum spleniumda geçici beyin lezyonlarını hakkında farkındalık oluşturmak ve bu konuya dikkat çekmeyi amaçladık.

Bulgular: 35 yaş erkek hasta 112 ambulans ile öksürük, bulantı, ishal, idrar inkontinansı ve bunlara ek olarak alkolü olabileceği şüphesi ile acilimize getirildi. Hepatit B öyküsü olan hastanın kullandığı ilaç yok. Geliş vitalleri: Ateş:37 °C, Nabız:98 atım/dk, TA:120/80 mmHg, SpO2: %98. Fizik muayenesinde, tüm sistem muayeneleri normal saptandı. Gözlem süresince aktif nöbet gelişmedi. Hasta alkol ya da madde kullanımı olmadığını söylüyor. Duraksayarak konuşması ve dünden beri idrar inkontinansı mevcut. Patolojik laboratuvar testleri: WBC:21mcL, Lenf:0,53mcL, Glikoz:144 mg/dl, kreatin:1,23 mg/dl, sodyum:127 mmol/L, potasyum:2,9 mmol/L, fosfor:0,69 mmol/L, CRP: 286. Difüzyon MRG'de korpus kallosum spleniyumunda akut difüzyon kısıtlılığı saptandı ve geçici splenium lezyonu ile uyumlu olarak rapor edildi. Toraks tomografisinde sağ parakardiyak bölgede hava bronkogramı içeren konsolide değişiklikler saptandı. Gerekli antibiyoterapi başlandı. Nöroloji bölümüne istenen konsültasyon sonrası hasta nöroloji servisine yatırıldı.. Elektrolit dengesizlikleri için sıvı replasman tedavisi verildi.

Şekil 1



Şekil 1: Difüzyon MRG'de korpus kallosum spleniyumunda akut difüzyon kısıtlılığı.

Sonuç: Geçici SCC lezyonu çok nadir görülen bir patoloji olup prognozu genellikle altta yatan nedene bağlıdır. Hastamızda mevcut olan elektrolit dengesizlikleri bu tablonun gelişmesine sebep olarak düşünülebilir. Hiponatremi sonucu intramiyelinik aksonal ödem ve lokal inflamatuvar hücrelerin infiltrasyonu geçici SCC lezyonuna neden olabilir (4). MRG çalışmalarında hastaların nörolojik düzelmeyi takiben genellikle 1 ay içinde, çoğunlukla 1 hafta içinde tamamen düzeldiği bazı araştırmalarda gösterilmiştir (5). Geçici ensefalopati olgularında akılda tutulması tanısal süreçte yararlıdır.

Anahtar Kelimeler: korpus kallozum, elektrolit bozuklukları, acil tıp

SS-119

Acil Serviste 18 Yaş Altı Minör Künt Kafa Travmasında Prognostik Faktörlerin ve Bilgisayarlı Tomografi Çekilme Endikasyonlarının DeğerlendirilmesiMeriç Artan¹, Alp Şener¹, İpek Kamçı²¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı²TCSB Ankara Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Giriş: Çocuklarda kafa travması acil servis başvurularının önemli bir kısmını oluşturur. Özellikle gelişim basamaklarını etkilemesi nedeni ile erişkinlerden farklı şekilde değerlendirilmesi gereklidir. Bu çalışmada hastanemiz acil servisine minör künt kafa travması nedeni ile başvuran 18 yaşından küçük hastaların travma oluşum mekanizmalarını, fizik muayene bulgularını, kafa travmasının ciddiyetini, bilgisayarlı beyin tomografi (BBT) bulgularını değerlendirdik.

Amaç: Birincil olarak, BBT’de önemli yaralanma parametresini öngörebilecek bağımsız belirteçleri tespit etmeyi amaçladık. Bu şekilde BBT aşırı kullanımının da önüne geçilmesi ikincil amaç olarak edinilmiştir.

Bulgular: Prospektif, kesitsel şekilde dizayn edilen çalışmaya 01.09.2021-31.12.2021 arasında minör kafa travması ile başvuran 18 yaş altı çocuk hastalar dahil edildi. Hastaların başvuru şikayetleri, BT görüntüleme sonuçları, fizik muayene bulguları, klinik sonlanım özellikleri (yatış, taburculuk, operasyon, ölüm) kaydedildi. Kafa harici sistemlerde yaralanması olan ve/veya Glasgow Koma Skoru <13 olan hastalar dışlandı. Lojistik regresyon modeli ile BBT’de önemli yaralanma bulgusunu öngörebilecek faktörler analiz edildi. Çalışmaya dahil edilen 499 hastanın 439’una BT çekilmiş ve bu hastaların 470’i hastaneden taburcu olmuştur. BT’de ciddi patolojisi olan 29 hasta yoğun bakıma yatırılırken 3 hasta 1 ay içerisinde exitus olmuş, geri kalan hastalar ise hastaneden sağ olarak taburcu edilmiştir. GKS≥13 olan 488 hastanın 96’sında (%19,7) BT’de ciddi yaralanma bulgusu tespit edilmiştir. Lojistik regresyon analizi sonucu, <2 yaş hastalarda “hastanın adli olup olmaması, travma mekanizması ve non-frontal hematoma olması” parametrelerinin ve ≥2 yaş hastalarda ise “yaş, hastanın adli olup olmaması ve travma mekanizması” parametrelerinin BT’de ciddi patolojinin öngörülmesi açısından bağımsız değişkenler olduğu tespit edilmiştir. Travma mekanizması açısından anlamlı düşme yüksekliği ROC analizi sonucu <2 yaş hastalarda 75 cm ve ≥2 yaş hastalarda 150 cm olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Son yıllarda teknoloji ile beraber gelişen radyolojik görüntüleme yöntemlerinin acil servis hasta değerlendirilmesinde aşırı kullanımı söz konusudur. Bu çalışmada görüldüğü gibi BT çekim hızı çok yüksek tespit edilmiştir. Bilinen skor sistemleri ve dahi bu çalışmada tespit edilen risk parametreleri kullanılarak risk değerlendirmesi yapmak ve BT’yi bu şekilde kullanmak akılcı yaklaşım olacaktır. Ayrıca travma merkezi olarak hizmet veren kurumların kendi risk analizlerini gerçekleştirmeleri mantıklıdır.

2 yaştan küçük grupta regresyon modeli

Değişken	B	p	OR	95% Güven Aralığı (OR)	
				Alt	Üst
Adli vaka ⁽¹⁾	3.022	0.000	20.522	6.536	64.438
AITK	-3.167	0.013	0.042	0.003	0.519
Düşük enerji(referans)		0.013			
Yüksekten düşme≥75cm	1.066	0.060	2.903	0.954	8.832
Derin veya kafaya cisim	-0.551	0.680	0.576	0.042	7.902
Non-frontal ⁽²⁾	2.526	0.002	12.501	2.599	60.131
Sabit	-0.389	0.438	0.677		

2 yaş ve üzeri grupta regresyon modeli

Değişken	B	p	OR	95% Güven Aralığı (OR)	
				Alt	Üst
Yaş	-0.078	0.069	0.925	0.850	1.006
Adli vaka ⁽¹⁾	2.408	0.006	11.117	4.784	25.834
Düşük enerji (referans)		0.001			
ADTK	0.615	0.397	1.850	0.446	7.672
Bisiklet	0.931	0.174	2.537	0.662	9.715
Pürnebezi düzeyi ≥ 130 cm	1.465	0.012	4.327	1.375	13.618
Darp veya kafaya vuru	-0.435	0.497	0.647	0.184	2.274
ATK	-1.225	0.029	0.294	0.098	0.880
Meredivenden düzeyi	0.246	0.728	1.279	0.320	5.119
Non-frontal ⁽²⁾	0.283	0.593	1.327	0.471	3.743
Sabit	25.832	0.173	1.5644		

Anahtar Kelimeler: Endikasyon, Bilgisayarlı tomografi, Çocuk, Künt kafa travması, Minör kafa travması

SS-120

Gastrointestinal Yabancı Cisim: Ses ProteziFaruk Büyük¹, Melih Çamcı²¹Erciş Şehit Rıdvan Çevik Devlet Hastanesi, Acil Servis, Van, Türkiye²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Larenjektomili hastaların ses rehabilitasyonunda kullanılan ses protezi uygulaması gerek kolay öğrenilmesi gerekse eğitim için uzun süreye ihtiyaç duyulmaması nedeniyle günümüzde en çok tercih edilen yöntem haline gelmiştir. Yaklaşık 30 yıldır ses rehabilitasyonu amacıyla kullanılan ses protezlerinin kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte çeşitli komplikasyonlar bildirilmeye başlanmıştır.

Amaç: Bu olgumuzda larenks kanseri sebebi ile ses protezi takılan hastanın şiddetli öksürük sonrası yabancı cisim aspirasyonunu ve bunun acil servisteki önemine dikkat çekmeyi amaçladık.

Bulgular: OLGU: Şiddetli öksürme sonrası ses protezinin yerinden çıkıp yuttuğunu ifade ederek acil servisimize başvuran, 65 yaş erkek hastanın bilinen hipertansiyon, kronik obstruktif akciğer hastalığı, hipotiroidi, kronik böbrek hastalığı ve larenks kanseri öyküsü mevcut. (2.5 yıl önce larenjektomi sonrası ses protezi takılmış) Soygeçmişte özellik yok. Gks:15, genel durumu iyi, bilinç açık, vital bulguları; tansiyon 140/80 mmHg, nabız 85 vuru/dk, pulse oksimetre ile değerlendirilen sO₂: %85, vücut ısı 36.7 °C. EKG (Elektrokardiyografi) NSR (Normal Sinüs Ritmi). Yapılan fizik muayenede; orofarenks muayenesinde yabancı cisim görülmedi. Solunum sistemi muayenesinde bilateral ral, ronküs yok ve akciğer sesleri kabalaşmış olup diğer sistem muayaneleri doğaldır. Laboratuvar tetkiklerinde Üre 35 mg/dL, Kreatinin 1.5 mg/dL, Ast 17 U/L, Alt 17 U/L, Wbc 9x10⁹/L, Hgb 15 g/dL, Plt 229 x10⁹/L, Crp 2 mg/L. Kan Gazı pH 7.39, pCO₂ 49 mmHg, HCo₃ 26 ve görüntüleme olarak akciğer grafi ve boyun, toraks, abdomen BT (Bilgisayarlı Tomografi) istendi. BT'de mide fundus düzeyinde 11 mm çapında metalik artefakt oluşturan olası yabancı cisim görüldü. (Şekil 1a - Şekil 1b) Hasta genel cerrahi uzmanı ile konsülte edildi. Endoskopi ihtiyacı olması sebebiyle üst merkeze sevk edildi. Üst merkezde endoskopisi yapıp yabancı cisim çıkartılan hasta takip ve tedavileri sonrası şifa ile taburcu edildi.

Şekil 1a



Şekil 1b



Sonuç: Günümüzde ses protezi, larenjektomili hastaların ses rehabilitasyonunda en önemli yöntemdir. Ancak bu uygulamalarda çeşitli komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Hatta bunların bir kısmı yaşamı tehdit edici dahi olabilmektedir. Acil servise başvuran larenjektomi sonrası ses protezi takılmış olan hastalar boğaz ağrısı nefes darlığı gibi şikayetlerle başvurduğunda ses protezi aspirasyonu olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal yabancı cisim, Ses protezi, Aspirasyon

SS-121

Travma Hastasında İnsidental Akut ApandisitFaruk Büyük¹, Melih Çamcı²¹Erciş Şehit Rıdvan Çevik Devlet Hastanesi, Acil Servis, Van, Türkiye²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Akut apandisit, akut batının en sık sebeplerinden biridir. Akut apandisit tanısında, iyi alınan bir anamnez ile yapılacak dikkatli ve iyi bir fizik muayene oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra çeşitli laboratuvar ve görüntüleme tekniklerinden de akut apandisit tanısını koymakta yararlanılabilir. Ancak tanı, esas olarak, hikâye ve klinik bulgularla konur. Laboratuvar ve görüntüleme teknikleri akut apandisit tanısını destekler ama asla ekarte etmez.

Amaç: Bu olgumuzda anamnez, hikâye, fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerine göre akut apandisit düşünülmesine rağmen görüntülemede insidental fark edilen ve tanısı konulan travma sonrası akut apandisit vakasına dikkat çekmeyi amaçladık.

Bulgular: Araç dışı trafik kazası sebebi ile 112 tarafından getirilen 27 yaş erkek hasta, bilinen ek hastalık yok. Soygeçmişte özellik yok. Gks 15, genel durumu iyi, bilinç açık, vital bulguları; tansiyon 110/80 mmHg, nabız 80 vuru/dk, pulse oksimetre ile değerlendirilen sO₂: %96, vücut ısı 36.6 °C. Yapılan fizik muayenesinde; Baş boyun doğal, solunum sistemi bilateral solunum sesleri doğal, bilateral hemitoraks hassasiyet yok. Batın rahat, defans - rebound - hassasiyet yok. (Hasta trafik kazası öncesi ve sonrası herhangi bir karın ağrısı olmadığını ifade ediyor.) Pelvis hassasiyeti yok. Torakolomber vertebra hassasiyeti yok. Ekstremiteler hareketleri doğal, hassasiyet yok. Laboratuvar tetkiklerinde Üre 26 mg/dL, Kreatinin 1.1 mg/dL, Ast 28 U/L, Alt 15 U/L, Wbc 8x10⁹/L, Hgb 15 g/dL, Plt 288 x10⁹/L, Crp 4 mg/L, Inr 1.09. Yüksek enerjili travma olduğu için PAN BT (Tüm vücut Bilgisayarlı Tomografi) çekilen hastanın abdomen bt raporunda: "Apendiks kalibrasyonu belirgin yerinde 9.5mm ölçülmüştür. Distalinde appendikolit ile uyumlu görünüm mevcuttur. Periapendiküler yağlı planlar hafif heterojendir. Bulgular apandisiti destekler niteliktedir." (Şekil 1) şeklinde yorumlanmış olup diğer BT'lerde akut patoloji görülmemiştir. Hasta acil cerrahi girişim amacıyla genel cerrahi uzmanı ile konsülte edildi. Genel cerrahi tarafından operasyona alınan ve apendektomisi yapılan hasta 2 gün genel cerrahi servisinde takibe alınıp taburcu edilmiştir.

Şekil 1



Sonuç: Multitravma ya da abdominal travma akut apandisit birlikteliği oldukça nadirdir. Literatürde künt abdomi-

nal travma sonrası akut apandisit gelişen az sayıda olgu bildirilmiştir. Patofizyolojide ödem, hematoma ve mezen-
terik yırtılmanın iskemi oluşturarak apandisit yolu açabileceğini ortaya koymuşlardır. Ancak vakamızda olduğu
gibi akut apandisit birlikteliğinin insidental olduğu düşünülmektedir. Bu bakımdan acil servise başvuran travma
hastalarında sistemik muayenenin önemi ve ciddiyeti göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Akut Apandisit, İnsidental, Travma

SS-122

Diyabet Komplikasyonu: Okülomotor Sinir FelciFaruk Büyük¹, Melih Çamcı²¹Erciş Şehit Rıdvan Çevik Devlet Hastanesi, Acil Servis, Van, Türkiye²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Okülomotor sinir (3. kranial sinir) levator palpebra süperior kası ile birlikte dört göz dışı kasın (üst, alt ve iç rektus kasları ile alt oblik kas) inervasyonunu sağlayan 12 kranial sinirden biridir. Üçüncü sinir felçleri, orta beyin-deki nükleusdan orbital segmente kadar olan nöroanatomik lokalizasyonlarda okülomotor sinire etki eden çeşitli nedenlere bağlı olarak farklı klinik tablolarla karşımıza çıkmaktadır. Genel olarak oküler mononöropatilerde olduğu gibi pupilin korunduğu 3. sinir felçlerinin en sık nedeni sinirin periferik segmentinin mikrovasküler iskemisidir.

Amaç: Bu olgumuzda diyabetes mellitus öyküsü olan hastada gelişen izole 3. sinir felcinden bahsedeceğiz.

Bulgular: OLGU: Sabah uyandığında fark ettiği sol kaş ve göz kapağında düşüklük, baş ağrısı şikayetiyle başvuran, 67 yaş kadın hastanın bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı öyküsü mevcut. Soygeçmişte özellik yok. Gks 15, genel durumu iyi, bilinç açık, vitalleri; tansiyon 150/80 mmHg, nabız 90 vuru/dk, pulse oksimetre ile değerlendirilen sO₂: %94, vücut ısı 36.6 °C. Fizik muayenesinde; nörolojik muayenesinde pupiller izokorik ++/++, ekstremitelerde motor, duyu defisiti yok ve yüz sol taraf asimetri mevcut. Sol kaş ve sol göz kapağı düşük. (Şekil 1a - Şekil 1b) Diğer sistem muayaneleri doğal. Laboratuvar tetkiklerinde Üre 30 mg/dL, Kreatinin 1.2 mg/dL, Ast 50 U/L, Alt 32 U/L, Troponin I 2,3 pg/ml, Wbc 10x10⁹/L, Hgb 17 g/dL, Plt 237 x10⁹/L, Crp 5 mg/L ve görüntüleme olarak Beyin BT (Bilgisayarlı Tomografi) ve Difüzyon MR (Manyetik Rezonans) planlanan hastanın Beyin BT ve MR'ında akut patoloji görülmemiş olup 3. kranial sinir felci ön tanısıyla nöroloji hekimine konsülte edilmiştir. Medikal tedavi olarak enoksaparin ve asetilsalisilik asit reçete edilerek 3 gün sonra nöroloji poliklinik kontrolü önerilen hasta için acil serviste medikal tedavisi yapılmış ve önerilerle taburcu edilmiştir.

Şekil 1a



Şekil 1b



Sonuç: Okülomotor sinir felci, diyabetik hastalarda en sık görülen nöro-oftalmolojik komplikasyonlardan biridir. Okülomotor sinir felcinin, şiddeti değişkendir ancak önemli görsel işlev bozukluğuna yol açabilirler. Acil servislere başvuran okülomotor sinir felci düşündüğümüz yaşlı hastalarda eşlik eden diyabetes mellitus gibi aterosklerotik risk faktörleri varlığında pupilin korunduğu okülomotor sinir felçlerinde de ileri görüntüleme teknikleriyle diğer eşlik edebilecek intrakranial patolojilerin dışlanması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Okülomotor sinir felci, Komplikasyon, Diyabetik hasta

SS-123

Tıp fakültesi öğrencilerinde standart eğitim sonrası direkt laringoskopi ve video laringoskopi başarısının karşılaştırılması

Hande Asan¹, Erdem Çevik¹, Nagihan Şen², Hatice Kübra Erdoğan², Zeynep Kerküklü², Sena Nur Ateş², Meryem Evli², Somood Badwan²

¹SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han EAH

²SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi

Giriş: Entübasyon bir sebeple solunumunu sağlayamayan hastalarda endotrakeal tüpün ağızdan trakeaya ilerletilmesi işlemidir. Direkt laringoskop (DL) bu işlemi glottis ve vokal kordları gözle görerek yapabilmemizi sağlar. Video laringoskop (VL) ise klasik laringoskopun ucuna video görüntüsü sağlayan fiber-optik cismin eklendiği, ekran aracılı versiyonudur. Zor havayolu (ZH) hava yolunun sağlanmasında zorluk ve başarısızlığın yaşandığı durumlarıdır. Öngörülen ZH hastalarında VL'yle DL'yi karşılaştıran randomize kontrollü çalışmaların meta-analizlerinde, daha iyi laringeal görüş, daha yüksek başarılı entübasyon sıklığı, daha yüksek ilk denemede başarılı entübasyon bildirilmiştir.

Amaç: Biz bu çalışmada ETE'de DL ve VL ile hem NH hem ZH'de entübasyon başarısını, süresini, girişim sayısını ve kullanıcı memnuniyetini karşılaştırmayı amaçladık. Öncesinde ETE eğitimi almamış gönüllü 21 tıp fakültesi öğrencisine teorik ve maketle pratik eğitim ardından 4 farklı istasyonda girişim yaptırıldı. Entübasyon süresi laringoskopun alınmasıyla tüpün vokal kordlardan geçtiğinin görünmesi arası hesaplanmıştır. 30-saniyede başarısız olunursa tüpü çıkarıp yeniden başlanması istendi ve 2-dakikada tamamlanamaması halinde başarısız HY olarak kaydedildi. Gönüllülerin işlem zorluğu ve memnuniyet derecesi VAS ölçeği kullanılarak yapıldı. Yetişkin Kardiyopulmoner resüsitasyon ve entübasyon maketi (Simman) kullanıldı. ETE için 4 numara Machintosh bladeli laringoskop ve videolaringoskopi için Machintosh 4 bladeli Scopper Videolaringoskop kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 21 tıp fakültesi öğrencisinin 9'u kadın 12'si erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 20,95±1,024'tür. Entübasyon süresi açısından DL'nin NH ve ZH'de VL ile karşılaştırılması, DL ile entübasyon süresinin NH ve ZH'de karşılaştırılması ve VL ile entübasyon süresinin NH ve ZH'de karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (p>0.05) İlk geçiş başarısına baktığımızda DL ile NH'de %85 , DL ile ZH'de %95, VL ile NH'de %100 ve VL ile ZH'de %95 tespit edilmiş olup en yüksek başarı oranları VL'de bulunmuştur. Katılımcıların uygulama memnuniyeti değerlendirildiğinde memnuniyet puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. Uygulamaların zorluk derecesi değerlendirmelerinde VL ile NH ve VL ile ZH karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş olup, VL ile NH'de entübasyon katılımcılara göre daha kolay bulundu (p<0.04). Diğer ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda VL'de ilk geçiş başarısı daha iyi olsa da entübasyon süresi ve memnuniyet açısından DL ve VL'nin NH ve ZH gruplarında fark yaratmadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: video laringoskopi, entübasyon, zor hava yolu

SS-124

FEMUR FRAKTÜRÜ OLAN HASTALARDA NÖTROFİL-ALBUMİN ORANI VE NÖTROFİL-LENFOSİT ORANININ TEDAVİ STRATEJİSİNİ BELİRLEMEDEKİ YERİBüşra Bildik¹, Melis Dörter²¹Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Karabük, Türkiye²Koç Üniversitesi Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş: Femur fraktürü, ileri yaş popülasyonunun artması ile sıklığı artan ve immobilité nedeniyle tüm dünyada sağlık yükü oluşturan bir durumdur. Nötrofil-albumin oranı (NAR) ve nötrofil-lenfosit oranı (NLR) son dönemde pek çok hastalıkta mortalite ve morbidite, hospitalizasyon süresi ve sağkalım süresini belirlemedeki başarısı tartışılan, inflamasyon ilişkili bir göstergelerdir.

Amaç: Biz de çalışmamızda femur fraktürü olan hastalarda tedavi stratejisi, hastane kalış süresi ile NAR ve NLR arasındaki ilişkiyi inceledik. Çalışmamızda bu parametrelerin tedavi stratejisini belirlemedeki yerini incelemeyi amaçladık.

Bulgular: Çalışma retrospektif ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini 01.01.2019-31.12.2022 tarihleri arasında acil servise başvuran ve femur fraktürü tanısı alan 18 yaş üstü hastalar oluşturmaktadır. Laboratuvar parametresi olarak beyaz küre, hemoglobin, platelet, nötrofil, lenfosit, üre, kreatinin, AST, albümin ve C-reaktif protein gibi inflamasyonla ilişki parametrelerin düzeyleri kaydedilmiş, ardından NAR ve NLR hesaplanmıştır. Çalışmaya toplamda 119 hasta alındı. Hastaların yaş ortancaları 72 [54-82] idi. Çalışmaya alınan hastaların 72 (%60,5)'si kadındı. Çalışmaya alınan hastaların 105 (%88,2)'inde tedavi yöntemi cerrahi olarak saptandı. Hastalara ait diğer demografiler veriler Tablo 1'de özetlenmiştir. Ancak hastaların yatış süreleri incelendiğinde konservatif tedavi alan hastaların yatış süre ortancası 2 [1-5], cerrahi yöntemle tedavi edilenlerin ise 5 [4-8] olarak saptanmış olup, konservatif tedavi yöntemi ile tedavi olan hastaların yatış süreleri cerrahi yöntemle tedavi alanlara göre daha kısadır ($p<0,001$). Konservatif tedavi alan hastaların albümin değeri ortancası 3,67 [3,08-3,93] saptanmış olup, bu değer cerrahi tedavi alanlardan daha düşüktür ($p=0,017$). Nötrofil-albümin oranı (NAR) bakıldığında ise konservatif tedavi alanların NAR ortancası 2,97 [1,95-3,55] saptanmış ve bu değer cerrahi tedavi alanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,039$). Hastalara ait diğer laboratuvar parametreleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Hastalara ait demografik veriler

Tablo 1. Hastalara ait demografik veriler

Yaş (yıl) median [IQR]	72 [54-82]
Cinsiyet n %	Kadın 72 (%60,5) Erkek 47 (39,5)
DM n %	Var 23 (%19,3) Yok 96 (%80,7)
Konjestif Kalp Yetmezliği n %	Var 42 (%35,3) Yok 77 (%64,7)
HIT n %	Var 57 (%47,9) Yok 62 (%52,1)
KOAH n %	Var 14 (%11,8) Yok 105 (%88,2)
Kronik Böbrek Yetmezliği n %	Var 5 (%4,2) Yok 114 (%95,8)
İskemik Serebrovasküler Olay n %	Var 23 (%19,3) Yok 96 (%80,7)
Malignite n %	Var 8 (%6,7) Yok 111 (%93,3)
Tedavi Şekli n %	Cerrahi 105 (%88,2) Medikal 14 (%11,8)
Yatış Süresi (gün) median [IQR]	5 [4-8]

Tablo 2. Tedavi şekline göre hastaların demografik verileri, laboratuvar parametreleri ve yatış sürelerinin karşılaştırılması

Tablo 2. Tedavi şekline göre hastaların demografik verileri, laboratuvar parametreleri ve yatış sürelerinin karşılaştırılması

	Konservatif	Cerrahi	p
Yaş	74 [64-81]	72 [53-82]	0,504
Cinsiyet (kadın) n (%)	8 (57,1)	64 (61,0)	0,784
Yatış süresi	2 [1-5]	5 [4-8]	<0,001
WBC	11,59 [10,50-17,46]	10,20 [8,55-13,74]	0,126
Hgb	11,83±1,99	12,30±2,06	0,426
Platelet	218 [168-285]	216 [177-267]	0,961
Nötrofil	9,28 [8,08-13,29]	7,76 [6,28-11,68]	0,121
Lenfosit	1,55 [1,30-2,41]	1,28 [0,91-1,66]	0,068
Cre	39 [32-67]	41 [34-54]	0,668
Kreatinin	0,88 [0,80-1,23]	0,85 [0,70-1,08]	0,139
AST	30 [23-41]	26 [21-34]	0,334
Albumin	3,67 [3,08-3,93]	4,07 [3,60-4,30]	0,017
CRP	3,51 [1,18-75,68]	6,50 [2,20-23,75]	0,414
NLR	6,11 [4,24-7,84]	5,98 [4,08-9,61]	0,830
NAR	2,97 [1,95-3,55]	2,04 [1,54-2,84]	0,039

NLR:Nötrofil-lenfosit oranı NAR:Nötrofil-albümin oranı

Sonuç: Çalışmamızda NAR ile tedavi yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken, NLR ile tedavi yöntemi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Tedavi stratejisinin belirlenmesi sırasında değerlendirilen diğer faktörler yanı sıra inflamasyon ve immün sistem belirteçlerinden NAR da göz önünde bulundurulabilir.

Anahtar Kelimeler: Nötrofil, Albumin, Lenfosit, Fraktür

SS-125

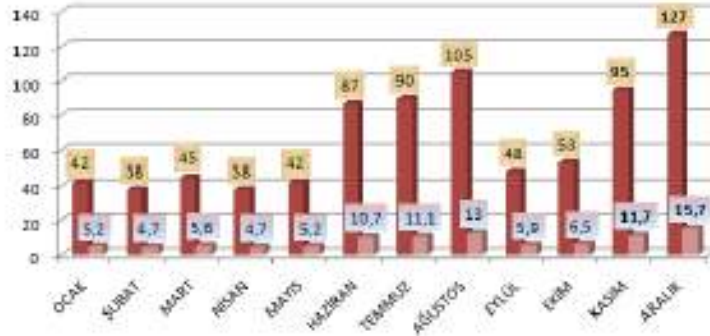
Basında Yer Alan “Köpek Isırması Sonrası Gelişen Ölüm Vakası” Haberi Sonrasında Acil Serviste Kuduz Profilaksisi Başvuru Oranının DeğerlendirilmesiMUSTAFA ALPASLAN¹, NECMİ BAYKAN²¹Acil Servis, Nevşehir Devlet Hastanesi, Nevşehir, Türkiye²Acil Tıp Kliniği, Kayseri Şehir Hastanesi, Kayseri, Türkiye

Giriş: Kuduz hastalığı ölümcül bir hastalık olup hayvanlarla temas sonrasında profilaksi konusunda insanların bilgilendirilmesi önem arz etmektedir.

Amaç: Bu çalışmada basında yer alan köpek ısırması sonucunda ölümle sonlanan vaka haberinin ardından acil serviste kuduz profilaksisi için başvuru oranında artış olup olmadığı incelenmesi amaçlanmıştır. İkinci basamak bir devlet hastanesi acil servisinde 01.01.2022-31.12.2022 tarihleri arasında (1 yıllık süreç) kuduz profilaksisi yapılan hastaların bilgi işletim sistemi üzerinden retrospektif taraması yapılmıştır. Hastaların sadece ilk kayıt anındaki bilgileri değerlendirilmiş olup rapel doz için yapılan başvurular çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Bulgular: Acil servise 2022 yılı içerisinde toplam 209.010 hasta başvurmuştur. Yıl boyunca 810 hastada kuduz profilaksisi kaydı yapılmıştır. Hastaların en çok 15,7% oranla Aralık ve 11,7% oranla Ağustos ayında başvuru yaptığı gözlemlenmiştir. En az başvuru ise Şubat ve Nisan aylarında olmuştur. Hasta başvuru sayıları ve yüzde oranları grafik 1 de özetlenmiştir.

Grafik 1. 2022 yılında kuduz profilaksisi başlatılan hasta sayıları ve oranları



Sonuç: Kuduz, enfekte olan hayvan ya da insandan; ısırma, tırmalama, tükürük ve beyin dokusu gibi enfekte materyallerin ciltte açık yara, sıyrık veya mukozal yüzeyle temasıyla, inhalasyonla ya da organ transplantasyonları yoluyla da bulaşabilir. Kuduz virusu (Rabies virus) nörotroptur ve ensefalomiyelite yol açarak her zaman ölümcül seyrederek. Hastalıktan korunmanın ya da engelleyebilmenin tek yolu kuduz riskli teması sonrası en basit düzeyde yaralanma dahi olsa profilaksi uygulanmasıdır. Kuduzda inkübasyon süresi geniş aralıkta olabileceği için riskli temas sonrasında aradan geçen süreye bakmadan mutlaka uygun profilaksiye başlanmalıdır. Bazen basit yaralanmalarda insanlar, hayvanlarla olan temasları sonrasında kuduz hastalığı gelişebileceğini ihmal etmekte ve hatta ciddiye almamaktadır. Her ne kadar yüzeysel de olsa hayvanlarla riskli temas sonrasında profilaktik kuduz aşısı mutlaka yaptırılmalıdır. Çalışmada yer alan sonuçlara göre kuduz profilaksisi başvuruları daha çok yaz aylarında görülmektedir. Daha önce yapılan benzer çalışmalarda da yaz aylarında başvurunun arttığı görülmektedir. Ancak Kasım ayında basında yer alan kuduza bağlı ölüm haberinin insanlarda uyarıcı nitelikte olduğu ve haber sonrasında acil servislere profilaktik aşı için başvuru oranında artış olduğu gözlemlenmiştir. Basının insanlar üzerinde etkisi olduğu kanaatine varılmış olup kuduz hastalığı ve profilaksi konusunda bilgilendirmeler daha sık yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: acil servis, kuduz hastalığı, kuduz aşısı

SS-126

GENİTOÜRİNER BÖLGE ATEŞLİ SİLAH YARALANMASI: VAKA RAPORUMuhammed Saltuk Deniz¹, Abdullah Emin Gönülal¹¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Ateşli silah yaralanmaları dünya üzerinde önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden olmasına rağmen, özellikle genitoüriner bölgede sık rastlanmazlar. Ancak meydana geldiğinde organ disfonksiyonlarının görülebildiği sivil travmalardır. Bu tür travmalı hastalar acil servise başvurduğunda detaylı fizik muayene yapmak gerekir. Ateşli silahla oluşmuş yaranın mermi çekirdeği giriş deliğinin belirlenmesi ve çevresindeki bulguların doğru değerlendirilmesi esastır.

Amaç: Bu sebeple bu vaka raporunda acil servise penil ateşli silahlı yaralanması ile başvuran bir vaka üzerinden genitoüriner bölge penetran yaralanmalara nasıl yaklaşılması gerektiğinin anlatılması amaçlanmıştır.

Bulgular: Vaka sunumu: 27 yaş erkek hasta yakın mesafeden tek sefer ateş edilmesi sonucunda vitalleri stabil ve genel durumu iyi bir şekilde acil servise getirildi. Fizik muayenede sağ üst yarısı uyluk medial yüzde pelvik bölgeye yakın yaklaşık 1*1 cmlik mermi giriş deliği ve lateral yüzde yaklaşık 1*1 cmlik mermi çıkış deliği ile birlikte penis kökünden yaklaşık 5 cm distalin sağ lateralinde aynı mermi çekirdeğin giriş deliği izlendi. Glans doğal meada kan yoktu. Palpasyon ile mermi çekirdeği penis dorsumunda coronal bölgenin 2 cm proksimalinde palpe edildi. Çıkış deliği izlenmedi ve bu bulgular dışında tıbbi patolojik lezyona rastlanmadı. Hasta monitorize edildi ve yakın takibe alındı. Tetanoz aşısı yapıp 3'lü antibiyoterapisine başlandı. Hastanın laboratuvar tetkikleri istenip, röntgen ve alt ekstremité bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyoya yönlendirildi. Hasta aynı zamanda ortopedi ve üroloji kliniğine konsülte edildi. Ortopedi kliniği tarafından takip önerilirken, üroloji kliniği hastayı acil ameliyata aldı. Hastanın ameliyat sonrası epikriz notları incelendiğinde mermi penis korpusundan tek parça halinde çıkarıldığı ve 1 hafta sonrasında kontrollerinin yapıldığı izlendi. Bulgular: Acil serviste zamanında yapılan uygulamalar sonrasında hastanın hızlıca ameliyata alınması sayesinde; kontrollere gelen hastanın sağlıklı ve konforunun yerinde olduğu, herhangi bir komplikasyon yaşamadığı ve ürolojik fonksiyonlarının normal seyrettiği gözlemlendi.

Penil bölge mermi çekirdeği röntgen görüntüsü



Sonuç: Sonuç: Penil yaralanmaları nadir görülmekle beraber psikolojik ve hukuksal boyutunun bulunması ve tedavi sonrası organ fonksiyonlarının kaybı nedeniyle, genital yaralanmaları önemli hale getirmiştir. Penil ateşli si-



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

İlah yaralanmalarında ilk müdahalenin hızlı ve yerinde olması, hastada morbidite/mortalite görülmemesi ile birlikte organ disfonksiyonu yaşamaması açısından kritiktir. Ayrıca tanıya giderken etkin bir radyografik görüntüleme kanama ve fraktür gibi lezyonları belirlemede ya da dışlamada etkilidir.

Anahtar Kelimeler: Ateşli Silah Yaralanması, Penis, Radyolojik Görüntüleme

SS-127

ACİL SERVİSTEN YOĞUN BAKIMA YATAN HASTALARIN ANALİZİ

Fatih Alper Ayyıldız¹, Gök Nur Yıldız¹

¹Eskişehir Şehir Hastanesi

Giriş: Acil servislerden yoğun bakımlara yatan hastalar acil servilerdeki iş yükünün ciddi bir bölümünü oluşturmaktadır. Tetkik, tedavi ve konsültasyonların tamamlanarak tanı almaları ve yoğun bakıma yatmaları için harcanan zaman ve iş gücü acil servis kaynaklarının önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

Amaç: Çalışmamızda acil servisten yoğun bakıma yatan hastaların özelliklerini araştırmayı amaçladık.

Bulgular: Çalışmaya acil servise başvurmuş ve yoğun bakıma yatırılan 2175 hasta alınmıştır. Hastaların ortalama yaşı $66,5 \pm 16,8$ olup %60,7'i (n=1320) erkekti. Hastaların yoğun bakımda ortalama yatış süreleri $6,2 \pm 6,0$ gün idi. Başvurular ICD tanılarına göre sıralandığında acil başvuruları sonrası yoğun bakıma yatan hastaların %20,0'sinin (n=435) göğüs ağrısı, %10,8'nin (n=235) kronik obstruktif akciğer hastalığına bağlı, %6,4'ünün (n=90) gastrointestinal hemorajiye bağlı ve %4,1'inin (n=90) şüpheli hastalıklara sekonder yoğun bakıma yatırılmış oldukları görüldü (Tablo 1). Yoğun bakıma yatan hastaların %15,4'nün (n=235) mortalite ile sonuçlandığı görülmüştür.

Hastaların başvuru şikâyet ve tanıları

Başvuru şikâyet veya tanıları	Sayı (n)	(%)
Göğüs ağrısı	435	20,0
Kronik obstruktif akciğer hastalığı	235	10,8
Dispne	140	6,4
Gastrointestinal hemoraji	90	4,1
Şüpheli hastalıklar	90	4,1
Ağrı	80	3,7
Kardiyak arrest	80	3,7
Kırık	75	3,4
Kalp yetmezliği	70	3,2
Opioid olmayan analjezikle	50	2,3
COVID-19	50	2,3
Böbrek yetmezliği	50	2,3
Diğer	730	33,7

Sonuç: Acil servislerin kalabalığının azaltılması, hastaların zaman kaybetmeden yoğun bakımlara yatırılması ve acil sağlık hizmetlerindeki kaynakların daha verimli ve kaliteli kullanılması için acil servislerden yoğun bakımlara yatan hastaların özelliklerinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın yoğun bakımların hekim, hemşire ve diğer personel bağlamındaki nitelik ve nicelik planlamalarının yapılmasının sağlanabilmesi için değerlendirici bir çalışma olduğu görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: acil servis, yoğun bakım

SS-128

Should We Take A Post-Reduction Control Radiograph in Anterior Shoulder Dislocation? (ANTERİOR OMUZ ÇIKIĞINDA REDÜKSİYON SONRASI KONTROL GRAFİ ÇEKELİM Mİ?)NAZLI GÖRMELİ KURT¹, CEMİLE AYŞE GÖRMELİ², FATMA ELMAS AKGÜN¹¹ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ²BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Giriş: Ön omuz çıkığının redüksiyonundan sonra, redüksiyonun yeterliliğini değerlendirmek ve ilişkili kırıkları ekarte etmek için sıklıkla bir kontrol grafisi çekilir (2,10). En sık kullanılan radyografik görüntüler ön-arka (AP) ve koltuk altı görüntüleridir. AP görünümü, humerus başının glenoid fossa ile hizalanmasını değerlendirmek için kullanışlıdır, aksiler görüntü ise Hill-Sachs lezyonları veya Bankart kırıkları gibi ilişkili kırıkların varlığı hakkında bilgi sağlar. Ön omuz çıkığında redüksiyon sonrası kontrol grafilerinin kullanımı sağlık profesyonelleri arasında tartışma konusu olmuştur (12). Bazıları, redüksiyon sonrası rutin radyografilerin gereksiz olduğunu ve artan radyasyon maruziyetine ve sağlık masraflarına yol açabileceğini iddia ediyor. Öte yandan diğerleri, redüksiyon sonrası radyografilerin kırıkları tespit etmede ve redüksiyonun başarılı olmasını sağlamada gerekli olduğuna inanmaktadır.

Amaç: Bu makale, anterior omuz çıkığından sonra redüksiyon sonrası rutin kontrol radyografilerinin gerekli olup olmadığına dair mevcut kanıtları gözden geçirmektedir. Çalışma, sağlık profesyonelleri arasında bu tür radyografilerin gerekliliği konusundaki tartışmaya cevap vermeyi amaçlamaktadır.

Bulgular: Radyografik olarak doğrulanmış öne omuz çıkığı olan toplam 1.138 hasta tespit edildi ve 1.076 hasta çalışmaya dahil edildi. En sık kullanılan redüksiyon tekniği 828 (%76,9) hastaya uygulanan traksiyon/kontra traksiyon, ardından 171 (%15,8) hastaya uygulanan Kocher yöntemi idi. Bunlardan 28 (%2,6) hasta skapula manipülasyonu, 15 (%1,3) hasta Milch tekniği ve 3 (%0,2) hasta diğer yöntemlerle redükte edildi. Toplam 31 (%2,8) hasta ameliyat edildi. Redüksiyon sonrası radyografisi olmayan 63 hastanın acil servise yatışı ile taburculuğu arasında geçen süre 106 dakika iken, redüksiyon sonrası acil servisten taburcu edilen 986 hastada bu süre 237 dakika oldu.

Sonuç: Bu çalışma, yönetimi önemli ölçüde etkilemediği ve radyasyon maruziyetini ve sağlık maliyetlerini artırabileceği için anterior omuz çıkığı vakalarında redüksiyon sonrası radyografilerin rutin olarak çekilmemesi gerektiği sonucuna varmıştır.

Anahtar Kelimeler: ANTERİOR OMUZ ÇIKIĞI, REDÜKSİYON, RADYOGRAFI

SS-129

RUTİN HEMODİYALİZE GİREN HASTALARIN ACIL SERVİSE BAŞVURU NEDENLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

SümeYra Koyuncu¹, Oğuzhan Bol¹

¹Kayseri Şehir Hastanesi

Giriş: Son dönem böbrek yetmezliği gelişen hastalar, hem yüksek mortalite ve morbidite nedeniyle hem de ciddi ekonomik yük nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur.2021 yılında Türkiye’de renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren son dönem böbrek hastalığının (SDBH) insidansı milyon nüfus başına (mnb) 149,5 olarak hesaplanmıştır. Yıllık insidans erkeklerde (178 mnb) kadınlardan (120,9 mnb) daha yüksek olup, yaş ilerledikçe artmaktadır. Hastaların %35 inde etyolojik ajan DM dir. Bu beraberinde artmış bir kardiyovasküler hastalıklar ile seyretmesine de sebep olmaktadır. Yeni HD hastalarının %56,4’ünde diyalize acil şartlarda başlamaktadır.

Amaç: Bu çalışmada acil servise başvuran hastalardaki etyolojik sebepleri araştırmayı amaçladık.

Bulgular: Çalışmaya; ocak-nisan 2023 tarihleri arasında Kayseri Şehir Hastanesinde acil servise başvuran, kronik HD programında olan hastalar dahil edildi. Acil servise başvuru nedenleri belirlendi.Çalışmaya 18-90 yaş arası 40 hasta dahil edildi. Hastaların 22 si kadın (%55),18 i erkek idi. Ortalama yaş 63,2 yıldır. Hastaların acil servise geliş yakınmaları sıklık sırasına göre kateter ilişkili sorunlar (%45), nefes darlığı (%25), göğüs ağrısı (%12,5), bulantı-kusma (%10), serebrovasküler olaylar (%5) ve diğer semptomlar şeklinde saptandı (Şekil 1). Hastaların acil servise en sık başvurduğu gün pazartesi idi.

HD hastalarını acil servise başvuru şikayetleri

semtomlar	n(%)
katater ilişkili	18(%45)
nefes darlığı	10(%25)
bulantı,kusma	4(%10)
göğüs ağrısı	5(%12.5)
serebrovasküler problemler	2(%5)
diğer	1(%2.5)

Sonuç: Son yıllarda fistül kullanımında gözle görülür bir azalma mevcut olup bu durum damar erişim problemi olan diyabetli ve yaşlı hasta sayısındaki artışa bağlanmaktadır.2021 sonu itibarıyla merkez HD hastalarında en sık kullanılan damara erişim yolu AV fistüldür (%72,4). Takipte olan hastalarda kateter (geçici veya kalıcı) kullanım oranı %26,6’dır. Kronik hastalarda yüksek oranda AV fistül kullanımı istenilen bir durumdur. Hastaların yaklaşık %88’ine haftada 3 seans veya daha fazla HD tedavisi uygulanmaktadır.Yapılan bir çalışmada KBY tanısı olan hastaların acil HD’e alınma nedenleri en sık hipervolemi ve hiperkalemi olarak saptanmıştır . Bizim çalışmamızda artan katater kullanımları ile beraber gelişen, katater enfeksiyonları ve tıkanıklıkları yer almaktadır. İkinci sıklıkta ise hipervolemi görülmektedir ve bu hem diyaliz yetersizliğine hem de hastaların diyet uyumsuzluğuna bağlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: hemodiyaliz, acil servis, katater enfeksiyonu

SS-130

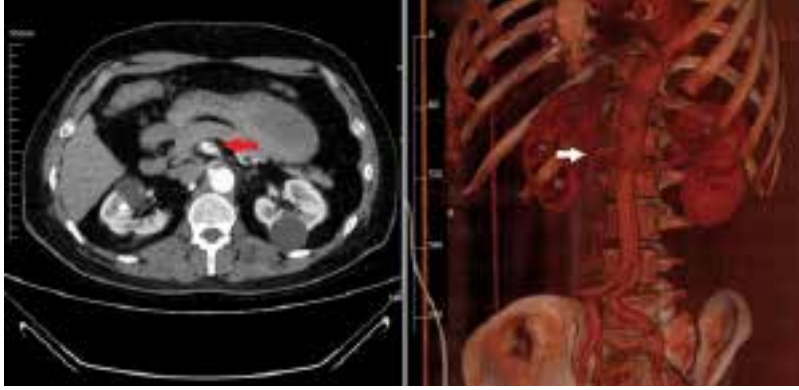
Çok nadir görülen ancak hayatı tehdit edici klinik bir durum: Superior mezenterik arter diseksiyonuAhmet Uyanık¹, Müge Arslan¹, Adem Az², Hüseyin Ergenç¹, Özgür Söğüt¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği²İstanbul Beylikdüzü Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Akut mezenterik iskemide (AMI) tipik olarak, ince bağırsağın farklı bölümlerine kan akışının kesilmesiyle karakterize iskemide ve ikincil enflamatuvar değişikliklere yol açan klinik bir durumdur. AMİ'li vakaların etyolojisi değerlendirildiğinde sıklık sırasına göre mezenterik arter embolisi (%50), mezenterik arteriyel tromboz (%15-25) veya mezenterik venöz tromboz (%5-15) şeklinde dağılım göstermektedir. Nadiren de olsa spontan izole superior mezenterik arter diseksiyonu (SİSMAD) sonucunda da AMİ görülebilmektedir. Karaolanis ve ark. sundukları meta-analizde SİSMAD'ın insidansını %0,06 olarak ifade etmiştir. Bununla birlikte SİSMAD mortalitesi son derece yüksek bir hastalıktır.

Amaç: Bu olgu raporunda acil servisimize senkop sonrası başvuran ve takipleri sırasında bulantı ve ishal şikayetleri gelişen AMİ'nin nadir prezentasyonlarından olan SİSMAD vakası sunuldu.

Bulgular: 51 yaşındaki erkek hasta 112 tarafından senkop nedeniyle acil servisimize getirildi. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve koroner arter hastalığı var idi. Hastaneye başvuru sırasında hastanın kan basıncı 140/90 mm-Hg, nabızı 50 /dk, spO2 si %98, parmak ucu kan şekeri 95 mg/dl olarak saptandı. Hastanın elektrokardiyografisinde (EKG) sinüs bradikardisi olduğu tespit edildi. Hastanın acil servis başvurusunda Glasgow koma skalası (GKS) 14, bilinci konfü idi. Muayene bulgularında ek özellik saptanmadı. Hastanın takipleri sırasında bulantı ve ishal şikayetlerinin gelişmesi üzerine yapılan kontrol muayenesinde Batında yaygın hassasiyet mevcut idi. Fakat defans ve rebound saptanmadı. Hastanın başvuru sırasında alınan laboratuvar tetkiklerinde Beyaz küre sayısı (WBC) 19,81 103 u/L idi. Ek olarak kan gazı analizi artmış laktat seviyesi (2,86 mmol/L) ile birlikte normal sınırlarda idi. Çekilen batin bilgisayarlı tomografi anjiyografisinde SMA da proksimal kısa bir segment sonrasında başlayan lümende hipodens lineer kontrast dolum defekti ile birlikte diseksiyon flebi izlendi. Distalinde kontrast dolumu mevcut idi (Resim 1). Ek olarak, Çölyak trunkusunda kronik tromboz zemininde gelişen hipodens lezyon var idi. Distalinde kontrast dolumu mevcut idi Hasta genel cerrahi ile konsülte edildi. Girişimsel radyoloji tarafından yapılan mezenter arter anjiyografisinde SMA'nın proksimalinde diseke lezyon olduğu izlendikten sonra balon ile stent implante edildi ve SMA'da tam açıklık sağlandı (Resim 2).

Resim 1



51 yaşında erkek hastanın çekilen kontrastlı Batın BT'de SMA da proksimal kısa bir segment sonrasında başlayan lümeninde hipodens lineer kontrast dolum defekti ile birlikte diseksiyon flebi görünümü (kırmızı ok) ve 3D Batın BT görünümü (beyaz ok). Distalinde kontrast dolumu mevcut idi

Resim 2



(A) Superior mezenterik arterin proksimalinde diseke lezyonun anjiyografi görünümü. (B) Balon ile stent implante edildikten sonra tam açıklık sağlandı.

Sonuç: Karın ağrısının çok nadir bir nedeni olan SİSMAD'ın görülme sıklığı onbinde 6 olarak bildirilmiştir. SİSMAD asemptomatikten karın ağrısı, bulantı, kusma, ishal ve senkop gibi farklı klinik semptomlar ile prezentante olabilir. Fakat, yüksek mortalite ve morbidite nedeniyle hızlı teşhis ve müdahale hayati önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: akut mezenter iskemi, karın ağrısı, senkop, süperior mezenter arter diseksiyonu, mortalite

SS-131

Travma hastalarında GAP ve mGAP skorlarının hastane içi mortaliteyi öngörme performanslarının karşılaştırılması: retrospektif tanısal değerlilik çalışması.

Mehmet Muzaffer İslam¹, Öner Bozan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

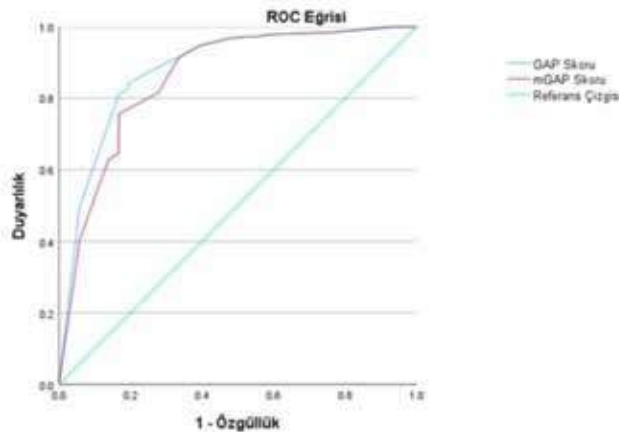
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Travma hastalarında hastane içi mortaliteyi öngörmek için pek çok skor tanımlanmıştır. Bunlardan birisi olan GAP skoru 2010'da geliştirilmiştir ve Glasgow Koma Skalası, yaş ve sistolik kan basıncı parametrelerini içermektedir. Daha sonrasında GAP skorunun tanısal performansını artırmak amacıyla skora yaralanma mekanizması da eklenerek (künt veya penetran) modifiye edilmiş ve mGAP skoru elde edilmiştir. Ancak yapılmış validasyon çalışmalarının sonuçları hangi skorun daha üstün olduğu konusunda tartışmalıdır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, künt veya penetran travma sonucu acil servise başvuran hastalarda GAP skoru ve mGAP skorunun hastane içi mortaliteyi öngörme performanslarının karşılaştırılması olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Dahil etme ve dışlama kriterlerini uyguladıktan sonra çalışmaya toplam 220 travma hastası dahil edildi. Hastaların yaş ortancası 36 (26-49) ve 184'ü (%83.6) erkek idi. Travma ciddiyeti değerlendirildiğinde hastaların Injury Severity Index (ISS) ortancası 14 (9-20) olarak hesaplandı ve 36'sı (%16.4) hastane içinde öldü. Hastane içi mortalite grubunun GAP skoru ortancası 16 (11-20), hayatta kalan hastaların GAP skoru ortancası 23 (23-25) olarak hesaplandı. Hastane içi mortalite grubunun mGAP skoru ortancası 20 (15-24), hayatta kalan hastaların mGAP skoru ortancası ise 27 (25-29) olarak hesaplandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırayla $p<0.001$, $p<0.001$). GAP skorunun hastane içi mortalite açısından ROC analizinde eğri altında kalan alanı 0.881 (%95GA= 0.814-0.949), mGAP skorunun eğri altında kalan alanı ise 0.858 (%95GA= 0.783-0.933) olarak hesaplandı. Eğri altında kalan alanlar arasındaki fark 0.023 (%95GA= 0.001-0.047) olarak hesaplandı ve AUC'lar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.049$).

GAP ve mGAP skorlarının ROC analizi



GAP ve mGAP skorlarının tanısal performanslarının karşılaştırılması

Tablo 2. Travma hastalarında GAP ve mGAP skorlarının hastane içi mortalite için tanısal performans ölçütleri.		
	GAP skoru (%95GA)	mGAP skoru (%95GA)
AUC	0.881 (0.814-0.949)	0.858 (0.783-0.933)
Duyarlılık	%81 (%64-%92)	%83 (%67-%94)
Özgüllük	%84 (%78-%89)	%76 (%69-%82)
Pozitif prediktif değer	%50 (%41-%59)	%40 (%33-%47)
Negatif prediktif değer	%96 (%92-%98)	%96 (%92-%98)
Pozitif olasılık oranı	3.11 (3.33-7.4)	3.41 (2.54-4.57)
Negatif olasılık oranı	0.23 (0.12-0.45)	0.22 (0.11-0.46)
Doğruluk (accuracy)	%84 (%78-%88)	%77 (%71-%82)

Sonuç: Künt veya penetran travma ile acil servise başvuran hastalarda, GAP ve mGAP skorları hastane içi mortaliteyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde öngörmeyi başarmıştır. Eğri altında kalan alanlar incelendiğinde iki skorun da genel performansı orta-iyi olarak değerlendirilebilse de GAP skorunun hastane içi mortaliteyi öngörmadaki performansı mGAP skoruna göre istatistiksel anlamlı olarak daha iyi çıkmıştır. Sonuç olarak künt veya penetran travma ile acil servise başvuran hastalarda GAP ve mGAP skorları hastane içi mortaliteyi öngörmek için birer tarama testi olarak kullanılabilir. GAP skorunun bu sonlanımdaki tanısal performansı mGAP skoruna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Travma, Tanısal değerlilik, Hastane içi mortalite

SS-132

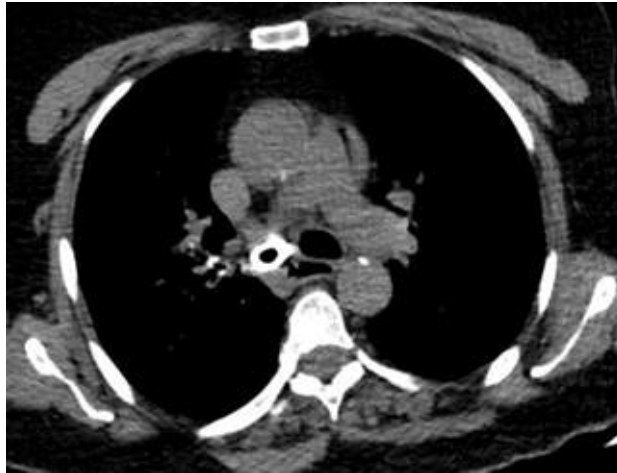
Yabancı Cisim Aspirasyonu Nedeniyle Acile Başvuran Hastaların YönetimiAttila Özdemir¹, Selime Kahraman¹, Yunus Emre Özsaray¹, Recep Demirhan¹¹Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Giriş: Her yaş grubundan yabancı cisim aspirasyonları hava yollarının kapanması sonucu ani solunum sıkıntısına neden olup hayatı tehdit edici bir durum oluşturabilir. Acil servise başvurabilecek kadar vakti olan hastalarda ilk müdahale çoğunlukla göğüs cerrahisi hekimi tarafından yapılmaktadır.

Amaç: Yabancı cisim aspirasyonu nedeniyle Ocak 2013- Ocak 2023 tarihleri arasında Kartal Dr Lütfi Kırdar Hastanesi acile başvuran hastaların verileri değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, başvuru semptomları, aspire edilen yabancı cismin türü, yabancı cismin trakeobronşial sistem içindeki lokalizasyonu, eşlik eden ek hastalıklar, uygulanan cerrahi işlemin türü, kullanılan anestezi yöntemi ve komplikasyonlar kayıt edildi.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 20 hastanın 8'i kadın, 12'si erkekti. Çocuk yaş grubunda 3 hasta vardı, çocuk yaş grubu hastalar hariç ortalama yaş 47.05 idi. Yabancı cismin lokalizasyonu 10 hastada sağ alt lob bronşu, 3 hastada sağ ana bronşu, 2 hastada sol üst lob bronşu, 1 hastada sağ üst lob bronşu, 1 hastada sol ana bronş, 1 hastada sol alt lob bronşu, 1 hastada karina, 1 hastada aynı anda hem sağ alt lob hem sol üst lob bronşunda yerleşimli idi. Öksürük en sık görülen klinik semptomdu, 5 hastada klinik semptom yoktu. Çıkarılan yabancı cisimlerin 7' si toplu iğne, 4' ü fındık, 4'ü yemek kalıntısı, 3' ü diş protezi, 1' i trakeostomi kanülü, 1 ' i ilaç tableti idi. Hastaların 3' ünde yabancı cisim fob ile, 4' ünde torakotomi ile çıkarıldı, 13 hastada rijit bronkoskopi yapıldı. Hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi.

Şekil-1 : Sağ ana bronшта trakeostomi kanülü



Şekil-2 : Sağ alt lob bronşunda toplu iğne



Tablo - 1: Hastalara ait veriler

Hasta no	Yaş	Cinsiyet	Yerleşim	Semptom	YC	İşlem	Ek hastalık	Anestezi	Komplikasyon
1	12	K	Sağ alt	Öksürük	Fındık	FOB		Genel	Yok
2	34	E	Sol üst	Yok	Toplu iğne	FOB + TOR		Genel	Yok
3	17	K	Sağ alt	Öksürük	Toplu iğne	FOB + TOR		Genel	Yok
4	18	E	Sağ alt	Öksürük	Fındık	RB		Genel	Yok
5	33	E	Sol üst	Nefes darlığı	Yemek artığı	RB	Alkolizm	Genel	Yok
6	53	E	Sağ alt	Öksürük	Yemek artığı	RB		Genel	Yok
7	25	K	Sağ alt	Öksürük	Toplu iğne	FOB + TOR		Genel	Yok
8	80	E	Sağ ana	Yok	Yemek artığı	RB	Demans	Genel	Yok
9	75	E	Sağ ana	Öksürük	Diş protezi	RB	SVO + Hemiplejik	Genel	Yok
10	52	E	Sağ üst	Nefes darlığı	Yemek artığı	RB		Genel	Yok
11	12	K	Sağ alt	Yok	Toplu iğne	FOB + TOR		Genel	Yok
12	76	E	Sağ alt + Sol üst	Nefes darlığı	İlaç tableti	RB		Genel	Yok
13	25	K	Sağ alt	Yok	Toplu iğne	FOB		Sedoanaljezi	Yok
14	46	E	Sol ana	Nefes darlığı	Diş protezi	RB		Genel	Yok
15	72	E	Sağ alt	Öksürük	Toplu iğne	FOB	Total Larenjektomi	Sedoanaljezi	Yok
16	57	E	Sağ alt	Öksürük	Fındık	FOB		Sedoanaljezi	Yok
17	41	E	Sol alt	Öksürük	Diş protezi	FOB + RB		Genel	Yok
18	21	K	Karina	Nefes darlığı	Fındık	RB		Genel	Yok
19	62	K	Sağ ana	Nefes darlığı	Trakeostomi kanülü	RB	Trakeostomi	Genel	Yok
20	30	K	Sağ alt	Yok	Toplu iğne	RB		Genel	Yok

Sonuç: Yabancı cisim aspirasyonların acil müdahalesinde fiberoptik bronkoskopi tanısal ve teröpatik amaçlı kullanılabilir. Rijit bronkoskopi distal bronşlarda yerleşimli yabancı cisimler için daha iyi bir seçenek olmakla birlikte bazı zor vakalarda torakotomi gerekliliği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: yabancı cisim aspirasyonu, fob, rijit bronkoskopi

SS-133

Uygulanan Kuduz Aşı Sayısında Sosyal Medyanın Etkisi

Muhammed Furkan Özden¹

¹İstanbul Arnavutköy Devlet Hastanesi

Giriş: Kuduz, ölüm oranı çok yüksek olan, santral sinir sistemini etkileyen viral bir enfeksiyondur. Yılda yaklaşık 59.000 kişi kuduzdan hayatını kaybetmemiştir. Kuduz, Rabdoviridae ailesinden Lyssavirüsler grubundandır, RNA virüsüdür. Vakaların %95-99'u köpekler yoluyla insana geçmektedir. Aşılama ile önlenabilir bir hastalıktır. Şüpheli ısırık vakalarının %40'ı <15 yaş çocuklardan oluşmaktadır. Dünyada her yıl 15 milyon aşılama yapılmaktadır ve tahminen binlerce ölümü engellediği düşünülmektedir. Türkiye'de yılda 180.000 şüpheli ısırık vakası ve 1-2 kuduz vakası bildirilmektedir.

Amaç: Ekim 2022'de Bitlis'in Adilcevaz ilçesinde 9 ve 10 yaşlarındaki iki çocuk sahipsiz bir köpek tarafından ısırılmıştı. İki çocuğun hastaneye başvurusu geç olmuş, ilçedeki tedavilerinin ardından kuduz şüphesiyle Hacettepe Üniversitesi Hastanesine sevk edilmişlerdi. Çocuklardan birisi tedavisinin ardından taburcu edilirken, diğer çocukta kuduz virüsüne rastlanılması üzerine Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine transfer edilmişti. Entübe olarak takip edilen çocuk 9 Kasım 2022'de vefat etmişti. Bu olay, yazılı ve görsel basın ile sosyal medyada çok geniş yankı bulmuş, birçok insan bu konuya dikkat kesilmişti. Bu çalışmada yaklaşık 350.000 nüfusa sahip İstanbul'un Arnavutköy ilçesindeki tek kamu hastanesi ve tek kuduz merkezi olan Arnavutköy Devlet Hastanesinde son 1 yılda yapılan kuduz aşı sayıları incelendi. Kuduz nedeniyle yaşamını yitiren çocuk ile ilgili haberlerin medyada sıkça bahsedilmesinin, insanlarda kuduz hastalığına olan duyarlılığı artırıp artırmadığını araştırmak istedik. Bu nedenle Arnavutköy Devlet Hastanesinde Kasım 2022 öncesi ve sonrası aylık bazda yapılan kuduz aşısı ve kuduz immunglobulin (Ig) sayıları kıyaslandı.

Bulgular: 2022 yılı: Şubat (Aşı 188, İg 50), Mart (Aşı 228, İg 38), Nisan (Aşı 327, İg 51), Mayıs (Aşı 363, İg 29), Haziran (Aşı 417, İg 22), Temmuz (Aşı 403, İg 38), Ağustos (Aşı 375, İg 29), Eylül (Aşı 374, İg 44), Ekim (Aşı 353, İg 16), Kasım (Aşı 564, İg 15), Aralık (Aşı 454, İg 21). 2023 yılı: Ocak (Aşı 417, İg 9), Şubat (Aşı 320, İg 8), Mart (Aşı 435, İg 24). Kuduzdan ölen çocuk haberini takiben Kasım, Aralık ve Ocak aylarında diğer aylara kıyasla yapılan kuduz aşı sayısında belirgin artış olduğu gözlenmiştir.

Şubat 2022 ile Mart 2023 arası aylık bazda uygulanan kuduz aşısı ve kuduz immunglobulin doz sayıları

	Kuduz Aşısı	Kuduz İmmunglobulin
Şubat 2022	188	50
Mart 2022	228	38
Nisan 2022	327	51
Mayıs 2022	363	29
Haziran 2022	417	22
Temmuz 2022	403	38
Ağustos 2022	375	29
Eylül 2022	374	44
Ekim 2022	353	16
Kasım 2022	564	15
Aralık 2022	454	21
Ocak 2023	417	9

Şubat 2023	320	8
Mart 2023	435	24

Sonuç: Kış aylarında hareketliliğin az olması kuduz şüpheli başvuruları azaltmasına rağmen, 9 Kasım 2022’de kuduzdan ölen çocuk haberinin basında ve sosyal medyada geniş yer bulması insanların kuduza olan duyarlılığını artırmıştır. Bu da hastane başvuruları ve yapılan kuduz aşı sayısını orantılı olarak artırmıştır.

Anahtar Kelimeler: kuduz, aşı, immunglobulin, sosyal medya

SS-134

Telefon Oyunlarına Bağlı Gelişen Epilepsi AtakMustafa Fatih Öztürk¹, Onur Kaplan¹¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Nöbet, beyin nöronlarının uygunsuz elektriksel deşarjının neden olduğu anormal nörolojik fonksiyon epizodudur. Nöbet uygunsuz uyarıcı aktivite ortamındaki klinik ataktır. EEG deşarjları olan “epileptik” bazı hastalar herhangi bir klinik semptom yaşamayabilir. Bazı nöbet benzeri ataklar, anormal beyin elektriksel aktivitesi dışındaki nedenlere bağlı olabilir ancak bu tür ataklar gerçek bir nöbet değildir

Haseki



Amaç: Epilepsi, bireyin tekrarlayan nöbetlere maruz kaldığı klinik bir durumdur. Beynin daha düşük bir nöbet eşiği ile uyarılabildiği durumu ifade eder. Alkol yoksunluğu veya metabolik düzensizlikler gibi geri dönüşümlü koşulların neden olduğu ve tekrarlayan nöbetleri olan kişiler epileptik nöbet olarak adlandırılmaz.

Bulgular: OLGU: 45 Y erkek hasta acil servise nöbet sonrası kafa travması ile 112 ekipleri tarafından getirildi. Gelişinde vital bulguları stabildi. Nörolojik muayenesinde hasta uykuya meyilli kısmi oryante, kısmi koopereydi. Gözleri spontan kapalı ancak sözel uyarılarla gözlerini açmaktaydı. Göz küreleri orta hatta ve her yöne serbest hareketliydi. Pupiller izokorik DI IR+/+. Kas gücü muayenesinde dört ekstremitede spontan hareketliydi. TCR bilateral fleksör yanıtliydi. Bilinen 1995'te AVR öyküsü 2021'de hemorajik SVO öyküsü mevcut. Hemorajik SVO sonrası nöbet geçiren hasta 2022 yılında epilepsi tanısı almış. Tanı aldıktan sonra nöbet öyküsü olmamış. Hasta yemek sonrası 1000 mg keppra kullanmış. Sonrasında telefonla oyun oynarken JTK tarzında nöbet başlamış. Çenesinde kilitlenme ve dilinde ısırma olmuş. Sonrasında yarım saat süren postiktal dönemi olmuş. Hasta gelişinde postiktal durumdaydı. 1000 mg levitiresetam yüklemesi yapıldıktan sonra 2-3 dk kadar süren jtk tarzı nöbet ve idrar inkontinansı gelişti. Tedavi verildikten sonra nöbeti kontrol altına alındı. Postiktal hali geçtikten sonra anamnezi derinleştirilen hastanın telefonda Clash of Clans isimli oyunu oynadığı öğrenildi. Hasta acil servisi gözlem süresi dolduktan sonra taburcu edildi.

Clash of Clans



Sonuç: Sonuç olarak epilepsi ataklarının tetiklenmesinde düzensiz ilaç kullanımı, araya giren enfeksiyonlar sıkça görülmekle beraber aklımıza oyunlarda olan ani ışıklar, yüksek seslerin de epileptik atağı tetikleyebileceği akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: telefon, oyun

SS-135

Akut Pankreatitte Sistemik İmmüno-İnflamasyon İndeksi ve Hematolojik İnflamatuvar İndeks ile Mortalite ve Hastaneye Yatış Süresi İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma

Serdar Özdemir¹, İbrahim Altunok¹, Abdullah Algın¹

¹Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Sistemik immün inflamasyon indeksi (SII) ve hematolojik inflamatuvar indeks (HII), literatürde inflamatuvar süreçlerle ilişkili olduğu gösterilen biyobelirteçlerdir. Bu verilere dayanarak, SII ve HII'nin akut pankreatitte mortaliteyi ve uzamış hastane yatışını predikte edebileceğini speküle ettik.

Amaç: Akut pankreatit olgularında hematolojik inflamatuvar indeks (HII) ve sistemik immüninflamatuvar indeks (SII) ile kısa süreli ve uzamış hastane yatışları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak.

Bulgular: Bu retrospektif tek merkezli çalışma, bir eğitim hastanesi acil servisinde gerçekleştirildi. Hastalar hastanede kalış süresine (beklenen ve uzamış) ve kısa dönem mortaliteye (hayatta kalan ve ölen) göre gruplandırıldı. Çalışmaya 177 hasta dahil edildi. Beklenen ve uzamış yatış grupları arasında SII ve HII açısından anlamlı fark yoktu (sırasıyla, $p=0,649$ ve $p=0,084$, Mann Whitney U testi). Bu indeksler açısından da hayatta kalan ve ölen gruplar arasında anlamlı fark yoktu (HII için $p=0,070$ ve SII için $p=0,138$, Mann Whitney U testi). 30 günlük mortalitede iki hematolojik parametrenin ayırt etme yeteneğini belirlemek için ROC eğrisinin analizi yapıldı. Akut pankreatitli hasta grubunda en iyi Youden indeksine göre SII için cut-off değeri 2456,3 (duyarlılık: %46,67, özgüllük: %77,07), EAA değeri 0,616 (%95 güven aralığı 0,450–0,782) idi (PPV 16,28 NBD 93,8). Aynı grupta en iyi Youden indeksine göre HII için cut-off değeri 2139,1 (duyarlılık: %80, özgüllük: %50,96), EAA değeri 0,642 (%95 güven aralığı 0,515-0,768) (PPV) : 13,48, NBD: 93,39). ROC analizine göre SII ve HII'nin doğruluğu 0.91 ve 0.91 olarak hesaplandı.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları, beklenen ve uzamış hastanede yatış grupları ile hayatta kalan ve ölen gruplar arasında SII ve HII açısından anlamlı bir fark göstermedi. Sonuçlarımızın doğrulanmasının daha büyük örneklem-lerle çok merkezli çalışmalarda yapılmasını öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Akut pankreatit, Mortalite, Hastane yatış süresi, Lökosit, Lenfosit

SS-136

ACIL SERVİSTE İHMAL EDİLEN BİR BAŞ DÖNMESİ NEDENİ ' PSİKOJENİK (FONKSİYONEL) VERTİGO'

Yusuf Köksal¹, Melis Dörter¹, Sertap Çetin², Nur Sultan Karaca²

¹Koç Üniversitesi Hastanesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Koç Üniversitesi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri, İstanbul, Türkiye

Giriş: Psikojenik (fonksiyonel) vertigo, benign pozisyonel vertigo (BPV)'dan sonra en sık ikinci periferik vertigo nedenidir. Teşhis ekartasyona dayandığından tanı koymak zordur, geleneksel tedavi etkili değildir. Acil serviste tanı koymaya yönelik belirlenmiş standart bir yaklaşım bulunmamaktadır.

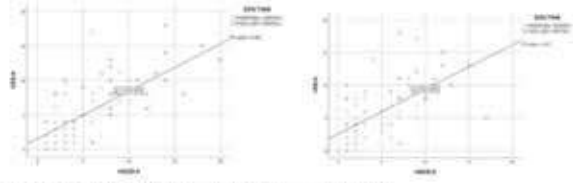
Amaç: Bu çalışmada amacımız acil servise periferik vertigo ile başvuran hastalarda Vertigo Symptom Skalası (VSS) ile Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği (HAD) nin psikojenik vertigoyu tanımada kullanılabilirliğini ve psikojen vertigo hastalarının baş dönmesi ile başvuran periferik vertigolar içerisindeki sıklığını saptamaktır.

Bulgular: Acil servisimize baş dönmesi nedeni ile 01/01/2022 ve 1/01/2023 tarihleri arasında başvuran periferik vertigolu hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Santral nedenler çalışmaya dahil edilmemiştir. Periferik vertigo KBB hekiminin odyometri, dix hallpike testleri sonrası BPV ve psikojen vertigo olarak ayrılmıştır. Hastalara hem VSS hem de HADS ölçeği verilmiş olup ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, 'pearson korelasyon analizi' ve 'bağımsız örneklem için t testi' kullanılmıştır. Çalışmamıza n=39(%56,5) kadın ve n=30(%43,5) erkek toplam n=69 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş aralığı 20-85 yaş olup, yaş ortalamaları 54.08±2.107'dir. Vakaların n=44(%63,8)'i BPV, n=25(%36,2)'si psikojenik vertigo tanısı almıştır. VSS-A skoru ile HADS-A ve HADS-D skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı güçlü bir pozitif korelasyon saptanmıştır. (HADS-A r = ,695 p= ,000 , HADS-D r : , 609 p= ,000).BPV hastalarının VSS-V skoru 13,05±6,01, psikojen vertigo hastalarının VSS-V skoru 6,56±5,66 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır(p=,000). BPV hastalarının VSS-A skoru 3,80±3,65 psikojen vertigo hastalarının VSS-A skoru 9,04±3,94 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır(p=,000). BPV hastalarının HADS-A skoru 4,18±3,02, psikojen vertigo hastalarının HADS-A skoru 9,28±5,02 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır(p=,000). BPV hastalarının HADS-D skoru 2,91±2,58, psikojen vertigo hastalarının HADS-D skoru 7,52±4,50 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır(p=,000). (Tablo 1)

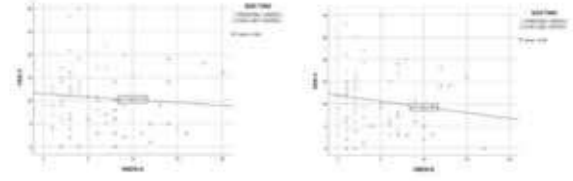
Tablo 1: VSS ve HAD Skorlarının Subgrup Analizi

Tablo 1: VSS ve HAD Skorlarının Subgrup Analizi									
INDEPENDENT T TEST									
95% CONFIDENCE INTERVAL OF THE DIFFERENCE									
Gruplar	N	X	sd	t	sd	p	Lower	Upper	Ypın
VSS-V									
Periferik	44	13,05	4,01	4,39	43	,000	6,34		9,65
Psikojen	25	6,56	3,66						
VSS-A									
Periferik	44	3,80	3,63	-3,36	43	,000	-7,12		-0,36
Psikojen	25	9,04	3,94						
HADS-A									
Periferik	44	4,18	3,02	-4,61	43	,000	-7,34		-2,89
Psikojen	25	9,28	5,02						
HADS-D									
Periferik	44	2,91	2,58	-4,36	43	,000	-6,60		-2,61
Psikojen	25	7,52	4,50						

Şekil 1. VSS-A ile HADS-A ve HADS-D arasındaki ilişki ve Şekil 2. VSS-V ile HADS-A ve HADS-D arasındaki ilişki



Şekil 1. VSS-A ile HADS-A ve HADS-D arasındaki ilişki



Şekil 2. VSS-V ile HADS-A ve HADS-D arasındaki ilişki

Sonuç: Sonuç olarak periferik vertigoların %36,2' si psikojen vertigo tanısı almış olup BPV tanısı alan hastalarda VSS'nun vestibüler semptomları anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiş, psikojen vertigoda ise VSS'nun otonom semptomları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Psikojen vertigoda BPV'ye göre depresyon ve anksiyete skorları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Periferik Vertigo, Psikojenik Vertigo, VSS, HADS

SS-137

Acil Serviste Trombolitik Tedavi Uygulamada Klinikler Arası İnme Toplantılarının Kapı-İğne Zamanının İyileştirilmesi Üzerindeki Etkileri: Tek Merkez Deneyim

¹Dr. Öğr. Üyesi Dilay SATILMIŞ

¹İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2 Abdülhamid Han EAH, Acil Tıp Kliniği

Giriş: İskemik inme hastalarında mortalite ile semptom başlangıcından tedaviye kadar gecikme arasında açık bir ilişki gösterilmiştir. 2019 American Heart Association (AHA) Stroke Council's Scientific Statements Oversight Committee, kılavuzunda yapılan güncellemelerde de hem hastane öncesi hem de hastane içi, inme sistemi bakım konsepti desteklenmektedir ve inme hastasının yönetiminin multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiği vurgulanmıştır (1).

Biz de, klinisyenlerin multidisipliner işbirliğinin kurulmasının, klinikler arası iletişim ve düzenli yüz yüze toplantılar ile mümkün olması fikrinden yola çıkarak, kliniğimizde Ocak 2022 tarihi itibarı ile nöroloji kliniği ile ortak, aylık vaka değerlendirme toplantıları planladık. Mevcut çalışmanın da amacı; toplantı öncesi ve toplantı sonrası invaziv trombolitik tedavi (ITT) başlanan iskemik inme hasta grubunun yönetiminde klinisyenlerin iş birliğinin etkinliğini karşılaştırmak olmuştur.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamızda, Sultan 2 Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, Ocak 2022 tarihinde başlayan klinikler arası toplantı öncesi ve sonrası tüm İTT başlanan ve hastaneye yatırılan hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Her ay bir önceki ayda iki kliniğin işbirliği ile İTT uygulanan ve yatışı verilen tüm hastalar iki kliniğin ortak katılımı ile değerlendirildi. Toplantı sırasında nöroloji uzmanları ve acil tıp uzmanları hastanın, başvuru semptomlarını, kapı-görüntüleme ve kapı-iğne sürelerini, manyetik rezonans görüntüleri ve bilgisayarlı tomografinin dahil olduğu kranial görüntülemelerinin analizini ve İTT uygulamada kliniklerin etkinliğini analiz etti. Tespit edilen eksikliklerde iyileştirme üzerine neler yapılabileceği üzerine değerlendirmeler ve öneriler tartışıldı.

Toplantı öncesi İTT başlanan hastalarının verilerine hastane otomasyon sisteminden ICD-10 tanı kodlama sistemine göre iskemik inme kodu alan hastaların protokol numaraları alınarak hastane arşivinden ulaşıldı. Ocak 2022 sonrası hastaların verilerine de, toplantıda değerlendirilmek üzere oluşturulan Excel dosyasından ulaşıldı. Hastaların vital bulguları, demografik özellikleri, klinik muayene bulguları, görüntüleme ve kapı-iğne süreleri ortak bir excel dosyasında kayıt altına alındı.

Bulgular: Çalışmaya acil serviste (AS) İTT uygulanan toplamda 147 iskemik inme hastası dahil edildi. Hastaların %45,6 (n:67)'sı erkek, %54,4 (n:80)'ü kadındı, yaş ortancası 76 (18, 36-94) yıl idi. Komorbid hastalıklarına göre ilk üç sırada; %71. 4 hipertansiyon, %36. 7 koroner arter hastalığı ve %35. 4 diyabetes mellitus bulunmaktaydı ve toplantı sonrası grupta serebrovasküler hastalık oranı, toplantı öncesi gruba göre anlamlı olarak daha yüksek oranda idi (%31.1'e %10.8, p=0.003) (Tablo 1).

Hastaların % 69,9 (n:102)'u toplantı öncesi, %30,1 (n: 45)'i toplantı sonrası tedavi aldı. Toplantı öncesi kapı - BT çekilme zamanının medyan değeri 18.5 (18, 2-95) dakika, toplantı sonrası ise 17 (11, 4-90) dakika idi (p = 0.409). Toplantı öncesi medyan değeri 85.5 (66, 17-205) dakika olan kapı - iğne zamanının, sonrasında 60 (31, 32-192) dakikaya gerilediği tespit edildi ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut idi (p = 0.018). Trombektomi uygulanan hastaların oranı toplantı sonrası %64.4 iken toplantı öncesi %45.1'di ve iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark mevcuttu (p = 0.031). Tüm hastaların 30 günlük mortalite oranı %19 (n: 28) idi. Toplantı öncesi ve sonrası mortalite oranları karşılaştırıldığında, toplantı öncesi mortalite oranı % 16.7 (n:17) iken

toplantı sonrası %24.4 (n:11) idi ve iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.268$) (Tablo 2).

Kapı – Görüntüleme zamanını yıllara göre ayrı ayrı incelediğimizde; 2018 ve 2019 yıllarında 20 dak.'nın üzerinde olduğu görülmekte iken; bu sürenin 2020 yılı itibari ile 20 dak.'nın altına inmekte olduğu ve toplantı sonrası dönemde toplantı öncesi döneme göre daha kısa olduğu görülmekte idi (Şekil 1). Kapı-iğne Zamanını yıllara göre ayrı ayrı incelediğimizde; 2018 yılı itibari ile kapı-iğne zamanı azalmakta iken medyan değeri 85.5 idi, toplantı sonrası dönemde ise medyan değer 60 dakikaya düştüğü ve anlamlı olarak kısaltılmakta olduğu görülmekte idi (Şekil 2).

Tartışma: Bu çalışma ITT uygulanan akut iskemik inme hastalarında, kapı-görüntüleme ve kapı-iğne sürelerini değerlendirmek ve klinisyenlerin multidisipliner işbirliğinin inme hastalarının yönetiminde etkinliğini araştırma amaçlı yapılmış bir çalışmadır. Yapılan çalışmalar çerçevesinde AS'lerde inme hastalarının tanınması ve kapı-iğne zamanında gecikmelerin olmaması önemlidir. Çalışmada hastaların demografik özellikleri ve serebrovasküler hastalık haricinde diğer komorbid hastalık öyküsü gibi risk faktörlerinde herhangi bir korelasyon saptanmadı. Bu nedenle, hastaların altta yatan faktörlerinin hiçbirisi prognozu belirleyemedi. İskemik stroke'da görüntülemelerin yorumlanmasında, zaman ölçümleri önemlidir. "Get with Guidelines", akut inme şüphesinde parenkimal görüntülemenin AS'e başvurudan sonraki 25 dakika içinde çekilmesini ve bu taramaların alındıktan sonraki 20 dakika içinde yorumlanmasını önermektedir (2).Yapılan çalışmalarda da, ideal olarak hasta AS'te "Kapıdan Tarıyıcıya", nakledilmeli ve zamandan tasarruf edilmesi, multidisipliner ekip çalışması ve standartlaştırılmış kurumsal protokollerle sağlanabileceği, tedavi sürelerinin ve dolayısıyla fonksiyonel sonuçların iyileştirilmesine katkı sağlayacağı bildirilmiştir (3,4,5). Biz de trombolitik tedavi uyguladığımız hastaları kapı-görüntüleme sürelerine göre değerlendirdiğimizde, AS'te hastanın başvuru sonrası acil tıp hekimi tarafından ön değerlendirme sonrası kapı-görüntüleme süresi toplantı öncesi dönemde ortalama 18.5 dakika, toplantı sonrası dönemde ortalama 17 dakika idi ve ideal kapı görüntüleme süresi olan 20 dakikayı yakalamakta idi.

Albers ve ark'nın, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 57 tıp merkezinde prospektif, çok merkezli, inme hastalarında Alteplaz ile standart tedavi uygulanması çalışmasında 30 günlük mortalite oranı %13 idi (6). Akut iskemik inme de ITT uygulamasının etkinliği üzerine yapılan Ulusal Nörolojik Bozukluklar ve İnme Enstitüsünün çalışmasında da ITT uygulanan hastalarda kısa dönem mortalite %17 oranlarında idi (7).Yine Weisenburger ve ark.'nın, drip and ship ve mothership modellerini karşılaştırıldığı, 971 hastanın dahil edildiği çok merkezli, gözlemsel çalışmalarda da semptomatik intrakraniyal kanama (sIKK) ve mortalite oranının drip and ship modelinde, mother ship modeline göre daha yüksek olduğundan bahsedilmiştir ve sIKK; %7,5'a %5,9 iken mortalite oranları; %17.4'e, %16.1 saptanmıştır ($p=0.64$) (8). Tedavi protokolleri de gözönüne alındığında, drip and shift modeli, mother shift modeline kıyasla daha yüksek sIKK'ya ve mortalite oranında artışa sebep olmakta olduğu görülmektedir. Bizim hastanemizde de 2018 ve 2019 yıllarında mother ship modeli ile endovasküler rekanalizasyon tedavisi uygulandı ve sIKK oranımız %15.9 ve mortalite oranımız %13.6 ile diğer yıllardan daha düşüktü. Bu durumun da mortalite oranlarımızı etkilemiş olabileceğini bize düşündürdü. Tan Benjamin YQ ve ark.'nın, akut iskemik inme hastalarında kapı-iğne zamanının iyileştirilmesinde 404 hastanın dahil olduğu, İnme aktivasyon protokolü çalışmasında; protokol 2 de endovasküler tedavi de dahil olmak üzere tedavi yolundaki çeşitli adımları hızlandırmak için 24 saatlik bir inme hemşiresi akut inme bakım programına dahil edilmiş, Protokol 1'de de rutin inme protokolü uygulanmıştır. Çalışmada kapı-iğne zamanı; protokol 1'de 84 ± 47 dak. ve protokol 2'de 69 ± 33 dak. saptanmıştır (9). Çalışmamızda da benzer şekilde, toplantı öncesi kapı-iğne zamanının median değeri 85.5 dak., toplantı sonrası süre 60 dakikaya geriledi ve fark anlamlı idi ($p=0,018$).

Kısıtlılıklar: Mevcut çalışmanın çeşitli kısıtlılıkları vardır. Öncelikle çalışmanın tek merkezli ve retrospektif olması önemli bir kısıtlılıktır. Çalışmanın retrospektif olması nedeniyle veriler elektronik kayıt ortamlarından elde edilmiştir ve bazı laboratuvar parametrelerine ilişkin veri eksikliği vardır. İkinci olarak, endovasküler rekanalizasyon endikasyonu olan hastalar farklı bir inme merkezine transfer edilmiştir ve klinik takip parametrelerine ilişkin veri eksikliği bulunmaktadır. Toplantı öncesi sürenin daha geniş bir zaman olması da bu çalışmanın bir diğer önemli

sınırlılığıdır. Bununla birlikte, yüksek hacimli iskemik inme hastaları olan bir acil serviste, ITT kriterlerini karşılayan ardışık tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak bu çalışma, AS'te iskemik inme hasta yönetiminde ve ITT'nin erken dönemde verilmesi konusunda, basit bir sistem tabanlı aylık vaka değerlendirme toplantıları ile düzeltme çalışmalarının yapılmasının inme hastalarında iyi klinik sonuçlanımda önemli bir rolü olduğunu göstermektedir. Klinikler arası toplantıların, klinik sonuçlanımlar ve mortalite gibi uzun vadeli sonuçlar üzerindeki etkisini değerlendirmek için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar:

1. Warner, John J., et al. "Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke." *Stroke* 50.12 (2019): 3331-3332.
2. Fonseca, Ana Catarina, et al. "European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of transient ischaemic attack." *European stroke journal* 6.2 (2021): CLXIII-CLXXXVI.
3. Vahidi, Elnaz, et al. "Short-Term Outcome Assessment of Acute Ischemic Stroke After Intravenous Fibrinolytic Therapy: A Cross-sectional Study." *Archives of Neuroscience* 9.2 (2022).
4. Greenberg, Karen, et al. "Stroke thrombolysis given by emergency physicians: The time is here." *The American Journal of Emergency Medicine* 68 (2023): 98-101.
5. Acar, Bilgehan Atılğan. "Impact of emergency room meetings on improvement of door-to-needle times in acute ischemic stroke patients: A single center's experience." *Northern Clinics of İstanbul* 5.4 (2018): 282-287.
6. Albers, Gregory W., et al. "Intravenous tissue-type plasminogen activator for treatment of acute stroke: the Standard Treatment with Alteplase to Reverse Stroke (STARS) study." *Jama* 283.9 (2000): 1145-1150.
7. Park, Man-Seok, et al. "Characteristics of the drip-and-ship paradigm for patients with acute ischemic stroke in South Korea." *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 25.11 (2016): 2678-2687.
8. Weisenburger-Lile, David, et al. "Direct admission versus secondary transfer for acute stroke patients treated with intravenous thrombolysis and thrombectomy: insights from the endovascular treatment in ischemic stroke registry." *Cerebrovascular Diseases* 47.3-4 (2019): 112-120.
9. Tan, Benjamin YQ, et al. "Improvement in door-to-needle time in patients with acute ischemic stroke via a simple stroke activation protocol." *Journal of stroke and cerebrovascular diseases* 27.6 (2018): 1539-1545.

Tablolar:

Table 1. Hastaların demografik ve klinik özelliklerinin yıllara göre dağılımı

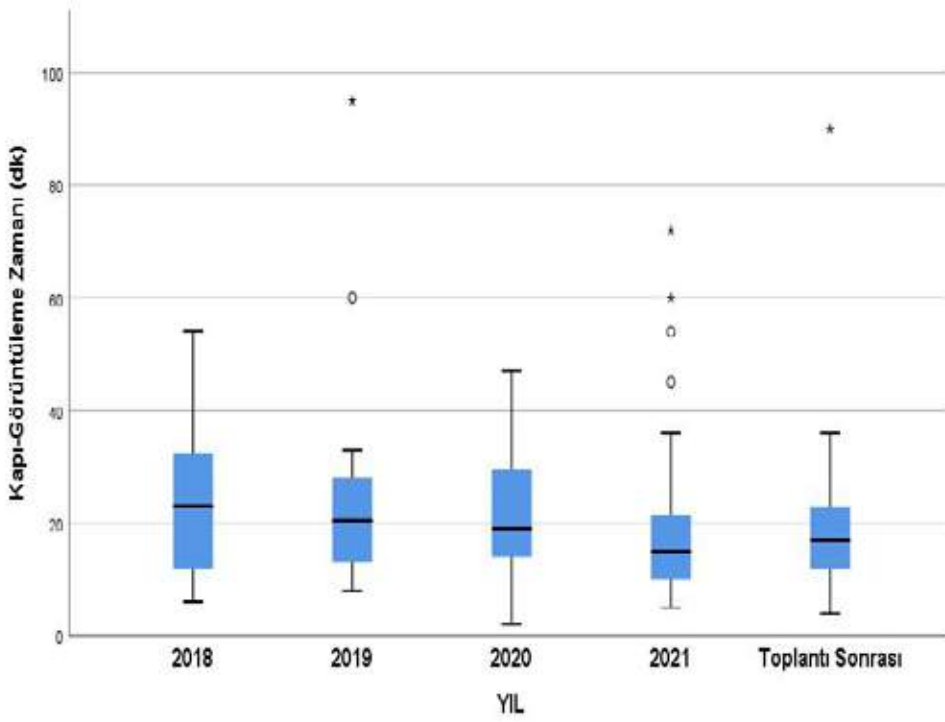
	Tüm Hastalar, N: 147	Toplantı Öncesi, N: 102	Toplantı Sonrası, N: 45	p-değeri
Yaş, Medyan (IQR) [min-max], yıl	76 (18) [36-94]	75 (19) [40-94]	77 (16) [36-94]	0.233
Cinsiyet , (N), (%)				
Erkek	67 (45.6%)	51 (50%)	16 (36.3%)	0.105
Kadın	80 (54.4%)	51 (50%)	29 (64.4%)	
Komorbid Hastalıklar, (N), (%)	130 (88.4%)	87 (85.3%)	43 (95.6%)	0.073
Hipertansiyon	105 (71.4%)	69 (67.6%)	36 (80%)	0.127
Serebrovasküler Hastalık	25 (17%)	11 (10.8%)	14 (31.1%)	0.003
Koroner Arter Hastalığı	54 (36.7%)	36 (35.3%)	18 (40%)	0.585
Diyabetes Mellitus	52 (35.4%)	34 (33.3%)	18 (40%)	0.436
Kanser	10 (6.8%)	7 (6.9%)	3 (6.7%)	0.965
Hiperlipidemi	18 (12.2%)	15 (14.7%)	3 (6.7%)	0.171
KOAH	5 (3.4%)	3 (2.9%)	2 (4.4%)	0.642
Astım	4 (2.7%)	2 (2%)	2 (4.4%)	0.586
Böbrek Yetmezliği	6 (4.1%)	4 (3.9%)	2 (4.4%)	0.883
Demans	8 (5.4%)	6 (5.9%)	2 (4.4%)	0.723
Vital Bulgular, Medyan (IQR)				
Ateş, °C	36.2 (0.5) [36-37.8]	36.3 (0.5) [36-36.9]	36.1 (0.3) [36-37.8]	0.028
Kalp hızı, atım/dk	80 (21) [42-159]	80.5 (18) [42-159]	79 (26) [54-126]	0.493
Oksijen saturation, %	96 (4) [82-100]	95 (3) [82-100]	97 (3) [92-99]	0.006
SKB, mmHg	152 (32) [103-225]	154 (30) [111-225]	150 (31) [103-217]	0.302
DKB, mmHg	90 (25) [40-152]	90 (22) [40-139]	86 (31) [52-152]	0.038
Glikoz, mg/dL	126 (52) [75-384]	127.5 (48) [75-384]	122 (60) [84-304]	0.850

Tablo 2. Hastaların Yıllara Göre Kapı İğne, Kapı Görüntüleme Sürelerinin Değerlendirilmesi

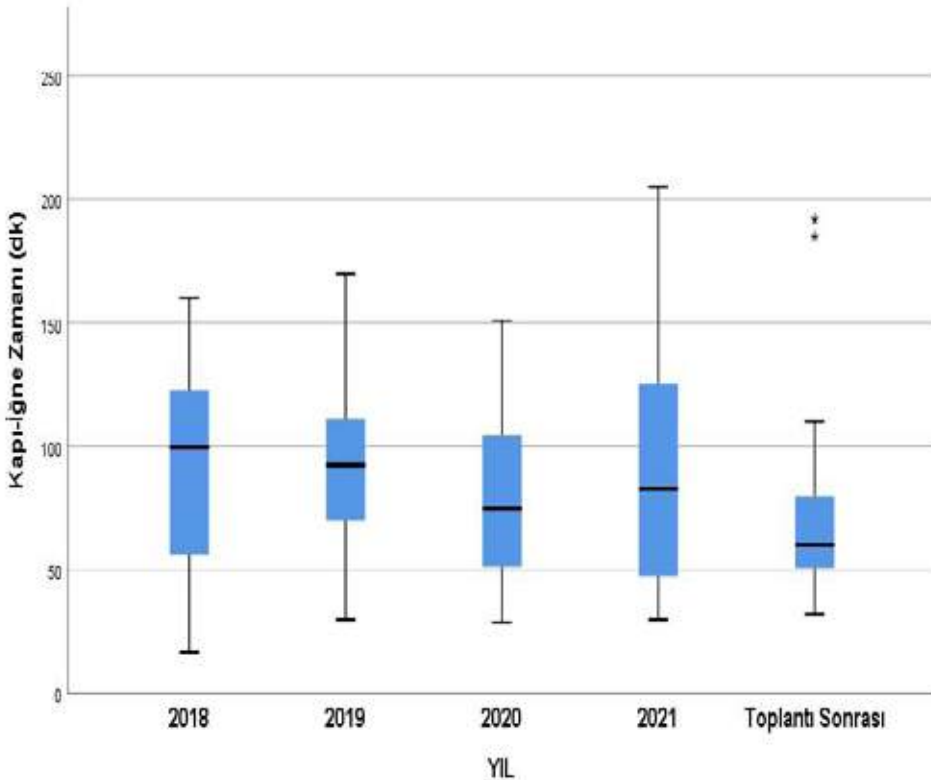
	Tüm Hastalar, N: 147	Toplantı Öncesi, N: 102	Toplantı Sonrası, N: 45	p-değeri
Zaman Hedefleri, Medyan (IQR), dakika				
Semptom – Kapı zamanı	57 (53) [4-252]	58.5 (58) [4-230]	52 (39) [13-252]	0.713
Kapı - BT çekilmesi zamanı	18 (16) [2-95]	18.5 (18) [2-95]	17 (11) [4-90]	0.409
Kapı - İğne zamanı	70 (57) [17-205]	85.5 (66) [17-205]	60 (31) [32-192]	0.018
Semptom - İğne zamanı	145 (100) [50-355]	150 (96) [50-320]	118 (84) [57-355]	0.047
Trombektomi, (N), (%)	75 (51%)	46 (45.1%)	29 (64.4%)	0.031
Hastane yatış , (N), (%)				
Servis	11 (7.5%)	9 (8.8%)	2 (4.4%)	0.504
YBÜ	136 (92.5%)	93 (91.2%)	43 (95.6%)	0.504
Mortalite (30-gün)	28 (19%)	17 (16.7%)	11 (24.4%)	0.268

Şekiller:

Şekil 1:Kapı-Görüntüleme Zamanının Yıllara Göre Analizi



Şekil 2: Kapı-İğne Zamanının Yıllara Göre Analizi



SS-138

ACIL SERVİSE ANİ BİLİNÇ DEĞİŞİKLİĞİ İLE GELEN GERİATRİK HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Türker Demirtakan¹, Fatih Çakmak², Afşın İpekçi², Yonca Senem Akdeniz², Serap Biberoğlu², İbrahim İkizceli², Seda Özkan²

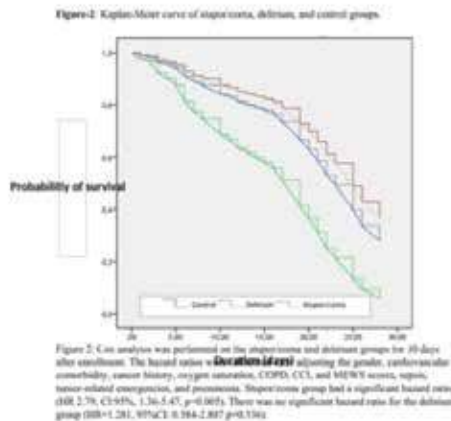
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Bilinç düzeyindeki ani değişim, geriatrik hastalar arasında acil servislere başvurunun yaygın bir nedenidir. Akut beyin disfonksiyonu olarak da adlandırılan mental durumdaki hızlı bozulma deliryum, stupor ve koma belirtisi olabilir.

Amaç: Bu prospektif çalışmada, acil serviste geriatrik hastaların mental durumları RASS ve 4AT testleri kullanılarak değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen hastalar üç gruba ayrıldı: sırasıyla stupor/koma, deliryum ve kontrol grupları. Kontrol grubu, GKS=15, bilinci açık, koopere, oryante hastaları temsil ediyordu. Bu çalışmada birincil hedefimiz, stupor, koma ve deliryumlu yaşlı erişkinlerin klinik şiddetini, ilişkili etiyolojik faktörleri, klinik sonuçlarını ortaya çıkarmak ve karşılaştırmaktı. Mortalite olasılığını ve kötüleşen sonuçları tahmin etmek, acil tıp ve kritik bakım doktorları için hayati derecede önemlidir. Son çalışmalar, deliryumun hastanede yatan hastalarda bir yıllık mortalite için dikkate değer bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. Ancak, hastanede yatan hastalarda uzun süreli mortalite çalışmaları acil durum şartları için genellenemez. Bu nedenle ikincil amacımız, akut mental durum değişikliği olan yaşlı erişkinlerin 30 günlük mortalite riskini belirlemektir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 236 hastanın 56 (%23.7)'sında stupor/koma, 94 (39.8%)'ünde deliryum tespit edilirken 86 (%36.4) hasta deliryum, stupor ve koma kriterlerinin dışında kalmıştır. Hastaların 73 (%30.9)'ünde akut bilinç değişikliği demans zemininde gelişmiştir ve 219 (%93)'ünde ne az 1 tane kronik hastalık bulunmaktadır. Ortalama hastanede kalış süresi 10.41±11.03 gündür. Yoğun bakıma yatan 78 (%33.0) ve ölen 60 (%25.4) hasta bulunmuştur. Bilinç değişikliğine sebep veren hastalıkların başında iskemik inme, sepsis, pnömoni, dekompanse kalp yetmezliği, akut böbrek yetmezliği, travma, tümör ilişkili durumlar ve hematolojik aciller gelmektedir. Enfeksiyöz ve psikiyatrik etiyolojik faktörler deliryumlu hastalarda anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Mortalite oranları stupor/koma, deliryum ve kontrol gruplarında sırasıyla %42, %15,9 ve %12,8 idi ($p<0,005$). Stupor/koma grubunun 30 günlük mortalite için Hazard oranı 2,79' olarak bulundu (CI:%95, 1,36-5,47, $p=0,005$).

Stupor/koma, deliryum için 30 günlük mortalite analizi

30 günlük mortalite için Cox analizi uygulandı. Hazard oranları, cinsiyet, kardiyovasküler komorbidite, kanser öyküsü, oksijen saturasyonu, KOAH, CCI ve MEWS skorları, sepsis, tümörle ilişkili acil durumlar ve pnömoni ayarlandıktan sonra hesaplandı. Stupor/koma grubu anlamlı bir tehlike oranına sahipti (HR 2.79, CI:%95, 1.36-5.47, p=0.005). Delirium grubu için anlamlı hazard oranı bulunmadı (HR=1,281, %95CI: 0,584-2,807 p=0,536).

Akut bilinç değişikliği ile gelen yaşlı hastaların temel klinik özellikleri

Hasta özellikler	Toplam (n=236)	Stupor/koma (n=56)	Delirium (n=94)	Kontrol (n=86)	p-değeri
Age (mean±SD)	78.41±7.93	79.28±8.51	78.51±7.90	78.51±7.90	0.523 ^a
>85 years	61 (25.8%)	16 (28.5%)	24 (25.5%)	21 (24.4%)	0.988 ^β
Gender					
Female	112 (47.4%)	29 (51.8%)	42 (44.6%)	41 (47.6%)	0.700 ^β
Male	124 (52.6%)	27 (48.2%)	52 (55.4%)	45 (52.3%)	
RASS					
Unarousable (-5)	23 (9.7%)	23 (41.0%)	-	-	
Deep sedation (-4)	33 (14.0%)	33 (59.0%)	-	-	
Moderate sedation (-3)	-	-	-	-	
Light sedation (-2)	12 (5.1%)	-	12 (12.7%)	-	
Drowsy (-1)	19(8.0%)	-	19 (20.2%)	-	
Alert and calm (0)	58 (24.5%)	-	-	58 (67.4%)	
Restless (+1)	28 (11.9%)	-	-	28 (32.5%)	
Agitated (+2)	48 (20.3%)	-	48 (51.0%)	-	
Very agitated (+3)	13 (5.5%)	-	13 (13.8%)	-	
Combative (+4)	2 (0.8%)	-	2 (2.1%)	-	
Chronic Diseases					
Cardiovascular	160 (67.7%)	45 (80.4%)	64 (68.4%)	51 (67.4%)	0.194 ^β
Diabetes mellitus	89 (37.7%)	22 (39.3%)	37 (39.4%)	30 (34.9%)	0.794 ^β
Dementia	73 (30.9%)	26 ² (35.6%)	32 ^{1,3} (43.8%)	15 ² (20.5%)	0.047 ^β
Cancer	53 (22.3%)	14 (25.0%)	22 (23.4%)	17 (19.0%)	0.736 ^β
Chronic renal disease	50 (21.2%)	13 (23.2%)	24 (25.5%)	13 (15.1%)	0.212 ^β
COPD	50 (21.2%)	13 (23.2%)	24 (25.5%)	13 (15.1%)	0.212 ^β
Polypharmacy	192 (81.3%)	48 (85.7%)	80 (85.1%)	64 (74.4%)	0.812 ^β
Vital signs					
Body temperature (mean±SD)	36.59±0.62	36.51±0.70	36.70±0.67	36.51±0.47	0.084 ^a
Heart rate (median, IQR)	88 (27)	98 ^{2,3} (34)	87 ¹ (22)	84 ¹ (19)	<0.001 ^γ
Systolic blood pressure (mean±SD)	129.97±29.13	130.16±29.02	123.08±25.47 ³	137.38±31.37 ²	0.004 ^a
Oxygen saturation (mean±SD)	92.73±7.04	89.01±9.24 ^{2,3}	93.62±6.00 ¹	94.18±5.50 ¹	<0.001 ^a
Blood sugar (mean±SD)	154.51±74.05	156.01±69.61	160.11±87.57	147.40±59.56	0.829 ^a
Emergency severity index					
ESI-1	62 (26.2%)	45 ^{2,3} (80.3%)	15 ^{1,3} (15.9%)	2 ^{1,2} (0.2%)	<0.001 ^β
ESI-2	108 (45.7%)	10 ^{2,3} (17.8%)	62 ^{1,3} (65.9%)	36 ^{1,2} (41.8%)	<0.001 ^β
ESI-3	66 (27.9%)	1 ^{2,3} (0.2%)	17 ^{1,3} (19.2%)	48 ^{1,2} (55.8%)	<0.001 ^β
CCI (median, IQR)	6 (3)	7 ³ (3)	6 ³ (3)	5 ^{1,2} (3)	0.001 ^γ
MEWS (median, IQR)	1 (4)	7 ^{2,3} (6)	3 ^{1,3} (2)	0 ^{1,2} (0)	<0.001 ^γ

Tablo 1: Kategorik değişkenler sayısı ve yüzdelere gösterilmiştir. Sayısal değişkenler normal dağılıma uyuyorsa ortalama ve standart sapma (SD) ile ifade edilir; aksi takdirde medyan değer ve çeyrekler arası aralık (IQR) ile ifade edilirler. Anlamlılık düzeyi için p-değerinin cut-off değeri 0,05 olarak kabul edilmiştir. α: Grup değişkenlerini karşılaştırmak için tek yönlü ANOVA testi kullanıldı β: Grup değişkenlerini karşılaştırmak için Pearson Ki-kare

testi kullanıldı. γ: Grup değişkenlerini karşılaştırmak için Kruskal-Wallis testi kullanıldı. 1: post-hoc analizden sonra stupor/koma grubuyla anlamlı fark. 2: post-hoc analizden sonra deliryum grubuyla anlamlı fark. 3: post-hoc analizden sonra kontrol grubu ile anlamlı fark.

Akut bilinç değişikliği ile gelen yaşlı hastalarda etiyolojik faktörler ve klinik sonuçları

Hasta Özellikler	Toplam (n=236)	Stupor/coma (n=56)	Delirium (n=94)	Kontrol (n=86)	p-value
Etiologic factors					
Neurological	82 (34.7%)	27 ² (48.2%)	15 ^{1,3} (16.0%)	40 ² (46.5%)	<0.001 ^β
Infectious	46 (19.4%)	10 (17.9%)	28 ³ (29.8%)	8 ² (9.3%)	0.002 ^β
Respiratory	45 (19.0%)	20 ³ (35.7%)	18 (19.1%)	7 ¹ (8.1%)	<0.001 ^β
Metabolic	41 (17.3%)	6 (10.7%)	20 (21.3%)	15 (17.4%)	0.256 ^β
Cardiovascular	31 (13.1%)	14 ³ (25.0%)	11 (11.7%)	6 ¹ (7.0%)	0.007 ^β
Oncological	31 (13.1%)	5 (8.9%)	15 (16.0%)	11 (12.8%)	0.464 ^β
Psychiatry	26 (11.0%)	1 ^{2,3} (1.8%)	18 ^{1,3} (19.1%)	7 ^{1,2} (8.2%)	0.003 ^β
Trauma-Toxicity	24 (10.0%)	2 (3.6%)	10 (10.6%)	12 (14.0%)	0.133 ^β
Final diagnoses (most frequent)					
Ischemic stroke	46 (19.5%)	14 ² (25.0%)	6 ^{1,3} (6.4%)	26 ² (30.2%)	0.020 ^β
Pneumonia	29 (12.3%)	11 (19.6%)	12 (12.8%)	6 (7.0%)	0.079 ^β
Sepsis / bacteremia	28 (11.9%)	7 ³ (12.5%)	17 ³ (18.1%)	4 ^{1,2} (4.7%)	<0.001 ^β
Acute renal failure	23 (9.7%)	5 (8.9%)	14 (14.9%)	4 (4.7%)	0.067 ^β
Intracranial hemorrhage	19 (8.1%)	12 ^{2,3} (21.4%)	6 ¹ (6.4%)	1 ¹ (1.2%)	<0.001 ^β
Tumor related emergencies	19 (8.1%)	3 (5.4%)	11 (11.7%)	5 (5.8%)	0.244 ^β
Acute psychosis	18 (7.6%)	-	18 (19.1%)	-	
COVID-19	17 (7.2%)	-	7 (12.5%)	10 (11.6%)	
Congestive heart failure	16 (6.8%)	2 (3.5%)	8 (8.5%)	6 (6.9%)	0.105 ^β
Serum sodium imbalance	13 (5.3%)	2 (3.6%)	3 (3.2%)	8 (9.3%)	0.153 ^β
Clinical course					
ICU admission	78 (33.0%)	45 ^{2,3} (80.4%)	22 ^{1,3} (23.4%)	11 ^{1,2} (12.8%)	<0.001 ^β
Length of stay (day) (mean±SD)	10.41±11.3	15.03±13.91 ^{2,3}	10.23±10.38 ¹	7.60±8.43 ¹	<0.001 ^α
30-day-mortality	50 (21.2%)	24 ^{2,3} (42.8%)	15 ¹ (15.9%)	11 ¹ (12.9%)	<0.001 ^β

Kategorik değişkenler sayı ve yüzdelere gösterilmiştir. Sayısal değişkenler normal dağılıma uyuyorsa ortalama ve standart sapma (SD) ile ifade edilir. Anlamlılık düzeyi için p değerinin kesme değeri 0,05 olarak kabul edilir. α: Grup değişkenlerini karşılaştırmak için tek yönlü ANOVA testi kullanıldı β: Grup değişkenlerini karşılaştırmak için Pearson Ki-kare testi kullanıldı. 1: post-hoc analizden sonra stupor/koma grubuyla anlamlı fark. 2: post-hoc analizden sonra deliryum grubuyla anlamlı fark. 3: post-hoc analizden sonra kontrol grubu ile anlamlı fark.

Multivariate regresyon analizi

Mortalite faktörleri	B (SE)	Exp (B)	95% CI Alt limit-Üst limit	p değeri
Grup-1 (Stupor/koma)	-1.151 (0.900)	0.316	0.054-1.844	0.201
KAH, KKY,HT (Kronik hastalık)	1.284 (0.611)	3.609	1.090-11.953	0.036
Aktif malignite (Kronik hastalık)	2.298 (0.683)	9.956	2.613-37.937	0.001
Astım-KOAH (Kronik hastalık)	1.041 80.6559	2.833	0.785-10.228	0.112
CCI	-0.145 (0.132)	0.865	0.668-1.120	0.271
ESI-1 (Çok acil)	3.610 (1.112)	36.980	4.180-327.190	0.001
ESI-2 (Acil)	2.361 (0.924)	10.605	1.735-64.818	0.011
MEWS	0.437 (0.137)	1.547	1.184-2.023	0.001
Solunumsal (Sistem patolojisi)	-1.081 (1.051)	0.339	0.043-2.659	0.303
Kardiyovasküler (Sistem patolojisi)	0.677 (0.674)	1.967	0.525-7.377	0.316
Bakteriyemi-Sepsis (Son tanı)	0.369 (0.717)	1.446	0.355-5.891	0.607
Tümör ilişkili aciller (Son tanı)	1.876 (0.894)	6.529	1.132-37.658	0.036
Pnömoni (Son tanı)	2.344 (0.984)	10.419	1.514-71.701	0.017

Cox-Snell R kare değeri: 0.402 Nagelkerke R kare değeri: 0.593, CI: güven aralığı KAH: Koroner arter hastalığı, KKY: konjestif kalp yetmezliği, HT: Hipertansiyon, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, ESI: Aciliyet Şiddeti İndeksi, MEWS: Modifiye erken uyarı skoru

Sonuç: Geriatrik hastalarda akut mental durum değişikliği ciddi bir klinik problem olmaya devam etmektedir. Ya-tak başı hızlı tarama testleri, hastaların bilinç düzeyini ve kognitif durumunu değerlendirilmesi ve tanımlanması için çok önemlidir. Stupor ve koma, 30 günlük mortalite riskini 2,8 kat artırmaktadır. Nörolojik, enfeksiyöz, solunumsal ve metabolik hastalıklar yaşamı tehdit eden mental durum değişikliklerine neden olabilir. Ayrıca Charlson komorbidite İndeks skoru 6'dan ve MEWS skoru 2'den yüksek olması mortalite için yüksek riskli bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Deliryum, stupor, koma, mortalite riski



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

POSTER BİLDİRİLER

EP-001

Biyopsi Sonrası Gelişen Burst Fraktürü – Olgu Sunumu

İbrahim Dilekcan¹, Talat Cem Özdemir¹, Fatih Tanrıverdi², Nazlı Görmeli Kurt¹

¹Ministry of Health Ankara City Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey.

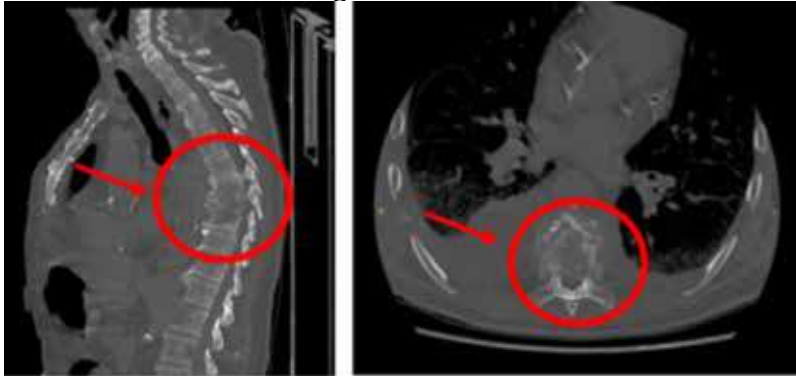
²Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

Giriş: Omurga, omuriliği saran 33 adet kemikten oluşmaktadır. Bu kemiklerin kırıkları genellikle travma kaynaklı görülmektedir. Ancak travma dışında osteoporozis, enfeksiyon, malignite ve diğer kemik hastalıklarından da kaynaklanabilmektedir. Aksiyel yüklenme sonucu vertebra korpusunda kısmi kırıklar kompresyon kırığı olarak adlandırılmakta olup bir korpusun her kısmında oluşan kırıklar patlama (burst) kırığı olarak adlandırılmaktadır.

Amaç: Bu yazımızda acil servise travma öyküsü olmadan biyopsi sonrası gelişen burst fraktürü ile başvuran hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Bulgular: 69 yaşında erkek hasta acil servisimize aniden başlayan bilateral alt ekstremitelerde güçsüzlük şikayetiyle getirildi. Hastanın özgeçmişinde diyabeti, hipertansiyonu, kalp yetmezliği mevcut. Hastanın torakal vertebra 6,7,8 seviyesinde malignite şüphesi ile 1 hafta öncesinde dış merkezde biyopsi alındığı öğrenildi. Hastanın muayenesinde bilateral alt ekstremitelerde 2/5 motor kuvvet diğer ekstremitelerde belirgin motor duyu defisit saptanmadı idrar gaita inkontinansı yok. Hasta ek olarak 1 aydır 4-5 kg kilo kaybı tariflemekte idi. Bunu dışında öyküsünde travma, düşme öyküsü yoktu. Hastanın acilde kan tetkiklerinde aku faz reaktanlarında yükseklik görüldü. CRP 246 mg/l, beyaz küre $11,72 \times 10^9/L$, prokalsitonin 0,37 µg/L şeklinde görüldü. Hastanın tomografi görüntülemesinde T8 vertebrada yaklaşık 60% seviye kaybı veren burst fraktürü ve T7, T8, T9 vertebra korpuslarında hipodens görünüm mevcuttu. MR görüntülemesinde de aynı seviyelerde hiperintense görünüm ve t8 vertebra seviyesinde burst fraktürü görünümü mevcuttu. Hasta beyin cerrahi konsülte edildi. Acil cerrahi ihtiyacının yanında komorbiditeleri nedeniyle yoğun bakıma yatırıldı.

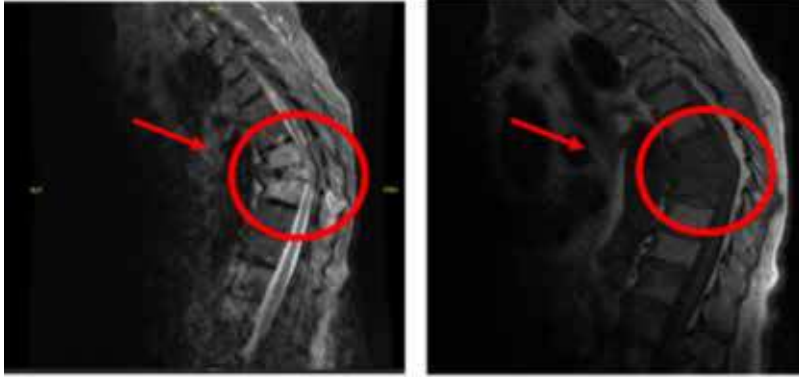
BT görüntülemesi



sagittal torakolomber vertebra BT görüntüsünde T8 vertebra burst fraktürü T7 ve T9'da hipodens görünüm.

2.görüntü aksiyal görüntüleemsi

MR görüntüsü



Sonuç: Vertebra kemiğinin kırıkları en sık travmalardan kaynaklanmaktadır. Travmalar dışında osteoporoz, pott hastalığı, malignite metastazları, iyatrojenik girişimler ve pulse streoid tedavisi gibi nedenler de kırığa sebep olabilmektedir. Vakamızda da malignite açısından T8 vertebra seviyesinden malignite araştırması için yapılan biyopsi sonrası gelişen burst fraktürü mevcuttu. Erken dönem belirtileri genellikle kırığın seviyesine ve ciddiyetine bağlı olarak farklılık gösterir. Sırt ve boyun ağrısı, uyuşma karıncalanma, idrar & mesane inkontinansı, ekstremitelerde güç kaybı ve komplet paraliziye kadar değişken semptomlarla gelebilirler. Tanısında ayrıntılı anamnez, ayrıntılı fizik muayene ve görüntüleme tetkikleriyle koyulmaktadır. Basit grafi ile de tanı konulabilmekte olup kırığın ciddiyetinin ve cerrahi kararının gecikmemesi için hastanın bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntülemesinin yapılması gerekmektedir. Tedavide kırığın ciddiyetine göre farklılık mevcuttur. Cerrahi olmayan yaklaşımlar veya ameliyatı içerebilir. Sinir kökleri veya omurilik üzerinde baskı varsa cerrahi tedavi gereği vardır ve acil beyin cerrahi ana bilim dalına konsülte edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: burst fraktürü, biyopsi, acil cerrahi, nöroşirurjik aciller

EP-002

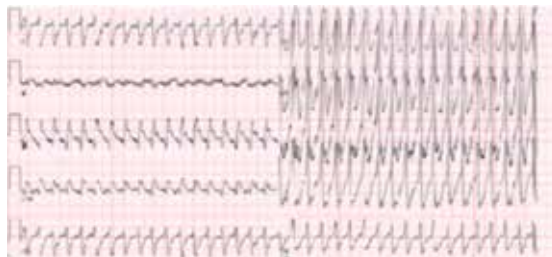
Olgu Sunumu: Ventriküler Taşikardi ile Gelen Akut Miyokart EnfarktüsüEsmâ Dedebaşı¹¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Ventriküler taşikardi(VT) ventriküllerden kaynaklanan uygunsuz elektriksel aktivite sonucu oluşan seri olarak birbirini takip eden 3 veya daha fazla P dalgası görülmeyen ,geniş QRS kompleksleri tarafından oluşturulan hızlı,düzenli ve ritmik bir kalp ritmidir. Ventriküler taşikardi nedenleri arasında altta yatan koroner kalp hastalığı,a-ort kapak hastalığı,kardiyomiyopati, elektrolit sorunları veya ‘akut miyokard enfarktüsü’ yer alabilir. VT ‘li hastaları değerlendirmek sıklıkla zordur.

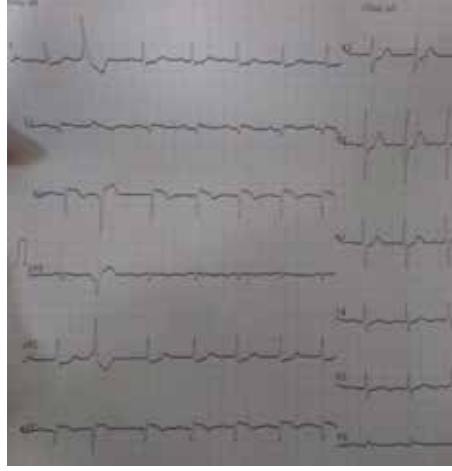
Amaç: Ventriküler Taşikardi kardiyovasküler nedenli ani ölümlerin önemli bir kısmını oluşturan ventriküllerden kaynaklanan, tedavi edilmediği zamanlarda ölümcül olabilen bir distritmi çeşididir. En sık kardiyak iskemiye bağlı oluşan ektopik bir ventriküler odaktan hızlı uyarılar nedeniyle oluştuğu görülür . Akut miyokard infarktüsü (MI) geçiren hastaların yaklaşık %20’sinde ventrikül aritmi görülür ve mortalitesinin yüksek olabileceği unutulmamalıdır.

Bulgular: Bilinen Hipertansiyon,Diabetes Mellitus,10 yıl önce koroner anjiyografi ve stent geçmişi olan,5 paket/yıl sigara kullanım alışkanlığı olan 63yaşında erkek hasta başvurusundan 15 dk önce başlayan çarpıntı ve göğüs ağrısı şikayetleriyle geldi.Baskıcı,sıkıştırıcı tarzda göğüs ağrısı tarif eden hastanın titreme,terleme,kollarda uyuşma şikayetleri mevcuttu.Hastanın vital bulguları Tansiyon(TA):100/70 mmHg,Nabız:220 atım/dk,Solunum Sayısı(SS):25 soluk/dk, Kan Oksijen Doygunluğu (SpO2): %99, Vücut Sıcaklığı (VS):36,6°C, Kan Şekeri (KŞ): 113 idi. Fizik muayenesinde GKS 15, bilinç açık oryante koopereydi.Kardiyovasküler sistem muayenesinde S1 ve S2 normal ve S3-S4 duyulmadı. Ek ses,üfürüm yoktu,Nabız: 220 atım/dk idi.Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hasta monitörize edildi,damaryolu açıldı. Hastadan hemogram,biyokimya ve troponin tetkikleri alındı.Eş zamanlı EKG’si çekilen hastanın EKG’sinde monomorfik VT tespit edildi.(Resim:1) Hastanın hemodinamisinin stabil olması üzerine %5 Dekstroz 100 cc içerisine 150 mg amiodaron iv 10 dakika da gidecek şekilde order verildi. Hastanın VT sinin devam etmesi üzerine %5 Dekstroz 100 cc içerisine 150 mg amiodaron iv 10 dakika da gidecek şekilde tekrarlandı. Hastanın klinik durumunda ve EKG ‘sinde değişiklik olmaması üzerine sedoanaljezi amacıyla hastaya 2 mg midazolam ,20 mg ketamin iv uygulandı ve 50 joule ile senkronize elektriksel kardiyoversiyon yapıldı.Kardiyoversiyon sonrası hastanın monitörize takibi esnasında normal sinüs ritmine döndüğü gözlemlendi. Kontrol EKG çekildi.(Resim:2)Kontrol EKG’sinde D2,D3,aVF derivasyonlarında ST elevasyonu tespit edilen hasta Kardiyoloji ile konsulte edildi. 300 ASA ve 600 Plavix oral verildi.8000 Ü Heparin iv yükleme yapıldı.Hasta acil koroner anjiyografi yapılmak üzere Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi’ne devredildi.Hastaya anjiyografi sonrası takip-lerinde konsey kararı ile ICD takılmıştır. Sonrasında taburcu edilmiştir.

resim:1



resim:2



stemi

Sonuç: Ventriküler taşikardilerde nedenin akut miyokart enfarktüsü olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ventriküler taşikardi, akut miyokart enfarktüsü

EP-003

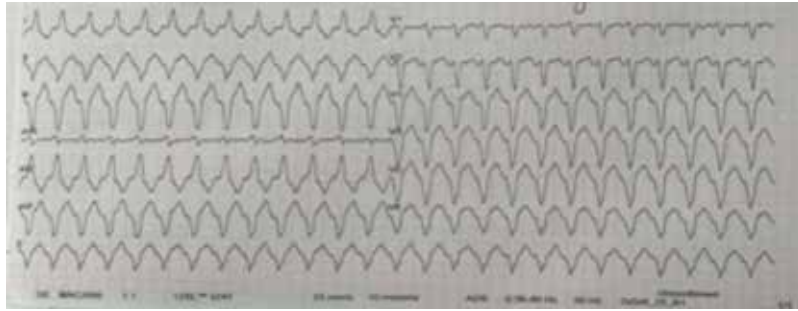
Kardiyoversiyon Mu Tamponize Mayi Mi?Hakan Çamlıca¹, Burcu Bayramoğlu¹, İsmail Tayfur¹¹Acil Tıp Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Hiperkalemi, ölçülen serum potasyumunun >5.5 mEq/L olması şeklinde tanımlanır. En ciddi klinik belirtileri kardiyak belirtilerdir. Hiperkalemiden ölüm, genellikle diyastolik arrest veya ventriküler fibrilasyon sonucunda olur. Hiperkalemiye sekonder olarak; uzamış PR intervali, uzun ve sivri T dalgaları, P dalgasının düzleşmesi, QRS genişlemesi, QRS kompleksinin sinüsoidal bir paterne dönüşmesi, bradikardi ve taşikardi gibi farklı EKG bulguları görülebilir.

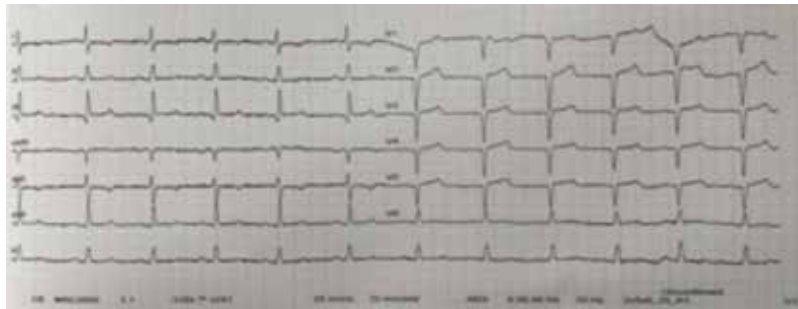
Amaç: Bu olgu sunumunda, geniş QRS li taşikardi ile prezente olan hiperkalemi olgusunu tartışmayı amaçladık.

Bulgular: 81 yaşında kadın hasta, sabah saatlerinde acil servise mide ağrısı şikayetiyle başvurdu. Bilinen hastalık ve geçirilmiş operasyon öyküsü olmayan hastanın, vital parametreleri stabil olup epigastrik hassasiyet dışında muayene bulgusu yoktu. İlk olarak EKG çekimi yapıldı ve ritim ventriküler taşikardi (VT) olarak değerlendirildi (Fotoğraf 1). Hasta kırmızı alana alındı ve kan tetkikleri alındı, monitörize edilerek medikal kardiyoversiyon amacıyla 300 mg Amiodaron yüklemesi başlandı. Ritimde değişiklik gözlenmeyen hastanın venöz kan gazında potasyum değeri 5.9 mEq/L gelmesi üzerine kalsiyum glukonat ve tamponize mayi tedavisi başlandı. Tedavi sonrası klinik olarak rahatlayan hastaya çekilen EKG’de normal sinüs ritmi (NSR) görüldü (Fotoğraf 2).

Fotoğraf 1. Geniş QRS’li taşikardi



Fotoğraf 2. Kalsiyum glukonat ve tamponize mayi sonrası EKG



Sonuç: Acil servise üst kadranda ağrısı ile gelen hastalarda, akut miyokard enfarktüsü (AMI) ekartasyonu açısından EKG çekimi yapmak, her acil tıp hekiminin aklına gelmektedir. Vakamızda EKG’de geniş QRS’li taşikardi saptadık ve EKG’yi VT olarak değerlendirdik, fakat amiodaron başlamanıza rağmen yanıt alamadık. Geniş QRS’li taşikardiler saptandığında, VT haricinde VT gibi bulgu veren elektrolit bozukluklarından hiperkalemi mutlaka akılda tutul-



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

malıdır. Hiperkaleminin geniş QRS'li taşikardilere neden olabileceği unutulmamalı ve bu durum kan gazı analizi ile kısa sürede doğrulanmalı ya da ekarte edilmelidir. Hiperkalemi saptanmış ise antiaritmik tedavilerden önce hiperkalemi tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: hiperkalemi, geniş QRS, taşikardi, kan gazı analizi

EP-004

Horoz Saldırısı Sonrası Preseptal SelülitSüreyya Tuba Fettahoğlu¹, Salih Fettahoğlu¹, Duygu Yaman¹, Bilal Yenyurt¹, Ayla Köksal¹, Serkan Doğan¹¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Horoz saldırılarından kaynaklanan göz yaralanmaları literatürde nadiren bildirilmektedir. Ne yazık ki, bu saldırıların hedefi çoğunlukla 3 yaşından küçük çocuklardır. Kuşların saldırgan davranışları ve çocukların hayvanlar konusundaki saflıkları riski artırabilir. Bu saldırıların akut sekeli, ömür boyu görme bozukluğu ile sonuçlanabilir.

Amaç: Literatürlerde belirtildiğine göre horoz saldırıları diğer kuş saldırılarından ayrı olarak kışkırtılmadan oluşur ve daha çok pençeleriyle, gagalarıyla travma oluştururlar. Acil servisimize başvuran horoz saldırısı sonrası göz etrafında şişlik akıntı ile gelen hastamızı sunarak bu konuya dikkat çekmek istedik.

Bulgular: Sol gözünü horoz gagalayan 2 yaşında kız çocuğu aynı gün acil servise başvurmuş, okuler yaralanma dışlandıktan sonra tetanoz profilaksisi yapıp hasta taburcu edilmiştir. 1 gün sonrasında göz etrafında şişlik, akıntı ve ağrı şikayeti ile tekrar acil servise başvurmuştur. Muayenede konjonktiva ve kornea doğaldı. Göz kapakları yoğun ödemli ve pürülan akıntı mevcuttu. Preseptal selülit ön tanıda düşünülen hastaya orbita değerlendirmesi için BT çekildi. Bilgisayarlı tomografide Sol periorbital alanda yumuşak dokuda kalınlaşma ve dansite artışları izlenmektedir. Orbital selülit bulgusu izlenmemiştir. Göz hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirilen hastaya preseptal selülit açısından sistemik antibiyoterapi önerilmiştir. 3 gün IV Seftriakson ve IV Klindamisin tedavi sonrası hasta şifa ile çocuk hastalıkları servisinden taburcu olmuştur.

Hasta Görseli



Bt preseptal selülit



Sonuç: Kuş saldırıları ülkemizde ve dünyada sıkça görülse de horozdan kaynaklı olgular literatürde nadirdir. Bu olgumuzda horoz saldırısı sonrası oküler muayenesi olağan hastada ikincil enfeksiyon durumuna bağlı mükerrer başvuru görülmüştür. Bu gibi vakalarda başvuruda rutin antibiyoterapi önerilmese de olası ikincil enfeksiyon durumları açısından alert olunması gerektiği ön plana çıkarılmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kuş, Horoz saldırısı, preseptal selülit

EP-005

Kusma Şikayetinde Ayırıcı Tanı; İnferior Miyokard İnfarktüsü

Ertuğrul ALTUĞ¹, Aziz İREN¹, Aynur ŞAHİN¹, Ramazan GÜVEN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: İnferior miyokard infarktüsü tüm miyokard infarktlerinin yarısına yakın bir kısmını oluşturan ve vakaların büyük bir kısmında sağ koroner arter ile birlikte sirkumfleks arterin tıkanıyaygın görülen bir koroner arter hastalığıdır. EKG’de görülen DII, DIII, aVF derivasyonlarında ST elevasyonu ile birlikte DII, DIII, aVF’de ST depresyonu ile tanıya gidilir.

Amaç: Atipik klinik prezentasyon ile gelen hastalarda akut koroner sendromu akılda tutmak gereklidir.

Bulgular: 48 yaş kadın hasta kliniğimize kusma, ayaklarda uyuşma, halsizlik, çeneyi sıkma, kulakta ağrı şikayeti ile geldi. Hastanın bilinen bir hastalığı olmayıp vital değerleri TA:120/58 mmHg nabız:60 /dk ateş:36 derece O2: %99 mmHg şeklindeydi. Hastanın uyuşma şikayetleri olması sebebiyle serebrovasküler olay açısından BT görüntülemesi ile birlikte kan tetkitleri, EKG istendi. EKG’ inferior derivasyonlarda ST segment elevasyonu, Resiprok derivasyonlarda ise ST depresyonu mevcuttu.

Sonuç: Bu olgumuzda görüldüğü gibi inferior MI tipik semptomlarla beraber nonspesifik bulgularla karşımıza çıkmaktadır. Olgudaki hastamızda bacaklarda uyuşma ile birlikte akut koroner sendromun atipik semptomlarından olan kusma şikayeti mevcuttu. Klinikşüphe ve detaylı anamnez sorgulaması sonrası tanıya giderek erken müdahale ile başarılı tedavi uygulandı. Özellikle akut koroner sendromlardan olan MI hastasına yaklaşım çok yönlü ve detaylı inceleme gerektirir. Vakaların çoğunda atipik semptomlar mevcut olup aile öyküsü, predispozan faktörler ve hastanın ağrıyı tarifleme şekli önem arz eder. Epigastrik ağrı, ellerde ve bacaklarda uyuşma, halsizlik gibi semptomlarla gelen hastalarda MI şüphesi ile yaklaşmamız gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnferior Miyokard İnfarktüsü, Gastrointestinal Şikayetler, Akut Koroner Sendrom

EP-006

Dekompanse Sağ Kalp Yetmezliğinde ve Hepatik Konjesyonda Tomografi BulgusuRamis Gökçe¹, Kaan Yusufoglu¹, Sinem Doğruyol¹, Burcu Genç Yavuz¹, Mustafa Ahmet Afacan¹, Şahin Çolak¹¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kalp yetmezliğinde yüksek santral venöz basınç karaciğerde sinüzoidal yatağa kadar iletilir. Bu sinüzoidal konjesyon hepatosit perfüzyonunu bozar ve perisinüzoidal ödeme sebep olabilir. Bu sinüzoidal konjesyon önce disse aralığına eksüde olur ve lenfatik sistem ile uzaklaştırılır. Lenfatik kapasite aşıldığıdaysa karaciğer yüzeyinden periton boşluğuna kaçarak birikebilir. Yıllar boyu süren konjesyon karaciğerde fibrozis ve en sonunda da siroza sebep olur.

Amaç: Dekompanse kalp yetmezliğine sekonder hepatik konjesyonun bilgisayarlı tomografi ile tanınması

Bulgular: 53 yaşında bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi, koroner arter hastalığı ve intrakardiyak defibrilatör (ICD) 'si olan hasta acil servise 1,5 aydır olan karında şişlik ve ağrı sebebiyle başvuruyor. Hastanın tansiyon:93/62 nabız:86 saturasyon:94 ateş:36,5 olarak ölçüldü. Hastanın ek şikayeti olmamış. Hastanın gaz ve gayta deşarjı mevcut. Muayenede batın distandü, yaygın hassasiyeti olan hastada defans ya da rebound alınmadı. Hastanın diğer sistemik muayenesinde PTÖ ++/++, solunum sesleri doğal, juguler venöz dolgunluk saptandı. Hastanın eski ekokardiyografi raporlarından ejeksiyon fraksiyonunun %25 olduğu ileri seviye triküspit yetmezliği olduğu öğrenildi. Hastaya ayrıci tanılar açısından intravenöz (IV) kontrastlı batın bilgisayarlı tomografi (bt) çekildi. Çekilen BT'de karaciğer etrafında 2-3 cm genişliğinde efüzyon gözlemlendi. Hastaya çekim esnasında üst ekstremité periferik venöz yoldan verilen IV kontrast maddenin dolaşımın ters yönünde sağ atriyum üzerinden vena cava superior ve hepatik venlere gittiği görüldü. Biyokimya tetkiklerinde Albumin:37,8 AST:15, ALT:22, direkt bilirubin:0,66, total bilirubin:0,85, ALP:173, GGT:193, BNP:3596, INR:1,33, APTT:33,3 olarak ölçüldü. Hasta dekompanse sağ kalp yetmezliğine sekonder hepatik konjesyon sebebiyle interne edildi

Görsel 1



Görsel 2



Sonuç: Dekompense kalp yetmezliği acil servise dispne, ortopne, azalmış efor kapasitesi, periferik ödem gibi sık karşılaşılan şikayetlerle gelebileceği gibi batın distansiyonu ve ağrı gibi daha atipik ve ayırıcı tanısında cerrahi ve dahili birçok hastalığı kapsayan bir semptomla da gelebilir. Ayırıcı tanı detaylı fizik muayene ve anamnezle mümkün olabilmektedir

Anahtar Kelimeler: Kalp Yetmezliği, Hepatik konjesyon, Tomografi

EP-007

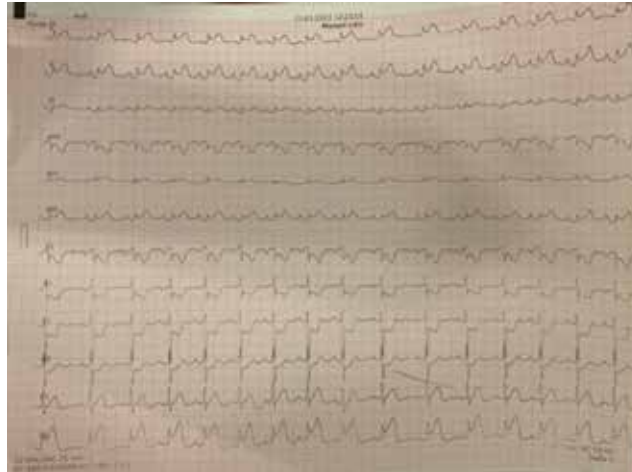
Genç STEMI Hastalarında Atipik PrezantasyonSemih İrfan Uruç¹, Gülşen Barlas Alkan¹¹SBÜ Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul, Türkiye

Giriş: ST segment yükselmeli miyokard enfarktüsü (STEMI) sıklıkla plak rüptürüne bağlı ani perfüzyon bozukluğundan kaynaklanmaktadır. Miyokardın geniş bir alanını etkileyebilir; bu nedenle EKG’de ve kardiyak marker düzeylerinde önemli değişikliklere neden olur. STEMI hastalarında en sık göğüste baskı, sıkışma ya da yanma hissi uyaran ve boyun, çene ya da kollardan birine yayılan ağrı şikayetleri görülmektedir. Bunlara çarpıntı, nefes darlığı, terleme eşlik edebilir. Bunlar haricindeki semptomlar ile başvurular atipik prezantasyon kabul edilir.

Amaç: Bu olgu sunumunda atipik prezantasyonların komorbiditeleri olan yaşlı hastalarda sıklıkla görülse de genç hastalarda da görülebileceği vurgulanmak istenmiştir.

Bulgular: 46 Yaşında bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan erkek hasta tarafımıza 1 gün önce başlayan ara ara olan epigastrik bölgede yanma hissi ile başvurmuş. Hasta geçirdiğinde semptomlarının geçtiğini belirtiyor. Geliş vitalleri doğal, nöromuskuler muayeneleri doğal, bilateral nabızlar palpable ve eşit. Batın rahat, defans rebound yok. Hasta 112 sedyesindeyken çekilen ekgde(resim 1) STEMI tespit edildi. 300mg ASA, 0,8 enoksaparin s.c, 180mg tikagrelor verildi ve kardiyoloji konsültanı ile görüşülüp koroner yoğun bakıma interne edildi. Yapılan koroner anjiyografide a. circumflexa distal tromboze; %95-99 darlık tespit edilmiş, ilgili damara stent uygulanmış.

Inferoposterior STEMI EKG



Inferoposterior STEMI EKG

Sonuç: Atipik prezantasyon komorbiditeleri olan yaşlı hastalarda beklense de genç hastalarda risk faktörü olmasa da ayrıntılı anamnez alınmalı ve kardiyak ilişkili bir semptom düşünülüyorsa ilk 10 dakikada EKG çekilmelidir.

Anahtar Kelimeler: STEMI, Genç

EP-008

Embolinin yolculuğu adlı poster

Onur kocaman¹, mehmet ünaldı¹

¹Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Akut ekstremité iskemisi, ekstremité perfüzyonunda hızla gelişen veya ani bir azalma olarak tanımlanır, genellikle yeni veya kötüleşen semptomveya bulgulara sebep olur ve morbiditesi çok yüksektir. (1) Ekstremitélere giden arteriyel embolilerin çoğu kalpten kaynaklıdır ve alt ekstremiteler üstekstremitelerden daha sık etkilendir. (2) İnme iskemik ve hemorajik mekanizmalarla gelişebilir. İskemik inme tüm inmelerin %87'sini oluşturur. Tromboz, emboli ve hipoperfüzyon olmak üzere üç mekanizmayla oluşabilir. (3) Sunulan bu olguda sağ ayakta uyuşma hissizlik şikayeti ile başvuranhastaı tartışmayı amaçlıyoruz.

Amaç: Emboli tromboz, emboli ve hipoperfüzyon olmak üzere üç mekanizmayla oluşabilir. (3) Sunulan bu olguda sağ ayakta uyuşma hissizlik şikayeti ile başvuranhastaı tartışmayı amaçlıyoruz.

Bulgular: Özgeçmişinde akciğer kanseri öyküsü olan 66 yaşında erkek hasta, acil servise sağ ayağında 2-3 saatir devam eden soğukluk ve hissizlikşikayeti ile başvurdu.İlk başvuru anındaki vital bulgularında kan basıncı: 120/80 mmHg, nabız: 80 atım/dk, oksijen saturasyon: %98 (oda havasında), ateş:36,7°C, kan şekeri : 136 mg/dl idi. EKG: normal sinüs ritmi idi.Fizik muayenede sağ dorsalis pediste nabız alınamadı. Nörolojik muayenede; dismetri, disdiadokenezi testleri patolojik olarak saptandı.Hastanın yatak başı ultrasonografisinde, femoral arter distalinde yüzeysel femoral arter seviyesinde tıkanıklık görüldü. Ekstremité anjioBT'de sağ yüzeysel femoral arter seviyesinde oklüzyon saptandı. (görsel 1,2) Beyin BT bulguları normal saptandı. Difüzyon MR'da bilateralserebalar bölgede akut enfarktüs ile uyumlu görüntüler saptandı. (görsel 4-6) Ekokardiyografide sol ventrikülde trombüs saptandı (görsel7). Hasta kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, nöroloji bölümlerine konsülte edildi. Hastaya «Akut Periferik Arter Embolisi» tanısı ile kalp vedamar cerrahisi bölümüne yatırıldı.

Sonuç: Tromboemboli, malignitenin yaygın bir komplikasyonudur. Çoğu durumda, tromboembolik olaylar, klinik olarak belirgin bir malignite ortamındaortaya çıkar.(4,5) Klinik olarak belirgin VTE, kanserli hastaların %10 kadarında görülür.(6-10) Acil servise başvuran malignite tanılı hastalardatromboembolik komplikasyonlar göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaların fizik muayenesi eksiksiz yapılmalı bir hastada birden fazla sisteminetkilenebileceği unutulmamalıdır. akut arter tıkanıklığı saptanan hastalarda yatak başı ultrasonografi ve ekokardiyografi mutlaka yapılmalıdır. Acilserviste multidisipliner ve tümnden bir yaklaşım yapılmadığı taktirde, hastaları takip eden ilgili branşların kendi bölümlerine odaklanarak hareketettikleri düşünöldüğünde, gerekli tetkiklerin gecikeceği ve yeterli tedavinin verilemeyebileceği göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: emboli, tromboz, svo, malignite

EP-009

Çoklu İlaç Kullanan Hastada Lityum İntoksikasyonu

İbrahim Halil TOKSUL¹, Çağdaş ORALLI¹, Mücahit KAPCI¹, Ramazan GÜVEN¹, Aynur ŞAHİN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Lityum akut mani epizotları ve bipolar bozukluk başta olmak üzere olmak üzere duygudurum bozukluklarının tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir ilaçtır. Lityum zehirlenmelerine artmış alım veya azalmış atılım neden olmaktadır. Suicid amacıyla fazla miktarda lityum kapsülünün alınması ile akut zehirlenmeler meydana gelebilir. Bazen de tedavi amaçlı ilaç kullanımı sırasında yüksek doz lityum kullanımı sonucu kronik zeminde akut zehirlenmeler meydana gelebilir. Bilinç bulanıklığı, ellerde titreme bulantı kusma, poliüri, makulopapiller rash en sık görülen yan etkilerdir. Uzun dönem lityum ile tedavi edilen hastaların %75 -%90 kadarının tedavilerinin herhangi bir zamanda toksiteye geliştirdikleri tahmin edilmektedir.

Amaç: lityum intoksikasyonu

Bulgular: 81 yaş kadın hasta 15 güne kadar kendi başına yasayabilen bipolar tanılı hasta 15 gündür giderek artan bilinç bozukluğu ve ellerde titreme şikayeti ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde, bipolar ve meme ca (4 yıl önce kür) tanılı hasta geliş vitalleri normaldi. Kullanılan ilaçlar (lityum, rexapin, ativan) Fizik muayenesinde : Genel durum orta GKS 12-13 bilinç konfuze ac sesleri normal batin rahat lateralsizasyon bulgusu yok ense sertliği yok bilateral nabazanları acıktı. Hastanın geliş elektrokardiyografisinde (EKG) de(V1 V2 AVL) de t negatifliği(v4 v5 v6) da ters u dalgası görüldü .LABORATUAR; Kan gazı: Ph 7.26 HCO₃ 20.4 Laktat 1.0 CO₂ 45 Na 154 K 4.6

Sonuç: Özellikle 65 yaş üzeri komorbiditesi olan hastaların kullandığı ilaçlar detaylıca sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Lityum intoksikasyonu, Çoklu ilaç kullanımı

EP-010

Perikardit Vakalarında Nadir Bir Semptom: HıçkırıkGözde Kaya¹, Burcu Bayramoğlu¹, İsmail Tayfur¹¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

Giriş: Perikardit; perikardiyumun inflamasyonudur. En sık viral enfeksiyonları takiben görülür. En sık klinik bulguları: retrosternal, oturmakla ve öne eğilmekle azalan, yatınca kötüleşen tipik göğüs ağrısı, dispne ve taşikardidir. Perikardın altındaki epikardiyumun da etkilenmesine bağlı olarak EKG’de yaygın ST elevasyonu ve PR depresyonu görülebilir.

Amaç: Bu olgu sunumunda hıçkırık ile acil servise başvuran hastalarda EKG çekilmesinin önemini vurgulamayı amaçladık.

Bulgular: 36 yaşında erkek hasta acil servise 1 saat önce başlayan hıçkırık şikayetiyle başvurdu. Göğüs ağrısı tariflemeyen hastanın vitalleri olağandı. Ek bir şikayeti yoktu. Hastanın kanları alındı ve EKG’si istendi. EKG’de D2, D3, avF ve anterior derivasyonlarda ST elevasyonu, D2 ve D3’te PR depresyonu görüldü. Hastaya 300 ASA po verildi ve kardiyoloji ile konsülte edildi. Kardiyoloji hastaya EKO yaptı ve ön planda perikardit düşündü. Kan sonuçları beklenmeden ileri tetkik ve tedavi amaçlı hasta kardiyoloji servisine interne edildi.

Fotoğraf-1: EKG’de yaygın ST elevasyonu ve PR depresyonu



Sonuç: Perikardit vakalarında yeni gelişen perikardiyal effüzyon ve biriken sıvının diğer organlara yaptığı bası sonucu; yutma güçlüğü, ses kısıklığı, dispne, hıçkırık gibi semptomların nadir de olsa görülebileceği akılda tutulmalıdır. Bu vakalarda; anamnez ve EKG bulguları birlikte bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Olgumuzda da olduğu gibi; hıçkırık ile başvuran her hastada göğüs ağrısı veya başka bir şikayeti olmasa bile mutlaka EKG istenmeli ve troponin değerleri görülerek olası kardiyak patolojiler araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: perikardiyal effüzyon, perikardit, ST elevasyonu, hıçkırık

EP-011

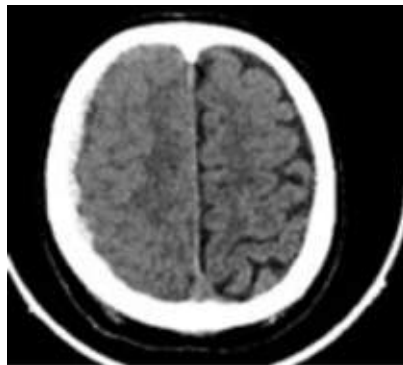
Tanıdık Olmayandan Kork!Gülner Didem Sarıkaya¹, Gültekin Akyol¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

Giriş: Baş ağrılarının dünya çapında erişkinlerdeki prevalansı %47 olarak tahmin edilmektedir. Daha çok primer kökenli olsalar da sekonder baş ağrılarında kırmızı bayraklara acil klinikte dikkat edilmelidir. Yüksek riskli baş ağrılarının oranı %4'tür ve kolayca gözden kaçabilmektedir. Bunlar ani başlangıçlı, travma sonucu olması, anti-koagülan kullanımı, baş ağrısı niteliğinde değişimler, ilk kez böyle bir ağrı yaşanması, fizik muayenede bilinç değişikliği, ateş, ense sertliği, papil ödem, fokal nörolojik bulguların varlığı bizi alert edecek bazı önemli durumlardır.

Amaç: Bu vaka sunumunda baş ağrısında öykünün önemi ve karakteristiğinin detaylı sorgulanmasının gerekliliği vurgulandı.

Bulgular: 56 yaşında erkek hasta travma öyküsü olmaksızın akşam saatlerinde şiddetli baş ağrısı ve kusma şikayeti ile 112 tarafından acil servisimize getirildi. 112 ekiplerince alınan vitalleri TA: 140/80 mmHg, sO2 98, nabız 78 atım/dk'idi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde genel durum iyi, GKS skoru 15, bilinci açık, oryante-koopere, konuşması tam ve anlamlı, ışık refleksi bilateral mevcuttu, pupiller izokorik , 4 ekstremitede de kas gücü 5/5'ti. Hasta 2021 yılında anevrizma nedeniyle opere olmuş ve aort kapağı ve damarı değişmiş. Hastanın kullandığı ilaçlar içinde Aldactone 25mg, Beloc 25 mg, Ecoprin 100 mg, Coumadin 5 mg vardı. Hastanın BT çekimi sonrasında fokal nöbet olarak değerlendirilen ağız kenarında ritmik kasılmalar görüldü. . Yapılan kontrastsız BT incelemesinde sağ serebral konveksitede derinliği 8 mm ölçülen subdural hematomu izlendi (Resim-1). Hasta beyin ve sinir cerrahisi ile konsülte edildi ve servise interne edildi.

Görüntü-1: Sağ parietalde subdural hemoraji ve serebral ödem



Sonuç: Travma öyküsü olsun veya olmasın, nörolojik defisit olsun veya olmasın, yeni veya progresif baş ağrısı durumunda alert olunmalıdır. Akut subdural kanamalar sıklıkla yaşamı tehdit eder ve kitle etkisi meydana getirirler. Subdural kanamaya ait bulgular dakikalar içinde ortaya çıkabileceği gibi 2 haftaya kadar da uzayabilir. Genellikle kafatasının hızlı ivmesel hareketleri ve travması sonrasında köprü venlerin yırtılmasıyla ortaya çıkar. BT'de hilal şeklinde kanamanın görülmesi tipiktir. Bu hastalarda kanama büyüklüğüne ve artma hızına göre tedavi değişir. İnce subdural kanamalar emilecekleri düşünüldüğü takdirde medikal takip ile, medikal tedavi sonrası rezorbsiyon görülmeyen kanamalar burr hole ile subdural aralığa yerleştirilen kateter yardımıyla boşaltılır. Büyük ve semptomatik akut kanamalarda ise kraniyotomi yapılarak kanama odağı bulunursa kontrol altına alınır.

Anahtar Kelimeler: subdural hematoma, baş ağrısı, baş ağrısı nedenleri

EP-012

DİRENÇLİ HİPOGLİSEMI İLE SEYREDEN INTRAUTERIN EXITUS

Nafize YILMAZ UYANIK¹, Burak ÖZÇELİK¹, Selen ÖZDEMİR¹, Sinem DOĞRUYOL¹, Burcu GENÇ YAVUZ¹

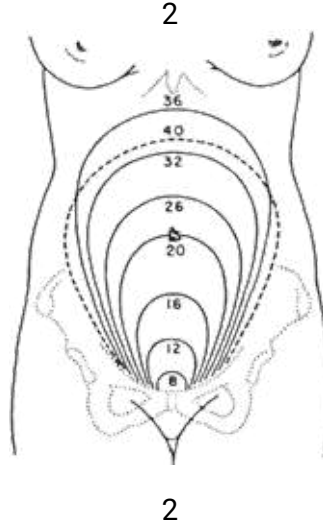
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş: Intrauterin fetal kayıp, gebelik süreci içindeki en trajik komplikasyondur. Antenatal bakımın kalitesi ve efektif gebelik takipleri fetal kayıpların azaltılması için çok önemlidir.



Amaç: Biz bu olgu sunumumuzda gebeliğinin normal takibine uyumsuz ve bu süreçte gelişmiş intrauterin fetal kaybın da eşlik ettiği tablo ile başvuran kadın hastamıza dair bilgi vermeyi hedefledik.

Bulgular: 26 yaşında, epilepsi tanılı ketiapin, zonisamid ve metilfenidat etken maddeli ilaç kullanan kadın hasta, acil servise 5 gündür olan bulantı, kusma ve ishal şikâyetiyle başvurdu. Geliş kan şekeri 33 mg/dl saptandı, diğer vital bulgular stabildi. Hasta kırmızı alana alındı. Monitörize edilip, dextroz infüzyonu başlandı. 10 gün önce gebe olduğunu öğrendiğini belirten hasta, gebeliğini sonlandırma istemi olduğunu, ailesiyle gebelik bilgisi paylaşılmasını istemediğini belirtti (G1P0A0). Fizik muayenede batın alt kadrantlar palpasyonda hassastı. Ksifoid çıkıntı altında uterin fundus palpe edildi. Hastanın term gebelikle uyumlu muayenesi mevcuttu. Bunun üzerine birimize önceki girişleri incelendi. Eski başvurularda hastaya 32. haftada canlı gebelik bilgisinin verildiği, mevcut haliyle 39+6w gebe olduğu saptandı. Hastanın diğer sistem muayeneleri doğaldı. Takiplerinde hastanın dextroz infüzyonuna rağmen kan şekeri yükselmedi, inatçı hipoglisemisi devam etti. Kadın hastalıkları ve doğum birimi tarafından acil serviste yapılan ultrasonografide fetal kalp atımı negatif saptandı. Vaginal muayenede, kötü koku ve akıntı mevcuttu, tam açıklık ve dilatasyon olduğu, fetal başın +2 seviyede olduğu görüldü. Hasta intrauterin exitus nedeniyle acil doğum için ameliyathaneye alındı. Hastanın tekil, ex kız bebek (APGAR 0) doğurduğu öğrenildi. Hasta beyanının tutarsız olması nedeniyle adli vaka bildirimi yapıldı.



Sonuç: Intrauterin exitus olaylarında, maternal jinekolojik öykü, gebe kalma şekli, özgeçmiş özellikleri, etnik köken ve anneye bağlı diğer özellikler etyolojide önemli faktörlerdendir. Önleyici stratejiler geliştirmek için maternal faktörlerde yer alan mekanizmaları anlamak adına daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: gebelik, abortus, intrauterin exitus

EP-013

ATEŞLİ SİLAH YARALANMASI NEDENLİ BROCA AFAZİSİ

İbrahim Alperen Çümen¹, Sibel Güllüçayır¹, Süreyya Tuba Fettahoğlu¹, Salih Fettahoğlu¹, Ramiz Yazıcı¹, Utku Murat Kalafat¹

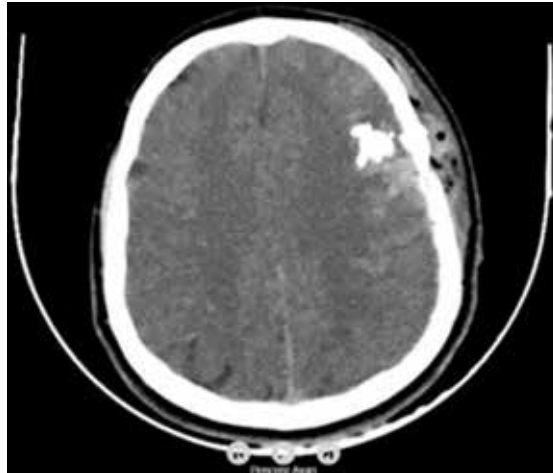
¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Ateşli silah yaralanmaları nedeniyle ülkemizde her yıl yaklaşık 8000 kişi yaralanırken 2000 kişi de hayatını kaybetmektedir. Penetran kraniyoserebral ASY'ler, olay yerinde yaklaşık %70'lik bir ölüm oranıyla genellikle ölümcüldür. Olay yerinde veya hastanede ölen hastalar için genel birleşik ölüm oranı neredeyse %91'dir. Lezyon yerlerine göre klinik oluşturan ASY'lerde Kötü sonuç, başlangıçtaki düşük Glasgow Koma Skalası skoru ve bihemisferik ve transventriküler ateşli silah atış yolu ile ilişkilidir.

Amaç: Vakamızda penetran ASY ve dekompresyon cerrahisi sonrası gelişen Broca afazisi incelenmektedir. Bu çalışmada penetran beyin hasarına yol açan ASY ile gelen hastaların klinik prezentasyonlarından biri olabilen afaziye dikkat çekmek istedik.

Bulgular: 18 yaş erkek Ateşli Silah Yaralanması ile 112 eşliğinde getirildi. Sol frontal bölgede giriş deliği ile uyumlu ateşli silah lezyonu mevcuttu. Bilinç açık, oryante, koopere. Konuşma disartrik. GKS 15 ve genel durumu iyiydi. Görüntülemelerinde majör damar yaralanması saptanmayan hastaya Beyin Cerrahi Kliniği tarafından dekompresyon cerrahisi önerildi. Operasyondan 2 gün sonra YBÜ'de ekstübe edilen hasta bilinç açık, emir alıyor, motor afazik olarak saptandı. 4 gün sonra hasta servise alındı, Serviste takibi süren hastanın Broca afazisi devam ediyor.

Ateşli Silah Yaralanması



Dekompresyon Cerrahisi Sonrası



Sonuç: Broca afazisi için kritik lezyon yerleşimi uzun süredir tartışılmaktadır. Broca bölgesinin arka kısmındaki pars opercularis'teki hasarın Broca afazisi ile ilişkili olduğunu bulunmuştur. Dekompresif hemikranyektomi sonrası afazinin iyileşmesini öngören bir çalışmada ortalama 15 aylık bir süre içinde 14 hastanın 13'ünde afazinin farklı yönlerini temsil eden istatistiksel parametrelerde anlamlı bir iyileşme gözlenmiştir. Ayrıca, 13 hastada iletişim kurma yeteneğinde bir artış belirgin olmuştur. Çalışmada inme anında genç yaş ve inme sonrası erken dekompresif cerrahi, afaziden iyileşme için ana belirleyiciler olarak tanımlanmıştır. Vakamızdaki hastanın yaşının genç olması ve olay sonrası erken dekompresyon cerrahisine alınmış olması klinik iyileşme için umut verici olup beklentiyi artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Broca, Afazi, Ateşli Silah Yaralanması

EP-014

Akut paraparezi de önemli tanı: Torakal kitle olgu sunumu

Merve üçer¹, mert aslantaş¹, gözde yılmaz makinecioğlu¹, kenan yılmaz¹, suna eraybar atmaca¹, mehtap bulut¹

¹bursa şehir hastanesi

Giriş: Spinal tümörlerin en sık sebebi metastazdır. Sıklıkla akciğer, meme ve prostattan kaynaklanan tümörler spinal metastaza neden olmaktadır. İzole spinöz proses tutulumu ile seyreden metastazlar oldukça nadirdir. Endikasyonlu erken cerrahi girişim ve maksimum tümör rezeksiyonu hayat kalitesinin sağlanmasında en önemli noktadır

Amaç: 76 yaş kadın hasta iki gündür yürümede zorluk, ayaklarda güçsüzlük şikayeti ile acil servise başvurdu. Bilinen rektum kanseri (akciğer metastazı mevcut) ve diyabetes mellitus tanısı olan hasta kemoterapi alıyor radyoterapi almıyor. Kan tetkikleri normal saptanan hasta torakal ve servikal MR ile değerlendirildi. Torakal MR'ında T3-T8 arasında vertebradan spinal kanala uzanan invaze olmuş kitle lezyonu saptandı (Resim 1). Beyin cerrahisine konsülte edilen hastanın operasyon amaçlı klinik yatışı yapıldı.

Bulgular: Vital bulguları; kan basıncı: 130/90 mm/Hg, ateş: 36.2 derece, nabız: 75 atım/dakika, SpO2: %96. Yapılan muayenesinde genel durumu iyi şuuru açık oryante koopere hastanın GKS'si 15 hesaplandı. Sağ alt ekstremité 2/5 sol alt ekstremité 4/5 kuvvetinde ve bilateral üst ekstremitelerde motor defisit saptanmadı. Bilateral babinski + ve derin tendon refleksleri normoaktif olarak değerlendirildi. İnkontinans ve retansiyonu yoktu.

spinal kanala invaze lezyon



Torakal MR sagittal kesitte T3-T8 vertebra düzeyinde spinöz prosesleri de invaze eden yer kaplayıcı lezyon görünümü

Sonuç: Spinal metastazlar omurganın herhangi bir yerinde görülebilir. İzole spinöz proses tutulumu oldukça nadirdir. Spinal metastazların birçoğu asemptomatiktir. Semptomatik olanlarda ağrı ve nörolojik bulgular ön plandadır. Manyetik rezonans görüntüleme; günümüzde en değerli tanı yöntemidir. Spinal metastaz olgularındaki artış günümüzde giderek büyümektedir. Çünkü kanser tedavisindeki ilerlemeler, hastaların yaşam sürelerini uzatmakta ve metastaz oranını arttırmaktadır. Erken evrede lokal invazyona yönelik cerrahi ve sonrasındaki destekleyici tedaviler sağkalım için en önemli noktadır.

Anahtar Kelimeler: Paraparezi, torakal kitle, akut nörolojik defisit, vertebra metastazı

EP-015

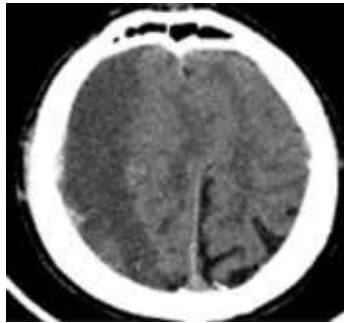
Sonuç Beklemeden Giden Şanslı? HastaBurak Şahin¹, Gültekin Akyol¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

Giriş: Acil servislerin yoğunluğunda her gün bazı hastalar tanı ve tedavileri tamamlanmadan hastaneyi terk edebilmektedir. Ancak bu tutum acil yaklaşım gereken hastalarda ciddi sonuçlara neden olabilmektedir. 1980'den beri süre gelen şekilde aşırı kalabalık; acil servislerde doğru, zamanında ve verimli hastane bakımını sınırlandıran ana faktörlerden biri olarak tanımlanmıştır. Kronik subdural hematoma (KSDH), en sık karşılaşılan nöroşirürjik hastalıklardan biri olup, subdural boşlukta patolojik kan toplanması ile karakterize, sinsi bir başlangıç ve ilerleme ile gidebilir. Başlangıçta baş ağrısı, halsizlik, mide bulantısı gibi müphem şikayetler oluşturabilirken hematoma genişleyip yakındaki beyin parankimine baskı yaptıkça mental durum değişikliği, nöbet ve komaya neden olabilir.

Amaç: Bu olgu sunumunda subdural kanamalarda ilk başvuru anında hastaların kliniklerinin stabil olabildiğini, fizik muayenelerinin normal olabildiğini fakat zaman geçtikçe kliniğin daha belirgin hale gelebildiğini vurgulamayı amaçladık.

Bulgular: Bilinen kronik hastalığı olmayan, 44 yaşındaki erkek hasta acil servisimize 10 gündür olan baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hasta, başının sağ tarafında, ağrı kesici almasına rağmen «başladığı günden beri bir an bile geçmeyen» ancak günlük işlerini etkilemeyen bir baş ağrısı tarifliyordu. Ağrının egzersiz ya da koitus sonrası başlamadığını, şahitli bilinç kaybı olmadığını, son 1 yılda travmaya maruz kalmadığını ifade ediyordu. Fizik muayenede bilinci açık, koopere ve oryante olan hastada fokal nörolojik bulgu saptanmadı. Kraniyal sinir muayenesi doğaldı ve ataksi mevcut değildi. Kan tetkikleri ve kraniyal bilgisayarlı tomografi (BT) istenen hasta yaklaşık 45 dakika sonra hastanemize 112 ile tekrar başvurdu. Hasta, tomografi çekiminden sonra yoğunluktan dolayı hastanede beklemek istemeyip eve gittiğini ancak ardışık kusmaları olması üzerine 112'yi aradığını ifade etti. Kontrol muayenesinde ek bulgu gözlenmeyen hastanın halihazırda çekilmiş BT'sinde sağ frontoparietal konveksitede 17 mm kalınlığında kronik subdural hematoma ve 16 mm orta hat şifti (Görüntü-1) izlendi. Hasta nöroşirürji ile konsülte edildi ve nöroşirürji ekibi tarafından acil operasyona alındı.

Görüntü-1: subdural hematoma



Sonuç: Gelişen tanısal modaliteler ölümcül komplikasyonlar gelişmeden erken tanıyı sağlayarak mortalite, morbidite ve sağlık sistemine maliyeti düşürme şansını elimize sunsa da hastanın hekime hastane içi ulaşma süresi bu yararları kısıtlayıcı bir handikap olarak görülebilir. Acil serviste çalışan hekimlerin ayaktan hastalarını tedavileri boyunca anlık takip edebilecekleri ve iletişime geçebilecekleri, bildirim özelliği olan mobil uygulamalar oluşturulması aşırı kalabalık acil serviste hekimin ayaktan hastalarını takip edebilmesini kolaylaştırabilir.

Anahtar Kelimeler: subdural kanama, baş ağrısı

EP-016

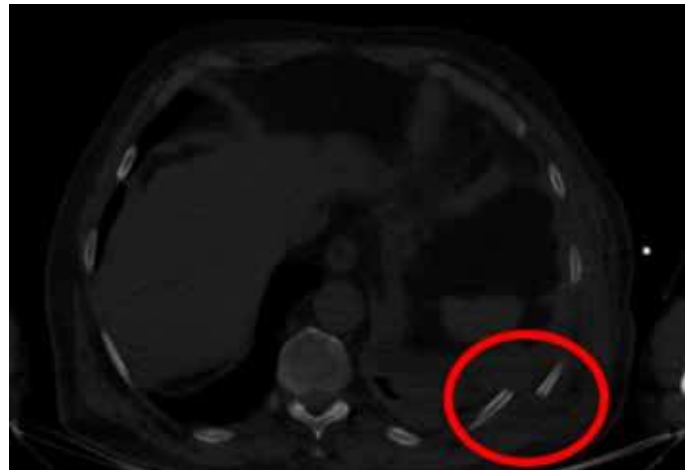
Non-Travmatik Kot Fraktürü ve HemotoraksMahmut Kerem Avşaroğlu¹, Bilal Yenyurt¹, İsmail Enver Obuz¹, Ercan Sarı¹, Betül Şenocak¹, Utku Murat Kalafat¹¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Spontan kosta fraktürü ve hemotoraks, acil tıp alanında sık karşılaşılan bir durumdur. Spontan kosta fraktürü, travma olmadan kendiliğinden meydana gelen kosta kemiğinin kırılmasıdır. Hemotoraks ise göğüs boşluğunda biriken kanla karakterize olan bir durumdur. Spontan kosta fraktürü ve hemotoraks bir arada görülebilen bir klinik tablodur. Bu durum, genellikle osteoporoz, kanser, akciğer hastalıkları veya diğer kronik hastalıklar gibi zayıflamış kemiklerin mevcudiyeti nedeniyle ortaya çıkabilir. Ayrıca, yüksek enerjili travmalardan kaynaklanan kosta kırıkları da benzer semptomlar gösterebilir. Hemotoraks, nefes darlığı, göğüs ağrısı ve kanama gibi semptomlarla kendini gösterebilir. Bu semptomlar, zamanında tanı ve tedavi edilmediğinde, ciddi komplikasyonlara yol açabilir.

Amaç: Bu olgu sunumunda, spontan kosta fraktürü ile birlikte gelişen hemotoraksın tanı ve tedavi süreci ele alınacaktır.

Bulgular: 68 yaş erkek hasta 2-3 gündür olan soğuk terleme, göğüs ağrısı ve sırt ağrısı şikâyeti ile acil servise başvurdu. Nefes darlığı ve öksürük mevcut değildi. Bilinen KOAH hastası Muayenesinde solunum sesleri bilateral azalmış, Görüntülemelerde sol hemitoraksta apekten bazale dek uzanan en geniş yerinde 5 cm çapında plevral efüzyon izlendi. Sol akciğerde alt lobda subplevral kompresyon atelektazileri izlendi. Her iki akciğer üst lobda sentriasiner amfizematöz havalanma artışı izlendi. Sol 9., 10. Kosta deplase fraktür izlendi. Yapılan BT anjiyo görüntülemelerinde ise herhangi bir damarsal patoloji saptanmadı. Hastanın klinik durumu ve görüntüleme sonuçları doğrultusunda hasta; göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, kardiyoloji, genel cerrahi ve girişimsel radyolojiye konsülte edildi. Hastaya parapnömonik plörezi nedeni ile toraks drenaj katateri takıldı. Hastanın 1 gün sonraki takiplerinde solunumu rahat, toraks dreninden aktif drenajı mevcut değil, PA AC grafide bilateral ekspansiyon kusuru yok ve solda plörezi ile uyumlu görünümde belirgin gerileme gerçekleşmiş görüldü. Toraks drenaj katateri çıkarıldı. Hastanın acil takip ve tedavisi tamamlandı ve hastaya medikal destek tedavisi amaçlı göğüs cerrahisi servisinde yatış verildi.

Spontan Kosta fraktürü



Spontan Kosta fraktürü

Spontan Kosta fraktürü



Spontan Kosta fraktürü Sonucu hemotoraks

Sonuç: Bu olgu, nadir görülen spontan kosta fraktürleri ile ilişkili hemotoraksın etiyolojisi, tanısı ve yönetimi hakkında bilgi vermektedir. Osteoporoz gibi kemik yoğunluğunda kayıp nedenlerinin erken tanınması, bu gibi komplikasyonların önlenmesinde kritik önem taşımaktadır. Ancak, spontan kosta fraktürü ile ilişkili hemotoraksın neden olduğu klinik semptomların hafif olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle, kosta fraktürleri veya hemotoraks şüphesi olan hastalarda uygun görüntüleme testleri yapılmalı ve tedavi planı hastanın klinik durumuna göre belirlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: hemotoraks, spontan costa fraktürü, göğüs tüpü

EP-017

Travma Sonucu Servikal Disk HerniasyonuEray Bütüner¹, Can İlçin¹, Salih Fettahoğlu¹, Rabia Birsen Tapkan¹, Utku Murat Kalafat¹, Serkan Doğan¹¹Kanuni Sultan Süleyman Hastanesi

Giriş: Nörolojik defisit ve komşu kemik lezyonu olmaksızın travmatik servikal disk herniasyonu nadir görülen bir durumdur. MRG, tanıyı doğrulamak için altın standarttır. Erken teşhis, uygun tedavi için ve nörolojik defisit boyutunu en aza indirmek için esastır. MRG, farklı travmatik herniye servikal disk tiplerinin teşhisinde zorunludur. Diskektomi ve otolog iliak kanat grefti kullanılarak anterior servikal interbody füzyon tedavi seçenekleridir.

Amaç: Bu olgu sunumu, travmatik servikal disk herniasyonu hakkında daha fazla bilgi edinmenizi sağlayarak, gelecekteki olguların yönetiminde yararlı olması amacıyla bu olgu sunumunu gerçekleştiriyoruz

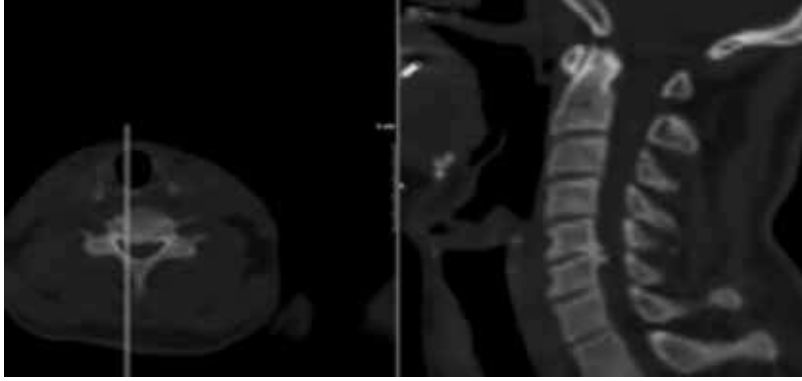
Bulgular: 44 yaş erkek hasta bilinen psöriyasiz dışında ek rahatsızlığı bulunmamakta iş yerinde 3 basamak merdiven üstünden üstüne yabancı cisim düşmesi sonucu hastanemize başvurdu. Hastanın geliş muayenesinde GKS 15 oryante koopere vitalleri stabil servikal hassasiyeti mevcut kas gücü muayenesinde üst ekstremitte bilateral 4/5 alt ekstremitte 5/5 her iki elde iğne batar tarzda uyuşma ve ağrısı mevcut sağ el 2. ve 3. parmakta hareket kısıtlılığı mevcut duyu muayenesi doğal ışık refleksi +/+ . Hastadan tetkikleri istendi çekilen tomografisinde belirgin fraktür hattı bulunmayan hasta beyin ve sinir cerrahisine konsülte edildi. Konsültasyon sonucu hastaya servikal MR çekilme kararı alındı. Çekilen servikal MR sonrası C5-C6 protüztönu olan hastanın major kas gücü kaybı olmaması üzerine hastaya acil cerrahi girişim düşünülmemiş olup hastaya ödem azaltmak amaçlı iv steroid uygulaması sonrası philadelphia tipi collar ile taburculuğu 1 hafta sonrasında poliklinik kontrolü uygun görüldü.

Servikal Disk Hernisi



Servikal Disk Hernisi

Servikal Disk Hernisi



Servikal Disk Hernisi

Sonuç: Bu olgu sunumu travmatik servikal disk herniasyonu tanısı tedavisi ve yönetimi hakkında bilgi vermektedir. Travma sonrası ödeme bağlı basıyı azaltmak amaçlı steroid uygulaması sıkça kullanılmaktadır . Bu olguda diğer olgulardan farklı olarak majör nörolojik defisit bulunmaması sebebiyle ameliyata gerek duyulmamış olup her travmaya bağlı disk herniasyonunda tedavi yaklaşımının farklılıklar gösterebildiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: disk hernisi, servikal, nörolojik defisit, travma

EP-018

PİNAVERİUM BROMÜR KULLANIMA BAĞLI KOUNİS SENDROMU VE DİFFÜZ ALVEOLAR HEMORAJİ BİRLİKTELİĞİSerkan GÜNAY¹, Ahmet ÖZTÜRK¹, Nurullah ÇORAKYER¹, Ali Kemal ERENLER¹¹T.C Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kounis sendromu, çeşitli durumlar, ilaçlar, çevresel maruziyetler, gıdalar ve koroner stentlerin neden olduğu aşırı duyarlılık nedeniyle meydana gelen koroner arter bozukluğunu tanımlar. Vazospastik alerjik anjina, alerjik miyokard enfarktüsü ve eozinofiller ve/veya mast hücreleri tarafından infiltre edilmiş tıkaçıcı trombüs ile stent trombozu varyantını oluşturmaktadır (1). Diffüz alveoler kanama (DAH), klinik olarak hipoksemik solunum yetmezliği, hemoptizi ve hematokritte düşüş ve yaygın pulmoner infiltrasyon ile kendini gösteren hayatı tehdit eden bir durumdur (2, 3).

Amaç: Alerjik reaksiyonlarda aklımıza kounis sendromu ile diffüz alveolar hemoraji'ninde gelmesi.

Bulgular: 26 yaşında kadın hasta pinaveryum bromür etken maddeli ilaç kullanımı sonrası başlayan ürtiker şikâyetleri ile acile geldi. Hastada hemoptizi mevcut değildi. Muayene sırasında hastanın kan basıncı: 89/60 mmHg, kalp hızı 86 atım/dk vücut sıcaklığı: 36,1 °C, oksijen saturasyonu %98 olarak saptandı. Elektrokardiyogramda DI, aVL derivasyonlarında ST segment yüksekliği ve V2, V3, V4, V5, V6 derivasyonlarında ST segment depresyonları vardı ve kounis sendromu olarak değerlendirildi. Akciğer grafisinde diffüz retikülonodüler patern görüldü. Bilgisayarlı toraks tomografisinde akciğer parankiminde diffüz alveolar hemorajiyi düşündüren bulgular görüldü ve pulmoner emboli belirtisi tespit edilmedi. Laboratuvar bulgularında Troponin: 585 ng/L, pH: 7.29, Laktat: 3.16 mmol/L olarak görüldü. Bulgular ışığında DAH klinik şüphesi ve kounis sendromu düşünülen hastaya destek tedavisi ve adrenalin 0,5 mg intramüsküler olarak uygulandı. 4 mg deksametazon intravenöz olarak uygulandı. Hastaya kardiyoloji tarafından medikal izlem önerildi. Hasta anestezi ve reanimasyon tarafından yoğun bakım hospitalize edildi. Yatışının 2. gününde hastanın tüm riskleri alarak hastaneden ayrıldığı tespit edildi. Kounis sendromunun ana klinik semptomları ve belirtileri her zaman kardiyak semptomların eşlik ettiği akut veya kronik alerjik reaksiyonlarla ilişkilidir. (1). Kounis sendromu, hızlı tedavi ve karar gerektiren karmaşık bir akut koroner sendromdur (4). DAH, bir hastada hipoksemi, yeni başlayan anemi ve göğüs röntgeninde alveoler infiltrat ile başvurduğunda dikkate alınması gereken bir tanı olmakla beraber hastaların yaklaşık üçte birinde hemoptizi saptanmaz (2) Pinaveryum bromür gastrointestinal sistemine selektif kalsiyum kanal blokeri olarak etki eden ve genellikle irritabl barsak sendromu tedavisinde kullanılan bir ajandır. Pinaveryum bromür kullanımı sonrası gelişen kounis sendromu ve DAH birlikteliği literatür taramalarında saptanmadı.

ekg



bilgisayarlı tomografi



Sonuç: Pinaveryum bromür yaygın olarak kullanılan ve kolay ulaşılabilen bir ilaçtır. Buna bağlı olarak klinisyenlerin DAH ve kounis sendromu gibi gelişebilecek hayatı tehdit edici komplikasyonlar konusunda daha bilinçli olmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: kounis sendromu, diffüz alveolar hemoraji, pinaveryum bromür

EP-019

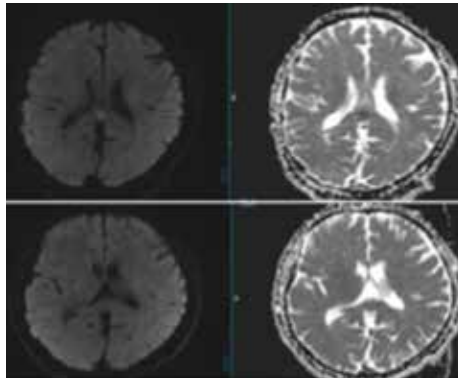
İskemik Serebrovasküler Hastalık ile Karışabilen Geçici Corpus Callosumun Sitotoksik LezyonlarıAhmet ÖZTÜRK¹, Handan TEKER¹, Serkan Günay¹, Nurullah ÇORAKYER¹, Ali Kemal ERENLER¹¹T.C. Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Corpus callosumun sitotoksik lezyonları (Cytotoxic lesions of the corpus callosum, CLOCCs); birbirinden çok farklı nedenlerle ortaya çıkmaktadır ve en sık corpus callosum splenium bölgesinde lokalize olarak izlenir. Yanlış iske mi teşhisinden uzaklaşabilmek için CCSL'larının bilinen etyolojik nedenlerine ve tipik görünümle rini tanımak gerekir.

Amaç: Bu aşinalığı artırabilmek ve farkındalık yaratmak amacıyla bu vaka raporunu sunduk.

Bulgular: Corpus callosumun sitotoksik lezyonları (Cytotoxic lesions of the corpus callosum, CLOCCs); birbirinden çok farklı nedenlerle ortaya çıkmaktadır ve en sık corpus callosum splenium bölgesinde lokalize olarak izlenir (1). Corpus callosum hemisferler arası iletişimi sağlayan en büyük beyaz cevher yolağıdır. Splenium ise corpus callosumun posteriorunda bulunan hem temporal hem posterior parietal hem de occipital korteksleri birbirine bağlayan kalın liflerden oluşur (2, 3). Lezyonlar genellikle ensefalopati, ensefalit veya epileptik nöbetler için görüntüleme yapılırken tesadüfen saptanır. Hastalarda klinik prognoz genellikle iyi olmakla birlikte altta yatan etiyolojiye göre klinik durum değişmektedir (6). En güncel hipoteze göre bu lezyonların gelişiminden inflamatuvar sürece sekonder ateşlenen sitokin kaskadı ve stimüle edilmiş immün hücreler sorumlu tutulmaktadır (7). Bu lezyonları tanımak tedavi edilebilir etyolojilere sekonder ortaya çıkması nedeniyle önemlidir. Yanlış iske mi teşhisinden uzaklaşabilmek için CCSL'larının bilinen etyolojik nedenlerine ve tipik görünümle rine aşına olmak gerekir. Bu aşinalığı artırabilmek ve farkındalık yaratmak amacıyla bu vaka raporunu sunmak istedik. 56 yaşında erkek hasta acil servise birkaç gündür olan bulantı, kusma ve baş ağrısı, balgamlı öksürük şikâyeti ile geldi. Özgeçmişinde hipertansiyon mevcut. Nöbet öyküsü yok. Her yöne istemli bakışı mevcut, ışık ve kornea refleksleri tam, 4 ekstremitede kas gücü tamdı. Ense sertliği veya meninks irritasyon bulgusu yoktu. Vital bulguları ateş 38.7 C, tansiyon 110/75 mmHg, satürasyonu: %94, nabız 86 atım/dk idi. Hastaya beyin BT ve difüzyon MRG çekildi. Beyin BT'de belirgin patoloji saptanmadı. Difüzyon MRG görüntülemesinde corpus callosum spleniumda b1000 incelemede hiperintens, ADC haritalamada hipointens sitotoksik ödem ile uyumlu görünüm saptandı. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde pnömoni ile uyumlu görünüm saptanması üzerine göğüs hastalıkları bölümüne yatırışı sağlandı

mr görüntüsü



LABAROTUVAR BULGULARI

	HASTA DEĞERİ	BİRİM	REFERANS ARALIĞI
WBC	14000	mm ³	4.49-12.46
SODYUM(NA)	130	mmol/L	136-146
POTASYUM (K)	3,83	mmol/L	3,5-5,5
AST	158	U/L	5-50
ALT	89	U/L	5-50
PLT	482	10 ⁹ /L	150-400
CRP	185	mg/L	0-58
ÜRE	69	mg/dL	8-48
KREATİNİN	1,3	mg/dL	0,6-1,3
PH	7,38		7,35-7,45
PCO2	48	mmHg	35-45

Sonuç: CCSL' ları altta yatan pek çok antiteye bağlı ortaya çıkan, altta yatan nedene yönelik tedavi verildiğinde tamamen geri dönüşlü olabilen nonspesifik MR görüntüleme bulgularıdır. Bu lezyonların tanınması, sekonder lezyonlar olduğunun bilinmesi tedavinin gecikmemesi ve olası kalıcı hasarı önlemek açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Corpus callosumun sitotoksik lezyonları, iskemik inme, geçici lezyon, bulantı, kusma

EP-020

Terminal Dönem Kanser Hastalarında Her Bilinç Bulanıklığı Metastaz DeğildirAbdullah Aksu¹, Süreyya Tuba Fettahoğlu¹, Salih Fettahoğlu¹¹KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Epidural hematoma, kafa travmasının nadir fakat ciddi bir komplikasyonudur. EDH insidansı ergenler ve genç erişkinler arasında en yüksektir. Gözlemsel çalışmalarda, EDH'li hastaların ortalama yaşı 20 ile 30 arasındadır. EDH, 50 ila 60 yaşından büyük hastalarda nadirdir. Vakaların çoğu, trafik kazaları, düşmeler ve saldırıların neden olduğu kafa travmasından kaynaklanmaktadır. Travmatik olmayan akut EDH nadirdir. Potansiyel etiyolojiler şunları içerir: Enfeksiyon, pıhtılaşma bozukluğu, konjenital anomaliler, duranın vasküler malformasyonları ve hemorajik tümörler.

Amaç: Olgumuzda ileri yaş metastatik Kolon CA hastasının bilinç bulanıklığının sebebini travma olmaksızın epidural hematoma bağlanmasını inceledik.

Bulgular: 75 yaş erkek acil servise 112 eşliğinde son 2 saattir olan bilinç bulanıklığı olması üzerine getirildi. GKS:6 , pupiller izokorik, nörolojik muayene suboptimal olarak değerlendirilen hastaya endotrakeal entübasyon uygulandı.Hastanın yapılan kranial görüntülemesinde saptanan sağ oksipital lobda epidural hematoma dışında diğer tetkiklerinde majör patoloji saptanmamıştır. Beyin Cerrahi kliniği tarafından operasyon endikasyonu konulmayan hastaya YBÜ internasyonu sağlandı.

BEYİN BT GÖRÜNTÜSÜ



BEYİN BT GÖRÜNTÜSÜ

Sonuç: Epidural hematoma'nın klasik etiyolojilerini barındırmayan bu vakamızda GKS düşüklüğü, bilinç bulanıklığı semptomları olan hastalarda Kranial Görüntülemede her zaman beklenen hadiselerin çıkmayacağını vurgulamak istedik. Epidural hematoma'nın non-travmatik olarak görülmesi bu vakayı literatürdeki diğer olgulardan farklı kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: metastaz, epidural hematoma, bilinç bulanıklığı

EP-021

Deprem Tatbikatı Nasıl Yapılmaz

Ömer Seytepe¹, Buse Altıntaş¹, Harun Ayhan¹, Filiz Hasasu Oktay¹, Sinem Doğruyol¹, Burcu Genç Yavuz¹

¹Haydarpaşa Numune Eah

Giriş: Yüksekten düşmeler travma nedenli acil servis başvurularının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. *6 metre ve üstündeki mesafelerden düşmeler yüksek enerjili travma olarak nitelendirilir. Yüksek enerjili travmalar büyük damar yaralanmalarına, masif kanamalara, kemik yapılarında geniş segment kayıplarına, kompozit doku kayıplarına, geniş yumuşak doku avülsiyonlarına, çoklu periferik sinir yaralanmalarına, amputasyonlara, kompartman sendromlarına ve ek olarak merkezi sinir sistemi hasarına sebep olabilmektedir.*Lowe JA, et al. Ten years incidence of highenergygeriatrictraumaat level 1. trauma center. J OrthopTrauma 2018

Amaç: Sunmuş olduğumuz olgu, deprem tatbikatı sırasında gelişen yüksek enerjili travmaya bağlı bir yaralanma olgusudur.

Bulgular: 51 yaşında kadın hasta 2. kattan düşme nedeniyle ambulans ile acil servise getirildi. Anamnezinden Şubat 2023 depremi sonrası apartman sakinleriyle kendi aralarında deprem tatbikatı yapmaya karar verdikleri ve bu esnada balkondan inerken tutunduğu halatın kayması sonucu düştüğü öğrenildi. Hasta travma tahtası ve boyunlukla kabul edildi. Gelişte bilinci açık ve vital bulguları stabil olan hasta detaylı fizik muayene ile değerlendirildi. Hastanın sol ayakta ve sol omuzda hassasiyet ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Spinal hassasiyet yoktu, batını rahattı, pelvik hassasiyeti yoktu, solunum sesleri doğal olup her iki hemitoraks bilateral solunuma eşit katılıyordu. Hasta düştüğü mesafe itibarıyla yüksek enerjili travma olarak değerlendirildi. Rutin kan tetkikleri ve görüntülemeleri planlandı.Yatakbaşı travmaya odaklanmış ultrasonografi (FAST) ile değerlendirildi. Hastanın görüntülemeleri sonucunda sol ayakta kalkaneus posteriorunda parçalı deplase fraktür hatları ve sol humerus başında fraktürler saptandı. Sol humerus başı glenoidal fossa içerisinde izlenmiş olup, posteriorda minimal sub-lukse olarak görüldü. Diğer görüntülemelerinde özellik yoktu. Tongue tip fraktür olarak değerlendirilen hasta ortopedi servisine devredildi.

bt



grafi



Sonuç: Yüksek enerjili travma olgularında tam bir primer travma bakısı yapılarak hastalar ayrıntılı şekilde değerlendirilmelidir. Primer bakı sonlandığında hastanın monitörizasyonu sağlanmış olmalı ve ilk vital bulguların alınması gerekmektedir. Damar yolu açılması, ilk laboratuvar tetkiklerinin alınması, FAST yapılması, hasta için uygun görüntüleme yöntemlerine karar verilmesi ve gerekli acil girişimlerin yapılması primer bakı sürecinde tamamlanmış olmalıdır. Daha sonra ikincil bakı yapılmalı ve hasta detaylıca değerlendirilip ilgili branşlara konsültasyonu sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: deprem, travma, fast, usg, düşme

EP-022

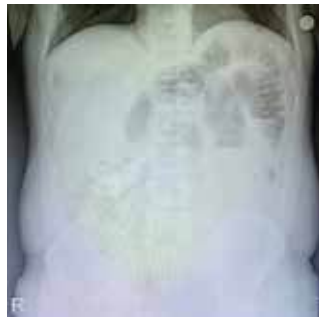
HAYATI TEHDİT EDEN KARIN AĞRISI NEDENLERİNDEN BİRİ: İLEUSTilbe Gökçe¹, Kadir Aslan¹, Melis Akçınar¹, Özgür Söğüt¹¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: İleus, barsak içeriğinin ileri geçişini önleyerek tıkanma bölgesinin proksimalinde birikmesine neden olan bir barsak tıkanıklığı veya felcidir. Mekanik ve fonksiyonel olarak ikiye ayrılır. İleus tablosunda artmış intraluminal basınçta sıvı ve gaz birikimi, barsak duvarında mikrodolaşım disfonksiyonu ve mukozal bariyerin bozulması görülebilir. Bu da sıvı geçişlerine, transmigrasyon peritonitine ve hipovolemiye yol açabilir. İleusun risk faktörleri arasında batin operasyonları, opioid kullanımı, periferik arter hastalıkları, inflamatuvar barsak hastalıkları, divertikülit, herni, intestinal maligniteler, fekalit ve elektrolit dengesizlikleri yer almaktadır. İleusun temel bulguları; karın ağrısı, gaz, kabızlık, bulantı, kusma, iştahsızlık ve abdominal distansiyondur.

Amaç: Bu olgu raporunda acil servisimize karın ağrısı ve bulantıyla başvuran, gaz-gaita deşarjı olan ileus vakası sunuldu.

Bulgular: 39 yaş erkek hasta özgeçmişinde hipertansiyon ve geçirilmiş burun operasyonu mevcut olup GKS (Glasgow koma skalası) 15, genel durum iyi, bilinç açık, oryante, koopere olarak gözlemlendi. Hastaneye başvuru sırasında hastanın kan basıncı 128/89 mmHg, nabızı 87/dk, spO2 %98, parmakucu kan şekeri 135 mg/dl olarak saptandı. Hasta acil servise 2 gündür olan karın ağrısı, mide bulantısı şikayetleriyle geldi. 1 defa kusması olmuş. Hastanın başvurduğu gün öğlen spontan, akşam lavman ile gaita deşarjı olmuş. Hasta 1 yıl önce ileus nedeniyle cerrahi servisinde takip edilmiş. Yapılan batin muayenesinde; batin yaygın distandü, defans yok, rebound yok, dinlemekle dört kadranda hiperaktif, RT (rektal tuşe) ampulla boş olarak değerlendirildi. Hastanın laboratuvar bulgularında; WBC: 10.820 mcL, CRP: 29 mg/L, HGB: 15.5 g/dL, HCT: 45% olup ek bir özellik saptanmadı. Hastanın çekilen ADBG (ayakta direkt batin grafisi) görüntülemesinde hava-sıvı seviyeleri gözlemlenmiş olup, çekilen oral kontrastlı batin BT'sinde: jejunal barsak segmentlerinde en geniş yerinde 44 mm'ye ulaşan dilatasyon ve hava-sıvı seviyelenmesi izlenmiştir. Barsak ansları komşuluğunda ve pelviste minimal serbest mayii izlenmiştir. Hasta ileus olarak değerlendirilmiş olup genel cerrahi servisine yatırılıp opere edilmiştir.

Hastanın çekilen ADBG görüntüsünde hava sıvı seviyelenmesi



Sonuç: Acil servise karın ağrısı, gaz, kabızlık, bulantı, kusma, iştahsızlık, abdominal distansiyon gibi şikayetlerle gelen hastalarda ileus ön tanı olarak düşünülmelidir. Gaz-gaita çıkışı olması ileus tanısını dışlamamaktadır. ADBG, ileus düşünülen hastaları değerlendirmekte kolay ve etkili bir yöntem olup kesin tanı oral kontrastlı batin BT ile konulmaktadır. Teşhis ve tedavi edilememiş ileuslar; barsak nekrozu, peritonit gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilir. Bu nedenle teşhis ve tedavi açısından zaman yönetimi önemli bir rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: ileus, karın ağrısı, acil

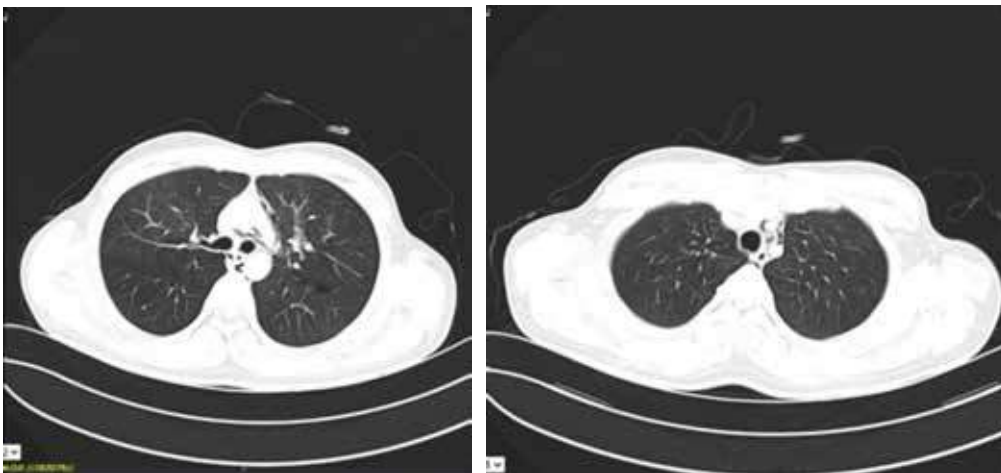
EP-023

Acil Serviste Nadir Görülen Bir Olgu: Spontan PnömomediastinumEmek GÖRGÜN¹, Eray ÇELİKTÜRK¹, Satuk Buğra Han BOZATLI¹, Mustafa Burak SAYHAN¹, Ömer SALT²¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilimdalı²Kayseri Şehir Hastanesi Acil Servis

Giriş: Spontan pnömomediastinum (SP), herhangi bir travma öyküsü olmaksızın yoğun egzersiz, astım atağı veya kronik obstruktif akciğer hastalığının akut alevlenmesi gibi pulmoner hadiseler, şiddetli öksürük ve kusma, valsava manevrası gibi predispozan faktörler nedeniyle nadir görülen mediastende hava olması olarak tanımlanan bir durumdur. Astım öyküsü bulunan genç ve erkek hastalarda spontan pnömomediastinum daha sık görülmektedir. Hastaların acil servise en sık başvuru şikayetleri: göğüs ağrısı, nefes darlığı ve öksürüktür.

Amaç: Çalışmamızda astım öyküsü olan spontan pnömomediastinum tanısı konulan acil serviste nadir görülen bir vaka sunulmaktadır.

Bulgular: 22 yaşında erkek hasta, 2 haftadır olan nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Hastanın sigara kullanımı, travma, kusma, aşırı egzersiz ve cerrahi girişim öyküsü saptanmadı. Şikayeti iki hafta önce başlayan ve artan nefes darlığı şeklindeydi. Vital bulguları; GKS:15 bilinç açık, oryante koopere, sistolik kan basıncı: 137/73 mm/Hg, nabız: 138/dk, ateş:36.1 oC, spO2:94, solunum sayısı:35-40/dk şeklindeydi. Fizik muayenesinde bilateral akciğerlerinde yaygın ronküs saptandı. Acil serviste çekilen akciğer grafisinde (AG) sadece bilateral havalanma artışı saptandı. Laboratuvar değerleri normal sınırlarda tespit edildi.Hasta semptomatik nebulize bronkodilatör, intravenöz kortikosteroid tedavisi başlanarak gözleme alındı. Şikayetlerinde gerileme olmaması, bilateral ronküslerin devam etmesi üzerine bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi ve şekil 1'deki mediastinal alanda bilateral servikal bölgeye uzanım gösteren yaygın serbest hava imajları tespit edildi.Hastaya spontan pnömomediastinum tanısı konularak ve göğüs cerrahi kliniğine yatırıldı.



Şekil 1: BT'de saptanan patolojik bulguların görüntüsü

Sonuç: Spontan pnömomediastinum, sıklıkla genç erkek hastalarda görülen; göğüs ağrısı, nefes darlığı ve öksürük gibi bulguları olan benign seyirli bir hastalıktır. Tablo 1'de klinik bulgular ve görülme sıklıkları belirtilmiştir.

Hastamızın genç erkek olması ve astım öyküsüne sahip olması literatürle uyumludur. Ancak literatürden farklı olarak hastamızın primer semptomu nefes darlığı ve öksürük iken, göğüs ağrısı yoktu. Tanıda BT altın standarttır. Şüpheli klinik bulguları olan hastalarda AG normal olan durumlarda BT ile tetkik önerilmektedir. Bu vakada da öncelikle AG'si çekilmiş olup, tanı BT ile konulmuştur. Spontan pnömomediastinum, hastanın öykü ve fizik muayenesinde sekonder pnömomediastinum bulgularının olmaması durumunda gözleme alınarak, semptomatik tedavi ile takip önerilir. Hastamız da tanı sonrası gözlem ve takip amaçlı göğüs cerrahi kliniğine yatırılmış ve üç günlük semptomatik tedavinin ardından taburcu edilmiştir. Acil servise ilerleyici nefes darlığı, öksürük şikayeti, göğüs ağrısı ile gelen özellikle genç hastalarda mutlaka ön tanıda spontan pnömomediastinum düşünülmelidir.

Tablo 1: Spontan Pnömomediastinum Klinik Bulgular

Klinik Bulgular	Görülme Sıklığı (%)
Göğüs ağrısı	%54
Dispne	%39
Öksürük	%32
Subkutaöz amfizem	%32
Boyunda şişkinlik	%14
Pnömotoraks	%7
Odinofaji	%4

Anahtar Kelimeler: Spontan Pnömomediastinum, Astım, Nefes darlığı

EP-024

NstemiSamed küçükkaya¹, kemal yıldırım¹, dilay satılmış¹¹sultan2. abdulhamid han eah

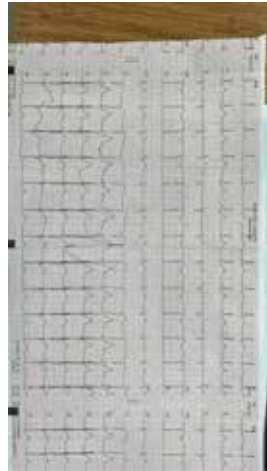
Giriş: Göğüs ağrısıyla gelen hastalarda akut koroner sendrom öncelikli düşünmemiz gereken acil bir hastalıktır. Tipik göğüs ağrısı ile gelen ve perkütan koroner girişim yapılan hastalarda %20 oranında sol inen koroner bifurkasyonda tromboz görülebilir.

SİNUS RİTMİNDE LAD'DE TAM TIKANIKLIK OLUR MU?

SİNUS RİTMİNDE LAD'DE TAM TIKANIKLIK OLUR MU?

Amaç: Biz de bu olgu sunumda EKG'de iskemik değişiklik olmamasına ve risk skorlamalarından düşük puan almasına rağmen LAD'de %100 tıkanıklık olabileceğine ve hastaların göğüs ağrısı tipinin önemine dikkat çekmeyi amaçladık. Özellikle koroner arter bifurkasyonda tromboz olan hastaların da takiplerinde retromboz olma olasılığının yüksek olduğunu da belirtmek istedik.

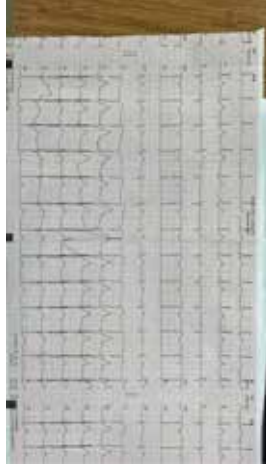
ekg



ekg

Bulgular: 34 yaş erkek hasta acil servise gelmeden 2 saat önce başlayan bıçak saplanır tarzda göğüs ağrısı ile geldi. Hastanın hikayesinde koroner öyküsünün olmadığı, aktif sigara içtiği ve birinci derece yakınlarında genç yaşta AKS öyküsü mevcuttu. Yapılan fizik muayenesinde anlamlı bulguya rastlanmadı. Alınan vitallerinde sağ tansiyon: 133/81 mm Hg, sol tansiyon: 125/76 mm Hg, nabızı 88 atım/ dakika idi, oda havasında spo2: %99 şeklinde görüldü. Ekg de koroner iskemi lehine bulguya rastlanmadı. (Figüre 1). Anjina tedavisi için hastaya nitrat ve morfin başlanmasına rağmen ağrı şikayetinde azalma görülmeydi. Kontrol EKG de dinamik değişiklik görülmeydi. (Figure 2) Alınan tetkiklerinde troponin değerinde yükseklik olması üzerine (0. saat :18,89 ng/l 1. saat :42.37 ng/l 3. SAAT:86 ng/l) NSTEMI ön tanısı ile kardiyoloji ile konsulte edildi. Hastanın acil serviste yapılan Ekokardiyografisinde duvar hareket kusuru net ayırtedilemedi. Risk skorlamaları: GRACE:49 TIMI:1 HEART:3 Antianjinal tedaviye rağmen geçmeyen ağrı ve Troponin değerlerinde anlamlı yükselme olan hasta yüksek riskli NSTEMI olarak değerlendirilip primer koroner girişim için sevk edildi. Dış merkezde yapılan girişiminde sol ön inen arter bifurkasyonunda %100 tıkalı olduğu saptandı ve 3 lü stentleme ile başarılı girişim yapıldı ve sağlık ile taburcu edildi.

ekg



ekg

Sonuç: Biz de bu olgu sunumda EKG’de iskemik değişiklik olmamasına ve risk skorlamalarından düşük puan almasına rağmen LAD’de %100 tıkanıklık olabileceğine ve hastaların göğüs ağrısı tipinin önemine dikkat çekmeyi amaçladık. Özellikle koroner arter bifurkasyosunda tromboz olan hastaların da takiplerinde retromboz olma olasılığının yüksek olduğunu da belirtmek istedik.

Anahtar Kelimeler: nstemi göğüs ağrısı troponin

EP-025

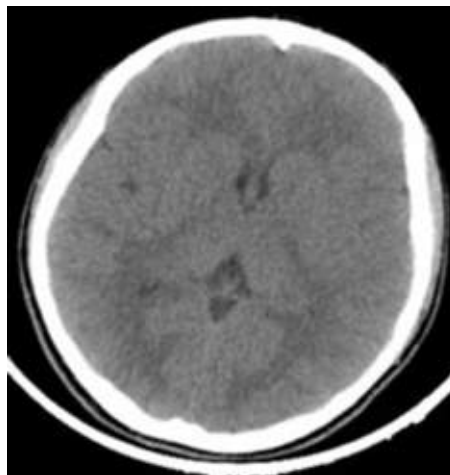
Görmedim, Duymadım, BilmiyorumKonuralp Sağlam¹, Burcu Bayramoğlu¹, İsmail Tayfur¹¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof.Dr.İlhan Varank SUAM, İstanbul,Türkiye

Giriş: Kafa travması çocuklarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Önemli ölçüde sağlık bakımı harcamalarına yol açabilir. Sıklıkla çocuklardaki travmatik yaralanmaların çoğunluğu potansiyel olarak önlenabilir olayları ifade eder. Tipik olarak, minör kafa travması, acil servise başvuru sırasında Glasgow Koma Skalası (GKS) skoru 14 veya 15 olması olarak tanımlanır. Ciddi yaralanmalar için kırmızı bayraklar arasında boyun ağrısı veya hassasiyet, çift görme, kollarda veya bacaklarda güçsüzlük veya karıncalanma, şiddetli veya artan baş ağrısı, nöbet, bilinç kaybı, zihinsel durumun kötüleşmesi, kalıcı kusma ve artan huzursuzluk bulunur.

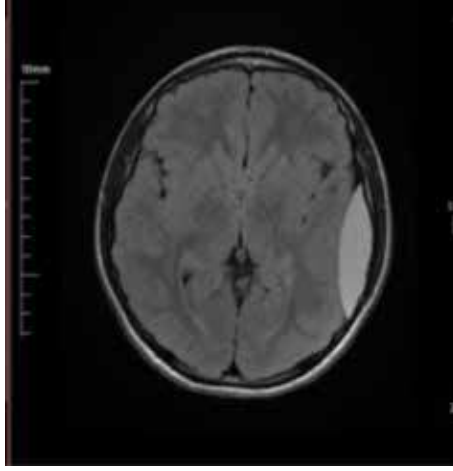
Amaç: Bu olgu sunumunda minör kafa travması ile acil servise başvuran hastaların takip ve gereğinde ileri tetkik ile değerlendirilmesinin önemine dikkat çekmeyi amaçladık.

Bulgular: 12 yaşında erkek hasta düşme şikayeti ile acil servise getirildi. Hasta olayın oluş şeklini hatırlamıyordu. Monitörize edilen ve güvenlik çemberine alınan hastanın vital bulgularının stabil olduğu görüldü, GKS:15, oryante, koopere hastanın görme ve duyma muayneleri doğaldı. Çekilen beyin tomografisinde patoloji saptanmadı (Resim-1). Acil servis takiplerine devam edilen ve takip sırasında olay amnezisi gelişen hastadan altta yatan olası patolojiler açısından manyetik rezonans görüntüleme istendi, sol temporal bölgede 2 cm epidural kanama alanı görüldü (Resim-2). Hasta beyin ve sinir cerrahisi ile konsülte edildi. Bu sırada duymama ve çift görme şikayetleri de gelişen hastada yapılan otoskopik muayene olağandı, göz muayenesinde sol göz mediale deviye gözlendi . Hasta dekompresyon amaçlı acil operasyona alındı .

Resim-1: Hastanın ilk dönem BT görüntüsü



Resim-2: MRG'de epidural kanama



Sonuç: Kafa travması ile gelen çocuk hastalarda acil serviste gözlem süresi ve hasta şikayetlerinin tekrarlayan muayeneler ile doğrulanması önemlidir. Hasta şikayetleri tarafımızca dikkate alınmalı ve detaylıca muayene edilmelidir. Yeni gelişebilecek muayene bulguları açısından uyanık olunmalıdır ve tekrarlayan muayeneler mutlaka yapılmalıdır. Kafa travmalı hastalar müşahede altına alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kafa travması, epidural kanama, MRG

EP-026

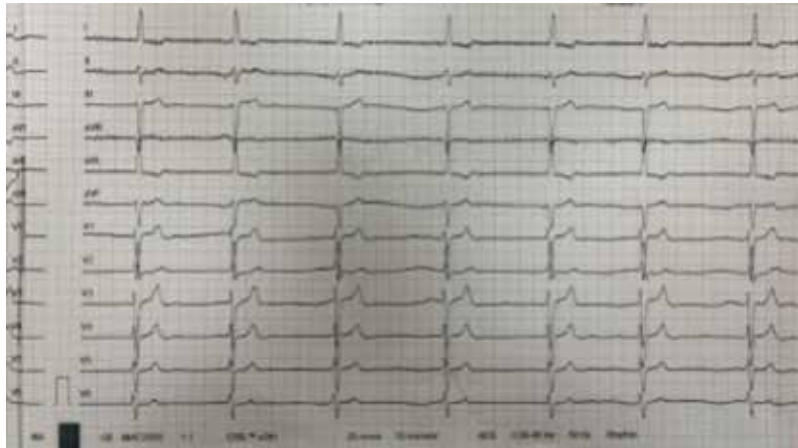
Bradikardik Hastada Kan Gazına Dikkat!İbrahim Dirgen¹, Merter Gümüşel¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

Giriş: Disritmiler elektrofizyolojik kökenlerine göre, EKG’de görünüşlerine ve altta yatan ventriküler hıza göre bradikardiler, ekstrasistoller, dar QRS kompleksli taşikardiler ve geniş QRS’li taşikardiler şeklinde sınıflandırılırlar. Disritminin klinik prezentasyonun nedeni ya da sonucu olup olmadığını anlamak klinik yaklaşımdaki asıl önemli noktadır. Bradikardi kalp tepe atımının 60 atım/dk altında olmasıdır.

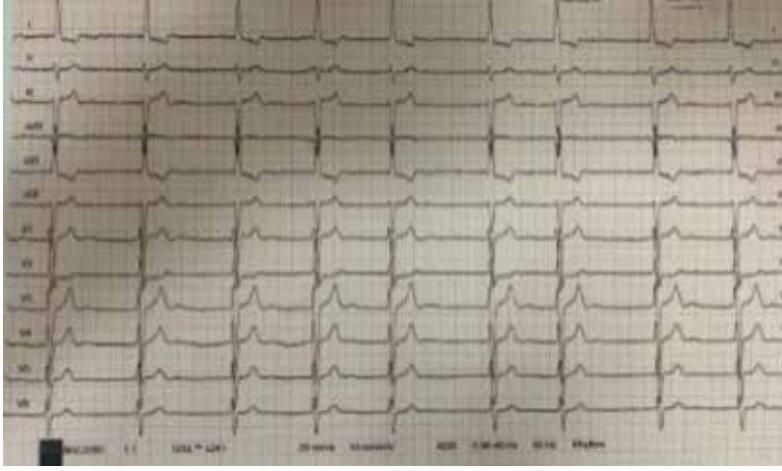
Amaç: Bu vakamızda hiperkaleminin bradikardiye neden olabileceğini vurgulamayı amaçladık.

Bulgular: Bilinen atrial fibrilasyon ve hipertansiyon tanılı metoprolol, ramipril, furosemid ve klopidoğrel kullanan hasta evde tansiyon takibi için kullandığı cihazda nabız sayısını gün içerisinde 35-40 atım/dk aralığında görmesi üzerine ambulansla acil servise getiriliyor. Ek şikayeti olmayan hastaya ambulansla çekilen EKG’de nabız sayısı 33 atım/dk ve AF ritmi görülmesi üzerine 1 mg atropin iv uygulanıyor ancak nabız sayısında artış gözlenmiyor. Hastanın acil servise getirildiğinde genel durumu stabil. GKS skoru 15, oryante koopere TA:117/67 mmHg SO₂:%97 EKG:AF nabız:38 atım /dk aktif göğüs ağrısı yoktu. Hasta monitörize takip altına alındı. Kan gazında serum potasyum düzeyi 8,07 mmol/L olarak görüldü. Hiperkalemi tedavisine başlandı. Uygulanan kalsiyum glukonat, 500 cc %10 dekstroz içerisine 10 IU kristalize insülin ile hazırlanan tamponize mayi ve inhaler 2,5 mg salbutamol tedavisi sonrası hastanın serum potasyum düzeyi 4.53 mmol/L seviyesine geriledi. Bununla eş zamanlı hastanın nabızı 50 atım/dk seviyesine çıktı. Kardiyoloji tarafından hastanın beta bloker ve ACEI ilaçları stoplanarak ileri tetkik ve tedavi amaçlı interne edildi.

Fotoğraf-1: Hastanın geliş EKG’si



Fotoğraf-2: Hastanın tedavi sonrası EKG'si



Sonuç: Acil servise getirilen disritmi hastalarında disritminin başka klinik tabloya sekonder olabileceği unutulmamalıdır. Bu hastada hiperkaleminin bradikardiye sebep olduğu görülmüştür. Hiperkaleminin en sık sebepleri arasında beta blokerler, ACE inhibitörleri, ARB kullanımı olduğu unutulmamalıdır. Hiperkalemide görülen klasik EKG değişiklikleri sivri T dalgası, basık P dalgası, P dalgasının kaybolması, PR intervalinde uzama ve geniş QRS kompleksidir. Bununla birlikte bu değişiklikler hastaların %50'sinde görülür. Hasta stabilse disritmiye sebep olan sebebi araştırmak ve düzeltmek önceliklidir.

Anahtar Kelimeler: hiperkalemi, bradikardi, EKG

EP-027

Her Nörolojik Semptom Serebrovasküler Olay Değildir; Bir Hipokalsemi Vakası

Gamze Aşgın¹, Gültekin Akyol¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹

¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

Giriş: Parestezi ciltte hissedilen ve belirgin uzun süreli etkisi olmayan, karıncalanma, uyuşma, iğnelenme, yanma hissidir. Beyin, omurilik, periferik sinir ve dolaşım bozuklukları, metabolik ve hormonal bozukluklar, enfeksiyonlar, maligniteler, elektrolit bozuklukları gibi bir çok sebep paresteziye yol açabilir. Parestezi nedenlerinin acil servis yoğunluğunda gözden kalabilecek nedenlerinden biri de postoperatif hipokalsemidir. Postoperatif hipokalsemi, tiroid bezi malignitelerine bağlı operasyonlar, paratiroid dokusunun kalıcı cerrahi çıkarılması, geniş bilateral boyun cerrahisi geçiren hastalarda ortaya çıkabilir.

Amaç: Bu vakamızda amacımız parestezi ve güçsüzlük gibi nörolojik semptomlarda akıllara daha nadir görülse de elektrolit bozukluklarını da hatırlatmaktır.

Bulgular: 62 yaş kadın hasta iki gündür olan ellerde ve kollarda uyuşma, güçsüzlük ve ara ara olan kramp şikayetleri ile acilimize başvuruyor. Hasta anamnezi alınırken kronik hastalıkları sorgulandığında hipertansiyon ve diyabetes mellitus rahatsızlıkları olduğunu ve sürekli kullandığı ilaçlarda oral antidiyabetik ilaç dışında herhangi bir ilaç olmadığını belirtiyor. Hastanın geliş vitalleri ateş: 36.7°C nabız: 100 atım/dk TA: 154/87 mmHg sO₂ 99 SS: 16/dk. Fizik muayenesinde parestezi dışında bilinç açık, oryante ve koopere, nörolojik muayenesi olağan olup lateralizan bulgu yoktu. Hastadan laboratuvar tetkikleri ve EKG istendi. Santral görüntüleme planlandı. EKG normal sinüs ritmindeydi ve ST-T değişikliği yoktu, QT intervali :486 ms olup uzamıştı. Hastanın erken dönem görülen kan gazında iCa: 0.97 mg/dl (1.15-1.33) gelmesi üzerine anamnez ve özgeçmişi derinleştirildi. Hastanın bir hafta önce tiroid bezi malign neoplazmi nedeniyle bilateral tiroidektomi olduğu ve Calcimax 1x1 başlandığı öğrenildi. İki gün önce taburcu olduğu ve ilaçlarını kullanmayı bıraktığı öğrenildi. Santral görüntülemesi değerlendirildiğinde akut patoloji izlenmedi. Kan sonuçları incelendiğinde hgb: 10.2 g/dl WBC: 11700/mm³, PLT: 332.00/ml kre: 0.52 mg/dl, Na: 141 mg/dl, K: 4.02 mg/dl, glukoz: 82 mg/dl, düzeltilmiş kalsiyumu 6.5 mg/dl (8.5-10.6 mg/dl) gelen hastaya 2 ampul kalsiyum glukonat 250 cc içinde 2 saatte gidecek şekilde kalsiyum infüzyonu başlanarak, dahiliye ile konsülte edildi. Replasman sonrası kalsiyumu 7.5 mg/dl üstünde gelen hastanın Calcimax dozu 3x1 şeklinde arttırıldı ve poliklinik kontrolü önerildi.

Sonuç: Hipokalsemi durumlarında hastalar çok farklı sistemleri tutan nonspesifik semptomlarla acil servislere gelebilir. Bunların başlıcaları; parestezi, kramplar, güçsüzlük, konfüzyon, nöbet ve anksiyetedir. Ciddi hipokalsemi, kardiyovasküler kollaps, hipotansiyon, senkop, disritmi, anjina ve QT uzaması görülebilir. Özellikle tiroid ve paratiroid bezi ile boyun cerrahileri sonrası sıklıkla hipokalsemi nedenli semptomları olan hastalar acil servislere başvurmaktadır. Hastalardan anamnez alırken spesifik sorular sormaya özen göstermeli ve hastalarımıza gerekirse aynı soruları farklı şekilde sormalıyız.

Anahtar Kelimeler: hipokalsemi, inme, paratiroid bezi

EP-028

Penil Fraktüre Acil Yaklaşım: Bir Olgu SunumuTalha Tunahan Yılmaz¹, Gültekin Akyol¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

Giriş: Penil fraktür, çoğunlukla ereksiyon halindeki penisin travmasına bağlı bir veya her iki corpus cavernosum-da meydana gelen rüptüre bağlı olarak, bazen üretral yaralanmanın da eşlik ettiği ürolojik acil bir durum olarak tanımlanır. Tunikal yapının kalınlığının, penis ereksiyonu sırasında azalmasına bağlı olarak sıklıkla cinsel ilişki, mastürbasyon ve penil detümesans için yapılan manipülasyonlar sırasında meydana gelirken nadiren de flask penise gelen künt travmalar, uyku esnasında yatakta dönme ve düşme sonucunda da oluşabilir. Hastalar genellikle penislerinde tipik kırılma sesini duyduktan sonra, ereksiyon kaybı, ağrı, peniste şişme ve morarma tarifler.

Amaç: Bu vaka sunumunda ürolojik acillerden biri olan penil fraktüre yaklaşımı anlatmayı amaçladık.

Bulgular: Gece geç saatlerde acil servise başvuran 34 yaşındaki erkek hasta ani başlangıçlı peniste ağrı şikayetinden yakınmaktaydı. Hasta mahremiyetine daha bir özen gösterip hastamızın da psikolojik olarak rahatlama-sını sağladıktan sonra anamnezi derinleştirdiğimizde şikayetinin cinsel ilişki sırasında olduğunu öğrendik. İlişki esnasında penisini zorlayıcı harekette bulunmasının ardından kırılma sesi duyduğunu sonrasında ereksiyonun kaybolduğunu ve ağrı başladığını belirten hastamızın fizik muayenesinde penil şişlik, ekimoz, hematom ve şekil bozukluğu izlendi. Skrotum ve pubik bölgede ekimoz, hematom izlenmedi. Travma sonrasında spontan idrar çıkışı olduğu ve üretral meadan kan gelmediğini belirten hastada üretral yaralanma düşünülmendiğinden üretrografi acil olarak planlanmadı. Penil fraktür ön tanısı ile üroloji konsültasyonu planlandı. Konsültasyondan sonra, hasta penil fraktür tanısıyla acil cerrahi müdahale için üroloji servisine interne edildi.

Sonuç: Penil fraktürde standart tedavi şekli acil cerrahi uygulanmasıdır. Penil fraktür tedavisinde erken cerrahi onarım, konservatif tedavi ile karşılaştırıldığında düşük morbiditesi, iyi fonksiyonel sonuçları ve hastanede kısa kalış süresi nedeniyle önemli avantajlara sahiptir ve tedavide önerilen yöntemdir. Erken cerrahi onarım ile penil kurvatür, fibrotik plak oluşumu, ağrılı ereksiyon gibi komplikasyonlar büyük oranda önlenmekte, cinsel fonksiyon korunmakta ve hastanede kalış süresi azalmaktadır. Penil fraktür tanısı için tipik anamnez ve fizik muayene bulguları tanı koymak için yeterlidir. Acil hekimine düşen en büyük görev bu hastalarda anamnez ve fizik muayene ile tanıyı koyduktan sonra acil cerrahi için üroloji ile iletişime geçmektir.

Anahtar Kelimeler: penil fraktür, ürolojik aciller

EP-029

Lavman İle Rahatladım, Ameliyat EttilerHarun Fırat¹, İsmail Tayfur¹, Merter Gümüşel¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

Giriş: Akut mekanik intestinal obstrüksiyon (AMİO) terimi, mekanik nedenlerle ince ve kalın barsak lümenindeki içeriğin ilerlemesinin engellenmesi durumunu tanımlamaktadır. Tıkanıklığın oluşması intraluminal basınç artışına neden olur. Basınç artışı, barsak duvarındaki kapiller ve venöz basıncı aşınca perforasyon, sepsis ve barsak nekrozuna neden olur.

Amaç: Bu vaka sunumunda amacımız cerrahi acillerden olan ileusa dikkat çekmektir.

Bulgular: 64 yaş erkek hasta 10 gündür devam eden kabızlık şikayetiyle acil servise başvurdu. Gaz ve gaita çıkışı olduğunu belirtti. Bulantısı mevcuttu. Bilinen DM tanısı olmasına rağmen ilaç kullanımı yoktu. Geliş vitalleri: TA:138/65 mmHg, Nb;106 atım/dk ateş: 36.5°C. Hastanın fizik muayenesinde defans ve rebound yoktu, RT normal gaita bulaşı olan hasta lavman sonrası rahatladı. Çekilen ADBG'de hava-sıvı seviyesi mevcuttu (Resim-1). Hastanın tetkiklerinde WBC 8000/uL, CRP 145 mg/dl, kreatinin 0.95 mg/dl idi. İleus ön tanısıyla BT çekimi yapıldı. Çekilen kontrastlı batın BT'de sigmoid kolon düzeyinde yaklaşık olarak 4 cm'lik segmentte obstrüksiyona neden olan malign natürde olduğu düşünülen duvarda kalınlık artışı, buna sekonder proksimalde kalan kolonik, ileal ve jejunal anslarda obstrüksiyon bulguları, çekimde en geniş yerinde 9 cm çapsal artış, intestinal anslarda en geniş yerinde 5 cm 'ye ulaşan çapsal artış, lümende hava-sıvı seviyelenmeleri izlendi (Resim-2). Hasta mevcut sonuçlarla genel cerrahiye danışıldı. İleus tanısıyla genel cerrahi servisine interne edildi.

Resim-1: ADBG'de hava sıvı seviyeleri



Resim-2: Barsak anslarında hava sıvı seviyeleri ve çap artışı



Sonuç: Hastanelerin acil cerrahi kliniklerine akut karın tanısı ile yatırılan olguların %20'sini barsak tıkanmaları oluşturur. Barsak tıkanmalarının %80'i ince barsak düzeyinde, %20'si kalın barsak düzeyindedir. Kalın barsak tıkanıklığının %60'ı tümörler, %15'i divertikülit ve volvolus nedeniyle ve sıklıkla yaşlılarda görülür. Barsak obstrüksiyonu ile başvuran hastalarda tek başına öykü veya fizik muayene tanıda bizleri yanıltabilir. Vakamız, hastaya bütünsel yaklaşmak gerektiğini öğreten bir olgudur.

Anahtar Kelimeler: kabızlık, lavman, ileus

EP-030

NADİR BİR PATELLA DİSLOKASYONU: VERTİKAL PATELLA DİSLOKASYONU

HASAN KÜRŞAD KORKMAZ¹, İPEK DEMİRBİLEK¹, AYDIN CENK GÜNGÖR¹, ABDULLAH İLHAN¹, DİLAY SATILMIŞ¹, ERDEM ÇEVİK¹

¹SULTAN 2. ABDULHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Patella dislokasyonu çeşitli ortopedik acil durumdan biridir. Vertikal patella dislokasyonları (VPD) nadir bir olaydır ve çocuk hastalarda daha sık görülür (1). Son çalışmalarda ortalama yaş 16'dır(3). İlki 1844 yılında olmak üzere literatürde 30'dan az vertikal patella çıkığı bildirilmiştir(2). Bu tip çıkıklarda patella, eklem yüzeyi mediale ya da laterale bakacak şekilde vertikal aks etrafında döner. Bir VPD için yaralanma mekanizması genel olarak ikiye ayrılabilir: burkulma, bükülme veya patellanın medial veya lateral kenarına doğrudan darbe. Bu yazıda, masanın altında oyun oynarken VPD gelişen 8 yaşında bir erkek çocuk sunulmuştur.

Amaç: Patella dislokasyonu çeşitli ortopedik acil durumdan biridir. Vertikal patella dislokasyonları (VPD) nadir bir olaydır ve çocuk hastalarda daha sık görülür (1)Bu raporun amacı bir olgu sunmak ve yaralanma mekanizmaları ve önerilen tedavi yöntemleri de dahil olmak üzere vertikal patella dislokasyonları hakkındaki literatürü gözden geçirmektir.

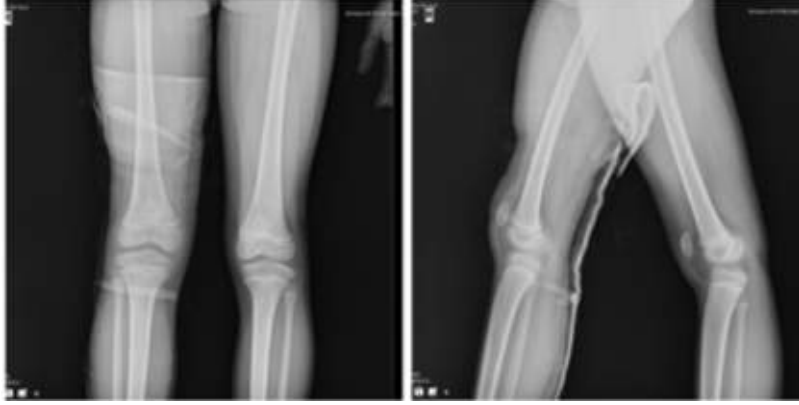
Bulgular: 8 yaşında bir erkek çocuk oyun oynarken sağ dizini burkmuş. Acil servise bacağı ekstansiyonda ve şiddetli ağrı ile başvurdu. Acil servise sağ ayağının üzerine basamadan geldi. Fizik muayenede, patella açıkça yanlış konumdaydı ve vertikal eksen etrafında 90 ° döndürülmüştü ve periferik nabızlar açıktı ve nörolojik patoloji yoktu. Bilateral patellar X-Ray görüntülemesi yapıldı, sağ patella horizontal ekseninde yerleşmiş ancak vertikal ekseninde mal rotasyonda idi (Şekil 1). Hasta acil serviste değerlendirildi ve ortopedi ve travmatoloji kliniğine konsülte edildi. Hasta röntgen çekiminden dönerken patella spontan redükte oldu. Redüksiyon radyografik görüntüleme ile doğrulandı (Şekil 2). Hastaya uzun bacak ateli uygulandı. Takip randevusunda hastanın 3 haftalık immobilizer tedavisi bitirildi. Basit diz egzersizlerine başlandı. Sunulan olgu spontan redüksiyon açısından nadir bir olgu olup literatürde açık redüksiyonlar bildirilmiştir. Redüksiyonun her zaman genel anestezi ve açık prosedür gerektirdiği bildirilmiştir.

şekil 1



Vertikal disloke olmuş patellanın anterior posterior grafisi

şekil 2



Patellanın redüksiyon sonrası AP ve lateral radyografi görünümüleri, redükte olmuş patellayı göstermektedir

Sonuç: Patella çıkıklarının çeşitli tipleri acil servise ortopedik acil olarak başvurabilir. Vertikal tip çıkık, patellar çıkık tiplerinden biridir ve en nadir görülen tiptir(2) Biz, çocuk erkek hastada nadir görülen ekstraartiküler vertikal patellar çıkık olgusunu sunmak istiyoruz.

Anahtar Kelimeler: ortopedik acil, travma, patellar dislokasyon, acil servis, acil tıp

EP-031

İnferior Vena Cava'ya Fistülize Olan Aort AnevrizmasıMustafa Kaan Gökçe¹, Burcu Bayramoğlu¹, İsmail Tayfur¹¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

Giriş: Aortakaval fistül, (AKF) aortik duvarın komşu dokuyu erozyonu nedeniyle meydana gelen nadir bir durum olup tüm abdominal aort anevrizmalarının %0.2-1.3'ünde görülebilir. AKF vakaları kardiyak preload'ta akut artışa bağlı olarak akut yüksek debili kalp yetmezliğine neden olur. Teşhis edildiğinde en kısa sürede tedavi edilmelidir.

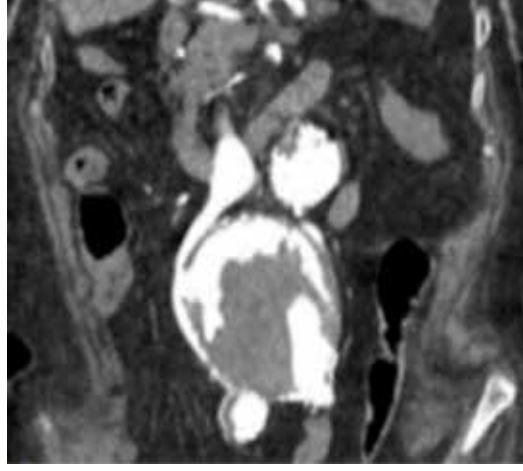
Amaç: Bu vaka sunumunda aort anevrizmalarında nadir görülen bir durum olan ve mortal seyreden aortakaval fistülü anlatmayı hedefledik.

Bulgular: Bilinen hipertansiyon ve abdominal aort anevrizması tanıları olan 83 yaş kadın hasta, evde, oturduğu yerden ayağa kalktığı anda gözlerinde kararma, kendini kötü hissetme şikayetleriyle 112 ekipleri tarafından acil servise getirildi. Gelişinde aktif şikayeti bulunmayan hastanın TA 102/54 mmHg, SpO₂ %98, ateş 36,5°C, Nb 78 atım/dk, KŞ 287 mg/dL olarak ölçüldü. Yapılan muayenede GKS skoru 15, bilinç açık, oryante-koopere, kraniyal ve serebellar testleri doğaldı ve batın muayenesinde umblikus çevresinde hissedilen pulsatil kitle mevcuttu. Oskültasyon ile umblikus çevresinde üfürüm duyuldu. Solunum sesleri doğaldı. Defans, rebound yoktu. Pretibial ödem yoktu. Yapılan görüntülemelerde infrarenal abdominal aortada 68x43 mm çapa ulaşan dilatasyon (Resim-1), sağ inferiorda 80 mm çapa ulaşan parsiyel tromboze görünümde anevrizmatik dilatasyon izlendi ve sağ lateralde aortun inferior vena kavaya fistülize olduğu (Resim-2) görüldü. Takiplerinde GKS skorunda gerileme olan hasta entübe edildi. MAP<65 mmHg görülmesi üzerine sıvı desteği ve noradrenalin infüzyonuna başlandı. Kalp damar cerrahi konsültasyonu yapılan hasta acil ameliyata alındı fakat ameliyat sırasında kardiyopulmoner arrest gelişti. Yapılan müdahalelere rağmen geri dönüşü sağlanamayan hasta exitus olarak kabul edildi.

Resim-1: İnfrarenal seviyede abdominal aort anevrizması



Resim-2: inferior vena kavaya fistülize aort anevrizması



Sonuç: Aortakaval fistül nadir görülür ve onarımı hızlı yapılmalıdır. Sıklıkla rüptür içeren cerrahi bir acil olarak ortaya çıkar ve mortalitesi yüksektir. Bu nedenle erken tanı konulması gereken bir klinik durumdur.

Anahtar Kelimeler: aortakaval fistül, aort anevrizması

EP-032

Akne Tedavisinde Kullanılan Topikal Karışımların Neden Olduğu DRESS Sendromu: Olgu Sunumu

Muhammed Güner¹, Salih Fettahoğlu¹, Melih Uçan¹, İsmail Enver Obuz¹, Türker Demirtakan¹, Serkan Doğan¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Eozinofili ve sistemik semptomlarla seyreden ilaç reaksiyonu (DRESS), antikonvülsanlar, sülfü içeren antimikrobiyaller gibi bazı ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkan bir hipersensitivite reaksiyonudur. Deri lezyonlarının yaygın erüpsiyonu, ateş, lenfadenopati ve çoklu sistem tutulumu ile karakterize nadir fakat potansiyel olarak ölümcül bir hastalıktır. Bu rapor, DRESS sendromlu bir olgunun semptomlarını, laboratuvar ve görüntüleme çalışmalarını tanımlamayı amaçlamaktadır.

Amaç: Bu rapor, DRESS sendromlu bir olgunun semptomlarını, laboratuvar ve görüntüleme çalışmalarını tanımlamayı amaçlamaktadır.

Bulgular: 18 yaşında daha önce tıbbi öyküsü olmayan kadın hasta acil servise 2 gündür devam eden yüksek dereceli ateş (39.6°C), yüz ve boyunda başlayan yaygın kaşıntılı birleşen makülopapüler döküntü ve eritemli fasiyal ödem şikayeti ile başvurdu.(Figür 1,2,3,4,5,6,7).

Son 10 gündür fasiyal akne için topikal karışım kullanımını öyküsü mevcut. Hastada aksiller, submandibular ve inguinal bölgelerde büyümüş lenf nodları mevcuttu.

Kan sonuçlarında lökosit sayısı 13,95 10³/µL (normal aralık 3,8-10), nötrofil sayısı 12,55 10³/µL (normal aralık 1,56-6,13) ve eozinofil sayısı 0 (normal aralık 0,04-0,36) olarak saptandı. HAV, HBV, HCV, ANA testleri negatifti ve kan kültüründe organizma üremedi. Viseral organ tutulumu gözlenmedi.

Periferik yayma sonucu halen beklenmektedir. Deri biyopsisi bulguları, DRESS Sendromunun erken evresi ile uyumluydu. Şiddetli Kutanöz Advers Reaksiyonlar Kaydı (RegiSCAR) skoru 4, olası DRESS sendromu tanısını verdi. Hastalığın seyri boyunca azalan dozda 60 mg kortikosteroid tedavisi (1 mg/kg) verildi.

Tedavi başlangıcından bir gün sonra makülopapüler döküntülerin kaybolduğu gözlemlendi. Semptomların tam remisyonu başvurudan 3 hafta sonra sağlandı.

Deri döküntüleri-1



Deri döküntüleri-2



Sonuç: DRESS sendromu, neden olabilecek ilaçlar hakkında yüksek derecede farkındalık, laboratuvar ve histopatolojik bulgular ile çeşitli klinik tablolar ile görülen , ölüm oranı yüksek, koyması zor bir tanıdır. DRESS sendromu yüksek eozinofil sayısı ile ilişkilendirilse de bu vakadaki gibi tanıda bir mihenk taşı değildir. Bu olgu raporu, acil servisteki hekimlerin hastalığı daha erken tanınması ve tedavi etmesi için yol göstermesine yardımcı olmaktadır.

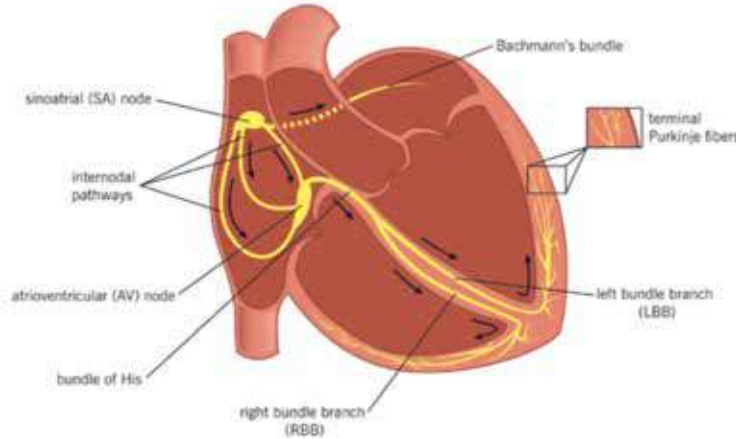
Anahtar Kelimeler: dress sendromu, eosinofili, ilaç reaksiyonu

EP-033

Bayes SendromuCenk Erpala¹, Burcu Genç Yavuz¹, Sinem Doğruyol¹, Kaan Yusufoglu¹, Mustafa Ahmet Afacan¹, Şahin Çolak¹¹Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Kardiyak ileti sisteminde, Sinüs nodunda oluşan bir ileti sağ ve sol atriyuma ilerleyecek şekilde miyokard içerisinde yol almaya başlar. Sağ atriyum içerisinde miyokardiyal liflerin gruplara ayrılması ile ileti yolları oluşur. Bunlar arasından Bachmann demeti olarak tanımlanan demet interatriyal iletinin aktarılmasında rol alır. Bachmann demetinin yapısal olarak işlevsizleştiği durumlarda elektriksel akımın gecikmesi veya tamamen bloklanmasına neden olur. Böylece 1. 2. ve 3. derece interatriyal bloklar (IAB) görülür. Elektrokardiyografide (EKG) P dalgasının 120 ms'den geniş olması parsiyel IAB, inferior derivasyonlarda bifazik P dalgaları olması ise ileri seviye IAB olarak adlandırılır. Bayés Sendromu ise atriyal fibrilasyon başta olmak üzere atriyal aritmilerle ilişkili bir ileri seviye interatriyal bloktur.

bachman demeti

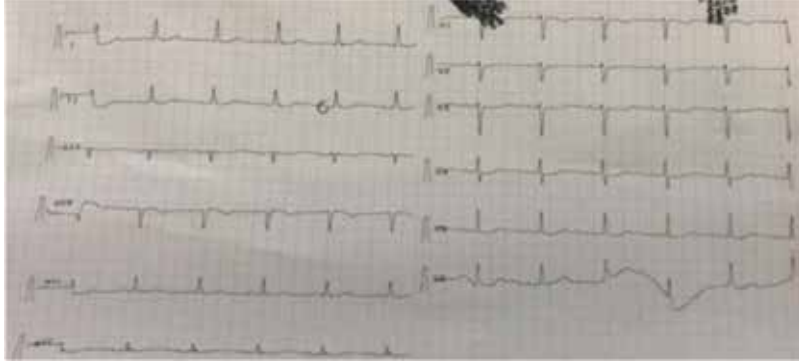


bachmann demeti

Amaç: Bayes sendromundan erken şüphelenip hastaların AF sebepli yaşayacağı olumsuzlukları önlemek.

Bulgular: OLGU SUNUMU: 72 yaş kadın 1-2 saat önce olan bir çarpıntı hissi sonrasında baş dönmesi ve presenkop şikayetiyle acil servise ayaktan başvurdu. Bilinen demans ve hipertansiyon öyküsü mevcuttu. Başvuru anında genel durumu iyi, bilinci açık, koopere durumdaydı. Tam bir bilinç kaybı yaşamadığını, travması olmadığını ifade etti. İletişimi kesilmemişti. Vital değerleri normal aralıklarda olup tansiyon 130/70mmHg, kan şekeri 120 mg/dl, nabız 75/dk şeklindeydi. Hastanın geliş EKG'si sinüs ritmi ile uyumlu olup, P dalga genişliğinde artma ve inferior derivasyonlarında P dalgalarının bifazik olduğu görüldü (şekil 1). Laboratuvar bulgularında anormallik saptanmadı. Santral patolojilerin dışlanması için yapılan görüntülemelerde akut bir bulgu saptanmadı. Acil servis tetkik ve tedavi süreci tamamlandıktan sonra, EKG bulguları doğrultusunda hastanın paroksizmal atriyal fibrilasyon (AF) atağına girdiği düşünülerek Bayés Sendromu tanısı konulup takip açısından aritmi polikliniğine yönlendirildi. Takiplerinde ritim holteranalizi sonucunda hastanın gün içerisinde AF ataklarına girdiği görüldüğü tespit edildi. Hastanın gerekli antikoagülan-antiagregan tedavisi başlanmıştı.

bayes sendromu ekg



inferior derivasyonlarda bifazik p dalgaları

Sonuç: 1979 yılında Bayés de Luna ilk kez IAB'ları tanımlamıştır. Daha sonra 2014 yılında semptomatik veya asemptomatik supraventriküler aritmilerle ilişkili ileri seviye IAB'lar Bayés Sendromu olarak adlandırılmıştır. Hastalarda belgelenmiş bir supraventriküler aritmi olmasa bile, ilerlemiş IAB varlığı AF, inme, demans ve mortalite ile ilişkilendirilmiştir. Ancak bu hastalarda antikoagülan kullanımını destekleyecek kanıt yoktur. Bu nedenle ilerlemiş IAB'li hastalarda proaktif olarak AF araştırması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bayes Sendromu, EKG, Atriyal fibrilasyon, Çarpıntı, ileti

EP-034

Rektus Kılıf HematomuÖmer Akcan¹, Can İlçin¹, Bilal Yeniyurt¹, Salih Fettahoğlu¹, Türker Demirtakan¹, Serkan Doğan¹¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Rektus kılıf hematomu,epigastrik damarların ya da rektus kasının yırtılması sonrasında gelişen akut karın ağrısı nedenlerinden birisidir.Nadir görülmesi,akut karın ağrısı tanısında akla kolayca gelmemesine yol açabilir,ancak kanama bozukluğuna sahip hastalarda öncelikli olarak düşünülmesi gereklidir. Kanama bozukluğuna bağlı gelişen ve girişim gerektirmeyen rektus kılıf hematomları genellikle yakın takip,istirahat ve kanama bozukluğunun düzeltilmesi ile kendini sınırlar.

Amaç: Bu yazıda,varfarin doz aşımına bağlı ani başlangıçlı karın ağrısı ile acil servisimize başvuran,sonrasında ilerleyici seyrederek ybü yatışına kadar giden bir rektus kılıf hematomu tanısı alan hastayı sunmayı amaçladık.

Bulgular: Acil servisimize karın ağrısı şikayetiyle başvuran 68y kadın hastanın özgeçmişinde kalpyetmezliği,-hipertansiyon,diyabet,koroner bypass,anjio(4günönce) ve mvr operasyonu mevcuttur.Ecopirin,clexane,cardura ve desal kullandığı öğrenilen hastanın fizik muayenesinde,genel durumu orta, şuuru açık gks 15 olan hastanın kanbasıncı 170/90,nabız 78,saturasyon 94,ateş 36.5'di karın duvarında ekimozları ve karın sol alt kadranda hassasiyeti olan hastanın defans ve reboundu mevcut değildi.Labaratuvar incelemesinde; Hgb 10.2, wbc 16bin, plt 220bin, crp 2, kreatinin 1.05, ast 45, alt 23, troponin 243, probnp 16bin ve inr 4.2 saptanan hastanın yaklaşık 20 gün önce yapılan kan tetkiklerinde troponin 272, probnp 35bin olması, aktif göğüs ağrısı şikayetleri olmaması ve ekg takiplerinde akut patoloji saptanmaması üzerine aks düşünülmemiştir.Hastanın takibinde yapılan görüntülemelerinde kardiyomegali,plevral efüzyon,rektus kılıfında hematoma ile uyumlu bulgular saptanmıştır.Yapılan konsültasyonlarında genel cerrahi tarafından acil cerrahi girişim düşünülmeyen hastanın takiplerinde hgb düşüşü(10.2-7.7), tansiyon düşüşü (170/90-100/60) olması ve dobutamine rağmen hipotansif seyretmesi üzerine hastanın yoğun bakıma yatışı yapılmıştır.

rektus kılıf hematomu



rektus kılıf hematomu 1

rektus kılıf hematomu



rektus kılıf hematomu2

Sonuç: Akut karın ağrıları acil servise başvuruların % 5 ile 10'unu oluşturmaktadırlar. Rektus kılıf hematomu da akut karın ağrısına neden olabilen nadir nedenlerdendir. Rektus kılıf hematomu az bilinen, tanısının başlangıçta konulması ancak akla getirildiği takdirde mümkün olan, cerrahi tedavi gerektirmeyip konservatif tedavi ile düzelebilen veya mortal seyredebilecek kadar geniş spektrumda bir klinik tabloya sebep olan bir hastalıktır. Rektus kılıf hematomunun en önemli risk faktörlerinden biri olan antikoagülan kullanımı acil servise başvuran hastaların büyük bir kısmında görülmektedir. Bu nedenle bu hastalarda akut karın ağrılarında ve intraabdominal kitle ayırıcı tanılarında mutlaka akılda tutulması gereken bir patolojidir.

Anahtar Kelimeler: Rektus Kılıf Hematomu, Hipotansiyon, Hipovolemi, Mortalite

EP-035

Tetanoz Toksoidi Sonrası Gebede Görülen Miyokardit OlgusuAlperen Şahin¹, Hurşit Mertcan Çatalbaş¹, İbrahim Altundağ², Oğuzhan Daltekin¹, Kaan Yusufoglu¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş: Miyokardit kalp kas dokusunun inflamasyonudur. Patologlar miyokarditi miyozitlerin nekroz ve dejenerasyonu ile giden inflamatuvar infiltrasyon olarak tanımlarlar. Miyoselüler hasar sonrası miyokardiyal disfonksiyon ve kalp yetmezliği gelişebilir. Dilate kardiyomiyopatinin (DKMP) en sık nedeni geçirilmiş miyokardittir. Klinik prezentasyonu; insidental olarak laboratuvar bulguları tespit edilen asemptomatik hastalardan, kardiyojenik şok ve ani ölümle başvuran hastalara kadar oldukça geniş bir spektrumdadır. Etyolojisinde çoğunlukla viral enfeksiyöz nedenler ön planda olmakla birlikte; otoimmün hastalıklar, toksinler ve mRNA SARS-CoV-2 aşıları gibi bazı aşılamaların da tetiklediği vakalar bildirilmiştir.

Amaç: Bu vakadaki amacımız özellikle genç ve orta yaşlarda atipik göğüs ağrıları ile başvuran hastalarda yakın zaman enfeksiyöz geçmişinin ve yakın zamandaki aşılamaların olası miyokardit tanısına yönelmek için titizlikle sorgulanmasının önemini vurgulamaktır.

Bulgular: 19 yaşında SAT' a göre 19 haftalık gebe hasta acil servise göğüs ağrısı şikayeti ile başvuruyor. Bilinen hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yok. Anamnezinde 2 gün önce profilaksi amacıyla tetanoz toksoidi yaptırdığını belirtiyor. Vital bulgular stabil, obstetrik inceleme olağandı. EKG' sinde patolojik bulgu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde patolojik olarak; CRP 104.18 mg/l, WBC 12.890, sola kayma + ve Hs Troponin 16.13 ng/l saptandı. Troponin sonucu + gelmesi üzerine kardiyoloji konsültasyonu alındı. Yapılan EKO sonucu ve 2. Alınan troponin + (17.03 ng/l) gelmesi üzerine hastaya miyokardit ön tanısı konuldu. Enfeksiyon hastalıkları tarafından seftriakson ve azitromisin başlanan hasta kardiyoloji servisine interne edildi.

Sonuç: Miyokardit her yaşta insanı tehdit eden morbit ve mortal bir tablodur. Tanı ve tedavi sürecindeki gecikmeler sonucunda hastalarda ciddi sekeller kalabilir. Özellikle Covid - 19 pandemisi ile birlikte hem kliniklerde hem de medyada geniş yer alan konulardan biri miyokardit oldu. Kimi otörlere göre hastalığın kendisi miyokarditi tetiklerken kimi otörlere göre bağışıklama neticesinde miyokardit vakaları artmıştır. Nedenini tam bilinmese de son yıllarda miyokardit insidansı tüm dünyada artış eğilimindedir. Bizim hastamızdaki tetanoz bağışıklama öyküsü oldukça önemli bir ipucu oldu. Ayrıca gebeliğin başlı başına enfeksiyöz yatkınlık oluşturduğu da klinisyence unutulmamalıdır. 2009 yılında Cemşit Karakurt ve ark. olgu sunumunda tetanoz toksoid uygulama sonrası 3. gün gelişen bir miyokardit olgusu da literatürde yerini almıştır. Her ne kadar literatürde tetanoz gibi toksoidler kaynaklı miyokardit vaka sayıları kısıtlı olsa da detaylı anamnez ve veri girdisi ile daha kapsamlı sonuçlar gelecekte elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: tetanoz toksoid miyokardit covid19

EP-036

Bulantı Kusma Şikayetinden Hayatı Tehdit Eden Bir Tanıya: Aort Diseksiyonu Olgusu

Rukiye Aytekin¹, Abdulkadir Kantar¹, Harun Çiftçi¹, Hilal Yıldız¹, Ayşegül Eylem Özer¹, Abdurrahman Soyal¹, Felemez Büdün¹, Serdar Koray¹, Beyhan Koray¹, Taner Şahin¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Aort diseksiyonu(AD), kan basıncı ve çeşitli mekanizmaların aort intimasında meydana gelen yırtık sonucu aortun tunika mediasının ayrılması ve kanın aort duvarının içine dolması olarak tarif edilir(1).Hayatı yüksek riskle tehdit eden bir durumdur.

Amaç: Kliniğimize göğüs ağrısı, baş ağrısı ve bulantı ile başvuran bir olgu sunulmaktadır.

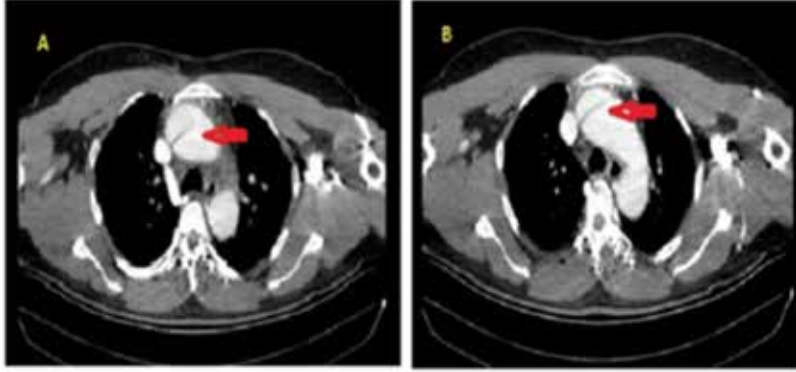
Bulgular: 40 yaş erkek hasta, yaklaşık 5 saat önce başlayan bulantı, kusma ve sol göğüs bölgesinde nefes almakla şiddetlenen ağrı şikayetiyle acile geldi. Hastanın anamnezinde hipertansiyonu(HT) vardı. . Hastanın başvuru esnasındaki vitalleri; tansiyon arteriyel: 180/100 mmHg idi.Yapılan fizik muayenede hastanın ajitasyonu dışında herhangi bir anormal durum söz konusu değildi. Hastaya tedavi olarak 10mg glisereol trinitrat+ 100 cc %0.9NaCl iv(5cc/saat) verildi. Yatak başı PAAC grafisi alındı. Hasta gözlemde iken şikayetlerinde rahatlama olsa da tam geçmediğini beyan etti. Hastanın bu esnada sağ ve sol koldan tansiyon farkına bakıldı ve belirgin bir fark olmadığı görüldü. Hastanın tablosunu açıklamak için BT Anjiyografi çekildi ve De Bakey Tip1 AD görüldü, Kalp ve Damar Cerrahisi ile konsülte edildi. Acil opere edilmek üzere yoğun bakıma yatırıldı. Yoğun bakımda operasyon hazırlığı yapılan hastanın ex olduğu öğrenildi.

Resim 1



Hastaya ait röntgen görüntüsü (A görüntüsünde, belirgin aort topuzu işaretlenmiştir).

Resim 2



Hastaya ait BT Anjiyografi görüntüsü

Sonuç: AD, sıklığı yaklaşık olarak 100 binde 2,9'dur (2). Bu olgular genellikle mortaldır ve kardiyovasküler kollaps ve göğüs ağrısı ile acile başvururlar. Ağrının karakteri, şiddeti ve lokalizasyonu karakteristik olup ani başlangıçlı ve beraberinde ölüm korkusu vardır. Ayrıca nörolojik, gastrointestinal ve kardiyopulmoner semptomlar nadir değildir (3). Bizim vakamızda da atipik bulgular olması nedeniyle tanı ilk etapta konulamamıştır. Takiplerinde şüphe üzerine AD tanısı konulmuştur. AD'li çoğu olgu hastaneye başvurmadan ve tanı konulmadan önce ölürlür. AD şüphesi olan bir hastada hızlıca tanı yöntemlerine başvurulmalıdır. AD tanısı için en önemli basamak klinik şüphedir. Tomografi, başlangıçta en sık kullanılan tanısal teknik olup daha az invaziv olması ve daha hızlı tanıya götürmesi nedeniyle avantajlıdır. Literatürde AD hastalarının atipik klinik prezentasyonla acillere müracaat edebileceğini bildiren yayınlar mevcuttur(4).Hastamızda atipik semptomlarla müracaat etmediği için, tanı geç konulabilmiştir. Sonuç olarak; AD tanısı zor konulan ve tanısı konulsa bile hastane içi mortalitesi çok yüksek olan vasküler bir hastalıktır. Çoğu hasta sağlık kuruluşuna ulaşmadan yaşamını yitirir. Bu yüzden acil servislerde hızla tanınip, tedavi planlaması için kalp damar cerrahisi ile görüşülmelidir. AD olan hastaların atipik bulgu ve semptomlarla acil servislere müracaat edebilecekleri unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Atipik prezentasyon, Aort diseksiyonu, Acil servis

EP-037

Denge kaybı ile başvuran hastada ayırıcı tanı: Serebellar abse olgu sunumu

Merve ÜÇER¹, Hamza PEKMEZCİ¹, Mustafa TURAN¹, Büşra ALTINKÖK ŞENTÜRK¹, Suna ERAYBAR¹, Mehtap BULUT¹

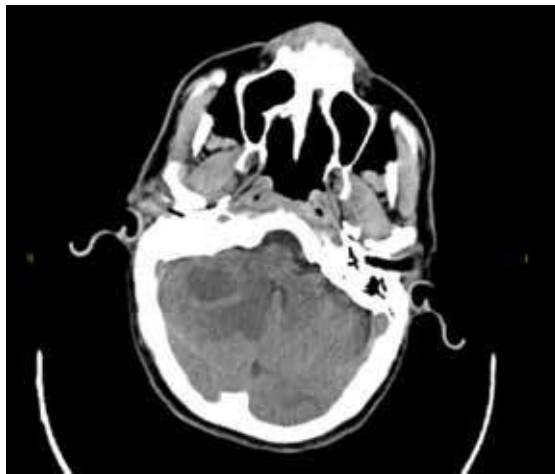
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Santral sinir sistemi abseleri günümüzde hala önemli bir klinik sorundur. İmmünsupresif bireylerde risk artmıştır. Yayılım; komşuluk yolu, hematogen yol veya direkt inokülasyon ile olabilir. Semptomlar genellikle günler haftalar içinde gelişir ve santral sinir sistemindeki diğer yer kaplayıcı lezyonlar ile benzerlik gösterir. Kafa içi basıncına bağlı semptomlara (baş ağrısı, bulantı, kusma, bilinç bulanıklığı) ek ateş ve lokalizasyon ilişkili semptomlar gelişebilir.

Amaç: Acil servisimizde konuşma bozukluğu ve denge kaybı ile değerlendirilen serebellar abse olgusunu literatür ışığında sunmayı amaçladık.

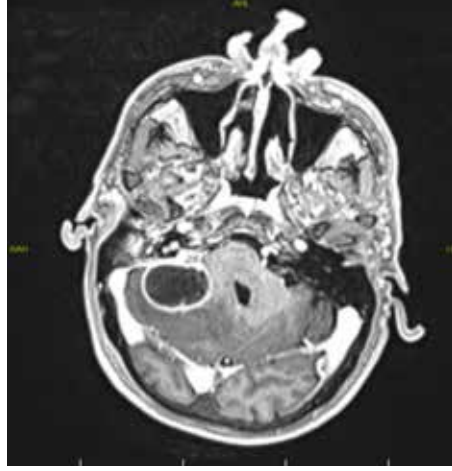
Bulgular: 68 yaş erkek hasta 2 gündür olan denge kaybı konuşma bozukluğu şikayetiyle acil servise başvurdu. Gelişinde vitalleri olağan, GKS:15 oryante koopere olarak değerlendirildi. Nörolojik muayenesinde pupiller izokorik bilateral ışık refleksleri direkt/indirekt pozitif, alt ve üst ekstremiteler kas gücü 5/5. Hastanın yürüyüşü sağa ataksik, serebellar testleri sağda bozulmuş olarak değerlendirildi. Ek olarak disfazi mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde aritmi, kronik sağ dal bloğu olup Diltizem, Rytmonorm, Coraspin kullanımı mevcut harici sistemik hastalık ya da operasyon öyküsü yok. Yapılan kan tetkiklerinde wbc:10530 103/μL, CRP:39. Hastanın intrakranial kitle, intrakranial hemoraji, iskemik SVO ön tanıları ile santral görüntülemeleri yapıldı. Beyin BT'de sağ serebellar hemisferde yaklaşık 2x2 cm boyutlarında hipodens lezyon ve çevresinde dağınık yerleşimli hipodens uzanım gösteren alanlar dikkat çekmiştir.(Şekil-1) Mevcut lezyonun matürünün araştırılması için istenen kranial MR görüntülemesinde sağ serebellar hemisferde abse ile uyumlu 2,5 x 2 cm periferik düzgün sınırlı kontrastlanan lezyon (Şekil-2) izlendi. Hasta beyin ve sinir cerrahisine konsülte edildi. Operasyon amaçlı yatış işlemi gerçekleştirildi.

Şekil-1



Şekil-1: Kontrastsız kranial Bt kesitinde sağ serebellar hipodens alan gösterilmiştir.

Şekil-2



Şekil 2: Kranial MR T1 sekans görüntülemesinde serebellar kistik yapı dikkati çekmiştir.

Sonuç: Serebellar abse günler haftalar içinde başlayan semptomlar ile karşımıza gelen mortalitesi yüksek seyredebilen bir hastalıktır. Özellikle otitis media, sinüzit, mastoidit ve cerrahi müdahale sonrası gelişen nörolojik semptomlarla gelen hastada her zaman ön tanıda santral sinir sistemi enfeksiyonları ve abseleri düşünülmelidir. En sık etken streptokok olmakla birlikte özellikle polimikrobia kaynaklı abseler de oldukça sıktır. Tedavi medikal (IV geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi) ve cerrahi yaklaşım gerektirir.

Anahtar Kelimeler: baş dönmesi, intrakranial kitle, serebellar abse, acil servis

EP-038

Baş ağrısında nadir tanı: Üçüncü ventrikül yerleşimli kolloid kistHasan Cemal, Seyid, Ruşengül, Suna, Mehtap YÜKSEL, İSHANİ, KORUK, ERAYBAR ATMACA¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Nöroepitelyal kist olarak da adlandırılan kolloid kist, yavaş büyüyen benign bir tümördür. Genelde üçüncü ventrikülün rostral kısmında oluşur. Kist tipik olarak foramen monroyu komprese ederek izole lateral ventrikül dilatasyonuna neden olabilir. Bir kolloid kistin en yaygın belirti ve semptomu baş ağrısı olup daha az yaygınlıktaki semptomları; bulantı, kusma, mental durum değişikliği, görme bozuklukları, hafıza kaybı ve yürüme bozukluğudur. Tanı koymada bilgisayarlı tomografide lateral ventriküllerin obstrüktif hidrosefalisinin etyolojisi konusunda bir şüphe varsa, lezyonların lokalizasyonları ile sinyal özellikleri ve neden oldukları komplikasyonları MRG ile tespit ve takip etmek daha gerçekçi olacaktır.

Amaç: Baş ağrısında ayırıcı tanıda ufuk açmak ve gereğinde genç hastada dahi kraniyal görüntülemeden faydalanmak.

Bulgular: 27 yaşında erkek hasta bir yıldır olan ve son üç ayda artan baş ağrısı ve uykusuzluk şikayeti ile geldi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yok. Sürekli kullandığı bir ilacı yok. Genel durumu iyi, şuuru açık ve oryante koopere idi. Vital bulguları ; kan basıncı: 125/85 mm/Hg, ateş: 36 Santigrat derece, nabız: 75 atım/dakika, SpO2: %97. Nörolojik muayene doğal, motor, duyu laterelizasyonu yoktu. İlk değerlendirme sonrası beyin BT'de: 3. ventrikül içinde muhtemelen kolloid kist görünümlü bir kitle ve sağ lateral ventrikülde hidrosefalik dilatasyon görüldü (Resim 1). Beyin ve sinir cerrahisi konsültasyonu sonrası ayırıcı tanıda anevrizma dışlanamadığı için kontrastlı kraniyal MR planlandı ve yoğun bakıma yatırışı yapıldı.

Sonuç: Kolloid kist üçüncü ventrikül içinde yerleşen iyi huylu bir tümördür. Tüm beyin tümörlerinin içinde küçük bir yer tutar ve genellikle erişkinlerde görülür. Asemptomatik kişilerde tesadüfen saptanabilir veya hidrosefali ve etraf hassas dokulara baskıya bağlı bulgular ile ortaya çıkabilir. Cerrahi yol ile total rezeksiyon yapılması en geçerli tedavi yöntemidir.

Kraniyal bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde 3. Ventrikül komşuluğunda hiperdens lezyon



Kraniyal bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde 3. Ventrikül komşuluğunda hiperdens lezyon

Anahtar Kelimeler: İntrakraniyal kitle, baş ağrısı, kolloid kist

EP-039

C/S Sonrası Nefes Darlığı İle Gelen Hasta: Postpartum Kardiyomyopati Olgusu

Süreyya Tuba FETTAHOĞLU¹, Vildan AVCU¹, Salih FETTAHOĞLU¹, Duygu YAMAN¹, Yavuzselim KOCA¹, Utku Murat KALAFAT¹

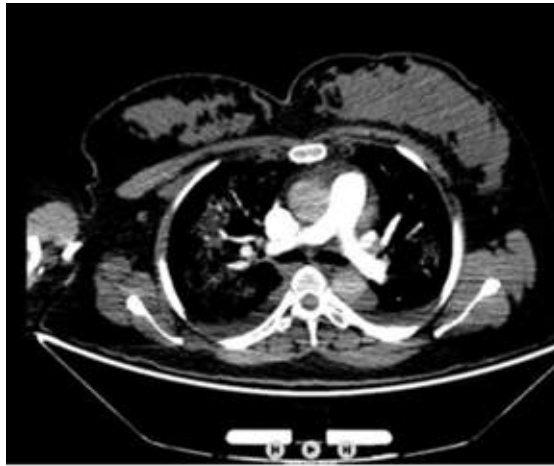
¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Peripartum kardiyomyopati, gebeliğin sonlarında veya erken lohusalık döneminde kadınları etkileyen, kalp yetmezliğinin nadir bir nedenidir. Tanısının konulabilmesi için hamileliğin son ayında (veya hamileliğin sonlarına doğru) veya doğumdan sonraki beş ay içinde KY gelişimi, kardiyomyopati için tanımlanabilir başka bir nedenin olmaması, Sol ventrikül (LV) sistolik disfonksiyonu, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) yüzde 45'in altında, sol ventrikül dilatasyonu olsun veya olmasın.

Amaç: Biz de doğum sonrası nefes darlığının literatürde nadir rastlanılan nedenlerinden peripartum kardiyomyopati olgusunu incelemeye aldık.

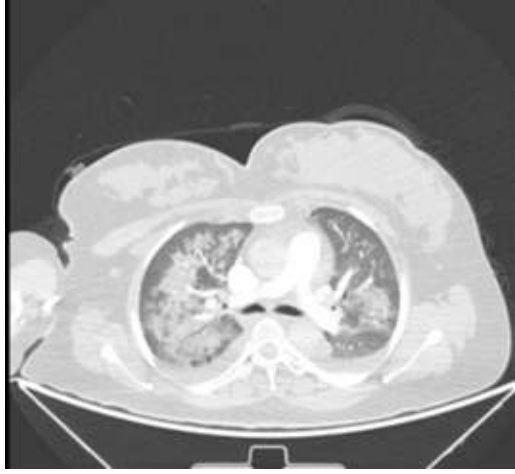
Bulgular: 38 yaş kadın acil servise 1 haftadır olan ve gittikçe artan nefes darlığı ve göğüs ağrısı ile geldi. 45 gün öncesinde C/S öyküsü olan hastanın fizik muayenesinde solunum sesleri bilateral yaygın ral ve pretibial bilateral 1+ dışında pozitif muayene bulgusu yoktu. Alt ekstremitelerde çap farkı bulunmuyordu ve periferik nabızları eşit-açıktı. EKG: Normal sinüs ritmi olup hastanın oda havasında sat:97 ,diğer vitallerinde de anormallik yoktu. Acil serviste yapılan tetkiklerinde D-DİMER:0,84 (Cutt-off:0,5), Troponin:12,3-13,1, CRP:23, HGB:11,4 g/dl, WBC:13,6 BİN. Pulmoner BT Anjiyo görüntülemesinde herhangi bir emboli saptanmamıştır. Toraks görüntülemesinde bilateral 2 cmlik effüzyon ve konjesyonla uyumlu görünüm izlendi. Peripartum Kardiyomyopati ön tanısı ile Kardiyoloji Kliniğine konsülte edildi. EKO:EF %40, Sol kalp boşluklarında genişleme mevcuttu. Postpartum KMP olarak hasta uygun kliniğe internasyonu sağlandı.

pulmoner bt anjiyo



Hastanın görüntülemesinde bilateral pulmoner arterler ve devamı açık görülmektedir.

Bilateral pulmoner konjesyon



Kalp yetmezliğine bağlı konjesyon ve bilateral effüzyon görülmektedir.

Sonuç: PPCM'li kadınların çoğuna doğumdan sonra erken teşhis, taburcu olduktan sonra tekrar yatış sırasında konur. Bizim vakamız doğum sonrası 45. gününde acil servisimizde tanı almıştır. Sezeryan sonrası dönemde kadın hastalarda yeni gelişen nefes darlığı daha yaygın olarak pulmoner emboli düşünülse de bizim olgumuzda olduğu gibi literatürde nadir rastlanılan peripartum kardiyomyopati de akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Kalp Yetmezliği, Dispne

EP-040

Doğru Tanı ve Doğru Konsültasyon: Klinikteki Pençeler!Levent Gülbüz¹, Pinar Genç¹, Metin Yadigaroglu¹, Metin Ocak², Murat Güzel¹, Murat Yücel¹¹Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı²Samsun Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Ksantogranülomatöz piyelonefrit (XPN), kronik piyelonefritin alışılmadık bir çeşididir. Vakaların çoğu, enfekte böbrek taşlarına bağlı tıkanıklık durumunda meydana gelir [1-6]. Etkilenen hastalarda, lipid yüklü makrofajlar içeren granülomatöz doku nedeniyle genellikle böbrekte büyük tahribat vardır; görünüm renal malignite ile karıştırılabilir.

Amaç: Hastalığın tanınması uygun klinik yönetim için doğru konsültasyon gerektirir.

Bulgular: Diyabet ve hipertansiyon öyküsü olan 59 yaşında kadın hasta acil servise sağ yan ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Son bir haftadır aralıklı kolik tarzda sağ yan ağrısı olması ve buna ateş yüksekliklerinin eşlik etmesi sebebiyle oral antibiyotik kullanımı mevcuttu. Ateşi 38 C0, tansiyonu 130/70 mmHg ve diğer vital parametreler normaldi. Fizik muayenede sağ kostovertebral açı hassasiyeti ve sağ orta üst kadranda derin palpasyonla ağrı mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde wbc 7,9/mm³, kreatinin 1,01 mg/dl, crp 132 mg/L idi. Tam idrar tetkikinde 4 eritrosit ve 6 lökosit görüldü. Pyelonefrit ve komplike üriner sistem enfeksiyonu ön tanıları ile çekilen kontrastlı tüm batın tomografisinde: Sağ böbrek pelvikalisijel yapılarda dilatasyon izlendi. Sağ böbrek alt polden batın posterior duvarı retroperitoneal alana uzanım gösteren koleksiyon alanı izlendi. Bulgular ksantogranulomatöz piyelonefrit ve buna sekonder batın içi apse ile uyumlu olarak değerlendirildi. Ksantogranulomatöz piyelonefrit tanısıyla üroloji ile konsülte edilen hasta üroloji tarafından yatırıldı ve opere edildi. Ampirik olarak başlanan antibiyotik tedavisi alınan idrar kültüründe proteus mirabilis üremesi görülmesi üzerine de revize edildi.

Olguya ait sağ böbrek kontrastlı tomografi görünümü



Sağ böbrekte taş, cidarı kontrast tutan multiloküle kirli renal doku

Sonuç: XPN tipki bizim vakamızda olduğu gibi, en sık tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü olan orta yaşlı kadınlarda görülür [2]. Tipik başvuru semptomları yan ağrısı, ateş, halsizlik, iştahsızlık ve kilo kaybını içerir. Kan testleri, anemi, artan eritrosit sedimentasyon hızı ve hafif biliyer retansiyonu yansıtan karaciğer fonksiyon anormallikleri gibi spesifik olmayan anormallikleri ortaya çıkarır. İdrar tahlili piyüri ve bakteriyüriyi gösterir. İdrar kültüründe tipik olarak Enterobacteriaceae üremesi görülür. Tanıda için yapılan kontrastlı bilgisayarlı tomografi-

de; renal dokunun, çok loküle bir görünümle sonuçlanan, artmış kontrast madde tutulumu gösteren cidarı, birkaç yuvarlak, düşük yoğunluklu alanlarla kirli bir yapıya dönüşmesi görülür. Bu bulgular, görünüş olarak “ayı pençesi işareti” olarak bilinir. XPN neredeyse her zaman tek taraflıdır ve patolojik böbreğin çıkarılması gerekir. Kesin tedavisinin cerrahi olması sebebi ile hasta enfeksiyon hastalıkları ile değil üroloji ile konsulte edilmelidir.

Ayı Pençesi



Anahtar Kelimeler: ksantogranülamatoz piyelonefrit, konsultasyon, yan ağrısı, üroloji, cerrahi

EP-041

Künt Torasik Aort Yaralanması Vakası Araç İçi Trafik Kazası

Duygu YAMAN¹, Süreyya Tuba FETTAHOĞLU¹, Salih FETTAHOĞLU¹, Cesareddin DİKMETAŞ¹, Ramiz YAZICI¹, Utku Murat KALAFAT¹

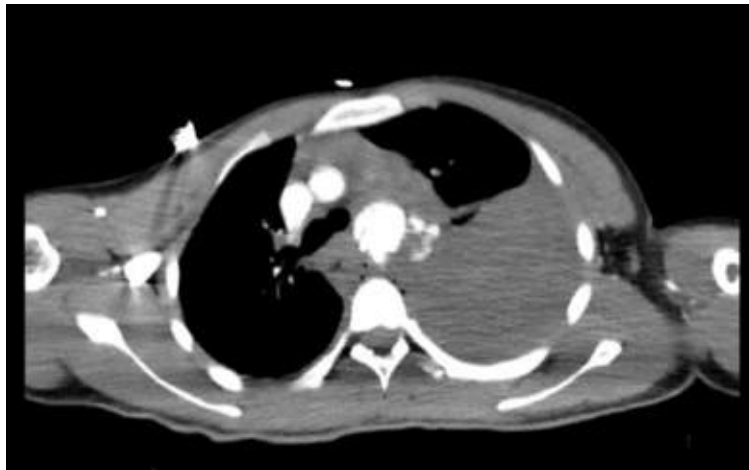
¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Yüksek enerjili künt travmaya karışan hastalar, yaşamı tehdit edebilen künt aort yaralanması açısından önemli risk altındadır. Bundan dolayı künt aort yaralanmasında erken teşhis önemlidir. Yapılan çalışmalarda hastaneye ulaşacak kadar uzun süre hayatta kalan künt aort yaralanması olan hastaların yüzde 20'si, ölümcül bir yırtılma nedeniyle yaralanmadan sonraki 30 saat içinde öldüğü görülmüştür. Bunların % 15 i nin ilk başvuru sırasında stabil olduğu görülmüştür.

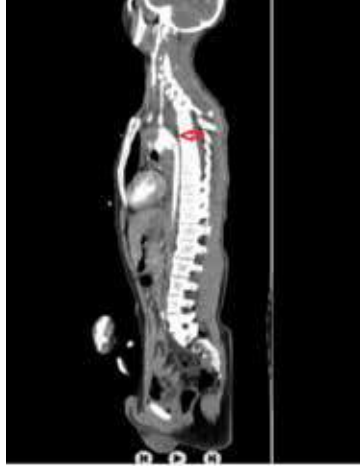
Amaç: Yüksek enerjili travmayla gelen hastalarda stabil olsa bile her an unstabil olmasına karşın temkinli olmalı ve hastayı multidisipliner değerlendirip araç içi trafik kazalarında özellikle emniyet kemeri takmayan hastalarda kardiyak yaralanmayı her zaman aklımıza getirmeliyiz. Biz de ,acil servisimize araç içi trafik kazasıyla gelen hastamızı sunmak istedik.

Bulgular: 16 yaşında erkek hasta. Tarafımıza araç içi trafik kazası nedeniyle 112 tarafından getirildi. Hasta sürücü ve emniyet kemeri takılı değildi. Hastanın bilinen bir hastalığı ve düzenli kullandığı bir ilaç yok. Hastanın fizik muayenesinde :ışık refleksi: bilateral pozitif, solunum sesleri dinlemekle: sol ac de azalmış. Göğüs orta hatta ağrı tarifliyor. Batında defans rebound yok. Vitalleri stabil GKS:15 idi. Hastaya yapılan FAST USG ' de batın içi serbest sıvı gözlenmedi. Sol AC'de hemotoraks görünümü izlendi. Perikardiyal serbest sıvı izlenmedi. Hasta DEFE monitörize şekilde doktor eşliğinde görüntülemeye alındı, IV kontrastlı toraks görüntülemesinde masif sol hemitoraks saptandı, torasik aortada ekstrevasyon izlendi, torasik aort rüptürü görüldü. Satürasyonu düşen hastaya entübasyon planlandı. Pre entübasyon hazırlığı yapılan hastadan nabız alınamaması üzerine CPR eşliğinde entübe edildi. Eş zamanlı toraks tüpü takıldı. Yaklaşık 1000 cc mayi gelmesi üzerine tüp klemplendi. Çift damar yolundan 4 ünite ES Transfüzyonu yapıldı. Yaklaşık 15 dk CPR sonrası nabız alınan hasta doktor eşliğinde KVC bulunan merkeze sevk edildi. Sevki yapılan merkezde tekrar arrest olan hasta KVC tarafından müdahale uygun görülmemiş ex olarak kabul edildi.

sol hemotoraks görünümü



torasik aort etrafında ekstrevasasyonla beraber psödoanevrizma



Sonuç: Yüksek enerjili travmalarda GKS 15 olup hasta stabil bir şekilde gelse bile hayatı tehdit eden bir durumlar düşünölmeli, kardiyak yaralanmalar göz ardı edilmemeli ve hasta multidisipliner bir şekilde değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: aort rüptürü, künt göğüs travması, hemotoraks

EP-042

Kabızlıkta Ayırıcı Bir Tanı:A kut Aort DiseksiyonuErtuğrul ALTUĞ¹, Furkan ATA¹, Ramazan GÜVEN¹¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Akut aort diseksiyonu (aort iç duvarındaki intima tabakasında oluşan bir yırtık sonucunda intima ve media tabakaları arasında oluşan yalancı lümen kanın dolması ile oluşur. Yalancı lümen dolan kan ile gerçek aort lümenine ve ayrılan dallarına yapılan bası ile başlıca semptomlar ortaya çıkar. Bu semptomlardan başlıca ve en sık görüleni, ani ve şiddetli başlayan göğüs ağrısıdır ki hasta bunu genellikle göğüste başlayıp sırta yayılan bıçak batar tarzda tarifler. Burada, 52 yaşında erkek hastada dört gün önce başlayıp merkezimize başvurana kadar süregelen epigastrik bölgede ağrı ve kabızlık şikayetleri ile değerlendirilip L subclavienden itibaren iliak arterlere kadar diseksiyon(tip 3 b) olarak sınıflandırılır.

Amaç: bu olgu da atipik klinik prezentasyon ile aort diseksiyonu tanısının da akılda tutulması gerekmektedir.

Bulgular: 52 yaşında erkek hasta 4 gündür devam eden epigastrik bölgede ağrı, bulantı ve kabızlık şikayetleri ile acil servise başvurdu Bilinen bir kronik hastalığı olmayıp geliş vitalleri tansiyon 155/82 nabız 86 / SPO 2 98 ateş 36.7 olarak ölçülmüştü Fizik muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyeti olup, defans ve reboundu bulunmamaktaydı Bunun haricinde alt batın BT bulguları olağan gelmişti. Hasta tekrar değerlendirildiğinde sırta bıçak batar tarzda keskin bir ağrı tariflediği ve kontrol tansiyonu 210/140 olduğu için her iki üst ekstremiteden kan basıncı ölçülmüştür. 20 mmHg'den fazla bir fark bulunmamıştır. Çekilen BT anjiyografi; sol subclavienden, arkus aorta düzeyinden başlayarak torakal ve abdominal aorta lümeni boyunca devam eden ve sol ana iliak artere uzanan diseksiyon flebi ile uyumlu görünüm izlenmektedir(aort diseksiyonu),şeklinde raporlanmıştır. Hastanın masif hipertansiyonu olması sebebiyle hastaya antihipertansif tedavi başlanmıştır. Kardiyovasküler cerrahi tarafından TEVAR, rüptüre torasik aort anevrizmalarında endovasküler greft implantasyonu, By pass greft, ven ile, karotit subklavyen işlemleri uygulanmış, hasta postoperatif takibinde herhangi bir komplikasyon gelişmemesi ve taburculuk açısından uygun olması sebebiyle taburcu edilmiştir.

Sonuç: Hastanın geliş vitallerinde hipertansif olması ve bunun masif olmaması, sadece epigastrik bölgede bir ağrı tariflemesi bizi öncelikle AAD'den uzaklaştırmıştır. Sonrasında acil servis takibinde masif hipertansiyon ve sırta bıçak batar tarzda bizi akut aort diseksiyonunun ekartasyonunu öncelikli hale getirmiştir. AAD, tanısını koymakta en sensitif ve spesifik yöntem BT anjiyografi olup; tanı konulduktan sonra hipertansiyon kontrol altına alınarak diseksiyonun stresi azaltılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aort Diseksiyonu, Hipertansiyon, Kabızlık

EP-043

Hipokalemik Periyodik Paralizi Olgusu

Gülay Barut¹, Mehmet Oğuzhan Ay¹, Halil Kaya¹, Melih Yüksel¹, Umut Ocak¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Bursa, Türkiye

Giriş: Hipokalemik periyodik paralizi kas güçsüzlüğü atakları ile seyreden ve tedavi edilmediği zaman ölümcül olabilen nadir bir hastalıktır. Ataklar genelde yoğun egzersiz, aşırı karbonhidrat tüketimi, stres, enfeksiyon, cerrahi ile tetiklenebilir.

Amaç: Kollarda ve bacaklarda aniden gelişen paralizi ile acile başvuran hastalarda hipokalemik periyodik paralizi tanısının akılda tutulmasına dikkat çekilmesi amaçlandı.

Bulgular: 51 Y aş erkek hasta bilinen benign prostat hipertrofisi ve anksiyete bozukluğu mevcut. Gece 03:30'da başlayan ellerde ve ayaklarda güç kaybı şikayeti ile acil servise getiriliyor. Vitaller: Ateş: 36,5 C, Nb: 88/dk, TA: 150/70 mmHg, sPO2: %97, KŞ:120mg/dl, GKS: 15. Yapılan fizik muayenede bilinç açık, koopere ve oryante, pupil-ler izokorik, IR+/, göz hareketleri her yöne serbest, görme alan defekti yok, tetraplejik, DTR hiperaktif. Laboratu-var değerleri: WBC: 11,8 MCL, Hb: 14,9 G/DL, Hct: 44,9 %, Plt: 262.000 MCL, Na: 143 MMOL/L, K: 2,3 MMOL/L, Ca: 9,6 mg/dl. Hastamızın EKG'si normal sinüs ritmindeydi. Hipokaleminin EKG bulguları saptanmadı. Beyin BT'de akut kanama yoktu. Hasta hipokalemik periyodik paralizi ön tanısı ile dahiliye ve nörolojiye danışıldı. Hasta takip ve tedavi amacı ile nöroloji yoğun bakımına yatırıldı. Potasyum replasmanı sonrası tetraplejisi gerileyen hasta klinik gözlem ile şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Aniden oluşan kas güçsüzlüğü ve paralizilerde nörolojik hastalıklar haricinde nadir bir hastalık olan Hipokalemik Periyodik Paralizi de ayırıcı tanıda yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: hipokalemik periyodik paralizi, kas güçsüzlüğü, hipokalemi

EP-044

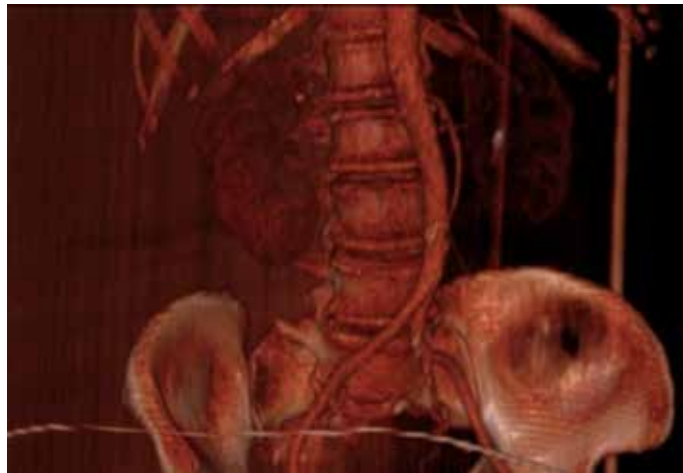
Akut mesenter iskemiGizem arıncı¹¹SBÜ Sultangazi Haseki eğitim ve araştırma hastanesi, acil tıp ,İstanbul,türkiye

Giriş: Akut mesenter iskemi vasküler bir acil olup yüksek mortalite oranlarına sahiptir. Mesenter arterlerdeki kan akımının bozulması sonucu barsak nekrozuna ilerleyen bir patofizyolojik olaylar zinciridir . Mesenter arterdeki obstruktif olan veya olmayan sebeple meydana gelebilir. Klinik semptomlar bulantı, kusma ,kanlı ishal gibi non-spesifik olup ilk başvuru nedeni genelde şiddetli karın ağrısının olmasıdır. Fizik muayene bulguları minimaldir. Mezenter anjiyografi altın standart yöntem olup klinik şüphe halinde ivedilikle uygulanmalıdır.

Amaç: Yüksek mortal seyreden AMİ'nin önlenmesi için tanı ve tedavi yöntemlerinin zamanında kullanılarak kan akımının sağlanması gerekmektedir. Bu çalışmada AMİ için klinik şüphenin önemi ve erken tanı koyulması için farkındalık sağlamak amaçlanmaktadır.

Bulgular: 77 yaşında, bilinen DM ve HT tanılı, ritim bozukluğu bulunmayan kadın hasta dış merkeze karın ağrısı ve bulantı nedeni ile başvurmuş. Hastanın yapılan kan tetkiklerinin normal olması üzerine reçete ile taburcu edilmiş. Karın ağrısının şiddetlenmesi, kusma ve ara ara melenasının olması üzerine acil servise tekrar başvurdu. Karın ağrısının devamlı olup yatar pozisyonda arttığını belirtti. Fizik muayenesinde batın distandü ve defansı olup rektal muayenesi normal gaita bulaşı şeklinde idi. Yapılan kan tetkiklerinde akut fazlarında önceki başvurusuna göre anlamlı yükseklik mevcut. Dış merkezde WBC 12,02 ,CRP 8 mg/L olup yapılan yeni tetkiklerde WBC 28000 , CRP 96 mg/L , lactat 3,24 mmol/l olarak görüldü. IV kontrastlı batın BT ve mesenter anjiyografisi çekildi. Dalak infarktı ve mesenter arterde obstrüksiyona neden olan plaklar görüldü.

inferior mesenter arter obstrüksiyonu



mesenter arter obstruksiyonu



Sonuç: Fizik muayene ile uyumsuz şiddetli karın ağrısı olan, ileri yaş ve komorbid hastalıkları olan bireylerde mesenter iskemi akılda tutulmalı ve tanı için gerekli tetkikler ivedilikle yapılmalıdır. Ancak bu şekilde erken tanı ile morbidite ve mortalite önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: akut, mesenter, iskemi, kadın, karın ağrısı

EP-045

Acil Serviste Baş Ağrısı ile Başvuran Hastada İntraserebral Şift Yapan Kitle

Mehmet Murat Muratoğlu¹, Batuhan Gedikpınar¹, Dilay Satılmış¹, Erdem Çevik¹

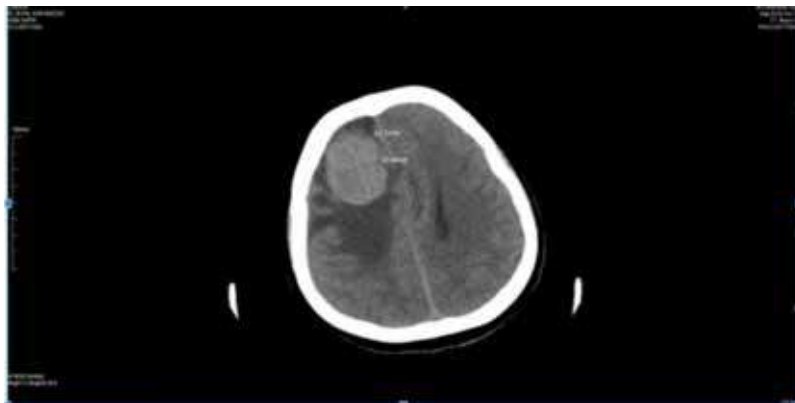
¹Sultan Abdülhamit Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Baş ağrısı, küresel hastalık yükünün önemli oranını oluşturan ciddi bir mortalite ve morbidite nedenidir. ¹ Mortal seyirli olabilecek durumların potansiyel olarak ilk göstergesi olabilir. Baş ağrılı hastalarda özellikle daha sık karşımıza çıkan primer baş ağrıların dışında kırmızı bayraklı vakalarda sekonder baş ağrılarına dikkat edilmesi gereklilik halinde nörogörüntülemeden kaçınılmamalıdır.²

Amaç: Acil servisimize 2-3 gündür olan baş ağrısı yakınmasıyla başvuran 45 yaşından kadın hasta; bilinen 5 yıl önce akciğer kanseri; Kemoterapi/Radyoterapi ile tam kür olduğu ve 1,5 yıl önce meme kanseri olan ve cerrahi kür olduğu söylenen hastanın 3 ay önceki çekilen tüm vücut PET MR'ında aktif kanser saptanmıyor. 2-3 gündür belirginleşen enseden parietofrontal alanlara yayılan bir ağrı tarifliyor. Ağrı skalasında 10 üzerinden 8 olduğunu belirten hastanın Vital değerlerinde arteriyel kan basıncı: 142/91, nabız:87, Spo2:98 oda havasında ve Ateş:36.2 olarak değerlendiriliyor. Hastanın yapılan fizik muayenesinde GKS:15, 4 ekstremitesinde kas gücü 5/5, serebellar testleri doğal, yürüyüşünde belirgin bir anormallik olmayan hastanın diğer nörolojik muayenesinde ek nörolojik defisit saptanmadı. Hemogram, tam metabolik panel ve venöz kan gazı görülen hastanın baş ağrısına eşlik eden bulantı kusması olması ve 10 üzerinden 8'lik bir ağrı şiddet skoru tarif etmesi üzerine santral nörogörüntüleme yapıldı. Laboratuvar tahlillerinde bir anormallik saptanmayan hastanın çekilen kontrastsız beyin BT'sinde, sağ ön frontal bölgede 4.3 cm'lik hipodens ödemli lezyon ve beyin orta hat yapılarında belirgin şift izlendi. Hasta görüntüleme sonucu sonrasında Beyin Cerrahisine konsülte edildi. Beyin Cerrahisi servisine takip nörolojik seyrini takip ve kontrastlı Beyin MR'ı planlamak amacıyla interne edildi.

Bulgular: Şekil-1 Şekil-2 Şekil-3

Aksiyal Beyin Bt görünümü



4.3 cm Çaplı ödemli şift yapan kitle.

Koronal Bt Görünümü



4.3 cm Çaplı ödemli şifft yapan kitle.

Sonuç: Baş ağrısı ile başvuran KİBAS bulguları, ani başlangıçlı şiddetli baş ağrısı, focal nörolojik defisit gibi “Kırmızı Bayrak” bulguları olan hastalarda acil serviste değerlendirmede her zaman nörogörüntüleme ile değerlendirilmelidir. Bulantı ve kusmanın eşlik ettiği bilinen kanser öyküsü olan hastamızda nörolojik defisit olmasına rağmen ağrı skalasından yüksek şiddet bildirmesi ve ağrısına eşlik eden KİBAS bulgularıyla birlikte geçmiş neoplazm öyküsü olması nedeniyle görüntüleme yapılmış ve intraserebral şifft yapan kitle saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Baş Ağrısı, Kırmızı Bayrak, Nörogörüntüleme, Sekonder Baş Ağrısı

EP-046

Fournier Gangrenine Bağlı Diyabetik Ketoasidoz ÖyküsüRahim Halvacı¹

12. Sultanabdülhamid Han EAH

Giriş: Acil serviste basit abse ve selülit gibi yumuşak doku enfeksiyonları ile çok sık karşılaşmaktayız. Bununla beraber nekrotizan fasiit, klostridial miyonekroz ve fournier gangrenin de dahil olduğu ciddi nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları da yaygın doku yıkımı ve septik şok tablosu ile beraber görülebilmektedir. Etkilenen bireyler tipik olarak 50-60 yaş aralığındadır. Bu enfeksiyonlar sonucu uzuv kaybı oranı %15,9'dur. Mortalite oranı %20-35 ile %70 arasında değişmektedir. Septik şok veya toksik şok sendromu gelişen hastalarda mortalite daha yüksektir.

Giriş

Amaç: Diyabetik Ketoasidoz hastalarında etyolojide fournier Gangreni erken değerlendirilmesi.

Bulgular: 50Y/K hasta evde kan şekerini yüksek ölçtüğü için acil servise başvurdu. Bilinen tip 2 dm ve ht tanısı mevcut olan hasta irbesartan/hct ve 3x14 Ü insülin aspart kullanıyor. Gelişinde kalp tepe atımı:122/dk , tansiyonu 122/68 mmHg, oda havasında saturasyonu 98, ateş:36 C ve parmak ucu kan şekeri:high olarak ölçüldü. Hastaya iv hidrasyon tedavisi başlandı. Laboratuvar tahlillerde WBC:24000 mm³, NEU:21440 mm³ Glukoz:568 mg/dL , K:5 mmol/L CRP:254 mg/L venöz kan gazında pH:7,25 PCO2:30,4 HCO3:13,1 Lac:2,62 bulundu. Kan şekeri yüksek olarak ölçülen hastaya insülin infüzyonu başlandı. Enfeksiyon parametreleri yüksek bulunan hastanın fizik muayenesinde sol bacak medialinde pürülan akıntılı cilde fistülize olmuş cilt enfeksiyonu saptandı. Acil serviste 1x2 gr iv seftriakson tedavisine başlandı. Rifampisin ve nitrofurazon ile yara pansumanı yapıldı. Etkilenen ciltte ısı artışı,hiperemi mevcuttu, cilt altı krepitasyon alınmadı. Nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu şüphesi ile kontrastlı uyluk bt çekilen hastanın görüntülemesinde Sol pubik bölge inferomedial kesimde cilt altı yağlı planlarda serbest hava dansiteleri ve komşuluğunda minimal sıvı dansiteleri mevcuttu.

Sonuç: Hasta enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi. Antibiyoterapisi düzenlendi. Tedavisine devam edildi. LRINEC(Nekrotizan Fasiitte Laboratuvar Riski) 8 puan hesaplandı.(Puan $\geq$ 8 yüksek risk) Yaklaşık 24 saat acil serviste takip edilen bu esnada diyabetik ketoasidozu tedavi edilen hasta operasyon için fournier gangreni tanısı ile genel cerrahi servisine interne edildi. Preoperatif hazırlıkları tamamlanan hasta ertesi gün operasyona alındı. Cerrahi prosedür uygulanan hastanın klinikten 5 gün sonra şifa ile taburcu olduğu öğrenildi.

Anahtar Kelimeler: Fournier Gangreni, Diyabetik Ketoasidoz

EP-047

Bazen Sadece Yediklerine Dikkat Etmen Yetmez, Bir Anafilaksi ÖyküsüTuğçe Öztürk¹, Gültekin Akyol¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

Giriş: Buğday alerjisi besin alerjileri içinde yaklaşık %18'lik bir kısmı kapsar ve en sık görülen tahıl alerjisidir. Buğday alerjisi buğday proteinine karşı olan immünolojik reaksiyon olarak tanımlanmıştır. Alım yoluna ve altında yatan immünolojik mekanizmalara bağlı olarak buğday alerjisi klasik besin alerjisi, anafilaksi, mesleki astım, rinit veya ürtiker olarak karşımıza çıkabilir. IgE aracılıklı olanlar dakikalar ile iki saatlik zaman dilimi arasında ortaya çıkan ani reaksiyonlardır. Yetişkinlerde buğday alerjisine bağlı anafilaksi vakaları nadir olup genellikle çocukluk döneminde ilk besin alımında olmaktadır. Alerjisi olan insanların hayatında büyük zorluklar bulunmaktadır. Alerjiden direk uzak durabilseler bile çapraz bulaş her zaman risk oluşturmaktadır.

Amaç: Bu vaka sunumunda allerjenlere ne kadar dikkat edilse de çapraz bulaş nedeniyle anafilaksinın gelişebileceğini vurgulamak istedik.

Bulgular: 41 yaşında erkek hasta, bilinen buğday unu ve çavdar ununa alerjisi var. İş yerinde yemek yedikten sonra dudaklarda kabarma, solunum sıkıntısı olması üzerine 112 aranmış. 112 ekipleri ilk muayenesinde uvula ödemi görünce anafilaksi olarak değerlendirip 1 mg adrenalin IM olarak uygulamış. Hasta acil servisimize getirildiğinde GKS:15, oryante koopere cildi terli, solunum zorluydu. Batın muayenesi doğal, vitalleri stabildi. Uvula ödemi ve yüzde ödemi mevcuttu. Hastanın daha önce de benzer şekilde solunum sıkıntısı yaşayarak acile getirildiği öğrenildi. Hasta kırmızı alanda gözleme alındı, aktif kanama bulgusu yoktu. Hastada nefes darlığının gerilememesi ve döküntülerinin olması üzerine 3 kez 0,5 mg Adrenalin IM anterolateral uyluğa, 80 mg prednol IV uygulandı. Kanlarında anlamlı bir patoloji görülmedi. Takiplerinde uvula ödemi gerileyen hasta, 24 saatlik gözlem amacıyla interne edildi.

Sonuç: Besin alerjisi sürekli artmakta olup çocuklarda %6, yetişkinlerde %1-3 olarak tahmin edilmektedir. Buğday insan hayatında önemli bir besin olup alerjiye sebep olan en yaygın 6 besinden biridir. Görülme sıklığı yüksek olmasına rağmen, nasıl oluştuğuyla ilgili çok az bilgi vardır. Literatürde sadece birkaç hastada raporlanan oluşum mekanizmasında, hastaların %25'ten %35'e kadarında 1 ya da 2 yıllık periyotta tolerans geliştiği görülmüştür. Sıkı buğday kısıtlamasının zorluğundan dolayı, buğday alerjisinden şüphelenilen hastalarda tanı koyabilmek kritik önem taşımaktadır. Buğday proteinleri globulin, gliadin ve glutenin çözeltileri içindeki çözünebilirliklerine göre sınıflandırılır. Bu nedenle immünolojik tanı testlerinde çapraz bulaş riskinden korunmak için sadece buğday spesifik Ig-E yerine her komponent bakılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: buğday, anafilaksi, allerji, çapraz reaksiyon

EP-048

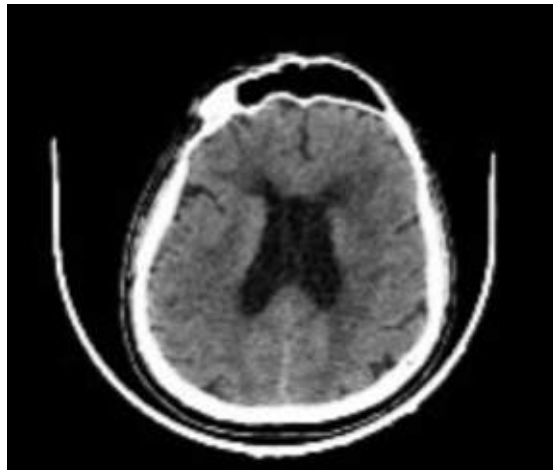
Hocam Hastamız Dün yürüyordu Ama?Ayşegül Mızrak¹, Gültekin Akyol¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Yürüme bozukluğu , birçok hastalığın veya klinik durumun seyrinde görülebilmektedir ve kendi başına bir tanı değildir. Yürüme bozukluğu ile acil servise başvuran hastaların ayırıcı tanısında santral ve/veya periferik sinir sistemini içeren nörolojik patolojiler, sistemik tutulumu neden olabilen metabolik hastalıklar, ortopedik problemler ve ilaç yan etkileri gibi pek çok tanı yer alır.Yürüyüş bozukluğunun ilaca bağlı nedenleri arasında, antipsikotiklere bağlı parkinson sendromu yer almaktadır. Antipsikotiklerin ekstrapiramidal yan etkilerinden olan Parkinsonizm, 2. kuşak antipsikotiklerde daha az sıklıkta gözükmemektedir. Klopapin,olanzapin ve ketiapin kullanan hastalarda akatizi oranı %0-10 olarak hesaplanmıştır.

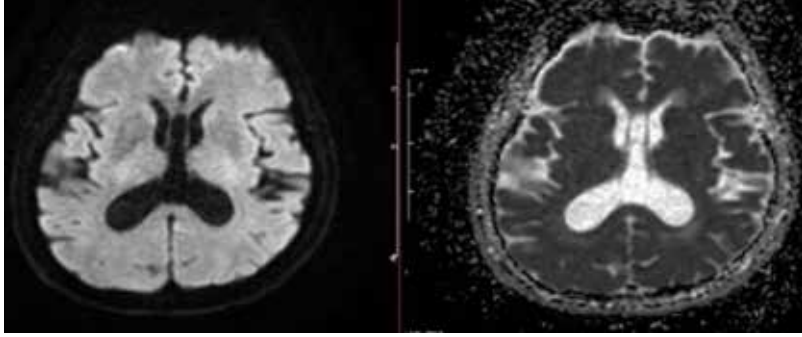
Amaç: Bu olguda antipsikotiklerin de ekstrapiramidal yan etkilere yol açabileceğini vurgulamayı amaçladık.

Bulgular: Bilinen diyabet, hipertansiyon ve psikoz tanıları olan 67 yaşında erkek hasta, 2 gündür olan yürüme bozukluğu nedeniyle ayaktan acil servisimize başvurdu. Fizik muayenede bilinç açık, oryante-koopere olan hastanın konuşma ve anlaması tamdı. Işık refleksi bilateral doğal olup pupiller izokorikti. Kraniyal sinir muayenesi doğal olan, dört ekstremitede de kas gücü 5/5 olan , meninks irritasyon bulgusu bulunmayan hasta yürütüldüğünde; bradikinezi ve stepaj yürüyüşü saptandı. Bilinen Parkinson tanısı olmayan hastanın anamnezi genişletildiğinde; hastanın psikoz nedenli risperidon (Risperdal consta) 50 mg/g intramusküler enjeksiyon iki haftada bir, ketiapin (Gyrex) 100 mg tablet kullandığı, 2017 yılından beri psikoz nedenli takibi olan hastaya ketiapinin bir ay önce eklendiği ve iki ay öncesinde de pariperidon (Xeplion) intramusküler enjeksiyon kullandığı öğrenildi. Hastanın diğer sistem muayeneleri doğaldı. Akut yürüme bozukluğu olan vitalleri stabil hastadan kan tetkikleri ve görüntüleme (Beyin BT [Resim.1] ve diffüzyon MRG [Resim.2]) istendi. Hastanın yapılan tetkiklerinde patoloji saptanmadı. İlaça bağlı parkinsonizm ön tanısı ile psikiyatri hekimine konsülte edilen hastanın mevcut tedavisine konsültasyon sonucunda biperiden (Akineton) 2 mg/gün tablet eklendi ve hasta poliklinik takibine alındı.

Resim.1: Hastaya ait normal Beyin BT görüntüsü



Resim.2: Hastaya ait normal DWI ve ADC görüntüleri



Sonuç: Ataksi ve yürüyüş bozukluğu her zaman hastaların genel klinik tablosu, detaylı anamnezleri ve fizik muayeneleri dahilinde değerlendirilmelidir. Her ne kadar tipik antipsikotiklere atfedilse de atipik antipsikotiklerin de özellikle birden fazla sayıda ajanın eş zamanlı kullanımında ekstrapiramidal yan etkilere neden olabileceği göz ardı edilmemelidir. Hastalar olası etkiler hakkında uyarılmalı, yakın takibe alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: antipsikotik ilaçlar, biperiden, parkinsonizm

EP-049

Hocam Başım Çok DönüyorYunus Emre Örcün¹, Merter Gümüşel¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Hemorajik inme bütün inmelerin %15'ini oluşturur ve kanamanın anatomik lokasyonuna göre sınıflandırılır; hemorajik inmelerin neredeyse üçte biri subaraknoid tipte iken üçte ikisi intraserebral kanama şeklindedir. Subaraknoid kanamalı (SAK) hastalar tipik olarak "gök gürültüsü" baş ağrısı ya da "hayatının en kötü baş ağrısı" şeklinde acil servise başvururlar. Ancak daha az sıklıkla da olsa bulantı ve kusma, fotofobi ya da başka nörolojik bulgularla da başvurabilirler. Bu hastaların %75'i ani başlangıçlı intrakraniyal olay tariflemektedir. Toplamda hastaların %12'i acil serviste yanlış tanı konulup taburcu edilmektedir.

Amaç: Bu olgu sunumunda acil servisimize atipik prezentasyonla başvuran SAK olgusunun tartışılması amaçlandı.

Bulgular: 43 yaşında erkek hasta, ani başlayan bulantı ve kusma şikayetleriyle 112 tarafından acil servisimize getirildi. Geliş vitalleri olağan, Glasgow Koma Skala skoru 14-15 (E3-4/V5/M6). Hastanın alınan anamnezinden "namaz kılarken bir anda başının dönmeye başladığı ve 10 dakika içinde gittikçe kötüleştiği, eşlik eden baş ağrısı olmadığı" öğrenildi. Nörolojik muayenesinde motor ya da duysal defisit yoktu ancak hasta tam olarak koopere değildi. Hastanın GKS skorunun 14 olması ve koopere olamaması sebebiyle bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesi yapıldı. BT'sinde sol temporal bölgede SAK saptandı (Resim-1). Hasta beyin ve sinir cerrahisine danışıldı. Sonrasında çekilen BT anjiyografisinde sol orta serebral arterde (MCA) 4.5mm çapında anevrizma saptandı (Resim-2). Hasta beyin ve sinir cerrahisi tarafından operasyon planlanarak servise interne edildi.

Görüntü-1: subaraknoid kanama



Görüntü-2: MCA'da anevrizma



Sonuç: SAK hastalarının tanısında kaybedilen en ufak zaman, komplikasyon olarak geri dönmekte ve hastanın prognozunu önemli ölçüde kötüleştirmektedir. Bu yüzden Acil serviste tüm triaj alanlarına nörolojik semptomlarla başvuran hastalarda subaraknoid ya da intraserebral kanamalar göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaların anamnezi dikkatlice alınmalı, semptomların başlangıcı ani olarak belirtiliyorsa SAK açısından hasta dikkatlice değerlendirilmelidir. Eğer SAK tanısı dışlanamıyorsa hastaya BT görüntülemesi yapılmalı ya da bu imkanın olduğu başka bir merkeze resüsitasyon hazırlıkları yapılarak sevk edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: SAK, bulantı-kusma, anevrizma

EP-050

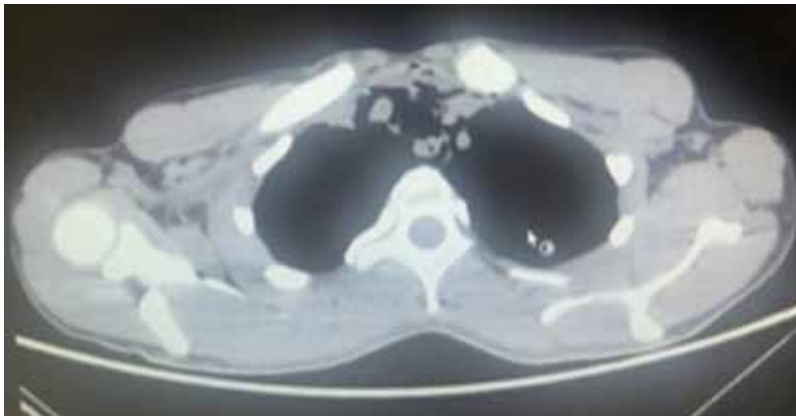
Spontan PnömomediastinumFurkan Kaleli¹, Aslı Kerem¹¹İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Pnömomediastinum solunum sistemi veya sindirim sistemi organlarının perforasyonu sonucu havanın mediastende lokalize olmasıdır. Spontan veya travmatik olarak oluşabilmektedir. Travmatik pnömomediastinum künt veya penetran göğüs travması, özafagus perforasyonu ve mekanik ventilasyon gibi iyatrojenik nedenlerle oluşabilmektedir. Spontan pnömomediastinum nadirdir ve etiyolojisinde sıklıkla toraks içi basıncı artıran nedenler (şiddetli öksürük atağı, kusma, ağır egzersiz, yük kaldırma, vajinal doğum) söz konusudur.

Amaç: Genç,uzun boylu,zayıf yapılı kişilerde göğüs ağrısı, nefes darlığı, siyanoz, boğazda takılma hissi, disfoni, disfaji, cilt altı amfizemi ve eşlik eden boyun ve sırt ağrısında akla gelmelidir.

Bulgular: Yirmi yaşında erkek hasta, acil servisimize ani bıçak saplanır tarzda göğüs ağrısı ve nefes alamama şikayetleri ile getirildi. Hasta öz geçmişinde 1 paket/yıl sigara anamnezi mevcut olup, hikâyesinde travma, cerrahi girişim, şiddetli öksürük, aşırı egzersiz, kusma, yüksek sesle bağırma, ağır yük kaldırma, inhaler ilaç kullanma, madde bağımlılığı veya travma öyküsünün bulunmadığını ifade etti. Hastadan, göğüs ağrısının yaklaşık dört saat önce aniden, bıçak saplanır tarzda başladığı ve göğsünün sol tarafına lokalize olduğu öğrenildi. Hasta göğüs ağrısının nefes alıp vermekle arttığını ifade ediyordu. Yapılan fizik muayenesinde vital bulguları TA: 110/70 mmHg, Nabız 120 /dk, Ateş 37°C, SpO2 %92 idi. Solunum sistemi muayenesi normaldi. Diğer sistem muayenelerinde patoloji tespit edilmedi. Tetkiklerinde WBC:9500/mm³, Hgb:15gr/dL, trombosit:225000/mm³, CRP:2 olarak saptandı. EKG’de sinüs taşikardisi mevcuttu. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) superior, anterior-posterior mediastende hava saptandı.

toraks bt görüntüsü



toraks bt görüntüsü



Sonuç: Genel olarak bakıldığında SPM nadir olmakla birlikte oldukça iyi seyirlidir. Ancak hayattı tehdit edici komplikasyonlar açısından da dikkatli olunmalıdır (tansiyon pnömotoraks, miyokardiyal iskemi, aritmiler, miyokardit, mediastinit) Özellikle genç,uzun boylu,zayıf yapılı kişilerde göğüs ağrısı, nefes darlığı, siyanoz, boğazda takılma hissi, disfoni, disfaji, cilt altı amfizemi ve eşlik eden boyun ve sırt ağrısında akla gelmelidir. Direkt grafi normal bile olsa klinik gereklilik halinde toraks BT çekilmelidir.

Anahtar Kelimeler: pnömomediastinum, nefes darlığı, perforasyon, spontan, mediasten

EP-051

Her İkisi Birden Mi?

Adem Burak Durmuş¹, Baycan Kuş¹, Mustafa Baştuğ¹, Fatma Hançer Çelik¹, Murat Eşlik¹, İbrahim Tüysüz¹, Oğuzhan Taş¹, Nezahat Alshanov¹, Fatmanur Postacioğlu¹, Necmi Baykan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Akut bilateral internal karotid arter (ICA) oklüzyonu nadir görülen bir durumdur ve sıklıkla komaya, deserebrasyon durumuna ve hatta ölüme yol açan kötü bir prognoz sergiler (1).

Amaç: Bu vakada hem letarjik bilinç değişikliği hem de afazik olan, akut bilateral ICA oklüzyonu teşhisi konan, BT görüntülemesinde bilateral simetrik kortikal enfarktları olan bir olguyu sunuyoruz.

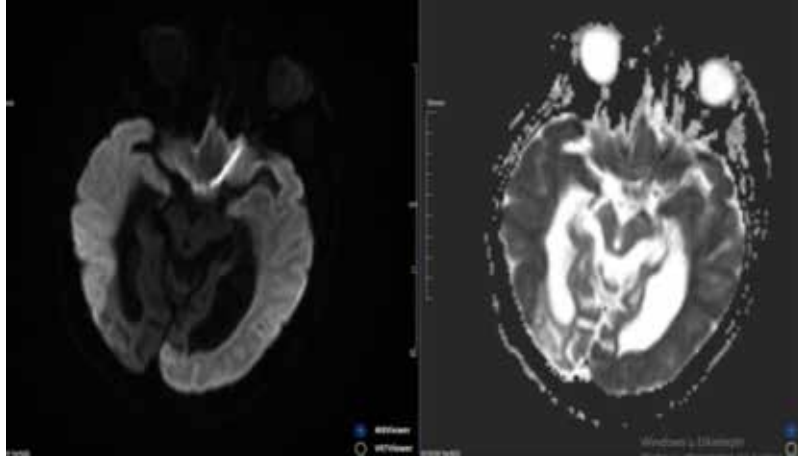
Bulgular: Bilinen meme kanseri, DM, HT' si olan 88 yaş kadın hasta bilinç değişikliği ve konuşamama şikâyeti ile dış merkeze başvuruyor. Dış merkez çekilen beyin BT ve difüzyon MR' ında akut patolojik görüntü olmayan hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize sevk ediliyor. Kliniğimize gelişinde GKS: E2M3V3, TA: 170/96 mmHg, Nbz:105/dk, Ateş: 36,4 °C, SO2: %95, parmak ucu KŞ: 234 mg/dl idi. Hasta elektif entübe edildi. Hastanın EKG'sinin AF ritminde olduğu görüldü. Kan parametrelerinde WBC: 14000, Troponin: 1100 (Referans aralığı: 0-14) geldi. Bu iki parametre hariç diğer kan parametreleri normal sınırlarda idi. Hastanın kranial görüntülemeleri tekrarlandı; beyin BT sinde infratentorial, beyin sapı ve talamusların hariç tüm serebral parankimde hipodens alan gözlemlendi (Resim 1); difüzyon MR ında da yine aynı anatomik bölgede akut difüzyon kısıtlılığı izlendi (Resim 2). Nöroloji ile konsülte edilen hasta hem IV trombolitik hem de mekanik trombektomi zamanı geçtiği için antikoagülan tedavi ile bilateral ICA enfarktı ön tanısıyla yoğun bakımda takip ve tedavisine devam ediliyor.

Resim 1.



Hastanın beyin BT görüntüsü

Resim 2.



Hastanın Difüzyon MR görüntüsü

Sonuç: İlk olarak Fisher ve ark. tarafından gözden geçirilen ve tanımlanan bilateral ICA oklüzyon fenomeni, çeşitli klinik belirtiler ve tekrarlayan olaylar sergiler (2). Senil demans, senkop, çoklu nörolojik defisit ve hatta ölümü içeren ilk klinik paternler, damar tıkanıklığının biçimine ve etkilenen kollateral dolaşıma bağlıdır. Genel olarak, simetrik bir ön sirkülasyon enfarktüsü ile ortaya çıkan akut bilateral ICA oklüzyonu nadirdir; bu tür vakalar sıklıkla koma, kuadripleji ve dekortike/deserebral rijidite ile kendini gösterir ve semptomları arka dolaşım arteri tıkanıklığına, metabolik ensefalopatiye ve toksik ensefalopatiye benzer (3). Akut bilateral ICA oklüzyonunun prognozu genellikle katastrofiktir. Kwon ve ark. akut bilateral ICA oklüzyonu olan 6 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların tümü semptomların başlamasından sonraki 3 gün içinde ölmüştür (1). Bu nedenle, akut bilateral ICA tıkanıklığı olan hastalarda prognozu iyileştirmek için erken tanı çok önemlidir. Ancak bizim vakamız geç kalınmış bir vaka kabul edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Stroke, Bilateral ICA trombozu

EP-052

Acil Serviste Non-konvulsif Status Epileptikus Olgusu

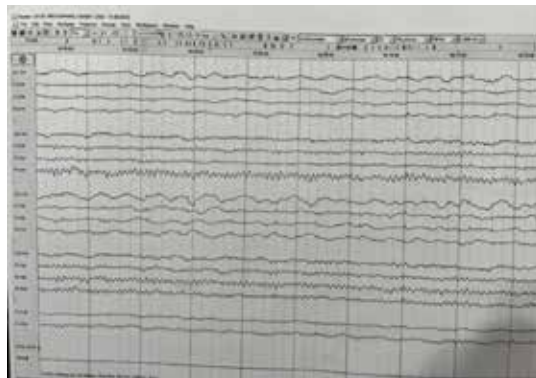
Vildan AVCU¹, Süreyya Tuba FETTAHOĞLU¹, Salih FETTAHOĞLU¹, Duygu YAMAN¹, Bilal YENİYURT¹, Ramiz YAZICI¹, Serkan DOĞAN¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: NKSE davranışlar ve mental durumda açıklanamayan bir değişiklik, konfüzyon, hatta komaya kadar varabilen ciddi uyku eğilimi gibi klinik bulgulara EEG’de devamlı nöbet aktivitesinin eşlik ettiği tablo olarak tanımlanır. Klinik bulguları çok değişken olabildiğinden ve tanısal net bir ipucu bulunmadığından, tanısı için akla gelmesi ve yüksek oranda kuşku duyularak EEG incelemesi yapılması gereklidir.

Amaç: İnsidansının yılda 1,5-18,3/100.000 olarak tahmin edilmektedir. Biz de nadir olarak görülen ve acil servis takiplerinde tanısı koyulan bir NKSE olgusunu incelemeye aldık.

Bulgular: 29 yaş erkek acil servise epileptik nöbet geçirmesi üzerine postiktal halde getiriliyor. Epilepsi ilaçlarını düzenli kullandığı ailesi tarafından belirtiliyor. Ek olarak HT ve DM mevcut. Yapılan muayenede meningeal iritasyon bulgularına ve lateralizan nörolojik defisite rastlanılmıyor. Yapılan kranial görüntülemelerde Diff MR, Beyin BT, Kontrastlı Beyin MR patolojik bulgu yok. Kan labaratuvar tetkiklerinde enfeksiyon parametreleri dahil patoloji yok. Lomber ponksiyon örneklemesinde de enfeksiyon destekler nitelikte bulgu saptanmadı. Hastanın takiplerinde nöbet ve ateş aktivasyonu olmuyor fakat geliş muayenesindeki bilinç durumu ile benzer tabloda seyrediyor. Hasta nöroloji kliniği ile beraber değerlendirildiğinde non-konvulsif status epileptikus ön tanısı ile hastaya EEG çekimi yapılıyor. Frekansta sıklık gösteren veya sürekli genelleştirilmiş sivri dalga deşarjları gözlenmesi üzerine ön tanı doğrulanmış oldu ve hastanın acil servisten YBÜ’ye internasyonu sağlandı.

EEG

EEG de Sık Frekanslı Sivri Dalga Deşarjları

Sonuç: NKSE’nin klinik özellikleri büyük ölçüde değişebilir ve genellikle şu şekildedir: afazi, konuşamama, amnezi ve katatoni gibi bozukluklar olan negatif semptomlar, bir veya daha fazla kas grubunun ritmik seğirmesi, tonik göz gibi pozitif fenomenoloji, sapma, hippus veya nistagmoid göz sarsıntısı şeklindedir. Bizim olgumuzda uykuya meyil ve uyandırıldığında da anlamsız kelime tekrarlamaları bulunmaktaydı. Bu yönüyle literatürdeki klasik klinik özelliklerden ayrılmaktadır. Klinik bulguları çok değişken olabildiğinden ve tanısal net bir ipucu bulunmadığından, tanısı için akla gelmesi ve yüksek oranda kuşku duyularak EEG incelemesi yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: status epileptikus, non-konvulsif, EEG

EP-053

Lavajdan Gelen Pembe Mor İçerik

Süreyya Tuba FETTAHOĞLU¹, Tuğrul GEZER¹, Salih FETTAHOĞLU¹, Vildan AVCU¹, Duygu YAMAN¹, Serkan DOĞAN¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Lityum intoksikasyonu hayatı tehdit edebilen klinik olarak nörolojik, kardiyolojik ve gastrointestinal semptomlarla ilerleyebilen tedavisinde diyaliz kullanılabilen bir tablo. Lityum toksisitesi genellikle akıl hastalığı ve kötü yaşam koşulları olan hastalar gibi hassas popülasyonlarda ortaya çıkar. Daha yaşlı yetişkinler, daha düşük dozlarda lityum reçete edilmelerine rağmen, genellikle genç yetişkinlere göre daha şiddetli kronik toksisiteye maruz kalırlar. Bunun nedeni muhtemelen glomerüler filtrasyon hızındaki yaşa bağlı düşüş ve azalan dağılım hacmidir.

LİTYUM pembe mor tablet



elementer lityum



Amaç: Acil servisimize başvuran bu olguda akut lityum toksisitesine nasıl yaklaşıldığını inceleyeceğiz.

Bulgular: 25 yaşında kadın acil servise yakınları tarafından suicidal girişim nedeniyle getiriliyor. Anamneze göre 1 saat öncesinde 300 mg'lık 20 adet lityum tablet almış. Hastanın aktif bir şikayeti yoktu ve yapılan sistemik muayenesinde pozitif bulgu yoktu. Acil serviste debrilatöre monitörize şekilde takibi başlanan hastaya nasogastrik sonda ile gastrik lavaj uygulandı. Lavaj içeriği Lityum alımını doğrular nitelikte pembe mor renkliydi. Kan tetkikle-

rinde lityum düzeyi dahil olmak üzere anlamlı yükseklik saptanmamıştı (Li:0,85). Takiplerinde 10.saatteki Lityum düzeyi 2,26 ya çıkan vital ve fizik muayene anormalliği olmayan hasta dahiliye kliniğine interne edildi.

Sonuç: Tedavinin yeterliliğini (intravenöz [IV] sıvılar veya hemodiyaliz) belirlemek, sürekli emilimi değerlendirmek ve sürekli salım alan bir hastada en yüksek serum konsantrasyonlarını belirlemek için başlangıçta her dört ila altı saatte bir lityum konsantrasyonlarının tekrarlanması gerekir. Klavuzlar aralıklı olarak böbrek ve tiroid fonksiyon testlerinin ölçümünü de önermektedir. Acil yaklaşım, hipovolemiyi düzeltmek ve renal lityum eliminasyonunu (övolemik olsa bile) artırmak için intravenöz (IV) sıvıları, seçilmiş durumlarda gastrointestinal dekontaminasyonu ve şiddetli toksisite vakalarında hemodiyalizi içerir. Bu olgu akut lityum toksisitesine yaklaşımı kolaylaştırabilir.

Anahtar Kelimeler: Lityum, intoksikasyon, ilaç düzeyi

EP-054

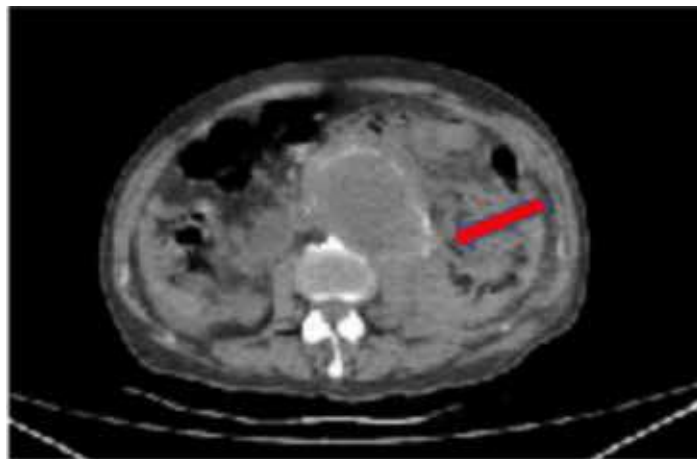
Acil Serviste nadir bir bel ağrısı nedeni: Abdomen Aort Anevrizma RüptürüEmir BİLİCİ¹, Mukaddes YILDIRIM DOĞAN¹, Müge ARSLAN¹¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Abdominal aort anevrizması (AAA), irreversibl ve progresif bir hastalıktır. Diyafram altı aort transvers çapı 2 katına çıkmıştır. Rüptüre olmadığında sessiz hastalık olarak bilinir. Semptomatik hale gelmesi için rüptüre olması gerekir. Abdominal aort anevrizmasında %13.7 sıklıkla bel ağrısı semptomu izlenmektedir.

Amaç: Bel ağrısı, acil servise başvuran hastaların%22.9'unu oluşturmaktadır ve bu şikayetle gelen hastalarda değişik etyolojik faktörler karşımıza çıkmaktadır. Bu yazıda AAA sebebiyle bel ağrısı gelişen bir olguyu sunmayı amaçladık.

Bulgular: 70 yaşında erkek hasta, bel ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Yakınlarından ve kendisinden alınan anamneze göre bel ağrısının 3-4 gündür olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde; Hipertansiyon ve Kalp yetmezliği mevcut idi. Düzenli olarak Silastazol, alfa-blokör, asetilsalisilikasit, nebivolol kullanıyordu. Hastanın vitalleri; Tansiyon: 60/40 mmHg, Nabız 80/dk, Solunum sayısı 22 /dk, Ateş 36,4° C olarak saptandı. Fizik muayenesinde batın rahat, defans rebound saptanmadı. Kostavertebral açı hassasiyeti bilateral yoktu. Nörolojik muayenesinde hastanın genel durumu iyi, şuuru açık, oryante koopere saptandı. Dört ekstremitte kas gücü tam, duyu muayenesi olağan idi. Alınan laboratuvar tetkiklerinde Glukoz:143 mg/dL, Hemogloblin: 6.4 g/dL, Beyaz kan hücresi: 8.91 mCL, Trombosit: 88x10³mCL, Kreatin: 3.77 mg/dL, Potasyum:6.4 mmol/L, C-reaktif protein: 123 mg/L, Kan gazında pH:7.24 olarak tespit edildi. Çekilen batın bilgisayarlı tomografisinde: Abdominal aortada belirgin yerinde 70 mm'ye varan anevrizmatik dilatasyon izlenmiş olup abdominal aorta sol paraaortik alanda ve sol retroperitoneal alanda AAA rüptürü ile uyumlu yaygın hemorajik dansiteler izlendi (Şekil.1). Hasta kalp ve damar cerrahisine interne edildi.

Şekil.1



ŞEKİL. 1 Ok ile gösterilen alanda abdomen aortanın paraaortik alana rüptüre olduğu yer gösterilmiştir.

Sonuç: Acil servislere başvuruların önemli bir kısmı yaşlı hastalardan oluşmaktadır. Yaşlı ve bel ağrısı olan hastalarda ayırıcı tanıda abdominal aort anevrizması düşünülmelidir. Risk faktörleri de olan kişilerde tanıda gecikilmemelidir. Böylece ölümcül komplikasyonlar önlenabilir.

Anahtar Kelimeler: Abdomen aorta rüptürü

EP-055

Benign pozisyonel paroksizmal vertigo travma ile tetiklenir mi

Dr Salim Er Dr Ömer Faruk Çetin¹

¹Haseki eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş: BPPV, utrikul makulasından koparak endolenf içinde serbest gezinen otolitlerin üç semisirküler kanaldan herhangi biri içinde serbest dolaşması (kanalolitiazis) veya bu kanalların kupulasına yapışması (kupulolitiazis) sonucu olduğu görülmüştür. Vertigo şikâyetine sahip hastaların yaklaşık %17-42'si BPPV tanısı almaktadır. BPPV en sık orta yaşta görülmekte ve yaşam boyu prevalansı %2,4, yıllık prevalansı %1,6 olarak rapor edilmektedir. Bununla birlikte özellikle yaşlanmaya bağlı otokonyalarda oluşan dejenerasyonlar nedeniyle geriatrik popülasyonda prevalansı artış göstermektedir. Bu olgu sunumunda acil servisimize kafa travması sonrası başvuran ve takipleri esnasında baş dönmesi gelişen BPPV nin nadir prezentasyonlarından olan travma ile tetiklenen BPPV vakası sunuldu.

Amaç: 32 yaşındaki kadın hasta 112 tarafından aynı seviyeden düşme sonucu gelişen kafa travması nedeni ile acil servisimize getirildi. Hastadan alınan anamneze göre oksipital bölgesine darbe aldığı öğrenildi. Hastaneye başvuru sırasında hastanın kan basıncı 110/70 mmhg, nabızı 70 dakika/atım, SPO2 si 98, parmakucu kan şekeri 102 mg/dl olarak ölçüldü. Hastanın elektrokardiyografisinde normal sinüs ritmi izlendi.

Bulgular: Glaskow Koma Skoru (GKS) 15, bilinci açık, oryante, koopere olan hastanın takipleri sırasında baş dönmesi şikayeti gelişti. Sonrasında baş dönmesi devam eden hasta nörolojik ve kardiyak patoloji düşünülmemesi üzerine kulak burun boğaz (kbb) kliniğine konsulte edildi. Rinne testi bilateral pozitif. Bilateral dix hallpike testi pozitif izlendi. Hasta mesai saatleri içinde videonistagmografi için kbb poliklinik kontrolüne çağrıldı. Hastada travmaya bağlı tetiklenen BPPV düşünüldü.

Sonuç: BPPV vakalarının yaklaşık %8-15 nin travmaya bağlı tetiklendiği tahmin edilmektedir. Acil servise kafa travması ile başvuran, sonrasında baş dönmesi gelişen hastalarda nörolojik ve kardiyak hadiseler ekarte sonra edildikten BPPV de ayırıcı tanıda gözönünde bulundurulması gereken klinik durumlardan biridir.

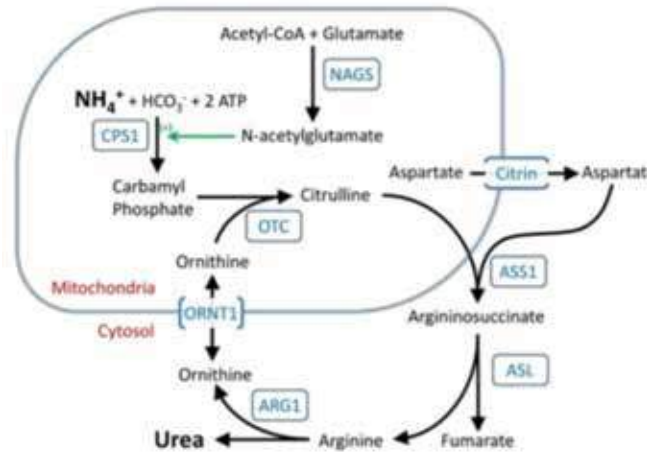
Anahtar Kelimeler: vertigo, bppv

EP-056

ACIL SERVİSTE HEPATİK ENSEFALOPATİ YÖNETİMİNDE DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLERMuhammed Sait Yılmaz², Özgür Deniz Sadioğlu²²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Hepatik ensefalopati (HE) akut veya kronik olarak ortaya çıkan karaciğer fonksiyon bozukluğu sonucu gelişen nöropsikiyatrik bir sendromdur. Klinik durum hafif tabloda olabileceği gibi daha da ağırlaşarak konfüzyon, stupor, koma ve ölüme kadar ilerleyebilir. Bu yüzden HE'ye neden olan faktörler en erken zamanda belirlenmeli ve tedavi buna göre düzenlenmelidir.

Amaç: Hepatik ensefalopati ile gelen hastalarda acil servis yönetimini ve nelere dikkat edileceğini amaçladık

Üre Siklusı

Bulgular: 70 yaşında kadın immobil hasta acil servisimize 12 saat önce başlayan bilinç bulanıklığı, genel durumunda bozulma gaita çıkaramama şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Yakınlarından alınan bilgiye göre tip2 diyabetes mellitus(DM), hipertansiyon(HT), koroner arter hastalığı(KAH), karaciğer siroz ve meme kanseri tanılarında tedavi görmektedir. İki ay önce dış merkezde özafagus varis kanaması nedeni ile tedavi aldığı ve endoskopik skleroterapi ve band ligasyonu yapıldığı öğrenildi. İki ay önce yapılan endoskopsinde özafagus distalde grade 2 özafagial varisler ve portal hipertansif gastrapatisi olduğu görülmüş ve kanama kontrolü sağlanmıştır. Hastanın kullandığı ilaçlar ise hepamerz, monodur, vastarel, aldacton, lasix, 30ü lantus olduğu öğrenildi. Hastanın acil serviste yapılan muayenesinde genel durumu kötü, non oryante ve non koopere, Glaskow koma skalası 7-8 olarak değerlendirildi. Tansiyon arteriyeli 100/60 mmHg, nabız 102/dk oksijen saturasyonu %96 (oksijen tedavisi almadan), solunum sayısı 22/dk ve kan şekeri 40 mg/dl olarak tespit edildi. İnspeksiyonunda clıt ikterik, batin ise distandü olarak görüldü. Batin muayenesinde defans ve reboundu yoktu. Solunum sistemi hafif takipnesi dışında normal olarak değerlendirildi. Yapılan rektal tuşe normal gaita bulaşı görüldü. Hastanın acil serviste yapılan beyin bilgisayarlı tomografisinde(BT) kronik iskemik değişiklikler görüldü. Abdominal BT'sinde ise karaciğer konturları onduler, herhangi bir kist kitle tespitedilmemiş olup afra kesesinde 1 cm taş tespit edilmiştir. İncelenen hemotolojik parametrelerinde hemoglobini 8.5, hematokriti 23,7, plateleti ise 66000 tespit edildi. Biyokimyasında ise üre 105,9 kreatinin 1,39, AST 40, ALT 16, total bilirbini 8,7, direk bilirbünü 4,18, sodyum 140, klor 97 LDH 247, crp 10, albümini ise 28 olarak görüldü. Kan gazında ise pH 7.517, pCO2 27,4, HCO3 23,5 ve laktatı 2,64 ve kan amonyak düzeyi 94,3 olarak yüksek tespit edildi.



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

Sonuç: SONUÇ: Karaciğer siroz tanılı hastaların acil servise bilinci kapalı başvuran hastalarda hepatik ensefalopatiyi ilk aklımıza getirmek ve HE'yi predispoze eden faktörler hızlı bir şekilde ekarte edilmelidir. Bunun için acil servislerde hızla bakılabilen parmak ucu kan şekeri hemen bakılmalıdır

Anahtar Kelimeler: NH3, KONSTİPASYON, HİPOGLİSEMİ, HEPATİK ENSEFALOPATİ

EP-057

Varfarinin kontrol edemediği Renal Arter İnfarktıFulya KOÇ¹, Dilay SATILMIŞ¹, Derya AYDEMİR¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş: Renal İnfarktüs, renal arter veya segmental dallarının tam veya kısmi oklüzyonunun neden olduğu ve renal dokunun iskemik nekrozuna yol açabilen nadir bir iskemik hadisedir (1). Renal arter İnfarktının etyolojik nedenleri pıhtılaşma bozuklukları, vaskülit, bağ dokusu hastalıkları, valvüler endokardit , aort veya renal arter aterosklerozu, aort anevrizmaları, sigara ve travmadır (2).

Amaç: Bu vaka sunumumuzda amacımız antikoagülan kullanımına rağmen vasküler embolinin görülebileceğini belirtmektir.

Bulgular: Daha önce mitral valv replasmanı, atriyal fibrilasyon ve epilepsi öyküsü olan 62 yaşında erkek hasta, 2 gündür devam eden karın ağrısı ve bulantı şikayetleriyle acil servise (AS) başvurdu. Kullandığı ilaçlar furosemid, digoksin, antikoagülan, beta-bloker ve karbamazepin idi. Batın muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyet dışında bir bulgu saptanmadı. Elektrokardiyografide atriyal fibrilasyon görüldü. Diğer tüm sistem muayeneleri normaldi. Hemogloblin 10.8 g/dL (12.0-16.0 g/dL) ve trombosit sayısı 140 x 10³/mm³ (150-450 10³/mm³), lenfosit 0.94 10³/mm³ (1,5-3,5 10³/mm³), CRP 27.37 mg/L (0-5. 0 mg/L), LDH değeri 1234 U/L (200-450 U/L), GGT 121 U/L (10-71 U/L), sodyum (Na) 126 mmol/L (136-145 mmol/L), Clor (Cl) 90,9 mmol/L (98-107 mmol/L), ALT 101,6 U/L (0-41 U/L), AST 108,6 U/L (0-40 U/L) idi. Atriyal fibrilasyon için varfarin kullanmasına rağmen INR düzeyi 1.91 idi ve renal fonksiyon testleri normaldi. Karın ağrısı devam eden hastada AS'te planlanan IV kontrastlı bilgisayarlı tomografide sol renal parenkim sınırları düzensiz, apeksi helyuma ve böbrek kapsülünün tabanına bakan periferik hipodens alan saptandı(Şekil 1).Hastamızın IV hidrasyon, anti-emetikler ve ağrı kontrolü ile tedavisi ve vital bulguları, laboratuvar değerlerinin yakın takibi planlandı . Acil serviste genel durumunada stabilizasyonu sağlandıktan sonra ileri tetkik ve tedavi için girişimsel radyoloji kliniğine yatırılı planlandı.

şekil 1 : Contrast-enhanced CT imaging was used to confirm the diagnosis of renal infarction



Sonuç: Renal infarkt karın ağrısının nadir bir nedeni olarak kabul edilir. Renal infarkt nonspesifik prezentasyonu nedeniyle kolaylıkla atlanabilen bir tanıdır. Erken tanı ve antikoagülasyon tedavisinin hızlıca başlanması tedavide temel basamaktır (3). Bizim olgu sunumumuzda da, renal infarktın ön planda atriyal fibrilasyona seconder

tromboembolik bir hadise olduğu düşünöldü. Varfarin kullanımına rağmen hastanın INR değeri terapötik aralıkta saptanmadı.İşte bu sebep ile, AS'te karın ağrısı ile gelen hastalarda renal infarkt ve komplikasyonlarını önlemede erken klinik şüphe ve ileri değerlendirme kritik öneme sahiptir ve hastaların antikoagölan kullanımı bizim öntanı-larımızı yanıltmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: renal arter infarktı, atriyal fibrilasyon, varfarin

EP-058

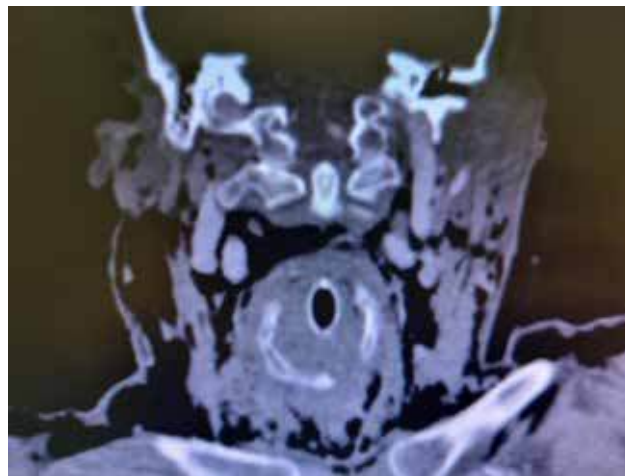
Attan düşme sonucu olan solunum sıkıntısı ile gelen hastada tiroid kartilaj fraktürü saptanmasıGülşah Sabır¹, İsmail Ufuk Yıldız¹, Emrah Savaş¹, Sercan Erin¹¹İğdır Dr.Nevruz Erez Develt Hastanesi

Giriş: Larengetrakeal yaralanmalar sık olmamakla birlikte hayatı tehdit eden yaralanmalardır. Künt ve ya penetran yaralanmalar şeklinde olmaktadır. Künt yaralanmalar en çok motorlu araç kazaları ve spor yaralanmaları sonucu oluşmaktadır. Penetran yaralanmalar da en sık ateşli silah yaralanmaları ile oluşur. Trakeobronşiyal yaralanmalarda en sık saptanan radyolojik bulgular ise pnömotoraks, pnömomediastinum, cilt altı ve derin yumuşak doku planlarında serbest hava değerlerinin izlenmesidir. Tedavide en önemli unsur hava yolunun sağlanmasıdır. Ardından mydana gelmiş olan trakeolarengea fraktürler ve mukozal yaralanmaların onarımı yapılmalıdır.

Amaç: Bu vakada acil servise travma sonrası oluşan solunum sıkıntısı ile gelen hastalarda laringetrakeal yaralanmaların da olabileceğinin göz önünde bulundurulmasını amaçladık.

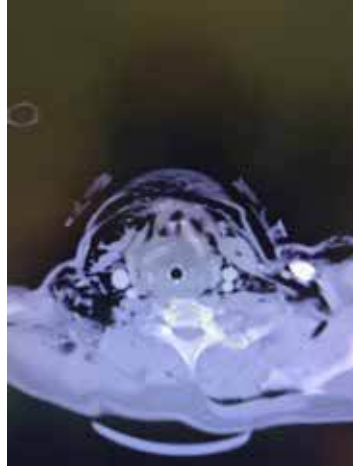
Bulgular: 68 yaşında erkek hasta, bilinen ek hastalık ilaç kullanımı yok, acil servise solunum sıkıntısı ile başvurdu. Hastanın öyküsünde 2 saat önce attan düştüğü öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu kötü, bilinç kapalı, boynun her iki yanında ve sağ hemitoraksta cilt altı amfizem ve ağız içinde aktif hemoraji mevcuttu. Solunum sesleri sağ tarafta azalmış, batın rahattı. TA:100/50 mm/Hg, nabız 150/dk, ateş 36,6 C, kan şekeri 95 mg/dl. EKG sinüs taşikardisi şeklindeydi. Glaskow koma skalası 3 olarak değerlendirilen hasta elektif entübe edildi. Sağ akciğere tüp torakostomi uygulandı. Travma görüntülemeleri yapıldı. Boyun BT '..... tiroid kartilajda belirgin deplase parçalı multiple fraktürler dikkati çekmektedir. Fraktür çevresinde trakeayı sarmış görünümde en kalın yerinde 26 mm ye varan hemorajik dansite artımları mevcuttur.' raporlandı. Entübasyon ve torakostomi uygulaması sonrası klinik durumu stabilleşen hasta ileri tetkik ve tedavi için üst merkeze sevk edildi.

Şekil 1:



Toraks BT de yaygın cilt altı amfizem ve tiroid kartilaj fraktürü görünümü

Şekil 2:



Toraks BT de yaygın cilt altı amfizem ve tiroid kartilaj fraktürü görünümü

Sonuç: Sık görülmemekle birlikte larengotrakeal yaralanmalar hayatı tehdit edebilmektedir.Acil servise künt ve ya penetran boyun yaralanmaları ile gelen hastalarda ön tanıda düşünülmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: trakea, rüptür

EP-059

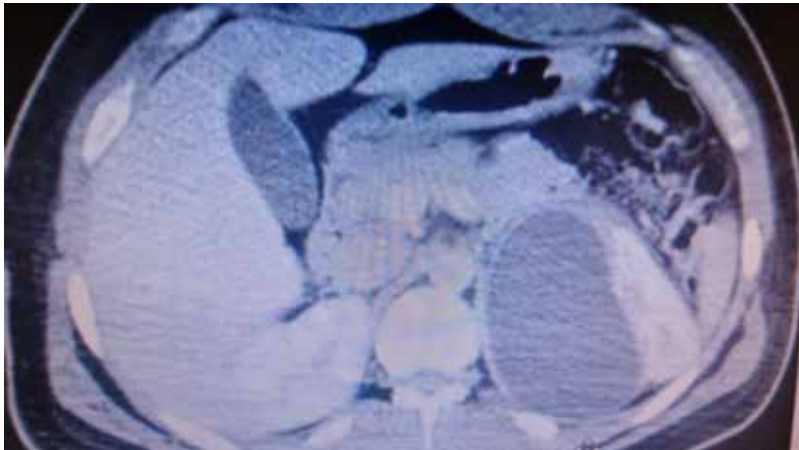
Yan Ağrısı ile Başvuran Hastada Renal Kist Hidatik SaptanmasıGülşah Sabır¹¹Iğdır Dr Nevruz Erez Devlet Hastanesi

Giriş: Kist hidatik uzun yıllardır bilinen ve insan ve hayvan sağlığını tehdit eden önemli bir hastalıktır. Hidatik kist hastalığı, oral yolla alınarak ince bağırsak mukozasına invaze olan *Echinococcus granulosus* larvalarının kan ve lenf dolaşımı aracılığıyla organlara yerleşmesiyle oluşan parazitik bir enfeksiyondur. Hidatik kist hastalığı Türkiye'nin de aralarında bulunduğu gelişmekte olan birçok ülke için önemli bir sağlık sorunudur. Renal hidatik kist oldukça nadirdir, olguların yalnızca %2'sinde renal tutulum görülür.

Amaç: Biz bu vakada acil servise yan ağrısı ile başvuran hastada saptanan renal kist hidatik olgusunu bildirdik. Acil servise başvuran ve kist saptanan hastalarda kist hidatik tanısının atlanmamasını amaçladık.

Bulgular: 24 yaşında erkek hasta acil servise sol yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Ağrı aynı gün sabah başlamış. Fizik muaynede; genel durum iyi, bilinç açık, solunum sesleri doğal, batın rahat defans rebound yok, sol kosta-vertebral açı hassasiyeti var, nörolojik muayne doğal. Özgeçmişinde bilinen hastalık yok. Düzenli kullandığı ilaç yok. Hastaya tam kan, biyokimya ve tam idrar tahlili çalışıldı. Sonuçlarında; WBC:12.150 10³/mm³, HB:12.4g/dl, Üre:30mg/dl, kreatinin 0,68mg/dl, CRP:119mg/L, idrar mikroskopi doğal olarak sonuçlandı. Semptomatik tedaviye yanıt vermeyen hastada ileri görüntüleme olarak kontrastlı üst ve alt abdomen batın tomografisi çekildi. Tetkik sonucu ^.....sol böbrek üst polde 113x63mm boyutlarında kalın duvarlı, duvarında kontrastlanma bulunan kistik lezyon dikkati çekmiştir. Hastanın öncelikle kist hidatik açısından ileri incelenmesi önerilir. Tip 1 kist hidatik öncelikli olarak düşünülmüştür. ^ şeklinde raporlandı.

şekil 1



sol böbrek üst polde 113x63mm boyutlarında kalın duvarlı, duvarında kontrastlanma bulunan kistik lezyon

Sonuç: Hasta için üroloji ve enfeksiyon hastalıkları görüşü alındı. 2x400 mg albendazol tedavisi başlandı. Elektif operasyon önerilen hasta ağrı kontrolü yapıldıktan sonra taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: renal kist hidatik

EP-060

Gastrointestinal sistemde yabancı cisimİbrahim Ahmet Gül¹, Ahmet Burak Erdem¹, Burhaneddin Burak Yurt¹¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş: Yabancı cisim yutulması yaygın bir klinik problemdir. Özellikle acil servislerde karşılaşılan ve hayatı tehdit eden noktalara getirebilen bir durumdur. Yabancı cisim (YC) maruziyeti sıklıkla çocuklarda görülmekte olup, çoğunluğu (%80-90) gastrointestinal sistemi(GİS) müdahale gerektirmeden geçmektedir. Hastaların %10-20'sine endoskopik müdahale gerekirken, %1'den azına cerrahi veya komplikasyon müdahalesi gerekmektedir. Pil, miktanılar, keskin uçlu, metal nesneler, iğneler, balık kılçığı gibi cisimler barsak perforasyonu ve Gastrointestinal(Gİ) kanama gibi hayatı tehdit edici durumlara yol açabilmektedir. Olguların yüksek bir oranı hastaneye erken dönemde başvurur. Takılma hissi, boğulma hissi, yutkunmada zorluk, öğürme refleksi gibi semptomlarla acil servise gelirler. Tanı için Kullanılan teknikler: X-Ray, USG, BT

Amaç: Gİ sistemde bulunan yabancı cisimlerin yerinde müdahale edilip , hayatı tehdit eden durumlara dönüşmeden acil serviste düzeltilmesidir.

Bulgular: 29 yaş erkek hasta Acil Servise yaklaşık 1 saat önce ağzıyla sodayı açarken boğazına soda kapağı kaçtığını ifade ederek acil servise başvuruyor. Boğazında takılma baş-boyun hareketlerine bağlı batma ve gıcık- lanma hissi mevcut. Fizik Muayene: Bilinç açık, oryante koopereGks:15 barsak sesleri normoaktif. OF: Yabancı cisim izlenmediSat:98 Nbz:80-82 TA:132/84Bilinen epilepsi hastası Hastadan X-ray istendi. Çekilen X-Ray sonucunda özofageal bölgede yabancı cisim tespit edildi. Hasar durumu açısından KBB, Gastroenterolojiye konsülte edildi. KBB tarafından yapılan muayenede Orofaringeal bölgede cilt, oral ve faringeal yapıların bütünlüğünü koruduğu bildirildi. Gastroenteroloji tarafından endoskopi planlandı. Endoskopiye alınan hastanın endoskopiyle yabancı cisim çıkarılamadı mide korpus seviyesine düştüğü tespit edildi. Mide içeriğinin dolu olması sonucu endoskopiyle mideye müdahale edilemedi. Genel cerrahi görüşü alınması kararlaştırıldı. Genel Cerrahiye konsülte edilen hastanın Genel Cerrahi muayenede gaz gaita çıkışı + ,batın rahat olması sebebiyle acil girişim düşünmedi. Poliklinik önerisiyle taburculuğu planlandı, taburcu edildi. Hastanın taburculuk sonrası alınan bilgilere göre ertesi gün Dış merkeze başvurup dışmerkezde yapılan endoskopi sonucu yabancı cisim çıkartılmış olup taburcu edildiği öğrenildi.

PAAC X-Ray



Yabancı cismin geliş yeri

CT Görüntüsü



Endoskopi sonra korpus seviyesine düşen yabancı cisim

Sonuç: Gİ sistemde yabancı cisim görülmesi acil serviste sık karşılaşılan bir durumdur. Klinikleri hafif seyredebildiği gibi aspirasyon, perforasyon, total obstrüksiyon gibi komplikasyonlara bağlı olarak ağır durumlarda da karşımıza çıkabilir. Fizik muayene ve endikasyon dahilinde görüntüleme yöntemleriyle tespit edilip zamanında müdahale edilmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal sistem, Yabancı cisim, Endoskopi

EP-061

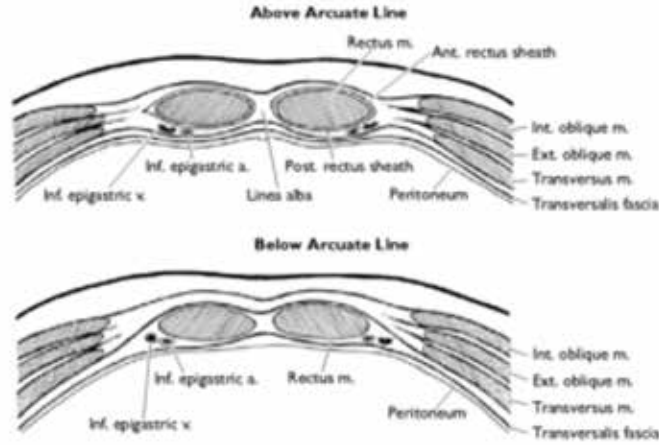
Öksürükle Gelen Hastada Batın İçi Kanama

Burak Uğur¹, Merve Nihal Akpınar¹, Asım Kalkan¹

¹Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Travmatik olmayan abdominal duvar hematomları nadir olarak görülür. Genellikle öksürmeye, fiziksel aktiviteye veya antikoagulan tedaviye bağlı olabilirler. En sık görülen semptomların içinde dirençli karın ağrısı, batında hassasiyet ve ilgili kaslarda hassasiyettir. Rektus kılıf hematomları çoğunlukla konservatif tedaviye yanıt verir.

schematic of anatomical relationship between the rectus muscles and their posterior sheath with the transversalis fascia.

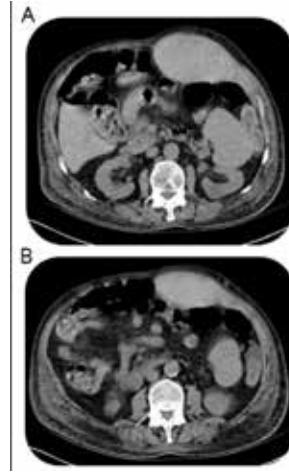


schematic of anatomical relationship between the rectus muscles and their posterior sheath with the transversalis fascia.

Amaç: Coumadin kullanan hastada kas içi hematoma görüntüsünü göstermek

Bulgular: 72 yaş erkek hasta, bilinen KKY, HT, BPH ve atrial fibrilasyon tanıları mevcut olup kronik olarak warfarin kullandığı biliniyor. Öksürük, nefes darlığı şikayetleri ile dış merkeze başvuran hastaya pnömoni tanısı ile tedavi başlanmış. Hasta pnömoni tedavisini tamamladıktan birkaç gün sonra tarafımıza karında şişlik ve morarma şikayetleri ile başvurdu. Yapılan görüntülemelerde sol rektus kası içerisinde 9x5cm boyutlarında hematoma saptanan hastanın kan tetkiklerinde hgb 10.9, INR 1.69 olarak görüldü. Alınan kontrol hgb 10.7 olarak sonuçlanan hastanın anemnezi derinleştğinde önceki gün dış merkezde alınan INR nin 20 olduğu ve INR düzenleyici tedavi aldıktan sonra tarafımıza başvurduğu öğrenildi. Hasta gözlem amacı ile genel cerrahi servisine interne edildi.

Sol rektus kılıf hematomu görüntüsü



Sol rektus kılıf hematomu görüntüsü

Sonuç: Travmatik olmayan rektus kılıf hematomları nadir olarak görülmekte olup tanıda en yararlı yöntem bilgisayarlı tomografidir. Kanayan damarların tespit edilmesi için kontrastlı BT anjiyografi tercih edilebilir. Çoğu rektus kılıf hematomu konservatif tedaviye yanıt verirken, hematom boyutu arttıkça, hemodinamik unstabilite gelişebilir ve anjiyografi ile vasküler embolizasyon gerekebilir. Ciddi hastalarda cerrahi ile damar ligasyonu yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: warfarin, hematoma, rektus kılıf hematoma, öksürük, coumadin

EP-062

Renal kolik mi? Abdominal aort anevrizması mı?Hanım asya Koka¹¹Sultan Abdülhamid han eah

Giriş: Abdominal aort anevrizması (AAA) progresif genişleme, trombozis, rüptür ve distal embolizasyona sebep olan abdominal aortanın yaygın kronik dejeneratif hastalığıdır. Aorta çapının ≥ 3 cm olması veya normal arter çapının %50 artması şeklinde tanımlanır ve ≥ 5 cm olunca onarım düşünülür. AAA hastaların sıklıkla 1.derece akrabalarında aort anevrizması vardır (%18). Erkek cinsiyet, yaş (≥ 60), sigara, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, bağ doku hastalıkları risk faktörleri arasındadır. Tanı konmasından sonra sağ kalım artmasına rağmen hastalığın mortalitesi ve rüptüre olma sıklığı yüksektir. Biz de bu olguda karın ağrısı şikayeti ile gelen hastaya AAA rüptürünün tanı ve yönetimi hakkında acil serviste yapılan müdahalelerin önemini sunmayı amaçladık.

Bulgular: Altmış sekiz yaşında erkek hasta yaklaşık üç saat önce başlayan sol yan ağrısı şikayeti ile acil servisi-mize başvurmuştur. Hasta aniden bıçak saplanır tarzda bir ağrısının olduğunu sonrasında azalıp tekrar arttığını söyledi. Hipertansiyon ve koroner arter hastalığı tanısı olan hastanın aktif göğüs ağrısı olmamış. Başvuru anında genel durumu iyi, bilinci açık, koopere oryante, hipotansif (93/61 mmHg), kalp hızı (90 /dakika), oda havasında saturasyonu (93%) olan hastanın ayrıntılı sistem muayenelerinde sol üst kadranda hassasiyet ve solda kosto-vertebral açısı hassasiyeti (KVAH) mevcuttu. Hastaya acil serviste acil tıp uzmanı eşliğinde acil asistanı tarafından yapılan yatak başı ultrasonografi (USG) görüntülemesinde anevrizma görüldü. Hastanın geliş anında alınan kanlarında WBC:17.3, Hgb:11.2, HCT:35, CRP:1.64, Kreatinin:1.08, ÜRE:45 Troponin :10.89 geldi. Hastaya 500ml dengeli elektrolit sıvı ve aneljezik tedavisi yapıldı. Bir saat sonra alınan hemogramında Hgb:8, Hct:25.3'e gerileyen hastaya 3 ünite Erirosit süspansiyonu, 1 ünite Taze Donmuş Plazma transfüzyonu planlandı. Batın USG'sinde saptanan abdominal aort genişlemesinin ayrıntılarını görmek ve retroperitoneal kanama şüphesi nedeni ile bilgisayarlı tomografi anjiyografi planlandı. Bilgisayarlı tomografi anjiyografide abdominal aorta infrarenal düzeyde anterior-posterior çapı yaklaşık 7.5cm'ye ulaşan anevrizmatik genişleme izlendi. Anevrizma kranial kısmında anterior retroperitoneal alanda özellikle batın sol yarımında Şekil 1 'de görüldüğü gibi yaygın hemorajik sıvılar ve hematoma alanları s

Sonuç: Atipik semptom ile başvuran hastalarda AS'de acil tıp uzmanı tarafından yatakbaşı USG'nin rutin kullanılması hızlı tanı konması ve tedaviye yön vermesi açısından önemli hâle gelmektedir. Abdominal aort anevrizmaları tanı atlandığında kısa süre içerisinde mortal seyredabilen en önemli noktanın acil serviste ön tanı olarak düşünülmesi gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Abdominal aort anevrizması, Renal kolik

EP-063

PENİS KURŞUNLANMASI

Vedat Gültekin¹, Merve Nihal Akpınar¹, Asım Kalkan¹

¹Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Genitoüriner sistem kurşunlanmaları travmalar içinde nadir ve yönetilmesi kompleks durumlardır. Kurşunlanma sonrası komplikasyonlar kanama, enfeksiyon, erektil disfonksiyon ve üretral stenoz olabilir. detaylı muayene ve görüntüleme ile hastada korpora kavernosa ve üretra yaralanmaları dışlanmalıdır.

Fig 1. Penis anatomisi

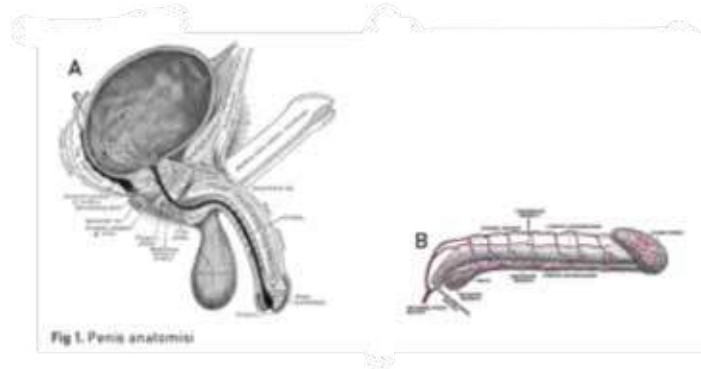


Fig 1. Penis anatomisi

Amaç: Fig 1. Penis anatomisi Fig 2. Hastanın tomografi görüntülemesi

Bulgular: 22 yaş erkek hasta ateşli silahlı yaralanması sonrası ambulans ile hastanemizin acil servisine getirildi. Hastanın geliş muayenesinde; bilinç açık, GKS 15, oryante, koopereydi. Vitallerinde Ta:114/63, nab:86, spo2:96, olan hastanın penis dorsumundan giriş, ventralinden çıkış bölgesi izlenen muhtemel kurşunlanma yaralanması görüldü. Hasta görüntülemesi yapılarak üroloji ile konsülte edildi ve operasyon amaçlı üroloji servisine interne edildi.

Fig 2. Hastanın tomografi görüntülemesi

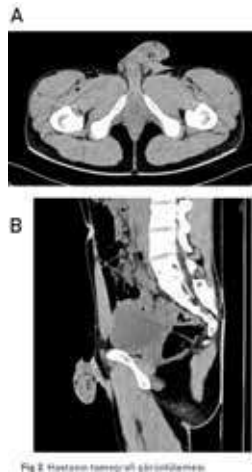


Fig 2. Hastanın tomografi görüntülemesi



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

Sonuç: Penisi içine alan kurşunlanmalar nadir olabilir, fakat bu tür yaralanmalar sistematik bir şekilde incelenmeli ve tedavi edilmelidir. Başvuran hastalarda kavernoza ve üretra yaralanmaları var kabul edilmelidir. Tanıda üretra yaralanmalarını dışlamak için retrograd üretrogram kullanılabilir. Kavernosa yaralanması olan hastalarda primer kapatmanın erken dönemde yapılması fonksiyonel ve kozmetik açılardan önemlidir.

Anahtar Kelimeler: kurşunlanma, penis, üretra, travma, acil tıp

EP-064

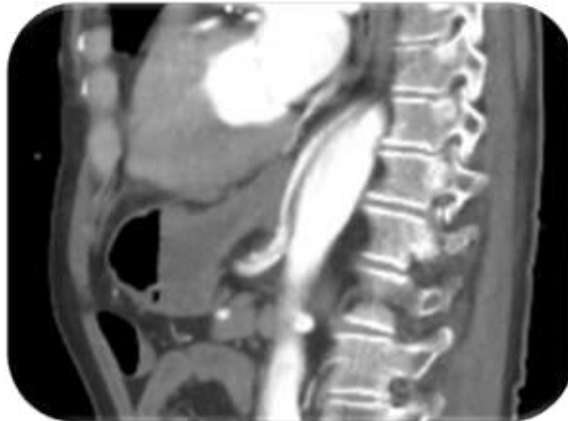
ACIL SERVİSTE İKİ FARKLI ARTERİYEL DİSEKSİYONMELİH GÖKÇİMEN¹, FATİH MEHMET ALPTEKİ¹, ERSİN KIRIŞ¹, GÜLŞEN CİĞSAR¹¹ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Arteriyel diseksiyonlar teşhisi acil serviste konması gereken gerçek acillerdendir. Ne var ki bu olgular her zaman tipik bir tablo ile hekimin karşısına çıkmaz ve çok çeşitli hastalıkları taklit edebilir. Olgu sunumumuzda ishal, karın ağrısı ile başvuran SMA ve aort diseksiyonu olan bir olgu ile sağ kolda 15 dakika süren güçsüzlük sonrası başvuran bir vertebral arter diseksiyonu olgusu anlatılacaktır.

Amaç: Karın ağrısı ve ishal şikayetiyle gelen başvurdu. Ağrının bugün başladığını ve sonrasında ishalinin olduğunu belirtti. Hasta özgeçmişinde hipertansiyon tanısı mevcut ve ilaçlarını düzenli bir şekilde kullanmaktaydı. Hastanın vital değerleri normal aralıktaydı. Fizik muayenesinde batını rahattı defans ve rebound yoktu. Periferik nabızları açıktı. Hastadan EKG ve kan tetkikleri istendi. Semptomatik tedavi verildi. EKG normal sinüs ritminde ve akut iskemik değişiklik görülmedi. Semptomatik tedavi rağmen semptomları devam etmesi, kan tetkiklerinde laktat ve hs troponin yüksek gelmesi üzerine hastaya BT anjiyografi çekildi ve aorta ve superior mezenter arterde diseksiyon saptandı(Resim1,2). Kalp ve damar cerrahisine konsülte edildi ve yatış yapıldı. Olgu2:15 dk sürüp sonrasında kaybolan sağ kolda güçsüzlük sebebiyle başvurdu. Vital değerleri normal aralıktaydı. Detaylı anamnezinde 3 gün önce boyunda kısa süreli bir ağrı ve 1gün önce de gelip geçici bir baş dönmesi tariflemekteydi. Hastanın bilinci açık, oryantasyonu ve kooperasyonu tamdı. Acile başvuru anında babinski bilateral lakayt olması dışında kranial sinir,duyu,motor,serebellar ve derin tendon refleks muayenesi olağandı. Serebrovasküler olay düşünülen hastada yapılan görüntülemelerin ardından sol serebellar enfarktüs ve sol vertebral arter diseksiyonu saptandı(Resim3). Konsültasyonun ardından nöroloji kliniğine hastanın yatışı yapıldı.

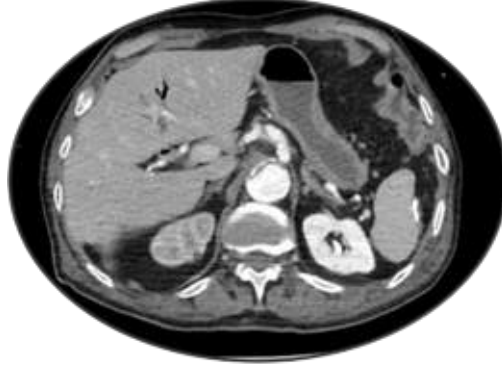
Bulgular: Arter diseksiyonu intimal bir yırtık olduğunda başlar. Sonrasında kan, aortik sistolik basınç altında media'ya doğru diseke eder. Diseksiyon sürecinde hipertansiyonun önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir(1). Arter diseksiyonu; klinik belirtiler ve ölüm oranı açısından diseke ettiği arter ile ilişkilidir ve klinik prezantasyonu da diseke olan arterin beslediği organların fonksiyon bozukluğu ile gelmektedir(1). Tutulum arteri neresi ise kan- da ki belli parametrelerde değişiklikler bize arter diseksiyonunu hatırlatmalı ki , d-dimer seviyeleri; daha düşük HGB; ve böbrek fonksiyonu (BUNveCr), karaciğer fonksiyonu ve miyokard bozuklukları dahil olmak üzere dikkate değer organ fonksiyon bozukluğu hekimlere arter diseksiyonunu hatırlatmalıdır(1).

Resim 2



Vertebral arter diseksiyonu BT görüntüsü

Resim 1



Süperior mezenter arter Diseksiyonu BT görüntüsü

Sonuç: Arter diseksiyon olgularının farklı klinik prezantasyonlar ile gelebildiği ve tanı konmasındaki gecikme mortaliteyi artıracağı unutulmamalıdır. Detaylı anamnez ve fizik muayene olgularda ölümcül tanılar kaçırılmamak açısından önemlidir. Şüpheli vakalarda BT anjiyografi ile hızlı tanı konarak mortalite ve morbidite önemli ölçüde azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: diseksiyon, karın ağrısı, Serebrovasküler olay, Süperior Mezenter Arter, Vertebral arter

EP-065

Enerjisi Yüksek Bir Düşme Türü: Halı Sahada RöveşataMuhammed Necdet Özcan¹, Gültekin Akyol¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Travmalar ölümlerin ve maluliyetin büyük bir sebebini oluşturmaktadır. Bu travmalar arasında ev, iş, trafik kazaları ve daha birçok sebep yer alır. Düşme, travma sebebi açısından acile başvurularda sıklıkla yer almaktadır. Düşmelerin mekanizması, yüksekliği, düşme açısı gibi etmenler düşmenin yüksek veya düşük enerjili olmasına sebep olabilir. Ülkemizde ise halı saha sosyalleşme açısından büyük bir paya sahip olup, travma sebepleri arasında azımsanmayacak bir orana sahiptir.

Amaç: Bu olgu sunumunda, hastayı değerlendirirken, fizik muayenenin yanı sıra travmanın meydana geldiği yerin de sorgulanmasına dikkat çekmeyi amaçladık.

Bulgular: Otuz beş yaşında erkek hasta gece saatlerinde 112 ekipleri tarafından izole düşme olarak acil servise getirildi. Hastanın halı sahada röveşata denerken düştüğü öğrenildi. Hasta getirildiğinde güvenlik çemberi sağlandı. 112'den alınan vitaller stabil olup ABCDE rutin bakışında patoloji saptanmadı. Ekstremiteler muayenesinde sağ dirsek ödemliydi ve eklem hareket açıklığı mevcut değildi, nörovasküler defisit saptanmadı. Sağ dirsek deforme izlendi. Hasta analjezinin ardından röntgene yönlendirildi. Çekilen grafide (Fotoğraf 1 ve 2) ulnohumeral eklem dislokasyonu izlendi. Ortopedi ve travmatoloji konsültasyonu yapıldı. Sedoanaljezi eşliğinde redüksiyon yapıldı, ardından tomografi ve MR planlandı. Görüntülemelerde sağ koronoid kırığı, LCL avulsiyon kırığı olan hastada yaygın eklem içi efüzyon ve ekstensör tendonlarda grade 2 sprain gözlemlendi. Hastanın kontrol muayenesinde ve tetkiklerinde ek patoloji izlenmemesi üzerine ortopedi ve travmatoloji kliniğine yatırıldı. Yapılan cerrahinin ardından önerilerle ve kontrollere çağrılarak taburcu edildi.

Resim 1: Ulnohumeral eklem dislokasyonu



Resim 2: Ulnohumeral eklem dislokasyonu



Sonuç: Travma hastalarında düşme mekanizması sorgulanmalıdır. Hasta yüksek bir yerden düşme dahi düşme açısından dolayı yüksek enerjili bir travma geçirebilir. İzole travma hastalarında sistemik muayene es geçilmemelidir. Bu hasta grubunda şiddetli ağrı ek patolojilerin gözden kaçmasına sebep olabilir. Bu vakada hasta 135 derece dirsek açısı ile düştüğü için neredeyse terrible triad olarak bilinen dirseğin katastrofik bir kırıklı çıkığının kıyısından geçmiştir. Terrible triad; dirsek çıkığı, koronoid kırığı ve radius başı kırığından oluşur. Hastamız bu triadin ilk ikisini sağlamıştır. Ayrıca böyle hastalarda çıkığın ivedilikle redüksiyonu, acil ortopedi ve travmatoloji konsültasyonu gereklidir.

Anahtar Kelimeler: düşme, halı saha, travma

EP-066

Kolum Şişti, Bana Ne Yaptınız?Elif Dilşah Yaşar¹, Burcu Bayramoğlu¹, İsmail Tayfur¹¹Acil Tıp Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Kontrast maddeler acil servislerde sık kullanılan ilaçlardır. Kontrast maddelerin uygulanmasında kontrast nefropati ve alerjik reaksiyonlar ilk akla gelen risklerdir. Ancak kontrast madde ekstravazasyonu gözden kaçan, önlenebilir ve iyatrojenik bir komplikasyondur ve vakaların %0,1-0,9 oranında görülür. Küçük miktarda cilt altına kaçan kontrast madde kızarıklık, ağrı, şişliğe neden olurken, cilt altına kaçan büyük miktarda kontrast madde cilt nekrozu ve kompartman sendromu ile ilişkilidir. İyonik özellikteki kontrast maddenin 30 ml, noniyonik özellikteki kontrast maddenin 100 ml'den fazla cilt altına kaçışı kompartman sendromu açısından risklidir.

Amaç: Bu vaka sunumunun amacı kontrast madde ekstravazasyonu fark edildiğinde erken müdahale etmenin önemi konusunda farkındalık oluşturmaktır.

Bulgular: Elli beş yaşında erkek hasta yan ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede batin rahat, solda kostavertebral açısı hassasiyeti izlendi. Yapılan tetkiklerde patoloji saptanmayan hasta için ileri tetkik amacıyla kontrastlı tüm batin BT istendi. Batin BT de hastanın sol böbreğinde 2 cm çapında kortikal kist izlendi. Hastanın takibi esnasında hasta sağ kolda ve dirsekte yaygın şişlik ile meydana geldiği görüldü ve hasta müşahade alanında gözlem altına alındı. Periferik nabızlar palpabl, kapiller dolum zamanı normal ve rom açık izlendi. Hasta direk grafi çekilerek ortopediye danışıldı. Bu esnada hastaya ekstremité elevasyonu uygulandı, soğuk uygulama yapıldı ve NSAİİ başlandı. Hasta kompartman sendromu açısından takibe alındı. Dört saatlik takibin ardından hastanın ödeminin gerilemesi, dolaşım bozukluğu izlenmemesi, rom açıklığı ve kapiller dolum zamanının normal olması sebebi ile aciller anlatılarak taburcu edildi.

Resim1: Kontrast maddenin uygulandığı bölgede cilt altı kontrast madde



Sonuç: Kontrast madde ilişkili kompartman sendromu hastaya kontrast madde verilirken akılda tutulması gereken bir durumdur. Kontrast madde verilmeden önce damar yolu ekstravazasyon açısından kontrol edilmelidir. Ekstravazasyondan ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonları önlemek için el ve ayak dorsalindeki damarlar kullanılmaktan kaçınılmalı, mümkünse plastik kanül seçilmelidir ve mümkün olan en geniş kanül kullanılmalıdır. Ekstravazasyon fark edildiğinde damaryolu kullanımı durdurulmalıdır. Vakamızda da olduğu gibi, erken ve doğ-



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACIL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

ru müdahale ile sekelsiz tedavi mümkündür, geç kalındığı durumlarda kontrast madde ekstrevasyonu hasta için uzun hastane yatışları ve ameliyatlar gerektirebilen iyatrojenik bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: kontrast madde, komplikasyon, kompartman sendromu

EP-067

EV YAPIMI ALKOL “METANOL ZEHİRLENMESİ”Mustafa yasin ökten¹, Sevilay Bıyıklı¹, Gökhan Cabar¹, Mürşide Yaylı¹, Mustafa çalık¹¹gaziosmanpaşa eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş: Alkoller, bir veya daha fazla hidroksil grubuna sahip hidrokarbonlardır. Cam yıkama solüsyonları, parfümler, pişirme yakıtları ve baskı solüsyonları gibi birçok yaygın ev ürününde metanol bulunur. Metanol zehirlenmesi ise sıklıkla yasa dışı yollarla üretilen alkollü içeceklerin oral alımıyla oluşmaktadır. Metanolün kendisi çok toksik olmamakla birlikte vücutta alkol dehidrogenaz enzimi tarafından formaldehite dönüştürülür ve bu da aldehit dehidrogenaz tarafından formik aside metabolize edilir. Metanolün toksisitesi esas olarak metabolitlerinden kaynaklanır. Metabolik asidozun yanı sıra optik sinir hasarı, karaciğer ve böbrek hasarı ve ciddi alımlara bağlı mortalite gözlenebilmektedir.

Amaç: Bu yazıda evde kendi ürettiği alkollü aldıktan sonra geç dönemde hastaneye başvuran bir hasta klinik seyri ve tedavi yaklaşımı birlikte sunulmuştur.

Bulgular: 64 Yaş erkek hasta; nefes darlığı, görmede bulanıklık şikayeti ile acil kliniğine başvuruyor. Hastanın glaskov koma skoru 11 (E3V3M5) olarak değerlendiriliyor. Non oryante non koopere olan hasta bir önceki akşam alkol kullandığını ifade ediyor. Bilinç bulanıklığına , bulantı ve kusmanın da eşlik ettiği hasta solunum yolu güvenliğinin sağlanması amacıyla entübe ediliyor. Hastanın bilinen bir ek hastalığı yok. Laboratuvar tetkiklerinde kan gazında pH:6.86 laktat:6.8 PCO2:14 bikarbonat:2.60 saptanıyor. Kanda alkol düzeyi:6,1 mg/dl (referans aralığı 0-50) saptanıyor. Metil alkol düzeyi bakılamıyor. Yakınlarından alınan bilgiyle hastanın evde kendi ürettiği alkollü tükettiği öğreniliyor. Hastaya acil serviste metil alkol zehirlenme şüphesi ile 100 mg tiamin verildi. Fomepizol temin edilemediği için verilemedi. 114 ile iletişime geçildi. Elinde etanol olan en yakın merkez öğrenildi. 80 kg olan hastaya 10x500cc %10 luk iv etanol temin edildi. 10ml/kg etanol iv yükleme 30 dakikada gidecek şekilde, 2ml/kg etanol iv infüzyon 24 saatte gidecek şekilde planlandı. Medikal tedaviye dirençli derin metabolik asidozu devam eden hastaya santral venöz katater takılıp hemodiyaliz alması planlandı. 6 saatlik hemodiyaliz esnasında kan gazı takiplerinde 6.86 dan ancak 7.1 lere kadar bir artış gözlenen hasta takiplerinde kardiyak arrest oldu. İleri düzey yaşam desteğine rağmen geri döndürülemedi.

Sonuç: Derin metabolik asidozu ve şüpheli alkol kullanımı ile gelen, öykü, karakteristik fizik mayene bulguları ile şüphe uyandıran her hastada metanol intoksikasyonu düşünülmeli ve tedaviye hızla başlanılmalı. Metil alkol zehirlenmelerinin tedavisinde etanol uygulaması uzun yıllardır tercih edilen tedavi yöntemlerinden biridir. Etanolün alkol dehidrogenaza affinitesi metanolden 10 kat fazladır. Alkol dehidrogenazın aktif kısmına bağlanarak toksik metabolitlerin oluşumunu engeller.

Anahtar Kelimeler: metanol, intoksikasyon, etanol, metabolik asidoz, diyaliz

EP-068

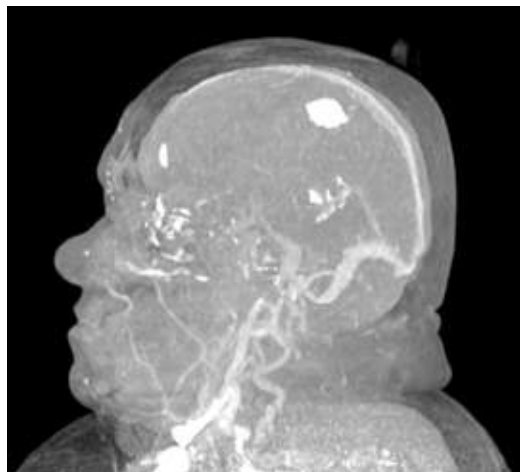
Baziller Arter Anevrizması Olgu SunumuSevim Bayoğlu¹, Bilge Yilmazer¹, Sevgi Büber¹, Mustafa Çalık¹, Ahmet Oluk¹¹SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: İntrakraniyal anevrizma, serebral arter duvarındaki zayıflık nedeniyle kan damarının lokalizebalonlaşmasıdır. En sık 30-60 yaş arası görülür. İntrakraniyal anevrizmalar, kazanılmış veya genetik koşullardan kaynaklanabilir. Hipertansiyon, sigara, aşırı alkolizm ve obezite gibi yaşam tarzı hastalıkları beyin anevrizmalarının gelişmesi ile ilişkilidir. Rüptüre olmamış intrakraniyal anevrizma semptomu neden olmayabilir. Ancak büyük anevrizma baş ağrısı bir gözün arkasında ya da yakınında ağrı ile gelebilir. Posterior sirkülasyondaki anevrizmalar (baziler arter, vertebral arterler ve posterior komünikan arterler) daha yüksek rüptür riski taşırlar. Baziler arter anevrizmaları tüm intrakraniyal anevrizmaların sadece %3-5'ini oluşturur, ancak posterior sirkülasyondaki en yaygın anevrizmalardır.

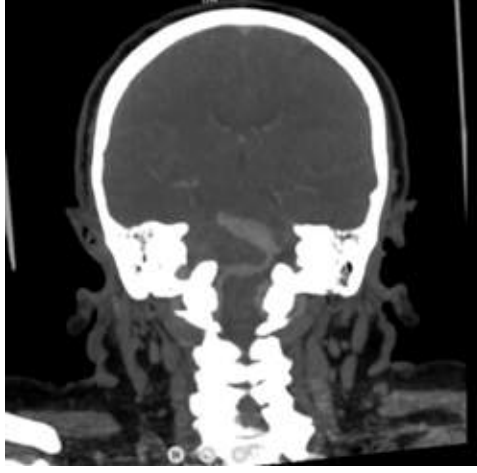
Amaç: Otopsi çalışmalarına göre rüptüre olmamış rastlantısal intrakraniyal anevrizmaların oranı %7-9 arasında değişmektedir. Ayrıca Birleşik Devletler'de her yıl anevrizma rüptürüne bağlı 28000 olgu kaydedilmektedir ve bunlardan sadece 1/3'ü sekel kalmadan hayatını sürdürebilmektedir. İntrakraniyal anevrizmaların risk faktörü olan hastalarda rüptüre olmadan tespitinin önemi vurgulanmak istenmiştir.

Bulgular: 61 yaş kadın hasta baş ağrısı ve baş dönmesi şikayeti ile 112 aracılığıyla tarafımıza getirildi. 112 aracılığıyla hipertansif olarak aktarılan hastanın Geliş vitalleri: TA: 130/80 KŞ:132 NB:76 ATEŞ:36.5 Yapılan Fm: SS doğal, batin rahat defans, rebound yok, nörolojik muayenede dezoryantasyon dışında bulgu yoktu. Bilinen ht, dm hastası Kullandığı ilaçlar; Glifor (Metformin) Ayra Plus (ACEi ve Hidroklorotiyazid) Benipin (Benidipin) Hastanın EKG'si normal sinüs ritminde, alın kanlarında herhangi bir anormali saptanmadı. Hastanın çekilen beyin bt raporu: sağ vertebral arter distalde V4 segmenti düzeyinde, baziler tepe düzeyinde çapı yaklaşık 8 mm, baziller arterde proksimal kesiminden itibaren tüm seyri boyunca en geniş yerinde 10 mm çapında olmak üzere kalibrasyonun arttığı, normalden geniş olduğu görülmektedir. şeklinde raporlandı.. Beyin ve sinir cerrahisi konsülte edilen ve değerlendirilen hastaya acil cerrahi girişim düşünülmeydi. Elektif şartlarda Kranial MR ve Serebral DSA ile poliklinik kontrol önerildi.

Beyin BT Anjiyografi



Beyin BT



Sonuç: Mortalite ve morbidite açısından yüksek risk taşıyan anevrizma rüptürü risk faktörleri olan minimal semptomları olan hastalarda dışlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Baş Ağrısı, Baş Dönmesi, İntrakraniyal Anevrizma, Baziller Arter Anevrizması

EP-069

Karın Ağrısında Ayırıcı Tanı; Splenik Enfarkt

Ertuğrul ALTUĞ¹, Nadire ÇERÇİOĞLU¹, Mücahit KAPCI¹, Ramazan GÜVEN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Splenik infarkt splenik arter veya dallarında akış kesildiğinde görülen bir patolojidir. Bu akış kesildiğinde dalakta hipoperfüzyona ve doku ölümüne neden olabilir. Semptomu olan hastalar sol karın ağrısı, bulantı ve kusma, yüksek ateş şikayetleriyle başvururlar. Genellikle hematolojik bozukluklar, maligniteler, tromboembolik olaylar, kardiyovasküler cerrahiler ve travmalarından kaynaklanır.

Amaç: Biz bu olgumuzda acil servis kliniğimize akut batın ile başvuran hasta üzerinden nadir görülen splenik infarkta yaklaşımı açıklamayı amaçlamaktayız.

Bulgular: 29 yaş erkek hasta; 1 haftadır devam eden sol kadranda ağrısı ile birlikte mide bulantısı, halsizlik şikayetleri mevcuttu. Hastanın anamnezini sorguladığımızda 2015 yılında geçirilmiş AVR Bentall operasyonu öyküsü mevcut olduğunu öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde genel durumu iyi, kan basıncı: 130/70mmHg, nabız:72/dakika, kalp ritmik, aksiller ateş 36.3 olarak tespit edildi. Karın sol kadranda hassas, rebound (+), defans (+), önceki operasyonuna ait insizyon skarları mevcut olup diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın laboratuvar sonuçları ise Hb: 17.8 g/dL Htc: % 52.3 WBC:8.41 $10^9/L$ ve CRP:67 mg/L Fizik muayenenin ve laboratuvar sonuçlarının ardından hastadan kontrastlı üst abdomen ve pelvis BT görüntülemesi istedik ve sonucunda dalakta heterojen kama şeklinde görünüm dalak iskemik enfarkt ile uyumlu alan tespit edildi.

Sonuç: Vakaların çoğu asemptomatik olmakla birlikte semptomu olan hastalar kliniğe şiddetli sol üst kadranda ağrısı ile başvurur. Akut batının nadir bir sebebi olmasından dolayı bu tanı atlanmamalı, özellikle kardiyovasküler, hematolojik patolojilere sahip hastalarda splenik infarkt tanısı akla getirilmelidir. Kan tetkikleri ve kontrastlı abdomen tomografi ile tanıya gidilir. Vakamızdaki 29 yaşındaki hasta daha önce AVR Bentall operasyonu (Bentall prosedürü, aorttaki anevrizma nedeniyle aortun bir kısmını ve kalbin aort kapağını değiştirmek için yapılan bir ameliyattır.) geçirmiş olup kardiyovasküler etyoloji açısından olgumuzu desteklemektedir. Hastalık tedavisi öncelikle altta yatan sebebi çözmeye yöneliktir. Bununla birlikte semptomatik tedavi, antikoagülan tedavisi uygulanan hastalarda dalak absesi, psödokist, dalak rüptürü gibi komplikasyonların gelişmesi halinde splenektomi yapılabilir. Ancak splenektomi sonrası enfeksiyon yatkınlığı artabileceği ve sepsise sebep olabileceği için çok fazla tercih edilmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Splenik Enfarkt, Karın Ağrısı, Akut Batın, Tromboembolizm

EP-070

Status Epileptikus'un Nadir Bir Nedeni: Atriyoventriküler Tam Blok

Harun Çiftçi¹, Abdulkadir Kantar¹, Abdurrahman Soyal¹, Ayşegül Eylem Özer¹, Beyhan Koray¹, Rukiye Aytekin¹, Serdar Koray¹, Hilal Yıldız¹, Felemez Büdün¹, Taner Şahin¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Tıp Fakültesi

Giriş: Nöbet, beyin nöronlarının uygunsuz elektriksel deşarjının neden olduğu anormal nörolojik fonksiyon epizodudur. Epilepsi, tekrarlayan nöbetlerdir. Status epileptikus (SE) ise 5 dakikadan uzun süren tek bir nöbet veya nöbetler arasında bilincin düzelmediği iki veya daha fazla nöbettir(1,2).

Amaç: Bu yazımızda tekrarlayan nöbetler sonrası SE gelişen bir vakayı sunuyoruz.

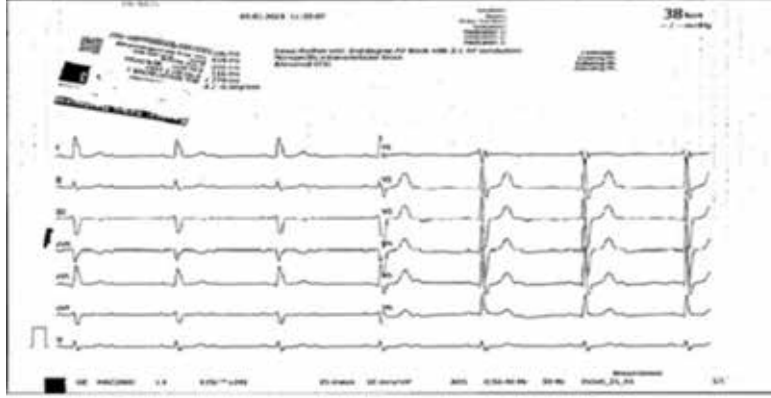
Bulgular: 72 yaşında erkek hasta, evde beşten fazla nöbet nedeniyle acile başvurdu. Epilepsi ve hipertansiyonu mevcuttu. Epilepsi için Levetirasetam 500 mg 3x1 tablet ve Karbamazepin 200 mg 2x1 tableti düzenli olarak kullanıyordu ve son bir aydır nöbet geçirme öyküsü yoktu. Hastanın başvuru esnasında GKS: 15 idi. Hastanın vitalleri stabildi ve EKG'si normal sinüs ritmindeydi(Resim-1). Yapılan muayenede herhangi bir anormal durum yoktu.Hastanın gözlemedeyken tekrar uzun süreli nöbet geçirmesi sebebiyle Diazepam 10 mg IV yavaş puşe ile nöbeti kontrol altına alınmaya çalışıldı ve SE ön tanısıyla nöroloji kliniğine danışıldı. Yoğun bakım yatışı planlandı. Hasta müşaade altındayken, monitörde ritmi nabızsız elektriksel aktivite olarak görüldü. Hastaya KPR yapılmaya başlandı ve eş zamanlı entübe edildi. 2 dakikalık KPR sonucunda hastadan nabız alındı. Hastanın dönüş EKG'sinde AV tam blok tespit edildi (Resim-2). Hastaya 1 mg Atropin IV uygulandı ve cevap alınamaması üzerine Atropin 3 mg'a tamamlandı. Hastanın ritmi değişmemesi üzerine, hastaya transkütan pacemaker takılarak kardioloji kliniğine danışıldı ve hastaya geçici pace implantasyonu yapılmak üzere koroner yoğun bakıma yatırıldı.

Resim 1



Hastanın müracattaki çekilen EKG'si

Resim 2



Hastanın Status epileptikus sonrasında çekilen EKG'si

Sonuç: SE, ağırlıklı olarak ilk konvülsif aktiviteden sonraki 30 gün içinde ortaya çıkan, yüksek mortalite (%10-30) ile ilişkili nörolojik bir acil durumdur(3). Nöbetlerin %35'inde EKG dalgası anormallikleri bildirilmiştir ve bunlara atriyal fibrilasyon, ventriküler erken depolarizasyon, QT uzaması ve atriyoventriküler blok dahildir(4,5). Epilepsi hastaları, ani açıklanamayan ölüm (SUDEP) ve ventriküler aritmiler açısından yüksek risk altındadır(6). Epilepsi hastalarında genetik olarak 'Kardiyoserebral Kanalopati' teorisi üzerinde durulmuştur. Buna göre; iyon kanallarını ve bazı iyon olmayan kanalları kodlayan genlerde problem olabilir(7). Nöbetlerin (özellikle SE) ritmi etkilediği bilindiğinden, ilaç değişiklikleri de bradikardiye yatkınlık yapabilir(8). Bizim vakamızda da nöbete eşlik eden AV tam blok görülmüştür. AV tam blok, kardiyoserebral kanalopati teorisi nedeniyle oluşmuş olabilir. Sonuç olarak; SE, anormal şekilde uzamış nöbetler ile karakterize, nöbetleri sonlandıran mekanizmaların yetersizliği veya bu nöbetleri başlatan mekanizmaların neden olduğu klinik durumdur. Beyinde ve kalpte birlikte ifade edilen genler, bağımsız olarak epilepsiyi ve/veya aritmiyi indükleyebilir.

Anahtar Kelimeler: Status epileptikus, Atriyoventriküler tam blok, Acil servis

EP-071

Strok mu? Aort Diseksiyonu mu?

Baycan Kuş¹, Adem Burak Durmuş¹, Mustafa Baştuğ¹, Fatma Hançer Çelik¹, Murat Eşlik¹, İbrahim Tüysüz¹, Oğuzhan Taş¹, Nezahat Alshanov¹, Fatmanur Postacioğlu¹, Necmi Baykan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Aort diseksiyonu, tunika medianın kan ile seperasyonu olup kanın lümen dışında, aort duvarının tabakaları arasında bulunması olarak tanımlanır. Aort diseksiyonu ani, şiddetli, yırtıcı göğüs, sırt, bel ve karın ağrısı ile karakterizedir. Hastalar ayrıca senkop, hemiparezi-hemipleji, paraparezi-parapleji gibi nörolojik belirtilerle, miyokard enfarktüsü bulguları ile disfaji, yan ağrısı ve gastrointestinal yakınmalarla başvurabilirler (1).

Amaç: Bu çalışmada göğüs/sırt ağrısından ziyade nörolojik semptomları daha baskın olan aort diseksiyon tanıli hastayı sunuyoruz.

Bulgular: Bilinen DM, HT' si olan 72 yaşında kadın hasta bilinç değişikliği şikâyeti ile ajite bir halde getirildi. Hasta yakınından alınan anamnezde hastanın namaz kılarken bayıldığı öğrenildi. Hastanın GKS: E3M4V4, pupiller izokorik, ışık refleksi +/+, TA: 119/58 mmHg, Nbz: 60/dk, Ateş: 36,1 °C, SO2: %98 idi. EKG' de akut değişiklik yok idi. Rektal tuşesinde kolik gayta bulaşı mevcuttu. Sedasyon altında hastanın kranial görüntülemeleri yapıldı ve beyin BT ve difüzyon MR' ında akut patolojik görüntü tespit edilmedi. Laboratuvar parametrelerinde Troponin değeri (19 (Referans aralığı: 0-14))sınırdan yüksek olup D-Dimer değerinin (9000 (Referans aralığı: 0-500)) çok yüksek olduğu görüldü, bu iki parametre dışında laboratuvar değerleri normal sınırlarda idi. Hasta yakınından alınan derin anamnezde bayılmadan önce sırt ağrısı olduğu da öğrenildi. Hastaya kontrastlı BT anjiyoya çekildi ve DeBakey tip 2 diseksiyon tespit edildi. Kalp damar cerrahisi ile konsülte edilip cerrahiye alınan hastanın yoğun bakımda takibine devam ediliyor.

Resim 1.



Hastanın BT Anjiosunun axial görüntüsü

Resim 2.



Hastanın BT Anjiosunun sagittal görüntüsü

Sonuç: : Aort diseksiyonu erkeklerde kadınlara oranla iki kat daha sık olarak saptanmaktadır (2). Olguların %10-%55'inde aort diseksiyonunun ağrısız olabileceği akılda tutulmalıdır (3). Bu vakalar sıklıkla inme, koma veya spinal kord iskemisi, akut renal yetmezlik, miyokard enfarktüsü, mezenterik iskemi bulguları ile baş gösterebilir (4). Akut aort diseksiyonu tanısında en önemli faktör diseksiyonun akla gelmesidir (5). Aort diseke olduktan hemen sonra eşlik eden muhtemel karotis arter diseksiyonu sebebiyle beyin perfüzyonunun bozulmasına bağlı hastada nörolojik bulguların gelişmesi, hekimin serebrovasküler olaya yönlendirebileceği akılda tutulmalıdır. Olgumuzda başvuru sırasındaki klinik bulgular, aort diseksiyonunun tipik klinik bulgularını içermemektedir. Bu nedenle acil servise senkop, bilinç değişikliği, hipotansiyon, atipik karın ağrısı, ekstremitelerde güç kaybı gibi aort diseksiyonu için beklenmedik belirtilerle başvuran hastalarda aort diseksiyonu tanısı akılda tutularak uygun incelemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Stroke, Aort Diseksiyonu

EP-072

Bel Ağrısında Gözden Kaçan Tanı: Psoas Absesi

MEHMED ZAİD UĞUZ¹, ABDURRAHMAN BAYRAM¹, BURAK KURTOĞLU¹, SUNA ERAYBAR ATMACA¹, MEHTAP BULUT¹

¹BURSA ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Psoas absesi nadir görülen, genellikle geç tanı konulan, mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan bir hastalıktır. Psoas kası; sigmoid kolon, apendiks, jejunum, üreter, abdominal aorta, böbrekler ve vertebralar ile yakın komşuluk içinde olup bu organların enfeksiyonu psoas kasına yayılım gösterebilmektedir. Klasik bulguları ateş, karın ağrısı, bel ağrısı ve yürümede aksama olarak görülmektedir. Psoas kasının lokalizasyonu ve tablonun primer kalça hastalıklarının semptomlarına benzemesi tanıyı zorlaştırır. Psoas absesi çocuklarda ve gençlerde daha sık, yaşlılarda daha seyrek görülmektedir.

Amaç: Bel ağrısında psöas absesinin de ayırıcı tanılardan olması gerektiği

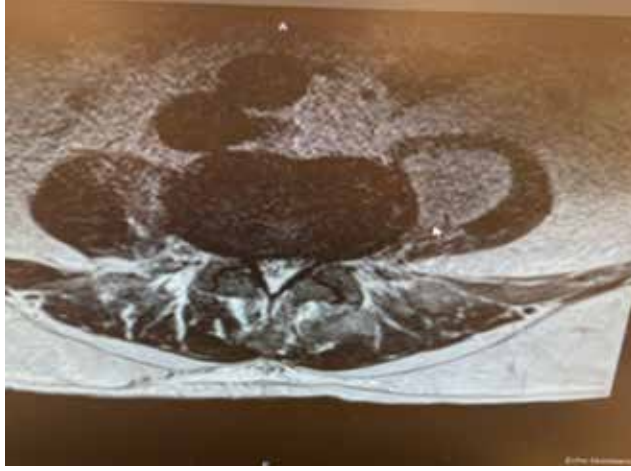
Bulgular: 65 yaşında erkek hasta 2 haftadır olan bel ağrısı, gaita kaçırma şikayetiyle dış merkeze başvuran hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde anlamlı özellik yoktu. Genel durum iyi, şuuru açık ve oryante koopere idi. Geliş vitalleri 36.5 derece ateş, 110/70 kan basıncı ve 80 atım/dakika nabız %97 oksijen saturasyonu. Fizik muayene de batin rahat defans ve rebound yoktu. Düz bacak kaldırma testi negatifti. Laboratuvar tahlillerinde wbc:28000¹⁰³/μL, CRP:330mg/L yüksek değerleri saptandı. Dış merkezde diskopati şüphesi ile çekilen lomber MR görüntülemesi tekrar değerlendirildiğinde sol paravertebral alana uzanan 4 cm lik psöas absesinden görüldü (Resim 1,2). Hasta drenaj açısından girişimsel radyolojiye konsülte edildi ve abse drenajı sağlandı. Tedavi devamı ve antibiyoterapi için hasta enfeksiyon hastalıkları kliniğine yatırıldı. Hasta 35 gün enfeksiyon kliniğinde yattı ve sonrasında taburcu edildi.

psoas absesi



Lomber MR koronal kesitte psoas bölgesinde yer kaplayıcı lezyon ok ile gösterilmiştir.

resim2



Lomber MR sagittal kesitte psoas bölgesinde yer kaplayıcı lezyon ok ile gösterilmiştir

Sonuç: Psoas absesinin değişken ve özgün olmayan kliniğinin yanı sıra nadir görülen bir durum olması kolaylıkla tanısal zorluğa neden olabilmektedir. Erken teşhis ve uygun tedavi ile yüksek iyileşme oranları sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: bel ağrısı, psöas apsesi, acil servis

EP-073

Penetran Kalp TravmasıAhmet Furkan NALBANT¹, Mustafa BAŞTUĞ¹, Taner ŞAHİN¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Kalp yaralanmaları künt veya penetran olarak sınıflandırılabilir. Penetran yaralanmalar genellikle ateşli silahlar ve delici kesici alet yaralanmalarına bağlı meydana gelir (1). Penetran yaralanmalarda sırasıyla en sık sağ ventrikül, sol ventrikül, sağ atrium ve sol atrium etkilenmektedir (2). Başvuru esnasında hastanın hemodinamik olarak stabil olması, kardiyak yaralanmanın gözden kaçmasına neden olabilmekte ve gerekli müdahalenin gecikerek hastada hayati tehlike ortaya çıkabilmektedir (3). Bu yazımızda, hemodinamisi stabil olan ateşli silah yaralanması olarak acil servisimize başvuran bir olguyu sunuyoruz.

Amaç: Toraks yaralanmalarının %70'i künt, %30'u penetran yaralanmalardır (4). Ateşli silah yaralanmalarında hastaların %50'sinde müdahale gerektiren kardiyak yaralanma saptanırken, bunlarda mortalite %40'lara ulaşmaktadır. Penetran toraks yaralanmaları, delici kesici aletler ve ateşli silahlara bağlı olarak meydana gelmektedir (5,6). Penetran kardiyak yaralanmalarda sırasıyla en sık sağ ventrikül, sol ventrikül, sağ atrium ve sol atrium etkilenir. Serbest duvarlar daha sık etkilenir (2,5,6). Penetran kalp yaralanmalarında hızlı tanı ve tedavi mortaliteyi önler. Ölümün çoğu hastaneye transfer esnasında meydana gelir (7). Hastaneye ulaşan ve hemen tanı konup zamanında operasyona alınan hastaların %74'ü hayatta kalabilmektedir (8). Ateşli silah yaralanmalarında kardiyak tamponad genellikle majör bulgudur, tamponad olmaması kardiyak yaralanma olmadığını göstermez (2).

Bulgular: 62 yaş erkek hasta acil servise toraksa ateşli silah yaralanması ile getirildi. Genel durumu iyi, oryante, koopere, Glaskow Koma Skalası 15 idi. Kan basıncı 150/80, kalp hızı 110/dakika, satürasyon %98 idi. Sağ hemitoraks 5. İnterkostal aralık midklaviküler hatta bir adet ateşli silah yaralanmasına ait giriş deliği mevcuttu. Hasta acil serviste monitörize edildi, iki damar yolu açıldı, kanları ve radyolojik istemleri yapıldı. 1000 cc %0.9 serum fizyolojik bolus olarak başlandı. Kan sonuçlarında lactat:6.1, Hb:12.1, troponin:34 (normal aralık <14) olarak görüldü. Diğer kan sonuçlarında anormal değere saptanmadı. Tomoğrafisinde, Perikardial alanda minimal efüzyon, Kalpte interatrial septum düzeyinde metalik mermi çekirdeği, Sağ hemitoraksta masif hemotoraks izlendi (Resim 1). Hasta kalp damar cerrahisi ve göğüs cerrahisi bölümlerine danışıldı. Kalp damar cerrahisi hastayı operasyona aldı. Operasyonda: Kurşun giriş deliğinin sağ atriumda olduğu görüldü. Triküspit kapakta laserasyon görüldü primer onarıldı. Yabancı cisim sol ventrikül kavitesinden çıkarıldı. Hemodinamik olarak stabil seyreden hasta postoperatif 2.günde ekstübe edildi. Postoperatif 5. Gününde servis takibine alındı. Tedavisi tamamlanan hasta şifa ile taburcu edildi.

Resim 1: Preoperatif bilgisayarlı tomografi görüntüsü



Sonuç: Kalp yaralanmalarında mortaliteyi etkileyen en önemli faktör hastanın hastaneye en kısa sürede ulaştırılmasıdır. Hastaneye ulaşan tüm penetran prekordiyal yaralanmalar aksi ispatlanana kadar kardiyak yaralanma olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Travma, Kalp Yaralanması

EP-074

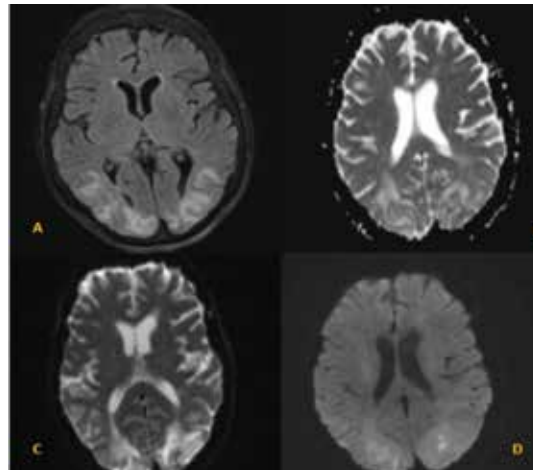
HİPERTANSİF KBY HASTASINDA PRES OLGUSUMükerrem ALTUNTAŞ¹, Gözde YILMAZ¹, Hatice Merve YÜKSEL¹, Muhammed İslam ÖZER¹, Yasemin POLAT¹¹Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Posterior reversible ensefalopati sendromu (PRES) akut-subakut başlangıçlı; baş ağrısı, görme kaybı, görme alanında daralma, şuur değişikliği, nörolojik defisitler gibi nörolojik bozukluklara sebep olan nörolojik tablodur [1].

Amaç: PRES nadir görülen, ayırıcı tanısında iskemik ve hemorajik SVO, hipoglisemi, santral sinir sistemi enfeksiyonları, üremik ensefalopati gibi tabloların düşünülmesi gereken durumdur. PRES patofizyolojisi net değildir [4]. PRES etiyojisinde sıklıkla preeklampsi-eklampsi, böbrek hastalıkları, otoimmün hastalıklar, sepsis ve sitotoksik ilaçlar vardır. Tedavi nedene yönelik ve semptomatiktir [1]. PRES'in ayırıcı tanısındaki hemorajik SVO'dan beyin BT'de kanama olmamasıyla, iskemik SVO'dan difüzyon kısıtlaması olmamasıyla ayrıldı. Ayrıca yine SSS bozukluğu bulgularına neden olan hipoglisemi, üremik ensefalopati gibi metabolik bozukluklar biyokimya değerlerinin normal olmasıyla dışlandı. Ürosepsis ve SSS enfeksiyonları, laboratuvar ve fizik muayenesinde sistemik enfeksiyonu düşündürecek bulgular olmaması nedeniyle düşünülmedi. Sonuç olarak PRES dışlama tanısıdır. PRES düşünülen hastalarda MR görüntüleme yapılmalıdır[2]. Nadir görülen bu hastalığın acil serviste erken tanısı hastaların sağ kalımı ve sekelsiz iyileşmesi açısından önemlidir.

Bulgular: 67 yaşındaki kadın hasta acil servisimize baş ağrısı, bilinç bulanıklığı, görme bozukluğu ve jeneralize nöbet ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve kronik böbrek yetmezliği mevcuttu. Başvuru anındaki vitalleri tansiyon 211/132 mmHg, nabız 107 atım/ dakika, sPO2 %93, ateş 36,4 C, kan şekeri 98 mg/dL olarak ölçüldü. Hastanın fizik muayenesinde; GKS 13, meningeal irritasyon bulgusu yok, sol alt ve üst ekstremitelerde kas gücü 4/5'ti. Hastadan hemogram, biyokimya, koagülasyon, arteriyel kan gazı, TİT, beyin BT, difüzyon MR tetkikleri istendi. Biyokimyasında kreatin 6,2 mg/dl, diğer hemogram ve biyokimya değerleri normaldi. Hastanın beyin BT'si normaldi. Difüzyon MR'de bilateral parietal ve oksipital loblarda T2 FLAIR hiperintens alanlar mevcuttu (Resim 1). Difüzyon kısıtlaması yoktu. Hastada ön tanı olarak PRES düşünüldü. Tansiyonları düzenlendi. Hasta Nöroloji servise yatırıldı

Resim:



A : MR FLAIR görüntüde parietookspital alanda vazojenik ödemle uyumlu sinyal artışları. B: MR ADC görüntü. Difüzyon ağırlıklı görüntülerdeki hiperintens alanlar ADC görüntülerde de hiperintens olarak izleniyor. Görünüm difüzyon kısıtlaması (sitotoksik ödem) ile değil vazojenik ödemle uyumlu. C: MR T2 görüntüde parietookspital alanda vazojenik ödemle uyumlu sinyal artışları. D: Difüzyon MR görüntüde parietookspital alanda vazojenik ödemle uyumlu sinyal artışları.

Sonuç: PRES nadir görülen, ayırıcı tanısında iskemik ve hemorajik SVO, hipoglisemi, santral sinir sistemi enfeksiyonları, üremik ensefalopati gibi tabloların düşünülmesi gereken durumdur. PRES patofizyolojisi net değildir [4]. PRES etiyolojisinde sıklıkla preeklampsi-eklampsi, böbrek hastalıkları, otoimmün hastalıklar, sepsis ve sitotoksik ilaçlar vardır. Tedavi nedene yönelik ve semptomatiktir [1]. PRES dışlama tanısıdır. PRES düşünülen hastalarda MR görüntüleme yapılmalıdır[2]. Nadir görülen bu hastalığın acil serviste erken tanısı hastaların sağ kalımı ve sekelsiz iyileşmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: PRES, Hipertansif ensefalopati, Serebraovaküler Hastalık

EP-075

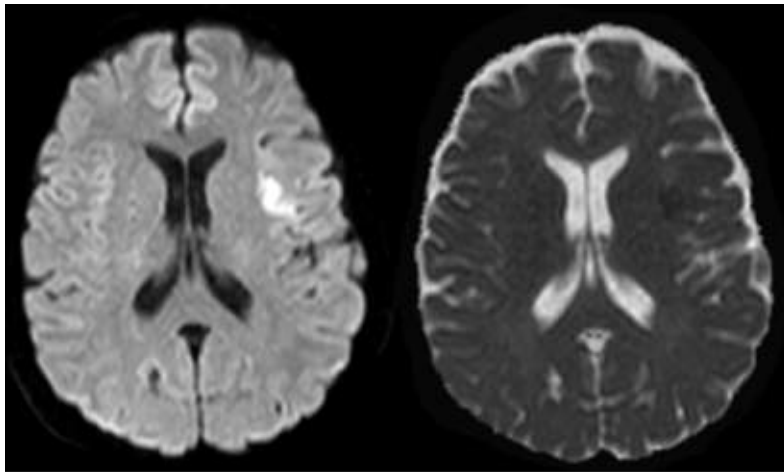
Genç Hastada Anomik AfaziHamza Enes Güçlü¹, Venhar İkiz¹, Sevilay Vural¹, Emre Gökçen¹¹Yozgat Bozok Üniversitesi

Giriş: Akut iskemik inme genç yetişkinlerde; genç popülasyonda vasküler risk faktörlerinin ve madde kötüye kullanımının yaygınlaşmasına paralel olarak artmaktadır. En sık karşılan risk faktörleri abdominal obezite, tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve hipertansiyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Duygu durum değişimleri, amnezi, afazi veya dizatri gibi semptomlar görülebilmektedir. Afazi durumu konuşmanın akıcılığı, hastanın konuşmaları anlama kapasitesi ve kelimeleri tekrarlayabilirliği kriterlerine göre alt tiplere ayrılabilir.

Amaç: Bu vaka sunumunda akut inmeye bağlı afazinin alt tipi olarak anomik afazi bulgusu olan genç erkek hastayı paylaşmayı hedefledik.

Bulgular: Otuz sekiz yaşında erkek hasta acil servise başvurudan yaklaşık 1 saat önce başlayan ani unutkanlık ve cisimlerin adını söyleyememe şikâyeti ile başvurdu. Anamnezinde tıbbi öyküsünde bilinen herhangi bir hastalığı olmadığı 20 paket/yıl sigara kullanımı öyküsü olduğu öğrenildi. Hastanın vital parametreleri; ateş: 36.2°C, arterial kan basıncı: 110/80 mmHg, nabız: 88 atım/dk, O2 satürasyonu: %98 şeklindeydi. Hastaya gösterilen cisimlerin ismini söylenmesi istendiğinde ismini hatırladığını ancak söyleyemediğini ifade etti. Fizik muayenede şuuru açık oryante koopere direkt ve indirekt ışık refleksleri doğal, göz hareketleri her yöne serbest, serebellar testler becerikli, lateralizan motor ve duyu defisiti saptanmadı. Hastanın konuşması akıcı olmakla birlikte hem konuşmaları anlama kapasitesi tam hem de kelimeleri tekrarlayabiliyordu. Yapılan kontrastsız beyin tomografisinde kanama saptanmadı. Hastanın difüzyon MRI görüntülemesinde sol insular korteks düzeyinde difüzyon kısıtlılığı tespit edildi. (Şekil 1). Acil ekokardiyografik görüntülemede akut patoloji saptanmadı. Yapılan laboratuvar çalışmaları normal sınırlardaydı. Nöroloji konsültasyonu planlandı. Semptomunun ikinci saatinde olan hastaya trombolitik tedavi uygulanarak yoğun bakım ünitesine yatırışı yapıldı.

1



Hastanın insular korteks lezyonunu gösteren difüzyon MRI kesitleri.

Sonuç: Serebrovasküler hastalıklar daha az sıklıkla da olsa genç popülasyonu etkiler. Özellikle duygu durum bozuklukları ve amnezi gibi şikâyetler ile başvuran hastalar; psikiyatrik ön tanılar ile taburcu olabilmektedir. Özellikle yeni başlayan unutkanlık ve duygu durum değişikliklerinde acil servis hekimlerinin ayırıcı tanıda iskemik inme



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

tanısını mutlaka düşünmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: genç erişkin, afazi, iskemik inme, trombolitik

EP-076

COVID-19 Seyrinde Oluşan Periferik Fasiyal ParaliziEsmâ Bulut¹, Sevilay Vural¹, Levent Albayrak¹, Emre Gökçen¹¹Yozgat Bozok Üniversitesi

Giriş: Periferik fasiyal paralizi (PFP) en sık karşılaşılan kranial nöropatidir. Beyin sapındaki motor nükleusundan başlayarak, en distaldeki nöromusküler kavşağa kadar olan oluşabilecek herhangi bir hasar PFP ile sonuçlanabilir. Enfeksiyon, travma, malignite, otoimmün sorunlar vs. tespit edilebilen en sık sebepler arasındadır. Ancak PFP etmeni çoğu vakada belirlenemez. Bu yüzden de klinikteki en sık versiyonu idiyopatik Bell felcidir. Bell felcinin yedinci kranial sinirin ödemi veya enfeksiyonundan kaynaklandığı savunulmakla birlikte henüz patofizyolojik basamakları ortaya konamamıştır. İçinde bulunduğumuz asrın en güncel pandemisi 2019 itibari ile COVID-19 olmuştur. Solunum sistemi dışında nörolojik semptomlar olarak en sık baş ağrısı, baş dönmesi, anozmi (koku kaybı), ve aguzi (tat kaybı) görülebilir. Diğer nörolojik bozukluklar ensefalopati, artmış inme riski, polinöropati ve mononörittir.

Amaç: COVID-19 enfeksiyonunun nadir bir nörolojik komplikasyonu bu vakada sunulmuştur.

Bulgular: 37 yaşında erkek hasta acil servisimize iki gün önce başlayan sağ yüz yarısında ağrı ve his kaybı şikâyeti ile başvurdu. Medikal öyküsünde bir hafta önce ateş, yorgunluk, öksürük, baş dönmesi olması üzerine COVID-19 için yapılan PCR testi pozitif olarak saptandığı öğrenildi. İzolasyona alınarak, ayaktan tedavisi verilmiş. Sorgulamakla hastanın kulak ve çevresine travması, tanılı ek hastalığı, kullandığı ilacı, immünsuprese durumu, yakın zamanda kene ve soğuk maruziyeti olmadığı öğrenildi. Sigara ve alkol kullanımı olmayan hastanın ilk vital parametreleri stabildi. Nörolojik muayenesinde sağ nazolabial olukta hafif silinme ve sağ taraflı alin kırıltırmada azalma mevcuttu. Sağ göz kapağında kapama kusuru ve sağ yüz yarısında hipoestezi saptanmadı. Dış kulak muayenesinde vezikül ve otoskopik muayenede patoloji saptanmadı. Diğer tüm nörolojik ve sistemik muayeneleri doğal olarak değerlendirildi. Acil serviste yapılan laboratuvar tetkiklerinde, bilgisayarlı beyin tomografisinde ve kranial manyetik rezonans görüntülemeye patolojiye rastlanmadı. Kulak burun boğaz hastalıkları ile konsülte edildi. Sağ tarafta evre House-Brackmann PFP teşhisi aldı. Azalan dozda steroid de içeren ayaktan tedavisi düzenlendi. Mimik egzersizleri ve sıkı poliklinik takip önerildi.

Sonuç: Solunum sistemi rahatsızlıkları ön planda olan COVID-19 virüsünün bazı vakalarda nörolojik semptomlar ve komplikasyonlarla ilerlemesi mümkündür. Literatürde PFP, inme, ensefalit gibi komplikasyonlar ile karşımıza çıkabilmektedir. Belirtilen vakalara benzer şekilde bizim de olgumuzda COVID-19 ile PFP arasında ilişki olduğu bildirilmektedir. Enfeksiyonlara bağlı PFP ile ilgili olarak, virüsler tarafından tetiklenen bir inflamatuvar yanıt gibi görünmektedir. Mekanizma sinir hasarı üretebilen immün aracılı olaylarla ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, fasiyal paralizi, solunum sistemi, nörolojik komplikasyon

EP-077

Emniyet Kemerini Sadece Hayat Mı Kurtarır?Şule Kaan¹, Gülin İnan¹, Ayşe Feyza Çelik¹¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Amerika Ulusal Omurga Yaralanmaları İstatistik Derneği verilerine göre motorlu taşıt kazaları tüm omurga yaralanmalarının %37'sini oluşturmaktadır. Arkadan çarpışmalı taşıt kazalarında oluşan fleksiyon-ekstansiyon hareketi özellikle servikal omurga yaralanmalarına yol açar. Bir omurga yaralanması teşhis edildiğinde komşu omurga yaralanması olasılığı yüksektir. Servikal omurga yaralanmaları spinal travmaların %55'ini oluşturur. Yaralanmalar en fazla C5-C6-C7 seviyesinde olup bu seviyelerde en sık subluksasyonun eşlik ettiği veya etmediği vertebral cisim kırıkları görülür. Torakal vertebralarda fraktür ve dislokasyonlar faset eklemlerin varlığı nedeniyle nadirdir. Yaralanmalar omurganın aşırı fleksiyonuna veya şiddetli künt tramvaya bağlı görülebilir. Torasik spinal kanal omuriliğin diğer kısımlarına göre daha dardır. Bu nedenle torasik omurgadaki kırıklı çıkıklar genellikle tam nörolojik defisit ile sonuçlanır. Hastalarda uzun vadede mortalite kardiyovasküler hastalıklar, pulmoner tromboemboli, pnömoni ve sepsisemiden kaynaklı olup ventilatöre bağlı uzun süreli sağ kalımda prognoz kötüdür.

Amaç: Olgu raporumuzda acil servise araç içi trafik kazası sonrası başvuran servikal omurga yaralanması sonrası gelişen parapleji vakasından bahsedilmiştir.

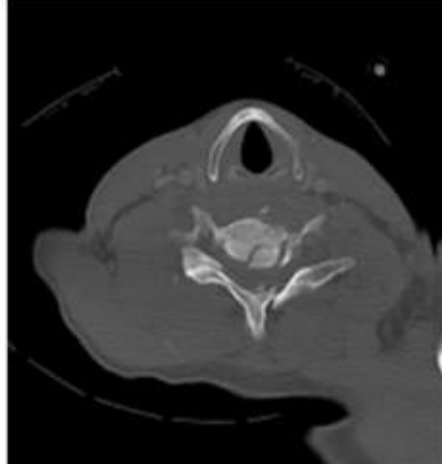
Bulgular: 39 yaş erkek hasta acil servisimize araç içi trafik kazası nedeniyle 112 ekipleri tarafından getirildi. Geliş vitalleri şöyleydi; kan basıncı: 95/60, nabız: 85, SO2: %98, ateş: 36.5, PUKŞ: 120. Alkol etkisinde olduğu anlaşılan hastadan tam anamnez alınamadı. 112 ekibinin ifade ettiğine göre park halindeki başka bir araca çarpan hasta aracın içinde sıkışmış halde bulunmuş, bulunduğu emniyet kemeri takılı değilmiş. Ekip hastayı araçtan güçlükle çıkarmış. Hastanın primer bakışında servikal hassasiyet mevcuttu servikal boyunluğu takılıydı, yapılan nörolojik muayenede hasta alert ancak tam koopere olmaması nedeniyle kas gücü muayenesi net değerlendirilemedi. Görüntülemeleri yapılan hastada C6-C7 Burst fraktürü , C7-T1 dislokasyonu (Resim 1) görüldü. IV hidrasyon sonrası koopere olan hastanın nörolojik muayenesi tekrarlandı, bilateral üst ekstremiteelerde kas gücü 3/5 bilateral alt ekstremiteelerde 0/5 olarak değerlendirildi. Hasta görüntüleme sonrası eş zamanlı beyin ve sinir cerrahisine konsülte edildi. Acil operasyon planlandı. Postoperatif yoğun bakım ünitesinde hastanın paraplejik olarak takip edildiği ve solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine entübe edildiği öğrenildi.

Resim 1



C7-T1 subluksasyonu ve C5- C6 Burst Fraktürü

Resim 2



C6 Burst fraktörü,aksiyel kesit

Sonuç: Acil servise getirilen multiple travmalı hastalar nörolojik defisit olsun ya da olmasın spinal hasar mevcut gibi kabul edilmelidir. Yetersiz immobilizasyonun ek nörolojik hasara neden olabileceği unutulmamalıdır. Hastalara olası servikal yaralanmalar için servikal boyunluk takılmalı, yakın vital takibi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: servikal travma, parapleji, burst fraktörü

EP-078

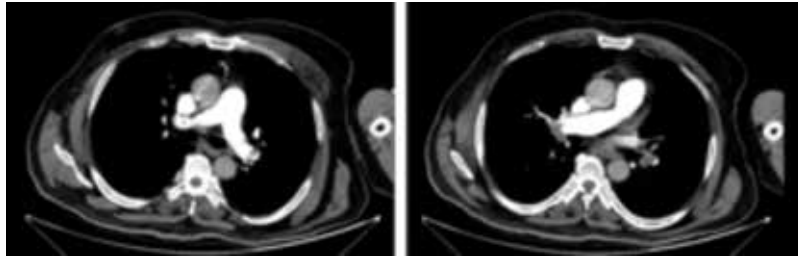
DİSPNEDE ATLANILMAMASI GEREKEN BİR TANI: PULMONER TROMBOEMBOLİSelin Küçükala¹, İlker Eski¹¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Pulmoner tromboemboli derin venöz sistemden trombüslerin koparak venöz sistemle sağ ventriküle ve sonrasında da pulmoner artere taşınması ve pulmoner arterin bu trombüslerle akut olarak tıkanması sonucu oluşan, sıklıkla atlanabilen, kliniği asemptomatik olgulardan ani ölüme kadar değişebilen bir hastalıktır. Pulmoner tromboembolizmin (PTE) ortalama yıllık insidansı %0.1 olup sıklıkla venöz tromboembolizmin bir akut komplikasyonu olarak oluşmaktadır. Hastalarda hiperkoagülabilitateye yol açan durumlar, genetik yatkınlık, malignite, gebelik durumu, cerrahi operasyonlar gibi durumlarda PTE'ye yatkınlık gözlenir. Bu olgu raporunda acil servise presenkop ve dispne şikayetiyle başvuran ve takipleri esnasında KOAH atak kliniği düşünülen bir hastada tedaviye yanıtızsızlık nedeniyle saptanan PTE vakası sunuldu.

Amaç: Pulmoner tromboemboli kliniği mortalite ve morbidite oranları nedeniyle gözden kaçırılmaması gereken bir ön tanıdır. Bu sunum bu klinikle gelmeyen bir hastada klinik tedavi yanıtızsızlığı nedeniyle saptanan bir pulmoner tromboemboli vakasını anlatmaktadır.

Bulgular: 66 yaşındaki erkek hasta 112 tarafından presenkop ve dispne nedeniyle acil servisimize getirildi. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, KOAH ve varis öyküleri mevcuttu. Hastaneye başvuru sırasında hastanın kan basıncı 133/87 mm-Hg, nabızı 125 /dk, spO2 si oksijen altında %93, vücut sıcaklığı 36,6 °C olarak saptandı. Hastanın elektrokardiyografisinde (EKG) sinüs taşikardisi olduğu tespit edildi. Hastanın acil servis başvurusunda Glasgow koma skalası (GKS) 15, bilinci açıktı. Muayene bulgularında solunum sesleri kaba raller ve ronküs olarak izlendi. Hastanın takipleri sırasında yapılan semptomatik tedaviyle dispne şikayeti geriledi. Hastanın başvuru sırasında alınan laboratuvar tetkiklerinde anlamlı patolojik bulgu saptanmamıştı. Çekilen pulmoner bilgisayarlı tomografi anjiyografisinde her iki ana pulmoner arter segmental dallarında lümende hipodens PTE ile uyumlu dolum defektleri izlendi. (Resim 1-2).

Resim 1-2



Resim 1-2. 66 yaşında erkek hastanın çekilen kontrastlı pulmoner BTA'da bilateral pulmoner segmental dallarında hipodens lineer kontrast dolum defekti izlendi.

Sonuç: Hasta dahiliye ve kardiyoloji kliniklerine konsülte edildi. PTE ön tanısı ile hasta dahiliye kliniğine interne edildi. Dispne ile gelen hastalarda PTE bir ön tanı olarak düşünülmelidir. İlk düşünülen tanı farklı bile olsa hastanın klinik durumunda tedavi sonrasında regresyon izlenmez ise PTE de ön tanı olarak düşünülmelidir. PTE diğer klinik tablolara da eşlik edebilen morbidite ve mortalitesi yüksek bir klinik tablo olduğundan acil servislerde ön tanı yokluğunda veya kliniği düzelmeyen vakalarda ayırıcı tanı olarak düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner tromboemboli, dispne, KOAH atak, ayırıcı tanı

EP-079

Çobançantası Otu, Hemoroide mi bize mi düşman ?Osmancan GÜNEŞ¹, Elif ÖZBEK¹, Seval KOMUT¹, Ali Kemal ERENLER¹¹Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Çobançantası (*Capsella bursa-pastoris*), turpgiller (*Brassicaceae*) familyasından tarım alanları ve çorak arazilerde yaşayan bir yıllık, dik gövdesi yıldızsı tüylerle kaplı olan otsu bir bitki türüdür. Çobançantası Orta-Kuzey Anadolu bölgesinde şifalı ot düşüncesiyle tüketilmektedir. Çobançantası otu Türkiye çayır ve meralarında bulunan zararlı bitkiler listesinde yer almaktadır. Çobançantası otu içeriğinde brusin alkoliti bulunmaktadır (1). Brusin zehirlenmesinin belirtileri arasında kas spazmları, konvülsiyonlar, rabdomyoliz ve akut böbrek hasarı literatürde yer almıştır. Glisin reseptörlerinde bir antagonist gibi davranır ve inhibitör nöronları felç eder. Brusin'in etki mekanizması, striknininkine çok benzer.

Amaç: Bu çalışmamızda, hemoroid hastalığına iyi gelmesi için yaklaşık 1 aydır düzenli olarak çobançantası otu tüketen hastamızın toksisitesinden bahsedeceğiz.

Çoban Çantası Otu

Çoban Çantası Otu, kendi imkanlarımızla aktardan temin ettik. Kendi çekimimizdir.

Bulgular: Atmış iki yaşında kadın hasta dış merkez hastanesinden tarafımıza 112 ambulansı ile hipotansiyon, ve genel durum bozukluğu ön tanıları sevk edildi. Bilinen sık sık kabızlık şikâyetleri ve hemoroidi olan hasta dış merkeze ateş, karın ağrısı, genel durum bozukluğu ile başvurmuş. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla merkezimize sevk edildi. Hastanın alınan anamnezinde yaklaşık bir aydır çobançantası otundan düzenli olarak tükettiği öğrenildi. Çobançantası otunu (bkz. Resim) hemoroid hastalığına iyi gelmesi için tüketmiş. Hastanın tarafımıza başvurusunda, karın ağrısı, ateş, halsizlik, bitkinlik şikâyetleri vardı. Geliş vitalleri, TA : 80/40 mm/Hg, nabız : 85 Spo2 oda havasında : 96, vücut sıcaklığı : 36,8 derece idi. Fizik muayenesinde, sağ ve sol alt kadrantlarda hassasiyet mevcut, bağırsak seslerinde artma mevcut idi. Solunum sesleri doğaldı. Batında skar mevcut (rektum kanseri operasyonuna bağlı), skar hattı olağandı. EKG normal sinüs ritmi olarak değerlendirildi. Hastanın laboratuvar değerleri tabloda ayrıntılı verilmiştir. Kontrastlı pelvis bilgisayarlı tomografisinde tüm kolonik segmentlerde diffüz duvar kalınlaşması, perikolonik yağ dokularda dansite artışları izlendi. Hasta 114 zehir danışmaya danışıldı, semptomatik tedaviye ek olarak norepinefrin(2-3 ml/dk) tedavisi önerildi. Hasta İç Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları ve Genel Cerrahi bölümlerine konsülte edildi. Hastanın intoksikasyon ön tanısıyla yoğun bakıma yatırılı verildi.

Laboratuar Değerleri

Tam Kan Sayımı

WBC: 13.70 $10^9/L$ (4.49 - 12.68)
RBC: 3.60 $10^{12}/L$ (3.92 - 5.08)
HGB: 10.3 g/dL (11.9 - 14.6)
HCT: 32.7 % (36.6 - 44)
MCV: 90.8 fL (82.9 - 98)
MCHC: 31.5 g/dL (31.8 - 34.7)
PLT: 282 $10^9/L$ (150 - 400)
IG#: 0.09 (0 - 0.06)
LY#: 0.36 $10^9/L$ (1.26 - 3.35)
MO#: 0.66 $10^9/L$ (0.25 - 0.84)
NE#: 12.67 $10^9/L$ (2.1 - 8.89)
EO#: 0.00 $10^9/L$ (0.01 - 0.4)
BA#: 0.01 $10^9/L$ (0.01 - 0.07)

Biyokimya

Glukoz (AKŞ): 126 mg/dL (70-110)
BUN: 15 mg/dL (3.73 - 23)
Üre: 31 mg/dL (8 - 48.5)
Kreatinin: 0.5 mg/dL (0.5 - 1.1)
AST: 14 U/L (5 - 35)
ALT: 11 U/L (5 - 35)
Total Bilirubin: 0,52 mg/dL (0.3 - 1.2)
Direkt Bilirubin: 0.07 mg/dL (0 - 0.2)
Kreatin kinaz (CK): 20 U/L (5 - 145)
Total Protein: 65 g/L (64 - 83)
Albumin: 33 g/L (35 - 51).
Kalsiyum: 9.2 mg/dL (8.8 - 10.6)
Potasyum: 3,33 mmol/L (3.5 - 5.5)
Sodyum: 132 mmol/L (136 - 146)
Klor: 101,3 mmol/L (101 - 109)
Amilaz: 41 U/L (22 - 125)

Venöz Kan Gazi

PH 7.616 (7.35 - 7.45)
PCO2 23.9 mmHg (41 - 51)
FCOHB 0.8 % (0 - 1.5)
HCO3-STD 27.5
K+ 2.98 mmol/L (3.5 - 5.3)
METHB 0.2 % (0 - 1.5)

Koagülasyon Parametreleri

PT: 13.3 Sn (10 - 14)
APTT: 28.5 Sn (20 - 33)
INR: 1.14 (0.8 - 1.2)

Sonuç: Halk arasında sıkça zehirsiz ot olarak bilinip, kolaylıkla elde edilip tüketilebilen, Türkiye çayır meralarında bulunan zararlı bitkilerden olan Çobançantası otu intoksikasyonuna ait literatürde veriye rastlanmamıştır. Çobançantası otunun içerdiği Brusin alkoloitinin ölümcül olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Biz bu çalışmamızda halk arasında masum olarak bilinen Çobançantası otunun intoksikasyonunu belirtmek ve içerdiği alkolitden dolayı ölümlerle sonuçlanabilecek tehlikeli durumlara neden olabileceğini hatırlatmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Çoban Çantası Otu, Zehirlenme, Toksikoloji, Zararlı Bitkiler

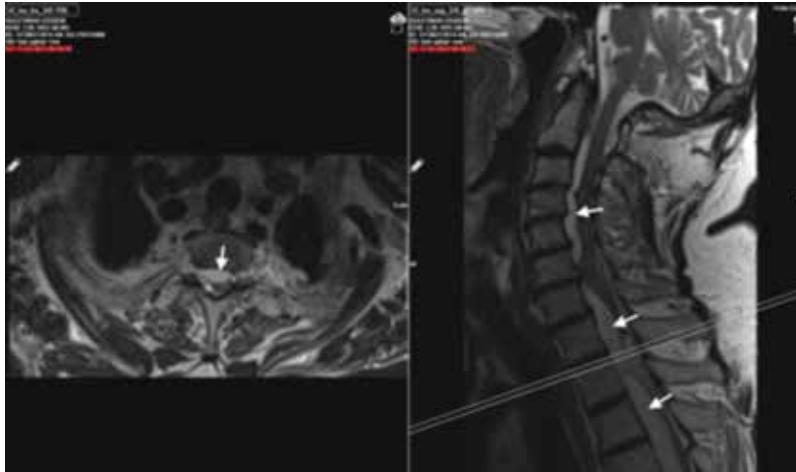
EP-080

Bel Ağrısı Ölümcül Olabilir ! Eğer...**Bahri POLAT¹, Salih FETTAHOĞLU², Bilal YENİYURT¹, Utku Murat KALAFAT¹, Ramiz YAZICI¹, Serkan DOĞAN¹**¹SBU İstanbul Kanuni Sultan Süleyman EAH²Hatay Reyhanlı Devlet Hastanesi

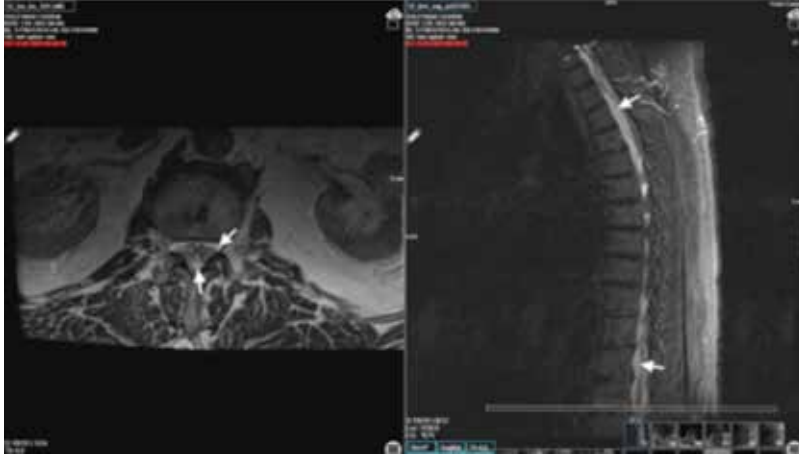
Giriş: Acil servise yürüyerek giren ve 12 saatten daha kısa bir sürede parapleji gelişen trajik bir hastayı konuşacağız. Spinal epidural hematomlar nadirdir ve genellikle travmaya bağlıdır. Varfarin zehirlenmesinin neden olduğu travmatik olmayan epidural hematomlar daha da nadirdir. Teşhis için MRG en iyi yöntemdir ve kontrendike değilse mümkün olduğu kadar çabuk çekilmelidir çünkü erken teşhis ve müdahale omurilikte geri dönüşü olmayan daha fazla hasarın önlenmesine yardımcı olabilir. MRG kontrendike ise, kontrastlı BT birincil yöntem olarak kullanılabilir. Varfarin, iskemik son organ hasarı ve hayati organ yetmezliklerini önlemek için kullanılan bir antikoagülandır. Çoğunlukla AF, yapay kalp kapağı varlığı, DVT ve PE olan hastalarda tercih edilir. Varfarin tedavisi alan hastalar, terapötik dozu korumak için INR ile yakından takip edilmelidir.

Amaç: 71 yaşında erkek hasta acil servise başvurudan 2 saat önce başlayan ve hareketle artan ağrı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede patolojik bulgu yoktu ve röntgenlerde kemikle ilgili bir patoloji görülmedi. Daha sonra hastada her iki alt ekstremitede uyuşma ve güç kaybı gelişti. Güç kaybı zamanla arttı. Santral görüntülemeye patoloji saptanmadı. BT ve MRG ile spinal görüntüleme, C3'ten L2 segmentlerine kadar spinal epidural hematom olduğunu gösterdi. Sorgulandığında AF, MI öyküsü, mitral kapak replasmanı öyküsü olduğu ve varfarin kullandığı öğrenildi. Tetkiklerinde INR'sinin 14 çıktı.

MR Kesitleri 1



MR Kesitleri 2



Bulgular: Kyle Raasck ve arkadaşlarının literatür taraması yaparak yazdıkları 12 çalışmadan 65 vakanın incelemesinde; Spontan Spinal Epidural Hematom (SSEH) hastalarının yüzde ellisi tam olarak iyileşmemektedir. Genel olarak, SSEH sunumu sırasındaki ortalama yaş 53,2 (+/- 23) yıldır(1). SSEH'li hastalar tipik olarak yaşamlarının dördüncü veya beşinci dekatlarındadır (2) ve erkekler kadınlardan biraz daha fazla etkilenir (1.4:1) (3). Semp-tomlar tipik olarak hiporefleksi ve gevşek felçli bir alt motor nöron patolojisidir (4). Sırt ağrısının başlangıcından nörolojik defisite kadar geçen süre değişkenlik gösterebilir (saatler, günler, aylar)(5).

Sonuç: Klinik tabloların çoğunda ilaçların bize verdiği bilgi önemlidir ve bu notları almak doğru ayırıcı tanılardan şüphelenmemize yardımcı olur, patolojiye daha erken müdahale etme şansı verir. Nadir görülmekle birlikte özellikle omurilik segment düzeyi ile uyumlu hipoestezi ve kas gücü kaybı gibi nörolojik defisitleri olan hastalarda spinal hematoma/kanamalar ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Nadir olan bu tanının unutulması geri dönüşü olmayan ciddi sonuçlara yol açabilir. En basit bel ağrısı şikayeti bile riskli ilaç öyküleri ile ölümcül olabilir.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, Spinal Hematom, Varfarin

EP-081

Nadir Görülen Bir Cerrahi Acil: Gastrit VolvulusAyşe Hicret Çalı¹, Hamdi Haluk Çalı¹, Elif Çelikel¹, Ahmet Burak Erdem¹¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş: Gastrik volvulus tanınması zor, nadir görülen cerrahi bir acil durumdur. Midenin kısa ya da uzun ekseni boyunca en az 180 derece dönmesi ile oluşur. Yetişkinlerde genellikle 50 yaş üzerinde görülür. Cinsiyet farkı anlamlı derecede bulunmamaktadır. Sıklıkla beraberinde hiatal herni bulunmaktadır. Abdominal distansiyon, bulantı, kusma, karın ağrısı gibi semptomlarla başlayabilmekle beraber ilerleyen saatlerde akut batın tablosu gelişebilmektedir (1). Geç kalınan vakalarda intraabdominal sepsis sık görülen bir komplikasyondur (2).

Amaç: Bu vakamızda atipik prezentasyonla başvuran bir gastrit volvulus olgusu incelenmiş olup, gastrointestinal kanama (GİSK) araştırılırken beklenenden farklı bir tanı ortaya çıkmıştır. Nadir görülen cerrahi acil durumlara dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Bulgular: 75 yaşında kadın hasta, dış merkeze aynı gün başlayan siyah renkli kusma şikayeti ile başvuruyor. Orada çekilen abdominopelvik bilgisayarlı tomografisinde (BT) girdap bulgusu saptanması üzerine üst GİSK ön tanısı ile tarafımıza yönlendiriliyor. Anamnez derinleştirildiğinde hastanın 3 gündür karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetlerinin olduğu; kusmasının antiemetik dirençli olduğu öğreniliyor. Özgeçmişinde geçirilmiş gastrik ülser cerrahisi ve esansiyel tremor dışında ek özellik yok. Başvurusunda vitalleri nabız 110; kan basıncı 170/110; oda havasında SpO2 %99; ateş 36,8; solunum sayısı 16 olarak izleniyor. Fizik muayenede; bilinç açık oryantasyon kooperasyon tam; batında defans-rebound yok, periumblikal bölgede hassasiyet mevcut; rektal tuşede gayta bulaşı yok; solunum sesleri bilateral doğal; S1+, S2+ ritmik, ek ses duyulmuyor. Kan tetkiklerinde hemoglobin: 12,5; beyaz küre: 4.220; Ph:7,44; Laktat: 1,98 saptanıyor. Yapılan diğer laboratuvar tetkiklerinde ek patoloji saptanmıyor. GİSK ön tanısı ile orali kapalı şekilde; i.v. PPI infüzyonu ve i.v. hidrasyon başlanarak klinik takibe alındı. Takiplerde alınan hemogramında HGB: 11.8 olarak tespit ediliyor. Yapılan üst GİS endoskopide fundusun korpus düzeyinde malrotasyona uğradığı ve mukozada iskemik değişiklikler olduğu izlendi. Endoskopi sonucu doğrultusunda hastada gastrik volvulus düşünülerek acil cerrahi ihtiyacı nedeniyle Genel Cerrahi servisine interne edildi.

Gastrik volvulus BT bulgusu 1



Gastrik volvulus BT Bulgusu 2



Sonuç: Gastrik volvulus tanısı zor konulabilen bir hastalıktır. Ayata direkt batın grafisinde volvulus düşündüren bulgular tanımlanmakla beraber kesin tanıda hala yetersizdir (2). Abdominopelvik BT tanı koymada oldukça yararlıdır (3). Bizim vakamızda BT’de volvulus düşündüren bulgular olmasına karşın hastanın kanlı kusma tariflemesi ve takiplerde hemoglobin düşüşü yaşanması nedeni GİSK ekartasyonu amacıyla endoskopi yapıldı. Kesin tanı endoskopi ile konuldu.

Anahtar Kelimeler: Gastrit volvulus, gastrointestinal kanama, endoskopi, cerrahi acil

EP-082

Darp ile Gelen Akut Kompartman SendromuAdil Karadağ¹, Fatih Tütüncü¹, Dilay Satılmış¹, Erdem Çevik¹¹Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kompartman sendromu fasya ile sarılı olan kas gruplarının bulunduğu bir alanda basıncın herhangi bir faktör dolayısı ile artması sonucu gelişen perfüzyon bozukluğudur. Çoğunlukla travma sonucu akut olarak gerçekleşmekle birlikte kronik olarak da karşılaşılabilen cerrahi bir acildir. İnsidansı 100.000'de 0.7-7.3 vaka olarak değişmektedir.

Amaç: ..**DARP İLE GELEN AKUT KOMPARTMAN SENDROMU****DARP İLE GELEN AKUT KOMPARTMAN SENDROMU**

Bulgular: 32 yaş erkek hasta, 112 ile hastanemiz acil servisine yakınları tarafından getirildi. Şikayetlerini net olarak ifade edemeyen, dezoryante ve nonkoopere olan hastanın gelişinde; GKS 13, vitaller stabil idi. Fizik muayenede sağ baldır bölgesinde punktate ekimoz alanları mevcuttu. Sol baldırına kıyasla sağ baldırda sertlik ve çap artışı mevcuttu (Şekil 1a). Hastanın sol göz ve sağ göz çevrelerinde, SİAS üzerinde ve alnında ekimoz ve dermabrazyon alanları mevcut idi. Hasta monitörize edildi ve takipleri monitörize şekilde devam etti. Kan tetkiklerinde; WBC:22.320, pH 7.32, INR:1.15, AST:1250, ALT:527, Total Billirubin:0.48, üre:54, Kreatinin:1.31, Potasyum 4.6 idi. Acil serviste travma ön tanısı ile takip edilen hastaya mesane sonda uygulandı ve siyah renkli idrar çıkışı saptandı ve kan kreatinin kinaz (CK) düzeyi istendi. Takipleri sırasında IV hidrasyon tedavisi başlandı. Hastadan görülen toraks BT'de ve spinal, torakal, lomber vertebra BT'lerinde akut girişim düşünülecek lezyon veya patoloji saptanmadı. Kranial BT'de bahsi geçen bölgelerdeki cilt altı hematomlar haricinde anlamlı patoloji saptanmadı. Hepatobilier USG'de intrahepatik safra yolları belirginleşmiş saptandı. Hastanın sağ alt ekstremitte renkli Doppler USG'si hasta ajitasyonu dolayısı ile suboptimal olduğundan, sağ alt ekstremitte BT Anjiyografi tetkiki planlandı. Yapılan BT Anjiyografisinde, sağ inguinal bölgesinden uyluk mediali boyunca derin kas planları arasına uzanan geniş intramusküler hematoma ve çevre yumuşak dokularında ödematöz değişiklikler saptandı. Kan CK değeri ise >90.000 olarak saptanması üzerine, koopere oryante olan hastadan alınan anamnez derinleştirildi ve hasta darp edildiğini ifade etti. Mevcut laboratuvar ve BT anjiyografi görüntülemesi neticesinde hasta mevcut hali ile kompartman sendromu ön tanısı ile ortopedi kliniği ile fasyotomi planlanması açısından konsülte edildi ve Ortopedi

kliniğine yatış verilerek operasyonu planlandı (Şekil 1b).

Sonuç: Akut kompartman sendromu, müdahale edilmediğinde ekstremitte amputasyonuna ve akut böbrek hasarına yol açabilen ortopedik bir acildir. Şüphelenildiği takdirde hızlıca cerrahi konsültasyon istenmeli, hipotansiyondan ve perfüzyon bozukluğundan kaçınmak adına intravenöz sıvı tedavisi başlanmalı, analjezi sağlanmalı ve hızlıca fasyotomi uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut Kompartman Sendromu

EP-083

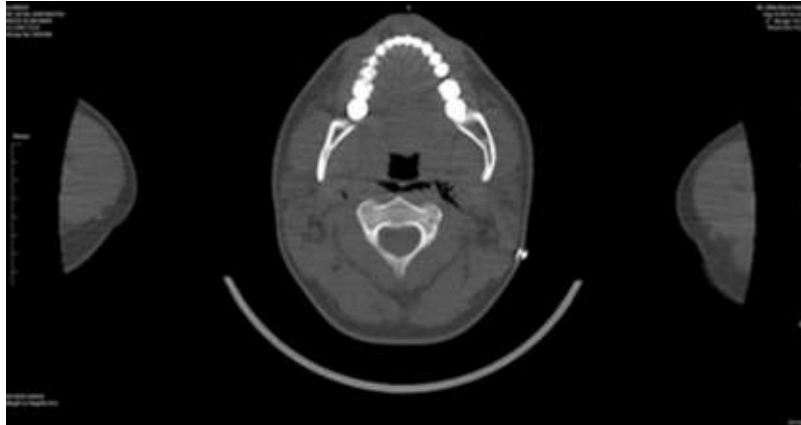
Dermal piercing takılmasıyla oluşan nadir komplikasyon ; PNÖMOMEDİASTİNUM

Oğuzhan Güven¹, Merve Deniz Aydın¹, Ramis Gökçe¹, Sinem Doğruyol¹, Burcu Genç Yavuz¹, Şahin Çolak¹

¹S.B.Ü. Haydarpaşa Numune E. A.H. Acil Tıp Kliniği

Giriş: Dermal piercingler gün geçtikçe daha fazla ilgi çeker bir hale gelmiş olup, tıbbi şartları çok da iyi olmayan yerlerde her gün oldukça insana kozmetik açıdan girişim yapılmaktadır. Dermal Piercing iki parçadan oluşmaktadır, alt kök denilen kısmı cilt altına küçük bir kesi ile yerleştirilir ve yüzeyde görünecek olan kısmı kişinin kendi zevkine göre seçilmiş parça vida gibi döndürülerek monte edilir. İşlemin komplikasyonları arasında lokal enfeksiyon, rejeksiyon, hipergranulasyon ve piercingin displacementı ve nadir de olsa pnömomediastinum gelişebilir. Bu olgumuzda da çok da karşılaşılmayan yan etkisinin acil serviste yönetimini açıklamak istedik.

derml piercing



Bulgular: 23 yaşında erkek hasta, yaklaşık 3 hafta öncesinde başlayan gittikçe artan göğüste darlık, göğüs ağrısı ve boğaz ağrısı şikayetleri ile acil servise başvuruyor. Son bir ay içinde herhangi bir travmanın olmadığını beyan eden, acil servise ayaktan kendi imkanları ile gelen hastanın vitalleri stabil durumda olduğu kaydedilmiştir. Hastanın yapılan muayenesinde solunum sesleri doğal ve pulmoner patolojisi saptanmıyor, ekgsi NSR olup iskemik değişiklikler saptanmıyor. Hastanın yapılan kan tahlillerinde patoloji saptanmıyor ve hastanın boyun alt kısmında sternum üstünde ciltaltı amfizemleri tespit edilmesi üzerine torax BT isteniyor. Görüntülerde boyunda hiyoid kemik ve tiroid kartilaj komşuluklarında, tiroid posteriorunda ve daha yaygın olarak da mediastinumda parakardiyal alanda yaygın ciltaltı hava dansiteleri izleniyor. Hastanın detaylı anamnezi alındığında yaklaşık 2 hafta önce dermal piercing takılması dışında anlamlı bir anamnez vermiyor. Hasta Pnömomediastinum tanısı ile göğüs cerrahisi kliniğine sevk ediliyor.

Pnomomediastinum



Sonuç: Dermal piercing takımı sırasında birkaç farklı kesici delici alet ile cilt ve ciltaltı doku lasere edilir. İşlem deneyimsiz ya da eğitimsiz kişiler tarafından yapıldığında açılan laserasyondan içeri ciltaltına ani hava kaçağı olabilir. Bir diğer yol da açılan laserasyon ile dermal piercingin boyutlarının ilişkisiz olmasıdır, yani piercing parçasından daha büyük bir laserasyon yaratılırsa sürekli hava giriş çıkışı olması olağandır, bu da olgumuzda olduğu gibi yaygın pnomomediastinum ve ciltaltı amfizeme sebep olabilir.

Anahtar Kelimeler: piercing, pnömomediastinum, ciltaltı amfizem

EP-084

Viral ensefalitGamze Alsu¹¹Sultan Abdülhamid han eah

Giriş: Ensefalit beyin parankiminin enflamasyonu ile ilişkili olarak nörolojik disfonksiyonun klinik ve laboratuvar kanıtlarının varlığıdır. Farklı epidemiyolojik ve klinik özellikleriyle herpes simpleks, kabakulak, varisella zoster, ebstein barr, kuduz, arbovirüs gibi değişik viral etkenler ensefalite yol açabilirler. Ateş, miyalji gibi genel belirti ve bulgularla, spesifik olarak etkene yönelik bulgular ve ense sertliği ile bazen de asemptomatik olarak karşımıza gelebilir. Herpes simplex virus ensefaliti dışında, kesin bir tedavi olmamasına rağmen, spesifik ajanın belirlenmesi potansiyel profilaksi, prognoz ve halk sağlığı önlemleri açısından önemli olabilmektedir. Ensefalit ön tanısında beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesi kontrendikasyon olmadıkça önerilmektedir. Ensefalitli hastayı değerlendirmede manyetik rezonans görüntüleme (MRG) en etkin nörogörüntüleme testidir. Bu olguda hafif bilinç bozukluk ile gelen hastaya ensefalitin tanı ve yönetimi hakkında acil serviste (AS) yapılan müdahaleleri sunmayı amaçladık.

Bulgular: Altmış bir yaşında erkek hasta, yürüyememe, denge kaybı, etrafı tanıyamama ve anlamsız konuşma ve hareketleri olması sebebiyle yakınları tarafından AS'imize getiriliyor. Hasta 1 gün önce de yakınları tarafından mide bulantısı ve anlamsız hareketleri olması sebebi ile dış merkeze götürülüyor, tetkik ve takip sonrasında taburcu ediliyor. Alınan anamneze göre hasta önceki 1 ay şehir dışındaymış, gitmeden önce genel durumu iyiymiş. Hastanın bu semptomlarının tam olarak ne zaman başladığı bilinmemekte. Hastanın bilinen diabetes mellitusu ve hipertansiyonu mevcut. Geliş vitallerinde ateşi 38.5' derece ölçüldü. Yapılan fizik muayenesinde bilinç açık, oryantasyon kooperasyon kısıtlı, emirlere uymakta zorlanmakra idi, ağız şapırdatma şeklinde otomatizmalar vardı, sorulara yanıt verirken oryantasyon sıkıntısı mevcuttu. Pupiller izokorik, ır-ır ++/++ , fasiyal asimetri saptanmadı, değerlendirilebildiği kadarıyla lateralizan defisit, duyu kaybı, serebellar testler değerlendirilemedi ense sertliği yoktu, yürüme ataksik idi. Kan tahlillerinde CRP 0,87, WBC 13,56 dışında tetkikleri normaldi. Hastaya nörogörüntüleme planlandı, beyin difüzyon magnetik rezonans görüntüleme (MRG) görüldü. MR 'da Sağ temporal unkusta hiperintens alan izlendi

Sonuç: Herpes ensefaliti nadir görülmesine karşın, morbidite ve mortalitesinin yüksek bir hastalıktır. Çoğunlukla olguların nonspesifik bulgularla doktora başvurduğu, klinik, laboratuvar veya radyolojik şüphe varlığında vakit kaybedilmeden tedavisine başlanması gerektiğini vurgulamak amacıyla bu olguyu sunmayı uygun gördük

Anahtar Kelimeler: Viral, Ensefalit, Herpes

EP-085

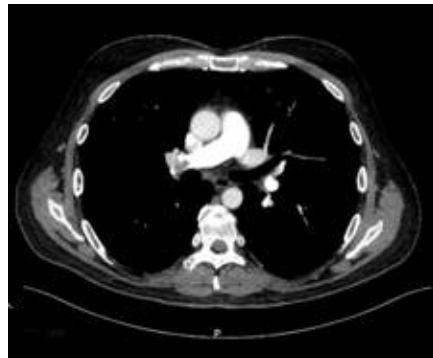
Akciğer Ekşimesi Olur Mu?Eray ÇELİKTÜRK¹, Aykut YUCAL¹, İsmail Batuhan VERGİ¹, Satuk Buğra Han BOZATLI¹, Çisem ATLI¹¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilimdalı

Giriş: Göğüs ağrısının en sık nedenleri, kardiyovasküler ve pulmoner patolojiler, göğüs duvarı bozuklukları, gastrointestinal sistem sorunları ve psikolojik etkenlerdir. Gastroözofagiyal reflünün (GÖR) klinik bulguları, retrosternal yanma hissi, ağızda ekşi veya acı tat şeklindedir. Pulmoner tromboembolinin (PTE) klinik bulguları akut başlangıçlı nefes darlığı ile birlikte plöretik göğüs ağrısı ya da hemoptizidir.

Amaç: Göğüs ağrısı ve retrosternal yanmanın ayırıcı tanısında PTE'yi gözden geçirmek amacıyla bir hasta sunulmuştur.

Bulgular: 68 yaş kadın hasta, özgeçmişinde bronşiyal astım ve GÖR bulunmaktadır. Hasta acil servise göğüs ağrısı ve yanma, ağızda ekşi ve acı tat, nefes darlığı şikayetleriyle başvurdu. Başvuru esnasında vital bulgular GKS:15 TA:105/65 mm/hg, KTA:112, SpO2:79, Ateş:36,3, DSS:38. Fizik muayenede periferik siyanoz, tek taraflı (sağ) pretibiyal ödem ve bacakta çap artışı ile kaba solunum sesleri saptandı. Akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. EKG'de sinüs taşikardisi, V1-2-3 derivasyonlarda T negatifliği saptandı. Kan gazında respiratuvar asidoz ve hipoksi saptandı. Diğer kan tetkiklerinde di-dimer, LDH ve CRP ve troponin-I yüksekliği mevcuttu. Hasta monitörize edilerek, destek tedavisine başlandı. EKG takibinde değişiklik saptanmadı. Troponin seviyelerinde AKS için anlamlı olabilecek oranda yükseliş izlenmedi. Yatak başı yapılan sağ alt ekstremitte venöz doppler USG'de ana femoral vende trombüs izlendi. Yatak başı yapılan kardiyak USG'de D-SHAPE ve 3. derece TY izlendi. PAB:44 olarak ölçüldü. Hastaya ivedilikle toraks bilgisayarlı tomografi anjiyografi çekildi. Görüntüleme bulguları olarak şekil 1'de gösterildiği gibi sağ ana pulmoner arterde distale doğru uzanan trombüs izlendi. Hasta massif PTE olarak değerlendirilerek acil trombolitik tedavisine başlandı. Takip ve ileri tetkik amaçlı göğüs hastalıklarına konsülte edildi. Verilen tedavi komplikasyonsuz bir şekilde, başarıyla sonuçlandırıldı. Klinik düzelme sağlandı. Vital bulgular stabil hale geldi (TA:134/89, KTA:88, SpO2: 94, DSS:21, GKS:15). Hasta göğüs hastalıkları servisine interne edildi.

Pulmoner Emboli Toraks BT Görüntüsü



Sonuç: Göğüs ağrısına ilk tanısız yaklaşım, öncelikle kardiyak etiyolojiden şüphelenilmelidir. Fakat PTE de aynı semptomları gösterebilen ve hayatı tehdit eden önemli bir non-kardiyak patolojidir. Ayrıca GÖR'de izlenen retrosternal yanma PTE'de de izlenebilir. Kan gazı ve EKG bulguları uyumsuz olsa da klinik şüphe varlığında PTE tanısı araştırılmalıdır

Anahtar Kelimeler: Restrosternal yanma, Göğüs Ağrısı, Emboli

EP-086

Yüzme Bilmeyen Kalp!Aykut YUCAL¹, İsmail Batuhan Vergi¹, Eray ÇELİKTÜRK¹, Satuk Buğra Han BOZATLI¹, İrem AKDENİZ¹¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilimdalı

Giriş: Kardiyak tamponad, perikard yaprakları arasında biriken sıvının kalp üzerinde basınç yaratarak kardiyak fonksiyonları engellemesi olarak tanımlanır. Beck triadı (juguler venöz dolgunluk, kalp seslerinin derinden gelmesi, hipotansiyon) ve pulsus paradoksus tanı için yüksek şüphe oluşturur. Kardiyak tamponadın acil tedavisi perikardiyosentezdir. Tamponad oluşturacak perikardiyal efüzyon miktarı, akut ya da kronik gelişimine bağlı olarak değişmektedir.

Amaç: Acil servise başvuran, hızlı tanı ve tedavi süreci sonrası klinik düzelme sağlanan kardiyak tamponad vakasının sunulması amaçlandı

Bulgular: 54 yaş erkek hasta, özgeçmişinde bilinen akciğer kanseri tanısı mevcut. Dispne, çarpıntı ve göğüs ağrısı şikâyetleri ile acil servisimize başvurdu. Hastanın başvuru anındaki vital bulguları; GKS:15 GD: Orta, TA:87/50, KTA:166, SpO2:86, DSS:45. FM: Juguler venöz dolgunluk izlendi; kalp sesleri derinden gelmekteydi; solunum sesleri sol tarafta kabaydı; pulsus paradoksus nabızı alındı. EKG’de elektriksel alternans saptandı. Hastaya ivedilikle yapılan yatak başı kardiyak ultrasonografide (USG) şekil 1’de gösterilen sağ ventrikülde kollaps oluşturan yaklaşık 3 cm ‘lik global perikardiyal sıvı saptandı. Bu veriler ışığında hastaya kardiyak tamponad tanısı konuldu. Hastaya klinik durumu ve tedavi süreci anlatıldı, perikardiyosentez için onamı alındı. Lokal anestezi uygulanıp, USG eşliğinde subksifoid pencereden Seldinger iğnesi ile perikardiyosenteze başlandı. Eş zamanlı yapılan USG’de şekil 2’de gösterilen normal sağ ventrikül fonksiyonu saptanması ve klinik düzelmenin görülmesi üzerine işlem sonlandırıldı. Hastanın vital bulguları, sıvı drenajı ile birlikte dramatik düzelme gösterdi. Toplam 580 cc sıvı boşaltıldı. Perikardiyosentez işlemi sonrası vital bulguları; GKS:15 TA:121/75, KTA:96, SpO2:97, DSS:22. Hastada herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Kardiyoloji konsültasyonu yapıldı. İleri tetkik, takip ve tedavi amaçlı koroner YBÜ’ye interne edildi.

Perikardiyosentez Öncesi Kardiyak USG Görüntüsü



Sonuç: Kardiyak tamponad hayatı tehdit eden bir durumdur. Hızlı tanı ve tedavinin mortalite üzerine doğrudan etkisi vardır. Yatak başı USG, tanının netleştirilmesi için oldukça yararlıdır. Ayrıca perikardiyosentezin yatak başı USG eşliğinde yapılması başarı oranını artırıp, komplikasyon ihtimalini azaltır. Acil perikardiyosentez esnasında



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

drene edilmesi gereken sıvı miktarı, hastaya göre değişkenlik gösterebilir; asıl hedef kardiyak fonksiyonların normale dönmesidir. Perikardiyosentezin sonlandırılması kararı klinik düzelmeye bağlıdır. Kardiyak tamponadın acil tedavisi olan acil perikardiyosentez endikasyonlarını ve aşamalarını bilmek acil tıp uzmanları için faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Perikardiyosentez, Kardiyak Tamponad

EP-087

KLOMİFEN KULLANIMINA BAĞLI İLAÇ ERUPSIYONU

Nursel Kürtoğlu¹, Zeynep Akı Yatmazoğlu¹, Nurdan Acar¹, Engin Özakin¹, Mustafa Emin Çanakçı¹, Filiz Baloğlu Kaya¹, Muhammed Evvah Karakılıç¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Kutanöz ilaç erüpsiyonları tüm ilaçların potansiyel bir komplikasyonu olabilir ve diğer cilt hastalıklarını taklit edebilir. Bir döküntülü hastayı değerlendirirken dikkatli bir ilaç özgeçmişi edinilmelidir. Çoğu reaksiyon, maruziyetten sonraki 1-3 hafta içinde meydana gelir. Hastalar geçmişte ilacı sorunsuz bir şekilde almış olabilir. Tedavi çoğunlukla semptomatik antihistaminik ve kortikosteroid tedavisine ek olarak sekonder bakteriyel enfeksiyona yönelik antibiyotik tedavisidir.

Amaç: Biz acil servisimize klomifen kullanımına bağlı ilaç erupsiyonu olan bir vakayı bildirerek konunun önemini vurgulamayı amaçladık.

Bulgular: OLGU: 40 yaşında erkek hasta 3 gündür ellerinde, ayaklarında ve vücudunda yaygın döküntü yakınması ile acil servise başvurdu. Hasta bu şikayetlerinin, 3 gün öncesinde günde iki kez oral yolla kullanmaya başladığı klomifen 50 mg tablet sonrasında geliştiğini belirtti. Hastanın ek hastalık veya başka bir ilaç öyküsü yoktu. Vital bulguları stabildi. Fizik muayenesinde yüzde eritematöz zeminde sarı kurutlu plak oluşturan papüller (Resim 1); oral mukozada alt damakta gingivada beyaz plak ve dil altında erode alan; palmar bölgede makülopapüler döküntü; plantar eritemli zeminde içeriği berrak olmayan büllöz lezyonlar ve purpurik döküntüler (Resim 2); bacak iç yüzeylerde veziküler döküntü; penis ve skrotumda papüller lezyonlar (Resim 2) izlenmiştir. Orofarenks ve uvula ödemi, akciğerlerde ral veya ronküs saptanmadı. Feniramin hidrojen maleat 0.5mg/kg intravenöz ve Metilprednizolon 1mg/kg olarak intravenöz uygulandı. Dermatoloji bölümü tarafından yatırılan hastanın antihistaminik ve kortikosteroid tedavilerine devam edildi. Yüzdeki sarı kurutlu lezyonları nedeniyle impetijinasyon düşünülerek antibiyoterapisi başlandı. Yapılan serolojik testler sonucunda viral etken izine rastlanmadı. 3 günlük antibiyoterapi sonrası CRP değeri 34 mg/L'den 10.4 mg/L'ye gerilemesi sekonder bakteriyel enfeksiyon varlığı düşündürdüğünden antibiyotik tedavisine 1 hafta daha devam edildi. Ek olarak hastaya 1 hafta boyunca vazelinli ıslak pansuman ve fusidik asid krem ile topikal antibiyoterapi uygulamasını takiben hastanın lezyonlarında gerileme izlendi. Hasta iyilik haliyle taburcu edildi.

Eritematöz zeminde sarı kurutlu plak oluşturan papüler döküntüler



Vücuttaki diğer döküntüler



Sonuç: Acil serviste döküntü ayırıcı tanısında karşımıza maligniteden, enfeksiyona, allerjiden, ilaç yan etkisine uzun bir liste çıkmaktadır. Bu uzun listenin daraltılmasında ve ana tanıya ulaşmada ayrıntılı anamnez ve fizik muayene son derece önemlidir. Sıklıkla reçete edilen özellikle antibiyotik ve sülfonamid grubu ilaçlar çoğu vakada etiyolojik faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanın anamnezinde ilaç öyküsü ayrıntılı şekilde sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: klomifen, ilaç erupsiyonu, acil servis, döküntü

EP-088

Hasta Aort Diseksiyonu Olabilir Mi?Bedran Aslan¹¹Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Aort diseksiyonu, aortun intima tabakasındaki yırtık veya aort duvarındaki kanama sonucu aort duvarının farklı tabakalarının ayrılması sonucu yaşamı tehdit eden bir durumdur. Risk faktörleri arasında yaş, hipertansiyon, dislipidemi ve bağ dokusunun genetik bozuklukları tespit edilmiştir. Tedavi tipi, diseksiyonun yeri ve uzantısına bağlıdır. Açık cerrahi onarım en sık çıkan aort ve aortik arkı içeren diseksiyonlarda kullanılırken, endovasküler girişim karmaşık inen aort diseksiyonlarında endikedir (1).

Amaç: Bu olgumuzda aort diseksiyonundan erken dönemde şüphelenip tanı konulmasını vurgulamak istedik.

Bulgular: 61 yaşında erkek hasta acil servise 1-2 saat önce başlayan göğüs ağrısı ve sol kolda uyuşma şikayeti ile geldi. Bilinen kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Gks:15 bilinç açık, koopere, oryanteydi. Sağ sol tansiyon sistolik tansiyon farkı 30 mmHg'ydı, diğer vitalleri doğaldı. Fm de patolojik olarak sol kolda 3/5 güçsüzlük, nabız zayıf ve soğuk tespit edildi. Kan tetkiklerinde D-Dimer 2,3 ug/ml, Aort diseksiyonu ön tanısıyla BT anjiyografi çekildi. Tip1 aort diseksiyonu tespit edilen hasta kalp ve damar cerrahisi bölümüne danışıldı. Kalp ve damar cerrahisi tarafından operasyona alındı. Hastanın takiplerinde ek bir patoloji gelişmemesi üzerine önerilerle taburcu edildi.

aort diseksiyonu Bt anjiyografi görüntüsü



Assendan aortadan başlayan, distal aorta ve sağ ana iliak artere kadar uzanım gösteren disseksiyon izlenmiştir. Bilateral renal arterlerde disseksiyon izlenmiştir.

Abdominal ana vasküler yapılardan; çölyak trunkus yalancı lümeninden orjin almakta olup superior mezenterik ve inferior mezenterik arterlerde disseksiyon devamlılığı göstermektedir. Torasik aorta düzeyinde, karotis ve sol subklavian arterde disseksiyon devamlılığı göstermektedir.

Sonuç: Aort diseksiyonu, mortalitesi yüksek olan bir hastalıktır. Erken dönemde tanınıp tedavi edilmelidir. Aort diseksiyonu şüphesinde kan tetkik sonuçları beklenilmeden altın standart olan BT anjiyografi çekilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aort diseksiyonu, BT anjiyografi

EP-089

Sekonder Bir İskemik Göğüs Ağrısı Sebebi Olarak AnemiFURKAN AY¹, GÖKHAN CABAR¹, MUSTAFA YASİN ÖKTEN¹, SEVİM BAYOĞLU¹, MUSTAFA ÇALIK¹¹GAZİOSMANPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL TIP KLİNİĞİ

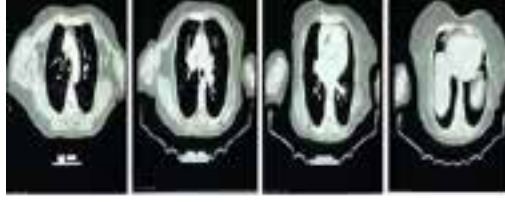
Giriş: Akut koroner sendromların klinikte karşımıza çıkış biçimleri farklı olsa da ortak patofizyolojiye sahiptirler. AKS, temelde koroner arter aterosklerozunun trombotik komplikasyonudur. Koroner ateroskleroz gelişmiş ülkelerde önde gelen morbidite ve mortalite nedenlerindendir. Yaş,cinsiyet sigara içimi,diyabetes mellitus,hipertansiyon gibi pek çok faktör AKS gelişme riskini arttırmaktadır. Anemi de AKS gelişmesinde önemli bağımsız bir risk faktörüdür. Anemi,miyokardiyal iskemiye miyokarda sunulan kandaki oksijen içeriğini azaltarak oksijen gereksinimini arttırmak yoluyla tetiklemektedir.

Amaç: Biz bu sunumda derin anemiyle ilişkili olduğunu düşündüğümüz ve EKG'sinde iskemik değişiklikleri olan bir vakayı ele alacağız.

Bulgular: 60 yaş kadın hasta, bilinen DM, KKY tanılı, anjio öykülü, 2 aydır başlayan efor dispnesi, başvuru günü yeni başlayan göğüs ağrısı,dispne,halsizlik yorgunluk şikayetiyle acil servise başvurdu.Vital bulguları TA: 133/73 SpO2:98 KTA:100 SS:24 olan hastanın göğüs ağrısı nedeniyle çekilen EKG'desinde V2-V6 arası derivasyonlarda aşağı yönlü ST depresyonları saptandı ve iskemik değişiklik lehine yorumlandı.İvedilikle kardiyak monitörize edilen hastanın eş zamanlı çalışılan kan gazında Hgb: 4,4mg/dl çıkması üzerine iskemik değişikliklerin anemiye sekonder olabileceği düşünüldü.Fizik muayenede bilinç açık oryante koopere GKS:15, nörolojik muayene doğal, hasta solgun görünümde, mukoza-sklera soluk, S1+S2+, ek ses yok üfürüm yok, her iki kol TA eşit normotansif,solunum sesleri doğal,ral-ronküs yok, solunum taşipneik,batın rahat,defans rebound yok,RT'de normal gayta bulaşı var,periferik nabızlar alınıyor,PTÖ yok.Hasta aktif kanama düşündürecek bir şikayet (melena,hematemez, hematokezya,hemoptizi,hematüri,travma vs.) tariflemedi. Göğüs ağrısı ve anemi birlikteliği dolayısıyla aort diseksiyonu ön tanısı ile çekilen kontrastlı BT Anjiografide patolojik bulguya rastlanmadı.Acil serviste uygun kan grubuna göre eritrosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma replasmanı başlanan ve high-sensitif troponin takipleri negatif seyreden hasta, anemi etyolojileri araştırılması üzerine dahiliye servisine interne edildi. Servis takiplerinde kan ürünü replasmanları sonucu yapılan EKG kontrolünde iskemik değişikliklerin geçtiği ve şikayetlerinin gerilediği tespit edildi.

1. VE 2. EKG

KONTRASTLI BT



Sonuç: Sonuç olarak hastada göğüs ağrısı ve EKG’de iskemik değişikliklerin etyolojisinde kronik anemi olabileceği düşünüldü. Unutulmamalıdır ki göğüs ağrısı ve iskemik EKG değişiklikleri olan her hastada sekonder nedenler akılda tutulmalıdır. Ayrıca derin aneminin kardiyak iskemik patolojilere yol açabileceği veya altta yatan primer iskemik süreci ve kliniği derinleştirebileceği, tedavide altta yatan bu ikincil sebeplere yönelik de planlama gerekliliği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: anemi, st depresyonu, göğüs ağrısı, anemiye sekonder ekg değişikliği

EP-090

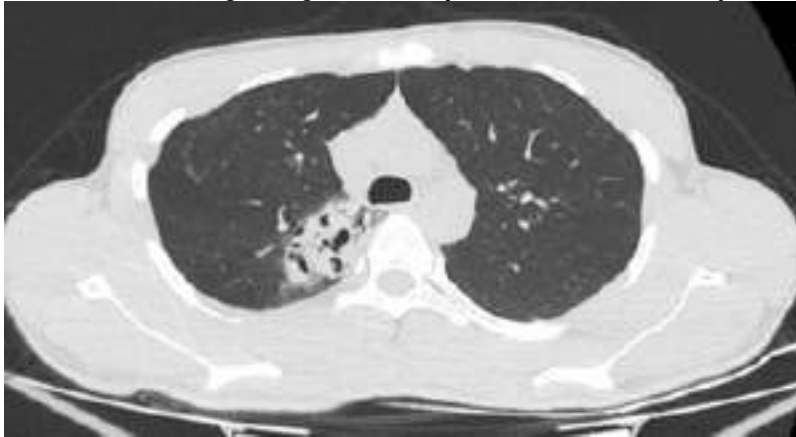
İkisi Bir Arada: Hemoptizi ile Acil Servise Başvuran Genç HastaElif Dilşah Yaşar¹, Burcu Bayramoğlu¹, İsmail Tayfur¹¹Acil Tıp Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Hemoptizi akciğer ya da trakeobronşiyal ağaç kaynaklı kanlı balgamdır. Hemoptizi çoğunlukla benign bir durumdur ancak düşük olasılıkla da olsa hastanın hayatını tehdit edebilen masif hemoptizi de görülebilir.

Amaç: Bu vaka sunumunda genç hastalarda hemoptizinin bazen hastane yatışı gerektirebilecek bir durumun da belirtisi olabileceğinin hatırlatılması amaçlanmıştır.

Bulgular: Yirmi yaşında erkek hasta öksürük ve kan tükürme şikayetleri acil servise başvurdu. Geliş vitalleri stabil, öyküsünde özellik yoktu. Yapılan muayenesinde solunum sesleri doğaldı, ral, ronküs ve wheezing duyulmadı. Hastanın genç olması ve hemoptizi tariflemesi sebebi ile PAAC grafisi istendi. Ayrıca hemogram ,CRP ve kısa biyokimya ile olası hemoptizi nedenleri açısından da hasta değerlendirildi. PAAC grafisinde pnömonik infiltrasyonlar görüldüğü üzerine toraks BT ile görüntüleme detaylandırıldı. BT’de sağ akciğer üst lobda posterior yerleşimli bronşektazilerin eşlik ettiği konsolidasyonlar izlendi. Ardından hasta bronşektazi ve pnömoni düşünülerek göğüs hastalıklarına danışıldı ve göğüs hastalıkları servisine interne edildi.

Görüntü-1: Sağ akciğerde bronşektazi ve konsolidasyon



Sonuç: Acil başvurularında hemoptizi sık karşılaşılan bir durumdur. Sıklıkla balgamda kan görülmesi ya da kan tükürme şeklinde olsa da bazı durumlarda masif hemoptizi şeklinde olabilir. Hemoptizi enfeksiyöz veya nonenfeksiyöz inflamasyon, neoplazm, yabancı cisim ve travma, koagülopati, pnömoni sebepli olabileceği gibi kardiyak ve vasküler sebepli ya da iyatrojenik olabilir. Anamnez alınırken hemoptizi ve hematemez ayrımı yapılmalıdır. Sonrasında kan miktarı sorgulanmalı ve masif hemoptizi dışlanmalıdır. Etiyolojiye yönelik tetkikler istenirken, hastanın kliniği, özgeçmişi ön planda tutulmalıdır. Bu noktada pnömoninin de bir hemoptizi sebebi olabileceği akla gelmelidir. Hastanın fizik muayenesinde akciğer sesleri mutlaka değerlendirilmeli, gerekli görüldüğünde PAAC grafi ve BT ile hasta detaylı değerlendirilmelidir. Genç hastalarda pnömoni etiyoloji akla ilk gelen sebep olmasa da vakamızda olduğu gibi pnömoni genç hastalarda da bir hemoptizi sebebidir. Kronik bir hastalığı olmayan hastamızda hemoptizinin nedenlerinden olan bronşektazi ve pnömoninin bir arada bulunması da vakamızın bir diğer özelliğidir.

Anahtar Kelimeler: hemoptizi, pnömoni, bronşektazi

EP-091

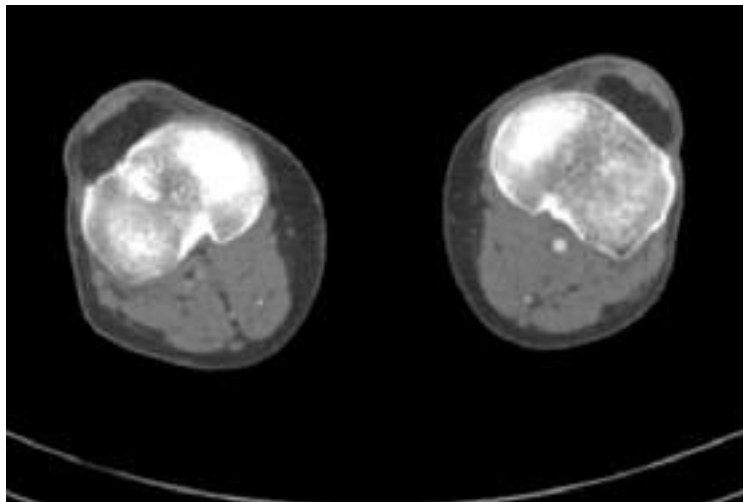
Akut periferik arter tıkanıklığı ile birlikte karın ağrısı: Ayırıcı tanıda renal arter trombozuKADER DOĞAN¹¹bursa şehir hastanesi

Giriş: Kader DOĞAN¹, Abdurrahman BAYRAM¹, Mustafa KARAZEYBEK¹, Suna ERAYBAR¹, Mehtap BULUT¹ Sağ-
lık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği GİRİŞ Renal Arter Trom-
bozu (RAT) nadir görülen fakat böbrek parankim kaybına neden olabilen ciddi bir klinik durumdur . RAT, genellikle
kalp kapak hastalıkları ve atrial fibrilasyona sekonder olarak gelişir. RAT, nadiren de posttravmatik olarak görü-
lebilmektedir. RAT olgularında böbrek fonksiyon bozukluğu gelişmesinde tıkanıklığın derecesi, tanı anına kadar
geçen süre ve etkilenen böbrek kollateral dolaşım seviyesi etkilidir.

Amaç: Biz de acil servisimize başvuran popliteal arter stenozu ve eş zamanlı renal arter trombozu saptadığımız
bir olguyu literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Bulgular: OLGU57 yaşında erkek hasta . Sağ bacakta artan ağrı ve sırt ağrısı şikayetiyle tarafımıza başvurdu .
Hastanın şikayetleri 12 saatlik otomobil yolculuğu sonrası gelişmiş. Bilinen HT, konjestif kalp yetmezliği ,atriyal
fibrilasyon ve hiperlipidemi öyküsü mevcut. Vitalleri stabil olan hastanın fizik muayenesinde sağ bacakta sol
bacağa göre solukluk ve soğukluk saptandı. Kapiller dolum zamanı >2sn olarak değerlendirilen hastanın sağ
popliteal arter nabızı palpe edilemedi. Yapılan yatakbaşı USG incelemesinde akım kodlanamadı. Üst ekstremiteler
nabızları bilateral eşit olarak değerlendirildi, üst ekstremiteler arasında kan basıncı ölçüm farkı saptanmadı. Ru-
tin hematolojik testlerde özellik saptanmayan hasta için kalp damar konsültasyonu ile eş zamanlı olarak abdo-
minal ve alt ekstremiteler BT anjio istemi yapıldı : sağ renal arter ve sağ popliteal arter oklüde görünümde izlendi.
(Resim: 1-2) Alt ekstremiteler arteriyel sistemde düzensizlikler ve fokal oklüde görünümler izlenmekte olup ,
distal kesimde ATA ve femoral arter lümen kontrast doluları net olarak seçilememiş ve kalibrasyonu belirgin
incelmiştir.Hasta takip ve tedavi amaçlı kalp damar cerrahisine interne edildi. Girişimsel radyoloji tarafından RDC
ve tel manipülasyon ile tromboz proksimaline ulaşıldı. Daha sonra tromboz proksimalinden multipl aspirasyon
renal trombektomi gerçekleştirildi.

renal arter trombozu



popliteal arter trombozu



Sonuç: SONUÇ RAT nadir olarak görülen , klinik ve laboratuvar bulguları nonspesifik olduğu için de tanısı sıklıkla geciken ,bu yüzden de böbrek parankim kaybıyla sonuçlanan önemli bir klinik durumdur. Bizim vakamızda da ön planda popliteal arter stenozu düşündüğümüz hastada nonspesifik yan ağrısı ile beraber risk faktörü olarak atriyal fibrilasyon birlikteliği predispozan faktör yaratmıştır ve abdominal anjio bt görüntülenerek RAT tanısı konmuştur. Periferik arter tıkanıklıklarında hastaların aortik aciller açısından detaylı incelenmesi tanısal süreçte önemli yer tutmaktadır.

Anahtar Kelimeler: renal arter trombozu, acil servis

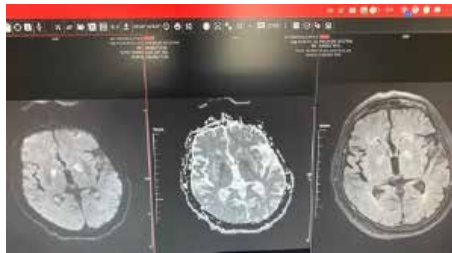
EP-092

CO maruziyeti sonucu bilinç bulanıklığı ile gelen hasta da gelişen Globus Pallidus enfarktıMükerrem ALTUNTAŞ¹, Yunus DENİZ¹, Tunahan AYDOĞAN¹, Vahit ŞENER¹, Ahmet Kürşat DURBİLMEZ¹¹Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Karbonmonoksit (CO) renksiz, kokusuz, tatsız ve iritan olmayan bir gazdır. Karbon kaynaklı yakıtların iyi yanmaması sonucu ortaya çıkar. Difüzyon MRG görüntülemesinde bilateral globus palliduslarda ADC ve FLAIR sekanslarında karşılığı izlenen subakut enfarkt alanı olan bir karbon monoksit zehirlenmesi olgusu sunuyoruz.

Amaç: CO zehirlenmesi, beyin, kalp, böbrek, iskelet kası, deri, periferik sinirler gibi hemen hemen bütün organ ve oluşumları etkiler. Beyin ve kalp, yüksek O₂ tüketimi olan organlar olduğunu için başlıca semptomları kardiyovasküler ve nöropsikiyatrik bulgulardır. Akut intoksikasyonda bilinç kaybı, koma ve ağır aritmiye bağlı ölüm görülebilir. Ancak olguların bir kısmında sonraki dönemde ilerleyici nörolojik bozulma görülebilir ve postanoksik geç tip ensefalopati olarak adlandırılır. Karbon monoksit intoksikasyonunda, beyinde patolojik olarak görülen değişiklikler: globus pallidus nekrozu, serebral beyaz cevherde demyelinizasyon, serebral kortekste süngerimsi nekroz ve hipokampusta nekrozdur. Koma ile sonuçlanan bir zehirlenmede ilk altı saat içinde kraniyal BT'de beyaz cevherde ve globus pallidusta dansitede azalma ve beyin ödemi saptanmaktadır. Otopsilerde beynin diğer bölgelerinin de etkilendiği saptanmıştır. Globus pallidusta düşük dansiteli alanların olması prognozun kötü olduğuna işaret eden en önemli bulgudur. Kraniyal BT bulgularının normal olması, uzun dönemde hastalarımızın prognozunun iyi olacağını düşündüren bir bulgudur ancak hastalarda ilaveten çekilecek MRG'da da akut patolojiler saptanabilir.

Bulgular: 74 yaş kadın hasta eşi ile beraber evde bilinç bulanıklığı ve nefes darlığı ile bulunması üzerine 112 ekipleri ile acil servise getirildi. Başvuru anındaki vital bulguları TA:170/85 mmHg Nb:70/dk SPO₂:99 Ateş:36,3 C idi. Yapılan fizik muayenede GKS:12 puan şuuru letarjik kooperasyon kısıtlı dezoryante motor duyu defisiti yok, meningeal irritasyon bulgusu yok pupiller izokorik IR +/- DTR normal fasiyal asimetrisi yok, EPS bulgusu saptanmadı. Hastadan hemogram rutin biyokimya koagülasyon, troponin ve arteriyel kan gazı tetkikleri istendi. Arteriyel kan gazı örneklemeinde pH:7,53 PCO₂:26,5 PO₂:134 sO₂:99,2 COHb:21,7 idi. Glukoz :154 mg/dL ,CK:1277, hs Troponin T :68 diğer laboratuvar değerleri normal aralıkta geldi. Hastada ön tanı olarak CO intoksikasyonu düşünüldü. Beyin BT de akut patoloji saptanmadı, Diffüzyon MRG de bilateral Globus Palliduslarda ADC ve FLAIR sekanslarda karşılığı izlenen subakut diffüzyon kısıtlılığı izlendi.

DİFÜZYON MR

Serebral ve serebellar hemisferlerde DAG ADC haritalanmada kısıtlanmış diffüzyona ait görünüm

Sonuç: Karbonmonoksit zehirlenmelerinin akut döneminde karşılaşılan MRG bulgularının hastalığın nörolojik komplikasyonlarını ve prognozunu öngörmeye yardımcı olduğuna ve literatürde de benzer görüşün hakim olduğuna dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: CO intoksikasyonu, MRG, Globus Pallidus

EP-093

Süpervarfarin İntoksikasyonu

Mustafa Rasim Kıyıcı¹, Bilal Yeniurt¹, Salih Fettahoğlu¹, Süreyya Tuba Fettahoğlu¹, Eray Bütüner¹, Utku Murat Kalafat¹, Serkan Doğan¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Süper varfarinler, fare zehirleri (rodentisitler) olarak kullanılan ve varfarinden 100 kat daha güçlü olan ajanlardır. Yarı ömürleri haftalar veya ayları bulabilir. Süper varfarinlerle zehirlenme; kazara maruz kalma, suicid girişimleri veya mesleki maruziyetle olur. Teşhis spesifik testler ve tahliller ile doğrulanır. Fakat bu testlerin klinikte olmaması veya sonuçlarının çok uzun sürmesi sebebiyle hastayı yönetmek anamnez, klinik durum ve koagülasyon testleri (APTT, PT, INR) ile yapılır.

Amaç: Süper varfarin zehirlenmelerinde spesifik testler her klinikte olmadığından veya test sonuçları çok uzun sürdüğünden hasta yönetimini anamnez, klinik ve INR takibi ile yaparak daha efektif ve hızlı hareket edilebilir.

Bulgular: 26 yaşında kadın hasta etken maddesi süper varfarin olan fare zehri içeren gıda ile beslenme şikayeti ile Acil Servise başvurdu. Derinleştirilen anamnez sonrası hastanın fare zehri içeren patatesten 3 kaşık tükettiği öğrenildi. Acil Serviste güvenlik çemberine alınan hastanın vitalleri stabil, EKG normal sinüs ritminde idi ve aktif bir şikayeti yoktu. Tüketilen fare zehrinin içindeki süper varfarinin yarılanma ömrünün 72 saat olduğu öğrenildi ve 72 saat içinde klinik semptomlar gelişebileceğinden hasta acil serviste takibe alındı. INR takibine alınan hastanın acil servis takibinde INR'sinin yükselmesi sebebiyle yoğun bakım ünitesine yatışı planlanarak YBÜ'ne çıkarıldı.

Sonuç: Varfarin yaygın kullanılan bir antikoagülandır ve albumine bağlanarak karaciğer tarafından metabolize edilir. K vitamini aktivasyonunu engelleyerek koagülasyon faktörleri 2, 7, 9 ve 10'un hepatik karboksilasyonunu engeller. Ekstrinsik ve ortak koagülasyon yolağını bozar. Varfarin dozu INR'nin ölçülmesi ile yönlendirilir. Süper varfarinler ise varfarinlerden 100 kat daha güçlü olup yarılanma ömrü çok daha uzundur. Süper varfarin intoksikasyonu olan bir hastada ciddi ve uzun süreli koagülopati gelişebilir. INR değeri yükselebilir. Süper varfarin intoksikasyonunda hasta yönetimi koagülasyon testlerinden INR ile sağlanır. Bu hastalarda varfarinin kronik kullanımı olmamasına rağmen yüksek INR düzeylerine rastlanabilir. Yüksek INR değerlerine sahip olan hastanın akut dönemde servis veya yoğun bakım takibi yapılmalıdır. Uzun dönemde ise bu hastalar oral kullanılan K vitamini (örn; günde 50 ila 800 mg) ihtiyaç duyarlar.

Anahtar Kelimeler: süper varfarin, yüksek INR düzeyi, fare zehri, intoksikasyon, K vitamini

EP-094

HER NÖBET; NÖBET MİDİR?İrem Fidan Yolay¹, Mehmet Oğuzhan Ay¹, Melih Yüksel¹, Umut Ocak¹, Halil Kaya¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Bursa, Türkiye

Giriş: Hasta Sinüs Sendromu Hasta Sinüs Sendromu (HSS), sinüs nodu dejenerasyonuna bağlı sinüs bradikardisi, sinüs duraklaması, paroksizmal, düzenli veya düzensiz atriyal taşikardi, taşikardi-bradikardi atakları veya yavaş ventrikül yanıtı atriyal fibrilasyon gibi çeşitli aritmilerle karakterize bir sendromdur. Bu aritmilerden birinden fazlası aynı hastada farklı zamanlarda görülebilir. Sendroma sıklıkla atriyoventriküler (AV) ileti kusuru da eşlik eder. Sendrom genellikle 6-7. dekatlarda ortaya çıkar. Toplumdaki prevalansı % 0.3 oranındadır. Uzun süre asemptomatik seyirli olup semptomatik hastalarda, intermittant kalp debi azalmasına bağlı presenkop, senkop, bayılma hissi, baş dönmesi, geçici konfüzyon, çarpıntı, göğüs ağrısı ve/veya yorgunluk görülebilir.

Amaç: Bu olguda Hasta Sinüs Sendromu'nun acil servise başvurabileceği klinikleri tanı ve tedavisini anlatmayı hedefledik.

Bulgular: 62 Yaş erkek hasta, bilinen hipertansiyon, dm, koroner arter hastalığı ve by-pass (03/2022) öyküsü mevcut. İlk kez nöbet geçirme şikayeti ile acil servise 112 Acil Ambulans Servisi ile getirildi. 2 gündür yeni başlayan, birkaç saniye süren şuur kaybı, dalma, nöbet geçirmesi nedeniyle başvurduğunu ifade etti. Vitaller : Ateş: 36,3 C, Nb: 84/dk, TA: 133/69 mmHg, sPo2: 97%, KŞ:250mg/dl. GKS: 15. Sol üst ekstremitede geçirilmiş operasyon nedeni kuvvet 4/5. Laboratuvar değerleri: WBC: 8,85 MCL, Hb: 11,3 G/DL, Hct: 34 %, Plt: 325.000 MCL, Kan gazı: özellik yok, Bft ve kcft : özellik yok, Na: 138 MMOL/L, K: 4,6 MMOL/L, Ca: 9,5 mg/dl, Ck-mb: 2,6 ng/ml, Troponin: 7,1 ng/l. Radyolojik görüntülemelerde Diffüzyon MR'da akut iskemik değişiklik yok. Beyin BT'de akut hemoraji veya yer kaplayıcı lezyon görülmedi. EKG çekildi ve monitorize edildi. Bu sırada tekrar nöbet geçirdiği ifade edildi. Monitörde nöbet olarak ifade edilen sırada EKG değişikliği görüldü ve kontrol EKG dökümanite edildi. Hastaya 6 sn süren karotis sinüs basısı yapılırken kalp ritminde duraksama ve şuur kaybı gözlemlendi. Hasta, Karotis Sinüs Sendromu ve Hasta Sinüs Sendromu ön tanıları ile Kardiyoloji'ye konsülte edildi ve hastaya PACE-MAKER implante edilmesi amacıyla Koroner Yoğun Bakım yatırışı verildi. Hasta kalıcı PACE-MAKER implantasyonu sonrası klinik gözlem ile şifa ile taburcu edildi.

Şekil 2



Sonuç: Hasta Sinüs Sendromu tanısı genellikle klinik ve elektrokardiyografik bulgular ile konulur. En sık neden kalbin ileti sisteminin idiyopatik nonspesifik fibrotik dejenerasyonudur. Semptomların görülmesi halinde genellikle kalıcı kalp pili implantasyonu gerekmektedir. Bradikardi ataklarının önlenmesi için beta-adrenoreseptör agonistleri veya intrinsik sempatik aktivitesi olan beta-blokör ajanlar kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Sinüs Sendromu, Karotis Hipersensitivitesi Sendromu, Pacemaker

EP-095

Küçümşenen Bir Semptom: Hıçkırık

Deniz Tanrıverdi¹, Mustafa Said Acar¹, Sevilay Vural¹, Levent Albayrak¹

¹Yozgat Bozok Üniversitesi

Giriş: Atriyal fibrilasyon (AF) en yaygın sürekli aritmidir. Hastaların en çok tariflediği şikayetler aşırı yorgunluk hissi, sersemlik, hızlı ve düzensiz kalp atışı, göğüste çarpıntı, baş dönmesi, nefes darlığı, kaygı ve halsizliktir. Hıçkırık ise AF hastalarında nadir de olsa raporlanmıştır. Hıçkırık yaygın bir fenomendir ancak patofizyolojik mekanizmaları veya işlevleri hakkında çok az şey bilinmektedir. 48 saatten uzun süren ısrarcı tekil hıçkırık, hastanın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki yaratabilir.

Amaç: Kronik hıçkırık durumunda altta yatan nedenin araştırılıp müdahale edilmesi gerekir. Bu vakamız ile inatçı hıçkırıkla ilişkili ilginç bir hastayı paylaşmayı amaçladık.

Bulgular: 64 yaşında erkek hasta acil servisimize 3 gündür devam eden hıçkırık şikayetiyle başvurdu. Hasta hıçkırık şikayetini sürekli olarak tariflememiştir ancak uyur halde iken olup olmadığı öğrenilemedi. Herhangi bir yakın dönemli travma ya da cerrahi beyan edilmedi. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde 5 ay önce çarpıntı ile dış merkezdeki bir acil serviste ilaçlı müdahale ile tedavi edildiği öğrenildi. Hastanın sözü geçen hastane başvurusundaki taburculuğu sırasında Beloc® başlanmış ancak hasta bu ilacı düzenli kullanmamış. Hasta hıçkırık şikayetine eşlik eden aktif çarpıntı, göğüs ağrısı ya da benzeri şikâyeti olmadığını ifade etti. İlk değerlendirmesinde; bilinç açık, koopere, stabil idi. Vital parametreleri kan basıncı: 130/70 mm/Hg, nabız: 140 atım /dakika, ateş: 36.5 °C, oksijen saturasyonu: %94 olarak ölçüldü. Ek sistem muayenesi doğal, geçirilmiş travmaya sekonder lezyon veya operasyon skarı yoktu. Çekilen EKG’inde yüksek ventrikül yanıtı AF tespit edilip, ventriküler hız 160/dk olarak belirlendi. Öncesinde düzensizde olsa Beloc® kullandığı için 20 dakika aralıklarla olmak kaydıyla 3 defa iv metoprolol 5 mg uygulaması yapıldı. Her üç uygulama sonrası yanıt alınamayan hastaya sonrasında amiodarone 150 mg iv 10 dakikada verildi (15 mg/dakika). İlaç uygulamasını takiben 10-15 dakika sonrasında kalp hızı 95-105 olarak görüldü. Hız kontrolünü takiben hastanın hıçkırık bulgusu düzeldi. Hastanın laboratuvar sonuçları kardiyak panel parametreleri de dahil normal sınırlardaydı. Çekilen PAAG ve ADKG grafilerinde herhangi patolojiye yoktu. Konsültasyon sonrası koroner yoğun bakımda yatırıldı.

Sonuç: AF gibi aritmisi olarak hastalar her zaman çarpıntı, göğüs ağrısı gibi tipik şikayetlerle başvurmayabilir. İnatçı hıçkırık genellikle çeşitli hastalıkların bir semptomu olarak ortaya çıkar. En yaygın olanları merkezi sinir sistemi veya gastrointestinal sistem ile ilişkili olanlardır. Ayrıca çeşitli farmakolojik ajanlar da hıçkırığı tetikleyebilir.

Anahtar Kelimeler: çarpıntı, atriyal fibrilasyon, hıçkırık

EP-096

NADİR GÖRÜLEN BİR ANOMALİ: OHVIRA SENDROMUİbrahim Alperen Çümen¹, Vildan Avcu¹, Müberra Kocaköz¹, Ramiz Yazıcı¹, Utku Murat Kalafat¹, Serkan Doğan¹¹KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Herlyn-Werner-Wunderlich (HWW) sendromu olarak da OHVIRA sendromu uterus didelfis, tek taraflı desendan vajinal obstrüksiyon ve ipsilateral renal agenezinin birlikte görüldüğü durumdur. 3 bileşenin tümü mezonefrik kanalın neden olduğu müllerian anomalilere sekonderdir. Müllerian kanal anomalilerinin insidansı %0,8 ila %4 arasında değişmektedir ve OHVIRA sendromunun insidansının tüm Müllerian anomalilerin %0,1-3,5'i arasında olduğu tahmin edilmektedir. Vakamızda travma sonrası idrar yapmada zorlanma ile gelen hastada saptanan hematometrokolpos ve altında yatan OHVIRA sendromu incelenmektedir.

Amaç: Bu vakada travma sonrası oluşan şikayetlerin hepsinin travma ile alakalı olmayabileceğine ve nadir görülen bir sendrom olan OHVIRA sendromuna dikkat çekmek istedik.

Bulgular: 14 yaş kız hasta 3-4 basamak merdivenden düşme sonrası idrar yapmada zorlanma şikayetiyle getirildi. Gelişinde batın rahat, defans ve rebound yoktu, glob vezikale mevcuttu. Muayenede travmatik lezyon yoktu. Hastanın foley sonda takılması sonrası idrar çıkışı oldu. Alınan anamnezde hastanın sol renal agenezisi olduğu öğrenildi. Hastada adet düzensizliği mevcut olup travma sonrası vajinal kanama tariflemeydi. Yapılan görüntülemelerinde uterusu çift endometrial kavite görünümü ve soldaki kavite düzeyinde kavitede genişleme, vajende, servikste, kavitede sıvı içerikle en geni yerinde 7 cm ölçülen hematometrokolpos uyumlu dilatasyon izlendi. Jinekoloji ve obstetri konsültasyonu izlenen hastaya çocuk cerrahi konsültasyonu önerildi. Çocuk cerrahi servisine hematometrokolpos sebebiyle vajinoskopi ve laporoskopi planlanarak interne edildi. Genel anestezi altında yapılan ameliyatta vajen ekartörle açıldığında girişe kadar sarkmış desendan uterus didelfisin ekspanse olmuş vajinal kısmından 6-7 cm çapında bir duvar çıkartılarak içerisi boşaltıldı ve açılan vajen duvarı marsupialize edildi.

koronal BT kesiti



sagittal BT kesiti



Sonuç: Hematometrolpos transvers vajinal septa, distal stenoz, atrezi ve imperfore hymen gibi nedenlere sekonder, uterus ve vajinada kan ürünlerinin toplanması ve dilatasyona neden olmasıdır. Hematometrolpos genellikle karın ağrısı ve pelvik kitle gibi şikayetlerle ve henüz adet kanaması görmemiş hastalarda imperfore hymen nedeniyle gerçekleşir. Vakamızda ise OHVIRA sendromunun sonucu olarak adet kanaması varlığında ve pelvik çıkış obstrüksiyonunda gerçekleşmiştir.

Anahtar Kelimeler: OHVIRA, uterus didelfis, hematometrolpos

EP-097

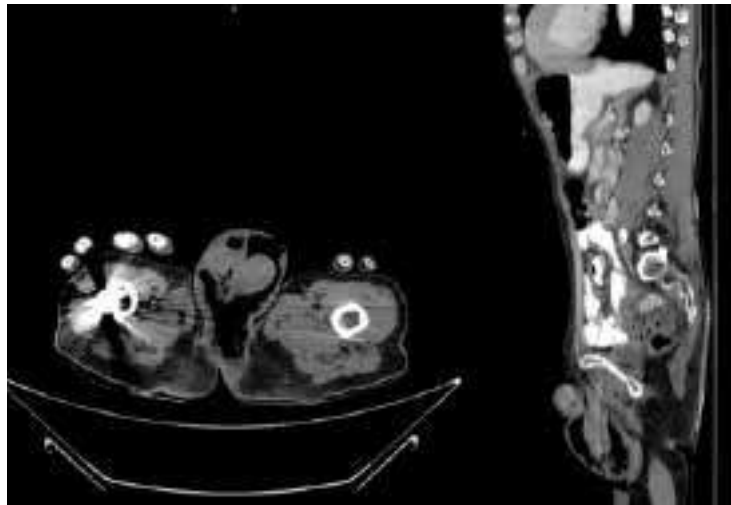
FOURNIER GANGRENİ: GEÇ BAŞVURU'DA GENİŞ DEBRİDMANAss. Dr. Nurbaki Kılıç¹, Uzm. Dr. Işık Melike Ünlükaplan¹¹SBÜ Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul, Türkiye

Giriş: Fournier Gangreni, cilt altı dokuların ve kasların hızlıca yayılan enfeksiyonuna yol açan nadir görülen fakat ölümcül bir durumdur. Hastalık, genellikle cinsel organlar, perianal bölge veya kolon gibi alanlarda meydana gelen bakteriyel bir enfeksiyon sonucu ortaya çıkar. Enfeksiyonun derin dokulara ilerlemesi, bakterilerin ve nekrotik dokuların kan dolaşımına geçmesi nedeniyle sepsise ve MODS'a ilerleyerek ölüme götürür. Bu nedenle hastalar acil olarak yatırılmalı, erken dönem antibiyoterapi başlanarak acil olarak cerrahi debridman yapılmalıdır. Etkili tedaviye rağmen hastaların %20-40'ı kaybedilir.

Amaç: Bu poster, gecikmiş tanının neden olduğu olumsuz sonuçları ve erken müdahalenin önemini vurgulayarak, Fournier Gangreni'nin daha iyi anlaşılmasına ve öncelikli olarak fizik muayenede doktorların daha dikkatli olmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır.

Bulgular: 57 yaş erkek hasta. Acil servise 4 gündür süren ateş, karın ağrısı, bulantı, kusma; iki gündür testis üzerinde morarma şikayetleri ile başvurdu. Bilinen HT, DM tanılı hasta. Dil bariyeri nedenli detaylı anamnez alınamadı. Fizik muayenesinde batin rahat defans, rebaund yok. Genital bölge inspeksiyonunda skrotum üzerinde nekrotik alanlar gözlemlendi ve kötü koku alındı. Hastanın TA:90/50, KTA:118, Ateş: 37.5, KŞ:245. Kan gazında pH:7,25 pCO2:26 HCO3:14. WBC:33.000. Hastanın çekilen Bilgisayarlı Tomografi'sinde penis arkasından perineye kadar yaygın gaz dansiteleri görülmesi üzerine geniş antibiyoterapisi ve semptomatik tedavisi başlandı. Debridman için üroloji ile görüşülen hasta acil operasyona alındı. Penisden başlanarak perineye kadar geniş debridman yapılan hasta, postop yedi gün yoğun bakımda kalarak on yedinci gününde hastaneden taburcu oldu.

BT Görüntüsü



BT'de peniste ve perinede yaygın hava dansiteleri görülmektedir.

İnspeksiyon



Hastanın skrotumu üzerinde kötü kokulu gangrenöz alanlar dikkati çekmektedir.

Sonuç: Bu olgu, Fournier Gangreni'nin nadir görülen fakat ölümcül bir enfeksiyon olduğunu; erken tanı ve müdahalenin oldukça mortal seyreden bu hastalığın ilerlemesini durdurmak ve hayat kurtarmak için kritik öneme sahip olduğunu vurgulamaktadır. Bunun yanında dil bariyeri gibi anamnez alınmasını zorlaştıran durumlarda fizik muayenenin önemini vurgulayarak doktorların daha dikkatli olmalarına yönelik bir farkındalık oluşturmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fournier, Fizik Muayene, Gangren, Debridman

EP-098

Intragastrik Botulinum Toksini Uygulaması Sonrası Gelişen İyatrojenik Botulismus

Recep Emre Şişman¹, Tuba Şafak¹, Burak Katipoğlu¹

¹Etlik Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Ankara

Giriş: Obezite dünya genelinde giderek yaygınlaşan ciddi bir sağlık sorunudur. Gerek sağlık gerekse ekonomik açıdan oluşturduğu yük hem bireysel hem de toplumsal anlamda ciddi önem taşımaktadır. Günümüzde morbid obezite için bariyatrik cerrahi ana tedaviyi oluşturmakla birlikte son zamanlarda restriktif mekanizmalarla etki eden intragastrik endoskopik uygulamalar ön plana çıkmıştır. İntragastrik botulinum uygulaması bu açıdan daha az invaziv olması ve herhangi bir implanta ihtiyaç duyulmaması sebebiyle popülerlik kazanmaktadır.

Amaç: Biz bu olguda obezite tedavisi amacıyla intragastrik botulinum toksini uygulanan bir hastada iyatrojenik botulismus gelişimini sunmaya çalışacağız.

Bulgular: 28 yaş kadın hasta, 6 gün önce obezite tedavisi amaçlı 1500 U intragastrik botulinum toksini uygulanması sonrası halsizlik, bulantı, kusma ve görme bozukluğu şikayetleri ile acil servise başvurdu. Vital bulguları stabil olan hastanın fizik muayenesinde diplopi ve alt ekstremitelerde hafif motor kuvvet kaybı mevcutken diğer sistemik muayeneleri normaldi. Hastanın laboratuvar ve görüntüleme incelemelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın acil servisteki takibi sırasında tekrarlayan muayenesinde önceki bulgularına ek olarak disfoni ve disfaji geliştiği tespit edildi. Nöroloji ile konsülte edilen ve yoğun bakımda takibe devam edilen hastaya yatışını takiben tek doz botulinum antitoksini ve destek tedavi uygulandı. Yoğun bakım takibinin 3. gününde nörolojik semptomları gerileyen hasta servise devredildi. Dört günlük servis takibinden sonra semptomları tamamen düzelen hasta taburcu edildi.

Sonuç: İatrojenik botulismus semptomların şiddetine göre hafif, orta ve şiddetli botulismus olarak gruplara ayrılabilir. Hafif botulismusun belirtileri olan yorgunluk ve görme bozuklukları aynı zamanda iyatrojenik botulismusun en sık belirtileridir ve bizim olgumuzda da klinik tablo bu şekilde başlamıştır. Orta dereceli botulismusta tabloya disfaji ve faringeal disfonksiyon gibi bulgular eklenir. Şiddetli botulismusa ilerleyen vakalarda ise solunum kas tutulumuna bağlı mekanik ventilatör ihtiyacı gerektiren solunum yetmezliği tablosu gelişebilir. Orta dereceli veya şiddetli ilerleyen şüpheli ya da doğrulanmış botulismus vakalarında antitoksin uygulaması önerilmektedir. Botulinum antitoksini dolaşımdaki toksinleri bağlayarak ve nötralize ederek etki gösterir. Bizim olgumuzda hastanın kliniği hafif semptomlarla başlasa da ilerleme gösterdiğinden antitoksin tedavisi uygun görülmüştür. Antitoksin uygulaması sonrası semptomların ilerlemesi durmuş, tekrar doza gerek görülmemiştir. Her ne kadar iyatrojenik botulismusta erken antitoksin uygulaması ile ilgili yeterli çalışma bulunmasa da mevcut çalışmalar bu tedavinin hayat kurtarıcı olabileceğini önermektedir. Bu açıdan yaşamı tehdit edici semptom varlığında tanıyı kesinleştirmeyi beklemeden acil serviste antitoksin tedavisi düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: botulismus, intragastrik botulinum

EP-099

Renal kolik mi? Abdominal aort anevrizması mı?

Hanım asya Koka¹, Hanım Asya Koka¹

¹Sultan Abdülhamid han eah

²Sultan Abdülhamid han eah

Giriş: Abdominal aort anevrizması (AAA) progresif genişleme, trombozis, rüptür ve distal embolizasyona sebep olan abdominal aortanın yaygın kronik dejeneratif hastalığıdır. Aorta çapının ≥ 3 cm olması veya normal arter çapının %50 artması şeklinde tanımlanır ve ≥ 5 cm olunca onarım düşünülür. AAA hastaların sıklıkla 1.derece akrabalarında aort anevrizması vardır (%18). Erkek cinsiyet, yaş (≥ 60), sigara, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, bağ doku hastalıkları risk faktörleri arasındadır. Tanı konmasından sonra sağ kalım artmasına rağmen hastalığın mortalitesi ve rüptüre olma sıklığı yüksektir. Biz de bu olguda karın ağrısı şikayeti ile gelen hastaya AAA rüptürünün tanı ve yönetimi hakkında acil serviste yapılan müdahalelerin önemini sunmayı amaçladık.

Renal kolik mi Abdominal aort rüptürü mü?



Amaç: .

Bulgular: Altmış sekiz yaşında erkek hasta yaklaşık üç saat önce başlayan sol yan ağrısı şikayeti ile acil servisi-mize başvurmuştur. Hasta aniden bıçak saplanır tarzda bir ağrısının olduğunu sonrasında azalıp tekrar arttığını söyledi. Hipertansiyon ve koroner arter hastalığı tanısı olan hastanın aktif göğüs ağrısı olmamış. Başvuru anında genel durumu iyi, bilinci açık, koopere oryante, hipotansif (93/61 mmhg), kalp hızı (90 /dakika), oda havasında satürasyonu (93%) olan hastanın ayrıntılı sistem muayenelerinde sol üst kadranda hassasiyet ve solda kosto-vertebral açı hassasiyeti (KVAH) mevcuttu. Hastaya acil serviste acil tıp uzmanı eşliğinde acil asistanı tarafında yapılan yatak başı ultrasonografi (USG) görüntülemesinde anevrizma görüldü. Hastanın geliş anında alınan kanlarında WBC:17.3, Hgb:11.2, HCT:35, CRP:1.64, Kreatinin:1.08, ÜRE:45 Troponin :10.89 geldi. Hastaya 500ml dengeli elektrolit sıvı ve aneljezik tedavisi yapıldı. Bir saat sonra alınan hemogramında Hgb:8, Hct:25.3'e gerileyen hastaya 3 ünite Erirosit süspansiyonu, 1 ünite Taze Donmuş Plazma transfüzyonu planlandı. Batın USG'sinde saptanan abdominal aort genişlemesinin ayrıntılarını görmek ve retroperitoneal kanama şüphesi nedeni ile bilgisayarlı tomografi anjiyografi planlandı. Bilgisayarlı tomografi anjiyografide abdominal aorta infrarenal düzeyde anterior-posterior çapı yaklaşık 7.5cm'ye ulaşan anevrizmatik genişleme izlendi. Anevrizma kranial kısmında

anterior retroperitoneal alanda özellikle batın sol yarımında Şekil 1 'de görüldüğü gibi yaygın hemorajik sıvılar ve hematom alanları saptandı

Sonuç: Atipik semptom ile başvuran hastalarda AS'de acil tıp uzmanı tarafından yatakbaşı USG'nin rutin kullanılması hızlı tanı konması ve tedaviye yön vermesi açısından önemli hâle gelmektedir. Abdominal aort anevrizmaları tanı atlandığında kısa süre içerisinde mortal seyredebilen en önemli noktanın acil serviste ön tanı olarak düşünülmesi gerektiği unutulmamalıdır

Anahtar Kelimeler: Abdominal, Aort, Anevrizma, Renal, Kolik

EP-100

Fizik Muayenesi Doğal Olan Multipl Travmalı Hastada Karaciğer LaserasyonuGökhan Cabar¹, Furkan Ay¹, Güven Yılmaz¹, Mustafa Çalık¹¹Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Giriş: Yüksekten düşme gibi multipl travmaya sahip hastalar hayati tehlike teşkil edebilecek çok ciddi lezyonlara sahip olabilirler. Karaciğer travması da ciddi travma yaralanması olan hastalar içinde en sık görülen lezyonlardır.1 Fakat künt batın travmalarında izole karaciğer yaralanması nadir olup sıklıkla kot fraktürleri, hemotoraks, pnömotoraks, laserasyon veya renal lezyonlarla birlikte görülür.

Amaç: Bu olguda yüksekten düşen ve karaciğer yaralanmasıyla birlikte kot fraktürü, hemotoraksı ve pnömotoraksı olan bir hastayı ele alacağız.

Bulgular: 66 yaşında erkek hasta 2 metre yükseklikten düşme şikayeti ile acil servisimize 112 aracılığıyla getirildi. Gelişinde bilinç açık oryente koopere tüm vitaller doğal sınırlarda stabildi. Alınan öyküde üzerine çıktığı merdivenin ayağının kırılması sonucu düştüğü öğrenildi. Boynunda ve sağ kaburgalarda ağrı tarifliyordu. Ek şikayeti olmayan hastanın bilinen ek hastalığı da yoktu. Primer bakıda belirgin patoloji saptanmayan hastanın sekonder bakısında yapılan fizik muayenesinde servikal hassasiyet ve sağ alt kotlarda hassasiyet mevcuttu. Solunum sesleri doğal ve batında defans rebound yoktu. Hastamıza çekilen tomografide servikalde C4 ve C5 vertebra sol arkus lamina düzeyinde ve transvers proçeslerde lineer deplase fraktür hatları, toraksta sağ 7,8,9,10 ve 11. kotlarda deplase fraktürler ve sağ akciğerde hemotoraks beraberinde minimal pnömotoraks, karaciğer parankiminde ise en derin yerinde 8 cm ölçülen grade 3 laserasyon düşündüren hipodens alan görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı 26000 µL, AST 121 U/L, ALT 153 U/L tespit edildi. Monitörize takibe alınıp hemotoraks nedeniyle göğüs cerrahisine, servikal fraktür nedeniyle beyin ve sinir cerrahisine ve karaciğer laserasyonu sebebiyle genel cerrahiye danışılan hastada ilgili branşlarca acil cerrahi girişim düşünülmeyi ve hasta konsültasyonlarının tamamlanmasının ardından takip amaçlı yoğun bakıma interne edildi.

Karaciğer Laserasyonu**Karaciğer Laserasyonu**

Hemotoraks



Sonuç: Multipl travması olduğu bilinen hastalarda mutlaka primer ve sekonder bakı eksiksiz olarak yapılmalıdır. Lezyonların tespitinin ardından hasta mutlaka ilgili branşlara konsülte edilmelidir. Künt batın travması olan hastalarda fizik muayene bulguları silik olsa bile tek bir fizik muayenenin yeterli olmayabileceği unutulmamalı ve tekrarlayan seri fizik muayenelerle hasta tekrar değerlendirilmelidir. Ayrıca özellikle alt kot travmalarında batın içi organ yaralanmaları da ön tanımlar arasında mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: travma, karaciğer lacerasyonu, atls 10, pnömotoraks, hemotoraks

EP-101

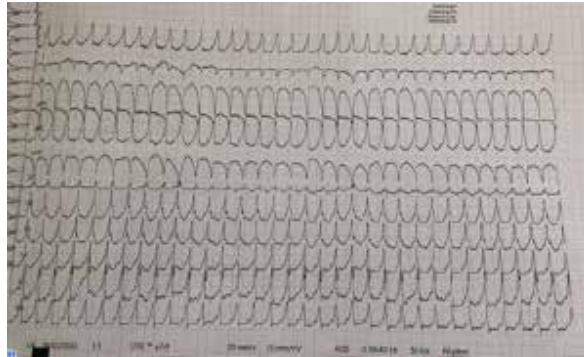
Baby: Don't Burn Me!!!İsmail Batuhan VERGİ¹, Eray ÇELİKTÜRK¹, Aykut YUCAL¹, Satuk Buğra Han BOZATLI¹, Turkey JAFARLI¹¹TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACIL TIP ANABİLİMDALI

Giriş: Aritmi, gebelikte karşılaşılan en yaygın kardiyak komplikasyonlardan biridir. Bununla birlikte, gebelik sırasında idiyopatik sürekli monomorfik ventriküler taşikardi nadirdir. Kardiyoversiyon, kardiyak aritmilerin elektriksel ya da medikal yolla sinüs ritmine döndürülmesi işlemidir. Gebe hastalarda fetal güvenlik göz önüne alındığında medikal tedavi elektriksel yöntemle göre dezavantajlı olabilmektedir.

Amaç: Gebeliğin 18. haftasında görülen semptomatik ventriküler taşikardi nedeniyle gerçekleştirilen başarılı senkronize elektriksel kardiyoversiyon vakasını sunuyoruz.

Bulgular: 27 yaşında, ek hastalığı olmayan 18 haftalık (ilk gebelik) gebe kadın hasta, ilerleyici çarpıntı ve ajitasyon atakları ile başvurdu. İlk 12 derivasyonlu elektrokardiyogramda (EKG) normal sinüs ritmi saptandı. Hasta monitörize edilerek gözleme alındı ve sık elektrokardiografi (EKG) takibine başlandı. Acil servise başvurduktan 20 dakika sonra göğüs ağrısı şikayeti gelişti. Bunun üzerine çekilen EKG'de bir değişiklik görülmedi; 15 dakika sonra çekilen kontrol EKG'de şekil 1'de gösterilen geniş kompleksli monomorfik ventriküler taşikardi görüldü. Antiaritmik bir ilaç vermeye hazırlanırken hasta fetüs üzerinde herhangi bir olumsuz etki olacağı endişesiyle medikal müdahaleyi net bir şekilde reddetti. Bu nedenle 2 kez senkronize elektriksel kardiyoversiyon yapıldı. İlk doz 120 j kardiyoversiyondan yanıt alınamadı, 200 j'de yapılan ikinci senkronize kardiyoversiyondan sonra EKG'de sinüs taşikardisi görüldü. Ritim kontrolünün sağlandığı kabul edildi. Fetal durum USG ile izlendi ve herhangi bir yan etki gözlenmedi. Bu süreçte sonuçlanan laboratuvar parametrelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Yatak başı kardiyak USG'de duvar hareket kusuru ve kapak patolojisi saptanmadı. Fetal iyilik hali için kadın hastalıkları ve doğum konsültasyonu yapıldı; fetal iyilik hali doğrulandı. İleri tetkik ve takip amaçlı kardiyolojiye konsülte edilen hasta koroner YBÜ'ye interne edildi.

Monoformik Ventriküler Taşikardi EKG Bulgusu



Sonuç: Her hasta grubunda olduğu gibi gebe hastaların da malign aritmi ile başvuru ihtimali vardır. Bu hastaların olası başvurularında medikal ve elektriksel kardiyoversiyon ile defibrilasyon ihtiyacı doğabileceği akılda bulundurulmalı ve etkin hızlı uygulama için hazır bulunulmalıdır. Hasta ve yakınlarının fetal iyilik hali için hassasiyetleri olabilir. Bu nedenle hastanın vitallerinin stabil olduğu durumlarda uygulanacak tedavi algoritması hasta ile net olarak paylaşılarak ortak karar verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Ventriküler Taşikardi, Kardiyoversiyon

EP-102

Karın Ağrısı Olan Bir Hastada İnsidental Olarak Saptanan Penetran Aortik ÜlserÖzkan Gizlici¹, Tuba Şafak¹, Burak Katipoğlu¹, Pınar Koptur¹¹Etlik Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Ankara

Giriş: Akut aortik sendrom, media tabakasında bir bozulma sonucu değişken derecelerde aort rüptürüne ve diğer komplikasyonlara neden olan aortik duvarda akut gelişen bir süreci tanımlar. İntramural hematoma (IMH) ve penetran aortik ülser (PAÜ) bu tanımlama içinde yer alan klinik durumlardır. PAÜ'lerin klinik seyri değişkendir. Stabil kalabilir, büyüyebilir veya adventisyanı geçerse diseksiyon, yalancı anevrizma ve hatta aort diseksiyonuna kadar ilerleyebilir. Çoğunlukla insidental olarak saptanan PAÜ, bazen de semptomatik olabilir.

Amaç: Biz bu olguda kabızlık şikayeti ile başvuran bir hastada insidental olarak saptanan PAÜ'den bahsedeceğiz.

Bulgular: 79 yaşında kadın hasta acil servisimize bir haftadır kabızlık ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Bilinen hipertansiyon hastalığı olan hastanın vital bulguları stabildi. Fizik muayenede batında defans ve rebound yoktu sadece distansiyon mevcuttu. Rektal tuşesinde normal gayta bulaşı mevcut olan hastanın laboratuvar değerlerinde patolojik bulgu yoktu. Ayakta direk batın grafisinde hava sıvı seviyeleri olan hastadan ileus ön tanısı ile kontrastlı abdomen tomografisi istendi. Hastanın tomografisinde belirgin bir ileus bulgusu mevcut değildi ancak abdominal aortada 25 mm fokal dilatasyon ve 9 mm düzensiz yüzeyle ülser plak saptandı. Hasta kalp damar cerrahisi bölümüne danışıldı, kardiyoloji-KVC konseyinde değerlendirilmek üzere polikliniğe çağırılarak taburcu edildi.

Aortik ülserin coronal BT görüntüsü



Aortik ülserin aksiyel BT görüntüsü



Sonuç: PAÜ ve IMH akut aortik sendroma neden olabilen ve aort rüptürü gibi hayatı tehdit edici durumlara yol açabilen tablolardır. IMH’de intimal bozulma olmadan aort duvarında kanama meydana gelirken, PAÜ intimal tabakanın aterosklerotik plağa bağlı olarak intimal tabakanın bozulmasıdır. Ancak bazı ülserler infektif, inflamatuvar, travmatik, iatrojenik veya IMH’ye sekonder olarak gelişebilir. PAÜ’de spontan aort rüptürü nadir bir komplikasyondur. Ancak geniş dilatasyon varsa veya hasta semptomatikse komplikasyon riski yüksektir. Aort rüptürünün önemli prediktörleri medikal tedaviye rağmen tekrarlayan ve inatçı ağrı, hemodinamik instabilite, periaortik kanama veya ciddi/ilerleyici plevral efüzyon, IMH ile ilişkili olması ve büyük ülser boyutu olarak sıralanabilir. Ayrıca 45 mm’den büyük dilatasyonlar ve 10 mm’den fazla duvar kalınlığı diseksiyon açısından yüksek risk grubunu oluşturmaktadır. Bizim vakamızda hastanın rüptür açısından risk faktörlerinin yüksek olmaması nedeniyle hasta kardiyoloji-KVC konseyinde değerlendirilmek üzere ilgili bölümlere devredilmiştir. İnatçı ve tekrarlayıcı karın ağrısı olan hastalarda PAÜ gibi akut aortik sendromlar akılda tutulmalı, acil serviste karşılaşıldığında risk faktörlerinin değerlendirmesine göre tedavi stratejisi belirlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: penetran aortik ülser, intramural hematoma, karın ağrısı

EP-103

Over Torsiyonunda Ultrasonografi Yanlış Negatif Olabilir Mi?Bedran Aslan¹, Merve Nihal Akpınar¹, Baki Hayme¹¹Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Over torsiyonu, overin destek aldığı ligamentlerin etrafında dönmesi sonucu meydana gelmektedir. Her yaş grubunda görülebilmekle beraber jinekolojik acil durumlardandır. Gebelik, 5 cm'den büyük over kisti olması, over torsiyon oyküsü, ovulasyon indüksiyonu ve üreme çağında olmak risk faktörleri arasında yer almaktadır. Over torsiyonunun semptom ve bulguları arasında ani başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma, ele gelen kitle, ateş ve lökositöz bulunmaktadır. Yapılan fiziki muayenede hassasiyet, defans ve rebound bulguları bölgenin lokalizasyonu hakkında ipucu vermekle beraber ayırıcı tanı açısından önemlidir. En önemli tanı araçlarımızdan biri ultrasonografidir.

Amaç: Bu olgumuzda usg'da vaskülarite izlenmesine rağmen over torsiyonunun olabileceğini vurgulamak istedik.

Bulgular: Bilinen hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan 25 yaşında kadın hasta gece saat 05:00'te başlayan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servisimize geldi. G1P0A0 olan hastada İVF tedavisi sonrası 8 haftalık ikiz gebelik bulunmaktaydı. İVF tedavisini kendi istekleriyle herhangi bir hastalık olmamasına rağmen tercih ettiklerini belirttiler. Fiziki muayenesinde bazen rahatlamakla beraber sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound bulunmaktaydı. Diğer fiziki muayene bulguları normal, vitalleri stabil olan hastanın laboratuvar testlerinde bir anormallik yoktu. Yapılan usg, "FKA + ikiz gebelik saptandı. Her iki over boyutu artmış olup perioveryan serbest sıvı imajları izlendi. Her iki overde arteriel ve venöz vaskülarite izlendi. Sol overde 15 mm hemorajik kist izlendi." şeklinde raporlandı. Hastanın takiplerinde kliniğin düzelmemesi, tedaviye yetersiz yanıt alınması üzerine acil jinekolojik cerrahi girişime alındı. Sağ over torsiyonu saptanan hastaya distorsiyon yapıldı. Hastanın takiplerinde ek bir patoloji gelişmemesi üzerine önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Over torsiyonu, jinekolojik bir acildir. Gebelik bu riski artırmaktadır. En önemli tanı aracımız ultrasonografi-dir. Over torsiyonunu destekleyen usg bulguları: overde büyüme olması, ödem olması, serbest sıvı olması, overde arteriel ve venöz akımın azalması veya olmamasıdır. Bu olgumuzda usg bulgularında anlamlı bir anormallik olmayan, vaskülarite izlenen hastada over torsiyonu saptanmıştır. Ultrasonografi çok değerli bir tanı aracı olmasına rağmen klinisyenin tecrübesine, ekipmanın kalitesine, overin normal varyasyon çeşitliliğine bağlı olarak yanlış tanı konulmasına neden olabilmektedir. Erken tanı konulup tedavi edilmezse over fonksiyon kaybına, nekroza, ooferektomi ve infertiliteye yol açan bu hastalığın her yaştaki özellikle karın ağrısı ile gelen tüm kadın hastalarında ayırıcı tanıda her zaman düşünülmesi gerekmektedir. Kiniği rahatlatmayan riskli hastalar tüm testler normal olsa bile taburcu edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: over torsiyonu, karın ağrısı, ultrasonografi

EP-104

ITP

Seher ŞAHİN KAYMAZ¹¹Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: İmmün trombositopeni (ITP, ayrıca idiyopatik trombositopenik purpura, immün trombositopenik purpura olarak da adlandırılır), trombosit antijenlerine karşı otoantikörlerin neden olduğu edinilmiş bir trombositopenidir. Asemptomatik yetişkinlerde trombositopeninin en yaygın nedenlerinden biridir.

Amaç: Olgumuzda acil serviste döküntünün ayırıcı tanısında ITP nin akılda tutulması gerektiğini vurgulamayı amaçladık.

Bulgular: 38 yaş erkek hasta dış merkeze ellerinde kızarıklık nedeniyle başvuruyor ve tetkik sonuçları ile tarafımıza yönlendiriliyor. Özgeçmişinde bilinen hastalık öyküsü yok. Kullandığı ilaç yok. Alkol tüketim öyküsü yok. Geliş vitalleri ateş: 36,8 nabız 76 tansiyon 130/70 satürasyon 99. Fizik muayenesinde nörolojik muayene doğal. Cilt ve mukozalar hafif soluk. Bacaklarda, ayak, topuk ve el sırtında peteşi ve purpura mevcut. Orofarenks bakışında dış etlerinde minimal kanama mevcut. Hepatosplenomegali saptanmadı. Laboratuvar bulgular: WBC: 8.9 MCL, Hgb:14.1 g/dL, PLT: 6 mCL, Ldh: 357, PTZ: 12,6 saniye, APTT: 25.9 saniye. Hasta hematolojiye konsülte edildi. Periferik yayma incelenerek it ön tanısıyla Hematoloji servisine tetkik ve tedavi amaçlı yatışı verildi. IVIG ve prednol replasmanı planlandı. 4 günlük servis takibinin ardından PLT seviyesi 48 bin olan hasta aktif şikayeti ve aktif kanama odağı olmaması üzerine taburcu edildi ve poliklinik kontrolü planlandı. ITP, dolaşımdaki trombositlerin tipik olarak çok düşük seviyelere düştüğü, edinilmiş bağışıklık aracılı bir hastalıktır. Trombositler kanda normalde 150.000-450.000 mm düzeyinde bulunur. 150.000/mm³'ün altına düştüğü zaman trombositopeniden bahsedilir. En yaygın belirti peteşiyel döküntüdür. Burun kanaması, diş eti kanaması, menoraji görülebilir. Tam kan sayımı, trombositler hariç normal olmalıdır. Standart bir tanı testi yoktur. Yaymada şistositlerin görülmesi ve pıhtılaşma testlerinin de yardımıyla yaygın damar içi pıhtılaşması, trombotik trombositopenik purpura ve hemolitik üremik sendromdan ayırt edilir. Kan ve kemik iliği incelenerek trombositopeniye sebep olan akut lösemi, miyelodisplastik sendrom ve miyelofitizi gibi kemik iliğinin malign hastalıklarından ayırt edilebilir. ITP ; sistemik lupus eritematozus (SLE)'den, SLE'de pansitopeniye eşlik eden multiorgan tutulumlarının , eklem yakınmalarının, vasküler bulguların olması ve laboratuvar bulgular ile ayırt edilir.



Sonuç: ITP acil servise döküntü şikayeti ile başvurup kolayca atlanabilecek bir tanıdır. Hastanın anamnezi detaylı alınmalıdır. Döküntü ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda ITP unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: ITP döküntü

EP-105

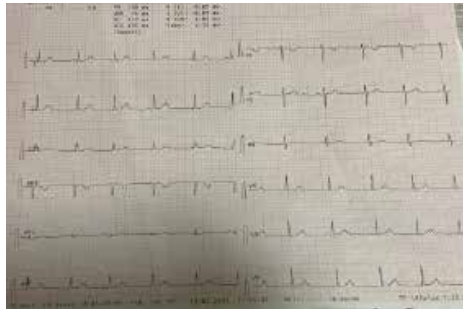
Kolumu Mu Kırdın Kalbimi mi?Rabia Çelik¹, Merter Gümüşel¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Ölümcül travma hastaları içerisinde göğüs travmalı hastalar % 20-25 oranında görülmektedir. Birincil bakıda yaşamı tehdit eden kardiyak yaralanma arasında kalp tamponadı bulunurken ikincil bakıda miyokard kontüzyonu ve kommosyo kordis sayılabilir. Kardiyak künt yaralanmalar trafik kazası, yüksekten düşmeler, darp gibi delici olmayan nedenler sonucu oluşan miyokardial lezyonlardır. Künt kalp travması; minör EKG veya enzim anormalliği, aritmi, tromboz, serbest duvar rüptürü, septal rüptür ve kalp yetmezliği şeklinde görülebilir. Miyokardial kontüzyon subepikardial peteşiden ventrikül duvarının yaralanmasına kadar olan geniş bir skala şeklinde görülebilir. Travmadan 24-48 saat sonra her türlü ritm bozukluğu görülebilmektedir. Tanısında EKG, EKO ve kalp belirteçleri kullanılır. Kesin tanısı ise ameliyat ya da postmortem dönemde miyokardın görülmesi ile konmaktadır.

Amaç: Bu olgu sunumunda toraks travması ile başvuran hastaların kardiyak açıdan da değerlendirilmesinin önemini vurgulamayı amaçladık.

Bulgular: 65 yaşında bilinen hipertansiyon, prostat ca tanıları olan hasta, yakını ile beraber yolda birkaç kişinin saldırısına maruz kalmış. Hasta acil servis travma alanına polis eşliğinde başvurdu. Bilinci açık, koopere ve oryante olan hastanın yapılan fizik muayenesinde; nörolojik muayenesi doğal, batını rahat, defans/rebound bulgusu yok, akciğer sesleri doğal, sağ frontal bölgesinde 6 cm'lik yüzeysel kesi mevcut, her iki dirsekte hassasiyet ve ek olarak sternum her iki yanında sözel olarak ifade ettiği ağrısı var. Hastadan tetkik olarak direkt grafi, EKG, hemogram, biyokimya değerleri ve kardiyak belirteçler istendi. Takiplerinde tekiklerinde patolojik olabilecek ilk Troponin T değeri 26 ng/L olarak saptandı. Bunun üzerine hasta monitörize yakın takibe alındı. Kontrol EKG görüldü. Takibin 3. saatinde alınan 2. Troponin T değeri 54,69 ng/L olarak saptandı. Kontrol EKG'lerinde iskemik değişiklik saptanmadı. Akut koroner sendromlar açısından kardiyoji ile konsülte edildi. Kardiyoji hekimi, değerlendirmeleri üzerine hastanın koroner anjiyografi amacıyla koroner yoğun bakım ünitesine yatışını önerdi. Hasta tedavi tetkik red formu imzalayarak acil servisten ayrıldı.

Resim-1: Hastaya ait EKG



Sonuç: Travma hastalarında kardiyak etkilenim olabileceği akılda tutulmalı ve değerlendirme yaparken kardiyak patolojiler de değerlendirilmelidir. Ritm bozuklukları ve hemodinamik bozukluk açısından kardiyak monitorizasyon ile yakın takip yapılmalıdır. Acil girişim gereken hastalara gecikmeden gerekli müdahaleler planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: travma, kardiyak kontüzyon, troponin, EKG

EP-106

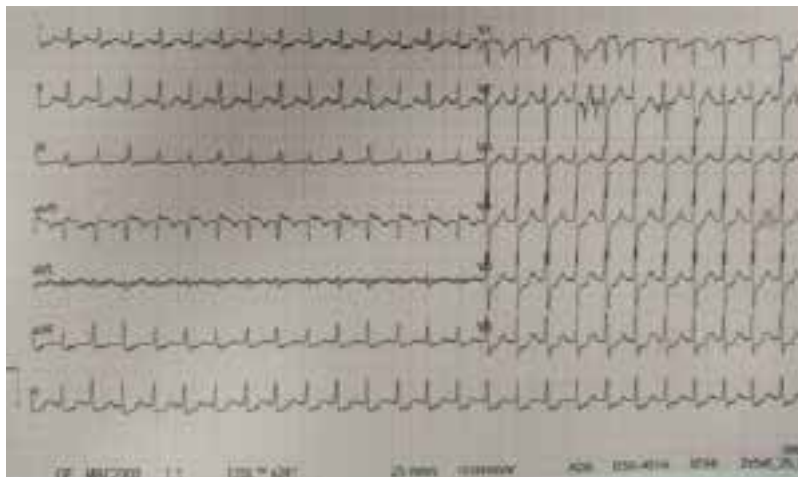
Troponin Supraventriküler Taşikardide Gerçekten Gereksiz Bir Tetkik Mi?Nazım Taner Duyar¹, Burcu Bayramoğlu¹, İsmail Tayfur¹¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

Giriş: Supraventriküler taşikardi (SVT) his bandının üstündeki atriyoventriküler nodu da kapsayan elektropatolojik bir substrattan kaynaklanan ve kalp hızının 100 atım/dk üstünde seyretmesi ile karakterize bir aritmi türüdür. Sıklıkla sağlıklı genç yetişkinlerde gözlenmesine rağmen romatizmal, konjenital, aterosklerotik ve hipertansif kalp hastalığı olan hastalarda da görülür. Bu ritim ani başlangıç ve sonlanıma sahip ve ataklar halinde gelen bir aritmi türü olduğundan hastaları endişelendirmekte ve yaşam kalitesini bozmaktadır. Buna rağmen birçok hasta da SVT'ler benignidir ve kendiliğinden düzelir.

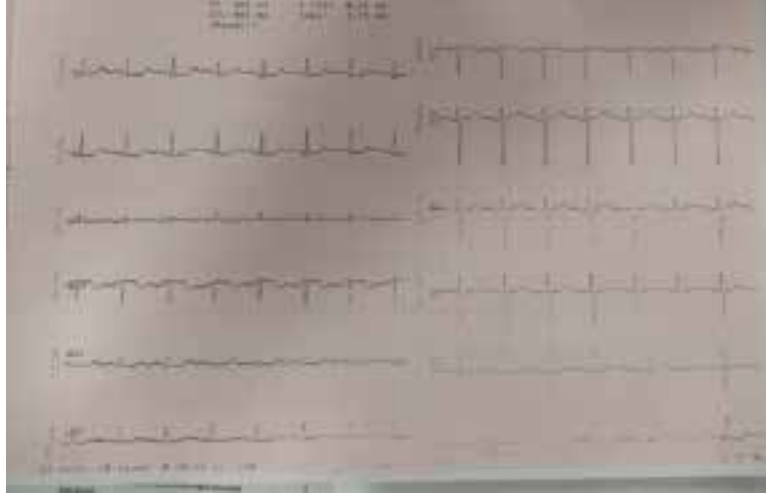
Amaç: Bu olgu sunumunda, Acil servise SVT ile başvuran yaşlı ve kronik hastalığı olan hastalarda SVT nin akut koroner sendrom bulgularından biri olabileceğinin vurgulanması amaçlandı.

Bulgular: Bilinen KAH ve SVO tanıları olan 67 yaşında kadın hasta çarpıntı, mide ağrısı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. GKS: 15, bilinç açık oryante koopere. TA: 110/70 mmHg, Nb: 170 atım/dk, saturasyon 98 olarak ölçüldü. Hasta monitörize edildi ve EKG çekildi. Ritm supraventriküler taşikardi olarak değerlendirildi. Ritm, adenoazin uygulaması için hazırlık yapılırken sinüs ritme döndü. Ayırıcı tanı açısından hemogram, troponin, biyokimya testleri istendi. Alınan ilk kanlarda troponin 36 ng/L olarak ölçüldü. Bu nedenle hasta troponin takibine alındı. Alınan ikinci kanda troponin düzeyi 56 ng/L, üçüncü kontrol kanında 86 ng/L olarak ölçüldü. Troponin artışının devam etmesi üzerine hasta kardioloji ile konsülte edildi. Hasta kardioloji tarafında akut koroner sendrom ön tanısı ile interne edildi. Yatış sırasında yapılan koroner anjiyografi de LAD ve Cx'e stent uygulandı.

Resim-1: Supraventriküler Taşikardi



Resim-2: Normal Sinüs Ritmi



Sonuç: Supraventriküler taşikardinin toplumda görülme sıklığı 1000 kişide 2,29 olarak saptanmıştır. Hastalardaki semptomlar ve tedavi supraventriküler taşikardinin tipine, süresine, atak sayısına ve eşlik eden hastalık durumuna göre değişir. SVT'ler benign ritimler olarak kabul edilmesi nedeniyle ritm sinüs ritmine döndükten sonra ek tetkik gerektirmeyeceği düşünülmektedir. Fakat vakamızda alınan ilk kanlar sırasında troponin çalışılmış ve yüksek olduğu görülmüştür, hasta troponin takibine alınmıştır. Troponin takibinde troponin değerlerinde artış olması durumunda akut koroner sendrom açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: supraventriküler taşikardi, troponin, akut koroner sendrom

EP-107

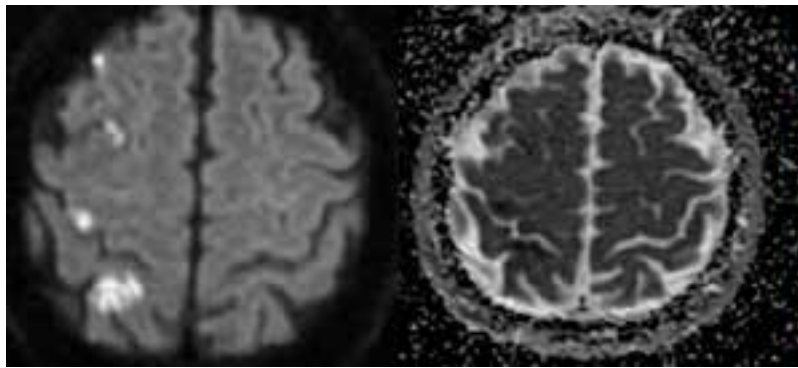
Miyalji Mi, İnme Mi?Ece Totan¹, Merter Gümüşel¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş: İnme serebral kan akışını beyin belirli bir bölgesinde, retina veya omurilikte azaltarak nörolojik bozukluğa neden olan herhangi bir damarsal patoloji olarak tanımlanabilir. Belirtilerin başlangıcı ani ya da duraksamalı genellikle geçici veya kalıcı nörolojik fonksiyon kaybıyla olur. Tüm inmelerin yaklaşık %87'si beyin damarlarının tıkanmasından kaynaklanan iskemik kökenlidir. İskemik inmeler nedenlerine göre trombotik, embolik veya hipoperfüzyona bağlı şeklinde kategorize edilir.

Amaç: Bu olgu sunumunda hastaların değerlendirilmesinde anamnez ve fizik muayenenin nihai tanıyı koymadaki önemini vurgulamayı amaçladık.

Bulgular: 47 yaşında erkek hasta bilinen diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı öyküsü olan ve düzenli ilaç kullanımı olmayan hasta iki gündür olan sol kol ağrısı şikayeti ile dış merkeze başvurmuş ve miyalji reçetesi ile taburcu olmuş. Taburculuktan 2 gün sonra acil servisimize sol kolda uyuşukluk ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan nörolojik muayenesinde bilinci açık, koopere, oryante, konuşma ve anlama tam, direkt ışık refleksi bilateral pozitif, pupiller izokorik, glob hareketleri her yöne doğal, kranial sinir muayeneleri ve serebellar testleri olağandı. Kas gücü alt ekstremitelerde 5/5 üst ekstremitelerde 4/5'ti. Bunun üzerine yapılan kontrastsız beyin BT incelemesinde akut nöropatoloji izlenmemiş iken difüzyon MR görüntülemesinde sağ hemisferde yaygın milimetrik hiperintens alanlar ve difüzyon kısıtlılığı izlenmiştir (Fotoğraf 1). Akut serebrovasküler olay (SVO) tanısı ile nörolojiye konsülte edilen hasta nöroloji servisine interne edildi.

Fotoğraf-1: sağ serebral hemisferde difüzyon kısıtlılığı



Sonuç: Acil serviste inme tanısı odaklanmış, doğru anamnez ve fizik muayene temeline dayanır. İnmede klinik prezentasyon belirgin bir şekilde ortaya çıkabileceği gibi hafif veya nonspesifik bulgular da olabilir. Bu vakaların atlanmaması için miyalji tarif eden hastalarda nörolojik muayene hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: inme, miyalji, MRG

EP-108

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda NSAİD'e DikkatAli İskan Uluç¹, Merter Gümüşel¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

Giriş: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) genellikle zararlı partiküllere veya gazlara önemli ölçüde maruz kalmanın neden olduğu solunum yolu ve/veya alveoler anormalliklerden kaynaklanan kalıcı solunum semptomları ve hava akışı sınırlaması ile karakterize, yaygın, önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. KOA'nın akut alevlenmeleri ise solunum semptomlarının normal günlük durumundan daha da kötüleşmesine neden olur ve genellikle bir enfeksiyon veya solunum yolu tahriş edici tarafından tetiklenir.

Amaç: Bu vaka sunumumuzda tek doz NSAİD kullanımının bile GİS kanamalar ile ilişkili olabileceğini vurgulamayı amaçladık.

Bulgular: Bilinen KOA, konjestif kalp yetmezliği, atrial fibrilasyon, meme karsinomu hastalıkları olan hasta dispne nedeniyle 112 tarafından acil servisimize getirildi. Gelişinde kan basıncı 95/60mmHg, nabız:100 atım/dakika, saturasyon: %90 (4 lt/dk nazal oksijen altında) olan hastanın fizik muayenesinde akciğer oskültasyonunda ekspiryum uzundu ve bilateral pretibial ödem mevcuttu. Kalçada peteşiyal döküntüleri mevcut olup, hasta döküntülerinin 1-2 gündür olduğunu beyan etti. KOA alevlenme olarak değerlendirilen hastanın tedavisine başlanıp tetkikleri yapıldı. Takiplerinde gaitada kanama olduğunu beyan etmesi üzerine yapılan rektal tuşede hematokezya saptandı. Detaylı anamnezinde bugün naproksen sodyum (Apranax Fort 550mg tablet) kullanımı olduğunu beyan etti. Tetkiklerinde HB:6.1 g/dl, hematokrit %20.3, PLT 35000/mm³ olması üzerine trombositopeni nedeniyle hastaya nazogastrik sonda takılması uygun bulunmayarak genel cerrahi ve iç hastalıkları konsültasyonları yapıldı. Analjezik kullanımına bağlı gastrointestinal sistem kanama olarak değerlendirilen hastaya 2 ünite eritrosit süspansiyonu ve 1 ünite taze donmuş plazma transfüzyonu yapıldı. Hastada transfüzyon sonrası KB :115/67 mmHg, nabız:105 atım/dk, HB:6.6 g/dl, PLT:80000/mm³, oda havasında spo₂ %96 olması üzerine anestezi görüşü alınarak 3. basamak yoğun bakım ünitesi (YBÜ) takibi uygun görülen hastanın YBÜ transferi yapıldı.

Sonuç: KOA alevlenme hastalarının %75' inden fazlasında viral veya bakteriyel enfeksiyon vardır ve bunların yarısı bakterilere bağlıdır. Ancak altta yatan ve hipoksiye neden olan durumlar, beta bloker kullanımı, opioid kullanımı, sedatif-hipnotik ajan kullanımı, anemi gibi durumlar göz ardı edilmemelidir, anamnez ve fizik muayenede bunlara dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: GİS kanama, hipoksi, NSAİD

EP-109

Künt Travmaya Bağlı İçi Boş Organ PerforasyonuSevilay Bıyıklı¹, Mustafa Yasin Ökten¹, Mürşide Yaylı¹, Sevgi Büber¹, Mustafa Çalık¹¹Gaziosmanpaşa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

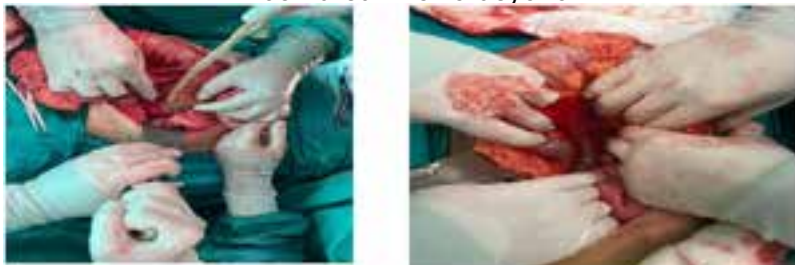
Giriş: İçi boş organ yaralanması görülme sıklığı penetran yaralanmalarda % 90 iken,künt travmalarda ise bu oran % 4-15'tir.Motorlu araçların neden olduğu künt karın travmaları çoğu kez birden fazla organı tutan büyük yaralanmalara neden olabilir.Dalak, olguların %60'ından fazlasında tek yaralanan organken, bunu karaciğer ve içi boş organ yaralanmaları takip eder.İçi boş organ yaralanmalarından en sık görüleni ince barsak yaralanmalarıdır,künt abdominal yaralanmaların %5-15'inde izlenir.

Amaç: 18 yaş erkek hasta motor trafik kazasıyla başvurdu.Ek hastalığı yoktu,bilinci açık,GKS 15, vital bulguları stabildi.Ekstremite ve kafa travması yoktu,penetran yaralanması yoktu.Künt batın travması olan hastanın batın muayenesinde sağ üst ve alt kadrarlarda hassasiyet mevcut, defans ve rebound yoktu.Bulantı kusması olmayan hastanın gaz gaita deşarjı mevcuttu.Yapılan tetkiklerde üre:29 mg/dL kreatinin:0,98 mg/dL AST: 98 U/L ALT: 96 U/L amilaz: 71 U/L lipaz: 205 U/L CRP: 18,25 mg/L Hb:15,4 gr/dLPLT: 384,000 gr/dL.Fast USG'de hepatorenal serbest sıvı izlendi.Hastanın genel cerrahi konsultasyonu sağlandı.Kontrastlı batın BT yorumu:" Karaciğer segment 4 düzeyinde grade 1 yaralanma?batın içi serbest hava yok, sağda perirenal alana doğru uzanım gösteren serbest sıvı mevcuttur."Hasta orali stoplanarak genel cerrahi servisine interne edildi.Hastanın yatışının 2. Gününde genel durum iyi, vital bulguları stabildi.Bulantı kusması yok, gaz gaita deşarjı mevcuttu. Batın muayenesinde epigastrik hassasiyet ve defansı mevcut, rebound yoktu. Hastanın kontrol oral+iv kontrastlı batın bt raporu "Perihepatik serbest hava imajları izlenmektedir.(perforasyon?)Perihepatik, perisplenik alanda, bilateral parakolik alanda, pelviste minimal serbest sıvı izlenmektedir. Duedonum 2. kitudan sonra distale zayıf kontrast geçişi var. (intraluminalhemoraji?)şeklinde dir.Hasta acil operasyona alındı. Transvers kolon orta kısmı perfore, duedonum 2. Kısımda iki adet serozal yaralanma ve retroperitonda hematoma görülen hastaya kanama kontrolü sağlanıp omentopeksi ile sağ hemikolektomi ve duedonumda serozal onarım yapıldı.

BT görüntüsü

**Bulgular:** .

İnce Barsak Perforasyonu



Sonuç: Künt travmalarda ince barsak ezilme,yırılma,patlama mekanizmaları ile rüptüre olur.Bu mekanizmalara bağlı olarak barsakta kontüzyon,serozal yaralanma,hematom,kısmen ya da tam ayrılmalar,perforasyon ya da mezenterik damar yaralanması sonucu intestinal iskemi ve nekroz oluşabilmektedir.Özellikle duodenum; retroperitoneal yerleşimi, karaciğer ve büyük damarlar ile komşuluğu nedeniyle kendini saklamış durumdadır. Bu nedenle izole duodenum yaralanma sıklığı az olup, genellikle ek organ yaralanmaları ile birliktedir.Sonuç olarak DPL, USG ve CT yöntemlerinden hiçbiri içi boş organ yaralanması konusunda kesin bulgular vermemektedir.Bu nedenle sık aralıklarla yapılacak olan batın fizik muayenesi içi boş organ yaralanması ihtimalinin ekarte edilmesinde en büyük faktör olmaya devam edecektir.

Anahtar Kelimeler: künt travma, perforasyon, içi boş organ

EP-110

Bilinç bozukluğu ve ajitasyon ile gelen hastada antikolinerjik sendrom saptanmasıGülşah Sabır¹, İsmail Ufuk Yıldız¹, Emrah Savaş¹¹İğdır Dr.Nevruz Erez Devlet Hastanesi

Giriş: Hyoscyamus niger ülkemizin her bölgesinde yetişen, sarımsı, mor çiçekli, meyvesinde tohumları bulunan otsu bir bitkidir. Türkiye’de Kara Banotu, Gavur Haşhaşı, Hanbane gibi isimlerle bilinmektedir. Hyoscyamus türlerinde antikolinerjik etkiye sahip atropin, skopolamin, hyosiyamin gibi alkaloidler bulunur. Bu alkaloidler nedeniyle insan ve hayvanlar için toksiktir. Toksik alımlar sonucunda bu otun antikolinerjik sendroma neden olduğu bilinmektedir. Antikolinerjik sendromda santral ve periferik etkiler olabilmektedir. Santral etkiler arasında konfüzyon, anksiyete, deliryum, halüsinasyonlar, myoklonus, koreaetoz, derin tendon reflekslerinde hiperaktivite, babinski bulgusu pozitifliği, konvülziyon ve koma vardır. Periferik etkiler arasında ise midriazis, hiperpireksi, taşikardi, üriner retansiyon, gastrointestinal motilitede azalma ve solunum depresyonu bulunmaktadır. Tedavide ABC ve vital stabilizasyonu sağlandıktan sonra destek tedavi olarak intravenöz hidrasyon ve benzodiazepinler yer almaktadır. Spesifik antidot olarak fizostogmin 1-2 mg iv uygulanır.

Amaç: Acil servis başvurularının önemli bir bölümünü akut intoksikasyonlar oluştursa da bitkilere bağlı zehirlenmeler sık görülmemektedir. İntoksikasyona neden olan bitkiler çoğunlukla bilmeden alınır ancak ciddi sonuçlar doğurabilir.

Şekil 1



Hyoscyamus niger(kara ban otu) bitkisi

Bulgular: 35 yaş kadın hasta aynı gün içinde bulunduğu piknikte bilmediği bir otu yedikten 4 saat sonra başlayan bulantı kusma , ajitasyon, anlamsız konuşmalar, görsel halüsinasyonlar olması ve ateş şikayeti ile başvurdu. Yediği otun miktarı bilinmemekle birlikte adının Hanbane olduğu öğrenildi. Bilinen kronik hastalığı, ilaç kullanımı yoktu. Glaskow Koma Skoru(GKS) 14, pupiller midriyatik, TA:140/80mm/hg, nabız:119/dk, SS:18/dk, ateş 37.4 C , S02 96, elektrokardiyogramda sinüs taşikardisi mevcuttu. Fizik muayenede genel durumu orta, kısmi oryante ko-opere, bilinç konfüze, ajitasyon ve hiperrefleksi mevcuttu. Yüzde flushing ve mukozolarda kuruluk mevcuttu. Aynı ottan birlikte yediği öğrenilen ve benzer şikayetlerle hastaneye başvuran 49 yaş kadın hastanın kronik hastalığı ve kullandığı ilaç yoktu. Otu yedikten 3-4 saat sonra başlayan kusma, ateş, ajitasyon, denge kaybı ve anlamsız konuşma şikayetleri mevcuttu. GKS 12-13, pupiller midriyatik, TA:150/90mm/hg, nabız 109/dk, SS:16/dk, ateş:37.7

C, elektrokardiyagramda sinüs taşikardisi mevcuttu. Fizik muaynede genel durumu orta, nonoryante, nonkoopere, bilinç konfüze, ajitasyon ve barsak seslerinde azalma mevcuttu. Yüzde hafif flushing ve mukozalarda kuruluk mevcuttu. Hastalarda mevcut bulgularla antikolinerjik sendrom düşünüldü. Vital stabilizasyon ve semptomatik tedavi verildi. Fizostigmin uygulandı ve takip için erişkin yoğun bakım ünitesine yatış yapıldı.

Sonuç: Intoksikasyonlar acil serviste yaygın görülen ve ciddi sonuçlara yol açabilen durumlardır. Bilinç bozukluğu ile gelen hastalarda antikolinerjik sendrom ön tanıda düşünülmeli ve tedavisine başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kara ban otu, antikolinerjik sendorm

EP-111

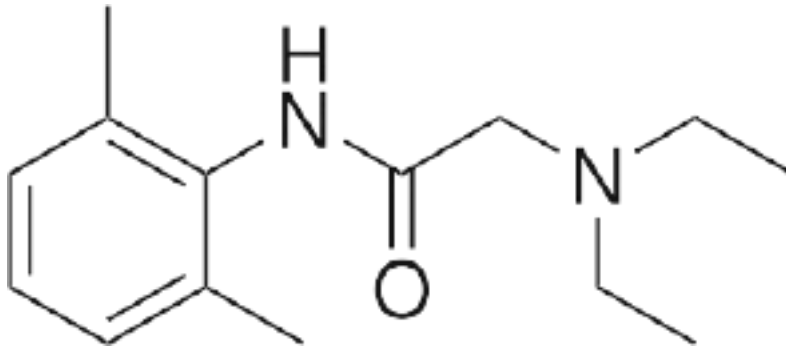
Lidokain sandığımız kadar masum mu? Serebrovasküler olay benzeri tablo yaratır mı?

Oğuzhan Güven¹, Anıl Akyıldız¹, Sinem Doğruyol¹, Burcu Genç Yavuz¹, Şahin Çolak¹, Kaan Yusufoglu¹

¹S.B.Ü. Haydarpaşa Numune E.A.H. Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş: Lidokain antiaritmik ilaç olmasına rağmen lokal anestezik ajanlar arasında en çok kullanılanlar ilaçlardır. Sodyum kanal blokajı yaparak etki gösteren lidokain, enjekte edildikten yaklaşık 4 dakika sonra etki göstermeye başlar ve 30 dakika ile 3 saat kadar etkisini koruyabilir. En yaygın yan etkileri sersemlik hissi, ağız çevresinde uyuşma ve ağızda metalik bir tat, bulantı kusma ve kulakta çınlama hissidir. Toksikasyon durumlarında ise daha çok santral sinir sistemini ve kardiyovasküler sistem bulguları yaratır. Adrenalin ile kullanıldığında etki süresi artar. Bu sebepten ötürü genellikle ortopedi hekimleri minimal cerrahilerde WALANT solüsyonunu (1ml epinefrin 1:1000, 20ml %2 Lidokain 19ml SF karışımı) kullanmayı tercih ederler. Bu olgumuzda minimal invaziv işlem sırasında toksik olmayan dozda lidokain verilmesine sekonder ani gelişen bilinç bozukluğu gelişmiş olan olgumuzu sunmayı hedefledik.

lidokain bileşiği



Amaç: -

WALANT solüsyonu



Bulgular: 66 yaşında, bilinen hipertansiyon, astım, koroner arter hastalığı, osteoporoz, myasteniagravis tanılı kadın hasta, 1 senedir olan sağ el bileğinde kitle ve karpal tünel sendromu nedeniyle opere edilmek üzere hastanemizin ortopedi servisine yatırıldı. Ameliyathane salonunda hastaya lokal anestezi amacıyla WALANT solüsyonundan yaklaşık 5 ml verilmesi sonrasında hastada genel durum bozukluğu, bilinç değişikliği ve Glaskow Koma Skoru (GKS) düşüklüğü olması üzerine hasta acil servise getirildi. Hastanın geliş GKS: 5, ateş 36.5, nabız 88, sat %96 kan basıncı 182/120, kan şekeri 174, EKG:NSR idi. Hastanın acil serviste takibi sırasında bilinç bozukluğunun progresyonu üzerine hasta, monitörize şekilde takip edilmeye başlandı. Yaklaşık 45 dakika sonra hasta ağırlı uyarana yanıt vermeye başladı ve GKS skoru yükselmeye başladı. Hastanın rutin kan tetkiklerinde ve beyin toraks bilgisayarlı tomografisinde veya difüzyon ağırlıklı beyin Manyetik Resonans Görüntülemesinde mr herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastada ilaç yan etkisi düşünülerek acil serviste monitorize edilerek takip edildi, takipleri sırasında genel durumu toparlayıp stabil hale gelen, GKS skoru 15 e yükselen hasta ortopedi servisine yatırıldı.

Sonuç: Nadir görülse bile lidokain toksikasyonunda santral sinir sistemi ilişkili presenkop, bilinç bulanıklığı genel durum bozukluğu gibi tablolar görülebilir. Bu sebeplerden ötürü lokal anestezi yaparken kullandığımız ilaçlara ve uygulama yönetimizeoldukça fazla dikkat etmeliyiz. Özellikle lokal anestezik olarak kullanılırken iatrojenik olarak doku içine yerine damar içine ilaç uygulanması sonrasında kisasürede santral sinir sistemi bulgusu verebilir. Bu da biz acil servis hekimleri olarak her ihtimali düşünmemiz gerektiğinin önemini vurgulamış olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Lidokain, anestezik ajanlar, WALANT solüsyonunu, toksikoloji

EP-112

Amfetamin Kullanımına Sekonder Nöbet ve Hipoglisemi Olgusu

Mustafa Oğuz Alp Çelik¹, Alperen Şahin¹, İbrahim Altundağ², Oğuzhan Daltekin¹, Muhammet Melih İnandı¹, Şahin Çolak¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş: Amfetaminler katekolamin re uptake' ini engeller ve salınımını artırarak semptomimetik etkinlik gösteren ajanlardır. Terapötik olarak dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu başta olmak üzere major depresyon bozukluğu gibi durumlarda kullanılır. Bağımlılık potansiyeli yüksek olan kırmızı reçeteli bir ilaçtır. Hipereksitasyon, halüsinasyon ve psikoz yapabilir. Toksik alımlarda semptomimetik aktiviteye bağlı olarak yüksek ateş, taşikardi, hipertansiyon, aritmiler, diaforez, midriyazis ve nöbet aktivitesi yapabilir. Madde intoksikasyonu şüpheli hastalarda anamnezler çok güvenilir olmayacağı için idrarda toksikoloji panelleri çalışılmalıdır. Amfetamin zehirlenmelerinde destek tedavi ve nöbet ajitasyon baskılayıcı olarak özellikle kısa hızlı etkili benzodiazepinler kullanılır. Yoğun kullanımlarda mental etkileri ve iştahdaki akut baskılanmaya bağlı olarak hipoglisemi atakları da görülebilir.

Amaç: Yeni / ilk tanı nöbetle ya da senkopla acile gelen hastalarda nörolojik, kardiyak ve biyokimyasal tetkikler taranmakla beraber toksikoloji de akla mutlaka getirilmelidir. Vaka sunum amacımız budur.

Bulgular: 19 yaşında erkek hasta acil servise 1 saat önce olan senkop şikayetiyle başvuruyor. Başvuru öncesinde arkadaşlarının alkol diye beyan ettiği bir madde alımı mevcut. Senkop hali 2 dk süren hastanın o esnada çenesinde kasılma, ağzında köpüklenme ve kollarda fleksör pozisyonunda kasılma olmuş. Bilinen kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yok. Geliş vitallerinde taşikardi (Kta : 117 / dk) harici özellik yok, EKG sinüs taşikardi. Nörolojik muayenesinde bilinç açık oryante koopere, kranial sinirler intakt, lateralizan bulgu yok, pupiller olağan. Yalnızca uykuya meyil mevcut. Beyin tomografisi istenilen hastada radyolojik patoloji görülmedi. Laboratuvar testlerinde etanol düzeyi negatif geldi. İlk venöz kan gazında ph : 7.23, HcO3 15.3 ve laktat : 9.67 sonuçlandı. Haricindeki laboratuvar bulguları normaldi. Nöroloji konsültasyonu alındı ve nöroloji tarafından semptomatik nöbet ve post iktal dönem düşünüldü. Nöbet takibi ve EEG planlandı. Takiplerde ara ara hipoglisemi atakları oldu, parmak kan şekeri 50 mg / dl' ye kadar indi. Nöroloji önerisi üzerine ve ayırıcı tanı açısından idrarda toksikoloji paneli istenen hastada amfetamin düzeyi normalin 3 katı üzerinde sonuçlandı. Amfetamin doz aşımına sekonder nöbet tanısı alan hastaya yatış planlandı. Tetkik tedavi red formu ile hastaneden ayrıldı.

Sonuç: Bu tarz durumlarda adli boyutlardan ötürü gerek hastanın gerekse yakınlarının anamnezi bizim bu vaka-mızda olduğu gibi sağlıklı olmayabilir. Acil hekimleri vaka atlamama ve yanlış tanıdan kaçınma adına işin klinik toksikoloji boyutunu her zaman akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: amfetamin nöbet senkop

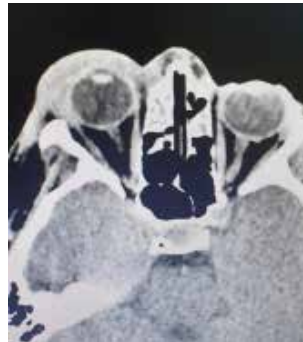
EP-113

Orbital SelülitCem Okumuş¹, Asım Enes Özbek¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Orbital selülit, orbital septumun arkasındaki göz yapılarının enfeksiyonudur. Orbital selülit, akut rinosinüzitin nadir görülen bir komplikasyonudur ancak rinosinüzit, orbital selülit vakalarının çoğunun kaynağıdır. Orbital septum önündeki dokuların enfeksiyonu olan preseptal selülit ise konjonktiva, gözkapağı ve komşu dokulardaki lokalize enfeksiyon, travma, nazofaringeal patojenler veya akut sinüzit etkenlerinin yayılımı sonucu gelişir. Preseptal ve orbital selülitler çocuklarda sık görülen, acil tedavi gerektiren enfeksiyonlardır. Orbital selülit kalıcı görme kaybına ve hatta yaşam kaybına neden olabilir. Bu nedenle ilk değerlendirme sırasında, preseptal selülitte daha ciddi olan orbital selülitte ayırt etmek çok önemlidir. İki durum da tipik olarak göz kapağı şişmesi ve eriteme neden olsa da; oftalmopleji, göz hareketleriyle ağrı, kemozis ve/veya proptoz varlığı orbital selülitte ortaya çıkarken preseptal selülitte görülmez. Tanı genellikle bu klinik özelliklere göre konulabilir. Bununla birlikte, kesin olmayan durumlarda orbital tomografi genellikle preseptal selülitte orbital selülitte ayırt edebilir.

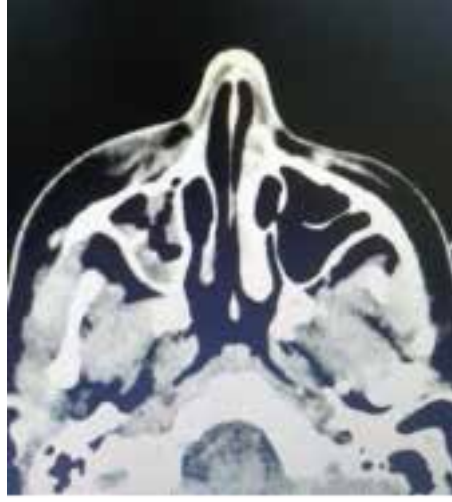
Amaç: Olgumuzda acil serviste orbital selülitin preseptal selülitte ayırımı ve yönetiminde nelere dikkat etmemiz gerektiği konusunda bilgi vermek amaçlanmıştır.

Bulgular: 14 yaşında kız çocuk hasta, acil servise 3 gündür olan sağ gözde şişlik, göz hareketleriyle olan ağrı ve gözde kızarıklık şikayetiyle başvurdu. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde 6 gündür üst solunum yolu enfeksiyon öyküsü olduğu saptandı. Hastanın bilinen kronik hastalığı ve kullandığı herhangi bir ilaç yoktu. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu iyiydi. Vital bulguları stabildi. Orofarenksi doğaldı. Göz hareketleriyle ağrısı olan hasta ifadesine göre görmede azalma yoktu. İncelemeyle sağ göz kapakları ödemliydi ve göz kapaklarında eritem mevcuttu. Göz kapakları aralanabildiği ölçüde göz hareketleri değerlendirildi. Yukarı bakış hafif kısıtlıydı, subkonjonktival hemoraji mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: $5.3 \times 10^3/\mu\text{L}$, CRP: 37.6mg/L olarak izlendi. Bilgisayarlı orbita tomografisinde sağ periorbital yumuşak dokuda belirgin kalınlaşma (Figür1), paranazal sinüslerde enflamatuvar yumuşak dokular (Figür2) ve sağ bulbus okuli hafif anteriora yer değiştirmiş (Figür1) olarak izlendi. Hastanın göz hastalıklarına konsültasyonu sağlandı. Hastanın göz hastalıkları servisine yatırılıp serviste Ampisilin-Sulbaktam 200mg/kg/gün'den (maksimum doz: 2.000 mg) 6 saatte bir intravenöz tedavisi uygulanan ve şikayetleri gerileyen hasta 1 haftalık yatış sonrası taburcu edildi.

Orbital Selülit

Sağ periorbital yumuşak dokuda belirgin kalınlaşma ve sağ bulbus okuli hafif anteriora yer değiştirmiş

Rinosinüzit



Paranasal sinüslerde enflamatuvar yumuşak dokular

Sonuç: Preseptal ve orbital selülit arasında ayırım yapmak önemlidir çünkü çok farklı klinik etkileri vardır. Preseptal selülit genellikle hafif seyreden ve nadiren ciddi komplikasyonlara yol açan bir durumdur, oysa orbital selülit görme kaybına ve hatta yaşam kaybına neden olabilir. Bir yaşından küçük çocuk hastalar, sistemik enfeksiyon bulgularının eşlik ettiği hastalar ve ayaktan tedaviye 24 ila 48 saat içinde yanıt vermeyen hastalar yatırılarak tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Orbital Selülit, Acil, Akut Rinosinüzit, Preseptal Selülit

EP-114

Akciğer Muayenesi Pnömediastinum Dışlanması İçin Yeterli Değildir

Mehmet Bilgin¹, İbrahim Üçrak¹, İbrahim Altundağ², Alperen Şahin¹, Ömer Seytepe¹, Burcu Genç Yavuz¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Giriş: Mediastinal alanda serbest hava bulunması pnömomediastinum ya da mediastinal amfizem olarak adlandırılmaktadır. Nadir görülen bir patoloji olup, sıklıkla genç popülasyonda ortaya çıkmakta, genellikle 5-35 yaş arasında görülmektedir. Görülme sıklığının yaklaşık 1/25.000 olduğu ve erkek cinsiyette daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Hastalığın seyri, semptomların şiddeti, akciğer grafilerindeki bulgu yetersizlikleri ve hastaneye başvuru-
daki farklılıklar sebebiyle raporlananın aksine toplumda daha sık olabileceği görüşü mevcuttur.

Amaç: Pnömomediastinumun acil servisin nadir patolojilerinden biri olmasına karşılık sonuçları itibarıyla morbidite ve mortalitesinin yüksek olduğunun acil hekimlerinde farkındalık oluşturması temel amacımızdır.

Bulgular: Bilinen bir hastalık ya da ilaç kullanımı olmayan 12 yaş erkek hasta acil servise travma nedeniyle ambulans ile getirildi. Yaklaşık iki saat önce salıncaktan sırt üstü düşmüş. Gelişinde GKS:15, genel durumu iyi, vital parametreleri stabildi. Sırt ağrısı ve dispne şikayeti vardı. Akciğer sesleri bilateral doğal, spinal hassasiyet yok, ciltte abrazyon ya da laserasyon izlenmemişti. Toraksta ciltaltı krepitasyon alınmadı. Akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. Semptomatik tedaviye rağmen sırt ağrısı ve dispnesine rahatlama olmaması, göğüs ön bölgesinde nefes alırken batma tarzı ağrı olması üzerine toraks BT istendi. Toraks BT'de pnömomediastinum saptandı (Şekil-1). Takip tedavi amacıyla göğüs cerrahisi servisine interne edildi.

Sonuç: Pnömomediastinum, diğer tanı araçlarıyla altta yatan önemli sebepler dışlandığında çoğunlukla benign seyreden, iyi prognozlu bir patolojidir. Tedavide genellikle takip yeterli olmaktadır. Pnömomediastinum nedeniyle tetkik edilen hastalar en az 24 saat süre ile hastanede gözlemlenmeli ve klinik bulguları takip edilmelidir. Hastalar yatak istirahatına alınıp, fiziksel aktiviteleri kısıtlanmaktadır. Destek tedavisine başlanıp, olası komplikasyonlara karşı hastalar monitörize edilerek vital bulguları gözlenmekte ve altta yatan etyolojiye yönelik tedavi planı belirlenmektedir. Pnömomediastinum olgularında ağrı kontrolü sağlanmalıdır. Bunun için özellikle non-steroid antienflamatuvar (NSAİ) ajanlar ve gerektiğinde narkotik analjezikler tercih edilebilmektedir. Dispne ve şiddetli öksürük mevcut ise hastaya O2 tedavisi ve antitusif ilaçlar başlanır. Özellikle tek başına oksijen tedavisinin gaz emilimini yaklaşık altı kat daha arttırdığı ve pnömomediastinum rezorbsiyonuna katkı sağladığı düşünülmektedir.

Şekil-1: Mediastinal alanda serbest hava dansitelerine ait toraks BT kesiti.



Anahtar Kelimeler: pnömomediastinum, travma, respiratuar sistem muayenesi

EP-115

KAHVERENGİ KUSMA İLE GELEN HASTADA AKUT MİDE DİLATASYONU

Sevgi Büber¹, mustafa çalık¹, sevim bayoğlu¹, bilge yilmazer¹, sevilay bıyıklı¹

¹s.b.ü istanbul gaziosmanpaşa e.a.h.

Giriş: Akut masif gastrik dilatasyon(AMGD) son derece az görülen ve teşhisi çoğunlukla atlanan nadir bir hastalıktır.Kesin etyolojisi bilinmemekle birlikte bir çok sebep akut mide dilatasyonuna yol açabilir.Psikojenik polifaji, diabetes mellitus, travma, elektrolit bozuklukları, gastrik volvulus ve anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza gibi tıknırcasına yeme bozuklukları AMGD'ye sebep olabilir.AMGD'de mide dilate olmaya devam ederse perforasyon ,iskemi ve nekroz , şok gibi ölümcül sonuçlar gelişebilir.Karın röntgeninde(ADBG), aşırı derecede şişmiş bir mide ile sıvı seviyesigörülebilir.Karın bilgisayarlı tomografi (BT) taraması tanı için enfaydalıdır.AMGD tedavisi, mide dekompresyonu için yeterli sıvı resüsitasyonu ve NGT yerleştirilmesi ile başlatılmalıdır.Perforasyon durumunda acil cerrahi bir seçenektir, gastrik dekompresyon ve kısmi/total gastrektomiye içerir.

Amaç: Şiddetli kahverengi kusma ile gelen hastada AMGD olgusunu açıklamayı ve tedvisini belirtmeyi amaçladık.

mide



Bulgular: 78 yaşında kadın hasta bir gündür olan kusma şikayeti ile başvurdu. 10 kez kahverengi renkte kusması olmuş.Aktif karın ağrısı yok.Hematemez,melena,hemotokezya tariflemiyor. Hastanın özgeçmişinde bilinen sadece alzheimer hastalığı mevcut . Gelişinde vitalleri ;TA:84/66mmHg ,nabız 96/dk , spo2 96 ,ateş 36,4°C ,kan şekeri 121mg/dL idi.Hastanın fizik muayenesinde batın distandü,epigastrik bölgede hassasiyeti mevcut , defans ve rebound yoktu. RT'de ampulla boştu.Çekilen ADBG'sinde mide dilateydi. Monitörize edilen hastaya tedavi olarak akut gis kanama da ekarte edilemediğinden 80mg pantpass iv puşe ,1000 cc sf uygulandı, NG tüp takıldı.NG tüpe aktif 500ccgeleni oldu.Kan tetkiklerinde 3 kez 4 saat arayla yapılan kontrol Hb değerlerinde düşüş saptanmayan hasta Dahiliye'nin de ortak görüşü ile gis kanamadan uzaklaşıldı.NG takılı iken de aktif kusmaya devam eden hastada batında epigastrik bölgede defans pozitifliği başladı.Kan gazı değerlerinde asidozu 7.24 e derinleşen ve laktatı 5mmol/L'e yükselen hasta ,gelişinden 2. saatinde çekilen Batın BT raporuda subileus olarak gelmesi üzerine , akut mide dilatasyonu da ekarte edilemediğinden Genel Cerrahi'ye konsülde edildikten sonra subileus ve akut mide dilatasyonu ön tanılarıyla Genel Cerrahi servisine interne edildi.

adbg



Sonuç: Acil servise kahverengi kusma ile başvuran çoğu hasta için akla ilk gelen tanılar arasında öncelikle akut gis kanama ve ileus yer almaktadır. Ancak masif kusması olan hastalarda eşlik eden röntgen veya BT’de midede dilatasyon görülmesi halinde Akut Mide Dilatasyonu’nun da unutulmaması gerekir. Bu ön tanı düşünüldüğünde NG tüp takmak gibi basit bir tedavi ile midenin yaptığı kompresyon azalacağı için bir çok hastanın , perforasyon veya iskemiye gitmeden hayatı kurtulabilir.

Anahtar Kelimeler: mide dilatasyonu, akut mide dilatasyonu, kahverengi kusma

EP-116

Jeneralize Tonik Klonik Nöbetin Eşlik Ettiği Hiperosmolar Hiperglisemik Durum? Diyabetik Ketoasidoz?

Bilge Yılmaz¹, Sevgi Büber¹, Sevim Bayoğlu¹, Ahmet Oluk¹, Mustafa Çalık¹

¹Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Hiperosmolar hiperglisemik durum(HHD) ve diyabetik ketoasidoz(DK) diyabetes mellitüs(DM) hastalığının en ciddi iki akut komplikasyonudur. HHD ciddi hiperglisemi, hiperosmolalite ve dehidratasyon ile karakterize iken DKA'da kontrolsüz hiperglisemi, metabolik asidoz ve hiperketonemi vardır. HHD genel olarak yaşlı, iyi takip edilmeyen tip 2 DM'li hastalarda karşımıza çıkar. DKA ise tip 1 DM'li hastalarda ve gençlerde daha sık görülür. HHD'li hastaların %15 kadarı nöbetle gelir. DKA'da da bilinç değişikliği oluşabilir, bu durum artmış serum ozmolalitesi ile ilişkili görülmektedir.

Amaç: Bu sunumda; ayırıcı tanıda, bir çok parametrede farklılık gösteren bu iki hastalığı düşündürecek bulguları olan olgumuzu inceleyeceğiz.

Bulgular: 49 yaşında erkek hasta mental durum değişikliği ile tarafımıza başvurdu. Hasta yakınlarından alınan anamnezde hastanın jeneralize tonik klonik(JTK) tarzı nöbet geçirdiği öğrenildi. Bilinen hipertansiyon ve rutin takipleri yapılmayan tip 2 DM'si mevcutmuş, antidiyabetik ilaç kullanmıyormuş. Gelişinde genel durumu kötü, bilinci konfüze, GKS'si M4V1E2:7 idi. Post iktal dönemde olduğu düşünülen hastanın kasılmalarının devam etmesi ve kan gazında pH:7.13 saptanması üzerine hasta entübe edildi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde; glukoz:614 mg/dL, serum bikarbonat:10.6 mEq/L, serum ozmolalitesi:311 mOsm/kg, anyon açığı:35.4 mmol/L, pH:7.13, laktat:20.12, idrarda keton negatif saptandı. Entübasyon sonrası ilk kan gazından 45 dk sonra alınan kontrol kan gazında ise pH:7.30 saptandı. Beyin, toraks BT'si ve diffüzyon MR'ı görüntülenen hastada patolojik bulgu saptanmadı. Potasyum ve sıvı replasmanı yapılan hastaya 0,1 ü/kg/saatten insülin infüzyonu başlandı. Nöroloji, dahiliye ve anestezi bölümlerine konsülte edilen hastada dahiliye doktoru tarafından ön planda HHD düşünüldü ve hasta yoğun bakıma interne edildi.

DKA ve HHD için Tanı Kriterleri

	DKA	HHD
Plazma glukoz (mg/dL)	>250 mg/dL (>13.6 mmol/L)	>600 mg/dL (>33.3 mmol/L)
Serum bikarbonat (mEq/L)	<18 mEq/L (<3.8 mmol/L)	>15 mEq/L (>4.5 mmol/L)
İdrar ketonüresi*	+	- veya çok az
Serum beta hidroksibütirat	+	- veya çok az
Serum laktat**	+	- veya çok az
Serum ozmolalitesi*	Doğru	>320 mOsm/kg (>300 mmol/kg)
Anyon açığı†	>12 mEq/L (>32 mmol/L)	<12 mEq/L (<32 mmol/L)
Arteriyel/venöz pH	<7.30	>7.30

*Mikrogravid metodu
†Gaz kromatografisi metodu veya nitroprüvid metodu
*Anyon açığı hesaplaması: [Na+] - [Cl-] - [HCO3-]
†Osmolalite hesaplaması: 2[Na+] + Glukoz(mg/dL) /18 + BUN/2.8

Sonuç: Tüm parametreler değerlendirildiğinde; hastanın durumuna nöbet eşlik etmesi, tip 2 DM tanılı olması, idrarında ketonun negatif olması, kan şekerinin 600 mg/dL'nin üzerinde olması ve kan gazında pH'nın hızlı düzelmesi ile HHD'yi düşündüren olgu aynı zamanda genelde HHD'da beklenen yaşlı ve bakım hastası olmaması, serum

bikarbonatının 18 mEq/L'nin altında olması, anyon açığının 12 mEq/L'nin üzerinde olması, 8 saat sonra alınan idrar tetkikinde keton 1 + olması ve metabolik asidozunun olması ile DKA 'yı da düşündürmüştür. Olguda; HHD, DKA ve izole JTK ön tanıları ayırt edilememiştir. Bulgular her iki hastalığın tanı kriterlerinden bazılarını karşılarsa da ön planda DKA düşünülmüştür. Sonuç olarak DKA bulgularıyla gelen, yüksek kan şekeri ve osmolaliteye sahip olan hastalarda HHD'de olduğu gibi nöbet eşlik edebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: hiperosmolar hiperglisemik durum diyabetik ketoasidoz

EP-117

NEFES DARLIĞI AYIRICI TANISINDA POSTPARTUM KARDİYOMYOPATİ

Kadir KILINÇ¹, Serap Güñkan¹, Suna Eraybar¹, Mehtap Bulut¹, Kader Doğan¹

¹Bursa Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Giriş: GİRİŞ: Dilate kardiyomyopati (DKMP), kalbin dört odacığının da hipertrofisi ve dilatasyonu ile karakterizedir. Kalbin kasılmalarında yetersizlik ve bunun sonucunda sistolik disfonksiyon vardır. Sessizce gelişerek progressif konjestif kalp yetmezliğine dönüşebilir. İlk belirtilerden sonraki 5 yıl içinde hastaların %75'i kaybedilir. Primer (idiopatik) dilate kardiyomyopatide, nedeni saptanamayan dilatasyon ve hipertrofi görülür. Olguların %30-40% olgu kalıtsaldır (otosomal dominant). Sekonder ise başka bir hastalığın komplikasyonu ya da bir parçasıdır. Yüksek atım hacmi ile seyreden gebelik, anemi, tirotoksikoz gibi kiniklerin ; uyuşturucu madde kullanımı (kokain, metamfetamin) ; otoimmün hastalıkların miyokard tutulumu gibi bir çok klinik prezentasyon sonucunda sekonder olarak dilate kardiyomyopati gelişebilir..

Amaç: Bizim acil servisimize akut solunum sıkıntısı nedeniyle başvuran madde kullanım öyküsü olan dilate kardiyomyopati olgusunu literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık

Bulgular: OLGU: 23 yaş kadın hasta 2 haftadır yorgunluk ,düz yatamama, kanlı balgam ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Vitalleri Spo2:96 TA:135/80 Ateş:36,7 Nabız:90 dı. Özgeçmişinde herhangi bilinen bir kronik hastalık öyküsü yok, bir ay önce normal vajinal doğum öyküsü var, 5 paket/yıl sigara, son 2 sene içinde gebelik dönemi haricinde Amfetamin kullanımı mevcut. Fizik muayenesinde bilateral +2 pretibial ödemleri, akciğer sesleri oskültasyon muayenesinde bilateral azalmıştı ve ortopnesi mevcuttu. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde wbc:14.000 µL , hgb:10,6 g/dL ,AST:498 IU/L ,ALT:447 U/L , ALP:214 IU/L , Troponin:79,3 ng/L , CRP:63 mg/L. Toraks BT görüntülemesinde bilateral plevral effüzyon ve her iki akciğerde yüklenme ödem bulguları ve kardiyomegalisi mevcuttu (Resim:1).Elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi saptandı. Ekokardiyografisi planlana hastanın Ejeksiyon fraksiyonu %30 olarak ölçüldü ve orta derecede triküspit yetmezliği saptandı.Hastaya acil serviste inhaler oksijen tedavisi (3-5 l/dk) ve diüretik tedavi uygulandı tedavi sonucu 1000 cc diürez yanıtı alındı. Kardiyolojiye konsulte edilen hastanın dilate kardiyomyopati ön tanısı ile korener yoğun bakıma yatırışı yapıldı. Yatışının 15. gününde uygulanan tüm tedavilere yanıt veremeyen hasta exitus kabul edildi.

Resim 1: hastaya ait kontrastsız toraks bilgisayarlı tomografisi





Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

Sonuç: Postpartum kardiyomyopati sık görülmeyen, gebeliğin son ayı ile doğumdan sonraki ilk 5 ay içerisinde gözlenen dilate kardiyomyopati olup nedeni bilinmemektedir. Etiyolojide hormonal bozukluk, koroner spazm, viral, otoimmün ve idiyopatik miyokardit, hipertansiyon, apoptosis, genetik, inflamatuvar sitokinlerin aktivasyonu hipotezleri sayılmaktadır. Gebelik kardiyomyopatisinde yüksek mortalite ile ilişkilidir. Dilate kardiyomyopati ilerleyici kardiyojenik şok ya da ventriküler disritmilere bağlı yüksek mortalite ile ilişkilidir. İki yıllık sağ kalım %50 olmakla beraber ani kardiyak ölüm de görülmektedir..

Anahtar Kelimeler: hemoptizi, dispne, postpartum, acil servis, dilate kardiyomyopati

EP-118

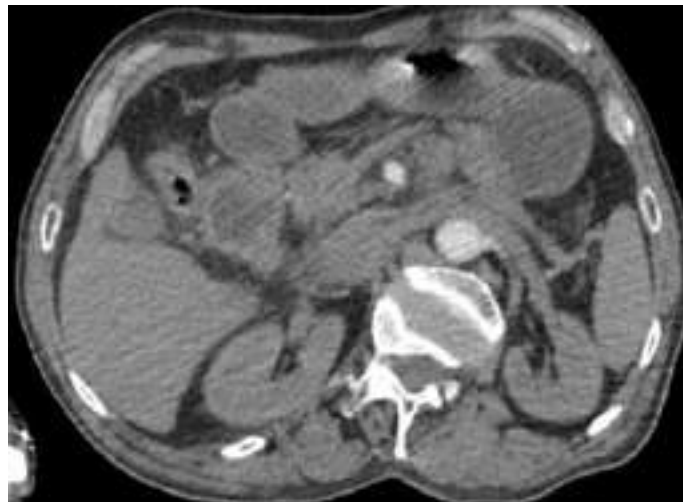
Kullan Olmuyor, Kullanmazsan OlmazMustafa Kaan Gökçe¹, Burcu Bayramoğlu¹, İsmail Tayfur¹¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

Giriş: Travmatik olmayan intramural duodenal kanamalar nadir görülen ve kanama bozuklukları ile ilişkili klinik bir durumdur. İlk vaka 1838 gibi erken bir tarihte tanımlanmıştır ve İntramural duodenal hematoma'nın ilk görüntüsü 1948 yılında yayınlanan bir makalede yer almıştır. Literatürde bildirilen intramural hematoma'lı hastaların çoğu 30 yaş altındadır. İntramural duodenal hematoma potansiyel olarak ölümcül komplikasyonlara yol açabilir.

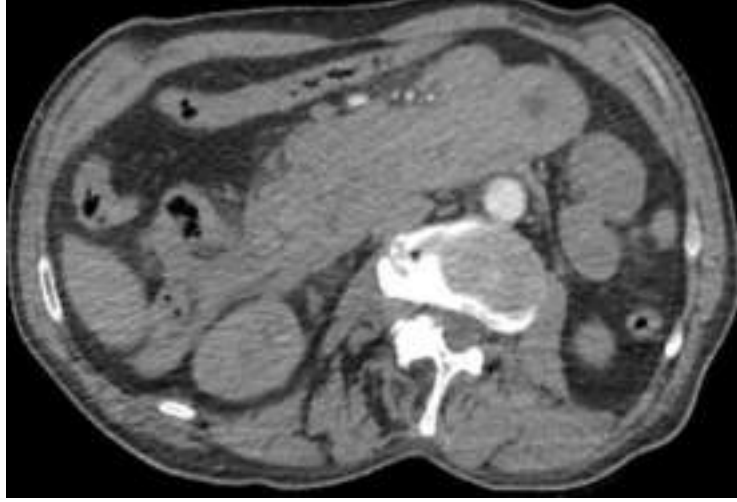
Amaç: Bu olgu sunumunda antikoagülan kullanan hastalarda karın ağrısı nedenlerinden biri olan intramural duodenal hematoma dikkat çekmek istedik.

Bulgular: Bilinen hipertansiyon, KOAH ve AF tanıları olan 58 yaşında erkek hasta, acil servise bir gece önce başlayan karın ağrısı ve iki kere siyah renkli kusma şikayeti ile geldi. Hastanın geliş vitalleri TA:114/81 mmHg, spo2: %90 nabız: 134 atım/dk ateş: 36,6°C KŞ: 131 mg/dL olarak ölçüldü. Kullandığı ilaçlar Esom (esomeprazol) 40mg, Warfmadin (varfarin sodyum) 5mg, Delix plus (ramipril/hidroklorotiyazid) 5/25mg, Beloc (metoprolol) 50mg. Yapılan muayenede GKS skoru 15, bilinç açık, oryante koopere, kraniyal ve serebellar testleri doğal, batin muayenesinde her dört kadranda hassasiyet, defans, rebound yoktu. Rektal tuşesi normal gaita bulaşı ile uyumluydu. Yapılan kan tetkiklerinde WBC: 11630 u/L Hgb: 15,4 g/dL, Plt: 239000 u/L, INR >12, laktat 1,6 mmol/L olarak saptandı. Hastamıza her iki koldan damaryolu açılıp, monitörize takibi yapıldıktan sonra pantozol 40mg yapıldı. Yapılan IV kontrastlı tüm abdomen BT incelemesinde; duodenum 2,3,4. segmenti boyunca duvarda diffüz konsantrik kalınlık artışı ve hiperdens görünüm, duodenum etrafında ve sağ prerenal fasia boyunca uzanan sıvı izlendi. BT duodenum intramural hematoma olarak raporlandı. INR yüksekliği olan ve intramural duodenum hematoma olan hastaya K vitamini 10 mg, Cofact 500 IU/20 mL infüzyonu yapıldı. Hastanın acil endoskopik girişim açısından ilgili branşlara konsültasyonu yapıldı. Endoskopisi yapılan hastanın işlem sonucunda aktif kanama bulgusu görülmemiştir. Takip ve tedavilerinin devamı için dahiliye servisine yatışı yapılmıştır.

Resim-1: duodenum duvarında kalınlık artışı ve hiperdens alan



Resim-2: duodenum etrafı ve prerenal alanda serbest sıvı



Sonuç: Ülkemizde antikoagülan ilaç kullanımı oldukça yaygın olmakla beraber INR kontrolleri de bir o kadar aksatılmaktadır. Bunun sonucunda da gastrointestinal kanamalar başta olmak üzere bir çok hayatı tehdit edici kanama izlenmektedir. Hastalarımız bu konular hakkında bilinçlendirilmeli, INR düzeylerinin takibinin düzenli aralıklarla yaptırılması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: intramural hematoma, duodenum, INR, varfarin

EP-119

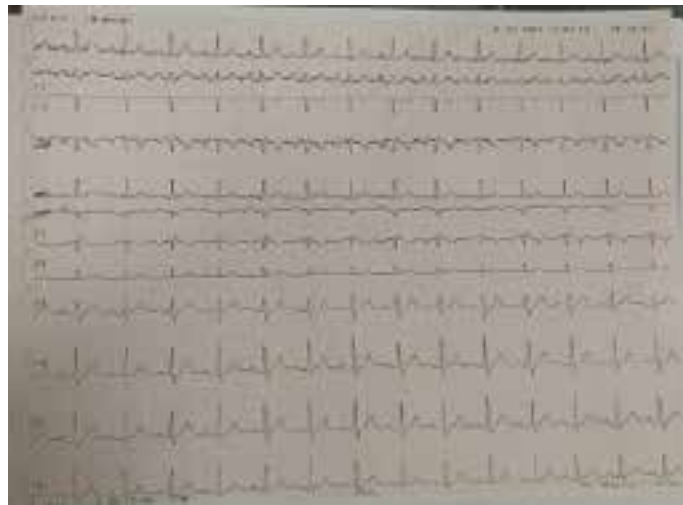
Ben Zaten Hep Bayılıyorum HocamSemanur Bilen¹, Merter Gümüşel¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

Giriş: Senkop şikayeti ile Acil Servise başvuran hastaların %10'unda kardiyak patolojiler saptanmaktadır. Kardiyak patolojiler arasındaki AV bloklar iletim hastalığına dair kanıt olmaksızın EKG anormalliklerinin her an saptanamadığı nadir senkop nedenlerindendir. İntermitant AV Blok egzersizle, alkol alımıyla veya kalp krizi ile tetiklenebilir. Şikayet anında çekilen EKG 24 saatlik HOLTER takibinden daha üstün olabilmektedir.

Amaç: Bu olgu sunumunda senkopla başvuran hastalarda EKG değerlendirmesinin önemine vurgu yapmayı amaçladık.

Bulgular: 50 yaşında erkek hasta acil servise 1 saat önce olan bayılma şikayeti ile ayaktan başvurdu. Kan basıncı 132/87 mmHg, nabızı 78 atım/dk SpO2 %97 ölçülen ve genel durumu iyi olan hasta EKG çekimi için yönlendirildi. İlk EKG'si normal sinus ritmi olarak (Fig1) değerlendirilen hasta çocukluğundan beri ara ara gelişen senkop tariflediğinden defibrilatör ile monitörize edildi. Takiplerinde monitörde AV bloktan şüphelenilen hastadan kontrol EKG istendi. EKG 'sinde AV tam blok (Fig2) olan eş zamanlı fenalaşma tarifleyen hastaya eksternal pacemaker uygulandı. Kardiyoloji konsültasyonu istenen hastanın Ekokardiyografisinde; atrial sistolün ventriküle iletilmediğinin görüldüğü, ancak hastada senkop gelişmediğinden eksternal pacemaker endikasyonu olmadığı belirtildi. Eksternal pacemaker uygulaması sonrası fenalaşma hissi tekrarlamayan hasta takip amaçlı Kardiyoloji Servisi'ne eksternal pacemaker takılı olarak devredildi. Hastanın kardiyoloji servisinden pacemaker implantasyonu yapılarak taburcu edildiği bilgisine ulaşıldı.

EKG-1: Normal Sinüs Ritmi



EKG-2: AV tam blok



Sonuç: Hikayenin derinleştirilmesi atlanabilecek tanıların gözden kaçmamasını sağladığı gibi hasta şikayetlerinin de tıbbi müdahale ihtiyacı doğurabileceği akılda tutulmalı. Acil servis hekimleri olarak endikasyon dahilindeki tıbbi müdahalelerimiz konusunda bilgilerimizi güncel tutmalı, cesaretli olmalıyız.

Anahtar Kelimeler: Av tam blok, disritmi, senkop

EP-120

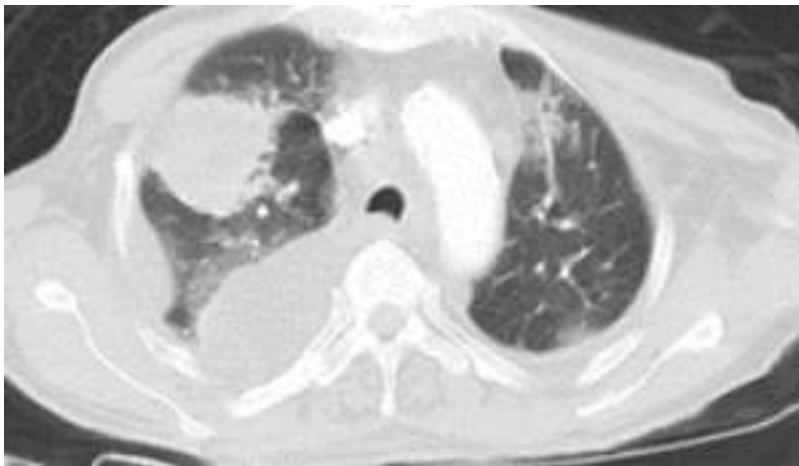
Fıtığın mı Var Derdin VarRamazan Ayaz¹, Gültekin Akyol¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Plevral efüzyon, visseral ve paryetal plevra arasındaki potansiyel boşlukta sıvı birikmesi olarak tanımlanır ve genellikle enflamasyon ve neoplazi gibi nedenlerden kaynaklanır. Plevral effüzyon farklı klinik prezentasyonlarla karşımıza çıkabilir.

Amaç: Bu olgu sunumunda, acil servise bel ağrısı nedeniyle başvuran ve yeni tanı konulan metastatik akciğer CA olgusunu tartışmayı amaçladık.

Bulgular: Bilinen Buerger Hastalığı nedeniyle sağ alt ekstremitesi ampute olan, hipertansiyon, lomber disk hernisi öyküsü olan ve dış merkezlere benzer şikayetler ile tekrarlayan acil servis başvuruları olan 67 yaşında erkek hasta bel ağrısı şikayeti ile acil servisimize ambulans aracılığıyla getirildi. Fizik muayenede bilinç açık, oryante, koopere, vital bulguları stabil olan hastanın sol alt ekstremitede motor muayenesi olağandı. İnkontinans şikayeti yoktu. Ağrısından dolayı ajite olan hastanın analjezisi sağlandı, şikayetlerinde gerileme olduktan sonra kontrol muayenesinde hastanın takipneik olduğu, dakika solunum sayısının 24 olduğu görüldü. Oskültasyonda solunum seslerinin, sağ hemitoraksta daha fazla olmak üzere bilateral azaldığı tespit edildi. Yapılan görüntülemelerde sağ akciğer üst lobda 5x4,5 cm boyutunda kitle (Resim-1), sağ akciğerde 8 cm sol akciğerde 2 cm plevral mayi, L1 ve L4 vertebralarda hipodens kitle uyumlu imajlar (Resim-2) izlendi. Göğüs cerrahisi tarafından katater torakostomi ile sağ akciğerdeki mayinin drenajı yapıldı. Hasta, plevral mayi etyolojisinin araştırılması için ve takip amaçlı göğüs hastalıkları servisine interne edildi.

Resim 1: sağ akciğer üst lobda kitle



Resim 2: L1-L4 vertebralarda hipodens oluşum



Sonuç: Bel ağrısı farklı ağrı türlerinin spektrumunu kapsar ve karmaşık doğası göz önüne alındığı zaman multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Takipne ile acil servise başvuran hastalarda pulmoner patolojilerin dışında kardiyak ve nörolojik acillerin ayırıcı tanıda düşünülmesi önem arz etmektedir. Acil servise başvuran hastalarda bazı semptomların hastanın kliniği ile ilgili diğer bulguları gizleyebileceği unutulmamalıdır. Takip edilen hastalara yapılan tekrarlayan muayeneler tanıya yaklaşımda önemli rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: plevral effüzyon, akciğer ca, metastaz

EP-121

Ağrı Kesici Yazsan Yeter, Biraz Üşütmüşüm

Rabia Çelik¹, Semanur Bilen¹, Semanur Bilen¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹

¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

Giriş: Rabdomiyoliz miyositlere ve zarlarına zarar veren herhangi bir mekanizmanın neden olduğu iskelet kasını tahrip olmasıdır. Genel olarak rabdomiyolizin yetişkin hastalarda en sık karşılaşılan nedenleri alkol ve madde bağımlılığıdır. Bunları takiben medikal tedaviler, kas hastalıkları, travma, nöroleptik malign sendrom, nöbetler ve enfeksiyonlar gelmektedir. Daha nadir de olsa gen mutasyonları rabdomiyolizle ilişkili olabilir. Bu hastalarda üst solunum yolu enfeksiyonu gibi yaygın ve hafif seyirli klinik durumları takiben hastalarda rabdomiyoliz gelişebilmektedir.

Amaç: Bu olgu sunumunda; acil servise non spesifik semptomlarla başvuran hastalardan ayrıntılı anamnez alınması ve tam sistemik fizik muayene yapılmasının, hekimi farklı tetkik istemlerine yönlendirebileceği ve hastaya doğru tanı konulmasını sağlayabileceğine vurgu yapmayı amaçladık.

Bulgular: Yirmi sekiz yaşında erkek hasta eklem ağrısı ve bacaklarda güçsüzlük şikayeti ile Acil Servis'e başvurdu. Hikayesinde beş gün önce üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle antibiyotik tedavi başlandığı ve tedavi sonrası şikayetlerinin gerilediği öğrenildi. Acil servis başvurusunda muayenesinde her iki gastrocnemius kasında palpalasyon ile hassasiyet mevcut olan hastanın diğer sistem muayeneleri olağandı. Yapılan kan tetkiklerinde Aspartat Transaminaz: 1078 u/Lt, Alanin Aminotransferaz: 243 u/Lt, Kreatin: 0.95 mg/dl, Kreatin Kinaz: 63598 u/Lt, Laktik Dehidrogenaz: 1336 u/Lt; tam idrar tetkikinde protein :+3, eritrosit:+1 olduğu görüldü. Tetkik sonuçları ile intravenöz hidrasyon başlanan hastanın genel durumunda kötüleşme olması nedeniyle Anestezi ve Reanimasyon konsültasyonu yapıldı, hasta Yoğun Bakım Ünitesi'ne devredildi. Hastanın yatış sırasında yapılan tetkiklerinde hastada karnitin palmitoil transferaz-2 eksikliği olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben gelişen şikayetlerde etkin sistem muayenesi yapılmalı miyalji, güçsüzlük tarifleyen hastalarda rabdomiyoliz akılda bulundurulmalıdır. güçsüzlük şikayeti motor defisite neden olmadan da altta yatan bir hastalığın habercisi olabileceğinden bu hastalarda ayırıcı tanı için tetkik istenmelidir. Detaylı anamnez ve önceki hastalıkların ya da benzer durumların sorgulanması klinik açıdan yol gösterici olabilir. Rabdomiyoliz tanısı alan hastalar için yakın takip gereklidir.

Anahtar Kelimeler: rabdomiyoliz, lipid depo hastalığı, kreatinin kinaz

EP-122

Genç Kadın Hastada Spontan PnömomediastinumAhmet ÖZTÜRK¹, Serkan GÜNAY¹, Nurullah ÇORAKYER¹, Ali Kemal ERENLER¹¹T.C. Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Spontan pnömomediastinum (SPM), travmatik veya iyatrojenik yaralanma olmaksızın solunum yollarından havanın mediastene kaçmasına verilen isimdir (1,2). Bu olguda, eşlik eden herhangi bir hastalığı veya travması olmayan genç bir erişkinde nadir görülen bir SPM olgusu sunuyoruz.

Amaç: Acil servise dispne, göğüs ağrısı vb semptomlar ile gelen hastalarda bir ön tanı olarak spontan pnömomediastinum aklımıza gelmesini sağlamak.

Bulgular: 19 yaşında genç bayan hasta acil servisimize iki gündür devam eden öksürük sonrası göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikâyeti ile başvurdu. Bilinen kronik hastalık öyküsü yoktu. Kan basıncı 130/90, ateşi 36,5°C, nabızı 95/dk, solunumu 16/dk idi. Fizik muayenesinde boyundan göğüse ve koltuk altlarına uzanan yaygın cilt altı amfizem saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın labarotuvuar ve görüntülemeleri istendi. Labarotuvuar sonuçlarında patolojik değer saptanmadı. Akciğer X-ray görüntülenmesinde; boyundan koltuk altına kadar uzanan yaygın cilt altı amfizemi saptandı. Akciğer bilgisayarlı tomografisinde mediastinal yapıların periferik bölgesinde ve kalpte pnömomediasten ile birlikte subkutan amfizem rapor edildi. Hasta daha sonra göğüs cerrahisi ile konsülte edilerek takip için hastaneye yatırıldı. 10 günlük takibin ardından hasta şifa ile taburcu edildi. Pnömomediastinum; mediastende hava bulunmasıdır. (3). Bu nadir hastalık özellikle 5-34 yaş arası bireyleri etkiler. Hastaların çoğunluğunun erkek olduğu bildirilmektedir (2). Bizim olgumuz genç kadın hastaydı. SPM etiyolojisinde; altta yatan astım, KOAH, bronşektazi, interstisyel akciğer hastalığı, kusma, pnömoni ve malignite suçlanmaktadır (2). Ancak olgumuzda SPM için herhangi bir risk faktörü bulunmamaktadır. SPM'li hastaların ortak semptomları öksürük, nefes darlığı, disfaji, odinofaji, boyun/göğüs ağrısıdır (4). Fizik muayenede SPM'nin belirgin karakteristik bulgusu cilt altı amfizemidir. (1). Tanıda akciğer grafisi kullanılabilir. SPM'li hastaların 1/3'ünde akciğer grafisi normal olabilir. Bu nedenle klinik şüphenin yüksek olduğu durumlarda akciğer grafisi yerine altın standart tanı aracı olarak toraks bilgisayarlı tomografisi kullanılabilir (5). Olgumuzda hastalığın şiddeti nedeniyle akciğer grafisinde hava kaçağı belirgindi. Bir olgu sunumunda travmatik izole PM'li bir hastanın ileri bir girişime gerek kalmadan yakın takip ile tedavi edildiği bildirilmiştir (1). Bu doğrultuda hastamız göğüs cerrahisi servisine yatırılmış ve 10 günlük yakın takibin ardından şifa ile taburcu edilmiştir.

görüntüleme



tomografi görünütüsü



Sonuç: Spontan pnömomediastinum mediastende belirgin bir neden olmaksızın hava bulunmasıdır. Nefes darlığı, göğüs ağrısı ve öksürüğü olan hastalarda SPM düşünülmelidir. Erken tanı morbidite ve mortaliteyi azaltabilir. Klinik şüphe, SPM’de erken tanının temel dayanağıdır.

Anahtar Kelimeler: Dispne, Göğüs ağrısı, Spontan Pnömomediastinum

EP-123

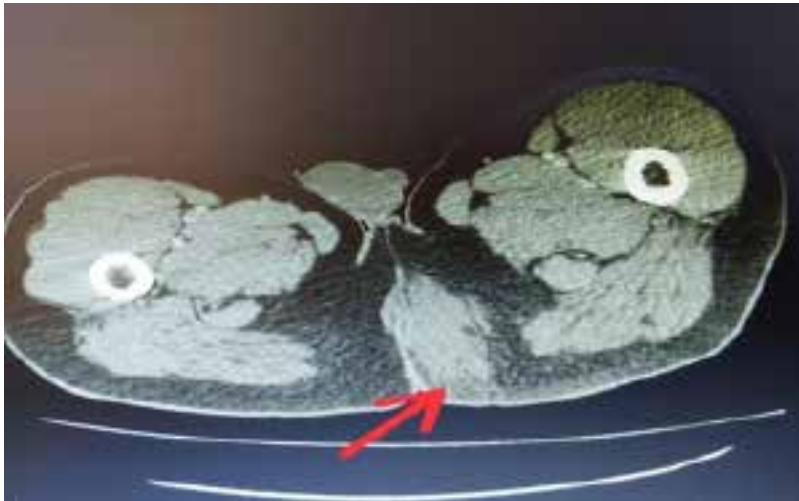
Kalçada Ağrı ve Şişlik Nedeni: Perianal AbseHakan Çamlıca¹, Burcu Bayramoğlu¹, İsmail Tayfur¹¹Acil Tıp Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Perianal apse, fluktuasyon verebilen yüzeysel hassas bir kitledir. Hasta ödem, ateş, rektal ağrı ve hassasiyet şikayetleriyle başvurabilir. Anal fistül oluşumu, sepsis, tekrarlayan abseler, inkontinans görülebilecek komplikasyonlardır. Ayrıca perianal bölge enfeksiyonları Fournier gangrenine de neden olabilir. Fournier gangreninde BT'de fasyal kalınlaşma, hava dansiteleri ve eşlik eden enfeksiyon bulguları görülebilir.

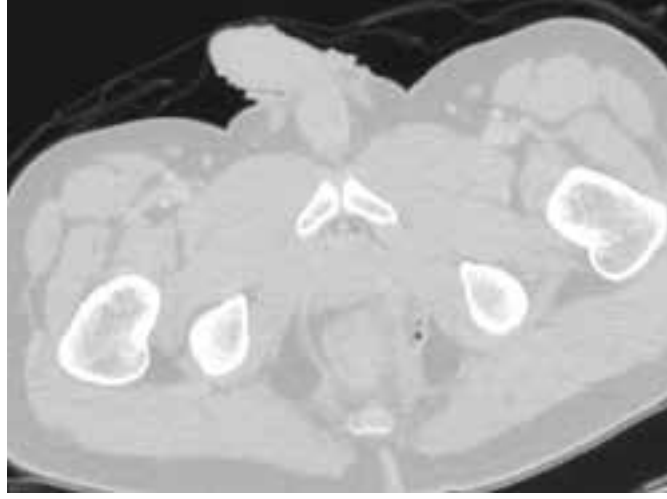
Amaç: Bu olgu sunumunda, tedavisi geciktiğinde hastada ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilecek perianal abseye dikkat çekmeyi amaçladık.

Bulgular: Bilinen kronik hastalığı ve geçirilmiş operasyon öyküsü olmayan 35 yaş erkek hasta acil servise 1 haftadır olan sol kalçada şişlik ve ağrı şikayetiyle başvurdu. İncelemede makattan pürülan akıntısı olan hastanın kanları alındı ve iv kontrastlı batın BT görüntülemesi yapıldı. Lökositozu (WBC: 22650/uL) ve CRP yüksekliği (CRP:210 mg/l) olan hastanın batın BT görüntülemesinde "sol perianal bölgede 3x1.5 cm apse koleksiyonu ve sol iskioanal fossa içinde hava dansiteleri" izlendi. Hasta genel cerrahi ile perianal abse drenajı ve Fournier gangreni açısından konsülte edildi. Hasta apse drenajı, iv antibiyotik tedavisi ve takip amacıyla genel cerrahi servisine interne edildi..

Resim-1: perianal abse



Resim 2: iskioanal fossada hava dansitesi



Sonuç: Acil servise genital bölgede ağrı veya şişlikle başvuran her hastanın genital sistem muayenesi oldukça önemlidir. Bu semptomlara neden olan birçok anal ve perianal bölge hastalığı olması, tedavilerinin de farklılık göstermesi nedeniyle ayırıcı tanıda fizik bakı ve detaylı muayenenin önemi akılda tutulmalıdır. Perianal apse saptanan olguda, komplike bir apse düşünülüyorsa BT veya MR görüntüleme de yapılmalıdır. Basit apseler drene edilebilirken, komplike vakalarda genel cerrahi tarafından apse drenajı ve antibiyoterapi düşünülmelidir. Perianal abseler nedeniyle meydana gelebilecek morbidite ve mortalite nedenleri göz önünde tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: perianal apse, Fournier gangreni, iskioanal fossa

EP-124

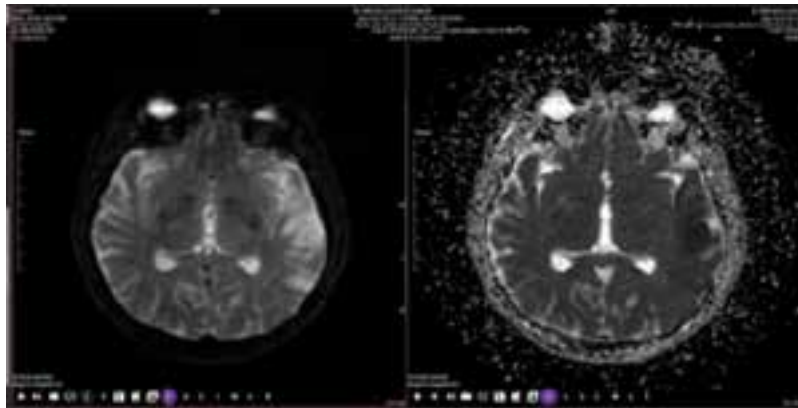
İşitme Kaybı İle Gelen İskemik SVO: Olgu Sunumuİlknur Sümeyye Dönmez¹, Merter Gümüleş¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş: İnme, beyin damarlarının tıkanıklığı veya kanamasına bağlı olarak ortaya çıkan durumdur. %80-85 oranda iskemik %15-20 hemorajik'tir. Temporal lob, beynin işitme duyusunu kontrol eden konuşma merkezlerinden biridir. Genellikle, unilateral temporal lob iskemisinde, kısmi; bilateral lob iskemisinde ise total işitme kaybı oluşmaktadır.

Amaç: Bu posterde; afazik inmeden sonra dili anlama yetisi ile önemli bir konuşma işleme bölgesi olan, sol anterolateral superior temporal korteks arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular: Şikayeti: İşitme azlığı. Öykü: Hastanın 2 gün önce her iki kulağında aniden başlayan kısmi işitme kaybı gelişmiş. Eşi bir önceki gün çocuklarının isimlerini karıştırdığını söyledi. İşitme kaybına ek olarak kulak ağrısı, kulak akıntısı veya baş dönmesi olmadığını söyledi. Yakın dönemde herhangi bir kafa travması olmadığını söyledi. Özgeçmiş: Hastanın bilinen tanılı hiçbir hastalığı yok. Sürekli kullandığı ilaç yok. Bilinen ilaç alerjisi yok. Fizik Muayene: GKS skoru 15. Oryante ve koopere. Kan basıncı: 152/93 mm/Hg Nabız: 78 atım/dk, SpO2: 99 Nörolojik defisit yok, motor ve duyu kaybı yok. 4 ekstremitte hareketli ve refleksler doğal. Laterizan bulgusu yok. Yürümesi doğal fakat konuşurken sorulanlara indirekt cevaplar vererek arada duyamadığı için anlamadığını söylemekte. Anamnez esnasında eşi bir önceki gün çocuklarının isimlerini karıştırdığını söyledi. Otoskopla kulak muayenesinde buşon tıkaçı görüldü. Herhangi bir akıntı veya orta kulak enfeksiyonu bulgusuna rastlanılmadı. EKG Normal sinüz ritmiydi. Hastadan istenen beyin BT ve Diffüzyon MR görüntülemeleri sonucunda sol temporal lob anterolateralde diffüzyon kısıtlılığı saptandı. Hasta nöroloji ile konsülte edildi ve nöroloji servisine interne edildi. Hastanın ileri tetkik amaçlı Beyin Anjiyografi BT incelemesinde; bilateral ICA ılımlı stenoza neden olan kalsifiye aterom plaklar izlenmiştir.

Resim-1: Sol temporal ve oksipital lob iskemisi DWI ve ADC



Sonuç: Bu olguda, hastanın ön plandaki şikayeti işitme kaybı olup anamnez derinleştirildiğinde retrograt bir amnezi varlığı da tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar baskın olan elin karşısındaki temporal lobun beyindeki esas konuşma merkezi olduğu yönündedir. Nitekim bizim hastamızın da baskın olduğu el, sağ eli olup sol temporal lob iskemisi mevcuttur. Kortikal sağırılık, esas olarak birincil işitsel kortekste uni/bilateral kortikal lezyonlardan kaynaklanan oldukça nadir görülen bir klinik tablodur. Başlıca klinik bulgusu ani işitme kaybıdır. Nadir görülmesi



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

ve Wernicke afazisi, işitsel agnozi veya sözlü sağırılık gibi diğer dil ve iletişim bozukluklarıyla benzerliği nedeniyle teşhis zordur.

Anahtar Kelimeler: afazi, amnezi, kortikal sağırılık

EP-125

Hayat Pamuk İpliğine Mi Bağlı Çekme Halatına Mı? Bağlı?

Ferah Kader¹, Merter Gümüşel¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹

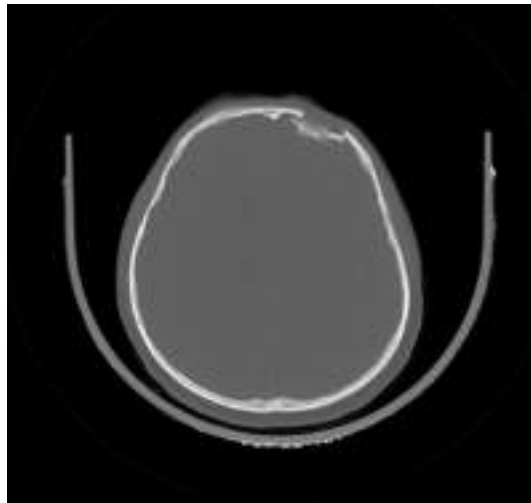
¹Acil Tıp Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Kafa travması insanın baş bölgesine denk gelen; künt, kesici, delici ve patlayıcı mekanizmalar ile meydana gelen yaralanmaları kapsayan geniş bir tanımdır. ABD’de her yıl acil servislere ortalama 1,1 milyon kafa travması nedeniyle başvuru olduğu literatürde bildirilmiştir. Bu olguların %21’i için hastaneye yatış gerektiği, %4’ünün ise exitus olduğu belirtilmiştir.

Amaç: Bu olgu sunumunda, travma mekanizmasının ve enerjisinin yaralanmanın ciddiyeti ile yakından ilişkili olduğunu, yüksek enerjili travmaların bilinç durumu iyi olan hastalarda bile ciddi yaralanmalar ile ilişkili olabildiğini vurgulamayı amaçladık.

Bulgular: 43 yaşında erkek hasta gündüz saatlerinde 112 ekipleri tarafından kafa travması nedeni ile acil servise getirildi. Hastanın başına iki araç arasındaki çekme halatının koparak çarptığı bilgisi alındı. Hasta geldiğinde güvenlik çemberine alındı. Kan basıncı 124/75 mmHg, nabız 74 atım/dk, solunum sayısı 16/dk., oksijen saturasyonu %99 olarak ölçüldü. ABCDE rutin bakışında patoloji saptanmadı. Glasgow Koma Skala (GKS) skoru 15 olan hasta, koopere ve oryanteydi. İncelemede frontal kemik sol anterior bölgede 5cm’lik kesi ve deformite izlendi. Fizik muayenede servikal hassasiyeti olmayan hastada kafa travması dışında travma bulgusuna rastlanmadı. Hasta tetanoz profilaksisi ve antibiyoterapi sonrası vakit kaybetmeden kontrastsız bilgisayarlı beyin tomografisi (BT) çekimine götürüldü. Frontal kemik sol anteriorunda, frontal sinüs ve orbita duvarlarına uzanan deplase fraktürler izlendi. Beyin ve sinir cerrahisi ile konsülte edildi. Acil operasyona alınan hastaya dekompresyon ve duraplasti uygulandı. Yapılan cerrahinin ardından üç günlük yatış sonrası önerilerle ve kontrollere çağrılarak şifa ile taburcu edildi.

Fotoğraf-1: frontal kemikte deplase fraktür



Sonuç: Kafa travması ile gelen hastalarda kaza mekanizması ve enerjisi hakkında detaylı bilgi alınmaya çalışılmalıdır. GKS skoru 15 başvuran hastaların %17’sinde çekilen Beyin BT’lerde klinik olarak anlamlı beyin ve kafatası yaralanması saptanabilmektedir ve bu hastaların %1’i beyin cerrahisi tarafından operasyona alınabilmektedir.



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC

İlk bakıda nörolojik bulgu vermeyen yüksek enerjili kafa travmalarında erken görüntüleme ve konsültasyon ile acil cerrahi girişim ihtiyacı belirlenebilir.

Anahtar Kelimeler: kafa travması, fraktür, yüksek enerjili travmalar

EP-126

Kounis Sendromu

Talha Özsu¹, Eray Bütün¹, Serkan Doğan¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kounis sendromu (KS); alerji, hipersensitivite, anafilaksi veya anafilaktoid durumlar ile birlikte, hücreler arası iletişimi sağlayan makrofaj ve T lenfositler gibi enflamatuvar hücrelerin de katıldığı, mast hücreleri ve trombosit aktivasyonu sonucu oluşan koroner spazm, akut miyokard enfarktüsü ve stent trombozunu kapsayan akut koroner sendromun eş zamanlı olarak meydana gelmesi olarak tanımlanmaktadır. KS'nun insidansı %0,002–%3,4 olarak tahmin edilmektedir . ABD'de KS ilgili hastane sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada, KS'lu hastaların yüksek oranda hipertansiyon (HT),diyabetes mellitus (DM), periferik vasküler hastalıklar ve geçirilmiş miyokard enfarktüsü (MI) öyküsüne sahip oldukları, prevalansının %1,1 olduğu ve hastane ölümlerinin %7' sinden sorumlu olduğu raporlanmıştır.

Amaç: Kounis Sendromunun, sandığımızdan daha çok karşımıza geldiğini ve gözden kaçırmamamız gerektiğine dikkat çekmek istedik.

Bulgular: Acil servisimize 112 ekipleri tarafından getirilen, 52 yaş kadın hasta, geliş şikayetlerini baş dönmesi ve bulantı olarak tarifliyor.112 ekiplerini aramadan önce presenkop durumu yaşadığını anlatan hastanın, bilinen HT,DM, 4 sene önce MI ve buna bağlı olarak stent öyküleri bulunmakta.Düzenli olarak kullandığı ilaçları ise Eco-pirin,Diaformin ve Serequel.Hasta genital fronkül sebebiyle 1 aydır antibiyotik kullanırken, takipli olduğu genel cerrahi servisinde antibiyotiği değiştiriliyor ve Sefalosporin grubu antibiyotik kullanmaya başlıyor.

Sonuç: Hastanın gelişinde alınan vitalleri stabil. Ölçülen kan şekeri 314.İlk başlarda rutin ve biyokimya kan testleri istendi.Bayılma tarifleyen hastada kraniyal görüntülemeler yapıldı.Çekilen görüntülemeler sonrasında kraniyal bir patoloji saptanmadı. Hastanın anamnezi detaylandırıldığında ilaç kullanımından sonra kaşıntılarının da olduğunu söyledi. Kaşıntı ve inatçı kusmaları olan hasta anafilaksi olarak değerlendirildi ve adrenalin uygulaması yapıldı.. Hastaya adrenalin uygulamasından sonra tekrarlayan kontrol kanlarında Troponin değerleri sırasıyla : 7-12-19-287.7 ng/L olarak geldi.Hasta Kounis Sendromu olarak değerlendirildi

Anahtar Kelimeler: Kounis, Anafilaksi

EP-127

İş Kazası ve İş Yerinde Maruziyet İle İlişkili Asbestozis

Efe Demir BALA¹, Süreyya Tuba FETTAHOĞLU¹, Salih FETTAHOĞLU¹, Bilal YENİYURT¹, Duygu YAMAN¹, Vildan AVCU¹, Serkan DOĞAN¹

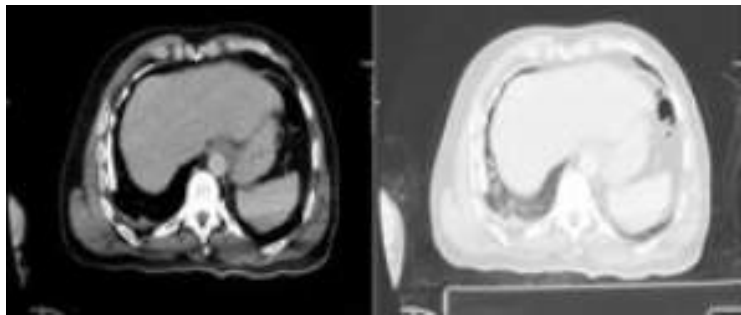
¹S.B.Ü Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Asbest, inşaat, otomotiv ve gemi sanayiinde, madencilikte kullanılan, doğal yollarla oluşan, magnezyum silikat fiberlerine verilen addır. Asbest, özellikle bu endüstrilerde çalışan ve uzun süreli asbest maruziyeti olan kişilerde, plevral plaklara, plevral efüzyona ,mezotelyomaya ve asbestozis olarak bilinen pnömokonyoza yol açabilir. Bu hastalar erken dönemde, efor dispnesi ile kliniklere başvururlar.

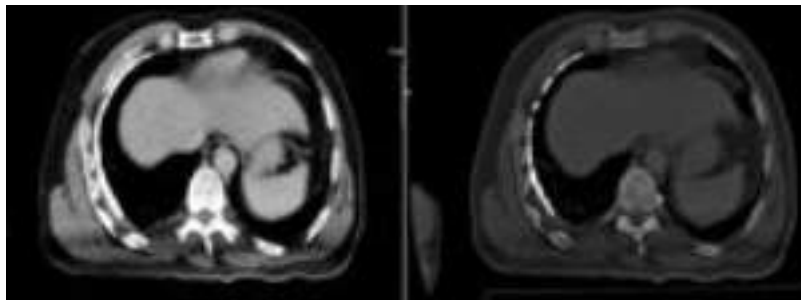
Amaç: Olguda bilinen asbest maruziyeti olan ve bu durumdan bağımsız travma ile başvuran hastada görülen plevropnömonik hastalığın özelliklerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: 56 yaş erkek , iş yerinde 3 metre yükseklikten sırt üstü düşme ile acil servise başvurdu. 1993 yılında tedavi aldığı Akciğer tüberkülozu dışında bilinen hastalığı ve geçirdiği operasyon öyküsü olmadığı öğrenildi.2 yıl paket sigara öyküsü mevcut idi. Hastamızın 1991 yılından beri inşaatlarda kalıp ustalığı yaptığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenede torakal vertebralarda hassasiyet dışında pozitif muayene bulgusu saptanmadı. Yapılan tetkiklerinde L2 vertebra spinöz proçeste fraktür ve sağ hemitoraksta plevrada asbest maruziyeti ile uyumlu kalınlaşma ile en geniş yerinde 1 cm ölçülen hemotoraks saptandı. Hastamızda kot fraktörü saptanmadı. Hasta Göğüs Cerrahi kliniği tarafından değerlendirilmiş olup hemotoraks açısından yeterli takip süresi tamamlandıktan sonra taburcu edilmiştir. Acil serviste asbest ilişkili plevral hastalık tanısı sporadik olarak alan hastamıza poliklinik takibi önerilmiştir.

Plevral kalınlaşma Hemotoraks



Plevral Kalınlaşma-2



Sonuç: Asbestozis 20-30 yıl kadar asemptomatik seyredebilen, progresif olarak ilerleyen, endüstriyel ve çevresel olarak asbeste maruz kalan kişileri etkileyen bir hastalıktır. Asbest ilişkili plevral hastalığı olan bireyler ilk bulgu

olarak eforla nefes darlığı ile bir sağlık kuruluşuna başvurur. Burada travma sonrası sporadik olarak rastladığımız asbestozise vurgu yaptık. Ayrıca başvuru şikayeti ne olursa olsun bir hastada plevral kalınlaşma dikkat çekiyorsa mesleğini, uğraştığı işi sorgulamanın önemini belirtmekteyiz. Olgumuzda asemptomatik dönemde iken tespit edilen plevral kalınlaşma; asbest maruziyetinin erken farkedilmesi ve azaltılması, sigara kullanımının bırakılması, gerekli ise oksijen desteği, Pnömonokok ve İnfluenza aşılarının yapılması gibi asbestozisin ilerlemesini yavaşlatmak veya durdurmak için gereken önemlerin alınması için uyarıcı bir işaret olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Asbestozis, İş kazası, Hemotoraks

EP-128

Pediatric vakada komplike dirsek kırığıFurkan kaleli¹, salih fettahoğlu¹, tuba fettahoğlu¹, eren sert¹, serkan doğan¹, utku murat kalafat¹¹istanbul kanuni sultan süleyman eah

Giriş: Distal humerus kırıkları nadir ancak tedavisi deneyim gerektiren yaralanmalardır. Bu kırıklar daha çok osteoporotik yaşlı nüfusta düşme sonucu oluşurlar. Kırık, fleksiyondaki dirsek üzerine düştüğünde humerusun direkt darbe almasıyla veya açık kol üzerine düşme sonucu gelişen aksiyel yüklenme ile oluşur. Genç erişkinlerde oluşma mekanizması ise daha çok ateşli silah yaralanması, trafik kazası gibi yüksek enerjili travmalardır. Üç boyutlu geometrisi, yetersiz subkondral ve spongiyöz kemik stoğu, dirsek eklemine yakın oluşu ve geçmişte bu bölge anatomisine uygun plak vida sistemlerinin olmayışı bu kırıkların tedavisini zorlaştıran nedenler olmuştur. Tedavi sonrası hastalara erken hareket ve gerekli rehabilitasyon uygulanmadığı takdirde hareket ve fonksiyonel kısıtlılık kaçınılmazdır. Humerus distal uç kırıkları sonuçları itibarıyla günümüzde hala komplikasyon oranının yüksek olabildiği kırık tiplerindendir. Dirsek çıkıkları ise çocuklarda en sık, erişkinlerde omuz çıkıklarından sonra en sık görülen çıkıklardır. Dirsek çıkıkları tüm dirsek yaralanmalarının yaklaşık %10–25'ini oluşturmaktadır. Genellikle açık el üzerine düşme sonucu meydana gelirler ki en klasik olanı aksiyel yüklenme, ön kola dış rotasyon ve valgus kuvvetinin etkimesidir (posterolateral çıkıklar). Bu vaka hem travmanın gerçekleştiği yaş grubu hem de komplike bir vaka olması sebebiyle önem arz etmekte...

PEDİATRİK VAKADA KOMPLİKE DİRSEK KIRIKLI ÇIKIĞI

Amaç: Bu vaka hem travmanın gerçekleştiği yaş grubu hem de komplike bir vaka olması sebebiyle önem arz etmekte... Sunacağım vaka pediatrik yaşta gerçekleşen komplike vakalara dikkat çekmek için hazırlanmıştır.

Bulgular: 2 yaş erkek hasta. Yataktan sağ kolunun üzerine düşme ; sonrasında sağ dirsekte şişlik gelişmesi sebebiyle ailesi tarafından tarafımıza getirildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ dirsekte deformite ve şişlik saptanmış olup distal nvd ajitasyon sebebiyle tam olarak değerlendirilemedi. Direkt grafiye yönlendirilen hastanın grafisinde humerus distal uç kırığı ve posterior radius-ulna çıkığı görülmüştür.

X-RAY

X-RAY



Sonuç: Dirsek bölgesinde yer alan travma, eklemin geniş yüzeyi barındırması, çevreleyen bağların fonksiyonu ve nörovasküler yapılara yakın komşuluğu nedeniyle önemlidir. Dirsek bölgesi travmalarının tanı ve tedavisi karmaşıktır, komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Erken dönemde nörolojik komplikasyonlar, damarsal yaralanmalar ve kompartman sendromu görülür. Geç dönemde görülenler ise hareket kaybı, travma sonrası artroz, myositis ossifikans ve heterotopik ossifikasyon, instabilite, radyoulnar sinositoz/instabilite, kubitüs rekurvatum, kaynamama, kemik iyileşmesinde bozukluklar/ malunion, enfeksiyon ve yara problemleridir

Anahtar Kelimeler: komplike kırık, pediatrik vaka, radius, ulna, humerus

EP-129

Sinüs Perikrani Olgusu

Elif Gizem Olcay¹, Buğra Balkan¹, Özge Mert¹, Salih Fettahoğlu¹, Süreyya Tuba Fettahoğlu¹, Eren Sert¹, Serkan Doğan¹

¹İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Giriş: Sinüs perikrani kafatasına ait nadir görülen, genellikle asemptomatik olan vasküler bir anomalidir. İntrakranial ve ekstrakranial venöz dolaşım arasında anormal bağlantının olduğu konjenital veya kazanılmış bir hastalıktır.

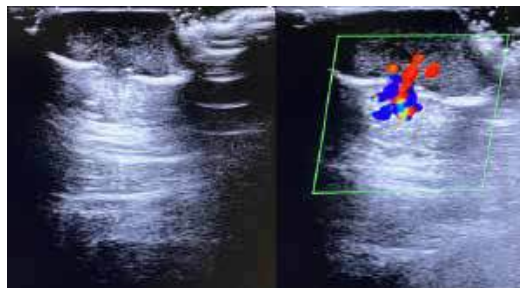
Amaç: Sinüs perikrani, genellikle fluktan, non-pulsatil, kolay komprese olabilen yuvarlak, yumuşak tümör benzeri lezyon olarak tanımlanır ve genellikle frontal bölgede orta hatta yer alır. Biz de nadir rastlanan sağ oksipital yerleşimli sinüs perikrani olgusunu incelemeye aldık.

Bulgular: 28 yaş kadın acil servise boğaz ağrısı, halsizlik ve kulak ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Sistemik muayenesinde hiperemik orofarenks ve hipertrofik tonsil dışında pozitif bulgusu yoktu. Sağ kulak arkasında yaklaşık 2x2 cm ciltten kabarık polipoid kitle ele geliyordu. Palpasyonla hassasiyet saptandı. Ön tanı olarak yumuşak doku enfeksiyonu veya kutanöz tümöral kitle olabileceği düşünüldü. İleri inceleme açısından yüzeysel doku ultrason görüntüleme istendi; sağ oksipital bölgede kemik korteksinden cilt altına uzanım gösteren, santralinde belirgin vaskülarizasyon gösteren 19x8 mm boyutunda hipoekoik görünüm 'sinüs perikranii?' olarak raporlandı. 34 haftalık gebe hasta için postpartum Kranial MR planlandı.

Lezyon



USG Bulguları



Sonuç: Sinüs Perikrani'de intrakraniyal venöz sistem ve ekstra kranial drenaj damarları arasında anormal bir iletişim vardır. Sinüs Perikrani klinik olarak genellikle frontal bölgede orta hatta veya orta hatta yakın yerleşimli nonpulsatil yumuşak doku kitleleri olarak ortaya çıkar ve superior sagital sinüs ile perikraniyal damarlar birbirine kemik defekti yoluyla bağlanır. Hastalar genellikle asemptomatiktir, nadir de olsa görülebilen semptomlar; baş ağrısı, vertigo, dolgunluk hissi veya lokal ağrıdır. Tedavi genellikle kozmetik nedenlerle yapılır. Bununla birlikte, kanama, enfeksiyon veya emboli gibi nadir görülen komplikasyonları önlemek için cerrahi düzeltme önerilir. Acil serviste tanı alması ve yerleşimi açısından atipik olması nedeniyle bu olgu dikkat çekicidir.

Anahtar Kelimeler: Sinüs Perikrani, kafatası lezyonu, USG

EP-130

Aort kökü absesi olgu sunumuHazal yağmur yalçın¹¹bakırköy doktor sadi konuk eğitim araştırma hastanesi

Giriş: Enfektif endokardit(EE), kalbin endokardiyal yüzünün enfeksiyonudur. Ülkemizde ise hastaneye yatış anında bile mortalite %30'lar civarında olup mortalite hızı gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir(1).60 yaş üstünde olmak, erkek cinsiyet, yapısal kalp hastalığı ,hemodiyaliz ve immün yetmezlik önemli risk faktörüdür(2).Aort kökü absesi,EE'nin nadir görülen neden ve sonuçlarından biridir.

Amaç: Bu olgu ile acil servislere yüksek ateş şikayeti ile başvuran hastalarda EE'nin atlanmaması gereken bir tanı ve tanıda TEE nin yeri, klinik şüphenin önemi, ateş etiyolojisinde multidisipliner bir yaklaşım içinde olunması gerektiğini literatür eşliğinde tartışarak; EE'nin nadir görülen bir nedeni olan aort kökü absesi olgusunun sunmayı amaçladık.

Bulgular: 57 yaş erkek hasta bir haftadır olan ateş ,bilinç bulanıklığı ve halsizlik şikayeti ile acil servisimize getirildi. Mesane kanseri nedeniyle tetkik edilen ve üç kere TUR operasyonu öyküsü olan hastanın özgeçmişinde başka bir şey yoktu.Fizik muayenede bilinç açık,kan basıncı 83/51 mm/hg,ateş 36,2 °C ,nabızı 140/dk ,oksijen saturasyonu oda havasında % 96 idi.Hasta oryante koopere,,konuşması dizartrik ,anemik görünümde ve nemliydi. Diğer sistem muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı.Hastada ateş odağı araştırmak amacıyla hemogram,biyokimya,troponin,tam idrar tetkiki,kan kültürü, idrar kültürü, prokalsitonin ve ferritin testleri yapıldı,Batın içi enfeksiyon,pnömoni dışlanmak için kontrastlı toraks- batın görüntülemeleri, santral patolojileri dışlamak için beyin bt ve difüzyon mr görüntülemeleri yapıldı.Ampirik antibiyoterapi,antipiretik tedavi başlandı. Laboratuvarında laktat 4 mmol/L ;troponin değerleri 427 ,334,351 ;üre 69 mg/dL;kreatin 2,36;CRP 245 mg/dL;hemoglobin 6,8 g/dL;platelet 42 hücre/mL;prokalsitonin 3 ng/mL,tit normal saptandı. Difüzyon MR da multipl enfarkt alanı gözlenen(Resim:1) ,toraks - batın bilgisayarlı tomografi(BT) (Resim 2)normal saptanan, ön planda EE düşünüldü. Klinik mikrobiyoloji ve enfeksiyon kliniğince acil servis izleminin 16. saatinde interne edilen hastanın, yatışının 3. gününde yapılan TEE (QR code : 1) ve EKO (QR code : 2 .) 'sunda aort kökünde 7mm vejetasyon tespit edildi. Kapak disfonksiyonu nedeniyle cerrahi endikasyonu bulunan hasta, kalp damar cerrahisi tarafından operasyona alındı.Takiplerinde kardiyak arrest gelişen hasta exitus kabul edildi.

tee ve eko qr codelar



qr code 1



qr code 2

qr code 1 tee qr code 2 eko videosunu açmaktadır.telefonunuza okutunuz

difüzyon mr ve bilgisayarlı tomografi



multiple enfart



normal bt

difüzyon mr da multiple enfarktlar ve normal bilgisayarlı tomografi görüntüsü

Sonuç: Acil servise nedeni bilinmeyen ateş şikayeti ile başvuran hastalarda transtorasik EKO ve BT normal olsa bile EE tanısının dışlanmayacağı hekimler tarafından akılda tutulmalıdır. Bu hasta grubunda erken TEE yapılması erken tanı ve tedavide önem arz etmektedir. Acil servislerde özellikle acil hekimleri tarafından uygulanabilmesi tanı ve tedaviyi hızlandıracak, hasta mortalitesini azaltacaktır. Kısa sürede tanı konması ; morbidite ve mortalitenin düşmesi sağlanacaktır

Anahtar Kelimeler: Abse, aort, ateş, enfarkt, enfektif endokardit

EP-131

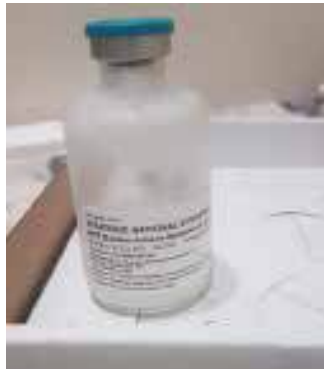
MİDE BOTOKS UYGULAMASI SONRASI GELİŞEN BOTULİZM TABLOSUSelen özdemir¹, nafize yılmaz uyanık¹, burcu genç yavuz¹, şahin çolak¹¹SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp İstanbul-Türkiye

Giriş: İyatrojenik botulizm; tedavi ve kozmetik amaçlarla yapılan botulinum toksini uygulamalarından sonra ortaya çıkan oldukça nadir bir nöroparalitik tablodur. Klinik bulgular; bulanık görme, nistagmus, diplopi, dizatri, disfoni, desandan motor sinir tutulumu, solunum kasları dahil periferik kasların etkilenmesi ve mekanik ventilasyon ihtiyacına kadar ilerleyebilir.

Amaç: Ülkemizde son yıllarda sıkça yapılan mide botoks uygulamaları, iyatrojenik botulizm olgularında artış yaratmıştır. Lisanssız, yüksek konsantrasyonlu preparatlarla yapılan uygulamalarda komplikasyon riskleri artmıştır.

Bulgular: 44 yaş kadın hasta , bilinen ek hastalığı yok, acil servise bir haftadır devam eden yorgunluk, özellikle sırt üstü yatınca başlayan nefes darlığı, bulanık görme, çift görme şikayeti ile başvurdu. Öyküsünden yaklaşık 10 gün önce bir özel merkezde mide botoks uygulaması yaptırdığı öğrenildi.. GKS 15, vital bulguları stabil olan hastanın muayenesinde nazone konuşma, bilateral horizontal uzağa bakışta belirginleşen diplopi ve dispne tespit edildi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde, beyin BT ve diff MR'da akut patoloji saptanmadı. Nöroloji ve enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istenen hastada klinik bulgular ve anamnezle beraber değerlendirildiğinde iatrojenik botulizm düşünüldü. UZEM'le irtibata geçildi, antitoksin uygulaması yapıldı ve hasta yoğun bakım ünitesine devredildi.

antitoksin



botox antitoksin

Sonuç: Botulizm tedavisi esas olarak destek tedavisi, antidot uygulaması ve yoğun bakım desteğinden oluşur. Antitoksin dolaşımdaki nörotoksinlere bağlanır, paralizisi geliştikten sonra etki etmez. Ayrıca azalmış mortalite ile ilişkili çalışmalar mevcuttur. Bu nedenle erken dönemde uygulamak önemlidir. Son yıllarda artış gösteren botoks uygulamaları, komplikasyonlarda da artışa neden olmaktadır ve acil servise benzer tablolarda başvuran hastalarda mutlaka aklımızda bulunması gereken ayırıcı tanılardan biri olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: botoks antitoksin

EP-132

MEME JEL DOLGU İŞLEMİNE SEKONDER İYATROJENİK PNÖMOTORAKS OLGUSU

Alperen Şahin¹, Batuhan Gümüşhan¹, İbrahim Altundağ², Merve Deniz Aydın¹, Ömer Seytepe¹, Sinem Doğruyol¹, Mustafa Ahmet Afacan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

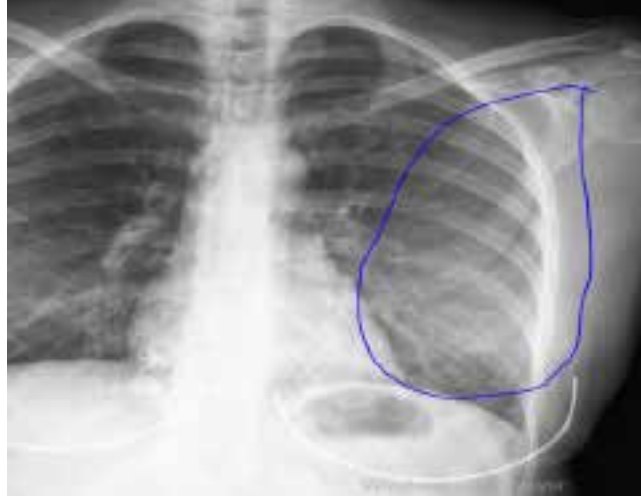
Giriş: Teşhis-tedavi protokolleri sırasında akciğer dokusu ya da plevranın minör laserasyonu nedeniyle plevral boşluğa hava girişi iyatrojenik pnömotoraks olarak adlandırılmaktadır (1,2). Torakal kaviteye yakın bölgede gerçekleştirilen herhangi minör ya da majör girişimsel işlem sonrası göğüs ağrısı ve nefes darlığı ortaya çıkan her vakada akla pnömotoraks gelmelidir. Günümüzde estetik medikal işlem sıklığındaki artış birçok komplikasyonu da beraberinde getirmektedir. Bu yazıda, meme jel dolgusu işlemine sekonder gelişen ve nadir görülen bir komplikasyon olan iyatrojenik pnömotoraks vakasını sunuyoruz.

Amaç: En basit medikal girişimsel işlemlerin bile pnömotoraks gibi mortal sonuçlar doğurabileceği, hastalardan titizlikle alınan anamnezlerin doğru sonuçlara acil hekimlerini ulaştıracağı akılda her daim tutulmalıdır.

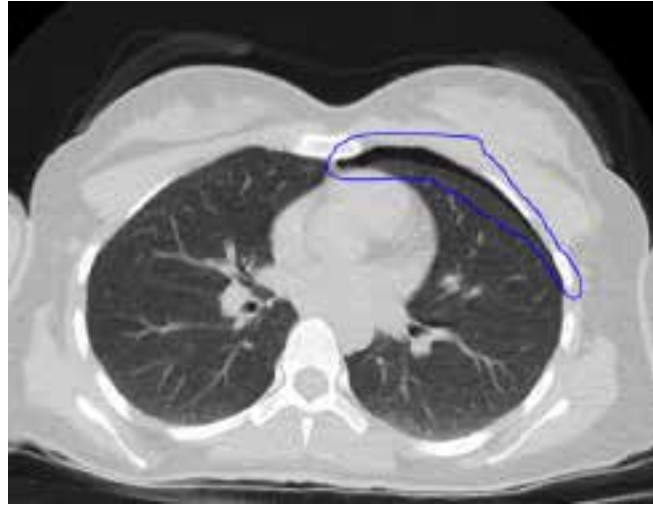
Bulgular: Bilinen hastalık ya da ilaç kullanımı olmayan 33 yaş kadın hasta acil servise sol göğüste lokal ağrı nedeniyle başvurdu. 2 gün önce sol memeye jel dolgu işlemi yaptırdıktan sonra dispne hissi, ara ara nefes alırken batma ve plöretik vasıflı ağrısı başlamış. Gelişinde vital parametreleri stabil, EKG’de özellik yok. Fizik muayenede sol hemitoraks’ta solunum seslerinde minimal azalma mevcut. Toraks BT’de sol hemitoraksta 9 mm kalınlığa ulaşan pnömotoraks ve çevre alanda post travmatik alveoler hemorajiye bağlı buzlu cam dansitesi tespit edildi. Destek oksijen tedavisi başlanan hasta göğüs cerrahi servisine interne edildi. Takiplerinde takipne ya da desatürasyon gelişmemesi üzerine günlük PAAC ile takibe alındı. Tüp torakostomi ihtiyacı olmayan hasta takibinin 5.gününde taburcu edildi.

Sonuç: Günümüzde özellikle metropollerde artan medikal estetik uygulamaları, pnömotoraks gibi bir takım iyatrojenik komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Acil servise başvuran hastalar her zaman efektif bir anamnez veremeyebilir. Bu gibi durumda klinisyenlerin plöretik vasıflı ağrılarla gelen her hastada mutlaka geçmiş dönemde toraks ve toraksa yakın lokasyonlu girişimsel işlemleri sorgulaması gerekmektedir. İyatrojenik yaralanmalar içerisinde sadece pnömotoraks değil; hemotoraks, pnömomediastinum, özefagial yaralanmalar, trakeobronşial yaralanmalar gibi sonuçları ağır olabilecek her klinik tablo değerlendirilmelidir. Her ne kadar torakal patolojiler, görüntüleme yöntemleri ile kolaylıkla tanı alsada tanıdan şüphelenilmeyen durumlarda kolayca gözden kaçabilmektedir.KAYNAKLAR:1. Berger R. Iatrogenous pneumothorax. Chest 1994; 105: 980-1. 2. Weissberg D, Refaely Y. Pneumothorax: experience with 1,199 patients. Chest. 2000; 117: 1279-85.

İyatrojenik Pnömotoraks PA Akciğer Grafisi ve Toraks BT Kesit Görüntüsü



İyatrojenik Pnömotoraks PA Akciğer Grafisi ve Toraks BT Kesit Görüntüsü



Anahtar Kelimeler: meme, dolgu, medikal estetik, pnömotoraks

EP-133

NON TOKSİK DOZDA ALINAN HALOPERİDOLE BAĞLI BUKKOLİNGUAL KRİZLİ AKUT DİSTONİ OLGUSU

Gamze Sühandan Seyhan¹, Alperen Şahin¹, Nafize Uyanık Yılmaz¹, Oğuzhan Güven¹, Selen Özdemir¹, Sinem Doğruyol¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği İstanbul

Giriş: Haloperidol uzun yıllardır kullanılan anti psikotik ajandır. İntoksikasyonlarında özellikle ekstrapiramidal ve antikolinerjik yan etkiler görülür. Her ne kadar terapötik doz aralığı geniş olsa da bazen o aralıkta bile ekstrapiramidal yan etkilerine rastlanır. Akut distonik reaksiyon özellikle yüz ve boyun kaslarında kontraksiyonlar, opistotonus, tortikolis, okulojirik kriz, dizatri ve trismus ile kendini gösterir. Ekstrapiramidal yan etkiler akut terapötik dozlarda en sık görülen yan etkidir. Dopamini vücutta baskılayan her ajan buna sebep olabilir. En sık tetikleyici olan ajanlar tipik anti psikotikler olan haloperidol, risperidon ve anti emetik olarak kullanılan metoklopramidir. Hızlı müdahale gerektirebilen solunum arresti gibi mortal sonuçları olabilmektedir. Bukkolingual kriz, okulojirik kriz, tortikolik kriz ve tortipelvik kriz gibi türleri vardır. Tedavide başta biperiden olmak üzere antikolinerjik ajanlar ve lüzüm halinde benzodiazepinler kullanılır.

Amaç: Haloperidol ve diğer tipik anti psikotiklerde zaman zaman doz bağımsız ekstra piramidal yan etkiler görülebilmektedir. Acil hekimleri özellikle akut distoni gibi sonuçları solunum arrestine varacak kadar major morbid ekstra piramidal yan etkileri tanımalı ve gereğinde yönetebilmelidir.

Bulgular: 33 yaşında erkek hasta acil servise rahat uyumak amacıyla yakınının ilacı olan haloperidol etken maddeli oral damla formundaki ilaçtan 110 damla kullanmış. Acil servise ajitasyon, ağız dil kaslarında istemsiz hareketli kasılma ve konuşmada zorlanma şikayetleri ile başvurdu. Gelişinde vital bulguları stabildi. GKS 15 olan hastada nörolojik bakıda geliş kliniği harici ekstra patoloji görülmedi. Kraniyal görüntülemelerinde patoloji yoktu, laboratuvar bulgularında da patolojik değer görülmedi. Hastada ön tanı olarak bukkolingual distonik yan etki düşünüldü ve ivedilikle intramusküler biperiden 5 mg ve akabinde 5 mg diazepam intravenöz uygulandı. Hastaya takip amaçlı yatış önerildi.

Sonuç: Akut distonik reaksiyonlar acil servislerde nadir görülen vakalardan olup zaman zaman sonuçları korkutucu olabilmektedir. Acil hekimlerine düşen görev; ekstrapiramidal yan etki potansiyeli olan ilaçların özellikle kliniklerde sık kullanılanlarını bilmek ve akut hareket bozukluğu ile başvuran hastalarda santral nedenlerle beraber ayırıcı tanıda bunların olabileceğini bilmektir. Haloperidol, akut ajitasyonda sık orderlanan ajanlardan olup acil servis uygulamalarından sonra hastaları akut distoni açısından sıkı takip etmek gerekir. Hızlı solunum kas tutulumu ihtimaline karşı hastaları yatağında, monitörize ve her an ileri havayolu müdahalesi gerekecek şekilde takip elzemdir.

Anahtar Kelimeler: haloperidol antipsikotik distoni ekstrapiramidal

EP-134

MİDE BOTOKSU SONRASI BOTULİNUM TOKSİKASYONU VE KLİNİK SEYRİ

Oğuzhan Daltekin¹, İbrahim Altundağ², Alperen Şahin¹, Nafize Yılmaz Uyanık¹, Gülbahar Bıçakçı¹, Burcu Genç Yavuz¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş: Medikal botoks uygulamaları günümüzde oldukça sık uygulanmakla beraber sıklığı arttıkça oluşabilecek komplikasyon sayısı da giderek artmaktadır. Bu uygulamaların başarısında klinik merkezinin deneyimi, hekim deneyimi ve kullanılan malzeme kalitesi gibi bir çok faktör oluşabilecek komplikasyon oranını doğrudan etkiler. Mide botoksu, hekimin endoskopik olarak hastanın midesinin belli bölgelerine botulinum toksinini enjekte etmesidir. Oldukça kısa süren ve bariyatrik cerrahi gibi komplike olmayan bu işlemler obezite ile mücadelede günümüz tıp dünyasında ön plana gelmiştir. Çoğunlukla sonuçları yüz güldürücü olsa da zaman zaman istenmeyen komplikasyonlar hem hekim hem hasta açısından can sıkıcı olmaktadır. Bunların en başında botulizm tablosu vardır. Toksine bağlı gözlerde akomodasyon felci, diplopi, ağız kuruluğu, şiddetli halsizlik, ishal, kusma, çeşitli artimiler ve en tehdit edici olanı solumum sinirlerini tutarak solunum arrestine kadar işin uzamasıdır.

Amaç: Günümüzde medikal botoks uygulamaları oldukça yaygındır. Özellikle denetimsiz deyim yerindeyse merdiven altı uygulamalar zaman zaman botulismus gibi ağır sonuçlarla acil hekimlerine başvurabilmektedir. Botulismus tablosunu acil hekimleri olarak iyi bilinmeli ve gerekli müdahaleler yapılabilmelidir.

Bulgular: 34 yaş erkek hasta acil servise 1 hafta kadar önce yaptırdığı mide botoks uygulamasıyla beraber başlayan görme koordinasyon bozukluğu, çift görme, yutma güçlüğü, halsizlik, yaygın kas güçsüzlüğü, kaslarda uyuşma ve son gün olan idrar kaçırma şikayeti ile başvurdu. Bilinen kronik hastalık öyküsü yok, ilaç kullanımı yok ve vital bulgular stabildi. Nörolojik muayenede bilateral belirgin ptosis ve minimal nistagmus görüldü. Bilateral kas kuvveti 4/5 seviyesindeydi. Laboratuvar tetkik sonuçları normaldi. Anamnez ve fizik muayenenin Botulizm ile uygun olması sonucu hasta nöroloji bölümüne konsülte edildi. Olası havayolu güvenlik kaybı ihtimali ve ileri tedavi aşaması amaçlı nöroloji servisine interne edildi.

Sonuç: Gerek mideye gerekse başka bölgelere uygulanan botulinum toksinler eğer deneyimli merkezlerde yapılmaz veya kullanılan malzemelerde problemler olursa Botulizm gibi oldukça korkutucu klinik sonuçlarla acil servis hekimlerinin karşısına çıkar. Acil hekimleri olarak atipik prezentasyonlarla gelen hastalarda anamnezi derinleştirilmeli ve bu vakada gördüğümüz gibi tek başına doğru anamnez ile zor tanılara ulaşabiliriz. Botulizm vakalarında unutulmaması gereken en önemli hadise solunum kas tutulumuna bağlı gelişebilecek solunum arrestidir. Hava yolu güvenliğinin sağlanması acil hekiminin temel görevi olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: botulizm mide endoskopi akomodasyon

EP-135

HİPOTERMİDE RESUSİTASYON; BİZ 'BİTTİ' DEMEDEN BİTMEZ!

Alperen Şahin¹, Serkan Kaygusuz¹, Oğuzhan Daltekin¹, Ömer Seytepe¹, Ayşın Çatıkkaş¹, İbrahim Altundağ², Si-nem Doğruyol¹, Burcu Genç Yavuz¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş: Hipotermi, gözardı edildiğinde hastayı hızlı bir şekilde ölümcül tabloya sürükleyen bir çevresel acildir. Hafif hipotermide ılımlı bir klinik seyir mevcutken, hipotermi derinleştikçe klinik tablo daha da mortal bir hal alır. Kardiyak aritmiler ve bilinç bozukluğu arrest durumuna kadar ilerler.

Amaç: Biz bu olgu sunumumuzda acil servisimizde transkütanöz pacemaker kullandığımız bir hipotermiye bağlı dirençli ventriküler fibrilasyon (VF) olgusunu anlatmayı hedefledik.

Bulgular: 35 yaşında, evsiz olduğu beyan edilen erkek hasta ambulans ekibi ile kardiyopulmoner resusitasyon (KPR) yapılarak acil servisimize getirildi. Gelişte non-invaziv ölçülen vücut sıcaklığı 34°C idi. Hastaya KPR'yle birlikte eş zamanlı olarak hem internal (ısıtılmış serum fizyolojik ile) hem de eksternal (sıcak hava cihazı ile) ısıtma uygulandı. KPR esnasında hastada VF gelişti ve hasta ısıtılmaya devam edildi. Başarılı KPR sonucu yanıt alınan hastanın elektrokardiyografisinde (EKG) kalp tepe atımı 32 olup tipik Osbourne dalgaları görüldü (Şekil 1). İzlemde medikal tedaviye yanıt alınamayan bradikardi ve eşlik eden hipotansiyon mevcut olup, transkütanöz pacemaker uygulandı. Böylelikle vital olarak stabil duruma gelen hasta, post-resüsitatif bakım amacıyla yoğun bakım ünitesine interne edildi. Hastanın takiplerinde eşlik eden aspirasyon pnömonisi ve multipl organ disfonksiyonu olduğu görüldü. Hasta 4. gün eksitus oldu.

Sonuç: Hipotermik hastaların resusitasyonu pek çok farklı tedaviyi içinde barındıran çok yönlü bir klinik süreçtir. Bu hastalarda kardiyak aritmiler sıklıkla mevcut olup, EKG'de görülen V3-V4'de çentiklenmeli J dalgası yani Osbourne dalgası hipotermiye spesifik bir bulgudur. Hipotermiye bağlı VF geliştiğinde defibrilasyon süreci vücut ısısının takibiyle sağlanır ancak ülkemizde pek çok acil serviste core ısı ölçen ekipman mevcut değildir. Bu nedenle süreç genellikle hastanın klinik durumu takip edilerek yönetilir. Biz bu vakamızda KPR süresince sağladığımız efektif ısıtmaya rağmen devam eden vital anstabilitenin tedavisinde transkütanöz pacemaker uygulayarak başarılı sonuç elde ettik.

Olgumuzun Resüsitasyon Sonrası Osbourne Dalgalı EKG'si



Anahtar Kelimeler: hipotermi osbourne defibrilasyon pacemaker

EP-136

ATİPİK PULMONER EMBOLİ PREZENTASYONU: SENKOP

Alperen Şahin¹, Selen Özdemir¹, İbrahim Altundağ², Ayşın Çatıkkaş¹, Mustafa Oğuz Alp Çelik¹, Kaan Yusufoglu¹, Şahin Çolak¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş: Pulmoner emboli, yol açtığı farklı semptomlar nedeniyle çok sayıda hastalığın ayırıcı tanısında yer alan önemli bir patolojidir. Hastalar acil servise sıklıkla nefes darlığı, çarpıntı ve göğüs ağrısı gibi semptomlarla başvurmaktadır. Senkop ise pulmoner emboli vakalarının yaklaşık %10'unda görülmektedir. Bu durum, acil servise başvuran ve senkop anamnezi olan tüm hastaların ayırıcı tanısında pulmoner embolinin akla getirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Amaç: Pulmoner emboli acil hekimlerini her zaman korkutan sinsi nadir klinik tablolardandır. Acil hekimlerinin pulmoner emboli algoritmalarını güncel halleriyle bilmeleri gerekmektedir. Senkop gibi daha nadir görülen prezentasyonlarla da kliniklerde karşılaşılabilen bu olgumuzdaki temel amaçtır.

Bulgular: Demir eksikliği anemisi harici bilinen hastalık öyküsü olmayan 73 yaş kadın hasta acil servise halsizlik ve senkop nedeniyle başvurdu. Birkaç gündür halsizliği olan hastada bu sabah geçici bilinç kaybı görülmesi üzerine ambulans ile acil servise getirilmiş. Gelişinde vital parametreleri stabildi. EKG'de iskemi ya da aritmi saptanmadı. Fizik muayenede sağ bacakta ödem ve şişlik harici patoloji yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin:7.5g/dl, hematokrit:22% ve indirekt bilirubin 0.9mg/dL saptandı. Kan gazında pH:7,41, SpO2:91%, pCO2:24.7mmHg, pO2:59mmHg, HCO3:15.9mEq/L ve laktat:1.23mmol/L saptandı. Hipokarbi, senkop öyküsü ve tek taraflı PTÖ nedeniyle pulmoner emboli düşünülen hastada sağ alt ekstremitte venöz doppler'de sağ femoral ve popliteal vende akut derin ven trombozu saptandı. Doppler pozitifliği saptanan hastada pulmoner arter BT anjio'da sağ ana pulmoner arter distalinde emboli saptandı. Hemodinamisi stabil olan hastaya enoxaparin tedavisi başlandı ve hasta takip-tedavi amacıyla yoğun bakım ünitesine nakledildi.

Sonuç: Vakamız pulmoner embolinin atipik prezentasyonlarından senkop kliniği ile başvuran hastayı sunması yönüyle ilgi çekicidir. Klinisyenleri kaotik ortamlarda ciddi patolojilere yöneltecek en önemli manevralar iyi bir anamnez ve fizik muayenedir. Nitekim olgumuzda tek taraflı alt ekstremitte çap farkı, kan gazı analizi ve radyolojik değerlendirme pulmoner emboli tanısının konulmasını sağlayan anahtar özellikler olmuştur. KAYNAKLAR:1. Kelley MA, Carson JL, Palevsky HI, Schwartz JS. Diagnosing pulmonary embolism: New facts and strategies. Ann Intern Med 1991;114:300-306. 2.Thames MD, Alpert JS, Dalen JE. Syncope in patients with pulmonary embolism. JAMA 1977;238:2509-2511. 3.Calvo- Romero JM, Perez- Miranda M, Bureo- Dacal P. Syncope in acute pulmonary embolism. Eur J Emerg Med 2004;11:208-209

ŞEKİL 1: SAĞ ANA PULMONER ARTERDE EMBOLİ FORMASYONU

Anahtar Kelimeler: pulmoner emboli senkop

EP-137

GENÇ BİR HASTADA CROHN' A BAĞLI BATIN İÇİ APSE VE SEKONDER GELİŞEN İNCE BARSAK OBSTRÜKSİYONU

Mehmet Bilgin¹, Alperen Şahin¹, Ramis Gökçe¹, Oğuzhan Daltekin¹, İbrahim Altundağ², Kaan Yusufoglu¹, Mustafa Ahmet Afacan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş: Etiyolojik olarak ele aldığımızda içi boş organ perforasyonları, apandisit, komplike divertikülit, pankreatit, kolanjit, crohn hastalığı, ülseratif kolit, batın cerrahisi post op komplikasyonlar ve batın / pelvik yaralanmalar intraabdominal abseye yol açabilir. Tanıya giderken olası perforasyon ve obstrüksiyon değerlendirmede direk grafi, apsenin boyut ve lokalizasyonunu tespit etmek için de USG ve bilgisayarlı tomografi önemlidir. Parakolik apselerin en sık nedeni inflamatuvar barsak hastalıkları iken, sağ alt kadranda apselerinde akut appendisit ile perforasyon ön plandadır.

Amaç: İnflamatuvar barsak hastalıkları günümüzde giderek tanı sıklığı artan gastrointestinal patolojilerdendir. Hastalar ataklarla acil servislere sık sık başvurmaktadır. Bu ataklar esnasında zaman zaman perforasyon, akut apandisit, obstrüksiyon gibi akut batın tabloları görülebilmektedir. Amacımız acil hekimleri olarak inflamatuvar barsak hastalığı tanısıyla atak halinde acil servislere başvuran hastalardaki bu akut mortal patolojileri doğru tanı algoritmalarıyla komplikasyonsuz yönetebilmeyi vurgulamaktır.

Bulgular: 22 yaşında kadın hasta acil servise 2 – 3 aydır olan son günlerde artan karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı ve kusma şikayetiyle başvurdu. Bilinen kronik hastalık ve ilaç kullanımı yok, vital değerler stabil. Muayenesinde periumblikal hassasiyeti olan hastanın batında defans ve rebound yok. Yapılan tetkiklerde beyaz küre sayısı 17 bin, sola kayma + ve Crp 116 mg/l harici patolojik değer görülmedi. Ayakta direk batın grafisinde periumblikal alanda hava sıvı seviyeleri görüldü. İleri tetkik amaçlı yapılan kontrastlı bilgisayarlı tomografide ince barsak anslarında hava sıvı seviyesi, terminal ileumda mezenter köküne uzanan diffüz kalınlaşma ve sağ pelvik alanda 5 cm boyutlu apse görüldü. Hasta crohn hastalığı ve buna bağlı obstrüksiyon ve apse ön tanısıyla genel cerrahiye interne edildi.

Sonuç: Batın içi apse ve ileus gibi daha çok ileri yaş cerrahi patolojilerin zaman zaman genç kadınlarda da görülebileceği unutulmamalıdır. Hastalık yok hasta var doktrini acil hekimini her daim doğru yönlendirir. Bu vaka-mızdaki ileus ve apse birlikteliği, nadir de olsa göreceğimiz irritabl barsak hastalığı komplikasyonudur. Dolayısı ile crohn ya da ülseratif kolit tanılı akut karın ağrısıyla başvuran olgularda bu komplikasyonlar unutulmamalıdır.

ŞEKİL 1 : Vakamıza ait ayakta direk batın grafisinde hava sıvı seviyelenmesi



ŞEKİL 2 : Aynı hastaya ait kontrastlı batin bt görüntü kesiti



Anahtar Kelimeler: crohn ileus apse obstrüksiyon cerrahi

EP-138

Patlayıcılar Oyuncak Değildir: Vitrektomiye Giden Çocuk HastaVedat Yıldırım¹, Burcu Bayramoğlu¹, İsmail Tayfur¹¹Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

Giriş: Göz travmaları temelde künt ve penetran travmalar olarak ayrılmakta ve travma mekanizmasına bağlı olarak basit göz kapak ekimozu ve abrazyonlarından glob rüptürü ile retina dekolmanı gibi ciddi patolojilere kadar geniş hasarlara sebep olabilmektedir. Özellikle penetran travmalarda gözle görünen ya da görülemeyecek derecede küçük yabancı cisim invazyonları muhtemeldir. Çoğu zaman hasta şikayetleri gözde batma ve yanma şeklinde basit olduğundan hekim açısından ciddi patolojilerin maskelenmesi söz konusudur bu nedenle ayrıntılı muayene yanında görüntüleme gerekliliği olabilir.

Amaç: Bu olgu sunumunda Acil servise penetran göz travmasıyla başvuran hastaların değerlendirilmesinde BT kullanımının önemini vurgulamayı amaçladık

Bulgular: Bilinen hastalık öyküsü olmayan on iki yaşında çocuk hasta oynadığı oyuncak torpilin patlaması sonrası sağ gözde ağrı, batma ,görmede bulanıklık şikayetleri ile acil servise getirildi. İlk muayenesinde sağ gözde lokalize şikayetleri dışında genel durumu iyi izlenen ve ek sistemik muayeneleri doğal olan hastanın acil servis göz muayenesinde sağ göz üst kapakta abrazyonlar ile kemotik ve hiperemik konjonktiva dikkati çekmekteydi. Işık hissiyatı azalmış olan hastanın ön kamarasında yarıdan fazla seviye veren hifema izlenmesi üzere beyin ve orbita tomografisi çekildi. Görüntülemeye, sağ globta 10 mm çapında metalik parlama yapan yabancı cisim ile kan ve hava dansiteleri saptanan hastanın acil göz konsultasyonu yapıldı. Göz hekimince yapılan ayrıntılı muayenesinde limbusta saat 11 yönünden saat 2 yönüne uzanım gösteren skleral rüptür saptandı ve hifema seviyesi ¾ olarak belirlendi. Vitre içi hemoraji ve retina dekolmanı izlenen hastanın vitrektomi amaçlı üst merkeze sevk gerçekleştirildi.

Resim-1: orbitada yabancı cisim ve hava dansiteleri



Resim-2: orbitada yabancı cisim ve hava dansiteleri



Sonuç: Özellikle çocuk yaş grubunda yaralanmalara sebep olan ve halk arasında torpil, maytap, kız kaçıran olarak bilinen basit oyuncak patlayıcıların sanıldığı kadar masum olmadığını göstermesi nedeniyle acil hekimlerinin dikkatini çekmek amaçlı ile de sunulan vaka ne yazık ki bir çocuğun ciddi göz morbiditesi ile sonuçlanmıştır. Acil serviste göz travmalarına yaklaşımda; acil servis hekimi hasta şikayetlerinden bağımsız olarak travma mekanizmasını aydınlatmalı ve ilk muayenesi sonrası boyut fark etmeksizin derin penetran yabancı şüphesi ya da tespiti ile göz içi basıncını ani arttıran künt travma bulgusu gibi durumlarda, acil servis muayenelerinin gizli glob rüptürü, vitreus içi kanama, retina dekolmanı vb. ciddi patolojilerin tespitinde çoğu zaman yetersiz kalacağını göz önünde bulundurarak acil göz hekimi konsultasyonu eşliğini düşürmelidir.

Anahtar Kelimeler: göz travmaları, hifema, sklera rüptürü

EP-139

Intraket çıkartılması sonrasında cilt laserasyonuna sebep olan dev hematoma

Oğuzhan Güven¹, Cenk Erpala¹, Burcu Genç Yavuz¹, Sinem Doğruyol¹, Kaan yusufoğlu¹, Şahin Çolak¹

¹S.B.Ü. Haydarpaşa Numune E.A.H. Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş: Asetil salisilik asit(ASA) genellikle koroner arter hastalarında antiagregan grubundan medikal tedavi olarak tercih edilir. İlanılır. Kardiyovasküler hastalıklarda antiagregan (koruyucu) olarak günlük verilen 81-mg ile 325-mg dozlar skalası arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (1). Fakat Yüksek dozlarda yarar artışı olmaksızın kanama riskini arttırmaktadır. Bu olgu sunumunda intraket çıkarıldıktan sonra bölgeye lokal bası yapmanın hemostaz için önemini vurgulamayı amaçladık.

Amaç: -

Bulgular: 80 yaşında kadın hasta, 3 gün önce Akut koroner sendrom tanısı ile yattığı kardiyoloji servisinde medikal tedavi kararı ile asetil salisilik asit ile taburcu olmuş. Hastanın taburculuk sırasında sol el bileği dorsumundaki intraket çıkartılması sonrasında o bölgede olan lokal şişlik ve sızıntı şeklinde kanama (görsel-1) şikayeti ile acil servise geliyor. Anamnezinde herhangi bir kanama diaztezi bulunmadığını, herhangi bir kalıtsal kanama bozukluğu tanısı olmadığını beyan ediyor. Hastanın yapılan kan tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmıyor. El bileği yüzeysel ve üst extremitte doppler ultrason görüntülemeleri aktif kanaması olduğundan efektif olarak yapılamıyor. El bileği grafisinde belirtilen bölgede 120x40 mmlik hiperdens lezyon (görsel-2) saptanıyor. Hasta baskılı pansumanı yapıp, hemostaz sağlanınca, hematoma boşaltılması için kalp damar cerrahisi servisine interne ediliyor. Hastanın hematoma boşaltıldıktan sonra taburcu ediliyor.

hematomun xray görüntüsü



Hastanı Başvuru şikayeti



Sonuç: Hastalarımızı ne kadar emin olarak taburcu etsek de hiçbir sıkıntı gelmeyeceğinin malesef garantisi bulunmamaktadır. Bu hastamızda olduğu gibi belki de bir çoğumuzun aklına gelmeyecek bir komplikasyon gelişebilir. Özellikle intravenöz tedavi alan ve antiagregan kullanımı mevcut olan hastalarımızı taburcu ederken intraket çıkarılmasından sonra kanama kontrolü mutlaka yapılmalı, hastanın uygun bası sağlayamacağı düşünülürse hasta hemostazdan emin olana kadar birkaç dakika daha gözlem altında bası yapılması izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: İntraket, hematoma, Asetil salisilik asit

EP-140

Buzda Kayıp Düşme, Üroloji Polikliniğine Randevu Aldırtır Mı?

Oğuzhan Güven¹, Mustafa Oğuz Alp Çelik¹, Ayşın Çatıkkaş¹, Kaan Yusufoglu¹, Sinem Doğruyol¹, Burcu Genç Yavuz¹, Şahin Çolak¹

¹S.B.Ü. Haydarpaşa Numune E.A.H. Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş: Acil serviste pek çok hastalığa nadir durumlara insidental olarak rastlayabiliriz. Acil servis hekimi olarak bu nadir durumların hangilerinin acil müdahale ya da operasyon gerektirdiğini, hangilerinin medikal açıdan takip altına alınması gerektiğini, hangilerinin herhangi bir risk taşımadığını bilmemiz gerektiğini ve hastaları bu konuda gerekli uyarıları yapmamız gerekmektedir. Pelvikalisijel ektaziler gradelemesine bağlı olarak genellikle takip edilmesi gereken nadir durumlardandır. Fakat dikkat edilmesi gereken durum; böbreğin kendi fonksiyonlarını devam ettirip ettirmediğinden ve hastayı akut/kronik renal yetmezlik tablosuna sokmadığından emin olmak gerekir. Bu olgumuzda da insidental olarak saptanan pelvikalisijel ektazilerin öneminden bahsetmek istedik.

Amaç: -

Bulgular: 29 yaşında bilinen kronik hastalığı olmayan erkek hasta, karlı havada yolda yürürken kayıp sırt ve kalçası üstüne düşmesi üzerine acil servise geliyor. hastanın geliş vitalleri stabil olup, yapılan muayenesinde lomber spinal bölgede sol tarafta hassasiyeti olduğu saptanıyor. Hastanın yapılan bilgisayarlı tomografi görüntülerinde spinal alanda bir patoloji saptanmıyor ancak kesitler arasına giren sağ böbrekte Grade 4 pelvikalisijel ektazi saptanıyor, renal pelvis ve üreter dilate görünüyor. Ek Ultrason görüntülemelerinde ise sağ böbrek boyutlarının diffüz arttığı, renal pelvis aksiyel boyutlarının 140x100 mm kadar arttığı raporlanıyor. İdrar çıkışı olağan, akut renal yetmezlik tablosunda olmayan hasta gerekli ek tetkiklerin yapılması adına üroloji servisine yönlendiriliyor. Daha sonradan yapılan böbrek sintigrafisinde mevcut böbrek fonksiyonlarına sol böbreğin katkısı %91 iken sağ böbreğin katkısı %9 olarak saptanıyor.

aksiyel kesit



koronal kesit



Sonuç: Acil servis travma bölümünde tetkik ve tedavi ettiğimiz bu hasta renal hastalığından haberi olmadan yaşamını devam ettirebiliyordu. Bizim sayemizde artık dikkat etmesi gereken durumlardan haber ve işlevini neredeyse yitirmiş olan böbreğini korumak için yapması ve yapmaması gerektiği durumların artık farkına varmış oldu. Olgumuzda insidental saptanan bu durum, kronik süreçte bir hayatı tehdit edici bir tablo oluşturmuyor olsa da akut bir travma ile korteks yaralanmasına bağlı üçüncü boşluklara sıvı kaybı ile ya da renal fonksiyonun tamamen bitmesi ile hastayı akut renal yetmezlik tablosuna sokarak hastanın yaşamına son verebilir. Bunun gibi durumlarda hastalara doğru yönlendirmeleri yapmamız gerektiğinin ve medikal açıdan hastanın takipsiz kalmalarının önemi vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pelvikalisiyel ektazi, Kayıp Düşme, insidental

EP-141

Su İtici Spreydeki Potansiyel Tehlike!

Oğuzhan Güven¹, Sinem Doğruyol¹, Kaan Yusufoglu¹, Mustafa Ahmet Afacan¹, Şahin Çolak¹, Burcu Genç Yavuz¹

¹S.B.Ü. Haydarpaşa Numune E.A.H. Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş: Nano-kaplamalar, kaplanan malzemelerin ve yüzeylerin su iticilik, hava geçirgenliği, darbelere dayanıklılık gibi özelliklere sahip olmasını sağlayan kimyasal bileşiklerdir. Kullandığımız eşyaların dışarıdan gelecek zararlarla karşı güvenliğini sağlayıp ömrünü uzatan bu nano-bileşiklerin insanlar için tam tersi etkilere sebep olabildiği görülmüştür. Özellikle sprej şeklinde uygulanan su itici sprejin solunması, ciddi akciğer hasarına (alveolit, pnömonit) neden olabilmektedir. Bizim burada sunmayı hedeflediğimiz olgumuz, su itici sprejin neden olduğu tek seferde ve akut gelişen bir akut respiratuar distres sendromu (ARDS) olgusudur.

Su İtici Sprej

Bulgular: 55 yaşında erkek hasta akut başlangıçlı solunum sıkıntısı ve öksürük nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hasta bir saat öncesinde çalıştığı iş yerinde kullandıkları bir spreji maskesiz uygulama sırasında soluduğunu ve sonrasında şikayetlerinin başladığını ifade etti. Başvuru anında saturasyon değeri %90 olup, eşlik eden taşikardisi (130/dk) mevcuttu. Fizik muayenede her iki akciğerde yaygın raller duyuldu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Oda havasınd kan gazında ph:7,35, pCO2: 29, pO2: 73, sPO2: %90. Has-tanın toraks bilgisayarlı tomografisinde ARDS ile uyumlu yaygın buzlu cam görünümü izlendi. Oksijen ve destek tedavisi başlanan hasta ARDS ön tanısı ile yoğun bakım ünitesine devredildi. İzleminin 7. gününde hipoksisi düzelen hasta yoğun bakımdan taburcu oldu. 15. gün Akciğer röntgeninde herhangi bir patoloji saptanmadığı görüldü.

toraks BT

Sonuç: Su itici spreyleyler uzun yıllardır üretim sektöründe kullanılmaktadır. Bu ürünlerin partikül boyutu küçüldükçe, alveolar düzeyde ulaştıkları düzeye bağılı olarak daha ağır akciğer hasarına neden oldukları düşünölmektedir. Literatürde bir seferlik maruziyete bağılı alveolit benzeri tablolar görölmüş olsa da, bizim olgumuz kadar ağır bir ARDS kliniğı ile başvuru nadirdir. Bu durumun nedeninin ürünün moleküler düzeydeki yapısı ve kapalı alanda, maske kullanmadan uygulanması ile ilişkili olabileceğı düşöncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Su İtici Sprey, inhalasyon, Ards

EP-142

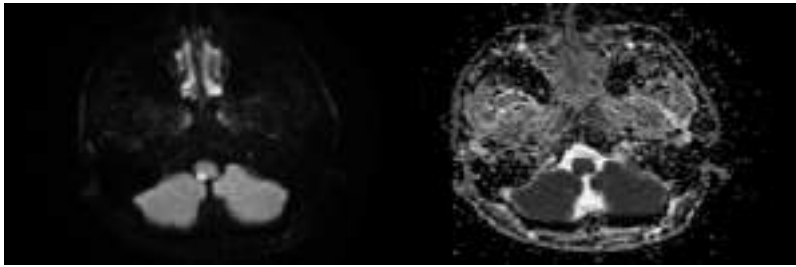
İnme Şüpheli Hastada Klinik Takibin ÖnemiEnes Malik Birlik¹, Burcu Bayramoğlu¹, İsmail Tayfur¹¹Acil Tıp Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Amerika Birleşik Devletlerinde yılda 795.000 kişi inme geçirmektedir. Her 40 saniyede bir inme ve her 4 dakikada bir inmeye bağlı ölüm. Görülmektedir. Bunların %77'si ilk kez inme geçirmektedirken %23'ü tekrarlayan inme vakalarıdır. İnme genel olarak beyne giden kan akımının kesintiye uğraması sonucu oluşan bir hastalıktır. Acil serviste inme tanısı odaklanmış, doğru anamnez ve fizik muayene temeline dayanır. İnmede klinik prezentasyon belirgin (yüzde kayma, kolda düşme, anormal konuşma) bir şekilde ortaya çıkabileceği gibi hafif (güçsüzlük, baş dönmesi, duyuşal değişiklikler) de görülebilir.

Amaç: Bu olgu sunumunda, tekrarlayan fizik muayenelerin hasta takibinde ne kadar önemli olabildiğini vurgulamayı amaçladık.

Bulgular: Bilinen kronik hastalığı olmayan 39 yaş erkek hasta sağ kol ve bacakta başlayan uyuşukluk ve güçsüzlük şikayetleri ile acil servise başvurdu. Bu şikayetlerine ek olarak hastanın 2 haftadır olan baş ağrısı şikayeti de mevcut. Vitalleri stabil. Yapılan fizik muayenede sağ üst ve alt ekstremitelerde kas gücü 4/5 olarak değerlendirildi, bunun üzerine hastanın tetkikleri planlandı. Çekilen kraniyal BT ve difüzyon MR'ında akut patoloji saptanmadı. Hasta acil serviste yakın takibe alındı. Yapılan kontrol muayenelerinde kas gücünün azalmaya devam ettiği ve rotatuar nistagmus geliştiği gözlemlendi. 6. saat kontrol difüzyon MR'ında medulla oblongata sağ yarımında difüzyon kısıtlılığı gösteren alan dikkat çekti. Bunun üzerine hasta nöroloji servisine tedavi amaçlı yatırıldı.

Resim-1: bulbusta difüzyon kısıtlılığı



Sonuç: Gün geçtikçe çeşitli hastalıklara yönelik tanı metotları gelişmekte ve her alanda tanıya yönelik elimizi güçlendirmekle birlikte, her hekimin tanıya giderken en kıymetli aracı aslında detaylı bir anamnez ve yerinde ve doğru şekilde yapılmış bir fizik muayenedir. Bunun yanında hastanın klinik takiplerinde fizik muayenesinin yenilenmesi vakamızda da gördüğümüz üzere hastanın genel durumu ve klinik gidişatı açısından belki de en değerli yol gösterici yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: inme, nistagmus, bulbus

EP-143

Gözden Kaçırma: Derin Ven TrombozuAyşe Nur Filiz¹, Gültekin Akyol¹, İsmail Tayfur¹, Burcu Bayramoğlu¹¹Acil Tıp Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Derin ven trombozu (DVT), derin venöz sistemde bir veya daha fazla venin trombozla tıkanmasıyla ortaya çıkan bir patolojidir. DVT, ağrı, şişlik, hassasiyet ve kızarıklık gibi semptomlarla kendini gösterir ve tedavi edilmezse ciddi mortalite ve morbiditeye yol açabilir. Bu durum genellikle ileo-femoral bölgede meydana gelir ve edinsel nedenler (örneğin, travma, cerrahi veya malignite) yanı sıra spontan olarak da gelişebilir.

Amaç: Bu vaka sunumunda alt ekstremitedeki minör yaralanmaların DVT'ye neden olabileceğini vurgulamayı amaçladık..

Bulgular: 45 yaşında bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta, arabaya binerken sol ayak bileğinde burkulma şikayeti ile acil servis travma alanına başvurdu. Sol ayak bileğinde ağrı tarifleyen hastaya yapılan fizik muayenede inspeksiyonla hastanın sol diz altından ayak bileğine kadar ödem ve ekimoz saptandı. Homan's pozitif saptanan hastaya DVT ön tanısı ile sol bacak venöz doppler USG çekildi. USG'de sol yüzeysel femoral ven, popliteal ven ve kural venlerde çap artışının eşlik ettiği lümeni tamamen dolduran trombüs materyali saptandı. Prob basısına yanıt alınamadı ve RDUS ile vaskülarizasyon izlenmedi. Bunun yanı sıra çekilen direkt grafilerde fraktür saptanmadı. Fizik muayenenin doppler USG ile korelasyonu sonucu DVT saptanan hasta, kalp damar cerrahisi servisine interne edildi.

Fotoğraf-1: Alt ekstremitede ödem ve ekimoz



Sonuç: Ayak bileği burkulmasıyla başvuran hastalarda burkulma mekanizması detaylı sorgulanmalıdır. Bu hastalarda sistemik muayene atlanmamalıdır. Bacaktaki küçük yaralanmalar, daha büyük venöz tromboz riski ile ilişkilendirilmektedir. Küçük yaralanmalar toplumda yaygın olarak görüldüğü için, venöz tromboz oluşumunda bir risk faktörü olabilir. Burkulma vakaları sıklıkla acil servise başvurmaktadır. Bu sebeple acil hekimleri, tromboz geliştirme riski yüksek olan hastaları belirleme ve ardından profilaktik önlemler alma konusunda önemli bir görevi sahiptir.

Anahtar Kelimeler: derin ven trombozu, kalp damar cerrahi, ayak burkulması, ekimoz, travma

EP-144

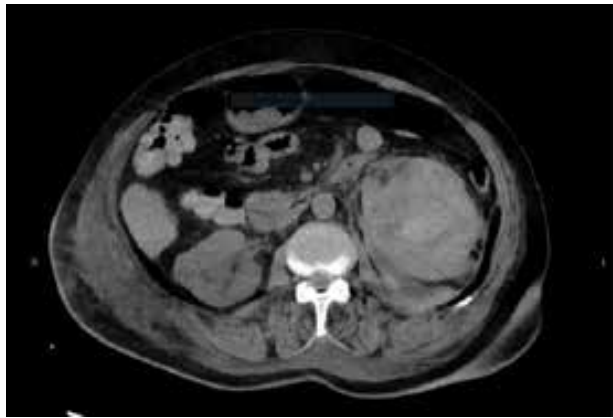
Düşük enerjili travma sonrası saptanan renal hematoma: Olgu sunumuŞaziye ARSLAN¹, Kadir KILINÇ¹, Arzu SEMİZ¹, Suna ERAYBAR¹, Mehtap BULUT¹¹Sağlık Bilimleri Üniveristesi Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Genitoüriner sistemin travma sonucu en çok yaralanan organı böbrek olup tüm travmaların %1-5'inde renal yaralanma görülür. Renal travmalar etyolojisine göre en sık künt travmalar (%90-95) sonucu görülür. Brandes ve ark. düşmeler sonrası renal hasarlara ilişkin 20 yıllık gözden geçirmede %16.4'lük bir oran saptamıştır.

Amaç: Biz de acil servisimize başvuran travma sonrası renal hematoma mevcut olan olgumuzu literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Bulgular: 76 yaş kadın hasta yaklaşık on gündür olan sol yan ağrısı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın yaklaşık 10 gün önce sandalyeden düşme öyküsü mevcut. Hastanın bilinen atrial fibrilasyon, hipertansiyon tanıları olup kullandığı ilaçlar arasında coumadin bulunmakta. Geliş vitalleri tansiyon 135/80 mmHg , nabız 84 atım/dk , satürasyon %96. Fizik muayenede sol yanda hassasiyeti olup batında sol üst kadranda defans var rebound yok. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde Hgb 7 g/dL, kreatinin 2,33 mg/dL, INR 5, tam idrar tetkikinde, eritrosit 642, lökosit esteraz 1+ olarak saptandı. Yapılan yatakbaşı USG tetkikinde sol böbrek üst pol düzeyinde yaklaşık 10 cm boyuta ulaşan heterojen hiperekoik alan mevcut olup hematoma lehine değerlendirilmiştir. Hastanın çekilen kontrastsız batın bilgisayarlı tomografide (BT) sol böbrek üst lobu etkileyen, santral kistik nekrotik görünümde alanlar izlenmekte(şekil 1). Hastaya girişimsel radyoloji tarafından renal anjiyografi ile sol böbrek üst polünü besleyen dalda ekstrasvasyon görülmesi üzerine embolizasyon yapılarak takip ve tedavi devamı için üroloji servisine yatışı gerçekleştirilmiştir.

Resim 1: kontrastsız batın BT sol böbrekte kistik nekrotik görünüm



Sonuç: Künt travma sonrası renal hasar araştırılmasında görüntüleme yöntemlerinin kullanımı tartışmalıdır. Künt travma sonrasında mikroskopik hematüri olan ve şok bulunmayan hastalarda önemli renal hasar bulunma olasılığı düşüktür. Radyografik inceleme endikasyonları makroskopik hematüri, mikroskopik hematüri ve şok ya da ilişkili majör hasarlar bulunmasıdır. İntravenöz kontrastlı BT, renal travmaların değerlendirilmesinde altın standarttır. Predispozan faktör olarak coumadin kullanım öyküsü olan hastalarda görüntüleme yapılmaktan kaçınılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pelvik travma, renal hematoma, hematüri, antikoagulan kullanımı

EP-145

Nedeni Bilinmeyen Ateşin Nadir Bir Nedeni:Spontan İnce Barsak PerforasyonuMuhammet Ali Çelebi¹, Halil Doğan¹¹Bakırköy Sadi Konuk EAH

Giriş: Nedeni bilinmeyen ateş etyolojisi araştırılırken ilk önce akla gelen tüberküloz, infektif endokardit,brusel-loz,romatolojik hastalıklar ve malignite gibi dahili patolojilerin yanında cerrahi patolojiler de araştırılmalıdır. Geç tanı konulduğunda mortalitesi oldukça yüksektir.Dış merkezde nedeni bilinmeyen ateş tanısıyla enfeksiyon kliniğine interne edilen hasta, serviste kötüleşmesi üzerine acil servisimize sevk edilmiş.

Amaç: Spontan ince barsak perforasyonu(SİP) nadiren görülmekle birlikte nedeni bilinmeyen ateş etyolojisinde cerrahi nedenler arasında akla getirilmelidir.Bu vakayı sunmamızın farkındalığı arttıracacağını düşünmekteyiz.

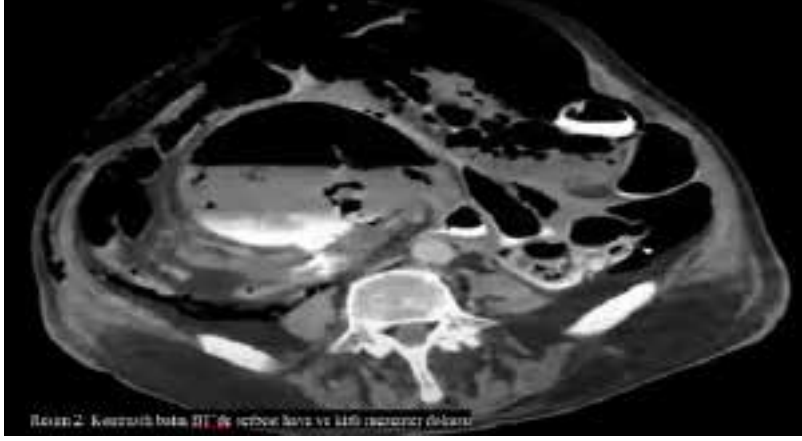
Bulgular: Özgeçmiş:Bilinen 3 sene önce erken evre kolon ca ve kolon rezeksiyon öyküsü olan hasta başka komorbiditesi yok. Vital bulguları; kan basıncı 120/94 mmHg, nabızı 105 atım/ dakika, solunum 16/dakika, ateşi 37.1 C, oksijen saturasyonu %93 idi. Fizik muayene: bilinç konfüze, kısıtlı kooperasyon kurulan hastanın batin muayenesinde ileri derecede distansiyon ve yaygın hassasiyet saptandı. Defans ve rebound saptanmadı.Boyun sağ omuz sağ hemitoraks ve batında palpasyon ile krepitasyon veren cilt altı amfizem saptandı. Diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmadı.Laboratuvar: Kan tetkiklerinde CRP:131 mg/dL(0-5), beyaz küre 23.240/mm³ (4.000-11.000) saptandı.Görüntüleme: İv kontrastlı boyun+toraks+batın tomografisinde batin içerisinde, mediastende, cilt altında ve barsak duvarında serbest hava ile uyumlu görüntü mevcuttu.(resim 1 ve resim 2) Ameliyat: Tanısal laparotomi yapılan hastada ince barsak perforasyonu saptandı;perforasyon poşu içerisinde 2 litre ince bağırsak içeriği ile uyumlu mayii aspire edildi.Post-op yoğun bakım takibinde kötüleşip kardiyak arrest gelişen hasta CPR'a yanıt vermayip exitus kabul edildi.

Toraks Bt



Resim 1: Toraks BT'de mediastende ve cilt altında serbest hava

Batın bt



Resim 2: Kontrastlı batın BT'de serbest hava ve kirli mezenter dokusu

Sonuç: Geçirilmiş batın operasyonu veya malignitesi olan hastalarda ateş etyolojisi araştırılırken gis perforasyonu dışlanmalıdır. Servis takiplerinde hastalar belirli aralıklarla muayene edilmelidir. İleri yaştaki veya immünsüprese hastalarda klinik tablo geç oluşabilmektedir. Klinisyenin şüphe etmesi hasta için kurtarıcı olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut batın, Ateş, Barsak perforasyonu

EP-146

Bel ağrısı ile gelen hastada aort diseksiyonuBurak Uğur¹, Merve Nihal Akpınar¹, Mehmet Taylan Koçer¹, Asım Kalkan¹¹Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Aort diseksiyonu, intima ve media tabakasındaki bir yırtılmadan dolayı media tabakasının dış 1/3 tabakası arasında kanın ilerlemesi ile oluşur. Lokasyon ve uzanımını ele alan De Bakey ve fonksiyonel olarak ele alan Stanford olmak üzere 2 sınıflama tipi vardır. En sık görülen yerleri sırasıyla asendan aorta, sol subclavian arter distali, arkus aorta, abdominal aortadır. Yılda görülme sıklığı yüz binde 3tür. İlk 24 saatteki mortalitesi %50dir, bu nedenle erken tanı hayat kurtarıcı önem taşır.

Amaç: Görüntü

Bulgular: 48 yaşında erkek hasta, 2 saat önce başlayan sol bacağı vuran bel ağrısı şikayeti ile acilimize başvurdu. Hastanın gelişindeki vitalleri stabil olup ilk muayenesinde düşük ayak saptandı. Diğer sistem muayenelerinde akut patoloji saptanmayan hasta lomber disk hernisi ön tanısı ile beyin cerrahisi ile konsülte edildi. Lumbal MR için saat hazırlandı ve hastadan kan tetkikleri alındı. Hastanın takiplerinde sol bacakta total şişlik ve morluk gelişmesi üzerine yapılan ikinci muayenede sol alt ekstremité nabızları alınamadı. Hastanın kan gazında laktat 8 olarak görüldü. Diğer tetkikleri sonuçlanmamıştı. Hastanın laktik asidozunun olması ve mevcut kliniğinin değişmesi üzerine torakoabdominal bt anjiyografi çekildi. Bt anjiyografisinde Tip 1 aort diseksiyonu görülmüş olup sağ iliak arterde emboli saptandı. Hasta kalp ve damar cerrahisi ekibi görüşülerek acil operasyona alındı.

1



2



Sonuç: Aort diseksiyonu en sık semptomlarında göğüs ağrısı, sırt ağrısı, boyun ve çene ağrısı yer almaktadır. Bizim hastamızda hasta bel ağrısı ile gelmiş olup akut başlangıçlı ağrısı, takiplerinde klinik durumunun değişmesi ve diseksiyon tanısı alması en dikkat çekici noktalardır. Acil serviste unutulmaması gereken diseksiyonun yaygın klinik prezentasyonunun dışında da gelebilecek olmasıdır.

Anahtar Kelimeler: aort diseksiyonu, bel ağrısı, emboli, lomber herni, acil tıp

EP-147

Bir Araç İçi Trafik Kazası Vakası: Bariyerler Her Zaman Koruyucu Değildir

Salih FETTAHOĞLU¹, Efe Demir BALA¹, Süreyya Tuba FETTAHOĞLU¹, Enver OBUZ¹, Müberra KOCAKÖZ¹, Serkan DOĞAN¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Trafik kazaları her yıl dünyada 1,2 milyon kişinin ölümüne ve 20-50 milyon kişinin sakat kalmasına yol açmaktadır. Dünya çapında 18-29 yaş arasındaki mortalitenin en yaygın sebebi olarak görülmektedir. 35 km'den daha hızlı olan, aracın takla attığı, araç içinde en az bir kişinin öldüğü, yolcuların dışarı fırladığı kazalar yüksek enerjili travma olarak kabul edilmektedir.

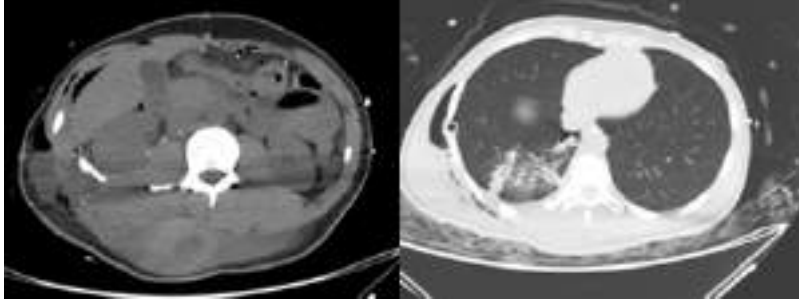
Amaç: Yüksek enerjili kazalarda alışlageldik yaralanmaların dışında travmalar görülebilmektedir. Kaza yerinden itfaiye müdahalesi ile zorlukla çıkarılan bu olgumuzda multitravmanın değerlendirilmesi, yönetiminin tartışılması ve gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: 20 yaş Erkek gece 05:00 sularında sürücü olarak yaptığı kaza sonrasında 112 eşliğinde getirildi. Olay yerinde vücuduna saplanan bariyerin ancak iki ucundan kesilmesi suretiyle çıkartılabildiği öğrenildi. Gelişinde GKS:15 oryante koopere olan ve acil serviste ilk vitalleri stabil hastanın ilk bakışta suprapubik alandan giriş yapan ve ucu sağ kostovertebral alandan çıkan yol bariyeri parçası dikkat çekmekteydi. Travma değerlendirmesinde Havayolu - Solunum- Dolaşım basamakları güvence altına alınan hastada majör kafa, spinal ve ekstremiteler travma bulgusu saptanmadı. Yatak başı yapılan FAST-USG' de hastanın şaşırtıcı şekilde batın içi splenorenal ve hepatorenal alanda serbest sıvı saptanmadı, retrovezikal alan ağrı nedeniyle değerlendirilemedi. IV Antibiyotik olarak Tazosin tercih edildi ve hasta rezerve kan ürünleri ile birlikte acil laparotomi için ameliyathaneye yönlendirildi. Operasyonda sağ diafragma rüptürü, sağ renal kortekste minimal hasar ve Karaciğer korteksinde minimal hasar tespiti dışında majör bulgusu yoktu. Operasyon sonrası 4 günlük medikal takip sonrasında hastamız şifa ile taburcu edilmiştir.

Batını Perfore Eden Bariyer



Operasyon Sonrası Batın ve Toraks BT Görüntüleri



Sonuç: Yüksek enerjili kazalarda vakaların klavuzlarda belirtildiği şekilde adım adım değerlendirilmesi önemlidir. Kazanın mekanizması mutlaka sorgulanmalı klinisyenin muayene bulgularına göre akla gelen sorular olayın şahitlerine yöneltilmelidir. Bizim olgumuzda batına نافız olan yol bariyerinin hastanın gelişinde ne kadar korkunç bir manzaraya yol açsa da batın içi organlara ciddi harabiyet vermemesi konusunda ilginçtir. Ayrıca hastada laparotomi esnasında batın içi kanama saptanmamış olması, acil şartlarda klinisyenin yaptığı yatak başı USG'nin doğruluğunu ve önemini vurgular niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Multitravma, Batın, Bariyer

EP-148

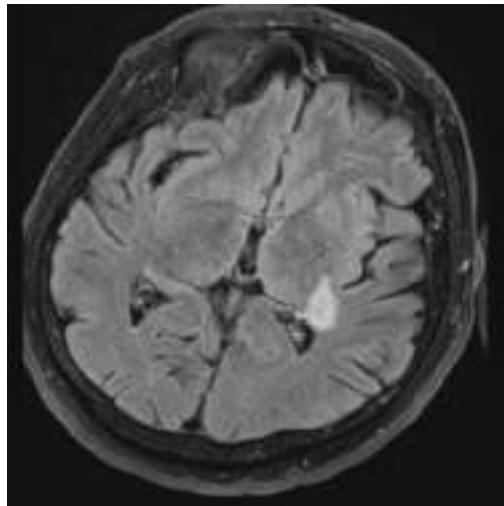
Acil Serviste Nadir Görülen Arter Tutulumu: Anterior Koroidal ArterMuhammed Güner¹, Can İlçin¹, Bilal Yenyurt¹, Mahmut Kerem Avşaroğlu¹, Türker Demirtakan¹, Serkan Doğan¹¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Anterior koroidal arter sendromu, aşağıdaki üçlü ile karakterize edilen nadir bir antitedir: hemipleji ,hemi-anestezi,kontralateral hemianopi. Bu durum, anteriorkoroidal arter bölgesinde beyin enfarktüsünün bir sonucu olarak ortaya çıkar. Sağ taraflı lezyonlarda sol ihmal sendromu ve sol taraflı lezyonlarda konuşma bozuklukları dahil olmak üzere nöropsikolojik bozukluklarla da ilişkilendirilebilir. Sendromun inkomplet,komplet formlardan daha yaygındır. Inkomplet formlar, laküner sendromları ve ataksik hemiparezi içerir .

Amaç: Bu olgu sunumunda, anterior koroidal arter sendromu ile birlikte gelişen kliniğin tanı ve tedavi süreci ele alınacak ve nadir bir olgu olan bu hastalıkla ilgili elde edilen bilgiler aktarılacaktır.

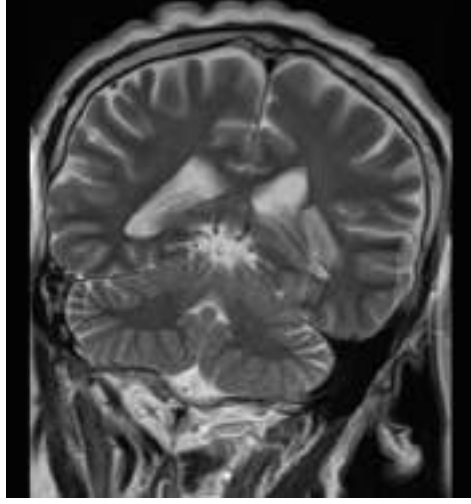
Bulgular: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hasta 5 gündür devam eden baş dönmesi dengesizlik şikayeti ile geldi. Hastanın aktif başka şikayeti yok. Hastanın nörolojik muayenesinde belirgin motor defisiti ve lateralizan bulgusu yoktur. Kraniyal sinir muayenesi olağan, serebellar testleri doğaldır. Hastanın kan parametreleri normal referans değerleri aralığındadır. Hastanın yapılan beyin BT görüntülemesinde akut patolojiye rastlanmadı. Difüzyon MR görüntüsünde sol lat ventrikül arka komşulukta, talamik çevre komşuluğu ve temporal bölgeye uzanan anterior koroidal arterin beslediği alanda akut difüzyon kısıtlılığı saptandı. Karotis ve vertebral renkli doppler USG’de sol bulbus ve ICA giriminde akım paterninde anlamlı değişikliğe neden olmayan milimetrik kalsifiye plak formasyonları izlenmiştir. Karotis BT anjyio görüntüsünde solda CCA bulbusta anlamlı darlığa yol açmayan kalsifik plak izlendi.

kraniyal mr görüntüsü



kraniyal mr görüntüsü 1

kranial mr görüntüsü



kranial mr görüntüsü 2

Sonuç: Anterior koroidal arter sendromu acil serviste nadiren görülen bir sendromdur. Anterior koroidal arter sendromu, ani başlangıçlı nörolojik belirtilere yol açabilen ciddi bir durumdur. Tedavi, antiplatelet ve nöroprotektif ilaçların kullanımını içerirken, rehabilitasyon da önemlidir. Tedavi edilmediğinde, Anterior koroidal arter sendromu kalıcı nörolojik hasara neden olabilir. Bu vaka bildiriminde acil serviste sık görülmeyen anterior koroidal arter iskemisi ve bunu bağlı semptomlar bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: serebrovasküler olay, Anterior koroidal arter sendromu, hemianopi, nöropsikolojik bozukluk, iskemi

EP-149

Akut Koroner Sendrom; Wellen's Sendromu

Semih KORKUT¹, Muhammed Ömer OLCAY¹, Ertuğrul ALTUĞ¹, Ramazan GÜVEN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş: Wellen's Sendromu nadir olarak görülen aralıklı olarak göğüs ağrısına sebep olan sol ön inen arterin kritik daralması ile ilişkili elektrokardiyografik (EKG) T dalga değişiklikleri paternidir. EKG değişiklikleri V2-4 prekordiyal derivasyonlarda derin, simetrik veya bifazik T dalgaları olarak tariflenir. Bu sendromda T dalga değişiklikleri genellikle ağrısız dönemde oluşur. Bu bulgular yakın zamanda LAD (sol ön inen arter) darlığına sebep olarak geçirilecek miyokardiyal infarktüsün habercisidir.

Amaç: Bu olgumuzda akut miyokardiyal infarktüs geçirmeden EKG değişikliği fark edilerek tanı koyulan hastamızı sunacağız.

Bulgular: 65 yaşındaki erkek hasta acil servise öksürük, nefes darlığı ve göğüste ara sıra oluşan ağrı sebebiyle başvurdu. Acil servisimizde yapılan fizik muayenesinde nabız 89/dk, tansiyon 130/70mmHg, vücut sıcaklığı 36.7 derece, solunum sayısı 15/dk, oda havasında oksijen satürasyonu %97 idi. Kardiyovasküler ve diğer sistem muayeneleri normaldi. EKG'de ritim, normal sinüs ritmi, 90/dk hızında olup V1-V6 derivasyonlarında abnormal T dalgaları mevcut. Hastaya yapılan kan tetkitlerinde Hb: 13.3 g/dL Htc: % 42.3 ve Troponin:105 şeklindeydi. EKG ve troponin değerlerinde abnormallik tespit edilen hasta anjiyoya alındı ve LAD arterde %95 darlık tespit edildi. Darlık olan bölgeye stent uygulanarak antiplatelet tedavisi uygulandı. Hastanın bu tedavilerden sonra EKG derivasyonları ve troponin değerleri normale döndü.

Sonuç: Wellen's sendromu atipik kardiyak semptomlarla ortaya çıkan LAD arter darlığı ya da oklüzyonu sonucu EKG'de meydana gelen değişimleri gösteren bir antitedir. Sol ön inen arterde (LAD) tıkanıklık için hayli spesifik olan V2-3'te derin olarak ters dönmüş bifazik T dalga patternleri görülür. Hastalar EKG çekildiğinde asemptomatik veya hafif göğüs ağrılı olabilmektedir; buna rağmen EKG'de görülen bu değişim patternleri gözden kaçarsa hastalar birkaç gün veya hafta içerisinde yaygın anterior duvar MI geçirebilirler. Bu sebeple risk faktörlerine (dislipidemi, hipertansiyon, diyabet, sedanter yaşam tarzı, obezite, aile öyküsü ve sigara dahil olmak üzere koroner arter hastalığı ile aynıdır) sahip hastalarda EKG değişimleri konusunda dikkatli olunması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Wellen's Sendrom, Akut Koroner Sendrom, Göğüs Ağrısı

Akut Kalp Yetmezliği: Klinik Prezantasyonlar

Doç. Dr. Abdullah Algın

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

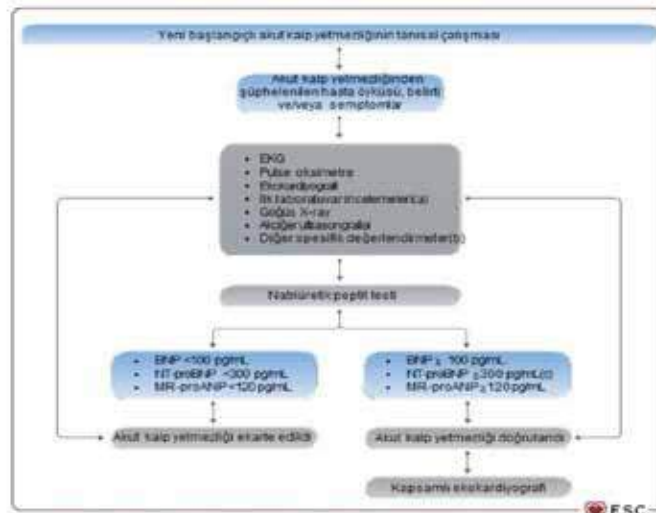
Amaç

Bu oturumun amacı, akut kalp yetmezliğini erken dönemde tanıyabilmek, tanıda kullanılan temel diagnostik testleri gözden geçirmek, farklı klinik prezantasyonları ayırt edebilmek ve uygun yönetim stratejilerini tartışmaktır. Sırasıyla, kalbin yapısal veya fonksiyonel yetersizliği, pompa fonksiyonu bozukluğu, kardiyak output düşüklüğü ve bu durumların klinik yansımaları üzerinde duracağız.

Kalp Yetmezliği

Kalp yetmezliği, klinik olarak iki farklı şekilde karşımıza çıkar: yeni başlangıçlı kalp yetmezliği veya kronik kalp yetmezliğinin akut dekompanzasyonu. Yeni başlangıçlı olgular genellikle daha ağır bir klinik seyir gösterir ve hastane içi mortalite oranları daha yüksektir. Bu mortalite, hastanın mevcut kardiyak indeks düzeyi, tabloyu tetikleyen presipite edici faktörler ve eşlik eden komorbiditelerle yakından ilişkilidir. Bu nedenle, yeni başlangıçlı kalp yetmezliğinde erken tanı, uygun risk değerlendirmesi ve hızlı tedavi yaklaşımları kritik öneme sahiptir. Non spesifik klinik belirti ve semptomlar nedeniyle tanı için invaziv ya da non-invaziv yöntemlerle dolum basıncı artış kanıtı gerekir.

Semptomlar :	Bulgular :
Tipik	Daha spesifik
Nefes darlığı	Yüksek juguler venöz basınç
Ortopnea	Hepatopulmoner edem
Paroksizmal nokturnal dispne	Üpürleşmiş kalp sesi (gallopentisi)
Azaltılmış egzersiz toleransı	Laterale yer değiştirmiş apikal ses
Yorgunluk, bekkuluk, egzersiz sonrası iyileşme	
stresinde artış	
Ayık bileği şişmesi	
Daha az tipik	Daha az spesifik
Gecce öksürüğü	Kilo alımı (>2 kg/hafta)
Whizzing	Kilo kaybı (ileri KY'de)
Şişkinlik hissi	Doku kaybı (kaygı)
İştah kaybı	Kardiyak tiliitasyon
Konfüzyon (özellikle yaşlılarda)	Pandirak ödem (ayak bileği, skrotal, skrotal)
Depresyon	Pulmoner krupizasyon
Çarpıntı	Pleural efüzyon
Baygınlık	Tasikardi
Sevkiş	Düzensiz nabız
Bradikardi (a)	Takipne
	Chayne-Stokes solunumu
	Hepatomegali
	Asit
	Soğuk ekstremiteler
	Oligüri
	Dur nabız basması



a. Bk laboratuvar tetkikleri arasında troponin, serum kreatinin, elektrolitler, kan üre nitrojen veya üre, TSH, karaciğer fonksiyon testleri ile pulmoner emboli veya enfeksiyondan şüphelenildiğinde D-dimer ve prokalsitonin, solunum sıkıntısı durumunda arteriyel kan gazı analizi ve hipoperfüzyon durumunda laktat bulunur. b. Spesifik değerlendirme, AKS şüphesi durumunda koroner anjiyografi ve pulmoner emboli şüphesi durumunda BT'yi içerir. Akut KY tanısı için gerekli değerler: <35 yaşında ise >450 pg/mL, 35-75 yaşında ise >900 pg/mL ve >75 yaşında ise >1800 pg/mL.

Artmış BNP düzeyleri, kalp yetmezliği tanısı için değerli bir biyobelirteçtir ve kardiyak kökenli semptomların ayırıcı tanısında önemli rol oynar. Bununla birlikte, BNP yüksekliği kardiyak nedenlerin yanı sıra çeşitli non-kardiyak durumlarda da görülebilir. Ayrıca, end-stage kalp yetmezliği, sağ kalp yetmezliği, ani gelişen pulmoner ödem ve obezite varlığında BNP düzeylerinin normal ya da beklenenden düşük saptanabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle BNP sonuçları, klinik bulgular ve diğer tanısal testlerle birlikte değerlendirilmelidir.

Kardiyak	• Kalp yetmezliği • AKS • Pulmoner emboli • Miyokardit • Sol ventrikül hipertrofisi • Hipertrofik veya restriktif KMP • Kalp kapak hastalığı • Doğuştan kalp hastalığı • Atriyal ve ventriküler taşiaritmiler • Kalp kontüzyonu • Kardiyoversiyon, ICD şoku • Kalbi içeren cerrahi prosedürler • Pulmoner hipertansiyon
Non-Kardiyak	• İlerlemiş yaş • İskeletik travma • Subaraknoid kanama • Böbrek yetmezliği • Karaciğer fonksiyon bozukluğu (esas olarak asitli karaciğer yetmezliği) • Paraneoplastik sendrom • KOAH • Şiddetli enfeksiyonlar (pnömoni ve sepsis dahil) • Şiddetli yaralar • Anemi • Şiddetli metabolik ve hormon anomalileri (örn. tirotoksikoz, diyabetik ketoasidoz)

Table 20 Diagnostic tests in patients with acute heart failure

Exam	Time of measurement	Possible findings	Diagnostic value for AHF	Indication
ECG	Admission, during hospitalization, ^{a,b} pre-discharge	Arrhythmias, myocardial ischaemia	Exclusion of ACS or arrhythmias	Recommended
Chest-X ray	Admission, during hospitalization ^a	Congestion, lung infection	Confirmatory	May be considered
LUS	Admission, during hospitalization ^a pre-discharge	Congestion	Confirmatory	May be considered
Echocardiography	Admission, during hospitalization, ^a pre-discharge	Congestion, cardiac dysfunction, mechanical causes	Major	Recommended
Natriuretic peptides (BNP, NT-proBNP, MR-proANP)	Admission, pre-discharge	Congestion	High negative predictive value	Should be considered
Serum troponin	Admission	Myocardial injury	Exclusion of ACS	Recommended
Serum creatinine	Admission, during hospitalization, ^a pre-discharge	Renal dysfunction	None	Recommended for prognostic assessment
Serum electrolytes (sodium, potassium, chloride)	Admission, during hospitalization, ^a pre-discharge	Electrolyte disorders	None	Recommended for prognostic assessment and treatment
Iron status (transferrin, ferritin)	Pre-discharge	Iron depletion	None	Recommended for prognostic assessment and treatment
TSH	Admission	Hypo- hyperthyroidism	None	Recommended when hypo- hyperthyroidism is suspected
D-dimer	Admission	Pulmonary embolism	Useful to exclude pulmonary embolism	Recommended when pulmonary embolism is suspected
Procalcitonin	Admission	Pneumonia	Useful for diagnosis of pneumonia	May be done when pneumonia is suspected
Lactate	Admission, during hospitalization ^a	Lactic acidosis	Useful to assess perfusion status	Recommended when peripheral hypoperfusion is suspected
Pulse oximetry and arterial blood gas analysis	Admission, during hospitalization ^a	Respiratory failure	Useful to assess respiratory function	Recommended when respiratory failure is suspected

ACS=acute coronary syndrome; AHF=acute heart failure; BNP=B-type natriuretic peptide; ECG=electrocardiogram; LUS=lung ultrasound; MR-proANP=mid-regional pro-atrial natriuretic peptide; NT-proBNP=N-terminal pro-B-type natriuretic peptide; TSH=thyroid-stimulating hormone.

^aBased on clinical conditions.

^bContinuous ECG monitoring can be considered based on clinical conditions.

© ESC 2021

Kalp yetmezliği farklı kardiyak ve non-kardiyak nedenlerle tetiklenebilir. Kardiyak nedenler arasında akut koroner sendromlar, mekanik komplikasyonlar, ciddi bradikardiler veya taşikardiler, hipertansif kriz, miyokardit, akut pulmoner emboli, aort diseksiyonu, kardiyak tamponad ve pulmoner hipertansiyon sayılabilir.

Non-kardiyak nedenler ise sıklıkla akut enfeksiyonlar, KOAH ve astım alevlenmeleri, pnömoni, tiroid fonksiyon bozuklukları (hipo- veya hipertiroidi), anemi, karaciğer hastalıkları, renal disfonksiyon, ilaç yan etkileri, alkol veya madde kullanımı ve gebelik ile ilişkilidir. Bu geniş neden yelpazesi, klinik değerlendirmede kapsamlı bir yaklaşımı zorunlu kılar.

Table 21 Clinical presentations of acute heart failure

	Acutely decompensated heart failure	Acute pulmonary oedema	Isolated right ventricular failure	Cardiogenic shock
Main mechanisms	LV dysfunction Sodium and water renal retention	Increased afterload and/or predominant LV diastolic dysfunction Valvular heart disease	RV dysfunction and/or pre-capillary pulmonary hypertension	Severe cardiac dysfunction
Main cause of symptoms	Fluid accumulation, increased intraventricular pressure	Fluid redistribution to the lungs and acute respiratory failure	Increased central venous pressure and often systemic hypoperfusion	Systemic hypoperfusion
Onset	Gradual (days)	Rapid (hours)	Gradual or rapid	Gradual or rapid
Main haemodynamic abnormalities	Increased LVEDP and PCWP ^a Low or normal cardiac output Normal to low SBP	Increased LVEDP and PCWP ^a Normal cardiac output Normal to high SBP	Increased RVEDP Low cardiac output Low SBP	Increased LVEDP and PCWP ^a Low cardiac output Low SBP
Main clinical presentations^{1,4,6}	Wet and warm OR Wet and cold	Wet and warm ^b	Wet and cold	Wet and cold
Main treatment	Diuretics Inotropic agents/vasopressors (if peripheral hypoperfusion/hypotension) Short-term MCS or RRT if needed	Diuretics Vasodilators ^b	Diuretics for peripheral congestion Inotropic agents/vasopressors (if peripheral hypoperfusion/hypotension) Short-term MCS or RRT if needed	Inotropic agents/vasopressors Short-term MCS RRT

LV = left ventricular; LVEDP = left ventricular end-diastolic pressure; MCS = mechanical circulatory support; PCWP = pulmonary capillary wedge pressure; RV = right ventricular; RVEDP = right ventricular end-diastolic pressure; RRT = renal replacement therapy; SBP = systolic blood pressure.

^aMay be normal with low cardiac output.

^bWet and cold profile with need of inotropes and/or vasopressors may rarely occur.

© ESC 2011

Akut dekompanze kalp yetmezliği, olguların yaklaşık %50–70’inde görülür ve genellikle konjesyon ile periferik hipoperfüzyon belirtileri ile karakterizedir. Çoğu hastada sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) ile ilişkili bilinen kalp yetmezliği öyküsü bulunur. Klinik seyir sıklıkla yavaş ilerler ve tablo esas olarak sıvı retansiyonuna bağlı olarak gelişir. Bu süreçte konjesyon ön planda olmakla birlikte, bazı hastalarda konjesyona hipoperfüzyonun da eşlik ettiği gözlemlenir.

Akut Pulmoner Ödem

Akut pulmoner ödem, akut konjesyon bulguları ile karakterize acil bir klinik durumdur. Tedavide öncelikli yaklaşım, sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP), non-invaziv pozitif basınçlı ventilasyon (NIV) veya yüksek akımlı nazal kanül (HFNC) aracılığıyla oksijen desteği sağlamaktır. Hemodinamik stabilitesi uygun olan hastalarda intravenöz diüretikler konjesyonun giderilmesinde temel tedavi yöntemidir. Sistolik kan basıncı yüksek olan olgularda, sol ventrikül ard yükünü azaltmak amacıyla intravenöz vazodilatörler kullanılabilir. Düşük kardiyak output ile seyreden seçilmiş vakalarda ise inotrop ve gerekirse vazopressör tedavisi gündeme gelir.

İzole Sağ Ventrikül Yetmezliği

İzole sağ ventrikül yetmezliği, artmış sağ ventrikül basıncı, atriyal basınç ve sistemik konjesyon ile karakterizedir. Venöz konjesyonun kontrolünde diüretikler birinci basamak tedavi ajanlarıdır. Düşük kardiyak output ve hemodinamik instabilite varlığında ise noradrenalin ve/veya inotrop ajanlar düşünülmelidir. Kardiyak dolum basıncını azaltan inotropolar (örneğin levosimendan veya fosfodiesteraz tip 3 inhibitörleri) tercih edilebilir. Bununla birlikte, inotrop ajanların arteriyel hipotansiyonu artırabileceği göz önünde bulundurularak, gerekli durumlarda norepinefrin ile kombinasyon şeklinde uygulanabilirler (ör. dobutamin + milrinon).

Kardiyojenik Şok

Kardiyojenik şok, ciddi kardiyak disfonksiyon ile karakterize, yaşamı tehdit eden bir durumdur. Kardiyak performansta belirgin azalmaya yol açan hasarın başlıca nedenleri arasında miyokard dokusunun akut kaybı (örneğin akut miyokard enfarktüsü veya miyokardit), ileri evre kalp yetmezliği ve/veya spesifik tetikleyici faktörler yer alır. Bu durum, dokulara yetersiz perfüzyon ile sonuçlanır ve hem klinik hem de biyokimyasal bulgularla kendini gösterir. Kompanzatuvar mekanizma olarak gelişen vazokonstrüksiyon, başlangıçta kan basıncını korumaya çalışsa da sıklıkla hipotansiyona yol açar.

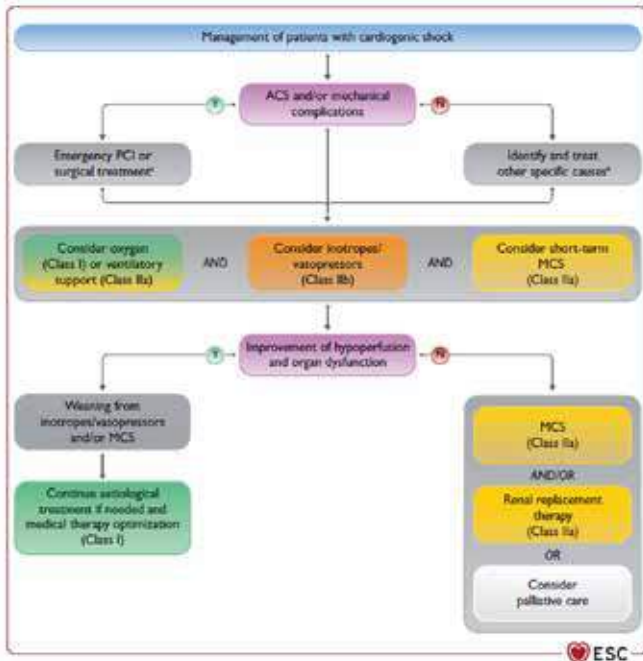


Figure 10 Management of cardiogenic shock. ACS = acute coronary syndrome; STT = bridge to transplantation; MCS = mechanical circulatory support; PCI = percutaneous coronary intervention; TPO in ACS, pericardiotomy in tamponade; mitral valve surgery in papillary muscle rupture. In case of inter-ventricular septum rupture, MCS as STT should be considered. *Other causes include acute valve regurgitation, pulmonary embolism, infection, acute myocarditis, arrhythmia (see figure 12).

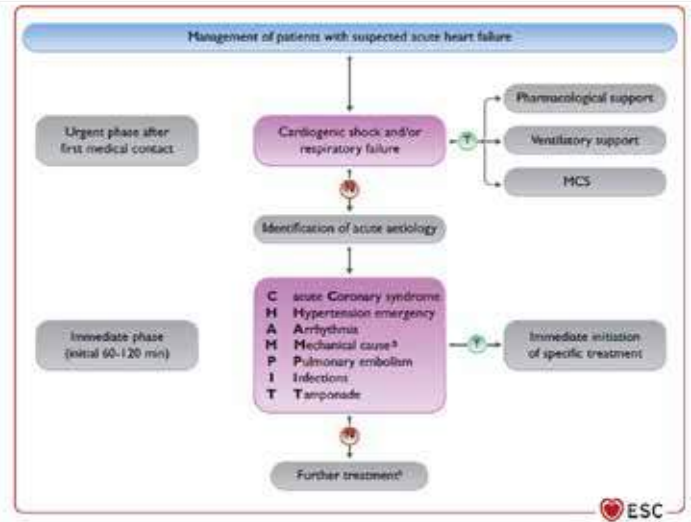


Figure 12 Initial management of acute heart failure. MCS = mechanical circulatory support. *Acute-mechanical cause: myocardial rupture complicating acute coronary syndrome (free wall rupture, ventricular septal defect, acute mitral regurgitation), chest trauma or cardiac instrumentation, acute native or prosthetic valve incompetence secondary to endocarditis, aortic dissection or thrombosis. *See Figures 7–10 for specific treatments according to different clinical presentations.

Oksijenasyonun ciddi şekilde bozulduğu durumlarda ($SpO_2 < \%90$ veya $PaO_2 < 60$ mmHg), akut kardiyojenik pulmoner ödemli hastalarda non-invaziv pozitif basınçlı ventilasyon (NIV) uygulanması önerilmektedir. Klinik çalışmalar, NIV'nin solunum desteği sağlamak, hipoksemiye düzeltmek ve intübasyon ihtiyacını azaltmak açısından etkin olduğunu göstermiştir (Gray ve ark., 2008, N Engl J Med 2008;359:142151; Weng ve ark., 2010; Ann Intern Med 2010;152:590600).

Diüretikler, akut kalp yetmezliği ve konjesyon tedavisinde temel bir yer tutar. Hastanın sıvı yükü ve konjesyon durumu değerlendirilerek, uygun doz seçimi yapılmalıdır; düşük veya yüksek doz kararında semptomların genel şiddeti göz önünde bulundurulur. Uygulama yöntemi olarak, günde 2–3 kez intravenöz bolus şeklinde veya sürekli infüzyon tercih edilebilir. Tek doz bolus da bazı olgularda etkili olabilir, ancak tedavi planı hastanın klinik yanıtına göre ayarlanmalıdır.

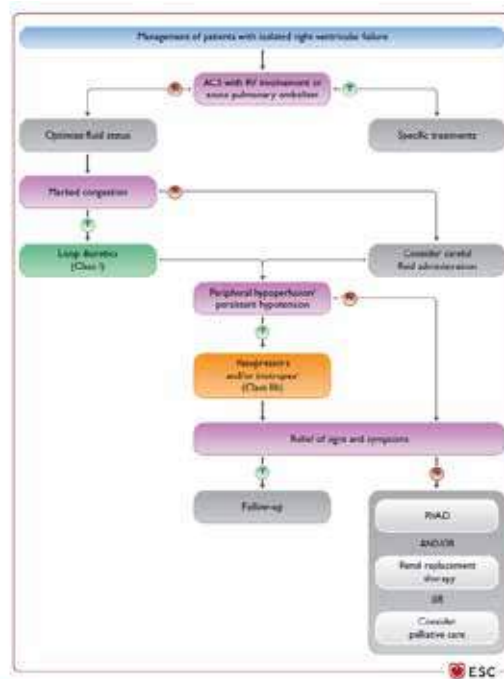


Figure 3 Hemigram of right ventricular failure. A/C: aortic coronary syndrome; RV: right ventricle; RVAD: right ventricular assist device. Tracheostomy done in case of hyperinflation with auto-inflation.

Nitratlar ve nitroprussid gibi intravenöz vazodilatörler, artmış afterload'u dengeleyerek akut sıvı redistribüsyonunu azaltmada diüretiklerden daha etkili olabilir. Erken başlanılan ve sürekli uygulanan vazodilatör tedavi ile yüksek doz diüretik kombinasyonu, özellikle riskli hastalarda klinik yanıtı iyileştirebilir (Kozhuharov ve ark., 2019; Freund ve ark., 2020). Bununla birlikte, aort stenozu veya sol ventrikül hipertrofisi olan hastalarda vazodilatör kullanımında sıkı hemodinamik monitorizasyon şarttır.

İnotropolar ve vazopressörler, düşük kardiyak output ve hipotansiyon durumlarında hemodinamik desteğin sağlanmasında kritik öneme sahiptir. Adrenerjik mekanizmalar ile etki gösteren klasik ajanların yanı sıra, levosimendan ve tip-3 fosfodiesteraz inhibitörleri, kardiyak kontraktileti artırırken bolus uygulamalar sırasında hipotansiyon ve periferik vazodilatasyon etkisi gösterebilir. Dopamin, epinefrin ve norepinefrin gibi ajanlar da hemodinamik destek için kullanılabilir; ancak epinefrinin kardiyojenik şokta kısa dönem sağkalım üzerindeki etkisi, meta-analizler ile dikkatle değerlendirilmiştir (Leopold ve ark., 2018).

Other drugs	I	A
Thromboembolism prophylaxis (e.g. with LMWH) is recommended in patients not already anticoagulated and with no contraindication to anticoagulation, to reduce the risk of deep venous thrombosis and pulmonary embolism. 47A,48C		
Routine use of opiates is not recommended, unless in selected patients with severe/intractable pain or anxiety. 48B,49D	III	C

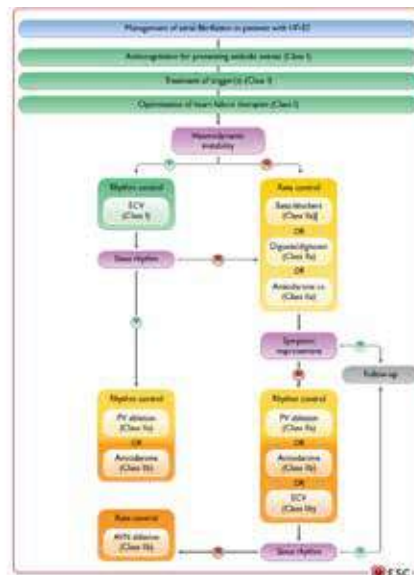


Figure 1-4 Management of anal fistulitis in patients with hepatifluor. AF = anal fistulitis; ABH = abscess; ECV = external cutaneous vein; HF = hepatifluor; LV = lymphatic; PV = pulmonary vein. Color code for stages of hepatifluor: Green for Class of hepatifluor 1; Yellow for Class of hepatifluor 2; Orange for Class of hepatifluor 3; Red for Class of hepatifluor 4 (see Table 1 for further details on stages of hepatifluor 4).



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC



Türkiye Acil Tıp Vakfı

1.ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

5-8 MAYIS 2023 / LIMAK CYPRUS DELUXE OTEL, KKTC