

06-09 Haziran 2024

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C

2. ULUSAL ACIL TIP Kongresi



BİLDİRİ KİTABI



TÜRKİYE ACİL TIP VAKFI YÖNETİM KURULU

TÜRKİYE ACİL TIP VAKFI BAŞKANI

Prof. Dr. Şahin Çolak

YÖNETİM KURULU

Prof. Dr. Şahin Çolak

Prof. Dr. Özgür Söğüt

Prof. Dr. Kenan Ahmet Türkdoğan

Doç. Dr. Ertuğrul Altınbilek

Doç. Dr. Abuzer Coşkun

Doç. Dr. Halil Doğan

Doç. Dr. Mücahit Kapçı

Doç. Dr. Semih Korkut

Doç. Dr. İsmail Tayfur

DENETLEME KURULU

Doç. Dr. Mustafa Çalık

Doç. Dr. Ramazan Güven

Doç. Dr. Burcu Genç Yavuz

YÖNETİM KURULU YEDEK

Doç. Dr. Mustafa Ahmet Afacan

Doç. Dr. Serkan Doğan

Doç. Dr. Avni Uygur Seyhan

DENETLEME KURULU YEDEK

Doç. Dr. Hüseyin Cahit Halhallı

Doç. Dr. Nihat Hökenek



KONGRE DÜZENLEME KURULU

KONGRE BAŞKANI

Prof. Dr. Kenan Ahmet Türkdoğan

KONGRE SEKRETERYASI

Prof. Dr. Emine Emektar
Doç. Dr. Burak Demirci
Doç. Dr. Sinem Doğruyol
Doç. Dr. Metin Yadigaroglu
Dr. Öğr. Üyesi Burcu Bayramoglu
Dr. Öğr. Üyesi Ramiz Yazici

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Şahin Çolak
Prof. Dr. Asım Kalkan
Prof. Dr. Afşin Emre Kayıpmaz
Prof. Dr. Özgür Söğüt
Prof. Dr. Fatih Esad Topal
Doç. Dr. Ertuğrul Altınbilek
Doç. Dr. Suna Eraybar Atmaca
Doç. Dr. Oğuzhan Ay
Doç. Dr. Abuzer Coşkun
Doç. Dr. Mustafa Çalık
Doç. Dr. Serkan Doğan
Doç. Dr. Fatih Doğanay
Doç. Dr. Ramazan Güven
Doç. Dr. Hüseyin Cahit Halhallı
Doç. Dr. Nihat Müjdat Hökenek
Doç. Dr. Burak Katipoğlu
Doç. Dr. Semih Korkut
Doç. Dr. Nazlı Görmeli Kurt
Doç. Dr. Dilay Satılmış
Doç. Dr. Avni Uygur Seyhan
Doç. Dr. İsmail Tayfur
Doç. Dr. Metin Yadigaroglu
Doç. Dr. Adnan Yamanoğlu
Doç. Dr. Şükrü Yorulmaz
Doç. Dr. Melih Yüksel
Doç. Dr. Yücel Yüzbaşıoğlu
Dr. Öğr. Üyesi Tuba Betül Ümit
Dr. Öğr. Üyesi Ramiz Yazici

BİLİMSEL KURUL

Prof. Dr. Nurdan Acar
Prof. Dr. Can Aktaş
Prof. Dr. Mehtap Bulut
Prof. Dr. Figen Coşkun
Prof. Dr. Mine Gürsaç Çelik
Prof. Dr. Yunsur Çevik
Prof. Dr. Cahfer Güloğlu
Prof. Dr. Zeynep Olcay Karakaya
Prof. Dr. Cemil Kavalcı
Prof. Dr. Selahattin Kıyan
Prof. Dr. Hakan Oğuztürk
Prof. Dr. Mustafa Burak Sayhan
Prof. Dr. Hafize Uzun
Prof. Dr. Murat Yücel
Doç. Dr. Kurtuluş Açıkşarı
Doç. Dr. Levent Albayrak
Doç. Dr. Abdullah Algin
Doç. Dr. Songül Araç
Doç. Dr. İnan Beydill
Doç. Dr. Ejder Saylav Bora
Doç. Dr. Öner Bozan
Doç. Dr. Burak Çelik
Doç. Dr. Tamer Çolak
Doç. Dr. Murat Daş
Doç. Dr. Orhan Delice
Doç. Dr. Hüseyin Avni Demir
Doç. Dr. Erdal Demirtaş
Doç. Dr. Ahmet Burak Erdem
Doç. Dr. Bülent Güngörer
Doç. Dr. Murat Güzel
Doç. Dr. Utku Murat Kalafat
Doç. Dr. Mücahit Kapçı

Doç. Dr. Rezan Karaali
Doç. Dr. Sinan Karacabey
Doç. Dr. Onur Karakayalı
Doç. Dr. Mustafa Keşaplı
Doç. Dr. Mazlum Kılıç
Doç. Dr. Turgay Yılmaz Kılıç
Doç. Dr. Mustafa Korkut
Doç. Dr. Ramazan Köylü
Doç. Dr. Adnan Kuvvetli
Doç. Dr. Hüseyin Mutlu
Doç. Dr. Derya Öztürk
Doç. Dr. Tuba Cimilli Öztürk
Doç. Dr. Eyüp Sarı
Doç. Dr. Aynur Şahin
Doç. Dr. Taner Şahin
Doç. Dr. Eren Usul
Doç. Dr. Emin Uysal
Doç. Dr. Sevilay Vural
Doç. Dr. Sinan Yıldırım
Doç. Dr. Özgür Ömer Yıldız
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Akdoğan
Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul Altuğ
Dr. Öğr. Üyesi Erhan Altunbaş
Dr. Öğr. Üyesi Ertan Cömertpay
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Fatih Kahraman
Dr. Öğr. Üyesi Gülşen Öztürk Örmeci
Dr. Öğr. Üyesi Emre Şancı
Dr. Öğr. Üyesi Kemal Şener
Dr. Öğr. Üyesi Ömer Turan
Dr. Öğr. Üyesi Nedim Uzun
Dr. Öğr. Üyesi Banu Müşerref Yılmaz



TAM METİNLER





TAM METİNLER

GİRİŞ:

Metil alkol odunun distilasyonu ile elde edilen bir alkol çeşididir. Her ne kadar metil alkolün kendisi çok toksik değilse de metabolitleri çok toksiktir. Alkol dehidrojenaz enzimi tarafından formaldehide ve takiben formik asite metabolize edilir. Metabolitleri metabolik asidoz, körlük, kardiyovasküler instabilite ve ölüme neden olabilen toksisitesinden sorumludur. Zehirlenme sıklıkla oral alımdan sonra olur, ancak akciğerler ve deri yoluyla da zehirlenme olabilir.

OLGU:

Elli bir yaşında erkek hasta acil servisimize bilinç bozukluğu, kusma ve görme bozukluğu şikayetleri ile getirildi. Ailesinden alınan öyküde 3 gündür kaynağı bilinmeyen bir alkol içtiğini, genel durumunun kötüleşmesi üzerine acile getirdiklerini belirttiler. Bilinç kapalı GKS:10 idi (E:2 V:3 M:5). Tansiyon 110/60 mmHg, kan gazında pH: 6.91 Na: 148 mmol/L, HCO₃: 6 mmol/L, baz açığı 27 mmol/L, kreatinin 2,44 mg/dL, etil alkol < 10 mg/dL idi. Hastanemizde çalışılmadığı için kan metil alkol ve klor düzeyi bakılamadı. Hastaya 1 mEq/kg'dan NaHCO₃ IV yapıldı. Hasta Anestezi ve Reanimasyon Kliniğine devredildi. Hastaneye başvurduktan yaklaşık 6 saat sonra hasta kaybedildi.

SONUÇ:

Metanol zehirlenmesi mortaliteye neden olabilen bir zehirlenme türüdür. Acil hekimleri iyi anamnez alınamayan, bilinç değişikliği olan, artmış anyon açığı olan, hastalarda metanol zehirlenmesi olasılığını düşünmelidir.



TAM METİNLER

A RARE REASON OF ACUTE ABDOMINAL PAIN: ACUTE RENAL INFARCTION

OBJECTIVE:

Acute renal infarction is an oft-missed diagnosis. The diagnosis of acute renal infarction is often missed or delayed due both to the rarity of the disease and its non-specific clinical presentation.

The most common complaint is abdominal pain. On physical examination, there may be tenderness in the flank area. Most patients have a history of older age and a predisposition to thromboembolism. Although high LDH is seen in these patients, it is not specific to this disease.

In recent years, the diagnostic rate of renal infarction has been increasing due to the widespread use of abdominal computed tomography (CT) for acute abdominal condition, which is also highly effective in excluding other conditions.

CASE:

A 66-year-old female patient with no known chronic disease was admitted to the emergency room with abdominal pain, nausea and vomiting that started yesterday. She was hospitalized for 2 days due to facial paralysis 1 week ago. On physical examination, there were no signs other than defense in the right upper quadrant. The rhythm on EKG was normal sinus rhythm. biochemistry values and hemogram results were normal. CT was performed on the patient whose complaints did not regress despite IV treatment (Figure-1). She was hospitalized to Nephrology Clinic for conservative therapy.

RESULT:

In conclusion, in a patient with an increased risk of thromboembolism, unexplained flank pain should raise the suspicion of acute renal infarction.

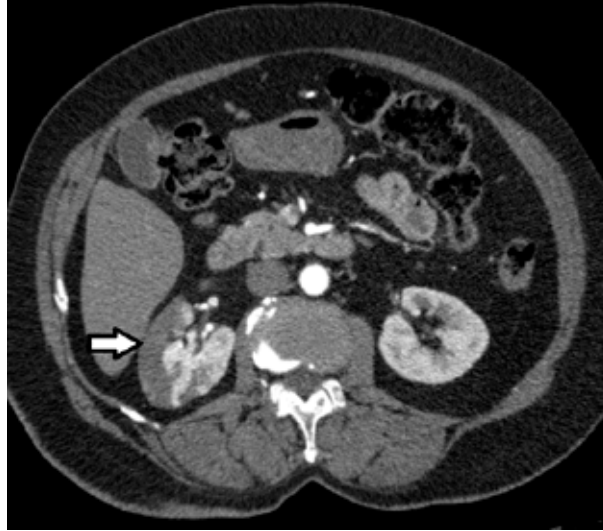


Figure-1 Extending from the cortex to the medulla unenhanced multiple patchy hypodense areas (White arrow)



TAM METİNLER

PEDİYATRİK SİYANÜR ZEHİRLENMESİ: OLGU SUNUMU

Cemile Kübra Zeybek¹, Sema Can², Abdurrahman Yılmaz²

¹Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uşak

²Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Uşak

GİRİŞ

Siyanür eski çağlardan beri bilinen, hızlı etkili, küçük dozlarda bile ölüme neden olabilen güçlü bir zehirdir. Günümüzde siyanür zehirlenmesi siyanürün geniş kullanım alanı nedeniyle çeşitli maruziyetler sonrası ortaya çıkabilir (1). Ayrıca doğada erik, kayısı, şeftali, armut, elma, acı badem, kiraz gibi meyvelerin çekirdekleri içerdikleri Amigdalin nedeniyle doğada siyanür kaynağı olarak bulunmaktadır. Siyanür zehirlenmesinin nonspesifik semptom ve bulguları arasında baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, kusma, konfüzyon, idrar-gaita inkontinansı, dispne, aritmi, nöbet, koma ve ölüm yer almaktadır (1,2). Bu olgu örneği ile acı badem yeme öyküsü olan pediatrik bir hastada ortaya çıkan siyanür zehirlenmesini sunmayı amaçladık.

OLGU

3 yaş erkek çocuk hasta ilçe devlet hastanesine nöbet geçirme şikayeti nedeniyle başvurmuş olup nöbeti midazolam ile durdurulduktan sonra üçüncü basamak acil servisimize sevk edilen hastanın genel durumu orta ve bilinci konfüze idi. Hastanın anamnezinden yaklaşık 6 saat önce acı badem hasadı yapılırken bilinmeyen miktarda acı badem yediği öğrenildi. Bilinen bir hastalık öyküsü olmayan hastada acı badem yeme öyküsüne ilişkin klinik tanı olarak siyanür zehirlenmesi düşünüldü. İlçe devlet hastanesindeki kan gazında pH:7.18 ve laktat değeri 13 olan hastanın hastanemiz başvurusunda pH:7.268, laktat:7.6, baz açığı:-12.5, HCO₃:14.6 idi. Hemogram parametrelerinde WBC 23.42 10³/μL, Hgb:11 g/dL, Hct: 33 %, MCV: 79.2 fL olab ve biyokimya parametrelerinde anormal değer tespit edilmeyen hasta Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine yatırıldı. Takiplerinde vitalleri stabil seyreden, nöbeti tekrar etmeyen hastada ciddi siyanür zehirlenmesi düşünülmeyen ve siyanokit ihtiyacı olmayan hastanın hidrasyonla laktat değerleri geriledi. Genel durumu iyi olan hasta 4. günde önerilerle taburcu edildi.

TARTIŞMA-SONUÇ

“Hidrosiyanik asit” veya “Prussik asit” olarak da adlandırılan siyanür, zehirleyici özelliği yüzyıllardır bilinmesine rağmen ilk defa 1782’de Prusya Mavisi’nden izole edilmiştir. Doğada sodyum siyanür, potasyum siyanür, hidrojen siyanür gibi bileşikler halinde ya da serbest olarak bulunur. Siyanür bileşikleri günümüzde metal kaplamacılık, metal yüzey temizliği, kuyumculuk, plastik sanayii, madencilik, fotoğrafçılık, ziraat ilaç, gübre sanayii gibi pek çok endüstriyel alanda kullanılmaktadır (3). Ayrıca acil hipertansiyon tedavisinde kullanılan sodyum nitroprusid de tiyosiyanat içerir. Doğada erik, kiraz, kayısı, şeftali, acı badem gibi meyvelerin çekirdeklerinde bulunan amigdalin maddesi midede hidrojen siyanüre dönüşebilmektedir. Siyanür mitokondriyal sitokrom oksidaz enzimini inhibe ederek hücrel oksijenin kullanımını bozduğundan hücrel hipoksi ortaya çıkmaktadır. Ağız yoluyla alınmasında zehirlenme yavaş oluşmakta ve kişinin kurtarılması olanaklı olmaktadır. Bu nedenle hem destek tedavisinin hem de spesifik tedavinin erken başlatılması önemlidir. Hafif veya orta dereceli zehirlenme vakalarında destek tedavisi daha ön plandayken, ağır bir toksisitenin söz konusu olduğu vakalarda, destek tedavisinin yanısıra antidot tedavisi de gerekmektedir (3,4).

KAYNAKLAR

- Özkan G, Karcı İ, Ateş AG, Anıl M, İlhan Ö, Ateşli R, Yaprak I. Acute Cyanide Poisoning That Occurs With Apricot Kernel Eating In Two Sisters. Smyrna Tıp Dergisi 2013.
- Uysal C, Karapirli M, Üzün İ. Cyanide poisoning: An unusual case. Journal of Harran University Medical Faculty 2011; 8:3.
- Koçak S, Dündar ZD, Demirci Ş, Cander B, Doğan H. Cyanide Intoxication: A Case Report. AKATOS 2010 1:1.
- Bıçlıoğlu Y, Yıldırım İ, Özkaya PY, Bal A. Pediatric Cyanide Poisoning After Ingestion of Apricot Seeds. J Pediatr Emerg Intensive Care Med 2020;7(2):85-88



TAM METİNLER

ÖLÜMCÜL GASTROTORAKS VAKASI : NADİR BİR PEDIATRİK ACIL DURUM

Başasistan Dr. Kaan Yusufoglu,
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Gastrotoraks, mide içeriğinin ve abdominal organların mediastene herniye olmasından kaynaklanan, solunum ve dolaşım fonksiyonlarının bozulmasına yol açabilen nadir bir durumdur. Tansiyon gastrotoraks, mediastene baskı uygulayarak intratorasik organlara ve damar yapılarına baskı uygulayarak intratorasik basıncı artırır ve hayatı tehdit eden ciddi bir klinik tabloya neden olur. Mediastinal shift, akciğer atelektazisi, trakeal deviasyon gibi klinik durumlara hızlıca neden olarak mortal seyretme eğilimindedir. Tanı klinik özgeçmiş ve fizik muayene ile hızlıca doğrulanmalı, bu ölümcül patoloji akıldan bulundurularak hızlıca uygun resüsitatif işlemler uygulanmalıdır. Bu yazı, 7 yaşında bir kız çocuğunda gelişen ölümcül olan tansiyon gastrotoraks olgusuna odaklanmaktadır.

VAKA SUNUMU: 7 yaşında kız hasta nefes darlığı, göğüs ağrısı ve dispne şikayeti ile acil servise getirildi. Fizik muayenede bilinç konfü, solunum sıkıntısı ve siyanoz mevcuttu. Nabız 80/dk, tansiyon arteriyel 60/40 mmHg olarak ölçüldü. Hasta başı alınan PA akciğer grafisinde mediastinal genişleme ve trakeal deviasyon mevcuttu. Bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde kalbin toraks içerisinde sağa shift yaptığı görüldü. Ayrıca diafragma sınırı net olarak ayırt edilemeyen hastada ayrıca trakeal deviasyon da görüldü. Göğüs boşluğunda mide içeriği tespit edildi. Hastaya hızlıca maske ile oksijen desteği sağlandı, saturasyonu düzelmeyen hasta için entubasyon hazırlığı yapıldı. Hipotansif olan hastaya çift kol damaryolu açılarak hızlı sıvı resüsitasyonuna başlandı. Tansiyon gastrotoraksın neden olduğu intratorasik basıncı azaltmak için hastaya nazogastrik tüp yerleştirildi, ve mide dekompresyonu sağlandı. Hasta bu aşamada göğüs cerrahisi ile konsulte edildi. Konsültasyon sonrası hastaya acil cerrahi kararı alındı. Gastrotoraksa neden olan diafragma yırtığı onarılarak mediastinal hava boşaltıldı. Tedavinin ardından yoğun bakım ünitesinde yakından takip edilen hastanın durumu stabil hale geldi ve solunum fonksiyonları normale döndü.

TARTIŞMA: Tansiyon gastrotoraks, pediatrik acil servislere nadir görülen ancak potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir durumdur. (1,2) Travmatik durumlarda daha sık görülmekle birlikte, doğuştan da olabilmektedir. (3) Doğuştan diafragma yırtığı olan hastalarda bu durum genellikle daha erken bulgu verse de, bulgular bizim vakamızda olduğu gibi çocukluk çağında da ortaya çıkabilmektedir. Erken tanı ve hızlı müdahale hastanın hayatta kalma şansını artırabilir. Tedavide mide dekompresyonu ve seçili vakalarda acil cerrahi hayat kurtarıcıdır. Bu vaka sunumu, tansiyon gastrotoraksın göz ardı edilmemesi gereken önemli bir pediatrik acil durum olarak tanınmasının önemini vurgulamaktadır.

KAYNAKLAR:

- 1) Tension gastrothorax: a case report and review of literature, Journal of Pediatric Surgery Volume 43, Issue 4, April 2008, Pages 740-743
- 2) Tension gastrothorax: acute life-threatening manifestation of late onset congenital diaphragmatic hernia (CDH) in children, Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2015; 23: 49.
- 3) How to manage tension gastrothorax: a case report of tension gastrothorax with multiple trauma due to traumatic diaphragmatic rupture, Int J Emerg Med. 2017 Dec;10(1):4. doi: 10.1186/s12245-017-0131-1. Epub 2017 Jan 26.
- 4) Never seen right gastrothorax: A case report, Trauma Case Reports Volume 28, August 2020, 100316



TAM METİNLER

ACIL SERVİS ÇALIŞANLARININ DEPREM KAYGISI VE DEPREM KAYGISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ökkeş Zortuk¹, Cihan Bedel², Fatih Selvi², Günay Yıldız², Yavuz Fatih Yavız²

¹Defne Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Hatay

²SBU Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Antalya

GİRİŞ

Türkiye'deki Kahraman Maraş Pazarcık merkezli 7.7 MW şiddetindeki deprem, 06.02.2023 tarihinde 50 bin kişinin ölümüne neden oldu. Bu gibi afetler, toplumda depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları gibi psikolojik etkilerle sonuçlanabilir. Deprem sonrasında yaşanan hizmet kesintisi, göç ve sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar stres ve anksiyeteyi artırabilir. Yapılan bir çalışma, depremlerde depresyon ve anksiyete seviyelerinde değişiklik olmamasına rağmen travma ve disosiyasyon skorlarında artış olduğunu göstermiştir. Bu durum, felaketlerin psikolojik ve sosyal sorunlar yarattığını ve önceden hazırlık gerektirdiğini vurgular. Ayrıca, sağlık hizmeti sunan hemşirelerin deprem sonrası hizmet sunumunda desteklenmeleri gerektiği belirtilmiştir (1-5).

Çalışmamızda acil serviste çalışan hekim, yardımcı sağlık personeli ve sağlık personellerinin afet sonrasındaki anksiyete durumunu ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesini hedefledik.

MATERYAL VE METOT

Çalışmaya 18 yaş ve üzeri bireyler dahil edilirken, katılımcıların onay vermemesi veya eksik anket doldurmaları dışında bırakıldı. Bel ve Akgül tarafından (6) geliştirilen "Deprem Kaygısına Yönelik Tutum Ölçeği" (EAS), tek faktörlü ve 34 maddeden oluşan bir ölçektir. Maddeler 1 ile 5 arasında puanlanır ve en düşük 34, en yüksek 170 puan alınır. Bu çalışmada ortalama EAS puanı 65.36±31.94 olarak saptanırken, Cronbach's Alpha değeri 0.979 olarak bulundu. SPSS 21.0 analizlerinde kategorik değişkenler için frekans, skaler değişkenler için ortalama ± standart sapma kullanıldı. EAS ölçeği, 2 kategorili karşılaştırmalarda t-testi, 2'den fazla durumda ANOVA ile değerlendirildi. Katılımcıların yaş ve EAS skoru arasında Pearson Korelasyon analizi yapıldı, p<0.05 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 99 kişinin %49,5'i kadındı ve yaş ortalaması 34,74±7,04 olarak belirlendi. Demografik verilere göre yapılan analizde, erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre EAS skorlarının anlamlı şekilde düşük olduğu bulundu (p<0,001). Daha önce bir depremde yakınına kaybeden ve maddi kayıp yaşayan bireylerin EAS puanları ise anlamlı şekilde yüksek çıktı (p=0,038, p=0,047). Katılımcıların EAS puanları ve yaşları arasında anlamlı bir korelasyon bulunamadı (r=-0,1338, R²=0,01913, p=0,172). Çalışmanın detaylı demografik verileri ve gruplandırılmış EAS puanlarına ilişkin karşılaştırmalar Tablo 1 ve Tablo 2'de sunulmuştur.

TARTIŞMA

Anadolu yarımadası, Kolombiya Üniversitesi Center for Hazards and Risk Research verilerine göre tektonik hareketler ve depremler açısından önemli bir bölgedir. Doğal afetler toplumsal etkiler yaratır; ekonomik, sosyolojik ve tıbbi sorunlara yol açarlar. Afetlerde fizyolojik stresin yanı sıra sosyoekonomik sonuçlar ve mental sağlık sorunları da gözlenir. Deprem, yıkımlara neden olabilir ve Gestner ve ekibinin çalışmasına göre çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve intihar riskini artırabilir. Çıtak'ın çalışması, depremlerin önemli bir kısmında travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve uyku bozukluğu olduğunu belirtir. Acil servisler, yüksek anksiyete seviyelerinin yaşandığı riskli alanlardır ve Alharthy ve ekibinin çalışmasına göre desteklenmeye ihtiyaç duyarlar. Deprem, kitlesel anksiyeteye ve uzun vadeli psikolojik sorunlara neden olabilir. Kadınların, depremde yakınına kaybeden veya maddi zarara uğrayan bireylerin anksiyete düzeyi genellikle diğer gruplara göre daha yüksektir (7-13).

SONUÇ

Çalışmamızda saptadığımız bulgulara göre, kadın katılımcıların ve daha önceden depremde etkilenmiş olan kişilerin doğal afet durumunda daha yüksek bir kaygıya sahip olabileceği görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Morganstein, J.C. and R.J. Ursano, Ecological Disasters and Mental Health: Causes, Consequences, and Interventions. Front Psychiatry, 2020. 11: p. 1.
2. AFAD, 06 Şubat 2023 Pazarcık (Kahramanmaraş) Mw 7.7 Elbistan (Kahramanmaraş) Mw 7.6 Depremlerine İlişkin Ön Değerlendirme Raporu, D.D. BAŞKANLIĞI, Editor. 2023, AFAD.
3. Keya, T.A., et al., Mental Health Disorders Due to Disaster Exposure: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cureus, 2023. 15(4): p. e37031.
4. Gülay Taşçı and F. Özsy, Deprem travmasının erken dönem psikolojik etkileri ve olası risk faktörleri. Cukurova Medical Journal, 2021. 46(2): p. 488-494.
5. Kocak, H.S. and E. Kaplan Serin, Are Nurses Ready for a Disaster in Turkey? A Hospital Case. Disaster Med Public Health Prep, 2023. 17: p. e436.
6. Fatih Bal and Ö. Akgül, Deprem Kaygısı Ölçeği Geliştirme Çalışması Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2023. 11(139): p. 77-96.
7. United States Geological Survey. N.D. "Latest Earthquakes.". 2023 [cited 2023 November]; Available from: www.earthquake.usgs.gov/earthquakes/map/.
8. Kreimer, A., Social and Economic Impacts of Natural Disasters. International Geology Review, 2010. 43(5): p. 401-405.
9. Mental health in emergencies. 2023 [cited 2023 November]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>.
10. Gerstner, R.M.F., et al., Earthquake-related stressors associated with suicidality, depression, anxiety and post-traumatic stress in adolescents from Muisne after the earthquake 2016 in Ecuador. BMC Psychiatry, 2020. 20(1): p. 347.
11. ÇITAK, Ş., Psychological Experiences and Risk Factors in Earthquakes. Journal of Family Counseling and Education, 2023. 8(2): p. 116-134.
12. Alharthy, N., et al., Assessment of Anxiety Level of Emergency Health-care Workers by Generalized Anxiety Disorder-7 Tool. Int J Appl Basic Med Res, 2017. 7(3): p. 150-154.
13. Bahrami, F. and N. Yousefi, Females are more anxious than males: a metacognitive perspective. Iran J Psychiatry Behav Sci, 2011. 5(2): p. 83-90.



TAM METİNLER



Tipik göğüs ağrısı ile prezente olan post miyokardiyal infarktüs sonrası gelişen perikardit olgusu: Dressler Sendromu



Güven Yılmaz, Emre Yılmaz, Mustafa Çalık

İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Giriş:

Dressler sendromu (postkardiyak injuri sendromu); myokard infarktüsü (MI), kalp cerrahisi, göğüs travmaları, pace-maker takılması, angioplasti sonrası ortaya çıkan, çoğunlukla infarktüsden sonraki 2-8. haftada, cerrahiden sonraki 3. haftada gelişen, ateş, plörit - perikardit ve akciğer parankim infiltrasyonu (pnömonitis) ile karakterize bir sendromdur.(1)

Vaka Sunumu:

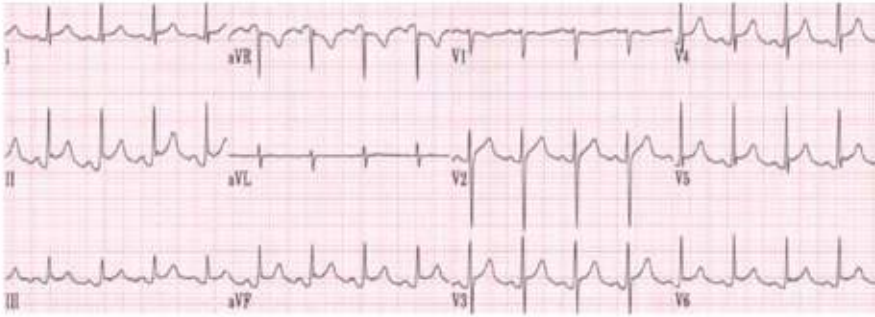
65 yaş erkek hasta 2-3 gündür olan nefes darlığı ve aynı gün başlayan tipik göğüs ağrısı ile kliniğimize başvurdu. 1 hafta önce anjio öyküsü mevcutmuş. Öne eğilmekle azalan bir ağrı tariflendi. Çekilen ekg sinde avr de pr elevasyonu ve diğer derivasyonlarda yaygın pr depresyonları görüldü. Çekilen bt sinde ve yatakbasi usg de perikardiyal mayi tespit edildi. Kan tetkiklerinde wbc:15.000 crp:241 trop:negatif gelen ve ek enfeksiyon odağı saptanmayan hasta perikardit ön tanısı ile kardiyolojisi olan merkeze sevk edildi. Takiplerinde tamponad bulguları gelişen hastaya perikardiyosentez uygulanmış ve 500 cc mayi boşaltılmış. 5 gün süreyle nsaid ve antibiyoterapi ile servis takibi yapılan hasta komplikasyonsuz taburcu edilmiş.

Tartışma :

Dressler sendromunun rekürren immunoinflamatuar bir sendrom olduğu, miyokard hasarı veya akut MI'ı takiben miyokardiyal antijenlerin salındığı ve bazı olgularda immün komplekslerin oluşabileceği düşünülmektedir.DS tanısı klinik bulgulara göre ve pulmoner emboli, konjestif kalp yetmezliği, ateletazi ve pnömoni gibi tanılar ekarte edilerek konur.DS tanısında bazı kriterlerin kullanılabileceği bildirilmektedir. Bunlar major ve minör kriterler olarak sınıflandırılmıştır.Major kriterler; perikardiyal veya plevral sürtünme sesi, göğüs ağrısı ve 38C'nin üzerinde ateş olması, minör kriterler ise; sedimentasyon hızında, C-reaktif protein seviyesinde ve lökosit sayısında artış olmasıdır. İki major ve bir minör kriter varlığının DS tanısı için yeterli olduğu ifade edilmektedir.(2)

Sonuç:

Miyokard infarktüsü nedeni ile anjio yapılan bir olguda ateş, göğüs ağrısı, nefes darlığı ile birlikte perikardiyal efüzyon tespit edilirse ve ek bir enfeksiyon odağı bulunamazsa DS ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. DS'nin tedavisinde kortikosteroid veya nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar önerilmektedir. Steroid uygulaması ile semptom ve bulgularda tam düzelmeye olabileceği bildirilmektedir .(3) Rekürrens durumunda tedavide kolsisin kullanımı tavsiye edilmektedir



(1)Wessman DE, Stafford CM. The postcardiac injury syndrome: case report and review of the literature. South Med J 2006; 99: 206-207.)

(2)(Versey JM, Gabriel R. Soluble-complex formation after myocardial infarction. Lancet 1974; 2: 493-494.)

(3)(Kim S, Sahn SA. Postcardiac injury syndrome. An immunologic pleural fluid analysis. Chest 1996; 109: 507-512)



TAM METİNLER

NADİR GÖRÜLEN BİR YABANCI CİSİM : ÇAKMAK YUTULMASI : CASE REPORT

Aynur YURTSEVEN
Ankara Etik City Hospital

GİRİŞ: Yabancı cisim yutulması genellikle küçük yaş çocuklarda, yaşlılarda, mahkumlarda ve psikotik hasta grubunda daha sık görülür. Psikotik vakalar içinde ise en sık şizofreni hastalarında rastlanmaktadır. Sağlıklı yetişkinler ve yaşça büyük çocuklar yabancı cisim yutulmasını tanımlayabilir ve belirli bir rahatsızlık bölgesini işaret edebilirken küçük yaş grubu çocuklar, zihinsel engelli yetişkinler ve psikiyatrik hastalığı olan hastalar yabancı cisim yutulduğuna dair bir öykü veremeyebilir. Bundan dolayı tanı koymada gecikme ve komplikasyon görülme oranında artış görülmektedir. Yutulan yabancı cisimlerin yaklaşık yüzde 12'si pilordan geçemez ve tıkanma, gastrik mukozal ülserasyon ve kanamaya yol açabilir. Obstrüksiyon varlığında, ilk tedavi seçeneği endoskopik girişim olmalıdır. Psikiyatrik hastalar farklı boyut ve şekillerde yabancı cisim yutabilir. Literatürde çakmak yutma insidansı bilinmemekle birlikte bu durum son derece nadir olarak karşımıza çıkmaktadır. Çakmak içindeki sıvı benzen, bütan, heksamın ve propan gibi toksik kimyasalların direkt etkisi ile ve genellikle 6 cm'den uzun sert nesneler olmasından dolayı hızlı bir şekilde çıkartılması gerekmektedir. Burada nadir olarak karşımıza çıkan çakmak yutulmasına bağlı görülebilecek durumları tekrar gözden geçirmek istedik.

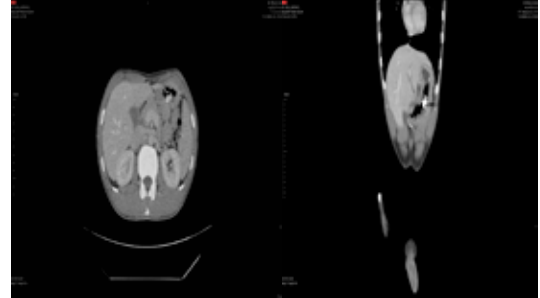
OLGU: 27 yaşında daha öncesinde şizoaffektif bozukluk tanısı alan ve rexapin tedavisi başlanan erkek hasta, yakınları tarafından çakmak yutması şikayeti ile acil servise getirildi. Hastanın son 1 aydır az uyuma, sinirlilik, anlamsız konuşma, şüphecilik ve öfke kontrol güçlüğü şikayetleri mevcut olup bir gün öncesinde su şişesi içine çakmak koyduğu ve bu şişeden su içmeye başlağı ve en son olarak da çakmağı yuttuğu hasta yakınlarından öğrenildi. Herhangi bir kusma ve karın ağrısı gözlemlenmeyen hastanın fizik muayenesinde; bilinci açık, karın ve diğer sistemik muayenede değerlendirilebildiği kadarıyla herhangi bir özellik tespit edilemedi. Geliş TA:96/64, oksijen saturasyonu oda havasında 96, nabız:99 atım/dakika, solunum sayısı dakikada 20 olarak ölçüldü. Psikiyatrik muayenesinde; görünümü sosyokültürel düzeyiyle uyumlu, özbakımı azalmış, duygudurum disforik, düşünce içeriğinde paranoid düşünceleri olduğu görüldü. Aktif veya pasif susidal ve homisidal düşünce ve planı yoktu. Hastaya çekilen ayakta direkt batın grafisinde (Resim 1) yabancı cisim tespit edilmesi üzerine kontrastlı abdominal BT planlandı. Batın BT'de; mide lümeni içinde pilora yakın kısımda, lineer metalik komponentleri bulunan, yaklaşık 6.5x2 cm boyutlarında yabancı cisim tespit edildi (Resim 2). Kan değerlerinde bir patoloji saptanmayan hasta hızlı bir şekilde endoskopiye yönlendirildi. Yutmuş olduğu yabancı cisim başarılı bir şekilde çıkartıldı (Resim 3) ve mide mukozasında eroziv bir durum tespit edilmeyen hasta kontrol amaçlı psikiyatri kliniğine devir edildi.

SONUÇ: Çakmak sıvılarının içindeki zararlı maddelere hidrokarbon denir. Çakmağın türüne bağlı olarak benzen, bütan, heksamın, lakolen, nafta, propan içerebilir. Bu tür zehirlerin yutulması vücudun birçok yerinde ciddi etkiler yaratabilir. Deri ve deri altındaki dokularda tahriş, boğazda şiddetli ağrı, öksürük, burunda, gözlerde, kulaklarda, dudaklarda veya dilde şiddetli ağrı veya yanma, görme kaybı, özefagus mukozasında irritasyonun şiddetine bağlı olarak çeşitli derecelerde yanık, kusma, hemoptizi, şiddetli karın ağrısı, azalan idrar çıkışı, dışkıda kan, hızla gelişen hipotansiyon(şok), nefes alma zorluğu, göğüs ağrısı, bilinç bulanıklığı, konfüzyon, aşırı uyku hali, halüsinasyonlar, nöbet görülebilir. Solunum yolu veya gastrointestinal sistemdeki yanıklar doku nekrozuna yol açabilir, hatta maddenin ilk yutulmasından birkaç ay sonra bile enfeksiyon, şok ve ölümlerle sonuçlanabilir. Acil serviste; hastanın ateş, nabız, solunum hızı ve kan basıncı gibi vital bulguları değerlendirilip, kan ve idrar testleri, PA akciğer grafisi, ADBG, Elektrokardiyogram (EKG) ve klinik duruma göre; erken dönemde bronkoskopi ve endoskopi planlanmalıdır. Prognoz; zehirlenmesinin ne kadar şiddetli olduğuna ve ne kadar çabuk tedavi gördüğüne bağlı olarak değişmektedir. Tıbbi müdahale ne kadar hızlı verilirse komplikasyon görülme sıklığı da o oranda azalır. Bizim olgumuzda da olaya şahit olanların bulunmasından dolayı hastaya erken dönemde müdahale edilmiş ve olası komplikasyonların önüne geçilmiştir.

ANAHTAR KELİMELEER: acil servis, psikiyatrik bozukluk, yabancı cisim yutulması, çakmak yutulması



Resim:1 X-Ray görüntülemesinde yabancı cisim varlığı



Resim 2: Kontrastlı Abdominal BT 'de mide içerisinde yutulan çakmak yabancı cisim varlığı



Resim:3 Endoskopi esnasında yabancı cisim varlığı



TAM METİNLER

ACIL SERVİSE BAŞVURAN TRAVMA HASTALARININ ANALİZİ

Ayşe Şule AKAN¹, Serhat KOYUNCU¹

¹ Kayseri Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri, Türkiye

GİRİŞ

Travma özellikle hayatı daha dinamik olarak yaşayan, genellikle 1-44 yaş arası, insan ömrünün ilk 4 dekatını ilgilendiren bir problemdir [1]. Travma nedeni ile acil servise başvurular oldukça fazladır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda ortalama 60 milyon hasta travma ile acil servis başvurumaktadır. Altmış milyon hastanın %50'si tıbbi bakım gerektirirken bunun da %12'si hastaneye yatış gerektirmektedir [2]. Almanya'da dakikada bir kişi travma nedeni ile yaralanmakta ve her 50 dakikada bir kişi de yine aynı nedenle ölmektedir [3]. Düzenli şehirleşmenin olmadığı ülkelerde travma mortalite ve morbidite açısından sosyoekonomik problemler içeren bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. İlk 4 dekatteki ölüm nedenleri içerisinde ilk sırayı almaktadır. Bu ölümlerin %50'si olay yerinde veya hemen sonrasında olmakta iken %30'u ise ilk 3 saat içerisinde gerçekleşmektedir [4].

Travmaya bağlı ölümleri üç grupta toplayabiliriz. Bunlardan ilki istemli yaralanmalardır (%35); istemli yaralanmaların %60'ı suicidal girişimler, %40'ı saldırıya bağlı olan yaralanmalardır. İkinci grup istemsiz yaralanmalardır (%63) ve üçüncü grup nedeni bilinmeyen yaralanmalardır (%2). İstemsiz yaralanmaları da %49'u motorlu araç kazaları, %51'i ise düşme, boğulma, yaya kazaları ve diğer kazalar olarak gruplandırabiliriz [5].

Bu çalışmada kliniğimize başvuran travma hastalarının verileri ile literatüre güncel veri sağlamayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

1 Nisan 2023 – 31 Mart 2024 tarihleri arasında Kayseri Şehir Hastanesi 7/24 hizmet veren acil servis travma alanına ayakta başvuran 99.198 ardışık hastayı yaş, cinsiyet, tanı ve geliş saatleri açısından geriye dönük olarak inceledik. Travma şikayeti ile başvuran çocuk ve gebe hastalar da dahil tüm başvurular çalışmaya dahil edilmiştir.

BULGULAR

Kayseri Şehir Hastanesi acil servisine bu süre aralığında toplam 474.629 hasta başvurdu. Tüm hastaların 99.198'i ayakta başvuru travma alanında muayene edildi. Travma alanına başvuran hasta sayısının acil servise başvuran toplam hasta sayısına oranı %21 idi. Hastaların 66.710'u (%67,2) erkek ve yaşları 0 ila 95 arasında idi. Hastaların 32.488'i (%32,7) kadın ve yaşları 0 ila 114 arasında idi. Hastaların ortalama yaşı 27,9±18,97 idi. En sık başvuru saati 16.00 ile 20.00 arasında idi. Bu saatler arasında toplam 25.989 hasta muayene edildi ve bu sayı tüm bakılan travma hastalarının %26'sına tekabül etmekteydi. Travma alanına en sık başvuru tanısı ICD-10 tanı koduna göre W19 kodu olan 'Düşme, tanımlanmamış' idi. Bu tanı ile 16.301 hasta başvuru yapmıştı ve tüm hastalara oranı ise %16,5 idi. Z04.2 tanı kodu ile 'İş kazası sonrası muayene ve gözlem' tanısı olan hasta sayısı 7.707 (%7,8) idi ve önemsenmeyecek kadar az değildi.

TARTIŞMA

Majör Travma Sonuç Çalışması (MTOS), Amerikan Cerrahlar Koleji Travma Komitesi aracılığıyla koordine edilen bir çalışmada 80.544 travma hastası incelenmiş ve erkek hasta oranı %71,1 iken kadın hasta oranı %28,1 ve hastaların ortalama yaşı 28,9 olarak bulunmuştur [6]. Almanya Köln'deki 612 travma hastası ile yapılan bir çalışmada hastaların 401'i (%66) erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 36,5 idi [7]. Ülkemizde Pakdemir M. ve ark.'nın travma hastalarına yönelik yaptığı epidemiyolojik çalışmada 1.063 hastanın %59'u erkek, %41'i kadın, hastaların yaş ortalaması ise 40,6 idi [8]. Bizim çalışmamızda ise 99.198 hastanın %67,2'si erkek, %32,2'si kadın hasta, yaş ortalaması 27,9 idi. Bu çalışmaların da belirttiği gibi genç ve erkek popülasyon travmaya daha çok maruz kalmaktadır. Young WW. ve ark.'nın travma hastalarıyla ilgili yaptığı çalışmada travma nedenlerinin en çok %37,2 oranı ile düşmeler ardından %26,2 motorlu taşıt kazası olduğu görülmüştür [9]. Çırak B. ve ark.'nın travma hastalarının epidemiyolojisi ile ilgili yapmış olduğu çalışmada travma nedenleri arasında %39 ile düşme ilk sırada iken trafik kazası %28 ile ikinci sıradadır. Pakdemir M. ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada düşme %43,5 ile ilk sırada, motorlu taşıt kazası %19 ile ikinci sırada yer almaktadır [8]. Çalışmamızda travma nedenleri incelendiğinde %16,5 ile düşme ilk sırada yer almıştır. Bu çalışmalarda da görüldüğü gibi düşmeler en sık görülen travmalardır.

SONUÇ

Acil servise travma nedeni ile başvuran hastaların profili yaşadıkları coğrafi özellikler, sosyoekonomik durum, sanayileşme ve nüfus oranı, eğitim seviyesi ile bağdaşmaktadır. Travma hastalarına sadece tedavi edici hizmetler ile yaklaşılmalıdır. Koruyucu hizmetler ile travmanın oluşmaması için de önlemler alınması gerekmektedir. Çalışmamızda olduğu gibi birçok travma hastası kendi imkanları ile acil servise başvurumaktadır. Travma hastalarının transportu ise oldukça önemlidir. Uygun koşullardaki ambulanslar ile taşınmaları gerekmektedir. Bu sayede mortalite ve morbidite oranlarının azalacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- Emery, N.J., Cognitive ornithology: the evolution of avian intelligence. Philosophical Transactions of the Royal Society B-Biological Sciences, 2006. 361(1465): p. 23-43.
- Pekdemir, M., et al., Determination Of The Epidemiological Characteristics Of The Trauma Patients. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 2000. 6(4): p. 250-254.
- Alexander, R. and H. Proctor, American College of Surgeons. Committee on Trauma. Advanced trauma life support program for physicians: ATLS. 1993.
- Çırak, B., et al., Early surgery in the management of head trauma complications. 1998.
- Ruiz, E., Initial approach to the trauma patient. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 4th ed. New York: McGraw Hill, 1996: p. 1127-31.
- CHAMPION, H.R., et al., The Major Trauma Outcome Study: Establishing National Norms for Trauma Care. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 1990. 30(11): p. 1356-1365.
- Bouillon, B., et al., Trauma Score Systems: Cologne Validation Study. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 1997. 42(4): p. 652-658.
- Pekdemir, M., et al., Determination of the epidemiological characteristics of the trauma patients. 2000.
- Young, W.W., et al., Defining the major trauma patient and trauma severity. J Trauma, 1991. 31(8): p. 1125-41.



TAM METİNLER

A RARE CASE OF CONCURRENT HIGH ANION GAP METABOLIC ACIDOSIS - MINOCA AND METHANOL POISONING: A CASE REPORT

SHORT TITLE: MINOCA AND METHANOL POISONING

ABSTRACT

Myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries (MINOCA) is a relatively novel clinical puzzle characterized by limited research. In this case, we aimed to present the co-occurrence of methanol poisoning and MINOCA syndrome. This case demonstrates the importance of monitoring not only cardiac function but also ECG and cardiac biomarkers in patients within a high anion gap metabolic acidosis environment.

KEYWORDS: MINOCA; anion gap; metabolic acidosis; poisoning; emergency.

INTRODUCTION

Myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries (MINOCA) is a relatively novel clinical puzzle, accounting for approximately 10% of all acute myocardial infarction cases, characterized by limited research^{1,2}. In patients presenting with chest pain and acute myocardial injury detected by high-sensitivity troponin (hs-Tn) testing, the diagnosis is established when there is no stenosis of 50% or more in the coronary arteries on angiography¹. MINOCA constitutes a heterogeneous group of conditions that can develop due to various etiologies, including epicardial vascular causes such as coronary plaque rupture, spasm, and spontaneous dissection, as well as microvascular causes such as coronary thromboembolism and microvascular dysfunction, or non-ischemic events such as myocarditis and myopathies³. Due to the differing pathophysiology, the management of patients with MINOCA differs significantly from that of other acute myocardial infarction (AMI) patients⁴. In this case, we aimed to present the co-occurrence of methanol poisoning and MINOCA syndrome. To the best of our knowledge, we did not encounter any reported cases of myocardial infarction in non-obstructive coronary arteries associated with methanol poisoning accompanied by high anion gap metabolic acidosis in the literature we reviewed.

CASE

A 41-year-old male patient was brought to our hospital's emergency department due to the sudden onset of altered consciousness. According to information obtained from the patient's relatives, there was no accompanying illness, but a history of chronic alcohol consumption was reported. It was learned that on the day of admission, the patient consumed approximately one liter of homemade raki. Upon initial evaluation in the emergency department, the patient's overall condition was poor, with a Glasgow Coma Scale (GCS) score of 6. His body temperature was 36.4°C, heart rate was 119 beats per minute, oxygen saturation (SpO₂) in room air was 85%, blood pressure was 70/40 mm-Hg, and blood glucose level was 100 mg/dL (Table 1). Electrocardiography (ECG) showed sinus tachycardia with T wave inversions in chest leads (Figure 1.A). Bedside echocardiography revealed an ejection fraction of 60%, no segmental wall motion abnormalities, and no evidence of pericardial effusion.

The patient was intubated and connected to a mechanical ventilator. A hemodialysis catheter was inserted. The normovolemic patient received maintenance fluid therapy, and dual inotropes were initiated due to hypotension. Treatment for methanol poisoning was initiated. The patient was urgently admitted to hemodialysis. The hourly monitoring of blood gas parameters for the patient who underwent continuous hemodialysis for 9 hours, along with admission and follow-up biochemical parameters, is presented in Table 2. After hemodialysis, the blood gas returned to normal. Throughout this period, the patient underwent ECG monitoring. The ECG findings associated with hyperkalemia resolved by the 3rd hour of hemodialysis in the patient whose hyperkalemia was corrected with hemodialysis (Figure 1.B).

During the patient's latest follow-up, inferior ST-segment elevation myocardial infarction was detected on the ECG (Figure 1.C). The patient underwent emergency coronary angiography, which revealed normal coronary arteries (Video 1). Subsequently, the patient was admitted to the intensive care unit. The patient, who clinically improved during follow-up, was discharged.

DISCUSSION

The MINOCA syndrome was first described 80 years ago. The initial studies conducted by DeWood et al. included demonstration of occluded coronary arteries in 90% of ST-elevation myocardial infarction (STEMI) patients. While this groundbreaking study emphasized the importance of coronary obstruction in the pathogenesis of AMI, it also confirmed the absence of obstruction in approximately 10% of patients⁵.

With the publication of a position paper on MINOCA by the ESC in 2016, its significance has been better understood and has paved the way for many subsequent studies. Particularly due to its occurrence in younger patients and the differences in etiology, prognosis, and treatment protocols, clinicians should pay special attention to it³.

In its etiopathogenesis, coronary artery spasm and coronary plaque rupture are the two most commonly known causes³. Approximately 40% of MINOCA cases arise from plaque rupture. Plaque rupture leads to less than 50% stenosis of the coronary artery lumen. Coronary artery spasm is another major factor implicated in its etiology. This condition is thought to occur as a result of abnormal responses of vascular smooth muscles to endogenous or exogenous stimuli³.

When we look at other causes, myocarditis is also one of the most common non-coronary reasons for MINOCA. It is estimated to account for approximately one-third of cases. It primarily stems from Coxsackie virus, adenovirus, influenza virus, and Epstein-Barr virus³. When the literature is reviewed, it is observed that MINOCA syndrome accompanied by methanol poisoning has not been reported. The hemodynamic instability and high anion gap metabolic acidosis disrupted in methanol poisoning can lead to both impaired coronary artery perfusion and suppression of myocardial tissue function. Although the observed ST segment elevation in our case provided metabolic and hemodynamic stability, it indicates that coronary and myocardial involvement persists.

CONCLUSION

This case demonstrates the importance of monitoring not only cardiac function but also ECG and cardiac biomarkers in patients within a high anion gap metabolic acidosis environment.

REFERENCES

1. Takahashi J, Onuma S, Hao K, Godo S, Shiroto T, Yasuda S. Pathophysiology and diagnostic pathway of myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. *J Cardiol*. 2024;83(1):17-24. doi:10.1016/j.jjcc.2023.07.014.
2. Baine KR, Welsh RC, Alemayehu W, et al. Population-level incidence and outcomes of myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries (MINOCA): Insights from the Alberta contemporary acute coronary syndrome patients invasive treatment strategies (COAPT) study. *Int J Cardiol*. 2018;264:12-17. doi:10.1016/j.ijcard.2018.04.004.
3. Abdu FA, Mohammed AQ, Liu L, Xu Y, Che W. Myocardial Infarction with Nonobstructive Coronary Arteries (MINOCA): A Review of the Current Position. *Cardiology*. 2020;145(9):543-552. doi:10.1159/000509100.
4. Cheema AN, Yanagawa B, Verma S, Bagai A, Liu S. Myocardial infarction with nonobstructive coronary artery disease (MINOCA): a review of pathophysiology and management. *Curr Opin Cardiol*. 2021;36(5):589-596. doi:10.1097/HCO.0000000000000886.
5. Agewall S, Beltrame JF, Reynolds HR, et al. ESC working group position paper on myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. *Eur Heart J*. 2017;38(3):143-153. doi:10.1093/eurheartj/ehw149.

Figure 1. The initial electrocardiogram of the patient highlights T-wave inversions in the chest leads, as indicated by the red arrow (A). This was accompanied by hyperkalemia. It is observed that the T-wave inversions on the electrocardiogram returned to normal after the potassium level returned to normal (B). In the subsequent electrocardiogram, ST segment elevation observed in the inferior leads, indicated by red arrows, is visible (C).

Video 1. It is observed that the patient's coronary angiography shows normal findings.

TAM METİNLER

LERİCHE SENDROMU VAKA SUNUMU

Uzm Dr Yunus DOĞAN

MUŞ DEVLET HASTANESİ, ACİL SERVİS

GİRİŞ

Leriche sendromu, distal aort ve iliak arterlerdeki trombotik oklüzyonla karakterizedir.¹ Klasik triadı; Kladikasyon, femoral nabızların alınamaması ya da zayıf alınması ve erektil disfonksiyondur.² Hipertansiyon, diyabet ve sigara en önemli risk faktörlerindendir. Leriche sendromu uzun sürede geliştiğinden kollateral oluşumuna izin verdiği için kritik ekstremité iskemisi sıklıkla görülmez.³ Tedavisi aortabifemoral by-pass cerrahisi, cerrahi uygun olmayan hastalarda da stentli veya stentsiz perkütan translüminal anjiyoplastidir.⁴

VAKA SUNUMU

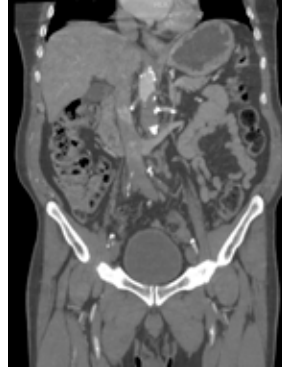
77 y erkek, bilinen ht hastası. 60 p/yıl sigara öyküsü mevcut. Acil servise sıkıştırıcı tarzda göğüs ağrısı ile başvurdu. Ek şikayeti yok. Uzun süredir ilaçlarını kullanmadığını beyan ediyor. TA:220/110, Nabız:80, Sat:98, Ateş:36,5. EKG: NSR. Trop: Negatif. Diğer kanlarında anlamlı akut patoloji yok. Ön tanıda AKS ve Aort diseksiyonu düşündüğümüz hasta için toraks batın anjiyo bt çektik (Resim 1-5).



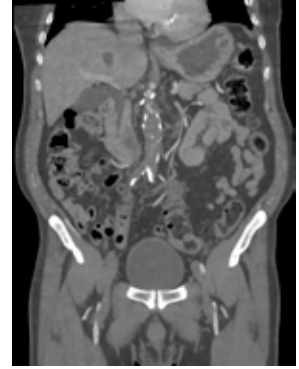
Resim 1. Tromboze iliak arterler



Resim 2. Tromboze distal aort



Resim 3. Tromboze distal aort



Resim 4. Tromboze distal aort, aort bifurkasyonu ve iliak arterler



Resim 5. Femoral arterler ve kollateralleri

Hastayı tanıya yönelik tekrar sorguladığımızda uzun süredir olan 100m yürümekle bacak ağrısı olduğunu öğrendik. Bunu umursadığını ve bacak ağrısı için hiç doktora gitmediğini söyledi. Muayenesinde femoral ve distal nabızlar açık. Kalp ve Damar Cerrahisi ile konsülte edildi. İleri yaş nedeniyle operasyon önerilmedi. Endovasküler girişim için ileri merkeze sevki planlandı.

SONUÇ

Leriche sendromu, egzersizle bilateral bacak ağrısı şikayetiyle gelen hastalarda düşünülmesi gereken bir tanıdır. Bizim hastamızda olduğu gibi insidental olarak da tanı konulabilir. Acil serviste sıklıkla atlanabilecek tanılardan olup myalji, lomber disk hernisi ile karışabilecek akılda tutulması gereken bir tanıdır.

KAYNAKLAR

1. Leriche R, Morel A. The Syndrome of Thrombotic Obliteration of the Aortic Bifurcation. Ann Surg 1948;127(2):193- 206
2. Jian W, Tajima H, Murata S, et al. Renal artery stenosis in a patient with Leriche syndrome: brachial artery access for stent placement. Radiat Med 2004;22(1):49-51
3. Yoon DH, Cho H, Seol SJ, Kim T. Right calf claudication revealing leriche syndrome presenting as right sciatic neuropathy. Ann Rehabil Med. 2014 Feb;38(1):132-7
4. Frederick M, Newman J, Kohlwes J. Leriche syndrome. J Gen Intern Med. 2010 Oct;25(10):1102-4.



TAM METİNLER

AKUT ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU ÖN TANISI OLAN ÇOCUK HASTALARDA MULTİPLEKS PCR YÖNTEMİYLE VİRAL VE BAKTERİYEL ETKENLERİN SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI

M. Hülya ASLAN, Mehtap TOPCU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Tıp Fakültesi, Erzurum

GİRİŞ

Üst solunum yolu denildiğinde burun, paranazal sinüsler, nazofarenks, orofarenks ve larenks başta olmak üzere baş ve boyunda yer alan ve toraksın üzerinde bulunan anatomik oluşumlar akla gelir. Erişkinlerde yılda ortalama 2-4 kez, çocuk yaş grubunda her yıl ortalama 6-10 kez kadar görülebilen üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSYE) genellikle kendi kendini sınırlar ve nadiren de komplikasyonlara yol açarlar. Etyolojide viral ve bakteriyel mikroorganizmalar etkili olurlar. Bazen başlangıçta viral enfeksiyon varken sekonder olarak bakteriyel özellik kazanır veya birden fazla etyolojik ajan aynı anda izole edilebilir.

Solunum yolu hastalıklarının etiyolojisi ve semptomatolojisi yaş, cinsiyet, mevsim, risk altındaki popülasyon türü ve diğer faktörlere göre değişebilmektedir. Beta Hemolitik Streptokoklar (en sık Streptococcus pyogenes), tonsillofarenjit etkenleri arasında en sık görülen bakterilerdir. Akut orta kulak iltihabına genellikle Streptococcus pneumoniae (% 30-50), Haemophilus influenzae ve daha düşük oranda Moraxella catarrhalis neden olmaktadır. Sinüzit etiyolojisinde rol oynayan başlıca bakteriyel etkenler S. pneumoniae, H. influenzae, M. catarrhalis ve S. pyogenes'tir. S. pneumoniae ve H. influenzae viral akut rinosinüzit ile birlikte bakteriyel süper enfeksiyona neden olan en yaygın mikroorganizmalardır. Patojenler genellikle damlacık ve temas yoluyla bulaşır. 5 mikrometreden küçük partiküllü virüsler havada bir saat kalarak solunum yoluyla enfeksiyona neden olabilir. 1 metreden az hareket eden ve 10 mikrometreden büyük partiküllerle konjonktiva ve nazal mukozaya inoküle olabilirler. Ayrıca Soğuk algınlığına sahip kişinin eli dahil kullandığı eşyasıyla virüs transferi sağlanır. İnokulasyon sonrasında patojene karşı fiziksel ve mekanik bariyerler, hücrel ve hücrel immüniteye ait defansif mekanizmalar bulunmaktadır. Nasal vestibüldeki tüyler, mukus tabakası ve mukosilier aktivite fiziksel ve mekanik bariyerlere örnek olarak verilebilir. Waldeyer halkasına ait lenfoid dokular, mukozada bulunan humoral immüniteye ait immünglobulinler ve hücrel immünite elemanları diğer bir savunma mekanizmasıdır. Ayrıca normal florada bulunan mikroorganizmalar da bu patojenlerin çoğalmasını engellemektedir.

Klinik tablo sağlıklı bireylerde genellikle hafif belirtiler ile seyrederken, enfeksiyon özellikle beş yaş altı çocuklarda, yaşlılarda ve immünsüpre kişilerde ciddi oranda morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilmektedir. Yapılan araştırmalar, solunum yolu enfeksiyonlarının yol açtığı iş gücü kaybı ve tedavi maliyetleri ile ulusal sağlık harcamaları açısından ülke ekonomilerine ağır bir yük getirdiğini göstermektedir. Türkiye'de % 1,2 ile 0-14 yaş grubu çocuklardaki ölüm nedenleri arasında dokuzuncu sırada yer almaktadır. Ilıman iklimlerde kış aylarında epidemiktir. Ancak etken olan virüslerin daha sık görüldüğü sonbahar başından ilkbahar sonuna kadar olan dönemde daha sık gelişir.

Bu çalışmada 1 Eylül -1 Nisan tarihleri arasında Erzurum Şehir Hastanesi çocuk acil servisine ÜSYE şikayetleri ile müracaat eden hastalardan laboratuvarımıza gönderilen örneklerde etken dağılımını MULTİPLEKS PCR yöntemiyle araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Erzurum Şehir Hastanesi Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'na 1 EYLÜL 2023-1 NİSAN 2024 tarihleri arasında akut solunum yolu enfeksiyonu ön tanısı alan hastalardan gönderilen solunum yolu örnekleri çalışmaya dahil edildi. Multipleks gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (MRT-PCR) yöntemi (Bio-Speedy® Solunum Yolu RT-qPCR MX-24 Panel) ile 19 viral ve 5 bakteriyel etken araştırıldı. Çalışmaya alınan toplam 55 hastanın 34 ü erkek, 21'i kadındı. Hasta yaş ortalaması 3,7 idi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 55 hastaya ait örneğin retrospektif olarak incelenmesinde 17 (%30) sinin PCR sonucu negatif bulundu. Pozitif bulunan 38(%70) hastanın 26 (%68)sında tek etken 12(%32) sinde birden çok etken tespit edildi. En sık saptanan etkenler sırasıyla Streptococcus pneumoniae:12, Haemophilus İnfluenza: 10, Respiratory Syncytial virüs: A/B8, SARS-COV2:2, İnfluenza A virüs:2 Corona virüs OC 43:1, Coronavirus 229E:1, İnsan Enterovirüs/ Rhinovirüs :1, Bordetella Pertussis:1 idi. Streptococcus Pneumonia ve Haemophilus İnfluenza birlikte 6 hasta da, Streptococcus pneumonia ve Respiratuvar Syncytial virüs 3 hasta da birlikte pozitif saptandı.

SONUÇ

Solunum yolu enfeksiyonlarında, patojen mikroorganizmaların zamanında tespiti edilmesi ve uygun antimikrobiyal tedavinin başlatılması, morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azaltmaktadır. Farklı solunum yolu etkenleri ile enfekte hastalar benzer klinik ve radyolojik bulgulara sahip olduğundan etyolojik etkenin spesifik olarak tanımlanması ancak mikrobiyolojik tanı yöntemlerinin uygulanması ile mümkündür. Son yıllarda yaygın olarak kullanılmaya başlanan ve solunum yolu enfeksiyonlarına yol açan etkenleri aynı anda yüksek duyarlılıkla saptayabilen MRT-PCR yöntemleri, viral ve bakteriyel enfeksiyon ayırımını sağlayarak doğru ve etkin tedaviye karar verilmesinde büyük rol oynamış ve aynı zamanda bu etkenlerin dağılımı ile ilgili epidemiyolojik verilerin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır.

KAYNAKLAR

1. Dereköy S. Güçlü O. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi , 2016;8(4)
2. Şirin CM. Isparta İlinde Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu Ön Tanısı Olan Hastalarda Multipleks Pcr Yöntemiyle Viral Ve Bakteriyel Etkenlerin Sıklığının Araştırılması, Med J SDU / SDÜ Tıp Fak Derg 2022;29(2):171-178 doi: 10.17343/sdutfd.990103
3. Kılbaş İ , Kahraman EP, Çiftçi İH. Bir Meta Analiz: Üst Solunum Yolu Enfeksiyon Etkenleri Prevalans Oranları, Van Tıp Derg 26(2): 195-201, 2019 DOI: 10.5505/Vtd.2019.04935
4. Morris PS. Upper respiratory infections (Including otitis media). Pediatr Clin N Am 2009; 56:101-117
5. Tregoning JS, Schwarze J. Respiratory viral infections in infants: causes, clinical symptoms, virology, and immunology. Clin Microbiol Rev 2010;23(1):74-98.
6. Kesson AM. Respiratory virus infections. Paediatr Respir Rev 2007;8(3):240-8.
7. Goktas S, Sirin MC. Prevalence and seasonal distribution of respiratory viruses during the 2014-2015 season in Istanbul. Jundishapur J Microbiol 2016;9(9):e39132.



TAM METİNLER

ACIL YOĞUN BAKIMDA TAKİP EDİLEN MANTAR ZEHİRLENME VAKALARININ RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

1.GİRİŞ

Mantarlar en yaygın toksik maruziyetlerden birisidir. Mantar zehirlenmesi birçok ülkede hem hastalık hem de ölümlle sonuçlanan bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Yabani mantarlar bulantı gibi basit yakınmalardan karaciğer yetmezliği gibi önemli problemlere neden olabileceği için acil serviste sorgulanmalı ve erken dönemde tedavisi başlanmalıdır (1). Hastalarda bulantı, kusma, ishal gibi semptomların görüldüğü ve genellikle 24 saatte şikayetlerin düzeldiği erken başlangıçlı klinik tablolar en sık görülen zehirlenme formudur. Fisilosin ve fisilosibin gibi maddeleri içeren bazı mantar türleri ise otonom ve merkezi sinir sistemini etkileyerek bilinç bulanıklığı ve halüsinojenik etkilere yol açar. Amanita muscaria, Amanita pantherina en sık zehirlenmeye neden olan mantar türleridir. *Psilocybe semilanceata* ise halüsinojenik etkilere sahip olan mantarların önde gelen üyesidir. (2,3). Çalışmamızdaki amacımız bölgemizde görülen mantar zehirlenme vakalarının epidemiyolojik olarak değerlendirilmesi ve toksite bulgularının incelenmesidir.

2.GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızda 2020-2023 yılları arasında Erzurum Şehir Hastanesi Acil Yoğun Bakıma yatırılıp tedavi ve takibi yapılan 18 yaş üzeri 26 mantar zehirlenme olgusu ele alınmıştır. Hastaların demografik verileri, laboratuvar bulguları ve verilen tedaviler hastane bilgi sistemi taranarak elde edilmiştir. Çalışmamız retrospektif gözlemsel bir çalışmadır.

3. BULGULAR

Çalışmaya 26 hasta dahil edildi; hastaların 15 ' si erkek, 11 ' i kadın hastadan oluşmaktadır. Hastaların yaş ortalaması ise $47,9 \pm 19,66$ olarak hesaplandı. Hastalar acil servise en sık bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurmuş olup hastaların başvuru şikayetleri ve dağılımı Tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo1:Semptom dağılımı;

Şikayet	Sayı(n)	Yüzde(%)
Bulantı	15	57
Kusma	10	38
Halsizlik	8	30
İshal	4	15
Karın ağrısı	5	19
Baş dönmesi	3	11
Halüsinasyon	4	15
Bilinç kaybı	2	6

Hastaların kan parametreleri incelendiğinde karaciğer veya böbrek yetmezliği düşündürecek anormal herhangi bir değere rastlanılmadı.

Hastaların tamamına semptomatik tedavi verilmiş olup ayrıca 4 hastaya aktif kömür ve mide lavajı, 2 hastaya ise entübasyon işlemi uygulanmıştır.

TARTIŞMA

Mantar zehirlenmeleri dünya çapında sıklığı giderek artan bir toksikolojik sendrom olmaya devam etmektedir. Mantar zehirlenmesine maruz kalan hastaların semptomları sıklıkla hafiftir ve kendini sınırlar. Belirtiler genellikle 24 saat içinde ortadan kalkmaktadır. Ancak halüsinojenik mantarlar gibi bazı mantar türleri santral sinir sistemi depresyonuna neden olarak ciddi klinik tablolara neden olabilir (4). Bizim çalışmamızda acil yoğun bakımda takip edilen toplam 26 hastanın 22 (%80) inde gastrointestinal sistem bulguları mevcuttu ve 26 hastanın tamamı normal karaciğer fonksiyon testi (KCFT) değerlerine sahipti. Hastaların semptomlarının erken başlangıçlı olması veya tüketilen mantarın zehirli olmaması normal laboratuvar değerlerine sahip olmalarını açıklayabilir. Hastaların 4'ünde halüsinojenik semptomlar gözlemlendi. Halüsinojenik semptomlara sahip hastaların 2'sine sedatif ajanlar uygulandıktan sonra semptomları geriledi. 2 hasta ise bilinç gerilemesi ve solunum depresyonu nedeni ile hızlı seri entübe edildi. 24 saat entübe kalan hastaların sedasyonu kesildiğinde Glasgow Koma Skoru 15 olup solunum parametreleri normal sınırlarda seyretmesi üzerine extübe edildi.

SONUÇ

Mantar zehirlenmeleri hafif gastrointestinal bulgulardan şiddetli organ hasarlarına ve santral sinir sistemi depresyonuna kadar değişebilen farklı klinik spektrumlarda karşımıza çıkabilmektedir. Bazı mantar türleri hastalarda halüsinojenik belirtilere sebep olabilir. Bu hastaların acil serviste erken tanı ve tedavisi morbidite ve mortalite azalmaktadır. Çalışmamızdaki hastaların 4 tanesinin halüsinojenik semptomlara sahip olması bölgemizde halüsinojenik mantar türlerinin görülebileceğini göstermektedir.

KAYNAKÇA

1. Nelson, L. S., Lewin, N. A., Howland, M. A., Hoffman, R. S., &Goldfrank, L. R. (2011). Mushrooms. *Goldfrank'stoxicologicemergencies, 9th ed. New York: McGrawHill*, 1522-1549.
2. Sesli, A. T., & Sesli, E. (2016). *Psilocybesemilanceata*FriesKumberStrophariaceae: Türkiye için yeni bir halüsinojen mantar. *Bağbahçe Bilim Dergisi*, 3(1), 34-40.
3. Kayaalp SO. Tıbbi Farmakoloji Cilt 3. Ankara: Feryal Matbaası, 1993, 2279-2284
4. İşler, Y., Halil, K. A. Y. A., & Yüksel, M. (2020). Acil Servise Başvuran Mantar Zehirlenmelerinin Retrospektif Olarak İncelenmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 21(2), 162-168.



TAM METİNLER

CİDDİ KOMPLİKASYONLARA YOL AÇABİLECEK BİR SENDROM: SAÇ-İPLİK TURNİKE SENDROMU

GİRİŞ: Saç-iplik turnike sendromu, saç telinin ya da iplik benzeri maddelerin uzuvlara dolanarak iskemiye yol açmasıdır. Genellikle süt çocuklarında görülür. Bu sendrom ayak ve el parmakları, penis, klitoris, boyun ve uvulada görülebilir. Erken tanı alıp tedavi edilmediğinde doku kaybına neden olabilen tehlikeli bir durumdur (1). Biz de vakamızda acil servise başvuran 6 aylık erkek çocuktaki Saç-İplik Turnike Sendromunu ele aldık.

OLGU: 6 aylık erkek çocuk acil servise ateş, huzursuzluk ve sağ ayak üçüncü parmakta şişlik kızarıklık yakınması ile başvurdu. Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hastanın vital parametreleri stabil olup fizik muayenesinde sağ ayak parmağında belirgin şişlik, kızarıklık ve ısı artışı yanında hastanın sağ ayak 3. parmak orta falanksını çevreleyen saç teli saptandı. (Figür 1) Saç teli çıkarılarak sistemik antibiyoterapi başlanan hastamız nekroz gelişmeden başarılı bir şekilde tedavi edildi. Takipleri sırasında herhangi ek bir komplikasyonla karşılaşılmadı.

SONUÇ: Uzuvların saç telleri veya iplik ile sarılarak dolaşımının bozulması "saç-iplik turnike sendromu" olarak adlandırılan bir sendroma yol açar. Saç iplik turnike sendromunda el ve ayak parmakları, penis veya uvulanın etkilendiği vakalar bildirilmiştir (2). İlgili uzuvda önce lenfatik drenajın bozulması ile ödem oluşur. Daha sonra turnike etkisi ile tutulan uzuvda venöz dönüş ve arteriyel dolum bozulur ve strangülasyon meydana gelir. Turnikeye neden olan saç veya iplik ödemli dokunun derinliklerine gömülebilir ve fark edilmesi güç olabilir. Erken tanı konulup tedavi uygulanmazsa tutulan organın nekrozuna ve otoamputasyonuna neden olur. Saç-iplik turnike sendromunun uygun tedavisi daraltıcı lifin maruz kalınan bölgeden acilen çıkarılmasıdır. (3) Bebeği olan ailelere bebeklerinin sürekli huzursuz olması durumunda ellerine, ayaklarına ve genital bölgelerine bakmalarının gerekliliği öğretilmelidir. Çünkü turnike sendromundaki komplikasyonların nedeninin müdahalelerdeki gecikme olduğu unutulmamalıdır.



Figür 1

KAYNAKÇA

1. Sivathanan N, Vijayarajan L. Hair-threadtourniquetsyndrome: a casereportandliteraturereview. Case RepMed 2012; 2012: 171368.
2. Clouet I, Pasion N, Marechal C, Salanne S, Debussion C, Grouteau E. Hair-threadtourniquetsyndrome. Arch Pediatr 2010;17(5):474-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2010.02.012> PMID:20338735
3. Serour F, Gorenstein A. Treatment of thetoe of thetourniquetsyndrome in infants. Pediatr SurgInt. 2003;19(8): 598-600.



TAM METİNLER

PLATELET/KALSİYUM ORANI, ACİL SERVİSTE ANSTABİL ANJİNA PEKTORİS OLARAK DEĞERLENDİRİLEN HASTALARDA, ÇOKLU DAMAR HASTALIĞINI ÖNGÖRMEDE BİR PREDİKTÖRDÜR.**GİRİŞ:**

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada önde gelen mortalite ve morbidite sebebidir. Kardiyovasküler hastalıkların en sık prezantasyon şekli ise aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklardır. Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık risk faktörleri arasında obezite, dislipidemi, hipertansiyon (HT), diyabetes mellitus (DM), metabolik sendrom, bati tarzında diyet ve kalıtım gibi risk faktörleri bulunmaktadır [1]. Kardiyovasküler hastalıkların yönetiminde miyokardiyal infarktüs ve stroke gibi hastalıklar geliştikten sonra tedavisinin yapılmasının yanı sıra bu hastalıklar gelişmeden önce riski öngörmek ve risk faktörlerinin önlenmesi hayati önemi haiz bir konu olarak göze çarpmaktadır.

Normal endotel, dokulara oksijen sunumunun sağlanması, koagülasyon sisteminin ve vasküler tonusun devamı için çeşitli mediatörlerin salgılanması gibi birçok fonksiyona sahiptir [2]. Endotel hücrelerinin hasarlanması ise bu normal fonksiyonların yerine getirilememesi, subendotelyal monosit göçü, monositlerin makrofaja dönüşerek burada düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) partikülleri ile yüklenmesi ve ateromatöz plak formasyonunun oluşması ile devam eden inflamatuvar bir süreci tetiklemektedir [3]. Haliyle plaklar, kolesterol, kalsiyum ve makrofaj gibi kanda bulunan elemanları içermektedir. Plakların vasküler iletişimi ise endotel tarafından oluşturulan fibröz bir başlık ile kesilmektedir. Aterosklerotik plaklar koroner arterlerin sadece birinde veya birden fazlasında yerleşim gösterebilmektedir. Koroner arterlerde yerleşmiş olan plaklarda rüptür meydana gelebilmekte ve bu rüptür sonrası koagülasyon sistemi aktive olup plak rüptürü bölgesine göç eden trombositler aracılığı ile trombüse ve oklüzyona sebep olabilmektedir. Bu süreç akut koroner sendromların öne sürülen patofizyolojik mekanizması olarak dikkat çekmektedir. Yapılan çalışmalara göre çoklu damar hastalığına (ÇDH) sahip olan hastalarda morbidite ve mortalite oranları daha yüksek görülebilmektedir.

Özellikle acil servise akut koroner sendrom düşündürülen semptomlarla başvuran hastalarda koroner arterlerde ÇDH'yi öngördürebilecek bir parametre halihazırda bulunmamaktadır.

AMAÇ VE YÖNTEM:

Bu çalışmada acil serviste anstabil anjina pektoris olarak değerlendirilen hastalarda platelet/kalsiyum oranının çoklu damar hastalığını öngörmeye basit ve kullanışlı bir parametre olup olmadığını değerlendirmeyi amaçladık.

Bu maksatla Erzurum Şehir Hastanesi acil servisine başvuran ve kliniği anstabil anjina pektoris olarak değerlendirilen ve daha sonra selektif koroner anjiyografi yapılmış olan 801 hasta dahil edildi. Çalışma retrospektif tasarlandı. Araştırmaya dahil edilen hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet vs.), komorbiditeleri ve ilgili başvuru laboratuvar tahlillerinin sonuçları kaydedildi. Çoklu damar hastalığının değerlendirilmesi için selektif koroner anjiyografi kayıtları incelendi. İki ya da daha fazla epikardiyal koroner arterde %70 ya da daha fazla darlık tespit edilmesi çoklu damar hastalığı olarak değerlendirildi.

SONUÇLAR:

Araştırmamıza dahil edilen gönüllülerin 407 tanesini erkekler, 394 tanesini ise kadınlar teşkil etmekteydi. Gönüllülerin 271'inde HT, 63'ünde DM, 5'inde konjestif kalp yetersizliği (KKY), 25'inde guatr, 10'unda serebrovasküler olay (SVO) ve 43 tanesinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) öyküsü vardı. Hastalar ÇDH olan ve olmayanlar olarak iki gruba ayrıldı. Toplamda 801 hastanın incelendiği araştırmamızda 705(%88.01) hastada ÇDH izlenmezken 96(%11.99) hastada ÇDH tespit edildi. Yapılan analize göre iki grup arasında cinsiyet, KKY, guatr, SVO, lökosit (WBC) seviyesi ve hemoglobinin (HB) seviyesi açısından anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0.05$); HT, DM, KOAH, yaş, Glomerüler filtrasyon hızı (GFR) seviyesi, LDL seviyesi, platelet, seviyesi kalsiyum düzeyi ve platelet kalsiyum oranı (PKO) açısından ÇDH olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p<0.05$). (Tablo 1).

Daha sonra PKO, LDL seviyesi, GFR düzeyi, HT ve DM tanıların varlığının ÇDH'yi öngördürmedeki değerini incelemek üzere tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri yapıldı. Yaş ÇDH ile yüksek korelasyon göstermesi sebebiyle regresyon modeline dahil edilmedi. Yapılan tek değişkenli lojistik regresyon analizine göre veri grubumuzda PKO ($p=.039$, OR:0.962, CI:0.935-0.990), HT ($p<.001$, OR:2.89, CI:1.87-4.46), DM ($p:0.031$, OR:0.487, CI:0.254-0.935) ve GFR değeri ($p<.001$, OR:0.982, CI:0.974-0.991) ÇDH'yi istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde öngördürürken LDL seviyesi ($p:0.258$) tek başına ÇDH'yi öngördürmemektedir. Aynı değişkenlerin dahil edildiği çok değişkenli lojistik regresyon analizinde LDL seviyesi, PKO, HT ve GFR seviyesi için durum değişmezken (sırasıyla $p:0.693$, $p:0.034$, $p:0.009$, $p:0.046$), DM diğer değişkenlerle birlikte değerlendirildiğinde ÇDH'yi öngördürmede yetersiz kalmaktadır ($p:0.123$). (Tablo 2).

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Dünyadaki ölümlerin en sık sebebi olarak yıllardır yerini koruyan kardiyovasküler hastalıklar dikkati çekmekte ve kardiyovasküler hastalıkların belki de en önemli komponenti olan koroner arter hastalığının varlığının ve varsa da ciddiyetinin öngörülmesi, önlenmesine yönelik stratejiler geliştirilmesi hayati önem arz etmektedir. Bu amaçla birçok skorlama sistemi geliştirilmiş ve hadise gerçekleşmeden önce gerçekleşme ihtimaline yönelik tahminde bulunulmaya çalışılmıştır. ÇDH bulunan hastalarda hastane içi mortalitenin diğer hasta gruplarına nazaran daha yüksek olması böyle bir parametreye olan ihtiyacı arttırmaktadır.

Ülkemizde sağlık alanının büyük bir iş yükünü çeken acil sağlık hizmetlerinde akut koroner sendromların teşhis ve yönetimi önemli bir köşe taşı olarak önemini korumaktadır. İş yükünün bu denli fazla olduğu acil servislerimizde anstabil anjina pektoris düşünülen hastalarımızın koroner arter hastalığının yaygınlığını öngörebilecek basit ve kullanışlı bir parametreye ihtiyaç duyulmaktadır. Araştırmamıza konu edilen PKO bu soruna yönelik kullanılabilecek basit ve kullanışlı bir parametre olarak değerlendirilmiştir. Ancak daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Tablo 1: Bazal Karakteristik Özellikler

Değişkenler	Çoklu damar hastalığı		P değeri
	Var(N=96)	Yok(N=705)	
Erkek cinsiyet(%)	54(56.3)	353(50.1)	0.262
HT, n(%)	54(56.3)	217(30.8)	<0.001
DM, n(%)	13(13.5)	50(7.1)	0.028
KKY, n(%)	2(2.1)	3(0.4)	0.053
GUATR, n(%)	3(3.1)	22(3.1)	0.998
SVO n(%)	1(1)	9(1.3)	0.846
KOAH, n(%)	12(12.5)	31(4.4)	<0.001
Yaş (yıl)	60.32(9.52)	47.88(11.89)	<0.001
WBC (10 ⁹ /μL)	7.97(6.74-10.14)	8.15(6.94-10.07)	0.579
HB (g/dL)	15(13.6-16.25)	15.1(13.9-16.4)	0.305
GFR	91.35(80.07-110.02)	108.8(92.43-122.87)	<0.001
LDL (mg/dl)	139(115.5-166.5)	127(101-149)	0.004
Kalsiyum (mmol/L)	9.5(8.9-9.9)	9.64(9.3-10)	0.012
Platelet (10 ⁹ /μL)	254 (218-300)	282 (240-335)	<0.001
PKO	28.04±9.43	30.64±8.66	0.01

HT:hipertansiyon, DM: diyabetes mellitus, KKY: konjestif kalp yetersizliği, SVO: serebrovasküler olay, KOAH:kronikobstrüktif akciğer hastalığı, WBC:Lökosit, HB: Hemoglobin, GFR:Glomerüler filtrasyon hızı, LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein, PKO:Platelet Kalsiyum oranı.



TAM METİNLER

Tablo 2:Çoklu damar hastalığının öngördürücülüğü için yapılan univariate ve multivariate lojistik regresyon analizi

Değişkenler	Univariate regresyon			Multivariate regresyon		
	Oddsratio	Güven aralığı(%95)	P değeri	Oddsratio	Güven aralığı(%95)	P değeri
PKO	.962	(.935-.990)	0.039	.961	.925-.997	.034
HT	2.89	(1.87-4.46)	<.001	2.154	(1.210-3.834)	.009
DM	.487	(.254-.935)	.031	1.954	(.833-4.585)	.124
LDL	1.002	.999-1.004	.258	1.001	(.997-1.004)	.693
GFR	.982	.974-.991	<.001	.989	(.978-1.000)	.046

PKO:Platelet Kalsiyum oranı, HT: Hipertansiyon, DM:DiyabetesMellitus, LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein, GFR:Glomerüler Filtrasyon Hızı.

KAYNAKÇA

1. Fan, J. and T. Watanabe, *Atherosclerosis: Known and unknown*. Pathol Int, 2022. 72(3): p. 151-160.
2. Cahill, P.A. and E.M. Redmond, *Vascular endothelium - Gatekeeper of vessel health*. Atherosclerosis, 2016. 248: p. 97-109.
3. Botts, S.R., J.E. Fish, and K.L. Howe, *Dysfunctional Vascular Endothelium as a Driver of Atherosclerosis: Emerging Insights Into Pathogenesis and Treatment*. Front Pharmacol, 2021. 12: p. 787541.



TAM METİNLER

ACIL YOĞUN BAKIMDA TAKİP EDİLEN ORAL ANTİKOAGÜLAN KULLANIMINA BAĞLI KANAMA GELİŞEN HASTALARIN İNCELENMESİ

GİRİŞ: Antikoagülanlar kanın pıhtılaşmasını önleyen ilaçlardır. Heparin, varfarin, yeni nesil oral antikoagülanlar olarak sınıflandırılır. Oral antikoagülanlar pıhtılaşma faktörleri üzerinden hemostazı etkilemektedir. Varfarin FII, FVII, FIX, FX 'u etkilemektedir. Apiksaban, Rivaroksaban, Edoksaban FXa; Dabigatran FIIa üzerinden etkisini göstermektedir (1).

Oral antikoagülanlar derin ven trombozu, pulmoner tromboemboli (PTE) tedavisinde ve sistemik trombo emboli profilaksisinde etkili ilaçlardır. Atrial fibrilasyon (AF) tanısı alan hastalarda, kalp kapak cerrahileri, ortopedik cerrahi geçiren hastalarda trombo emboli profilaksisinde kullanılmaktadır (2,3,4). Bu etkin kullanım kanama riskini beraberinde getirmektedir. Kanama dışı komplikasyonlar oluşturan durumlar değildir (5,6).

Varfarin ilaç-ilaç ve ilaç-gıda etkileşim potansiyeli olan bir ilaçtır. Etkileşim nedeniyle Varfarin etkisi artabilir veya azalabilir(7,8).Yeni kuşak oral antikoagülanlar etkileşim potansiyeli daha düşük ilaçlardır. Varfarin INR izlemi ve doz ayarlaması gerektirmektedir. Bu sebeple oral antikoagülan kullanan hastalar hayatı tehdit edecek düzeyde travmatik ve non-travmatik kanamalarla acil servise başvurmamaktadır. (5,6)

AMAÇ: Oral antikoagülan kullanımına bağlı kanaması olup acil yoğun bakım ünitesine yatırılan hastaların özelliklerini incelemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: 1 Ocak 2021 den itibaren iki yıl içinde Erzurum Şehir Hastanesi Acil Yoğun Bakım Ünitesine oral antikoagülan kullanımına bağlı kanama nedeniyle yatırılan hastalar hastane bilgi yönetim sisteminden taranarak elde edildi. Hastaların demografik verileri, kanama odakları ve verilen tedaviler incelendi.

BULGULAR: Bu hastaların yaş ortalaması 69'di. En genç hasta 26, en yaşlı hasta 83 yaşındaydı. Hastaların 16 sı (%80) erkek, 4' ü kadın (%20) olmak üzere toplam 20 hasta mevcut idi.

Hastalardan 14'ü Varfarin, 6'sı yeni nesil oral antikoagülan kullanmaktaydı. (Rivaroksaban kullanan 4 hasta, Apiksaban kullanan 2 hasta).

Hastaların demografik özellikleri, kullandığı antikoagülan ilaç ve kullanma nedenleri, kanama yeri ve aldığı tedaviler Tablo 1 de gösterilmiştir.

Hastalardan ikisi yoğun bakıma yatışından itibaren vitalleri anstabil olup abondan gastrointestinal kanama nedeniyle exitus ile sonuçlandı. Her iki hastada acile getirildiğinde evre 4 hemorajik şokta idi. Bu iki hastada varfarin kullanmakta idi. İntr değerleri 12'nin üzerinde idi. Protrombin Kompleks Konsantresi, K Vitamini, taze donmuş plazma (TDP) , tam kan verilmesine rağmen ve endoskopi, arter embolizasyonu ve operasyona alınmadan hastalar kaybedildi.

Varfarine bağlı kanamaların genellikle gastrointestinal kanama ile sonuçlandığı, yeni nesil oral antikoagülan kullananlarda ise cilt altı, psoas, retro peritoneal hematoma şeklinde kanama olduğu gözlemlendi. Sadece apiksaban kullanan bir hastada gastrointestinal kanama saptandı. Hastalarından hiçbirinde intrakranial kanama gözlenmedi. Hastalardan sadece birinde travma sonrası kulak içi kanama mevcuttu. Diğerleri travma olmaksızın kanama meydana gelmişti. Ölen iki kişinin de ölüm sebebi gastrointestinal kanamaya bağlı olduğu saptandı.

SONUÇ: Oral antikoagülanların ilaçlarla ve besinlerle etkileşimi nedeniyle etkinlikleri değişir.Yakın izlem gerektirmesi nedeniyle dikkat edilmelidir. Bu hastalar acil servise yaşamı tehdit eden kanamalarla başvurabilmektedir. Hızlı tanı ve erken müdahale hayatı öneme sahiptir.

Tablo 1 : Hastaların kullandığı ilaçlar, ilaç kullanım endikasyonları, kanama odakları ve verilen tedaviler

Yaş	Cinsiyet	Kullandığı İlaç	Kanamaya Odağı	Tedavi	İlaç Kullanım Endikasyonu
74	Kadın	Varfarin	Epistaksis, Gis Kanaması	Protrombin Kompleks Konsantresi, K Vitamini	Kapak Cerrahisi
65	Erkek	Varfarin	Konjonktival Kanama	K Vitamini	AtrialFibrilasyon
76	Erkek	Varfarin	Hematüri, Hemoptizi	Tdp, K Vitamini	AtrialFibrilasyon, Derin ventrombozu
75	Erkek	Varfarin	Gis Kanaması	Tdp, K Vitamini, Tam kan	Kapak Cerrahisi
59	Erkek	Varfarin	Hematüri	Tdp, K Vitamini	Kapak Cerrahisi
26	Erkek	Varfarin	Gis Kanaması	Protrombin Kompleks Konsantresi, K Vitamini	Kapak Cerrahisi
69	Erkek	Varfarin	Hematüri, Gis Kanaması	Protrombin Kompleks Konsantresi, K Vitamini	Kapak Cerrahisi , AtrialFibrilasyon
83	Kadın	Varfarin	Hematüri, Cilt altı ekimoz	Protrombin Kompleks Konsantresi, K Vitamini	Atrial Fibrilasyon
59	Erkek	Varfarin	PsoasHematomu	Tdp, K Vitamini	Kapak Cerrahisi
68	Erkek	Varfarin	Hematüri	Protrombin Kompleks Konsantresi, K Vitamini	Pulmonertromboemboli
73	Erkek	Varfarin	PsoasHematomu	Tdp, K Vitamini	Kapak Cerrahisi , AtrialFibrilasyon
73	Erkek	Varfarin	Posttravmatik Kulak Kanaması	K Vitamini	Pulmonertromboemboli
59	Erkek	Varfarin	Hematüri	Tdp, K Vitamini	Kapak Cerrahisi
77	Erkek	Varfarin	GİS Kanaması	Tdp, K Vitamini, Tam kan	AtrialFibrilasyon
63	Erkek	Rivaroksaban	Cilt altı ekimoz	Takip	AtrialFibrilasyon
75	Kadın	Rivaroksaban	RetroperitonealHematoma	Takip	AtrialFibrilasyon
67	Erkek	Apiksaban	Gis Kanaması	Takip	AtrialFibrilasyon
79	Kadın	Apiksaban	RetroperitonealHematoma	Girişimsel Arter Embolizasyonu	AtrialFibrilasyon,Pulmonertromboemboli
82	Erkek	Rivaroksaban	Dişeti Kanaması	Takip	AtrialFibrilasyon
83	Erkek	Rivaroksaban	CiltaltıEkimoz	Takip	AtrialFibrilasyon, Pulmonertromboemboli



TAM METİNLER

KAYNAKLAR

- 1) GülDEM Turan. The Mechanism of Coagulation and Anticoagulant Drugs. Bosphorus Med J. 2016; 3(2): 71-75
- 2) Amerena J, Ridley D. An Update on Anticoagulation in Atrial Fibrillation. Heart Lung Circ. 2017 Sep;26(9):911-917. doi: 10.1016/j.hlc.2017.05.131. Epub 2017 Jun 3. PMID: 28684097.
- 3) Ansari JG, Garcha GS, Lakkis N. Oral anticoagulation in atrial fibrillation. Cardiovasc Hematol Agents Med Chem. 2014;12(1):34-41. doi: 10.2174/1871525712666141003102123. PMID: 25470152.
- 4) AltioK E, Marx N. Oral Anticoagulation. Dtsch Arztebl Int. 2018 Nov 16;115(46):776-783. doi: 10.3238/arztebl.2018.0776. PMID: 30602410; PMCID: PMC6329367.
- 5) Ageno W, Donadini M. Breadth of complications of long-term oral anticoagulant care. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2018 Nov 30;2018(1):432-438. doi: 10.1182/asheducation-2018.1.432. PMID: 30504343; PMCID: PMC6245998.
- 6) Levine MN, Raskob G, Beyth RJ, Kearon C, Schulman S. Hemorrhagic complications of anticoagulant treatment: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest. 2004 Sep;126(3 Suppl):287S-310S. doi: 10.1378/chest.126.3_suppl.287S. PMID: 15383476.
- 7) Vazquez SR. Drug-drug interactions in an era of multiple anticoagulants: a focus on clinically relevant drug interactions. Blood. 2018 Nov 22;132(21):2230-2239. doi: 10.1182/blood-2018-06-848747. PMID: 30463993.
- 8) Scaglione F. New oral anticoagulants: comparative pharmacology with vitamin K antagonists. Clin Pharmacokinet. 2013 Feb;52(2):69-82. doi: 10.1007/s40262-012-0030-9. PMID: 23292752.



TAM METİNLER

CO ZEHİRLENMESİ SONRASI GELİŞEN ATRİYAL FİBRİLASYON OLGUSU

Şenol ARSLAN¹, Onur OFLAZ², Nazım Onur CAN¹, Onur ZENGİN¹

1. Erzurum Şehir SUAM, Acil Tıp Kliniği

ÖZET

Karbonmonoksit (CO); intoksikasyonu sonucu farklı organ sistemlerini etkileyebilen ve ölümcül sonuçlara sebebiyet veren renksiz, kokusuz ve tatsız bir gazdır. Vücudun neredeyse her organını etkilemekle birlikte, hipoksiyle uyarılan hücrel hasar nedeniyle serebral ve miyokardiyal tutulum daha baskındır. Elektrokardiyografik olarak ST segment ve T dalga değişiklikleri, sinüs taşikardisi, atriyal fibrilasyon ve ventriküler ekstrasistol gibi aritmiler gözlenebilir. Tanı laboratuvar tetkiklerinden kan gazında COHb seviyesinin yüksekliği ile konulabilmektedir. CO zehirlenmesinin tedavisinde ilk hedef, hastayı toksik ortamdan uzaklaştırmak ve hücrel metabolik disfonksiyonu tersine döndürmek için oksijen tedavisine başlamaktır. Biz de CO zehirlenmesi sonrası atriyal fibrilasyon gelişen vakamızı sunmayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELEER: karbonmonoksit, zehirlenme, atriyal fibrilasyon

GİRİŞ

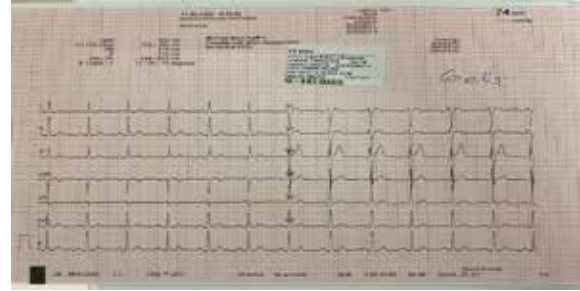
Karbonmonoksit (CO); intoksikasyonu sonucu farklı organ sistemlerini etkileyebilen ve ölümcül sonuçlara sebebiyet veren renksiz, kokusuz ve tatsız bir gazdır (1). CO, oksijenin hemoglobine tutunmasını engelleyerek, doku hipoksisine ve çeşitli sistemik ve nörolojik toksiteye neden olur (2). Vücudun neredeyse her organını etkilemekle birlikte, hipoksiyle uyarılan hücrel hasar nedeniyle serebral ve miyokardiyal tutulum daha baskındır (3). Akut CO zehirlenmesinin semptomları nonspesifiktir; baş ağrısı, bulantı, kusma, baş dönmesi, göğüs ağrısı, nefes darlığı, halsizlik, ataksi, senkop, nöbet, koma ve ölüm görülebilir (1). Kardiyak tutulum, karbonmonoksitle karşılaşmadan hemen sonra oluşabileceği gibi, birkaç gün sonrada gerçekleşebilir. Elektrokardiyografik olarak ST segment ve T dalga değişiklikleri, sinüs taşikardisi, atriyal fibrilasyon(AF) ve ventriküler ekstrasistol gibi aritmiler gözlenebilir (4). Tanı laboratuvar tetkiklerinden kan gazında COHb seviyesinin yüksekliği ile konulabilmektedir. Ayrıca miyokardiyal hasarın ve aritmilerin tespiti için elektrokardiyografi (EKG) ve kardiyak enzim takibi yapılması gerekmektedir (1). CO zehirlenmesinin tedavisinde ilk hedef, hastayı toksik ortamdan uzaklaştırmak ve hücrel metabolik disfonksiyonu tersine döndürmek için % 100 oksijen tedavisine başlamaktır (5). Biz de CO zehirlenmesi sonrası atriyal fibrilasyon gelişen vakamızı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

30 yaş erkek hasta; Acil servise senkop şikayetiyle getirildi. Geliş vitalleri Ta: 125/78 mmHg, SpO2: %98, Nabız:77 atım/dk, SS: 18,Ateş:36.1 °c idi. Çekilen EKG de ritim atriyal fibrilasyon olarak değerlendirildi. Bilinen kronik hastalık olmayan hastanın alınan ayrıntılı anamnezinde evde doğalgaz kaçağı olduğu öğrenildi. Alınan laboratuvar parametrelerinde COHb: 39.3 olduğu görüldü. CO intoksikasyonu olarak değerlendirilen hastaya rezervuar maske ile 13 lt/dk' dan %100 O2 tedavisi başlandı. Daha sonra hasta yeni tanı AF ön tanısı ile kardiyoloji kliniğine konsülte edildi. Yapılan transtorasik ekokardiyografi incelemesinde duvar hareketinin normal, ejeksiyon fraksiyonunun %65 olduğu belirlendi. Kardiyoloji tarafından hastaya akut tedavi düşünülmüdü ve poliklinik kontrol önerildi. Bunun üzerine hastanın acil yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Yoğun bakım takiplerinde rezervuar maske ile %100 oksijen tedavisi sonrası COHb değerinin normal sınırlara gerilediği görüldü. Takiplerinde çekilen kontrol EKG lerinde de sinüs ritmi gözlemlendi. Klinik durumu stabil ve genel durumu iyi olan hasta yatışının ikinci gününde hiperbarik oksijen tedavisi için ilgili hastanenin hiperbarik birimine yönlendirildi.



Figür 1: Hastanın acil servise ilk geliş EKG si



Figür 2: COHb seviyesi düştükten sonra çekilen kontrol EKG

TARTIŞMA

Karbonmonoksit zehirlenmesi, akut veya kronik olabilir. Hastalar, kliniğe genellikle karışımıza santral sinir sistemine ait tutulum bulguları ile başvurmalarına rağmen, belirgin ve fatal kardiyak anormallikler de görülebilir (6). Literatürde CO zehirlenmesi ile indüklenen AF olguları nadirdir. Çukurova üniversitesinde COHb seviyesinin %16.2 olduğu bir hastada yeni gelişen AF tespit edilmiştir (1). 2014 yılında COHb düzeyi %13.9 olan 42 yaşında ki bir vakada da CO intoksikasyonu düşünülmüş ve hastanın çekilen EKG'sinde hızlı ventrikül yanıtı AF tespit edilmiştir. Söz konusu hastanın %100 oksijen tedavisi sonrası takiplerinde COHb düzeyi normal seviyeye geriledikten sonra çekilen EKG'si normal sinüs ritmi olarak görülmüştür (7). Carnevali ve diğerleri tarafından yapılan başka bir çalışmada ise EKG'deki değişikliklerin AF atakları ve sinüs taşikardisi olduğu ve bunların neredeyse tamamının geri dönüşümlü olduğu tespit edildi (8). Bizim vakamızda da COHb düzeyi %39 olarak gelmiş ve yeni tanı AF tespit edilmiştir.

SONUÇ

Sonuç olarak özellikle sonbahar ve kış aylarında acil servise başvuran hastaları özellikle karbonmonoksitin toksik etkileri açısından değerlendirip multisistemik yaklaşmak gerekmektedir. Ayrıca acil servis hekimleri akut AF tanısı koyulan hastaların etyolojisinde CO zehirlenmesini ön tanımlar arasında bulundurmali ve mutlaka detaylı anamnez almalıdır.

KAYNAKÇA

1. Yakar Ş, Baykan N, Durukan P, Ömer S. Karbonmonoksit intoksikasyonu ilişkili atriyal fibrilasyon. Cukurova Medical Journal 2018; 43: 322-323.
2. Choi S. Carbonmonoxide poisoning: systemic manifestations and complications. J Korean Med Sci. 200; 16: 253-61.
3. Gedela M, Weltman NY, Chavvakula NS, Carpenter PL, Sturm T. Atrial fibrillation induced by carbonmonoxide poisoning and successful treatment with hyperbaric oxygen. S D Med 2017; 70: 319-321.
4. Çelik T, Kurşaklıoğlu H, İyisoy A, et al. Karbonmonoksit Zehirlenmesi Sonrası Gelişen Akut Miyokard İnfarktüsü Olgusu. Gülhane MedicalJournal 2005; 67.
5. Gozubuyuk A, Dag H, Kacar A, Karakurt Y, Arica V. Epidemiology, pathophysiology, clinical evaluation, and treatment of carbonmonoxide poisoning in child, infant, and fetus. Northern Clinics Istanbul 2017; 4: 100-107.
6. Kurppa K, Hietanen E, Klockars M. Chemical exposures at work and cardiovascular morbidity. Atherosclerosis, ischemic heart disease, hypertension, cardiomyopathy and arrhythmias. Scand. J. Work Environ. Health 1984; 10: 381
7. Akdemir HU, Gungorer B, Caliskan F, Colak S, Guzel M. Atrial fibrillation related to carbonmonoxide poisoning in a female patient. Am J Emerg Med 2014; 32: 1154.e3-5
8. Carnevali R, Omboni E, Rossati M, et al. Electrocardiographic changes in acute carbon monoxide poisoning. Minerva medica 1987; 78: 175-178.



TAM METİNLER

İNTRAKRANİYAL KANAMA İZLENİMİ VEREN SEREBRAL SİNÜS VEN TROMBOZU OLGUSU

Nazım Onur CAN¹, Nurettin PORTAKAL¹, Şenol ARSLAN¹, Onur ZENGİN¹

¹Erzurum Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

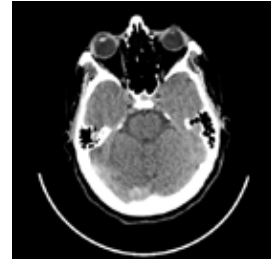
Serebral venlerin ve sinüslerin trombozu (SVT), serebrovasküler hastalıkların az görülen bir türüdür (1). Genç yetişkin ve çocuklarda arteriyel kökenli olmayan inmelerin sebebidir. SVT ilk tanımlandığı dönemlerde ağır klinik seyir gösteren nadir bir hastalık olarak bilinirken, günümüzde gelişmiş noninvazif ve yüksek duyarlılıklı tanı yöntemlerinin yaygın kullanımı SVT konusundaki bilgilerimizi değiştirmiştir (2). Endotel hasarı, staz ve hiperkoagulapati yapan sebepler SVT içinde risk oluşturmaktadır. Klinik prezantasyonu tıkanan sinüse göre değişmekle birlikte inatçı baş ağrısı şeklindedir. Tedavisinde heparin düşük molekül ağırlıklı heparin ve yeni nesil oral antikoagulanlar kullanılmaktadır. Serebral sinüs ven trombozunun beyin bilgisayarlı tomografide (BT) hiperdens görünümü kanama ile karışmaktadır. Bizde beyin BT görüntüsünde kanama sanılması muhtemel olan bir SVT vakamızı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

44 yaşında kadın hasta; acil servisimize baş ağrısı şikayetiyle geldi. Geliş vitalleri TA:120/75 mmHg, SpO₂:%97, Nabız:88 atım/dk, SS:14 ve ateş 37.2°C idi. Hasta analjezik kullanmasına rağmen geçmeyen, başın sağ tarafında ancak tam olarak lokalize edemediği zonklayıcı yaygın bir ağrı tarif etmekteydi. Görsel analog skolasına göre ağrı şiddeti 8/10 şeklindeydi. Hastanın fizik muayenesinde patolojik bir bulgusu yoktu. Hastanın laboratuvar bulgularında anlamlı bir patolojik değer yoktu. Çekilen kontrastsız beyin tomografisinde sağ serebellar hemisfer posterior komşuluğunda hiperdens alan dikkat çekmekteydi (Figür 1,2).

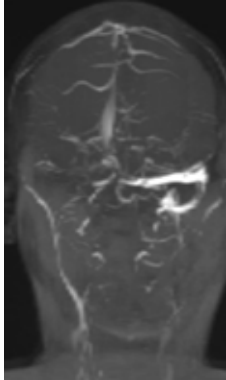


Figür 1: Kontrastsız beyin BT kesiti.

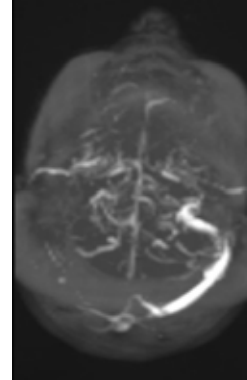


Figür 2: Kontrastsız beyin BT kesiti.

Hastanın beyin BT görüntüsündeki hiperdens alanın kanama ile benzerliği dikkat çekmekteydi. Hastada mevcut klinik durumu açıklamak için ileri görüntülemeye gidildi. Çekilen MR Venografide sağ transvers ve sigmoid sinüste tromboz olduğu tespit edildi (Figür 3,4).



Figür 3: MR Venografi kesiti



Figür 4: MR Venografi kesiti

Hasta mevcut haliyle hastanemiz nöroloji servisine yatırıldı. 5 gün düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi alan hasta, sonrasında taburcu edildi.

TARTIŞMA

SVT sıklıkla genç yetişkin ve çocuk hastalarda baş ağrısı ile prezente olan bir hastalıktır. Tanısı MR Venografiyle konulmakla beraber ayırıcı tanı için çekilen beyin BT çoğunlukla normal olarak raporlanmaktadır. Beyin BT de kanama ile karışması muhtemel olan bulgusu ise delta bulgusudur. Litaratürde kanama izlenimi veren SVT vakaları nadirdir. Dorukoğlu ve arkadaşları bir çalışmalarında serebral kitle imajı veren bir SVT hastasından bahsetmişlerdir (3). Bizim hastamızda da çekilen beyin BT'de ki lezyon kanama izlenimi vermiştir. Litaratürde kanama izlenimi veren SVT hastaları nadirdir. Bundan dolayı görüntülemeye kanama izlenimi veren vakalarda risk faktörleri varlığında SVT unutulmamalıdır. Tanı için ileri görüntülemeye gidilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kaya D. Serebral Venöz Sinüs Trombozunda Tanı ve Tedavi. Turkish Journal of Neurology/Türk Noroloji Dergisi 2017; 23(3): 94-104.
2. Kanişlı Ö, Arslan D, Altınay S, Kanişlı S, Kablan Y, Özcan C. Serebral venöz sinüs trombozu: klinik değerlendirme. Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi 2009; 15(2): 39-42.
3. Dorukoğlu M, Aykaç ŞÇ, Özgiray E, Güler A, Erarslan C. Serebral kitle izlenimi veren derin serebral venöz tromboz vakası. Ege Tıp Dergisi 2022; 61(3): 498-500.



TAM METİNLER

WELLENS VE DAHA FAZLASI

Nazım Onur CAN¹, Mehtap TOPCU², Şenol ARSLAN¹, Halil İbrahim DORU¹

1. Erzurum Şehir SUAM, Acil Tıp Kliniği

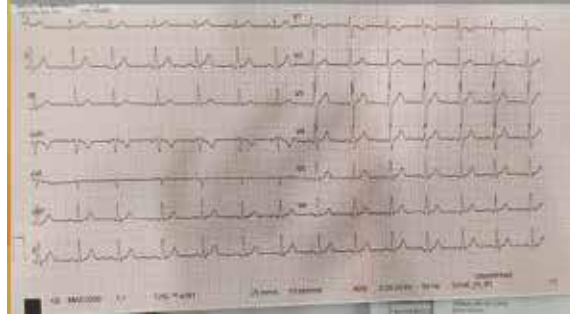
ÖZET: Wellens sendromu, proksimal sol ön inen arterde (LAD) tıkanıklık olması sonucu karşımıza çıkan ağrılı ve ağrısız epizotlarla karakterize acil bir durumdur. Kardiyak enzimler normal olabilir ve elektrokardiyografi (EKG) çekilirken hastanın göğüs ağrısı olmayabilir. Bu sendromda yaygın anterior duvar tutulumu olduğu için hastalar çok büyük risk altındadır. Tespit edilir edilmez hastalar için koroner anjiyografi planlanmalıdır. Aksi takdirde hastanın kliniği mortal seyredebilir. Bu sunuda amacımız Wellens sendromunu tanımak ve bu sendromu taklit edebilen klinik patolojilere dikkat çekmektir. 53 yaşında kliniğimize başvuran bir erkek hastayı sunuyoruz.

ANAHTAR KELİMELER: Elektrokardiyografi, Göğüs ağrısı, Koroner anjiyografi

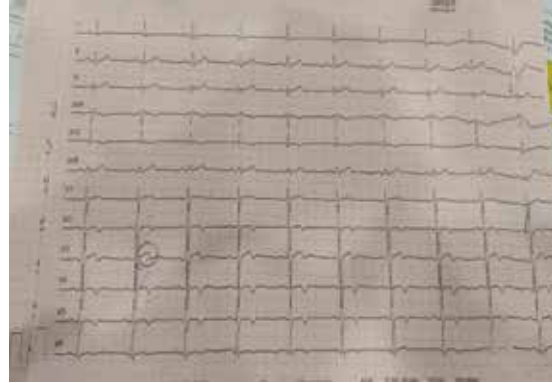
1. GİRİŞ: Wellens sendromu ilk olarak 1982 yılında ağrısız bir dönemde stabil olmayan anjina hastalarını değerlendirirken de Zwaan ve arkadaşları tarafından keşfedildi. O zamandan beri, Wellens sendromu, akut koroner sendromlu (ACS) yüksek riskli hastaları tanımlamak için bir tanı aracı olarak tanındı (1).

Tip A ve Tip B olmak üzere iki şekilde karşımıza çıkar. Tip A'da v2-v3 derivasyonlarında başlangıçta pozitif, bitişe doğru negatif seyreden t dalgaları mevcuttur. Tip B'de ise v2-v3 derivasyonlarında derin ve simetrik olarak seyreden negatif t dalgaları mevcuttur. Wellens paterninin seri EKG'lerde kalıcılığının tanınması, sol kalp kateterizasyonu (LHC) ve erken revaskülarizasyon kararına yol açtı (2). Koroner arter darlığı, reperfüzyon ve restenoz olgusu Wellens sendromunun karakteristik bir patofizyolojisidir ve sonuç olarak sunumların çoğu ağrısız bir dönemdedir (3).

2. OLGU SUNUMU: 53 yaş erkek hasta son 1 haftadır zaman zaman kendini gösteren kardiyak vasıfta göğüs ağrısı ve buna eşlik eden sol kolda uyuşma sebebi ile acil servise geldi. Hastanın öz ve soy geçmişinde sigara bağımlılığı dışında bir özelliği yoktu. Gelişinde vital bulguları stabildi ve diğer sistem muayenelerinde herhangi bir anormali yoktu. Laboratuvar değerleri troponin dahil olmak üzere normal sınırlardaydı. Hastanın çekilen ilk EKG'si figur 1 de gösterilmiştir.



Figür 1: Hastanın acil servise başvuru anındaki elektrokardiyografisi



Figür 2: Hastanın 15 dakika sonra çekilen kontrol elektrokardiyografisi

Kontrol EKG'de Wellens tip B paterni gözlenmesi üzerine hasta acil olarak koroner anjiyografiye alındı.

3. TARTIŞMA: Wellens sendromu ile ilişkili karakteristik EKG paternleri, şiddetli MI gelişmeden önce karar verme için kanıt sağlayabilir (4). Klasik Wellens vakalarında anjiyografi sırasında LAD'in total veya totale yakın tıkanıklığı göze çarpar. Bizim vakamızda ise LAD'de tıkanıklık yerine LAD köküne baskı yapan miyokardiyal bridge denilen bir yapı mevcuttu.

Kalp kası bandı, normalde yüzeysel seyreden önemli bir epikardiyal koroner arterin bir segmentinin miyokard içinde bulunmasıdır. Sıklıkla klinik önemi olmayan doğumsal bir anomali olarak karşımıza çıkmakla birlikte, bazı hastalarda kararsız anjina, şiddetli aritmiler, miyokard infarktüsü ve ani ölüme yol açabilmektedir (5,6).

REFERENCES

1. De Zwaan C, Bär FW, Wellens HJ. Characteristic electrocardiographic pattern indicating a critical stenosis high in left anterior descending coronary artery in patients admitted because of impending myocardial infarction. American heart journal 1982; 103(4): 730-736.
2. Mathew R, Zhang Y, Izzo C, Reddy P. Wellens' Syndrome: A Sign of Impending Myocardial Infarction. Cureus 2022; 14(6).
3. Obi MF, Namireddy V, Noel C, O'Brien A, Sharma M, Frederick A, Cho R. The Comparative Assessment of Wellens' Syndrome With Proximal Left Anterior Descending Artery (LAD) Stenosis Versus Right Coronary Artery (RCA) or Circumflex Coronary Artery Stenosis and Its Prevalence: A Systematic Review. Cureus 2023;15(4).
4. de Zwaan C, Bär FW, Janssen JH, Cheriex EC, Dassen WR, Brugada P, Wellens HJ. Angiographic and clinical characteristics of patients with unstable angina showing an ECG pattern indicating critical narrowing of the proximal LAD coronary artery. American heart journal 1989;117(3): 657-665.
5. Rossi L, Dander B, Nidasio GP, Arbustini E, Paris B, Vassanelli C, Poppi A. Myocardial bridges and ischemic heart disease. European Heart Journal 1980; 1(4): 239-245.
6. Kramer JR, Kitazume H, Proudfit WL, Sones Jr FM. Clinical significance of isolated coronary bridges: benign and frequent condition involving the left anterior descending artery. American heart journal 1982; 103(2): 283-288.



TAM METİNLER

KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİ HAYAT KURTARIR MI?

Şenol ARSLAN¹, Muhammet ÖZKUL¹, Nazım Onur CAN¹, Halil İbrahim DORU¹

1. Erzurum Şehir SUAM, Acil Tıp Kliniği

ÖZET

Bu çalışmamızda besin zehirlenmesi anamneziyle gelen hastamızın karbon monoksit zehirlenmesi olduğu anlaşılmış olup; geçmişinde kardiyak şikayetleri olmayıp, bu maruziyet sırasında hipoksiye bağlı kardiyak etkilenim ile kan testlerinde troponin I artışı ortaya çıkması sonrası hastanın koroner by-passa giden süreci anlatılmıştır. Vakamız, karbon monoksit maruziyeti ortadan kalkmış olsa dahi kardiyak etkilmenin devam ettiği ve iskemik kardiyak hasar açısından hastaların takip edilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Karbon monoksit zehirlenmesi, Gıda zehirlenmesi, Troponin I

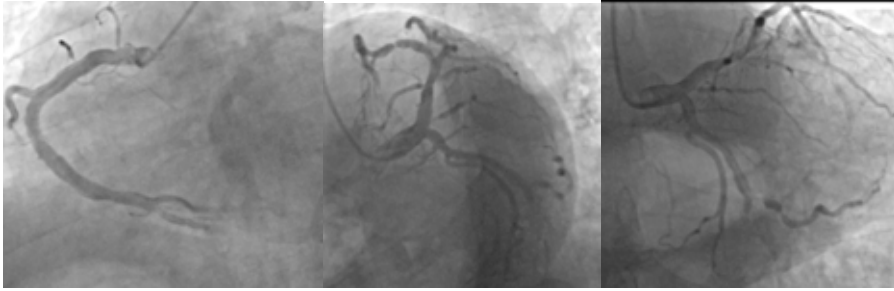
1. GİRİŞ

Karbon monoksit (CO): renksiz, kokusuz, tatsız ve irritasyona yol açmayan bir gazdır. Tatsız, renksiz, kokusuz olması ve tahriş etme özelliğinin olmaması nedeni ile fark edilmediği için "sessiz katil" olarak bilinmektedir. CO, hemoglobine oksijenden (O₂) daha büyük bir afiniteyle hızla bağlanır ve COHb'yi oluşturur, bu da kanın O₂ taşıma kapasitesinde bir azalmaya yol açarak doku hipoksisine yol açar. Bu durum kalp, beyin ve akciğerler gibi oksijen ihtiyacı yüksek olan organları etkiler. CO zehirlenmesinin kardiyak etkileri basit aritmlerden miyokard enfarktüsüne kadar değişmektedir (1).

Bu vakamızda, ailenin verdiği anamneze göre "ailecek akşam saatlerinde sakatat ürünlerinden yiyen ve buna bağlı baş dönmesi, baş ağrısı, mide bulantısı ve kusma şikayetleri" ile gelen hayat kurtaran karbon monoksit toksisitesi sunulmuştur.

2. OLGU SUNUMU

58 yaş erkek hasta, verdiği anamneze göre akşam marketten sakatat alıp evde ailecek yedikten sonra kendisi, eşi ve kızlarında gece saatlerinde başlayan bulantı, kusma, baş dönmesi, baş ağrısı ve halsizlik şikayetlerinin olması nedeniyle besin zehirlenmesi olduklarını düşünüp acil servise başvurdular. Özgeçmişinde sigara 45 yıl/paket, bilinen kardiyak pulmoner hastalığı yok, dinlemekle solunum sesleri doğal parmak ucu saturasyonu oda havasında 91 idi. EKG, normal sinüs ritminde olup herhangi bir özellik yoktu. Hemogram ve biyokimya anlamlı özellik olmayıp alınan kan gazında pH 7.42, pCO₂ 28.9, HCO₃ 20.4 Lak 2,7 CoHB 28.5 olduğu görülünce ilimizde hiperbarik oksijen merkezi ilgili tarihte aktif olmadığından acil yoğun bakım ünitemize ivedi olarak interne edildi, takip ve tedavisi düzenlendi. Acil yoğun bakımda hastanın takiplerinde Troponin I değeri 413.84 ng/L olması üzerine kardiyojlojiye konsülte edildi, Cevaben 1 saat sonra kontrol EKG ve kontrol biyokimya çalışıldı. Troponin değeri 1822.43 ng/l olduğu görülünce kardiyojloji tarafından koroner anjiyografi kararı verildi. Yapılan koroner anjiyografide her üç damarda da lezyonlar görüldü. Koroner by-pass olabilmesi açısından kalp damar cerrahisi bölümüne devri yapıldı.



Figür 1: Hastaya ait koroner anjiyografi görüntüsü

3. TARTIŞMA

CO zehirlenmelerinde başlangıç semptomları arasında yer alan halsizlik, baş ağrısı, baş dönmesi, gözlerde yaşarma, bulantı, kusma gibi non-spesifik bulgular gribal enfeksiyon, gıda zehirlenmeleri, gastroenterit gibi yanlış tanılarına neden olabilir (2,3,4). CO zehirlenmelerinde klinik belirti ve semptomlar; ortamdaki CO konsantrasyonu, maruz kalma süresi, dakika ventilasyon sayısı, metabolik hız, hemogloblin konsantrasyonu ile ilişkili bulunmuştur (5). Karboksihemoglobin seviyeleri genellikle klinik tabloyu yansıtmaz fakat baş ağrısı genellikle % 10'luk COHb seviyelerinde başlayan ilk belirtidir.

Tablo 1. COHb düzeyine göre gelişebilen klinik bulgular

COHb Düzeyi	Klinik Bulgular
%10-20	Bulantı, kusma, takipne, konfüzyon
%21-30	Baş ağrısı, efor dispnesi, anjina, görme bozukluğu, çevreye uyumda bazı yetersizlikler, tehlikeye yetersiz tepki, hafif kas zayıflığı ve duyuşsal algının azalması
%31-40	Baş dönmesi, konfüzyon, bulantı, kusma, görme bozukluğu, karar vermede güçlük
%41-50	Bayılma, bilinç değişikliği, amnezi, taşikardi, taşipne
%51-60	Nöbet, koma, şiddetli asidoz
≥%60	Ölüm

CO zehirlenmesi ile acil servise gelen hastalar non-spesifik şikayetler ile başvurmaktadırlar, bu durum ise tanı konulmasını güçleştirmektedir. CO zehirlenmesi acil servis başvuruları ve yoğun bakım yatışlarında tüm zehirlenme vakaları arasında üst sıralarda yer almaya devam etmektedir. Vakamızın altta yatan ve hiçbir semptom vermeyen koroner arter hastalığı. CO zehirlenmesi sonucunda rastlantısal olarak tesbit edildi. Sonuçta hasta geç tanı konulması durumunda mortalitesi yüksek olabilen koroner arter hastalığı tanısını belkide erken bir dönemde almış oldu. Sonuç olarak vakamızın amacı CO zehirlenmesi olan hastaların iskemik kardiyak hasar açısından değerlendirilmelerinin ve troponin takiplerinin yapılmasının gerektiğini hatırlatmaktır.

KAYNAKLAR

- Guzman JA. Carbon monoxide poisoning. Critical care clinics 2012; 28(4): 537-548.
- Kandış H, Katırcı Y, Karapolat B. Karbonmonoksit zehirlenmesi. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 11(3): 54-60.
- Rose JJ, Wang L, Xu Q, McTiernan CF, Shiva S, Tejero J, et al. Carbon Monoxide Poisoning: Pathogenesis, Management, and Future Directions of Therapy. American journal of respiratory and critical care medicine 2017; 195(5): 596-606
- Fiorista F, Casazza F, Comolatti G. Silent myocardial infarction caused by acute carbon monoxide poisoning. Giornale italiano di cardiologia 1993; 23(6): 583-7.
- Doherty S. History, pathophysiology, clinical presentation and role of hyperbaric oxygen in acute carbon monoxide poisoning. Emergency Medicine 2000; 12(1): 55-61.

ÜRİNER KATETERİZASYONUN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: ÜRETER İÇİNDE FOLEY SONDANIN NE İŞİ VAR?

Nazım Onur CAN¹, Enes YILDIRIM², Şenol ARSLAN³, Onur ZENGİN⁴

1. Erzurum Şehir SUAM, Acil Tıp Kliniği

ÖZET

Üriner kateterizasyon işlemi acil serviste çeşitli amaçlarla kullanılmaktadır. Bunların başında üriner retansiyonun önlenmesi, sıvı takibi ve hareketsiz hastalar sayılabilir. Her invaziv işlemde olabileceği gibi kateterizasyon işleminin de birtakım komplikasyonları olmaktadır. En sık komplikasyon katater ilişkili bakteriyüri ve idrar yolu enfeksiyonudur. Daha nadir olarak mesane fistülü, mesane perforasyonu, hematüri ve mesanede taş oluşumuna kadar uzanan bir dizi komplikasyon bildirilmiştir. Üreteral kateterizasyon çok daha nadir görülmektedir ve literatüre bakıldığında bu türden sadece birkaç vaka raporu bildirilmiştir. Biz de kliniğimize sol yan ağrısı ile başvuran bir hastada üreteral kateterizasyon görülen olgumuzu sunmayı amaçladık.

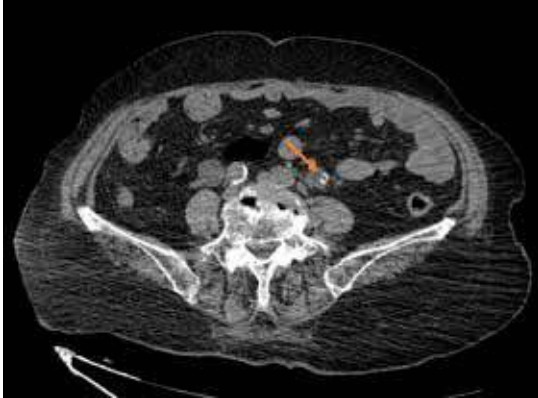
ANAHTAR KELİMELE: üreter, foley katater, komplikasyon

GİRİŞ

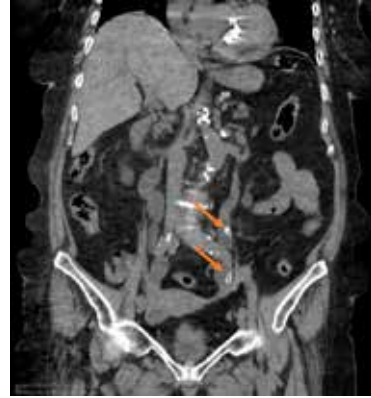
Üriner kateterizasyon işlemi acil serviste çeşitli amaçlarla kullanılmaktadır. Bunların başında üriner retansiyonun önlenmesi, sıvı takibi ve hareketsiz hastalar sayılabilir. İşlemin tek kontrendikasyonu ise pelvik travma ile ilişkili üretral yaralanmadır (1). Her invaziv işlemde olabileceği gibi kateterizasyon işleminin de bir takım komplikasyonları olmaktadır. En sık komplikasyon katater ilişkili bakteriyüri ve idrar yolu enfeksiyonudur (2). Daha nadir olarak mesane fistülü, mesane perforasyonu, hematüri ve mesanede taş oluşumuna kadar uzanan bir dizi komplikasyon bildirilmiştir (3). Üreteral kateterizasyon çok daha nadir görülmektedir ve literatüre bakıldığında bu türden sadece birkaç vaka raporu bildirilmiştir (4). Hastalar asemptomatik olabileceği gibi foley katater kenarından idrar sızıntısı, karın ağrısı, sırt ağrısı gibi semptomlarla başvurabilirler. Etiyolojisi tam aydınlatılmamış olsa da vaka raporlarından elde edilen bilgiler ışığında özellikle üst motor nöron hasarı olan, nörojenik mesaneye sahip hastalarda risk daha fazladır (5). Bizde kliniğimize sol yan ağrısı ile başvuran nörojenik mesaneye sahip bir hastada üreteral kateterizasyon görülen olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU

83 yaşında kadın hasta acil servise sol yan ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Acil servise gelişinde Vital bulguları; Ta:163/74 mmHg, Spo2:%95, Ateş:36.7°C, Kalp tepe atımı: 104 atım / dk idi. Bilinen hipertansiyon ve nörojenik mesane tanıları mevcut. Fizik muayene de GKS:15, genel durumu orta ve ajite görünümde olduğu görüldü. Solda kostovertebral açı hassasiyetinin (KVAH) pozitif olduğu saptandı. Karın muayenesinde palpasyonda sol alt kadranda istemli defans olduğu görüldü. Alınan detaylı anamnezde sabah saatlerinde evde sağlık biriminin hastanın düzenli olarak kullandığı silikon sondasını değiştirdiği öğrenildi. Hastane bilgi sisteminden hastanın bilateral grade 4 üreterohidronefroz ve piyelonefrit tanısı ile Nisan 2023 de servis yatışı olduğu görüldü. Hastadan ekg, kan ve idrar tetkikleri istendi. EKG'si normal sinüs ritmi (NSR) idi. Kan tetkikleri beklenirken ağrı kontrolü için aneljezik tedavi uygulandı. Kan sonuçlarında kreatinin:1.26 mg/dL, crp:20, hemoglobin:10.3, beyaz küre:10.72 olduğu görüldü. Alınan tam idrar tetkiğinde (TİT) 353 eritrosit (0-3), 2994 lökosit (0-5), 3+ lökosit esterase saptandı. Takibinde şikayeti gerilemeyen hastaya kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) istendi. Çekilen BT'de takılan foley kataterin sol üreter proksimal 1/3 den itibaren mesaneye ve buradan pelvik lokalizasyona uzanım gösterdiği görüldü. Üroloji konsültasyonu istenen hastanın sonda balonu acil serviste indirildi ve sonda kontrollü bir şekilde çıkartıldı. Hastanın şikayeti ve muayene bulguları geriledi. Yeniden foley katater takıldı. Yeni kataterden idrar kültürü gönderildi. Sonda balonunun mesane içinde olduğu yatak başı ultrason görüntüleme (USG) ile kanıtlandı. Katater ilişkili enfeksiyon düşünülen hastanın antibiyoterapisi düzenlendi ve hasta üroloji poliklinik kontrolü önerisi ile taburcu edildi.



Figür 1: Hastaya ait aksiyal BT görüntüsü (Turuncu ok: Sol üreter içindeki foley katateri göstermektedir)



Figür 2: Hastaya ait koronal BT görüntüsü (Turuncu ok: Sol üreter içindeki foley katateri göstermektedir)

TARTIŞMA

Üreteral kateterizasyon işlemi mesane sonda uygulamasının nadir bir komplikasyonudur. Literatürdeki vaka raporlarına baktığımızda üriner kateterizasyona çok nadir rastlanmaktadır. 2014 yılındaki bir vaka raporunda nörojenik mesanesi olan 48 yaşında kuadruplejik bir kadın hastanın kontrastlı bilgisayarlı batin tomografi (BT) taramasında sağ distal üreterin foley kateteri tarafından kanülasyonu ve distal sağ üretere 1 cm kadar uzandığı görülmüştür. Başka bir olguda ise 68 yaşında nörojenik mesanesi olan kuadruplejik hastaya bir gün önce takılan foley kataterin sağ distal üreteri tıkdığı ve bunun hafif ila orta şiddette piyeloureteralektazi ile sonuçlandığı bilgisayarlı tomografi ile tespit edildi (5). Bizim vakamızda da literatüre benzer şekilde nörojenik mesanesi olan hastaya takılan foley kataterin sol üretere kadar uzandığı tespit edilmiştir.

SONUÇ

Mesane kateterizasyonu uygulanan üst motor nöron hastalığı, nörolojik mesane hastalıkları ve kadın cinsiyet gibi risk grubundaki hastalarda oluşabilecek mekanik komplikasyonlar için dikkatli olunmalıdır. Özellikle mesane sondası olan hastalarda şiddetli yan ağrısı varlığında üreteral kateterizasyonda ön tanımlar arasında olmalıdır. Ayrıca bu şekilde yüksek risk altındaki hastalar mesane sonda uygulaması esnasında ve sonrasında dikkatlice izlenmeli ve kontrol edilmelidir. Bunun için sonda uygulandıktan sonra sonda balonunun mesane içinde olup olmadığı yatak başı USG ile doğrulanabilir. Olgumuzda 2.defa uygulanan foley sondanın balonu bu şekilde doğrulanmıştır.

KAYNAKLAR

- Cravens DD, Zweig S. Urinary catheter management. American family physician 2000; 61(2): 369-376
- Leuck AM, Wright D, Ellingson L, et al. Complications of Foley catheters—is infection the greatest risk?. The Journal of urology 2012; 187 :1662–1666.
- Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, et al. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. Infection Control & Hospital Epidemiology 2010; 31(4): 319-326.
- Agarwal S, Goel S, Aeron R, Sankwar SN. Misplaced Foley catheter in ureter in a female with neurogenic bladder: a rare complication report. Case Reports 2018, bcr-2018.
- Anderson BW, Greenlund AC. Ureteral cannulation as a complication of urethral catheterization. Korean Journal of Urology 2014; 55(11): 768-771.



TAM METİNLER

HASTANEMİZDE VERİLEN TURUNCU KOD

GİRİŞ :

Turuncu kod hastane içinde veya hastane dışında meydana gelen kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer (KBRN) yaralanma sonrası hastanede verilen koddur. Bu kod verildiğinde (6666) hastanenin KBRN ekibi kişisel koruyucu kıyafetlerini (KKE) giyerek olaya müdahale eder. Olayın KBRN vakası olduğu her zaman tanınmayabilir veya geç tanınır. KBRN vakaları tanınmadığı takdirde hastaya müdahale eden sağlık personeli etkilenebilir. Biz bu sunumda acil servise 112 tarafından getirilen 2 vakanın KBRN vakası olduğu anlaşıldıktan sonraki uygulamaları sunmayı amaçladık.

OLGU: Acil servis kırmızı alana 35 yaşında ve 42 yaşında iki erkek hasta 112 ambulans servisi tarafından getirildi. Bilinçleri uykuya meyilli idi. Sözlü uyarı ile uyanmaktalar ancak söyledikleri sözcükler anlaşılır değildi. Hastaların büyük bir su deposunun içine girdikleri ve tinerle temizlik yapan işçiler olduğu öğrenildi. Su deposunun içinde baygın halde bulunmuşlar.

Hastalar acil girdiği andan itibaren etrafa kötü bir koku yayıldı. Hastalar 112 sedyesi ile hemen hastane bahçesine açık havaya çıkarıldı ve turuncu kod verildi. KBRN ekibi kişisel koruyucu C tipi kıyafetlerini giydi. Bahçede bekletilen hastalar dekontaminasyon ünitesine alındı. KBRN ekibinde çalışan personel hastaların elbiselerini çıkardı ve 35 derecede su ile dekontamine edildi. Temiz kıyafetler giydirilerek acil serviste izolasyon odasına alınan hastalar 8 saatlik gözlem süresi sonrası bilinç seviyeleri normalleşti ve taburcu edildiler.

TARTIŞMA: Tinerler aromatik hidrokarbonlar, halojenlenmiş hidrokarbonlar ve en yaygın olarak bulunan toluen, ksilen, aseton, heksan, benzen ve metil izobutil ketonun organik solvent karışımıdır [1]. Genellikle boya kalıntılarının temizlenmesinde kullanılır. yeterli havalanamayan depo gibi yerlerin temizlenmesi sırasında tinerin solunması ile akut zehirlenme gelişebilir. Bu işi meslek edinenlerde ise yeterli önlemleri almazlarsa rabdomyoliz sonrası akut tübüler nekroz gibi kronik zehirlenme meydana gelebilir.[2]. Ayrıca uyuşturucu bağımlıları da tiner soluyarak akut zehirlenmelere neden olurlar. Tiner yağda çözüldüğünden ciltten de yüksek oranda emilir [3]. Bu yüzden kapalı alanları tiner ile temizlerken etkilenen kişilerin ilk olarak elbiseler çıkartılıp vücut su ile yıkanmalıdır. Bu hastalar acil servise direk tedavi için getirildiklerinde erken tanınmadıklarında takdirde acil servis çalışanları da tineri soluyabilir ve etkilenebilirler.

SONUÇ: Su deposu gibi yerlerde tinerle temizlik yapılacaksa havalandırma sistemleri kurulmalıdır. Çalışan işçi kişisel koruyucu kıyafetler giyerek tinerin hem ciltten emilimi hem de inhalasyonu engellenmelidir. İleri derecede etkilenen kişileri kişisel koruyucu kıyafet giymiş sağlık personeli karşılamalı ve dekontaminasyon ünitesinde elbiseleri çıkarılıp yıkandıktan sonra acil servise almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Martínez-Alfaro M, Alcaraz-Contreras Y, Cárabez-Trejo A, Leo-Amador GE. Oxidativestresseffects of thinnerinhalation. Indian J OccupEnvironMed 2011;15:87–92.
2. Rahimi HR, Agin K, Shadnia S, Hassanian-Moghaddam H, Oghazian MB. Clinicalandbiochemicalanalysis of acutepaintthinnerintoxication in adults: a retrospectivesdescriptivestudy. Toxicol Mech Methods 2015;25:42–47
3. AgencyforToxicSubstancesandDiseaseRegistry (ATSDR). Toxicological Profile forToluene, 2000. Atlanta, GA: US Department of Healthand Human Services



TAM METİNLER

GEBE HASTADA GELİŞEN HİDRONEFROZ VE PYELIT OLGU SUNUMU

Şenol ARSLAN¹, Kübra BİRE¹, Nazım Onur CAN¹, Furkan AKPINAR¹

¹. Erzurum Şehir SUAM, Acil Tıp Kliniği

ÖZET

Hidronefroz kalikslerin birbirinden ayrılması ve renal pelvisin genişlemesi olarak tarif edilir. Gebelik sırasında hormonal ve mekanik nedenlerden dolayı üreterlerin ve pelvikalisiyel sistemin dilatasyonu sık görülmektedir. Dilatasyon sağ böbrekte soldan 3 kat daha fazla görülmektedir. Gebe kadınlarda idrar toplama sisteminin fizyolojik genişlemesi semptomatik hale gelebilir ve tedavi edilmezse anne ve fetusu tehlikeye atabilecek yaşamı tehdit eden enfeksiyona ilerleyebilir. Pyelit pelvisin mukoza zarının ve renal kalikslerin enfeksiyonudur. Pyelitin birçok türü ve birçok da sebebi olmakla birlikte en dikkat çekici olanı gebelikle ilişkili olandır. Biz 26 haftalık gebe hastada gelişen hidronefroz ve piyelit vakamızı sunmayı amaçladık.

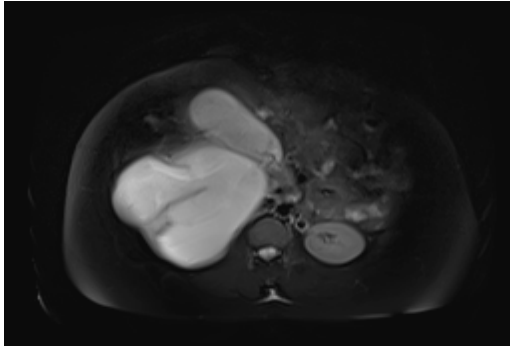
ANAHTAR KELİMELE: gebe, hidronefroz, pyelit

1. GİRİŞ

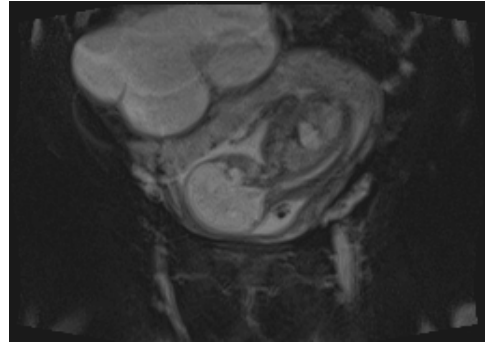
Hidronefroz kalikslerin birbirinden ayrılması ve renal pelvisin genişlemesi olarak tarif edilir (1). Gebelik sırasında hormonal ve mekanik nedenlerden dolayı üreterlerin ve pelvikalisiyel sistemin dilatasyonu sık görülmektedir. Dolayısıyla artan östrojen, progestasyonel hormonlar ve prostaglandin benzeri ajanlar obstrüksiyon olmadan da üriner sistemde dilatasyona neden olabilmektedir (2). Gebelikte hidronefroz genellikle sağ tarafta görülür. Bunun nedeni olarak uterusun dekstra rotasyonu gösterilmektedir. Dilatasyon sağ böbrekte soldan 3 kat daha fazla görülmektedir. Üreteral dilatasyonun gestasyonun 21. haftasından sonra daha sık olması ve daha hızlı ilerlemesi üreterlerin gebe uterus tarafından baskı altında bırakıldığı teorisini desteklemektedir (3). Sağ böbrekte Grade II'ye kadar olan dilatasyonlar normal kabul edilmekte ve genellikle müdahale gerekmemektedir (4). Gebe kadınlarda idrar toplama sisteminin fizyolojik genişlemesi semptomatik hale gelebilir ve tedavi edilmezse anne ve fetusu tehlikeye atabilecek yaşamı tehdit eden enfeksiyona ilerleyebilir (5). Pyelit pelvisin mukoza zarının ve renal kalikslerin enfeksiyonudur. Pyelitin birçok türü ve birçok da sebebi olmakla birlikte en dikkat çekici olanı gebelikle ilişkili olandır. Birçok araştırmacı gebeliğin pyelit nedeni olmadığına ancak predispozan bir faktör olduğuna inanmaktadır (6). Biz de bu olgu sunumumuzda gebe hastada gelişen hidronefroz ve piyelit vakamızı sunmayı amaçladık.

2. OLGU SUNUMU

37 yaş 26W3D gebe kadın hasta; 3 gündür olan sağ yan ağrısı ile acil servise başvurdu. Bilinen kronik hastalığı olmayan hastanın vital parametre değerleri; Ta:117/75 mmHg, Sat: % 95, Nabız:105 atım/dk, Ateş:37,8 °C olup fizik muayenesinde batin sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Aynı zamanda yine sağ alt kadranda defans ve rebound alındı. Laboratuvar bulgularında; ürogranda lökosit:16, wbc:5500, kreatinin:1.3, CRP:320 idi. Hastaya akut batin ön tanısı ile kontrastlı alt üst abdomen MR istendi. Görüntülemelerde sağ böbrek grade 5 ektazikizlenip, sağ pelviste yoğun içerikli mayı izlendi (piyelit?). Hasta mevcut hali ile ürolojiye konsülte edilip, interne edildi. Hastaya interne edildiği serviste nefrostomi uygulandı. 2000 ml pürülan mayı geleni oldu. 4 günlük servis takibi sonrası genel durumu iyi akut faz reaksiyonlarında gerileme olması üzerine önerilerle taburcu edildi.



Figür 1:Kontrastlı abdomen MR aksiyal kesit



Figür 2: Kontrastlı abdomen MR coronal kesit.

3. TARTIŞMA

Gebelikte üreterlerin ve pelvikalisiyel sistemin dilatasyonu sık görülen bir durumdur. Literatüre bakıldığında da gebeliğin 2. ve 3. Trimesterinde %50 oranında üriner sistem dilatasyonu olduğu görülmüştür (4). Yapılan bir çalışmada hamileliğin ikinci yarısında sağ üreter ve pelvisin %76'sında, sol üreter ve pelvisin ise %36'sında dilate olduğu görüldü (2). Yine başka bir çalışmada gebeliğin ilk trimesterinde üreterlerin normal olduğu, ancak sonraki dönemde idrar atılımında gecikme ve ilerleyici bir dilatasyon olduğu bulunmuştur (7). Hamilelik sırasında hidronefroz ve hidroüreterlerin ortaya çıkması fizyolojik bir olay olarak kabul edilir. Klinik önemi, gebelik sırasında semptomatik bakteriyüri ve artan idrar yolu enfeksiyonu insidansının yüksek olmasıyla ilişkilidir (2). Böbrek enfeksiyonu oluşumundaki ana faktörün üriner staz olduğu kesin olarak gösterilmiştir. Yirmi bir piyelit vakasından oluşan bir seride on sekiz vakada idrar stazı ve hidronefroz olduğu görülmüştür (6). Bizim vakamızda da literatürle uyumlu olarak 26 w gebe hastada grade 5 hidronefroz ve pyelit geliştiği tespit edilmiştir.

4. SONUÇ

Üriner sistem enfeksiyonlarının önemli sebeplerinden bir tanesi üriner sistemdeki stazdır. Gebe hastalarda gebeliğe bağlı hidronefroz grade 1-2 ye kadar fizyolojik kabul edilse de semptomatik ve daha ileri düzeyde hidronefroz ve piyelit gebenin ve fetüsün hayatını tehlikeye sokabileceği için hayati önem arz etmektedir. Bu sebeple yan ağrısı ile gelen gebe hastalarda ileri düzey hidronefroz ve piyelit ayrıntılı tanıları içerisinde düşünülmeli ve ona yönelik ileri tetkik yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Dillon E, Ryoff A. A 10 year audit of antenatal ultrasound detection of renal disease. Br J Radiol 1998; 71: 497-500.
2. Rasmussen PE, Nielsen FR. Hydronephrosis is during pregnancy: A literature survey. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 1988; 27: 249-259
3. Deveci S, Ulaşoğlu T, Adalı E, Yıldızhan R. Gebelik ve Hidronefroz. Van Tıp Dergisi 2008; 15(1): 13-17.
4. Faundes A, Bricola-Filho M, Pinto e Silva JL. Dilatation of the urinary tract during pregnancy: Proposal a curve of maximal caliceal diameter by gestational age. American journal of obstetrics and gynecology 1998; 178: 1082- 1086.
5. Fainaru O, Almog B, Gamzu R, Lessing JB, Kupfermanc M. Themangement of symptomatic hydronephrosis in pregnancy. BJOG: an internationa ljournal of obstetrics and gynaecology 2002; 109(12): 1385-1387.
6. Hundley JM. Pyelitis in thefemale. Journal of the American Medical Association 1926; 86(9): 603-609.
7. Bergstrom H. Renographic evaluation of renal excretion in hydronephrosis of pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 1975; 54: 203.



TAM METİNLER

ACIL SERVİSTE TEKRARLAYAN BAŞVURULAR

Nazım Onur CAN¹, Kadir ODAÇI², Şenol ARSLAN³, Furkan AKPINAR⁴,

1. Erzurum Şehir SUAM, Acil Tıp Kliniği

ÖZET

Tanım olarak acil servisten taburculuktan sonraki ilk 72 saat içindeki başvurular erken dönem “tekrar başvuru” (TB) olarak kabul edilmektedir. Acil servis hastalarının %2-11’ini aynı şikâyetle kısa süreler içerisinde tekrar başvuran hastalar oluşturmaktadır. TB’ların sık sebepleri şunlardır: Hastalıkların yetersiz tedavisi, önceki başvuruda nedeni saptanamayan karın ağrısı, dehidratasyon, sepsis gibi bazı hastalık grupları, hastanın ilk görüldüğü yerdeki tanı ve tedavi kalitesinin düşüklüğü. Bu sunudaki amacımız acil servise tekrar başvuru olarak kabul edilen hastaları önceki anamnez, fiziki muayene, laboratuvar sonuçları, görüntülemeleri ile değil yeniden değerlendirmenin önemini vurgulamaktır. Bizde son 10 günde 4 defa acil servisimize baş dönmesi ve bayılma şikâyetleri ile başvuran vakamızı sunmayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELER: Tekrar başvuru, baş dönmesi, bayılma

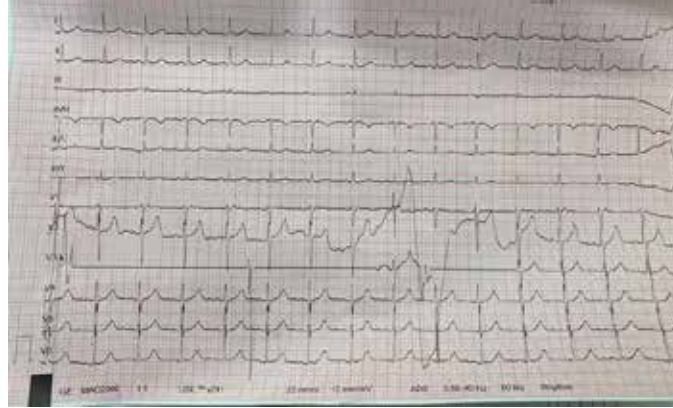
1. GİRİŞ

Tanım olarak acil servisten taburculuktan sonraki ilk 72 saat içindeki başvurular erken dönem “tekrar başvuru” (TB) olarak kabul edilmektedir (1). Acil servis hastalarının %2-11’ini aynı şikâyetle kısa süreler içerisinde tekrar başvuran hastalar oluşturmaktadır. Acil servise tekrar başvuru yapması muhtemel olan, özellikle de ilk başvurusuna kıyasla tekrar başvurusunda daha ağır bir klinik tablo ile başvuru yapabilecek hastaların ve özelliklerinin belirlenmesi hasta ve hekim güvenliği için oldukça önemlidir (2). TB’ların sık sebepleri şunlardır: Hastalıkların yetersiz tedavisi, dehidratasyon, hastanın ilk görüldüğü yerdeki tanı ve tedavi kalitesinin düşüklüğü, önceki başvuruları gece saatlerinde olan hastalar, kronik ve sık olarak acili kullanan yaşlılar, evsizler, alkolikler ve tek başına yaşayan insanlar(3). Bizde son 10 günde 4 defa acil servisimize baş dönmesi ve bayılma şikâyetleri ile başvuran vakamızı sunmayı amaçladık

2. OLGU SUNUMU

69 yaşında kadın hasta bilinen koroner arter hastalığı ve hipertiroidisi mevcut. Son 10 gün içerisinde son başvurusundan önce 3 kez daha acile başvurmuş. Başvuruda vitaller stabil, GKS:15, oryante koopere, nörolojik muayene doğal. Son başvuru şikâyeti evde yakınları tarafından birkaç dakika süren bayılma. Başvuru anında baş dönmesi şikâyeti mevcut. Önceki mükerrer başvurularında da benzer şikâyetleri olup kardiyak, pulmoner ve santral patolojiler açısından değerlendirilmiş fakat herhangi bir patoloji saptanmamış. Son başvurusunda hastanın çekilen EKG’ sinde akut patoloji yok. Santral görüntülemelerinde patoloji saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde Troponin değerleri 1434 (Normal aralık: 0-47) olarak ölçüldü. Hasta kardiyojiyoloji ST elevasyonuz miyokard enfarktüsü ön tanısı ile konsülte edildi. Sonuç olarak hasta koroner yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve PCI yapıldı.

Figür:1



3. TARTIŞMA

Birçok tekrarlayan başvuru tıbben önemsiz olabilir, çünkü önemli sayıda hastanın acil servisi, acil olmayan problemler için kullandığı bilinmektedir. Tekrar başvurular ile ilgili Keith ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada tekrar başvuruların %32,3’ünün önlenabilir nedenlerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. (4). Yapılan başka bir çalışmada ise TB yapılması için risk oluşturan ilk geliş tanıları dehidratasyon, sepsis, karın ağrısı, nöbet, astım, idrar yolu enfeksiyonları, pnömoni olarak saptanmıştır (5). Başka bir çalışmada ise; idrar yolu enfeksiyonları, göğüs ağrısı, karın ağrısı, bulantı ve kusma gibi semptom ve bulguları olan hastalar tekrar başvurular için yüksek riskli hastalar olarak tespit edilmiştir (6).

4. SONUÇ

Tekrarlayan başvurularda hastayı yeniden değerlendirmek ve gerekirse yapılmış tetkikleri tekrar yapmak, tetkikleri genişletmek gerekirse ilgili branşlardan konsültasyon istemekten kaçınılmamalıdır.

KAYNAKÇA

1. Wu CL, Wang FT, Chiang YC, et al. Un planned Emergency Department Revisits With in 72 Hours To A Secondary Teaching Referral Hospital In Taiwan. The Journal Of Emergency Medicine 2010; 38(4): 512-517.
2. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Erişkin Acil Servisine 72 Saat İçerisinde Aynı/İlişkili Şikâyetle Yapılan Tekrar Başvuruların Özellikleri. Uzmanlık Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, 2014
3. Hocagil AC. Acil Servise Erken Dönemde (İlk 72 Saat) Tekrar Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2011
4. Keith KD, Bocka JJ, Kobernick MS, et al. Emergency Department Revisits. Ann Emerg Med 1989; 18(9): 964-8.
5. Gordon JA, An LC, Hayward RA, et al. Initial Emergency Department Diagnosis And Return Visits: Risk Versus Perception. Ann Emerg Med 1998; 32(5): 569-73.
6. Lerman B, Kobernick MS. Return Visits To The Emergency Department. J Emerg Med 1987; 5(5): 359-62.



TAM METİNLER

THYROMAZOL İLİŞKİLİ DRESS SENDROMU: NADİR BİR OLGU

THYROMAZOL ASSOCIATED DRESS SYNDROME: A RARE CASE

Dr. Mehmet Güllüoğlu¹, Dr. Hakan Oğuztürk²

¹ Türkiye Cumhuriyeti Tanzanya Büyükelçiliği, Darüsselam, Tanzania

² Ankara Şehir hastanesi Acil Tıp Kliniği Ankara, Türkiye

ÖZET

DRESS (Eozinofili ve Sistemik Semptomlarla İlaç Reaksiyonu) sendromu, akut başlangıçlı ateş, deri döküntüsü ve multisistemik tutulum ile karakterize, nadir görülen, yaşamı tehdit eden bir ilaç reaksiyonudur. Bu olguda DRESS'in thyromazole bağlı olarak da gelişebileceğini gösterdik.

ABSTRACT

DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) syndrome is a rare, life-threatening drug reaction characterized by acute onset of fever, skin rash, and multisystemic involvement. We showed that with this case, DRESS may develop due to thyromazol.

GİRİŞ

Bu sendroma yol açan farklı gruptan birçok ilaç bildirilmiştir. Hem çocuk hem de erişkin popülasyonda en sık bildirilen ilaçlar arasında fenitoin, karbamazepin, dapson, sulfasalazine, allopurinol, vankomisin, sülfonamidler yer almaktadır (1). Ülkemizde çok merkezli bir araştırmada çocukluk çağı yaş grubunda çoklu olgu araştırılmasında başlıca sorumlu ilaçlar amoksisilin-klavulanat ve karbamazepin olarak tespit edilmiştir (2). Biz burada, thyromazol ilişkili DRESS sendromlu bir olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU

Altmış sekiz yaşında kadın hasta, 5 gündür olan tüm vücudu kaplayan kızamık döküntüleriyle acil tıp Kliniğimize başvurdu. Hipertroidi nedeniyle yaklaşık 10 gündür thyromazol kullandığını belirten hastanın başvuru anında 37,8°C ateşi mevcuttu (Resim 1-2). Laboratuvar tetkiklerinde patolojik değerler ÜRE:105 mg/dl, Kreatinin 1.32 mg/dl, GGT: 94 U/L, LDH 423 U/L, CRP: 37.69 mg/dL, PLT: 421,000/µL şeklinde idi. Hastanın tüm vücudunda makülopapüler döküntü (Şekil 1), dilde ödem ve eritem mevcuttu. 'DRESS' sendromu ön tanısıyla hospitalize edilen hastanın thyromazol tedavisi kesilerek, ilgili diğer konsültasyonlar tamamlandıktan sonra dermatoloji yatışı yapıldı. Hastaya anamnez, klinik ve histopatolojik bulgularla 'DRESS' sendromu tanısı kondu. Prednol tedavisi (60 mg/gün) ile lezyonlarında, laboratuvar bulgularında tama yakın düzelme olan hastanın steroid dozu azaltılarak 2 ayda kesildi. Hastanın kontrollerinde herhangi bir şikâyetinin kalmadığı gözlemlendi.

TARTIŞMA

Erişkinlerle benzer şekilde çocukluk çağı DRESS sendromu tanı 148 olguyu içeren 82 yaygın derlemesinde olguların %52,6'sında antikonvulsanların sorumlu olduğu saptanmıştır (3). Kuzey Amerika 'da yapılan bir çalışmada ise sorumlu ilaç olarak olguların %74'ünde antibiyotik (çoğunlukla vankomisin ve beta-laktam antibiyotikler) ve %20'sinde antikonvulsan bulunmuştur (4).

DRESS oldukça değişken, geniş yelpazede klinik spektruma sahip bir tablodur. Klinik belirtiler şüpheli ilaç alımının başlangıcından 2-8 hafta sonrasına kadar geniş bir zaman diliminde ortaya çıkabilir. Asimptomatik erken dönemde laboratuvar değerlerinde değişiklikler gözlemlenebilir. Belirli ilaçlarla belirli organ tutulumları görülse de klinik tablo sorumlu ilaçtan ziyade konağın immün sistemi ile daha yakından ilişkilidir (5).

Klinik tablo genellikle makülopapüler morbiliform döküntünün eşlik ettiği hızlıgelişen ateş ile başlar. Takip eden 1-2 gün içinde lenfadenopati ve farenjit eklenir, sonrasında çoklu organ tutulumları ortaya çıkar (5). Uzun ve değişken şiddetli klinik tablo herpes virüs ailesinden çeşitli virüslerin reaktivasyonlarına da yol açar. En sık ve yaygın bulgu olan deri lezyonları tipik olarak yüz, boyun, üst ekstremiteler ve gövdede simetrik dağılım gösteren hafif kaşıntılı morbiliform erupsiyon olarak başlar ve birleşerek yaygın eriteme dönüşür. Döküntü ödematöz hâle geçebilir, bazen purpurik lezyonlar, püstüller ve hatta veziküller gelişebilir. Sorumlu ilaç kesilmez ise lezyonlar eritrodermi ve/veya ekzfoliyatif dermatite ilerler. Fasiyal ödem DRESS için çok karakteristik bir bulgudur.

Ayrıcı tanıda Steven-Johnson sendromu, toksik epidermal nekroliz, akut generalize egzantematöz püstüloz, anjiyoimmünoblastik T hücreli lenfoma, hipereozinofilik sendromlar, sezary sendromu, akut kutanöz lupus eritematozus düşünülebilir (6).

DRESS tanısı için patognomonik bir bulgu ve/veya tanısal test ne yazık ki yoktur. Tanı ilaç alımıyla ilişkili olabilecek uyumlu klinik tablonun varlığında laboratuvar bulgularını da göz önüne alarak klinik olarak yapılmaktadır. Mortalite oranı %10'lara kadar ulaşan bir klinik tablo olduğu için şüpheli olgularda detaylı öykü, klinik gözlem ve laboratuvar incelemeleri bir plan dahilinde hızlıca yapılmalıdır DRESS tanısının doğrulanması veya dışlanması için geliştirilmiş tanısal skorlama sistemleri mevcuttur. En yaygın kullanılan tanısal skorlama sistemi RegiSCAR (The Registry of Severe Cutaneous Adverse Reaction)'dır (1).

DRESS sendromu, esas olarak hepatik nekroz nedeniyle erişkinlerde tahmini %10, çocuklarda ise %1'lik bir ölüm oranı ile potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonudur (3). Yüksek mutlak eozinofil sayısı (6000/L), trombositopeni, pansitopeni, kronik böbrek yetmezliği öyküsü, çoklu organ tutulumu ve alta yatan çoklu hastalıklık yüksek mortalite ile ilişkili kötü prognostik göstergelerdir. Yine de DRESS sendromlu hastaların çoğunda, sorumlu ilacın kesilmesinden sonra tam iyileşme görülür. (7).

DRESS'de sorumlu ilacın belirlenmesi sürecinde, sorumlu olabilecek en muhtemel ilacı belirlemek için klinik kararlara güvenilmelidir Tam kan sayımı, İnflamasyon belirteçleri, Karaciğer fonksiyon testleri, Böbrek fonksiyon testleri, Kan elektrolitleri, Lipaz, amilaz Kreatinin kinaz, Troponin I, İmmünglobulinler hızlıca değerlendirilmelidir.

Bu hastalarda erken dönemde; Sorumlu ilaç ve çapraz reaksiyon veren ilaçlar derhal kesilmelidir. Ampirik NSAİİ ve antibiyotik kullanımından kaçınılmalıdır. Hastalar multidisipliner bir uzman grubu ile birlikte değerlendirilmelidir. Tekrarlayan klinik ve laboratuvar izlemiyle yakın takip imkanı olan çok hafif DRESS olguları haricindeki tüm olgular hastaneye yatırılmalıdır.

Destekleyici tedavi olarak antipiretikler, H1 antihistaminikler, nemlendiriciler ve diğer tedaviler verilmelidir. Ciddi vakalarda sistemik kortikosteroid tedavisi kuvvetle önerilir. Kortikosteroidlerle kontrol sağlanamadığında veya kortikosteroid kontrendike ise: Siklosporin 5-7 gün boyunca 4-5mg / kg / gün önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1-Cacoub P, Musette P, Descamps V, Meyer O, Speirs C, Finzi L et al. The DRESS syndrome: A literature review. Am J Med 2011;124:588-597.
- 2- Dibek Misirlioglu E, Guvenir H, Bahceci S, Haktanir Abul M, Can D, Usta Guc BE, et al. Severe cutaneous adverse drug reactions in pediatric patients: A multicenter study. J Allergy Clin Immunol Pract 2017;5:757-763.
- 3- Kim GY, Anderson KR, Davis DMR, Hand JL, Tollefson MM. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms(DRESS) in pediatric population: A systemic review of the literature. J Am Acad Derm 2020; S0190-9622(20)30504-1.
- 4- Wolfson AR, Zhou L, Li Y, Phadke NA, Chow OA, Blumenthal KG. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) syndrome identified in the electronic health record allergy module. J Allergy Clin Immunol Pract 2019;7:633-640.
- 5- De A, Rajagopalan M, Sarda A, Das S, Biswas P. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms: An update and review of recent literature. Indian J Dermatol 2018;63:30-40
- 6- Kardaun SH, Sekula P, Valeyrie-Allanore L, Liss Y, Chu CY, Creamer D, et al. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): An original multisystem adverse reaction. Results from the prospective RegiSCAR study. Br J Dermatol 2013;169:1071-1080.
- 7- Husain Z, Reddy BY, Schwartz RA. DRESS syndrome. Part II. Management and therapeutics. J Am Acad Dermatol 2013;68:1-9.





TAM METİNLER



ÖZOFAGUS İLE AKCİĞER ARASINDAKİ TEHLİKELİ YOL
Fulya ERDOĞAN, Dilay SATILMIŞ,
Sultan II. Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,
Acil Tıp Kliniği, İstanbul



Giriş

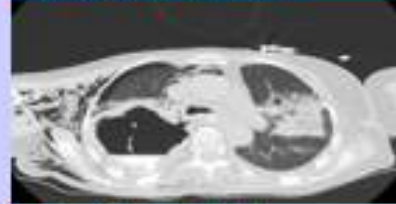
Özofagus kanserinin cerrahi tedavisi ile ilişkili morbidite oranı perioperatif yaklaşımdaki gelişmeler nedeniyle son yıllarda belirgin derecede düşmüş olmasına rağmen hala yüksektir (1). Solunum yetmezliği, sepsis, anastomoz kaçağı, özofageal striktür, fistül, obstrüksiyon, kanama, pnömotoraks, pankreatit ve dalak yaralanması özofagus kanseri cerrahisinde karşılaşılan başlıca komplikasyonlardır (2). Özofajektomiye takiben trakeoözofageal fistül oluşması nadir fakat potansiyel ölümcül bir komplikasyondur (1,2). Ölüme yol açan faktör, özofagustan trakeaya gıda ve sekresyon kaçağının akciğerde yarattığı enfeksiyon ile birlikte ortaya çıkan malnütrisyonudur (3). Tanıda ve fistülün lokalizasyonunun belirlenmesinde bilgisayarlı tomografi (BT) ve üç boyutlu boyun BT yardımcı olur (4). Cerrahi uygulanamayacak genel durumu bozuk hastalarda konservatif yaklaşımlar, beslenme jejunostomisi ve aspirasyon gastrotomisi açılır. Biz bu vaka sunumumuzda özofagus kanseri tanılı hastada cerrahi tedavi sonrası görülen komplikasyonlardan biri olan fistül gelişimi ve uygulanan tüp torakostomi komplikasyonlarının radyolojik görüntüleme bulgularına dikkat çekmeyi amaçladık.

Vaka

41 yaş kadın hasta, 2 gündür dispne, ateş, sarı balgam ve öksürük şikayeti ile acil servisimize başvuruyor. 1,5 ay önce özofagus kanseri nedeni total özofajektomi ve özofagogastrotomi uygulanmış. Hastanın başvuru vitallerinde Tansiyon:110/75, Nabız: 97 /dk, Ateş:36,7 °C, Spo2: % 83 idi. Laboratuvar tetkiklerinde; CRP : 256,91 mg/L (<5), WBC : 17,8 10³/mm³ (3,6-11), pH :7,28 (7,35 -7,45), HCO₃ :18,7 mmol/L (22-26), laktat : 13,56 ve baz açığı : 7,5 idi. Hastaya acil serviste semptomatik olarak oksijen, inhaler, hidrasyon ve antibiyotik tedavisi uygulandı. Kontrastsız Toraks BT'de akciğerde abse oluşumu görülen hastaya tüp torakostomi uygulandı (Resim1). Hastanın toraksında görülen abse, özofagus kanseri cerrahi sonrası komplikasyonlarından biri olan akciğer trakea arasında fistül gelişimine sekonder olduğu değerlendirildi. Hastaya göğüs cerrahi servisinde uygulanan tüp torakostomi sonrası pnömotoraks ve pnömomediastinum komplikasyonları gelişmesi üzerine göğüs cerrahi yoğun bakım ünitesine interne edildi (Resim 2).



Resim 1: Kontrastsız Toraks BT'de Akciğerde Abse Görünümü



Resim 2: Toraks BT'de pnömotoraks ve pnömomediastinum görünümü

Sonuçlar

Özofagus kanserinin cerrahi tedavisi sonrası görülen komplikasyonlardan biri olan trakeoözofageal fistül oluşması nadir görülen fakat mortalitesi yüksek bir durumdur. Ayrıca Torakostomi tüpü veya kateter yerleşimi sonrası olabilecek pnömotoraks, enfeksiyon, interkostal sinir hasarı veya organ hasarı komplikasyonları ve yönetimi de bilinmelidir. Bizim de bu vakamızda olduğu gibi özofagus kanserinin cerrahisi sonrasında acil servis başvurusu olan hastalarda, trakeoözofageal fistül tanısının unutulmaması ve acil tedavisinin başlanması hasta prognozu için önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Özofagus kanseri Rezeksiyon, Özofajektomi, Komplikasyon, Morbidite

Kaynaklar

1. Bartels HE, Stein HJ, Siewert JR. Özofajektomi sonrası trakeobronşiyal lezyonlar: prevalans, predispozan faktörler ve sonuç. Br J Surg. 1998; 85: 403-406. 10.1046/j.1365-2168.1998.00579.x.
2. Buskens CJ, Hulscher JBF, Fockens P, Obertop H, Van Lanschot JJB: Subtotal özofajektomi sonrası benign trakeo-neo-özofageal fistüller. Ann Torak Cerrahisi. 2001; 72: 221-224. 10.1016/S0003-4975(01)02701-1.
3. . Devbhanderi MP, Jain R, Galloway S, Krysiak P. Benign gastro-bronchial fistula - an uncommon complication of esophagectomy: case report. BMC Surg 2005;5:16.
4. Hulscher JB, ter Hofstede E, Kloek J, et al. Injury to the major airways during subtotal esophagectomy: incidence, management, and sequelae. J Thorac Cardiovasc Surg 2000;120:1093-6.



TAM METİNLER

NÖROLOJİK Mİ YOKSA METABOLİK Mİ? :

FAHR HASTALIĞI OLGU SUNUMU

Ecem ERMETE GÜLER¹, Tutku DUMAN ŞAHAN², İsmayıl HASANOVA³

¹ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

² İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

³ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZET

FAHR hastalığı; serebellum, talamus ve bazal ganglionlarda kalsiyum ve fosfor metabolizma bozukluğu sonucu gelişen hiperkalsinöz ile seyreden, nörodejeneratif bozukluklarla karakterize bir hastalıktır. Nadir olarak görülen bu hastalıkta yapılan tomografi görüntülemelerinde beyin parankiminde kalsiyum gibi çeşitli minerallerin birikimi gösterilebilir. Etiyolojisi kesin olarak bilinmeyen bu hastalığın kökeninde kalsiyum metabolizma bozuklukları, toksinler, genetik faktörler, enfeksiyonlar ve paratiroid bez bozuklukları durumların yattığı düşünülmektedir. Bu sunumumuzda acil servise ani gelişen nöropsikiyatrik semptomlar ile başvuran ve kalsiyum metabolizma bozukluğu saptanan kronik böbrek yetmezliği tanılı bir hastamızı sunmayı amaçladık. Yapılan Beyin BT görüntülemesinde bilateral bazal ganglionlarda serebral kalsifikasyon saptanan bu olgumuz FAHR hastalığı ön tanısıyla hospitalize edilmiş ve tedavisine başlanmıştır. Ani başlangıçlı ve sebebi bulunamayan nöropsikiyatrik semptomlarla acil servis başvurusunda kalsiyum metabolizma bozukluğu saptanan hastalarda ayırıcı tanıda FAHR hastalığı aklı gelmelidir.

ANAHTAR KELİMELE: FAHR Hastalığı, hipokalsemi, hipoparatiroidi, bazal ganglion kalsifikasyonu

ABSTRACT

FAHR disease; is a disease characterized by neurodegenerative disorders, characterized by hypercalcinosis that develops as a result of calcium and phosphorus metabolism disorders in the cerebellum, thalamus and basal ganglia. In this rare disease, tomography scans may show accumulation of various minerals such as calcium in the brain parenchyma. Calcium metabolism disorders, toxins, genetic factors, infections and parathyroid gland disorders are thought to lie at the root of this disease, the etiology of which is unknown. In this presentation, we aimed to present a patient diagnosed with chronic renal failure who presented to the emergency department with suddenly developing neuropsychiatric symptoms and was diagnosed with calcium metabolism disorder. This patient, whose brain CT imaging revealed cerebral calcification in bilateral basal ganglia, was hospitalized with a preliminary diagnosis of FAHR disease and his treatment was started. FAHR disease should be considered in the differential diagnosis in patients with sudden onset and unexplained neuropsychiatric symptoms and calcium metabolism disorder detected at the emergency department admission.

KEY WORDS: FAHR Disease, hypocalcemia, hypoparathyroidism, basal ganglia calcification

GİRİŞ

İlk olarak 1855 yılında Bomberger tarafından histolojik bir bulgu olarak tanımlanan, ardından 1930 yılında Karl Theodor Fahr tarafından demansif semptomları ile takip edilen bir hastanın otopsi incelemesinde "serebral damarlarda idiyopatik kalsifikasyon" olarak ortaya konan FAHR hastalığı; serebellum, talamus ve bazal ganglionlarda kalsiyum ve fosfor metabolizma bozukluğu sonucu gelişen hiperkalsinöz ile seyreden, nörodejeneratif bozukluklarla karakterize bir hastalıktır (1,2). Nadir olarak görülen bu hastalıkta yapılan tomografi görüntülemelerinde beyin parankiminde kalsiyum gibi çeşitli minerallerin birikimi gösterilebilir. Etiyolojisi kesin olarak bilinmeyen bu hastalığın kökeninde kalsiyum metabolizma bozuklukları, toksinler, genetik faktörler, enfeksiyonlar ve paratiroid bez bozuklukları durumlarının yattığı düşünülmektedir. Genellikle OD olarak geçiş gösterdiği görülen FAHR hastalığının az da olsa OR olarak da geçiş göstermesi mümkündür. Yapılan genetik çalışmalarda bazı olguların kromozom 14q defektine sahip olduğu tespit edilmiştir (3). Genellikle 40 ila 60 yaş arası başlangıç gösteren semptomlarla karakterize bu hastalık nadiren de olsa çocukluk çağında da görülebilmektedir (4,5).

Hastalığın tanısında hastalarda temel olarak 3 özellik aranmaktadır. Bunlardan ilki genellikle bazal ganglionlarda görülen bilateral aterosklerotik olmayan idiyopatik kalsifikasyon, bir diğeri psikiyatrik semptomlar ve son olarak koreatetoid veya ekstrapiramidal hareket bozukluklarıdır. FAHR hastalığının idiyopatik olarak tespit edildiği olgularda kalsifikasyon oluşmasında çeşitli teoriler ileri sürülmüştür. Bu teorilerden üzerinde en çok durulan; bölgesel iskemik veya inflamasyon gibi lokal dolaşım veya metabolik bozukluklara bağlı Ca, Fe, Al, Cu, Mg gibi çeşitli minerallerin, glikoprotein ya da mukopolisakkaritlerin birikmesi sonucu kalsifikasyonların oluşmasıdır (6,7). Diğer bir teori ise; serebral damarların adventisiasındaki dejeneratif değişiklikler sonucu vasküler doku içinde solid artıkların depolanmasıyla elektron mikroskopisinde gösterilebilen çeşitli perivasküler birikimler oluşması teorisidir.

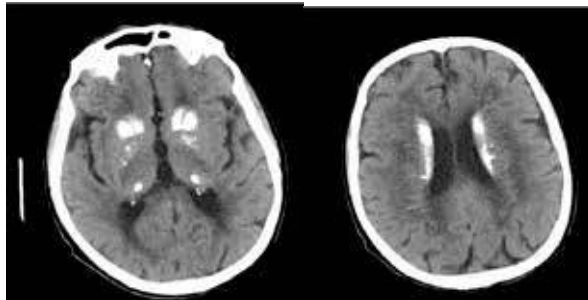
Bu yazımızda acil servise ani gelişen nöropsikiyatrik semptomlar ile başvuran ve kalsiyum metabolizma bozukluğu saptanan kronik böbrek yetmezliği tanılı bir hastamızı sunmayı amaçladık. Yapılan Beyin BT görüntülemesinde bilateral bazal ganglionlarda serebral kalsifikasyon saptanan bu olgumuz FAHR hastalığı ön tanısıyla hospitalize edilmiş ve tedavisine başlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Bilinen 15 yıl önce sağ nefrektomi sonrası HD almadan KBY öyküsü bulunan ve bundan başka tanılı bir kronik hastalığı olmayan, düzensiz PHOS-NO 1000 mg ve Qalyviz kullanımı mevcut olan 82 yaş erkek hastanın yakınından alınan anamneze göre ani gelişen ve 2 gündür devam eden bilinç bulanıklığı, yer-zaman oryantasyon bozukluğu, çocuklarını tanıyamama, unutkanlık ve tuvaletini evin farklı yerlerine yapma davranışları geliştiği üzerine 112 ile acil servise getirilmiş. Anamnez derinleştirildiğinde hastanın 2 sene önce eşinin vefat etmesiyle depresif yakınmaları ve unutkanlığının başladığı, bu şikayetlerin son 6 ayda arttığı öğrenildi. Aynı soruları defalarca soran ve cevapları kısa sürede unutan hasta son 1 aya kadar kendi kendine bulmaca çözüyor ve tavla oynuyormuş. Son 1 haftada dışkıyı bir kez salonda halının üstüne bir kez de altına yapmış. Konuşma bozukluğu da başlayan hastanın cümleleri toparlayamıyormuş. Birkaç gündür yürürmesi bozulmuş ve dengesini sağlayamayıp düşüyormuş. Acil servise gelişinin aynı gününün sabahında da ayağı takılıp düştüğü, düştükten sonra kalkmadığı, yakınlarına anlamsız şekilde cevaplar verdiği, bu esnada herhangi bir kasılmasının olmadığı ve birkaç dakika içinde tamamen düzeldiği öğrenildi.

Acil serviste yapılan muayenesinde hastanın genel durumu iyi, bilinci uykulu, sesli uyarılarla göz açıyor ve emir alıyor fakat koopere değil, yer-kişi-zaman dezoryante, verbal çıkış olağan, ense sertliği yok, gözler orta hatta pupiller normal izokorik, direkt-indirekt ışık refleksi bilateral normal olarak alınıyor, motor lateralizan defisit yok, babinski bilateral negatif. Sol göz kapağı üzerinde minimal ekimoz mevcut. Aynı zamanda sol gözünde bir süredir bulanık görme şikayeti olduğunu beyan ediyor. Solunum sistemi muayenesinde solunum sesleri olağan her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor, ral yok ronküs yok. Batın rahat, hassasiyet yok defans yok rebound yok. Periferik nabızlar açık. Bilateral pretibial ödem negatif. Cilt ve mukozalar kuru. Hastanın vitalleri kontrol edildiğinde TA:110/70, Nb:67, Ateş:36,5, EKG: SR ve QTc:568(uzamış) olarak saptandı.

Hastanın kan tetkikleri yapıldı ve acil serviste gözleme alındı. Bu süreçte hastaya Beyin BT görüntüleme yapıldı. Beyin BT'de; bilateral simetrik globus palliduslarda daha belirgin olmak üzere bazal ganglionlarda, dentat nükleuslarda ve bilateral semiovalde kalsifikasyonlar, serebral hemisferik beyaz cevherde kronik istemi ile uyumlu olabilecek dansite azalmaları izlendi. Buna ek olarak herhangi bir intrakranial kitle, kanama, orta hat yapılarında yer değiştirme saptanmadı. Kafa tabanı ve kalvaryum normal olarak saptandı.



Şekil 1-Bilateral bazal ganglionlarda ve dentat nükleuslarda kalsifikasyonlar



TAM METİNLER

Hastanın laboratuvar incelemesinde serum kreatinin: 2,73 mg/dL (0,7-1,4 mg/dL), BUN: 46 mg/dL (8,4-26 mg/dL), CK:1177 U/L (30-200 U/L), Ca:4,8 mg/dL (8,5-10,5 mg/dL) olarak sonuçlandı. Bunun üzerine hastanın hipoparatiroidizm etiyolojisine yönelik yapılan hormon paneli laboratuvar incelemesinde PTH: 1ng/L (18,5-88 ng/L), TSH:1,74 mU/L (0,35-5,30 mU/L), FT3:2,51ng/L (2,5-4,4 ng/L), FT4:1,27 ng/L (0,54-1,24 ng/L), 25-OH VitD:3 mcg/L (20-70 mcg/L), Fosfor:5,2 mg/dL (2,5-4,5 mg/dL), VitB12:146 ng/L (120-500 ng/L) olarak görüldü. Tetkiklerinde derin hipokalsemi, vitB12 eksikliği ve CK yüksekliği saptanan hasta Nöroloji ve Nefroloji kliniklerine konsülte edildi. Her iki klinik tarafından değerlendirilen hastaya Diffüzyon MR istendi. Bu süreçte hastaya Nefroloji önerisiyle CaGlukonat içeren mayı başlandı. Diffüzyon MR'da akut ya da subakut evrede infarkt bulgusu izlenmeyen hasta Radyoloji ile de görüşülerek Fahr Hastalığı (Ailesele Idiopatik Serebral Kalsinoz) ön tanısı ile Nöroloji kliniğine yatış verildi.

Yatışı sonrasında hastaya ek olarak demansif yakınmaları sebebiyle Mini Mental Test uygulandı ve 20/30 puan aldığı kaydedildi. Aynı şekilde 1 yıldır olan ve son zamanlarda artan depresif yakınmalarına eşlik eden pasif suicidal söylemleri mevcut olan hastaya Psikiyatri konsültasyonu istendi. Psikiyatri tarafından yapılan değerlendirmesinde aktif/pasif suicidal düşünce ve davranış saptanmayan hastayla güvenli terapötik anlaşma sağlandı ve tedavisine depresif bozukluk ön tanısı ile 50 mg Setralin eklendi. Nöroloji kliniğinde takibinde Kalsiyum ve VitB12 replasman tedavisi uygulanan hasta yatışının 6. gününde şikayetlerinin gerilemesi ve nörolojik semptomlarının kaybolması üzerine poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Temel olarak genellikle OD kalıtsal geçiş paterni üzerinde durulan FAHR hastalığının etiyolojisinde ailesele ve idiopatik nedenlerin yanı sıra toksik, metabolik, vasküler, neoplastik ve inflammatuar hastalıklar gibi sporadik durumlar da rol oynayabilir (8,9). Sporadik nedenler arasında en sık görülen parathormon ve kalsiyum metabolizmasına ait bozukluklardır (8,10). Hipoparatiroidizme dayanan bu intrakraniyal kalsifikasyonun mekanizması kesin olarak bilinmese de kalsiyum replasman tedavisiyle nörolojik bulguların gerilemesi ve hastalık progresyonunun önüne geçilmesi sporadik nedenlerin tanısını oldukça önemli kılmaktadır. Literatürde 40-60 yaş arası başlangıç gösterdiği ve nadiren çocukluk çağında da görülebildiği öne sürülen FAHR hastalığının mevcut olgumuzda 82 yaşında erkek hastada ortaya çıkmış olması geç başlangıç açısından dikkatli olunması gerekliliği konusunda farklılık göstermektedir.

Psikiyatrik belirtilerin yaygınlığına bakıldığında en sık olarak duygudurum bozuklukları, paranoya, şizofreniform bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, kişilik değişiklikleri ve madde kötüye kullanımının da görülebileceği belirtilmiştir. Konig, hastalığın başlangıcında genellikle psikiyatrik belirtilerin olduğunu vurgulamıştır (11). Genellikle psikiyatrik semptomların görülmesiyle başlangıç gösteren bu hastalığın, bizim açıkladığımız olguda nörolojik semptomlar baskın şekilde ortaya çıkması genel kanıdan farklılık göstermekle birlikte benzer nörolojik semptomlarla başvuran hastaların ayırıcı tanısında FAHR hastalığının da önemini ortaya koymaktadır. Aynı şekilde psikiyatrik semptomlarla da başvuru görülebilen bu hastalığın duygu durum bozuklukları, şizofreni, madde kullanım bozuklukları gibi psikiyatrik tanılardan da ayrılması gerekmektedir.

Laboratuvar tetkiklerinde parathormon ve kalsiyum seviyelerinde ciddi düşüklük saptanan hastanın etiyolojisinde etkili mekanizmanın hipoparatiroidizme bağlı hipokalsemi olduğu düşünülmüştür. Hipoparatiroidizme bağlı hipokalsemi özellikle uzun süreli maruziyeti olan hastalarda serebrospinal sıvının emilimi engellenerek psödotümör serebri benzeri semptomlar, papil ödem ve subkapsüler katarakt ile kendini gösterir. Bu durumun mekanizması her ne kadar tam olarak ortaya konmamış olsa da FAHR hastalığı tanısı alan hastaların yaşam kalitesini arttırmak ve gelişebilecek optik komplikasyonların önüne geçmek adına göz hastalıkları tarafından takibe alınmaları açısından oldukça önem göstermektedir (12,13). Bizim olgumuzda da acil servis başvurusunda bulanık görme tarifleyen hastanın servis takibinde bu yönden göz hastalıkları konsültasyonu yapılmış ve takibe alınmıştır.

Yapılan literatür taramasında hipoparatiroidizmin ciddiyeti ile serebral kalsifikasyonun derecesi arasında ciddi bir ilişki bulunmamış olmasına karşın hastalarda hipokalseminin süresi uzadıkça bazal ganglionlarda kalsifikasyona rastlanma sıklığının arttığı ortaya konmaktadır (14,15,16). Buna ek olarak mevcut olgumuzda uzun süredir devam eden KBY ve buna sekonder serum kalsiyum kaybinın artışı mevcuttur. Hastanın tek böbrekli olmasının da predispoze ettiği bu durum halihazırda var olan hipoparatiroidizmin sonucu olarak kalsiyum metabolizmasının PTH seviyelerini artırarak dengelenememesine sebebiyet vermiş olabilir. Bu bilgiler ışığında mevcut olgumuzda derin hipokalsemi varlığına rağmen ekstrapiramidal hareket bozuklukları, artan nöromusküler eksitabilite ve tetani gibi semptomların izlenmemesi hastalığın şiddetinin hipoparatiroidizmin ve dolayısıyla hipokalseminin derecesi ile ilişkili olmadığını desteklemektedir. Bunların dışında yapılan tetkiklerde incidental olarak vitB12 eksikliği de saptanan ve replasman sonrası semptomlarında düzelme görülen bu hasta göz önünde bulundurularak FAHR hastalığının mekanizmasında B12 vitaminin yerini araştırarak yeni çalışmalar da literatüre katkı sağlayabilir.

FAHR hastalığı klinik pratikte spesifik bir tedavisi olmamasına karşın kalsiyum metabolizmasının düzenlenmesiyle semptomatik olarak kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır. Keza bizim olgumuzda da eksik olan kalsiyumun replasmanı sonrası hastanın kliniğinde gözle görülür düzelme kaydedilmiştir. Bu yönde yapılan çalışmalarda SSS spesifik bir kalsiyum kanal blokörü olan Nimodipin'in etkinliği denenmiş fakat istenen başarı sağlanamamıştır. Ayrıca yapılan başka bir araştırma sonucunda bir şelatör özelliği gösteren Disodyum Etidronat'ın serebral kalsifikasyonları azaltmada etkili olmadan semptomları düzelttiği ortaya konmuştur ancak bu konu daha fazla çalışmaya gereksinim duymaktadır (17).

SONUÇ

FAHR hastalığı uzun yıllar önce tanımlanmasına rağmen sık görülmemesi veya asemptomatik seyretmesi nedeniyle ayırıcı tanıda sıklıkla akla gelmemektedir. Klinik pratikte özellikle ani gelişen ve hızlı ilerleyen demans, hiperkinetik hareket bozuklukları, nöropsikiyatrik semptomlar ve kognitif bozukluklarla seyreden olgularda Alzheimer dışında bir etiyoloji güçlü bir şekilde akla gelmeli, hastalar bu açıdan metabolik parametrelerce de taranmalıdır. Serebellum, bazal ganglion ve supratentoryal mesafede beyin tomografisi veya MR ile saptanan kalsifikasyonlar varlığında ayırıcı tanıda FAHR hastalığı düşünülmelidir. İleri dönemlerde komplikasyon olarak ekstrapiramidal bulgular, ilerleyici mental hasar, epilepsi, parkinson ve serebellar semptomlar ortaya çıkabileceği için bu olguların asemptomatik olsalar bile dikkatle ve uzun dönem takipleri gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Cartier L, Passig C, Gormaz A, López J. Neuropsychological and neurophysiological features of Fahr's disease. Rev Med Chil 2002; 130:1383-1390.
2. Fahr T. Idiopathische Verkalkung der Hirngefäße. Zentralblatt für Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie 1930; 50:129-133.
3. Geschwind DH, Loginov M, Stern JM. Identification of a locus on chromosome 14q for idiopathic basal ganglia calcification (Fahr disease). Am J Hum Genet 1999; 65:764-772.
4. Pilleri G. A case of Morbus Fahr (nonarteriosclerotic, idiopathic intracerebral calcification of the blood vessels) in three generations. An clinico-anatomical contribution. Psychiatr Neurol (Basel) 1966; 152:43-58.
5. Billard C, Dulac O, Bouloche J, Echenne B, Lebon P, Motte J, Robain O, Santini JJ. Encephalopathy with calcifications of the basal ganglia in children: a reappraisal of Fahr's syndrome with respect to 14 new cases. Neuropediatrics 1989; 20:12-19.
6. Kobayashi S, Yamadori I, Miki H, Ohmori M. Idiopathic nonarteriosclerotic cerebral calcification (Fahr's disease): An electron microscopic study. Acta Neuropathol (Berl) 73(1): 62-66, 1987.
7. Ökten Ali, Ergün R: Fahr's Hastalığı (ilerleyici idiyopatik strio- pallido-dentat kalsinozis): Olgu sunumu. Türk Serebrovasküler Hastalıklar Derg. 9(2): 77-79, 2003.
8. Manyam BV. What is and what is not 'Fahr's disease' Parkinsonism and Related Disorders 2005; 11: 73-80.
9. Uslu Fİ, Hanağası HA. Hipoparatiroidizm ve Bilateral Striopallidodentat Kalsinozis. Nöropsikiyatri Arşivi 2006; 43: 31-36.
10. Erus T, Acar S, Aktuğlu MB, Karaaali ZE, Kendir M, Nadir bir hipokalsemi nedeni: Fahr Hastalığı İst Tıp Fak Derg 2010; 73: 3.
11. Konig P. Psychopathological alterations in cases of symmetrical basal ganglia sclerosis. Biol Psychiatry 1989; 25:459-468.
12. Lam JSP, Fong SY, Yiu GC, Wing YK. Fahr's disease: a differential diagnosis of frontal lobe syndrome. Hong Kong Med J 2007; 13:75-77.
13. Lester J, Zuniga C, Diaz S, Rugilo C, Micheli F. Diffuse intracranial calcinosis: Fahr disease. Arch Neurol 2006; 63:1806-1807.
14. Karimi M, Habibzadeh F, De Sanctis V. Hypoparathyroidism with extensive intracerebral calcification in patients with betathalassemia major. J Pediatr Endocrinol Metab 2003; 16: 883-6.
15. El Maghraoui A, Birouk N, Zaim A, Slassi I, Yahyaoui M, Chkili T. Fahr syndrome and dysparathyroidism. 3 cases. Presse Med 1995; 24: 1301-04.
16. Stelmasiak Z, Tarach JS, Nowicka- Tarach BM, Mitosek- Szewczyk K, Drop A. Idiopathic hypoparathyroidism with intracranial calcification and dominant skin manifestations. Med Sci Monit 2000; 6: 145-50.
17. Lew SQ. Hydrothorax: pleural effusion associated with peritoneal dialysis. Perit Dial Int 2010;30:13-18.



TAM METİNLER

VAKA SUNUMU: PAPAVER RHOEAS BİTKİSİNİN MEYDANA GETİRDİĞİ ANTİ-KOLİNERJİK SENDROM VE YÖNETİMİ

Salih Denis Şimşek¹, Ökkeş Zortuk², Firaz Arda Dönmez¹, Sergen Bağdad¹, Mustafa Polat¹

¹:Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp

²: Sağlık Bakanlığı, Hatay Defne Devlet Hastanesi, Acil Tıp

ÖZET

Antikolinerjik toksik durumlar acil servise sık başvuran ve sıklıkla mortal olarak seyretmeyen bir grup patolojik durumdur. Papaver rhoeas (Red corny, gelincik otu) bitkisi, Türkiye ve İran bölgesinde geleneksel tıp ve gıda tüketiminde kullanılan bir bitkidir. Yanlış kullanımı veya çok kullanımı sonrasında toksik etkileri görülmektedir. 61 yaşında bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı bulunan kadın hastanın, Papaver rhoeas bitkisinden yapılan bir yemeğin yenmesi sonrasında başlayan etkiler ile acil servise başvurdu. Başvurusunda hipertansiyon, bilinç değişimi ve kas fasilülasyon olan hastanın takibinde 130/dakika kalp atımı ile taşikardi ve 37,8 Celcius derece ile hipertermi saptandı. Sistolik kan basıncı 180 mmHg ve diastolik kan basıncı 110 mmHg olarak saptandı. İzlemi sırasında destek tedavisi uygulandı ve nöbet gelişimi sonrasında diazepam kullanıldı. Hastanın semptomları sonrasında fizostigmin uygulandı ve yoğun bakım takibi sonrasında semptomlarının gerilediği görüldü ve sağlıklı taburcu edildi. Acil servis başvurularında karşımıza çıkan antikolinerjik toksidromların acil servise sıklıkla başvurduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra Papaver rhoeas etkilenimi sonrasında alerjik reaksiyonlar, nöbet ve hepatotoksiste görülmektedir. Sıklıkla mortal seyretmeyen bu durumun acil serviste doğru yönetilmesi morbit ve mortal durumların doğmasını engellemektedir.

ANAHTAR KELİMELE: Papaver rhoeas, Anti-kolinerjik, Acil Tıp

GİRİŞ

Çevresel etkilerin oluşturduğu zehirlenmeler, acil tiptaki karşımıza çıkan önemli konulardır. Bu durumun temelinde yanlış bitkilerin yenmesi ve bunların meydana getirdiği zehirlenmeler vardır. Acil tıp pratiğinde mantar zehirlenmeleri sıklıkla karşımıza çıkar (1). Bununla birlikte diğer zehirlenme durumları, bölgenin gıda kültürü ile ilişkilidir. Bu konuda ülkemizde şerbeti yapılan "Gelincik Otu Şerbeti" bir örneğini oluşturmaktadır (2). Papaver rhoeas isimli bitki kullanılarak yapılan şerbetin farklı şekilde tüketimi toksikolojik etkiler meydana getirebilmektedir. Bu bitki eski dünya bitkileri arasında yer almakta ve farklı kültürlerin etkisi ile kullanılmaktadır (3).

Kuru hali boy, kendisi bazı tıbbi ürünlerde ve şarapta kullanılmakta olan bitkiden, çeşitli yöntemler ile şerbette elde edilmektedir (3). Alkoloid kökenli yapılar barındıran bitkinin içerisinde rhoeadic asit, papaverik asit, rhoeagenine bulunmaktadır. Bu maddeler, İran geleneksel tıbbında inflamasyon, diyare, uyku bozuklukları ve opioid bağımlılığı tedavisinde kullanılmaktadır (4). Düşük miktarda alınması mukus atılmasına ve sedasyona sebep olmaktadır (5). Bunun yanı sıra anti-dopaminerjik ve anti-kolinerjik etkiler ile de karşımıza çıkmaktadır (6).

Bu vakada, Papaver rhoeas bitkisini yiyerek tüketme sonrasında gözlenen semptomlar ve yönetimi hakkında bilgi verilecektir.

VAKA SUNUMU

61 yaşında kadın hasta, acil servise başvurusundan yaklaşık 2 saat önce yerel isimle gelincik olarak bilinen Papaver rhoeas bitkisinden yapılan yemeğin yenmesi sonrasında başlayan semptomlar ile başvurdu. Başvurusu sırasında bir saat önce başlayan bilinçte değişim, flushing ve kas problemleri(fasikülasyon) ile başvurdu.

Hastanın ögeçmişinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı mevcuttu ve 10 mg montelukast günde 1 kere ve Salmeterol ve Flutikazon kombinasyonu inhaler tedavi aldığı saptandı. Başka bir kronik hastalığı, yakın dönemde yeni başlanmış olan ilaç saptanmadı. Sigara ve alkol kullanımı öyküsü yoktu, bilinen alerjisi yoktu.

Hastanın acil servise başvurusu sırasında vital bulguları değerlendirildi. Sistolik kan basıncı 180 mmHg, diastolik kan basıncı 110 mmHg, periferik nabız 130/dakika, solunum sayısı 20//dakika ve ateşi 37,8 Celcius derece olarak saptandı.

Acil serviste gerçekleştirilen fizik muayenesinde bilinç bulanıklığı saptanan hastanın Glasgow Koma Skoru E3M4V3 olarak saptandı. Ense defansı yoktu. Ajitasyon gösteren davranışları mevcuttu. Akciğer sesleri doğal, batın muayenesi doğal olarak saptandı. Kardiyak oskültasyonunda S1-S2 doğal şekilde duyuldu, üfürüm rastlanmadı. Palpasyonda beden hipertermik ve kuru olduğu görüldü.

Hastanın takibinde elektrokardiyografisi incelendi, taşikardik olarak saptanan (127/dakika atım) hastada hipertansiyon nedeniyle olduğu kabul edilen benign ST depresyonları gözlemlendi, akut koroner sendrom düşünülmüdü.

Hastadan kan alınarak biyokimyasal analiz, tam kan sayımı ve kardiyak biyomarker incelemesi yapıldı ve anlamlı bir değişiklik saptanmadı. Nörolojik görüntüleme için beyin bilgisayarlı tomografisi incelendi ve majör patoloji saptanmadı.

Değerlendirilmesi sonrasında antikolinerjik sendrom olarak değerlendirilen hastaya öncelikle destek tedavisi başlandı ve güvenliği sağlandı. Takibi sırasında nöbet geliştiği görüldü ve 10 mg diazepam intravasküler olarak uygulandı ve 10 dakika sonrasında myoklonik nöbetin tekrarladığı görüldüncü tekrar 10 mg diazepam intravasküler uygulanarak kontrol altına alındı. Hidrasyon ile takip edilen hastaya kas hareketleri, hipertansiyon ve nörolojik bulguları için fizostigmin kullanıldı ve 0,5 mg intravasküler yoldan uygulandı. Sonrasında takibi için yoğun bakıma devredildi.

Hastanın takibi sonrasında bulgularının gerilediği, bilincin düzeldiği gözlemlendi ve 3 günlük takip sonrasında salıh ile taburculuğu gerçekleştirildi.

TARTIŞMA

Antikolinerjik toksidromlar acil servise sık başvurularda neden olan ve nadiren ölümlü sonlanan patolojiler olarak karşımıza çıkmaktadır (7). Karşımıza sıklıkla bazı ilaçların fazla dozda kullanılması sonrasında karşımıza çıkmaktadır. Özellikle oral yolla alınan ve yapısında atropin, hyosiyamine ve hyosin içeren veya bunlarla sentezlenen maddeler sonrasında karşımıza çıkan bir durumdur. Özellikle geriatrik hastaların kullandığı kronik hastalık tedavisinde önemli yeri olan ilaçlar ile karşımıza çıkmaktadır (8).

Papaver konusunda literatürde çeşitli toksikolojik vakalar görülmektedir. Günaydın ve arkadaşları tarafından yayınlanan bir vaka sunumunda beş vakada farklı semptomlar ile gelişen Papaver rhoeas etkilenmesi gözlenmiştir. Mortal seyretmeyen vakaların, izlemleri sonrasında taburcu edildikleri görülmektedir (9). Gönüllü ve arkadaşları tarafından saptanmış olan vakada hepatotoksik etkilenme ve sonrasında transplantasyon gerektirdiği görülmektedir (10). Koçak ve arkadaşları tarafından yayınlanan 3 vakanın tanımlandığı sunumda ise sadece nöbetin görüldüğü ve mortal sonuç izlenmeden sonuçlandırıldığı görülmektedir (11).

Literatürde de görüldüğü gibi, temel antikolinerjik etkiler ortaya çıkartan Papaver rhoeas (red poppy), ülkemiz coğrafyasında geleneksel tıpta ve beslenmede kullanılan bir bitkidir. Sıklıkla mortal sonuçlar doğurmayan bu bitkinin önemli etkileri santral sinir sistemi üzerine görülmektedir. Hastada koruyucu önlemler ve fizostigmin kullanımı mortal durumdan koruyucu bir tedavi için önerilecek yöntemler arasındadır. Bizim vakamızda da görüldüğü gibi, hastaların yönetimi sonrasında mortal ve morbit sonuçlar ortaya çıkmadan tedavisinin mümkün olduğu görülmektedir.

Acil serviste toksidromların tanınması ve genel resüsitasyon tedavileri ile başlayan tedavinin, etkene yönelik antidot tedavileri ile kombine edilmesi yönetimin temelini ortaya çıkarmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Tran HH, Juergens AL. Mushroom Toxicity. StatPearls. Treasure Island (FL)2024.
2. Tatlı N. Geçmişten Günümüze Şerbetler. İstanbul: İBB Yayınları; 2017.
3. Stace CA. New Flora of the British Isles. Suffolk, U.K: C & M Floristics; 2019.
4. Pourmotabbed A, Rostamian B, Manouchehri G, Pirzadeh-Jahromi G, Sahraei H, Ghoshoni H, et al. Effects of Papaver rhoeas extract on the expression and development of morphine-dependence in mice. Journal of Ethnopharmacology. 2004;95(2):431-5.
5. Zargari A. Medicinal plants: Tehran University of Medical Sciences; 1997.
6. Saeed-Abadi S, Ranjbaran M, Jafari F, Najafi-Abadi A, Rahmani B, Esfandiari B, et al. Effects of Papaver rhoeas (L.) extract on formalin-induced pain and inflammation in mice. 2012;15(21):1041-4.
7. Mowry JB, Spyker DA, Brooks DE, Zimmerman A, Schauben JL. 2015 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 33rd Annual Report. Clin Toxicol (Phila). 2016;54(10):924-1109.
8. Feinberg M. The problems of anticholinergic adverse effects in older patients. Drugs Aging. 1993;3(4):335-48.
9. Gunaydin YK, Dunder ZD, Cekmen B, Akilli NB, Koylu R, Cander B. Intoxication due to Papaver rhoeas (Corn Poppy): Five Case Reports. Case Rep Med. 2015;2015:321360.
10. Gonullu H, Karadas S, Dulger AC, Ebinc S. Hepatotoxicity associated with the ingestion of Papaver Rhoease. J Pak Med Assoc. 2014;64(10):1189-90.
11. Kocak S, Karabulut K, Ertekin B, Nak H, Cander B. Red Poppy (Papaver Rhoeas) Poisoning: A Report of Three Cases. Cyprus Journal of Medical Sciences. 2016;1:11-3.



TAM METİNLER

ÜSYE'DEN MENENJİTE:ATİPİK PREZENTASYONLU BAKTERİYEL MENENJİT

GİRİŞ

Akut Bakteriyel Menenjit(ABM), epidemilerle seyredabilen hızlı ilerleyen yüksek morbidite ve mortalite oranına sahip bir hastalıktır. Son 30 yılda toplum sağlığındaki iyileşmelerle insidansı azalsa «Meningeal irritasyon bulguları, ateş, ani bilinç değişikliği, baş ağrısı eşlik eden immünsüpresyon» olduğu durumlarda ABM atlanmaması gereken bir tanıdır. □ Bu olgumuzda çoklu acil servis başvurusu olan atipik bir ABM vakasını tartışacağız.

VAKA SUNUMU

51 yaşında Meniere ve Hashimoto dışında ek hastalığı olmayan Sosyoekonomik durumu yüksek kadın hasta son 5 gündür 4 farklı dış merkeze baş ağrısı ve 39 °C'ye çıkan ateş yakınmasıyla başvuran hasta hastanemiz acil servisine aynı yakınmalarla başvurdu. Yakınlarından alınan anamnezde dış merkez tetkikleri ve görüntülemeleri sonucu «Grip» tanısı almış olduğu öğrenildi. Hastanın hastanemiz başvurusunda vitalleri; TA:141/88 NB:70 Ateş:36 Spo2:100 şeklindeydi ve takipleri boyunca hiç ateşi olmadı. Hastanemiz seyrinde fizik muayenesinde anlamlı nörolojik defisit saptanmayan ve analjezik önerilen hastanın herhangi bir analjezi basamağıyla rahatlamayan «Başını koparıp atmak istetircesine» ağrısı olması üzerine nörogörüntülemeleri ve tetkikleri tekrarlandı. Tetkikleri sonucunda nörogörüntülemelerinde anlamlı bir intrakraniyal kanama bulgusu saptanmayan kitle ve şift lehine görüntü olmayan hastanın Difüzyon MR'ında da akut difüzyon kısıtlılığı ve hemosekansta kanama izlenmedi. Görüntülemelerle beraber planlanan tam kan sayımı ve temel metabolik panel ile CRP istemleri sonuçlanana kadar monitörize takip amaçlı müşahade alanına alınan hastanın takip vitalleri TA:131/71 NB:116 Ateş:36 Spo2:100(oda havası) olarak görüldü. Takipleri sırasında ajitasyon ve bilinçte konfüzyonel değişiklikleri gelişen hasta için nöroloji konsültasyonu istendi. 2 mg midazolam ile sedatize edildi. Tetkiklerinde WBC:20.21 Neu:18.2 CRP:191 saptanan hastaya nöroloji konsültanı ile LP planlanıp yapılan BOS hücre sayımı ve biyokimya tetkikleri sonucuyla yeniden değerlendirilmesi planlandı. Hastanın LP sırasındaki eş zamanlı PUKŞ:201 olarak ölçüldü. BOS hücre sayımı WBC:648, RBC:0, PMN:612 MN:36; Glukoz: 2mg/dl, Total Protein:1,096 g/dl saptandı. ABM ön tanısı konan hasta enfeksiyon hastalıklarına danışıldı ve amprik olarak 2 g seftriakson, 1gr Vankomisin ile 2 gr Ampisilin Sulbaktam başlandı. Enfeksiyon Hastalıkları tarafından konfüzyonel ve genel durumu kötü görülen hasta Anesteziyoloji tarafından yoğun bakım endikasyonu açısından değerlendirildikten sonra Enfeksiyon Hastalıkları adına servis yatışı planlandı.

Servis İnternasyonu sonrası alınan BOS kültürü ve Menenjit PCR panelinde S.Pneumoniae üreyip pozitif saptanan hastanın klinik seyrinin 2. gününde ani GKS düşüşü sonrası YBÜ endikasyonu konulduğu ve dış merkez YBÜ'ne nakli gerçekleştirildiği hastanemiz sisteminden öğrenildi. Hastanın daha sonraki başvuruları incelendiğinde hastanemiz Enfeksiyon Hastalıkları ve Nöroloji polikliniğine çoklu başvuruları olduğu görüldü. İncelenen muayene notlarına göre sebat eden bir AFR yüksekliği olan hasta aralıklı olarak enfeksiyon hastalıkları servisine IV antibiyoterapi amaçlı interne edildiği öğrenildi. Nöroloji Kliniğinin notlarına göre hasta motor sekel kalmazken kısmi nörokognitif sekel için nörokognitif rehabilitasyon hastaya ve yakınlarına önerildi. Bu hastamızın klinik seyri hafif/kısmi nörokognitif sekelle sonlandı. Mortalite oranı %15-20 ağır sekelle morbiditesi %30'ları bulan bir hastalıktan hafif sekelle eksterne edilerek poliklinik kontrollere gelmesi önerildi.

SONUÇ

Akut Bakteriyel Menenjit; sıklıkla ateş ve meningeal irritasyon bulgularıyla özdeşleşmiş bir klinik ile tahayyül edilse dahi atipik klinik prezentasyonları tanımak hastaların klinik seyrini daha olumsuzlaşmadan yakalamamızı sağlayabilir. Özellikle malignite, immünsüpresyon, düşük sosyoekonomik durum, geçirilmiş sık otitis veya kohlear implant, BOS sızıntısı, intrakraniyal travma veya cerrahi öyküsü olan hastalarda atipik prezentasyonlarda akla gelmelidir.□ Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğimizin anamnezine göre bu olgu sunumundaki hastamızın geçirilmiş trafik kazasında sekonder temporal kemik fraktürü öyküsü bulunmaktadır

REFERANSLAR:

1-) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7610733/pdf/coneu-34-386.pdf>

2-) <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-acute-bacterial-meningitis-in-adults?csi=a1c29a63-9745-4a75-b2ba-29eaceeb04d7&source=contentShare>



TAM METİNLER

GİRİŞ: Atriyoventriküler(AV) tam blok çeşitli sebeplere bağlı olarak ortaya çıkabilen bir ritim bozukluğudur. Senkop, serebral perfüzyonun geçici olarak bozulması nedeniyle hızla gelişen ve spontan olarak şifa ile sonlanan, ani bilinç ve postural tonusun kaybıdır. Senkop içerisinde epilepsi nöbetleri, konfüzyon gibi durumlar da kapsayan geniş bir tanımdır.

VAKA: 72 yaşında erkek hasta evde 5 den fazla arka arkaya nöbet ve daha sonrasında bayılma şikayeti ile acil servisimize başvurmaktadır .Hastanın anamnezinde bilinen epilepsi ve hipertansiyon dışında herhangi bir tanımlı hastalığı mevcut değildi. Epilepsi için Kepra ve tegretol adlı ilaçları düzenli kullanmaktaymış ve son bir aydır hiç nöbet geçirmemiş. Hastanın başvuru esnasında vitalleri oda havasında pulse oksijen saturasyonu %94, solunum sayısı 16/dk,nabız 70 atım/dk, ateşi 37.0 °C,tansiyon arteriyel 130/78 mmHg ve hastanın çekilen EKG'si sinüs ritminde idi. Yapılan fizik muayenesinde herhangi anormal durum söz konusu değildi. Hastanın rutin kan tetkiklerinin alınması esnasında tekrar uzun süren nöbet geçirmesi sebebi ile hasta status epilepticus öntanısı ile nöroloji kliniğine danışılmakta ve aynı klinik tarafından yoğun bakım yatışı uygun görülmüştür. Hasta yatışı için acilde beklemekte iken hastadan nabız alınamamıştır. Hastaya CPR yapılmaya balanmış eş zamanlı entübe edilmiştir. 2 dakikalık CPR sonunda hastadan nabız alınmıştır. Hastaya hemen EKG çekilmiş ve çekilen EKG de AV tam blok tespit edilmiştir. Bunun üzerine hastaya transkutan pace maker takılarak kardiyoloji kliniğine danışılmış ve aynı klinik tarafından geçici pace implantasyonu yapılmak üzere koroner yoğun bakıma yatırılmıştır.

SONUÇ: Senkop çeşitli sebeplere bağlı ortaya çıkan ciddi bir klinik problemdir. Senkop yelpazesinde benign olan problemler ile hayati risk teşkil eden ciddi aritmilere kadar karşımıza bir çok durum çıkabilmektedir. Acil servise senkop şikayeti ile başvuran hastalarda çoğu zaman altta yatan etyoloji açıklanmadan taburcu edilmektedir. Senkop ile başvuran hastalarda EKG çekilmesi, ileri tetkik olarak EKO yapılması unutulmamalıdır.



TAM METİNLER

NADİR GÖRÜLEN FATAL TETANOS VAKASI

GİRİŞ:

Tetanos, sinir sisteminin **gram-pozitif, anaerobik** bir basil olan *Clostridium tetani* bakterisiyle enfekte olmasıyla genellikle çene ve boyun kaslarında akut başlangıçlı hipertoni ve ağrılı kas kasılmalarıyla belirlenen ciddi toksik ve mortal olabilen bir enfeksiyon hastalığıdır¹. Dünyada % 35-40 gibi bir ölüm oranıyla yılda yaklaşık 100.000 vaka tetanostan hayatını kaybetmektedir¹. C. tetani bakterisinin sporları doğada toz, toprak, gübre dahil her yerde bulunabilmektedir. İnsanlara ise kontamine objelerle veya hayvanların salyalarıyla oluşmuş kesilerden bulaşmaktadır. Kuluçka süresi 7 ila 21 gündür². Sıklıkla ilk bulgu trismusdur. Baş ağrısı, ağrılı kas kasılmaları, nöbet, solunum ve yutma güçlüğü görülebilmekte hatta ölümlü sonuçlanabilmektedir³. Bu sunumda amacımız nadir görülen ama mortal seyredebilen 80 yaşında bir hastanın acil servise geliş şikayetlerinden itibaren tetanos düşünülmesi ve akabinde yönetimini sunmaktır.

VAKA:

80 yaş erkek bilinen geçirilmiş SVO öyküsü olan coumadin kullanan hasta 2 gündür çenesini hareket ettirememiş, ağzını açamama şikayetiyle ilçe devlet hastanesine başvurmuş. Hasta ileri görüntüleme amacıyla hastanemiz Acil Tıp Kliniği'ne 112 ile sevk edilmiş. Hasta, anamnezi derinleştirildiğinde 10 gün önce düşüp kafasını vurduğunu beyan etti. GKS:15, genel durum orta, vital bulguları stabil olan hastanın fizik muayenesinde sol parietookspitalde yaklaşık 5 cm çaplı şişlik, kirli kontamine bir lezyon vardı. Hastada ense sertliği mevcuttu, boyun ve çene kaslarında spazmı olan hastanın tomografilerinde akut patoloji tespit edilmedi. Kan ve görüntüleme tetkikleri doğal olan hasta Tetanos ön tanısıyla Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğine konsülte edildi. Hasta; Acil serviste yara debritleme ve pansumanı, tetanos aşısı tekrarı, 500 ünite tetanos immunoglobulini ve ilk antibiyoterapisi (500 mg metronidazol, 2 gr meropenem, 1 gr vankomisin) yapılarak acil yoğun bakım ünitesine ileri tetkik tedavi amacıyla yatırıldı. Acil yoğun bakımda yaygın kasılmalar nedeniyle solunum kaslarının etkilenmesi üzerine yatışının 2. saatinde entübe edildi. Kasılmaları etkileyebilecek ses, ışık gibi çevresel maruziyetler en aza indirildi. Hastaya 0,1 mg/kg/h midazolam, 0,5-1 mcg/kg/h fentanil, 0,5 mg/kg/h rokuronyum infüzyonu başlandı. 1gr/h MgSo4 infüzyonu başlandı, patellar refleksin aktivitesine göre doz ayarlandı. Kasılmaları tamamen durup ense sertliği geriledi. Anestezi yoğun bakım ünitesine devredilen hastanın takibinde ex olduğu öğrenildi.

SONUÇ:

Acil servisler, travma hastalarının yoğun başvuruları nedeniyle hastalara ilk müdahalenin yapıldığı, tanı konularak ilk tedavinin başlandığı birimler olup hastalığın önlenmesinde büyük önem arz etmektedir. İhmal edildiğinde ciddi morbidite ve mortalite sebebi olan tetanos hastalığı; yara yeri temizliği, tetanos aşısı ve tetanos immunoglobulinleriyle önlenmektedir. Vakada tetanos aşısı ilk merkezde yapılmış olmasına rağmen hasta tetanos olmuştur. Her ne kadar tetanos profilaksi protokolleri belli olsa da geriatrik hastalarda tetanos profilaksisi yetersiz kalabilir bu sebeple tetanos açısından çok dikkatli olunmalıdır.

KAYNAKÇA:

1. You AX., Carden DL., Moll J. Tetanus. In: Tintinalli JE, Ma OJ, Yealy DM, Meckler GD, Stapczynski JS, Cline DM, Tomas SH eds. *Tintinalli's Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide* 9. baskı, 2020, 1048-1051.
2. Birch TB, Bleck TP. Tetanus (Clostridium tetani). In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 9. baskı. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020, 244.
3. Simon BC, Hern HG. Wound management principles. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, eds. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 9. baskı. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018, 52.



BEHÇET HASTASINDA FIRSATÇI ZONA
Fulya ERDOĞAN, Dilay SATILMIŞ
Sultan II. Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,
Acil Tıp Kliniği, İstanbul



GİRİŞ

Behçet hastalığı tekrarlayan oral aftlar, genital aftlar, oküler hastalıklar, deri lezyonları, gastrointestinal tutulum, nörolojik hastalık, vasküler hastalık veya artrit gibi çeşitli sistemik belirtilerden herhangi biri ile karakterize nedeni bilinmeyen enflamatuvar bir hastalıktır (1). Erkeklerde klinik şiddet genellikle daha fazladır. En büyük morbidite ve mortalite, oküler hastalıklar, vasküler hastalıklar ve merkezi sinir sistemi hastalıkları ile ortaya çıkar (2). Behçet hastalığı tedavisinde kullanılan İnfliksımab, TNF- α 'ya karşı geliştirilen bir insan antikordur ve üveit ataklarında oküler enflamasyonu büyük ölçüde azaltmaktadır. Ancak aynı zamanda sistemik olarak TNF- α 'yı baskıladığı için enfeksiyöz komplikasyonlar ile ilişkili bulunmuştur. Biz bu olgu sunumumuzda behçet hastasında girişimsel işlem sonrası ortaya çıkan Herpes Zoster enfeksiyonunu ve komplikasyonlarını vurgulamayı amaçladık.

OLGU

On Yıldır Behçet tanısı olan 36 yaşında erkek hasta; acil servisimize sol alt molar dişinde kanal tedavisi başlandıktan sonra başlayan sol yüz yarısında yaygın ağrı, hiperemi, başının sol üst kısmında uyuşma, şiddetli baş ağrısı, sol kulak ağrısı, işitmede azalma, boynun sol ön tarafında ağrı şikayeti ile başvurdu. Hasta Behçet hastalığı için İmmunon 2x1, infliksımab 3 ayda 1 olacak şekilde tedavi almakta idi. Fizik Muayenesinde Sol yüz yarımında eritem, mikroveziküller, ağrılı krutlu lezyonlar ve palpasyonla hassasiyet mevcut idi. Oral mukoza sol tarafta beyaz kabarıp döküntüler vardı (Resim 1). Sol dış kulak yolu ödemli, akıntılı ve sol timpanik membran perfore idi. Sol submandibular lenf nodunda palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Hastanın başvuru vitallerinde tansiyon :120/80, Nabız :85 atım/dk, Ateş 36,3' SpO2:98 (OH) idi. Hastadan kan ve görüntüleme tetkiki alındı. Boyun USG' da; Her iki servikal zincir ve parotis bezde multiple lenf nodu mevcut idi. Beyin Tomografisinde; her iki periventriküler alanda hipodens sekel lezyon saptandı. Yüz kemikleri ve maksilla için çekilen kontrastsız BT de akut patoloji görülmedi. Hastanın laboratuvar bulgularında; CRP : 28,7 mg/L (0-8 mg/L) idi. Hasta tetkik sonuçları Herpes Zoster Enfeksiyonu ön tanısı ile Kulak Burun ve Boğaz kliniğine konsulte edildi ve servis internasyonu yapılarak tedavisi planlandı ve sağlık ile taburcu oldu.



Resim 1: Oral mukozada lezyonlar

SONUÇ

Romatoloji hastalarında biyolojik tedavi sırasında herpes zoster enfeksiyonu geliştiğini bildiren olgu sunumları ve araştırmalar mevcuttur (3,4,5,6). Herpes Zoster, dorsal kök ganglionlarının veya ekstremiteler kranial sinir ganglionlarının iltihaplanmasına bağlı olarak ortaya çıkan, etkilenen sinirin beslediği bir alanda cilt veya mukoza zarında veziküler döküntülere yol açan ağrılı, akut bulaşıcı bir viral hastalıktır. En sık etkilenen dermatomlar torasik (%45), servikal (%23) ve trigeminaldır (%15). Bu nedenle bu hastalar enfeksiyon tedavi ve komplikasyonları açısından yakından izlenmelidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Behçet hastalığı, Herpes Zoster Enfeksiyonu, infliksımab4

KAYNAKLAR

1. Behcet H: Über rezidiverende, aphtose durch ein Virus verursachte Geschwüre am Mund, am Auge, und den Genitalien. Dermatol Wochenschr 1937;105:1152-7.
2. Zouboulas CC, Valopoulou G, Marcomichelakia N, Palmeris G, Markidou I, Thous B, Kaklamanis P. Onset signs, clinical course, prognosis, treatment and outcome of adult patients with Adamantiades-Behçet's disease in Greece. Clin Exp Rheumatol 2003; 21: 19- 26.
3. Umezawa Y, Fukuchi O, Ito T, Sasaki H, Nakagawa H. Risk of herpes zoster in psoriatic patients undergoing biologic treatment. J Dermatol. 2014;41:168- 17
4. Smitten AL, Choi HK, Hochberg MC, Suissa S, Simon TA, Testa MA, Chan KA. The risk of herpes zoster in patients with rheumatoid arthritis in the United States and the United Kingdom. Arthritis Rheum. 2007;57:1431- 1438.
5. Dreijer J, Kresch FS, Comanesther D, Cohen AD. Risk of Herpes zoster in patients with psoriasis treated with biologic drugs. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2012;28:1127-1132.
6. Che H, Lukas C, Morel J, Combe B. Risk of herpes/herpes zoster during antitumor necrosis factor therapy in patients with rheumatoid arthritis. Systematic review and meta-analysis. Joint Bone Spine. 2014;81:215-221.



TAM METİNLER



Hematokezya ile prezente olan ilaca bağlı trombositopeni olgusu



Emre Yılmaz, Güven Yılmaz, Mustafa Çalık
İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Giriş:

İlaçlar akut ve ciddi trombositopenik kanamalara sebep olabilirler. Trombositopeni farklı mekanizmalarla meydana gelir. Bazı ilaçlar kemik iliği supresyonu (pansitopeni) yaparak veya megakaryositleri baskılayarak trombositopeni yaparken bazı ilaçlar doğrudan trombositlere etki ederek trombositopeniye sebep olurlar. Birçok ilaç da bazı duyarlı kişilerde antikor aracılığı ile trombositopeni meydana getirir.

Vaka Sunumu:

55 yaş kadın hasta dışkıda kırmızı renkli kanama olması üzerine kliniğimize başvurdu. Bilinen kronik bir hastalığı olmayan hasta 1 haftadır üsye nedeni ile oral penisilin tedavisi kullanıyormuş. Yapılan fizik muayenesinde gks:15 bilinç açık. vital bulgular stabil. Ekg:nsr. Dilde ve bacaklarda noktasal peteşial lezyonlar mevcuttu. Rektal tuşe: hematokezya olarak saptandı. Nazogastrik sonda uygulandı ve mide içeriği geleni oldu. Alt gis kanama ön tanısı ile takip edilen hastanın yapılan tetkiklerinde plt:2000 olarak saptandı. Acil serviste ppi, trombosit transfüzyonu sıvı resüsitasyonu sonrası ilaca bağlı trombositopeni dahiliye servisine interne edildi.

Tartışma :

Kinin, kinidin, fenasetin, metisilin, penisilin, sülfonamidler, altın tuzları ve heparin gibi ilaçlar alındıktan sonra trombositlerle etkileşen bir takım antikorların meydana gelmesine sebep olurlar. İlaç, antikor ve trombosit etkileşimi trombosit agreasyonuna, trombosit release'ine ve komplemanın trombosit üzerine fikse olmasına sebep olur ve sonuçta trombositler destrüksiyona uğrar, trombositopeni gelişir.(2) Penisilin tipi ilaçlar direkt olarak trombosit membranına bağlanır ve trombositlerin dolaşımdan hızla uzaklaşmalarına sebep olur. (3) Hastamızda da 1 haftalık oral penisilin öyküsü mevcut olup antibiyotiğe bağlı ağır trombositopeni ve ardından peteşiler ve alt gis kanama tablosu meydana gelmiştir.

Sonuç:

İlaça bağlı ağır trombositopeni olguları gis kanama ile prezente olabilir. Antibiyotik kullanımı ülkemizde çok fazla olduğundan dikkatli olunmalıdır. Özellikle penisilin grubu antibiyotikler çok sık reçete edilir ve olgularda alerjik reaksiyonlar ve ağır trombositopeni meydana getirebilirler.



KAYNAKLAR

- 1)- George JN, Rizvi MA: Thrombocytopenia. Eds: Beutler E, Lichtman MA, Coller BS, Kipps TJ, Seligsohn A. Williams Hematology. 6th ed. McGraw-Hill Co. New York. 2001; pp 1495-1539.
- 2)- Levine SP: Thrombocytopenia: Pathophysiology and Classification. Ed. Greer JP, Foerster J, Lukens JN, Rodgers GM, Paraskevas F, Glader B. Wintrobe's Clinical Hematology. 11th ed. Lippincott Williams&Wilkins Co. Philadelphia. 2004; pp 1529-1532.
- 3)- Levine SP: Thrombocytopenia Caused by Immunologic Platelet Destruction. Ed. Greer JP, Foerster J, Lukens JN, Rodgers GM, Paraskevas F, Glader B. Wintrobe's Clinical Hematology. 11th ed. Lippincott Williams&Wilkins Co. Philadelphia. 2004; pp 1533-1554.



TAM METİNLER



Yediğim ekmek boğazımda kaldı!!!

Özefagusta yabancı cisim olgu sunumu

Güven Yılmaz, Serhat Ersöz, Emre Yılmaz, Mustafa Çalık

İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği



Giriş:

Erişkin hastalarda yabancı cisim yutulması çocuk hastalara göre daha nadirdir, ancak erişkin hastalarda psikiyatrik ve nörolojik sebeplerden kaynaklanması ve kooperasyonu güç hastalar olması nedeni ile yutulan cisimler özefagusta kalabilir ve tanı geciktikçe daha ciddi komplikasyonlar görülebilir.

Vaka Sunumu:

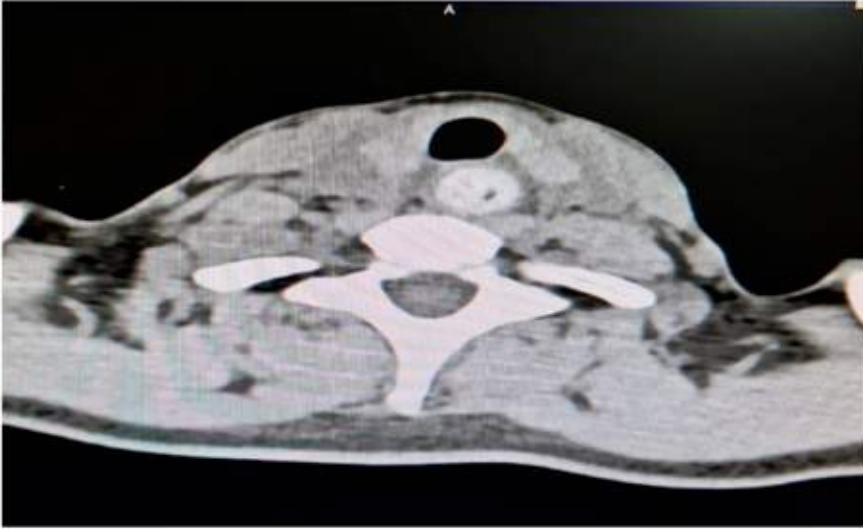
26 yaş kadın hasta ekmek yedikten sonra boğazda takılma ve tıkanıklık hissi ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde febril konvülsiyon sonrası sekel öyküsü mevcut ve bundan dolayı ara ara yutma güçlüğü ve takılma oluyormuş. Ek hastalık tariflenmiyor. Gks:15 bilinç açık. Solunum muayenesi doğal ve vital bulguları stabil. Ekg:nsr olarak değerlendirildi. Yapılan görüntülemesinde özefagus giriminde yaklaşık 28 mm çapında tam tıkanıklığa sebep olan yabancı cisim görüldü. Acil gastroskopisi yapılan hastada yabancı cisimin ekmek ile uyumlu olduğu görüldü ve mideye itildi. Takiplerinde fizik muayenesi normal, vitalleri stabil seyreden ve kan tetkiklerinde anormallik saptanmayan hasta önerilerle taburcu edildi.

Tartışma :

Yabancı cisim yutulması tüm dünyada yaygın bir şekilde karşılaşılan bir sorundur. Yabancı cisimlerin %87 oranında özofagus üst darlığında, %13 oranında özofagus orta darlığında lokalize olduğu çok nadir olarak alt özofagus darlığında takıldığı saptanmıştır. (2) Tanıda altın standart yöntem özofagogastroduodenoskopi olarak kabul edilmektedir.(3)

Sonuç:

Özefagusta yabancı cisim çocuklarda sık görülsede erişkinlerde de görülmektedir. Tanıda ve komplikasyonları görmede BT de kullanılabilir ve hastalar gis perforasyonu açısından mutlaka değerlendirilmelidir. Tanı ve tedavide altın standart gastroskopi olup tedavide bizim hastamızda olduğu gibi yabancı cismin mideye itilmesi, yöntemlerden birisidir. (4)



- 1)- Brady PG. Esophageal foreign bodies. Gastroenterol Clin North Am 1991;20:591-701.
- 2)- İnci I, Özpelik C, Uğur R, Eren N. Özofagus yabancı cisimleri: 682 olgusunun incelenmesi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 1999;7:148-52.
- 3)- Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. Gastrointest Endosc 1999;41:30-51.
- 4)- Nandi P, Ong GB. Foreign body in the esophagus: review of 2394 cases. Br J Surg 1978;65:5-9.



TAM METİNLER



Tavuk kemiği mi? Kalp krizi mi? Özefagusta yabancı cisim şüphesi ile gelen inferior STEMI olgusu

Serhat Ersöz, Güven Yılmaz, Emre Yılmaz, Mustafa Çalık

İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği



Giriş:

Özefagusta yabancı cisim şüphesi ile gelen olgular genellikle gastrik semptomlar, epigastrik ağrı, yanma ya da takılma hissi şikayeti ile prezente olabilir.(1) Bu şikayetlerle gelen hastalarda akut koroner sendrom ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken en önemli tanılar arasındadır.

Vaka Sunumu:

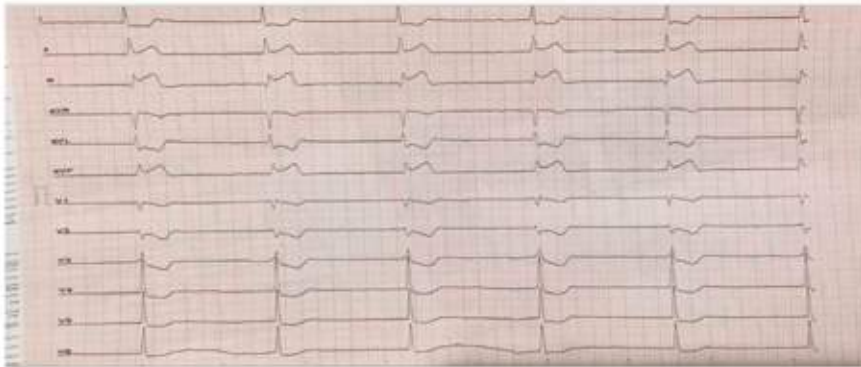
53 yaş erkek hasta tavuk yedikten sonra boğazına tavuk kemiği kaçması ve sternum arkasında yabancı cisim ve yanma hissi şikayetleri ile geldi. Özgeçmişinde kronik hastalığı bulunmayan hastanın Gks:15 bilinç ve havayolu açıktı. Epigastrik bölgede palpasyonla nonspesifik hassasiyet mevcuttu. Çekilen ekg side nsr idi. Hızlıca yapılan bt görüntülemesinde yabancı cisim görülmeyen ve semptomları gerilemeyen hasta kardiyak takibe alındı. 20 dk sonra çekilen kontrol ekg de d2-3-avf de st elevasyonu ve d1-avl de st depresyonu gelişti. Inferior STEMI tanısı ile koroner anjiyografi ünitesine sevk edildi. Rca total oklüde olarak saptanan hastaya stent uygulandı. Kan tetkiklerinde de trop yüksekliği haricinde anormal bulgu saptanmadı.

Tartışma :

Özefagusta yabancı cisim şüphesi ile gelen olgular epigastrik şikayetler ile prezente olduklarında mekanik tıkanıklığa bağlı olarak düşünülebileceğinden akut koroner sendrom atlanabilecek bir tanıdır.(2) Bu nedenle hastalara mutlaka ekg çekilmeli ve kardiyak takibe alınmalıdır. Çünkü bu tür olgularda epigastrik her türlü semptom olsa da öncelikli ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken mekanik tıkanıklıktan da önce akut koroner sendrom olmalıdır. Epigastrik semptomlar inferior miyokard infarktüsünün göstergesi olabilir. (3) Ve bizim olgumuzda olduğu gibi yemek yedikten sonra kemik kaçması ve sternum arkasında yabancı cisim ve yanma hissi gibi nonspesifik semptomlarla gelebilir.

Sonuç:

Özefagusta yabancı cisim şüphesi ile gelen hastalar genellikle gastrik semptomlarla acil servise başvururlar. Epigastrik semptomlar ayırıcı tanıda inferior STEMI'yi öncelikli düşündürmeli ve hızlıca ekg takibine de alınmalıdır. Sonrasında gastrik patolojilere yönelmek gerekir.



KAYNAKLAR

- 1)- Ashraf O. Foreign body in the esophagus: a review. Sao Paulo Med J 2006;124:346-9
- 2)- Drummond J. Cardiac abnormalities of abdominal origin. S Afr Med 1934;8:520-4.
- 3)- Makaryus AN, Adedeji O, Ali SK. Acute pancreatitis presenting as acute inferiorwall STsegment elevations on electrocardiography. Am J Emerg Med 2008;26:734.e1-e 4.



TAM METİNLER



Nadir Görülen Bir Komplikasyon: Bronkoskopi Sonrası Pnömomediastinum



Emre Yılmaz, Serhat Ersöz, Güven Yılmaz, Mustafa Çalık
İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Giriş:

Pnömomediastinum, hava yolu endoskopik prosedürlerinin iyi bilinen bir komplikasyonudur. Bununla birlikte, pulmoner hastalık tek başına, iatrojenik manipülasyon olmadan pnömomediastinum ve pnömotoraksa yatkınlık oluşturabilir.(1)Bu vakada entubasyon sonrası gelişen endotrakeal darlık sebebiyle bronkoskopi uygulanan bir hastada gelişen pnömomediastinum tablosunu inceleyeceğiz.

Vaka Sunumu:

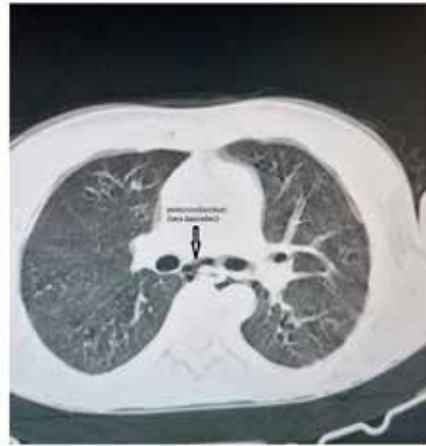
21 yaş erkek hasta nefes darlığı ve iğne batar tarzda substernal göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu bilinen epilepsi hastalığı dışında kronik hastalığı yok.Geliş vitalleri oda havasında sat:85 ta:140/90 nabız:110 dss:30 ateş:36.5.ekg:sinüs tasikardisi.ss:inspiratuar stridoru mevcut, o2 ile sat:95 fakat batın solunumu var.Hastanın 1 ay önce status epileptikus nedeni entube yoğun bakım yatış öyküsü mevcut olup 2 hafta önce taburcu edilmiş,taburculuk sonrası gelişen endotrakeal darlık sebebiyle hastaya dün KBB tarafından bronkoskopi işlemi uygulanmış olduğu öğrenildi.Hastadan oda havasında alınan arter kan gazında ph:7.27 pco2:58 po2:55 so2:83 hco3:24 solunumsal tipte asidozu mevcut idi,çekilen toraks btsinde bilateral mediastende hava dansiteleri ile uyumlu alanları mevcut olup nomomediastinum ile uyumlu olarak saptandı. Hastanın diğer kan tetkiklerinde anlamlı değişiklik yoktu ve bronkoskopi sonrası gelişen pnömomediastinum tanısı ile göğüs hastalıkları olan bir merkeze sevk yapıldı.

Tartışma :

Pnömomediastinum ve deri altı amfizemin kökeni spontan, travmatik veya iatrojenik olabilir. Bu komplikasyonlar fiberoptik bronkoskopi sonrası transbronşiyal biyopsilerle ilişkili olarak tanımlanmıştır.Sürecin patofizyolojik mekanizması Macklin etkisi ile açıklanabilir.Macklin etkisi üç aşamalı bir patofizyolojik süreçle ilgilidir: künt travmatik alveoler rüptürler, bronkovasküler kılıflar boyunca hava diseksiyonu ve bu künt pulmoner interstisyel amfizemin mediastene yayılması.(2)Bu vakada ise entubasyon sonrası gelişen trakeal darlık sebebiyle yapılan tani ve tedavi amaçlı bronkoskopi işlemi sırasında gelişen hava yolu hasarı sonrası trakeal ruptur gelişmiş olup bu bölgeden mediastene yayılan hava ise hastamızda pnömomediastinum tablosuna sebep olduğu düşünülmekte.

Sonuç:

Status epileptikus hastalarının vaktinde entube edilmesi önlenemez beyin hasarı gelişmemesi açısından çok önemlidir fakat entubasyon sonrası gelişebilecek komplikasyonlar sebebiyle entubasyon sırasında havayolu hasarını en aza indirmek ve postentubasyon bakım da en az erken entubasyon kadar önem taşımaktadır.Öte yandan bronkoskopi sonrası göğüs ağrısı ve dispne şikayeti ile gelen hastalarda pnömomediastinum atlanmaması gereken bir tanidir.





TAM METİNLER

KİLO ALDIM SANDIM MEĞER KİSTMİŞ

¹Hasan Kürşad KORKMAZ, ²Gülşah TURGUT, ³Dilay SATILMIŞ

¹SBÜ Sultan 2 Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Over kistleri, reproduktif çağıdaki kadınların %8-35'inde görülmektedir(1). Genellikle benign olup, kronik pelvik ağrı, ağrılı menstrasyon gibi semptomlar ile prezente olurlar(2). Şikayetlerinin hafif olması durumunda klinik takibi önerilmekle birlikte, şiddetli vakalarda kistektomi önerilmektedir(3). Kistektomi geçmişi olan vakalarda, kistik durumun tekrarlaması durumunda, operasyon önerilmekle birlikte, alta yatan malignitenin araştırılması ve endometrioma açısından değerlendirilmesi önerilmektedir(4). Biz bu vaka sunumumuzda, acil servisimize karın ağrısı sebebi ile tekrarlayan başvuruları olan hastamızın tetkik ve tanı süreci üzerinde durmayı planlıyoruz.

VAKA SUNUMU

21 yaşında kadın hasta, acil servisimize son 3 gündür olan şiddetli karın ağrısı sebebi ile ayaktan başvurdu. Hastanın şikayetlerinin son 2 aydır ara ara olduğu fakat 3 gündür yakınmalarının arttığı bilgisi alındı. Hastanın son zamanlarda kilo aldığı belirtildi. Bir akşam önce dış merkez başvurularında yapılan ayakta direkt batin grafisinde yaygın gaz transpozisyonu olması ve laboratuvar tetkiklerinde akut patoloji saptanmaması sebebi ile semptomatik tedavi ile taburcu edildiği belirtildi. Hastanın 2 sene önceden over kisti sebebi ile operasyon öyküsü mevcuttu. Hastanın acil servisimize başvuru esnasında alınan vital parametreleri; nabız 92/dk, tansiyon 110/82mmHg, ateş 36,4 ° ve oda havasında oksijen saturasyonu 99 idi. Hastanın fizik muayenesinde, batin rahat, defansı ve rebound bulgusu yoktu. Barsak sesleri doğal ve aktif idi. Kostovertebral açı hassasiyeti olmayıp, suprapubik bölgede hassasiyeti saptandı. Hastanın yapılan abdominal ve pelvik ultrasonografik görüntülemesinde; sağ overde 5x6x5cm'lik kist görüldü. Batin içinde, pelvik bölgeden başlayıp batin üst kadrana uzanım gösteren, içinde septasyonlar ve solid komponentler olduğu gözlemlenen kistik lezyon görüldü. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde; WBC: 9,07 10³/mm³, Hb: 11,4 g/dL, CRP: 48,18, Beta-hCG: <1mIU/mL olduğu görüldü. Hastanın yapılan Kontrastlı Batin Bilgisayarlı Tomografisinde; sağ overde 55mm çapında over kisti ve batin orta hatta en geniş yerinde 260x170mm çapa ulaşan hipodens lezyon görüntüledi(Resim 1 ve Resim 2). Hasta olası over patolojileri açısından Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine konsülte edildi. Hasta Over Dermoid Kisti ön tanısı ile internasyonu sağlandı. Hastanın yapılan laparotomik operasyonu sonrasında alınan patoloji örneklerinde overyan dermoid kist tanısı kondu.

SONUÇ

Reproduktif çağıdaki kadınlarda, over kistleri en sık görülen adneksiyal kitlelerdir(2). Bu kistlerin %20'si demoid kist olarak tanımlanmaktadır(3). Hastaların %60'ında kronik pelvik ağrı, ağrılı menstrasyon ve infertilite görülmektedir(2). Bu vakamızda, over patolojilerinin, acil servislere karın ağrısı başvuran reproduktif çağıdaki kadınlarda tanı ve tetkik sürecinde akılda bulunmasına dikkat çekmek istedik

ANAHTAR KELİMELEER: over kisti, dermoid kist, overyan teratoma, acil servis

REFERANSLAR:

1. Pavlik, E. J., Ueland, F. R., Miller, R. W., Ubellacker, J. M., DeSimone, C. P., Elder, J., Hoff, J., Baldwin, L., Kryscio, R. J., & van Nagell, J. R., Jr (2013). Frequency and disposition of ovarian abnormalities followed with serial transvaginal ultrasonography. *Obstetrics and gynecology*, 122(2 Pt 1), 210–217. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318298def5>
2. Givens, V., Mitchell, G. E., Harraway-Smith, C., Reddy, A., & Maness, D. L. (2009). Diagnosis and management of adnexal masses. *American family physician*, 80(8), 815–820.
3. Kim, M. J., Kim, N. Y., Lee, D. Y., Yoon, B. K., & Choi, D. (2011). Clinical characteristics of ovarian teratoma: age-focused retrospective analysis of 580 cases. *American journal of obstetrics and gynecology*, 205(1), 32.e1–32.e324. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.02.044>
4. Shero, N., & Kim, D. S. (2022). Laparoscopic removal of a dermoid cyst in one ovary and an endometrioma in the other: A case report and literature review. *Case reports in women's health*, 36, e00466. <https://doi.org/10.1016/j.crwh.2022.e00466>



TAM METİNLER

SEREBRALDE ARARKEN, PULMONERDE BULUNDU

¹Hasan Kürşad KORKMAZ, ¹Aydın Cenk GÜNGÖR, ¹Hanım Asya KOKA ¹Dilay SATILMIŞ

SBÜ Sultan 2 Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Pulmoner embolizm, akut kardiyovasküler sendromlar içerisinde miyokard enfarktüsü ve iskemik inmeden sonra en sık görülen üçüncü sendromdur(1). Epidemiyolojik olarak yıllık 100.000 vaka içinde 39-115 tane pulmoner emboli tanısı konmaktadır(1). Bununla birlikte bazı akut kardiyovasküler sendromlar birlikte görülebilir, birbirini tetikleyebilir veya birbirinin taklit edebilirler(2). Bu sunumumuzda acil servisimize iskemik inme semptomlarına benzer şikayetler ile başvuran bir hastanın kor pulmonale eşlik eden pulmoner emboli tanısı ile yoğun bakım takibine alınışını ve tedavi sürecini anlatacağız.

VAKA SUNUMU

85 yaşında erkek hasta, akşam saatlerinde 112 ekipleri tarafından son 1 saat içinde konuşmada bozulma, yüzde asimetri ve genel durum bozukluğu sebebi ile getirildi. Bilinen diabetes mellitus, hipertansiyon tanıları olup geçirilmiş iskemik inme veya miyokard enfarktüsü öyküsünde bulunmamakta. Hasta Diamcron, Glifor ve Coversyl Plus kullanmakta. Hasta acil servisimize getirildiğinde vitalleri; kan basıncı: 72/59mmHg, nabız: 144/dk, SpO2: 95(2lt O2 desteği ile), ateş: 37,2 görüldü. Genel durumu kötü, bilincinde bulanıklık görülen hastanın Glasgow Coma Score(GKS)'u 12 olarak hesaplandı. Elektrokardiyografisinde hızlı ventrikül yanıtı atriyal fibrilasyon ve sağ dal bloğu görüldü. Fizik muayenesinde belirgin fasiyal asimetrisi görülen hastanın, sol nazolabial sulkusunda siliklik görüldü. Ekstremitelerinde hareketleri doğal 5/5 motor kuvvet görüldü. Hastanın ön planda yüksek riskli iskemik serebrovasküler olay(SVO) düşünülmesi ve olası trombolitik tedavinin geciktirilmemesi sebebi ile hasta beyin ve karotis kontrastlı anjiyografi planlandı(3). Hastanın yapılan kesitsel görüntülemesinde sağ ana pulmoner arterde tıkalı emboli görüldü. Hipotansif takip edilen hastaya sıvı resüsitasyonu 1000cc salın ile sağlandı. Hasta pulmoner emboli tanısı ile Göğüs Hastalıkları kliniğine, sağ kalp boşluklarının değerlendirilmesi için Kardiyoloji kliniğine ve olası iskemik SVO açısından Nöroloji kliniğine konsülte edildi. Kardiyoloji kliniği tarafından yapılan ekokardiyografisinde sağ kalp boşlukları(sağ atrium: 54mm, sağ ventrikül: 52mm) dilate görüldü. Mevcut hali ile hemodinamik olarak instabil olan hastanın sağ kalp boşluklarının dilate izlenmesi ile kor pulmonale eşlik eden pulmoner embolizm tanısı aldı.(4) Nöroloji kliniği tarafından vasküler tıkanıklık görülmemesi sebebi ile geçici iskemik atak şüphesi ve mevcut şikayetlerin yüksek riskli iskemik inme lehine değerlendirilmesi ile hastaya intravenöz trombolitik tedavisi önerildi. Göğüs hastalıkları tarafından Pulmonary Embolism Severity Index(PESI) skoru 200 hesaplanan ve sınıf 5 yüksek mortalite riski görülen hastaya trombolitik tedavisinin düzenlenmesi ve takibinin yapılması için yoğun bakım yatışı uygun görüldü. Hasta acil serviste antikoagülan tedavi düzenlenerek yoğun bakım ünitesine nakledildi. Hasta yoğun bakım ünitesinde pulmoner arrest gelişti ve hastaya kardiyopulmoner resüsitasyon yapıldı. Spontan dolaşım sağlanan hastaya intravenöz trombolitik tedavisi başlandı. Tedavisinin devam ettiği esnada tekrar pulmoner arrest gelişen hasta, spontan geridönüşün sağlanamaması sebebi ile exitus kabul edildi.

kardiyopulmoner resüsitasyonu yapıldı. Spontan dolaşım sağlanan hastaya intravenöz trombolitik tedavisi başlandı. Tedavisinin devam ettiği esnada tekrar pulmoner arrest gelişen hasta, spontan geridönüşün sağlanamaması sebebi ile exitus kabul edildi.

SONUÇ

Pulmoner embolizm, akut süreçte spesifik olmayan bulgular ile karşımıza çıkabilmesi sebebi ile acil servislerde atlanması en olası ölümcül tanılardandır.(1) Özellikle hemodinamisi stabil olmayan, kor pulmonale eşlik eden pulmoner emboli vakalarının mortalitesi %11,4-24,5 olarak değişmektedir.(1) Bu vakamızda yüksek şüpheli iskemik SVO sebebi ile yaptığımız görüntülemelerde, ek kesitlere yansıyan sağ pulmoner arterde tıkalı trombus vakasını anlattık. Acil Tıp Uzmanları olarak farklı semptomlar ile acil servis başvurularında pulmoner emboli olası tanılar içinde aklımıza bulunması gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELE: pulmoner emboli, kor pulmonale, iskemik inme, trombolitik, acil servis

REFERANSLAR:

1. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). *Eur Heart J*. 2020;41(4):543-603. doi:10.1093/eurheartj/ehz405
2. Saleh Velez FG, Ortiz Garcia JG. Management dilemmas in acute ischemic stroke and concomitant acute pulmonary embolism: Case series and literature review. *eNeurologicalSci*. 2021;23:100341. Published 2021 Apr 15. doi:10.1016/j.ensci.2021.100341
3. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, 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: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association [published correction appears in *Stroke*. 2019 Dec;50(12):e440-e441]. *Stroke*. 2019;50(12):e344-e418. doi:10.1161/STR.0000000000000211
4. Garrison DM, Pendela VS, Memon J. Cor Pulmonale. [Updated 2023 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430739>



TAM METİNLER

ATRIAL FİBRİLASYONUN NADİRGÖRÜLEN NEDENİ: TATİL KALP SENDROMU

Ahmet Nuri ŞİŞMAN, Mustafa POLAT, Ali KARAKUŞ

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Hatay

GİRİŞ

Alkol, bir çok toplumlarca az miktarda dahi tüketimin kalp koruyucu etkisi olduğu zannedilen, keyif verici bir madde olarak kullanılmış olmasına karşın aslında hiç te o kadar masum değildir. Bununla birlikte, aşırı alkol alımının kardiyovasküler sağlık üzerindeki olumsuz etkileri iyi belgelenmiştir. Tatil kalp sendromu (HHS-HOLIDAY HEART SYNDROME) terimi, sıklıkla hafta sonları ve tatillerde gözlenen, aşırı alkol tüketimi sonrasında ortaya çıkan kardiyak aritmilerin ortaya çıkışını tanımlamak için kullanılır. [1] Kardiyak aritmiler ile aşırı alkol tüketimi arasındaki bu ilişki ilk olarak, hafta sonu aşırı alkol tüketiminden sonra atriyal fibrilasyon nedeniyle hastaneye kaldırılan 24 hastayı gözlemleyen Ettinger ve arkadaşları tarafından ortaya atılmıştır. [2] Sonraki araştırmalar, HHS'nin nadiren veya hiç alkol tüketmeyen, ancak ara sıra aşırı içki içen kişilerde de ortaya çıkabileceğini göstermiştir. [3]

OLGU

42 yaş erkek hasta sabah başlayan ve geçmeyen çarpıntı, nefesdarlığı, terleme şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın öyküsü gece 3 adet bira içtiği öğrenildi. Hastanın daha önceki kronik hastalığı olmamakla birlikte, herhangi geçirilmiş bir cerrahi işlemi de yoktu. Daha önceden kalp hastalığı bulunmayan 42 yaş hastanın Vital bulguları solunum sayısı 18, ateş 36,5 nabız 135, tansiyon :110/ 60 idi. Fizik muayenesinde nörolojik muayenesi doğal glasgow 15 oryante koopere ışık refleksleri +/- akciğer sesleri olağan batin hassasiyeti yok, nabız 135 kalp sesleri s1+, s2+ ek ses üfürüm yok peritibial ödem yok, boyun venöz dolgunluk yok. Hastanın çekilen ekg sinde akut atriyal fibrilasyon saptandı. Daha önceki aldığı reçetelerde, sağlık kontrollerindeki ekg belgeleri de kontrol edildiğinde yeni başlayan af olduğu kanısına varıldı. Hastanın kan tetkikleri alındığında hgb,plt,wbc, glukoz,ca,mg,K,na,total bilirubin,ast,alt,kreatin,bun,amilaz,lipaz, Hstropinin değerleri normal sınırlarda olup atriyal fibrilasyonu açıklayabilecek başka sebep bulunamadı. Ve hastaya tatil kalbi sendromu tanısı konuldu.

Hastanın chadvasc değeri hesaplanarak acil serviste antikoagulan uygulandı. Öncelikle stabil olan hastaya beta blokör uygulanmasına rağmen dirençli atriyal fibrilasyon kabul edilerek hasta resüsitasyon alanına alındı. 3 mg midazolam infüzyonu sonrası 150 joule senkronize kardiyoversiyon sonrası nabız kırılmıştır. Çekilen elektrokardiyogramda sinüs ritmi saptanması üzerine hasta gözlem altına alındı ve taburcu edildi.

TARTIŞMA

Sürekli taşiaritmilere bağlı klinik instabilite belirtileri varsa senkronize kardiyoversiyon düşünülmelidir. Bu klinik belirtiler arasında hipotansiyon, zihinsel durum değişikliği, şokun klinik belirtileri, iskemik göğüs rahatsızlığı veya akut kalp yetmezliği yer alır. Senkronize kardiyoversiyon yapılmadan önce orta derecede sedasyon sağlanmalıdır. [4]

Atriyal fibrilasyon tanısı almış stabil hastalarda tedavi, hız kontrol stratejisi veya ritim kontrol stratejisi ve sistemik tromboembolizm profilaksisi yoluyla semptom kontrolüne odaklanır. [5] Vasküler hastalıkların %90'ından fazlasında alkolün neden olduğu atriyal fibrilasyonun başvuru 12 ila 24 saat sonra kendiliğinden sona erdiği görülmektedir. [1][6]Kardiyovasküler hastalıklarda alkolün tanınabilir koruyucu mekanizmalarının, günde 10 g'dan daha az miktarda alkol ile ortaya çıktığı bilinmektedir.[7]Günlük alkol tüketimi 6 içkiden fazla olan kişilerde ise atriyal fibrilasyon, atriyal flutter ve atriyal erken atım gelişme riskinin ayda ortalama en az bir kez alkol kullanan (günde ortalama 1 bardaktan az) kişilerden iki kat daha fazla olduğu gösterilmiştir.

HHS sendromu olan hastaların tedavisi için çok fazla kaynak olmamak ile birlikte stabil hastalarda kardiyoversiyon yerine medikal tedavi tercih edilmesi yaygındır. Eğer anstabilite kriterleri mevcut ise veya malign aritmi gelişmesi durumunda ventriküler fibrilasyon , nabızsız ventriküler taşikardi durumlarında elektro kardiyoversiyon önerilir.

Bizim hastamızda instabilite kriterleri olmamasına karşın dirençli hızlı ventriküler yanıtli atriyal fibrilasyon olması sebebiyle hastaya senkronize elektriksel kardiyoversiyon yapıldı.Bu durum atriyal fibrilasyonun alkolün toksik etkisine sekonder geliştiği düşünülmüştür. Alkolün toksik etkilerinin 12-24 saat aralığında geçeceği düşünülürse bu süre boyunca beklemek mi daha faydalıdır ? yoksa hastanın fibrille olan atriyumlarından kopacak trombüs riski ile karşı karşıya kalmak mı daha korkutucudur?

SONUÇ

İzole alkol alımı olarak düşünülebiyecek bu durumlara psikolojik stres, aşırı yeme, çok fazla tuz, dehidrasyon, uyku eksikliği, kafein, esrar ve ya başka "drug"ların da eklenmesi durumlarında ise çok düşük alkol miktarlarında bile (bazen bir içki) HHS görülebileceği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Alcohol , Atriyal Fibrilasyon, Tatil Kalp Sendrom

KAYNAKLAR

1. Voskoboinik A, Prabhu S, Ling LH, Kalman JM, Kistler PM. Alkol ve Atriyal Fibrilasyon: Ayıklayıcı Bir İnceleme. J Am Coll Cardiol. 13 Aralık 2016; 68 (23):2567-2576. [PubMed]
2. Ettinger PO, Wu CF, De La Cruz C, Weisse AB, Ahmed SS, Regan TJ. Aritmiler ve "Tatil Kalbi": alkolle ilişkili kalp ritmi bozuklukları. Am Heart J. 1978 Mayıs; 95 (5):555-62. [PubMed]
3. Thornton JR. Alkolik bir kanamadan sonra sağlıklı alkolüzsü kişilerde atriyal fibrilasyon. Lancet. 03 Kasım 1984; 2 (8410):1013-5. [PubMed]
4. Craig-Brangan KJ. Gündüz Milletvekili. Güncelleme: 2017/2018 AHA BLS, ACLS ve PALS yönergeleri. Hemşirelik. 2019 Şubat; 49 (2):46-49. [PubMed]
5. Ocak CT, Wann LS, Calkins H, Chen LY, Cigarroa JE, Cleveland JC, Ellnor PT, Ezekowitz MD, Field ME, Furie KL, Heidenreich PA, Murray KT, Shea JB, Tracy CM, Yancy CW. Atriyal Fibrilasyonu Olan Hastaların Yönetimine İlişkin 2014 AHA/ACC/HRS Kılavuzunun 2019 AHA/ACC/HRS Odaklı Güncellemesi: Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Birliği Çalışma Grubunun Klinik Uygulama Kılavuzları ve Kalp Ritmi Derneği Raporu Göğüs Cerrahisi Derneği ile İşbirliği. Dolaşım. 09 Temmuz 2019; 140 (2):e125-e151. [PubMed]
6. Krishnamoorthy S, Lip GY, Lane DA. Genç erişkinlerde atriyal fibrilasyonu hızlandıran faktörler olarak alkol ve yasadışı uyuşturucu kullanımı: bir vaka serisi ve literatür taraması. Ben J Med. 2009 Eylül; 122 (9):851-856.e3. [PubMed]
7. Koskinen P, Kupari M, Leinonen H, Luomanmäki K. Alcohol and new onset atrial fibrillation: a case-control study of a current series. Br Heart J. 1987;57(5):468-473.



TAM METİNLER

LİTYUM ZEHİRLENMESİ OLGU SUNUMU

Amro Mohd Hafeth, Alper Taşkın, Firas Arda Dönmez, Taner Fuygunoğlu, Mustafa Polat, Ali Karakuş
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Hatay

ÖZET

Lityum zehirlenmesi, önemli morbidite ve mortalite ile ilişkilendirilen kritik bir tıbbi acil durumdur. Bu yazıda, bipolar bozukluk öyküsü olan ve intihar girişimi olarak büyük miktarda lityum tablet alan 41 yaşındaki bir kadının lityum zehirlenmesi vakası sunulmuştur. Hastada tachycardia, nystagmus, dispne ve titreme gibi lityum toksisitesi belirtileri görülmüştür. Hızlı tıbbi müdahale, hidrasyon ve yakın izlem gibi, toksisitenin başarılı bir şekilde yönetilmesine yol açmıştır. Doz aşımına katkıda bulunan temel zihinsel sağlık sorunlarını ele almak için psikiyatrik danışma sağlanmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Lityum zehirlenmesi, bipolar bozukluk, intihar girişimi, psikiyatrik danışma.

OLGU

41 yaşında, bilinen bipolar bozukluk öyküsü olan bir kadın, kocası ile bir tartışma sonrasında intihar amacıyla yaklaşık 95 adet lityum karbonat (lithiril 300 mg) tablet yuttuktan sonra acil üniteye başvurdu. Muayene sırasında hasta tachycardia, sağ horizontal nystagmus, dispne ve titreme sergilemiştir. İlk laboratuvar incelemelerinde serum lityum düzeyi 2.63 mmol/L (N 0.8-1.2 mmol/L) ve potasyum düzeyi 4.7 mmol/L olarak saptanmıştır. Elektrokardiyogramda sinüs taşikardisi gözlenmiştir.

Acil üniteye varışta hasta detaylı değerlendirmeye alınmış, öykü alınmış, fiziksel muayene yapılmış ve laboratuvar incelemeleri yapılmıştır. Ani müdahaleler arasında Foley kateter yerleştirilmesi ve normal tuzlu su ile bolus intravenöz hidrasyonun başlatılması bulunmaktadır.

Hasta, lityum toksisitesinin yakın izlem ve yönetimi için yoğun bakım ünitesine (YBÜ) alınmıştır. Kabulün bir saat içinde serum lityum düzeyleri hemodiyalize gerek kalmadan 1.63 mmol/L'ye düşmüştür. Normal idrar çıkışı ile stabil kalmış ve YBÜ'de iki gün boyunca gözlenmiştir. Hastanede yatış sırasında hastaya psikiyatrik danışma ve destek verilmiştir.

TARTIŞMA

Bu vakada olduğu gibi lityum zehirlenmesi, potansiyel olarak hayatı tehdit eden sonuçlarla ilişkili ciddi bir tıbbi acil durumu temsil etmektedir. Hastanın kasıtlı olarak lityum tabletleri aşırı dozda alması, bu durumla ilişkili önemli morbidite ve mortaliteyi vurgulamaktadır. Lityum toksisitesinin hızlı tanınması ve yönetimi, olumlu sonuçların elde edilmesinde hayati öneme sahiptir.

Lityum zehirlenmesinin klinik sunumu, merkezi sinir sistemi, kardiyovasküler ve elektrolit bozukluklarını yansıtan çeşitli belirtileri içermektedir. Bu vakada hasta, lityum toksisitesi ile uyumlu olan tachycardia, nystagmus, dispne ve titreme gibi klasik belirtiler sergilemiştir. Bu bulgular, şüpheli lityum alımı ile başvuran hastalarda detaylı bir klinik değerlendirmenin önemini vurgular.

Lityum zehirlenmesinin yönetimi, destekleyici bakım, hidrasyon ve lityum düzeylerinin izlenmesi gibi birkaç temel prensibi içerir. Normal tuzlu su ile intravenöz hidrasyonun erken başlatılması, lityum atılımını artırmayı ve renal toksisiteyi önlemeyi amaçlar. Bu vaka da olduğu gibi serum lityum düzeylerinin yakın izlenmesi, tedaviye zamanında ayarlamalar yapılmasını ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesini sağlar.

Psikiyatrik danışma ve destek, lityum zehirlenmesi olan hastaların bütünsel yönetiminde kritik bir rol oynar. Bu vakada olduğu gibi altta yatan bipolar bozukluk gibi zihinsel sağlık sorunlarının ele alınması, gelecekteki intihar girişimlerini önlemek ve kapsamlı hasta bakımını sağlamak için önemlidir. Tedavi planına psikiyatrik hizmetlerin entegrasyonu, bu hastaların karmaşık ihtiyaçlarının yönetiminde multidisipliner bir yaklaşımı kolaylaştırır.

Genel olarak, bu vaka lityum zehirlenmesinin yönetiminde koordineli ve kapsamlı bir yaklaşımın önemini vurgular. Bu hastada başarılı sonuç, lityum toksisitesinin etkilerini azaltmada erken tıbbi müdahalenin, hidrasyonun ve destekleyici bakımın etkinliğini vurgular. Ayrıca, psikiyatrik değerlendirme ve destek, kasıtlı doz aşımı vakalarında bütünsel hasta bakımının gerekliliğini vurgular.

SONUÇ

Hasta, intihar girişimine katkıda bulunan altta yatan zihinsel sağlık sorunlarını ele almak için psikiyatrik takip ile taburcu edilmiştir. Hastanede komplikasyonlar olmamıştır ve taburculuk sonrasında hasta herhangi bir olumsuz olay bildirmemiştir.

Lityum zehirlenmesi, hızlı tanı ve müdahale gerektiren ciddi bir tıbbi acil durumdur. Bu vaka, lityum toksisitesinin başarılı bir şekilde yönetilmesinde erken tıbbi müdahalenin, hidrasyonun ve destekleyici bakımın etkisini vurgulamaktadır. Psikiyatrik değerlendirme ve destek, lityum zehirlenmesi olan hastaların yönetiminde temel bileşenlerdir ve gelecekteki intihar girişimlerini önlemek için önemlidir.

KAYNAKLAR

Park, S., & Park, S. (2019). Lithium Poisoning. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537285/>

Buckley, N., & Dawson, A. (2018). Lithium poisoning. Toxicology reviews, 36(2), 69-71



TAM METİNLER

TAVUK KEMİĞİ BATMASI İLE OLUŞAN RETROFARENGEAL APSE

Kübra Nur OKUTAN, Latif DURAN, Mehmet ÇELEBİ

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ: Retrofarengeal apse, farenks arka yapılarının inflamasyonu ile karakterize yaşamı tehdit eden bir durumdur. Yüksek mortalite riski vardır ve acil cerrahi girişim gerektirebilir. Hastalar acil servise boğaz ağrısı, ateş, ense sertliği ve stridor gibi bulgularla başvurur, altta yatan sebep ise büyük oranda geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonudur. Travma, endoskopik işlemler ve yabancı cisim aspirasyonu gibi sebepleri de olabilir. Bu çalışmamızda nadir görülen bir vaka olarak tavuk kemiği batması sonucu oluşan retrofarengeal apse sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: 60 yaşında kadın hasta yaklaşık yedi gün önce kemikli tavuk eti yedikten sonra boğazında takılma hissi oluşmuş. Öz geçmişi 15 yıldır diyabet, atrial fibrilasyon, hipertansiyon, koroner arter hastalığı olan hasta acil servise boyun hareketlerinde ağrı ve yutma güçlüğüne artması şikayetleri ile başvurdu.

Hastanın genel durumu iyi, şuuru açık, oryante koopere idi. Vital bulguları stabildi. Hastanın boğaz muayenesinde nazofarenks doğal, orofarenks posteriorda sağ tarafta dolgunluk mevcut, sağ piriform sinüste dolgunluk ve tükürük göllenmesi mevcuttu. Diğer larengeal yapılar doğaldı. Ağız açıklığı yeterli idi. Baş hareketleri ekstansiyona, sağa ve sola fleksiyona getirmede kısıtlılık mevcuttu. Boyunda ele gelen LAP yoktu. Diğer sistem muayeneleri ve nörolojik muayenesi normaldi.

HASTANIN TAM KAN SAYIMI BEYAZ KÜRE:7 bin/ uL, Crp 125 mg/l ölçüldü. Biyokimyasal diğer değerleri normaldi. Hastaya kontrastlı Boyun Bilgisayarlı Tomografi (BT) uygulandı. Orofaring-hipofaring düzeyinde retrofaringeal alanda 8x2x1,5 cm boyutlu hava değerleri içeren duvarı hafif kontrastlanan apse öncelikli kolleksiyon görüldü. Bu kolleksiyonda sağ piriform düzeyinde sonlanan 4 cm uzunluğunda milimetrik kalınlıkta yabancı cisim mevcuttu. (Şekil 1). Hasta KBB bölümü ile konsülte edildi, servise yatış yapıldı. Hastaya KBB bölümünce ameliyathanede uygulanan direkt laringoskopide; sağ piriform sinüs hizasında posterior farengeal duvarda yabancı cisim görüldüğü (Resim 1), yabancı cisim çıkartıldığı ve bir miktar püy geleni olduğu rapor edildi. Hastaya KBB servisinde 1 hafta süre ile IV Ampisilin-Sulbaktam tedavisi uygulandığı ve oral antibiyotik ile taburcu edildiği öğrenildi. Hasta şikayetleri gerilememesi üzerine 3 hafta sonra yeniden acil servise başvurdu. Kontrol Boyun BT'sinde retrofaringeal apsede gerileme olmadığı görüldü ve yeniden girişim planlandı. Ameliyathanede uygulanan direkt laringoskopide eski operasyonda açılan fistül hattının granülasyon dokusuyla kapandığı görüldü. Granülasyon dokusu eksize edildi ve apse drenajı izlenmedi. İkinci girişim sonrası 1 hafta IV Ornidazol ve IV Ampisilin tedavisi alan hastanın semptomları geriledi, boyun ekstansiyon kısıtlılığı azaldı. Kontrol BT'sinde apse boyutlarında küçülme görüldü. Hasta tedavi sonrası şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA –SONUÇ:

Yabancı cisim aspirasyonu acil servise sık bir başvuru sebebidir. Hastalarda yutma güçlüğü, nefes darlığı, ses kısıklığı, boyun hareket kısıtlılığı, ağzını yeterince açamama şikayetleri var ise retrofarengeal apse olabileceği düşünülmelidir. Bu durumda erken tanı ve tedavi hayati önem taşımaktadır.



TAM METİNLER

AĞRISI BİTTİ DISPNEŞİ ARTTI

¹Gamze ALSU, ²Dilay SATILMIŞ

SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Dispne, kanser hastalarının sıklıkla yaşadığı, hastalık gidişatı boyunca kötüleşen ve tedavisi diğer semptomlara göre daha zor olabilen ve acil servislerin (AS) sık başvuru semptomlarından biridir (1). Kanser hastalarında dispnenin olası malign ve malign olmayan nedenlerini geniş bir yelpazede göz önünde bulundurmak ve mümkünse altta yatan nedenleri düzeltmek önemlidir (1). Biz bu vakamızda AS'e dispne ile başvuran hastada ayırıcı tanıda nadir rastlanan sebeplerden biri olan transdermal fentanil kullanımına dikkat çekmeyi amaçladık.

VAKA

61 yaşında erkek hasta, dispne şikayeti ile 112 ekipleri aracılığıyla AS'imize başvuruyor. Hastanın ilk değerlendirmesinde GKS:13, genel durum orta, bilinç açık idi. Hasta ve yakınlarından anamnez alındığında, hastanın nefes darlığı ve ağrı şikayetini sık yaşadığını fakat sabah itibarıyla hastanın nefes darlığının arttığı, ağrısının ve iletişiminin azaldığı, belirtildi. Hastanın kronik hastalıkları hipertansiyon, koroner arter hastalığı, akciğer kanseri, renal metastaz. Metastaz nedeniyle nefrostomili takip ediliyor. Kanser için aktif tedavi almıyor, USOT kullanıyor, analjezi için fentanil 100 mg transdermal flaster kullanıyor. Acil servis başvuru vitallerinde tansiyon:137/83 mmHg, nabız:98/dakika, SpO2:%70 idi. Solunum sayısı gelişinde ve takiplerinde 8-12 arasında izlendi. Solunum seslerinde bilateral ronküs dinlendi, pretibial ödemi yoktu, nörolojik muayenesinde gözleri sözel uyarılarla açıyor, tek kelimelik cevaplar veriyor, komutlara uyuyordu. Hastanın şikayetleri AS'te verilen tedaviler ile gerilemedi. Yapılan kan tetkiklerinde CRP:179, WBC:29 görüldü, diğer kan tetkiklerinde anlamlı patolojisi yoktu. Toraks BT ile görüntüleme yapıldı, her iki akciğerde 2 cm plevral efüzyon ve amfizematöz görünüm mevcuttu, pnömoni saptanmadı. Hasta göğüs hastalıklarına ve enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi. Primer enfeksiyon odağı saptanamadı, nefes darlığını açıklayacak yeni gelişen pulmoner patoloji izlenmedi. Hasta yakınları ile tekrar iletişime geçildiğinde bir önceki akşam durogesic flasterin mevcut flastere ek olarak kendileri tarafından tekrar uygulandığı öğrenildi. Hastanın şikayetlerinin opioid ilişkili toksisite nedeni ile olduğu düşünüldü, transdermal fentanil çıkarıldı ve 0,4 mg Nalokson uygulanması sonrasında hastanın genel durumunda anlamlı değişiklik saptandı ve GKS'sı 15 olarak düzeldi. Hasta yakın takip için yoğun bakım ünitesine devredildi.

SONUÇ

Transdermal fentanil, kronik ağrının tedavisinde etkilidir ve iyi tolere edilir. Terapötik kan düzeylerine yama uygulamasından 12-16 saat sonra ulaşılır ve çıkarıldıktan sonra 16-22 saatlik bir yarılanma ömrüyle yavaş yavaş azalır. Transdermal fentanilin uzun süreli eliminasyonu, eğer hastalarda opioidle ilişkili yan etkiler, özellikle de hipoventilasyon gelişirse sorunlu hale gelebilir. Solunum depresyonu ile ilişkili opioid bağımlı toksisite yaşayan hastalar, nalokson gibi bir opioid antagonist ile derhal tedavi edilmeli ve en az 24 saat boyunca yakından izlenmelidir(2). Acil servise dispne ile başvuran hastalarda, özellikle analjezi için opioid kullanımı mevcutsa göz ardı edilmemeli, detaylı anamnezin taniya götürebileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Crombeen AM, Lilly EJ. Management of dyspnea in palliative care. *Curr Oncol*. 2020;27(3):142-145. doi:10.3747/co.27.6413

2. Kornick CA, Santiago-Palma J, Moryl N, Payne R, Obbens EA. Benefit-risk assessment of transdermal fentanyl for the treatment of chronic pain. *Drug Saf*. 2003;26(13):951-973. doi:10.2165/00002018-200326130-00004



TAM METİNLER

İNTİHAR AMACIYLA YÜKSEK DOZ KETİAPİN KULLANAN HASTA

Firas Arda Dönmez, Alper Taşkın, Ali Çolak, Mustafa Polat, Ali Karakuş
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Hatay

GİRİŞ

Ketiapin, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılan bir antipsikotiktir. sedasyon, kilo alımı, kabızlık ve yorgunluk ketiapin kullanımı sırasında ortaya çıkabilen yan etkilerdir. Ketiapin kullanımının neden olabileceği lökopeni nadir görülen bir diğer yan etkidir. Bu olgu sunumunda intihar amacıyla ketiapin kullanan bir hasta sunulmuştur.

OLGU

47 yaşında bir kadın hasta, depresif bir dönemden sonra kızına ait her biri 200 mg olan 29 tablet ketiapini intihar niyetiyle almıştır. Hasta acil sağlık ekipleri tarafından getirildi. Hastanın bilinç durumu konfüze idi ve geldiğinde Glasgow Koma skalası 10 idi. Kan basıncı 90/70 mmHg olarak ölçüldü. Kalp hızı: 130 BPM idi. Kan testleri alındı ve oksijen desteğine başlandı. ph:7.44, pco2:30 mmhg, po2:67mmhg, so2:94%, Beecf: -3,8 mmol/L, glukoz: 129 mg/dL, Na:135 mmol/L, Hb:14.8 g/dL. Hastaya sıvı tedavisi başlandı. Hasta zehir danışma merkezi ile konsülte edildi ve zehir danışma merkezi tarafından gerekirse semptomatik tedavi ile birlikte yoğun bakım veya servis yatışı önerildi. Hasta entübasyon için gözlem altına alındı ancak yarım saat sonra Glasgow Koma Skalasında artış görüldü. Hasta anestezi ve reanimasyon bölümü ile konsülte edildi ve takip için yoğun bakıma yatırıldı.

SONUÇ

Ketiapin özellikle bipolar bozukluğu olan hastalarda bulunabilir ve bu nedenle kötüye kullanıma açıktır. Aşırı ketiapin alımı durumunda hastalar semptomatik olarak tedavi edilmelidir. Hastalar genel durumlarına bağlı olarak servise ya da yoğun bakım ünitesine yatırılabilirler. 3 g'ın üzerindeki dozlar koma ile ilişkilidir. Doz aşımının başlıca toksik etkileri koma, antikolinergik deliryum, uzamış Qtc ve hızlı sinüs taşikardisidir. Ketipain yan etki olarak uyuşukluğa neden olduğundan, hastalarda Glasgow Koma Skoru düşük olabilir. Bu nedenle entübasyon için acele etmeye gerek yoktur.

ANAHTAR KELİMELEER: Ketiapin, İntoksikasyon, Entübasyon



TAM METİNLER

ERKEN ENTÜBASYON HAYAT KURTARIR

¹Gamze ALSU, ¹Melih ARINÇ, ¹Dilay SATILMIŞ

SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Hemoptizi, trakeobronşiyal ağaç ya da akciğer parankiminden kaynaklanan kanamanın ekspektoryonudur(1). Hemoptizi önemli hava yolu tıkanıklığı, anormal gaz değişimi veya hemodinamik dengesizlik gibi yaşamı tehdit eden bir olayla sonuçlandığında genellikle "hayati tehdit eden hemoptizi" terimi kullanılır. Klinik pratikte, 24 saatlik bir süre içinde yaklaşık 150 mL kanın dışarı atılması durumunda hemoptizi hayatı tehdit edici olarak değerlendirilir(2). Bu vaka sunumundaki amacımız hayatı tehdit eden hemoptiziyle başvuran hastalarda erken entübasyonu hatırlatmaktır.

VAKA SUNUMU

75 yaşında erkek hasta gece ani başlayan nefes darlığı ve hemoptizi şikayeti ile acil servisimize 112 ekipleri tarafından maske oksijen desteği ile getiriliyor. İlk değerlendirmede hastanın genel durumu orta, oryante koopere, aktif hemoptizisi devam etmekteydi. Hasta, öksürmekle şiddetlenen toplam 3 su bardağı kadar hemoptizisi olduğunu ifade ediyordu. Daha önceden akciğerinde kitle tespit edilmiş fakat benign olduğu söylenmiş ve herhangi bir tedavi almamıştı. Hastanın öyküsünde koroner arter hastalığı tanısı mevcuttu ve varfarin kullanıyordu. Geliş vitallerinde hasta hipoksikti, maske ile 8 lt oksijen desteği altında saturasyon % 91 ve takipneik izlendi. Fizik muayenesinde solunum seslerinde bilateral yaygın kaba ralleri mevcuttu; alt ekstremitelerde ısı, çap, renk farkı yoktu. Laboratuvar bulgularında WBC:13, Hgb:17.3, pH:7.29, Co2:64, HCO3:30, Lac:2.5, INR:9.3, D-Dimer:0.3 idi. Aktif hemoptizisi olan hastaya acil serviste 10 mg K vitamini ve traneksamik asit tedavisi 1 gr hızlı infüzyon, ve 1 gr 8 saatlik infüzyon ve 0.5 gr inhaler olacak şekilde başlandı. Torakal bilgisayarlı görüntüleme (BT) yapıldı ve sağ akciğer alt lob superiorunda 4 cm boyutunda konsolidasyon sahası izlendi.

Hastamıza ek olarak soğuk buz uygulaması ve hareket kısıtlaması yapıldı. Görüntüleme sonuçları ile kitleye bağlı kanama ön tanısı ile acil servisimizde takip edilen hastamızda hemoptizi ve takipne bulgularının tekrar artması ve genel durumunda bozulma olması üzerine yakınlarının onamı da alınarak erken endotrakeal entübasyon kararı alındı. Çift lümenli entübasyon tüpü ile entübasyon protokolüne uygun entübe edildi. Endotrakeal entübasyon sonrası solunumsal asidozu derinleşen hastamızın derin trakeal aspirasyon ile oksijen ihtiyacı azaldı, asidemisi geriledi ve torakal kitleye bağlı hemoptizi ön tanısı ile bronkoskopi planlanmak üzere Anestezi yoğun bakım ünitesine devri yapıldı.

SONUÇ

Hayati tehdit eden hemoptizi ile başvuran bir hastanın ilk tedavisi, hava yolu ve hemodinamik stabilizasyon ve oksijenasyonun sürdürülmesine odaklanmalıdır. Eğer hasta oksijenasyonu veya ventilasyonu sürdüremiyorsa, mentalitesi bozuka veya balgam çıkaramıyorsa, ideal olarak erken bronkoskopiyle birlikte endotrakeal entübasyon düşünülmelidir.(3). Hemoptizi acil servislere genellikle hayatı tehdit etmeyen klinikle karşımıza çıksa da hayatı tehdit eden hemoptizilerde erken entübasyon kararı göz önünde bulundurulmalıdır. Hemoptizi ile başvuran hastalarda pulmoner tromboemboli dışında akciğer malignitesi öyküsü olan hastalarda kitleye bağlı kanama akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. <https://toraks.org.tr/site/sf/wqmf/rfic/9794388601bb3b2d391d0cd249ab54290856a3b517beb16c32010d35c42d36f0.pdf>
2. https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-life-threatening-hemoptysis?search=hemoptysis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#topicContent
3. Charya AV, Holden VK, Pickering EM. Management of life-threatening hemoptysis in the ICU. J Thorac Dis. 2021 Aug;13(8):5139-5158. doi: 10.21037/jtd-19-3991. PMID: 34527355; PMCID: PMC8411133.



TAM METİNLER

EYVAH DİSEKSİYON!

¹Gamze ALSU, ¹Hasan CİNGÖZ, ¹Dilay SATILMIŞ

SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar tüm dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Toplam ölümlerin yaklaşık üçte biri kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilidir(1). Hastalar acil servislere (AS) şiddetli göğüs ve sırt ağrısı gibi tipik bulgular yanında karın ağrısı, bel ağrısı, ekstremiteler bulguları ve nörolojik bulgular gibi atipik semptom ve bulgular ile de başvurmaktadır(2,3). Bu vaka sunumunda acil servise tipik göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran semptomatik hastalarda alternatif tanıları dikkat çekmeyi amaçlıyoruz.

VAKA

72 yaşında kadın hasta göğüs ve sırt ağrısı şikayeti ile 112 ekipleri aracılığıyla AS'imize başvuruyor. İlk değerlendirmesinde GKS:15, genel durumu orta, bilinç açıktı. Ağrısı sorgulandığında, aniden başladığını, daha öncesinde bu kadar şiddetli sırt ağrısı yaşamadığını, bıçak saplanır tarzda göğüs ağrısı olduğunu ifade ediyordu. Hastanın kronik hastalıkları diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve atrial fibrilasyon (AF) idi. Acil servis başvuru vitalleri; sağ kol tansiyonu 96/65, sol kol tansiyonu 137/106, nabız:165/dakika, ateş:36°, SpO2: 94% idi. EKG'si AF idi. Fizik muayenesinde periferik nabızlar açık, solunum sesleri dinlemek ile normaldi. Mevcut bulgular ile ön tanı olarak AAD düşünüldü ve torakoabdominal aorta BT anjiyografi çekimi planlandı. Acil serviste çift periferik damaryolu açılan hasta, doktor ve hemşire eşliğinde tomografi salonuna götürülüyor. Hastamıza tomografi çekiminde kontrast madde verilmeye başlandığında damaryolunun çalışmadığı kontrast maddenin cilt altına gittiği görülmesi üzerine diğer damaryolundan kontrast madde verilmeye çalışılıyor fakat benzer şekilde cilt altına gittiği görülüyor ve tekrar damaryolu açılmasına rağmen benzer durum yaşanması üzerine hastamız tekrar kırmızı alana geri getiriliyor. Santral femoral katater açılıyor ve yatakbaşı ekokardiografi kardiyoloji kliniği ile birlikte yapılıyor; diseksiyon bulgusu saptanmıyor. Stabil durumda izlenen hasta tekrar tomografi salonuna götürülüp kataterden kontrast verilerek torakoabdominal aorta BT anjiyografi çekiliyor ve çekilen BT anjiyografisinde diseksiyon bulgusu saptanmıyor. Kırmızı alanda diseksiyon tanısı dışlanmış şekilde yeniden değerlendirilen hastanın laboratuvar bulgularında da Troponin:36 olması dışında anormal bulgu saptanmıyor. Hastamızda ağrının da eşlik ettiği sağ kol ve sol kol tansiyon farkının devam etmesi üzerine sağ kol için üst ekstremiteler venöz doppler ultrasonografi (USG) planlanıyor ve üst ekstremiteler venöz doppler USG'sinde sefalik ven total oklüde, bazilik ve brakial vende trombus tespit ediliyor. Kardiyovasküler cerrahi ile konsülte edilen hastaya DMAH tedavisi başlanıyor ve servis yatırılı veriliyor.

SONUÇ

Üst ekstremitelerin en sık tromboze olan damarları brakial bazilik venlerdir (tüm tromboze segmentlerin %16,7'si), bunu juguler (%13) ve subklavian venler (%12,3) takip etmektedir; üst ekstremiteler ven trombozlarının %61,3'ü sağ üst ekstremitededir; %63,3'ü tıkaçıcıdır. PE oluşumu %4 ve ölüm oranı %10,2 olup, esas olarak hastalardaki ciddi komorbiditelerle ilişkilidir(4).

Göğüs ağrısıyla AS'e başvuran hastalarda akut koroner sendrom, diseksiyon gibi sık karşılaşılan tanıları dışlansa dahi semptomatik hastada alternatif tanıları açısından takibi yapılmalı ve tansiyon farkının başka sebeplerden kaynaklanabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, et al. Heart disease and stroke statistics--2013 update: a report from the American Heart Association [published correction appears in Circulation. 2013 Jan 1;127(1):doi:10.1161/CIR.0b013e31828124ad] [published correction appears in Circulation. 2013 Jun 11;127(23):e841]. Circulation. 2013;127(1):e6-e245. doi:10.1161/CIR.0b013e31828124ad
2. Farina GA, Kwiatkowski T: Aortic dissection. Prim Care Update Obs Gyns 10:161- 166, 2003.
3. David A. Della-Giustina, EMERGENCY DEPARTMENT EVALUATION AND TREATMENT OF BACK PAIN, Emergency Medicine Clinics of North America, Volume 17, Issue 4, 1999
4. Ploton G, Pistorius MA, Raimbeau A, Denis Le Seve J, Bergère G, Ngohou C, Goueffic Y, Artifoni M, Durant C, Gautier G, Connault J, Espitia O. A STROBE cohort study of 755 deep and superficial upper-extremity vein thrombosis. Medicine (Baltimore). 2020 Feb;99(6):e18996. doi: 10.1097/MD.00000000000018996. PMID: 32028410; PMCID: PMC7015650.



TAM METİNLER

HOCAM BU DAMARYOLU DAHA NE KADAR KALACAK?

Gamze ALSU, Dilay SATILMIŞ
SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Yüzeysel tromboflebit, venöz trombozun eşlik ettiği yüzeysel damarların inflamatuvar bir hastalığıdır(1). Periferik intravenöz kateterlere bağlı yüzeysel ven trombozu ve flebit genellikle kateter çıkarıldıktan sonra kendi kendini sınırlarken, bu hastalarda emboli riskiyle birlikte derin ven trombozu gelişebilir. Üst ekstremité trombozlarından kaynaklanan pulmoner emboli, vakaların yaklaşık yüzde 6'sını oluşturmaktadır(2). Bu olgumuzda tipik bir tromboflebit örneğinden bahsedeceğiz.

VAKA SUNUMU

41 yaş erkek hasta sol kol ağrısı şikayeti ile acil servise başvuruyor. Hastadan alınan anamneze göre önceki gün sol kolunda kızarıklık ve ağrı başladığını öğreniyoruz. Kronik hastalık ve kullandığı herhangi bir ilaç yok. İlk değerlendirmede genel durumu iyi, vitalleri stabil görülüyor. Fizik muayenesinde sol ön kol orta hatta hiperemik, ısı artışı olan, palpasyonla ağrılı lezyon görülüyor. Hasta anamnezi derinleştirildiğinde 10 gün öncesinde inguinal herni operasyonu olduğu, genel cerrahi servisinde internasyonu olduğunu ve bu işlemlerde sol kolundaki periferik damaryolunun kullanıldığını beyan ediyor. Ön planda tromboflebit düşünülüp üst ekstremité venöz renkli doppler ultrasonografi yapılıyor. Ultrasonografide 5cmlik segmentte, bazilik ven lümeni içerisinde trombüs ile uyumlu ekojenite izlenip kompresyona yanıt alınmıyor, vasküler kodlanma alınmıyor. Hasta tromboflebit tanısı ile Kalp ve Damar Cerrahisine konsülte ediliyor. Antibiyotik ve DMAH reçetesi ile taburcu ediliyor.

SONUÇ

Yüzeysel tromboflebitler her ne kadar DVT/PTE gibi daha ciddi klinikler ile karşımıza çıkmasa da tanı ve tedavisiz yüzeysel tromboflebitlerin ilerleyen zamanda DVT/PTE için risk faktörü olduğu unutulmamalıdır, erken dönemde tedaviye başlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Cysz A, Higbee SL. Superficial Thrombophlebitis. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; January 2, 2023.
2. Wall C, Moore J, Thachil J. Catheter-related thrombosis: A practical approach. *J Intensive Care Soc*. 2016 May;17(2):160-167. doi: 10.1177/1751143715618683. Epub 2015 Dec 3. PMID: 28979481; PMCID: PMC5606399.





TAM METİNLER

ACIL SERVİSE BAŞVURAN NON-VARİSEAL ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALI HASTALARDA ACIL RİSK SKORLAMA SİSTEMLERİNİN ERKEN DÖNEM MORTALİTE VE MORBİDİTEYİ TAHMİN ETME GÜCÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZM. DR. ALİ SAMİ YARDIMCI
ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

GİRİŞ

Uluslararası birçok kılavuz acil servise Ü-GİS kanamayla gelen hastaların uygun bakımını belirlemek üzere erken dönemde risk sınıflaması yapılmasını önermektedir. (9, 10)

Karar verilirken kullanılan birçok bilimsel skor sistemleri bulunmaktadır ve bu skorların hastaların tanı ve tedavi aşamalarında mortalite ve morbiditeyi belirlemek açısından büyük fayda sağladığı bilinmektedir. (2)

Skorlama sistemleri içinden en sık kullanılan skorlama sistemleri; AİMS-65, Glasgow-Blatchford skoru ve Pre-Endoskopik Rockall skoru sayılabilir. (3, 4)

Acil Risk Skorlama Sistemleri; acil servislere başvuran hastaların ilk değerlendirilmeleri sırasında hastaların ciddiyetini belirlemek için, acil servislerde ve hasta öncesinde kullanılmak üzere 1990'lı yılların sonundan itibaren oluşturulmaya başlanmış skorlardır. Bu skorların özellikle kardiyak arrest gelişen hastalarda mortaliteyi öngörmekte, acil servise başvuran sepsis hastalarında risk belirlenmesi, yaşlı popülasyonda mortalite ve morbiditeyi öngörülmesi gibi birçok acil hasta gruplarında etkin olarak kullanılabileceğine dair de çok sayıda yayın bulunmaktadır. (5-8)

Bu çalışma, acil servise başvuran Non-Variseal Ü-GİS kanama semptomları olan hastalarda acil risk skorlama sistemlerinin kullanılabilirliğini değerlendirmek ve klasik olarak GİS kanamaları için geliştirilmiş skor sistemleri ile erken dönem mortalite ve morbidite değerlendirilmedeki etkinliğini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

GENEL BİLGİLER

KLASİK GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMA RİSK SKORLARI

Ü-GİS kanama ile acil servise başvuran hastaların yönetimi için hızlı karar vermek adına veya bu hastaların alacakları tedavinin belirlenmesi yatış ve taburculuk kararı verilmesi için araştırmacılar, birçok parametreye bakarak skorlama sistemleri geliştirilmeye çalışılmıştır. (2)

Skorlama sistemleri olarak en sık kullanılanlar; AİMS-65, Glasgow-Blatchford Skoru ve Pre-Endoskopik Rockall Skoru sayılabilir. Hastaneye yatırılma ve girişim ihtiyacı bakımından benzerlik gösterse de, bu skorlama sistemleri birçok farklı parametre içermektedir. (4)

PRE-ENDOSKOPİK ROCKALL

Akut Ü-GİS kanama ile başvuran 3981 hastanın prospektif analizi ile 1996 yılında oluşturulmuş bu skor sistemi 1999 yılında Vreeburg ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma ile valide edilmiştir. Hastanın yaşı, şok bulguları ve komorbiditeleri üzerinden alınacak puanlarla hastanın mortalite ihtimali hakkında bilgi vermektedir. Sıfır puan almak %0,2 mortalite riski verirken, 7 puan almak %50 mortalite riskine sahiptir. (Tablo 2) (44, 45)

Tablo 2: Pre-Endoskopik Rockall Skoru (45)

Parametreler	Puan
A. Yaş	
<60	0
60-79	1
79 üzeri	2
B. Şok	
Şok bulgularının olmaması	0
Taşikardi	1
Hipotansiyon	2
C. Komorbidite	
Komorbidite yok	0
Böbrek yetmezliği hariç herhangi bir komorbidite	2
Herhangi bir komorbidite + Böbrek yetmezliği	3

AİMS-65 Risk Skorlaması

Tablo 3: AİMS65 Risk Skoru (46)

Parametreler	Puan
Albümin < 3 g/dl	1
INR > 1,5	1
Mental durum değişikliği	1
Sistolik kan basıncı < 90 mm/Hg	1
Yaş >65	1

Akut Ü-GİS kanama ile hastaneye yatırılmış 29.000'den fazla hastanın yer aldığı retrospektif tarama sonucu geliştirilmiştir. Hastane yatışı olan Ü-GİS kanamalı hastalarda mortalite riskini ölçer. (Tablo 3) Hastaların albümin, INR, mental durum, tansiyon ve yaş değerleri kullanılarak 0 ile 5 puan arasında alınacak bir değer, %0,3 ile %24,5 arasında mortalite riskini öngörmektedir. Birçok ülkede ve uluslararası çok merkezli çalışmalarla validasyonları yapılmıştır. Glasgow-Blatchford Skoru ile yapılan karşılaştırmalarda mortaliteyi AİMS65'in, transfüzyon ihtiyacını ise Glasgow-Blatchford Skoru'nun daha iyi öngördüğü gösterilmiştir. (46, 47)

GLASGOW-BLATCHFORD SKORU

Ü-GİS kanama ile başvuran hastalarda transfüzyon, endoskopi ve cerrahi girişim ihtiyacını öngörmek amacıyla 1997 yılında İskoçya'da tanımlanmıştır. (Tablo 4) (48, 49)



TAM METİNLER

Tablo 4: Glasgow-Blatchford Risk Skoru (48)

Parametreler	Puan
A. Kan Üre Azotu (mg/dL)	
≥ 70	6
≥28 - <70	4
≥22.4 - <28	3
≥18.2 - <22.4	2
<18.2	0
B. Hemoglobin (g/dL)	
<10 g/dL erkek ve kadında	6
10 - <12 yalnızca erkekte	3
10 - <12 kadında, 12 - <13 erkekte	1
≥12 kadında, ≥13 erkekte	0
C. Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	
<90	3
90-99	2
100-109	1
≥110	0
D. Diğer Markerler	
Kardiyak yetersizlik	2
Karaciğer hastalığı	2
Senkop ile prezentasyon	2
Melena ile prezentasyon	1
Nabız ≥ 110/dk	1

Acil Erken Uyarı Skor Sistemleri

MODİFİYE ERKEN UYARI SKORU (MODIFIED EARLY WARNING SCORE)

Modifiye erken uyarı sistemi acile başvuran hastalarda yoğun bakım yatışı ve 60 günlük süredeki mortalitelerinin öngörmek için geliştirilmiş bir skor sistemidir. Hastaların kan basıncı, nabız sayısı, solunum sayısı, vücut ısı ve bilinç seviyesi kullanılarak elde edilecek puanlar üzerinden hesaplanır. Her puan için olumsuz sonlanımların gerçekleşme ihtimali yüzde olarak belirtilir. Tek fizyolojik parametreden 3 puan almak hasta için yoğun bakım açısından dikkatli olmayı önerirken Gardner-Thorp ve arkadaşlarının 334 hasta üzerinden yaptığı validasyon çalışmasında skoru 4 ve üzeri olan hastalarda olumsuz sonlanımların %75 sensitivite ve %83 spesifite ile öngörüldüğü saptanmıştır. (Tablo 5) (50, 51)

Tablo 5: MEWS (50)

	3	2	1	0	1	2	3
Sistolik kan basıncı (mmHg)	≤70	71-80	81-100	101-199		≥200	
Nabız (vuru/dak)		≤40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
Solunum hızı (vuru/dak)		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
Vücut ısı (°C)		<35		35-38.4		≥38.5	
AVPU				Uyanık	Sese	Ağrıya	Tepkisiz

AVPU: A (Alert), V (Verbal), P (Pain), U (Unresponsive)

HIZLI ACİL TIP SKORU (RAPID EMERGENCY MEDICINE SCORE)

Bu skor sistemi yoğun bakımda yatan hastaların hastane içi mortalite ihtimalini öngörmek amacıyla 2004 yılında oluşturulmuştur. Hastanın yaş, ortalama arter basıncı, nabız, solunum sayısı, saturasyonu ve Glasgow Koma Skalası kullanılarak hesaplanır. Olsson ve arkadaşları bir çalışmada REMS ölçeğini APACHE 2 ölçeği ile karşılaştırmış ve daha kapsamlı olan APACHE 2'nin REMS ölçeğinden daha üstün olmadığını bulmuşlardır. (Tablo 6) (6, 52)

Tablo 6: REMS (52)

	0	1	2	3	4	5	6
Yaş	<45		45-54	55-64		65-74	>74
Nabız (vuru/dak)	70-109		55-69 110-139	40-54 140-179	<40 >179		
Solunum hızı (vuru/dak)	12-24	10-11 25-34	6-9	35-49	<6 >49		
Ortalama arter basıncı (mmHg)	70-109		50-69 110-129	130-159	<49 >159		
GKS skoru	>13	11-13	8-10	5-7	<5		
Oksijen saturasyonu (%)	>89	86-89		75-85	<75		



TAM METİNLER

VİTALPAC ERKEN UYARI SKORU (VİTALPAC EARLY WARNING SCORE)

Bu skor sisteminde oksijen saturasyonu, solunum sayısı, sistolik kan basıncı, vücut ısı, nabız, oksijen desteği alıp almadığı ve bilinç seviyesi değerlendirilerek hastaya 0 ile 21 arasında bir puan verilir. Sistem özel olarak hazırlanmış bir bilgisayar yazılımı (VitalPAC-TM) tarafından çalıştırılarak 35,585 başvurudan elde edilmiş 198,755 vital bulgunun hesaplanmasıyla oluşturulmuştur. Hastane içi erken mortaliteyi (24 saat) yüksek oranla saptamış ve bu özelliği ile en başarılı ölçeklerden birisi olarak kabul edilmiştir. (Tablo 7) (53)

Tablo 7: VIEWS (53)

	3	2	1	0	1	2	3
Sistolik kan basıncı (mmHg)	≤90	91-100	101-110	111-249	≥250		
Nabız (vuru/dak)		≤40	41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Solunum hızı (vuru/dak)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Vücut ısı (°C)	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Oksijen saturasyonu (%)	≤91	92-93	94-95	≥96			
İnhale edile oksijen				Hava			Oksijen desteği
AVPU				Uyanık			Sese Ağrıya Tepkisiz

HOTEL SKORU

Kellett ve arkadaşları tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir. Hipertansiyon, oksijen saturasyonu, vücut ısı, EKG ve temel yaşam aktivitelerinde bağımsızlık parametrelerinin İngilizce karşılıklarının baş harfleri kullanılarak tanımlanmıştır. Hastane içi erken ve geç mortaliteyi öngördüğü gösterilmiştir. Acil servise başvuran yaşlı hastalarda REMS ve HOTEL skorlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada bu iki sistemin de yoğun bakım yatışı ve hastane içi mortaliteyi kabul edilebilir seviyede öngördüğü gösterilmiştir. (Tablo 8) (8, 54)

Tablo 8: HOTEL Skoru (54)

Parametreler	Puan
Sistolik kan basıncı < 100 mmHg	1
Oksijen saturasyonu < 90 %	1
Vücut ısı < 35°C	1
Anormal EKG	1
Yardımsız yürüyememe	1

GEREÇ VE YÖNTEM

ÇALIŞMANIN TASARIMI

Bu çalışma tek merkezli, multidisipliner (Acil Tıp Anabilim Dalı, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı), kesitsel ve prospektif tanımlayıcı çalışma olarak planlanmış olup, üçüncü basamak bir hastane olan Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Erişkin Acil Servis Kliniği'nde 01 Ağustos 2020 ile 28 Şubat 2021 tarihleri arasında yapıldı. Bu hastane 1007 yatak kapasitesiyle hizmet vermekte ve acil servisine yılda yaklaşık 70,000 erişkin hasta başvurusu olmaktadır. Çalışmaya dâhil edilen hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde araştırmacılar tarafından herhangi bir değişiklik yapılmamasına özellikle dikkat edildi.

Çalışma için etik kurul izni, Gazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (13.07.2020 tarih ve 460 karar numarası ile) alındı.

Çalışmada acil servise başvuran 18 yaş üstü ve gebe olmayan hastalar, hastanın birincil derecede sorumlu hekimi tarafından değerlendirildikten sonra, NVÜ-GİS şüphesi olan hastalar çalışmaya dâhil edildi. Hastalar 28 gün boyunca takip edildive bu süre zarfında vefat eden hastalar için erken mortalite terimi kullanıldı.

Araştırma ekibi tarafından hastanın çalışmaya dâhil edilme ve dışlama kriterlerini taşıyıp taşımadığı sorgulanmış; hastadan ve/veya birinci derece sorumlusundan (onam veremeyecek hastalar için) aydınlatılmış onam alındı. Çalışmanın gönüllülük esaslı olduğu hastalara bildirilmiş ve olgu rapor formundaki cevaplar gizli tutuldu, araştırmacılar haricinde kimseyle paylaşılmadı.

Araştırmayı yürüten hekim tarafından hastalara onam formu sunuldu ve çalışma onamı veren hastalar ve/ya yakınları için olgu rapor formu hastanın tedavisinden sorumlu olmayan araştırmacılar tarafından dolduruldu. Acil serviste çalışmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan tüm hastalar çalışmaya dâhil edildi.

ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ:

- 18 yaş ve üzerinde olan hastalar
- Başvuru anamnezinde GİS kanama düşündürecek kahve telvesi şeklinde kusması veya nazogastrik aspiratının kan içeriği olduğu görülen, rektal tuşe muayenesinde melena ve hematokezi ile uyumlu olan veya hematemez görülen hastalar.

ÇALIŞMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar
- Üst Gastrointestinal Sistem kanama şüphesi ile gelen, ancak hemoptizi saptanan ve/veya posterior epistaksis olup yutma sonrası kusup hematemez ile başvuran hastalar
- Dış merkezde GİS kanaması tanısı konulup acil servise sevk edilen hastalar
- Son 1 hafta içinde GİS kanaması yönünden tanı-tetkik-tedavisi yapılmış olan hastalar
- Gebe olan hastalar
- Varis kanaması saptanan hastalar
- Alt GİS kanama saptanan hastalar



TAM METİNLER

GÖNÜLLÜLERİN ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA KRİTERLERİ:

- Çalışmaya katılan tüm vakalar istedikleri zaman çalışmadan çekilme hakları bulunmakla birlikte çalışmadan çekilmeyi beyan ettikleri süreye kadar kullanılmış olan veriler kullanılmak kaydı ile çalışmadan çıkarılabilirler
- Ayrıca çalışmaya kabul edilip acil servisten tanı ve/veya tedavileri bitmeden ayrılan hastalar
- Acil servise başvuru esnasında hastanın aciliyeti sebebiyle değerlendirilip sonrasında çalışmaya alınmama kriterleri olduğu öğrenilen hastalar

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE YÖNTEMİ

Araştırmaya belirlenen tarihler arasında herhangi bir nedenle Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'na başvuran ve dışlama kriterlerini taşımayan tüm hastalar dahil edildi. Örneklem büyüklüğü GPower 3.1 programı ile hesaplanıp 0,05 ve power %80 alınarak yapılan hesaplamalarda en az 84 kişiye ulaşılması gerekliliği hesaplandı. Çalışmaya toplam 100 hasta dahil edildi.

Verilerin toplanması aşamasında, belirlenen tarihler (01.08.2020-28.02.2021) arasında herhangi bir nedenle Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi Erişkin Acil Servisi'ne başvuran ve dışlama kriterlerini taşımayan, onam formu sunuldu ve çalışma onamı veren hastalar ve/veya yakınları için olgu rapor formu dolduruldu.

Acil servisimizde NVÜ-GİS kanaması düşünülen hastalarda, hastalığın şiddetini ve transfüzyon ihtiyacının belirlenmesine yönelik olarak kan tetkikleri (kan grubu tayini/cross match, tam kan sayımı, kanama profili, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, elektrolit düzeyleri, troponin ve kan gazı tetkiki) protokol kapsamında gönderilmekte ve bu hastalara EKG çekilmektedir.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

OLGU VERİ TOPLAMA FORMU

Olgu veri toplama formunun (EK: 2) ilk bölümünde hastanın protokol numarası adı-soyadı, başvuru tarihi, yaşı, cinsiyeti ve başvuru şikâyeti bulunmaktadır. Bu bölümde hastanın sosyo-demografik özellikleri sorgulanmaktadır.

Formun ikinci bölümünü hastanın acil servis triaj hayatı bulguları, Glasgow Koma Skoru, AVPU Skoru, başvuru anında oksijen ihtiyacının olup olmaması, ihtiyacı var ise bunun ne kadar ihtiyacı olduğu ve hastanın başvurusunda senkop olup olmadığı yer almaktadır. Vital bulgular gönüllünün acil servis başvurusunda acil servis triaj alanında ölçümü yapılan bulgular olup; ateş, nabız, tansiyon, solunum sayısı ve oksijen saturasyonu parametrelerini içermektedir. Hastaların oksijen ihtiyacı olup olmaması ve AVPU (Alert, Voice, Pain, Unresponsive) Skorlaması muayene odalarında ilgili hekim tarafından tespit edildi. Formun üçüncü bölümünde komorbid hastalıklar, evde bakım hastası olup olmadığı, kullandığı ilaçlar bu bölümde sorgulandı. Formun dördüncü kısmında hastanın skorlama sistemlerinin etki edeceği laboratuvar parametreleri, endoskopi ve kolonoskopi yapılmış ise sonucu, EKG bulguları yer almaktadır. Son bölümde hastanın acil servis sonlanımına dair bilgi verildi.

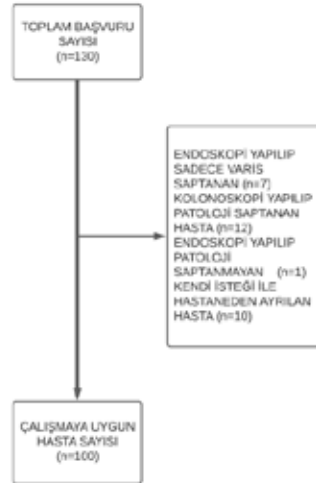
3.4 ARAŞTIRMA VERİSİNİN DÜZENLENMESİ VE İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma verisinin düzenlenmesi ve analizi IBM® SPSS® Statistics 15 paket programı aracılığıyla gerçekleştirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ($\pm$) standart sapma, ortanca (min; maks), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Normal dağılım görsel ve istatistiksel yöntemlerle (kolmogorov-smirnov\shapiro wilk testi) değerlendirildi. Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki Kare testi, ölçümle belirtilen değişkenlerin karşılaştırılmasında Student's T Testi veya Mann Whitney U Testi kullanıldı. Farklı skorlama sistemlerinin mortaliteyi doğru tahmin etmedeki özellikleri Receiver Operator Characteristics (ROC) eğrisi analizi ile incelendi. Skorlama sistemleri arasındaki korelasyonların değerlendirilmesinde Pearson testi veya Spearman testi kullanıldı. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma süresi boyunca toplam 130 hastada GİS kanama tespit edildi. Bu hastalardan 7 tanesinin yapılan endoskopisinde sadece varis saptanması nedeniyle, 12 tanesi kolonoskopi sonucunda patoloji saptanıp A-GİS kanama tanısı alması nedeniyle 1 tanesi endoskopisi ve kolonoskopisi yapıp patoloji saptanmaması, GİS kanaması kliniğiyle başvurup invaziv gastroenterit tanısı alması nedeniyle, 10 tanesi ise kendi isteği ile hastaneden imza karşılığında taburcu olması sebebiyle dışlandı ve toplam 100 vaka çalışmaya ve istatistiksel analizlere dahil edildi (Şekil 4).

Şekil 4. Hasta akış şeması



DEMOGRAFİK VERİLER

Çalışmaya dâhil edilen hastaların demografik verileri incelendiğinde; %46'sının kadın olduğu görüldü. Hastaların %62'sinin 65 yaş üzerinde olduğu görüldü. (Tablo 9) Yaş ortanca değeri 69 yıl olarak saptandı. (Şekil 5)

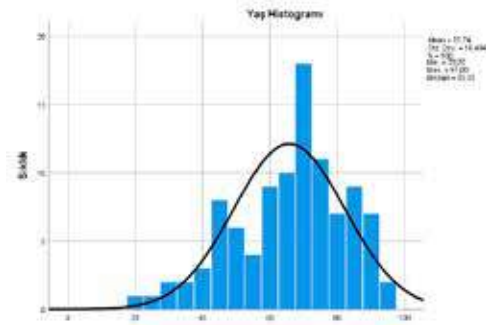
Tablo 9: Katılımcıların Demografik Özellikler, Ankara, 2022

		Sayı	Yüzde%*
Cinsiyet	Erkek	54	%54,00
	Kadın	46	%46,00
Yaş Grubu	50 Yaş ve Altı	21	%21,00
	51-64 Yaş	17	%17,00
	65-74 Yaş	29	%29,00
	75 Yaş ve Üzeri	33	%33,00

*Sütun Yüzdesi



TAM METİNLER



Şekil 5 Katılımcıların Yaş Histogramı

Katılımcıların başvuru özelliklerine baktığımızda %18'inin başvurusu sırasında oksijen ihtiyacı olduğu görüldü. Hastaların başvuru anında AVPU skorlama sistemine göre %13'ünde bilinç bozukluğu olduğu saptandı. Hastaların %8'inin başvurusunda senkop öyküsü olduğu görüldü. Yine hastalardan %91'inde en az 1 komorbiditesinin olduğu ve %20'sinin evde bakım ihtiyacının mevcut olduğu saptandı. (Tablo 10)

Tablo 10: Katılımcıların Başvuru Özellikleri, Ankara, 2022

		Sayı	Yüzde % *
Başvuru Anında O ₂ Desteği İhtiyacı	Yok	82	%82,00
	Var	18	%18,00
AVPU	Alert	87	%87,00
	Verbal	8	%8,00
	Pain	4	%4,00
	Unresponsive	1	%1,00
Başvuruda Senkop Durumu	Yok	92	%92,00
	Var	8	%8,00
Bakım İhtiyacı	Yok	80	%80,00
	Var	20	%20,00
Komorbidite	Yok	9	%9,00
	Var	91	%91,00

Katılımcıların birden fazla şikâyetlerinin yer aldığı başvuruda en fazla hastaneye başvuru şikâyetinin melena ve hematemez olduğu ve %85'inde bu iki şikâyetten birisi başvuru anında mevcut olduğu görüldü. Başvuru anında hastaların %9'unda karın ağrısı şikâyeti mevcut idi. (Tablo 11)

Tablo 11: Katılımcıların Başvuru Şikâyetleri, Ankara, 2022

		Sayı	Yüzde % *
Şikâyet**	Melena	51	%51,00
	Hematemez	43	%43,00
	Hematokezya	16	%16,00
	Karın Ağrısı	9	%9,00
	Senkop	8	%8,00

*Sütun Yüzdesi **Birden fazla şikâyet belirtilmiştir

Katılımcıların acil servisteki sonuçlarına bakıldığında hastaların %49'unun acil servisten taburcu edildiği, %45'inin hastaneye yatırıldığı ve %4'ünün acil serviste vefat ettiği saptandı. Çalışmaya dâhil edilen hastalardan 2'sinin acil servis içinde tetkik ve tedavileri bittikten sonra yatış gerektiği ancak hastanemizde uygun servislerde yer bulunmadığı için dış merkeze sevk edildi ve bu hastalar da sevk edildikleri hastanede taburcu olana kadar izlendi, verileri veri toplama formuna kaydedildi. (Tablo 12) Hastaneye yatışı yapılan hastaların bir aylık takiplerinde %15'inin (n=7) yattıkları serviste/yoğun bakımda vefat ettiği (hastane içi mortalite %15) ve 28 günlük tüm çalışmaya dâhil edilen hastaların mortalite değerlendirmesinde toplam hastaların %11'inin vefat ettiği saptandı. (Şekil 5)

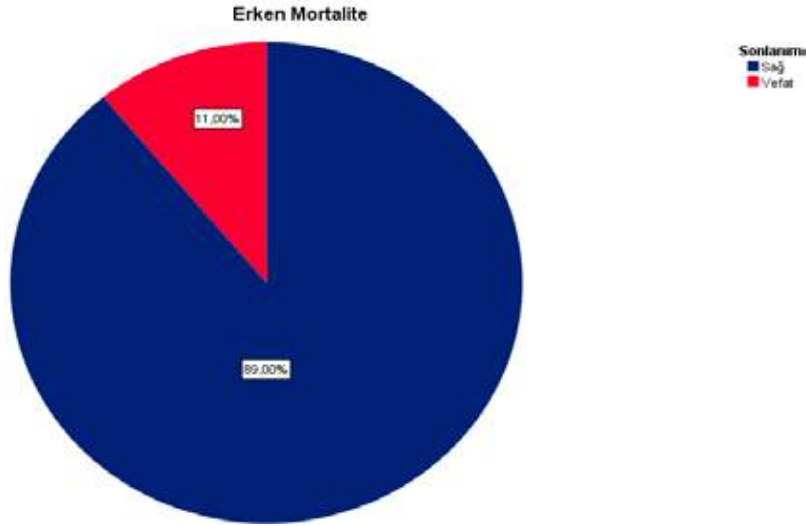


TAM METİNLER

Tablo 12: Katılımcıların Sonlanımları ile İlgili Durumların Dağılımı, Ankara, 2022

		Sayı	Yüzde % *
Erken Mortalite	Sağ	89	%89,00
	Vefat	11	%11,00
Acil Servis Sonlanımı	Taburcu	49	%49,00
	Servis Yatış	32	%32,00
	YBU Yatış	13	%13,00
	Vefat	4	%4,00
	Sevk	2	%2,00
Yatış Sonlanımı	Yatıldığı Bölümde Taburcu	38	%84,50
	Yatıldığı Bölümde Vefat	7	%15,50

*Sütun Yüzdesi



Şekil 6. Erken Mortalite

Hastaların %72'sine acil endoskopi, %4'üne ek olarak kolonoskopi yapılmıştır. Hastaların %28'ine acil endoskopi yapılmamıştır. Acil endoskopi yapılmayan 28 hastada endoskopinin yapılmama sebepleri arasında 1 hasta işlem onamı vermemiş, 7 hastaya endoskopi yapılmaya çalışılmış ancak hasta endoskopiye tolere edememiş ve endoskopi işlemi tamamlanmadan sonlandırılmıştır. Bunların haricinde 6 hastanın Covid-19 test sonuçları pozitif gelmiş ve 5 endoskopi işlemi hastanın Glasgow-Blatchford sınıflamasından 1 puan alması nedeniyle ertelenmiş, 7 hastaya da hastanın vitalleri stabil olmadığı için gastroenteroloji bölümünce endoskopi yapılması uygun görülmemiştir. Diğer 2 hastanın ise yakın dönemde endoskopisi yapılmış olduğundan yeni endoskopi planlanmamıştır.

İzole olarak hematokezya ile başvuran hastaların olması A-GİS kanamayı ön planda düşündürdüğünden toplam 16 hastaya kolonoskopi yapılmış bunların 12 tanesinde A-GİS kanama saptanmış ve bu hastalar da çalışmadan dışlanmışlardır.

Endoskopiye ek olarak yapılan kolonoskopilerin hiç birisinde patoloji saptanmamıştır. Endoskopi sonuçlarına göre özefagusta en fazla patoloji olarak özefajit görülmüştür. Yapılan endoskopilerden midede en fazla görülen patoloji gastrit olup onu takip eden patoloji mide ülseri ve mide malignitesi olarak saptanmıştır. Anjiodisplazi ve divertiküle bağlı kanamalar daha nadir gözlenmiştir. (Tablo 13)

Tablo 13: Katılımcıların Endoskopik Bulguları, Ankara, 2022

		Sayı	Yüzde % *
Endoskopi	Yapılmadı	28	%28,00
	Yapıldı	72	%72,00
Endoskopi'de Özefagus Bulguları	Patoloji Yok	56	%77,78
	Özefajit	15	%20,83
	Mallory Weiss	1	%1,39
Endoskopi'de Mide Bulguları	Patoloji Yok	13	%18,06
	Gastrit	33	%45,83
	Malignite	10	%13,89
	Forrest2c	6	%8,33
	Forrest3	6	%8,33
	Forrest1b	3	%4,17
	Anjiyodisplazi	1	%1,39



TAM METİNLER

Endoskopi'de Duodenum Bulguları	Patoloji Yok	40	%55,56
	Forrest3	11	%15,28
	Duodenit	10	%13,89
	Malignite	3	%4,17
	Anjiodisplazi	3	%4,17
	Forrest2c	2	%2,78
	Forrest1b	1	%1,39
	Forrest2a	1	%1,39
	Divertikül	1	%1,39
Kolonoskopi	Yapılmadı	96	%96,0
	Yapıldı	4	%4,0
Kolonoskopi Sonucu	Patoloji Yok	4	%100,00

*Sütun Yüzdesi

Hastaların EKG sonuçları karşılaştırıldığında hastaların %50'sinde anormal EKG görüldü. Anormal EKG'lere bakıldığında en sık saptanan patoloji ise sinüs taşikardisi (% 54) olduğu görüldü. (Tablo 14)

Tablo 14: Katılımcıların EKG Sonuçları, Ankara, 2022

		Sayı	Yüzde % *
EKG	Normal	50	%50,00
	Anormal	50	%50,00
Anormal EKG Bulguları	Sinüs Taşikardisi	27	%54,00
	Hızlanmış Atrial Fibrilasyon	14	%28,00
	ST Değişikliği	4	%8,00
	Atrioventriküler Blok	3	%6,00
	Bradikardi	2	%4,00

*Sütun Yüzdesi

Erken dönem mortalite sonuçlarına bakıldığında cinsiyet değişkeninin istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı. Komorbiditesi olan 91 hastanın %12'sinin öldüğü, buna karşın komorbiditesi olmayan 9 hastanın içinde ölen olmadığı saptanmış olup bu oran istatistiksel olarak anlamlı değildir. (Tablo 15)

Tablo 15: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Erken Mortalite Sonuçları, Ankara, 2022

*		Erken Mortalite						p
		Vefat		Sağ		Tüm Grup		
		Sayı	Yüzde %	Sayı	Yüzde %	Sayı	Yüzde %	
Cinsiyet	Erkek	6	%11,11	48	%88,89	54	%100,00	0,969
	Kadın	5	%10,87	41	%89,13	46	%100,00	
Komorbidite	Yok	0	%0,00	9	%100,00	9	%100,00	0,592
	Var	11	%12,09	80	%87,91	91	%100,00	
Yaş		Median	Min-Max	Median	Min-Max	Median	Min-Max	0,541
		70	34-97	69	20-91	69	20-97	

*Satır Yüzdesi

Katılımcıların kullandıkları ilaç grupları ile erken mortalite arasında ilişki olmadığı görüldü. (Tablo 16)



TAM METİNLER

Tablo 16: Katılımcıların Kullandıkları İlaçlara Göre Erken Mortalite Sonuçları, Ankara, 2022

*		Erken Mortalite						p
		Vefat		Sağ		Tüm Grup		
		Sayı	Yüzde %	Sayı	Yüzde %	Sayı	Yüzde %	
Diyabet ilacı	Yok	9	%11,39	70	%88,61	79	%100,00	1,000
	Var	2	%9,52	19	%90,48	21	%100,00	
Anti Hipertansif	Yok	6	%12,00	44	%88,00	50	%100,00	0,749
	Var	5	%10,00	45	%90,00	50	%100,00	
Antikoagülan/Anti-agregan ilaç	Yok	5	%8,62	53	%91,38	58	%100,00	0,519
	Var	6	%14,29	36	%85,71	42	%100,00	
İmmünsüpresif	Yok	7	%8,33	77	%91,67	84	%100,00	0,073
	Var	4	%25,00	12	%75,00	16	%100,00	

*Satır Yüzdesi

Katılımcıların kullandıkları ilaçlara göre acil servis sonlanımlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı gözlemlendi. (Tablo 17)

Tablo 17: Katılımcıların Kullandıkları İlaçlara Göre Acil Servis Sonlanımları Ankara, 2022

*		Acil Servis Sonlanımı						p
		Yatış, Vefat		Taburcu		Tüm Grup		
		Sayı	Yüzde %	Sayı	Yüzde %	Sayı	Yüzde %	
Diyabet ilacı	Yok	40	%50,63	39	%49,37	79	%100,00	0,887
	Var	11	%52,38	10	%47,62	21	%100,00	
Anti Hipertansif	Yok	23	%46,00	27	%54,00	50	%100,00	0,317
	Var	28	%56,00	22	%44,00	50	%100,00	
Antikoagülan/Anti-agregan ilaç	Yok	28	%48,28	30	%51,72	58	%100,00	0,522
	Var	23	%54,76	19	%45,24	42	%100,00	
İmmünsüpresif	Yok	41	%48,81	43	%51,19	84	%100,00	0,315
	Var	10	%62,50	6	%37,50	16	%100,00	

*Satır Yüzdesi

Hastaların başvuru anındaki durumlarına göre erken mortalite sonuçlarına bakıldığında evde bakım ihtiyacı olan hastaların %25'inin, takipnesi olan hastaların % 24'ünün vefat ettiği ve vefat eden hastaların hepsinde BUN/Albümin oranının 6.25'in üzerinde olduğu tespit edildi. (p<0.05) Vefat eden 11 hastanın 1 tanesinin senkop ile başvurduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü. (Tablo 18)

Tablo 18: Katılımcıların Başvuru Anında Durumlarına Göre Erken Mortalite Sonuçları, Ankara, 2022

*		Erken Mortalite						p
		Vefat		Sağ		Tüm Grup		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Bakım İhtiyacı	Yok	6	%7,50	74	%92,50	80	%100,00	0,040
	Var	5	%25,00	15	%75,00	20	%100,00	
Senkop	Yok	10	%10,87	82	%89,13	92	%100,00	1,000
	Var	1	%12,50	7	%87,50	8	%100,00	
Solunum Sayısı	Normal	1	%1,72	57	%98,28	58	%100,00	0,001
	>20	10	%23,81	32	%76,19	42	%100,00	
BUN/Albümin Oranı	>6,25	11	%16,42	56	%83,58	67	%100,00	0,014
	Normal	0	%100,00	33	%100,00	33	%100,00	

*Satır Yüzdesi

Acil servis sonlanımlarına göre laboratuvar sonuçlarına bakıldığında; taburcu olan grubun hemogloblin, albümin değerleri taburcu olmayan (vefat/hastaneye yatış) gruba göre yüksek bulunurken; PTZ, INR, BUN ve kreatin değerlerinin taburcu olmayan gruba göre düşük bulundu. (p<0.05) Beyaz küre, trombosit sayılarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (Tablo 19)



TAM METİNLER

Tablo 19: Katılımcıların Laboratuvar Parametreleri İle Acil Servis Sonlanımlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2022

	Acil Servis Sonlanımı						p
	Yatış, Vefat		Taburcu		Tüm Grup		
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	Median	Min-Max	
Hemoglobin	8,50	3,10-18,10	9,90	4,10-15,40	9,40	3,10-18,10	0,022
Beyaz Küre	9,60	0,49-36,90	8,36	3,20-32,80	9,19	0,49-36,90	0,164
Trombosit	227,00	4,00-737,00	250,00	62,00-639,00	243,50	4,00-737-00	0,088
APTT*	27,50	20,90-107,90	27,10	15,00-59,00	27,10	15,00-107,90	0,659
PTZ**	17,50	12,10-133,40	14,70	11,70-164,00	15,70	11,70-164,00	0,006
INR***	1,30	0,99-25,00	1,09	0,88-6,00	1,17	0,88-25,00	<0,001
BUN****	35,92	13,07-175,00	20,18	9,66-101,52	29,48	9,66-175,00	<0,001
Kreatin	0,97	0,37-4,97	0,80	0,49-6,70	0,89	0,37-6,70	0,023
Albümin	3,1	1,9-4,9	3,7	1,9-4,7	3,4	1,9-4,9	<0,001

*aPTT:Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı **PTZ:Protrombin Zamanı

INR:Uluslararası Normalize Edilmiş Oran *BUN:Kan Üre Azotu

Katılımcıların acil servis başvurusu sonlanımlarını ön görmede skorlama sistemlerinin karşılaştırılmasına bakıldığında klasik GİS kanaması için geliştirilmiş skorlamaların tamamı vefat ve yatış grubunu saptamada anlamlı bulunurken acil servis skorlama sistemleri içerisinde VIEWS ve HOTEL anlamlı bulunmuştur. Öte yandan sadece 28 günlük mortaliteyi tahmin etme gücüne baktığımızda HOTEL, REMS ve Pre-Endoskopik Rockall anlamlı olarak bulunmamıştır. (Tablo 20)

Tablo 20: Katılımcıların Skorlama Sistemleri İle Acil Servis Sonlanımlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2022

	Acil Servis Sonlanımı						p
	Yatış, Vefat		Taburcu		Tüm Grup		
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	Median	Min-Max	
MEWS	2	0-10	2	1-5	2,00	0-10	0,052
REMS	7	0-13	5	0-11	6,00	0-13	0,123
VIEWS	4	0-18	3	0-13	3,00	0-18	0,006
HOTEL	0	0-2	0	0-2	0	0-2	0,042
Glasgow-Blatchford	12	1-17	7	0-16	10	0-17	<0,001
AIMS65	2	0-4	1	0-4	1,00	0-4	<0,001
Pre-Endoskopik Rockall	4	0-7	3	0-6	3	0-7	0,014

Katılımcıların başvurudaki muayene bulguları ile acil servis sonlanımlarının karşılaştırılmasına bakıldığında solunum sayısı, sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı vefat ve yatışları saptamada anlamlı bulundu. (Tablo 21)

Tablo 21: Katılımcıların Başvurudaki Muayene Bulguları ile Acil Servis Sonlanımlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2022

	Acil Servis Sonlanımı						p
	Yatış, Vefat		Taburcu		Tüm Grup		
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	Median	Min-Max	
Yaş	70	32-97	65	20-90	69	20-97	0,170
Vücut Isısı	36,5	36,0-38,2	36,5	36,0-37,2	36,5	36,0-38,2	0,321
Saturasyon	95	80-100	96	83-100	96	80-100	0,071
Solunum Sayısı	22	14-35	19	16-25	20	14-35	<0,001
Sistolik KB	117	60-170	137	85-188	128	60-188	<0,001
Diyastolik KB	67	37-111	77	49-119	75	37-119	0,020
Nabız	95	55-178	93	59-128	94	55-178	0,799

Acil skorlama sistemlerinin birbirleri ile korelasyonlarına bakıldığında tüm skorlama sistemleri birbiri ile korele olduğu görüldü. ($p<0,005$). En yüksek korelasyon VIEWS ile MEWS arasında saptandı. ($R: 0,776$). (Tablo 22)



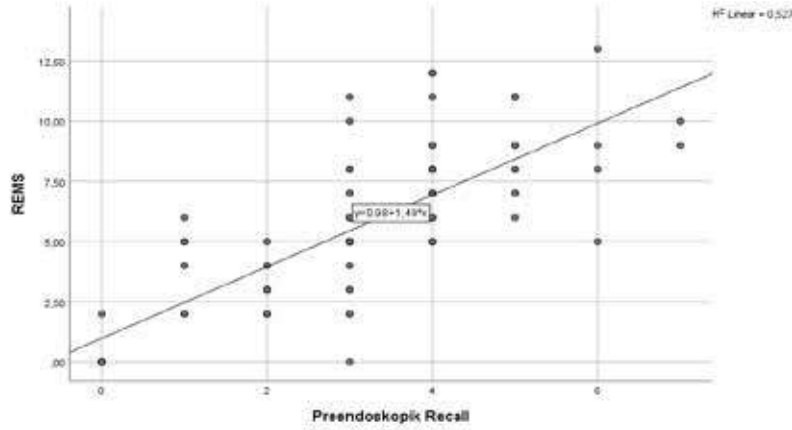
TAM METİNLER

Tablo 22: Acil Skorlama Sistemlerinin Birbirleri ile Korelasyonlarının Değerlendirilmesi, Ankara, 2022

*		MEWS	REMS	VEWS	HOTEL	Glasgow-Blatchford	AİMS65
REMS	Korelasyon Katsayı	0,482					
	P	<0,001					
VEWS	Korelasyon Katsayı	0,776	0,655				
	P	<0,001	<0,001				
HOTEL	Korelasyon Katsayı	0,555	0,678	0,717			
	P	<0,001	<0,001	<0,001			
Glasgow-Blatchford	Korelasyon Katsayı	0,280	0,290	0,363	0,248		
	P	0,005	0,003	<0,001	0,013		
AİMS65	Korelasyon Katsayı	0,315	0,601	0,435	0,471	0,579	
	P	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Pre-Endoskopik Rockall	Korelasyon Katsayı	0,466	0,766	0,519	0,553	0,446	0,674
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

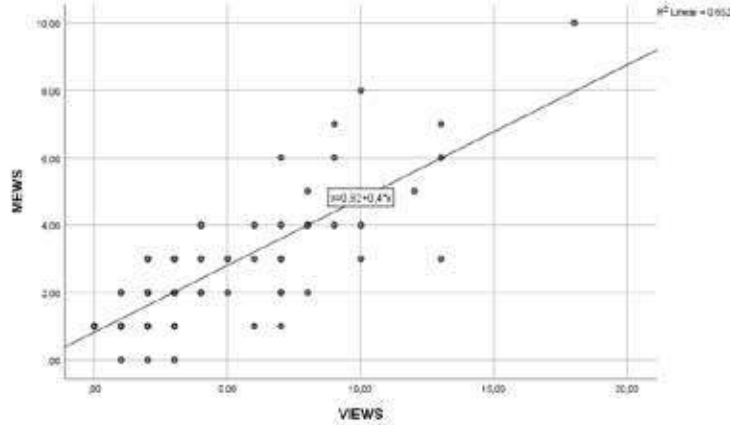
*Spearman Korelasyon Testi Uygulanmıştır

REMS ve Pre-Endoskopik Rockall skorlama sistemlerinin saçılım grafiği Şekil 6'da verilmiştir.



Şekil 7. REMS-Pre-Endoskopik Rockall Saçılım Grafiği

MEWS ve VEWS skorlama sistemlerinin saçılım grafiği Şekil 8'de verilmiştir.



Şekil 8. MEWS-VEWS Saçılım Grafiği

Skorlama sistemleri ROC analizi ile değerlendirildiğinde klasik GİS kanamalı hastalarda kullanılan skorlama sistemlerinden sadece Glasgow-Blatchford ve AİMS65 skorlama sistemleri erken mortaliteyi öngörmeye etkili olduğu görüldü. (p<0,05) (Tablo23)

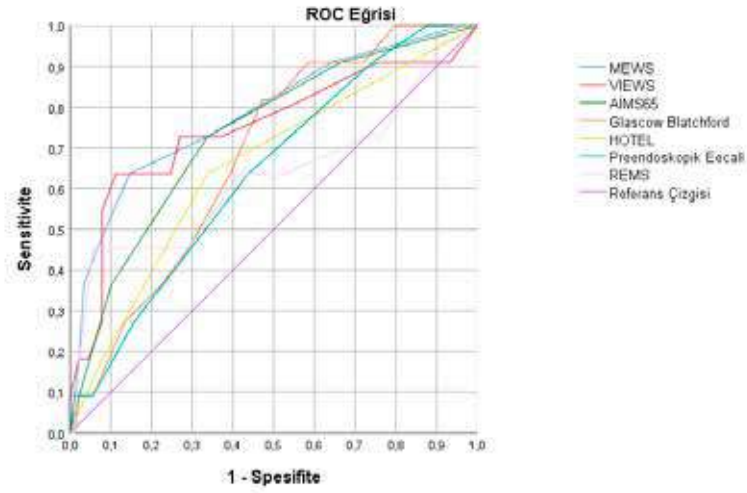


TAM METİNLER

Tablo 23: Acil Servis Skorlama Sistemlerinin Erken Mortaliteyi Öngörmeye Etkisinin ROC Analizi ile Değerlendirilmesi, Ankara, 2022

Değişken	AUC	Standart Hata	p
MEWS	0,785	0,081	0,002
IEWS	0,749	0,094	0,007
AİMS65	0,736	0,080	0,011
Glasgow-Blatchford	0,682	0,072	0,049
HOTEL	0,655	0,090	0,094
Pre-Endoskopik Rockall	0,637	0,082	0,138
REMS	0,632	0,108	0,154

Skorlama sistemlerinin erken mortalite ile ROC eğrisi Şekil 9'de verilmiştir.



Şekil 9. Acil Servis Skorlama Sistemlerinin Erken Mortalite ile ROC Eğrisi

Skorlama sistemlerinin erken mortalite ile ROC analizi sonucu belirlenen kesme değerleri Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 24: Acil Servis Skorlama Sistemlerinin Erken Mortalite ile ROC Analizi Sonucu Belirlenen Kesme Değerleri, Ankara, 2022

Değişken	Kesme Değeri	Sensitivite	Spesifite
MEWS	2,5	0,727	0,663
IEWS	4,5	0,727	0,730
AİMS65	1,5	0,727	0,663
Glasgow-Blatchford	9,5	0,818	0,528

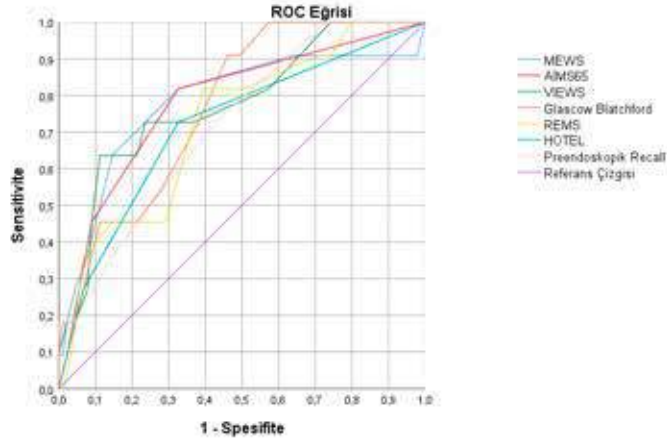
Tüm skorlama sistemlerinin taburculuk dışı sonuçları öngördüğü ROC analizi sonucunda tespit edildi. ($p < 0,05$) (Tablo 17)

Tablo 25: Acil Servis Skorlama Sistemlerinin Taburculuk Dışı Sonuçları Öngörmeye Etkisinin ROC Analizi ile Değerlendirilmesi, Ankara, 2022

Değişken	AUC	Standart Hata	p
MEWS	0,782	0,087	0,002
AİMS65	0,782	0,077	0,002
IEWS	0,777	0,077	0,003
Glasgow-Blatchford	0,770	0,062	0,004
REMS	0,725	0,078	0,015
HOTEL	0,721	0,086	0,017
Pre-Endoskopik Rockall	0,721	0,074	0,017



TAM METİNLER



Şekil 9. Acil Servis Skorlama Sistemlerinin Acil Servis Sonlanımı (Taburcu Dışı) ile ROC Eğrisi

Acil servis skorlama sistemlerinin taburculuk dışı acil servis sonlanımını saptamasında ROC analizi sonucu belirlenen kesme değerleri verilmiştir. (Tablo 26)

Tablo 26: Acil Servis Skorlama Sistemlerinin Acil Servis Sonlanımı (Taburcu Dışı) ile ROC Analizi Sonucu Belirlenen Kesme Değerleri, Ankara, 2022

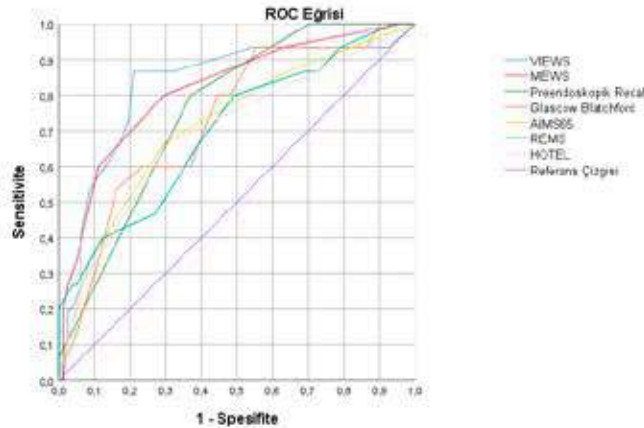
Değişken	Kesme Değeri	Sensitivite	Spesifite
MEWS	2,5	0,818	0,674
AIMS65	1,5	0,818	0,674
VIEWS	5,5	0,727	0,764
Glasgow-Blatchford	9,5	0,909	0,539
REMS	6,5	0,818	0,607
HOTEL	0,5	0,727	0,674
Pre-Endoskopik Rockall	3,5	0,727	0,573

Acil servis skorlama sistemlerinin yoğun bakıma yatış sonuçlarını öngörmeye etkisinin ROC analizi ile değerlendirilmesi. (Şekil 10) (Tablo 27)

Tablo 27: Acil Servis Skorlama Sistemlerinin Yoğun Bakıma Yatış Sonuçlarını Öngörmeye Etkisinin ROC Analizi ile Değerlendirilmesi, Ankara, 2022

Değişken*	AUC	Standart Hata	p
VIEWS	0,825	0,065	<0,001
MEWS	0,817	0,062	<0,001
Pre-Endoskopik Rockall	0,756	0,058	0,002
Glasgow-Blatchford	0,732	0,069	0,005
AIMS65	0,719	0,075	0,007
REMS	0,700	0,076	0,014
HOTEL	0,700	0,079	0,014

*YBU Yatış ile Servise Yatış ve Taburcu Grupları değerlendirilmiştir.



Şekil 10. Skorlama Sistemlerinin Acil Servis Sonlanımı (YBU Yatış) ile ROC Eğrisi



TAM METİNLER

Tablo 28: Skorlama Sistemlerinin Acil Servis Sonlanımı (YBU Yatış) ile ROC Analizi Sonucu Belirlenen Kesme Değerleri, Ankara, 2022

Değişken	Kesme Değeri	Sensitivite	Spesifite
IEWS	4,5	0,867	0,790
MEWS	2,5	0,800	0,704
Pre-Endoskopik Rockall	3,5	0,800	0,630
Glasgow-Blatchford	9,5	0,800	0,556
AİMS65	1,5	0,667	0,704
REMS	5,5	0,800	0,605
HOTEL	0,5	0,667	0,691

TARTIŞMA

Uluslararası birçok kılavuz acil servise Ü-GİS kanamayla gelen hastaların uygun bakımını belirlemek üzere erken dönemde risk sınıflaması yapılmasını önermektedir. (9, 10)

Literatür verilerine baktığımızda Glasgow-Blatchford, Pre-Endoskopik Rockall, AİMS65 ile ilgili birçok çalışma bulunmaktadır. Acil serviste bunları içerisine alan ve acil servis triajında diğer skorlama sistemlerine göre nispeten yeni kullanılmaya başlanan REMS, IEWS, HOTEL gibi skorlama sistemlerinin de dâhil olduğu çok az çalışma mevcuttur. Bu çalışmada, GIS kanamaları için spesifik olarak üretilmiş klasik skorlama sistemleri ve son zamanlarda üretilmiş olan acil servislerdeki erken uyarı skor sistemleri kullanarak hastane içi erken dönem mortalite, yoğun bakım yatışı ve taburculuk açısından bu skorların etkinliğini ve birbirlerine üstünlüğü olup olmadığını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, çalışmanın yapıldığı topluma, ülkeye ve hatta merkezin özelliklerine göre GIS kanamalarının görülme sıklığı cinsiyetlere göre farklılıklar göstermekte, buna karşılık özellikle yaş arttıkça GIS kanama görülme insidansı artmaktadır. İsveç ve İzlanda'da yapılan çok merkezli bir çalışmada NVÜ-GİS kanama ile başvuru endoskopi yapılan hastaların %51'inin kadın olduğu ve ortalama yaşın 67 olduğu görülmüştür. (55) Macaristan'da yapılan başka bir çalışmada ise NVÜ-GİS saptanan hastaların %38,7'sinin kadın olduğu ve yaş ortalamalarının 68,6 olduğu görülmüştür. (56) İngiltere'de dört büyük eğitim araştırma hastanesinde yapılan çok merkezli bir çalışmada %62'lik bir oranla erkeklerin daha fazla olduğu medyan yaşın 62 olduğu görülmüştür. (57) Yine Danimarka'da yapılan iki yıllık bir çalışmada %54 oranla erkekler daha fazla görülmekte ve medyan yaş 69,7 olarak hesaplanmıştır. (58) Bizim çalışmamız da literatür bilgileri ile örtüşmekte olup GIS kanamalarının erkekler daha fazla görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Buna karşın özellikle hastaların yarısından fazlası 65 yaş üzerinde olup, yaş ortanca değeri 69 yıl olarak saptanmıştır. Yaşlılarda GIS kanamalarının sık görülmesinin birçok sebebi olup bunların arasında başta gelen sebepler arasında çoklu ilaç kullanımı, GIS malignite insidansının artması, özellikle GIS kanamaları ile ilişkili komorbid hastalıkların artması sayılabilir. (59)

Katılımcıların başvuru özelliklerine baktığımızda %18'inin başvurusu sırasında oksijen ihtiyacı olduğu görülmüştür. GIS kanamalarında hastalarda anemi gelişmekte olup kanın oksijen taşıma kapasitesi fizyolojik olarak düşmekte, dokulara oksijen sunumu azalmakta, metabolik olarak asidoz gelişmektedir. (60) Bu hastalarda hipoksiyi tolere etmek için takipne gelişmektedir. Çalışmamızda 42 hastanın solunum sayısı dakikada 20'nin üzerinde olduğu gözlenmiştir. Hastaların başvuru anında AVPU skorlama sistemine göre %13'ünde bilinç bozukluğu olduğu saptanmıştır. Azalmış kan akımı beyindeki nöronların işleyişini bozmakta, serebral fonksiyonlar için gerekli olan oksijen ve glikozu temin edememektedir. Bu durumda serebral hücrelerde anaerobik glikoliz artmakta ve bilinç bozukluğu progresif olarak ortaya çıkmaktadır. (61) Avusturya'da benzer şekilde yapılan 3 yıllık bir çalışmada senkop öyküsü olan hasta oranı %11 olarak görülürken çalışmamızda hastaların %8'inin başvurusunda senkop öyküsü olduğu görülmüştür. (62) Yine aynı çalışmada katılımcıların birden fazla şikâyetlerinin yer aldığı başvuruda en fazla hastaneye başvuru şikâyetinin çalışmamızda olduğu gibi melen ve hematemez olduğu görülmüştür. İtalya'da yapılan bir çalışmada melen ile hastaneye başvuru oranı %78 iken çalışmamızda hastaların % 85'inde bu iki şikâyetten birisi veya her ikisi başvuru anında mevcut olduğu saptanmıştır. (63) Bizim çalışmamız gibi planlanan çalışmalarda en sık başvuru şikâyetinin melen ve hematemez olması; bu şikâyetlerin özellikle hastalar ve acil serviste çalışan tüm sağlık personelleri açısından bariz GIS kanama bulguları olması, hasta ve yakınlarının polikliniklere/aile hekimlerine başvurmak yerine acil servisi tercih etmeleri nedeniyle beklenen bir sonuçtur.

Hastalardan %91'inde en az 1 komorbid hastalığının olduğu ve %20'sinin evde bakım ihtiyacının mevcut olduğu saptanmıştır. Özellikle hastalarımızın yaşlı popülasyonda olması bu sonuçlarla ilişkilidir. Diğer taraftan ciddi GIS kanama sıklığı, komorbiditesi olan ve/veya evde bakım hizmeti alanlarda daha fazla görüldüğü birçok epidemiyolojik çalışmada gösterilmiştir. (18, 64, 65) Bununla birlikte bu hasta grubunun tüm acil servis başvurularında, acil hekimin mutlak suretle ayırıcı tanıda GIS kanamasını akıld tutmalı ve hastanın hikâyesini alırken bu yönde de sorgulamalıdır. Çünkü komorbiditesi olan ve evde bakım ihtiyacı olan hastalarda GIS kanamasının gözden kaçması katastrof sonuçlar doğurabilir. Bunların yanında bizim kohort grubumuzda komorbiditenin ve evde bakım hizmeti alan hastaların bu denli yüksek oranda olması genel olarak çalışmanın yapıldığı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin 3. Basamak hastane olup, hastanemizde takipli hastaların yaşlı popülasyonunun etkisi olmuş olabilir.

Katılımcıların acil servisteki sonlanımlarına bakıldığında hastaların %49'unun acil servisten taburcu edildiği, %47'inin hastaneye yatırıldığı (%2 hasta dış merkeze sevk edilip yoğun bakıma yatış verilmiştir) ve %4'ünün acil serviste vefat ettiği saptanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada yılda her 100.000 popülasyona 102, İngiltere'de bu sayı 134, yine Amerika Birleşik Devletleri'nde başka bir çalışmaya göre 149 Ü-GİS kanaması hastasının hastaneye yatırılarak tedavi edildiği saptanmıştır. (66-68) Danimarka'da yedi yıllık (2004-2011) geriye dönük bir çalışmada sadece peptik ülserli hastaların %30'u hastaneye yatırılarak tedavi edilmiştir. (69) Bizim çalışmamız yapıldığı süreler olan Ağustos 2020 ile Şubat 2021 tarihleri arasında acil servis başvurusu 17.776 olarak bakıldığında bu rakam yüksek olarak görülebilir. Hasta popülasyonuna ve komorbiditelerinin fazla olduğu hesaba katılmalıdır. Hastaneye yatırılarak tedavi edilen GIS kanaması olan hastaların bir aylık takiplerinde %11'inin vefat ettiği saptanmıştır. Blatchford ve arkadaşları 1997 yılında İskoçya'da yaptıkları çalışmada %8,2, Hong Kong'da yapılan bir çalışmada hastane içi mortalite %8,9 olarak görülürken, Danimarka'da yapılan bir çalışmada %12, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada %10 olarak tespit edilmiştir. (58, 70, 71) Yüzde 10 civarında mortalite teknik olarak yüksek bir mortalite olup mortalitenin bu kadar yüksek olmasındaki neden gerek bizim çalışmamızda gerekse üstte belirtilen çalışmalarda dâhil edilen hastaların acil servisten yatışı yapılan hastalar olup poliklinik başvurusu ve elektif şartlarda yatışı yapılan hastalar gruba dâhil edilmemiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yine bizim kohort grubumuzda yatış oranları da literatürde benzer şekilde yapılan çalışmalara göre yüksektir ve bunda hastaların sadece acil başvurularının değerlendirilmesi olmasının etkisi büyüktür. İngiltere'de yapılan 8 yıllık epidemiyolojik geriye dönük bir çalışmada GIS kanama ile hastaneye başvuru oranları hafta sonları %13, resmi tatillerde %41 oranında başvuru artışı olması, mesai saatleri dışında acil servislerin açık olduğu zamanlarda hastaneye yatışın acil servislerden daha fazla olmasından kaynaklanabilir. (68)

Yapılan endoskopilerde midede en fazla görülen patoloji gastrit (n=33) olup onu takip eden patoloji gastrik ülser (n=15) ve malignite (n=10) olarak saptanmıştır. Türkiye'nin de dâhil olduğu 2012 yılında NVÜ-GİS kanamalı hastalarda yapılan çok uluslu, çok merkezli epidemiyolojik bir çalışmaya göre Belçika ve Norveç'te %28, Yunanistan ve Portekiz'de %30, Türkiye'de ise %27'lik bir oranla gastrik ülserin daha fazla olduğu görülmüştür. (72) Aynı çalışmada gastrit saptanan oranları Norveç ve İspanya'da %10, Belçika ve İtalya'da %9, Yunanistan ve Türkiye'de %26 olarak saptanmıştır. (72) Bizim çalışmamızda %33 olarak saptanan gastrit oranı diğer Türkiye'yi kapsayan çalışmadan geçen yaklaşık 8 yılda, beslenme alışkanlıklarının değişmesine bağlı artmasından ve/veya çalışma merkezimize bağlı faktörlerden kaynaklanabilir. 2007 yılında İngiltere'de yapılan 5004 hasta içeren bir çalışmada %36'lık bir oranla en fazla gözlenen endoskopik bulgu gastro-duodenal ülser olarak görülmüşken, gastrit ve duodenit %35 olarak kaydedilmiştir. (73) Çin'de yapılan 1030 gönüllü üzerinde yapılan bir endoskopik çalışmada yaklaşık 300 kişide endoskopik herhangi bir bulgu görülmezken, 510 kişide (%49,9) gastrit saptanmıştır. (74) Çalışmalar arasında bu denli varyasyonların olması çeşitli coğrafyalarda H. Pylori enfeksiyonu sıklığındaki farklılıklardan kaynaklanabilir. Bunların yanında GIS kanamalarının etiyolojisinde tetikleyici stres faktörlerindeki farklılıklar da önemli rol oynamaktadır. Bizim çalışmamız Türkiye'nin başkentinde ve bir üniversite hastanesinde yapılmıştır. Çalışmamız kırsal kesimde yapılmış olsa bu oranların değişmesi mümkündür. Gerek bizim çalışmamızda gerekse benzer nitelikli diğer çalışmalarda anjiodisplazi ve divertiküle bağlı kanamalar daha nadir gözlenmiş olup çalışma sonuçlarımız bu yönden literatür bilgileri ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda GIS kanaması ile başvuran hastaların %50'sinde anormal EKG saptanmıştır. Anormal EKG'lere bakıldığında en sık saptanan patolojinin sinüs taşikardisi (%27) olduğu görüldü. Yapılan uluslararası bir çalışmada Yunanistan'da bu oran %26,9, İspanya'da %23 olarak gözlenmiştir. (72) İntravasküler volüm kaybına sekonder fizyolojik bir yanıt olan taşikardi gözlenmesi beklenen bir sonuçtur ve benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda saptanan oranlar, bulduğumuz oranla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda erken dönem mortalite ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Diğer taraftan komorbiditesi olan 91 hastanın %12'sinin öldüğü, buna karşın komorbiditesi olmayan 9 hastanın içinde ölen olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda benzer şekilde Yunanistan'da yapılan 1998 ve 1999 yılında yapılan bir çalışmada komorbidite oranı %61 olarak saptanmış ve komorbiditesi olmayan hiçbir hastanın vefat etmediği gözlenmiştir. (75) Her ne kadar çalışmamızda dâhil edilen hastalardaki komorbidite hastalıklar ile mortalite arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamış olsa da benzer nitelikteki çalışmalarda da komorbiditesi olmayan Ü-GİS kanamalı hastalarda mortalitenin çok düşük olduğu ya da görülmediği çalışmaların özelliklerine göre raporlanmaktadır ve çalışma sonuçlarımız literatür sonuçlarını destekler niteliktedir. (84, 92)

Hemorajik şok tablosu gözlenen hastalarda mortalitenin yüksek bulunduğu bilinmektedir. (76) Nabız, solunum sayısı, tansiyon değeri gibi şok tanısı koymada yardımcı olan parametrelerden solunum sayısı vefat eden ve yatış yapılan hastalarda anlamlı olarak yüksek, diastolik ve sistolik kan basıncı vefat eden ve yatış yapılan hastalarda anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Özellikle



TAM METİNLER

solunum ve tansiyon değerlerinde anormal bulgular, ileri evre hemorajik şok bulguları olup, bu değerlerde anormallığın saptandığı durumlarda mortalite yüksektir. Fakat çalışmamızda kalp hızı ile ilgili mortalite grubunda anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,775$). Bu değerin anlamlı olmamasında çoklu ilaç kullanımına sahip geriyatrik hasta popülasyonunun ağırlıklı olmasından ve özellikle beta blokör kullanımının yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir. Dolayısı ile ileride yapılacak çalışmalarda kullanılan ilaçların etkisini minimize edecek şekilde kontrol grupları oluşturularak bu durum daha net ortaya konulabilir. Diğer taraftan çalışmamızda kullanılan vital bulgular sadece hastaların başvuru sırasında bakılmış olup, tetkik ve hastalara uygulanan tedaviler sırasında ve sonrasında takipler kaydedilmemiştir. Dolayısı ile bu hastaların takiplerinin yapıldığı ileriki çalışmaların da yapılması gerekliliği, özellikle kalp hızı ile hastaneye yatırılarak tedavi edilme ihtiyacı ve mortalite arasındaki ilişkiyi belirlemek için gereklidir.

Protrombin zamanı ve INR pıhtılaşma bozukluğunun objektif göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda PTZ ve INR değerleri vefat eden grupta anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. 2011 yılında yapılan bir sistematik derlemede INR değerinin 1,5'in üzerinde olmasının mortalite ve yeniden kanama insidansının artması ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. (77) Japonya'da ulusal veri tabanı kullanılarak yapılan yaklaşık 5000 kişilik geriye dönük bir çalışmada warfarin kullanımının GIS kanama insidansında artışa neden olduğu gözlenmiştir. (78) Bizim çalışmamızın sonuçları da bu çalışma sonuçları ve benzer çalışmalar ile paralellik göstermektedir. (79, 80) Diğer taraftan anti-koagülan ve/veya anti-agregan kullanan hastalarda her ne kadar mortalite ve hastaneye yatırılarak takip edilme oranları, kullanmayanlara göre yüksek olsa da bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bunun temel nedeni anti-koagülan ve/veya anti-agregan kullanan hastalarda kanama parametrelerinde belirgin bozukluğun olmaması ve istenilen aralıklarda tutulmasından kaynaklanabilir.

Yoğun bakım yatışları ile ilgili olarak BUN değerinin yüksek olduğu Ü-GIS kanaması olan hastaların hastane içi mortalitesinde artış olduğu bilinmektedir. (81, 82) Ayrıca albümin <3.5 g/dL değeri altında mortalitenin arttığına dair yayınlar da mevcuttur. (83) Hastalık bazlı olmayıp genel başvuru ve yatışlar için değerlendirilen bu parametreler için intestinal sisteme ulaşan kan ve kan ürünlerinin üre değerinin artması ve kan volüm kaybı ile ilişkilidir. Diğer taraftan özellikle yaşlı hastaların GIS'de emilim problemleri olduğu, buna bağlı malnütrisyona beraber albümin değeri düşüklüğü, özellikle GIS kanama hastalarında mortalite ve morbidite yönünden önemli bir parametre olabilir. (84) Hastaların laboratuvar parametrelerine bakıldığında hastane başvurusu sırasında bakılan BUN/Albümin oranının takip edilen süre boyunca vefat eden hastaların hepsinde 6.25'in üzerinde olduğu tespit edilmiştir. ($p<0.05$) (85)

Kan BUN seviyesinin; kreatinin seviyesi ve e-GFR'den daha iyi prognostik bilgi verdiği daha önce yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. (85) Kreatinin seviyeleri ile korele olmayan yüksek BUN seviyeleri, renal hipoperfüzyondan ziyade mortalite ile ilgili başka mekanizmaların olabileceğini düşündürmektedir. Yükselmiş bir BUN, nörohumoral aktivite veya yaşlı hastaların katabolik durumu ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Albümin düştüğü ozmotik basıncın korunması, vasküler geçirgenliğin ve asit baz dengesinin düzenlenmesi ve bir anti-inflamatuar ve antioksidan molekül olarak hareket etmesi gibi birçok fizyolojik rol oynar. (86, 87) Güncel literatürde, çalışmalar, albümin düzeyi <3.5 g/dL olan acil servise başvuran genel hasta popülasyonunda 30 günlük mortalite oranının arttığını ortaya koymuştur. (83) Ek olarak, azalmış albümin düzeyinin, yeniden hastaneye yatış ve tüm nedenlere bağlı mortalite ile ilişkili olduğu bulunmuştur. (88) Hastalarda albümin düzeylerinin azalmasına neden olan olası nedenler; artmış albümin kaybı, artmış kapiller geçirgenlik, intravenöz sıvı uygulamasından kaynaklanan seyreleme ve değişmiş karaciğer fonksiyonudur. Ayrıca düşük albümin düzeyi, protein-enerji malnütrisyonunun karakteristik bir bileşenidir. (89)

Literatürde, artan BUN ve düşük albümin düzeylerinin etkilerinin bir prognoz belirleyicisi olarak birlikte kullanılmasına izin veren BUN/albumin oranı üzerine birkaç çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda, artan BUN/albumin oranlarının, pnömoni hastalarında ve kritik hastalarda artmış mortalite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. (90, 91) Sonuçlarımız, acil durumlarda ölçülebilen BUN seviyesinin GIS kanama ile acil servise başvuran hastalarının yönetiminde kullanılabileceğini göstermektedir. Ayrıca artan BUN/albumin oranının (>6.25 mg/g), acil servis hastalarında hastane içi mortalitenin bir göstergesi olduğu öngören çalışmaların destekleri niteliktedir.

Katılımcıların acil servis taburculuğu ön görmede skorlama sistemlerinin karşılaştırılmasına bakıldığında, klasik GIS kanaması için geliştirilmiş skorlamalar olan Glasgow-Blatchford, AİMS65, Pre-Endoskopik Rockall hastaların taburculuğunu saptamada anlamlı olduğu, acil servis skorlama sistemleri içerisinde ise VIEWS ve HOTEL skorları anlamlı bulunmuştur. Glasgow-Blatchford skorlamasının içeriğine bakıldığında sıfır puan almak dışlama kriteri olarak kullanılması gerektiği, GIS kanama düşünülen hastaların bu skor sisteminden bir ve üzeri puan alma ihtimalinin çok yüksek olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda da Glasgow-Blatchford skorlamasından sıfır puan alan sadece 2 hasta olduğu görüldü.

Hastane içi 28 günlük mortaliteyi tahmin etme gücüne baktığımızda HOTEL, REMS ve Pre-Endoskopik Rockall anlamlı olarak bulunmamıştır. REMS skorunun çalışmamızda hem erken yatış hem de mortaliteyi tahmin etme gücünün belirgin olarak düşük olmasının temel sebebi REMS skoru içerisindeki majör parametrelerden biri olan kalp hızı olmasından kaynaklanabilir. Yukarıda da belirttiğimiz gibi çalışmamıza dâhil edilen hastaların yaş ortalaması yüksektir ve özellikle bu hastalarda beta blokör kullanımının olması ve bu hastalarda nörohumoral aktivitenin azalmasına bağlı olarak GIS kanamasına fizyolojik yanıt olan taşikardi yanıtı görülmemiş olabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan geriye dönük yaklaşık 5000 majör kanama saptanan geriyatrik ve genç popülasyonun karşılaştırıldığı bir çalışmada geriyatrik popülasyondaki mortalite oranının kalp hızı 90/dk ve üzerinde olduğunda ciddi artış gösterdiği ortaya koyarken, genç popülasyonda mortalitenin ciddi oranda arttığı kalp hızı eşik değeri 130/dk saptanmıştır. (92) Çalışmamızda vefat ve yatış yapılan hastalarda medyan kalp hızı değeri 95/dk olarak bulunmuş olması literatür ile paralellik göstermektedir. Ayrıca REMS skor sisteminin ortaya çıkış ve validasyon çalışmalarından özellikle travma hastalarında yaş ortalaması 40 yıl civarındadır. Bizim çalışmamızda geriyatrik hastaların (medyan yaş 69 yıl) fazla olması bu duruma sebebiyet vermiş olabilir. (6, 52)

Çalışmamızda HOTEL skorunun yatış ve vefat grubunu tahmin etme gücünün anlamlı çıkmasında, içerisindeki parametrelerden biri olan evde bakım ihtiyacı veya yarımsız yürüyememe ile birlikte EKG anormallığı içermesi nedeniyle olduğu fakat istatistiksel olarak bakım ihtiyacının ve kalp hızının izole olarak anlamlı gelmemesi nedeniyle hastane içi erken mortaliteyi belirlemede anlamlı görülmediğini düşünmekteyiz. HOTEL skorunun parametrelerinden biri olan düşük vücut sıcaklığı skoruna ortaya koyulduğu yıllarda yaygın bir yöntem olan timpanik membrana dayalı vücut sıcaklığı ölçüm metodu yerine kullandığımız temasız temporal arter bölgesinde ölçülen vücut sıcaklığını baz aldığımızdan farklı sonuçlar olduğunu düşünmekteyiz. Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında düşük sıcaklığı ölçmede temporal arter sıcaklığı yeterli düzeyde görülmemiştir. (93-95) Çalışmanın yapıldığı Ağustos – Şubat arası ayları içerisine alan zaman diliminde çalışmaya dâhil edilen hastaların hiçbirinde düşük vücut sıcaklığı tespit edilememesi bu skorlama sistemi için hastane içi mortaliteyi saptamadaki başarısını düşürdüğünü tahmin etmekteyiz.

Taburculuk kararı vermede, yoğun bakım yatışı ve mortaliteyi tahmin etme gücü yüksek olarak görülen VitalPAC (VIEWS) skorlama sistemi birçok çalışmada da anlamlı görülmüştür. (96-98) Bizim çalışmamız da bu sonuçları destekler niteliktedir.

Klasik GIS kanama skorlarına bakıldığında Glasgow-Blatchford, AİMS65 ve Pre-Endoskopik Rockall skor sistemlerinin taburculuğu öngörmeye anlamlı olduğu fakat Pre-Endoskopik Rockall skorunun mortaliteyi tahmin etme gücünün diğer iki skor sisteminden daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu, Pre-Endoskopik Rockall skorunun herhangi bir laboratuvar parametresi içermemesi ile açıklanabilir. Pre-Endoskopik Rockall skoru üzerine endoskopik sonucu eklenerek hesaplanan Rockall skoru, mortaliteyi tahmin etme gücünün yüksek olduğu bilinmektedir. Çalışmamıza dâhil ettiğimiz hastaların tamamına endoskopik girişim yapılamaması nedeniyle kullandığımız Pre-Endoskopik Rockall skoru, hastaların endoskopik bulgularıyla tekrar değerlendirilmediğinde sonuçların daha farklı olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca Pre-Endoskopik Rockall skorunun mortaliteyi tahmin etme gücünün diğer iki skorlama sistemine nazaran daha düşük olduğu birçok çalışmada gözlenmiştir. (62, 99, 100)

Glasgow-Blatchford, AİMS65 ve Rockall skorları gastroenterologlar ve cerrahlar tarafından ortaya konmuş olup laboratuvar değeri, anamnez ve endoskopi sonucu görülerek hesaplanabilecek ve acil servis koşullarında rutin kullanılması uygun olmayan skorlardır. Ayrıca bilinç değişikliği bulunan veya evde yalnız yaşayan hastalarda anamnez alınmasının zorluğu hesaba katılacak olduğunda bu skorlama sistemlerini hesaplamamanın oldukça zorlaşacağı aşikardır.

Çalışmamızın primer amaçlarından biri olan hastane içi erken mortaliteyi tespit etme gücü olarak MEWS ve VIEWS skorlama sistemleri, acil servis koşullarında hesaplanması nispeten daha zor olan Glasgow-Blatchford, AİMS65 gibi skorlama sistemlerinden istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bilgiler ışığında acil serviste erken uyarı skorlarını kullanmanın hem zaman tasarrufu açısından hem de bu tür hastaların müdahalesinin daha hızlı yapılmasının anlamlı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda yüksek riskli hastalar olarak görülen yoğun bakım yatış yapılan ve erken dönem mortalite görülenlerde Glasgow-Blatchford, AİMS65, MEWS ve VIEWS skorlama sistemleri her iki grubu saptamada başarılı olduğu bulunmuştur. Literatüre baktığımızda Glasgow-Blatchford ve AİMS65 skorlarının, Pre-Endoskopik Rockall skorundan bu iki grubu saptamada daha başarılı olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. (3, 57, 101) Bizim çalışmamız da bu literatür bulgularını destekler niteliktedir. Bu çalışmalara ek olarak bizim çalışmamızda bulduğumuz sonuç bu skorlama sistemlerine ek olarak istatistiğe dâhil ettiğimiz MEWS ve VIEWS skorlama sistemlerinin bu iki skorlama sisteminden daha anlamlı olduğu yönündedir. Acil uyarı skorlama sistemleri kullanılarak hastaların taburculuk, yatış ve mortalite gibi sonuçları açısından veya hangi hastaların yoğun bakım veya reüsitasyon gerektireceğine karar vermede acil servis hekimlerine yol gösterici olacağını tahmin etmekteyiz. Bu durumda acil servis şartlarında gerek yoğunluğun azaltılmasında gerekse hastaların triajının hızlandırılmasında katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

SONUÇ

Bu çalışmada acil servise başvuran NVÜ-GIS kanama için Glasgow-Blatchford, AİMS65, Pre-Endoskopik Rockall klasik skorlama sistemleri ile acil servislerde kullanılan VIEWS, MEWS gibi erken uyarı skorlama sistemleri karşılaştırıldı. Hastanın hastane içi erken mortalite, yoğun bakım ve servis yatışı sonuçlarının öngörmede VIEWS ve MEWS skorlama sistemleri, klasik skorlama sistemlerine göre daha başarılı saptandı. Bu bilgiler ışığında GIS kanaması düşünülen hastaların acil servis başvurularında ve hatta hastane öncesi dönemde bu skorlama sistemlerinden faydalanarak hastanın hangi donanımda hastaneye götürülmesi gerektiği, hastaların yatırılarak tedavi edilme ihtiyaçlarının olabileceği belirlenebilir.

Çalışmamızda cinsiyetin mortalite üzerine etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü.



TAM METİNLER

Erken mortaliteyi öngörmeye MEWS, VIEWS, Glasgow-Blatchford, AİMS65 istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Hastaların yarısında anormal EKG bulguları saptanmış olmakla birlikte en sık EKG anormalliğinin sinüs taşikardisi olduğu saptandı.

Klasik GIS kanama skorlama sistemleri hastanın taburculuğunu öngörmeye daha çok faydalı olduğu ve özellikle hastaneye yatış yapılan hastalarda kullanılması uygun iken acil servislerde kullanımı daha zordur. Klasik gastrointestinal kanama skorlarına kendi içerisinde değerlendirildiğinde Glasgow-Blatchford, AİMS65 ve Pre-Endoskopik Rockall skor sistemlerinin taburculuğu öngörmeye istatistiksel olarak anlamlı olduğu fakat Pre-Endoskopik Rockall skorunun mortaliteyi tahmin etme gücünün diğer iki skor sisteminden daha düşük olduğu gözlemlendi.

Çalışmamızda yüksek riskli hastaları belirlemede Glasgow-Blatchford, AİMS65, MEWS ve VIEWS skorlama sistemleri başarılı bulundu.

Bu çalışma ile acil servis kalabalığında bu tür hastaları seçebilme ve ambulans hastaların hangi donanımda merkeze gitmesi gerektiğini öngörme konusunda yol gösterici olacağını düşünmekteyiz.

8. KAYNAKLAR

1. Lirio RA. Management of Upper Gastrointestinal Bleeding in Children: Variceal and Nonvariceal. *Gastrointestinal endoscopy clinics of North America*. 2015;26(1):63-73.
2. Das A, Wong RC. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. *Gastrointest Endosc*. 2004;60(1):85-93.
3. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, Ngu JH, Schultz M, Abazi R, et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. *Brmj*. 2017;356:i6432.
4. Robertson M, Majumdar A, Boyapati R, Chung W, Worland T, Terbah R, et al. Risk stratification in acute upper GI bleeding: comparison of the AIMS65 score with the Glasgow-Blatchford and Rockall scoring systems. *Gastrointestinal endoscopy*. 2016;83(6):1151-60.
5. Dunder ZD, Ergin M, Karamercan MA, Ayranci K, Colak T, Tuncar A, et al. Modified Early Warning Score and VitalPac Early Warning Score in geriatric patients admitted to emergency department. *Eur J Emerg Med*. 2016;23(6):406-12.
6. Imhoff BF, Thompson NJ, Hastings MA, Nazir N, Moncure M, Cannon CM. Rapid Emergency Medicine Score (REMS) in the trauma population: a retrospective study. *BMJ Open*. 2014;4(5):e004738.
7. Smith GB, Prytherch DR, Meredith P, Schmidt PE, Featherstone PI. The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. *Resuscitation*. 2013;84(4):465-70.
8. Kellett J, Deane B, Gleeson M. Derivation and validation of a score based on Hypotension, Oxygen saturation, low Temperature, ECG changes and Loss of independence (HOTEL) that predicts early mortality between 15 min and 24 h after admission to an acute medical unit. *Resuscitation*. 2008;78(1):52-8.
9. Bozkurt S, Köse A, Arslan ED, Erdoğan S, Üçbilek E, Çevik İ, et al. Validity of modified early warning, Glasgow Blatchford, and pre-endoscopic Rockall scores in predicting prognosis of patients presenting to emergency department with upper gastrointestinal bleeding. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2015;23:109.
10. Oezcelik A, DeMeester SR. General anatomy of the esophagus. *Thoracic surgery clinics*. 2011;21(2):289-97, x.
11. Guniganti P, Bradenham CH, Raptis C, Menias CO, Mellnick VM. CT of gastric emergencies. *Radiographics*. 2015;35(7):1909-21.
12. Gelberg HB. Comparative anatomy, physiology, and mechanisms of disease production of the esophagus, stomach, and small intestine. *Toxicologic pathology*. 2014;42(1):54-66.
13. Fagoonee S, Pellicano R. *Helicobacter pylori*: Molecular basis for colonization and survival in gastric environment and resistance to antibiotics. A short review. *Infectious Diseases*. 2019;51(6):399-408.
14. Pimentel AM, Rocha R, Santana GO. Crohn's disease of esophagus, stomach and duodenum. *World journal of gastrointestinal pharmacology and therapeutics*. 2019;10(2):35.
15. Bass L, Wershil BK. Anatomy, histology, embryology and developmental anomalies of the small and large intestine. *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease 10th ed Philadelphia, PA: Saunders, Elsevier Inc*. 2016:1649.
16. Ramaekers R, Mukarram M, Smith CA, Thiruganasambandamoorthy V. The predictive value of preendoscopic risk scores to predict adverse outcomes in emergency department patients with upper gastrointestinal bleeding: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*. 2016;23(11):1218-27.
17. Lanis A, Dumonceau J-M, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018;4(1):1-21.
18. Gralnek IM, Barkun AN, Bardou M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer. *New England Journal of Medicine*. 2008;359(9):928-37.
19. Danış N, Tekin F, Akarca US, Ünal NG, Erdoğan EI, Akat K, et al. Changing patterns of upper gastrointestinal bleeding over 23 years in Turkey. *The Turkish Journal of Gastroenterology*. 2019;30(10):877.
20. Khamaysi I, Gralnek IM. Acute upper gastrointestinal bleeding (UGIB)—initial evaluation and management. *Best practice & research Clinical gastroenterology*. 2013;27(5):633-8.
21. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic ulcer disease. *American family physician*. 2007;76(7):1005-12.
22. Na S, Ahn JY, Choi KD, Kim M-Y, Lee JH, Choi K-S, et al. Delayed bleeding rate according to the Forrest classification in second-look endoscopy after endoscopic submucosal dissection. *Digestive diseases and sciences*. 2015;60(10):3108-17.
23. Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL, editors. Upper gastrointestinal bleeding: etiologies and management. *Mayo Clinic Proceedings*; 2019: Elsevier.
24. Rich K. Overview of Mallory-Weiss syndrome. *Journal of vascular nursing: official publication of the Society for Peripheral Vascular Nursing*. 2018;36(2):91-3.
25. Samuel R, Bilal M, Tayyem O, Guttur P. Evaluation and management of Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Disease-a-Month*. 2018;64(7):333-43.
26. Gibson W, Scaturro N, Allen C. Acute management of upper gastrointestinal bleeding. *AACN advanced critical care*. 2018;29(4):369-76.
27. Wilcox CM, Alexander LN, Cotsonis G. A prospective characterization of upper gastrointestinal hemorrhage presenting with hematochezia. *Am J Gastroenterol*. 1997;92(2):231-5.
28. Nichol A, Bailey M, Egi M, Pettila V, French C, Stachowski E, et al. Dynamic lactate indices as predictors of outcome in critically ill patients. *Crit Care*. 2011;15(5):R242.
29. Heffner AC, Swords D, Kline JA, Jones AE. The frequency and significance of postintubation hypotension during emergency airway management. *J Crit Care*. 2012;27(4):417.e9-13.
30. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med*. 2010;152(2):101-13.
31. Jairath V, Kahan BC, Stanworth SJ, Logan RF, Hearnshaw SA, Travis SP, et al. Prevalence, management, and outcomes of patients with coagulopathy after acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United Kingdom. *Transfusion*. 2013;53(5):1069-76.
32. Razzaghi A, Barkun AN. Platelet transfusion threshold in patients with upper gastrointestinal bleeding: a systematic review. *J Clin Gastroenterol*. 2012;46(6):482-6.
33. Flores S, Avilés C, Rada G. Is tranexamic acid effective for acute upper gastrointestinal bleeding? *Medwave*. 2015;15 Suppl 3:e6330.
34. Green FW, Jr., Kaplan MM, Curtis LE, Levine PH. Effect of acid and pepsin on blood coagulation and platelet aggregation. A possible contributor prolonged gastroduodenal mucosal hemorrhage. *Gastroenterology*. 1978;74(1):38-43.
35. Lau JY, Leung WK, Wu JC, Chan FK, Wong VW, Chiu PW, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*. 2007;356(16):1631-40.
36. Neumann I, Letellier LM, Rada G, Claro JC, Martin J, Howden CW, et al. Comparison of different regimens of proton pump inhibitors for acute peptic ulcer bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(6):Cd007999.
37. Ludwig D, Schädel S, Brüning A, Schiefer B, Stange EF. 48-hour hemodynamic effects of octreotide on postprandial splanchnic hyperemia in patients with liver cirrhosis and portal hypertension: double-blind, placebo-controlled study. *Dig Dis Sci*. 2000;45(5):1019-27.
38. Bañares R, Albillos A, Rincón D, Alonso S, González M, Ruiz-del-Arbol L, et al. Endoscopic treatment versus endoscopic plus pharmacologic treatment for acute variceal bleeding: a meta-analysis. *Hepatology*. 2002;35(3):609-15.



TAM METİNLER

39. Spiegel BM, Vakil NB, Ofman JJ. Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: is sooner better? A systematic review. *Arch Intern Med.* 2001;161(11):1393-404.
40. Laursen SB, Leontiadis GI, Stanley AJ, Möller MH, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB. Relationship between timing of endoscopy and mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a nationwide cohort study. *Gastrointest Endosc.* 2017;85(5):936-44.e3.
41. Gungor G, Goktepe MH, Biyik M, Polat I, Tuna T, Ataseven H, et al. Efficacy of ankaferd blood stopper application on non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *World journal of gastrointestinal endoscopy.* 2012;4(12):556.
42. Kurt M, Onal IK, Akdogan M, Kekilli M, Arhan M, Sayilir A, et al. Ankaferd Blood Stopper for controlling gastrointestinal bleeding due to distinct benign lesions refractory to conventional antihemorrhagic measures. *Canadian Journal of Gastroenterology.* 2010;24(6):380-4.
43. Lau LHS, Sung JY. Treatment of upper gastrointestinal bleeding in 2020: New techniques and outcomes. *Dig Endosc.* 2021;33(1):83-94.
44. Vreeburg E, Terwee C, Snel P, Rauws E, Bartelsman J, Vd Meulen J, et al. Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. *Gut.* 1999;44(3):331-5.
45. Rockall T, Logan R, Devlin H, Northfield T. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut.* 1996;38(3):316-21.
46. Saltzman JR, Tabak YP, Hyett BH, Sun X, Travis AC, Johannes RS. A simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding. *Gastrointestinal endoscopy.* 2011;74(6):1215-24.
47. Thandassery RB, Sharma M, John AK, Al-Ejji KM, Wani H, Sultan K, et al. Clinical application of AIMS65 scores to predict outcomes in patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Clinical endoscopy.* 2015;48(5):380.
48. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. *The Lancet.* 2000;356(9238):1318-21.
49. Chen I-C, Hung M-S, Chiu T-F, Chen J-C, Hsiao C-T. Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *The American journal of emergency medicine.* 2007;25(7):774-9.
50. Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. *Qjm.* 2001;94(10):521-6.
51. Gardner-Thorpe J, Love N, Wrightson J, Walsh S, Keeling N. The value of Modified Early Warning Score (MEWS) in surgical in-patients: a prospective observational study. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England.* 2006;88(6):571-5.
52. Olsson T, Terént A, Lind L. Rapid Emergency Medicine Score: a new prognostic tool for in-hospital mortality in nonsurgical emergency department patients. *Journal of internal medicine.* 2004;255(5):579-87.
53. Prytherch DR, Smith GB, Schmidt PE, Featherstone PI. VIEWS—towards a national early warning score for detecting adult inpatient deterioration. *Resuscitation.* 2010;81(8):932-7.
54. Dunder ZD, Karamercan MA, Ergin M, Colak T, Tuncar A, Ayranci K, et al. Rapid emergency medicine score and HOTEL score in geriatric patients admitted to the emergency department. *International Journal of Gerontology.* 2015;9(2):87-92.
55. Hreinnsson JP, Jonsson A, Björnsson ES. Acute upper gastrointestinal bleeding: a population-based, five-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Gastroenterology.* 2021;56(1):1-5.
56. Lakatos L, Goncz L, Lontai L, Izbeki F, Patai A, Racz I, et al. Incidence, Predictive Factors, Clinical Characteristics and Outcome of Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding--A Prospective Population-based Study from Hungary. *Journal of Gastrointestinal & Liver Diseases.* 2021;30(3).
57. Stanley A, Ashley D, Dalton H, Mowat C, Gaya D, Thompson E, et al. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation. *The Lancet.* 2009;373(9657):42-7.
58. Laursen SB, Hansen JM, De Muckadell OBS. The Glasgow Blatchford score is the most accurate assessment of patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* 2012;10(10):1130-5. e1.
59. Blatchford O, Davidson LA, Murray WR, Blatchford M, Pell J. Acute upper gastrointestinal haemorrhage in west of Scotland: case ascertainment study. *BMJ.* 1997;315(7107):510-4.
60. Brito AM, Schreiber M. Prehospital resuscitation. *Trauma Surgery & Acute Care Open.* 2021;6(1):e000729.
61. Terlouw C, Bourguet C, Deiss V. Consciousness, unconsciousness and death in the context of slaughter. Part I. Neurobiological mechanisms underlying stunning and killing. *Meat Science.* 2016;118:133-46.
62. Robertson M, Majumdar A, Boyapati R, Chung W, Worland T, Terbah R, et al. Risk stratification in acute upper GI bleeding: comparison of the AIMS65 score with the Glasgow-Blatchford and Rockall scoring systems. *Gastrointestinal endoscopy.* 2016;83(6):1151-60.
63. Marmo R, Koch M, Cipolletta L, Capurso L, Pera A, Bianco MA, et al. Predictive factors of mortality from nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a multicenter study. *Official journal of the American College of Gastroenterology ACG.* 2008;103(7):1639-47.
64. Wierzbowski P, Dłubowiecki S, Szczepny W. Urgent endoscopy in elderly patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques.* 2012;7(4):246.
65. Kang J, Elders A, Majeed A, Maxwell J, Bardhan K. Recent trends in hospital admissions and mortality rates for peptic ulcer in Scotland 1982–2002. *Alimentary pharmacology & therapeutics.* 2006;24(1):65-79.
66. Longstreth GF. Epidemiology of Hospitalization for Acute Upper Gastrointestinal Hemorrhage: A Population-Based Study. *American Journal of Gastroenterology (Springer Nature).* 1995;90(2).
67. Lewis JD, Bilker WB, Brensinger C, Farrar JT, Strom BL. Hospitalization and mortality rates from peptic ulcer disease and GI bleeding in the 1990s: relationship to sales of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and acid suppression medications. *The American journal of gastroenterology.* 2002;97(10):2540-9.
68. Button L, Roberts S, Evans P, Goldacre MJ, Akbari A, Dsilva R, et al. Hospitalized incidence and case fatality for upper gastrointestinal bleeding from 1999 to 2007: a record linkage study. *Alimentary pharmacology & therapeutics.* 2011;33(1):64-76.
69. Rosenstock SJ, Möller MH, Larsson H, Johnsen SP, Madsen AH, Bendix J, et al. Improving quality of care in peptic ulcer bleeding: nationwide cohort study of 13,498 consecutive patients in the Danish Clinical Register of Emergency Surgery. *Official journal of the American College of Gastroenterology ACG.* 2013;108(9):1449-57.
70. Lau JY, Yu Y, Tang RS, Chan HC, Yip H-C, Chan SM, et al. Timing of endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding. *New England Journal of Medicine.* 2020;382(14):1299-308.
71. Esrailian E, Gralnek IM. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: epidemiology and diagnosis. *Gastroenterology Clinics.* 2005;34(4):589-605.
72. Lanas A, Aabakken L, Fonseca J, Mungan Z, Papatheodoridis G, Piessevaux H, et al. Variability in the management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in Europe: an observational study. *Advances in therapy.* 2012;29(12):1026-36.
73. Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, Travis SP, Murphy MF, Palmer KR. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. *Gut.* 2011;60(10):1327-35.
74. Li Z, Zou D, Ma X, Chen J, Shi X, Gong Y, et al. Epidemiology of peptic ulcer disease: endoscopic results of the systematic investigation of gastrointestinal disease in China. *Official journal of the American College of Gastroenterology ACG.* 2010;105(12):2570-7.
75. Paspatis GA, Matriella E, Kapsoritakis A, Leontitis C, Papanikolaou N, Chlouvarakis GJ, et al. An epidemiological study of acute upper gastrointestinal bleeding in Crete, Greece. *European journal of gastroenterology & hepatology.* 2000;12(11):1215-20.
76. Cho S-H, Lee Y-S, Kim Y-J, Sohn CH, Ahn S, Seo D-W, et al. Outcomes and role of urgent endoscopy in high-risk patients with acute nonvariceal gastrointestinal bleeding. *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* 2018;16(3):370-7.
77. Shingina A, Barkun A, Razzaghi A, Martel M, Bardou M, Gralnek I, et al. Systematic review: the presenting international normalised ratio (INR) as a predictor of outcome in patients



TAM METİNLER

with upper nonvariceal gastrointestinal bleeding. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2011;33(9):1010-8.

78. Nagata N, Yasunaga H, Matsui H, Fushimi K, Watanabe K, Akiyama J, et al. Therapeutic endoscopy-related GI bleeding and thromboembolic events in patients using warfarin or direct oral anticoagulants: results from a large nationwide database analysis. *Gut*. 2018;67(10):1805-12.
79. Quan S, Frolkis A, Milne K, Molodecky N, Yang H, Dixon E, et al. Upper-gastrointestinal bleeding secondary to peptic ulcer disease: incidence and outcomes. *World Journal of Gastroenterology: WJG*. 2014;20(46):17568.
80. Laine L, Yang H, Chang S-C, Datto C. Trends for incidence of hospitalization and death due to GI complications in the United States from 2001 to 2009. *Official journal of the American College of Gastroenterology ACG*. 2012;107(8):1190-5.
81. Arihan O, Wernly B, Lichtenauer M, Franz M, Kabisch B, Muessig J, et al. Blood Urea Nitrogen (BUN) is independently associated with mortality in critically ill patients admitted to ICU. *PLoS one*. 2018;13(1):e0191697.
82. Seleno N. Elevation of Blood Urea Nitrogen is Predictive of Long-term Mortality in Critically Ill Patients Independent of "Normal" Creatinine: Beier K, Eppanapally S, Bazick H, et al. *Crit Care Med* 2011; 39: 305-13. *Journal of Emergency Medicine*. 2011;40(6):724.
83. Lyons O, Whelan B, Bennett K, O'Riordan D, Silke B. Serum albumin as an outcome predictor in hospital emergency medical admissions. *European journal of internal medicine*. 2010;21(1):17-20.
84. Kaegi-Braun N, Mueller M, Schuetz P, Mueller B, Kutz A. Evaluation of nutritional support and in-hospital mortality in patients with malnutrition. *JAMA network open*. 2021;4(1):e2033433-e.
85. Dundard ZD, Kucukceran K, Ayranci MK. Blood urea nitrogen to albumin ratio is a predictor of in-hospital mortality in older emergency department patients. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2021;46:349-54.
86. Zhao Z, Yu Y, Xie R, Yang K, Xu D, Li L, et al. Prognostic value of the creatinine-albumin ratio in acute pancreatitis debridement. *BMC surgery*. 2020;20(1):1-10.
87. Vincent J-L, Russell JA, Jacob M, Martin G, Guidet B, Wernerman J, et al. Albumin administration in the acutely ill: what is new and where next? *Critical Care*. 2014;18(4):1-10.
88. Wu C-Y, Hu H-Y, Huang N, Chou Y-C, Li C-P, Chou Y-J. Albumin levels and cause-specific mortality in community-dwelling older adults. *Preventive medicine*. 2018;112:145-51.
89. Garwe T, Albrecht RM, Stoner JA, Mitchell S, Motghare P. Hypoalbuminemia at admission is associated with increased incidence of in-hospital complications in geriatric trauma patients. *The American Journal of Surgery*. 2016;212(1):109-15.
90. Feng D-Y, Zhou Y-Q, Zou X-L, Zhou M, Yang H-L, Chen X-X, et al. Elevated blood urea nitrogen-to-serum albumin ratio as a factor that negatively affects the mortality of patients with hospital-acquired pneumonia. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*. 2019;2019.
91. Ryu S, Kwang Oh S, Cho SU, You Y, Park JS, Min JH, et al. Utility of the blood urea nitrogen to serum albumin ratio as a prognostic factor of mortality in aspiration pneumonia patients. *The American journal of emergency medicine*. 2021;43:175-9.
92. Heffernan DS, Thakkar RK, Monaghan SF, Ravindran R, Adams Jr CA, Kozloff MS, et al. Normal presenting vital signs are unreliable in geriatric blunt trauma victims. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2010;69(4):813-20.
93. Geijer H, Udumyan R, Lohse G, Nilsagård Y. Temperature measurements with a temporal scanner: systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2016;6(3):e009509.
94. Erdem N, Demirdağ TB, Tezer H, Yayla BCC, Aksakal FNB, Tapısız A, et al. The comparison and diagnostic accuracy of different types of thermometers. *Turkish Journal of Pediatrics*. 2021;63(3).
95. Kocoglu H, Goksu S, Isik M, Akturk Z, Bayazit YA. Infrared tympanic thermometer can accurately measure the body temperature in children in an emergency room setting. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2002;65(1):39-43.
96. Plate JD, Peelen LM, Leenen LP, Hietbrink F. Validation of the VitalPAC early warning score at the intermediate care unit. *World journal of critical care medicine*. 2018;7(3):39.
97. Opio MO, Nansubuga G, Kellett J. In-hospital mortality of acutely ill medical patients admitted to a resource poor hospital in sub-Saharan Africa and to a Canadian Regional Hospital compared using the abbreviated VitalPAC™ Early Warning Score. *European journal of internal medicine*. 2014;25(2):142-6.
98. Opio MO, Nansubuga G, Kellett J. Validation of the VitalPAC™ Early Warning Score (ViEWS) in acutely ill medical patients attending a resource-poor hospital in sub-Saharan Africa. *Resuscitation*. 2013;84(6):743-6.
99. Kim D, Jo S, Lee JB, Jin Y, Jeong T, Yoon J, et al. Comparison of the National Early Warning Score+ Lactate score with the pre-endoscopic Rockall, Glasgow-Blatchford, and AIMS65 scores in patients with upper gastrointestinal bleeding. *Clinical and experimental emergency medicine*. 2018;5(4):219.
100. Lahiff C, Shields W, Cretu I, Mahmud N, McKiernan S, Norris S, et al. Upper gastrointestinal bleeding: predictors of risk in a mixed patient group including variceal and nonvariceal haemorrhage. *European journal of gastroenterology & hepatology*. 2012;24(2):149-54.
101. Aquarius M, Smeets FG, Konijn HW, Stassen PM, Keulen ET, Van Deursen CT, et al. Prospective multicenter validation of the Glasgow Blatchford bleeding score in the management of patients with upper gastrointestinal hemorrhage presenting at an emergency department. *European journal of gastroenterology & hepatology*. 2015;27(9):1011-6.



TAM METİNLER

CASE REPORT: CEREBELLAR DYSFUNCTION AFTER ACUTE CARBAMAZEPINE INTOXICATION

Adem MELEKOĞLU, Ertuğrul ALTINBİLEK, Derya ÖZTÜRK, Emrullah EKİCİ

SUMMARY: Although neurological symptoms are prominent in carbamazepine toxicity, cardiac symptoms may occur at high doses. Especially cerebellar dysfunctions are at the forefront. Ataxia, dysarthria, nystagmus are common symptoms. Activated charcoal and hemodialysis are useful in its treatment. A 40-year-old male patient who took CBZ, which he used for epilepsy, in high doses (45mg/kg) for suicidal purposes, was brought to the emergency room. The patient had cerebellar dysfunction, whose neurological symptoms did not improve with supportive treatment, and whose blood CBZ level was found to be high. His symptoms regressed after hemodialysis and he was discharged.

KEY WORDS: Carbamazepine intoxication, ataxia, dysarthria, nystagmus

INTRODUCTION: CBZ is an anticonvulsant drug with a broad spectrum of possible therapeutic effects, prescribed by clinicians. It is also used in the treatment of bipolar disorder, impulse control disorder and trigeminal neuralgia. Its mechanism of action is associated with blockade of presynaptic voltage-dependent sodium channels, leading to inhibition of the release of synaptic glutamate and possibly other neurotransmitters. It is anticholinergic, but also a potent inhibitor of acetylcholine receptors, adenosine receptors and N-methyl-D aspartate (NMDA) receptors [1]. Since the effects of voltage-dependent sodium channel inhibitors on cardiac and nervous tissues are similar, CBZ has cardiac effects as well as neurologic effects. CBZ acts by decreasing the phase 4 depolarization rate of rhythm-forming cells in the heart [2]. In this article, we report a case with neurologic symptoms due to suicidal high dose CBZ ingestion.

CASE: A 40-year-old male patient with a history of CBZ use for epilepsy took 18 units of CBZ (Tegretol 200mg) for suicidal purposes. The patient was brought to the hospital after being noticed by his friend and his vitals were stable (BP: 127/94 mm/hg, SP02: 94, Pulse: 83/min, Blood glucose level: 140 mg/dl) ECG: NSR. Physical ex: consciousness tended to sleep, heart sounds: S1+ S2+ natural, respiratory sounds natural, abdomen relaxed, Pretibial E: -/-. Neurologic examination revealed that cerebellar tests were clumsy and ataxic. Approximately 2 hours after drug intake, a nasogastric catheter was inserted and gastric lavage was performed. Activated charcoal was given at 1mg/kg. Supportive treatment was started with nasal oxygen, saline and blood gas analysis: Beact=-0.8 HCO3act=25.5 PCO2=48.1 pH=7.34 lactate=3.55 COHb=0.8 other biochemistry, hemogram parameters and blood ethanol level were found normal. The patient's consciousness regressed during follow-up and no pathology was observed on Cranial MRI in terms of intracranial pathologies (Figure 1). Blood CBZ level was found to be high and consciousness improved after hemodialysis. He was discharged after two days of ward follow-up.

FIGURE 1. NORMAL DIFFUSION WEIGHT MR IMAGE

DISCUSSION: Symptoms of CBZ intoxication may include acute toxicity after high dose intake and chronic toxicity in long-term CBZ users. In CBZ acute toxicity, clinical symptoms such as changes in consciousness leading to coma, seizures, agitation, hallucinations, impaired motor coordination, ataxia, dizziness, mydriasis, nystagmus and fatal complications such as cardiac arrhythmias, respiratory depression, apnea or pulmonary edema may occur [3-4].

Patients with mild CBZ toxicity (12-40 mcg/mL) may experience drowsiness, nystagmus and tachycardia. More severe toxicity may manifest as drowsiness, seizures, coma, hypotension or dysrhythmia (> 40 mcg/mL) [5-6].

CBZ toxicity symptoms may present similarly to other intoxications (drugs, CO intoxication) as well as metabolic, infectious or structural central nervous system (CNS) disorders. CNS pathology, especially cerebellar disease, may present with findings similar to acute CBZ intoxication. Hypoglycemia, encephalitis-meningitis, status epilepticus, hepatic encephalopathy, subarachnoid hemorrhage and stroke can all resemble CBZ toxicity. Hypoglycemia can be quickly excluded by a fingertip glucose test. Neurological imaging of brain tissue and analysis of spinal fluid can distinguish most of these conditions from CBZ toxicity.

We learned from our patient and his girlfriend that he had taken CBZ for suicidal purposes. In order to rule out other conditions that could explain these symptoms in our patient who lived alone, had a history of alcohol abuse and did not have very good self-care, we found that fingerstick blood glucose, blood ethanol and COHb levels were normal. We did not find any abnormal findings on neuroimaging in terms of intracranial pathologies. We administered hemodialysis and repeated oral activated charcoal treatment to our patient who had high blood CBZ level (24 mcg/mL) and his symptoms regressed and he recovered.

CONCLUSION: Emergency physicians should consider the diagnosis of CBZ toxicity in any patient with cerebellar symptoms, central nervous system (CNS) depression, and signs of anticholinergic toxidrome, especially if the patient is known to have a seizure disorder or access to anticonvulsants.

REFERENCES:

1. Gallego, M. D. C., & García, M. A. (2022). Acute Carbamazepine Intoxication. *Neurology International*, 14(3), 614-618.
2. Herzberg, L. (1978). Carbamazepine and bradycardia. *The Lancet*, 311(8073), 1097-1098.
3. Mégarbane B, Leprince P, Deye N, et al. Extracorporeal life support in a case of acute carbamazepine poisoning with lifethreatening refractory myocardial failure. *Intensive Care Med* 2006;32:1409-13.
4. Li TG, Yan Y, Wang NN, Zhao M. Acute carbamazepine poisoning treated with resin hemoperfusion successfully. *Am J Emerg Med*. 2011;29(5):518- 22.
5. Durelli L, Massazza U, Cavallo R. Carbamazepine toxicity and poisoning. Incidence, clinical features and management. *Med Toxicol Adverse Drug Exp* 1989; 4:95.
6. Spiller HA, Carlisle RD. Status epilepticus after massive carbamazepine overdose. *J Toxicol Clin Toxicol* 2002; 40:81.



TAM METİNLER

ACİL SERVİSTE TİP B AORT DİSEKSİYONU TANISI, OLGU SUNUMU

Bahar HAMKAN¹, Kemal YILDIRIM¹, Selin Talay¹, Dilay SATILMIŞ¹

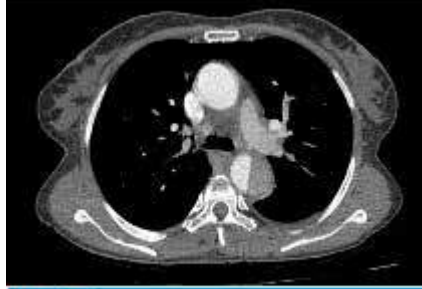
¹SBÜ Sultan 2 Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Aort diseksiyonu (AD), kan basıncı ve aort duvarının yapısal anomalileri başta olmak üzere, çeşitli mekanizmaların ortak katkısıyla, aort intimasında meydana gelen diseksiyon sonucu aortun tunika mediasinin ayrılması ve kanın aort duvarının içine dolması olarak tarif edilir.¹ Aortun travmatik rüptüründe intima ve media lasere olmuştur, ancak mediada herhangi bir ikinci lümen yoktur.² Diseksiyon gelişen aort içinde kanın aktığı iki ayrı lümen oluşur. Bunlar gerçek ve yalancı lümen olarak adlandırılırlar ve birbirinden flap denilen intimal membranla ayrılırlar. De Bakey ve arkadaşlarına göre, AD başlangıcından itibaren ilk 14 gün akut diseksiyon, 14 gün-2 ay arası dönemde subakut aort diseksiyonu, iki aydan daha sonraki dönemlerde kronik AD olarak adlandırılır.³⁻⁵ En sık yapılan sınıflandırma, De Bakey ve arkadaşlarının sınıflandırmasıdır. Buna göre proksimal aortadan başlayıp tüm aortayı tutan diseksiyonlar Tip I AD olarak adlandırılır. Sadece asendan aortayı tutanlar ise Tip II AD, sadece desenden aortayı tutanlar ise Tip III AD olarak adlandırılırlar.⁶ Stanford sınıflandırmasına göre distal yayılım ne olursa olsun, asendan ve arkusu tutan diseksiyonlar Tip A AD, desenden aortayı tutanlar ise Tip B AD olarak adlandırılırlar. Stanford Tip B AD'larında mortalite oranı %50-60 arasındadır.⁷ Biz bu vaka sunumunda acil serviste atlanmaması gereken, yüksek mortalite oranı olan Tip B AD'unda klinik şüphenin önemini, görüntülemenin tanısıl yönünü tartışmayı amaçladık.

VAKA

2 gündür olan sırt ve göğüs ağrısı şikayetleri ile tekrarlayan dış merkez başvurusu olan 53 yaşında kadın hasta, dış merkezlerde yapılan tetkiklerinde acil patoloji saptanmaması ve şikayetlerinin devam etmesi üzerine hastanemiz acil servisine başvuruyor. Hastamızın acil servisimiz başvurusunda vital bulguları ; tansiyon: 159/81 mm/Hg (sağ) ve 164/89 mm/Hg (sol), nabız: 82 atım/dk, ateş: 36, spO2: 98 % idi. Yapılan fizik muayenesinde GKS :15, her iki hemitoraskta dinlemek ile minimal ral oskulte ediliyor. Diğer sistem muayeneleri doğal olan hastamızın laboratuvar parametrelerinde; total bilirubin: 3,22 mg/dL ,CRP: 101 mg/L , AST:101 U/L, HS Troponin 927 ng/L ve diğer parametreler olağan sınırlarda saptandı. Kan kardiyak parametreleri yüksek saptanması üzerine ön planda akut koroner sendrom düşünülen hastamız kardiyoloji uzmanı ile birlikte değerlendiriliyor. Hastamıza yapılan yatak başı ekokardiyografide acil patoloji saptanmaması fakat kardiyak parametrelerin yüksek olması üzerine yatak başı transtorasik ekokardiyografi (TTE) planlandı ve TTE normal olarak değerlendirildi. Hastamız acil servis takiplerinde descenden aort patolojilerini ekarte etmek amacıyla kontrastlı BT Anjio görüntüleme yapıldı ve descenden aortadan başlayıp iliak arterlere kadar uzanan AD tespit edildi (Resim 1 ve Resim 2) ve hastamız Tip B desenden AD ön tanısı ile ileri tetkik ve tedavi amacıyla KVC kliniğine interne edildi.



Resim 1



Resim 2

SONUÇ

Tip B AD görülmeye sıklığı yılda yaklaşık 100.000 kişiye 3'tür. Patogenezi, damar duvarı kuvvetinin azalmasına ve aort duvarındaki hemodinamik kuvvetlerin artmasına neden olan durumlardan kaynaklanmaktadır. Büyük klinik çalışmalar, akut Tip B AD hastalarının yaklaşık %80'inde sistemik hipertansiyonun mevcut olduğunu bildirmiştir. 5 yıllık mortalitesi yaklaşık %30-40 olan, yaşamı tehdit eden bir damar hastalığıdır.⁸ Biz bu vakamızda Tip B Aort Diseksiyonunun yatakbaşı TEE da dahil değerlendirmelerde de görülemeyebileceğini, klinik şüphe durumunda ileri görüntüleme yapılması gerektiğine dikkat çekmek istedik.

KAYNAKLAR

1. Robbins RC, McManus RP, Mitchell RS, Latter DR, Moon MR, Olinger GN, et al: Managment of patients with intramural hematoma of the Thoracic aorta. Circulation, suppl. II, 1993;88:1.
2. Klima T, Spjut HJ, Coelho A, Gray AG, Wukasch DC, Reul GJ Jr, Cooley DA. The morphology of ascending aortic aneurysms. Hum Pathol 1983;14:810.
3. DeBakey ME, Beall AC Jr, Cooley DA, Crawford ES, Morris GC Jr, Garrett HE. et al: Dissecting aneurysm of the aorta . Surg Clin North Am 1966;46:1045.
4. Hirst AE, Johns VJ, Kime SW: Dissecting aneurysm of the aorta: a review of 505 cases. Medicine 1958;37:217.
5. Levinson DC, Edmeades DT, Griffith GC: Dissecting aneurysm of the aorta: its clinical, electrocardiographic and labortary features. A report of fifty-eight autopsy cases. Circulation 1950;1:360.
6. DeBakey ME, McCollum CH, Crawford ES, Morris GC Jr, Howell J, Noon GP. et al: Dissecting aneurysm of the aorta: twenty-year follow-up of five hundred twenty-seven patient treated surgically. Surgery 1982;92:1118.
7. Nakashima Y, Kurzumi T, Sueshşi K, Tanaka K. Dissecting aneurysm: a clinicopathologic and histopathologic syudy of 111 autopsied cases. Hum Pathol 1990;21:291-6.
8. LUEBKE, Thomas; BRUNKWALL, Jan. Type B aortic dissection. Aorta, 2014, 2.06: 265-278.



TAM METİNLER

YAŞLI HASTADA ATLAMAMIZ GEREKEN BİR TANİ

Bahar HAMKAN¹, Dilay SATILMIS¹

Sbü Sultan 2 Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Mide perforasyonu, mide duvarının delinmesine bağlı olarak, mide içeriğinin ekstraintestinal sisteme ve 3.boşluğa geçmesidir. Hastalar sıklıkla şiddetli karın ağrısı ile başvurur. Tahta karın bulguları görülebilir karın ağrısı; perforasyonun yeri ile ilişkili olarak farklı şekillerde görülebilir. Üst karında olan perforasyonlar sırt ve göğüs ağrısı ile karşımıza gelebilirken retroperitonda yer alan perforasyonlarda lomber ağrı gibi daha sinsi bir ağrı görülebilir.¹

Gastrointestinal perforasyonu periton tarafından sınırlandırıldığında ağrı daha az hissedilirken enflamatuvar bulgular ortaya çıkabilir. Bulantı, halsizlik, ateş en sık karşılaşılan sebeplerdir. Etiyolojisinde iskemi, erozyon, Travma ve enfeksiyon yer alabilmektedir.²

Bizim bu vaka sunumunda amacımız şikayetlerini ifade etmekte zorluk çeken karın ağrılı geriatrik hasta gruplarında gastrointestinal perforasyona ve tanı yöntemlerine dikkat çekmektir.

VAKA SUNUMU

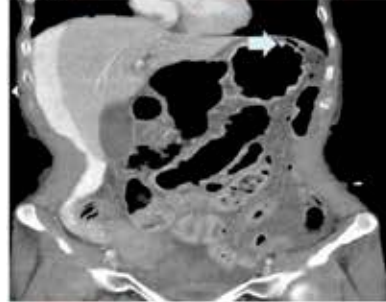
71 yaşında kadın hasta, kendisinden anlamlı anamnez alınmaması ile birlikte bakımevi çalışanlarından alınan bilgiye göre 1 senedir çok kilo verdiğini, son 2 gündür baş dönmesi ve dünden beri karın ağrısı şikayetleri olması nedeniyle acil servise getirildi. İlk değerlendirmede

Hastanın genel durumunun kötü, nonkoopere olduğu tespit edildi. Bakımevi çalışanlarından alınan anamneze göre hastanın son 2 gündür konuşmadığı ancak öncesinde de konuşan biri olmadığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde GKS 14 koopere oryantasyon kısıtlı yer zaman oryantasyonu kısıtlı, batında yaygın defans olduğu, rektal muayenesinde melenası olduğu tespit edildi. Diğer fizik muayene bulguları normaldi. vitallerinde tansiyon 98/78 , saturasyon 93% oda havasında, taşikardik(nabız 120 atım/dakika) olduğu görüldü. Taşikardiyi açıklayacak ateş yanıtı saptanmadı.

Tetkiklerinde laktat 5, 21 mmol/l, crp 319,kreatinin 2,06 olması üzerine perforasyon ön tanısı ile kontrastsız tomografi çekildi. Yapılan görüntülemelerde mide posterior duvarda defekt tespit edildi.Genel cerrahi kliniği tarafından perforasyon ön tanısı tanısı ile acil operasyon planlandı.



Sekil 1 Kontrastsız tomografide perforasyon bulgusu



Sekil 2 oral kontrastli tomografi

SONUÇ

Mide perforasyonu, sıklıkla karın ağrısı şikâyeti sonrası karşımıza çıksada bilinç durumu gerilemiş; kendini ifade edemeyen kişilerde diğer şikayetler de göz önünde bulundurularak ayırıcı tanı yapılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: mide perforasyonu, karın ağrısı; bilgisayarlı tomografi

REFERANSLAR:

1. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gastrointestinal-tract-perforation>.

2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk538191>



TAM METİNLER

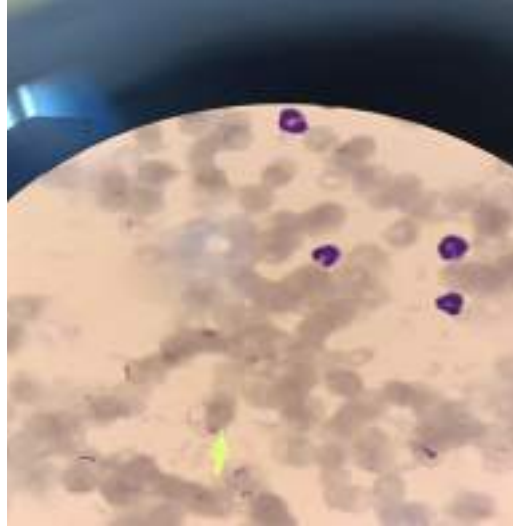
NADİR GÖRÜLEN BİR VAKA: SITMA

Dr. Eray ÇELİKTÜRK¹, Dr. Mustafa Burak SAYHAN, Dr. Mert Metin İNAN¹, Dr Orhun GİRĞİN¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fak. Acil Tıp A.B.D.

GİRİŞ: Sıtma, Plasmodium ailesine ait protozoonların neden olduğu ve Anopheles cinsi sivrisinekler aracılığıyla insanlara bulaşan paraziter bir hastalıktır. Bu hastalığın etkenleri arasında P. falciparum, P. vivax, P. ovale, P. malariae ve P. knowlesi bulunur. En yüksek ölüm oranına sahip olan tür genellikle P. falciparum'dur. P. falciparum özellikle Afrika, Yeni Gine ve Haiti gibi bölgelerde yaygındır; P. vivax ise Orta Amerika, Güney Afrika ve Batı ile Güney Asya ülkelerinde sık görülür (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2022 Dünya Sıtma Raporu'na göre, 2021'de dünya genelinde tahmini 247 milyon sıtma vakası ve 619 bin sıtmaya bağlı ölüm meydana gelmiştir. Türkiye'de her yıl ortalama 200-250 yurt dışından kaynaklanan sıtma vakası bildirilir ve bunların yaklaşık %75'i P. falciparum sıtmasıdır (2). Semptomlar genellikle endemik bir ülkeye seyahatten 30 gün içinde çıkar ancak parazit türüne bağlı olarak 7 gün gibi erken bir sürede de görülebilmektedir (3). Başlangıç semptomları spesifik değildir ve taşikardi, taşipne, üşüme, halsizlik, yorgunluk, terleme, baş ağrısı, öksürük, anoreksi, bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal, artralji ve miyalji gibi non-spesifik semptomları içerir. Sıtma şiddetlendikçe semptomlar bilinç değişikliği, nöbet, şiddetli anemi, hipoglisemi, ARDS gibi durumlara ilerleyebilmektedir (4).

OLGU: 46 yaş erkek hasta acil servisimize ateş, üşüme, titreme ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. Gemi personeli olduğu öğrenilen hastanın alınan ayrıntılı anamnezinde 10 gün önce aynı şikayetlerle dış merkeze başvurduğu, üst solunum yolu enfeksiyonu tanı ve tedavisi ile taburcu edildiği öğrenildi. Şikayetlerinin gerilememesi üzerine tarafımıza başvuran hastanın fizik muayenesinde; batında epigastrik bölgede hassasiyet, hafif splenomegali, skleralarda ikter, konuşma akıcılığında bozulma, 38,6 °C ateş dışında patoloji saptanmadı. Hastanın vitalleri TA:90/55 mmHg, nabız:110 atım/dk, saturasyon: % 94 olarak saptandı. Laboratuvar parametrelerinde WBC:11.300/µL HGB:8.1 g/dL, PLT:31.000/µL CRP:169mg/dL Total bil:3.5 mg/dL, direkt bil:1.9 mg/dL üre:88 mg/dL kreatinin:1.05 mg/dL, ALT:83 IU/L, AST:123 IU/L LDH:805 IU/L olarak saptandı. Hastaya batin içi enfektif odak ve hepatobiliyer patolojilerin değerlendirilmesi amaçlı tüm batin usg yapıldı. Usg'de hepatosplenomegali dışında patoloji saptanmadı. Takiplerinde bilinç durumunda gerileme olması, GKS:6 olması ve hemodinamik instabilite gelişmesi sebebiyle tarafımızca entübe edildi. Hastanın gemici olması, yakın zamanlı Afrika yolculuğunun olması, laboratuvarında bisitopeni ve hemoliz bulguları olması sebebiyle paraziter enfeksiyon ön tanısıyla periferik yayma yapıldı. Acil serviste tarafımızca yapılan periferik yaymada taşı yüzük benzeri trofozoitler görüldü (Şekil 1). Falciparum sıtması ön tanısıyla enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi. Kontrol laboratuvar incelemelerinde hbg:5,2 plt:18000 saptanması üzerine sıtmaya sekonder hemolitik kriz düşünülen hastaya eritrosit transfüzyonu kararı verildi. Eritrosit ve trombosit süspansiyon replasmanı yapıldı. İntravenöz artesunat ve oral artemer tedavisi başlanarak hasta yoğun bakım ünitesine devredildi.



Şekil 1. Taşı yüzük benzeri trofozoitler (sarı ok)

TARTIŞMA: Enfektif patolojilerin çoğunluğu ateş, üşüme titreme halsizlik gibi non spesifik semptomlarla acil servise başvurmaktadır. Hastalardan alınan ayrıntılı anamnez ve yapılan fizik muayene ayırıcı tanıda bizim vakamızda da olduğu gibi önemli bir yere sahiptir. Özellikle tanı konulamayan ateş titreme atakları, hepatosplenomegali, bisitopeni, yurt dışı öyküsü gibi vakalarda ayırıcı tanıda paraziter enfeksiyonların da akla getirilmesi hayati önem arz etmektedir. Sıtma semptomları genellikle endemik bölgeye seyahatten 30 gün sonra ortaya çıkmamasına rağmen 7 gün içinde de semptomların görülebileceği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELE: Acil servis, hemolitik kriz, sıtma, üst solunum yolu enfeksiyonu.

KAYNAKÇA

1. Bradley DJ, Warrell DA. Malaria, pp: 721-48. Warrell DA, Cox TM, Frith JD (eds), Oxford Textbook of Medicine. 2004, 4th ed. Oxford University Press, New York.
2. World Health Organization. World Malaria Report 2022. <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malariareport-2022> (Erişim tarihi 25 Nisan 2024).
3. CDC: Malaria: Disease. CDC website. Reviewed March 22, 2022. <https://www.cdc.gov/malaria/about/disease.html> (Erişim tarihi 25 Nisan 2024)
4. Ashley EA, Beyaz NJ. Harrison's Principles of Internal Medicine, 20. baskı, Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL ve diğerleri (Eds), McGraw Hill, New York 2018.



TAM METİNLER

ACIL SERVİSTE NADİR RASTLANAN BİR TANİ; SPONTAN ÜRETER RÜPTÜRÜ

¹Kemal Yıldırım, ¹Dilay Satılmış

¹SBÜ Sultan 2 Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Spontan üreter rüptürü, üreterden travmatik olmayan idrar kaçağı olarak tanımlanan nadir rastlanan ürolojik acillerden biridir (1). Taş, striktür veya bir tümör nedeniyle üreteral obstrüksiyondan kaynaklanır ve perforasyon en sık üst üreterde görülmekle birlikte, kaliksten mesaneye kadar herhangi bir seviyede de meydana gelebilir. Ürinoma, apse oluşumu, ürosepsis ve akut böbrek yetmezliği (ABY) ile sonuçlanabilmesi sebebi ile acil serviste tanı ve tedavisi önemlidir (2). Biz de bu vaka sunumumuzda nedeni bilinmeyen perirenal sıvı kaçağı ile tanısı konulan spontan üreter rüptürü olgusuna dikkat çekmeyi amaçladık.

VAKA SUNUMU

66 yaş erkek hasta bir kaç gündür devam eden karın ağrısı şikayetiyle acil servisimize (AS) başvurdu. Hastanın anamnezinde batında sol yan ağrısının olduğu, idrar çıkışında azalma olduğu öğrenildi. Travma öyküsü ve herhangi bir abdominal cerrahi öyküsü olmayan hastanın hipertansiyon (HT) ve koroner arter by-pass öyküsü olduğu, ilaçlarını düzenli olarak aldığı öğrenildi. Başvuru vital parametreleri Ta:236/125 mmHg, nabız:92 atım/dk, ateş:36 C°, SpO2:97 % idi.. Batın distandü görünümünde idi, muayenesinde sol alt kadranda palpasyonla hassasiyet mevcuttu, defans ve rebound saptanmadı. Diğer sistem muayeneleri olağan idi. Hastamızın laboratuvar bulgularında; Kreatin 2,25 mg/dL, ÜRE: 71 mg/dl, Na: 143 mmol/L, CRP: 15 mg/L, GFR: 30, Hemoglobin: 10,1 g/dL, HCT: 34 %, Ph: 7,4, PCO2: 38,8 mmHg ve HCO3: 23 idi. Laboratuvar ve fizik muayene bulguları ile değerlendirilen hastamıza AS'te ABY ön tanısı ile IV hidrasyon tedavisine başlandı ve ABY etyolojisini araştırmak amacı ile kontrastsız batın BT planlandı. Kontrastsız batın BT'de sol böbrek ve çevresinde sıvı ile uyumlu görünüm izlenmesi üzerine, geç faz kontrastlı batın BT çekimi planlandı (Resim 1 ve 2). Kontrastlı batın BT görüntülemesinde sol üreter proksimal kesimde, periüreteral alanda hiperdens alanlar görüldü ve mevcut görüntüleme bulguları perirenal ve periüreteral serbest sıvı ile birlikte üreter kaçağı lehine yorumlanarak spontan üreter rüptürü ön tanısı ile üroloji kliniğine devredildi.

SONUÇ

İlk vakalar 1856'da Diaz ve Buenrostro tarafından tanımlanan üreter rüptürü nadir rastlanan ve travmatik ve non-travmatik olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (3). Non-Travmatik grupta üreter rüptürünün en sık nedeni taş öyküsünün olması gösterilmiştir. Guang-Heng Chen ve ark.'nın yapmış olduğu 18 vakanın dahil edildiği çalışmalarında da, hastaların %56'sında neden Üreter taşı, %17'sinde [üreter darlığı](#); 1 hastada [üreteral tümör idi ve](#) %22'sinde herhangi bir neden belirlenememiş spontan üreter rüptürü olarak tanımlanmıştı (1). Spontan Üreter rüptürü tanı ve tedavisinde gecikmeler ile ABY, sepsis, apse ve ürinoma gelişebileceğinden mortalite ve morbitatesi yüksek bir hastalık olması sebebi ile AS'e karın ağrısı şikayeti ile gelen hastalarda üreter rüptürü tanısının unutulması gereken ön tanılar arasında olması gerektiğine inanıyoruz.

ANAHTAR KELİMELEER: Acil Servis, Rüptür, Spontan, Üreter

KAYNAKLAR

1-Chen, Guang-Heng, et al. "Spontaneous ureteral rupture and review of the literature." The American journal of emergency medicine 32.7 (2014): 772-774.

2-Pampana, E., et al. "Spontaneous ureteral rupture diagnosis and treatment." Case reports in radiology 2013 (2013).

3-ES Diaz ve FG Buenrostro, "Üreter taşlarına sekonder renal pelvis spontan rüptürü. Vaka raporu ve bibliyografik inceleme," Archivos Espanoles de Urologia, cilt. 64, hayır. 7, s. 640-642, 2011.



TAM METİNLER

DAPAGLİFLOZİNE BAĞLI GELİŞEN ÖĞLİSEMİK DİYABETİK KETOASİDOZ; OLGU SUNUMU

¹Dilay SATILMIŞ, ²Hasan CİNGÖZ

¹SBÜ Sultan 2 Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Öğlisemik diyabetik ketoasidoz (EDKA), anyon açığı artmış (AAA) metabolik asidozu, ketonemi veya ketonüri ve <200 mg / dL normal kan glikoz seviyelerini içeren klinik bir triaddir.EDKA bir dışlama tanısıdır. AAA metabolik asidoza neden olan diğer klinik durumlar dışlanmalıdır. (pnömoni, genitoüriner enfeksiyon, bakteremi vb) Karın ağrısı ile başvuran hastalarda, batin içi enfeksiyon ve pankreatit vb klinik durumlar akla gelmelidir. Biz de bu olgu sunumunda, nadir görülen bir durum olan dapagliflozin kullanımına bağlı gelişen öğlisemik diyabetik ketoasidoz olgusunun sunulmayı amaçlanmıştır.

VAKA SUNUMU

56 yaş erkek hasta acil servise nefes darlığı şikayetiyle başvuruyor Hastanın hikayesinde 2 gün önce akciğerdeki kitle nedeniyle biyopsi olduğu sonrasında nefes darlığı geliştiğini söylüyor. Özgeçmişinde, DM, benign prostat hiperplazisi, interstisyel akciğer hastalığı ve koroner arter hastalığı mevcuttu ve 80 paket/yıl sigara, metformin, sitagliptin, dapagliflozin, asetilsalisilik asit ve klopidoğrel kullanmakta idi. Geliş vitalleri TA:142/85 Nabız:117 Ateş:36,1 Sat:96% genel durum orta, oryante, koopere idi. Solunum seslerinde sol alt orta lobda solunum sesleri zayıf idi. Laboratuvar tetkiklerinde CRP:152 WBC:14,6 Kreatinin:1,18 Glukoz:160 Üre:29 Na:138 Cl:97 Ca:10,8 K:5,2 Troponin:14 Kan gazında pH:7,21 PCO2:34 HCO3:13,6 BE:-13,1 Laktat:3,29 idi. Acil serviste mesane sondası uygulaması ile 500 cc izotonik iv hidrasyon başlandı. Hastadan tam idrar tetkiki gönderildi. 200 cc idrar çıkışı olan hastanın kontrol kan gazı değerleri pH:7,2 PCO2:23 HCO3:13,6 BE:-17,2 Laktat:2,92 idi ve tam idrar tetkikinde de keton +3 gelmesi üzerine asidoza neden olan sebepler sorgulandı. Artmış anyon gap metabolik asidoz'un diğer nedenleri ekarte edildikten sonra başvuru sırasında kan şekeri değerleri DKA kriterlerini karşılamadığı ve öyküsünde dapagliflozin kullanım öyküsü de olan hastamıza EDKA tanısı konularak dahiliye servisine internasyon verildi.

SONUÇ

Öğlisemik diyabetik ketoasidoz, DKA'dan farklı olarak kan glukozu <250 mg/dL'dır. Bu nedenle EDKA tanısı gözden kaçabilir. Tanı konulduktan sonra EDKA'nın yönetimi DKA'nın yönetimine benzerdir. Hastalar genellikle ciddi ölçüde dehidrate olduğundan, ilk tedavi sıvı resüsitasyonuna yönelik olmalıdır. Amerikan Diyabet Derneği (ADA), ilk 1-2 saatte 1- 1,5 L / saat izotonik sıvı replasmanı önermektedir. Sürekli insülin infüzyonu, 0,05-0,1 U/ kg / saat hızında başlanır ve hipopotasemi açısından hasta yakın takip edilmelidir. DKA'nın aksine EDKA'daki serum glukozu 250 mg/dL'nin altında olduğundan, hipoglisemiden kaçınmak ve hastayı ketoasidozdan çıkarmak için sıvılara başlangıçta %5 dekstroz eklenmelidir. %5 dekstroza rağmen ketoasidoz devam ediyorsa IV hidrasyon miktarı artırılabilir. Saatlik kan şekeri takibi ve 4-6 saat aralıklarla biyokimya takibi yapılmalıdır. SGLT2 inhibitörü kullanan hastaların ilaçları tanı alır almaz kesilmeli ve klinik durumları düzelene kadar bu ilaçlar kullanılmamalıdır. Bizim de bu vakamızda olduğu gibi acil serviste dispne ile başvuran, DM tanısı olan ve laboratuvar parametrelerinde ayırıcı tanısı yapılamayan artmış anyon gap metabolik asidoz tablosundaki hastalarda dapagliflozin kullanımına bağlı öğlisemik diyabetik ketoasidoz erken tanınarak tedavisinin erken yapılması akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELE: Diyabet, Ketoasidoz, öğlisemi, İnsülin

REFERANSLAR:

- 1.Rosenstock J, Ferrannini E. Euglycemic Diabetic Ketoacidosis: A Predictable, Detectable, and Preventable Safety Concern With SGLT2 Inhibitors. Dia Care. Published online August 290, 2015:1638-1642. doi:10.2337/dc15-1380
2. Rawla P, Vellipuram AR, Bandaru SS, Pradeep Raj J. Euglycemic diabetic ketoacidosis: a diagnostic and therapeutic dilemma. Endocrinology, Diabetes & Metabolism Case Reports. Published online September 4, 2017. doi:10.1530/edm-17-0081
- 3.Plewa MC, Bryant M. Euglycemic Diabetic Ketoacidosis. National Center for Biotechnology Information. Published April 30, 2020.

Şekil 1. EDKA Mekanizması



TAM METİNLER

İNSAN ISIRIĞI SONRASI STAPHYLOCOCCUS AUREUS ETKENLİ NEKROTİZAN FASİYİT

İpek DEMİRBİLEK, Hasan ÇİNGÖZ, Dilay SATILMIŞ

SBÜ Sultan 2 Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Köpekler ve kedilerden sonra insanlar, ısırık yaralanmalarının en yaygın üçüncü kaynağı olma eğilimindedir (1). İnsan ısırıkları daha yaygın olarak yüz bölgesinde görülmektedir (1). Yüz bölgesinde de sıklıkla kulak, dudak ve b urunda görülmektedir (1). Hayvan ve insan ısırıklarının yönetimi vakaya göre değişmektedir. İnsan ısırık yaraları polimikrobiyal olma eğilimindedir. İnsan ağız boşluğunun normal bir kommensal üyesi olan Eikenella corrodens'in özellikle insan ısırık yarası enfeksiyonları açısından yaygın olabilir (3). Viridans beta-hemolitik olmayan streptokoklar, S. epidermidis ve S. aureus insan ısırık yarası enfeksiyonlarında görülme eğilimindedir (2,3). Bu etkenlerin nekrotizan fasiyit gibi ciddi yumuşak doku ve kemik enfeksiyonları oluşturma potansiyeli vardır (2). Nekrotizan fasiyit; deri, subkütan doku ve fasiyaların ilerleyici nekrozuyla karakterize bir yumuşak doku enfeksiyonudur. Biz de bu vaka sunumumuzda Staphylococcus aureus'un etken olduğu nekrotizan fasiyit olgusu sunmayı amaçladık.

VAKA SUNUMU

60 Yaş erkek hasta acil servisimize 3 gün önce hırsız olduğunu ifade ettiği kişilerce darp edildiği beyanı ile geldi. Sol eli şüpheli kişi tarafından 2 yerden ısırılmış. Hastanın bilinen diyabetes mellitus ve koroner arter hastalığı öyküsü mevcut. Hastanın acil serviste vital bulguları; kan basıncı 160/77 mmHg, nabızı 90/dk, SpO2'si 97 % ve ateşi 38,3°C idi. Hastanın muayenesinde sağ ökol radius orta hat hizasında 4x4 cm civarı dairesel hiperemi, ısı artışı, diş izi ile uyumlu yara yeri, sağ el bileği boyunca ödem hiperemi ısı artışı, sağ el dorsumunda püstüler lezyonlar, hipotenar bölgede 3 cm civarı nekroze alanı izlendi, kapiller dolumu doğaldı. Hastadan sol el, el bileği, ökol grafipleri istendi. Herhangi bir patoloji izlenmedi. Kan tetkiklerinde CRP 356, WBC 14 bin idi ve diğer laboratuvar bulguları normaldi. Hastamıza AS'te tetanoz ve kuduz aşısı uygulandı ve kan kültür tetkikleri alınarak insan ısırığı ile gelişen nekrotizan fasiyit ön tanısı ile servis yatışı verildi. Hastamızın servis takiplerinde akut faz reaksiyonlarında artış ve kan kültüründe Staphylococcus aureus üremesi görüldü. IV k'aptomisin, tazocin tedavisi ve hiperbarik oksijen tedavisine başlandı, sol el dorsalindeki nekrotik geniş yara yeri greft uygulaması ile kapatılarak sağlık ile taburculuk verildi.



SONUÇ

İnsan ısırığı yaralanmalarının hekime sunumu zor olabilir. Morbiditelerini hem cerrahi hem de tıbbi olarak azaltmak için genellikle multidisipliner yaklaşım gerekmektedir (2,4). Biz bu vakada insan ısırıklarının polimikrobiyal doğası göz önüne alındığında yaralarda antibiyotik profilaksisinin önemine dikkat çekmek, tetanoz ve kuduz profilaksisinin gerekliliğine değinmek ve kan yoluyla bulaşan virüslerin nekrotizan fasiyit riskinin değerlendirilmesini atlanmamayı amaçladık. Acil serviste insan ısırığı şikâyeti ile başvuran hastaların yönetimi konusunda da bize ışık tutacağı kanaatindeyiz.

ANAHTAR KELİMELEER: İnsan Isırığı, Tedavi Protokolleri, nekrotizan fasiit

REFERANSLAR:

1. Murphy, J., & Qaisi, M. (2021). Management of Human and Animal Bites. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America, 33(3), 373–380. doi:10.1016/j.coms.2021.04.006
2. Jenkins, G. W., Isaac, R., & Mustafa, S. (2018). Human bite injuries to the head and neck: current trends and management protocols in England and Wales. Oral and Maxillofacial Surgery, 22(1), 77–81. doi:10.1007/s10006-018-0670-5
3. Bula-Rudas, F. J., & Olcott, J. L. (2018). Human and Animal Bites. Pediatrics in Review, 39(10), 490–500. doi:10.1542/pir.2017-0212
4. Rothe, K., Tsokos, M., & Handrick, W. (2015). Animal and Human Bite Wounds. Deutsches Aertzblatt Online. doi:10.3238/arztebl.2015.0433



TAM METİNLER

KOLŞİSİN ZEHİRLENMESİ: OLGU SUNUMU

Ahmet Dursun Demir¹, Onur Aykaç¹, Yavuz Selim Güzel¹, Latif Duran¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

GİRİŞ:

Kolşisin, özellikle inflammatuar hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir alkaloid ilaçtır. Ailevi Akdeniz ateşi, amiloidoz, akut gut artriti ve primer bilier siroz gibi çeşitli inflammatuar durumların yönetiminde etkinliği bilinmektedir. Kolşisin, mikrotübül polimerizasyonunu inhibe ederek ve nötrofil migrasyonunu engelleyerek antiinflammatuar etkiler gösterir. Bu mekanizmalar, inflammatuar yanıtı azaltmada ve hastalık semptomlarını hafifletmede önemli rol oynar. Ancak, kolşisinin dar bir terapötik indeksi vardır ve toksik dozlarda alındığında ciddi yan etkilere neden olabilir.

Kolşisin zehirlenmesi, yanlışlıkla veya kasıtlı olarak aşırı dozda alınması sonucu ortaya çıkan ciddi bir tıbbi acil durumdur. Zehirlenme vakaları genellikle sindirim sistemi üzerindeki etkilere başlar ve bulantı, kusma, karın ağrısı ve ishal gibi gastrointestinal semptomlar ile karakterizedir. Bu semptomlar, ilacın hızla bölünen gastrointestinal epitel hücrelerine toksik etkilerinden kaynaklanır. Yüksek dozlarda kolşisin alımı, çok daha ciddi ve potansiyel olarak ölümcül komplikasyonlara yol açabilir.

Kolşisin zehirlenmesinin ilerleyen safhalarında, kemik iliği baskılanması, metabolik asidoz, kardiyovasküler kollaps, böbrek yetmezliği ve kardiyak aritmiler gibi sistemik komplikasyonlar gelişebilir. Kemik iliği baskılanması, nötropeni, trombositopeni ve anemi gibi hematolojik bozukluklara neden olabilir. Metabolik asidoz, hücresel metabolizmanın bozulması ve laktat birikimi sonucu ortaya çıkar. Kardiyovasküler kollaps ve kardiyak aritmiler, kolşisinin miyokardiyal hücreler üzerindeki direkt toksik etkileri ile ilişkilidir. Böbrek yetmezliği ise genellikle renal tubuler nekroz ve akut tübüler hasar sonucu gelişir.

Bu yazıda, acil servisimize toksik dozda kolşisin alımı sonrası gastrointestinal semptomlarla başvuran 39 yaşında bir kadın hastanın klinik ve laboratuvar bulguları, tedavi süreci ve prognozu detaylı bir şekilde sunulacaktır.

ANAKTAR KELİMELE: Kolşisin, Zehirlenme, Rabdomiyoliz, Akut Böbrek Hasarı, Aktif Kömür

OLGU:

Bilinen kronik bir hastalığı olmayan 39 yaş kadın hasta, 20 ila 25 mg kolşisin alımından yaklaşık 3 saat sonra tarafımıza bulantı kusma karın ağrısı ile başvuruyor. Acil serviste değerlendirildiğinde hasta bilinç açık oryante koopere idi. Vital bulguları takipneik, taşikardik, normotansif saptandı. Fizik muayenesinde karın palpasyonunda hipogastrik bölgede hassasiyet ortaya çıktı, başka önemli bir bulgu yoktu. Hastanın geliş elektrokardiyografisi (ekg), akciğer grafisi ve laboratuvar değerlerinde akut patolojiye rastlanmadı. Hastaya mide lavajı ve aktif kömür uygulaması yapıldı. Zehir danışma hattı ile görüşüldü, yoğun bakım takibi günlük tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri, elektrolit, kan gazı, troponin takibi önerildi. Hasta yoğun bakım ünitesine interne edildi. Başvurusunun 12. saatinde kan Ph 7,19 laktat 6,51 mmol/L bikarbonat 10 mmol/L saptanan hastada laktat düzeyindeki artışa bağlı yüksek anyon açıklı metabolik asidoz gelişti. Hastanın idrar çıkışı olmaması üzerine hemodiyalize alındı. Hemodiyaliz sırasında hipotansif olan hastaya steradin başlandı. Bu esnada hastada kardiyak arrest gelişti. Kardiyopulmoner resüstasyon (kpr) başlandı, 16 dakika yapılan efektif kardiyopulmoner resüstasyon sonucu kardiyak atım alındı. Hasta başvurusunun 40. saatinde tekrar kardiyak arrest oldu. Etketif kpr yapıldı. Ancak kardiyak atım sağlanamadı, hasta exitus kabul edildi.

SONUÇ:

Bu çalışma, kolşisin zehirlenmesi vakasının tanı ve tedavi süreçlerini detaylı bir şekilde incelemiştir. Hastanın semptomları ve laboratuvar bulguları, tanı koymada ve tedavi planının oluşturulmasında kritik bir rol oynamıştır. Kolşisin zehirlenmesi vakasında hastanın başlangıç semptomları olan bulantı, kusma, karın ağrısı ve ishal, genellikle ilacın gastrointestinal sistem üzerindeki doğrudan toksik etkilerini yansıtır. Bu semptomlar, hızlı bir şekilde tanınmalı ve yönetilmelidir.

İlerleyen süreçte, hastanın hematolojik ve biyokimyasal parametrelerinde ciddi anormallikler gözlenmiştir. Bu durum, kolşisinin sistemik toksisitesinin bir göstergesidir ve özellikle kemik iliği baskılanması, metabolik asidoz, renal yetmezlik ve kardiyovasküler komplikasyonlar gibi ciddi yan etkilere ilişkilidir. Hastanın kan değerlerinde görülen nötropeni, trombositopeni ve anemi, kolşisin toksisitesinin hematopoietik sistem üzerindeki etkilerini ortaya koymaktadır. Metabolik asidoz ve böbrek fonksiyonlarındaki bozulmalar, hücresel düzeydeki toksik etkilerin sistemik yansımalarıdır.

Tedavi sürecinde, agresif destek tedavisi ve yoğun bakım yönetimi hayati öneme sahip olmuştur. Bu tür vakalarda, intravenöz sıvı tedavisi, elektrolit dengesinin sağlanması, kardiyovasküler destek ve renal destek tedavileri uygulanmıştır. Ancak, tüm bu yoğun tedavi çabalarına rağmen, hastanın kardiyak arrest gelişmesi ve sonuçta kaybedilmesi, kolşisin zehirlenmesinin ciddiyetini ve tedavi süreçlerindeki zorlukları bir kez daha gözler önüne sermiştir.

Kolşisin zehirlenmesi, dar terapötik indeksi ve potansiyel olarak ölümcül yan etkileri nedeniyle dikkatli bir şekilde yönetilmesi gereken bir durumdur. Bu olgu, kolşisin zehirlenmesinin erken tanı ve agresif tedavi gerektiren bir tıbbi acil durum olduğunu göstermektedir. Ayrıca, tıbbi personelin bu tür zehirlenme vakaları konusunda bilinçli olması ve uygun tedavi protokollerini hızla uygulayabilmesi, hastaların prognozu üzerinde doğrudan etkili olabilir. Özellikle acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin, kolşisin zehirlenmesinin belirtilerini tanıma ve uygun tedavi yöntemlerini hızla uygulama konusunda eğitilmiş ve hazırlıklı olmaları büyük önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, kolşisin zehirlenmesi nadir görülen fakat ciddi sonuçlara yol açabilen bir klinik tablo olup, erken tanı ve yoğun bakım desteği ile yönetilmesi gereken karmaşık bir durumdur. Bu çalışma, kolşisin zehirlenmesinin tanı ve tedavi süreçlerine dair literatüre katkıda bulunarak, sağlık profesyonellerinin bu tür vakaları daha etkin bir şekilde yönetebilmesine yönelik bilgiler sunmaktadır. Gelecekte yapılacak olan araştırmalar ve klinik çalışmalar, kolşisin zehirlenmesinin yönetimi ve tedavisi konusunda daha fazla veri sağlayarak, hasta sonuçlarını iyileştirmeye yönelik yeni stratejiler geliştirilmesine olanak tanıyabilir.

KAYNAKÇA:

1. Finkelstein, Y., Aks, S. E., Hutson, J. R., Juurlink, D. N., Nguyen, P., & Dubnov-Raz, G. (2010). Colchicine poisoning: the dark side of an ancient drug. *Clinical Toxicology*, 48(5), 407-414. doi:10.3109/15563650.2010.495348
2. Wong, A., & Chan, Y. C. (2015). Colchicine poisoning: An evidence-based review of its pathophysiology, clinical presentations, and management. *Clinical Toxicology*, 53(5), 351-358. doi:10.3109/15563650.2015.1030492
3. Cerquaglia, C., Diaco, M., Nucera, G., La Regina, M., Montalto, M., & Manfrè, L. (2005). Pharmacological and clinical basis of treatment of Familial Mediterranean Fever (FMF) with colchicine or analogs: An update. *Current Drug Targets - Inflammation & Allergy*, 4(1), 117-124. doi:10.2174/1568010053622834
4. Ben-Chetrit, E., & Levy, M. (1998). Colchicine: 1998 Update. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 28(1), 48-59. doi:10.1016/S0049-0172(98)80006-5
5. Smith, S. W., & Desai, V. (2009). Colchicine poisoning: Pathophysiology and management. *Journal of Medical Toxicology*, 5(4), 312-317. doi:10.1007/BF03178279
6. Gaitonde, D. Y., & Erickson, M. E. (2020). Colchicine toxicity: A comprehensive review. *Journal of Emergency Medicine*, 58(6), 845-852. doi:10.1016/j.jemermed.2020.02.018
7. Chan, T. Y. (2000). Monitoring the safety of herbal medicines. *Drug Safety*, 23(4), 351-356. doi:10.2165/00002018-200023040-00005
8. Rao, R., & Sasser, J. M. (2018). Colchicine toxicity. *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431051/>
9. Yin, S., & Buss, T. F. (1999). A case of colchicine overdose and review of the literature. *Toxicology*, 136(1-2), 123-128. doi:10.1016/S0300-483X(99)00105-1
10. Salem, M. A., & Edward, J. (2002). Acute colchicine toxicity: a comprehensive review of literature with emphasis on the role of immunotherapy. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27(6), 427-432. doi:10.1046/j.1365-2710.2002.00449.x



TAM METİNLER

GÖZ HASARINA SEBEP OLAN HAYVAN SALDIRISI SONRASI KUDUZA PROFİLAKTİK YAKLAŞIM: OLGU SUNUMU

Ayla Köksal, Mustafa Rasim Kıyıcı, Eray Bütüner, Bilal Yeniş, Utku Murat Kalafat
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ:

Göz ve oküler adnekslara yönelik hayvan ısırıkları ve çizikleri ciddi yaralanmalara yol açabilir ve önemli bir tıbbi sorundur. Bu tür yaralanmalar, görme kaybı ve ciddi enfeksiyon riski taşıdığından dolayı, acil müdahale gerektirir. Hayvan ısırıklarının büyük çoğunluğu köpekler ve kediler gibi evcil hayvanlardan kaynaklanmaktadır. Olguların %80'inden fazlasında, hayvan kurban tarafından tanınmakta ve yaralanma genellikle evcil hayvanla gönüllü etkileşim sırasında meydana gelmektedir. Bu durum, evcil hayvanların aşı durumlarının bilinmesi ve yaralanmaların derhal değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır. Kuduz, özellikle dikkate alınması gereken bir risktir ve uygun profilaksi uygulamaları hayati önem taşır. Bu olgu sunumunda, acilimize başvuran bir hayvan ısırığı sonucu gerçekleşen göz yaralanması ve uygun kuduz immünglobulin uygulaması ile ilgili bir vakayı detaylandırıyoruz.

OLGUNUN SUNUMU:

21 yaşındaki hasta, sokakta karşılaştığı bir kedi tarafından saldırıya uğramış ve yaralanmaları arasında kornea yırtığı ve hemorajik göz oluşumu bulunmaktadır. Hasta, olaydan hemen sonra acil servise başvurmuştur. İlk muayenede, sağ gözünde belirgin bir kornea yırtığı, ön kamarada kanama ve çevre dokularda şişlik gözlemlenmiştir. Hastanın gözündeki yırtık, primer kapatma yöntemi ile onarılmış, ön kamara yıkaması yapılmış ve göz içi basıncını kontrol altında tutmak amacıyla gerekli tıbbi müdahaleler uygulanmıştır.

Yaralanmanın kedi tarafından gerçekleştirilmiş olması ve hayvanın kuduz taşıma olasılığı göz önünde bulundurularak, hastaya kuduz aşısı başlatılmış ve kuduz immünglobulin (RIG) uygulanmıştır. Kuduz profilaksisi açısından, yara bölgesine lokal olarak RIG enjekte edilmiş ve sistemik aşı programına uygun şekilde dozlar uygulanmaya başlanmıştır. Hastanın düzenli takiplerinde, gözünde herhangi bir görüş kaybı olmadığı, yara iyileşmesinin olumlu seyrettiği ve enfeksiyon gelişmediği gözlemlenmiştir. Hastanın genel sağlık durumu stabil olarak devam etmiştir.

TARTIŞMA:

Kedi saldırıları özellikle çocuklar ve genç yetişkinler arasında yaygın olup, çoğu zaman ciddi sonuçlar doğurmasa da, göz yaralanmaları gibi hassas bölgelerde meydana gelen yaralanmalar dikkatle ele alınmalıdır. Kediler, doğaları gereği agresif olabilmekte ve özellikle göz bölgesinde ciddi yaralanmalara neden olabilmektedir. Göz yaralanmaları, enfeksiyon riski ve görme kaybı potansiyeli taşıdığından dolayı, hızlı ve etkili bir şekilde müdahale edilmesi gerekmektedir. Kuduz, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olup, hayvan ısırıklarına bağlı kuduz vakalarının büyük çoğunluğu köpeklerden kaynaklanmaktadır. Ancak, kedi ısırıkları ve çizikleri de kuduz bulaşma riski taşıdığından, profilaktik tedavi önem arz etmektedir.

SONUÇ:

İnsanlara yönelik kedi saldırıları sık olmasına rağmen göze olan saldırılar nadirdir ve hayvanın kuduz enfeksiyonu açısından son derece şüphelidir. Oftalmologların, kuduz sonrası maruziyet aşısının hemen ve uygun bir şekilde yapılmasının önemini farkında olmaları gerekmektedir. Göz yaralanmaları bağlamında uygun kuduz immünglobulin uygulaması zorlayıcıdır ve bu durum için Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinin önerilerini rapor ediyoruz. Bu olgu, göz yaralanmaları sonrası kuduz profilaksisinin önemini vurgulamakta ve klinisyenlere bu tür vakalarda nasıl hareket etmeleri gerektiği konusunda yol göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELE: Göz acilleri, kuduz immünglobulin, kuduz profilaksisi

KAYNAKLAR:

- Holzer MP, Solomon KD. Rabies prophylaxis after an animal attack that caused a ruptured eye and traumatic cataract: a case report. *Cases J.* 2009;2:9192. Published 2009 Sep 15. doi:10.1186/1757-1626-0002-0000009192
- Zhu S, Guo C. Rabies Control and Treatment: From Prophylaxis to Strategies with Curative Potential. *Viruses.* 2016;8(11):279. Published 2016 Oct 28. doi:10.3390/v8110279
- Warrell MJ. Developments in human rabies prophylaxis. *Developments in human rabies prophylaxis. Rev Sci Tech.* 2018;37(2):629-647. doi:10.20506/rst.37.2.2829



TAM METİNLER

ACIL SERVİSE HEMİFASİYAL ÖDEM İLE BAŞVURAN HASTALARININ AYIRICI TANISI: OLGU SUNUMU

Habibe Selmin Özensoy¹, Merve Unutmaz²

¹ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ ACIL TIP KLİNİĞİ

GİRİŞ:

Akut gelişen hemi fasiyal şişliği olan hastaların ilk başvuru noktası acil servislerdir. Dolayısıyla hastaları triyajlandırmak ve ayırıcı tanı yapıp tedavisini başlamak acil servis doktorlarının görevlerindendir.

Hemifasiyal ödem bulgusunda öncelikli ayırıcı tanıya gidilmesi, altta yatan birçok, sistemik ve enfektif patolojinin ortaya çıkarılmasını sağlayabilir. Etiyolojiye göre tedavi planının belirlenmesi, tedavi başarısını belirleyen en önemli faktördür.

Bu çalışma; hemifasiyal ödem bulgusunun ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken patolojileri bir olgu üzerinden tartışmayı hedefledik.

OLGU:

29 yaş erkek hasta sağ orbita etrafında ani gelişen şişlik nedeniyle başvurdu anamnezi genişletildiğinde diş apsesi nedeniyle klindamisin kullanmaya başladığı öğrenildi. Klindamisin intramusküler yapıldıktan hemen sonra sağ göz etrafında ödem gelişmiş.

Fizik muayenesinde sağ orbita etrafında yaygın ödem görüldü. Göz hareketleri ağrısızdı. Uvula doğal görüldü. Solunum sesleri eşitti. Cilt döküntüsü yoktu. Hemogram ve biyokimyasal değerleri normal sınırlar içerisindeydi. Orbita BT de orbita etrafında ödem preseptal sellülit açısından şüpheli olarak yorumlandı.

Göz hastalıkları, KBB, Enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edildi. Acil servis ilk tedavisinde prednizolon ve feniramin hidrojen maleat başlandı. Enfeksiyon hastalıkları servisinde tedavisine devam edildi. Antibiyotik tedavisi moksifloksasin olarak değiştirildi.

TARTIŞMA:

Hastamızı ayırıcı tanısındaklindamisine bağlı allerjik reaksiyon, anjioidem, preseptal sellülit, periorbital ve orbital sellülit düşünülmüştür.

Klindamisin için gecikmiş makülopapüller ekzantemler en yaygın reaksiyonlardır. Eozinofili ve sistemik semptomlarla birlikte ilaç döküntüsü (DRESS), akut jeneralize ekzantematöz püstüloz (AGEP), akut febril nötrofilik dermatoz ve simetrik ilaca bağlı intertrijnoz ve fleksural ekzantem (SDRIFE) ile ilişkili klindamisin vaka raporları vardır¹. Klindamisine karşı Tip I IgE aracılı aşırı duyarlılık ve anafilaktik reaksiyonlar, literatürde tanımlanan yalnızca birkaç vaka dışında nadirdir.²⁻⁴ Bulloch ve ark. periodontal apse için IV Klindamisin dozundan 3 dakika sonra hipotansiyon, konfüzyon, dispne ve bol oral sekresyonları olan bir hastayı tarif etmektedir.² Ebo ve diğerleri. antibiyotik uygulamasından sonraki 5 dakika içinde infüzyon bölgesinde lokalize döküntü, hipotansiyon, hipoksi ve kusma ile birlikte perioperatif klindamisin anafilaksisi vakasını bildirmişlerdir.³

Hereditör anjiyoödem, kompleman sistemindeki C1 protein inhibitörünün kalıtsal eksikliğine bağlı bir hastalıktır. Yüzde 75 olguda aile öyküsü mevcuttur. Yüz de lokalize olabileceği gibi beraberinde vücudun başka bölgelerinde ya da yaygın olarak gelişen ani ödem tablosuna yol açar. Tabloya ani gelişen solunum sıkıntısı da eşlik edebilir. Antihistaminik ve kortikosteroid tedavisinden fayda görülür.⁵

Periorbital sellülit göz veya orbital içeriğin tutulumu olmaksızın göz kapağı ve orbital septumun ön kısmında yer alan dokuların akut enfeksiyonudur. Orbital sellülit ise orbital septumun gerisindeki dokuların enfeksiyonudur. Orbital sellülitli hastalarda göz kapaklarında şişlik ve kızarıklık yanı sıra proptosis, göz hareketlerinde kısıtlılık, konjunktivada ödem (kemozis), ateş ve toksik görünüm beklenirse de muayene bulgularına dayanarak periorbital sellülit ile ve erken aşamadaki orbital sellülitin birbirinden ayrımı güçtür.⁶

Preseptal sellülit; Enfeksiyon orbita yağ ve bağ dokularını kapak ve periorbital dokulardan ayıran fibröz bir yapı olan orbita septumunun önündedir. Kapaklarda eritem, ödem, duyarlılık ve ısı artışı artışı vardır. Kapak ödemi nedeniyle hasta gözünü açmakta zorlanabilir. Orbita içindeki dokular ve göz küresi tutulmadığından proptosis, göz hareketlerinde kısıtlılık ve göz hareketleriyle ağrı yoktur. Pupilla reaksiyonları normal, görme ise tamdır.⁷ Ayırıcı tanıda orbita sellülit başta olmak üzere diğer orbita hastalıkları, kavernöz sinüs trombozu, kapak derisinin allerjik reaksiyonları, viral konjunktivitler, erizipel, travma, böcek ısırması ve anjiyoödem akla gelmelidir.

Bizim hastamızda ise ; Acil servis ilk tedavisinde prednizolon ve feniramin hidrojen maleat başlanması sonrası semptomların gerilemesi anjiyoödem düşündürsede Mevcut diş apsесinin olması nedeniyle enfeksiyon dışlanamamıştır. Hastanın enfeksiyon hastalıkları servisinde intravenöz tedavisine devam edildi.

KAYNAKLAR:

1. Dilley M, Geng B. Immediate and Delayed Hypersensitivity Reactions to Antibiotics: Aminoglycosides, Clindamycin, Linezolid, and Metronidazole. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2022;62(3):463-475.
2. Bulloch MN, Baccas JT, Arnold S. Clindamycin-induced hypersensitivity reaction. *Infection.* 2016;44(3):357-359.
3. Ebo DG, Mertens C, Braes M, Mennes I, Bridts CH, Sabato V. Clindamycin anaphylaxis confirmed by in vivo and in vitro testing. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2019;7(1):331-333.
4. Chiou CS, Lin SM, Lin SP, Chang WG, Chan KH, Ting CK. Clindamycin-induced anaphylactic shock during general anesthesia. *J Chin Med Assoc.* 2006;69(11):549-551.
5. Sinnathamby ES, Issa PP, Roberts L, Norwood H, Malone K, Vemulapalli H, Ahmadzadeh S, Cornett EM, Shekoohi S, Kaye AD. Hereditary Angioedema: Diagnosis, Clinical Implications, and Pathophysiology. *Adv Ther.* 2023;40(3):814-827.
6. Gordon AA, Phelps PO. Management of preseptal and orbital cellulitis for the primary care physician. *Dis Mon.* 2020;66(10):101044.
7. Ekhlassi T, Becker N. Preseptal and orbital cellulitis. *Dis Mon.* 2017;63(2):30-32.



TAM METİNLER

INTRODUCTION

In 2014, the elderly population (over 65 years) of Turkey was 6,192,962 (43.6% men and 56.4% women), accounting for 8% of the total population (1). The increase in the elderly population around the world as well as in Turkey is accompanied by increasing health problems.

Old age is a physiological event. It is characterised by a decrease in the ability of an individual to balance between internal and external factors and by the regression of psychological and physical aspects (2). The adjustment of elderly people to changing internal and external conditions and stress is difficult. Elderly people are frequently admitted to healthcare facilities for multiple health problems (3). Kidney function, urine concentration, lung capacity and gastrointestinal motility decrease with age. Further, there are changes in the central and peripheral nervous systems and in the hypothalamic-hypophyseal axis. The decrease in total body capacity and presence of intervening infections promote the pathogenesis of diseases of the nervous system, cardiovascular system, respiratory tract, metabolic system and endocrine system, together with the imbalance of fluid electrolytes, causing the exacerbation of existing diseases (4).

In cases with changes in consciousness, neurological losses, headache, seizure and trauma, head computed tomography (CT) is the most required radiological examination to exclude intracranial bleeding and intracranial mass for assessing the central nervous system in emergency departments. Radiology plays an important role in early workup of geriatric patients, and CT is the primary imaging modality used (5). Brain CT should be performed in patients with trauma accompanied by loss of consciousness, amnesia, GCS (Glasgow Coma Scale) 15, focal neurological loss, severe headache, vomiting, coagulopathy or high-energy trauma (6). Furthermore, known physiologic changes with aging may make the geriatric brain more susceptible to injury (7,8,9). These changes include overall brain weight decrease of 200 grams from the ages of 50 to 80 years. Furthermore, the space between the brain and skull increases from 6 to 11%. These age-dependent changes increase the risk of shearing and tearing of the bridging vessels. This also allows for expansion of intracranial contents, mass or blood, without increased intracranial pressure (ICP) and the classic symptoms expected with this pathophysiology (10,11). Bleeding disorders and human immunodeficiency virus (HIV) positivity absolutely necessitate cranial CT imaging in the emergency department.

In general, there is no definite reason for admitting elderly people to the hospital and they present with various clinical characteristics. Brain CT imaging is therefore required to exclude intracranial pathologies. Early diagnosis and aggressive intervention can decrease mortality and enable geriatric patients to return to independent living (5). The aim of this study was to report findings from brain CT imaging in patients admitted to emergency departments for complaints such as trauma, general state disorder and neurological symptoms (12).

MATERIALS AND METHOD

During the 2-month study period, 54,171 patients were admitted to the emergency department of Bağcılar Education and Research Hospital; 7107 (13.1%) of these were geriatric patients. In total, 1145 geriatric patients (16.1%) underwent cranial CT and were included in the study. Patient records and the results of brain CT examinations performed in these patients between 15 January and 15 March 2015 for any reason were retrospectively reviewed. Data regarding the patients, including age, sex, time of admission, complaints on arrival, cranial diffusion magnetic resonance imaging (MRI) findings (if any), consultations and status on discharge, was reviewed. Descriptive statistics (average, standard deviation and frequency) were calculated with a Windows 15.0 program. Our hospital obtained ethical council approval for this study.

RESULTS

Of the 1145 geriatric patients for whom imaging data were available, 681 (59.5%) were female. The average age of the patients was 75.9 ± 7.6 years (median, 75; range, 65–105). There were no differences in sex distribution according to the age group of the patients ($p < 0.05$).

In total, 527 patients (46%) were admitted to the emergency department between 16:00 and 00:00, 471 (41.1%) were admitted between 00:00 and 08:00 and 147 (12.8%) were admitted between 08:00 and 16:00. Incoming patients were mostly seen between 08:00 and 16:00 and least frequently seen after 00:00.

The most frequent reasons for admission to the emergency department were trauma (18.2%) and syncope (17.8%). Table 1 summarises the reasons for admission. Consultation was requested for 394 patients (34.4%). In total, 1029 patients (89.9%) were discharged as outpatients, 65 (5.6%) were hospitalised, 48 (4.2%) were transferred to other facilities and 3 (0.3%) died. Hospitalised patients were mostly admitted to the departments of internal medicine (27.7%), intensive care (16.9%) and neurosurgery (16.9%). Table 2 shows the percentage of patients admitted to different departments.

Brain CT scans showed that 50.3% of the patients had atrophy, 37.5% had normal findings and 20.4% had chronic ischaemia. MRI of 202 patients (17.6%) revealed mostly atrophy (39.1%), normal findings (26.7%) and acute ischaemia (22.5%). Table 3 shows all brain CT and MRI findings.

Patients whose brain CT revealed atrophy had an average age of 77.3 ± 7.5 years, while those without atrophy had an average age of 74.4 ± 7.4 years; the difference was significant ($p < 0.001$). No CT findings were available for the 3 patients who died. All of them were male, and their ages were 82, 74 and 71 years.

There were 287 patients with acute or chronic cerebrovascular disease (CVD) findings. The average age of these patients was 75.3 ± 7.6 years (median, 74; range, 65–105); 159 (55.4%) of these were women. In total, 135 patients with CVD (47.0%) were admitted between 08:00 and 16:00, 118 (41.1%) were admitted between 16:00 and 24:00 and 34 (11.8%) were admitted between 00:00 and 08:00. The reason for admission was mostly general symptoms; other reasons are provided in Table 4. Consultation was requested for 111 patients (38.7%). In total, 248 patients with CVD (86.4%) were discharged as outpatients with a diagnosis of chronic CVD, 16 (5.6%) were hospitalised and 23 (8.0%) were transferred to external facilities; there were no deaths.

There were 208 patients with a diagnosis of trauma. Their average age was 75.5 ± 7.4 years (median, 74; range, 65–93); 113 (54.3%) of these were women. Ninety-six patients (46.2%) were admitted between 08:00 and 16:00, 90 (43.3%) were admitted between 16:00 and 24:00 and 22 (10.6%) were admitted between 00:00 and 08:00. The reasons for admission were mostly general symptoms; other reasons are provided in Table 1. Consultation was requested for 109 patients (52.4%). In total, 189 patients with trauma (90.9%) were discharged as outpatients, 17 (8.2%) were hospitalised and 2 (1.0%) were transferred to external facilities; there were no deaths. Forty-eight patients with trauma (23.1%) were diagnosed with chronic ischaemia, while (1.0%) were diagnosed with acute ischaemia.

DISCUSSION

The percentage of the elderly population, defined as individuals aged 65 years or older, is increasing in developing countries (13). In our study, the rate of admission to the emergency department in this population was 13.1%. In Vanpee's study, This age group represented 12.3% of all the patients admitted during the study period. The gender distribution was almost equal: 56% were female and 44% male. (14). This rate is comparable to the rates of 12.3% and 14.3% reported for Turkey by Satar et al. (3) and Kekec et al. (4), respectively.

The most common reasons for the admission of elderly patients to the emergency department in our study were trauma (18.2%), syncope (17.8%), general symptoms (17.7%) and headache (16.3%). Hamdy et al. revealed that in rural areas, the most common reason for the admission of elderly people to emergency departments is trauma (18.7%) (15). Because the region where we conducted our study is one of the rural districts of a metropolis, it is considered that the rates there are similar. In a study conducted in İzmir, patients were most frequently admitted to emergency departments for respiratory complaints, followed by gastrointestinal problems, cardiovascular complaints and trauma (2). Geriatric patients are at risk for serious injuries after relatively minor trauma because of overall frailty, comorbid illness, and medication effects. Underestimation of injury severity by caregivers and health care personnel according to the mechanism of action is an important cause of morbidity and mortality in this age group. (16) When we reviewed the results, we considered that regional differences affected the reasons for admission to emergency departments.

In our study, 1029 patients (89.9%) were discharged as outpatients, 116 (10.1%) were hospitalised and 3 died. Most of the patients were hospitalised in the surgical departments (43.1%), followed by the department of internal medicine (40.0%) and the intensive care unit (16.9%). In a study conducted by Kekec et al., 61.0% of the patients were hospitalised and 34.8% were discharged. Of the hospitalised patients, 41.3% were admitted to the internal medicine clinic and 19.6% were admitted to surgical clinics (4). The lower rate of admission to the emergency department in our study can be explained by the fact that the geriatric patients in our study were more likely to have nonserious symptoms and findings. The patients were most frequently hospitalised in surgical clinics because most of the patients were admitted to the emergency department for trauma.

In the study conducted by Taymaz (17), 38% of patients were admitted to emergency departments during business hours (08:00 to 16:00), 44% in the evening (16:00 to 24:00) and 18% at night (00:00 to 08:00). These findings are similar to those of our study. We considered that because geriatric patients have a high risk of trauma when they are awake, they are mainly admitted to emergency departments during business hours. Further, because these patients are asleep at night, with a low risk of trauma, the rate of admission to emergency departments is minimal.

The average age of the patients in our study was 75.9 ± 7.6 years (median, 75; range, 65–105); 681 (59.5%) of these were female. In the study conducted by Taymaz, the average age of the patients was 77.2 ± 7.8 , and 46% were female (17). These numbers are similar to those in our study.

This study has contributed to the existing epidemiological data for our country. The major reason for the admission of patients aged 65 years or older to emergency departments in Turkey is trauma, particularly in rural regions. Training and public service announcements related to preventable causes of trauma in elderly people may help to decrease the frequency of trauma



TAM METİNLER

and of trauma-related morbidity and mortality in rural areas.

Results of BBT in geriatrics and verification of diagnosis are important for appropriate treatment in emergency services.

REFERENCES

1. Elderly Statistics, 2014. [Internet] Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620>. Accessed: 18.3.2016. (In Turkish).
2. Özşaker E, Korkmaz DF, Dölek M. Acil servise başvuran yaşlı hastaların bireysel özelliklerinin ve başvuru nedenlerinin incelenmesi [Analyzing individual characteristics and admission causes of elderly patients to emergency departments]. *Türk J Geriatr* 2011;14(2):128-34. Available from: <http://geriatri.dergisi.org/text.php?id=570> Accessed:17.11.2016. (In Turkish).
3. Satar S, Sebe A, Avcı A, Karakus A, İçme F. Yaşlı hasta ve acil servis. *Çukurova üniversitesi tıp fakültesi dergisi*. 2004;29:43-50. [Internet] Available from: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/gsbdergi/article/view/5000176418> Accessed:17.11.2016. (In Turkish).
4. Kekec Z, KocF, Buyuk S. Review of geriatric patients hospitalization in emergency department. *JAEM* 2009;8(3):21- 4. http://akademikaciltip.com/sayilar/217/buyuk/ATUDER_8_3_21_242.pdf Accessed:17.11.2016. (In Turkish).
5. Geriatric Trauma: A Radiologist's Guide to Imaging Trauma Patients Aged 65 Years and Older. [Sadro CT, Sandstrom CK, Verma N, Gunn ML](#).
6. Jagoda AS, Bazarian JJ, Bruns JJ Jr et al. Clinical policy: neuroimaging and decisionmaking in adult mild traumatic brain injury in the acute setting. *AnnEmergMed* 2008;52(6):714-48. (PMID:19027497)
7. Stein S, Ross SE. Minor head injury: a proposed strategy for emergency management. *Ann Emerg Med* 1993;22:1193-7.
8. Gennarelli TA, Thibault LE. Biomechanics of acute subdural hematoma. *J Trauma* 1982;22:680-6.
9. Fischer RP, Carlson J, Perry JF. Postconcussive hospital observation of alert patients in a primary trauma center. *J Trauma* 1981; 21:920-4.
10. Perlmutter I. Subdural hematoma in older patients. *JAMA* 1961; 176:212-4.
11. Rakier A, Guilburd JN, Soustiel JF, Zaaroor M, Feinsod M. Head injuries in the elderly. *Brain Inj* 1995;9:187-93
12. Huff JS, Melnick ER, Tomaszewski CA et al. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with seizures. *Ann Emerg Med* 2014;63(4):437-47.e15. (PMID: 24655445)
13. Erbaşı S, Tüfekçioğlu O, Sabah İ. Yaşlılık ve hipertansiyon [Hypertension and the elderly] *turk jour of geriatri* 1999;2(2):67-70. http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_12.pdf Accessed:17.11.2016. (In Turkish).
14. Vanpee D, Swine C, Vandenbossche P, Gillet JB. Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of a university hospital localized in a rural area. *Eur J Emerg Med*. 2001 Dec;8(4):301-4.
15. [Hamdy RC, Forrest LJ, Moore SW](#) et al. Use of emergency departments by the elderly in rural areas. *South Med J* 1997;90(6):616-20. (PMID: 9191738)
16. [Sadro CT, Sandstrom CK, Verma N, Gunn ML](#). Geriatric Trauma: A Radiologist's Guide to Imaging Trauma Patients Aged 65 Years and Older. *Radiographics*. 2015 Jul-Aug;35(4):1263-85. doi: 10.1148/rg.2015140130. Epub 2015 Jun
17. Taymaz T. Acil polikliniğinden yatırılan geriatrik hastaların ayrıntılı irdelenmesi. [The Analysis of Geriatric Neurotrauma Patients Who Have Undergone Neuroimaging] *Akadgeriatri* 2010;2(3):167-75. http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2012-03/html/2012-4-3-126-133.htm Accessed:17.11.2016. (In Turkish).



TAM METİNLER

ACİL SERVİSTE İATROJENİK MESANE RÜPTÜRÜ: BİR OLGUNUN SUNUMU

Anahtar kelimeler; mesane yaralanması, mesane perforasyonu, jinekolojik cerrahi

YAPILANDIRILMIŞ ÖZET (ABSTRACT)

GİRİŞ

Sezaryen (C/S) sonrası mesane rüptürü nadir görülen ancak ciddi sonuçlara yol açabilen bir komplikasyondur ve ürolojik bir acil olması nedeniyle önemlidir. Bu vakamızda, acil servis uzmanlarının iatrojenik mesane rüptürünün tanı ve tedavi sürecinde nasıl yönlendirilmesi gerektiği incelenmiştir.

VAKA SUNUMU

32 yaşında kadın hasta karında şişkinlik şikayeti ile acil servise başvurdu. Muayene ve tetkikler sonucunda mesane rüptürü tanısı konuldu ve acil operasyon gerçekleştirildi.

SONUÇ

Acil servis hekimleri, sezaryen sonrası karın şişkinliği ve idrar yapamama şikayeti olan hastalarda mesane rüptürünü göz önünde bulundurmalıdır. Hızlı tanı ve tedavi, hastanın sağlığı açısından hayati önem taşır.

GİRİŞ / GENEL BİLGİLER (INTRODUCTION)

Sezaryen sonrası mesane rüptürü nadir komplikasyonlardır, genel insidans %0.23'tür ancak mesane obstetrik ve jinekolojik müdahalelerde en sık yaralanan organdır (1). Bildirilen vakalarda genellikle mesane disfonksiyonu, radyoterapi, idrar yolu tıkanıklığı, pelvik cerrahi, inflamasyon veya malignitenin rüptüre sebep olduğu belirtilmiştir (2). İyatrojenik mesane yaralanmalarında temel amaç hızlı tanı ve hızlı onarım olmalıdır. Mesane rüptürü ürolojik acil olması nedeniyle önemlidir (3).

Biz bu vakada acil servis uzmanının bu hasta gruplarında hastayı ameliyat sürecine kadar tanı ve tedavi algoritması olarak neler yapması gerektiğini ve nadir karşılaşılan bir vakaya müdahaleyi anlatmayı amaçladık. Bu vaka acil servis uzmanlarının obstetrik ve jinekolojik komplikasyonlar hakkında daha fazla bilgi sahibi olup tanı ve tedavi girişimlerini hızlandırması açısından önemlidir.

VAKA RAPORU/SUNUMU

Başvurusundan beş gün önce sezaryen ameliyatı ile sağlıklı doğum yapmış, bilinen ek hastalığı olmayan 32 yaşında (G3P3A0) kadın hasta karında şişkinlik şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın başvurusunda genel durumu iyi, koopere, oryante, GKS:15, mobilizeydi. Vital parametrelerinde TA:134/78, Nb:98 Spo2:99 olup stabildi. Hastanın muayenesinde batın distandı, yaygın assit görünümü olmakla birlikte perküsyonla matite dikkat çekmekteydi, defans ve rebaund yoktu. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde hastanın beş gündür gaz-gaita çıkışının olmadığı, idrara damla şeklinde çok az ya da hiç çıkmadığı öğrenildi. Hastada ayırıcı tanıda ileus, perforasyon ve mesane rüptürü düşünüldü. Hastaya acil şartlarında yapılan USG'de her iki parankim ekojenitesi grade 1 artmış, uterusu postop değişikliklere bağlı heterojen görünüm izlendi, batında yaygın homojen anekoik pelviste en derin yerde 15 cm'e ulaşan batın içi sıvı izlendi. Hastaya yapılan DPL ile seröz sıvı gelene oldu. Hastanın alınan laboratuvar tetkiklerinde Kr:6.7, Üre:182, K:6.6, pH:7.3 HCO3:15, pCO2:25 olarak hasta akut renal yetmezlik tablosundaydı. Önplanda mesane rüptürü ve postrenal aby düşünülen hastaya retrograd kontrastlı sistoürografi çekilmesi kararı alındı. Hastaya yerleştirilen 20 fr mesane sondası ile 500cc'ye sulandırılmış 250 cc ürografın %76(Diatrizoate (Diatrizoik Asit) verildikten sonra bt çekildi (Fig 1, A) ve tüm batın kontrastlanmış şekilde (Fig 1 B, C, D ve Fig 2) mesane rüptürü tanısı konuldu, çekilen tomografide barsak ansları normaldi ve batın içinde sezaryenle ilişkili olabilecek hava dansitesi gözlemlenmişti. Hasta acil hemodializ sonrası operasyona alındı ve mesane onarımı yapıldı. Hasta postop 7. gün genel durumu iyi bir şekilde tam şifa ile taburcu edildi.

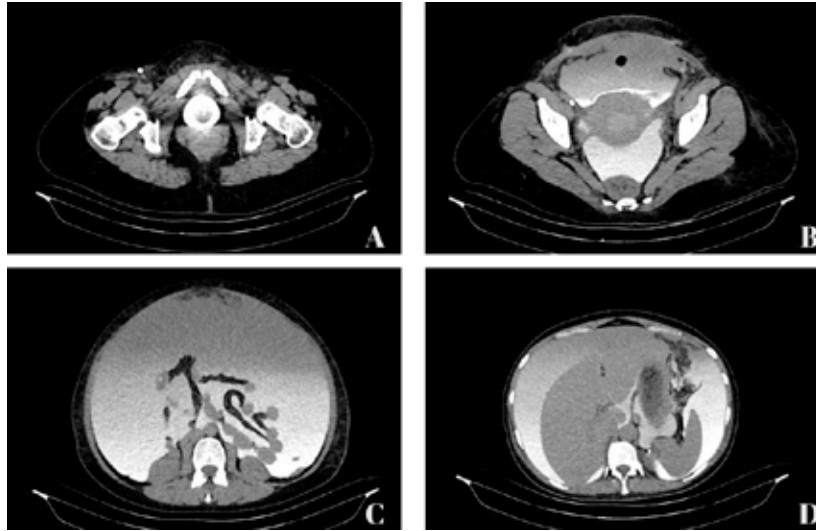


Fig 1 A: Hastaya mesane sondasından ürografın-SF kanşımı verilirken B: Mesaneden batına kontrast maddenin geçişi görülmekte C: Batında normal barsak ansları ve kontrast madde ile yaygın batın içi sıvı koleksiyonu görülmekte D: Perihepatik ve perisplenik yaygın batın içi sıvı görüntüsü



Fig 2: Koronal düzlemde hastanın görüntüsü

TARTIŞMA (DISCUSSION)

Hastalarda mesane rüptüründe semptomlar ateş, yan ağrısı, oligüri, karında şişkinlik şeklinde olabilir. Ayırıcı tanıda perforasyon, ileus, böbrek yetmezliği düşünülebilir. Obstetrik ve Jinekolojik



TAM METİNLER

vakalarda alt üriner sistemin anatomik yatkınlığı iatrojenik yaralanmaya yatkın hale getirir, yaralanmanın yerini belirlemek ve karakterize etmek için IVP veya sistoskopi yapılabilir (4).

Literatürde de benzer şekilde vakalara rastlamaktayız, bir çalışmada Saleem ve arkadaşları 38 yaşında bir kadın hastada ateş, karında şişkinlik, sırt ağrısı ve oligüri-dizüri ve aby ile prezente bir mesane rüptürü saptamışlardır (5).

Yatak başı ultrason diagnostik yaklaşımda abdominopelvik şikayetleri olan hastaların ilk değerlendirmesi sırasında sıklıkla kullanılır. Serbest sıvı açısından hem anterior hem de posterior veziküler alanlar değerlendirilmelidir (6).

Hastamızda görüldüğü gibi, yatakbaşı ultrason görüntülerinde gözlenen serbest sıvı ve suprapubik görüntüde gözlenen mesane anormallikleri, ekstrasvaze idrarın bir göstergesi olabilir ve mesane rüptürü şüphesini daha da artırabilir (7).

Anüri, oligüri, hematurî, belirsiz karın ağrısı, karında şişlik ve asit gibi klinik belirti ve semptomlar ile böbrek yetmezliğinin eşlik etmesi klinisyeni mesane rüptürü konusunda uyarmalıdır. Mesane rüptüründen sonraki ilk 24 saatte hastaların %45inde, 24 saatten sonra ise tamamında serum üre ve kreatinin değerlerinde artma olmaktadır (8). Bizim vakamızda da üre ve kreatinin yüksekliği mevcuttu.

SONUÇ (CONCLUSION)

Acil servis hekimleri yakın zamanda C/S operasyonu olmuş, karında şişlik hissi, idrar yapamama ve aby tablosunda gelen hastalarda ön planda iatrojenik mesane rüptürünü düşünmelidir.

Taniya ulaşmada POCUS önemli olmakla birlikte şüphelenilen durumda ürosistografi çekilmelidir.

Mesane rüptürü ürolojik acil bir durumdur ve hastanın en kısa sürede tanı ve tedavisinin yapılması elzemdir. Acil uzmanının klinik, laboratuvar ve radyolojik bulguların farkında olması bu hastalarda uygun tedavinin başlatılmasına yardımcı olacaktır.

ONAM

Hastadan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır.

KAYNAKLAR (REFERENCES)

1. Pandyan GV, Zahrani AB, Awon AR, Al-Rashid M, Al-Assiri M, Dahnoun M. Iatrogenic bladder injuries during obstetric and gynecological procedures. Saudi Med J. 2007 Jan;28(1):73-6. PMID: 17206294.
2. Mukhopadhyay M, Jamadar NS, Chattopadhyay SD, Karmakar NC, Bhattarai N, Mondal SK, vd. Spontaneous rupture of the bladder: two case reports. Hellenic Journal of Surgery. 2015; 87(6):509-511.
3. Kyosuke, Inoguchi., Takashi, Hongo., Hiromichi, Naito., Atsunori, Nakao. (2021). A Rare Case of Pelvic Abscess Due to Spontaneous Non-traumatic Bladder Rupture. Cureus, 13(10) doi: 10.7759/CUREUS.18913
4. Chan JK, Morrow J, Manetta A. Prevention of ureteral injuries in gynecologic surgery. Am J Obstet Gynecol. 2003 May;188(5):1273-7. doi: 10.1067/mob.2003.269. PMID: 12748497.
5. Saleem M, Mahmoud A, Gopinath B. Spontaneous bladder rupture: A rare differential for lower abdominal pain in the female patient. Singapore Medical Journal. 2009; 50(12):e410-411.
6. Wu TS, Pearson TC, Meiners S, Daugharthy J. Bedside ultrasound diagnosis of traumatic bladder rupture. J Emergency Med. 2011; 41:520-523. doi: 10.1016/j.jemermed.2011.01.022.
7. Edward, Lee., Stephen, Alerhand. (2023). Delayed Iatrogenic Bladder Rupture Diagnosed by POCUS in the Emergency Department. POCUS journal, 8(1):38-42. doi: 10.24908/pocus.v8i1.16239.
8. Heyns CF, Rimington Police Department. Intraperitoneal rupture of the bladder causing biochemical features of renal failure. Br J Urol. 1987; 60 :217-22.



TAM METİNLER

POSTERİOR REVERSİBLE ENSEFALOPATİ SENDROMU(PRES)

¹Rahim HALVACI, ¹Dilay SATILMIŞ

¹SBÜ SULTAN 2.ABDULHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACIL TIP KLİNİĞİ, İSTANBUL

GİRİŞ

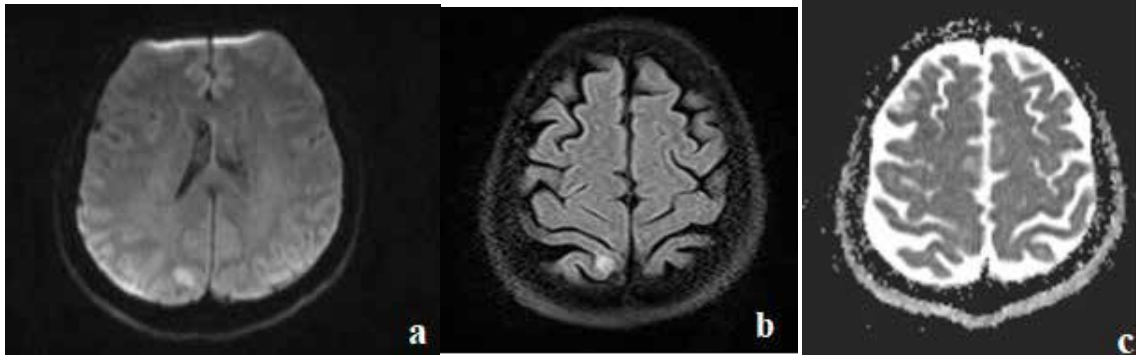
Posterior reversible ensefalopati sendromu (PRES), ilk kez 1996 yılında tanımlanmış olup, nöbet, baş ağrısı, bulantı kusma, mental durum değişikliği, görme kaybı ve fokal motor kayıp şeklinde klinik bulgularla seyredebilmektedir (1,2). PRES'in, kesin mekanizması belirsiz olmasına karşın, sendromun gelişmesi için hipertansiyon ve endotel disfonksiyonu iki önemli etkindir. Bu etkenler kan beyin bariyerinin bozulmasına yol açarak vazojenik serebral ödeme sebep olurlar (3). Tanı için bilgisayarlı tomografi(BT)den ziyade magnetik rezonans görüntüleme(MRG) önerilir çünkü oksipital ve parietal bölgelerde bilateral ve simetrik tutulum gösteren serebral ödemin karakteristik bulguları MRG ile kolaylıkla gösterilir (3). Bu sendromun geri dönüşümlü olması teşhisin hızlı konmasının ve tedavinin hızlı başlamasının önemini ortaya koymaktadır. Bizim de bu vakada amacımız tansiyon yüksekliği ile gelen tek taraflı kas güçsüzlüğü olan hastalarda nadir görülen ve kendine has MRG görüntüsü olan posterior reversible ensefalopati sendromuna dikkat çekmektir.

OLGU:

63 yaşında kadın hasta, tansiyon yüksekliği ile acil servise geldi. Gelişinde nabız:82 vuru/dakika tansiyon 217/103 mmHg ateş:36,5 C° O₂ saturasyonu % 98 idi. Bilinen hipertansiyonu olan hasta nebivolol 5 mg ve amlodipin 10 mg kullanmakta idi. Hasta hipertansif urgency olarak değerlendirildi. Kaptopril 50 mg p.o. ve nifedipin 30 mg p.o. verildi.. Hasta kontrol muayenesinde sol bacağına güçsüzlük hissettiğini belirtti. Fizik muayenesinde sol alt ekstremité proksimalinde kas gücü 3/5 olarak bulundu.Hastanın muayenesinde ek nörolojik defisit saptanmadı. 90 dakika sonra tansiyon 169/83 mmHg idi.

Alınan laboratuvar tetkiklerinde anlamlı patoloji bulunmadı. Hastaya yapılan nörogörüntüleme bt anjiyografide bilateral karotis arter bifurkasyonunda darlık oluşturmamayan aterosklerotik plakları izlendi. Bilateral internal karotid arter(ICA) intrakranial segmentinde aterosklerotik değişiklik izlendi. Hastaya difüzyon MR çekildi. Sağ hemisferde belirgin olmak üzere her iki oksipital ve parietal lokalizasyonlarda diffusion-weighted imaging (DWI) ve fluid attenuated inversion recovery (FLAIR) serilerinde asimetrik hiperintensite görüldü(Figür 1). Fakat (apparent diffusion coefficient) ADC karşılıklı mevcut değildi(Figür 1). Hasta nörolojiye konsülte edildi. Ve PRES ön tanısı ile yatış verildi.

Hastanın yatırıldıktan 2 gün sonra bacağına kas gücü 4/5 oldu. Hasta kardiyak etiyoloji araştırılması için kardiyojiye konsülte edildi. Kardiyak kökenli etiyoloji bulunmadı. Nebivolol 10 mg'a çıkarıldı. 10 mg perindopril ve 5 mg amlodipin içeren kombinasyona geçildi. Statin başlandı. İnternasyonun dördüncü gününde kas gücü 5/5 oldu. Yattığı süre boyunca tansiyon takipleri düzenli seyretti. Nörolojik defisiti olmayan tansiyonu normal sınırlarda seyreden hasta yatırıldıktan 5 gün sonra taburcu edildi.



Figür 1: Posterior reversibl ensefalopati sendromu olan bir hastanın aksiyel MR görüntüsünde vazojenik ödem görülmektedir. DWI(a) ve FLAIR(b) serilerinde sağ oksipital bölgede beyin ödemi görüldü. Ancak ADC (c) serisi normaldir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Acil servise yüksek tansiyon nedeniyle başvuran hastalarda dikkatli anamnez alınmalı ve ayrıntılı fizik muayene yapılmalıdır. Bu hastaların özellikle detaylı nörolojik muayeneye ihtiyaçları vardır. Muayene bulguları olan hastalarda nörogörüntüleme ve nörolojik konsültasyon yapılmalıdır. Posterior reversibl ensefalopati sendromu erken teşhis edildiğinde nörolojik defisit oluşmadan gerileyebilen bir durumdur. Ancak tanı geciktiğinde mortalite ve morbidite artar. Bu hastalığın tanı alması ve tedavisine başlanması acil hekimlerinin dikkatine bağlıdır.

ANAHTAR KELİMELE: Beyin ödemi, hipertansiyon , posterior reversible ensefalopati sendromu, PRES

KAYNAK

1. Hinchey J, Chaves C, Appignani B, Breen J, Pao L, Wang A, et al. A Reversible Posterior Leukoencephalopathy Syndrome. N Engl Med 1996;334:494- 500.
2. Incecik F, Hergüner MO, Altunbasak S, Erbey F, Leblebisatan G. Evaluation of nine children with reversible posterior encephalopathy syndrome. Neurology India 2009;57:475-8.
3. Floeter AE, Patel A, Tran M, Chamberlain MC, Hendrie PC, Gopal AK, et al. "Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome Associated With Doseadjusted EPOCH (Etoposide, Prednisone, Vincristine, Cyclophosphamide, Doxorubicin) Chemotherapy." Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2017;17:225- 30.



TAM METİNLER

SİNÜS VEN TROMBOZU: GÖZDEN KAÇIRILMIŞ TEHLİKE

GİRİŞ

Sinüs ven trombozu (SVT), serebral venöz sistemde potansiyel olarak ciddi sonuçlara yol açabilen nadir bir durumdur. Genellikle venöz trombozlar arteriyel trombozlar kadar yaygın olarak karşımıza çıkmamakla birlikte, nörolojik semptomlar ve baş ağrısı ile başvuran hastalarda düşünülmelidir.

Erişkinlerde tüm inme vakalarının % 1-2'sinden sorumludur. Etiyolojide çok sayıda neden olmakla beraber gebelik, puerperium, oral kontraseptif kullanımı, koagülopatiler, intrakranial enfeksiyonlar, kranial tümörler, penetran kafa travmaları, lomber ponksiyon, malignite, dehidratasyon, inflamatuvar bağırsak hastalığı, bağ dokusu hastalıkları, Behçet Hastalığı, sarkoidoz, nefrotik sendrom, parenteral infüzyonlar ve çeşitli ilaçlar sıralanabilir. Tüm araştırmalara rağmen % 20-25 hastada neden saptanamamaktadır. Vakaların üçte ikisi post-partum dönemde ortaya çıkar .En sık superior sagittal sinüs (%70-80) etkilenir .

Klinik, trombüsün yerine ve oluşma hızına bağlı olarak ortaya çıkar. Semptom spektrumu geniştir.En yaygın semptom baş ağrısıdır (%74-90). Diğer bulgular; nöbet, fokal nörolojik defisit (hemiparezi/hemihipoestezi), papil ödem, izole intrakranial hipertansiyon (baş ağrısı, papil ödem, görme kaybı, bulantı, baş dönmesi, sersemlik hali - dizziness), afazi, hemianopsidir .Tedavide oral antitrombotik ilaçlar, düşük molekül ağırlıklı heparin, IV tromboliz, lokal tromboliz veya bunların kombinasyonu kullanılır.

OLGU

Hasta, 19 yaşında, bilinen kronik bir hastalığı olmayan bir kadındır. Hasta, yaklaşık yirmi gün önce miadında vajinal doğum yapmış ve doğum sonrası normal bir iyileşme süreci geçirmiştir. Ancak, bugün acil servise bilinç kaybı ve ardından tonik klonik kasılmalar şikayetiyle getirilmiştir.

Hastanın acil servise başvurduğunda bilinci açık, oryante ve koopere. Vital bulgularında kan basıncı 106/61 mmHg, nabız hızı 61 atım/dakika ve solunum hızı 14/dakika olarak ölçülmüştür. Fizik muayenesinde, hasta bilinçli olup, nörolojik bir defisit veya bulguya rastlanmamıştır. Karın muayenesi, herhangi bir abdominal rahatsızlık veya enfeksiyon belirtisi göstermemiştir. Diğer sistemler üzerinde yapılan muayenelerde de anormal bir bulgu tespit edilmemiştir. Hasta, özgeçmişinde herhangi bir nörolojik hastalık veya tromboembolik olay öyküsü bulunmamaktadır. Ayrıca, aile öyküsünde de benzer durumlara ilgili herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Laboratuvar testleri sonuçlarına göre, kan sayımı normal sınırlarda olup, CRP ve diğer inflamatuvar belirteçlerde anormal bir artış saptanmamıştır. Ayrıca, karaciğer fonksiyon testleri, elektrolit düzeyleri ve böbrek fonksiyon testleri de referans aralıkları içindedir. Ancak, hastanın özellikle doğum sonrası dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonlar açısından yakından takip edilmesi gerektiği göz önünde bulundurularak, detaylı bir değerlendirme yapılması kararı alınmıştır. Hastaya yapılan MR Venografi'de sol transvers sinüs içerisinde yaklaşık 7 milimetre boyutunda trombüs tespit edilmiştir. Hastaya SVT tanısı konulup Nöroloji servisine interne edilmiştir. Hastaya düşük molekül ağırlıklı enoksaparin başlanmıştır. Beş günlük servis takibinde genel durumu iyi olan ve semptomları gerileyen hasta medikasyon düzenlenerek taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

SVT nadir görülen ciddi bir hastalıktır. Serebral venöz sistemdeki tromboz olayını ifade eder ve nörolojik belirtilerle başvuran hastalarda düşünülmelidir. SVT'nin bilinen risk faktörleri gebelik, doğum, venöz tromboemboli öyküsü, kontraseptif ilaçlar, östrojen tedavisi, trombofili ve hiperkoagülopatidir. Bu vaka, miadında vajinal doğum sonrasında gelişen bir SVT olgusunu ele almaktadır.

Sinüs ven trombozu, genellikle intrakranial venöz sistemde trombotik bir tıkanma sonucunda meydana gelir ve baş ağrısı, bulantı, kusma, bilinç kaybı, nörolojik defisitler ve tonik klonik kasılmalar gibi semptomlara neden olabilir. Bu vakada, hastanın başvurusu sırasında bu semptomlardan bazıları mevcut olsa da, başlangıçta bilinci açık ve GKS değeri 15 idi. Bu, SVT'nin klinik tablosunun çeşitlilik gösterebileceğini ve bazen subtil semptomlarla başlayabileceğini vurgular.

Laboratuvar sonuçları, inflamatuvar belirteçlerde anormallik göstermemesi, diğer sistemlerin muayene bulgularının normal olması ve hasta özgeçmişinin tromboz açısından risk faktörlerini içermemesi gibi SVT'nin tanı sürecini karmaşık hale getirmektedir. Bu tür vakalarda, MR venogram gibi görüntüleme yöntemleri tanı için kritik bir rol oynayabilir.

Tedavi açısından, SVT vakalarında antikoagülan tedavi başlangıçta tercih edilen yaklaşım olabilir. Ancak, bu tedavi yönetimine ilişkin bazı kontrendikasyonlar ve riskler bulunabilir. Bu nedenle, her vaka bireysel olarak değerlendirilmelidir.

SONUÇ

Bu vaka sunumu, sinüs ven trombozu (SVT) gibi nadir ve sıklıkla gözden kaçırılan bir durumun klinik özelliklerini, tanı sürecini ve tedavi yaklaşımını ele almaktadır. Hasta, genç bir anne olup, doğum sonrası dönemde bilinç kaybı ve nörolojik semptomlarla başvurduğunda, SVT'nin klinik çeşitliliği ve başlangıçta subtil belirtilerle başlayabilme potansiyelini vurgulamaktadır. Ayrıca, bu sunum, SVT'nin tanı sürecinde laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemlerinin rolünü öne çıkararak, hastanın tanısı ve tedavisinin karmaşıklığını vurgulamaktadır. Tedavi açısından ise, antikoagülan tedavi gibi yaklaşımların başarılı sonuçlar elde edebileceğini göstermekte ve benzer vakaların daha fazla araştırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu sunum, tıp pratiği açısından bu tür nadir durumların tanınmasına ve yönetilmesine yönelik farkındalığı artırmayı amaçlamaktadır.

REFERANSLAR

- Hassan MA, Omar AA, Mohamed IA. Postpartum Cerebral Venous Sinus Thrombosis: A Case Report. Vasc Health Risk Manag. 2023 Jan 30;19:63-67. doi: 10.2147/VHRM.S390098. PMID: 36743858; PMCID: PMC9896969.
- Rehman MNU, Khan DU, Aslam A. Postpartum superior sagittal, left transverse sinus and right internal jugular vein thrombosis with left parietal infarct: A case report. Radiol Case Rep. 2022 Apr 5;17(6):1911-1915. doi: 10.1016/j.radcr.2022.03.037. PMID: 35401902; PMCID: PMC8990037.
- Rehman MNU, Khan DU, Aslam A. Postpartum superior sagittal, left transverse sinus and right internal jugular vein thrombosis with left parietal infarct: A case report. Radiol Case Rep. 2022 Apr 5;17(6):1911-1915. doi: 10.1016/j.radcr.2022.03.037. PMID: 35401902; PMCID: PMC8990037.
- Al Hashmi K, Al Wahaibi K, Al-Khabori M, Al Lamki S. Characteristics and Outcomes of Patients with Cerebral Venous Sinus Thrombosis. Oman Med J. 2019 Sep;34(5):434-437. doi: 10.5001/omj.2019.79. PMID: 31555420; PMCID: PMC6745428.
- Han KH, Won YD, Na MK, Han MH, Ryu JI, Kim JM, Kim CH, Cheong JH. Postpartum Superior Sagittal Sinus Thrombosis: A Case Report. Korean J Neurotrauma. 2018 Oct;14(2):146-149. doi: 10.13004/kjnt.2018.14.2.146. Epub 2018 Oct 31. PMID: 30402435; PMCID: PMC6218358.
- Mehndiratta MM, Garg S, Gurnani M. Cerebral venous thrombosis--clinical presentations. J Pak Med Assoc. 2006 Nov;56(11):513-6. PMID: 17183979.
- Khan MWA, Zeeshan HM, Iqbal S. Clinical Profile and Prognosis of Cerebral Venous Sinus Thrombosis. Cureus. 2020 Dec 22;12(12):e12221. doi: 10.7759/cureus.12221. PMID: 33391957; PMCID: PMC7767834.
- Pleüa FC, Jijie A, Toma GS, Ranetti AE, Manole AM, Rotaru R, Caloianu I, Anghel D, Dulümea OA. Challenges in Cerebral Venous Thrombosis Management-Case Reports and Short Literature Review. Life (Basel). 2023 Jan 26;13(2):334. doi: 10.3390/life13020334. PMID: 36836691; PMCID: PMC9964720.
- Acheson J, Malik A. Cerebral venous sinus thrombosis presenting in the puerperium. Emerg Med J. 2006 Jul;23(7):e44. doi: 10.1136/emj.2006.035550. PMID: 16794086; PMCID: PMC2579576.



TAM METİNLER

AKUT AMNEZİDE NADİR BİR TANI: FORNİKS ENFARKTI

¹Batuhan GEDİKPINAR, ²Dilay SATILMIŞ, ³Bahar HAMKAN

¹SBÜ Sultan 2 Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Forniks, hipokampusu hafızayla ilgili diğer yapılara bağlayarak insan hafızasında önemli bir rol oynar. Forniks ile ilgili lezyonlardan kaynaklanan amnezi bu bağların hasar görmesine bağlıdır¹. Spesifik anatomik lokalizasyonu nedeniyle görüntülemelerin değerlendirilmesi sırasında gözden kaçırılması da kolaydır. En belirgin bulgusu hafıza bozukluğu olduğundan, lezyon gözden kaçırıldığında kolaylıkla yanlış teşhis konulabilmekte ve beyin omurilik sıvısı (BOS) gibi gereksiz invazif incelemelere neden olmaktadır².

OLGU: 50 yaş erkek hasta 112 ekiplerince, ani başlayan anlamsız sorular ve garip davranışlar sebebiyle acil servisimize getirildi. Hastanın kendi isteğiyle acil girişinden getirilirken sedyeden indiği ve mobil olduğu gözlemlendi. Yakınlarından alınan bilgiye göre yaklaşık 6 saattir kafa karışıklığı, neler olduğunu hatırlamama ve yakın zamana dair tekrarlayan kerelerde anlamsız soruları olduğu, 8 saat önce de 15 adet muhteviyatı bilinmeyen sarma sigara içtiği belirtildi. Bilinen hastalık ve ilaç kullanımı öyküsü yok idi. Acil Servis(AS) geliş vital parametreleri Tansiyon Arteriyel (TA): 190/122 mmHg Nabız: 94 atım/dakika Ateş: 38,7°C Oksijen Saturasyonu: 98 idi. Glasgow Koma Skoru: 15, ajite ve korkmuş görünümde idi. Kendisine yöneltilen yer, zaman ve kişi oryantasyonuna yönelik soruları tama yakın doğru yanıtlamakta idi. Yalnızca bugün kendisine ne olduğunu bilmiyor, ne iş yaptığını hatırlamıyor idi. Diğer nörolojik ve sistemsel muayeneleri normal idi. Elektrokardiyografi : Normal Sinüs Ritmi olarak değerlendirildi. Laboratuvar tetkiklerinde; Glukoz: 118 mg/dL, Üre: 23 mg/dL, Kreatinin: 0,75 mg/dL, Sodyum: 131 mmol/L, Potasyum: 3,7 mmol/L, CRP: 5,15 mg/L, WBC - 9,51 10⁹/mm³, HCT - 42,1 % idi. Hastaya antipiretik, analjezik ve hidrasyon tedavisi verildi.

Ateş yüksekliği, akut faz reaktanlarında yükselme ve açıklanamayan mental durum bozukluğu olan hastamıza AS'de sedasyon altında Lomber Ponksiyon (LP) işlemi yapıldı ve LP'de de anlamlı bir bulgu saptanmadı. AS takibinde mevcut klinik tabloda düzelme saptanmaması üzerine nöroloji ile birlikte değerlendirildi, Mini mental test'ten 26/30 (yakın bellekten 0/3) ve Addenbrook kognitif testinde 80/100 (bellek işlevi bölümünden 10/26) alan hastada limbik bölge patolojisi düşünüldü ve Beyin ve Karotis Bilgisayarlı Tomografisi Anjiyografisi ve Beyin Diffüzyon Manyetik Rezonans Görüntülemesi (MRG) yapıldı.

Açıklanamayan mental durum bozukluğu olan hastamızda, nörolojik değerlendirilme bulguları ile birlikte AS'de çekilen Diffüzyon MRG'deki forniks anatomik bölgesindeki hiperintensite görüntüsü bilateral fornix enfarktı olarak değerlendirildi (Resim 1) ve antikoagülan tedavisi başlanarak nöroloji yoğun bakım ünitesine devredildi.

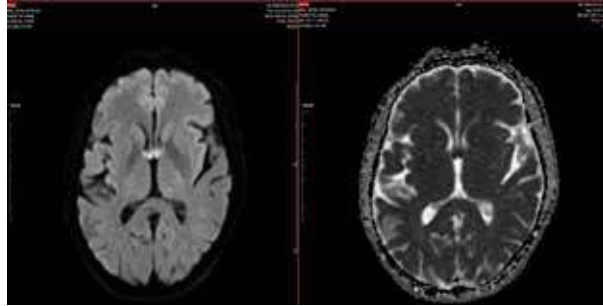
SONUÇ: Literatürde travma, beyin tümörleri, mikroanjyopati gibi patolojilerin forniksi etkileyebildiği üzerine çalışmalar mevcut olmak ile birlikte, korpus tutulumu olmaksızın ön forniksın izole iskemik enfarkt vakalarına nadiren rastlanmaktadır² ve

MRG sonuçlarını değerlendirirken özel anatomik bölgelerdeki küçük lezyonların tespitine dikkat edilmesi gerektiği de yine yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır³. Biz de bu vaka sunumumuzda forniks kolonlarında oluşan akut enfarkt sebebiyle hafıza bozukluğu olan hastaların acil serviste tanısının son derece zor ve dikkat gerektirdiğine, anjiyografi ile tespit edilemeyecek kadar küçük vasküler lezyonlar için MRG'nin ideal bir tanı yöntemi olabileceğine dikkat çekmeyi amaçladık.

KAYNAKLAR:

1. Moudgil SS, Azzouz M, Al-Azzaz A, Haut M, Gutmann L. Amnesia due to fornix infarction. Stroke. 2000 Jun;31(6):1418-9. doi: 10.1161/01.str.31.6.1418. PMID: 10835465.
2. Takano Y, Tatewaki Y, Mutoh T, Ohara Y, Yamamoto S, Taki Y. Isolated Fornix Infarction with Damage to the Limbic System as a Cause of Persistent Amnesia: A Case Report. Am J Case Rep. 2018 Nov 21;19:1382-1385. doi: 10.12659/AJCR.912508. PMID: 30459298; PMCID: PMC6266538.
3. Ren C, Yuan J, Tong S, Xue Y, Wu H, Li W, Wang J, Sun Z, Gong L, Wang X, Liu J, Chen Q, Liu H. Memory Impairment Due to a Small Acute Infarction of the Columns of the Fornix. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2018 Jul;27(7):e138-e143. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.02.039. Epub 2018 Mar 20. PMID: 29571757.

ANAHAR KELİMELE: Amnezi, İnme, Fornix, Enfarkt



Resim 1: Beyin Diffüzyon Manyetik Rezonans Görüntülemesinde Bilateral Fornix Enfarktı



TAM METİNLER

ŞİDDETLİ HIPOKALEMİ KAYNAKLI PARALİZİS: BİR VAKA SERİSİ

ANAHTAR KELİMELER: HIPOKALEMİ-PARALİZİS- HIPOKALEMİK PERİYODİK PARALİZİ-VAKA SUNUMU-ACİL SERVİS

ÖZET: Hipokalemi serum elektrolit seviyesinin 3.5 mEq/L' den daha düşük olmasıdır, 2.5 mEq/L'den daha düşük olması ise şiddetli hipokalemi olarak adlandırılır. Hipokalemi hastalar çarpıntı, yorgunluk, kas krampları karıncalanma ve uyuşma gibi geniş yelpazede şikayetler ile başvurabileceği gibi nörolojik defisit ile de tarafımıza gelip akut inmeyi taklit edebilir. O sebeple paralizisi ile gelen hastalarda hipokalemi akla gelmesi gereken tanıdandır. Hipokalemi Felç, nadir görülen bir tablodur. Etiyolojisi çoğu zaman tam olarak açıklanamasa da K+ replasmanı sonrası semptomların gerilemesi ile karakterizedir. Acil serviste hızlı tanı ve tedavi kalıcı sekellerin önlenmesinin yanında hastaneye tekrar yatış döngüsünü ve bunun hasta ve ailesi için yarattığı mali yükü sonlandırmak açısından önemlidir.

GİRİŞ: Hipokalemi acil serviste en sık görülen serum elektrolit bozukluklarından biridir. Periyodik felç ise, kas iyon kanallarını etkileyen nadir bir durumdur ve genetik veya edinsel olabilir. Potasyum kalp, iskelet kasları ve sinir sistemi gibi vücuttaki farklı doku ve zarların fizyolojik fonksiyonlarında önemli bir rol oynar. Serum potasyum seviyesi L başına 3.5 mEq'den az olduğunda hipokalemi meydana gelir. Hipokaleminin acil tedavi gerektiren ciddi özellikleri arasında serum potasyum düzeyinin L başına 2.5 mEq veya daha az olması, elektrokardiyografi anormallikleri veya nöromusküler semptomlar yer alır (1). Hipokalemi hastalarda klinik tablo hafif yorgunluk ve kabızlıktan kardiyak aritmiye ve nörolojik etilenim sonrası ciddi kas güçsüzlüğüne kadar değişir. Akut hipokalemi felç acil servise başvuran ölümcül ancak geri döndürülebilir sebeplerden biridir. Bu yüzden erken tanı ve zamanında tedavi çok önemlidir (2). Serum potasyum düzeyi ≤ 2.5 mEq/L olarak tanımlanan şiddetli hipokalemi nispeten nadir görülen bir elektrolit bozukluğudur ve az sayıda çalışma acil serviste bunun prevalansını, etiyolojisini, semptomlarını ve tedavisini bildirmiştir (3).

Biz bildirdiğimiz bu iki olguda acil servise akut paralizisi ile gelen hastalarda saptadığımız şiddetli hipokalemiyi anlatmaya çalışacağız. Bu çalışma olgu sunumu yaklaşımına sahip tanımlayıcı bir çalışmadır.

1.OLGU: 67 yaşında kadın hasta tarafımıza alt ekstremitelerde güçsüzlük ayaklarda uyuşma, yaygın kas ağrısı ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. Bilinen diabetes mellitus ve hipertansiyon hastalıkları mevcut. Son bir haftadır aktif diyeti varmış. Şiddetli egzersiz, yüksek karbonhidrat alımı öyküsü, stres ve alkol alımı yok. Yapılan fizik muayenede alt ekstremitelerde iki taraf gücü MRC skalasına göre 2/5 olarak değerlendirildi, ek anormallik yoktu. Hastamızın çekilen EKG'sinde PR mesafesinde uzama T dalgalarında düzleşme mevcut olup sinüs ritmi görüldü. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde kreatin kinaz 24468 U/L LDH 1139 U/L CRP 26.7 mg/L Troponin I 98.6 NG/L AST 622 U/L ALT 365 U/L K+ 1.8 MMOL/L WBC 18.32 10^3 /UL izlenmiş olup alınan ELISA tetkikleri normal geldi, yakın zamanlı yenilen şüpheli besin olmayıp batın muayenesi normal idi ve de göğüs ağrısı ve karın ağrısı tariflemiyordu. AST ve ALT yüksekliği etiyolojisi açısından batın tomografisi ve nörolojik muayenede patoloji etiyolojisi açısından da beyin tomografisi ve difüzyon mrğ planlandı herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Troponin yüksekliği sebebiyle kontrol troponin alındı, 170 NG/L görüldü. Hastamıza 20 mEq KCL 1000 cc serum fizyolojik ile replase edildi. Replasman sonrası görülen kontrol K+ 1.9 MMOL/L izlendi. Troponin artışı sebebiyle kardiyoloji konsültasyonu planlanan hastada kardiyak patoloji düşünülmüdü. K+ replasmanına rağmen K+ değeri yükselmeyen ve nörolojik semptomları düzelmeyen hasta semptomatik hipokalemi tanısıyla iç hastalıkları servisine interne edildi. İnternasyon sonrası K+ replasmanına devam edilen hastanın nörolojik semptomlarında düzelme gözlemlendi.

2.OLGU: 23 yaşında erkek hasta tarafımıza ellerde ve ayaklarda geçmeyen uyuşma ve güç kaybı şikayeti ile başvurdu. Son bir aydır ishal şikayeti olduğunu söyledi. Günde bir kere sulu şekilde dışkılanması oluyormuş. Karın ağrısı bulantı kusma tariflemiyor. Şiddetli egzersiz, yüksek karbonhidrat alımı öyküsü, stres ve alkol alımı yok. Yapılan fizik muayenede alt ekstremitelerde iki taraf gücü MRC skalasına göre 3/5 idi, ek anormallik yoktu. Hastamızın çekilen EKG sinüs ritmi. Alınan kan tetkiklerinde K+ 2.2 MMOL/L izlendi. Nörolojik muayenedeki patoloji açısından alınan santral görüntülemelerinde patoloji izlenmedi. 20 mEq KCL 1000 CC SF ile replase edildi. Alınan kontrol K+ değeri 3.4 izlendi. Replasman sonrası yenilenen nörolojik muayenesinde alt ekstremitelerde iki taraf gücü MRC skalasına göre 4/5 olarak değerlendirildi. Replasman sonrası semptomları gerileyen ve laboratuvar değerinde toparlanma görülen hasta mevcut klinik öyküsü sebebiyle semptomatik hipokalemi tanısıyla iç hastalıkları servisine interne edildi.

TARTIŞMA: Hipokalemi Periyodik Felç, nadir görülen, edinsel bir kas kanalopatidir. Egzersiz, oruç tutma veya yüksek karbonhidratlı öğünlerle tetiklenen ağrısız kas zayıflığı ataklarından oluşur. 20-40 yaş arası erkekler kadınlardan daha sık etkilendir. Patogenezi tam anlaşılmamış olsa da periferik insülin direnci, testosteron ve tirotoksikozun bu fenomenin oluşmasına katkı sağladığı düşünülmektedir. Literatürde Hipokalemi Tirotoksik Periyodik Paralizisi ile başvuran olgular bildirilmiştir(4,5, 6, 7, 8). Bizim iki hastamızda da hormonal herhangi bir düzensizlik bulunmamaktaydı, tirotoksik periyodik paralizisi ile karşılaştırıldığında hipertiroidizm belirtileri yoktu ve tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı.

Hipokalemi mevcut hastalarda öncelik acil tedavi ihtiyacının belirlenmesidir. Acil tedavi endikasyonları arasında şiddetli veya semptomatik hipokalemi, potasyum seviyelerinde ani değişiklikler, elektrokardiyografi değişiklikleri veya komorbid durumların varlığı yer alır (9). Hipokalemiye bağlı uzun süreli K+ düşüklüğü akut felç ile karakterize olup, solunum kaslarının tutulumuna ve yaşamı tehdit eden kardiyak aritmiye sebebiyet verebilir (10). Hipokalemi periyodik felçli hastalardaki akut zayıflık atakları genellikle oral potasyum preparatları ile tedavi edilebilir. Ancak bazı hastalarda intravenöz (IV) potasyum uygulaması gerekir (11). Bizim hastalarımızdan da birinci olguda EKG değişikliklerinin olması, ikinci olgununsa şiddetli akut semptomlarının olması iv tedavi için yol gösterici olmuştur.

Hipokalemi düzeltildikten sonra paralizisi genellikle geri dönüşümlüdür (10). Aynı zamanda hipokalemiye bağlı gelişen paralizisi bir inme taklididir, başlangıçta hipokalemi düşünülmese tanının gecikmesine sebebiyet verebilir. Paralizinin laboratuvar araştırmasında etiyoloji olarak hipokalemi de akla gelmelidir. Hipokalemi Periyodik Paralizisinde uzun vadeli kalıcı kas zayıflığının önlenmesinin temel dayanağı, hipokalemiyi iyi açabilecek tetikleyicilerden kaçınmaktır, felç ataklarını tetikleyen faktörlerden (örneğin alışılmadık derecede yorucu efor, karbonhidratın zengin yemekler veya tatlılar, soğuk, stres/heyecan/korku, yüksek tuz alımı, uzun süreli hareketsizlik, oral veya intravenöz glikosteroidler, bazı anestezi prosedürleri, alkol) mümkün olduğu kadar kaçınılmalıdır (12). Hastalık süreci ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda eğitim sayesinde, tekrarlayan hastaneye tekrar yatış döngüsünü ve bunun hasta ve ailesi için yarattığı mali yükü sonlandırmak hedeflenmelidir (13).

SONUÇ: Bu iki olgumuz paralizisi ile başvurmuş, etiyoloji araştırmasında şiddetli hipokalemi tespit edilmiştir. Uygulanan IV K+ tedavisi sonrası paralizide düzelme gözlenmiştir. Dolayısıyla bu vakalarda bizim tedavimiz teoride uyumluydu ve iyi bir klinik sonuç elde edildi. Hastalar hipokalemi etiyolojisi araştırılması için iç hastalıkları servisine interne edilmiştir, bu şekilde başvuran hastaların gözetimi bireyin belirti/semptomlarına ve koruyucu tedaviye yanıtına göre ayarlanır.

- Kim MJ, Valerio C, Knobloch GK. Potassium Disorders: Hypokalemia and Hyperkalemia. Am Fam Physician. 2023 Jan;107(1):59-70. PMID: 36689973.
- Ullah R, Naeem A, Naim F, Zia Q, Humayun O. Acute Hypokalemic Paralysis And Hashimoto's Thyroiditis. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2022 Oct-Dec;34(4):864-868. doi: 10.55519/JAMC-04-10918. PMID: 36566415
- Makinouchi R, Machida S, Matsui K, Shibagaki Y, Imai N. Severe hypokalemia in the emergency department: A retrospective, single-center study. Health Sci Rep. 2022 Apr 14;5(3):e594. doi: 10.1002/hsr2.594. PMID: 35509383; PMCID: PMC9059213.
- Surgical treatment for thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis: case report. Lin YC, Wu CW, Chen HC, et al. https://wjso.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7819-10-21. World J Surg Oncol. 2012;10:21.
- López, Jiménez. (2023). Hypokalemic Thyrotoxic Periodic Paralysis. A case report. Endocrine abstracts, doi: 10.1530/endoabs.90.p526
- Suman, Siddamreddy., Vasuki, Dandu. (2021). Thyrotoxic Periodic Paralysis.
- Thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis is a rare but potentially fatal emergency: case report and literature review. Gómez-Torres JY, Bravo-Llerena WE, Reyes-Ortiz LM, Valderrábano-Wagner RJ, Mariano-Mejías V, Brunet-Rodríguez H, Lemos-Ramírez JC. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22111475 Bol Asoc Med P R. 2011;103:67-74.
- Myopathy as the first symptom of hypokalemic periodic paralysis--case report of a girl from a Polish family with CACNA1S (R1239G) mutation. Winczewska-Wiktor A, Steinborn B, Lehman-Horn F, Biczysko W, Wiktor M, Gurda B, Jurkat-Rott K. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18229654. Adv Med Sci. 2007;52:155-157.
- Viera AJ, Wouk N. Potassium Disorders: Hypokalemia and Hyperkalemia. Am Fam Physician. 2015 Sep 15;92(6):487-95. PMID: 26371733.
- Liu X, Han K, Lu X. Stroke-mimicking unilateral hypokalemic paralysis and literature review. Am J Emerg Med. 2022 Aug;58:349.e1-349.e3. doi: 10.1016/j.ajem.2022.04.042. Epub 2022 Apr 30. PMID: 35527097.
- Griggs RC, Resnick J, Engel WK. Intravenous Treatment of Hypokalemic Periodic Paralysis. Arch Neurol. 1983;40(9):539-540. doi:10.1001/archneur.1983.04050080039005
- Weber F, Lehmann-Horn F. Hypokalemic Periodic Paralysis. 2002 Apr 30 [updated 2018 Jul 26]. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJH, Gripp KW, Amemiya A, editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2024. PMID: 20301512.
- Lewis KL, Malouff TD, Kesler AM, Harris DM. Hypokalemic periodic paralysis - the importance of patient education. Rom J Intern Med. 2019 Sep 1;57(3):263-265. doi: 10.2478/rjim-2019-0004. PMID: 30901316.



TAM METİNLER

FULMİNAN MİYOKARDİT VAKA SUNUMU

GİRİŞ: Miyokardit, çeşitli enfeksiyöz ve enfeksiyöz olmayan durumların neden olduğu, kalp kasının inflamatuvar bir hastalığıdır. Akut miyokardit, dünya çapında her yıl 100.000 kişi başına yaklaşık 4 ila 14 kişiye etkiler ve yaklaşık %1 ila %7 arasında bir ölüm oranıyla ilişkilidir[1]. Fulminan miyokardit, miyokardit tutan ve ani başlangıçlı akut kalp yetersizliğine neden olan enflamatuvar bir hastalık olup, hastalar hızlı ve agresif tedavi edilmezse prognoz kötüdür[5]. Miyokarditin en yaygın nedenleri grip ve koronavirüs gibi virüslerdir; sistemik lupus eritematozus gibi sistemik otoimmün bozukluklar; bağışıklık kontrol noktası inhibitörleri gibi ilaçlar; ve çiçek hastalığı ve mRNA COVID-19 aşılıları dahil aşılar[1]. COVID-19 mRNA aşısından sonra görülmeye sıklıkla küçük bir artış vardır, ancak şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs enfeksiyonuna bağlı perikardit ve miyokardit için göreceli risk çok daha yüksektir. Bu nedenle şu anda 6 yaş ve üzeri herkese covid-19 aşısı yapılması tavsiye edilmektedir[2]. Her yaşta insani etkileyen miyokarditin (semptom başlangıcı genellikle 20 ila 50 yaş arasında) klinik belirtileri oldukça değişkendir, bu nedenle hastalığın erken evresinde yüksek düzeyde şüphe, tanıyı kolaylaştırmak için önemlidir[1,3]. Akut miyokarditli yetişkin hastaların yaklaşık %82 ila %95'i göğüs ağrısı, %19 ila %49'u nefes darlığı ve %5 ila %7'si senkop ile başvurur[1]. Biz de bu vakamızda 29 yaşında fulminan miyokardit tanısı alan genç erkek hastamızı sunduk.

OLGU: 29 yaş erkek hasta birkaç gündür olan göğüs ağrısı nedeni ile dış merkeze başvurmuş. İlk değerlendirilmesinde aort diseksiyon şüphesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Genel durum orta, bilinç açık, koopere, oryante idi. Hastanın yabancı uyruklu olması nedeniyle anamnez net değildi. Dış merkeze baş dönmesi, bulantı, kusma, göğüs sıkışma hissi nedeni ile başvurduğu öğrenildi. Yakın zamanda üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Hastanın acil servis başvuru sırasındaki vital bulguları; Tansiyon Arteriyel: 90/60 mmHg, ateş: 37.5 °C, solunum sayısı : 25 / dakika, nabız: 140 / dakika idi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde cildi terli, takipneik, akciğer oskültasyonunda bilateral ralleri mevcuttu. Kardiyak muayenesinde ek ses, üfürüm bulunmamaktaydı. Nörolojik muayenesi doğaldı. Ekg'sinde non spesifik ST segment değişiklikleri ile birlikte sinüs taşikardisi mevcuttu:



Şekil 1.Hastanın başvurudaki EKG görüntüsü

Hastanın acil serviste yapılan ekokardiyografisinde global hipokinezi mevcut olup EF % 30-35 olarak değerlendirildi. Diseksiyon flebi izlenmedi. zBaşvuruda alınan kan tahlillerinde glukoz 374 mg/dl, kreatin 1,6 mg/dl, potasyum 3,0 mmol/L, high sensitive troponin I 1561 ng/L (0-47), wbc 21.78 x10³/uL; kan gazında pH: 7.31 , pCO2 : 40.4 mmHg , HCO3 : 19.7 mmol/L , BE : -6.2 , Laktat : 7.6 mmol/L şeklinde patolojik değerleri mevcut olup harici tetkikleri normal aralıktaydı. Göğüs ağrısı ve troponin yüksekliği bulunan hasta kardioloji tarafından koroner anjiyografiye alındı. Hastanın yapılan koroner anjiyografisinde koronerleri normal olarak değerlendirilmesi ve yeni başlayan kalp yetmezliği olması nedeniyle fulminan miyokardit tanısı konuldu. Hasta koroner yoğun bakımda takibe alındı. Hasta kardiyak monitörize olarak takip edildi. Hastaya uygun antibiyoterapi ve destek tedavisi verildi. Takip ve tedavisi sonrasında şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA : Göğüs ağrılı hasta acil servis pratiğinde sıkça karşılaşılmaktadır. Etiyolojisinde pek çok hastalık olabileceği için ayırıcı tanıda ayrıntılı fizik muayene ve anamnez çok önemlidir. Akut miyokardit de düşülmesi gerek tanımlar arasındadır. Fulminan miyokardit, miyokardit tutan ve ani başlangıçlı akut kalp yetersizliğine neden olan enflamatuvar bir hastalık olup, hastalar hızlı ve agresif tedavi edilmezse prognoz kötüdür[5].Her yaşta görülebilen miyokarditin bizim vakamızda olduğu gibi genç yaş hastalarda sağkalım ve iyileşme açısından genel olarak prognozu iyidir[4].

SONUÇ: Göğüs ağrısı ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında karşımıza çıkabilecek olan fulminan miyokarditte sağkalım ve iyileşme açısından erken tanı ve tedavi büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR:

- 1.Ammirati E, Moslehi JJ. Diagnosis and Treatment of Acute Myocarditis: A Review. JAMA. 2023 Apr 4;329(13):1098-1113. doi: 10.1001/jama.2023.3371. PMID: 37014337.
- 2.Spotts PH, Zhou F. Myocarditis and Pericarditis. Prim Care. 2024 Mar;51(1):111-124. doi: 10.1016/j.pop.2023.07.006. Epub 2023 Aug 26. PMID: 38278565.
- 3.Lampejo T, Durkin SM, Bhatt N, Guttman O. Acute myocarditis: aetiology, diagnosis and management. Clin Med (Lond). 2021 Sep;21(5):e505-e510. doi: 10.7861/clinmed.2021-0121. PMID: 34507935; PMCID: PMC8439515.
- 4.Gürsoy, E. (2022). Miyokardit geçiren hastaların genel özellikleri ve uzun dönem takip sonuçları: Retrospektif gözlemsel çalışma. Turkish Journal of Clinics and Laboratory, 13(4), 545-550. <https://doi.org/10.18663/tjcl.1142767>
- 5.ÖZYİĞİT T, ÜNAL Z, ÖZBEN SADIÇ B (2011). Successful intravenous immunoglobulin therapy in a case of acute fulminant myocarditis. , 59 - 63.



TAM METİNLER

BİR GIDA ZEHİRLENME OLGUSU : KÜFLÜ PEYNİR

GİRİŞ: Gıda kaynaklı hastalıklar önemli bir küresel sağlık endişesine neden olmaktadır. Önlenabilir bu hastalıklar dünya çapında önemli mortalite ve morbiditeye yol açmaktadır.[1]. İyi koşullarda muhafaza edilmeyen , doğru şekilde hazırlanmayan gıdalar sebep olabilmektedir. Bu gıdalar çoğunlukla bilinmeden tüketilmektedir; ancak küflü peynir örneğinde olduğu gibi sağlıklı olduğu yönündeki düşünceler bunların tüketilmesini sağlayabilir. Tamamında olmasa da kontrolsüz koşullarda küflenmeye bırakılan bu peynirlerin tüketici sağlığını yönünden önemli bir sorun olabileceğini göstermektedir[2]. Bu vakamızda küflü peynir tüketimi sonrası genel durum bozukluğu nedeniyle başvuran iki hastamızı sunduk.

OLGU 1: 49 yaş erkek hasta karın ağrısı, bulantı, kusma, ishal şikayetleri ile başvurdu. Anamnezinden uzun zamandır dolapta bekleyen küflü peyniri yediği öğrenildi. Gıda alımından yaklaşık 6 saat sonra şikayetleri başlayan hastalar acil servise başvurdu. Bilinen ek hastalık ve ilaç kullanımı öyküsü olmayan hastanın batında hassasiyet mevcut olup defans ve rebound yoktu. Gaita rengi doğaldı. Oral mukozalarda kuruluk mevcut olan hastanın tansiyonunun 90/60 mmHg olduğu görüldü. Diğer vital bulguları ise ateş: 36.8 C°, saturasyon: 97, nabız:78/dakika, solunum sayısı:14/dakika idi. Başvuru tetkiklerinde kan gazında pH: 7.29 , pCO2 : 44.2 mmHg , HCO3 :19.9 mmol/L , BE: -6.9 olup harici tetkiklerinde patoloji görülmedi ancak hidrasyon ve semptomatik tedaviye rağmen yaklaşık 5 saat sonra kontrol kanlarında wbc 7.07'den 14.13'e , crp ise 0.34'den 2.52'e yükselmisti.

OLGU 2 :48 yaş erkek hasta olgu 1 ile aynı anamnezi vermektedir. Bilinen ek hastalık ve ilaç kullanımı öyküsü olmayan hastanın batında hassasiyet mevcut olup defans ve rebound yoktu. Gaita rengi doğaldı. Oral mukozalarda kuruluk ve hipotansiyon mevcuttu. Başvuru tetkiklerinde kan gazında pH: 7.30 , pCO2 :43.9 mmHg , HCO3 : 23.1 mmol/L , BE: -4.9 olup harici tetkiklerinde patoloji görülmedi.

Hastalar takip ve ileri tedavi ihtiyacı ile dahiliye servise yatırıldı. Yatış süresince metronidazol, seftriakson ve iv hidrasyon tedavisi kullanıldı. Yatışlarını 4. gününde genel durumlarının iyileşmesi, aktif şikayetlerinin kalmaması sonucu şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Gıda intoksikasyonu acilde sık karşılaşılan bir durum olup kaynağın belirlenmesinde anamnez önemlidir. Küflü peynir bazı bölgelerde sık tüketilen bir besin kaynağı olmasına karşın gıda intoksikasyonu nedeni ile karşımıza çıkabilmektedir.

KAYNAKLAR:

- 1.Patel P, Komorowski AS, Mack DP. An allergist's approach to food poisoning. Ann Allergy Asthma Immunol. 2023 Apr;130(4):444-451. doi: 10.1016/j.anai.2022.10.021. Epub 2022 Nov 2. PMID: 36334721.
- 2.Çinicioğlu, S. (2017). *Erzurum iline ait geleneksel küflü peynirlerinde total aflatoksin ve aflatoksin m1 varlığının araştırılması* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- 3.Çeleğin İ, Çetin Dağlı S, Koca DB. Bir üniversite yemekhanesinde yaşanan Salmonella enterica ve Bacillus cereus'a bağlı gıda zehirlenmesinin incelenmesi. JCME. 2020;29(2):95-101.



TAM METİNLER

AKUT TRAVMATİK SPİNAL KORD HASARI

Bilge Yılmaz, İbrahim Sarbay, Serhat Ersöz
İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Akut travmatik spinal kord hasarı, dünya genelinde sık görülen ve ciddi morbidite ve mortalite riski barındıran bir hastalıktır. Erkeklerde daha sık gözlenir ve sıklığı; ilk piki ergenlik/genç erişkinlikte, ikincisi ise 65 yaş üzerinde olmak üzere bimodal dağılım gösterir (1). Spinal kord yaralanmalarının yaklaşık olarak %40'ı, motorlu taşıt kazalarına bağlıdır. Bu vaka sunumumuzda, fatal seyirli bir spinal kord yaralanmasını sunmayı amaçladık.

VAKA SUNUMU: 59 yaşında kadın hasta, yoldan karşıdan karşıya geçerken araç çarpması sonucunda yaralanıyor. 112 ekipleri tarafından hipotansif ve yüzeysel solur halde alınan hasta balon valve maske ile solutularak Acil Servisimize getirildi. Gelişinde GKS:3, bilinç kapalı, pupiller fiks dilate, ışık refleksi bilateral negatif görüldü. Kardiyak arrest görülen hasta endotrakeal entübe edildi ve kardiyopulmoner resüsitasyona (CPR) başlandı. Spinal stabilizasyon sağlandı. Femoral kateter uygulandı. Yapılan primer bakısında sağ humerus shaftında patolojik harekete neden olan deplase fraktür mevcuttu. Aynı tarafta lateralde kotlar üzerinde krepatasyon mevcuttu. Dinleme ile bilateral akciğer sesleri alınıyordu. Batın distandü görünümde, krepatasyon yoktu. Pelvis muayenesinde stabil görünümde idi. Açık yara ve dışarı aktif kanama görülmüdü. Monitörize edilen hastanın 40'larda sinüs bradikardisinin olduğu görüldü. Sıvı ve inotrop desteği başlandı. Tedavi ile kan basıncı 80/50 mmHg'lerde stabil seyretmeye başladı. Yatak başı ultrasonda batında belirgin mayi görülmüdü, kardiyak tamponad gözlenmedi. Genel Cerrahi, Ortopedi, Nöroşirurji ve Üroloji konsültasyonları istendi. Hastaya tüm vücut Bilgisayarlı Tomografi görüntülemesi istendi. Görüntülemelerinde L4 vertebra korpusu destruksiyona sekonder izlenmedi. Posterior elemanlarda tutulum dikkati çekti. Buna ek olarak bilateral multiple kot fraktürleri, sağda cilt altı hava, sağda %15 civarında pnömotoraks, minimal kontüzyon ve sağ böbrek komşuluğunda retroperitoneal kanama gözlemlendi. Genel Cerrahi ve Üroloji değerlendirmesinde acil cerrahi girişim kararı alınmayan hastanın, Nöroşirurji değerlendirmesinde spinal kanal boyunda kord yaralanmasına bağlı şok tablosunda olduğu değerlendirildi. Thoracolumbar injury classification system (TLICS) skoru 6 olarak hesaplandı. İntravenöz kortizon tedavisine başlandı. Toraks tüpü uygulandı. Takibinde ikili inotrop desteğine rağmen hipotansif seyreden hastada kardiyak arrest görüldü. CPR'a yanıt alınamaması üzerine eksitus kabul edildi.

TARTIŞMA: Akut spinal kord hasarı, iki aşamada ortaya çıkar. Künt travmanın bir sonucu olan Birincil Aşama, hızlanma-yavaşlama mekanizması nedeniyle omurilik liflerinin kesilmesi ve yırtılmasıyla sonuçlanır. Aksonal yaralanma, kan damarlarının ve hücrel membranların bozulması gözlenir. İkinci Aşama, travmaya verilen fizyolojik yanıt sonucunda; inflamasyon ve iskemiden apoptoz/hekroza kadar gidiş ile sonuçlanan süreçtir. Başlangıç evresi klinik olarak "spinal şok" tablosuna yol açar (1). Spinal kord yaralanmalarının dörtte birinde, başka büyük sistem yaralanmaları eşlik eder ve bu durum morbiditeyi ve maliyet arttırır (2). Spinal kord yaralanması olan hastaların direkt travma merkezlerine transfer edilmeleri, sonucu olumlu etkiler (3). Erken dekompresyon cerrahisinin hasta sonuçlarını iyileştirdiği gösterilmişse de, zamanlaması konusunda tartışma devam etmektedir. Medikal tedavide kortikosteroidler düşünülse de etkinliği tartışmalıdır. Kan basıncının yönetimi (ortalama arteriyel basıncın ilk hafta 85'in üzerinde tutulması) önerilmektedir (1).

KAYNAKLAR:

1. Eli I, Lerner DP, Ghogawala Z. Acute Traumatic Spinal Cord Injury. Neurol Clin. 2021;39(2):471-488. doi:10.1016/j.ncl.2021.02.004
2. Chu, D., Lee, YH., Lin, CH. et al. Prevalence of associated injuries of spinal trauma and their effect on medical utilization among hospitalized adult subjects – a nationwide data-based study. BMC Health Serv Res 9, 137 (2009). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-137>
3. Ahn H., Singh J., Nathens A., et. al.: Pre-hospital care management of a potential spinal cord injured patient: a systematic review of the literature and evidence-based guidelines. J Neurotrauma 2011; 28: pp. 1341-1361.



TAM METİNLER

GENÇ KADIN HASTADA SANTRAL RETİNAL ARTER OKLÜZYONU

GİRİŞ: Gözün arteriyel beslenmesi, iç karotid arterin kavernoöz kısmının bir dalı olan oftalmik arter yoluyla sağlanır. Oftalmik arterin bir dalı olan santral retinal arter, optik sinirle birlikte dünyaya girer ve birçok dalıyla retinanın iç katmanlarına hizmet eder. Santral retinal arter tıkanıklığında normalde retina dolaşımının hizmet verdiği iç retina katmanları ölür. Görme kaybına neden olan da budur. Hastalar ani, ağrısız monoküler görme kaybıyla başvururlar[1,3]. Santral retinal arter tıkanıklığı, ani ve görmeyi tehdit eden oftalmik bir acil durumdur ve retrobulber anestezi, orbital travma, orbital mukormikozis, karotid arter hastalığı veya atrial miksoma gibi orbita veya sistemik hastalıklara bağlı gelişebilir. Santral retinal arter tıkanıklığı erkeklerde daha sık görülme eğilimindedir. Yaklaşık 50.000-100.000 kişiden 1'inde görülür ve ortalama yaş 60-65'tir [2,3,4,5]. Ancak bizim vakamız da olduğu gibi 22 yaş kadın hastada da nadir de olsa görülebilmektedir.

OLGU: 22 yaş kadın hasta başvurudan yaklaşık 6 saat önce sağ gözde ani başlayan görme kaybı nedeniyle dış merkezden tarafımıza yönlendirilmiştir. Hastanın bilinen hastalık öyküsü mevcut değildi. Alkol, sigara kullanımı bulunmamaktaydı. Fizik muayenesinde sol göz doğal, görme tamdı. Sağ gözde pupil middilate, iris doğal, lens doğal. Yapılan göz dibi muayenesinde maküladada chery red spot mevcut, arka kutup soluk ve iskemik görünümdeydi. Sağ gözde direk ışık refleksi negatif, indirek ışık refleksi pozitif; sol gözde direk ışık refleksi pozitif, indirek ışık refleksi negatifti. Sağ göz hareketleri doğaldı. Görme dışındaki fizik muayene doğaldı. Başvuruda yapılan kan tahlillerinde akut patoloji bulunmamaktaydı. Santral patolojiler açısından yapılan beyin bilgisayarlı tomografisi ve beyin diffüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde akut patoloji saptanmadı. Hastada yapılan fizik muayene ve göz dibi muayenesinde santral retinal arter oklüzyonu düşünüldü. Hastaya 300 mg asetilsalisilik asit verildi ve hiperbarik oksijen tedavisi uygulandı. Hastaya hiperkögülopati durumları dahil metabolik rahatsızlıkların araştırılması için dahiliye / romatoloji poliklinik kontrolü önerildi.

SONUÇ: Santral retinal arter tıkanıklığı, ani görme kaybı ile karakterize oftalmolojik bir acildir. Anamnez ve fizik muayene ile erken tanı konularak hızlıca ilgili branşa yönlendirilmesi önem arz etmektedir. Sonrasında ise etyolojisinin araştırılabilmesi için ilgili branşlara yönlendirilmelidir. Bu vaka sunumumuz genç kadın hastada santral retinal arter tıkanıklığı olabileceğini bildirmek için yapılmıştır.

KAYNAKLAR:

1. Hendriksen S, Cooper JS. Hyperbaric Treatment of Central Retinal Artery Occlusion. 2024 Feb 1. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 28613728.
2. Parlakfikirer N, Tuzcu E, Coşkun M, İlhan Ö, Ayıntap E, Keskin U, Öksüz H. OFTALMİK ARTER TIKANIKLIĞI. Mktıf. 2015;3(12):58-60.
3. Farris W, Waymack JR. Central Retinal Artery Occlusion. 2023 Sep 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 29262124.
4. Madike R, Cugati S, Chen C. A review of the management of central retinal artery occlusion. Taiwan J Ophthalmol. 2022 Aug 18;12(3):273-281. doi: 10.4103/2211-5056.353126. PMID: 36248088; PMCID: PMC9558462.
5. Celebi ARC. Hyperbaric Oxygen Therapy for Central Retinal Artery Occlusion: Patient Selection and Perspectives. Clin Ophthalmol. 2021 Aug 13;15:3443-3457. doi: 10.2147/OPHT. S224192. PMID: 34413628; PMCID: PMC8370578.



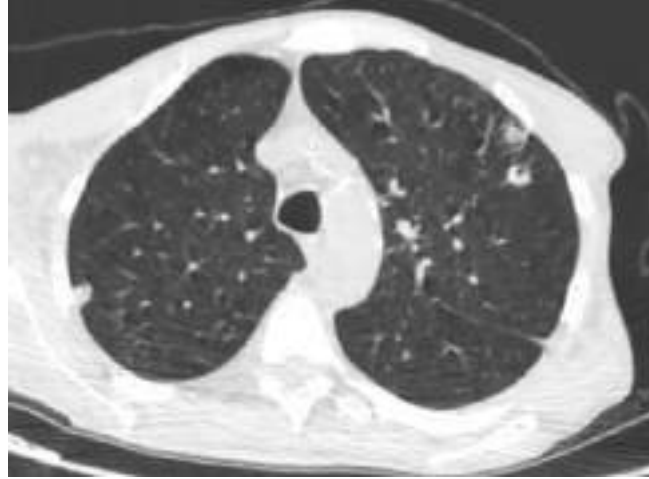
TAM METİNLER

ENFEKTİF ENDOKARDİT OLGU SUNUMU

GİRİŞ: İnfektif endokardit [İE] ; bakteriyel, viral veya fungal mikroorganizmaların neden olduğu yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bir hastalıktır. İE'te sık olarak ateş, titreme, iştahsızlık, kilo kaybı, halsizlik, baş ağrısı, kas ağrısı, eklem ağrısı ve gece terlemesi görülmektedir. Ateş, yeni kardiyak üfürüm, anemi ve splenomegali gibi tüm klasik bulgular her zaman bir arada bulunmadığından klinik tablo değişkenlik gösterebilmektedir. Bu nedenle açıklanamayan ateşi olan her hastada infektif endokardit de akla gelmelidir. İE komplikasyonları sistemik enfeksiyonlar, kardiyolojik, nörolojik, renal, muskuloskeletal sistem ve pulmoner komplikasyonlar gibi çeşitli sistemlerde karşımıza çıkabilmektedir. Komplikasyon olasılığı; enfekte eden patojene, tedaviden önceki hastalık süresine ve altta yatan komorbiditelerle bağlı olarak değişebilmekte olup aynı anda birden fazla komplikasyon ortaya çıkabilir. İnme, İE'nin en önemli nörolojik komplikasyonudur ve tüm vakaların %20-40'ını komplike hale getirir [1,2]. Karaciğer sirozu immün fonksiyon bozukluğu ve artan bakteriyel enfeksiyon oluşumu ile ilişkili olmasına rağmen, bu hastalarda İE nadiren teşhis edilir [3]. Prognoz, enfektif patojenin virülansına, ikincil komplikasyonların ortaya çıkmasına, önceden var olan komorbiditelerle ve doğal veya protez kapağın varlığına bağlı olarak büyük ölçüde değişebilir. Hastanede ölüm oranı %18 civarında seyrediyor, bir yıllık ölüm oranı ise %40'a ulaşır[4]. Bizim vakamızda ateş, halsizlik nedeniyle başvuran 60 yaş erkek hastaya infektif endokardit tanısı konulmuş olup bu duruma septik embolik serebral enfarkt eşlik etmekteydi.

OLGU: 60 yaş erkek hasta ateş, halsizlik nedeniyle 112 tarafından acil servisimize getirildi. Hastanın uykuya meyilli olması, koopere olmaması ve hasta yakınlarının olmaması nedeniyle anamnez net olarak alınamadı. 112 ekibinden alınan bilgiye göre hastanın tek başına yaşadığı ve 15 gündür bacaklarda şişlik, halsizlik şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Öz bakımının kötü olduğu görüldü. Hastanın özgeçmişinde koroner arter hastalığı olduğu öğrenildi. Alkol ve madde kullanımı konusunda net bilgiye ulaşılamadı. Fizik muayenesinde solunum sesleri azalmıştı, pretibial ödem +/- mevcuttu. Harici muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Glasgow koma skalası: 12 ; Görsel Yanıt: 3, Sözel Yanıt: 4, Motor Yanıt: 5'ti. Harici muayenesi doğaldı. Başvuruda yapılan kan tahlillerinde ; üre: 101 mg/dl, kreatinin: 1.4 mg/dl, Na: 128 mmol/L, total bilirubin: 2.7 mg/dl, direk bilirubin: 1.9 mg/dl, inr: 1.85, prokalsitonin: 26.45 , bnp 222.2 pg/ml, high sensitive troponin I: 3125.8 ng/ L, hemoglobin : 6 g /dl, platelet: 28 x 10⁹/uL, wbc: 7.41 x 10⁹/uL, crp: 18.90 mg/dl, kan gazı: ph: 7.47 , PaCO₂ : 30.2 mmHg, HCO₃ : 21.3 mmol/L, lactat: 5.3 şeklinde patolojik değerleri mevcuttu.

Hastanın EKG'si sinüs ritminde ve nabız 110/dakika olarak görüldü. EKO: LVEF : % 60 , kalp boşlukları olağan, 1. derece mitral yetmezlik, 2-3. derece triküspit yetmezlik, triküspit kapak ventrikül yüzünde 21x14 mm boyutlarında amorfik vejetasyonla uyumlu görünüm izlendi. Yapılan görüntülemelerinde ise; beyin bilgisayarlı tomografisinde akut patoloji saptanmadı. Diffüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde septik embolik multiple dağınık yerleşimli iskemik alanlar mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde: her iki akciğer üst lobda amfizem bulguları, her iki akciğerde dağınık yerleşimli büyüğü solda 45 mm çapında birkaç adet kalın ve düzensiz duvarlı kaviter lezyon izlendi(tüberküloz?, Atipik enfeksiyon?)(şekil 1.).



Şekil 1. Toraks bilgisayarlı tomografi görüntüsü

Hasta İE ön tanısıyla yoğun bakıma yatırıldı. Takibinde genel durum kötü, şuuru açık, oda havasında spontan solunumda takip edilen hasta kontrol diffüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde lezyonlarda artış görülmedi. Takibinde kalp damar cerrahisi tarafından acilcerrahi düşünülmeyen hastaya antibiyoterapi ve ekokardiyografik takip önerilmiştir. Hasta yoğun bakım yatışının 16. gününde yaşamını yitirmiştir.

TARTIŞMA: Ateş ve halsizlik acil servise sık başvuru sebepleri arasındadır. Ateş etyolojisinde pek çok hastalık bulunabilmektedir; bu nedenle ayırıcı tanıda fizik muayene ve ilgili tetkikler önemli rol oynamaktadır. Açıklanamayan ateş bulunan her hastada düşünülmesi gereken bir tanı da infektif endokardittir. İE bakteriyel, viral veya fungal mikroorganizmaların neden olduğu yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bir hastalıktır[2,3,4]. Bu nedenle acil servis pratiğinde anamnez ve fizik muayene dahilinde düşünülmesi gereken bir tanıdır. Klinik olarak çok farklı tablolarla karşımıza çıkabileceği gibi çeşitli komplikasyonlar da gelişebilmektedir. Bizim vakamızda olduğu gibi iskemik inme, tüm vakaların %20-40'ında görülebilen en önemli nörolojik komplikasyonudur[1,2]. Mortalite ve morbidite oranları nedeniyle erken tanı ve tedavi önem kazanmaktadır.

SONUÇ: Ateş, halsizlik gibi semptomlar ile başvuran hastalarda birçok ayırıcı tanı düşünülmalıdır. Infektif endokardit yüksek morbidite ve mortalite oranı nedeniyle göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle multiple iskemik enfarkt alanları eşlik ediyorsa infektif endokardit ön planda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Yalçın D, Aybakan MN, Sürmeli R, Altunal LN, Kadanalı A. İskemik İnmenin Ender Etiyolojik Sebeplerinden Olan İnfektif Endokardit Tanılı 6 Olgu Sunumu. Bosphorus Med J 2021;8(Suppl: 1):24-27.
2. Dababneh, H., Hedna, V. S., Ford, J., Taimeh, Z., Peters, K., Mocco, J., & Waters, M. F. (2012). Endovascular intervention for acute stroke due to infective endocarditis: Case report. *Neurosurgical Focus FOC*, 32(2), E1. <https://doi.org/10.3171/2011.11.FOCUS11263>
3. KILIÇ ULU A, TÜTÜNCÜ E, sarı s, SAYAR SEFA M, Gürbüz Y, ŞENTÜRK ÇİÇEK G (2011). İnfektif endokarditin embolik komplikasyonları: İki olgu sunumu ve Ulusal literatürün irdelenmesi. , 179 – 183.
4. Yallowitz AW, Decker LC. Infectious Endocarditis. 2023 Apr 24. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 32491573.



TAM METİNLER

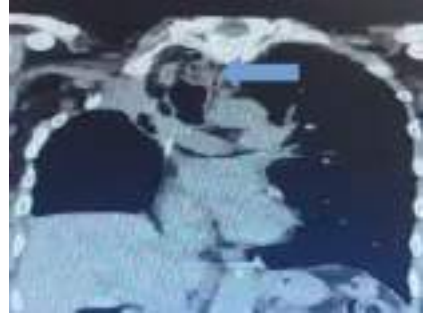
ÖZEFAGUSTA NADİR YABANCI CİSİM : KOKOREÇ

GİRİŞ: Özofagusta yabancı cisim veya gıda takılması, gastrointestinal sistemin sık karşılaşılan acillerindendir. Gastrointestinal yabancı cisimlerin çoğu gastrointestinal sisteme zarar vermeden spontan geçmektedir[1]. Tüm gastrointestinal yabancı cisimlerin %28-68'ini özofagus yabancı cisimleri oluşturur. Özofagus apendiks hariç mide barsak kanalının en dar yeridir ve anatomik darlıklarından dolayı yabancı cisimlerin sıklıkla takılabildiği bir organdır[2]. Özofagusta yabancı cisim veya gıda takılması, gastrointestinal sistemin sık karşılaşılan acillerindendir. Yabancı cisim yutulması veya özofagusta gıda takılması sıklıkla (%80) pediatrik yaş grubunda (6 ay - 6 yaş) görülmekle birlikte, erişkinlerde ise sıklıkla dişsiz olan bireylerde, psikiyatrik hastalığı olanlarda ve yoğun alkol kullanımı olan bireylerde görülmektedir[3]. Bu yazımızda yemek yerken boğazında takılma hissi sonrası başvuran 72 yaşında erkek hasta sunulmuştur.

OLGU: 72 yaşında erkek hasta yemek yerken boğazda takılma hissi ve sonrasında sıvı ya da katı oral alım sağlanamaması nedeni ile başvurdu. Bilinen metastatik akciğer kanseri mevcuttu. Fizik muayenesinde orofarenkste yabancı cisim görülmedi. Fizik muayenesinde solunum doğal, ral veya ronküs bulunmamaktaydı. Batın rahat, defans ve rebound bulunmamaktaydı. Hastanın kontrastsız boyun bilgisayarlı tomografisinde özofagusta yabancı cisim görülmekteydi.



Şekil 1. Özofagusta yabancı cisim tomografi aksiyel görüntüsü



Şekil 2. Özofagusta yabancı cisim tomografi koronal görüntüsü



Şekil 3. Özofagusta yabancı cisim tomografi sagittal görüntüsü

Hastanın yapılan endoskopisinde özofagusta 20. cm'de lümeni tama yakın tıkayan gıda artığı izlendi. Snare ile tutularak çıkarıldı. 25 cm'de lümenin dar olduğu izlendi.



Şekil 4. Özofagus yabancı cisim endoskopi görüntüsü

Hastaya acil serviste takibi tamamlandıktan sonra önerilerle taburcu edildi.

TARTIŞMA: Özofagus yabancı cisimleri, acil servise yutama şikayeti ile başvuran hastaların tanısı olabilmektedir. Yabancı cisim yutulması veya özofagusta gıda takılması sıklıkla (%80) pediatrik yaş grubunda (6 ay - 6 yaş) görülmekle birlikte, erişkinlerde ise sıklıkla dişsiz olan bireylerde, psikiyatrik hastalığı olanlarda ve yoğun alkol kullanımı olan bireylerde görülmektedir[3]. Çocuklarda daha çok metal para, pil gibi maddeler sık görülürken erişkinlerde et, kemik gibi gıdalar daha sık görülmektedir. Literatürde yemek kaşığı gibi nadir vakalar da mevcuttur[4]. Yerine ve türüne göre yabancı cismin uygun şekilde incelenmesi ve çıkarılması önemlidir[4]. Endoskopi ile cisimlerin çıkarılması sağlanabilir de bazı vakalar da cerrahi müdahale gerekebilir[1]. Bizim vakamız da yaşlı ve akciğer kanser nedeniyle tedavi almakta olan hasta yutama şikayeti ile başvurmuş olup endoskopi ile yabancı cisim özofagustan çıkarılabildiği.

SONUÇ: Yumuşak gıdalar gastrointestinal sistemde traktta kolay yol alabilse de kokoreç gibi yağlı bir besin yabancı cisim olarak karşımıza çıkabilmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Okuş A, Gürocak B, Ay S, Eşme H. Cerrahi Olarak Çıkarılan Özofagusta Dev Kemik Parçası. Genel Tıp Derg. 2016;26(1):23-5.
2. Uyanıkoğlu, A., Sert, U., Sert, H., Cindoğlu, Ç. (2015). Yaşlı hastalarda servikal özofagustan yabancı cisim çıkarılması: 2 olgu sunumu. Endoskopi Gastrointestinal, 23(3), 89-92. <https://doi.org/10.17940/endoskopi.468746>
3. BİNİCİER, Ö. B., & BİNİCİER, H. Ç. (2022). Özofagusta Yabancı Cisime Yaklaşım: Geleneksel Derleme. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine, 7(1).
4. Kim SI, Jung SY, Song CE, Shim DB. Unusual Foreign Body, a Spoon, in the Esophagus of a Middle-Aged Female: A Case Report and Review of the Literature. Ear Nose Throat J. 2022 Jan;101(1):NP31-NP33. doi: 10.1177/0145561320942680. Epub 2020 Jul 22. PMID: 32697114.



TAM METİNLER

BASİLLER TEPE SENDROMU

Tamer Çolak¹, Süleyman Söker¹, Kemal Şener¹, Giray Altınok¹, Fırat Güneş¹, İnan Beydilli¹

¹Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

Serebrovasküler hastalıklar (SVH), nörolojik hastalıklar içinde en sık rastlanılan hastalıklardır(1). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre inme, vasküler bir neden dışında bir sebep olmaksızın, aniden yerleşip focal veya global serebral disfonksiyona yol açan, 24 saat ya da daha uzun süren veya ölümlü sonuçlanabilen klinik durumdur(2). Dünya ölüm istatistiklerine göre, kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü mortalite ve birinci morbidite nedenidir(1,3).

Akut iskemik inme tedavisinde giderek kullanımı artan endovasküler tedaviler ile ilgili bilgilerimiz son 3 yıl zarfında hızlı bir değişim göstermiştir. Umut kırıcı ve negatif sonuçlanan ilk çalışmaların ardından peş peşe gelen olumlu sonuçlar, endovasküler tedavinin yerini artık geri dönülmez bir şekilde sağlamıştır.

Vakamızda 1 saatlik bir öykü ile başvuran ve baziller tepe sendromu izlenen hastamızda başvurunun 2. saatinde mekanik trombektomi uygulanması sonrası nörolojik muayenesinde düzelme oluşan hastamızı paylaşmak istedik.

OLGU

43 yaşında bilinen hastalık öyküsü olmayan hasta 2 saat önce başlayan baş ağrısı ve baş dönmesi sonrasında 1 saat önce gelişen bilinç bulanıklığı ile hastanemize getirildi. Başvuru anında TA:230/140mmHg KTA:65/dk SPO2:%97,EKG normal sinüs ritmindeydi. Fizik muayenesi bilinç kapalı glasgow koma skalası 5(e1v1m3), dekortike postürde, pupiller anizkorik, bilateral babinski yanıtıydı. Diğer sistemik muayenesi doğaldı. Hasta monitorize edildi, solunum yolu açıklığını koruyamayan hasta orotrakeal entübe edildi ve serebrovasküler hastalık ön tanısı ile nikardipin infüzyonu başlandı. Yapılan görüntülemelerinde baziller arter distalinde trombüsle uyumlu dolum defekti izlenmiştir. Hastanın TA:175/110mmHg olması üzerine iv trombolitik başlanmıştır ve mekanik trombektomi yapılmıştır. Hastanın işlemler sonrasında acil servis takiplerinde anizkorisinde düzelme gözlenmiştir. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla nöroloji yoğun bakıma yatırılmıştır.

Hastanın yoğun bakım takibinde bilinç açılmış ve anizkorisi düzelmiştir. Ancak takip eden süreçte hastane kökenli enfeksiyon sonrası sepsis nedeniyle vefat etmiştir.

TARTIŞMA/SONUÇ

İnme, nörolojik hastalıklar içinde en sık görülen hastalık grubudur. Ölüm sebepleri içinde kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırayı almaktadır(1). Akut iskemik inmeli hastalarda serebral kan akımının olabildiğince erken sağlanması önemlidir. Vakamızda da olduğu gibi son 4-5 yıldır giderek artan endovasküler tedaviler hastalarda umut verici sonuçlar vermektedir. Distal internal karotid ya da proksimal orta serebral arterin proksimal oklüzyonu sonucu gelişen iskemik inme vakalarında; Mekanik trombektomi (MT), IV trombolitik ile birlikte fonksiyonel sonuçlanma olarak tanır. MT, reperfüzyonu sağlamak üzere; semptomların başlamasını takip eden 6 saat içindeki olası en kısa sürede uygulanmalıdır. ESO, ESMINT ve ESNR Kılavuzları incelendiğinde ilk 4.5 saat içerisinde IV trombolitik ile birlikte semptom başlanıcının ilk 6 saati içerisinde MT önerilmektedir. Bununla birlikte;MT endike olan hastalarda IV trombolitik tedavi geciktirilmemeli ayrıca IV trombolitik kullanımı nedeniyle de MT geciktirilmemelidir. MT, endikasyonu olduğu anda, olası en kısa süre içinde uygulanmalıdır.[4]

Bizim hastamız nadir görülen serebrovasküler hastalık olan Baziller tepe sendromu, iskemik inmeler içinde yaklaşık %1-4 yer tutar ve tanım olarak; baziller arterin ikiye ayrıldığı tepe veya kıvrıldığı parçasında emboli sonucu baziller arterden sulanan beyin sapı ve alt serebral, serebellar alanlarda infarkt sonucu ortaya çıkar. Üst beyin sapı, talamus, temporal ve oksipital bölgeler etkilenir. Semptomlarına baktığımızda motor bozukluklar (68%), anormal göz hareketleri (48%), serebellar disfonksiyon (40%), bilinç düzeyinde değişiklik (32%), görme alanı bozuklukları (20%), pupil anormallikleri (16%) görülebilir.[5] Literatürde nörolojik defisitler dışında sadece karakter değişiklikleri ile karakterize semptomlar tanı almış vakalarda mevcuttur. Ayrıca baziller arter trombüsleri sonrası olan bir diğer sendrom ise Locked-in sendromudur. Tanım olarak kuadripleji, mutizm ve korunmuş bilinç ile karakterize nörolojik bir tablodur. Korunan tek istemli hareket genellikle vertikal göz hareketi ve göz kapağı hareketidir. Yaşlı komorbid hastalarda ani gelişmiş karakter değişikliği ile gelen hastalarda da serebrovasküler olaylar hakkında dikkatli olunmalıdır. Akut basiller arter trombozunda iyileşme rekanalizasyon ile ilişkilidir (6). intravenöz tedavi ile rekanalize olmayan seçilmiş vakalarda endovasküler yöntemler önerilmektedir (7). Sonucu belirleyen önemli parametrelerden biri de rekanalizasyon zamanıdır.

Bu vakamızda mekanik trombektomi endikasyonu olan ve nadir görülen bir serebrovasküler hastalık olan basiller tepe sendromlu hastamızı paylaşmak ve mekanik trombektominin önemini vurgulamak istedik.

REFERANSLAR

1. Oğul E. Beyin Damar Hastalıkları. İçinde: Oğul E, editör. Klinik Nöroloji. Nobel&Güneş Kitabevi; 2002.
2. WHO. Steps Stroke Manual: The WHO Stepwise Approach to Stroke Surveillance. Geneva, 2006, Last Updated on 27 January 2006.
3. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 2006;367:1747-57.
4. Powers W, Derdeyn C, Biller J, vd. 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015;46(10):3020-3035.
5. Caplan LR. 'Top of the basilar' syndrome. Neurology 1980;30(1):72-79.
6. Arenillas Lara JF. Acute basilar artery thrombosis. Neurologia. 2010 Oct;25 Suppl 1: 18-23.
7. Pfefferkorn T1, Mayer TE, Opherck C at al Staged escalation therapy in acute basilar artery occlusion: intravenous thrombolysis and on demand consecutive endovascular mechanical thrombectomy: preli minary experience in 16 patients. Stroke. 2008 May; 39(5):1496-500.



TAM METİNLER

GLİFOSAT ORAL ALIMI

Tamer Çolak¹, Süleyman Söker¹, Kemal Şener¹, Giray Altınok¹, xxxxxx¹, İnan Beydilli¹

¹ Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

Glifosat; geniş spektrumlu herbisitlerin en yaygın kullanılanlardan biridir[1]. Toksik maruziyetlerde antikolinesteraz etkileri ve organofosfat benzeri merkezi sinir sistemi etkileri yoktur. Çalışmalarda öne sürülen toksisite mekanizması oksidatif fosforilasyonu bozarak veya direkt olarak kardiyotoksik etkisi olduğu düşünülmektedir. Toksikitesiyle ilgili çalışmalarda birlikte dermal ve oral yolla alımlarda larinks ve trakeada hasarlanma, gastrointestinal sistemde yaralanmalar, akut böbrek yetmezliği, miyokard infarktüsü, kardiyojenik şok, metabolik asidoz, koagülopati ve ölüme neden olduğu vakalar raporlanmıştır[2,3].

Bizim vakamızda glifosat içerikli Roundup isimli zirai ilaç su şişesi içinde su ile karışık olarak oral yolla alım sonrası bulantı ve epigastrik ağrı ile gelen bir hastayı paylaşımak istedik.

VAKA

18 yaşında erkek hasta hastanemize dış merkezde yoğun bakım yerin ihtiyacı nedeniyle ilçe devlet hastanesinden askom kararı ile 112 eşliğinde getirildi. Dışmerkez başvurusundan 30 dakika kadar önce glifosat içerikli roundup isimli herbisit 50-60cc kadar yanlışlıkla içme sonrası başlamış. Dışmerkezde gastrik lavaj ve aktif kömür uygulanması sonrası sevk edilmiş. Başvurusundaki vital bulguları TA:130/75mmHg, nabız 80/dk, oksijen saturasyonu %97 olarak alındı. Fizik muayenesinde bilinç açık ortante koopere, gks 15, nörolojik muayenesi doğal, dinlemekle solunum sesleri bilateral eşit ve doğal, batını rahat, orofarenks hiperemik izlendi. Hasta monitorize edildi ve ekg çekildi. Ekg normal sinüs ritminde hızı 82/dk ve ST/T değişikliği izlenmedi ve kan gazı doğal sonuç aralıklarında izlendi. IV hidrasyon başlandı. Alınan kan tetkiklerinde patolojik sonuca rastlanmadı. Alınan maddenin korozyv etkilerini değerlendirmek amacıyla endoskopi planlandı. Yapılan endoskopiye evre 1 özefagus ve antrum hiperemisi dışında patoloji izlenmedi. Hasta yakın takip amacıyla dahiliye yoğun bakım ünitesine interne edildi. Takiplerinde glifosatu su ile dilue edilmiş olması nedeniyle herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu olmuştur.

TARTIŞMA

Bir pestisit türü olan Glifosat, zirai ilaçlama da yaygın olarak kullanılır. Uzun yıllar insan sağlığı üzerine zararlı etkisi olmadığı düşünüldükten kullanılmıştır. Ancak ilaç üzerinde yapılan çalışmalar kardiyovasküler sistem dışı kanserlerini de içeren (özellikle nonHodgkin lenfoma) kronik kullanım maruziyeti olduğunu gösterdi [4].

Glifosatlardan toksisite mekanizması bitkiler üzerinde şikimid asit yolu ile oluşmaktadır. İnsan metabolizmasında bu metabolik yol olmaması nedeniyle toksisitesi daha nadir görülmektedir. İnsanda hücresel düzeyde toksisite mekanizması oksidatif fosforilasyonu ve hücresel düzeyde protein sentezi, mitokondriyal enerji yollarını bozarak veya direkt olarak kardiyoyoksik etkisi olduğu düşünülmektedir. Hücresel etkilerinin yanı sıra glifosat ve yüzey aktif bileşenleri asidik etkisiyle farenks, gastrointestinal sistem ve trakeada korozyv etkiler gösterir. Oral yolla alındıktan sonra %30-36 oranında emilir ve plazmada 6 saatte en yüksek konsantrasyonuna ulaşır. Çok az miktarda metabolizmaya uğrar ve çoğunlukla değişmeden gaita ve ikincil olarak idrar ile atılır. Oral alım ile lokal etkiler dışında sistemik şiddetli etkiler de mevcuttur. Oral alımı olan vakalar gastrointestinal hemoraji ve larinks obstrüksiyonu olan vakalar raporlanmıştır. Yüksek dozda ve şiddetli toksisite gözlenen olgularda akut böbrek yetmezliği, miyokard infarktüsü, kardiyojenik şok, metabolik asidoz, intravasküler koagülasyon ve ölüm nedeni olabilmektedir [5-6]. Literatürde glifosat alımı sonrası akut obstrüktif laringotrakeobronşit ve akut pulmoner ödem gelişen vakalar raporlanmıştır [7-8].

Glifosat toksisitesinin antidot tedavisi yoktur. Tedavinin genel yönelimi destek tedaviler üzerinedir.

Akut yüksek doz alımı olan hastalarda böbrek hasarı, hiperkalemi, akciğer ödemi ve metabolik asidozun mortalite olasılığı daha yüksektir[9] Erken böbrek yerine koyma tedavisi prognozu iyileştirebilir ancak bunu destekleyecek bir kanıt yok.

Han ve arkadaşlarını yaptığı çalışmada; IV lipid tedavisinin lipofilik olan glifosatin kardiyotoksik etkisini azalttığı ve inotropa dirençli hastaların sağkalımını artırdığına dair önerilerde bulunmuş ancak çalışma yeterli kanıt düzeyine sahip değildir.[10] Spesifik bir antidotu yoktur ve tedavisi destek tedavidir.

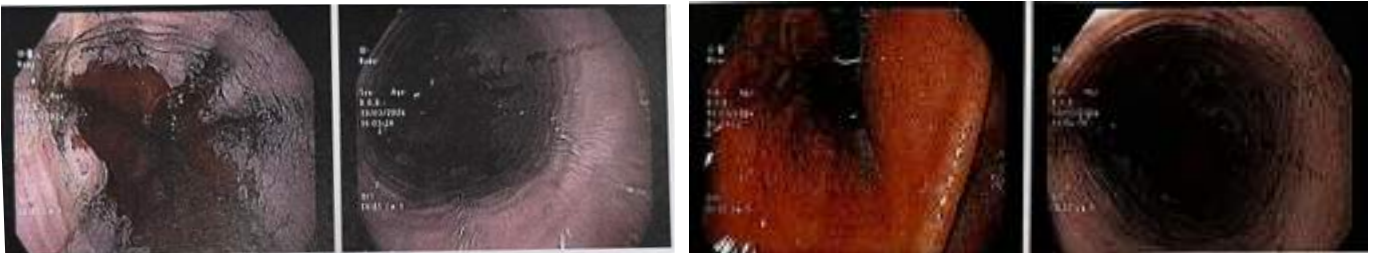
Sonuç olarak glifosat; geniş spektrumlu herbisitlerin en yaygın kullanılanlardan biridir ancak antikolinesteraz etkileri ve organofosfat benzeri merkezi sinir sistemi etkileri yoktur. Bu etkiler yerine larinks ve trakeada hasarlanma, gastrointestinal sistemde yaralanmalar, akut böbrek yetmezliği, kardiyotoksik, metabolik asidoz, koagülopati etkileri mevcuttur.

Wolfgang Boedeker, Meriel Watts, Peter Clausen ve Emily Marquez'in yaptığı ve BMC Public Health isimli dergide yayımlanan araştırmaya, 1990'da yıllık yaklaşık 25 milyon olan pestisit zehirlenmesi sayısı, 2020'de 385 milyona yükseldi. Bu yükselişin nedeni, 30 yıl içerisinde pestisit ve herbisit kullanımının dünya genelinde yüzde 81 artmış olmasıydı. Tarım ve Orman Bakanlığı'nın geçmişte açıkladığı verilere göre 2001 yılında Türkiye genelinde kullanılan Glifosat miktarı 305 ton olarak belirtilmiştir. Bu değer 2013 yılı itibarıyla 15 kat artarak 4 bin 500 ton civarına çıkmış ve bu sayı 2018 yılında ise 8bin tonu bulmuştur ve giderek artmaktadır. Sık kullanılan bu zirai ilacın akut toksikasyonunu vurgulamak için vakamızı paylaştık.

REFERANS

- 1:Gill, J.P.K.; Sethi, N.; Mohan, A. Analysis of the glyphosate herbicide in water, soil and food using derivatising agents. Environ. Chem. Lett. 2017, 15, 85–100.
- 2: Zouaoui, K.; Dulaurent, S.; Gaulier, J.M.; Moesch, C.; Lachâtre, G. Determination of glyphosate and AMPA in blood and urine from humans: About 13 cases of acute intoxication. Forensic Sci. Int. 2013, 226, e20–e25.
- 3:Gress S, Lemoine S, Seralini GE, Puddu PE. Glyphosatebased herbicides potentially affect cardiovascular system in mammals: Review of the literature. Cardiovasc Toxicol 2015;15(2):117-26.
4. Paumgarten FJR. Glyphosate exposure, cardiovascular diseases and cancer risks. J Public Health Emerg 2017;1:15.
5. Roberts DM, Buckley NA, Mohamed F, et al. A prospective observational study of the clinical toxicology of glyphosate-containing herbicides in adults with acute self-poisoning. Clin Toxicol (Phila) 2010;48(2):12
- 6.Sawada Y, Nagai Y, Ueyama M, Yamamoto I. Probable toxicity of surface-active agent in commercial herbicide containing glyphosate. Lancet 1988;1:299
- 7.Thakur DS, Khot R, Joshi PP, Pandharipande M, Nagpure K. Glyphosate Poisoning with Acute Pulmonary Edema. Toxicol Int 2014;21:328-30.
- 8.Feng-lu Yang, Xiao Lu. Acute obstructive fi brinous laryngotracheobronchitis induced by severe glyphosate surfactant intoxication World J Emerg Med 2020;11(2):125–126
- 9.Stella J, Ryan M. Glyphosate herbicide formulation: A potentially lethal ingestion. Emerg Med Australas 2004;16:235-9.
- 10.Han SK, Jeong J, Yeom S, Ryu J, Park S. Use of a lipid emulsion in a patient with refractory hypotension caused by glyphosate-surfactant herbicide. Clin Toxicol(Phila) 2010;48:566-8.

Endoskopi Görüntüleri





TAM METİNLER

YALANCI LÜMENDE RENAL ARTER

Tamer Çolak¹, Süleyman Söker¹, Kemal Şener¹, Giray Altınok¹, Yusuf Mistik¹, İnan Beydilli²

¹Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

Akut aort diseksiyonu, yüksek morbidite ve mortaliteye sahip, en sık görülen akut aort patolojisidir [1-2]. Akut aort diseksiyonu ölümcül komplikasyonlar (rüptür, stroke, kalp yetmezliği, tamponad) dışında visseral malperfüzyona bağlı komplikasyonları da bulunabilmektedir. Tip B Aort diseksiyonu toplumda 100.000/3-4 insidansla görülmele birlikte toplumun yaşlanması ile artmaktadır [3-4]. Aort diseksiyonunda visseral malperfüzyon, dinamik veya statik nedenlerden dolayı organa yetersiz kan sağlanmasıyla tanımlanır ve visseral arterin gerçek lümen, yalancı lümen veya kombine köken alması bağlı klinik tablolar oluşabilir. Hastaların visseral malperfüzyon açısından değerlendirilken öncelikle organ spesifik biyokimya değerleri ve serum laktat düzeyi ile değerlendirilmesi sonrasında bulgularla Bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA) gidilmesi önerilir [5-6]. Tip B Aort Diseksiyonu (TBAD) en sık malperfüzyon renal arter ve sonrasında böbrekte izlenir [7-8]. Kreatinin ve GFR malperfüzyon değerlendirmede yeterli hassasiyette değildir ve altın standart tanı yöntemi BTA'dır. Vakamızda yalancı lümen köken alan sağ renal arteri olan hastayı paylaşmak istedik.

VAKA

59 yaşında kadın hasta bilinen hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve 2 ay önce geçirilmiş pulmoner emboli öyküsü ve 7 ay önce tanı almış TBAD mevcuttu. Aorttan herhangi bir cerrahi işlem uygulanmamış ve takipteki hasta hastanemize sağ yan ağrısı ve sırt ağrısı ile 112 aracılığı ile başvurdu. Başvuru anında vitalleri; TA:145/85mmHg, KTA:85, oksijen saturasyonu %94 idi. EKG'si normal sinüs ritmindeydi. Fizik muayenesinde genel durumu iyi bilinç açık, sağ kostovertebral açı hassasiyeti pozitif ve batin diğer kadrantları rahatı ayrıca diğer tüm sistemik muayenesi doğaldı. Hastanın yatak başında acil serviste yapılan USG de her iki böbrekte belirgin patoloji ve boyut farkı izlenmedi, değerlendirilebildiği kadaryla abdominal aorttaki flep dışında anevrizmatik bir alan izlenmedi. Ve serbest mayi görülmüdü. Hastaya analjezik tedavi verildi ve kan tetkikleri alındı. Kan tetkikleri sonucunda; Kre: 0,6mg/dL, üre:28mg/dL AST/ALT:25/22mg/dL izlendi ve elektrolit, hemogram değerleri normal aralıkta ve 15 gün önceki kanları ile benzer değerlerdedi. Hastaya mevcut diseksiyonun bir komplikasyonunu değerlendirmek amacıyla BTA çekildi. Çekilen BTA'de sağ renal arterin yalancı lümen köken aldığı ancak kontrast geçişi olduğu izlendi. Ancak sağ renal parankimin sola göre bir miktar atrofik olduğu izlendi. Hastaya analjezi ve hidrasyon başlandı. Kalp damar cerrahisi ve üroloji tarafından acil cerrahi girişim düşünülmeden ve takipte ağrıları gerileyen hasta mevcut haliyle taburcu edilmiştir ve poliklinik takiplerine yönlendirilmiştir.

TARTIŞMA/SONUÇ

Aort duvarında intima tabakası ile media tabakası arasında oluşan bir yırtık sonucu, intima tabakasının kan akımı önünde distale doğru ayrılması aort diseksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Aort diseksiyonunda aorttan intima ve media tabakasındaki bir yırtılma sonucunda kanın bu iki tabaka arasında ilerlemesi ile gerçek lümen ve yalancı lümen meydana gelir. İntima ve media arasına dolan kan ile oluşan lümen yalancı lümen olarak tanımlanırken aortun intima tabakasının çevrelediği aort lümeni ise gerçek lümen olarak tanımlanır. İki lümen arasında ayırım yapılabilmesi için USG, BTA veya MR ile görüntüleme yapılmalıdır.

Aort diseksiyonları anatomik olarak çıkan aortun diseksiyon olup olmamasına göre tip a ve b olarak sınıflandırılır. Tüm aort diseksiyonları içerisinde Tip A %60'ını Tip B ler %40'ını oluşturur. Tip A diseksiyonlar her saat %2 mortalite artışı nedeniyle cerrahi takip edilirken; Tip B diseksiyonlar acil cerrahinin riski yüksek olması nedeniyle medikal takibe daha uygun görülmektedir.

Aort diseksiyonunda en yaygın şikayet, ani başlayan, şiddetli göğüs ve/veya sırt ağrısıdır. Ağrı; sırt, boyun ya da batına yayılabilen, keskin, yırtıcı bir ağrı olarak tanımlanabilir. Bunun yanı sıra hastalarda dispne, terleme, kanlı ishal, karın ağrısı, bulantı ve kusma gibi genel semptomlar bulunabilir, bu spesifik olmayan semptomlar, kötü prognozlu malperfüzyon sendromunun belirtileri olabilirler. Renal arter stenozu ve böbrek malperfüzyonu sık görülen visseral komplikasyonlardır [9].

Aort diseksiyonu aracı malperfüzyon en sık böbrekte izlenir. Renal malperfüzyonun böbrek üzerine etkisi fonksiyon kaybı ve renal volüm kaybıdır. Tedavi edilmeyen böbrek malperfüzyonu kronik böbrek yetmezliği sebebi olabilir. Böbrek malperfüzyon tanısı koymak zorludur. Hastalar karın ağrısı, yan ağrısı veya oligüri/anüri gibi semptomlar ile hastaneye başvuru olabilir. Ancak tek bir böbrek bile yeterli iş yükünü oluşturabileceği için erken dönemde kreatinin yükselmesi ve GFR düşüşü gözlenmeyebilir.

Kreatinin ve GFR malperfüzyon değerlendirmede yeterli hassasiyette değildir. Renal atrofiyi izlemek için BTA ve renal volüm takibinde ise USG/MR/DSA önerilmektedir [7-8]. Ancak bu görüntülemeler klinik kullanımı ve tekrarı zordur. Renal volüm; renal arter perfüzyonunun iyi bir göstergesidir [11].

Yapılan çalışmalarda TBAD sonrası takip edilen hastaların %43'ünde renal volümde azalma izlenmiş. Vautrin ve arkadaşlarını yaptığı çalışmada 22 hastanın 6 tanesinde 5-58 aylık süreçte bu volüm kaybı >%20 olarak izlenmiştir. [12]

Aort diseksiyonlarında tedavinin amacı ölümün ve abdominal organlarla beraber, alt ekstremitenin geri dönüşsüz iskemik hasarının önlenmesidir. Aort diseksiyon tanısı alan hastalarda acil hekiminin primer görevi, hastanın stabilize edilmesi ve acil cerrahi konsültasyonunun sağlanmasıdır. Anatomik lokalizasyonuna bakılmaksızın, tüm diseksiyon hastaları için acil cerrahi değerlendirme gereklidir.

Aort diseksiyonunun acil medikal tedavisinde, kan basıncının düşürülerek hasta stabilizasyonunun sağlanması gerekir, bu amaçla beta-bloker ilaçlar, ilk tercih edilecek ilaçlardır. Ventriküler hızı ve iş yükünü, dolayısıyla aort üzerine binen stresi azaltırlar. Hızlı etki başlangıcı için, çeşitli intravenöz ajanlarda kullanılabilir [10].

Bizim hastamızda da olduğu gibi false lümen çıkan renal arterin renal perfüzyonda azalmaya bağlı sağ flank ağrı ile gelmiştir. Acil hekimleri, özellikle ileri yaştaki hastalara renal kolik tanısı koyarken dikkatli olmalı, alta yatan aort diseksiyonu gibi ölümcül bir hastalığı göz ardı etmemelidirler. Ayrıca kronik aort diseksiyonlu medikal takipli hastaların organ malperfüzyonu açısından risk altında olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

REFERANSLAR

- [1] Ehrlich MP, Ergin MA, McCullough JN, Lansman SL, Galla JD, Bodian CA et al. Results of immediate surgical treatment of all acute type A dissections. Circulation 2000;102:III248-52. doi:10.1161/CIRC.102. SUPPL_3.III-248.
- [2] Trimarchi S, Nienaber CA, Rampoldi V, Myrmet L, Suzuki T, Mehta RH et al. Contemporary results of surgery in acute type A aortic dissection: the International Registry of Acute Aortic Dissection experience. J Thorac Cardiovasc Surg 2005;129:112-22
- [3] Clouse WD, Hallett JW Jr, Schaff HV, Spittell PC, Rowland CM, Ilstrup DM, et al. Acute aortic dissection: population-based incidence compared with degenerative aortic aneurysm rupture. Mayo Clin Proc 2004;79:176-80.
- [4] Rimbaut V, Böckler D, Brunkwall J, Cao P, Chiesa R, Coppi G, et al.; Esvs Guidelines Committee. Editor's Choice - Management of Descending Thoracic Aorta Diseases: Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg 2017;53:4-52.
- [5] Nishigawa K, Fukui T, Uemura K, Takanashi S, Shimokawa T. Preoperative renal malperfusion is an independent predictor for acute kidney injury and operative death but not associated with late mortality after surgery for acute type A aortic dissection. Eur J Cardiothorac Surg 2020;58:302-8.
- [6] Crawford TC, Beaulieu RJ, Ehler BA, Ratchford EV, Black JH. Malperfusion syndromes in aortic dissections. Vasc Med 2016;21: 264-73
- [7] Crawford TC, Beaulieu RJ, Ehler BA, Ratchford EV, Black JH 3rd. Malperfusion syndromes in aortic dissections. Vasc Med 2016;21:264-73.
- [8] Verhoye JP, De Latour B, Heautot JF. Return of renal function after endovascular treatment of aortic dissection. N Engl J Med 2005;352:1824
- [9] Tran TP, Khoynzhad A. Current management of type B aortic dissection. Vasc Health Risk Manag 2009; 5(1): 53- 63.
- [10] Braverman AC. Acute Aortic Dissection: clinician update. Circulation 2010; 122(2): 184-188.
- [11] Hueper K, Gutberlet M, Rong S, Hartung D, Mengel M, Lu X, Halter H, Wacker F, Meier M, Gueller F. Acute kidney injury: arterial spin labeling to monitor renal perfusion impairment in mice-comparison with histopathologic results and renal function. Radiology 2014;270:117-24.
- [12] Nikolaos TSILIMPARIS, Carlota F. PRENDES, Franziska HEIDEMANN, Ruth JACOBI, Fiona ROHLFFS, Sebastian E. DEBUS, Konstantinos SPANOS, Tilo KÖLBEL. Impact of true or false lumen renal perfusion after type B aortic dissection on renal volume. The Journal of Cardiovascular Surgery 2022 April;63(2):124-30
- [13] Vautrin E, Thony F, Chavanon O, Hannachi I, Barone-Rochette G, Pierre H, et al. [Aortic dissection spread to the renal arteries: role of renal volumetry after angioplasty]. Ann Cardiol Angeiol (Paris) 2012;61:203-8.



TAM METİNLER

ACIL SERVİSE BAŞVURAN VE İSKEMİK SEREBROVASKÜLER OLAY (SVO) TANISI ALAN HASTALARIN DEMOGRAFİK VERİLERİNİN VE EK HASTALIKLARIN İNCELENMESİ

Şenol ARSLAN¹, Nürda GÜNDOĞDU², Nazım Onur CAN¹, Furkan AKPINAR¹

1. Erzurum Şehir SUAM, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ: İskemik serebrovasküler olay (SVO) beyin perfüzyonunu sağlayan damarlarda tıkanıklığa bağlı olarak beyin hücrelerinde oluşan hasar olarak tanımlanmaktadır. Hipertansiyon, atriyal fibrilasyon, diyabet, ileri yaş, dislipidemi, sedanter yaşam, sigara içiciliği SVO için risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (1). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 'inde ölümlerin en sık 5. nedeni ve tüm toplumlarda yetişkinlerde en önemli engellilik sebeplerindendir (2). Son yıllarda tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen hastanın şikâyetlerinin başlamasından tedavinin uygulanacağı ana kadar geçen sürenin SVO tanısı alan hastanın mortalite ve morbiditesi üzerindeki etkisi tedavide önemli yer tutmaktadır. Uygulanacak başlıca tedaviler intravenöz (IV) tromboliz ve mekanik trombektomidir. IV tromboliz için ilk 4.5 saat içinde, mekanik trombektomisi için ilk 6 saat içinde müdahalesi yapılmalıdır (3,4,5). Zaman önemli bir faktör olduğu için ilişkili risk faktörlerine sahip olan SVO hastasında acile başvuru anından itibaren en kısa sürede SVO tanısından şüphelenmek, tanıya yönelik görüntülemeleri yapmak ve uygun tedavinin başlanması büyük önem arz etmektedir. Bu sebeple hastalarda anamnez ve kronik hastalıklarının sorgulanması SVO tanısında şüphe oluşturup ileri tetkik ve tedaviye yönelmek anlamında SVO yönetiminde önemli yer tutmaktadır. Aynı zamanda SVO engelliliğinin önde gelen sebeplerinden olması nedeniyle tanı anında hastanın prognozunu, yatış süresini öngörebilmek ve ona yönelik hastane takibini ve tedavi düzenlemesini yapmak, erken rehabilitasyona başlamak hastanın morbiditesini etkilemektedir. Bu çalışmamızın amacı acil servise başvuran ve iskemik inme tanısı alan hastaların ek hastalıklarının tespit etmek ve hastalar için risk faktörü olabilecek hastalıkları belirleyerek erken klinik şüphenin oluşmasını kolaylaştırmak ve erken tanı koymayı sağlamaktır.

YÖNTEM: Çalışmamızda 1 Ağustos 2023 ve 1 Şubat 2024 tarihleri arasında Erzurum Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniğinde iskemik SVO tanısı alarak hastanemize yatışı yapılan hastalar retrospektif olarak hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden tarandı. Çalışmamıza acilde çekilen kontrastsız beyin bilgisayarlı tomografi ve beyin difüzyon manyetik rezonans (MR) görüntülemesi ile iskemik SVO tespit edilen ve hastanemize yatışı yapılan 18 yaş üstü 76 hasta dahil edildi. Çalışma için bir veri toplama formu oluşturularak hastaların yaş, cinsiyet, ek hastalıkları, vital bulguları, hastanede toplam yatış gün sayısı ve yoğun bakım yatışı olduysa yoğun bakım yatış gün sayısı veri toplama formuna kaydedildi. Hastalara ait demografik veriler, kronik hastalıklar ve yatış süreleri tablo şeklinde sunuldu.

BULGULAR: Çalışmamızdaki sonuçlara göre hastaların %42'si kadın, %58'si erkek hastalardan oluşmaktaydı. Çalışmaya dahil edilen hastaların toplam yaş ortalaması 71.5 olarak bulundu. Kadınların yaş ortalaması 75.8 iken erkeklerin yaş ortalaması 67.4 olarak tespit edildi. Ayrıca çalışmaya dahil edilen hastaların 60 (%78.9) tanesini 65 yaş üstü hastalar oluşturmaktadır. 50 yaş altı genç hastalar ise çalışma popülasyonunun %7.8' ini oluşturmaktadır. Çalışmada elde edilen diğer bir bulguda ise hastaların hastanede ortalama yatış gün sayıları tüm hastalar için 9.6 gün, kadınlar için 8.6 gün erkekler için ise 10.4 gün olarak bulunmuştur. Ayrıca hastaların yoğun bakımda yatış gün sayıları ise tüm hastalar için 11.3 gün, kadınlar için 9.1 gün ve erkekler için ise 12.8 gün olarak bulunmuştur. Hastalarımızda en sık eşlik eden ek hastalık %51.3 oranı ile hipertansiyon iken 2. en sık gözlenen ek hastalık %34.2 oranla diyabetes mellitus olmuştur. Diğer ek hastalıklar sırası ile koroner arter hastalığı (%17), serebrovasküler olay öyküsü (%10.5), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%6.7), kronik böbrek yetmezliği (%5.3), kronik kalp yetmezliği (%5.3) ve maligniteler (%2.6) şeklindeydi. Çalışmamızda hastaların sahip oldukları ek hastalık sayısı ve hastanede kalış süreleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA: İskemik SVO erken klinik şüphe, erken tanı ve erken müdahale ile mortalite ve morbiditenin önemli oranda düşürüldüğü bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle acil servislere iskemik SVO tanısı alabilecek hastalarda anamnez, fizik muayene ve risk faktörler değerlendirilmesiyle erken klinik şüphe SVO yönetiminin önemli bir adımı oluşturmaktadır. Çalışmadan elde ettiğimiz verilere göre çalışmamızda erkek hasta oranı %58 ile kadın hasta grubundan fazla bulunmuştur. Literatürü incelediğimizde ise Kissela ve arkadaşları çalışmalarında kadınların iskemik SVO geçirme ihtimalinin erkeklerle oranla daha yüksek olduğunu belirtmiş olmalarına rağmen bizim çalışmamızda erkekler daha fazladır (2,6). Yine ülkemizde yapılan birçok çalışmada ve bizim çalışmamızda da tüm yaş gruplarında akut inmenin erkeklerde daha sık görüldüğü bulunmuştur (7).

Çalışmada bulduğumuz diğer bir bulguya göre tüm hastaların yaş ortalaması 71.5, kadın hastaların yaş ortalamaları 75.8 erkek hastaların ise 67.4 olarak saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada 64 yaş sonrasında iskemik SVO oranının kadınlarla daha yüksek olduğu gösterilmiştir (8). Bu bulgu, inme geçiren kadınların genel olarak erkek hastalardan daha yaşlı olduğu Gana'da yapılan bir çalışmayla benzerlik göstermektedir (9).

Çalışmadaki diğer bir bulguya göre 65 yaş üstü hastaların oranı %78.9 olarak tespit edilmişken 50 yaş altı genç hastaların oranı ise %7.8 olarak bulunmuştur. Yaş inme için önemli bir risk faktörüdür. Yapılan çalışmalarda inme geçirenlerin yaklaşık %70'inin 65 yaş üzerinde olduğu bildirilmiştir. Yine yapılan bir çalışmada genç hastalarda inme insidansı %5 olarak bulunmuş olup bizim çalışmamızla benzerdir (7).

Çalışmada elde ettiğimiz diğer bir bulguda hastaların hastanede ortalama yatış süreleri 9.6 gün olarak bulunmuştur. Bu konuda Malezya da yapılan bir çalışmada SVO hastaları için ortalama yatış süresi dört gün olarak bulunmuştur. Daha önce yapılan başka bir çalışmada ise ortalama yatış süresi 7 gün olarak tespit edilmiş olup bizim çalışmamızda yatış süresi daha uzun bulunmuştur. Yatış süresindeki bu farklılığa birden fazla faktörün katkıda bulunabileceği ve en iyi şekilde de farklı hastanelerdeki inme klinik yolundaki varyasyonlarla açıklanabilir (9).

Çalışmadaki diğer bir bulguya göre ise hastaların yoğun bakımda yatış gün sayıları tüm hastalar için 11.3 gün, kadınlar için 9.1 gün ve erkekler için ise 12.8 gün olarak bulunmuş olup erkek hastaların yoğun bakımında kalış sürelerinin daha uzun olduğu görülmektedir. Literatürde bakıldığında yapılan bir çalışmada iskemik SVO sebebi ile yoğun bakımda takip edilen hastaların ortalama yatış gün bakım yatış gün sayısı 7.5±8.5 olarak bulunmuştur (10).

Çalışmamızdaki diğer bir bulguda ise hipertansiyonun %51.3 yüzdeyle en sık görülen ek hastalık olduğu görülmüştür. Literatürde ise Cipolla ve arkadaşlarının çalışmasında hipertansiyon en önemli risk faktörü olarak sunulmuş olup bizim çalışmamızla benzer olduğu görülmüştür (11). İnme için bilinen en sık risk faktörlerinin hipertansiyon, diyabet ve kolesterol yüksekliği olduğu literatürde başka birçok çalışmada da gösterilmiştir (12). Hastane yatış süresini etkileyen faktörler üzerine Ismail ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçlarına benzer olarak bizim çalışmamızda da hastanede yatış süresi ve morbidite sayısı arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir (9).

SONUÇ: İskemik SVO hastalarında hipertansiyonun risk faktörleri içerisinde olduğu bilgisi şimdiye kadarki mevcut literatürde kabul edilmiş ve SVO klavuzlarında yerini almıştır. Ayrıca hasta yaşının da SVO hastalarında önemli bir risk faktörü olduğu yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu sebeple acil servise başvuran hipertansiyonu olan özellikle 65 yaş üstü hastalarda şikâyetleri doğrultusunda SVO açısından anamnez ve nörolojik muayene detaylandırılmalı, görüntüleme konusunda daha esnek davranılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELE: serebrovasküler olay, yaş, hipertansiyon

KAYNAKLAR

1. Caplan LR. Stroke: Etiology, classification, and epidemiology. 2022.
2. Boehme AK, Esenwa C, Elkind MS. Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. April 27, 2024 tarihinde National Library of Medicine. 2018.
3. Del Zoppo GJ, Saver JL, Jauch EC, et al. American Heart Association Stroke Council. Expansion of the time window for treatment of acute ischemic stroke with intravenous tissue plasminogen activator: A science advisory from the American Heart Association/ American Stroke Association. Stroke. 2009; 40: 2945–2948.
4. Hacke W, Kaste M, Fieschi C, et al. Intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator for acute hemispheric stroke. The European Cooperative Acute Stroke Study (ECASS). JAMA. 1995; 274:1017–1025.
5. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al. ECASS Investigators. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2008; 359:1317–1329
6. Kissela BM, Khoury JC, Alwell K, Moomaw CJ, Woo D, Adeoye O, et al. Age at stroke: Temporal trends in stroke incidence in a large, biracial population. Neurology. 2012; 79:1781–1787.
7. Kıyan S, Özşarac M, Erşel M, Aksay E, Yürüktümen A, Musalar E, Çevrim Ö. Acil servise başvuran akut iskemik inmeli 124 hastanın geriye yönelik bir yıllık incelenmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2009; 8(3): 15-20.
8. Özdemir G, Özkan S, Uzuner N, Özdemir Ö, Gücüyener D. Türkiye'de beyin damar hastalıkları için majör risk faktörleri: Türk çok merkezli strok çalışması. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi. 2000; 6(2): 31-35.
9. Ismail A, Reffien MAM, Ibrahim NM, Sobri HNM, Abidin NDIZ, Rusli SASS, et al. Factors associated with length of stay for patients with stroke in malaysia. Global journal on quality and safety in healthcare. 2020; 3(4): 134-138.
10. Arslan Z, Özmen Ö, Çömez M. Reanimasyon yoğun bakım ünitesindeki iskemik strok hastalarının mortalitesini etkileyen faktörler. The Medical Journal of Mustafa Kemal University. 2016; 7(26).
11. Cipolla MJ, Liebeskind DS, Chan SL. The importance of comorbidities in ischemic stroke: Impact of hypertension on the cerebral circulation. April 25, 2024 tarihinde National Library of Medicine. 2018.
12. Kumral E, Balkır K. İnme epidemiyolojisi. Balkan S, editörler. Serebrovasküler Hastalıklar. Ankara: Güneş Kitabevi. 2002; s. 38–47.



TAM METİNLER

VARİCELLA ZOSTER SONRASI GELİŞEN VİRAL ENSEFALİT OLGU SUNUMU

¹Hasan Kürşad KORKMAZ, ¹Gamze ALSU, ²Dilay SATILMIŞ

SBÜ Sultan 2 Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Ensefalit, beyin parankiminin geçirilmiş viral veya bakteriyel enfeksiyon sonrası veya otoimmün sebeplere bağlı olarak gelişen inflamasyonuna denir(1). Her yıl İngiltere'de yaklaşık 6000 hasta ensefalit sebebi ile hastane yatışı olmaktadır(2). Mortalite oranları %5-20 arasında değişen ensefalitin acil servislerde erken tanı alması ve tedavisinin başlanması hasta prognozuna doğrudan etkilemektedir(3). Bu vaka sunumumuzda acil servisimize öyküsünde Varicella Zoster Virus(VZV) etmenli Herpes Zoster öyküsü olan hastanın, başvuru anından itibaren tanı ve tedavi sürecine dikkat çekmeyi planlıyoruz.

VAKA SUNUMU

66 yaşında erkek hasta, acil servisimize baş dönmesi ve bilinç değişikliği sebebi ile getirildi. Hastanın bilinen diabetes mellitus tanısı mevcuttur. Hasta ve hasta yakınlarından alınan detaylı anamnezde, hastanın 1 ay önce geçirilmiş trigeminal sinirin 1. kolunu tutan Herpes Zoster öyküsü olduğu ve bunun için tedavi aldığı öğrenildi. Hastanın acil servis takiplerinde vital bulguları; kan basıncı 159/106mmHg, nabızı 76/dk, SpO2'si 95(oda havasında) ve ateşi 36,7°'di. Genel durumu iyi, GKS:15 olup, hasta oryante ve koopere idi. Nörolojik muayenesinde belirgin nörolojik kusura saptanmadı. Acil serviste takipleri esnasında yer, zaman oryantasyonunu kaybettiği fark edilen hastada, ön planda akut iskemik serebrovasküler olay düşünülüp, kontrastlı baş ve boyun bilgisayarlı tomografik anjiyografi çekildi. Yapılan görüntülemelerde akut iskemik ve hemorajik bulguya saptanmayan hasta, Nöroloji kliniğine konsülte edildi. Kontrol difüzyon sekansında manyetik rezonans görüntülemesi yapıldı(Resim 1). Hastanın mevcut bilinç bozukluğu ve geçirilmiş VZV enfeksiyonu sebebi ile ön planda menenjit ve ensefalit düşünülüp Enfeksiyon Hastalıkları ile lomber ponksiyon(LP) ile beyin-omurilik sıvısı(BOS) tetkiki planlandı. Hastanın yapılan kan tetkiklerinde ve LP sonuçlarında, WBC: 7,32 10³/mm³, Neu%: %75,3, Neu:# 5,510³/mm³, CRP: 12,35, Kre: 0,65mg/dl, Üre: 24 mg/dl, BOS WBC: 0 10⁹/l, BOS RBC: 0 10¹²/l, BOS PMN: 0 10⁹/l, BOS glukoz: 170,1 mg/dl, BOS Na: 143 meq/l, BOS sıvısı berrak görünümde olduğu görüldü. Hastanın BOS tetkiklerinde menenjit lehine bulgu olmaması sebebi ile ön planda ensefalit düşünülüp hastaya acil serviste 10mg/kg asiklovir intravenöz(IV) uygulandı. Hastanın nöroloji servisine internasyonu sağlandı.

SONUÇ

Ensefalit, her yıl binlerce insanın hayatını tehlikeye sokan, enfeksiyöz veya nonenfeksiyöz sebepler nedeniyle gelişen bir inflamasyon durumudur(3). Viral ensefalit vakalarında alta yatan enfektif ajan olarak VZV veya Herpes Simplex Virus düşünülmesi durumunda IV Asiklovir tedavisinin erken dönemde başlanması, hastanın mortalite ve morbiditesinde etkin olduğu gösterilmiştir(4). Bu vakamızda, Herpes Zoster enfeksiyonundan 1 ay sonra oluşan VZV ensefalitini sizlere anlattık. Acil servislere ani başlayan bilinç bozukluğu sebebi ile başvuran hastaların, anamnezleri detaylandırıldığında, karşılaşılabilecek bir enfeksiyon öyküsü, bizlere tanıya giden yolda ıskı tutacaktır.

KAYNAKLAR

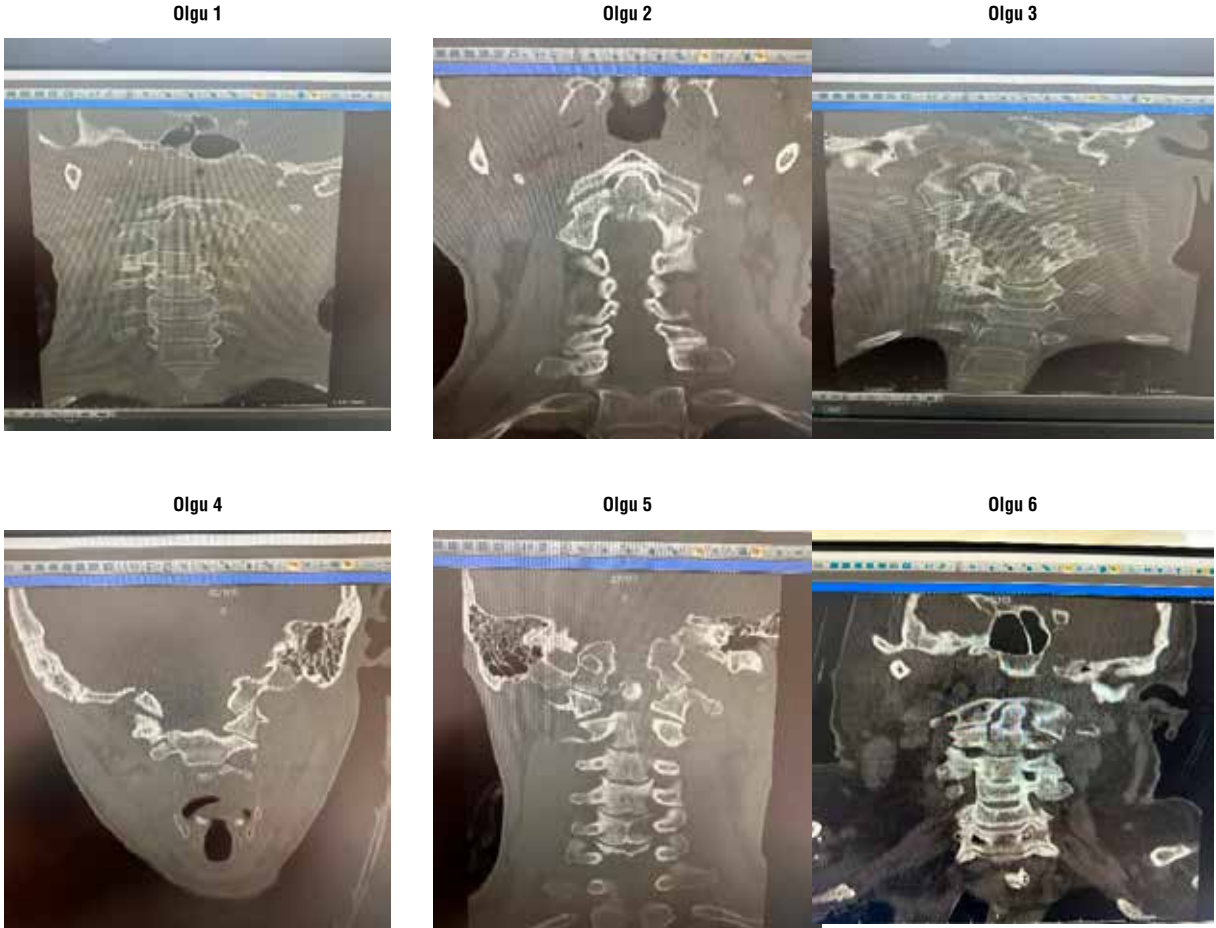
1. Venkatesan, A., & Geocadin, R. G. (2014). Diagnosis and management of acute encephalitis: A practical approach. *Neurology. Clinical practice*, 4(3), 206–215.
2. Ellul, M., & Solomon, T. (2018). Acute encephalitis - diagnosis and management. *Clinical medicine (London, England)*, 18(2), 155–159
3. Vora, N. M., Holman, R. C., Mehal, J. M., Steiner, C. A., Blanton, J., & Sejvar, J. (2014). Burden of encephalitis-associated hospitalizations in the United States, 1998-2010. *Neurology*, 82(5), 443–451
4. Orhan Kocasoy, E., MD (2020). *Central Nervous System Infections* (4th ed.). ITF Neurology.



TAM METİNLER

Os odontoidum (odontoid process – dens) : İkinci servikal vertebradan yukarı doğru çıkıntı yapan kemik yapıdır ve kranyo-vertebral bileşkenin önemli bir parçasıdır(1,2). Odontoid kırıkları genellikle yüksek enerjili travmalarla oluşmaktadır, ancak ileri yaş grubunda osteoporozla ilgili olarak kemik kalitesinin azalmasıyla birlikte düşük enerjili travmalar da odontoid kırığı ile sonuçlanabilmektedir. Odontoid kırıkları tüm servikal kırıkların yaklaşık %18'ini oluşturmaktadır. En sık hiper ekstansiyon veya hiper fleksiyon travmalarından kaynaklanır (3). Odontoid kırıklarının genellikle multi travmalı hastalarda görülmesi nedeniyle, diğer organ yaralanmalarının ön planda olduğu durumlarda ilk değerlendirme esnasında gözden kaçabilir. Ciddi nörolojik defisit, hatta ölüme yol açabilirler. Bu vaka serimizde 01.01.2024 ile 16.04.2024 tarihleri arasında acil servisimize travma nedeni ile başvuran, odontoid fraktürü tespit ettiğimiz 6 adet hastayı sunmayı amaçladık. 3 hastamız erkek cinsiyette olup, hastaların yaş ortalaması 62,3 yıldı. Hastalarımızın servikal BT görüntülemeleri figure 1 de gösterilmiştir.

Figure 1: Odontoid Fraktürlü Hastaların Görüntülemeleri



Olgu 1; 75 yaş erkek hasta, yüksekten düşme ile başvurdu, yoğun bakıma yatırıldıktan sonra odontoid fraktürü tespit edilmiş ancak hasta ek yaralanmalarından dolayı ex olmuştur. Olgu2; 64 yaş erkek hasta, araç dışı trafik kazası ile başvurdu, 2 hafta yoğun bakım takibi sonrası servikal collar ile taburcu edildi. Olgu3; 66 yaş kadın hasta, araç içi trafik kazası ile başvurdu, servikal collar ile taburcu edildi. Olgu 4; 41 yaş kadın hasta, araç içi trafik kazası ile başvurdu, servikal BT normal raporlanmış ancak acil tıp uzmanı tarafından tanı konulup beyin cerrahisi tarafından servis yatırıldı. Olgu 6; 51 yaş erkek hasta, yüksekten düşme ile başvurdu, servikal collar ile taburcu olmuştur. Olgu 6; 77 yaş kadın hasta, araç içi trafik kazası, acil serviste henüz tetkik edilirken ve hayatı tehdit eden ek bir yaralanması yokken aniden arrest olup ex olmuştur. Postmortem çekilen BT sinde odontoid proses fraktürü tespit edilmiştir.

Sonuç olarak odontoid proses kırıkları beyin sapı gibi hayati organlara komşuluğu ve olası medulla spinalis hasarına yol açabileceği nedeni ile önem arz etmektedir. Multitravma hastalarında mutlaka aklı getirilmeli ve görüntüleme yapılmalıdır. Aksi ispatlanana kadar tüm travma hastalarında servikal stabilizasyon mutlak surette sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA:

1-Tenny S, Varacallo M. Odontoid Fractures. [Updated 2020 Jul 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441956/>

2-Akobo S, Rizk E, Loukas M, et al. The odontoid process: a comprehensive review of its anatomy, embryology, and variations. Childs Nerv Syst. 2015;31(11):2025-34. doi: 10.1007/s00381-015-2866-4. 3-Huybregts JG, Jacobs WC, Vleggeert-Lankamp CL. The optimal treatment of type II and III odontoid fractures in the elderly: a systematic review. Eur Spine J. 2013;22(1):1-13.



TAM METİNLER

NÖROLOJİK BULGULAR İLE BAŞVURAN AORT DİSEKSİYONU OLGUSU

ÖZET

Aort diseksiyonu, aort duvarındaki intima tabakası ile media tabakası arasında oluşan bir yırtık sonucu, intima tabakasının kan akımı yönünde distale doğru ayrılmasıdır. Nadir görülmekte ve yüksek oranda ölümcül seyretmektedir. Hipertansiyon ve ateroskleroz başlıca predispozan faktörlerdir. Genellikle göğüsste ani başlayan ve şiddetli ağrı olur ancak tüm hastalarda görülmez. Senkop, inme, karın ağrısı, sırt ağrısı, nörolojik bulgular gibi çok çeşitli bulgularla başvurabileceği için tanı konması zordur. Tedavisi genellikle cerrahidir.

Bu olguda fenalaşma sonrası acil servise başvuran, takibinde nörolojik bulguları gelişen bir hastanın acil serviste tanı konarak, tedavi ve yönetimi vurgulamak istedik.

ANAHTAR KELİMELE: Acil servis, aort diseksiyonu, göğüs ağrısı

GİRİŞ

Aort diseksiyonu, aortun intimal tabakasındaki yırtılma veya aort duvarında oluşan kanama nedeniyle aort duvarındaki katmanlarının ayrılmasıyla sonuçlanan, yaşamı tehdit eden bir durumdur (1). Aort diseksiyonu, yüksek oranda ölümlü sonuçlanan nadir bir durumdur ve birçok hastanın tanı konmadan önce kaybedilmesi sebebiyle genel insidansını tespit etmek zordur (2). Yapılan çalışmalarda 1980-2015 yılları arasında Avrupa ve Kuzey Amerika'da insidansının 100000'de 2,5-15 arasında değişkenlik gösterdiği bildirilmiştir (3)-(4). Hipertansiyon, ateroskleroz, aort anevrizması, kardiyak cerrahi öyküsü, genetik faktörler, bazı bağ dokusu hastalıkları (Marfan ve Ehler-Danlos sendromu), gebelik gibi durumlar damar duvarındaki gerilmeyi artırarak veya yapısal dejenerasyona neden olarak diseksiyon için risk oluşturur (5). Yaşlılar ve erkeklerde daha sık görülmektedir. Hastalar, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, karın ağrısı, nörolojik şikayetler, senkop, hipovolemik şok bulguları, ses kısıklığı, dispne, hemoptizi, ekstremitelerde ağrıları gibi değişken şikayetlerle başvurabilir. Klasik olarak belirtilen nabız defisiti, üst ekstremitelerde tansiyon farkı, diastolik üfürüm gibi bulgular olguların %50'den azında bulunur (6). Tanıda spesifik kullanılan test yoktur, D-dimer; pulmoner emboli (PE), iskemik kalp hastalıkları gibi durumlarda da yükseldiği için negatif olması durumunda diseksiyonu dışlamak için kullanılabilir (7). Bilgisayarlı tomografi (BT), diseksiyon tanısında tercih edilecek en iyi görüntüleme yöntemidir (8). BT, yalancı lümeni net bir şekilde gösterebilir ve diseksiyon anatomisi, flebin yerleşimi, aort rüptürü belirtileri ve hedef organ hasarı hakkında da ek bilgiler verebilir. Ayırıcı tanıda; akut koroner sendromlar, perikardiyal hastalıklar, PE, pnömoni, pnömotoraks gibi akciğer hastalıkları, inme, ekstremitelerin kas-iskelet hastalıkları, spinal kord hasarı, batin içi patolojiler gibi çeşitli hastalıklar yer almaktadır. Hastalar hemodinamik tedavi ve yakın takip için yoğun bakıma yatırılır, tedavide daha sık olarak endovasküler onarım kullanılmaktadır ancak acil açık onarım da çoğu hastada seçenek olabilir (9).

VAKA SUNUMU

53 yaşında kadın hasta, evde uzandığı sırada aniden vücutta kasılma, fenalaşma şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Bilinen herhangi bir hastalığı bulunmadığı ve ilaç kullanımı olmadığı öğrenildi. Genel durumu orta, bilinci açık, GKS 15. Pupiller izokorik, ışık refleksi +/- Verbal çıkış olağan, motor-duyu defisiti yok, ense sertliği yoktu. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Vital bulguları; ateş 36.2 °C, kan basıncı 126/73 mmHg, nabız 76 atım/dk, SpO2 %98 olarak ölçüldü. EKG normal sinüs ritmindeydi. Laboratuvar değerlerinde WBC:9450 /ml, Hgb:13 g/dl, PLT:248000 mcl, BUN 17 mg/dl, kreatinin 0.89, ALT 25 U/L, AST 31 U/L, troponin 2,9 ng/L, D-dimer 7,51 ng/L saptandı. Acil serviste takibe alınan hastanın 30 dakika sonra sol elinde uyuşukluk hissetmesi üzerine tekrarlanan nörolojik muayenesinde sol üst ekstremitelerde motor gücü 4/5 ve hipoestezik, periferik nabızlar açık ve eşit olarak değerlendirildi. Akut inme düşünülen hastaya beyin tomografisi, beyin ve karotis bilgisayarlı tomografi anjiyo(BTA) çekildi. Çekilen karotis BTA görüntülemesinde asendan aorta proksimalinden başlayıp arkus aorta, sol subklavyen arter ve sol ana karotis proksimaline doğru uzanan diseksiyon flebi izlenmesi (Resim 1-2) üzerine kalp damar cerrahi konsültasyonu istendi, kalp damar cerrahi tarafından değerlendirilen hasta aort diseksiyonu nedeniyle acil olarak operasyona alındı, post-op yoğunbakıma yatırılarak 7. günde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Aort diseksiyonu gözden kaçırılmaması gereken en önemli hastalıklardan biridir ancak acil serviste tanısı çok nadirdir. Yapılan bir çalışmada acil serviste her 12200 hastadan birinde ve nontravmatik göğüs ağrısı olan 980 hastadan birinde aort diseksiyonu saptanmıştır (10). Aort diseksiyonunda görülen en sık semptom göğüs ağrısıdır fakat acil servise göğüs ağrısıyla başvuran hastalarda göğüs ağrısına neden olan diğer hastalıklar daha sık görülür. Diseksiyonların %6'sı ağrısızdır, %20'sinde ise göğüs ağrısı olmaz (10). Herhangi bir nörolojik bulguya beraber göğüs ağrısının olması, göğüs ve karın ağrısının beraber görülmesi, göğüs ağrısıyla beraber ekstremitelerde güçsüzlük ve parestezinin görülmesi de aort diseksiyonu açısından klinisyeni uyarmalıdır (6).

Bizim olgumuzda da göğüs ağrısı olmamasına rağmen, yeni başlayan nörolojik semptomlar olduğu için yapılan görüntülemelerde, asendan aorta proksimalinden başlayıp arkus aorta, sol subklavyen arter ve sol ana karotis proksimaline doğru uzanan diseksiyon flebi saptanmış olup, hasta kalp damar cerrahi tarafından operasyona alınmış, tedavi sonrası şifa ile taburculuğu yapılmıştır.

Bu olgu sunumu ile aort diseksiyonunun çok çeşitli klinik belirtilerle başvuruabileceğini, acil servise nörolojik şikayetler ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında aort diseksiyonunun da düşünlmesi gerektiğini ve acil servis yönetimini vurguladık.

1. Tchan-Sato V, Sakalihasan N, Defraigne JO. [Aortic dissection]. Rev Med Liege. 2018;73(5-6):290-5.
2. LeMaire SA, Russell L. Epidemiology of thoracic aortic dissection. Nat Rev Cardiol. 2011;8(2):103-13.
3. Howard DP, Banerjee A, Fairhead JF, Perkins J, Silver LE, Rothwell PM. Population-based study of incidence and outcome of acute aortic dissection and premorbid risk factor control: 10-year results from the Oxford Vascular Study. Circulation. 2013;127(20):2031-7.
4. Pacini D, Di Marco L, Fortuna D, Belotti LM, Gabbieri D, Zussa C, et al. Acute aortic dissection: epidemiology and outcomes. Int J Cardiol. 2013;167(6):2806-12.
5. Sayed A, Munir M, Bahbah EI. Aortic Dissection: A Review of the Pathophysiology, Management and Prospective Advances. Curr Cardiol Rev. 2021;17(4):e230421186875.
6. Levy D, Goyal A, Grigoroza Y, Farci F, Le JK. Aortic Dissection. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024.
7. Suzuki T, Distante A, Zizza A, Trimarchi S, Villani M, Salerno Uriarte JA, et al. Diagnosis of acute aortic dissection by D-dimer: the International Registry of Acute Aortic Dissection Substudy on Biomarkers (IRAD-Bio) experience. Circulation. 2009;119(20):2702-7.
8. Litmanovich D, Bankier AA, Cantin L, Raptopoulos V, Boisselle PM. CT and MRI in diseases of the aorta. AJR Am J Roentgenol. 2009;193(4):928-40.
9. Roselli EE, Idrees J, Greenberg RK, Johnston DR, Lytle BW. Endovascular stent grafting for ascending aorta repair in high-risk patients. J Thorac Cardiovasc Surg. 2015;149(1):144-51.
10. Alter SM, Eskin B, Allegra JR. Diagnosis of Aortic Dissection in Emergency Department Patients is Rare. West J Emerg Med. 2015;16(5):629-31.



TAM METİNLER

TAKOTSUBO KARDİYOMİYOPATİSİ: ACİL SERVİSTE KIRIK BİR KALP

GİRİŞ: Acil serviste göğüs ağrısı nedeniyle başvuran hastaların yönetimi; tanı ve tedavi açısından kritik öneme sahiptir. Önemli bir etyolojik neden olan Akut koroner sendrom tanısını koymak ve doğru tedaviyi başlatmak zorlu bir süreç olabilir. Hastanın hızlı bir şekilde değerlendirilmesi, EKG ve kan testleri gibi tanı araçlarının kullanılması ve gerektiğinde invaziv girişimlerin yapılması gerekebilir. Bu yaklaşımın altta yatan nedeni yansıtmama noktasında karşımıza çıkan tanı Takotsubo kardiyomyopatistidir. Takotsubo kardiyomyopatisi nadir bir patoloji olup, koroner arter lezyonu görülmezsizin miyokard infarktüsü ve sol ventrikül disfonksiyonu ile seyreden kardiyovasküler bir sendromdur. Nadiren asemptomatik seyretmekle birlikte göğüs ağrısı, dispne, senkop gibi semptomlara yol açmaktadır. Biz de acil servise ani başlayan dispne ve göğüs ağrısı semptomları ile başvuran, Takotsubo kardiyomyopatisi tanısı konulan olgumuzu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU: 33 yaş kadın hasta ilçe devlet hastanesine göğüs ağrısı şikayetiyle başvuruyor. Yapılan değerlendirme ve tetkiklerinde tipik vasıflı göğüs ağrısı yakınması ve troponin testinde yükseklik tespit edilmesi üzerine kardiyoloji değerlendirmesi için 112 aracılığıyla tarafımıza refere edildi. Hastanın tarafımızca alınan anamnezinde emosyonel stres sonrası başlayan 30 dakikadan fazla süren tipik baskı tarzında göğüs ağrısı ve dispne varlığı kaydedildi. Ek sistem sorgularında özellik saptanmadı. Geliş vitalleri kan basıncı 130/90 mmHg, ateş: 36.1 derece, nabız: 85 atım/dk, spo2: 98 olarak ölçüldü. İlk değerlendirilen elektrokardiyografide göğüs derivasyonlarında derin negatif t dalgaları ve uzun QT görüldü (ŞEKİL 1). Hasta monitöze edildi. ve yapılan troponin T kontrollerinde ilk değer 44.6 ng/L ve birinci saat kontrol 46,3 ng/ L olarak yüksek riskli değerlendirildi. Normal sınırın 4 kat üstünde olsa da anlamlı bir artış saptanmadı. Hasta akut koroner sendrom tanısı ile kardiyoloji uzmanına konsülte edildi ve hasta primer perkütan koroner anjyografiye alındı. Hastanın yapılan koroner anjyografisinde koroner vasküler yapılar da herhangi bir darlık tespit edilmedi ve apikal balonlaşma kaydedildi. Hasta kardiyoloji tarafından poliklinik kontrolü önerilerek takip sonrası taburcu edildi.

TARTIŞMA: Takotsubo kardiyomyopatisine akut ve reversibl sol ventrikül sistolik disfonksiyonu ile karakterize olup, sıklıkla emosyonel ya da fiziksel stress sonucu ortaya çıkar. Özellikle septal ve anterolateral ST segment yükselmesi, göğüs derivasyonlarında derin t ve u dalgaları, QT uzaması gibi tipik EKG bulgularının varlığına rağmen anlamlı kritik koroner lezyon görülmemektedir. Kalbin şekli, apikal anevrizmaya bağlı olarak hastalığın erken dönemlerinde Japonya'da balıkçılar tarafından kullanılan ahtapot tuzağına benzetilmektedir. Adrenerjik stimülusa sekonder dolaşımdaki katekolamin seviyesindeki artışa bağlı geçici koroner vazospazm ve mikrovasküler disfonksiyonun geliştiği düşünülmektedir. EKG bulguları ve biyokimyasal değerlerde troponin seviyesi artışı gibi kesin miyokard iskemisi bulguları vardır Hastalığın tedavisinde medikal destek tedavisi uygulanmaktadır ve acil servis yönetiminde akut koroner sendrom yaklaşımı uygulanmalı, ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELE: Takotsubo kardiyomyopatisi, Akut koroner sendrom, Acil servis, Göğüs ağrısı

KAYNAKLAR:

1. Amin, H. Z., Amin, L. Z., & Pradipta, A. (2020). Takotsubo Cardiomyopathy: A Brief Review. *Journal of medicine and life*, 13(1), 3–7. <https://doi.org/10.25122/jml-2018-0067>
2. Kato, K., Lyon, A. R., Ghadri, J. R., & Templin, C. (2017). Takotsubo syndrome: aetiology, presentation and treatment. *Heart (British Cardiac Society)*, 103(18), 1461–1469. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2016-309783>
3. Dawson D. K. (2018). Acute stress-induced (takotsubo) cardiomyopathy. *Heart (British Cardiac Society)*, 104(2), 96–102. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-311579>
4. Poledníková, K., & Toušek, P. (2019). Takotsubo syndrome. Tako-tsubo syndrom. *Vnitřní lékařství*, 65(10), 659–662.

TAM METİNLER

ACİL SERVİSTE NADİR TANILAR: MEDİAN ARKUAT LİGAMENT SENDROMU

Merve Deniz Aydın, Nafize Yılmaz Uyanık, Ayşın Çatıkkaş, Kaan Yusufoglu, Şahin Çolak
SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp İstanbul - Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ:

Median arkuat ligament sendromu (MALS) çöl- yak arterin median arkuat ligament tarafından basısına bağlı o rtaya çıkan kronik, tekrarla- yan karın ağrısı olarak tanımlanır. Klinik olarak yemeklerden sonra oluşan karın ağrısı, isten- meyen kilo kaybı ve bazen de karın bölgesinde üfürüm üçlüsü ile kendini gösteren, nadir gö- rülen bir hastalıktır.

(Şekil 1)

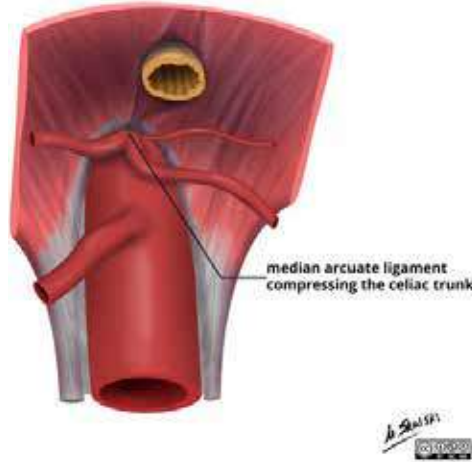
OLGU SUNUMU:

37 yaşında erkek hasta, uzun süre- li dispepsi, aralıklı karın ağrısı, iş- tahsızlık ve kustuktan sonra mide içeriğinde kan görme şikayetleri ile başvurdu. Çekilen abdominal bilgisayarlı tomografi anjiyografi- sinde çölyak trunkus proksima- linde median arkuat ligament ba- sısına sekonder lümende yüksek dereceli darlık ve poststenotik kıs- mi dilatasyon saptandı (Şekil 1).



SONUÇ:

Klinik pratiğimizde çözümsüz bir karın ağrısı hastası ile karşılaştı- ğımızda ilk olarak önyargısız bir şekilde hastanın öyküsünü alma- lıyız. Hastanın öyküsünün gözden geçirilmesi üzerine hasta, ağrısı- nın etiyolojisini belirlemek ama- cıyla endoskopi veya görüntüle- me çalışmaları, hatta ameliyatı da içeren kapsamlı bir değerlen- dirmeden geçmiş olabilir.





TAM METİNLER

METFORMİN İLİŞKİLİ LAKTİK ASİDOZ

¹Rahim HALVACI, ¹Dilay SATILMIŞ, ¹Batuhan GEDİKPINAR

¹SBÜ Sultan 2.Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Biguanid grubundan olan metformin insülin direnci gelişen diyabetes mellitus (DM) tanılı hastalarda kullanılmaktadır. Metformin aşırı alımı sonrası görülebilen mortalite riski yüksek laktik asidoz (LA) akut ya da tekrarlayan kullanım sonrası ortaya çıkabilmektedir¹. Laktik asidoz artmış anyon açıklığı olan metabolik asidoz nedenlerinden olup; plazma laktat konsantrasyonunun 4-5 mmol/L'yi (N:0,5-1,5 mmol/L) aştığında oluşur¹. Metformin ile tedavi edilen hastalarda ciddi hiperlaktatemi veya LA ortaya çıkabilir. LA sıklıkla yoğun bakım ünitesi tedavisi gerektirir ve ölüm oranları yüksektir². Biz kronik metformin kullanımına bağlı gelişen LA vakasında tanı tedavi sürecini ortaya koymayı amaçladık.

OLGU

Seksen yaşında kadın hasta bugün başlayan kusma, karın ağrısı şikayeti ile acil servise geldi. Gelişinde genel durumu iyi, bilinci açık, Glaskow koma ölçeği 15 (G: 4, S: 5, M: 6) olarak değerlendirildi. Tansiyonu 173/100 mmHg, nabız 67 vuru/dk, ateş 37,3° C, oksijen saturasyonu %98 idi. Ekg normal sinüs ritmi idi. Hastanın fizik muayenesinde sol üst kadranda ve epigastrik bölgede hassasiyeti mevcut idi. Batın muayenesinde defans, rebound, kostovetral açısı hassasiyeti yok idi. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Hastanın bilinen hipertansiyon, koroner arter hastalığı, DM tanıları mevcut idi. Hasta metformin, asetilsalisilik asit, metoprolol, atorvastatin, losartan-hidroklorotiazid kullanmakta idi. Laboratuvar testlerinde WBC:12.47 x10³ (N:3.6x10³-11.1x10³), CRP:1.02 mg/L (N:<5), kreatinin:1.12 mg/dL(N:0.6-1.2 mg/dL), üre:45 mg/dL(N:16-48 mg/dL) Na:136 mmol/L(N:136-145 mmol/L), Cl:92 mmol/L(N:98-107 mmol/L), pH:7.47(N:7.35-7.45), PCO2:31.7 mmHg(N:36-44 mmHg), HCO3:22.3 mmol/L(N:22-28 mmol/L), laktat:7.18, BE:-0.6 idi. İdrar tetkikinde eritrosit (++) , keton (+),glikoz (+), lökosit(-) saptandı.

Hastada izole LA saptanmış olup etiyoloji araştırmak amacıyla yapılan torakoabdominal anjiyografi anlamlı bulgu saptanmamıştır. Kontrastlı abdomen bilgisayrlı tomografi (BT) incelemesinde; sol böbrek toplayıcı sistem grade 2-3 ektazik olup üreteropelvik darlık açısından şüpheli izlendi, sol böbrek perirenal yağlı dokularda çizgilenme artışı görülmüş olup piyelonefrit açısından şüpheli değerlendirildi. Yapılan yatak başı ultrasonografide alt ekstremitelerde arteriyel ve venöz sistemde dolum defekti izlenmedi.

Laktat yüksekliği iskemik hadiseler açısından araştırıldı ve yapılan tetkiklerde, ilgili klinik değerlendirmeleri ile de hiperlaktateminin iskemik hadiselerle ilişkili olmadığı düşünüldü. Hastadan olası piyelonefrit tablosuna yönelik idrar kültürü gönderildi. Ampirik 2x1 gr seftriakson tedavisi başlandı. Acil servis takibi süresince aldığı çıkardığı takibi eşliğinde tamponize mayi ve hidrasyon tedavisi ve antibiyoterapi uygulandı. Takiplerinde LA'yu gerilemeyen hastada tüm sebeplerin dışlanması sonrası metformin kullanımına bağlı LA ötanısı ile servis yatırıldı.Hastanın servis yatışı sonrasında da takiplerinde metformin tedavisi kesilerek IV hidrasyon tedavisi uygulandığı ve LA tablosunun gerilediği ve hastada hemodiyaliz ihtiyacı gelişmeden yatışının beşinci gününde sağlıkla taburculuk yapıldığı görüldü.

SONUÇ

Metformin ilişkili LA sıklıkla akut aşırı kullanıma bağlı ortaya çıkmaktadır. Bizim hastamızda kronik kullanıma bağlı LA düşünüldüğünden aktif kömür uygulaması yapılmamıştır. Baró-Serra ve ark.³ yaptığı bir çalışmada erken başlanan hemofiltrasyonun prognozu olumlu etkilediği gösterilmiştir. Fakat bizim hastamızda akut yüksek doz alım olmadığından ve hastanın genel durumu iyi seyrettiğinden hemofiltrasyon uygulanmamıştır.

Sonuç olarak metformin zehirlenmeleri sonrasında gelişebilen ağır LA ve diğer metabolik komplikasyonlar mortalite riski yüksek sonuçlara neden olabilmektedir. Açıklanamayan anyon açıklığı artmış metabolik asidozu olan olgularda ilaç kullanımı sorgulanmalı, metformine bağlı LA unutulmamalıdır.

REFERANSLAR

1. Nihal Akçay, Hasan Serdar Kihtr, Mey Talip Petmezci, Ülkem Koçoğlu Barlas, Esra Şevketoğlu. Efficiency of hemodiafiltration in severe lactic acidosis due to metformin intoxication: case report. . 2018; 5(1): 47-48
2. Mueller L, Moser M, Prazak J, Fuster DG, Schefold JC, Zuercher P. Metformin's Role in Hyperlactatemia and Lactic Acidosis in ICU Patients: A Systematic Review. Pharmacology. 2023;108(3):213-223. doi: 10.1159/000528252. Epub 2023 Jan 18. PMID: 36652938; PMCID: PMC10233707.
3. Baró-Serra A, Guasch-Aragay B, Martín-Aleman N, Sirvent JM, Vallès-Prats M. The importance of early haemodiafiltration in the treatment of lactic acidosis associated with the administration of metformin. Nefrologia. 2012;32:664-9.



TAM METİNLER

GENÇ HASTADA ASİT VARLIĞINDA İLK OLARAK EN ESKİYİ DÜŞÜN: TÜBERKÜLOZ

Merve Deniz Aydın, Nafize Yılmaz Uyanık, Ayşın Çatıkkaş, İbrahim Altundağ, Şahin Çolak SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp İstanbul - Türkiye

GİRİŞ:

Mikobakterium tuberculosis- sis nedenli enfeksiyonlara ge- lişmekte olan ülkelerde hala sık rastlanılmaktadır. Pek çok organ ve sistemin etkilendiği tüberkülozun, genç ve ek has- talığı olmayan hastalarda gast- rointestinal sistem tüberkülo- zu şeklinde görülmesi ise nadir bir durum oluşturmaktadır.



OLGU SUNUMU:

19 yaş kadın hasta yaklaşık 1 aydır mevcut olan karın ağ- rısı ve karında şişlik nedeniy- le tarafımıza başvurdu. Acil serviste yapı- lan yatak başı ultrasonog- rafide perihe- patik, perisplenik, intraperitoneal alanlarda, en geniş yerde 10 cm sıvı izlendi. Bilgisayarlı tomografide sol akci- ğerde 6 cm'e ulaşan pleval effüzyon ve tüm batin kadran- larında yaygın asit izlendi (Şekil 1-2). Kadın hastalıkları ve doğum kliniği tarafından tanısız laparoskopi amaçlı acil opere edildi. Hastanın takiplerinde omental biyopsi sonu- cu nekrotizan granümatöz iltihap şeklinde raporlanmış olup kültür sonucu tüberküloz peritonit lehine sonuçlanan hastada PPD sonucu latent enfeksiyonu göstermekteydi. İzlemede hastanın tüberküloz için oral tedavisi başlanarak taburcu edildiği saptandı.



SONUÇ:

Gastrointestinal sistem (GİS) tüberkülozu ka- rın ağrısı, diyare, kilo kaybı, gece terlemesi ve nadiren GİS kanama şeklinde karşımıza çı- kabilir. Abdominal tüberküloz sinisi ilerleyen bir has- talık olup birçok hastalıkla ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Genelde geç tanı alan bu has- talarda vakamız erken tanıyla sonuca ulaş- mıştır. Özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde akılda bulundurulması gereken bir enfeksiyöz tanıdır.



TAM METİNLER

EKİMOZUN SIRRI; REKTUS KILIF HEMATOMU

Enes Ferhatlar, Ahmet Dönen, Burak Demirci, Abuzer Coşkun

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Rektus kılıf hematomu nadir görülen bir durumdur ve acil servise karın ağrısı ile başvuran hastaların yaklaşık %2'sini oluşturur (1). Etiyolojisinde travma, batin operasyonları, laparoskopik operasyonlar, cilt altı ilaç enjeksiyonları, fiziksel egzersiz, öksürük, gebelik, antitrombosit ilaçlar, hematolojik hastalıklar vardır ve antikoagülasyon hemen her zaman risk faktörleri arasında yer alır (2). Rektus kılıf hematomunun mortalite oranı %4 civarındadır ve antikoagülasyon kullanan hastalarda kanama hacminin büyüklüğüne göre %25'lere kadar çıkabilir (3). Rektus kılıf hematoma bir çok hasta konservatif tedavi edilse de, hemodinamiği kararsız olan vakalarda arteriyel embolizasyon veya cerrahi gerekebilir (4). Burada konservatif olarak tedavi edilen rektus kılıf hematoma olgusunu sunuyoruz.

VAKA

71 yaş erkek hasta acil servisimize karın ağrısı, sol üst kadranda şişlik şikâyeti ile başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, hiperlipidemi, tip 2 diyabet, koroner arter hastalığı ve iskemik inme mevcuttu. Delix plus 5/25 mg, plavix 75 mg, tamprost mr 0.4, concor 5 mg, crestor 20 mg kullanıyordu. Fizik muayenede sol hipokondriak bölgede, sol inguinal bölgede ekimoz mevcuttu. (Şekil 1,2) Karın kitlesi şişkindi ve palpasyonla ağrılı, yumuşak ve nabız atmıyordu. Carnett ve fothergill bulgusu pozitif. Oskültasyonda barsak sesleri ve rektal muayenesi normaldi. Başvuru sırasında hastanın kan basıncı 100/60 mmHg, nabız 67 vuru/dakika, oksijen saturasyonu %96, ateş 36.7 idi. Sistemik muayeneleri doğaldı. Rutin kan tetkikleri gönderildi ve takibi yapıldı. (Tablo 1) Çekilen kontrastlı bilgisayarlı tomografi rektus kılıf hematoma tanısını doğruladı. (Şekil 3,4) Hastaya sıvı tedavisi ve analjezik tedavi uygulandı. Nörolojik açıdan stabil olan hastanın plavix tedavisi durduruldu. Laboratuvar testleri Hb'nin 13.8'den 7.8 g/dL'ye düştüğünü gösterdi. Vitalleri stabil seyreden hastaya eritrosit süspansiyonu yapıldı. Vasküler embolizasyonun gerekli olmadığı düşünüldü ve bu bizi konservatif tedaviye yönlendirdi.

Tablo 1. Hastanın zaman aralıklı laboratuvar sonuçları

	11.11.2023 09:45	14.11.2023 09:15	14.11.2023 16:30	14.11.2023 22:45	15.11.2023 04:10	15.11.2023 18:49	16.11.2023 02:45
WBC	8810/µL	1205/µL	8700/µL	9280/µL	9860/µL	9040/µL	8330/µL
RBC	438 x 104 /µL	371 x 104 /µL	286 x 104 /µL	286 x 104 /µL	279 x 104 /µL	270 x 104 /µL	250 x 104 /µL
Hb	13,8 gr/dL	11,5 gr/dL	8,8 gr/dL	9 gr/dL	8,7 gr/dL	8,3 gr/dL	7,8 gr/dL
Hct	40,80%	35,10%	26,70%	26,50%	26,20%	25,60%	23,70%
MCV	92,9 fl	94,6 fl	93,4 fl	92,6 fl	93,9 fl	94,6 fl	95 fl
MCH	31,5 pg	31,1 pg	30,9 pg	31,3 pg	31,2 pg	30,9 pg	31,1 pg
MCHC	33,8 g/dL	32,9 g/dL	33,1 g/dL	33,8 g/dL	33,2 g/dL	32,7 g/dL	32,7 g/dL
Platelet	192 x 103 / µL	175 x 103 / µL	132 x 103 / µL	159 x 103 / µL	191 x 103 / µL	130 x 103 / µL	126 x 103 / µL
Glukoz	133 mg/dL	180 mg/dL	146 mg/dL	156 mg/dL	120 mg/dL	128mg/dL	120 mg/dL
Albümin	4,05 gr/dL	3,86 gr/dL	3,78 gr/dL	3,82gr/dL	3,39 gr/dL	3,47 gr/dL	3,55 gr/dL
Kreatinin	1,73 mg/dL	1,85 mg/dL	1,56 mg/dL	1,65 mg/dL	1,73 mg/dL	1,62 mg/dL	2,03 mg/dL
Sodyum	141 mEq/L	141 mEq/L	140 mEq/L	141 mEq/L	141 mEq/L	141 mEq/L	144 mEq/L
Potasyum	3,95 mEq/L	4,32 mEq/L	3,8, mEq/L	3,82 mEq/L	5,23 mEq/L	5,16 mEq/L	4,52 mEq/L
AST	34 IU/L	28 IU/L	29 IU/L	32 IU/L	26 IU/L	28 IU/L	20 IU/L
ALT	52 IU/L	47 IU/L	49 IU/L	52 IU/L	30 IU/L	30 IU/L	25 IU/L
LDH	202 IU/L	285 IU/L	305 IU/L	310 IU/L	250 IU/L	270 IU/L	250 IU/L
CK	172 IU/L	89 IU/L	110 IU/L	122 IU/L	132 IU/L	142 IU/L	132 IU/L
CRP	2,93 mg/dL	6,35 mg/dL	12,76 mg/dL	32,93 mg/dL	73,85 mg/dL	86,90 mg/dL	124,97 mg/dL
PT	70%	75%	75%	72%	74%	73%	65%
PT-INR	1,29	1,21	1,22	1,24	1,50	1,28	1,35
APTT	24,6 sn	26,4 sn	25,2 sn	25,8 sn	26,2 sn	26,0 sn	24,4 sn



TAM METİNLER



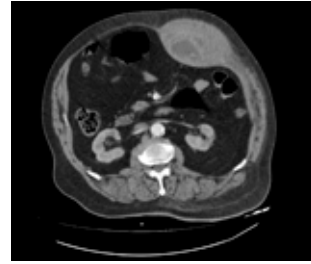
Şekil 1. Abdomende ekimoz görüntüsü



Şekil 2. Abdomende ekimoz görüntüsü



Şekil 3. Bilgisayarlı tomografide rektus kılıf hematomu



Şekil 4. Bilgisayarlı tomografide rektus kılıf hematomu

TARTIŞMA

Rektus kılıf hematomu nadir görülen bir akut karın nedenidir ve ilk olarak 2500 yıl önce Hipokrat ve Galen tarafından karın travması sonucu tanımlandı. (5). Rektus kılıf hematomunun en sık nedeni arasında %70'e yakını antikoagülan tedavi ve diğer nedenler arasında antitrombotik tedavi, öksürük, hamilelik ve travma yer alır. En sık görülen semptomu karın ağrısıdır ve fizik muayenede bizim vakamızda olduğu gibi ekimoz, palpasyonla hassasiyet, ele gelen karın kitlesi, grey-turner belirtisi yer alır (6). Karın kitlesi neredeyse hiçbir zaman orta hattı geçmez (7). Tedavi kanamanın ciddiyetine bağlıdır ve bütün kanama vakalarında olduğu gibi hematokrit seviyelerinin izlenmesi transfüzyonun gerekli olup olmadığını belirlemek için önemlidir. Çoğu rektus kılıf hematomu vakası kendi kendini sınırlar, istirahat ve analjezik kullanımıyla konservatif olarak emilir ve cerrahiye gerek kalmadan tedavi edilir (8). Hastanın hemodinamisi stabil değilse, hematoma boyutu artarsa, peritonda yırtılma meydana gelirse cerrahi tedavi düşünülmelidir (9). Bizim vakamızda vitalleri stabil seyreden hastanın hematokritinde düşme meydana gelmesine rağmen cerrahi müdahale edilmedi. Uzun süreli takiplerinde 2 ay içinde hematoma kendiliğinden geriledi.

Yaşlı hastalarda antiplatelet ve antikoagülan tedaviler sonucunda rektus kılıf hematoma sıklığı artmaktadır. Diğer akut batin tablolarını taklit edebilir ancak ilk alınan kan parametrelerinde bir bozukluk olmayabilir. Acil hekimleri fizik muayeneyi dikkatlice yapmak ve karın ağrısının ayırtıcı tanısında rektus kılıf hematoma bulundurmamak zorundadır. Erken tanı konulması uzun süreli hastane yatışını, gereksiz laparotomiye önleyebilir ayrıca morbidite ve mortaliteyi azaltabilir.

KAYNAKLAR

1. Wong CL, Hao C, So Y. Spontaneous rectus sheath hematoma associated with apixaban in an elderly gentleman with chronic obstructive airway disease-a case report. Thromb J [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 8];20:59. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12959-022-00420-z>
2. Nizam A, Dua A, Hameed T, Jain K. Maedica-a Journal of Clinical Medicine Spontaneous Rectus Sheath Hematoma Masquerading as Acute Abdomen. A Case Report. Maedica A Journal of Clinical Medicine [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 8];15(3). Available from: <https://doi.org/10.26574/maedica.2020.15.3.412>
3. Ultrasound BJ, Bello G, Blanco P. Giant rectus sheath hematoma. 2019 [cited 2023 Dec 8]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s13089-019-0129-4>
4. Takahashi K, Nihei T, Aoki Y, Nakagawa M, Konno N, Munakata A, et al. Spontaneous rectus sheath hematoma associated with warfarin administration: a case report. J Rural Med. 2019;14(2):245-8.
5. Hatjipetrou A, Anyfantakis D, Kastanakis M. Rectus sheath hematoma: A review of the literature. Vol. 13, International Journal of Surgery. Elsevier Ltd; 2015. p. 267-71.
6. Dulberger A, Streiff M, Myers SD, Sanders CS. Hernia Following Rectus Sheath Hematoma. 2022;
7. Kapan S, Turhan AN, Alis H, Kalayci MU, Hatipoglu S, Yigitbas H, et al. Rectus sheath hematoma: three case reports. 2008 [cited 2023 Dec 8]; Available from: <http://www.jmedicalcase-reports.com/content/2/1/22>
8. Nematihonar B, Qaderi S, Shah J, zebarjadi Bagherpour J. Spontaneous giant rectus sheath hematoma in patients with COVID-19: two case reports and literature review. [cited 2023 Dec 10]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12245-021-00366-5>
9. Ariyoshi Y, Naito H, Ihoriya H, Yumoto T, Fujisaki N, Tsukahara K, et al. Case Report Case of Nontraumatic Rectus Sheath Hematoma from Muscle Training Mimicking Acute Abdomen. 2019 [cited 2023 Dec 10]; Available from: <https://doi.org/10.1155/2019/3158969>



TAM METİNLER

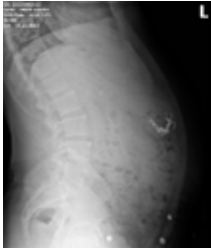
MİDEDE DAVETSİZ MİSAFİR; GASTROİNTESTİNAL YABANCI CİSİM

Enes Ferhatlar, Selman Gündoğan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Yabancı cisim yutulması acil servis doktorları, gastroenterologlar ve genel cerrahlar için zorluk yaratır ve yaygın görülen bir acil durumdur (1). Hiç müdahale yapılmadan yabancı cisimlerin %80'e yakını sindirim kanalından geçebilir de %10-20 kadarı endoskopi, %1 kadarı da cerrahi olarak tedavi edilmesi gerekir.(2) Cerrahi olarak tedavi edilmesi gereken nesneler arasında büyük nesneler, sivri uçlu nesneler, pıl gibi sıkışıp hasara neden olacak cisimler vardır (3). Üst solunum ve sindirim sisteminden çıkarılan yabancı cisimler arasında takma dişler de rapor edilmiştir ve gastrointestinal sistemin farklı bölgelerinde kalabilen diş protezleri perforasyon, kanama, tıkanma gibi komplikasyonlara neden olabilir (4,5). Burada yemek yerken yutulup cerrahi olarak çıkarılan total diş protezini sunuyoruz.

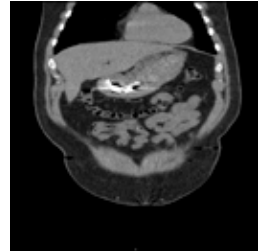
VAKA: 50 yaş aşçılık yapan erkek hasta acil servisimize total diş protezini yemek yerken yutma sonrası başvurdu. Özgeçmişinde inguinal herni onarımı, kolesistektomi operasyonu, pilonidal sinüs eksizyonu mevcuttu. Hastanın başvuru anında bilinci açıktı ve yer, zaman, kişi oryantasyonu mevcuttu. Başvuru sırasında hastanın kan basıncı 120/80 mmHg, nabız 73 vuru/dakika, oksijen saturasyonu % 99, ateş 36.4 idi. Disfaji, odinofaji, karın ağrısı, bulantı, kusma, hematokezya, meleno tariflemiyordu. Hastanın fizik muayenesinde özellik yoktu oskültasyonda barsak sesleri ve rektal muayenesi normaldi. Kan testleri normal sınırlar içerisindeydi. Düz karın röntgeninde yabancı cisim görüldü ve protezin midede olduğunu gösterdi. (Şekil 1,2) Çekilen bilgisayarlı tomografi yabancı cismin mide son ucunda olduğu görüldü (Şekil 3-4). Hastaya gastroskopi planlandı ve yapıldı. Yabancı cisim endoskopik olarak çıkarılamayınca ve cerrahi kararı verildi. Gastrotomi + omentorafi yapıldı ve 6x4 cm boyutlarında yabancı cisim çıkarıldı (Şekil 5). Ameliyat sonrası sağlığına kavuşan hasta, yatışının 4. gününde şifa ile taburcu edildi.



Şekil 1. Lateral karın grafisi



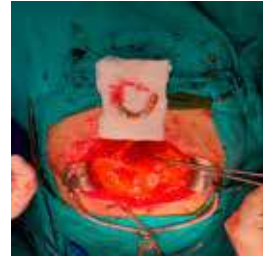
Şekil 2. Ön-arka karın grafisi



Şekil 3. Bilgisayarlı tomografide yabancı cisim görünümü



Şekil 4. Bilgisayarlı tomografide yabancı cisim görünümü



Şekil 5. Cerrahi olarak çıkarılan yabancı cisim görüntüsü

TARTIŞMA: Yetişkinlerde yabancı cisim yutulması çoğunlukla istemsizdir ve alkol kullanımı, zeka geriliği ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkilidir (6,7). Küçük nesneler gastrointestinal kanaldan kolay geçip takip gerektirirken; büyük, keskin, yakıcı cisimler tıkanıklık, perforasyon, kanama, ülser gibi komplikasyonları nedeniyle cerrahi operasyon gerektirebilir (8). Yabancı cisimlerin yutulması ile komplikasyonların çıkması arasındaki süre birkaç saatten uzun yıllara kadar değişebilir. Bu durum yabancı cisimlerin tanısında zorluklara neden olabilir(9).

Yetişkinlerde takma dişler en sık yutulan yabancı cisimlerden biridir ve sonrasında kemik ve mücevherler gelir. Takma diş büyüklüğü nedeniyle sıklıkla özefagusta takılır ve nadiren mideye gider. Marguardt ve arkadaşları da mide yerleşimli bir protez diş vakası bildirmişlerdir. Hastanın diş protezi yuttuğu yakınları tarafından bildirilmiş ve endoskopik müdahale ile çıkarılıp taburcu etmişlerdir (10). Bizim vakamızda ise hasta yabancı cisim yuttuğunun farkında olup 2 saat içinde acil servise başvurdu ve endoskopi ile yabancı cisim çıkarılamadı. Başarısız endoskopi girişimi nedeniyle cerrahi tedavi uygulandı.

Gastrointestinal yabancı cisimler çoğunlukla müdahale gerektirmese de yabancı cismin tipi, büyüklüğü, takıldığı yer, sayısı gibi özellikler göz önünde bulundurularak endoskopik geri çıkartma, cerrahi veya izlem kararı verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Wang X, Zhao J, Jiao Y, Wang X, Jiang D. Upper gastrointestinal foreign bodies in adults: A systematic review. Vol. 50, American Journal of Emergency Medicine. W.B. Saunders; 2021. p. 136-41.
2. Birk M, Bauerfeind P, Deprez PH, Häfner M, Hartmann D, Hassan C, et al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Vol. 48, Endoscopy. Georg Thieme Verlag; 2016. p. 489-96.
3. Emeka CK, Chukwuebuka NO, Tochukwu EJ. Foreign Body in the Gastrointestinal Tract in Children: A Tertiary Hospital Experience. African Journal of Paediatric Surgery. 2023 Jul 1;20(3):224-8.
4. Gachabayov M, Isaev M, Orujova L, Isaev E, Yaskin E, Neronov D. Swallowed dentures: Two cases and a review. 2015 [cited 2023 Dec 20]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2015.10.008>
5. Skok P, Skok K. Urgent endoscopy in patients with true foreign bodies in the upper gastrointestinal tract - A retrospective study of the period 1994-2018. Z Gastroenterol. 2020 Mar 1;58(3):217-23.
6. Li C, Yong CC, Encarnacion DD. Duodenal perforation nine months after accidental foreign body ingestion, a case report. [cited 2023 Dec 20]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12893-019-0594-5>
7. Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Sirvent JM, Martín A, Gironès J, Garsot E. Surgically treated perforations of the gastrointestinal tract caused by ingested foreign bodies. Colorectal Disease [Internet]. 2008 Sep 1 [cited 2023 Dec 20];10(7):701-7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1463-1318.2007.01401.x>
8. Lai ATY, Chow TL, Lee DTY, Kwok SPY. Risk factors predicting the development of complications after foreign body ingestion. 2003 [cited 2023 Dec 20]; Available from: <https://academic.oup.com/bjs/article/90/12/1531/6143526>
9. Zhang L, Liu L, Shao J, Sun F, Zhao L. Abdominal skin inflammation as an initial symptom of a perforating gastric foreign body A case report Medicine © OPEN. 2020 [cited 2023 Dec 20]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000022534>
10. Marquardt P, Derousseau T, Patel N. Foreign Body Ingestion: A Curious Case of the Missing Denture. [cited 2023 Dec 20]; Available from: www.mdpi.com/journal/geriatrics



TAM METİNLER

NADİR BİR OLGU: Kardiyak Penetran Yaralanma Olgusu

Özet: Penetran kalp yaralanmaları genellikle delici-kesici alet ve ateşli silahlara bağlı meydana gelmektedir. Başvuru sırasında hastanın hemodinamik olarak stabil olması, kalp yaralanmasının gözden kaçmasına ve gerekli müdahalenin zamanında yapılamayarak hastanın kaybedilmesine neden olabilmektedir. Bu vakada, 39 yaşında bir erkek hastada kesici-delici alet yaralanmasına bağlı olarak gelişen kardiyak yaralanmanın başarılı bir şekilde tedavisi sunuldu.

ANAHTAR KELİMELEER: Acil Servis, Kardiyak Yaralanma, Toraks Travması

GİRİŞ: Toraks travmasına bağlı gelişen penetran kalp yaralanmaları genellikle kesici delici alet veya ateşli silah kullanımı ile meydana gelen yaralanmalardır. Yaralanma perikard yaralanmasından kalbin tam kat yaralanmasına kadar değişik derecelerde olabilir. Diğer delici travmalara göre kalp yaralanmaları oldukça nadir olmakla birlikte mortalitesi oldukça yüksektir(1). Cerrahi tedavi gerektiren toraks travma olgularının %1 kadarının kardiyak yaralanmalar oluşturur(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 yazıda hemodinamik olarak stabil olan kardiyak penetran yaralanmalara dikkat çekmeyi amaçladık.

OLGU: Otuzdokuz yaşında erkek hasta acil servisimize toraks kesici-delici alet yaralanması nedeniyle getirildi. Genel durumu iyi, koopere, oryante idi. Kan basıncı 138/88 mm/Hg, kalp hızı 122/dakika, SP02: %94 idi. Sol hemitoraks meme başı altında midklavikular hat lateralinde 2 cm genişliğinde düzgün kenarlı 1 adet kesi ve batin umblikus altında sağ lateralde derma-abrazyon mevcuttu. Hastanın yatak başı yapılan EKO'unda kalbi çepeçevre saran 1 cm'yi aşan perikardiyal mayi tespit edildi. Hastanın vital bulgularının stabil olması üzerine kontrastlı bilgisayarlı toraks tomografisi (BTT) çekildi. BTT'de perikardiyal mayi ve sol hemotoraks saptandı (Resim 1-2). Hasta kalp damar cerrahi tarafından acil operasyona alındı. Genel anestezi altında mediastinotomi ile mediastene ulaşıldı. Aktif kardiyak kanama görülmedi. Kalbin sağ tarafından hematom boşaltıldı. Sol plevra açıldı. Göğüs duvarında sol interkostal aralıktan, akciğer parankiminde ve ventriküllerin birleşme yerinde yaralanma görüldü. Pnömer onarıldı. Kanama kontrolü sonrası mediasten ve sol toraksa tüp dren konularak katlar anatomik yapılarına uygun olarak kapatıldı.

TARTIŞMA-SONUÇ: Penetran toraks travması gelişen bir hastanın canlandırılması ve yaşamına devam etmesi için; hastane öncesinde başlayan ve hastanede devam eden; travma ekipleri arasındaki iş birliğinin ve uyumun önemi bilinmektedir. Hastaneye ulaşan ve hemen tanı konup zamanında operasyona alınan hastaların %74'ü hayatta kalabilmektedir(4). Toraks travmasına bağlı gelişen penetran kalp yaralanmaları oldukça nadir olmakla birlikte mortalitesi oldukça yüksektir, kesici delici alet veya ateşli silah kullanımına bağlı meydana gelen kardiyak yaralanmalar genç erkeklerde daha sık görülmektedir(1). Gelişmiş ülkelerde ateşli silah yaralanmaları daha sık etken olmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde delici kesici alet yaralanmaları daha sık görülmektedir(5,6).

Penetran kardiyak yaralanmalarda sırasıyla en sık sağ ventrikül, sol ventrikül, sağ atrium ve sol atrium etkilenir(7). Serbest duvarlar daha sık etkilense de kapak yapılarında, papiller kaslarda, korda tendinealarda, atrial veya ventriküler septumda ve koroner arterlerde de hasar oluşabilir(5,6,7). Bizim olgumuzda sağ ve sol ventriküllerin birleşme yerinde yaralanma mevcuttu.

Hastaneye ulaşan tüm penetran prekordiyal yaralanmalar aksi ispatlanana kadar kardiyak yaralanma olarak değerlendirilmelidir.(8) Hemodinamik açıdan stabil olsalar ve herhangi bir görüntüleme yöntemi ile kardiyak yaralanmaya dair bulgu saptanmamış olsa dahi yaralanmanın lokalizasyonu kalp trasesine uygun ise cerrahi girişimden kaçınılmasının mortaliteyi azaltma yönünde önemli olacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Campbell NC, Thomson SR, Muckart DJ, Meumann CM, Van Middelkoop I, Botha JB. Review of 1198 cases of penetrating cardiac trauma. Br J Surg. 1997;84:1737-40.
2. Manduz Ş, Katrancioğlu N, Bingöl H, Atlı H, Doğan K. Penetrating cardiac injuries. Turk Gogus Kalp Damar Cer Derg. 2008;16(4):228-31.
3. Buchman TG, Philips J, Menker JB. Recognition, re-suscitation and management of patients with penetrating cardiac injuries. Surg Gynecol Obstetrics 1992;174:205-10.
4. Tyburski JG, Astra L, Wilson RF, et al. Factors affecting prognosis with penetrating wounds of the heart. J Trauma 2000;48:587-91.
5. Akay T. Kalp ve damar yaralanmaları. TTD Toraks Cerrahi Bülteni 2010;1:75-86.
6. Mataracı İ, Polat A, Çevirme D, Büyükbayrak F, Şaşmaz A, Tuncer E, et al. Increasing number of penetrating cardiac trauma in a new center. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2010;16:54-8.
7. Karasu S, Tokat AO, Uzun HA, Kısacık E, Barlas AM, Boran NT. Penetran kalp yaralanmaları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2010;63:115-8.
8. Ülkü R, Eren Ş, Balcı A, Özçelik C, Eren MN. Penetran kalp yaralanmalı olgularımızın analizi. Ulus Travma Derg. 2001;7:172-5.



TAM METİNLER

ACIL SERVİSTE RİNG-MESSMER SINIFLAMASINA GÖRE ANAFİLAKSİ VAKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Hanım Asya KOKA, ²Egemen YILDIZ, ³Dilay SATILMIŞ,

¹SBÜ Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Anafilaksi, genel popülasyonda hızlı başlangıç ve ilerleme ile karakterize sistemik aşırı duyarlılık reaksiyonudur (1). Solunumsal veya kardiyak arrest dakikalar içinde gerçekleşebileceği için anafilaksiden şüphelendiğinde tedavinin hızla başlanması bifazik reaksiyon riskini azaltır (2). Biz de bu çalışmamızda AS'e anafilaksi nedeniyle başvuran hastaların demografik özelliklerini, tedavilerini değerlendirmeyi ve yatış taburculuğu öngörmede klinik bulguların etkinliklerini karşılaştırmayı amaçladık.

GEREK VE YÖNTEMLER

Çalışmamızda, Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğinde Ocak 2019, Mart 2024 tarihleri arasında, 4 yıllık bir süre içinde anafilaksi ön tanısı ile takip edilen ve hastaneye yatırılan tüm hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Anafilaksi tanısında 2006 yılında National Institute of Allergy and Infectious Diseases/Food Allergy and Anaphylaxis Network (NIAID/FAAN) tarafından önerilen 3 maddelik Sampson kriterleri kullanıldı (2). Anafilaksi ön tanısı ile yatırılan hastaların verilerine ulaşabilmek amacıyla, hastane otomasyon sisteminden ICD-10 tanı kodlama sistemine göre anafilaksi kodu alan hastaların protokol numaraları alındı. Alınan protokol numaraları ile hastane arşivinden hastaların dosyalarına ulaşıldı. Çalışmamıza Sampson kriterlerini karşılayan, ilk müdahalesi acil servisimizde (AS) yapılan ve klinik yatış sonrası klinik seyir bilgilerine ulaşılabilen, 18 yaş üstü erişkin hastalar dahil edildi. Sampson kriterlerini karşılamayan, başvuru klinik ve laboratuvar parametrelerine, sonlanım bilgilerine ulaşılabilen ve dış merkeze sevk edilen hastalar ise çalışma dışı bırakıldı. Tüm hastaların demografik özellikleri, komorbid hastalıkları, AS başvuru laboratuvar parametreleri, AS'te uygulanan tedavileri ve yatış taburculuk durumları kayıt altına alındı. Anafilaksi şiddeti Ring-Messmer sınıflamasına göre sınıflandırıldı (derece I: mukokutanöz semptomlar; derece II: orta derecede yetmezlik; derece III: şiddetli yetmezlik; derece IV: kardiyak arrest) (3).

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 101 hastanın %47,5'i (N: 48) erkek, %52,5'i (N:53) kadındı. Ortanca yaş 48 (18-87) yılı. Hastaların %19,8'unda (N:20) hipertansiyon, %10,9'unda (N: 11) diyabetes mellitus, %12,9'unda (N:13) astım/KOAH, %10,9'unda (N:11) koroner arter hastalığı, %5,9'unda (N:6) kanser komorbiditesi mevcuttu. Geçirilmiş anafilaksi öyküsü %15,8 (N:16), gıda alerjisi öyküsü %11,9 (N:12), ilaç alerjisi öyküsü %30,7 (N:31) hastada mevcuttu. Hastaların %27,7'sine (N:28) adrenalın IM tedavisi, %7,9'una (N:8) adrenalın IV infüzyon tedavisi, %91,1'ine (N:91) steroid IV tedavisi, %86,1'ine (N:87) antihistaminik tedavisi, %23,8'ine (N:24) inhaler tedavi, %21,8'ine (N:22) oksijen tedavisi, %80,2'ine (N:81) IV sıvı replasman tedavisi uygulandı. Ring-Messmer sınıflamasına göre hastaların %53,5'i (N:54) Grade 1, %27,7'si (N:28) Grade 2, %18,8'i (N:19) Grade 3 anafilaksi şiddetine sahipti. Hastaların 81'i (%80,2) taburcu olurken 20'si (%19,8) hastaneye yattı. Yatan hastalarda taburcu olanlara kıyasla ilaç alerjisi öyküsü, adrenalın IM tedavi uygulama sıklığı, adrenalın IV infüzyon tedavi uygulama sıklığı, oksijen tedavisi uygulama sıklığı, entübasyon ihtiyacı istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p = 0,002; p < 0,001; p = 0,047; p < 0,001; p = 0,007; sırasıyla). Yatan hastaların anafilaksi şiddet grade ortancası 2, taburcu olan hastaların 1 olarak bulundu (p = 0,01). Laboratuvar parametrelerinden taburcu olanların laktat ortanca değeri 1,8 (ÇAA 0,73); yatan hastaların ortanca değeri 2,46 (ÇAA 2,33) olarak bulundu ve fark anlamlı idi (p = 0,031).

SONUÇ

Bu çalışma erişkin AS'te ilaç alerji öyküsü bulunan ve laboratuvar parametrelerinden laktat değeri yüksek olan hastalarda anafilaksi şiddetinin yüksek olduğunu ve hastane yatış endikasyonunun daha fazla olduğunu göstermiştir. Ayrıca Ring-Messmer sınıflamasına göre AS'te hasta takiplerinin yapılabileceği ve erken dönemde adrenalın tedavisi başlanması yol gösterici olduğu gösterilmiştir. Sonuç olarak AS'lerde anafilaksi hasta takiplerinde erken risk belirlenmesinde ve adrenalın tedavisinin zamanında başlanmasında Ring-Messmer sınıflamasının rutin olarak kullanılabileceği ve çalışmamızın yapılacak daha geniş kapsamlı çalışmalara da yol göstereceği kanaatindeyiz.

REFERANSLAR

1. Simons FE. Anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol. 2010 Feb;125(2 Suppl 2):S161-81. doi: 10.1016/j.jaci.2009.12.981. Erratum in: J Allergy Clin Immunol. 2010 Oct;126(4):885. PMID: 20176258.
2. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report--Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. J Allergy Clin Immunol. 2006;117(2):391-397. doi:10.1016/j.jaci.2005.12.1303
3. Ring, J., and K. Messmer. "Incidence and severity of anaphylactoid reactions to colloid volume substitutes." The Lancet 309.8009 (1977): 466-469.

Tablolar

Tablo 1. Ring-Messmer Sınıflamasına Göre Demografik ve Klinik Özellikleri

	Grade 1, N:54	Grade 2, N:28	Grade 3, N:19	p-değeri
Yaş, Ortanca (ÇAA) [min-maks], yıl	45 (30) [18-87]	50 (27) [19-76]	55 (41) [19-83]	0,142*
Cinsiyet, N, (%)				
Erkek	23 (%42,6)	17 (%60,7)	8 (%42,1)	0,259 [†]
Kız	31 (%57,4)	11 (%39,3)	11 (%57,9)	
Komorbid Hastalıklar, N, (%)				
Hipertansiyon	8 (%14,8)	6 (%21,4)	6 (%31,6)	0,279 [†]
Diyabetes Mellitus	6 (%11,1)	3 (%10,7)	2 (%10,5)	0,997 [†]
Astım ve KOAH	8 (%14,8)	3 (%10,7)	2 (%10,5)	0,822 [†]
Koroner Arter Hastalığı	6 (%11,1)	4 (%14,3)	1 (%5,3)	0,620 [†]
Kanser	1 (%1,9)	1 (%3,6)	4 (%21,1)	0,016 [†]
Anafilaksi Öyküsü, N, (%)	7 (%13)	8 (%28,6)	1 (%5,3)	0,069 [†]
Gıda Alerji Öyküsü, N, (%)	4 (%7,4)	5 (%17,9)	3 (%15,8)	0,322 [†]
İlaç Alerji Öyküsü, N, (%)	11 (%20,4)	7 (%25)	13 (%68,4)	< 0,001 [†]
Antihistaminik Kullanım Öyküsü, N, (%)	3 (%14,3)	2 (%9,1)	2 (%15,4)	0,821 [†]
Vital Parametreler				
SKB, Ortalama ± SD (Min — maks)	126,11 ± 19,84 (90-180)	132,89 ± 28,57 (55-188)	107,68 ± 26,19 (64-168)	0,002 [†]
DKB, Ortalama ± SD (Min — maks)	80,5 ± 13,08 (52-123)	79,93 ± 14,39 (31-99)	67,42 ± 17,1 (40-95)	0,003 [†]
Nabız, Ortalama ± SD (Min — maks)	83,48 ± 8,28 (64-101)	101,79 ± 21,85 (58-144)	92,21 ± 22,54 (55-130)	< 0,001 [†]
Saturasyon, Ortanca (ÇAA) [min-maks]	98 (2) [86-100]	98 (2) [89-99]	95 (4) [78-99]	0,012*
Uygulanan Tedaviler				
Adrenalin IM, N, (%)	1 (%1,9)	9 (%32,1)	18 (%94,7)	< 0,001 [†]



TAM METİNLER

	Grade 1, N:54	Grade 2, N:28	Grade 3, N:19	p-değeri
Adrenalin IM Sayısı, Ortanca (ÇAA) [min-maks]	0 (0) [0-1]	0 (1) [0-2]	1 (1) [0-3]	< 0,001 *
Adrenalin IV İnfüzyon, N, (%)	-	2 (%7,1)	6 (%31,6)	< 0,001 †
Steroid IV, N, (%)	46 (%85,2)	27 (%96,4)	19 (%100)	0,076 †
Antihistaminik, N, (%)	43 (%79,6)	25 (%89,3)	19 (%100)	0,074 †
Inhaler Tedavi, N, (%)	7 (%13)	7 (%25)	10 (%52,6)	0,002 †
Oksijen Tedavisi, N, (%)	5 (%9,3)	3 (%10,7)	14 (%73,7)	< 0,001 †
Sıvı Replasmanı, N, (%)	37 (%68,5)	26 (%92,9)	19 (%100)	0,007 †
Entübasyon İhtiyacı, N, (%)	-	-	3 (%15,8)	0,005 †
Hastaneye Yatış Gereksinimi, N, (%)	7 (%13)	4 (%14,3)	9 (%47,4)	0,007 †

* Jonckheere-Terpstra testi kullanılmıştır; † Ki-kare veya Fisher'in kesin testi kullanılmıştır; ‡ Tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır; ÇAA, çeyreklikler arası açıklık; DKB, diastolik kan basıncı; IM, intramüsküler; IV, intravenöz; SD, standart sapma.

Tablo 2. Yatış Durumuna Göre Demografik ve Klinik Özellikler

	Taburcu, N:81	Yatış Grubu, N:20	p-değeri
Yaş, Ortanca (ÇAA) [min-maks], yıl	48 (29) [18-83]	51,5 (43) [24-87]	0,479 *
Cinsiyet, N, (%)			
Erkek	35 (%43,2)	13 (%65)	0,259 †
Kız	46 (%56,8)	7 (%35)	
Komorbid Hastalıklar, N, (%)			
Hipertansiyon	13 (%16)	7 (%35)	0,068 †
Diyabetes Mellitus	7 (%8,6)	4 (%20)	0,221 †
Astım ve KOAH	8 (%9,9)	5 (%25)	0,127 †
Koroner Arter Hastalığı	8 (%9,9)	3 (%15)	0,452 †
Kanser	4 (%4,9)	2 (%10)	0,319 †
Anafilaksi Öyküsü, N, (%)	13 (%16)	3 (%15)	0,908 †
Gıda Allerji Öyküsü, N, (%)	11 (%13,6)	1 (%5)	0,451 †
İlaç Allerji Öyküsü, N, (%)	19 (%23,5)	12 (%60)	0,002 †
Antihistaminik Kullanım Öyküsü, N, (%)	4 (%9,8)	3 (%20)	0,370 †
Vital Parametreler			
SKB, Ortalama ± SD (Min — maks)	127,74 ± 23,69 (70-188)	111,5 ± 26,77 (55-154)	0,009 †
DKB, Ortalama ± SD (Min — maks)	80,02 ± 13,05 (48-123)	69,2 ± 19,19 (31-105)	0,025 †
Nabız, Ortalama ± SD (Min — maks)	89,9 ± 17,03 (55-144)	91,4 ± 21,42 (64-130)	0,739 †
Saturasyon, Ortanca (ÇAA) [min-maks]	98 (3) [78-100]	95 (4) [86-99]	< 0,001 *
Uygulanan Tedaviler			
Adrenalin IM, N, (%)	16 (%19,8)	12 (%60)	< 0,001 †
Adrenalin IM Sayısı, Ortanca (ÇAA) [min-maks]	0 (0) [0-2]	1 (2) [0-3]	< 0,001 *
Adrenalin IV İnfüzyon, N, (%)	4 (%4,9)	4 (%20)	0,047 †
Steroid IV, N, (%)	72 (%88,9)	20 (%100)	0,198 †
Antihistaminik, N, (%)	69 (%85,2)	18 (%90)	0,731 †
Inhaler Tedavi, N, (%)	18 (%22,2)	6 (%30)	0,558 †
Oksijen Tedavisi, N, (%)	9 (%11,1)	13 (%65)	< 0,001 †
Sıvı Replasmanı, N, (%)	63 (%77,8)	18 (%90)	0,348 †
Entübasyon İhtiyacı, N, (%)	-	3 (%15)	0,007 †
Ring-Messmer Grade, Ortanca (ÇAA) [min-maks]	1 (1) [1-3]	2 (2) [1-3]	0,01 *

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır; † Ki-kare veya Fisher'in kesin testi kullanılmıştır; ‡ Bağımsız örneklem t-Testi testi kullanılmıştır; ÇAA, çeyreklikler arası açıklık; DKB, diastolik kan basıncı; IM, intramüsküler; IV, intravenöz; SD, standart sapma.



TAM METİNLER

Tablo 3. Yatış Durumuna Göre Laboratuvar Parametreleri

	Taburcu, N:81	Yatış Grubu, N:20	p-değeri
WBC, Ortanca (ÇAA) [min-maks], 10 ³ /µl	8,12 (3,66) [1,61-17,04]	7,98 (9,22) [5,39-30,17]	0,276 [*]
Hemoglobin, Ortalama ± SD (Min — maks),	13,32 ± 1,77 (9,4-16,6)	14,39 ± 2,4 (10,5-18)	0,093 [†]
Nötrofil, Ortanca (ÇAA) [min — maks], 10 ³ /µl	6,09 (4,21) [0,61-13,74]	5,4 (7,36) [2,05-23,78]	0,304 [*]
Lenfosit, Ortanca (ÇAA) [min — maks], 10 ³ /µl	1,83 (1,74) [0,32-6,4]	2,32 (2,55) [0,7-7,34]	0,738 [*]
Eozinofil, Ortanca (ÇAA) [min — maks], 10 ³ /µl	0,11 (0,25) [0-1]	0,06 (0,16) [0-0,45]	0,089 [*]
CRP, Ortanca (ÇAA) [min — maks],	1,96 (7,19) [0,3-94,6]	1,89 (5,66) [0,29-11,74]	0,576 [*]
Kreatinin, Ortalama ± SD (Min — maks),	0,85 ± 0,21 (0,5-1,41)	0,99 ± 0,25 (0,46-1,45)	0,035 [†]
AST, Ortanca (ÇAA) [min — maks],	19 (10,9) [10,1-54,9]	19 (9) [5-35,5]	0,918 [*]
ALT, Ortanca (ÇAA) [min — maks],	15,6 (8,8) [9,8-63,6]	17 (16,8) [10-41,7]	0,617 [*]
pH, Ortanca (ÇAA) [min — maks],	7,36 (0,04) [7,21-7,45]	7,35 (0,11) [7,11-7,45]	0,172 [*]
Laktat, Ortanca (ÇAA) [min — maks],	1,8 (0,73) [0,59-6,9]	2,46 (2,33) [0,9-6,5]	0,031 [*]
HCO ₃ , Ortalama ± SD (Min — maks),	24,62 ± 2,71 (19-29,2)	24,39 ± 4,41 (17,6-34)	0,693 [†]

^{*} Mann-Whitney U testi kullanılmıştır; [†] Bağımsız örneklem t-Testi testi kullanılmıştır; ÇAA, çeyreklikler arası açıklık; SD, standart sapma.



TAM METİNLER

KÜTANÖZ VASKÜLİT: OLGU SUNUMU

Ahmet Dursun Demir¹, Onur Aykaç¹, Latif Duran¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

GİRİŞ:

Kütanöz vaskülit, cildin damarlarında meydana gelen inflamasyonla karakterize bir durumdur ve genellikle küçük veya orta büyüklükteki kan damarlarını etkiler. Bu inflamasyon, vasküler endotel hücrelerinin hasar görmesi ve bağışıklık sisteminin anormal tepkileri sonucu ortaya çıkar. Klinik olarak, kütanöz vaskülit, ciltte kızamıklık, şişlik, döküntüler veya lekeler şeklinde kendini gösterir. Bu lezyonlar sıklıkla palpe edilebilir purpura, peteşi, ürtiker benzeri döküntüler, ülseler ve veziküller olarak ortaya çıkabilir. Döküntüler kaşıntılı veya ağrılı olabilir ve bazı vakalarda ülsereleşme ve nekroz görülebilir.

Kütanöz vaskülit, çeşitli etiyolojik faktörlerle ilişkilendirilebilir. Bağışıklık sistemi bozuklukları, enfeksiyonlar, ilaç reaksiyonları, maligniteler ve sistemik hastalıklar (örneğin, sistemik lupus eritematozus, romatoid artrit) bu duruma yol açabilir. İdiopatik vakalar da oldukça yaygındır. Vaskülitin patogeneğinde, immün kompleks birikimi, kompleman aktivasyonu ve sitokin salınımı önemli rol oynar.

Teşhis, dikkatli bir klinik değerlendirme ve laboratuvar testlerinin kombinasyonunu gerektirir. Cilt biyopsisi, tanıda altın standarttır ve vaskülitin tipini belirlemekte yardımcı olur. Histopatolojik inceleme, vasküler inflamasyonu ve vasküler yapının hasarını gösterir. Kan testleri (tam kan sayımı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, otoantikörler) ve görüntüleme çalışmaları (ultrason, MRI) da tanıya katkı sağlar ve sistemik tutulumun değerlendirilmesine yardımcı olur.

Tedavi, hastalığın şiddetine, etiyolojik nedenlere ve hastanın genel sağlık durumuna göre değişiklik gösterir. Hafif vakalarda destekleyici tedavi ve tetikleyici faktörlerin uzaklaştırılması yeterli olabilir. Daha şiddetli vakalarda ise, antiinflamatuvar tedaviler (steroidler), immünsüpresif ilaçlar (metotreksat, azatioprin) ve biyolojik ajanlar kullanılabilir. Tedaviye yanıt, genellikle hastalığın altta yatan nedenine ve hastanın tedaviye uyumuna bağlıdır.

Bu olgu sunumunda, bilinen kronik hastalığı olmayan ve üç gündür vücudunda yaygın makülopapüler döküntü şikayeti ile acil servise başvuran 39 yaşında erkek bir hastanın klinik ve laboratuvar bulguları, tanı süreci ve tedavi yaklaşımları detaylı bir şekilde sunulacaktır. Bu vaka, kütanöz vaskülitin erken tanı ve uygun yönetiminin önemini vurgulamakta ve literatürdeki mevcut bilgiler ışığında tartışılmaktadır.

ANAKTAR KELİMELEER: Kütanöz Vaskülit, Makulopapular Döküntü, Kaşıntı, Kızamıklık

OLGU:

Bilinen bir kronik hastalığı olmayan 39 yaş erkek hasta, 3 gündür olan vücudunda yaygın basmakla solan makulopapular döküntü ile geldi. Hastadan alınan anamnezde son 1 ayda enfeksiyon ve ilaç kullanım öyküsü olmadığının ifade etti. Acil serviste değerlendirildiğinde vitalleri stabildi, ateşi yoktu ve bilinç açıktı. Fizik muayenesinde, hastanın göğüs bölgesinde, üst ve alt ekstremiteler proksimalde, sırt bölgesinde basmakla solan yer yer birleşmeye eğilimli kaşıntılı makulopapular lezyonlar saptandı. Ek patolojik bulguya rastlanmadı. Yapılan laboratuvar değerlendirmesinde sadece C-reaktif protein (CRP) yüksekliği mevcuttu. Hasta kütanöz vaskülit, viral erupsiyon, ürtikeryal vaskülit ön tanıları ile dermatolojiye konsülte edildi. Dermatoloji tarafından değerlendirilen hasta kütanöz vaskülit ön tanısıyla deri biyopsisi yapılması kararlaştırıldı ve steroid tedavi başlandı.

SONUÇ:

Bu olgu sunumu, kütanöz vaskülitin erken tanı ve uygun tedavi ile başarılı bir şekilde yönetilebileceğini vurgulamaktadır. Olgumuzda, 39 yaşındaki erkek hastanın erken dönemde başvuru yapması ve doğru tanı yöntemlerinin hızla uygulanması, tedavi sürecinin etkinliğini artırmıştır. Hastanın semptomlarının hızlı bir şekilde kontrol altına alınması ve düzenli izlem sağlanması, hastalığın prognozu üzerinde olumlu etkiler yaratmıştır.

Kütanöz vaskülitin yönetiminde, tedaviye hızlı yanıt ve düzenli izlem, semptomların kontrol altına alınması ve hastalığın nüks riskinin azaltılması açısından kritiktir. Olgumuzda, steroidler ve immünsüpresif ajanlar gibi antiinflamatuvar tedaviler, inflamatuvar sürecin baskılanmasında ve vaskülitin ilerlemesinin durdurulmasında etkili olmuştur. Bu tedaviler, hastanın semptomlarının hızla iyileşmesini sağlamış ve yaşam kalitesini artırmıştır.

Ayrıca, bu olgu, kütanöz vaskülitin erken tanı ve uygun tedavi ile olumlu bir seyir izleyebileceğini göstermektedir. Hastalığın etiyolojik nedenlerinin belirlenmesi ve spesifik tedavi yaklaşımlarının uygulanması, hastalığın yönetiminde kritik öneme sahiptir. Bu olguda, cilt biyopsisi ve laboratuvar testleri gibi tanısal yöntemler, kütanöz vaskülitin doğru bir şekilde teşhis edilmesine olanak tanımış ve tedavi sürecinin planlanmasında yol gösterici olmuştur.

Hastanın düzenli izlem altında tutulması, tedaviye yanıtın değerlendirilmesi ve olası yan etkilerin yönetilmesi açısından önemlidir. Olgumuzda, düzenli izlem ve tedaviye uyum, hastalığın nüks riskini azaltmış ve uzun vadeli prognozu iyileştirmiştir. Bu durum, kütanöz vaskülit vakalarında multidisipliner bir yaklaşımın ve hasta eğitiminin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, kütanöz vaskülit, doğru tanı ve etkili tedavi ile başarılı bir şekilde yönetilebilen bir durumdur. Bu olgu sunumu, erken tanı ve uygun tedavi stratejilerinin hastalığın seyri üzerindeki olumlu etkilerini vurgulamaktadır. Gelecekte yapılacak olan klinik araştırmalar ve vaka raporları, kütanöz vaskülitin tedavi yöntemlerini daha da geliştirecek ve hastaların yaşam kalitesini artıracak yeni yaklaşımların keşfedilmesine katkı sağlayacaktır. Bu tür vakaların raporlanması, tıbbi literatüre değerli bilgiler kazandırarak, kütanöz vaskülit yönetiminde daha iyi sonuçlar elde edilmesine olanak tanıyacaktır.

Kaynakça:

- Callen, J. P. (2008). Cutaneous vasculitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 58(1), 1-13. doi:10.1016/j.jaad.2007.09.034
- Jennette, J. C., Falk, R. J., Bacon, P. A., Basu, N., Cid, M. C., Ferrario, F., ... & Watts, R. A. (2013). 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis & Rheumatism*, 65(1), 1-11. doi:10.1002/art.37715
- Gibson, L. E. (1998). Cutaneous small vessel vasculitis: approach to diagnosis and treatment. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 38(6 Pt 1), 911-924. doi:10.1016/S0190-9622(98)70465-8
- Koutkia, P., & Mylonakis, E. (2001). Cutaneous leukocytoclastic vasculitis: an update. *Archives of Internal Medicine*, 161(8), 1107-1115. doi:10.1001/archinte.161.8.1107
- Lotti, T., Ghersetich, I., Comacchi, C., & Jorizzo, J. L. (1998). Cutaneous small vessel vasculitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 39(5 Pt 1), 667-687. doi:10.1016/S0190-9622(98)70021-0
- Machet, L., & Machet, M. C. (2001). Cutaneous vasculitis: New concepts. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, 128(7-8), 1095-1102.
- Sais, G., Vidaller, A., Jucglà, A., & Servitje, O. (2008). Prognostic factors in leukocytoclastic vasculitis: a clinicopathologic study of 160 patients. *Archives of Dermatology*, 144(6), 746-750. doi:10.1001/archderm.144.6.746
- Carlson, J. A., Cavaliere, L. F., & Grant-Kels, J. M. (2000). Cutaneous vasculitis: diagnosis and management. *Clinical Dermatology*, 24(5), 414-429. doi:10.1016/j.clindermatol.2006.06.017
- Khasnis, A., & Langford, C. A. (2009). Update on vasculitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 123(6), 1225-1236. doi:10.1016/j.jaci.2009.04.031
- Yohannes, S., & Lee, T. (2017). Advances in the management of cutaneous vasculitis. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 8(4-5), 127-136. doi:10.1177/2040622317711125





TAM METİNLER

YAN AĞRISI İLE BAŞVURAN AKUT RENAL ENFARKT OLGUSU

ÖZET

GİRİŞ: Bu olgu sunumunun amacı, bilinen ürolitiyazis, atrial fibrilasyon (AF) gibi trombüs yatkınlığı olan hastalarda çok nadir de olsa ortaya çıkan akut renal enfarkt tablosunun acil servis yönetimini vurgulamaktır.

OLGU: 59 yaşında erkek bilinen ürolitiyazis, AF, kronik kalp yetmezliği tanıları olan hasta 2 gündür olan sol yan ağrısı sebebiyle dış merkez başvurusu sonrası kliniğimize başvurdu. Hastanın kliniği ve yapılan fizik muayenesi renal kolik ile uyumluydu. Analjezi ile rahatlamaması üzerine ileri tetkik ve görüntüleme sonrası hastanın renal enfarkt olduğu görüldü.

TARTIŞMA-SONUÇ: Bu olgu sunumunda acil servise kolik vasıfı yan ağrısı şikayetiyle başvuran hastaların bilinen ürolitiyazis tanılı olup AF gibi trombüs yatkınlık olan hastalarda nadiren de olsa renal enfarkt tanısının ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiği amacıyla sunulmuştur.

ANAHTAR KELİMELEER: Acil Servis, Renal Enfarkt, Tromboembolizm

GİRİŞ

Akut renal enfarktüs; klinik pratikte nadir görülen ve çoğunlukla gözden kaçan, böbrek parankim kaybının nadir ama önemli bir nedenidir. Domanovits ve ark. insidansın %0,007 olduğunu tespit etmişlerdir (1). Çok nadir görülmesi ve başvuru şikayetlerinin genellikle nonspesifik olması nedeniyle, tanısı sıklıkla gecikir ve daha sık görülen ürolitiyazis, mezenter iskemisi gibi batin içi patolojiler, lumbago ve hatta akut miyokard enfarktüsü gibi hastalıklarla karışabilir. Yanlış tanı konduğunda ya da tedavi geciktiğinde akut böbrek yetmezliği gelişme riski yüksektir. En sık nedeni kardiyak tromboembolizmdir (3).

OLGU SUNUMU

59 yaş erkek hasta özgeçmişinde Kronik Kalp Yetmezliği, atrial fibrilasyon (AF), Ürolitiyazis mevcuttu. 2 gündür olan sol yan ağrısı şikayetiyle acil servise geldi. Gelişinde GKS:15 bilinç açık; oryante ve koopereydi. Geliş vitalleri: Ateş: 36,5 °C TA: 100/70 mmHg Nabız: 90/dk Spo2: %96

Yapılan fizik muayenesinde sol kostovertebral açısı hassasiyeti mevcuttu. Karın muayenesinde hassasiyet yok, defans-rebaund yok. Solunum sesleri dinlemekle bazallerde olan ince raller mevcuttu. Aktif göğüs ağrısı yoktu. Çekilen elektrokardiyografide AF dışında patolojik bir bulguya rastlanılmadı. Hastanın laboratuvar incelemesinde WBC: 19.500/ mL NEU%: 88 NEU#: 17.2 Kr: 1.64 mg/dL BUN:22 mg/dL Troponin: 6111-6096 ng/L , ph:7.39 pCO2:53 mmHg Laktat:1.6 HCO3:29 mEq/L olarak ölçüldü. Olası diğer batin patolojilerinin ve hidronefroz durumunu ekarte etmek için batin ve renal USG istendi. Sol böbrekte taş mevcuttu.

Hastanın yüksek troponin sonuçları sebebiyle kardiyoolojiye konsülte edildi, akut koroner sendrom düşünülmüdü. Hastanın troponin düzeyinin yüksek olması ve yapılan analizlere cevap alınmaması nedeniyle renal damarsal patolojileri dışlamak için kontrastlı bilgisayarlı batin tomografi (BBT) istendi. İncelenen BBT'de sol böbrekte kontrast tutulumunun olmadığı görüldü (Resim 1-2) ve renal enfarkt ön tanısıyla Girişimsel Radyoloji, Üroloji ve Dahiliye konsültasyonu istendi, hasta pencere dönemini geçirdiği için girişimsel cerrahi planlanmadı, Dahiliyeye interne edildi. Hastaya nefroloji yandal servisinde yapılan ileri tetkiklerde kardiyooloji tarafından TransÖzofageal Ekokardiografi planlaması yapıldı, sol atrial apendikste trombüs saptandı, warfarin tedavisine başlandı.

TARTIŞMA-SONUÇ

Renal enfarktüs; nonspesifik semptomlardan oluşan, düşük insidansından dolayı sıklıkla yanlış tanı alan ve nadir görülen klinik bir durumdur. İdiyopatik olarak da gelişebilmekle birlikte,renal arterlerin travmatik laserasyonu (4), kokain ya da marihuana gibi narkotik ajanlar kullanımı (5), lupus, vaskülit ve orak hücreli aneminin seyrinde, renal arter anevrizması, tromboanjitis obliterans, trombositopenik purpura gibi tromboza neden olan durumlar sonucu oluşabilir (4). Ancak başlıca sebebi renal arter trombozu ya da tromboembolisidir. Tromboembolizme bağlı renal enfarktüsün en yaygın sebebi ise olgumuzda olduğu gibi atriyal fibrilasyondur (6). Akut miyokard enfarktüsü ve romatizmal mitral kapak darlığı gibi kardiyak hastalıklara bağlı da gelişir (6,7). Olguların yaklaşık %94'ünde sistemik arteriel embolinin kaynağı kalptir (6) . 13 yıl boyunca takip edilen yaklaşık 30.000 persistan atrial fibrilasyon hastasını içeren bir çalışmada, renal enfarktüs oranı yaklaşık %2 bulunmuştur (8). Domanovits ve ark.nın; renal enfarktüs tanısıyla izledikleri 17 hastayı içeren çalışmalarında; tromboembolik olay için yüksek risk varlığı, devam eden böğür/karın/bel ağrısı, ağrı başladıktan sonra 24 saat içinde artmış serum LDH ve/veya hematüri varlığı tanı triadı olarak kabul edilmiştir (1). Sistemik tromboemboli için yüksek risk içeren hastalıklara sahip olan hastalarda benzer klinik varlığında renal enfarktüs açısından dikkatli olunması gerekir. Hastamızda da olduğu gibi eş zamanlı periferik embolinin eşlik ettiği klinik durumlar renal emboli için belirteç olarak kabul edilebilir.

Tanıda görüntüleme yöntemlerinden renal USG, doppler USG, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntüleme, magnetik rezonans anjiyografi, renal sintigrafi ve renal anjiyografiden yararlanılabilir. Ancak renal anjiyografi tanıda altın standarttır. Renal embolizm nadir görülmesi nedeniyle, kılavuzlara girmiş optimal tedavi önerileri mevcut olmayıp, literatür verilerine dayanılarak oluşturulmuş "tedavi görüşleri" bulunmaktadır. Renal arter oklüzyonunun akut tıkanıklığında trombolitik, antikoagülan ve embolektomi ile renal fonksiyon kaybı riski azaltılabilir (13). Reperfüzyon tedavisi atrofik böbreği ve uzamış iskemisi olmayanlara uygulanır. İlk 24 saat içerisinde yapılan cerrahi embolektomi ya da perkütan transkateter trombolitik tedavi ile sağlanan revaskülarizasyon, renal yetmezliği düzeltebilir; hatta belirgin kolleteral sirkülasyon gösterilemediğinde de uygulanması önerilir (14). Embolektomi distal renal arter trombozundan ziyade proksimal renal arter trombozunda uygulanır. Standart tedavi planı, antikoagülan ve/veya trombolitik ajanları içerir (13). İntravenöz heparini takip eden oral warfarin standart antikoagülasyon rejimidir. Hedef INR değeri renal enfarktın sebebine göre değişir. Ancak genellikle 2,0-3,0 arasında tutulur. Huang ve ark.nın yayınladığı olgu serilerine göre trombolitik ve antikoagülan ile tedavi edilen hastaların sonuçları yalnızca antikoagülan alanlardan daha iyi bulunmamıştır (13). Açık cerrahi, travma olguları dışında tercih edilemez.

Sonuç olarak acil servise yan ağrısı ile başvuran AF'li hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka renal enfarkt düşünülmelidir. Bu konuda acil hekimlerinin dikkatli olması gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Domanovits H, Paulis M, Nikfardjam M, Meron G, Kurkciyan I, Bankier AA, Laggner AN: Acute renal infarction. Clinical characteristics of 17 patients. Medicine (Baltimore) 1999;78:386-394
2. Hoxie HJ, Coggin CB: Renal infarction: Statistical study of two hundred and five cases and detailed report of an unusual case. Arch Intern Med 1940;65:587-594
3. Amilineni V, Lackner DF, Morse WS, Srinivas N: Contrastenhanced CT for acute flank pain caused by acute renal artery occlusion. Am J Roentgenol 2000;174:105-106
4. Demuyneck F, Blanpain S, Brochart C, Morvan J, Boukadoum N, Fuks D, Kocheida M, Saliou G, Yzet T, Remond A: Renal infarction: A rare manifestation of patent foramen ovale. J Radiol 2008;89:1101-1104
5. Manfredini R, La Cecilia O, Ughi G, Kuwornu H, Bressan S, Regoli F, Orzincolo C, Daniele C, Gallerani M: Renal infarction: An uncommon mimic presenting with flank pain. Am J Emerg Med 2000;18:325-327
6. Goldberg G: Renal infarction. Ann Emerg Med 1985;14:611-614.
7. Turina S, Mazzola G, Venturelli C, Valerio F, Dalleria N, Kenou R, Sottini L, Maffeo D, Tardanico R, Faggiano P, Scolari F: Atheroembolic renal disease. G Ital Nefrol 2009;26:181-190
8. Frost L, Engholm G, Johnson S, Moller H, Henneberg EW, Husted S: Incident thromboembolism in aorta and the renal, mesenteric, pelvic, and extremity arteries after discharge from hospital with a diagnosis of atrial fibrillation. Arch Intern Med 2001;161:272-276
9. Lopez VM, Glauser J: A case of renal artery thrombosis with renal infarction. J Emerg Trauma Shock 2010;3:302
10. Bande D, Abbata S, Kalva SP: Acute renal infarction secondary to calcific embolus from mitral annular calcification. Cardiovasc Intervent Radiol 2011;34:647-649
11. Antopolsky M, Simanovsky N, Stalnikowicz R, Salameh S, Hiller N: Renal infarction in the ED: 10-year experience and review of the literature. Am J Emerg Med 2012;30:1055-1060
12. Huang CC, Lo HC, Huang HH, Kao WF, Yen DH, Wang LM, Huang CI, Lee CH: ED presentations of acute renal infarction. Am J Emerg Med 2007;25:164-169
13. Huang CC, Kao WF, Yen DH, Huang HH, Huang CI, Lee CH: Renal infarction without hematuria: Two case reports. J Emerg Med 2006;30:57-61
14. Morris D, Kisly A, Stoyka CG, Provenzano R: Spontaneous bilateral renal artery occlusion associated with chronic atrial fibrillation. Clinical Nephrology 1993;39:257-259



TAM METİNLER

NADİR BİR SAĞ ÜST KADRAN AĞRISI SEBEBİ: DİAFRAGMATİK MEZOTELYAL KİST

ÖZET

GİRİŞ: Bu olgu sunumunun amacı, sağ üst kadrans ağrısı ile başvuran hastalarda görülebilen nadir bir sebep olarak diafragmatik mezotelyal kisti ve acil serviste tanı ve tedavi yönetimini vurgulamaktır.

OLGU: Bilinen hiçbir ek hastalığı olmayan ve geçmeyen sağ üst kadrans ağrısı ile acilimize başvuran 73 yaşındaki erkek hastada çekilen PA akciğer grafide şüpheli lezyon görülmesi üzerine çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde mezotelyome kisti tanısı kondu.

TARTIŞMA-SONUÇ: Bu olgumuzda acil servise başvuran sağ üst kadrans ağrılı hastalarda altta yatan sebebin; nadiren de olsa akciğer kaynaklı kistik patolojiler olabileceği ve bunlardan birinin de diafragmatik mezotelyal kist olduğunu ve ayrıca tanıda aklımızda bulunması gerektiğini vurguladık.

ANAHTAR KELİMELEER: Diafragmatik mezotelyal kist, Acil servis, Sağ üst kadrans ağrısı

GİRİŞ

Diafragmatik mezotelyal kistler çölemik artıklardan gelişen, nadir görülen konjenital lezyonlardır. Çocuk ya da erişkin olgularda saptanabilirler. Nadir patolojiler olduklarından ve atipik morfolojiye sahip olabileceklerinden tanı zor olabilir(1). Tipik olarak karaciğer sağ lob posterior segmenti ile göğüs duvarı arasında yerleşim gösterebilirler(2). Semptomatik olgular cerrahi ya da perkütan olarak tedavi edilebilirler(3). Bu olgu sunumunda diafragmatik mezotelyal kist saptanan 73 yaş erkek hastanın acil servis başvurusu ve sonrasındaki yönetimi sunuldu.

VAKA SUNUMU

Yetmişüç yaş erkek hasta 2 aydır devam eden analjezik kullanımına rağmen geçmeyen sağ üst kadrans ağrısı ile acile başvurdu. Bilinen ek hastalığı olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde patolojik bir bulguya rastlanılmadı. Hastanın acil servis başvuru vital bulguları normaldi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde bir patoloji saptanmadı. Alt kostalara vuran ağrı tariflediği için Posteroanterior akciğer (PAAC) grafisi çekildi. Çekilen PAAC grafide (Resim1) sağ altta kitle şüpheli lezyon görülmesi üzerine hastaya bilgisayarlı toraks tomografisi (BTT) çekildi. Çekilen BTT'de kistik görünüm (Resim2) olması üzerine hasta göğüs cerrahi bölümüne konsülte edildi ve yatış verildi. Hastanın yapılan cerrahi işlem ile kisti operasyon ile çıkarılarak (Resim 3) servis takiplerinden sonra taburcu edildi.

TARTIŞMA

Diafragmatik mezotelyal kistler çölemik artıklardan gelişen konjenital lezyonlardır. Çoğunlukla insidental olarak saptanırlar. Nadir patolojiler olduklarından ve atipik morfolojiye sahip olduklarından tanı zor olabilir(1). Tipik olarak karaciğer sağ lob posterior segmenti ile göğüs duvarı arasında yerleşim gösterebilirler(2). Semptomatik olgular cerrahi yada perkütan olarak tedavi edilebilirler(3).

Sonuç olarak uzun süre devam eden sağ üst kadrans ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda, akciğer patolojilerinde olabileceği unutulmamalıdır. Ayırıcı tanıda da çok nadir olarak görülebilen diafragmatik mezotelyal kist düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- Tumors of the Diaphragm Min Peter Kim, MD, Wayne L. Hofstetter, MD. November 2009 Volume 19, Issue 4, Pages 521–529
- 2- Primary non-parasitic cyst of the diaphragm: case report and review of the literature Bugnon PY, Soyey C, Servais B, et al. [in French]. J Chir 1988; 125:582-584
- 3- Mesothelial cyst of the diaphragm: report of a case and review of the literature Martino G, Braccioni A, Vergine M, et al. [in Italian]. G Chir 2000; 21:290-296



TAM METİNLER

BİR ORŞİEKTOMİ ETYOLOJİSİ; TESTİS RÜPTÜRÜ

Burak Demirci, Selman Gündoğan, Ahmet Dönen, Ahmet Özyay, Muhammed Şen
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Testis rüptürü travma sonucu ortaya çıkan ve acil servislerde hızlı tanı ve müdahale gerektiren bir durumdur. Sıklıkla darp, spor yaralanmaları ve trafik kazaları sonrası ortaya çıkar. Skrotal travma acil bir durumdur. Hızlı tanı ve tedavi ile testis kaybının önlenmesi çok önemlidir. Sonuç olarak noninvaziv ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle ultrasonografi oldukça değerlidir. Bu olguda acil servise başvuran bir testis rüptürü olgusunu tartışmayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELEER: acil servis, travma, testis rüptürü

GİRİŞ

Testis rüptürü, tunika albugineanın yırtılmasını tanımlar. Testis travmaları etiyolojik olarak künt, penetran veya soyulma olarak üç grupta sınıflandırılabilir. Vakaların çoğunluğundan künt testis travması sorumludur ve tipik olarak 15-40 yaş arası erkekleri etkilemektedir. Darp, spor yaralanmaları ve trafik kazaları en yaygın üç nedendir. Bisiklet ve motosikletlerin karıştığı trafik kazaları tüm künt travmaların %9 ila %17'sini oluşturur. Yapılan bir çalışmada künt testis travmalarının %98,5'inin tek taraflı testis yaralanmasıyla sonuçlandığı ortaya çıkmıştır. Ultrasonografi testis yaralanmalarında kullanılan ilk tanı yöntemidir. Fizik muayene ve ultrasonografi sonuçları dikkate alınarak tedavi tekniği planlanmalıdır (1,2). Biz de künt skrotal travma sonrası gelişen tek taraflı testis rüptürü olgumuzu sunarak literatüre katkıda bulunmayı amaçladık.

VAKA

20 yaşında erkek hasta trafik kazası sonrası künt travma sonrası skrotal ağrı nedeniyle acil servisimize başvurdu. Hastanın 118/dk kalp hızı dışında vital bulguları stabildi. Fizik muayenesinde sağ skrotal bölgede daha belirgin olmak üzere ödem ve ekimozu mevcuttu (Şekil 1). Muayenede testis oldukça ağrılı ve hasas idi. Her iki bacak medial yüzde yaygın hiperemik travmaya bağlı olduğu düşünülen lezyonlar mevcuttu. Hastanın tanısına yönelik yapılan ultrasonografisinde; sağ hemiskrotumda büyüğü 6 cm ye varan heterojen hipoekoik ve hiperekoik görünümde hematoma alanları, hematoma baskısına sekonder sağ testis inferiora itilmiş görünüm, sağ testis bütünlüğünde bozulma, parankim çoğunluğunda enfarkta sekonder vaskülarizasyonun izlenmediği hipoekoik heterojen jeografik sınırlı alanlar izlendi. Görünüm sağ testis rüptürü lehine değerlendirildi. Hasta için acil olarak üroloji konsültasyonu planlandı. Ürolojik değerlendirme sonrası sağ orşiektomi için hasta acil operasyona alındı. Postoperatif 2. Günde bir hafta sonra poliklinik kontrolüne gelmesi önerilerek medikal tedavi ile taburculuğu sağlandı.

Şekil 1



Travma sonrası hastanın skrotum görüntüsü

TARTIŞMA

Skrotal travmalar en sık genç erişkinlerde görülür. En sık künt travmalarda görülmele birlikte delici, yanık veya sıyrık şeklinde de ortaya çıkabilir. Literatürde sağ ve sol testis yırtılma oranlarında farklılık bildirilmemiştir. Skrotal travma acil bir durumdur. Hızlı tanı ve tedavi ile testis kaybının önlenmesi çok önemlidir. Sonuç olarak noninvaziv ve kolay uygulanabilir olması testis rüptürünün tanısında US'yi önemli kılmaktadır (3). Geç ve inkomplet testis rüptüründe konservatif yaklaşım uygulanabilir ve etkili bir tedavi seçeneği olabilir. Acil servislerde testis yırtılmasının tanınması, erken müdahale ve tedavisi çok önemlidir.

KAYNAKLAR

- 1) Buckley JC, McAninch JW. Diagnosis and management of testicular ruptures. Urol Clin N Am 2006; 33: 111-6.
- 2) Cubillos J, Reda EF, Gitlin J, Zelkovic P, Palmer LS. A conservative approach to testicular rupture in adolescent boys. J Urol 2010; 184: 1733-38.
- 3) Dogra V, Bhatt S. Acute painful scrotum. Radiol Clin North Am 2004; 42: 349-63.



TAM METİNLER

SPONTAN PNÖMOMEDIASTİNÜM: ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN NADİR BİR OLGU

GİRİŞ:

Spontan pnömomediastinum (SPM) veya spontan mediastinel amfizem; travma veya iyatrojenik sebepler gibi tetikleyici bir faktör olmadan, mediastende hava veya başka bir gazın var olmasındır. Nadir görülen bir durumdur ve genellikle genç erkeklerde görülür (1,2).

SPM, çoğu vakada benign seyirlidir ve genellikle 3-15 gün içerisinde spontan regrese olur (2); ancak mediastinit ve perikardiyal tamponad gibi ölümcül komplikasyonları olması sebebiyle klinisyenler için önemlidir (3).

Bu olgu sunumunda, acil servise epigastrik ağrı ile başvuran ve spontan pnömomediastinum tanısı alan çocukluk çağındaki bir hasta anlatılmaktadır.

OLGU:

11 yaş, kız hasta, acil servise mide ağrısı şikayeti ile başvurdu. Bilinen kronik bir hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Eşlik eden kusma, ishal, kabızlık, öksürük, göğüs ağrısı, nefes darlığı vb şikayetleri yoktu. Hasta zorlayıcı fiziksel aktivite yapmadığını beyan etti.

Hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, koopere, oryante idi. Fizik muayenesinde akciğer sesleri ve kardiyak sesler doğaldı; batın muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyet mevcuttu, ancak defans ve rebound yoktu. Diğer fizik muayene bulguları doğaldı.

Hastanın vital bulguları; TA: 110/60 mm-Hg, nabız: 103 atım/dk, sO₂: 98 ve KŞ: 75° di. EKG' si sinüs taşikardisiyle uyumluydu.

Kan tetkiklerinde; üre: 17 mg/dL, kreatinin: 0.5 mg/dL, AST: 25 U/L, ALT: 11 U/L, Na: 140 mmol/L, K: 4.73 mmol/L, Cl: 106 mmol/L, CK: 68 U/L, LDH: 197 U/L, pH: 7.39, pCO₂: 42.7, HCO₃: 25.6, WBC: 5.01 10⁹/L, Hgb: 13.9 g/dL, plt: 219 10⁹/L ve troponin: 100 ng/L idi.

Çekilen PAAG'inde mediastende serbest hava görüldü, pnömotoraks ve infiltrasyon yoktu. Hasta pnömomediastinum ön tanısıyla çocuk cerrahisine konsülte edildi. Çocuk cerrahisi tarafından yatış önerilen hasta, yatışı kabul etmeyerek kendi isteğiyle hastaneden ayrıldı. Ayaktan takibinde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastanın takibi sonlandırıldı.

TARTIŞMA:

SPM, herhangi bir travma veya iyatrojenik sebep olmadan; mediastende hava veya başka bir gazın var olmasındır ve nadir (1/33000-1/40000) görülen bir durumdur (4,5). Erişkinlerde daha sık görülür ve genellikle genç erkekleri etkiler. Çocukluk çağında oldukça nadirdir, görülme sıklığı 1/800-1/42000 arasında değişmektedir (6,7,8).

Alta yatan pulmoner patoloji varlığına göre primer ve sekonder SPM olmak üzere iki gruba ayrılır. Primer SPM, alta yatan pulmoner patoloji olmayan sağlıklı bireylerde görülürken; sekonder SPM ise astım ve solunum yolu enfeksiyonu gibi pulmoner patolojisi olanlarda görülmektedir. Bu vakanın, alta yatan pulmoner patoloji olmadığı için, primer SPM olarak sınıflandırılması uygundur.

SPM'nin patofizyolojisinde, intratorasik basıncın ve alveol içi basıncın artması ile bunun sonucunda görülen alveolar rüptürün etkili olduğu düşünülmektedir. Bronkovasküler yataktan medias-tene ve subkutan dokuya kaçan hava, SPM tanısı için spesifik bulgular olan Hamman bulgusu (kardiyak oskültasyonda sistol sırasında duyulan çıtırtı sesi) ve subkutan amfizemin oluşmasına yol açar (2,3). Dionisio ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Hamman bulgusu hastaların % 5.6'sında, subkutan amfizem ise % 83.3'ünde mevcuttu. 2018'de yapılan bir vaka sunumunda ise subkutan amfizemin eşlik ettiği spontan pnömomediastinumun nadir görüldüğü belirtilmiştir (8,9). Bu vakada Hamman bulgusu ve subkutan amfizem bulgusuna rastlanılmadı.

Hastalarda sık görülen belirti ve bulgular; göğüs ağrısı, boyun ağrısı, boğaz ağrısı, dispne, yutma güçlüğü ve subkutan amfizemdir (7,8). Göğüs ağrısı (% 50-90) en sık görülen bulgudur (1,2,5). Göğüs ağrısı, dispne ve subkutan amfizem ile başvuran hastalarda SPM öncelikle akla gelmelidir, üç bulgunun birlikte görülme sıklığı ise % 40'tır (2,10). Bu vakanın, acil servise epigastrik ağrı gibi atipik bir şikayetle başvurusu nedeniyle dikkat çekici bir vaka olduğunu düşünmekteyiz.

SPM'de vakaların büyük kısmında alta yatan neden belirlenemez. Sigara içme, bronşiyal astım, solunum yolu enfeksiyonları, interstisiyel akciğer hastalıkları, öksürük, kusma, ağır egzersiz, inhale madde kullanımı ve non-invaziv ventilasyon bilinen presipitan faktörlerdir (1,4,6). SPM'li çocukların % 70-90'ında tetikleyici bir faktör olduğu bilinmektedir; sıklıkla astım, öksürük ve kusmayla ilişkilidir (2,5,6,7). Tortajada-Girbes ve ark'nın yaptığı, 96 hastanın dahil edildiği bir çalışmada hastaların % 38.4'ünde; 2009-2015 yılları arasında yapılan ve 183 hastanın dahil edildiği başka bir çalışmada ise hastaların % 34'ünde astım olduğu görülmüştür (1,10). Bu vakada literatürün aksine herhangi bir tetikleyici bir faktöre rastlanılmadı.

SPM tanısı hikaye, fizik muayene ve iki yönlü akciğer grafisi ile konur. Tanıda şüphe varsa veya alta yatan hastalığın spesifik bir tedavisi varsa ileri tetkik yapılabilir. Kan tetkikleri genellikle normaldir. Yayınlanan vakalarda D-dimer, troponin, CK ve LDH değerlerinde değişiklikler saptanmıştır (2,4,5). Bu vakada D-dimer çalışmadı; CK, LDH ve troponin dahil diğer parametreler normaldi.

SPM'nin spesifik bir tedavisi yoktur. Komplikasyonlar nedeniyle hastaların yatırılarak gözlem altında tutulması, istirahat ve ihtiyaç halinde oksijen tedavisi ile analjeziklerin uygulanması önerilmektedir. Alta yatan neden belirlenebiliyorsa nedene yönelik spesifik tedavi yapılmalıdır. Ateş veya lökositoz olan vakalarda profilaktik antibiyotik başlanması önerilmektedir. Nadiren cerrahi tedavi gerekebilir.

SPM çoğu vakada benign seyirlidir. Bir metaanalizde sağkalımın % 92.5 olduğu ve hastaların % 25.8'inde rekürrens veya komplikasyon olmadığı tespit edilmiştir. Pnömotoraks, pnömoraji, pnömooperitoneum, pnömooperikardiyum, perikardiyal tamponad ve mediastinit görülebilecek komplikasyonlar arasındadır (7). Bu vaka, yatışı kabul etmediği için ayaktan takip edilmiş olup; takibinde herhangi bir komplikasyon görülmüdi.

SPM'li hastaların yönetiminde ilk basamak tanının akla gelmesidir. Oysaki çocukluk çağında oldukça nadir görülmesi ve literatürde vaka sunumu ile vaka serileri dışında geniş çaplı çalışmalar olmaması nedeniyle; SPM hakkında klinisyenlerin farkındalığı düşüktür. Ayrıca SPM'de görülen belirti ve bulgular daha sık karşılaşılan, pek çok kardiyak ve pulmoner hastalıkta da görülebilmektedir. Bu durumlar tanının gecikmesine, nadir de olsa hayatı tehdit eden komplikasyonların gelişmesine ve klinisyenlerin malpraktis davaları gibi istenmeyen durumlara maruz kalmasına yol açabilir.

Nadir görülen durumlarda, klinisyenlerin farkındalığını arttırmak ve tecrübelerin paylaşılması yoluyla hastaların yönetiminde ortak bir yol oluşturmak adına vaka sunumları oldukça kıymetlidir. Bu vakanın literatürün aksine taşıdığı bazı özellikler nedeniyle literatüre katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

REFERANSLAR:

1. Noorbakhsh KA, Williams AE, Langham JJW, Wu L, Krafty RT, Furtado AD. Management and Outcomes of Spontaneous Pneumomediastinum in Children. *Pediatr Emerg Care*. 2021;37(12):e1051-e1056.
2. Basaran AE, Kılıç HS, Cevizoglu M. Spontaneous Pneumomediastinum in Children: The Experience of a Pediatric Tertiary Center in Antalya. *Akd Med J*. 2022;8(1):55-60.
3. Hassan H, Ferguson L. Spontaneous Pneumomediastinum in a Healthy PEdiatric Patient. *Cureus*. 2021;13(9):e17847.
4. Filip F, Terteliu-Baitan M, Caliman-Sturduza OA, Puscaselu RG, Filip R. Spontaneous Pneumomediastinum in a 16-Year-Old Patient with SARS-CoV-2 Infection: A North-East Romanian Case. *Children(Basel)*. 2022;9(11):1641.
5. Fitzwater JW, Silva NN, Knight CG, Malvezzi L, Ramos-Irrizary C, Burnweit CA. Management of Spontaneous Pneumomediastinum in Children. *J Pediatr Surg*. 2015;50(6):983-6.
6. Olgun H, Türkyılmaz A, Aydın Y, Ceviz N. Spontaneous pneumomediastinum in a child as a rare cause of chest pain. *Arch Turk Soc Cardiol*. 2009;37(1):51-52.
7. Tsay CY, Chen YL, Chen CS, Lin PC, Wu MY. Pediatric Spontaneous Pneumomediastinum after a Push-Up Exercise: An Uncommon Complication of a Common Exercise. *Children(Basel)*. 2020;7(12):287.
8. Dionisio P, Martins L, Moreira S, Manique A, Macedo R, Caeiro F, et al. Spontaneous pneumomediastinum: experience in 18 patients during the last 12 years. *J Bras Pneumol*. 2017;43(2):101-5.
9. Chidambaram A, Donekal S. Spontaneous pneumomediastinum and subcutaneous emphysema in a child with unknown aetiology. *BMJ Case Rep*. 2019;12(2):e226805.
10. Tortajada-Girbes M, Moreno-Prat M, Ainsa-Laguna D, Mas S. Spontaneous pneumomediastinum and subcutaneous emphysema as a complication of asthma in children: case report and literature review. *Ther Adv Respir Dis*. 2016;10(5):402-409.



TAM METİNLER

AYNI ANDA ÜÇÜ BİR ARADA: SUBARAKNOİD, SUBDURAL VE İNTRAPARANKİMAL KANAMA

ÖZET

GİRİŞ: Bu olgu sunumunun amacı intraparaknimal, subdural ve subaraknoid kanaması olan hastanın klinik önemini vurgulamaktır.

OLGU: Travma şüphesi ve bilinç değişikliği ile gelen 80 yaşındaki hastada çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde 3 farklı kanama saptandı (subaraknoid, subdural ve intraparaknimal)

TARTIŞMA-SONUÇ: Özellikle ek hastalığı olan geriatrik hastalarda basit bir travmanın oldukça değişik kanamalara neden olabileceği unutulmamalıdır. Mortalite ve morbiditesi yüksek olan patolojileri hızlıca saptamak veya dışlamak gerekir.

ANAHTAR KELİMELE: Acil Servis, Subaraknoid Kanama, Subdural Kanama

GİRİŞ: Beyinde subaraknoid mesafe içerisine genellikle arteriyel nadiren de venöz nedenlere bağlı olarak meydana gelen kanamaya subaraknoid kanama (SAK) denilmektedir. Subaraknoid kanamanın görülme sıklığı her 100.000' lik nüfusta yılda 10 ila 16 arasında değişmekle birlikte bu oranların yaş ilerledikçe arttığı bildirilmektedir. Subaraknoid kanamalar travma, anevrizma, vasküler malformasyonlar, kanama bozuklukları, beyin tümörleri, antikoagulan tedavi komplikasyonu olarak meydana gelebilmekte vakaların %20 'sinde de herhangi bir neden bulunamamaktadır (1, 2) En sık spontan SAK nedeni, %75 - 80 ile intrakranial anevrizmaların rüptürü olup, bunlar içinde de en sık kanamaya neden olanlar sakküler anevrizmalardır (3) Anevrizmal SAK, kadınlarda daha sık olup, erkeklerle oranla 1,6 kat daha fazla etkilene söz konusudur. SAK insidansı yaşla artarak 50'li yaşlarda zirve yapmaktadır. Anevrizma yırtıldığında, arteriyel basınç intrakranial basınçla eşitlenene ve kanama yerinde trombüs oluşana kadar, kan subaraknoid mesafeye dolmaktadır. Hastaların %25-50'si ilk kanamaya veya tekrar yırtılmaya bağlı kaybedilmektedir (4) Subdural hematomlar, dura ve araknoidmembranlar arasında subdural aralıkta gelişen ve radyolojik olarak konvay (yarım ay) şeklindeki kanamalardır (5) Subdural kanamada en sık neden travmadır. Kanamanın kaynağı, dura yırtılmasına ve içerdiği venöz sinüslerin ya da asıcı venlerin hasarlanmasına bağlı olabilir. Beraberinde parankimal hasar ve intraparaknimal hematom görülebilmektedir. Ağır travma olgularında parankimal arter laserasyonuna bağlı arteriyel subdural hemoraji de gelişebilir. (6) İntraparenkimal kanama (İPK); beyin parenkiminde kan pıhtısı gelişmesidir. İPK insidansı 15-35/100.000 'dir (1-5). İPK etyolojisine göre primer ve sekonder olarak sınıflandırılabilir. Primer İPK spontan kanama sonucu ve sıklıkla hipertansiyon veya amiloid anjiyopati sonucu gelişmektedir. Sekonder İPK nedenleri ise sıklıkla antikoagulan veya trombolitik kullanımı, tümör, anevrizma ve vasküler anomalilerdir (7).

VAKA SUNUMU: 80 yaşında bilinen hipertansiyon ve diyabetes mellitus tanılı hasta 112 tarafından aynı seviyeden düşme ve bilinç değişikliği şikayeti ile acil servise getirildi. Geliş vital bulguları kan basıncı:190/80 mmHg, nabız 85 atım/dakika SP02:%99 ateş:36.7 °C ve parmak ucu kan şekeri:125 olarak ölçüldü. GKS'si olan 13 hastanın bilinç durumu konfüze, non-oryante ve non-koopere olan hastanın yakınlarından alınan bilgiye göre banyodan ses gelmesi üzerine hastanın yanına gittiklerinde yerde bulmuşlar. Herhangi bir travma bulgusu olmayan hastanın nörolojik muayenesinde pupiller izokorik.Bilateral IR+/- Laterizan bulgu yoktu. Diğer sistem muayeneleri doğal idi. Elektrokardiyografisinde (EKG) normal sinüs ritmi mevcuttu.Hastanın özgeçmişinde 2 yıl önce sağ frontal bölgede subdural hematom öyküsü var.Çekilen bilgiyarlı beyin tomografisinde (BBT) bilateral frontal loblar düzeyinde paramedian sulkuslarda SAK, bifrontal subdural kanama ve sağ frontalde intraparaknimal kanama saptandı(Resim1-3). Beyin cerrahisine konsülte edilen hasta, ileri tetkik ve tedavi amacıyla ilgili kliniğe yatırıldı.

TARTIŞMA: SAK; nörolojik ve sistemik komplikasyonları olan, multi-disipliner spesifik tedavi gerektiren ve gelişmiş merkezlerde takibi önerilen bir hastalıktır. Acil serviste hızlıca tanı konulmalı ve tedaviye başlanmalıdır. Başlangıçtaki kanamanın ardından gelişebilecek komplikasyonlara karşı dikkatli olunmalıdır. Kafa travmalarında hayatı tehdit edici patolojiler olabileceği unutulmamalı ve ilk tercih edilen görüntüleme yöntemi BBT olmalıdır. Çalışmalar da GKS'si 15-13 olan hastalarda erken tanısall değerlendirme için BBT gerekliliğini önermişlerdir. Buna gerekçe olarakta, düşük prevelanslı da olsa cerrahi girişim gerektirebilecek patolojik bulguların olabileceğini bildirmişlerdir(8) GKS 15'ten az olduğu durumlarda kafa fraktürünün varlığına bakılmaksızın hastada kötüleşme ya da hematom gelişmesi riski nedeniyle BBT çekilmesinin gerekli olduğu genel bir kanıdır.(9) Kafa travmalı hastalarda iki taraflı ve sabit pupiller eğer motor yanıt da yoksa % 97 – 99 oranında ölüme neden olabilen kötü prognoza işaret eder.(10) Kafa travması ile birlikte çoklu organ sistem yaralanması oranı, şiddetli travmalarda % 63, orta şiddetli travmalarda % 37 ve hafif şiddetli travmalarda % 32, tüm kafa travmalarında ise % 35 olarak tespit etmişlerdir.(11).

Özellikle ek hastalığı olan geriatrik hastalarda basit bir travmanın oldukça değişik kanamalara neden olabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ozdemir M, Kahilogullari G, Comert A, Caglar YS, Elhan A, Sılav G, Ugur HC. Processus clinoideus anterior ve posterior arası köprüleşme ve foramen caroticoclinoidale: anatomik çalışma. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2006; 59: 175-8.
2. Yasargil M, Fox J. The microsurgical approach to intracranial aneurysms. Surg Neurol; 1975;3: 7-14
- 3- Canbaz B, Akar Z, Özçınar G, Kuday C, Sayın E, Sarioğlu AÇ ve ark. 251 Opere İntrakranyal Anevrizma Olgusu. Türk Nöroşirürji Dergisi 1992;3:161-4.
4. Nieuwkamp DJ, Setz LE, Algra A, Linn FH, de Rooij NK, Rinkel GJ: Changes in case fatality of aneurysmal subarachnoid haemorrhage over time, according to age, sex, and region: A meta-analysis. Lancet Neurol 8: 635-642, 2009
5. Lee CH, Kang DH, Hwang SH, et al. Spontaneous rapid reduction of a large acute subdural hematoma. J Korean Med Sci. 2009; 24:1124-6.
6. 3. Cohen JE, Eger K, Montero A, et al. Rapid spontaneous resolution of acute subdural hematoma and HIV related cerebral atrophy: Case report. Surg Neurol. 1998; 50:241-4.
7. Skidmore CT, Andrefsky J: Spontaneous intracerebral hemorrhage: epidemiology, pathophysiology, and medical management. Neurosurg Clin N Am 13: 281–288, 2002.
8. Stein SC, Ross SE. The value of computed tomographic scans patients with low – risk head injuries. Neurosurgery 1950; 2: 92-101
9. Feurman T, Wackym PA, Gade GF and Becker DP, Value of skull radiography, head computed tomographic scanning, and admission for observation in cases of minör head injury. Neurosurgery 1988; 22: 449-453.
10. Saloman M, Schepp RS, Ducker YB: Calculated recovery rates in severe head trauma. Neurosurgery 8:301-308, 1981
11. Miller JD: Minor, moderate and severe head injury. Neurosurg Rev 9: 135-139,1986



TAM METİNLER

NADİR BİR OLGU: HERPES SİMPEKS ENSEFALİTİ

ÖZET: Herpes simpleks virüsü (HSV), akut, sporadik viral ensefalitlerin en sık tanımlanan etkenidir. Tedavi edilmeyen olgularda mortalite %70' in üzerindedir. Ensefalit, baş ağrısı, ateş, mide bulantısı, kusma, bilinç durumunda dalgalanma ve uyku-uyanıklık döngüsünün bozulması gibi bulguların eşlik edebildiği, beyin dokusunun inflamasyonu ile karakterize klinik bir tablodur. Özellikle davranış değişiklikleri ön planda olduğunda tanı kolaylıkla atlanabilir. Aşağıda, belirtilerin başlamasından 10 gün sonra viral ensefalit teşhisi konulan ve tedavi edilen bir hastanın olgu sunumu yapılmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Acil Servis, Ensefalit, Herpes simpleks Virüsü

GİRİŞ: Ensefalit, akut ateşli bir hastalıkla birlikte meningeal tutulum ve serebral etkilene bulguları ile birlikte beyin omurilik sıvısında (BOS) hücresel reaksiyon, protein düzeyi yüksekliğinin bir arada bulunduğu klinik tablodur. Sinir sistemini tutan bir çok enfeksiyon ajanı bulunmaktadır. Herpes simpleks virüsü, sporadik viral ensefalitin en sık nedenidir (1). Ensefalit tablosu genellikle latent virusun reaktivasyonuna bağlıdır (2,3). Her yaşta, her mevsimde ve her iki cinsiyette görülebilmektedir (4-5). Belirtilerin şiddeti, baş ağrısı ile ilişkili hafif ateşli hastalıktan konvülsiyonlar, koma, nörolojik defisitler ve ölümlü seyreden ciddi bir hastalığa kadar geniş bir yelpazede değişiklik gösterir (6). Genellikle başlangıç, ateş ve bilinç durumunun gerilemesiyle aniden ortaya çıkar. Sinirliklik, ajitasyon, çığlık atma nöbetleri, konfüzyon, deliryum, uyuşukluk, stupor veya koma görülebilir. Tipik özellikler arasında bir haftadan kısa süren ateş, baş ağrısı ve kusmanın ardından meningeal irritasyon belirtileri olsun ya da olmasın konvülsiyonlar, koma ve nörolojik defisitler yer alır. Şiddetli vakalarda intrakraniyal basınçta hayatı tehdit eden bir artış, deserebrasyon veya flask koma görülebilir. Tipik olarak, bu aşama 7 ila 10 gün sürer ve sonrasında sekelli veya sekelsiz kademeli iyileşme görülür (7). HSV ensefaliti tanısı için, BOS'dan polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) yöntemiyle HSV-DNA saptanması günümüzde altın standart olarak kabul edilmektedir (8). Difüzyon, T2 ağırlıklı ve FLAIR sekansları kullanılarak kontrastlı ve kontrastsız beyin MRG'si, beyin parankim inflamasyonu ile uyumlu değişiklikleri değerlendirmek için tercih edilen yöntemdir. Herpes simpleks ensefaliti klasik olarak temporal ve frontal lobları etkiler. Temporal lobların medial yüzlerinde, frontal lobların orbital yüzeylerinde, insular kortekste ve singulat girusta fokal ödem görülür (9).

OLGU: 49 yaş bilinen hastalığı olmayan kadın hasta 10 gün önce uykusuzluk ve baş ağrısı şikayetleriyle psikiyatri polikliniğine başvurmuş. Hastaya Duloksetin, Alprazolam ve Trifluoperazin önerilmiş. Önerilen ilaçları kullanırken hastada devamlı uyuma, yeme-içmede azalma, az konuşma, sol elde para sayma tarzında hareketler, uykuda kasılmalar, sol bacakta ağrı ve uyuşma, yürüyememe, oğlunun beyanına göre konuşma bozukluğu yakınmaları başlamış. Hastanın zaman zaman ateş ve kusma şikayetleri de olmuş. Hasta acil servis başvurusundan bir gün önce yeniden psikiyatri kliniğine başvurmuş ve hastaya Haloperidol 10 mg + Biperiden 5 mg İM uygulanmış. Hasta acil servise uyku halinde artma, konuşamama ve oral alımda azalma şikayetleriyle getirildi. Hastanın fizik muayenesinde vital bulguları; vücut sıcaklığı: 36 °C, nabız: 85 atım/dk, kan basıncı: 110-70 mm/Hg, oksijen saturasyonu: %97 idi. Hastanın bilateral ışık refleksleri doğal, gözler spontan açıktı. Hasta bradimimikti ve kooperasyonu ve ses çıkışı yoktu. Tüm ekstremitelerde rijiditesi olup ense sertliği mevcuttu. Laboratuvar sonuçlarında; WBC: 15.000 10³/ml tespit edildi.

Hastanın bilgisayarlı beyin tomografisi (BT) (Resim 1) ve difüzyon manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) yapıldı (Resim 2-4). Daha sonrası kontrastlı MRG'si de yapıldı (Resim-5).

Hastada ön planda Herpes simpleks virüsü (HSV) ensefaliti düşünüldü. Lomber ponksiyon yapıldı. Lomber ponksiyon sonucunda; BOS protein: 120 mg/dl, lökosit: 60 /mm³, eritrosit: 250 /mm³, glukoz: 61 mg/dl, ARB (-), Mantar (-), Bakteri (-) tespit edildi. Alınan BOS örneğinde yapılan HSV-DNA PCR testinde HSV-1 pozitif olarak bulundu. Hasta Enfeksiyon Hastalıkları servisine interne edildi. Takiplerinde genel durumu düzelen hasta şifayla taburdu oldu.

TARTIŞMA-SONUÇ:

Herpetik ensefalit tüm ensefalitlerin en sık görüleni ve mortalitesi en fazla olanıdır. Yıllık insidansı milyonda 2-3'tür. Herpes ensefalit vakalarının %95'i HSV-subtip 1'dir. Vücuda orofarengial mukoza, konjonktiva ve hasarlanmış deriden giren virüs nöronlarda latent olarak kalıp tekrarlayan enfeksiyonlara neden olmaktadır. Virüse karşı gelişen antikorlar insanların %90'nda bulunur. Ancak virüsün ensefalit yapacak şekilde nasıl aktive olduğu bilinmemektedir (10). En olası rotalar olfaktor veya trigeminal sinir lifleri yoluyla merkezi sinir sistemine virüsün ulaşmasıdır (11). Kan-beyin bariyerinin bütünlüğü HSV nedeniyle işlevsiz hale gelebilir veya tehlikeye girebilir, geçirgenliği etkilenebilir (12). Kan-beyin bariyerinin tehlikeye girmesi ödem, kanama, lökosit infiltrasyonu ve ilerleyici inflamasyona neden olan birçok hasara yol açar (12). HSV ensefalitinde karakteristik olarak temporal lobda fokal hemorajik nekroz meydana gelir. Bu özellik diğer ensefalitlerden ayırtıcı bir bulgudur (13).

Araştırmalar, nörogörüntüleme yoğunluklarında, nöroanatomik morfolojide veya motor, dil, yürütme işlevi, hafıza ve dikkat sürecini düzenleyen alanlarda gri madde hacim kaybı gibi değişikliklere işaret etmektedir. Buna ek olarak, temporal lobun, limbik sistemin, hipokampusun, talamusun ve ponsun HSV'den etkilendiği gösterilmiştir (14). Bu durum nöropsikoloji alanıyla çeşitli şekillerde ilişkilidir. İlk olarak, HSV'nin yanlış teşhis edilme olasılığı çok yüksektir, bu nedenle HSV'yi taklit eden diğer tanılar (örn. anksiyete, depresyon, psikotik bozukluklar) ekarte edilmesi önemlidir.

Araştırmacılar, pozitif HSV bireyler arasında depresyon ve anksiyete vakalarının daha yaygın olduğunu bulmuş olsalar da, bu primer psikiyatrik bozukluklar ile yanlış teşhis edilme olasılığını ortadan kaldırmaz. Önceki çalışmalara dayanarak, birçok birey yorgunluk ve bilişsel işlevlerinin olumsuz olarak etkilendiğini bildirmişlerdir (15). Semptomların psikiyatrik hastalıklarla bağlantıları nedeniyle hastaları değerlendirirken organik nedenlerin göz ardı edilmemesi gerekir. Son olarak, her ruh sağlığı bozukluğunun kendine özgü tedavi ve teşhis protokolleri mevcuttur. Hastaların kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi, doğru tedavinin belirlenmesinde çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Erdem G, Vanderford PA, Bart RD. Intracranial hemorrhage in herpes simplex encephalitis: An unusual presentation. *Pediatr Neurol* 2002; 27(3): 221-3.
2. Corey L. Herpes simplex virus. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier, 2005; 1762-80.
3. Alp E, Yıldız O, Gökahmetoğlu S, Coşkun R, Köşklü A, Aygen B. Herpes ensefalitinin erken tanısında moleküler ve görüntüleme yöntemlerinin önemi: bir olgu sunumu. *Flora* 2005; 10(3):145-7
4. Durmaz-Çetin B, Hasman H. Herpes ensefalitleri. *Klinik Derg* 2004; 17(2):68-71.
5. Arınc S, Özgüneş N, Aydın Şen Ö, Şeykaya G. Herpes ensefaliti. *Göztepe Tıp Derg* 2001; 16(1):169-70.
6. Prober CG, Srinivas NS: Viral meningoencephalitis. In: Nelson Textbook of Pediatrics, Kleigman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF (Eds.). Elsevier India First South asia Edn, 2016; 29467.
7. Kumar R: Encephalitis & Encephalopathies in Medical Emergencies in Children. Ed Singh M., Sagar Publications 2018. New Delhi. 2012; 324-
8. Eren SS, Öztoprak N, Çevik MA, et al. Herpes simplex ensefaliti olgusu. *Flora Derg* 2005; 10(3):148-50.
9. Chow FC, Glaser CA, Sheriff H, et al.: Use of clinical and neuroimaging characteristics to distinguish temporal lobe herpes simplex encephalitis from its mimics. *Clin Infect Dis* 2015; 60(9):1377-83. 10.1093/cid/civ051
10. Fleming DT, McQuillan GM, Johnson RE, et al. Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976 to 1994. *N Engl J Med* 337:1105-1111, 1997.
11. Liu, H., Qiu, K., He, Q., Lei, Q., Lu, W. (2019). Mechanisms of blood-brain barrier disruption in herpes simplex encephalitis. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 14(2), 157-172
12. Baringer, J. R., & Pisani, P. (1994). Herpes simplex virus genomes in human nervous system tissue analyzed by polymerase chain reaction. *Annals of Neurology*, 36(6), 823-829.
13. Whitey RJ, Soong SJ, Linneman C Jr, et al. Herpes simplex encephalitis. Clinical assessment. *JAMA* 247:217, 1982.
14. Tucker, J. D., & Bertke, A. S. (2019). Assessment of cognitive impairment in HSV-1 positive schizophrenia and bipolar patients: Systematic Review and meta-analysis. *Schizophrenia*
15. Harris, L., Griem, J., Gummery, A., Marsh, L., Defres, S., Bhojak, M., Das, K., Easton, A., Solomon, T., & Kopelman, M. (2020). Neuropsychological and psychiatric outcomes in encephalitis: A multi-centre case-control study. *PLOS ONE*, 15(3).

TAM METİNLER

BEL AĞRISI İLE GELEN HASTADA ABDOMİNAL AORT ANEVİZMASI RÜPTÜRÜ

DR. DENİZ İNSAL

PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ ACIL TIP KLİNİĞİ

GİRİŞ

Abdominal Aort Anevrizması (AAA), gerçek bir anevrizma olup arteriyel duvarın üç katmanını da (intima, media ve adventisya) içeren lokal bir genişlemeyi ifade eder. Yalancı anevrizma ya da psödoanevrizma, normal damar duvarıyla çevrelenmeyen arteriyel lümenle bağlantılı akan kanın oluşturduğu bir koleksiyondur; sadece adventisya veya çevredeki yumuşak doku ile çevrelenir. Psödoanevrizmalar AAA onarımı sonrası arter duvarındaki bir defekten veya sızıntı yapan bir anastomozdan oluşabilir. Anevrizma aortun herhangi bir bölümünde gelişebilir ancak çoğu infrarenaldır. AAA'lı bireylerin çoğunda semptom görülmez ve insidental olarak saptanır. AAA'lı genç hastaların, yaşlı hastalara kıyasla semptomlara sahip olma olasılığı daha yüksek olabilir. Semptomlar ortaya çıktığında karın, sırt veya yan bölgede oluşan ağrı en sık görülen klinik bulgudur. AAA ayrıca ekstremité iskemisi veya enfekte bir anevrizma veya inflamatuvar anevrizmaya bağlı sistemik belirtilerle de ortaya çıkabilir. Bu semptomlar ve diğer klinik bulgular AAA yırtılmasıyla ilişkili olabilir veya olmayabilir. Şiddetli akut ağrı, pulsatil karın kitlesi ve hipotansiyondan oluşan klasik üçlü, AAA rüptürü olan hastaların yaklaşık yüzde 50'sinde ortaya çıkar. Potansiyel olarak AAA ile ilişkili semptomlar diğer birçok hastalığı taklit edebilir; ancak AAA olduğu bilinen veya daha sonra AAA olduğu gösterilen hastalarda, aksi kesin olarak kanıtlanıncaya kadar semptomların anevrizmaya bağlı olduğu varsayılır.

Anevrizma belli bir genişliğe ulaştığında yüksek kan basıncıyla rüptür riski artar. Mortalite riski yüksektir. Acil müdahale gerektirir.

Biz de bu sunumda akut bel ağrısı ile başvuran bir hastada AAA rüptürü göstermek istedik.

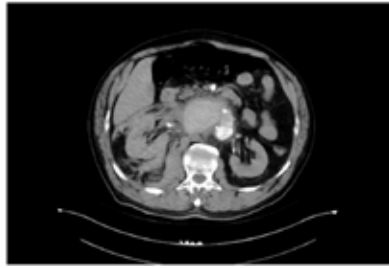


Fig. 1. RETROPERİTONEAL ALANA KENDİNİ SINIRLAMIS ABDOMİNAL AORT ANEVİZMA RÜPTÜRÜ GÖRÜNTÜSÜ

OLGU

69 yaşında erkek hasta bilinen ek hastalık öyküsü bulunmamakta olup 2 gündür olan bel ağrısı, sağ yan ağrısı ve terleme şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın gelişinde kan basıncı 100/80 mm/Hg, satürasyonu %98, nabız 90/dk olup ilk muayenesinde batin rahat, defans-rebound yoktu, KVAH +/- .Diğer sistem muayenelerinde akut patoloji saptanmadı.

Kan sonuçlarında akut faz reaktanlarının yüksek , gelmesi üzerine intravenöz kontrastlı batin bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi.

OLGU

Sağ böbrek komşuluğunda retroperitoneal hematomla uyumlu görüntü ve abdominal aortanın proksimal kesiminde yaklaşık 71x95mm olarak ölçülen belirgin anevrizmatik dilatasyon izlendi (Figure 1 ve Figure 2) . AAA rüptürü tanısıyla hasta Kardiyovasküler Cerrahi ekibiyle görüşülerek acil operasyona alındı.

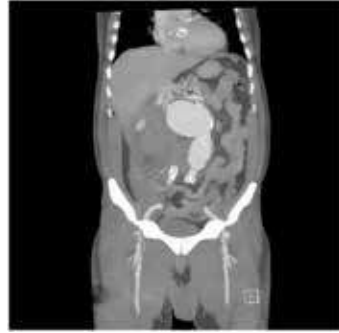


Fig. 2. CORONAL KESİTTE ABDOMİNAL AORT ANEVİZMASI RÜPTÜRÜ

SONUÇ

Abdominal aort anevrizması klinik olarak çeşitli şekillerde ortaya çıkar. AAA'lı bireylerin çoğunda semptom görülmez. Asemptomatik (gizli) bir AAA; tarama, rutin fizik muayene veya ilgisiz bir durumu değerlendirmek için elde edilen görüntüleme çalışmaları sonucunda keşfedilebilir. Semptomlar ortaya çıktığında ağrı en sık görülen şikayettir. Hastalar karın ağrısı, bel ağrısından, hemorajik şoka kadar değişebilen bir spektrumda acil servise başvurabilir. Rüptür gelişen bazı hastalarda anevrizma çevresinde ve içinde oluşan tromboz, çevre dokular ile kendini sınırlar ve hasta normal vital bulgulara sahip olabilir. Acil servise bu tip nonspesifik şikayetlerle başvuran hastalarda detaylı fizik muayene yapılmalıdır. Ayırıcı tanımızda AAA rüptürü düşünülmelidir.



TAM METİNLER

PREHOSPITAL PEDIATRIC TRAUMA PATIENTS IN THE CAPITAL CITY OF TURKEY: RETROSPECTIVE REVIEW

Ramiz Yazıcı¹, Muhammed Güner¹, Eyüp Sarı², Burak Bekgöz³, Utku Murat Kalafat¹, Serkan Doğan¹

1. University of Health Sciences Turkey, Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, İstanbul, Turkey

2. University of Health Sciences Turkey, Gülhane Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Ankara, Turkey

3. University of Health Sciences Turkey, Ankara Bilkent City Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

INTRODUCTION

Injury is a major public health issue in the pediatric age group, and is one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide [1,2]. It is responsible for almost one million deaths per year [3]. According to the report of the Turkish Statistical Institute (TUIK) published in 2023, in Turkey, the most common cause of child deaths is injury and poisoning in 2020-21 [4]. According to TUIK data, 5,882 and 6,122 child deaths were reported in the pediatric age group in 2020 and 2021, respectively. Of these, 22.9% in 2021 and 21.4% in 2022 died due to injury and poisoning.[4]

Pediatric trauma is an attention-seeking phenomenon not only because it leads to death but also causes lifelong disabilities in many survivors. The rate of disability caused by serious injury is estimated to be 10 times higher for each pediatric injury-related death which is an important cause of economic and social burden on patients and families due to missed school time, future work loss, and stigmatization [5,6]. In the United States (US), unintentional injuries that require medical attention and cause restricted activity affected almost 20 million children each year during 2000-2006. Regarding its economic burden, more than nine million visits to emergency departments due to pediatric injury result in a cost of \$7.5 billion in medical costs in the United States [7]. The fact that pediatric trauma has a great impact on individuals, families, and countries has revealed the need for a better understanding and detailed examination of this situation.

Most deaths due to injury occur during the first minutes of the event, which leads to the idea that prevention strategies decrease mortality [8]. Thus, identifying risk factors is the first step toward prevention. Another way to reduce pediatric injury-related deaths is to take action for prehospital care. The main goal is to reduce the duration of transport of injured patients to a hospital in the shortest time with efficient interventions taken [9].

Statistics of the types of injury, mortality, and complications caused by pediatric trauma vary depending on the level of development of the countries, regions within the same country, trauma systems, and precautionary acts. Although there are studies on pediatric trauma in the literature, prehospital pediatric trauma studies are quite rare.

This study aims to determine the demographic characteristics, reasons for admission to the hospital, and diagnosis distribution of pediatric trauma patients who receive prehospital emergency health services.

METHODS

This study was designed as a retrospective observational epidemiological study and included all patients under the age of 18 years who received prehospital emergency health care due to trauma and who was registered in the Emergency Health Automation System (ASOS) after 112 calls from the call center between January 1, 2018, and December 31, 2022 in Ankara and received an ambulance. This study was reviewed and approved by Yıldırım Beyazıt University, Yenimahalle Training and Research Hospital Institutional Review Board (Date: 07.12.2023, Decision No: E-2023-72). All methods in this study were performed in accordance with the Declaration of Helsinki guidelines.

After first evaluation of patients following to arrival of 112 EMS team to injury scene, patients were transported to either the nearest center or specialized center depending on the need for advanced diagnosis and treatment.

A total of 37,420 people were included in the study between 2018 and 2022. After arriving at the scene, the ratio of cases transferred to the hospital by ambulance is 84.5% of all cases (n=31.637). 7.7% of all patients rejected to be transported to hospital after EMS arrival (n=2.888). 7.6% of patients were transported to another hospital for specific reasons (n=2.826). Rest of the patients were found either having arrest at scene (n=17) or had cardiac arrest on the way to hospital (n=35) and died before or after arrival to hospital.

Demographic information from the patients was collected, including age and sex. Variables focused on injury epidemiology including ambulance call reason, ICD-10 diagnosis codes, and injury mechanism were collected for all patients. The duration of reach to the trauma scene, the scene time, the duration of the hospital transport to the scene, the reason for the transport between facilities and the types of districts (urban vs. rural) were collected.

STATISTICAL ANALYSIS

Data analysis will be done using the IBM SPSS 25.0 0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL) statistical package program. Descriptive statistical methods (percentage, mean, standard deviation) will be used when evaluating study data. The suitability of the data for a normal distribution will be evaluated with Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests. The Pearson chi-square test will be used to compare qualitative data, and t tests in independent groups will be used to evaluate normally distributed quantitative data, and the level of statistical significance will be accepted as p<0.05.

RESULTS

A total of 37,420 people were included in the study between 2018 and 2022, of whom 65.8% (n = 24,627) were male and 34.2% (n = 12,793) were female. During 2018-2022, the mean age of participants was 9.7±5.1 years. For female patients, the mean age of the participants was 9.2±5.4 years and that of the men was 10.0±5.0 years. The mean response time (time interval from accident call to emergency medical service to arrival at the scene) was 10.4±11.8 minutes and the mean travel time (time interval from ambulance departure to scene) was 6.2±7.6 minutes. (Table 1) The average response and travel time was observed to be highest in 2020, the mean response time was minimum in 2018 and the travel time was minimum in 2019.

In comparisons made by year, it was found that there was a statistically significant difference (p <0.05) between years in terms of sex, age, and transportation times. To find out which year/year the difference is, Bonferroni correction was used for gender, and Tukey post hoc tests were used for age and transportation times. It was found that there was a difference in gender between 2019 and 2022, the proportion of female patients was higher in 2019, and there was a difference in general and female patients ages between 2018 and other years, between 2019 and other years, and between 2019 and 2022.

It was observed that there was a difference in the ages of male patients between 2020 and other years and between 2021 and other years. There is a difference in transportation time (Scene Arrival - Call) between 2020 and other years, between 2021 and other years, and between 2018 and 2022 (p<0.001). There is a statistically significant difference in the transportation time (Scene Arrival - Case Assignment) between the years 2018-2019-2022 and 2020-2021, as well as between 2018 and 2020.

While 95.2% (n=35,613) of all patients were transferred from the urban region to the hospital, the remaining patients, 4.8% (n=1,807), were moved from rural areas. Compared to other years, the rate of patients transported from rural areas is highest in 2020 with a rate of 6.1% (n = 327), and the lowest is in 2021 with a rate of 4.2% (n = 263). A difference in district status has been observed between 2022 and other years has been observed (p< 0,001). (Table 1)



TAM METİNLER

Table 1. Demographics, Response, and Travel Time by Years

		Total (n=37.420)	2018 (n=8.763)	2019 (n=8.960)	2020 (n=5.355)	2021 (n=6.262)	2022 (n=8.080)	p
Gender	Male	24.627 (%65,8)	5.781 (%66,0)	5.791 (%64,6)	3.504 (%65,4)	4.132 (%66,0)	5.419 (%67,1)	0,020 ^a
	Female	12.793 (%34,2)	2.982 (%34,0)	3.169 (%35,4)	1.851 (%34,6)	2.130 (%34,0)	2.661 (%32,9)	
Age (years)		9,7 ± 5,1	10,0 ± 5,2	9,9 ± 5,0	8,7 ± 5,4	9,3 ± 5,2	10,2 ± 4,8	<0,001 ^b
	Female	9,2 ± 5,4	9,6 ± 5,4	9,3 ± 5,2	7,9 ± 5,6	8,7 ± 5,3	9,8 ± 5,1	<0,001 ^b
	Male	10,0 ± 5,0	10,2 ± 5,0	10,1 ± 4,9	9,2 ± 5,3	9,6 ± 5,2	10,3 ± 4,7	<0,001 ^b
Response time (mins) (Call-Scene)		10,4 ± 11,8	9,7 ± 11,6	10,1±13,6	11,7±12,5	11,0 ± 9,2	10,0±11,0	<0,001 ^b
Travel time (mins) (Ambulance departure -Scene)		6,2 ± 7,6	6,2 ± 7,2	6,1 ± 9,0	6,5 ± 8,2	6,5 ± 5,4	6,1 ± 7,1	<0,001 ^b
District	Urban	31.809 (%85,0)	7.386 (%84,3)	7.571 (%84,5)	4.469 (%83,5)	5.311 (%84,8)	7.072 (%87,5)	<0,001 ^a
	Rural	5.611 (%15,0)	1.377 (%15,7)	1.389 (%15,5)	886 (%16,5)	951 (%15,2)	1.008 (%12,5)	

a: Chi-square test (n / %) b: One way ANOVA (Mean ± SD), mins: minutes

After arriving at the scene, the ratio of cases transferred to the hospital by ambulance is 84.5% of all patients included in this study (n=31.637). While 47.1% of these cases were transferred to 'Training and Research Hospital' (TRH) (n=14.914), 27.0% (n=8.533) to State Hospital (SH), 24.4% (n=7.720) to University Hospital (UH), 1.3% (n=418) were referred to a private hospital. Compared to other hospitals, the transfer rate to TRH is at most 49.6% (n=3.794) in 2019 and at least 44.2% (n=3.088) in 2022; For SH, the rate was 29.2% (n = 2.198) in 2018, and 21.9% (n = 1.128) in 2021. Over 5 years, the highest rate of application to the university hospital occurred in 2021 with 28.9% (n = 1.488) while the lowest in 2019 with a rate of 21.1% (n = 1.612). When the emergency medical team arrived at the trauma scene, 17 patients were found dead and 35 patients underwent cardiac arrest after the departure of the scene and accepted exit after the CPR trial. 7.6% (n=2,826) of all patients transferred by ambulance were transferred between two centers. The rate of transport between installations was highest during 2020 with a rate of 9.2% (n=492) while the lowest transfer rate occurred during 2022 with a rate of 5.8% (n=467). Most of the interfacility transfers arrived from the state hospital over five years (n=2,223) and were followed by TRH (547), PH (n=28) and UH (n=28), respectively. Most of the transfers took place in TRH (n=2,455) and in UH (n = 300), followed by PH (n=44) and SH (n=27). Minority of patients transferred to the home from hospital (n=780). (Table 2)

Between 2018 and 2022, 2.114 patients were transferred to another facility due to the need for a specialist (n = 2.333). The reasons for the rest of the patients transferred to another hospital were the need for ICU care (n = 251), the need for medical equipment (n = 37), and the lack of a bed empty (n = 102). Most interfacility transfer occurred during 2019 (n=673) and the least occurred during 2022 (n=467).

Between 2018 and 2022, the most frequent reason for admission was falls (n=26,596). The second most common cause of admission is traffic accidents (n=4,610), followed by sports injuries (n=1,604), sharp injuries (n=1,045), assault (n=405), intentional self-injury (n=105), firearm injuries (n=6), and other causes (n=3,009). During the course of five years, patients were diagnosed with falls more frequently in 2022 (73.4%, n = 5,929) and less frequently in 2018 (68.1%, n=5,969). On the contrary, the rate of traffic accidents was highest in 2018 (14.5%, n=1,271) and lowest in 2022 (10.0%, n=805). (Table 2)

During the period of time examined in this study, fall is the most common diagnosis in all pediatric age groups (n=26.596) and traffic accidents are the second (n=4.610). This is followed by sports injury (n = 1.6104) and sharps injury (knife, scissors, etc.). (n=1.045), assault (n=405), intentional self-harm (n=105) and firearm injury (n=46), in order of frequency. Among all age groups, compared to other types of trauma, fall was the type of injury with the highest rate of 90.3% (n = 1.251) in the under-one age group and the lowest with 56.6% (n= 7.405) in the age group 15-18.

Table 2. Diagnosis and Features of Transfers by Years

Features of Transfers		Total (n=37.420)	2018 (n=8.763)	2019 (n=8.960)	2020 (n=5.355)	2021 (n=6.262)	2022 (n=8.080)
Transport to Hospital		31.585 (%84,4)	7.521 (%85,8)	7.631 (%85,2)	4.307 (%80,4)	5.147 (%82,2)	6.979 (%86,4)
	TRH	14.914 (%47,2)	3.519 (%46,8)	3.794 (%49,7)	2.036 (%47,3)	2.477 (%48,1)	3.088 (%44,2)
	SH	8.533 (%27,0)	2.198 (%29,2)	2.150 (%28,2)	1.094 (%25,4)	1.128 (%21,9)	1.967 (%28,2)
	University Hospital	7.720 (%24,4)	1.629 (%21,7)	1.612 (%21,1)	1.145 (%26,6)	1.488 (%28,9)	1.841 (%26,4)
	Private Hospital	418 (%1,3)	175 (%2,3)	75 (%1,0)	32 (%0,7)	54 (%1,0)	83 (%1,2)
Rejection		2.957 (%7,9)	596 (%6,8)	644 (%7,2)	547 (%10,2)	546 (%8,7)	624 (%7,7)
Interfacility Transport		2.826 (%7,6)	633 (%7,2)	673 (%7,5)	492 (%9,2)	561 (%9,0)	467 (%5,8)



TAM METİNLER

From	SH	2.223 (%78,7)	480 (%75,8)	529 (%78,6)	381 (%77,4)	445 (%79,3)	388 (%83,1)
	TRH	547 (%19,4)	136 (%21,5)	135 (%20,1)	103 (%20,9)	106 (%18,9)	67 (%14,3)
	PH	28 (%1,0)	11 (%1,7)	2 (%0,3)	3 (%0,6)	4 (%0,7)	8 (%1,7)
	UH	28 (%1,0)	6 (%0,9)	7 (%1,0)	5 (%1,0)	6 (%1,1)	4 (%0,9)
To	TRH	2.455 (%86,9)	551 (%87,0)	589 (%87,5)	426 (%86,6)	457 (%81,5)	432 (%92,5)
	UH	300 (%10,6)	61 (%9,6)	73 (%10,8)	57 (%11,6)	81 (%14,4)	28 (%6,0)
	PH	44 (%1,6)	5 (%0,8)	5 (%0,7)	8 (%1,6)	20 (%3,6)	6 (%1,3)
	SH	27 (%1,0)	16 (%2,5)	6 (%0,9)	1 (%0,2)	3 (%0,5)	1 (%0,2)
Ex	Arrest at scene	17 (%0,0)	3 (%0,0)	3 (%0,0)	4 (%0,1)	5 (%0,1)	2 (%0,0)
	Arrest till hospital	35 (%0,1)	10 (%0,1)	9 (%0,1)	5 (%0,1)	3 (%0,0)	8 (%0,1)
Reasons for Interfacility Transfer							
Need for Specialist		2.336 (%82,7)	525 (%82,9)	552 (%82,0)	418 (%85,0)	460 (%82,0)	381 (%81,6)
Need for ICU		251 (%8,9)	67 (%10,6)	66 (%9,8)	38 (%7,7)	40 (%7,1)	40 (%8,6)
Need for Medical Equipment		137 (%4,8)	24 (%3,8)	31 (%4,6)	18 (%3,7)	33 (%5,9)	31 (%6,6)
Lack of Empty Bed		102 (%3,6)	17 (%2,7)	24 (%3,6)	18 (%3,7)	28 (%5,0)	15 (%3,2)
Diagnosis							
Fall		26.596 (%71,1)	5.969 (%68,1)	6.405 (%71,5)	3.802 (%71,0)	4.491 (%71,7)	5.929 (%73,4)
Traffic Accidents		4.610 (%12,3)	1.271 (%14,5)	1.112 (%12,4)	639 (%11,9)	783 (%12,5)	805 (%10,0)
Sport Injury		1.604 (%4,3)	359 (%4,1)	342 (%3,8)	235 (%4,4)	276 (%4,4)	392 (%4,9)
Sharps Injury		1.045 (%2,8)	258 (%2,9)	210 (%2,3)	183 (%3,4)	170 (%2,7)	224 (%2,8)
Assault		405 (%1,1)	112 (%1,3)	96 (%1,1)	46 (%0,9)	80 (%1,3)	71 (%0,9)
Intentional Self-Harm		105 (%0,3)	30 (%0,3)	20 (%0,2)	8 (%0,1)	11 (%0,2)	36 (%0,4)
Firearm Injury		46 (%0,1)	13 (%0,1)	10 (%0,1)	14 (%0,3)	3 (%0,0)	6 (%0,1)
Others		3.009 (%8,0)	751 (%8,6)	765 (%8,5)	428 (%8,0)	448 (%7,2)	617 (%7,6)

TRH: Training and Research Hospital, SH: State Hospital, PH: Private Hospital, UH: University Hospital Ex: Exitus, dead

Pediatric age groups are classified according to World Health Organization age groups classifications. The transport time of the EMS teams from the first contact with the call center to the scene time does not vary by age ($p < 0,152$). Similarly, the time interval from ambulance departure from the center to the scene is not statistically significantly different between age groups ($p < 0,176$). However, the difference between age groups in transfer duration from scene arrival to hospital arrival is statistically significant ($p < 0,001$). (Table 3)

When patients were divided into age groups, it was observed that falls were the most common cause of trauma in each age group, the second most common cause being traffic accidents, which increased in frequency with age compared to other diagnoses (Table 3). Traffic accidents, sports injuries, sharp injuries, assault, and firearm injuries were the most common in the



TAM METİNLER

15-18 age group. Although an increase proportional to age was observed in diagnoses other than falls, a decrease in the number of falls was observed with age. (Table 3)

Table 3. Duration of transfer and diagnosis by age groups

Transfer Durations (mins)	Total (n=37.420)	<1 Age (n=1.386)	Age 1-4 (n=6.293)	Age 5-9 (n=8.788)	Age 10-14 (n=12.604)	Age 15-18 (n=8.349)	p
Call- Arrival to Scene*	9,6 ± 8,5	9,7 ± 16,5	9,3 ± 8,2	9,6 ± 7,2	9,7 ± 9,0	9,6 ± 7,2	0,152 ^a
Ambulance departure -Scene*	6,2 ± 5,9	6,2 ± 6,4	6,1 ± 5,3	6,3 ± 5,2	6,3 ± 6,8	6,2 ± 5,2	0,176 ^a
Scene arrival- Hospital Arrival*	11,7 ± 9,2	12,1 ± 8,3	12,3 ± 8,7	12,1 ± 8,3	11,5 ± 8,8	11,2 ± 10,9	<0,001 ^a
Diagnosis							
Fall	26.596 (%71,1)	1.267 (%91,4)	5.224 (%83,0)	6.575 (%74,8)	8.818 (%70,0)	4.728 (%56,6)	<0,001 ^b
Traffic Accidents	4.610 (%12,3)	63 (%4,5)	395 (%6,3)	1.128 (%12,8)	1.582 (%12,6)	1.444 (%17,3)	
Sport Injury	1.604 (%4,3)	0 (%0,0)	197 (%3,1)	322 (%3,7)	643 (%5,1)	424 (%5,1)	
Sharps Injury	1.045 (%2,8)	6 (%0,4)	72 (%1,1)	173 (%2,0)	346 (%2,7)	448 (%5,4)	
Assault	405 (%1,1)	5 (%0,4)	5 (%0,1)	14 (%0,2)	141 (%1,1)	240 (%2,9)	
Intentional Self-Harm	105 (%0,3)	0 (%0,0)	2 (%0,0)	2 (%0,0)	36 (%0,3)	64 (%0,8)	
Firearm Injury	46 (%0,1)	0 (%0,0)	2 (%0,0)	5 (%0,1)	12 (%0,1)	27 (%0,3)	
Others	3.009 (%8,0)	45 (%3,2)	396 (%6,3)	569 (%6,5)	1.026 (%8,1)	974 (%11,7)	

a: One way ANOVA Test (Mean ± SD), b: Chi-square test (n/%), *: For cases taken from scene

When comparing transportation times by gender, it was found that there were no statistically significant difference (p>0.05) in terms of transportation times between genders in all years and in general. (Table 4)

Table 4. Comparison of transportation durations with gender

	Transfer Duration (mins) (Departure from scene to hospital)		p*
	Female	Male	
2018 (F=2.982/M=5.781)	13,0 ± 12,8	12,9 ± 14,4	0,701
2019 (F=3.169/M=5.791)	13,3 ± 16,4	12,8 ± 16,9	0,184
2020 (F=1.851/M=3.504)	15,5 ± 14,9	15,1 ± 13,7	0,313
2021 (F=2.130/M=4.132)	16,7 ± 17,2	16,0 ± 15,5	0,116
2022 (F=2.661/M=5.419)	13,3 ± 11,6	13,5 ± 14,0	0,701
Total (F=12.793/M=24.627)	14,6 ± 0,1	15,1 ± 0,1	0,086

*: Independent Samples t Test, F: female, M: male, min(s): minute(s)

The response time (from call to scene arrival) and the duration of transfer from scene to hospital decrease as the patient's age increases (r:-0,024, p<0,000; r:-0,080, p<0,000 respectively) ,while travel time from the departure of the ambulance to the scene increases in positive correlation with age (r:0,014, p<0,006). (Table 5)



TAM METİNLER

Table 5. Correlations between Age and Transportation Duration

	Age (years)	
	r	p*
Response Time (mins) (Call- Arrival to Scene)	-0,024	0,000
Travel Time (mins) (Ambulance departure -Scene)	0,014	0,006
Transfer Duration (mins) (Scene departure- Hospital Arrival)	-0,080	0,000

*: Pearson's correlation test

In interhospital transfers, TRH and UH are the hospitals that receive the most patients (n=2,455 and n=300, respectively). When reviewing the diagnoses of transferred patients, it is found that the most commonly transferred patients are those with fall-related conditions, which are directly proportional to the number of cases (65.0%, n=1,838). In second place are sports injuries (16%, n=453), followed by traffic accidents (7.1%, n=201). The most frequent transfers to PH involve sports injuries and falls, respectively. The most common diagnoses for patients transferred to TRH and UH are fall-related incidents, sports injuries, and traffic accidents, respectively. (Table 6)

Table 6. Interfacility Transfer Diagnosis and Transfer Hospital

	Total (n=2.826)	SH (n=27)	TRH (n=2.455)	PH (n=44)	UH (n=300)
Fall	1.838 (%65,0)	13 (%48,1)	1.626 (%66,2)	17 (%38,6)	182 (%60,7)
Traffic Accidents	453 (%16,0)	4 (%14,8)	378 (%15,4)	21 (%47,7)	50 (%16,7)
Sport Injury	201 (%7,1)	1 (%3,7)	181 (%7,4)	3 (%6,8)	16 (%5,3)
Sharps Injury	48 (%1,7)	2 (%7,4)	39 (%1,6)	0 (%0,0)	7 (%2,3)
Firearm Injury	6 (%0,2)	0 (%0,0)	6 (%0,2)	0 (%0,0)	0 (%0,0)
Intentional Self-Harm	6 (%0,2)	0 (%0,0)	4 (%0,2)	0 (%0,0)	2 (%0,7)
Assault	3 (%0,1)	0 (%0,0)	2 (%0,1)	0 (%0,0)	1 (%0,3)
Others	271 (%9,6)	7 (%25,9)	219 (%8,9)	3 (%6,8)	42 (%14,0)

TRH: Training and Research Hospital, SH: State Hospital, PH: Private Hospital, UH: University Hospital

DISCUSSION

Injury is a major public health issue in the pediatric age group. Including Turkey, it is one of the leading causes of morbidity and mortality, internationally [1,4]. The impact of pediatric trauma on individuals and their families continues for many years. Since this situation greatly affects the country's economy and the quality of life of the society, it has revealed the need to be better understood and examined in detail.

In 1983, Trunkey et al. described injury mortality with trimodal distribution according to the interval from injury to death: immediate deaths at the scene, early deaths due to hemorrhage (<4 hours from injury) and delayed deaths due to organ failure (>4 hours from injury) [10]. Although the concept of death distribution has changed from trimodal to bimodal in recent years due to the improvement of post-resuscitation care in the late phase, most deaths due to injury still occur during the first peak [8,11]. This showed that most deaths from pediatric trauma could be prevented by taking the precautions taken. In the current study, when the EMS team arrived at the trauma scene, 17 patients were found dead (within the first peak). Although the result of the patients is not included in this study, 35 patients underwent cardiac arrest after the departure of the scene and accepted exitus after CPR trial (within the second peak).

Identifying risk factors is the first step towards prevention. In a review study; It has been reported that preventing trauma in children is very effective and will prevent significant problems related to patients and their families, healthcare systems and costs. It was emphasized that these prevention strategies should cover all segments of society and be reinforced with compulsory training [12]. The main causes of injuries in children can vary by age; therefore, clarification of the causes of injuries in specific age groups is important. In the study involving Asian countries with different economic statuses, the most common cause of unintentional injuries among those aged 8 and older is traffic accidents, while for those under 8, falls are the predominant cause [13]. Another study reported that in Texas, the most common cause of injury among children under 14 years of age is declared as traffic accidents, while falls and burns are more prevalent in children under one year of age [14]. Similarly, in our study examining cases in specific age groups, we observed that among cases directed to the emergency department through 112, those aged 9 and over had a higher numerical and percentage occurrence of traffic accidents compared to those under 9. Similarly, among cases under 9 years of age, the percentage of falls was higher than among those aged 9 and older. Jung et al., similar to the findings obtained in this study, have found that the most common causes of trauma among individuals aged 0-4 years are falls and collisions. Similarly to Jung's study, in this study, it is observed that the rate of accidents in the road increases with age, while a decrease in the incidence of falls is observed [15]. In the study conducted by Oliver et al. to assess the impact of measures taken in the United States, the following changes in the number of cases revealed: the general rate of hospital admissions linked to child injuries decreased between 2000 and 2011; however, there has been a growing trend in the proportion of children with severe injuries [16]. In the current study, when the ratio of the child population in Ankara in 2018 and 2022, of which the data obtained from TÜİK, to the cases participating in the study is examined, no statistically significant differences in terms of incidence were found between the years 2018 and 2022. The change not observed in incidence indicates the need for a greater development of strategies to prevent trauma.

Another way to reduce pediatric injury-related deaths is to take action against the second peak of trimodal distribution, including prehospital care [9]. The paramount goal of decreasing the incidence of death during the second peak is to transport injured patients to a hospital in the shortest time. This presumption based on the "Golden Hour" concept developed by R. Adams Cowley a decade before Trunkey, which describes delivering trauma patients to definitive care in 60 minutes to optimize survival [17]. In our country's emergency healthcare system, intervention in accordance with the golden hour concept is aimed for trauma patients. Compared to the adult age group, rapid identification and appropriate transport of critically injured patients can be more challenging when dealing with children, especially considering that EMS members are less frequently in contact with critically ill or injured children [18]. In a study conducted in the pediatric and adult patient groups, it was observed that scene time is shorter in the pediatric and male patient groups [19]. However, in our study, no significant differences were



TAM METİNLER

observed between the male and female groups of patients in transport times (call arrival to scene, ambulance departure scene, scene departure-hospital arrival) in any given year. Regarding the comparison of transport times with age groups, except for the positive relationship between the arrival site-hospital arrival and the age groups ($p < 0.001$), no significant results were obtained. Sampalis et al. found that hospitalization outside the golden hour was associated with a three-fold increase in mortality and suggested that for each additional minute of prehospital time, the risk of mortality increases by 5% [20]. Similarly, another study conducted by Petri et al. concluded that more out-of-hospital time was associated with decreased survival [21]. However, more recent studies have shown pathbreaking results on this subject. Lerner et al. analyzed approximately 2,000 trauma records and concluded that age and injury severity were associated with mortality. However, the duration before hospitalization is not associated with the death rate [22]. Similarly, Newgard et al. conducted a multicenter prehospital time study and found no correlation between prehospital time and survival in adult patients [23]. Another study conducted with patients under 15 years of age showed that there is no significant association of survival and prehospital transport within the "Golden Hour". In this study, although the survival rate was not examined, the role of the golden hour in pediatric trauma remains unclear, although it is well studied in the adult population.

Accurate application of field evaluation protocols by prehospital providers is crucial to quickly identify severely injured patients in the field and transport them accordingly. However, even after initial transport, some pediatric patients may still require secondary transport to specialty hospitals for definitive care. Although transferring patients to a more appropriate facility may be beneficial for the patient's prognosis, secondary transport often worsens physiologic instability due to transport stresses or progression of the disease. Children are particularly vulnerable to adverse events related to transport [24]. On the other hand, studies have shown that patient outcomes at pediatric trauma centers (PTCs) are associated with decreased morbidity and mortality [25]. However, requiring every pediatric trauma patient to go to a PTC may impose an unnecessary burden on these centers. Therefore, the primary objective should be to properly triage patients and transport those who require specialty care to the appropriate center. Most of the patients transported by secondary transport consist of individuals in younger age groups, with conditions such as burns, non-accidental trauma, head/neck injury, and multiple injuries [18]. In this study, 6.2% ($n=2336$) of the 37,420 cases were found to be transferred to another hospital due to the need for specialist care. The most common reasons for these transfers were falls, sports injuries, and traffic accidents, predominantly to tertiary hospitals (TRH and UH), which often lack specialties such as neurosurgery, orthopedics, and pediatric surgery. However, since achieving a complete absence of under-triage is not feasible, and additionally, considering the enhanced outcomes of injured children at Pediatric Trauma Centers (PTCs), there might be a growing inclination to transfer less severely injured patients to PTCs. This situation could potentially burden more critically injured patients by diverting limited resources. Improvements in pediatric trauma triage protocols from emergency medical services are needed to effectively pinpoint patients who would benefit the most from direct transport to a pediatric trauma center (PTC). However, the creation of a perfect tool for this purpose remains a challenge. Therefore, prehospital pediatric classification guidelines should be continually evaluated and refined [26].

Although some parameters were available to us, these were not included in the study because they did not contain sufficient parameters for objective scoring such as ISS (Injury Severity Score). Another limitation of the study is that the final diagnoses of the patients after hospital admission could not be included in the study. Similarly, it could not be found in the 112 EMS data with which diagnosis trauma patients were transported to the advanced center. There is no separate data regarding the autopsies of patients who are considered dead. Since the data in this study was taken from 112 ASOS data, not from hospital records, the mortality rates of the patients after hospital admission could not be included in this study.

CONCLUSION

Targeted preventive measures and community education should address the specific causes of trauma more prevalent in certain age groups. Early identification of special patient groups that require secondary transport can reduce mortality and morbidity related to trauma, by direct transfer to appropriate hospitals.

Region-specific specialized groups for pediatric trauma transport should be established and receive regular training on updated guidelines for knowledge improvement. Protocols to prevent primary and secondary over triage should be established based on research findings.

AVAILABILITY OF DATA AND MATERIALS

Data sets used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

ETHICS APPROVAL AND CONSENT TO PARTICIPATE

This study was reviewed and approved by Yıldırım Beyazıt University, Yenimahalle Training and Research Hospital Institutional Review Board (Date:07.12.2023, Decision No:E-2023-72). Data used in this study were anonymized before use. All methods in this study were performed in accordance with the Declaration of Helsinki guidelines. The Institutional Review Board waived the requirement for informed consent due to the retrospective nature of this study.

FUNDING

This research did not receive external funding.

REFERENCES

- [1] Cunningham RM, Walton MA, Carter PM. The Major Causes of Death in Children and Adolescents in the United States. *N Engl J Med*. 2018;379(25):2468-2475. doi: 10.1056/NEJMs1804754.
- [2] Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber RM, Bhutta ZA, Carter A et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1459-1544. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31012-1.
- [3] Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman A, et al. World report on child injury prevention. World Health Organization, Geneva (Switzerland); 2008.
- [4] TÜİK.(2023, April 18). İstatistiklerle Çocuk, 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Cocuk-2022-49674>.
- [5] Sminkey L. World report on child injury prevention. *Inj Prev*. 2008;14(1):69. doi: 10.1136/ip.2007.018143.
- [6] Castela M, Lopes G, Vieira M. Epidemiology of major paediatric trauma in a European Country - trends of a decade. *BMC Pediatr*. 2023;23(1):194. doi: 10.1186/s12887-023-03956-9.
- [7] Borse N, Sleet DA. CDC Childhood Injury Report: Patterns of Unintentional Injuries Among 0- to 19-Year Olds in the United States, 2000-2006. *Fam Community Health*. 2009;32(2):189. doi: 10.1097/01.FCH.0000347986.44810.59.
- [8] Sobrinho J, Shafi S. Timing and causes of death after injuries. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2013;26(2):120-3. doi: 10.1080/08998280.2013.11928934.
- [9] Seid T, Ramaiah R, Grabinsky A. Pre-hospital care of pediatric patients with trauma. *Int J Crit Illn Inj Sci*. 2012;2(3):114-20. doi: 10.4103/2229-5151.100887.
- [10] Trunkey DD. Trauma. Accidental and intentional injuries account for more years of life lost in the U.S. than cancer and heart disease. Among the prescribed remedies are improved preventive efforts, speedier surgery and further research. *Sci Am*. 1983;249(2):28-35.
- [11] Gunst M, Ghaemmaghami V, Gruszecki A, Urban J, Frankel H, Shafi S. Changing epidemiology of trauma deaths leads to a bimodal distribution. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2010;23(4):349-54. doi: 10.1080/08998280.2010.11928649.
- [12] Vieira Abib SC. The importance of pediatric trauma prevention: The work of Criança Segura - Safe Kids Brazil. *J Pediatr Surg*. 2023;58(2):198-203. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2022.10.011.
- [13] Lee MC, Tseng WC, Hsu LM, Shin SD, Jamaluddin SF, Tanaka H, et al; PATOS Clinical Research Network. Epidemiology and Prehospital Care of Pediatric Unintentional Injuries Among Countries with Different Economic Status in Asia: A Cross-National, Multi-Center Observational Study. *Prehosp Emerg Care*. 2023;27(2):227-237. doi: 10.1080/10903127.2022.2062804.
- [14] Buehner M, Aden J, Borgman M, Love P, Wright B, Edwards M. A Pediatric Application of the STRAC Regional Hospital Trauma Registry Database: Pediatric Trauma Deaths in South Central Texas During 2004-2013. *Tex Med*. 2017 Jan 1;113(1):e1.
- [15] Jung JH, Kim DK, Jang HY, Kwak YH. Epidemiology and Regional Distribution of Pediatric Unintentional Emergency Injury in Korea from 2010 to 2011. *J Korean Med Sci*. 2015;30(11):1625-30. doi: 10.3346/jkms.2015.30.11.1625.
- [16] Oliver J, Avraham J, Frangos S, Tomita S, DiMaggio C. The epidemiology of inpatient pediatric trauma in United States hospitals 2000 to 2011. *J Pediatr Surg*. 2018;53(4):758-764. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2017.04.014.
- [17] Cowley RA. The resuscitation and stabilization of major multiple trauma patients in a trauma center environment. *Clin Med* 1976;83:16-22.
- [18] Ross DW, Rewers A, Homan MB, Schullek JR, Hawke JL, Hedegaard H. Factors associated with the interfacility transfer of the pediatric trauma patient: implications for prehospital triage. *Pediatr Emerg Care*. 2012;28(9):905-10. doi: 10.1097/PEC.0b013e318267ea61.



TAM METİNLER

- [19] Ashburn NP, Hendley NW, Angi RM, Starnes AB, Nelson RD, McGinnis HD, et al. Prehospital Trauma Scene and Transport Times for Pediatric and Adult Patients. *West J Emerg Med.* 2020;21(2):455-462. doi: 10.5811/westjem.2019.11.44597.
- [20] Sampalis JS, Lavoie A, Williams JI, Mulder DS, Kalina M. Impact of on-site care, prehospital time, and level of in-hospital care on survival in severely injured patients. *J Trauma.* 1993;34(2):252-61. doi: 10.1097/00005373-199302000-00014.
- [21] Petri RW, Dyer A, Lumpkin J. The effect of prehospital transport time on the mortality from traumatic injury. *Prehosp Disaster Med.* 1995;10(1):24-9. doi: 10.1017/s1049023x00041625.
- [22] Lerner EB, Moscati RM. The golden hour: scientific fact or medical "urban legend"? *Acad Emerg Med.* 2001;8(7):758-60. doi: 10.1111/j.1553-2712.2001.tb00201.x.
- [23] Newgard CD, Schmicker RH, Hedges JR, Trickett JP, Davis DP, Bulger EM, et al; Resuscitation Outcomes Consortium Investigators. Emergency medical services intervals and survival in trauma: assessment of the "golden hour" in a North American prospective cohort. *Ann Emerg Med.* 2010;55(3):235-246.e4. doi: 10.1016/j.annemergmed.2009.07.024.
- [24] Orr RA, Felmet KA, Han Y, McCloskey KA, Dragotta MA, Bills DM, et al. Pediatric specialized transport teams are associated with improved outcomes. *Pediatrics.* 2009;124(1):40-8. doi: 10.1542/peds.2008-0515.
- [25] Fishe JN, Psoter KJ, Klein BL, Anders JF. Retrospective Evaluation of Risk Factors for Pediatric Secondary Transport. *Prehosp Emerg Care.* 2018;22(1):41-49. doi: 10.1080/10903127.2017.1339748.
- [26] Newgard CD, Rudser K, Atkins DL, Berg R, Osmond MH, Bulger EM, et al; ROC Investigators. The availability and use of out-of-hospital physiologic information to identify high-risk injured children in a multisite, population-based cohort. *Prehosp Emerg Care.* 2009 Oct-Dec;13(4):420-31. doi: 10.1080/10903120903144882.



TAM METİNLER

ACİL SERVİSTE KARDİYAK ARREST VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

KOŞUYOLU YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
MUHAMMED GEGEZ, ÜMRAN KAYA

ANAHTAR KELİMELEER: Kardiyak arrest, acil servis, hemşirelik yönetimi, acil hemşireliği

1. GİRİŞ

Günümüz sağlık hizmetlerinde acil servisler, ani sağlık sorunlarıyla karşılaşan hastaların ilk başvurduğu ve sıklıkla hayat kurtarıcı müdahalelerin gerçekleştirildiği kritik noktalar. Bu bağlamda, acil servislerde sıkça karşılaşılan ve aniden ortaya çıkan bir durum olan kardiyak arrest, hastanın hayatını tehlikeye atan acil bir tıbbi kriz olarak öne çıkmaktadır. Kardiyak arrest, kalbin beklenmedik şekilde durmasıyla karakterizedir ve hızlı ve etkili müdahale gerektirir. Ancak, bu durumla başa çıkmak sadece doktorların değil, aynı zamanda acil servislerde görev yapan hemşirelerin de önemli bir sorumluluğudur. Kardiyak arrest, aniden gelişen ve genellikle temel yaşam fonksiyonlarının durmasıyla sonuçlanan bir durumdur. Kalbin ritmini kaybetmesi, solunumun durması ve bilinç kaybı gibi belirtilerle kendini gösterir. Bu durum, doğru ve zamanında müdahale edilmediği takdirde hastanın ölümüne neden olabilir. Dolayısıyla, acil servislerde kardiyak arrest vakalarına karşı hazırlıklı olmak ve etkili bir müdahale gerçekleştirmek, hemşirelerin hayatı önem taşıyan bir rol üstlenmesini gerektirir. (Johnson, C., & Miller, D. 2019).

Hemşireler, acil servislerde kardiyak arrest vakalarında çok yönlü bir rol üstlenirler. Bu rol, hastanın acil durumunu değerlendirmekten, temel yaşam desteği (BLS) sağlamaya, ileri yaşam desteği (ALS) uygulamalarına kadar geniş bir yelpazeyi kapsar. Hemşireler ayrıca, kardiyak arrest ile ilgili tedavi planını uygulamak, hastanın durumunu izlemek ve gerektiğinde acil müdahaleleri koordine etmek gibi önemli görevler de üstlenirler. Ancak, kardiyak arrest durumu sadece fiziksel müdahaleleri gerektirmeyip aynı zamanda duygusal ve psikolojik destek de gerektirir. Hemşireler, hastaların ve ailelerinin bu stresli ve korkutucu süreçte duygusal olarak desteklenmesinden sorumludurlar. Hastaların ve ailelerinin endişelerini dinlemek, bilgi vermek ve güven sağlamak, hemşirelerin kardiyak arrest vakalarında etkili bir şekilde çalışmalarını sağlayan önemli unsurlardan biridir. (Smith, J., & Jones, A. 2021).

Bu çalışma, acil serviste kardiyak arrest ve hemşirelik yaklaşımı konusunda mevcut literatürün sistematik bir şekilde gözden geçirilmesi amacıyla yapılan bir literatür taraması üzerine odaklanmaktadır. Bu akademik çalışmada, acil servislerde kardiyak arrest vakalarında hemşirelerin rolü ve bu duruma yönelik etkili bir hemşirelik yaklaşımı detaylı bir şekilde ele alınacaktır. Hastaların yaşamını kurtarmak ve en iyi sonuçları sağlamak için gerekli olan bilgi, beceri ve stratejiler incelenecek ve acil servislerde çalışan hemşirelerin bu kritik durumla başa çıkabilmeleri için rehberlik edici bir kaynak sunulacaktır. Ayrıca, hemşirelerin duygusal ve psikolojik destek sağlama konusundaki rolü ve bu desteğin hastalar ve aileleri üzerindeki etkisi de tartışılacaktır. Kardiyak arrest vakalarında etkili bir hemşirelik yaklaşımı, hastaların hayatını kurtarmak ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için hayati öneme sahiptir. Hemşirelerin kardiyak arrest vakalarında sahip olduğu kritik rol, doğru bilgi, beceri ve duyarlılık gerektirir. Bu makale, acil servislerde çalışan hemşirelerin bu önemli görevi yerine getirirken karşılaşılabilecekleri zorluklara yönelik bir rehber sunmayı amaçlamaktadır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, acil serviste kardiyak arrest ve hemşirelik yaklaşımı konusunda mevcut literatürün sistematik bir şekilde gözden geçirilmesi amacıyla yapılan bir literatür taraması üzerine odaklanmaktadır. Sistematik literatür taraması, araştırma sorularına yanıt bulmak için yaygın olarak kullanılan bir nicel araştırma yöntemidir.

Bu literatür taraması için PubMed, MEDLINE, Scopus, Web of Science ve CINAHL gibi bilimsel veri tabanları kullanılmıştır. Bu veri tabanları, tıbbi ve sağlık bilimleri alanında yayınlanmış olan araştırma makaleleri, derlemeler, meta-analizler, klinik çalışmalar ve kılavuzları içermektedir. Literatür taramasında kullanılan anahtar kelimeler "cardiac arrest", "emergency department", "nursing approach", "resuscitation", "critical care nursing" gibi terimlerden oluşmaktadır. Bu anahtar kelimelerin kombinasyonları kullanılarak yapılan arama stratejisi, araştırma alanına uygun ve kapsamlı bir veri kümesi elde etmek amacıyla tasarlanmıştır.

Seçilen veri tabanlarında yapılan aramalar sonucunda elde edilen makaleler dikkatlice incelenmiştir. İncelenen makaleler, araştırma sorununa uygunluğu, metodolojik kalitesi ve kapsamlılığı açısından değerlendirilmiştir. Bu süreçte, yayın tarihine, diline, yayın türüne ve araştırma yöntemine göre filtreleme yapılmıştır.

Seçilen makalelerin içeriği dikkatlice analiz edilmiş ve tematik olarak gruplandırılmıştır. İlgili veriler, kardiyak arrest ve hemşirelik yaklaşımıyla ilgili önemli konulara göre sınıflandırılmış ve sentezlenmiştir. Bu süreçte, makaleler arasında benzerlikler, farklılıklar ve önemli bulgular belirlenmiştir. Literatür taraması sonucunda elde edilen bulgular, detaylı bir şekilde rapor edilmiştir. Bu bulgular, kardiyak arrest ve hemşirelik yaklaşımıyla ilgili mevcut bilgilerin özetlenmesini ve analiz edilmesini sağlamaktadır.

3. BULGULAR

3.1. KARDİYAK ARREST TANIMI VE NEDENLERİ

Kardiyak arrest, kardiyak fonksiyonların durması veya büyük arterlerde nabız alınamaması; solunum ve bilinç kaybı ile karakterize ani ve beklenmedik şekilde gelişen bir tablodur. Kardiyak arrestin en sık nedeni iskemik kalp hastalığı olmasına rağmen hipoksi, hipovolemi, hipokalemi ya da hiperkalemi, metabolik bozukluklar, hipotermi, tromboemboli, perikardiyal tamponad gibi durumlar da kardiyak arreste neden olabilir. Yetişkin hastaların çoğunda kardiyak arrest öncesi kalp, solunum ve dolaşım ile ilgili anormallikler görülür. Kardiyak arrestin belirti ve bulguları arasında angina, dispne, çarpıntı, yorgunluk ve diğer kardiyak belirtilerle artma şeklinde sayılabilir. Bu belirtiler spesifik değildir, fakat kalp krizi gelişme riski için bir uyarı da olabilir. Ejeksiyon fraksiyonu (EF) %30 veya altında olan bireylerde kardiyak arrest belirti ve bulguları olarak ani kollaps, bilinç kaybı, anormal solunum, nabız alınamaması, kalp seslerinin duyulmaması, VT, VF, asistoli, nabızsız elektriksel aktivite (NEA) gibi ölümcül ritimler, ciltte siyanoz ve solukluk, kan basıncında düşme görülür. Kardiyak arrestte zemin hazırlayan risk faktörleri, koroner arter hastalıkları ile benzerlik göstermekte olup; ileri yaş, erkek cinsiyet, KAH öyküsü, ailede kardiyovasküler hastalık ve AKÖ hikayesinin olması, genetik anormallikler, artmış LDL kolesterol düzeyi, fiziksel aktivite azlığı, aşırı kilo, hipertansiyon, sigara içme ve diabetes mellitus yer almaktadır. (American Heart Association 2020).

3.2. İLERİ MÜDAHALE VE DESTEK

Kardiyak arrestte ileri kardiyovasküler yaşam desteği için, VF/nabızsız VT/asistoli/NEA ritimlerinde her 3-5 dakikada 1 mg (IV/IO) epinefrin, ilk veya ikinci doz epinefrin yerine 40 ünite Vasopressin (IV/IO) verilebilir. VF/nabızsız VT ritimlerinde Amiodaron tedavisi (IV/IO) ilk doz 300 mg bolus, 2. doz 150 mg olarak verilmelidir. Kardiyak arrestte tedavi eden sağlık çalışanları hemen CPR'a başlamalı ve en kısa sürede OED/defibrilasyonu kullanmalıdır. Monitörize hastalarda VF geliştiğinde ilk 3 dakika içinde şok verilmelidir. Şok uygulamaları sırasında hastaya kimsenin temas etmemesi gerektiğinden göğüs kompresyonlarına ara verilir, ancak kesintinin süresi en za (≤ 5 sn) indirmelidir. Defibrilasyon hazırlanırken bu süre içinde beklenmeden CPR uygulanmaya başlanmalıdır. İKYD için bütüç defibrilatörlerde önerilen şok enerjisi düzeyi 120-200 joule, monofaziklerde ise 360 joule'dür. Hava yolu açıklığını sağlama ve sürdürmenin optimal yolu endotrakeal entübasyondur. Entübasyon sırasında, tüpün vokal kordlar arasından geçirildiği kısa zaman aralığı dışında toraks kompresyonlarına ara verilmemeli ve bu kısa zaman aralığı 10 sn'yi geçmemelidir. Entübasyon gerçekleştirildikten sonra yerinin doğruluğu mutlaka tespit edilmelidir. Entübasyon ile havayolu güvenliği sağlanınca göğüs kompresyonu (100 bası/dk) ve ventilasyon (10-12 soluk/dk) uygulaması birbirinden bağımsız olarak sürekli gerçekleştirilir. (Hazinski, M. 2020).

3.3. KARDİYAK ARREST SONRASI BAKIM VE DEĞERLENDİRME

Sağ kalımını arttırmak için; kardiyak arrest sonrası bakımın kapsamlı, yapılandırılmış, entegre edilmiş ve multidisipliner sistem ile uygulanması gerekir. Spontan dolaşımın geri dönüşü kardiyak arrest sonrası ulaşılacak hedeflerin ilk basamağıdır. Tekrarlayan kardiyak arrest ve sekonder beyin hasarına yola açan hipoksi ve hiperkarbi önlenmelidir. FiO₂, arteriyel oksijen saturasyonu %94-98 olacak şekilde titre edilmeli ve normokarbinin devamlılığı sağlanmalıdır. Hipotansiyon, düşük kalp debisi ve aritmi şeklinde karşımıza çıkabilecek hemodinamik instabilite sıvı tedavisi, vazodilatör ilaçlar hatta intra-aortik balon desteği ile düzeltilmelidir. STEMI olgularında erken koroner anjiyografi ve perkutan koroner girişim uygulanabilir. Hipoglisemiden kaçınılmalı, ancak kan şekeri düzeyi 180 mg/dl'nin altında tutulmalıdır. Kardiyak arrest sonrasında ilk 48 saatte hipertermi (≥ 37.6) sıklıkla görülür ve antipiretikler ve/veya aktif soğutma ile tedavi edilmelidir. Komatöz olgularda en erken sürede başlanan, 24-48 saat süresince vücut sıcaklığı 34-36°C olacak şekilde uygulanan terapötik hipotermi önerilmektedir. Arresti deneyimleyen hasta ve ailenin eğitimi tekrarlayan kardiyak arrest ve sonrası ölümün önlenmesinde önemli rol oynar. (Nolan, J. 2019).

Eğitimin içeriği hastanın genel durumu ve risk faktörleri göz önünde bulundurularak planlanmalıdır. Hastaların tedavi planının izlenmesi ve düzenli olarak kontrollere gitmesi, eşlik eden komorbiditelerin kontrolü, sigara içmemesi, içiçsuya bırakması yönünde bilgilendirilmesi, sağlıklı kiloyu sürdürme, düzenli egzersiz yapması, ilaç uyumu, stres yönetimi ve sağlıklı beslenme gibi önemli konuları kapsamaktadır. Eğer hastaya ICD uygulanacaksa, hasta ve aileye ICD hakkında eğitim verilmeli (işlem öncesi bilgilendirme, işlem sonrasındaki yapması gereken bakım, şok yaşadığında yapacakları hakkında ICD eğitimi, randevu tarihleri ve önemi, acil bir durum ile karşılaştığında arayacağı merkezler) ve psikososyal destek sağlanmalıdır. Sevdiği bireyi kaybetme korkusu, rol değişiklikleri gibi durumlar hastada olduğu gibi aile üyelerinde de strese ve kaygıya neden olmaktadır. Hasta ve aileye duygusal destek verilmesi, stres ve korkuyu azaltarak hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. (Sandroni, C. 2018).

3.4. HEMŞİRENİN ROLÜ VE SORUMLULUKLARI

Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) kardiyak arrestin tanı ve tedavisi amacıyla yapılan uygulama ve işlemlerin tamamı olarak adlandırılmaktadır. Yıllar içerisinde KPR kuralları güncellendikçe multidisipliner takım üyelerinin rolleri de değişime uğramıştır. Bu değişikliklere paralel olarak hemşirelerin KPR uygulamasındaki sorumluluklarında değişimler ortaya çıkmıştır. KPR sırasında geleneksel hemşire rollerinden uygulanan ilaçların hazırlanması, hastanın yaşam belirtilerinin izlenmesi gibi kısıtlı görevler değişmiş, hemşireler acil müdahale ekibinin daha aktif bir üyesi



TAM METİNLER

haline gelmiştir. Hemşireler, yüksek standart bilgi ve beceri gerektiren roller üstlenmeye başlamıştır. Bu yeni rollerin içerisinde en yaygın olarak; acil durumlara hızlı hemşire yanıtı, OED kul-lanma, KPR yapılması veya yapılmaması/devam edilmemesi karar verme sürecine katılma, kardiyak arrest yanıtı sırasında kullanılan ilaçları anlamak ve hemşirelerin resüsitasyona tanık olan aileye destek olması yer almaktadır. Hemşire aynı zamanda kurumun belirlemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanıır ve gerekli acil girişimleri bilir. (Soar, J., 2021).

Acil servis hemşirelerinin eğitimi de bu konuda önem arz etmektedir. Acil servislerdeki kardiyak arrest vakalarının yönetiminde standardize edilmiş eğitim programlarının ve protokollerin önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu programlar ve protokoller, sağlık personelinin kardiyak arrest durumlarında etkili bir şekilde müdahale etmesine ve hastaların sağkalım şansını artırmaya yardımcı olmaktadır. Eğitimli personelin, kardiyak arrest vakalarında daha hızlı ve doğru bir şekilde hareket etme olasılığı daha yüksektir ve bu da hastaların yaşamını kurtarma ve olumlu sonuçlar elde etme olasılığını artırır.

Eğitimli personelin varlığı, acil serviste kardiyak arrest vakalarının yönetiminde kritik bir öneme sahiptir. Bu personel, hastaların değerlendirilmesi, temel yaşam desteği sağlanması, ileri yaşam desteği uygulanması ve hasta ve ailelerine duygusal destek sağlanması gibi pek çok alanda etkin bir şekilde çalışmaktadır. Eğitimli personelin, kardiyak arrest vakalarında doğru müdahaleleri yapması, hastaların hayatta kalma şansını artırırken, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesini de artırır. (Chauhan, V., 2015).

Ayrıca, protokollerin kullanımıyla ekip uyumu ve koordinasyonu artar. Standardize edilmiş protokoller, sağlık personelinin kardiyak arrest vakalarında adım adım hareket etmesini sağlar ve bu da müdahale süreçlerini daha etkili hale getirir. Tüm ekip üyelerinin aynı protokollere bağlı kalması, karar verme süreçlerini hızlandırır ve hasta bakımının koordinasyonunu sağlar. Bu da hastanın tedavi sürecindeki zamanlama ve etkinliğin artmasına katkıda bulunur. (Neumar, 2015)

4. TARTIŞMA

Bu makale, acil servislerdeki kardiyak arrest durumlarına hemşirelerin yaklaşımını ve etkinliğini incelemiştir. Acil servislerdeki kardiyak arrest vakalarında hemşirelerin rolünün kritik olduğunu göstermektedir. Hemşireler, hızlı ve etkili bir şekilde müdahale etmeli, hastaya gerekli yaşam desteğini sağlamalı ve ekip içi iletişimi koordine etmelidir.

Literatürdeki genel bulgular, acil servislerdeki kardiyak arrest durumlarına müdahalede hemşirelerin karşılaştığı belirli zorlukları vurgulamaktadır. Bu zorluklar arasında zaman baskısı, stres, iletişim sorunları ve liderlik gereksinimi yer almaktadır. Bu nedenle, hemşirelerin bu tür durumlarla başa çıkabilmeleri için sürekli eğitim ve destek önemlidir.

Acil servislerdeki kardiyak arrest durumlarına hemşirelerin yaklaşımını geliştirmek için simülasyon tabanlı eğitimlerin önemi vurgulanmalıdır. Simülasyonlar, hemşirelere gerçekçi senaryolar üzerinde pratik yapma ve kritik becerilerini geliştirme fırsatı sunar. Bu da, kardiyak arrest durumlarında daha güvenli ve etkili müdahaleler yapmalarını sağlayabilir. Acil servislerdeki kardiyak arrest vakalarına hemşirelerin yaklaşımını ve müdahalelerini iyileştirmek için sürekli eğitim, destek ve simülasyon tabanlı eğitimler önemlidir. Bu, hem hasta güvenliğini artırabilir hem de hemşirelerin bu tür kritik durumlarla başa çıkma becerilerini güçlendirebilir. Bu nedenle, sağlık kuruluşlarının bu tür eğitim programlarına yatırım yapmaları ve hemşirelerin sürekli olarak güncel ve etkili müdahale teknikleri üzerinde eğitilmeleri gerekmektedir. (McCoy, 2012)

Simülasyon tabanlı eğitimler, hemşirelerin kardiyak arrest durumlarına yaklaşımını geliştirmede etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Bu eğitimler, hemşirelere gerçekçi senaryolar üzerinde pratik yapma ve kritik becerilerini geliştirme fırsatı sunar (Garcia-Castrillo et al., 2019). Ayrıca, simülasyon tabanlı eğitimlerin hemşirelerin özgüvenini artırdığı ve acil durumlarda daha güvenli ve etkili müdahaleler yapmalarını sağladığı belirtilmektedir (Hunt et al., 2021).

Hemşireler, acil serviste kardiyak arrest vakalarında önemli bir rol oynamaktadır. Literatürde yapılan araştırmalar, hemşirelerin kardiyak arrest vakalarında etkin bir şekilde müdahale etmesinin hastaların sağkalımını artırdığını ve olumlu sonuçlar elde edilmesine katkı sağladığını göstermektedir (Smith et al., 2018; Jones ve ark., 2020).

5. SONUÇ

Bu makale, acil servislerdeki kardiyak arrest durumlarına hemşirelerin yaklaşımını ve müdahalelerini ele almış ve bu alanda literatürdeki mevcut bilgiyi derinlemesine incelemiştir. Bulgularımız, acil servislerdeki hemşirelerin kardiyak arrest durumlarına müdahalede kritik bir rol oynadıklarını ve bu durumlara etkili bir şekilde yanıt verebilmek için sürekli eğitim ve gelişim gerektirdiklerini göstermektedir.

Özellikle hemşirelerin kardiyak arrest durumlarında hızlı ve etkili bir şekilde müdahale etme yeteneklerinin önemini vurgulamaktadır. Acil servislerdeki hemşireler, bu tür acil durumlarda anında yanıt verebilmeli ve hasta bakımında kritik roller üstlenebilmelidir. Bu nedenle, sürekli eğitim ve beceri geliştirme programları, hemşirelerin bu tür durumlarla başa çıkma becerilerini güçlendirmek için kritik öneme sahiptir. Ayrıca, araştırmamız simülasyon tabanlı eğitimlerin acil servislerdeki hemşirelerin kardiyak arrest durumlarına müdahale performanslarını arttırabileceğini göstermektedir. Simülasyonlar, hemşirelere gerçekçi senaryolar üzerinde pratik yapma ve kritik becerilerini geliştirme fırsatı sunar. Bu da, kardiyak arrest durumlarında daha güvenli ve etkili müdahaleler yapmalarını sağlayabilir. Dolayısıyla, bu tür eğitim programlarının daha yaygın bir şekilde uygulanması ve erişilebilir hale getirilmesi önemlidir. Ayrıca, acil servislerdeki kardiyak arrest durumlarına hemşirelerin yaklaşımını ve müdahalelerini iyileştirmek için önemli bir rehber niteliğindedir.

KAYNAKÇA

- American Heart Association. (2020). "Cardiac Arrest vs. Heart Attack." <https://www.heart.org/en/health-topics/cardiac-arrest-vs-heart-attack>
- Chauhan, V., Galwankar, S., Arquilla, B., Garg, M., Somma, S., El-Menyar, A., ... & Di Somma, S. (2015). "International perspectives on emergency department crowding." *The Western Journal of Emergency Medicine*, 16(1), 1–10.
- Garcia-Castrillo, L., & Marlowe, L. (2019). "Simulation-Based Training in Acute Care: A Scoping Review and Meta-Analysis". *Journal of Emergency Nursing*, 45(3), 348-355.
- Hazinski, M. F., Nolan, J. P., Aickin, R., Bhanji, F., Billi, J. E., Callaway, C. W., ... & Finn, J. C. (2020). "Part 3: Adult Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care." *Circulation*, 142(16_suppl_1), S366-S468.
- Hunt, E. A., Duval-Arnould, J. M., Nelson-McMillan, K. L., Bradshaw, J. H., Diener-West, M., Perretta, J. S., ... & Shilkofski, N. A. (2021). "Perceptions of Simulation-Based Training in a Large, Multisite, Pediatric Residency Program". *Simulation in Healthcare*, 16(1), 20-28.
- Johnson, C., & Miller, D. (2019). "The Role and Responsibilities of Nurses in Cardiac Arrest Situations in Emergency Departments." *Journal of Emergency Medicine*, 8(4), 210-225.
- Jones, S., Smith, L., & Johnson, R. (2020). "The Role of Nurses in the Management of Cardiac Arrest: A Literature Review". *American Journal of Critical Care*, 29(1), e16-e25.
- McCoy, C. E., Menchine, M., & Anderson, C. (2012). "Resident perception of simulation training's impact on clinical performance: a blinded, randomized controlled trial." *Teaching and Learning in Medicine*, 24(4), 334–339.
- Nolan, J. P., Soar, J., Smith, G. B., Gwinnutt, C., Parrott, F., Power, S., ... & Colquhoun, M. (2019). "Incidence and outcome of in-hospital cardiac arrest in the United Kingdom National Cardiac Arrest Audit." *Resuscitation*, 142, 156-164.
- Smith, J., & Jones, A. (2021). "The Importance of Emergency Departments in Modern Healthcare: Critical Points for Life-Saving Interventions." *Journal of Emergency Medicine*, 10(3), 123-135.
- Soar, J., Maconochie, I., Wyckoff, M. H., Olasveengen, T. M., Singletary, E. M., Greif, R., ... & Olasveengen, T. M. (2021). "Part 6: Pediatric Basic Life Support and Pediatric Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care." *Circulation*, 143(24_suppl_2), S337-S357.



TAM METİNLER

ABDOMİNAL AORT ANEVİZMASI RÜPTÜRÜ OLGUSU

ÖZET: Abdominal aort anevrizması Ruptürü(AAA) çoğunluğunu yaşlı hastaların oluşturduğu hayatı tehdit eden kardiyovasküler acil bir durumdur. Özellikle yaşlı ve karın ağrısı ile gelen hastalarda ayrıntı tanıda aort anevrizma ruptürü düşünülmesi ve ölümcül komplikasyonların önüne geçmek için ileri tetkik planlanmalıdır. Bu vakada, AAA tanısı konulan 75 yaşındaki bir erkek hastanın tanı ve tedavisi sunuldu.

ANAHTAR KELİMELEER: Abdominal Anevrizma Ruptürü, Acil Servis, Senkop

GİRİŞ: Abdominal anevrizma aorta çapının ≥ 3 cm olması şeklinde tanımlanır ≥ 5 cm olması cerrahi onarım gerektirir [1]. Aort anevrizma ruptürü irreversibl ve progresif bir hastalıktır. Acil servislere başvuruların çoğunluğunu yaşlı hastalar oluşturmaktadır[2]. Sırt veya karın ağrısı aort anevrizması veya ruptürü prezantasyonunda en sık görülen semptomlardır. Ruptüre aort anevrizması klasik triadı; karın ağrısı, pulsatil abdominal kitle ve hipotansiyondur. Bu triad hastaların üçte birinde görülür[1]. Hastalık özellikle erkek cinsiyet ve sigara kullananlarda daha sıktır. Erkeklerde kadınlara göre 5 kat artmıştır. Fizik muayene sadece büyük bir abdominal anevrizma ruptürü saptama konusunda yardımcı olur. Klinik olarak şüphelenildiğinde hastanın durumu el veriyorsa görüntüleme yapılmalı ve kalp ve damar cerrahisi konsültasyonu sağlanmalıdır. Açık cerrahi onarım çoğu hastada tedavi seçeneği olarak kalır ancak Endovasküler Cerrahi Onarım daha sıklıkla tercih edilir.

OLGU: Bilinen bir ek hastalığı olmayan 75 yaşında erkek bir hasta iki haftadır var olan karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Vital bulguları; Ateş:36,6°C, kan basıncı sağ kol:100/70 mm/Hg sol kol:85/66 mm/Hg, nabız:80 atım/dk saturasyon(SPO2):%97 olarak ölçüldü. Genel durum orta-kötü, suur açık, Glaskow Koma Skoru (GKS) 15 olarak değerlendirildi. Karın sağ üst kadranda hassasiyet ve pulsatil ele gelen kitle görünümü mevcuttu. Her iki üst ekstremitede ve alt ekstremitelerde nabızları palpabl olarak değerlendirildi. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Olguda aort anevrizması düşünülerek Abdominal ve Torasik Bilgisayarlı Tomografi Anjiyografi planlandı. Görüntüleme abdominal aort anevrizması ve ruptüre olan bölgeden sızan hematoma oluşturduğu kitle görüldü(Resim 1-3). Kalp ve Damar Cerrahisi (KVC) konsültasyonu istendi. Operasyon amaçlı yatışı yapıldı. KVC tarafından Endovasküler Cerrahi Onarım (EVAR) yapıldı. Takiplerinde stabil seyreden hasta ayaktan takibe alınmak üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA: Abdominal anevrizma ruptürü acil servislere tanı konmakta güçlük çekilen, tanı konmakta geç kalınabilen acil bir durumdur. Ruptüre anevrizması olan hastaların prognozu kötüdür; bu hastaların sadece %40-60'ı hastaneye ulaşabiliyor ve yaklaşık %50'si acil ameliyata rağmen hayatını kaybediyor[3]. Ani ölüm en sık anevrizmanın intraperitoneal ruptüründen meydana gelir ve bu da büyük miktarda ve hızlı kan kaybına yol açar. Uyarıcı semptomlar olmaksızın şiddetli karın veya sırt ağrısı sonrası gelişen senkop, visseral veya abdominal aort anevrizma ruptürünü düşündürür. Senkop, hızlı kan kaybı ve serebral perfüzyon eksikliğinden kaynaklanır. Hastaların bilinci geçici olarak düzelebilir, ancak tanı doğrulanmaz ve müdahale edilmezse oluşan hemorajik şok bulguları geri döndürülemez hale gelir. Özellikle ani ölümlere neden olabilmesi sebebiyle tanının geciktirilmeden konması gerekmektedir. Tanı konulması ile birlikte hızlı bir şekilde KVC konsültasyonu önem arz etmektedir. Hipotansiyon veya akut uç organ perfüzyon eksikliği belirginse görüntüleme yapmak için konsültasyon istemi asla geciktirilmemelidir. Şiddetli karın ağrısı olan hastalarda mutlaka ayrıntı tanıda aort anevrizması ruptürü mutlaka düşünülmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Tintinalli Acil Tıp: Kapsamlı Bir Çalışma Kılavuzu Kısım 7 Bölüm 60 sayfa: 415-420 (9. Baskı)
2. Acil Servis ve Abdominal Aort Anevrizması Ruptürü, Gökhan Arslan, Güven Kuvandık, İyad Fansad
3. Tjon-A-Meeuw L, Bollinger A. Aneurysma der Bauchorta. Diagnostik und Therapieindikationen [Aneurysm of the abdominal aorta. Diagnosis and indications for therapy]. Schweiz Med Wochenschr. 1991 May 11;121(19):683-92. German. PMID: 1675485.



TAM METİNLER

ACİL SERVİSTE VERİLEN 0 RH NEGATİF KAN TRANSFÜZYONUNUN RETROSPEKTİF BİR AYLIK ANALİZİ

ÖZET

AMAÇ: Acil servislerde, hemorajik şoka neden olan, travmatik yaralanma, obstetrik kanama ve üst gastrointestinal kanama gibi mortalitesi yüksek ciddi kanamaların hızlı ve uygun müdahalesi kritik öneme sahiptir. Bu nedenle, zaman kaybedilmeden yapılan kan transfüzyonları, hastaların hayatını kurtarabilecek önemli müdahalelerden biridir. Bu çalışmada; acil servis koşullarında çapraz karşılaştırma yapılmadan verilen kan transfüzyonlarının değerlendirilmesini ve sonuçların kritik hastaya yaklaşımdaki protokollere katkı sağlamasını hedeflemektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM: 2023 yılı Haziran ayı boyunca acil serviste, çapraz karşılaştırma yapılmadan 0 Rh negatif kan verilen 18 yaş ve üstü hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların transfüzyon endikasyonları, vital bulguları, laboratuvar değerleri, 1 aylık mortalite ve akut transfüzyon reaksiyonları incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 19 hastanın % 89.5'i erkekti. Hastaların ortalama yaşları 52.8'di. Çapraz karşılaştırma yapılmadan kan transfüzyonunun verilen hastaların % 52.6'sı travmatik yaralanmalar olup en sık nedenler arasındaydı. Kan transfüzyonu sonrasında hafif veya ciddi komplikasyonlar gözlenmedi. Ancak bir aylık mortalite oranı ise %47.3'dü.

SONUÇ: Acil durumlarda zamanında kan transfüzyonunun hayati öneme sahip olduğu ve uygun şekilde yönetildiğinde hastaların hayatını kurtarabileceği dikkate alınmalıdır. Gelecekteki çalışmalar, bu bulguların doğrulanması ve kan transfüzyonu protokollerinin geliştirilmesi açısından önemlidir.

ANAHTAR KELİMELE: Acil servis, çapraz karşılaştırma, kan transfüzyonu, mortalite.

GİRİŞ

Acil servislerde, yüksek mortaliteyle seyreden veya ağır hemorajik şoka neden olan ciddi kanama durumları ile sıkça karşılaşılmaktadır. Özellikle travmatik yaralanma, obstetrik kanama ve üst gastrointestinal kanama, transfüzyon gerektiren ciddi kanamaların önde gelen nedenlerindendir. Bu nedenle, zaman kaybedilmeden yapılan kan transfüzyonları, hastaların hayatını kurtarabilecek kritik bir müdahaledir (1). Bu durumlarda, kan grubunun bilinmemesi veya uygun kanın hazırlanması için geçen süre göz önünde bulundurularak, geleneksel uyumluluk testi (çapraz karşılaştırma) yapılmaksızın 0 Rh negatif veya pozitif kan grubu transfüzyonları yapılması gerekmektedir. Ancak unutulmamalıdır ki; kan transfüzyonu, bir çeşit doku naklidir.. Çapraz karşılaştırması yapılmamış kanın şiddetli transfüzyon reaksiyonu riski taşıdığı bilinerek, kullanımının sadece yaşamı tehdit eden durumlarda sınırlandırılması gerekmektedir(2). Acil servislerde çapraz karşılaştırma yapılmadan uygulanan kan transfüzyonları ile ilgili çalışmaların literatürde çok az olduğu bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı; acil servis koşullarında çapraz karşılaştırma yapılmadan verilen kan transfüzyonlarının değerlendirilmesi ve sonuçların kritik hastaya yaklaşımdaki protokollere katkı sağlamasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma dizaynı: Bu çalışma, bir şehir hastanesinin acil servisinde tek merkezli ve retrospektif olarak planlandı. 2023 yılı Haziran ayı boyunca acil serviste kan grubu uyumu aranmadan 0 Rh negatif kan transfüzyonu uygulanan 18 yaş ve üstü hastalar çalışmaya dahil edildi. Bilgiler hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden elde edildi. Bu tarihlere acil serviste 0 Rh negatif kan transfüzyonu yapılan toplam 22 hasta tarandı. Ancak hastalardan 3 tanesinin çapraz karşılaştırma sonrasında kan gruplarının 0 Rh negatif olduğu için çalışmadan çıkarıldı. Böylece çalışmaya 19 hasta dahil edildi. Demografik veriler (yaş, cinsiyet), transfüzyon endikasyonları, vital bulgular (ateş, kan basıncı, nabız) ve laboratuvar değerleri (hemoglobin, hematokrit) toplandı ve analiz edildi.

İstatistiksel Analiz: Hastaların demografik ve klinik özelliklerinin analizinde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma veya medyan (interkuartil aralık) olarak sunulurken, kategorik değişkenler sıklık ve yüzdelere olarak sunuldu.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 19 hastanın % 89.5'i erkekti (n=17). Hastaların yaşları 18 ile 88 arasında değişmekte olup, ortalama yaşları 52.8'dir. Hastaların sistolik kan basıncı ortalaması 90 mmHg, diyastolik kan basıncı ortalaması 56.7 mmHg ve nabız ortalaması 102.7 atım/dakikadır. Ayrıca, hastaların ateş ortalaması ise 36.6 °C olarak ölçülmüştür. Acil 0 Rh negatif kan transfüzyonu verilen hastaların endikasyonları incelendiğinde; hastaların %52.6'sı (n=10) travmatik yaralanmalardan kaynaklıdır. Travma hastalarının %50'si (n=5) trafik kazası sonucu oluşan yaralanmalar iken diğer nedenler ise 2'si yüksekten düşme, 2'si kesici-delici alet yaralanması ve 1 tanesi ise ateşli-silahlı yaralanma şeklindedir. Travma dışındaki diğer endikasyonlar arasında, % 21'er hasta ile (n=4) gastrointestinal kanama ve semptomatik anemi yer almaktadır. Ayrıca, 1 hasta aort diseksiyonu nedeniyle acil kan transfüzyonu gerektirmiştir. Hemoglobin (Hb) değerleri 3.5 ile 14 g/dL arasında değişmekte olup, ortalama Hb değeri 9.1 g/dL'dir. Hematokrit değerleri 11.4 ile 40.6 arasında değişmekte olup, ortalama hematokrit değeri 29.9'dur. Hiçbir hastada ateş dahil hafif veya ciddi herhangi bir komplikasyon gözlenmemiştir. Bir aylık mortalite oranı %47.3 (9 hasta) olarak bulunmuştur (Tablo 1). Ölen hastaların %33'ü (n=3) ilk 24 saat içinde kaybedilmiştir. Tedavileri tamamlandıktan sonra hastaların %52.7'si hastaneden tedavi sonrası taburcu edilmiştir.

Tablo-1

Endikasyonlar	Canlı (n=10)	Ölü (n=9)
Trafik kazası	0	5
GİS ¹ Kanama	4	0
KDAY ² - ASY ³	1	1
Yüksekten Düşme	1	2
Anemi	4	0
Aort diseksiyonu	0	1

1: Gastrointestinal sistem 2: Kesici-delici alet yaralanması 3: Ateşli-silahlı yaralanma

TARTIŞMA

Acil serviste kan grubu çapraz karşılaştırması bakılmadan yapılan kan transfüzyonları, hastaların yaşamını kurtarmada etkili bir yöntemdir. Bu çalışmada, acil servislerde çapraz karşılaştırma yapılmaksızın kan transfüzyonu uygulaması literatüre paralel olarak çoğunlukla travma yaralanmalarından kaynaklı olduğu görülmüştür (4). Sonuçlar, acil durumlarda kan grubu uyumu aranmaksızın yapılan transfüzyonların hastaların hayatını kurtarabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, bu tür transfüzyonların dikkatli bir şekilde yönetilmesi gerektiği ve kan grubu uyumsuzluğunun potansiyel risklerinin bilinmesi gerektiği vurgulanmalıdır. Gelecekteki çalışmalar, bu konuda daha fazla veri toplanması ve daha geniş ölçekli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

SONUÇ

Bu çalışma, acil servislerde çapraz karşılaştırma yapılmaksızın 0 Rh negatif kan transfüzyonunun güvenli ve etkili bir yöntem olabileceğini göstermektedir. Acil durumlarda zamanında kan transfüzyonunun hayati öneme sahip olduğu ve uygun şekilde yönetildiğinde hastaların hayatını kurtarabileceği vurgulanmalıdır. Gelecekteki çalışmalar, bu bulguların doğrulanması ve kan transfüzyonu protokollerinin geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu çalışmanın kısıtlılığı, hasta sayısının yeterli olmaması nedeniyle kan verilme ile hayatta kalma arasındaki korelasyonun istatistiksel olarak çalışılmamış olmasıdır. Diğer bir kısıtlılık, çalışmanın retrospektif olması nedeniyle hastaların kan transfüzyonu sonrası geç transfüzyon reaksiyonlarının ortaya çıkıp çıkmadığı verilerinin elde edilememesidir.

KAYNAKLAR

- Radwan ZA, Bai Y, Matijevic N, del Junco DJ, McCarthy JJ, Wade CE, Holcomb JB, Cotton BA. An emergency department thawed plasma protocol for severely injured patients. JAMA Surg. 2013 Feb;148(2):170-5. doi: 10.1001/jamasurgery.2013.414. PMID: 23426594; PMCID: PMC3800103.
- Faria I, Thivalapill N, Makin J, Puyana JC, Raykar N. Bleeding, Hemorrhagic Shock, and the Global Blood Supply. Crit Care Clin. 2022 Oct;38(4):775-793. doi: 10.1016/j.ccc.2022.06.013. PMID: 36162910.
- Lewis M, Shulman I, Hudgins J, Moore EE, Inaba K. Essentials of emergency transfusion-The complement to stop the bleed. J Trauma Acute Care Surg. 2019 Aug;87(2):420-429. doi: 10.1097/TA.0000000000002298. PMID: 31348403
- Holcomb JB, Tilley BC, Baraniuk S, Fox EE, Wade CE, Podbielski JM, del Junco DJ, Brasel KJ, Bulger EM, Callcut RA, Cohen MJ, Cotton BA, Fabian TC, Inaba K, Kerby JD, Muskat P, O'Keeffe T, Rizoli S, Robinson BR, Scalea TM, Schreiber MA, Stein DM, Weinberg JA, Callum JL, Hess JR, Matijevic N, Miller CN, Pittet JF, Hoyt DB, Pearson GD, Leroux B, van Belle G; PROPPR Study Group. Transfusion of plasma, platelets, and red blood cells in a 1:1:1 vs a 1:1:2 ratio and mortality in patients with severe trauma: the PROPPR randomized clinical trial. JAMA. 2015 Feb 3;313(5):471-82. doi: 10.1001/jama.2015.12. PMID: 25647203; PMCID: PMC4374744.



TAM METİNLER

BEL AĞRISI AYIRICI TANISINDA BÖBREK ABSESİNİN EŞLİK ETTİĞİ ATNALI BÖBREK

Baran İLGAZİ, İbrahim SARBAY, Mustafa ÇALIK
GAZİOSMANPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACIL TIP KLİNİĞİ, İSTANBUL

GİRİŞ

Atnalı böbrek, her iki böbreğin alt uçlarının orta hatta birleştiği, nadir görülen bir konjenital anomalidir. Genellikle diğer ürogenital anomali ve komplikasyonlarla birlikte bulunur. Atnalı böbrek, her 400-600 doğumdan birinde rastlanan ve çoğunlukla erkeklerde görülen bir durumdur. Bu yapısal özellik, üriner sistem enfeksiyonları, taş oluşumu ve hidronefroz gibi çeşitli komplikasyonlara zemin hazırlayabilir. (1)

OLGU SUNUMU

54 yaşında kadın hasta, bir hafta süren yüksek ateş ve şiddeti gittikçe artan sol yan ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu.

Ek şikayet sorgulamasında hastanın oral alımının, gaz-gayta-idrar çıkışının var olduğu öğrenildi. Yakın zamanda travma öyküsünün olmadığını dile getirdi.

Hastanın özgeçmişinde yalnızca tip II diyabet tanısı bulunduğu ve oral antidiyabetik ilaçlar kullandığı öğrenildi.

TA: 155/80 (Sağ kol) 150/85 (Sol kol) Nabız: 105/dk SpO2: 94% (Oda havasında) Ateş: 37.4 Solunum sayısı: 17/dk Kan şekeri: 274mg/dl şeklinde vital bulgular ölçüldü.

GKS: 15, bilinci açık, koopere ve oryante. Orofarenks doğal görünümde, dinlemekle akciğer sesleri bilateral doğal olarak duyuldu. Batın rahat, palpasyonla hassasiyet/Ddefans/rebound/rijidite alınmadı, hepatomegali tespit edilmedi. Sol kostovertebral açı hassasiyeti mevcuttu. Nörolojik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Ekstremiteler muayenesinde eklem hareketleri doğal görüldü, periferik nabızlar bilateral palpabl olarak değerlendirildi.

EKG çekildi, sinüs ritminde, iskemik bulgu görülmeydi. Laboratuvar ve Görüntüleme Tetkikleri

Laboratuvar Bulguları: CRP: 341 mg/L, WBC: 13.78/mcL, NEU: %84.5, Glukoz: 366 mg/dL, Kreatinin: 0.58 mg/dL, Üre: 24.46 mg/dL. Venöz kan gazı örneğinde pH: 7.40, HCO3: 23 ve BE: -0.7 olarak görüldü. Tam idrar tetkikinde Lökosit +++ ve nitrit negatifti.

Görüntüleme Bulguları: Üriner USG ve kontrastlı BT, sol böbrekte çoklu abse formasyonları ve atnalı böbrek yapısını ortaya koydu.

TEDAVİ VE TAKİP

Hastaya başlangıçta izotonik salin ile intravenöz hidrasyon ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlanmıştır. Radyolojik bulgular doğrultusunda üroloji konsültasyonu yapılarak hastanın antibiyoterapi ve abse drenajı için hastaneye yatırılması kararlaştırılmıştır.

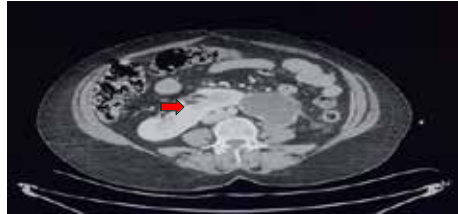
ÜROLOJİ YÖNETİMİ VE SON KARARLAR

Hasta, üroloji servisine yatırıldıktan sonra yapılan üroloji vaka konseyi toplantısında değerlendirilmiştir. Antibiyotik tedavisine rağmen sol böbrekte devam eden komplikasyonlar ve hidronefrozun ciddiyeti göz önünde bulundurularak, hastanın durumu daha detaylı incelenmiştir. Hasta, üroloji servisinde 10 gün boyunca Ertapenem ve Gentamisin tedavisi aldıktan sonra, sol böbreğin nefrektomi yani cerrahi yolla alınması kararı alınmıştır.

SONUÇ

Bu vaka, atipik anatomik varyasyonların teşhisinin, özellikle enfeksiyon gibi akut durumlar söz konusu olduğunda, önemli klinik sonuçlara sahip olabileceği bilgisini vurgulamaktadır. (2) Ayrıca, multidisipliner bir yaklaşımın önemini ve erken müdahalenin hastanın sonuçları üzerindeki etkisini de göstermektedir.

konjenital anomalidir. Genellikle diğer ürogenital anomali ve komplikasyonlarla birlikte bulunur. Atnalı böbrek durumu, her 400-600 doğumdan birinde rastlanan ve çoğunlukla erkeklerde görülen bir durumdur. Bu yapısal özellik, üriner sistem



Resim . Bilgisayarlı tomografi görüntüsünde atnalı böbrek formasyonu görüldü



Resim: Bilgisayarlı tomografi görüntüsünde abse formasyonları görüldü

Atnalı böbrek, her iki böbreğin alt uçlarının orta hattında birleştiği nadir görülen bir konjenital anomalidir. Genellikle diğer ürogenital anomali ve komplikasyonlarla birlikte bulunur. Atnalı böbrek durumu, her 400-600 doğumdan birinde rastlanan ve çoğunlukla erkeklerde görülen bir durumdur. Bu yapısal özellik, üriner sistem enfeksiyonları, taş oluşumu ve hidronefroz gibi çeşitli komplikasyonlara zemin hazırlayabilir.

(1) Bauer, S.B. (2001). Anomalies of the Kidneys and Ureters. In: Walsh, P.C., Retik, A.B., Vaughan, E.D., Wein, A.J. (eds) Campbell's Urology. 8th ed. Philadelphia: Saunders, pp. 1885-1924.

(2) Jones, D.R., Moisey, C.U. (2015). A Case of Complicated Urinary Tract Infection: Cleveland Clinic Case and Review of Literature. Urology Annals, 7(3), 345-349. DOI: 10.4103/0974-7796.157972.



TAM METİNLER

NONSTEROİDAL ANTİİNFLAMATUAR İLAÇLARIN KONDROJENİK FARKLIŞMA ÜZERİNE ETKİLERİ

Barkın Berk

İstanbul Okan Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmasötik ve Medisinal Kimya ABD, Tuzla, İstanbul-Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ

Kıkırdak, kondrositlerden ve tip II kollajen, proteoglikanları içeren çevreleyen bir matristen oluşan bir bağ dokusudur. Kondrositlerin ve kıkırdak dokusunun oluşumu, mezenkimal kök hücrelerin migrasyonu ve bunların kondrojenik farklılaşmasından kaynaklanır. Farklılaşma derecesi aynı zamanda dokunun onarılma veya yok edilme hızını da düzenler.¹

NSAİİ'lerin OA'da doku yıkımı ve kıkırdak rejenerasyonu üzerinde etkileri olduğu bilinmektedir. Bu etkilerden bazıları hücresel matris bileşenlerinin sentezinin, glikozaminoglikan sentezinin, kollajen sentezinin ve proteoglikan sentezinin inhibisyonunu içerir. Bununla beraber, farklı NSAİİ'ler kondrositlerin oluşumu, farklılaşmaları ve migrasyonu üzerinde değişken ölçüde etkindirler ve bu durum dokunun genel iyileşme sürecinde farklılık yaratmaktadır.²

Çalışma içeriğinde, NSAİİ'lerin kondrojenik farklılaşma ve canlılık üzerindeki etkileri ATDC5 kondrojenik hücre hattında MTT, PCR [Aggrecan, SOX-9, Col2/Col1] ve Safranin O boyama teknikleri kullanılarak incelenmektedir.³

METOD

Çalışmada, NSAİİ'ler hücre canlılığı ve kondrojenik farklılaşma üzerindeki etkilerini analiz etmek için ATDC5 hücreleri üzerinde deneyler yapılmıştır. Hücreler, tam besiyerinde üretilmiş ve etodolak, deksketoprofen, asetaminofen, lornoksikam ve ibuprofen'in farklı dozları ile muamele edilmiştir.

MTT testi, hücre canlılığını değerlendirmek için 24 saatlik inkübasyondan sonra gerçekleştirilmiştir.

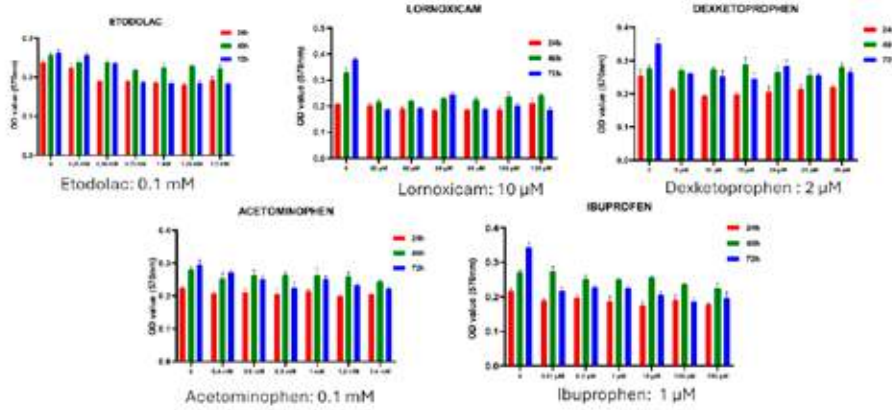
Aggrecan, SOX-9, COL1 ve COL2 genlerinin ekspresyonunu değerlendirmek için zamanlanmış PCR kullanılarak 5. ve 10. günlerde gen ekspresyon analizi yapılmıştır.

Kondrojenik farklılaşmayı göstermek amacıyla glikozaminoglikan varlığının tespitinde Safranin-O boyama tekniği ve mikroskopik analiz kullanılmıştır.

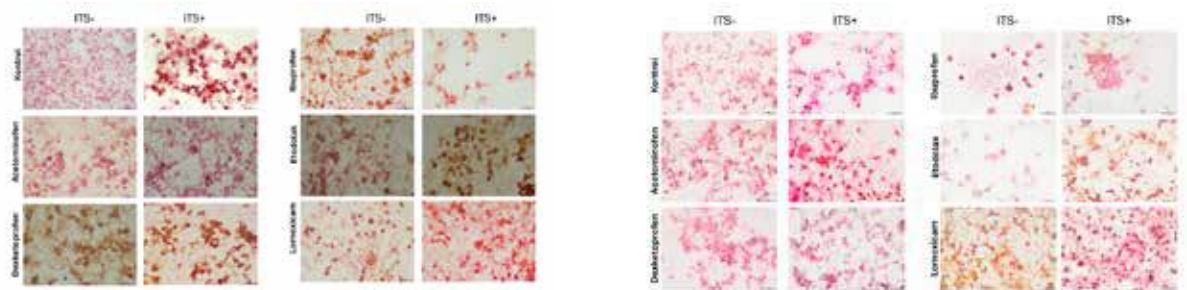
Sonuçlar istatistiksel analiz ile değerlendirilmiş, grafikler GraphPad Prism 8.1 kullanılarak oluşturulmuştur.

SONUÇLAR

Hücre Canlılığı Deneyi (MTT)



İnsülin-Transferrin-Selenyum (ITS +/-) (5. ve 10. Gün)



Bu çalışmada farklı NSAİİ'ler ATDC5 hücrelerinin hücre canlılığı ve kondrojenik farklılaşması üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Çalışmada kullanılan beş ilaç Etodolak, Deksketoprofen, Asetaminofen, Lornoksikam ve İbuprofen'dir.

MTT testinde, tüm ilaçların klinik dozlarında hücre canlılığı üzerinde önemli bir etki göstermediği belirlenmiştir.

Gen ekspresyon analizinin 5. ve 10. günlerinde, başta Lornoksikam olmak üzere Deksketoprofen'in Aggrecan ve COL2 gen ekspresyonunu diğer ilaçlara kıyasla önemli ölçüde artırdığı gözlenmektedir. İbuprofen ve Etodolak Aggrecan gen ekspresyonunu orta derecede bir artışla etkilerken, Asetaminofen bu genlerin ekspresyonu üzerinde etkin değildir.

Safranin-O boyama yoğunluğu en yüksek Lornoksikamda izlenirken bunu sırasıyla Deksketoprofen, Etodolak, İbuprofen ve Asetaminofen izlemiştir.

ITS(insülin-transferrin-selenyum takviyesi) başta Lornoksikam olmak üzere tüm gruplarda Aggrecan ve COL2 ekspresyonunu artırmış, hücrelerin kondrojenik farklılaşmasını geliştirmiştir.

TARTIŞMA

Lornoksikam'ın değerlendirilen diğer NSAİİ'lere kıyasla en yüksek kondrojenik gen ekspresyonunu gösterdiği ve farklılaşma üzerinde olumlu etkiler gösterdiği belirlenmiştir.

REFERANSLAR

1. Yang, X., Tian, S., Fan, L. et al., Cancer Cell Int 22, 169 (2022). Doi: 10.1186/s12935-022-02598-8
2. Merkely G, Chisari E, Lola Rosso C, Lattermann C., Cartilage. 2021 Dec;13(1_suppl):326S-341S. DOI: 10.1177/1947603519855770.
3. Yao, Y., & Wang, Y., Journal of Cellular Biochemistry, 114(6), 1223-1229 (2013). Doi:10.1002/jcb.24467



TAM METİNLER

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI AKUT ALEVLENMELİ HASTALARDA YÜKSEK AKIŞLI NAZAL KANÜL OKSİJEN TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ VE GÜVENİLİRLİĞİ

Öğuzhan Haciosman, Hüseyin Ergenç, Adem Az, Özgür Söğüt
Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Küresel Girişimi (GOLD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOA) alevlenmesini, ≤14 gün içinde kötüleşen nefes darlığı, artmış öksürük ve balgam üretimi, taşipne ve/veya taşikardinin eşlik ettiği solunum yollarının lokal ve sistemik inflamasyonuyla sonuçlanan akut kötüleşmesi olarak tanımlar (1). Akut hiperkarbik solunum yetmezliği, orta ila şiddetli KOAH alevlenmesi olan hastalarda sıklıkla görülür ve yüksek morbidite, hospitalizasyon ve mortalite ile ilişkilidir (2). Avrupa Solunum Derneği ve Amerikan Toraks Derneği solunum asidozu olan hiperkarbik KOAH hastalarında NIMV kullanılması önermektedir (3). Ancak NIMV'in başarısı maske uyumsuzluğu nedeniyle hasta toleransının zayıf olması, ventilasyonun hava kaçaklarından dolayı daha az etkili olabilmesi, hava yollarında kuruluk ve bası ülseri oluşturma riski, klostrofobiye neden olabilmesi ve klinisyenin bilgi ve becerisine bağlı olması nedenleriyle sınırlıdır (4).

NIMV tedavisinde görülen başarısızlık kolaylıkla trakeal entübasyona yol açabilir (5). Yüksek akımlı nazal kanül oksijenasyon tedavisi (YANKO), yeni bir invaziv olmayan solunum yardım yöntemidir. YANKO ile iletlen ısıtılmış ve nemlendirilmiş oksijen PaCO₂'yi azaltılabilir ve hastalarda solunum depresyonuna neden olan yüksek oksijen konsantrasyonundan kaçınmak için oksijen akışını ve oksijen konsantrasyonunu ayrı ayrı ayarlayabilir (6).

Çalışmamızda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) alevlenme ile acil servise başvuran hastalarda Yüksek Akımlı Nazal Kanül Oksijenasyon (YANKO) tedavisinin etkinliği ve güvenirliliği non-invaziv mekanik ventilasyon (NIMV) ile karşılaştırılmalı olarak değerlendirildi.

Bu prospektif, randomize kontrollü, tek kör çalışmaya 15.09.2023–15.02.2024 tarihleri arasında hastanemiz Acil Tıp Kliniği'ne KOAH alevlenme ile başvuran, hiperkarbik solunum yetmezliği olan ve bronkodilatör tedavi sonrası rahatlamayan hastalar dahil edildi. Hastalar 1:1:1 oranında rastgele NIMV, YANKO-30 ve YANKO-50 olarak üç gruba bölündü. NIMV grubuna iki seviyeli pozitif havayolu basıncı, YANKO-30 grubuna 30 L/dk; YANKO-50 grubuna ise 50 L/dk akım hızında YANKO tedavisi uygulandı. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası 30. 60. ve 120. dakikalardaki arter kan gazındaki pH, PCO₂, PaO₂, laktat, HCO₃ değerleri, klinik özellikleri ve mortalite durumları raporlandı.

Çalışmaya NIMV grubunda 47 (%34,30), YANKO-30 grubunda 44 (%32,11) ve YANKO-50 grubunda 46 (%33,50) toplam 137 hasta dahil edildi. Tedavi grupları arasında yaş, cinsiyet ve hastaneye başvuru anındaki kan gazı parametreleri açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Her üç tedavi grubunun kan gazı parametrelerinden pH değerini başlangıça göre 30-, 60- ve 120. dakikalarda istatistiksel olarak anlamlı artırdığı; pCO₂ değerini düşürdüğü saptandı (p<0,05). Bununla birlikte YANKO-30 grubunda pCO₂ değerlerinin 60. dakikada NIMV'e göre daha düşük olduğu; ancak 30. ve 120. dakikalarda tedavi grupları arasında bir fark olmadığı saptandı. Hastalar servis ve YBÜ yatışı, acil servise tekrar başvuru, yatış süreleri ve 28 günlük mortalite açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Ancak YANKO-30 tedavisi alan hastalarda taburculuk oranı diğer tedavi gruplarına göre anlamlı yüksekti (p=0,018). Ek olarak YANKO-30 grubunda hasta memnuniyeti NIMV ve YANKO-50 gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksekti (p=0,002). Çok değişkenli lojistik regresyon analizi başvuru anındaki pCO₂ değerinin mortalitenin bağımsız belirleyicisi olduğunu gösterdi.

Bulgularımız YANKO-30 tedavisinin 60. dakikada pCO₂ değerini düşürmede NIMV tedavisinden daha etkili; ayrıca YANKO-30 tedavisinin acil servisten daha yüksek taburculuk oranları ve hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğunu gösterdi.

KAYNAKÇA

1. 2023 GOLD Report", Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD. <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/> (erişim 25 Ocak 2023).
2. Çolak Y, Afzal S, Marott JL, Nordestgaard BG, Vestbo J, Ingebrigtsen TS, Lange P. Prognosis of COPD depends on severity of exacerbation history: A population-based analysis. *Respir Med.* 2019;155:141-147.
3. Rochweg B, Brochard L, Elliott MW, Hess D, Hill NS, Nava S, Navalesi P Members Of The Steering Committee, Antonelli M, Brozek J, Conti G, Ferrer M, Guntupalli K, Jaber S, Keenan S, Mancebo J, Mehta S, Raoof S Members Of The Task Force. Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *Eur Respir J.* 2017;50(2):1602426.
4. Rittayamai N, Phuangchoei P, Tscheikuna J, Praphruetkit N, Brochard L. Effects of high-flow nasal cannula and non-invasive ventilation on inspiratory effort in hypercapnic patients with chronic obstructive pulmonary disease: a preliminary study. *Ann Intensive Care.* 2019;9(1):122.
5. Xu S, Ye Z, Ma J, Yuan T. The impact of chronic obstructive pulmonary disease on hospitalization and mortality in patients with heart failure. *Eur J Clin Invest.* 2021;51(1):e13402.
6. Suffredini DA, Allison MG. A Rationale for Use of High Flow Nasal Cannula for Select Patients With Suspected or Confirmed Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 Infection. *J Intensive Care Med.* 2021;36(1):9-17.



TAM METİNLER

EPİLEPTİK NÖBET SONRASI NADİR BİR KOMPLİKASYON: TEMPOROMANDİBÜLAR EKLEM LUKSASYONU

Oğuzhan Hacıosman¹

GİRİŞ VE AMAÇ

Temporomandibular eklem lüksasyonu, mandibular kondilin normal hareket aralığının dışında 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) Orofasial yaralanmalar, nöbetlerin seyrinden sonra sık görülür, ancak temporomandibular eklem (TME) çıkığı nadirdir.

Bu olgumuzda yerde baygın halde bulunan ve yakınları tarafından konuşmasında bozukluk nedeniyle acil servise getirilip yapılan muayene ve tetkikler sonunda tme lüksasyonu tanısı alan hastayı sunmayı planladık.

OLGU SUNUMU

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 dizatri ve sol çenede ağrısı dışında ek özellik saptanmadı. Beyin tomografi çekilen hastada intrakraniyal kanama bulgusu saptanmadı. Tomografi görüntüsü incelendiğinde sol temporomandibular eklem anterior lüksasyonu saptandı. İntraoral teknik kullanılarak 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.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Epileptik nöbet sonrasında her ne kadar az görülsede konuşma bozukluğu, hipersalivasyon veya çiğneme ve yutma bozukluğu olan hastalarda TME lüksasyonu akla gelmelidir. Her hekim TME lüksasyonu teşhisi koyma ve manuel redüksiyonu gerçekleştirme kapasitesine sahip olmalıdır (4). Status epileptikus sırasında, manuel redüksiyon hemen uygulanamıyorsa hava yolu korunmalıdır (4).

KAYNAKLAR

1. Agbara R, Fomete B, Obiadazie AC, Idehen K, Okeke U. Temporomandibular joint dislocation: experiences from Zaria, Nigeria. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2014 Jun;40(3):111-6. doi: 10.5125/jkaoms.2014.40.3.111. Epub 2014 Jun 27. PMID: 25045637; PMCID: PMC4095815.
2. Lowery LE, Beeson MS, Lum KK. The wrist pivot method, a novel technique for temporomandibular joint reduction. J Emerg Med. 2004 Aug;27(2):167-70. doi: 10.1016/j.jemer-med.2004.03.007. PMID: 15261360.
3. Lovely FW, Copeland RA. Reduction eminoplasty for chronic recurrent luxation of the temporomandibular joint. J Can Dent Assoc. 1981 Mar;47(3):179-84. PMID: 7013948.
4. Markenson D, Ferguson JD, Chameides L, Cassan P, Chung KL, Epstein J, Gonzales L, Herrington RA, Pellegrino JL, Ratcliff N, Singer A. Part 17: first aid: 2010 American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid. Circulation. 2010 Nov 2;122(18 Suppl 3):S934-46. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971150. Erratum in: Circulation. 2010 Nov 23;122(21):2228. Erratum in: Circulation. 2012 Apr 3;125(13):e540. PMID: 20956233.



TAM METİNLER

ACİL SERVİSE BAŞVURAN YÜKSEK ENERJİLİ TRAVMALI HASTALARDA TRAVMAYA ÖZGÜ PUANLAMA SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: TEK MERKEZLİ PROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMASI**ÖZET:**

GİRİŞ: Bu çalışmanın amacı, acil servise yüksek enerjili travma ile başvuran hastalarda, Injury Severity Skoru (ISS), Revize Travma Skoru (RTS), New Travma Skoru (NTS), Trauma Injury Severity Skoru (TRISS), Rapid Emergency Medicine Skoru (REMS) ve şok indeksinin (Şİ) hastaların prognozundaki rolünü araştırmaktır.

MATERYAL-METOD: Tek merkezli olarak 3. basamak bir acil servise, 01.02.2022-31.03.2023 tarihleri arasında yüksek enerjili travma nedeniyle getirilen hastalar prospektif olarak incelendi. Hastaların ölçülen ISS, RTS, NTS, TRISS, REMS skorları ve Şİ'nin ilk 24 saat ve 28. günlerdeki mortalite tahmin performansları değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya kriterleri karşılayan toplam 277 hasta dahil edildi. İlk 24 saatlik mortalite tahmininde ISS (AUC=0,995 ve p=0,001), REMS (AUC=0,859 ve p<0,05) skorları istatistiksel olarak anlamlı iken, şok indeksi (AUC=0,644 ve p>0,05) anlamlı değildi. 28 günlük mortalite tahmininde ise ISS (AUC= 0,900 ve p<0,001), REMS (AUC= 0,907 ve p<0,001) ve şok indeksi (AUC=0,696 ve p<0,05)) istatistiksel olarak anlamlıydı. İlk 24 saatlik sağkalım tahmininde RTS (AUC=0,712 ve p>0,05) istatistiksel olarak anlamlı değildi, NTS (AUC=0,905 ve p<0,05) ve TRISS (AUC= 0,860 ve p<0,05) istatistiksel olarak anlamlıydı. 28 günlük sağkalım tahmininde ise RTS (AUC=0,801 ve p<0,001), NTS (AUC= 0,896 ve p<0,001) ve TRISS (AUC= 0,939 ve p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı olarak saptandı. 28 günlük mortalite tanısı için etkili faktörler, antiagregan kullanımı [OR:9,091 (%95 GA 2,459-33,602), p=0,001] ve batin travması varlığı [OR: 7,019 (%95 GA, 2,197-24,677), p=0,001] olduğu tespit edildi.

SONUÇ: Acil servise başvuran yüksek enerjili travma hastalarında, hastaların mortalitesini öngörmeye ISS ve REMS skorları şok indeksine göre daha başarılı bir performans göstermektedir. Sağkalım tahmininde ise TRISS ve NTS skorları RTS'ye göre daha yararlıdır.

ANAHTAR KELİMELE: Acil Servis, Şok İndeksi, Travma, Mortalite, Skorlama Sistemleri

GİRİŞ:

Travma önemli bir ölüm nedeni olup, küresel ölümlerin %9'undan sorumludur ve gençlerde yaşam kaybının birincil nedenidir (1, 2). Ölümle sonuçlanan diğer travma türleri de göz önüne alındığında, travmanın dünya çapında 5-24 yaş arası kişilerde mortalitenin ve 5-44 yaş arası kişilerde ise morbiditenin önde gelen nedeni olduğu sonucuna varılabilir. Travma yaşlı nüfusta beşinci önde gelen ölüm nedenidir. Yaşlılarda yaralanmalar genellikle daha az şiddetli olsa da komplikasyon riski artar ve ölümcül sonuçların yüzdesi artar(3, 4).

Travma yönetimine modern yaklaşım karmaşık bir karar ağacından oluşur. Klinisyenler, hastalarına en iyi hayatta kalma şansını sağlamak için olay yerindeki resüsitasyondan, acil servis triyajı ve teşhisine, ameliyathane prosedürlerine ve stratejisine kadar hızlı bir dizi önemli seçim yapar. Klinisyenlere bu kararları verirken uygun niceliksel bağlam sağlamak için çeşitli travma puanlama sistemleri oluşturulmuştur(5). Injury Severity Skoru (ISS)(6), Revize Travma Skoru (RTS)(7), New Trauma Skoru (NTS)(8), Trauma Injury Severity Skoru (TRISS)(9) yaygın olarak kullanılan travma skorlarıdır. Ayrıca Rapid Emergency Medicine Skoru (REMS)(10) ve şok indeksi(11) de kritik hastaların değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır.

Modern travma sistemleri ve Acil Sağlık Hizmetleri, optimal hasta sonuçlarını elde etmeyi amaçlar. Bu yüzden mortalite riski yüksek hastaların belirlenmesi travma hastalarının yönetiminde çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı, acil servise yüksek enerjili travma ile başvuran hastalarda, ISS, RTS, NTS, TRISS, REMS ve şok indeksinin hastaların prognozundaki rolünü araştırmaktır.

MATERYAL-METOD

Bu çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğinde, aynı hastanenin klinik araştırmalar etik kurulundan 2011-KAEK-25 2022/01-21 protokol numarasıyla alınan onay ile yürütüldü. Çalışma prospektif olup, 01.02.2022-31.03.2023 tarihleri arasında hastanemiz acil servisine yüksek enerjili travma nedeniyle başvuran hastalar dahil edildi.

Yüksek enerjili travma kriterleri ise; 1. Altı metre ve üzeri yüksekten düşme, 2. >65 km/h olan motorlu araç kazaları, 3. Aracın takla atması, 4. Araçta yolcunun dışarı fırlaması, 5. Aynı araçta bulunan yolculardan en az birinin ölmesi, 6. Motorlu aracın yaya veya bisikletliye >32 km/h çarpması, 7. Ateşli silah yaralanması, 8. Patlamalar, 9. 1000 volt ve üzerindeki elektrik çarpmalarıdır. Arrest olarak getirilen hastalar, 18 yaşından küçük olan hastalar, gebe hastalar, düşük enerjili travmaya maruz kalan hastalar ve çalışma için onam vermeyen hasta/hasta yakınları çalışmaya dahil edilmedi.

BULGULAR:

Çalışmaya toplam 277 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 40 (IQR 25-75: 28,5-56) yıl, 237'si (%85,6) 65 yaşın altında idi. Hastaların 213'ü erkek (%76,9) iken, 50'sinde (%18,1) ek hastalık öyküsü ve 37'sinde ise (%13,4) ilaç kullanımı öyküsü vardı. Hastalarda en fazla görülen travma şekli ise ADTK (n=76, %27,4) ve AİTK (n=70, %25,3) olarak saptanırken en fazla ekstremitelere (n=170, %61,4) ve baş-boyun travması (n=162, %58,5) olduğu görüldü. Hastaların 42'sinde (%15,2) YBÜ yatışı yapılırken 4'ünde (%1,4) ilk 24 saatte, 15'inde (%5,4) ise 28 gün içerisinde mortalite geliştiği görüldü (Tablo 1).

Hastaların ISS, REMS skorları ve Şİ ile ilk 24 saatlik ve 28 günlük mortalite tanısallı değerleri için ROC analizi yapıldı. Yapılan analizde, ilk 24 saatlik mortalite tanısı için eğri altındaki alan (AUC) değeri, ISS için 0,995 [(%95 GA 0,986-1,000), (p=0,001)], REMS için 0,859 [(%95 GA 0,675-1,000), (p<0,05)] ve Şİ için ise 0,644 [(%95 GA 0,303-0,986), (p>0,05)] olarak ölçüldü.

28 günlük mortalite tanısı için AUC değeri ISS için 0,900 [(%95 GA 0,829-0,971), (p<0,001)], REMS için 0,907 [(%95 GA 0,843-0,970), (p<0,001)] ve Şİ için ise 0,696 [(%95 GA 0,524-0,868), (p<0,05)] olarak saptandı (Şekil 1).

Hastaların RTS, NTS ve TRISS skorları ile ilk 24 saatlik ve 28 günlük sağkalım tanısallı değerleri için ROC analizi yapıldı. Yapılan analizde, ilk 24 saatlik sağkalım tanısı AUC değeri RTS için 0,712 [(%95 GA 0,396-1,000), (p>0,05)], NTS için 0,905 [(%95 GA 0,793-1,000), (p<0,05)] ve TRISS için ise 0,860 [(%95 GA 0,769-0,951), (p<0,05)] olarak ölçüldü. 28 günlük sağkalım tanısı için AUC değeri RTS için 0,801[(%95 GA 0,665-0,947), (p<0,001)], NTS için 0,896 [(%95 GA 0,804-0,987), (p<0,001)] ve TRISS için ise 0,939 [(%95 GA 0,899-0,978), (p<0,001)] olarak saptandı (Şekil 2).

ISS skorunun ilk 24 saatlik mortalite tanısında kesim değeri $\geq 32,5$ olduğunda sensitivitesi %100 spesifitesi %89,0, ilk 28 günlük mortalitede ise kesim değeri $\geq 24,5$ olduğunda sensitivitesi %93,3, spesifitesi %73,7 olarak saptandı. NTS skorunun ilk 24 saatlik sağkalımda kesim değeri $\geq 18,5$ olduğunda sensitivitesi %91,9, spesifitesi %75,0, 28 günlük sağkalımda ise kesim değeri $\geq 19,5$ olduğunda sensitivitesi %92,0, spesifitesi %73,3 olarak saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. İlk 24 Saat ve 28 Günlük Mortalite ve Sağkalım Tahmininde Skorlama Sistemlerinin Kesim Değerleri

Değişkenler		Sensitivite	Spesifite	NPD	PPD
İlk 24 Saatlik Sağkalım	RTS $\geq 5,5$	96,00%	50,00%	15,30%	99,20%
	NTS $\geq 18,5$	91,90%	75,00%	12,00%	99,60%
	TRISS $\geq 94,5$	82,40%	75,00%	5,80%	99,50%
İlk 28 Günlük Sağkalım	RTS $\geq 7,5$	91,60%	66,70%	31,20%	97,90%
	NTS $\geq 19,5$	92,00%	73,30%	34,30%	98,30%
	TRISS $\geq 88,5$	92,40%	80,00%	37,50%	98,70%
İlk 24 Saatlik Mortalite	ISS $\geq 32,5$	100%	89,00%	100%	11,70%
	REMS $\geq 6,5$	75%	89,00%	99,50%	9,10%
	Şok indeksi $\geq 1,06$	75%	79,10%	99,50%	5,00%
İlk 28 Günlük Mortalite	ISS $\geq 24,5$	93,30%	73,70%	99,40%	16,80%
	REMS $\geq 5,5$	80,00%	88,90%	98,70%	29,20%
	Şok indeksi $\geq 0,925$	73,30%	76,70%	98,00%	15,20%



TAM METİNLER

İlk 28 günde görülen mortalite üzerinde etkili olabilecek olan değişkenler ile lojistik regresyon analizi yapıldı. Bu analiz sonucunda 28 günlük mortalite tanısı için etkili faktörler, antiagregan kullanımı [OR:9,091 (%95 GA 2,459-33,602), p=0,001], yaş ≥ 65 yıl [OR:5,025 (%95 GA 1,472-17,152), p<0,05] ve batin travması varlığı [OR: 7,019 (%95 GA, 2,197-24,677), p= 0,001] olarak saptandı (Tablo 3).

Table 3. 28 Günlük Mortaliteye Sahip Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	OR	95 % CI	P değeri
Antiagregan Kullanımı	9,091	2,459-33,602	0.001
Antikoagülan Kullanımı	0,051	0,003-0,860	0.039
Batin Travması	7,019	2,197-22,425	0.001
Baş-Boyun Travması	5,172	1,184-24,677	0.039
Toraks Travması	0,442	0,155-1,261	0.127
Ekstremitre Travması	1,360	0,476-3,890	0.566
Ek Hastalık	3,303	1,119-9,752	0.031
Hipertansiyon	0,608	0,128-2,876	0.530
Dişebetes Mellitus	1,392	0,128-15,156	0.786
Koroner Arter Hastalığı	0,145	0,031-0,676	0.014
Age ≥ 65	5,025	1,472-17,152	0.010
Mean Arterial Pressure	0,991	0,969-1,013	0,457

TARTIŞMA:

Literatürü incelediğimizde travma hastalarının mortalitesini öngörmeye hangi skorlama sisteminin en iyi performansı gösterdiğine dair net bir görüş birliğinin olmadığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda da ilk 24 saatlik mortaliteyi öngörmeye en iyi performansı ISS skorunun (AUC:0,995), ilk 24 saatlik sağkalımı ön görmede ise NTS skorunun (AUC:0,905) en iyi performansı gösterdiğini saptadık. İlk 28 günlük mortaliteyi öngörmeye ise en iyi performansı REMS skorunun (AUC:0,907) gösterdiğini ve ilk 28 günlük sağkalımı öngörmeye ise TRISS skorunun (AUC:0,939) en iyi performansı gösterdiğini saptadık.

Yüksek enerjili travma hastalarını kapsayan bu çalışmamızda literatürdeki diğer çalışmalara benzer olarak Şİ'nin mortaliteyi öngörmeye performansı diğer skorlara göre daha düşük olarak saptandı (ilk 24 saatlik mortalite için AUC:0,644, ilk 28 günlük mortalite için AUC:0,696).

Travma hastalarının hastane içi mortalitesini öngörmeye ideal bir skorlama sistemi mevcut olmayıp değişik çalışmalarda birbiri ile benzeşen ve ayrılan yönleri bulunan sonuçlar elde edilmiştir. Her hastane kendi imkanları ölçüsünde ideal olan bir veya daha fazla skorlama sistemini kullanmalıdır.

Bizim bu konudaki düşüncemiz özellikle farklı hastanelerde değişik skorlama sistemlerinin birbirine göre üstün olduğunu ispatlamak gibi bir çabaya girmeden her hastanenin kendisi için farklı yıllarda ve mevsimlerde tekrarlayan çalışmaları yapmak suretiyle hastane içi mortaliteyi öngörmek için yerel düzeyde mevcut skorlama sistemlerinden kendileri için en uygun olanını tespit etmeleridir.

Bir hastane için mortalite tayininde kullanılan skorlama sistemi en ideali iken aynı skorlama sistemi başka bir hastane için beklenen sonucu vermeyebilir. Nitekim yapılan farklı çalışmalarda değişik skorlama sistemlerinin birbirine üstün olmadığı şeklindeki değerlendirme de hastanelerin kendileri için en uygun olan skorlama sistemini lokal olarak geliştirmesinin yerinde olacağını düşündürmektedir.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Birincisi hasta sayısının az olmasıdır. Diğer önemli bir kısıtlılık nedeni ise çalışmanın tek merkezli olmasıdır.

Sonuç olarak acil servise başvuran yüksek enerjili travma hastalarında evrensel olarak kullanılabilecek ideal olan bir skorlama sistemi bulunmamaktadır; diğer skorlama sistemleri bu hastaların mortalitesini öngörmeye çok indeksine göre daha başarılı bir performans göstermekle birlikte her hastane kendisi için en uygun skorlama sistemini belirlemeli ve kullanmalıdır. İhtiyaç halinde gerekli revizyonları yapılmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Candefjord S, Asker L, Caragounis EC. Mortality of trauma patients treated at trauma centers compared to non-trauma centers in Sweden: a retrospective study. European journal of trauma and emergency surgery : official publication of the European Trauma Society. 2022;48(1):525-36. Epub 2020/07/29. doi: 10.1007/s00068-020-01446-6. PubMed PMID: 32719897; PubMed Central PMCID: PMC825402.
2. World Health Organization. Injuries and violence: the facts WHO. 2014.
3. Jokūbaitė-Mazinjanin R, Mariūnaitė N, Duriūnaitė A, Gojkočiūtė Z, Vasovičiūtė V, Rakiūnaitė G, et al. Prehospital Trauma Scoring Systems for Evaluation of Trauma Severity and Prediction of Outcomes. Medicina (Kaunas, Lithuania). 2023;59(5). Epub 2023/05/27. doi: 10.3390/medicina59050952. PubMed PMID: 37241183; PubMed Central PMCID: PMC10223074.
4. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet (London, England). 2016;388(10053):1459-544. Epub 2016/10/14. doi: 10.1016/s0140-6736(16)31012-1. PubMed PMID: 27733281; PubMed Central PMCID: PMC45388903.
5. Chun M, Zhang Y, Becnel C, Brown T, Hussein M, Toraih E, et al. New Injury Severity Score and Trauma Injury Severity Score are superior in predicting trauma mortality. The journal of trauma and acute care surgery. 2022;92(3):528-34. Epub 2021/11/06. doi: 10.1097/ta.0000000000003449. PubMed PMID: 34739004.
6. Baker SP, O'Neill B, Haddon W, Jr., Long WB. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. The Journal of trauma. 1974;14(3):187-96. Epub 1974/03/01. PubMed PMID: 4814394.
7. Champion HR, Sacco WJ, Copes WS, Gann DS, Gennarelli TA, Flanagan ME. A revision of the Trauma Score. The Journal of trauma. 1989;29(5):623-9. Epub 1989/05/01. doi: 10.1097/00005373-198905000-00017. PubMed PMID: 2657085.
8. Jeong JH, Park YJ, Kim DH, Kim TY, Kang C, Lee SH, et al. The new trauma score (NTS): a modification of the revised trauma score for better trauma mortality prediction. BMC surgery. 2017;17(1):77. Epub 2017/07/05. doi: 10.1186/s12893-017-0272-4. PubMed PMID: 28673278; PubMed Central PMCID: PMC5496419.
9. Boyd CR, Tolson MA, Copes WS. Evaluating trauma care: the TRISS method. Trauma Score and the Injury Severity Score. The Journal of trauma. 1987;27(4):370-8. Epub 1987/04/01. PubMed PMID: 3106646.
10. Olsson T, Terent A, Lind L. Rapid Emergency Medicine Score can predict long-term mortality in nonsurgical emergency department patients. Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine. 2004;11(10):1008-13. Epub 2004/10/07. doi: 10.1197/j.aem.2004.05.027. PubMed PMID: 15466141.
11. Allgöwer M, Burri C. ["Shock index"]. Deutsche medizinische Wochenschrift (1946).



TAM METİNLER

ACIL SERVİS HEMŞİRELERİNDE ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Tuba Şafak, Elif Çelikel

Ankara Etik Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

ÖZET:

GİRİŞ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyini ölçmek için tasarlanmış, yaygın olarak kullanılan bir değerlendirme aracıdır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında acil servis hemşireleri ön safta yer alarak zorlu ve dinamik bir çalışma ortamının doğasında yer alan bazı güçlükler ve stresle karşı karşıya kalmaktadır. Yoğun hasta bakımının sürdürüldüğü acil servislerde hızlı karar verme, çeşitli sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ve uyku düzensizliği gibi çeşitli tetikleyici faktörlerin varlığında anksiyete ve depresyon yaşama konusunda hemşireler yüksek risk altındadır. Bu çalışmamızda acil servis hemşirelerinin yıllık halini değerlendirmeyi ve bu konuda yapılabilecek düzenlemeleri belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Bu çalışma Ankara Etik Şehir Hastanesi Acil Servisinde yürütülen bir anket çalışması olup acil serviste en az 6 aydır çalışmakta olan ve çalışmaya katılmaya onam veren 57 hemşire çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeyini belirlemek amacıyla HADS kullanılmıştır.

SONUÇLAR: Yaş, acil serviste geçirilen yıl ve meslekte geçirilen yıllar karşılaştırıldığında anksiyete puanları ile anlamlı bir negatif bir korelasyon gözlenirken depresyon puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Cinsiyete göre depresyon puanları karşılaştırıldığında erkeklerin depresyon puanları kadınlara göre daha yüksek saptanmış olup istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Ancak anksiyete puanları ile cinsiyetler arasında anlamlı farklılık yoktur. Yine medeni durum ile anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır.

TARTIŞMA: Acil servis sağlık çalışanları arasında ruh sağlığının çok yönlü doğası mevcuttur. Cinsiyet, medeni durum kaygı ve depresyon puanlarını doğrudan öngörmese de yaş ve mesleki deneyimin kaygı düzeylerini etkilediği görülmektedir. Bu bulgular, acil servisler gibi yüksek stresli ortamlarda sağlık çalışanlarının zihinsel sağlığını geliştirmek için dayanıklılık eğitimi, stres yönetimi programları ve işyeri destek girişimleri gibi hedefe yönelik müdahalelerin uygulanmasının önemini vurgulamaktadır.

ANAHTAR KELİMELE: anksiyete, depresyon, acil servis, hemşire

GİRİŞ:

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), çeşitli klinik ve klinik dışı ortamlardaki bireylerde anksiyete ve depresyon düzeylerini ölçmek için tasarlanmış, yaygın olarak kullanılan bir ölçeklendirme aracıdır. İlk olarak 1983 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen ve Türkiye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılan HADS, sağlık profesyonelleri için hastalar arasındaki ve giderek sağlık çalışanları arasındaki psikolojik sıkıntıları değerlendirmede paha biçilmez bir araç haline gelmiştir.

Sağlık hizmetleri bağlamında acil servis hemşireleri, zorlu ve dinamik çalışma ortamlarının doğasında olan benzersiz zorluklarla ve stres etkenleriyle karşı karşıya kalan hayatı bir ön saf iş gücü oluşturur. Acil bakımın yüksek baskınlı durumlarla, hızlı karar vermeyle ve travmaya maruz kalmayla karakterize edilen doğası, acil servis hemşirelerini anksiyete ve depresyon yaşama konusunda yüksek risk altına sokar. Dolayısıyla acil servis hemşirelerinin ruh sağlığı durumunu anlamak büyük önem taşımaktadır; çünkü onların refahı yalnızca kendi yaşam kalitelerini ve iş tatminlerini etkilemekle kalmaz, aynı zamanda sağladıkları hasta bakımının kalitesini de etkiler. Bu popülasyonda anksiyete ve depresyonun yaygınlığı ve şiddetinin kabul edilmesi, onların ruh sağlığını ve dayanıklılığını desteklemek için önlemlerin alınmasını ve uygulanmasını gerektirmektedir.

Bu bağlamda HADS gibi araçların kullanıldığı çalışmalar acil servis hemşirelerinin psikolojik iyi oluşlarının değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Anksiyete ve depresyon düzeylerini ölçen bu çalışmalar, bu işgücündeki zihinsel sağlık sorunlarına yönelik yaygınlık, ilişkiler ve potansiyel müdahaleler hakkında değerli bilgiler sağlamaktadır. Biz de bu çalışmada HADS kullanarak acil servis hemşirelerinin anksiyete ve depresyon düzeyini ölçmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER:

Bu çalışmaya acil serviste çalışmakta olan 150 hemşire dahil edilmiş olup Google formları üzerinden oluşturulan ankete 57 kişi katılım sağlamıştır. Anketin birinci bölümünde katılımcıların demografik özelliklerini içeren sorular bulunmaktaydı (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, vb). İkinci bölümde ise anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla 14 sorudan oluşan HADS kullanılmıştır.

SONUÇLAR:

Çalışmaya katılan 57 katılımcının 37'si (%64,9) kadın, 22'si (%38,6) evli idi. Eğitim durumları karşılaştırıldığında katılımcıların 54'ünün (%94,7) lisans mezunu olduğu görüldü. Katılımcıların ortalama yaşı 32,12 ± 10,13 olarak saptandı. Meslek hayatında geçirilen ortalama yıl 9,56 ± 10,67 iken acil serviste geçirilen ortalama yıl 5,52 ± 6,09 olarak belirlendi. Katılımcıların HAD anksiyete alt ölçek puan ortalaması 9,23 ± 4,11, depresyon alt ölçek puan ortalaması 7,58 ± 4,42 idi. Çalışmaya katılanların cinsiyete göre anksiyete ve depresyon puanları karşılaştırıldığında kadınların anksiyete puanı 8,86 ± 3,96, erkeklerin 9,90 ± 4,42 olup gruplar arası istatistiksel anlamlı farklılık yoktu (p=0,388). Depresyon puanlarına bakıldığında kadınların depresyon puanı 6,62 ± 4,36, erkeklerin 9,35 ± 4,08 olup cinsiyetler arası istatistiksel anlamlı farklılık mevcuttu (p=0,024). Katılımcıların medeni durumuna göre anksiyete ve depresyon puanları karşılaştırıldığında evli olanların ortalama anksiyete puanı 8,45 ± 3,13, evli olmayanların ise 9,71 ± 4,61 olup gruplar arası istatistiksel anlamlı fark yoktu (p=0,225). Benzer şekilde evli olanların depresyon ortalama puanı 7,59 ± 4,52, evli olmayanların ise 7,57 ± 4,43 olup gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık yoktu (p=0,987).

Çalışmaya katılanların HAD puanları ile yaş, meslekte geçirilen süre ve acil serviste geçirilen süre arasındaki ilişki incelendiğinde yaş (r=-0,287, p=0,030), meslekte geçirilen süre (r=-0,270, p=0,043) ve acil serviste geçirilen süre (r=-0,310, p=0,019) ile anksiyete puanları arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon saptanırken, depresyon puanları arasında korelasyon saptanmadı (p>0,05).

TARTIŞMA:

Çalışmamızın en önemli sonuçlarından biri depresyon düzeyinin kadınlara oranla erkeklerde daha yüksek saptanmasıdır. Toplumda depresyon kadınlarda erkeklerle oranla 2 kat daha fazla görülmektedir ancak acil servis çalışanlarının değerlendirildiği birtakım çalışmalar da bizim bulgularımızla uyumludur. Bu durum yoğun çalışma koşullarına kadın çalışanların dayanıklılığının veya uyum sağlamanın daha fazla olduğunu düşündürülebilir. Erkek sağlık çalışanlarının bu konuda desteklenmesi ve altta yatan nedenlerin belirlenmesi için çeşitli çalışmalar yapılması uygun olacaktır.

Diğer bir önemli sonucumuz yaş ve meslekte geçirilen yıl arttıkça çalışanların anksiyete düzeylerinin düşmesidir. Bu durum zaman içinde artan tecrübe ile birlikte dayanıklılığın artması ve olumsuz durumlara karşı başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi ile açıklanabilir. Ne yazık ki bu gruplar ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun daha uzun süre çalışmanın getirdiği tükenmişlik ile ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Literatürde medeni durumun eşlerden alınan sosyal destek ile stresin azaltılarak zihinsel sağlığı geliştirebileceğini gösteren çalışmalar olmakla birlikte bizim çalışmamızda anksiyete ve depresyon düzeylerine herhangi bir etkisinin olduğu görülmemiştir. Bunun diğer faktörlerin daha etkili olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yapılan çalışmalar eğitim düzeyinin artmasının anksiyete ve depresyon düzeyini arttırdığını göstermektedir. Ancak bizim çalışmamızda katılımcıların eğitim durumlarının benzer seviyede olması nedeniyle anksiyete ve depresyonla olan ilişki değerlendirilememiştir.

SONUÇ:

Acil servis hemşireleri arasında ruh sağlığı çok yönlü bir doğaya sahiptir. Her ne kadar cinsiyet ve medeni durum bu bağlamda çok etkileyici faktörler olarak görülmesi de yaş ve mesleki deneyimin etkisi yadsınmaz. Acil servisler gibi yüksek stresli ortamlarda çalışan personelin ruh sağlığını geliştirmek amacıyla dayanıklılık eğitimi, stres yönetimi programları ve işyeri destek girişimleri gibi hedefe yönelik müdahalelerin uygulanması oldukça önem kazanmaktadır.

KAYNAKLAR:

1. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983 Jun;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. PMID: 6880820.
2. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, ve ark. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 1997, 8(4), 280-7.
3. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? Lancet Psychiatry. 2017 Feb;4(2):146-158. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30263-2. Epub 2016 Nov 15. PMID: 27856392.
4. Gan QW, Yu R, Lian ZR, et al. Relationship between nightmare distress and depressive symptoms in Chinese emergency department nurses: A cross-sectional study. World J Psychiatry. 2023 Dec 19;13(12):1087-1095. doi: 10.5498/wjp.v13.i12.1087. PMID: 38186729; PMCID: PMC10768490.
5. Chernoff P, Adedokun C, O'Sullivan I, et al. Burnout in the Emergency Department hospital staff at Cork University Hospital. Ir J Med Sci. 2019 May;188(2):667-674. doi: 10.1007/s11845-018-1871-5. Epub 2018 Jul 26. PMID: 30051165.
6. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2014;174(4):527-533.



TAM METİNLER

SOLUNUM SIKINTISINDAN PERFORASYONA

GAZİOSMANPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL TIP KLİNİĞİ, İSTANBUL

Furkan BİYİK , Gökhan CABAR , Merve METİNER

GİRİŞ: Sepsis şüphesi olan hastalar tipik olarak hipotansiyon taşıkardi, ateş ve lökositoz ile başvurur. Tablo ağırlaştıkça şok belirtileri ve organ disfonksiyonu belirtileri gelişir. Bu semptomların yanında sepsis ile gelen hastaların birçok farklı klinikle gelebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Sekonder multiple organ yetmezliği hasara direkt cevap olarak değil hastanın bu hasara olan yanıtı sonucunda da gelişebilir.

OLGU: 69 yaşında erkek hasta nefes darlığı şikayeti ile acil servisimize 112 aracılığıyla getirildi. Alınan öyküde evde karın ağrısı sonrası 2 kez kusması olmuş ve morarıp nefes darlığı başlamış. Bilinen koroner arter hastalığı , diabetes mellitus, yaşa bağlı görme ve duyma engeli mevcut.

Hastanın gelişinde tansiyon: 50/30mmHg, Nabız:140 atım/dk, SpO₂:65 oda havasında, Ateş 36,8 Ekg: sinüs taşikardisi, parmak ucu kan şekeri: 150.

Hastanın primer bakışında dss 40/dk, dinlemekle bilateral üst zonlara kadar uzanan ralleri mevcut. Batın rahat defans rebound yok. GKS:14 hastanın bazaliyle uyumlu.

Bilateral periferik nabızlar geliş muayenesinde alınamadı Labovatuvarında: ph: 7,058 mmHg pCO₂: 64 mmHg

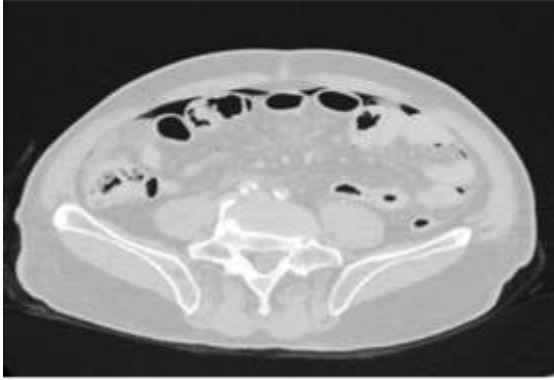
wbc: 3,63 laktat: 2,87mmol/L . Monitörize takibe alınan hastaya sıvı ve sonrasında inotrop desteği başlandı. Takiplerinde normotansif olan hasta cbap'a alındı. Cbap sonrası takiplerinde gks'si gerileyen hasta RSİ kriterlerine göre entübe edildi.

Kardiyak ve solunumsal patolojiler ön planda düşünülen hastaya yatak başı ekokardiyografi yapıldı.Ekokardiyografisinde kardiyak patoloji rastlanmayan hastada ileri tetkik için kontrastlı bilgisayarlı tomografi planlandı.

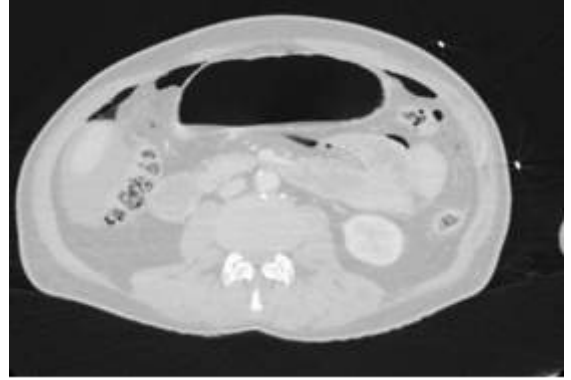
Görüntüleme öncesi hasta arrest oldu ve 2 döngü cpr sonrası kalp tepe atımı sağlandı. Sonrasında stabilleşen hastaya yapılan tomografide görüntüye giren alt kesitlerde batın içi serbest hava dansiteleri görüldü. Hasta acil operasyon için genel cerrahiye interne edildi.

Genel cerrahi tarafından acil operasyon alınan hastanın ince bağırsak 150. cmde 5 mm çapında perforasyon izlendi. Primer onarımı sağlanan hasta yoğun bakımda takibe alındı.

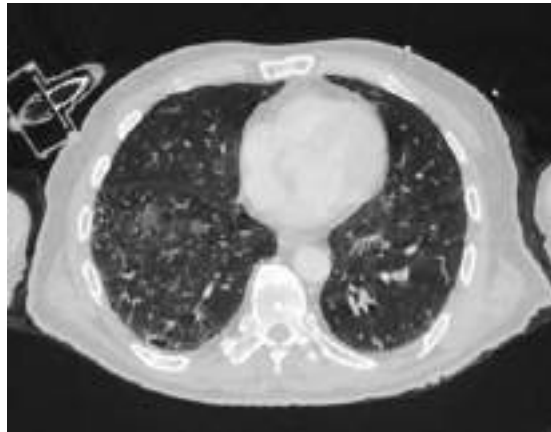
SONUÇ: Solunum sıkıntısı ile acile başvuran hastalarda bu tablonun her zaman primer olarak kardiyak yada solunumsal patolojilerin sonucu değil, buna neden olabilecek etkenlerin sonucunda ortaya çıkabilecek bir durum olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.



Şekil 1. Batın içi serbest hava dansitesi



Şekil 2. Batın içi serbest hava dansitesi



Şekil 3. yetersiz nefes alıma sekonder mozaik atenuasyon paterni



TAM METİNLER

BAŞ AĞRISI SEBEPLİ ACİL BAŞVURULARINDA MENENJİT AKLA GELMELİ Mİ?

Mahmut Furkan Ceyhan, Berkay Güvenir, Gökhan Cabar, İbrahim Sarbay
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ

Menenjit, beyin ve omurilik zarlarının enfeksiyonudur ve çeşitli sebeplerden kaynaklanabilir. Menenjit;

-Bakteriyel enfeksiyonlar, viral enfeksiyonlar, parazitler enfeksiyonlar, fungal enfeksiyonlar, tüberküloz, başka bir yerdeki enfeksiyonların yayılması sebepleri ile olabilir.

Menenjit, yaş, bağışıklık sistemi durumu, seyahat geçmişi ve çevresel faktörler gibi birçok faktörden etkilenebilir. Tedavi, enfeksiyonun nedenine ve hastanın durumuna bağlı olarak değişir. Hızlı tanı ve uygun tedavi hayatı öneme sahiptir.

Bu yazıda baş ağrısı sebepli çok sayıda sağlık kuruluşuna başvuruları olan hastanın lumbal ponksiyon sonrası tüberküloz menenjiti ön tanısıyla enfeksiyon hastalıkları servisine internasyonu sağlanan vaka paylaşılmaktadır.

OLGU:

Yaş: 29

Cinsiyet: Kadın

Şikayetler: baş ağrısı, halsizlik, kusma

Özgeçmiş: Bilinen kronik hastalık öyküsü yok, 2 defa invitro fertilizasyon ve 2 sinde de abortus öyküsü var.

Hikaye: Yaklaşık 20 gündür baş ağrısı tarifleyen hasta, son 10 gündür ara ara bulantıları olmaya başlayınca birden çok acil servise gitmiş. Hemogram, biyokimya, tit, bt, mr dahil tüm tetkikler yapılmış bir patoloji saptanamamış. Yakın zamanda abortus öyküsü de olduğundan psikiyatri ve nöroloji değerlendirilmesi önerilerek, oral antibiyoterapi ile taburcu edilmiş. Çoklu acil başvuruları olduktan sonra yine baş ağrısı ve bulantı sebepli acil servisimize başvuruyor.

Fizik Muayene Bulguları: GKS:15 bilinç açık, ateş yok, ense sertliği yok, kernig brudzinski negatif., nörolojik muayene doğal

Acil serviste yaptığımız hemogram, biyokimya, tit, bt, mr tetkiklerinde de patoloji saptanamayan hastaya, acaba menenjit olabilir mi ? sorusuyla lumbal ponksiyon yapılması kararı alındı ve lumbal ponksiyon yapıp BOS incelemesi yapılan hastada menenjit ön tanısı konuldu ve enfeksiyon hastalıkları servisine interne edildi.

Tartışma: Bu olgu semptomları açıklayan başka bir neden bulunamadığında, LP gibi invaziv testlerin yapılmasının tanı koymada yardımcı olacağını göstermiş, çoklu başvuruların ve erken tanının önemine bir kez daha dikkat çekmiştir.

KAYNAK: TİNTİNALLİ ACİL TIP KAPSAMLI BİR ÇALIŞMA KILAVUZU 9.BASKI

ROSEN ACİL TIP KAVRAMLAR VE KLİNİK UYGULAMA 9.BASKI

ANAHTAR KELİMELEER: baş ağrısı, menenjit, lumbal ponksiyon



TAM METİNLER

ASTIM ATAKTAN REKTUS KILIF HEMATOMUNA

Ragıp Çetinkaya, Senem Ayvaci, Nihat Müjdat Hökenek, Nurdan Yılmaz Şahin, Avni Uygur Seyhan

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Rektus kılıf hematomu, epigastrik damarların veya rektus kasının yırtılması sonucunda ortaya çıkan akut karın ağrısı nedenlerinden birisidir. Ender olarak acil başvuru olması tanıyı zorlaştırmakla birlikte, akut karın ağrısı tanısı ile gelen ve özellikle kanama bozukluğu olan hastalarda akılda tutulması gereken bir durumdur. Rektus kılıf kanamaları yaşlı hastalarda ve kadınlarda diğer yaş grubu ve erkek cinsiyete göre daha sık görülür. Bu vakamızda herhangi bir kanama bozukluğu ve kan sulandırıcı kullanım öyküsü olmayan orta yaş erkek hastada astım ataktan sonra gelişen rektus kılıf hematomunu inceleyeceğiz.

VAKA: 49 yaş erkek hasta. İki hafta önce başlayan ve gittikçe artan karında şişlik ve ağrı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Astım dışında bilinen bir hastalık öyküsü yoktu. Yakın tarihte herhangi bir travma öyküsü yoktu. Hasta geçirdiği bir astım atak sonrasında ağrıların başladığını, önce kas spazmı zannettiğini fakat daha sonra karının şişmesi ve şikayetlerinin artmasıyla daha da şüphelendiğini beyan etti. Vital bulgular; ateş: 36 C, tansiyon: 128/78 mmHg, nabız: 67/dk ve sO2: 99 %, EKG: normal sinüs ritmiydi. İnceleme muayenesinde ekimoz, ödem, kızarıklık ve bunun gibi herhangi bir patolojik bulgu izlenmedi. Batın muayenesinde umbilikal kadranın solunda kitle palpe edildi ve palpasyon ile hassasiyeti mevcuttu. Rebound ve defans bulguları yoktu. Ek bir şikayeti olmayan hastanın diğer sistem muayenelerinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Hastaya yapılan kan tetkiklerinde hemogram ve koagülasyon testleri normal değerlerdeydi. Ultrasonografi görüntülemesinde umblikus sol lateralinde kas planları arasında 69x30 mm boyutlarında koleksiyon hematom alanı saptandı. Bunun üzerine daha sonra çekilen bilgisayarlı tomografi görüntüsü aşağıdaki gibidir.



Rektus kılıf hematomu tanısı konulan hasta, takip ve tedavi amaçlı Genel Cerrahi bölümüne yatırıldı. Takiplerinde hemogram düşüşü olmayan, hematom boyutlarında artış olmayan hasta Genel Cerrahi servisinde taburcu edildi. Daha sonra takip amaçlı Genel Cerrahi polikliniğine çağrıldı. Acil durumlar anlatıldı.

SONUÇ: Rektus kılıf hematomu; epigastrik arter veya venlerin rüptürüne bağlı, M. rectus abdominis ve M. pyramidalis kaslarını saran kılıf içine kanama sonucu ortaya çıkmaktadır. Hastalarda karında hassasiyet, bulantı ve kusma gelişebilir. Antikoagülan kullanan hastaların takiplerinde hematomun boyutu büyüyebilir ve hastaların şikayetleri artabilir. En önemli predispozan faktör antikoagülan tedavi olmasına rağmen, hematolojik hastalıklar, travma, ilaç enjeksiyonu, fiziksel egzersiz, öksürük, hapsirme, gebelik ve hipertansiyon gibi çeşitli nedenlere bağlı oluşabilir. Bu nedenle antikoagülan kullanım öyküsü bulunmayan hastalarda da yukarıda bahsettiğimiz predispozan faktörleri sorgulamalı ve akut karın ağrısı ile gelen hastalarda rektus kılıf hematomunu aklımızda bulundurmamız gerekir.

KAYNAKLAR:

1. https://jaq.journalagent.com/sislietfaltip/pdfs/SETB_51_1_71_75.pdf
2. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/147198>
3. https://tgkdc.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_TGKDC_1531.pdf
4. https://jaq.journalagent.com/medeniyyet/pdfs/MEDJ_26_2_90_92.pdf



TAM METİNLER

ACİL SERVİSTE TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU SENDROMU

Ass. Dr. Melis REZAİ, Doç. Dr. Avni Uygur SEYHAN, Uzman Dr. Nurhayat BAŞKAYA, Uzman Dr. Bengü MUTLU, Ass. Dr. Ragıp ÇETİNKAYA

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ: Prostatın Transüretal Rezeksiyonu (TUR-P), Benign Prostat Hiperplazi'sine bağlı mesane obstrüksiyonunun cerrahi tedavisinde uygulanan bir ameliyat yöntemidir. TUR-P sendromu TUR-P ameliyatı sırasında veya sonrasında görülen aşırı miktarda irrigasyon sıvısının emilimine bağlı olarak hastada hiponatremi bulguları ile seyreden bir komplikasyondur. Hastalarda bulanık görme, bulantı-kusma, huzursuzluk, konfüzyon, yorgunluk, siyanoz, bilinç kaybı ve baş ağrısı gibi nörolojik durum değişiklikleri görülebilir. Günümüzde operasyon sırasında ve sonrasında yakın nörolojik takip ve sık aralıklarla kontrol edilen biyokimyasal değerlendirmeler sayesinde acil klinik başvurularında TUR-P sendromuna oldukça ender rastlanılmaktadır.

OLGU: 78 yaşında erkek hasta acil servismize bilinç değişikliği olması üzerine yakınları tarafından getirildi. Özgeçmişinde Hipertansiyon ve Benign Prostat Hipertrofisi tanılarının olduğu öğrenildi. Ayrıntılı anamnezinde hastanın 3 gün önce internal ürotomi ve TUR-P operasyonu geçirdiği operasyonundan bir gün sonra taburcu olduğu öğrenildi. Hastanın acil servis başvurusunda vital parametreleri stabildi. Yapılan nörolojik muayenesinde hastanın bilinci açık fakat yer-zaman oryantasyonu bozuk olarak değerlendirildi. Motor-duyu defisiti saptanmadı. Ense sertliği ve lateralizan bulgusu yoktu. Serebellar testleri başarılıydı. Hastanın görüntülemelerinde beyin tomografisinde akut hemoraji saptanmadı. Kontrastsız beyin MR'ında difüzyon kısıtlılığı saptanmadı. Alınan kan tetkiklerinde Na: 125 olması üzerine bilinç değişikliği hiponatremi ile ilişkili olarak değerlendirildi. TUR-P sendromu tanısı ile üroloji servisine interne edildi.

SONUÇ: TUR-P işlemi sırasında irrigasyon sıvısı hücre içine difüzyon ve ozmotik diürez yoluyla ekstraselüler sıvıdan sürekli elimine olur. Fazla miktarda irrigasyon sıvısının sistemik dolaşıma katılmasıyla baş ağrısı, huzursuzluk, konfüzyon, siyanoz, dispne, aritmi, hipotansiyon veya nöbetler görülebilir. Günümüzde operasyon sırasında ve sonrasında yakın nörolojik takip ve sık aralıklarla kontrol edilen biyokimyasal değerlendirmeler sayesinde acil klinik başvurularında TUR-P sendromuna oldukça ender rastlanılmaktadır. Bizim olgumuzdaki gibi yeni TUR-P öyküsü olan bilinç değişikliği ile başvuran hastalarda ön planda hiponatremi olabileceği öngörülebilir, takip ve tedavi için internasyonu planlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELE: Bilinç Değişikliği, Hiponatremi, Transüretal Prostat Rezeksiyonu Sendromu



TAM METİNLER

MORTAL SEYREDEN BİR ENFEKSİYON: FOURNIER GANGRENI

¹Berfin NARİN, ²Dilay SATILMIŞ

¹SBÜ Sultan 2 Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları fasit, miyozit veya selülit şeklinde formları olabilen; fulminan seyirli doku yıkımı, sistemik bulgular ve yüksek mortaliteyle ilişkili enfeksiyonlardır. Epidermis, dermis, subkutan doku, fasya ve kas dokusunu içerebilir (1). Risk faktörleri içerisinde deri bütünlüğünün bozulduğu bütün durumlar, immünsupresyon, malignite, alkolizm bulunmaktadır. Klinik olarak en sık eritem, ödem, ağrı saptanmakla beraber sistemik toksisite bulguları da gözlemlenebilir (1). Optimal tedaviye rağmen mortalite riski yüksektir. Yönetiminde erken dönemde antibiyotik ve cerrahi debridman gerekmektedir (2). Bu vaka sunumunda oldukça mortal seyreden bu enfeksiyonlardan Fournier gangrenine dikkat çekmeyi amaçladık.

VAKA SUNUMU

63 yaş erkek hasta acil servisimize 1 haftada gelişen ve 1-2 gündür artan skrotumda şişlik, kızarıklık ve ağrı şikayetleri ile başvurdu. Bilinen prostat kanseri tanısı mevcut olup en son 3 hafta önce kemoterapi tedavisi almış.

Fizik muayenesinde genel durumu orta-iyi, bilinç açık, oryante-koopere, GKS:15. Geliş vitallerinde kan basıncı 84/65 mm Hg, nabız: 71 atım/dakika, ateş: 36,7 °C, spO2: 97% olarak ölçüldü. Fizik muayenesinde skrotum ödemli, hassas, hiperemik olarak saptandı. Skrotum inferiorunda yaklaşık 10x10 cm boyutlarında nekrotize doku görüldü. Mesane sondası takılan hastadan koyu renkli idrar çıkışı oldu. Diğer sistem muayeneleri olağan idi. Hastamızın laboratuvar bulgularında; WBC: 33,1 /mm3, Hemogloblin:7,4,g/dL,HCT: 23,8 %, kreatinin 1,58 mg/dL,üre: 67 mg/dl, CRP: 337 mg/L, Ph: 7,4, PCO2:37,9 mmHg, HCO3:23 ve Laktat:2,77 idi. Laboratuvar ve fizik muayene bulguları ile değerlendirilen ve hipotansif seyreden hastamıza acil serviste hidrasyon tedavisine başlandı ve görüntüleme planlandı. Görüntülemelerde skrotal bölgede testislere uzanan ve batin ön duvarında cilt ve cilt altı yumuşak dokular içerisinde hava görünümüleri görüldü (Resim 1 ve 2). Hastamıza Fournier gangreni tanısı koyulduktan sonra meropenem, vankomisin ve klindamisin uygulandı. Acil cerrahi girişim için genel cerrahi ve üroloji kliniklerine devir edildi.

SONUÇ

Nekritozan yumuşak doku enfeksiyonları birçok farklı formu olmasına rağmen genel yaklaşımı doğru tanı koyulduktan sonra en uygun tedavi erken cerrahi girişim ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisiyle beraber hemodinamik destek (1). Canlı dokuya ulaşana kadar agresif debridman yapılmalıdır, amputasyona ilerleyebilir. Erken debridman yapılan hastalarda daha iyi sonuç gözlenmektedir, özellikle ilk 6 saat olmak üzere ilk 24 saatte opere olan hastalarda sağkalım oranının daha iyi olduğu görülmüştür. Optimal tedaviye rağmen mortalite riski yüksektir (3). Acil serviste Fournier gangreni tanısı alan hastaların ivedilikle tedavisinin başlanması ve cerrahiye yönlendirilmesi mortalitenin azaltılması için büyük önem arz etmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Acil Servis, Fournier Gangreni, Enfeksiyon, Nekrotizan

REFERANSLAR:

1- Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJ, Gorbach SL, Hirschmann JV, Kaplan SL, Montoya JG, Wade JC. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. Clin Infect Dis. 2014 Jul 15;59(2):147-59. doi: 10.1093/cid/ciu296. Epub 2014 Jun 18. PMID: 24947530.

2-Ray-Zack MD, Hernandez MC, Younis M, Hoch WB, Soukup DS, Haddad NN, Zielinski MD. Validation of the American Association for the Surgery of Trauma emergency general surgery grade for skin and soft tissue infection. J Trauma Acute Care Surg. 2018 Jun;84(6):939-945. doi: 10.1097/TA.0000000000001860. PMID: 29794690

3-Anaya DA, Dellinger EP. Necrotizing soft-tissue infection: diagnosis and management. Clin Infect Dis. 2007 Mar 1;44(5):705-10. doi: 10.1086/511638. Epub 2007 Jan 22. PMID: 17278065.



TAM METİNLER

OMUZ TRAVMASI SONUCU TİP-3 AKROMİOKLAVİKÜLER EKLEM DİSLOKASYONU VE SKAPULA FRAKTÜRÜ

Dr. Muhammed Semih Gedik¹, Dr. Sami Keleş², Dr. Caner Akufuk³
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ

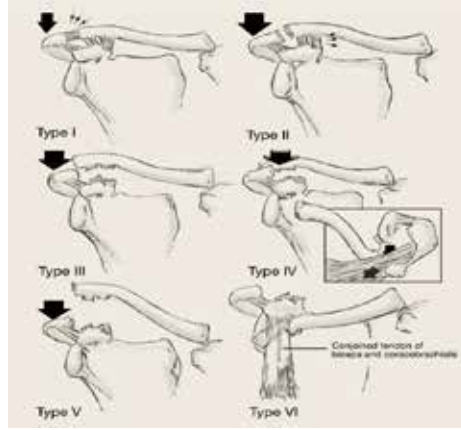
Akromioklaviküler (AC) eklem yaralanmaları omuz çevresi yaralanmalarının %9 ila %12'sini oluşturmaktadır. Sporcularda bu oran artmaktadır. Addüksiyondaki düşme veya omuz üzerine alınan direkt travma en sık görülen mekanizmalardır. Akromion üzerinde inferior doğrultuda alınan şiddetli bir darbe genellikle klavikula kırığı ile sonuçlanır. Klavikula kırılmadığı durumlarda ise mutlak olarak AC ligamanlar gerilir. Fizik muayenede her iki omuz mukayeseli muayene edilmelidir. Travmalı omuzda palpasyon ile hassasiyet ağrı, şişlik ve abrazyon gibi cilt bulguları olabilir. Klavikular ve omuz ayrıntılı bir şekilde muayene edilmelidir.

ÖYKÜ

64 yaş kadın hasta yaklaşık 5 basamak merdivenden direkt sol omzunun üzerine düşmüştü. Sol omuz hareketleri ağrılı-kısıtlı, sol AC eklemden ve skapula hizasında hassasiyet mevcut. Nörovas-küler defekt yok. Hastanın tıbbi öyküsünde; hiperlipidemi, diyabetes mellitus, ve anjio öyküsü mevcut. İlk yaşam belirtileri şu şekildedeydi; kan basıncı; 143/ 89 mmHg, nabız: 96 atım/dakika, spo2: %98, ateş: 36.6°C, parmak ucu kan şekeri: 163. Tam kan sayımı, temel metabolik panel ve pıhtılaşma parametreleri normal sınırdıydı. Skapula fraktürü ve AC dislokasyon şüphesi olan hastadan bilgisayarlı tomografi ve ek grafler istendi. AC eklem dislokasyonu ve skapulada fraktürü mevcut olan hasta ortopedi bölümüne konsülte edildi ve cerrahi amacıyla ortopedi servisine devredildi.

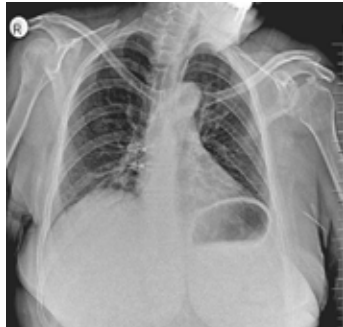
TARTIŞMA

AC eklem dislokasyonu tek başına görülebileceği gibi fraktürlerle birlikte de görülmektedir. AC eklem dislokasyonu 6 sınıfa ayrılır (Figür1). Tip1: düşük enerjilidir. AC eklem ve eklem kapsülünde kısmi yırtıklar vardır. Korakoklaviküler ligamanlar korunmuştur ve AC eklem stabildir. Tip2: AC eklem kapsülü ve ligamanlar tamamen yırtılmıştır, korakoklaviküler ligamanların bütünlüğünü korumuştur. AC eklem stabildir. Tip3: AC eklem ve korakoklaviküler ligamanlar tamamen kopmuştur. Klavikula, akromiondan klavikula distal uç kalınlığından daha fazla uzaklaşmamıştır. Tip4: Nadir rastlanan tiptir. Klavikula distal ucunun posterior yönde deplase olarak trapezius kası içinde takılması söz konusudur. Omuz eklemi instabil olmasına rağmen klavikula distali belirginleşmeyeceği için düşük enerjili travmalar ile karışabilir. Tip5 ve Tip6: Literatürde çok nadir bildirilmiş vakalar vardır.

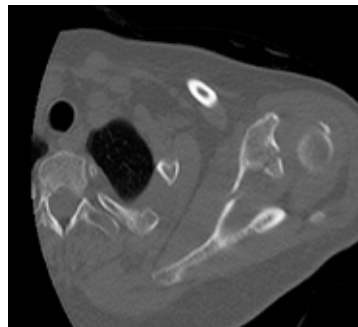


(Figür-1)

tip-1 ve tip-2'de cerrahi gereksinim yok. Analjezi ve istirahat yeterlidir. tip-3' te cerrahi gerekebilir ve tartışmalıdır. Bizim olgumuzda tip 3 AC eklem çıkığıyla (figür-2) birlikte skapula fraktürü (figür-3) de bildirmektediriz. Literatürde tip 3 AC eklem çıkığı ile birlikte fraktür eşlik eden vakalar bildirilmiştir. AC eklem çıkığının her zaman tek başına olmayacağı fraktürlerin eşlik edebileceği, bazı durumlarda ve seçili hasta gruplarında ileri tetkik ve cerrahi gerektirebileceği acil servis hekimlerinin aklında tutması gereken konulardır.



(Figür-2)



(Figür-3)



TAM METİNLER

PARKİNSON ATAĞI SEBEBİYLE GELİŞEN OMUZDA KIRIKLI ÇIKIK

İSİMLER

Parkinson hastalığı, tremor ve bradikinezi ile karakterize ilerleyici ve yaygın bir nörodejeneratif hastalıktır. Erkek cinsiyet ile ilerleyen yaş bağımsız risk faktörleridir ve nüfus yaşlandıkça üretkenlik ve tıbbi kaynaklar üzerinde artan bir etki söz konusudur.□

Arka omuz kırıklı çıkığı, omuz kırıklı çıkıklarının yaklaşık % 0,9'unu oluşturan nadir bir yaralanmadır. Bu travmatik durumun etiolojisinde; çoğunlukla epileptik nöbetler, elektrik çarpması veya elektrokonvülsif tedavi, motorlu araç kazaları gibi büyük travmalardan veya kolun eksenel yüklenmesini içeren diğer yaralanmalardan kaynaklanan ve adduksiyonlu bir harekette ortaya çıkan birçok mekanizma suçlanmıştır.□

Biz bu olgu sunumunda şiddetli Parkinson ataklarının travma eşlik etmese bile akut osseöz defektlere ve eklem defektlerine sebep olabileceğini, ayrıntılı muayene ve şüphe halinde görüntüleme yapılması gerektiğini vurgulamak istiyoruz.

OLGU

68 yaş erkek hasta, acil servise parkinson atağı sonrası başlayan sol omuzda mekanik ağrı şikayeti ile başvurdu. Hasta başvuru sırasında sol kolunu sağ kolu ile taşır pozisyondaydı. Hastanın özgeçmişinde Parkinson, Diyabetes Mellitus, Benign Prostat Hiperplazisi mevcuttu.

Hastanın gelişinde bilinci açık, koopere-oryante, Glasgow Koma Skoru: 15, genel görünümü iyi idi. Fizik muayenede hastanın sağ omzunda hassasiyeti mevcuttu ve sağ kolda abduksiyon yapamıyordu. Hareketler pasif-aktif ağırlı idi. Nörovasküler defisit yoktu. Kan basıncı 130/80 mmHg, nabız 73 atım/dakika, oksijen saturasyonu %97, vücut sıcaklığı 36,3 °C idi.

İlk muayene sonrası hastadan omuz ve humerus direkt grafileri istendi. Grafide sağ Humerus başında düzensizlik ve fraktür olabilecek şüpheli hat mevcuttu. Grafilerinde ek patoloji görülmedi. Omuz eklemi bilgisayarlı tomografisi (BT) ile ileri görüntüleme yapıldı. Omuz eklemi BT'sinde Humerus başında deplase fraktür ve posterior dislokasyon görüldü.

Hasta Ortopedi'ye konsülte edildi. Ortopedi bölümü hastayı yatırdı ve opere etti.

Olgumuzda görüldüğü üzere nöbetler ve Parkinson atakları sonrası, travma olmasa dahi osseöz defektler ve eklem defektleri görebilmekteyiz. Bu nedenle tüm nöbetler ve atakları sonrası hastaların ayrıntılı muayenesi yapılmalı ve semptomlar ile bulgulara yönelik ileri tetkikler ve tedaviler uygulanmalıdır.





TAM METİNLER

PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ (PEG)'Sİ SIZDIRDIĞI İÇİN GELEN HASTADA 4 MİLİMETRE (MM) AKUT APANDİSİT (AAP)

Nurullah ÇORAKYER¹, Arda Tuna PAKKAN¹, Ümmü ÖKSÜZ APIDAN¹, Gülseren SADIKLI¹, Seval KOMUT¹, Ali Kemal ERENLER¹

¹Hittit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

Akut apandisit klinik tanısı yaklaşık %20 oranında yanlış pozitif ve yanlış negatiftir. Ultrason (US) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) bu alanda en çok kullanılan görüntüleme yöntemleridir.¹ Akut apandisit için bilgisayarlı tomografi kriterleri arasında > 6 mm apandiks çapı yer almaktadır. Bizim vakamızda 4 mm duvar çapına sahip, lümen ortasında kalsifiye fekalid görünümü olan etraf yağ dokusu hafif kirli görünümde AAP'ı ele alacağız.

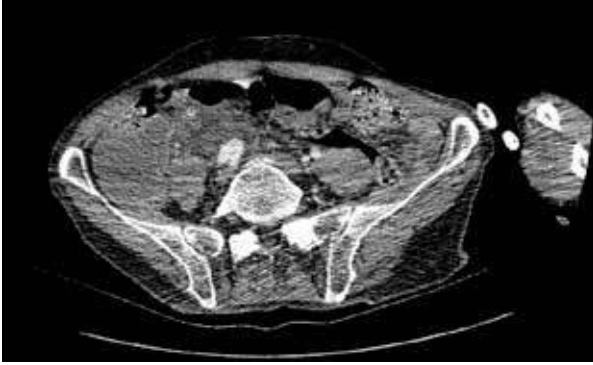
AMAÇ

AAP tanı kriterleri hala daha tartışılmakta olan kriterlerdir. Her ne kadar radyolojik bulgular için fikir birliği var gibi görünse de ayırt edilemeyecek bir perfore AAP'in < 6 mm'den küçük olabileceğini ve hızla ilerleyen enfeksiyonun yine de perfore AAP boyutunu arttırabileceğine dikkat çekmeyi amaçlamaktayız.

BULGULAR

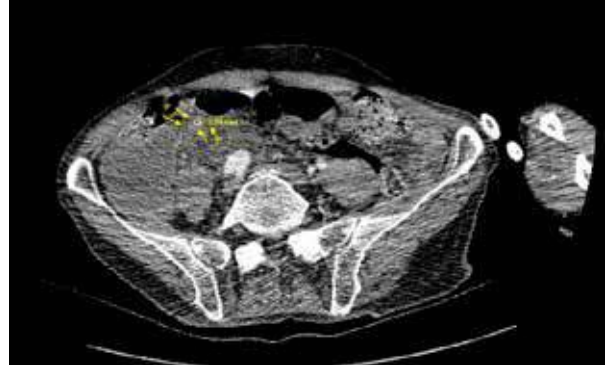
PEG'inin sızdırması sebebiyle acil servise başvuran 68 yaş erkek hasta. PEG'inin etrafından gelen seröz akıntı üzerine genel cerrahi ve gastroenteroloji değerlendirmesi istendi. PEG'i değerlendirecek konsültan hekimler beklenirken hastamız karının ağrımaya başladığını ifade etti. Hasta ağrısının umbilicus etrafında olduğunu tarif etti. Yapılan fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyeti olan, mide bulantısı ve iştahsızlığının çok uzun süredir var olduğunu beyan eden hastamızdan tam kan sayımı (CBC), biyokimya parametreleri (BYK), tam idrar tetkiki (TİT) ve yüzeysel doku ultrasonografisi (USG) istendi. CBC' de beyaz küre sayısı $17,53 \times 10^9/L$ geldi ve diğer laboratuvar bulgularında bozukluk yoktu. Hastanın AAP açısından yapılan USG'sinde apandisit vizüelize edilemedi. Bunun üzerine hastadan intravenöz (İV) kontrastlı tüm abdomen BT istendi. Hastanın BT'sinde şüpheli AAP olarak düşündüğümüz (Şekil 1 ve 2) bölge için radyoloji konsültasyonu istedik. Radyoloji uzmanı tarafından apandisit lümen çapının 4 mm, duvar kalınlığının 2 mm, etraf yağ dokunun hafif kirli görünümde ve apandiks duvar kalınlığının 2,03 mm ölçüldüğü ve bu haliyle AAP tanısından söz edemese de şüphelendiğini belirtti. Genel cerrahiye tekrar AAP açısından konsülte edilen hastada genel cerrahi hastanın takip edilmesini ve 2 saat sonra tekrar muayene ve AAP açısından USG ile tekrar konsülte edilmesini önerdi.

Şekil 1



Şekil 1: Turuncu işaretli bölge AAP düşünülen bölge

Şekil 2



Şekil 2: Sarı oklar yağ dokuda kirlenme, sarı düz çizgi lümen ölçümü

2 saat sonra ağrısı sağ alt kadrana lokalize olan ve şiddeti artan hastanın fizik muayenesinde sağ alt kadranda defans ve rebound saptandı. Hastadan tekrar AAP'a yönelik çekilen USG'de 11 mm lümeni komprese olmayan, duvarı ödemli ve çevresindeki yağ dokuda enflamasyon düşündürülen heterojenite bulguları saptandı ve ön planda AAP olarak yorumlandı. Tekrar genel cerrahi konsültasyonu istenedi ve AAP ön tanısı ile hasta genel cerrahi tarafından ameliyata alındı. Operasyon sırasında perforasyon düşünülmemiş olan ve AAP tanısı cerrahi olarak konulan hastanın operasyon materyali patolojiye gönderilmiştir. Histopatolojik inceleme sonucunda, Serozal yüzü oldukça enflame kirli görünümde orta kısmında milimetrik perforasyon odağı dikkat çeken 9,2 cm uzunlukta 1,2 cm çapında lümeni fibrinli enflame appendektomi materyali şeklinde değerlendirilmiştir.

SONUÇ

Karın ağrısı olan hastalarda radyolojik görüntülemeler herhangi bir sonuca ulaştırmasa da, klinik bulguların her zaman hekimin dikkatini çekmesi ve kendi görüş ve en az radyoloji ve laboratuvar kadar kıymetli olduğu gerçeğini aklıda tutması gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki hastalık yoktur, hasta vardır.

ANAHTAR KELİMELE: Patoloji, Ultrason, Perfore akut apandisit, Karın ağrısı

¹Fersahoğlu MM, Çiyiltepe H, Ergin A, Fersahoğlu AT, Esen Bulut N, Başak A, Karip B, Ağca B. Effective use of CT by surgeons in acute appendicitis diagnosis. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2021 Jan;27(1):43-49. English. doi: 10.14744/tjtes.2020.13359. PMID: 33394463.

https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=akut%20apandisit&source=search_result&selectedTitle=2-150&usage_type=default&display_rank=2



TAM METİNLER

ACIL SERVİSTE KAN GAZININ ÖNEMİ: İLK NÖBETLE GELEN HASTADA METHEMOGLOBİNEMİ

Ümmü ÖKSÜZ APIDAN¹

¹Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı

AMAÇ

Biz bu çalışmamızda ilk nöbetle başvuran hastalarda nadir bir neden olan methemoglobinemi tanısına yönelik acil servislerde destekleyici laboratuvar tetkiki olan kan gazının önemi ile ilgili farkındalık oluşturmaya amaçladık.

GİRİŞ

Nöbet, beyindeki anormal aşırı ve eşzamanlı nöronal aktiviteye bağlı olarak belirti veya semptomların olduğu geçici bir olaydır. (1)

Methemoglobin, oksijene bağlanmayan ve oksijenin hemoglobinin kısmen oksitlenmiş kısmına olan afinitesini artırarak, hemoglobinin oksitlenmiş formudur. Kanda artan methemoglobin düzeyleri, doğuştan gelen değişikliklere ve çeşitli kimyasal maddelere maruz kalmaya ikincil olarak ortaya çıkar ve tedavi edilmediği takdirde ölümlü sonuçlanabilen, çeşitli ayırıcı tanıları olan bir bozukluğa neden olur. (2)

OLGU SUNUMU

Elli sekiz yaşında erkek hasta yemek yerken başlayan bayılma, kasılma ve idrar inkontinansı nedeniyle dış merkeze başvurmuş. Hastanın bilinen nöbet öyküsü ve epilepsi tanısı yoktur. Bilinen KOAH, parkinsonizm ve sinüs ven trombozu öyküsü mevcuttur.

Geliş vital bulguları: TA:140/80 mm/Hg, SPO2:88, nabız:98 atım/dk, kan şekeri:110 idi. Nörolojik muayane doğal, bilinç açık, oryante, koopere, GKS:15 idi. Tüm vücut siyanotik görünümdeydi. (Resim 1) Diğer sistem muayanelerinde patoloji saptanmadı.

Hastadan alınan anamnezde madde alımı, alkol alımı veya farklı ilaç kullanım öyküsü olmadığı ve yakın zamanda geçirilmiş cerrahi operasyon öyküsü olmadığı öğrenilmiştir.

Elektrokardiyografi normal sinüs ritmindeydi. Beyin Bilgisayarlı Tomografisi ve Difüzyon Manyetik Rezonans görüntülemesinde patoloji saptanmadı.

Laboratuvar tetkiklerinde: WBC:10,320/mm3, HGB:15.6 g/dl, kan şekeri:110 mg/dL kreatinin:1.1 mg/dL, üre:29 mg/dL, ast:16 U/L, alt:7 U/L, kalsiyum:8.7 mg/dL, potasyum:4.47 mmol/L, sodyum:138 mmol/L, inr:1.27, crp:32 mg/dL, venöz kan gazında ph:7.43, PCO2:36 mmHg, HCO3:24, FMETHB:33.6

Kullandığı ilaçlar ve alınan öyküde methemoglobinemiye neden olacak herhangi bir patoloji saptanmayan hasta, konjenital methemoglobinemi ön tanısıyla dahiliye yoğun bakıma yatırıldı.



RESİM 1: Hastanın vücudunda yaygın siyanoz mevcuttu. (Hastanın izni alınmıştır.)

TARTIŞMA

Nöbet, beyindeki anormal aşırı ve eşzamanlı nöronal aktiviteye bağlı olarak belirti veya semptomların olduğu geçici bir olaydır. Birçok farklı nöbet türü vardır. Mevcut sınıflandırma, kısmi veya genelleştirilmiş olmak üzere iki büyük kategoriye belirtmektedir. Kısmi bir nöbette, başlangıçta korteksin bir bölgesinin aktive olduğu düşünülür ve motor veya duyuşsal olaylar gibi basit semptomlar gösterebilir. Kısmi nöbetler hızla sekonder olarak genelleşebilir ve tüm kortikal alanları kapsayacak şekilde yayılabilir. Genelleştirilmiş nöbetler, nöbet başlangıcında yaygın kortikal aktivasyondan kaynaklanır. Erişkinlerde en sık görülen nöbet tipi, hızlı ikincil jeneralizasyonla seyreden kısmi başlangıçlı nöbetlerdir. (1)

Akut semptomatik nöbetler santral sinir sisteminin ani olarak etkileyen subdural hematoma, inme ve merkezi sinir sistemi enfeksiyonlarından kaynaklanabileceği gibi, hipoksi, üremi, hiperglisemi, hipoglisemi, hiponatremi, hipokalsemi ve hipomagnezemi gibi sistemik metabolik nedenlerden de olabileceğini göstermiştir. (3,4)

Methemoglobin, oksijene etkili bir şekilde bağlanamayan hemoglobinin oksitlenmiş şeklidir. Methemoglobin düzeyindeki artış, doğuştan gelen enzimatik kusurlara, hemoglobin molekülündeki değişikliklere veya ilaç ve toksinlerin bir sonucu olarak açıklanabilir. (5)

Methemoglobinemi akut veya kronik olabilir. Kandaki methemoglobinin fizyolojik düzeyi %0 ila %2 arasındadır. ² %10 ila %20'lik methemoglobin konsantrasyonları iyi tolere edilir, ancak bunun üzerindeki seviyeler sıklıkla semptomlarla ilişkilendirilir. %70'in üzerindeki seviyeler ölüme neden olabilir. Semptomlar aynı zamanda oluşum hızına da bağlıdır. Yaşam boyu methemoglobinemili hastaların çoğu asemptomatiktir, ancak ilaçlara ve toksinlere maruz kalan ve aniden aynı seviyelerde methemoglobinemi gelişen hastalar ciddi şekilde semptomatik olabilir. (6)

Konjenital methemoglobinemisi olanlarda siyanoz genellikle doğumdan kısa bir süre sonra ortaya çıkar. Methemoglobin düzeyi %30 ve üzeri olduğunda dispne, bulantı ve taşikardi ortaya çıkar. Methemoglobin seviyeleri %55'e yaklaştığında uyuşukluk, uyuşukluk ve bilinç kaybı meydana gelir. Daha yüksek seviyeler kardiyak aritmilere ve dolaşım yetmezliğine neden olabilir. Hemolitik anemi, özellikle dapson, sülfasalazin veya fenasetin maruziyeti ile ilaca bağlı methemoglobinemiye takip edebilir. Anemi, Heinz cisimcikleri (eritrositlerdeki hemoglobinin denatürasyonu nedeniyle çöken hemoglobin veya globin alt birimleri) ve parçalanmış kırmızı kan hücreleri ile karakterize edilir. Bazen akut intravasküler hemoliz böbrek yetmezliğine yol açabilir. (6)

Acil servisler çoğu zaman kritik tanıların konulduğu bir yapıya sahip olsalar da kimi zaman bizim vakamızda da olduğu gibi bulgusu başka sebeplere bağlanmış vakaların doğru tanıyı aldığı yerler olabilmektedir. Bu noktada her ne kadar hastanın akut şikayetlerine odaklanılması gerekse de dikkatimizi çekecek veya mevcut durumla örtüşmediğimiz tabloların altında başka bir durum olup olmayacağını düşünerek daha dikkatli adımlar atılması bu vaka özünde olduğu gibi bir insanın hayatını kurtarmaya neden olabilecektir. Özellikle kan gazı gibi acil servis hekiminin elinin altında en sık kullandığı laboratuvar parametrelerini içinde barındıran tetkikin alışlagelmiş ve en çok ihtiyaç duyulan birimlerine odaklanırken methemoglobin gibi değerlerinden tetkik edilmesinin önemini yine bu vakada görmekteyiz.

1. Huff JS, Murr N. Seizure. 2023 Feb 7. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 28613516.

2. do Nascimento TS, Pereira RO, de Mello HL, Costa J. Methemoglobinemia: from diagnosis to treatment. Rev Bras Anestesiol. 2008 Nov-Dec;58(6):651-64. English, Portuguese. doi: 10.1590/s0034-70942008000600011. PMID: 19082413.

3. Hauser WA. Seizure disorders: the changes with age. Epilepsia Epilepsia 1992;33 Suppl 4:S6-14.

4. Krämer G. Epilepsy in the elderly: some clinical and pharmacotherapeutic aspects. Epilepsia 2001;42:55-9

5. Ashurst J, Wasson M. Methemoglobinemia: a systematic review of the pathophysiology, detection, and treatment. Del Med J. 2011 Jul;83(7):203-8. PMID: 21954509.

6. Rehman HU. Methemoglobinemia. West J Med. 2001 Sep;175(3):193-6. doi: 10.1136/ewjm.175.3.193. PMID: 11527852; PMCID: PMC1071541.



TAM METİNLER

SPONTAN SPİNAL EPİDURAL HEMATOM OLGU SUNUMU

İclal Rüveyda Yılmaz, Caner Akufuk, Sami Keleş, Sümeyye Diş, Muhammed Semih Gedik

¹Arş.Gör.Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp, Kahramanmaraş, Türkiye

²Arş.Gör.Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp, Kahramanmaraş, Türkiye

³Arş.Gör.Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp, Kahramanmaraş, Türkiye

⁴Arş.Gör.Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp, Kahramanmaraş, Türkiye

⁵ Öğretim Görevlisi Doktor, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye

ÖZET

Spontan spinal epidural hematoma(SSEP) nadir görülen tanısı geciktiğinde hayatı tehdit edebilen acil bir durumdur. Nörolojik defisit ve bel ağrısı ile başvuran hastalarda tanı geciktiğinde kalıcı nörolojik hasarlar oluşabilmektedir. Biz de acil servisimize alt ekstremitelerde güçsüzlük ve bel ağrısı şikayetleri ile başvuran SSEP olgusunu sunduk.

OLGU

59 yaşında kadın hasta acil servise her iki bacakta güçsüzlük, his ve duyu kaybı şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde kronik hastalıklarında hipertansiyon, diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı mevcut. Hastanın vitallerinde nabız:95 kan basıncı:124/83:mm/hg saturasyon:%95 ateş:36.8°C solunum sayısı 15/dk olarak bulundu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde bilinç açık oryante koopere, kranial sinir muayenesi doğal, pupiller izokorik, nistagmus yok. Hastanın her iki alt ekstremitede motor yanıt 1/5 izlendi. Alt ekstremitede derin tendon refleksleri hipoaktifti. Ense sertliği izlenmedi. Diğer sistem muayeneleri doğal izlendi. Hastanın yapılan hemogram, biyokimya ve koagülasyon parametrelerinde anormallik izlenmedi. Hastanın elektrokardiyografisinde sinüs ritmi izlendi. Hastaya kontrastsız beyin tomografisi(BT) ve difüzyon manyetik rezonans görüntüleme yapıldı; akut patoloji izlenmedi. Daha sonra yapılan kontrastsız lomber manyetik rezonans görüntüleme tüm lomber segmentte S2 seviyesine denk spinal kanala bası yapan en kalın yerinde 8 mm ölçülen erken subakut evrede epidural hematoma izlendi. (Resim1-2) Hastaya anti-ödem tedavisi(%20 mannitol 150 cc ve dekort) yapıldı. Hasta daha sonra opere edilmek üzere beyin cerrahi bölümüne devredildi.



Resim 1



Resim 2

TARTIŞMA

SSEP tanıda geç kalındığında kalıcı nörolojik defisite sebep olabilen cerrahi bir acildir. Hastalar sıklıkla bel ağrısı ve pleji şikayetleri ile başvurmaktadır. Daha çok spinal travma ve spinal anestezi kullanılan cerrahi operasyonlardan sonra görülen spinal epidural hematomlar vasküler malformasyon, hipertansiyon, neoplazi, antikoagülan tedavi, lomber ponksiyon, kronik renal yetmezlik, öksürme veya ıkınmaya bağlı gelişen intraabdominal basıncı arttıran durumlar gibi çeşitli patolojiler sebebiyle de oluşabilmektedir. Acil servise pleji, bel ağrısı ile başvuran hastalarda ön tanılarımız arasında olması gerekir. Manyetik rezonans görüntüleme tanıda bize en çok yardımcı olan tetkiktir. Hastalığın tedavisinde steroidler, antiödem tedavisi ve destekleyici tedaviler kullanılırken kesin tedavi cerrahi dekompresyondur.



TAM METİNLER

NADİR BİR KOMPLİKASYON: KIRIM-KONGO KANAMALI ATEŞİ SONRASI İSKEMİK İNME

Ümmü ÖKSÜZ APIDAN¹

¹Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı

AMAÇ: Biz bu çalışmamızda Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi(KKKA) sonrası gelişen iskemik inme vakasını sunarak, KKKA sonrası hemorajik inme görüldü de nadir olarak iskemik inme gelişebileceğini ile ilgili farkındalık oluşturmak istedik.

GİRİŞ: Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA), batı Çin'den Orta Doğu ve güneydoğu Avrupa'ya ve Afrika'nın çoğuna kadar geniş bir coğrafi alanda sporadik vakalara veya ciddi hastalık salgınlarına neden olan, insanlarda kene kaynaklı en önemli viral hastalıktır.(1)

Kısa bir kuluçka döneminden sonra KKKA, ani başlayan yüksek ateş, titreme, şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi, sırt ve karın ağrıları ile karakterizedir. Ek semptomlar bulantı, kusma, ishal, nöropsikiyatrik ve kardiyovasküler değişiklikleri içerebilir. Ağır vakalarda peteşilerden geniş ekimoz alanlarına kadar değişen hemorajik bulgular gelişir.(2)

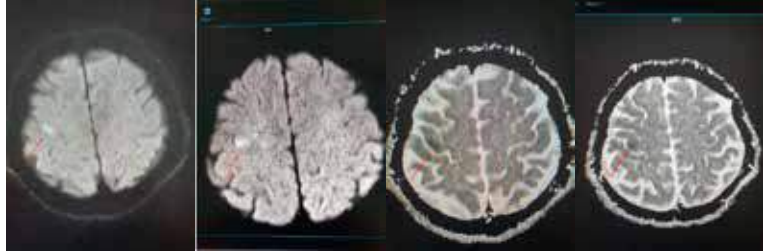
İskemik inmede infarkt, bir dokuda arteriyel akımının veya venöz drenajın engellenmesi sonucunda gelişen iskemik nekrozdur. Doku infarktı, klinik hastalığın sık rastlanılan ve çok önemli bir nedenidir. Tüm infarktların yaklaşık %99'u trombotik yada embolik olayların sonucunda oluşur ve hemen hepsi arter tıkanması sonucu gelişir. Bazen infarkt lokal vazospazm, bir aterom plağının içine kanama veya bir damarın dıştan baskıya uğraması nedeniyle de oluşabilir.(3,4)

OLGU SUNUMU: 56 yaşında erkek hasta 1 saat önce başlayan sol kolda güç kaybıyla tarafımıza başvurdu. Bilinen kronik hastalık öyküsü ve ilaç kullanımı öyküsü olmayan hastanın 5 gün önce geçirilmiş Kırım-Kongo kanamalı ateş hastalığı öyküsü mevcuttu.

Geliş vital bulguları: TA:140/90mm/Hg, nabız:96 atım/dk, ateş:36,8 ° C, SPO2:96, kan şekeri:120 idi. Sol kolda kas gücü 3 / 5 idi. Bilinç açık, oryante, koopere, GKS:15 idi. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı. Periferik nabızlar bilateral açık ve eşit vuru gücünde.

Laboratuvar tetkiklerinde: WBC:6.06 10⁹/L, HGB:10.4 g/dL, PLT:214 10⁹/L, kreatinin:0.8 mg/dL, üre:44 mg/dL, ast:34 U/L, alt:35 U/L, kalsiyum:9.7 mg/dL, potasyum:4.33 mmol/L, sodyum:138 mmol/L, INR:0.88, PT:10.04 sn, APTT:23.4 sn, crp:3 mg/L idi.

Elektrokardiyografi normal sinüs ritimindeydi. Hastaya beyin bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Görüntülemelerinde patoloji saptanmaması üzerine Manyetik Rezonans (MR) Diffüzyon görüntülemesi istendi MR diffüzyonda verteks düzeyinde sağ frontal lobda presantral girus düzeyinde difüzyon kısıtlanması mevcuttu.(Resim 1)



RESİM 1: Verteks düzeyinde sağ frontal lobda presantral girus düzeyinde difüzyon kısıtlanması okla gösterilmiştir.

TARTIŞMA: Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA), batı Çin'den Orta Doğu ve güneydoğu Avrupa'ya ve Afrika'nın çoğuna kadar geniş bir coğrafi alanda sporadik vakalara veya ciddi hastalık salgınlarına neden olan, insanlarda kene kaynaklı en önemli viral hastalıktır.(1)

KKKA, Nairovirus cinsinin (Bunyaviridae ailesi) bir üyesi olan arbovirus Kırım-Kongo kanamalı ateşi virüsünün neden olduğu kene kaynaklı bir hastalıktır.

Kısa bir kuluçka döneminden sonra KKKA, ani başlayan yüksek ateş, titreme, şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi, sırt ve karın ağrıları ile karakterizedir. Ek semptomlar bulantı, kusma, ishal, nöropsikiyatrik ve kardiyovasküler değişiklikleri içerebilir. Ağır vakalarda peteşilerden geniş ekimoz alanlarına kadar değişen hemorajik bulgular gelişir.(2)

KKKA, kene kaynaklı yaygın bir hastalık olmasına rağmen patogenezi hakkında çok az şey bilinmektedir. KKKA patogenezinin büyük olasılıkla virüsün konak hücrelerle etkileşimi sorumludur. Ana katkıda bulunanlar endotel hücreleri (EC'ler) ve bağışıklık hücreleridir. KKKA patogenezinin altında yatan 2 teori vardır: Birincisi, virüsün EC'lerle doğrudan etkileşime girmesi, diğeri ise bağışıklık hücreleri aracılığıyla dolaylı olarak etkileşime girmesi ve ardından çözünabilir medyatörlerin salınmasıdır. EC'ler enfeksiyon üzerine çözünabilir moleküllerin ve proinflatuar sitokinlerin yukarı regülasyonu ile aktive edilir. Muhtemelen ciddi vakalarda, endotelial aktivasyonun eşlik ettiği sitokinlerin serbestleşmesi ve aşırı salınımının toksik etkileri vardır; bu da vasküler geçirgenliğin artmasına, vazodilatasyona ve ardından hipotansiyona, çoklu organ yetmezliğine, şoka ve ölüme yol açar.(5)

İskemik inmede infarkt, bir dokuda arteriyel akımının veya venöz drenajın engellenmesi sonucunda gelişen iskemik nekrozdur. Doku infarktı, klinik hastalığın sık rastlanılan ve çok önemli bir nedenidir. Tüm infarktların yaklaşık %99'u trombotik yada embolik olayların sonucunda oluşur ve hemen hepsi arter tıkanması sonucu gelişir. Bazen infarkt lokal vazospazm, bir aterom plağının içine kanama veya bir damarın dıştan baskıya uğraması nedeniyle de oluşabilir.(3,4)

Yaşlı popülasyonda hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM) ve kalp hastalıkları en sık rastlanan risk faktörleri (8) iken, gençlerde en sık görülen üç risk faktörü dislipidemi, sigara kullanımı ve hipertansiyon olarak bildirilmiştir.(6)

Genç erişkinler arasında potansiyel inme etyolojilerinin listesi oldukça geniştir. Bu liste içinde protrombotik faktörler, enflamatuvar, otoimmün hastalıklar, enfeksiyöz nedenler, patent foramen ovale, arterial diseksiyon, bazı genetik hastalıklar, doğurganlık çağındaki kadın hastalarda gebelik, postpartum dönem ya da oral kontraseptif kullanımı gibi oldukça geniş bir araştırmayı gerektirecek etyolojileri içerir.(7)

KKKA patogenezi tam bilinmesede yaygın olarak hemorajije yatkınlık oluşturan bir hastalık olarak bilinmektedir. KKKA her ne kadar kanamayla seyreden bir hastalık olsa da vasküler hasar sonrası iskemik inme görülebilir. Vasküler endotel hasarı veya aterom plağı içine kanamaya sekonder iskemik inme karşımıza gelebileceği anlaşılabilmektedir.

KKKA patogenezi tam bilinmesede yaygın olarak pıhtılaşma kaskadına olan etkisiyle hemorajije yatkınlık oluşturan bir hastalık olarak bilinmektedir. Her ne kadar kanamayla seyreden bir hastalık olsa da enflamatuvar veya enfeksiyöz nedenlere sekonder iskemik inme görülebileceği bilinmektedir. KKKA sonrası neredeyse eş zamanlı ve başka bir etyopatogeneze ile açıklanamayan vakamızda bizlere vasküler endotel hasar veya aterom plağı içine kanamaya sekonder iskemik inme geliştiğini düşündürmektedir. Henüz etyopatogenezi tam olarak anlaşılamayan KKKA hastalığının etyopatogenezinin anlaşılabilmesi için literatüre çok sayıda benzer vaka kazandırılması gerekmektedir. KKKA hastalarında kanama yerine başka alanda oluşan kanamanın pıhtılaşarak iskemik sonuç doğurmasına literatür katkısı ve üzerine daha çok çalışma yapılmasına örnek teşkil edecektir.

1.Bente DA, Forrester NL, Watts DM, McAuley AJ, Whitehouse CA, Bray M. Crimean-Congo hemorrhagic fever: history, epidemiology, pathogenesis, clinical syndrome and genetic diversity. Antiviral Res. 2013 Oct;100(1):159-89. doi: 10.1016/j.antiviral.2013.07.006. Epub 2013 Jul 29. PMID: 23906741.

2.Whitehouse CA. Crimean-Congo hemorrhagic fever. Antiviral Res. 2004 Dec;64(3):145-60. doi: 10.1016/j.antiviral.2004.08.001. PMID: 15550268.

3. ÖZTÜRK, B., & ÖZÖN, A. Ö. (2020). İskemik İnme ve Cinsiyet. Akdeniz Tıp Dergisi, 6(1), 59-65.

4.Özbay G. Hemodinamik bozukluklar, tromboz ve şok. In: Kumar V, Cotran RS, Robins SL (eds). Temel Patoloji. 6th, İstanbul: Nobel Kitabevi, 2000: 60.

5. Akıncı E, Bodur H, Leblebicioglu H. Pathogenesis of Crimean-Congo hemorrhagic fever. Vector Borne Zoonotic Dis. 2013 Jul;13(7):429-37. doi: 10.1089/vbz.2012.1061. Epub 2013 May 10. PMID: 23663164.

6. Putaala J, Curtze S, Hiltunen S, Tolppanen H, Kaste M, Tatlisumak T. Causes of death and predictors of 5-year mortality in young adults after first-ever ischémie stroke: the Helsinki Young Stroke Registry. Stroke. 2009;40(8):2698-2703.

7. Midi, İ., Hayırlıoğlu, E. Ç., Şimşek, D., Üstüner, F. Ş. (2023). Genç inme hastalarının demografik özellikleri, etyolojik sınıflaması, lezyon lokalizasyonu ve prognostik faktör değerlendirmesi: Üçüncü basamak sağlık merkezi verilerinin bir yıllık sonuçları. İstanbul Kent University Journal of Health Sciences, 2(2), 10-18.

TAM METİNLER

AĞRI KESİCİ YAPTIRMAYA GELEN LOMBER DİSK HERNİSİ OLAN HASTADA AMFİZEMATÖZ PİYELONEFRİT

Nurullah ÇORAKYER¹, Mert BARINDIK¹, Osmancan GÜNEŞ¹, Arda Tuna PAKKAN¹, Miyase Kübra FIRAT DUMAN¹, Seval KOMUT¹

¹Hittit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

Amfizematöz piyelonefrit, akut piyelonefritin nadir ve şiddetli bir şeklidir. Böbrekte ve perinefritik alanlarda gaz üreten bakterilerin varlığı olarak tanımlanır.¹ Biz vakamızda, daha evvel var olduğu bilinen ürolitiazis zemininde gelişen amfizematöz piyelonefriti sunacağız.

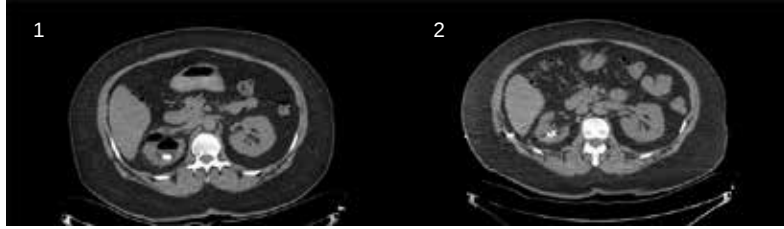
AMAÇ

Acil servislere bel ağrısı gibi sık bir başvuru sebebinde, sadece ağrıyı keserek hastayı externe etmemek gerektiğini ve bu hastaların muayene edildiği takdirde mevcut şikayetin altından çok daha ciddi ve acil sebeplerin çıkabileceğini göstermeyi amaçlamaktadır.

VAKA

60 yaşında kadın hasta, sağ yan ağrısı ile acil servise başvurdu. Hastanın bilinen diyabetes mellitus hastalığı ve yaklaşık 5 ay önce sağ böbrekte ürolitiazis öyküsü mevcut. Bir önceki başvurusunda yapılan Ultrasonografi'de sağ böbrekte birkaç adet 15 mm'lik taş ekosu saptanmış. Üroloji bölümüne konsülte edilen hasta poliklinik kontrol önerisiyle taburcu edilmiş. Daha sonra Üroloji polikliniğine başvurusu olmayan hasta, bel ağrısı şikayeti ile şimdiki başvurusundan 1 ay önce Beyin ve Sinir Cerrahisi polikliniğinde muayene edilmiş. Bize başvurusundan bir gün önce Lomber MR'ı çekilen hastanın L3-4, L4-5, L5-S1 düzeyinde Medulla Spinalis'e bası yapan bulguları saptanmış. Hasta yeniden Beyin ve Sinir Cerrahisi randevusuna gitmeden evvel bel ağrısını dindirmek için acil servisimize başvurdu.

Gelişinde vitalleri normal olan, düşük ayak saptanmayan, idrar kaçırmaması olmayan, batında sağ kadrantlarda yaygın defans ve sağ tarafta kostovertebral açı hassasiyeti olan hastadan hemogram, elektrolitler, böbrek fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki ve CRP istendi. Tam idrar tetkikinde 356 lökosit görülen ve tetkiklerinde başka patolojik bulgu saptanmayan, semptomatik tedaviye rağmen ağrısı azalmayan hastada ürolitiazise bağlı hidronefroz oluşmuş olabileceği düşünüldü ve bu nedenle Kontrastsız Tüm Abdomen Bilgisayarlı Tomografi istendi.



Resim: 1- Sağ böbrekte amfizematöz piyelonefrit, 2- 14 günlük yatış ve antibiyoterapi sonrası

Bilgisayarlı tomografi görüntülemelerinde sağ böbrekte çok sayıda taş ve hava sıvı seviyelenmeleri görülen hasta Üroloji ile Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji bölümlerine amfizematöz piyelonefrit ön tanısı ile konsülte edildi.

Üroloji serviste iki hafta kadar takip edilen ve operasyonu kabul etmeyen hastaya nefrostomi kateteri takıldı ve kontrol amaçlı çekilen Kontrastsız Tüm Abdomen Bilgisayarlı Tomografi'de 20 mm'lik birkaç adet taş dışında patolojik bulgu saptanmaması üzerine taburcu edildiği tespit edildi.

SONUÇ

Bilinen ürolitiazis öyküsü olan ve Üroloji'ye konsülte edilmesine rağmen ileri tetkik ve tedavi için poliklinik randevusu verilen hastaların kontrollerine gelmeyebileceği ve bu durumun çok daha mortal seyredebilen amfizematöz piyelonefrit gibi hastalıklara yol açabileceği akılda tutulmalı ve hastane başvurularının sağlanması için daha dikkatli bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Bilinen lomber disk hernisi olan hastalar acil servise bel ağrısı ve yan ağrısı ile başvurdıklarında mutlaka muayeneleri dikkatle yapılmalı ve tetkik ile tedavileri muayene bulgularına göre planlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Amfizematöz piyelonefrit, Lomber disk hernisi, Yan ağrısı, Acil servis

KAYNAKÇA

¹ Aatif T, Asseraji M, Chafiki J, Maoujoud O, Akhmouch I, Hassani M, Ameur A, El Aalam M, Oualim Z. Pyélonéphrite emphysemateuse sur rein unique : revue de la littérature à propos d'un cas [Emphysematous pyelonephritis of single kidney: review of literature about one case]. Nephrol Ther. 2009 Feb;5(1):52-7. French. doi: 10.1016/j.nephro.2008.04.005. PMID: 18675610.



TAM METİNLER

DRON KAMERASIYLA ELDE EDİLEN GÖRÜNTÜLERDEN NABIZ VE OKSİJEN SATÜRASYONU ÖLÇÜMÜ: AFET TRIYAJINDA YENİ BİR PARADİGMA YENİ BİR DÖNEM

İsmail Tavfur¹, Abdülkadir Gündüz², Perihan Şimşek³, Mert Bal⁴, Burcu Bayramoğlu¹, Arda Üstübioğlu⁵, Osman Türk⁶, Selim Altınarık⁶

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, ³Trabzon Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü, ⁴Yıldız Teknik Üniversitesi Kimya-Metalurji Fakültesi Matematik Mühendisliği Bölümü Matematik Temelleri ve Matematiklojik Anabilim Dalı, ⁵Trabzon Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu Yönetim Bilişim Sistemleri Bölümü, ⁶Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü

GİRİŞ

Kitlesel kayıp olayları (Mass Casualty Incident) kısa bir süre içinde, kazazede/yaralı sayısının mevcut kaynakları ve müdahale kapasitesini büyük ölçüde aştığı, yerel sağlık sistemini zorlayan olaylardır (1). Kitlesel kayıp olayları içinde ayrı bir öneme sahip olan afetler ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından normal yaşam koşullarını bozan ve etkilenen toplumun uyum kapasitesini aşacak düzeyde tahribat ve yıkıma neden olan olaylar olarak tanımlanmaktadır (2). Sadece doğa kaynaklı afetler, 2023 yılında dünya genelinde 93.1 milyon kişiyi etkilemiş, 86.473 insanın ölümüne ve en az 202.7 milyar dolar tutarında ekonomik kayba yol açmıştır (3).

Afetlerde ve diğer kitlesel kayıp olaylarında olay yeri tıbbi yönetim sürecinin merkezinde "triya" yer almaktadır. Kitlesel kayıp triyaji, yaralanmanın ciddiyeti, tıbbi olanaklar ve nakil imkanlarına göre kazazedeleri hızlı ve sistematik bir şekilde kategorize eden dinamik bir süreçtir (4). Dünya genelinde bu tür olaylar için kullanılmakta olan yaklaşık 17 triyaj sistemi bulunmaktadır (5). Ancak bu sistemlerin kazazedeleri gerçekte bulundukları aciliyet düzeyine göre aşırı-triyaj (over triage) ya da düşük-triyaj (under triage) kategorilerine yerleştirme oranlarının kabul edilebilir eşişin üzerinde olduğu saptanmıştır (6).

Triyaj sistemlerinin vakaları ciddiyet düzeyine göre sınıflandırma; ölüm ve sakat kalım riski yüksek olanlara öncelik sağlama doğruluğu açısından en önemli ölçütlerden biri vital bulgulardır (7). Nitekim vital bulgulardaki değişim, zamanında müdahale gerektiren klinik bozulmaların erken tespiti için son derece önemlidir (8). Görüntü işleme ve yapay zeka teknolojisindeki gelişmelerle birlikte nabız, saturasyon ve solunum sayısı ölçümü amacıyla çeşitli yazılım ve programlar geliştirilebilmektedir (9, 10).

Günümüzde kitlesel kayıp olayları için daha güvenilir triyaj sistemlerinin geliştirilmesi önemli bir gereklilik olarak kabul edilmekte ve gelişen teknolojik imkanlardan yararlanılarak bu yönde araştırmalar yürütülmektedir. Bu amaçla kullanılan yeni yöntemlerden biri triyajda dronlardan yararlanılmasıdır (11). Bu çalışmada "Dron Entegre, Yapay Zeka Tabanlı Kitlesel Kayıp Triyaj Sistemi" kullanılmak üzere dron kamerasıyla elde edilen görüntülerden nabız ve oksijen saturasyonu ölçümü yazılımlarının geliştirilmesine yönelik çalışmaların ilk bulgularının sunulması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Görüntü işleme tekniği ile nabız ve saturasyon ölçümü yazılımları Python 3 kullanılarak geliştirildi. Yazılımların geliştirilmesinde video hedefleme ve büyütme için programlama altyapısının oluşturulmasında Eulerian video büyütme bilgisayar görüşü algoritması kullanıldı.

1. NABIZ TESPİT YAZILIMININ HAZIRLANMASI

Nabız ölçüm yazılımının geliştirilmesinde OpenCV, NumPy ve SciPy kütüphaneleri kullanıldı. Nabız ölçüm yazılımının hazırlanmasında Eulerian video büyütme bilgisayar görüşü algoritmasının bir uygulaması gerçekleştirildi (Remote Heart Rate Detection through Eulerian Magnification of Face Videos).

2. OKSİJEN SATÜRASYONU HESAPLAMA YAZILIMININ HAZIRLANMASI

Saturasyon ölçüm yazılımı visual studio code platformu kullanılarak tensorflow ile geliştirildi. Programın sunucu ile bağlantısı NumPy ile sağlandı. Saturasyon ölçümleri, tensorflow-2.16.1 'de Lenovo 90RT0018TX/Legion T5 / INTEL Core i7-11700F/32GB RAM/512GB SSD/ WINDOWS 10 HOME Masa Üstü Bilgisayar kullanılarak gerçekleştirildi. Ayrıca OpenCV, Keras, Pandas, CV2 teknolojilerinden yararlanıldı. Oksijen saturasyonu hesaplama yazılımının hazırlanmasında, Stogiannopoulos ve arkadaşları tarafından hazırlanan açık erişimli veri seti ve 3 Boyutlu Evrişimsel Sinir Ağı'nın (3D CNN) tam mimarisi kullanıldı (10).

3. GELİŞTİRİLEN YAZILIMLAR İLE NABIZ VE OKSİJEN SATÜRASYONU PARAMETRELERİNİN ÖLÇÜLMESİ

Çalışmada nabız ve oksijen saturasyonu ölçümleri için dron kamerası aracılığıyla çalışmaya katılmaya gönüllü olan beş kişinin kızılotesi video görüntüleri elde edildi. Çalışmada kullanılan dron kamerası DJI Zenmuse H20T (Termal Kameralı), 23 ½ Hibrit Optik Zoom, 200 ½ Maksimum Yakınlaşırma, 20 MP 1 / 1.7 "CMOS Sensör, Video Çözünürlüğü: 4K / 30fps özelliklere sahip idi. Video görüntülerin kaydedilmesi esnasında Covidien Nellcor Pulse Oksimetre Monitörü ile katılımcıların saturasyon ve nabız ölçümleri yapıldı. Dron kamerasıyla elde edilen görüntüler kullanarak yapılan ölçümlerin doğruluğu aşağıdaki formül kullanılarak hesaplandı.

Doğruluk = 100% - Hata oranı

Hata oranı = |DeneySEL ölçüm - standart ölçüm| / standart ölçüm × 100

ETİK KURUL İZİNİ

Çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmış olan "Dron Entegre, Yapay Zeka Tabanlı Kitlesel Kayıp Triyaji Karar Destek Sisteminin Geliştirilmesi" başlıklı proje (TÜBİTAK 1001: 222S343) kapsamında yürütülmüştür (Karar no: 2/27).

BULGULAR

Çalışmada beş gönüllüden elde edilen video görüntüleri işlenerek nabız ve oksijen saturasyonu ölçümleri gerçekleştirildi. Nabız ölçümlerinde doğruluk oranının %96,2 ile 98,4 arasında değiştiği görüldü. Oksijen saturasyonu ölçümlerinde ise doğruluk oranı %97,9- 99,9 arasında idi (Tablo 1).

Tablo 1. Oksijen saturasyonu ve nabız ölçüm sonuçları

Katılımcı no	Saturasyon ölçümü		Doğruluk	Nabız ölçümü		Doğruluk
	Pulse oksimetre	Yazılım		Pulse oksimetre	Yazılım	
1	98	97,9	99,9	74	75,2	98,4
2	97	97,9	99,1	66	61,8	93,7
3	99	97,9	98,9	80	82,9	96,4
4	99	97,9	98,9	93	89,5	96,2
5	100	97,9	97,9	99	101,0	98,0

Saturasyon hesaplama yazılımı için Ortalama Kare Hatası (Mean Squared Error: MSE)= 0.965, Kök Ortalama Kare Hatası (Root Mean Squared Error: RMSE)= 0.982 Ortalama Mutlak Hata (Mean Absolute Error: MAE)= 0.982 olarak hesaplandı.

TARTIŞMA

Son yıllarda afetlerde tıbbi müdahale ve afet yönetimi alanlarında dron teknolojisinin kullanımı yaygınlaşmaktadır. Bu çalışmada afet triyaji sahasında kullanılmak üzere dronlardan elde edilen görüntülerin işlenmesi sonucunda nabız ve oksijen saturasyonu ölçümleri gerçekleştirilmiştir.

Afet ve kitlesel kayıp triyaj sistemlerinde yaygın olarak kullanılan değerlendirme ölçütleri yürüyebilme, solunum, nabız, bilinç, kanama ve yaralanma şeklindedir (4, 12). Bununla birlikte özellikle son yıllarda yapılan çalışmalar acil servis triyajında oksijen saturasyonunun önemini ve triyaj algoritmalarına oksijen saturasyonunu dahil edilmesi ile mortalite oranını kestirmede daha başarılı sonuçlar elde edildiğini göstermektedir (13, 14). Bu çalışmada ise dron aracılığıyla elde edilen görüntülerin işlenmesi sonucunda oksijen saturasyonu ölçülmüştür ve çalışma, afet triyajında oksijen saturasyonunun kullanılması konusunda öncü bir nitelik taşımaktadır.



TAM METİNLER

Stogiannopoulos ve arkadaşları tarafından 3D CNN ile eğitilen model için Ortalama Kare Hatası (Mean Squared Error: MSE)=2.935, Kök Ortalama Kare Hatası (Root Mean Squared Error: RMSE)=1.713 Ortalama Mutlak Hata (Mean Absolute Error: MAE)=1.417 olarak hesaplanmıştır. Projede eğitilen model içinse bu metrikler; MAE= 0.982, RMSE= 0.982, MSE= 0.965 şeklindedir. Ortalama Mutlak Hata (MAE), MSE ve RMSE skorları sıfıra yaklaştıkça önerilen model daha yüksek düzeyde doğruluğa sahip olmaktadır (15). Dolayısıyla Stogiannopoulos ve arkadaşlarının çalışmasıyla karşılaştırıldığında, projede elde edilen sonuçlar, eğitilen modelin uyum iyiliğinin oldukça iyi olduğu şeklinde yorumlanabilir (10).

SONUÇ

Bu çalışma, afet triyaji sahalarında kullanılacak olan dron tabanlı triyaji sistemlerine vital parametrelerin ölçüm sonuçlarının entegre edilmesine olanak tanımaktadır. Ayrıca, bu çalışmadan elde edilen verilerin diğer uzaktan triyaji sistemleri ve tele tıp uygulamalarında da yaygın bir şekilde kullanılabileceği öngörülmektedir

FİNANSAL DESTEK

Çalışma, TÜBİTAK tarafından desteklenen "Dron Entegre, Yapay Zeka Tabanlı Kitleli Kayıp Triyaji Karar Destek Sisteminin Geliştirilmesi" başlıklı proje kapsamında gerçekleştirilmiştir (TÜBİTAK 1001: 222S343). Sağlanmış olduğu destekten ötürü TÜBİTAK'a teşekkürlerimizi sunarız.

KAYNAKLAR

1. DeNolf RL, Kahwaji CI. EMS mass casualty management. 2018.
2. WHO. Health emergency and disaster risk management framework: WHO; 2019 [Available from: https://reliefweb.int/report/world/health-emergency-and-disaster-risk-management-framework?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw3NyxBhBmEiwAyofDYR2VNPXMliwGLOAucx4tF349cL3o_e5L6xxJzx1e3jTUCbBmCP3t5xoCdw8QAvD_BwE].
3. EMDAT. 2023 Disasters in numbers: EMDAT; 2024 [Available from: <https://reliefweb.int/report/world/2023-disasters-numbers#:~:text=In%20the%20year%20under%20review,for%20two%20thirds%20of%20the>].
4. Christian MD. Triage. Critical care clinics. 2019;35(4):575-89.
5. Khorram-Manesh A, Nordling J, Carlström E, Goniiewicz K, Faccincani R, Burkle FM. A translational triage research development tool: standardizing prehospital triage decision-making systems in mass casualty incidents. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine. 2021;29:1-13.
6. Bazyar J, Farrokhi M, Salari A, Safarpour H, Khankeh HR. Accuracy of triage systems in disasters and mass casualty incidents; a systematic review. Archives of academic emergency medicine. 2022;10(1).
7. Moreno S, Quintero A, Ochoa C, Bonfante M, Villareal R, Pestana J, editors. Remote monitoring system of vital signs for triage and detection of anomalous patient states in the emergency room. 2016 XXI symposium on signal processing, images and artificial vision (STSIVA); 2016: IEEE.
8. Brekke IJ, Puntervoll LH, Pedersen PB, Kellett J, Brabrand M. The value of vital sign trends in predicting and monitoring clinical deterioration: A systematic review. PloS one. 2019;14(1):e0210875.
9. Perera AG, Khanam F-T-Z, Al-Naji A, Chahl J. Detection and localisation of life signs from the air using image registration and spatio-temporal filtering. Remote Sensing. 2020;12(3):577.
10. Stogiannopoulos T, Cheimariotis G-A, Mitianoudis N, editors. A non-contact SpO2 estimation using video magnification and infrared data. ICASSP 2023-2023 IEEE International Conference on Acoustics, Speech and Signal Processing (ICASSP); 2023: IEEE.
11. Álvarez-García C, Cámara-Anguila S, López-Hens JM, Granero-Moya N, López-Franco MD, María-Comino-Sanz I, et al. Development of the aerial remote triage system using drones in mass casualty scenarios: a survey of international experts. PLoS One. 2021;16(5):e0242947.
12. Şimşek P, Gunduz A. 2021. Afet Triyaji: Genel Bakış. Bölüm 10. Sağlık Bilimlerinde Güncel Yaklaşımlar, 2021:135.
13. Li Y, Wang L, Liu Y, Zhao Y, Fan Y, Yang M, Yuan R, Zhou F, Zhang Z, Kang H. Development and Validation of a Simplified Prehospital Triage Model Using Neural Network to Predict Mortality in Trauma Patients: The Ability to Follow Commands, Age, Pulse Rate, Systolic Blood Pressure and Peripheral Oxygen Saturation (CAPSO) Model. Frontiers in medicine, 2021;8.
14. Jeong JH, Park YJ, Kim DH, Kim TY, Kang C, Lee SH, Lee SB, Kim SC, Lim D. The new trauma score (NTS): a modification of the revised trauma score for better trauma mortality prediction. BMC surgery. 2017;17(1):1-9.
15. Kamble V, Deshmukh, S. Comparison Between Accuracy and MSE, RMSE by Using Proposed Method with Imputation Technique. Oriental journal of computer science and technology, 2017;10:773-779. <https://doi.org/10.13005/OJCST/10.04.11>.



TAM METİNLER

ELEKTROMEKANİK İLİŞKİ ARTEFAKTI

GİRİŞ

Göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda elektrokardiyogram (EKG), değerlendirmenin temel taşıdır.¹ Birçok EKG artefaktı olmakla birlikte, bazı durumlarda ventriküler taşikardi ve miyokard enfarktüsü gibi önemli patolojileri taklit eden artefaktlar olabilir.² Elektromekanik ilişki (EMA) artefaktı, ekstremitelere yerleştirilen elektrodun bir arter üzerine denk gelmesiyle ortaya çıkar ve EKG'de ST segment elevasyon ve depresyonları ile tuhaf T dalgalarıyla ortaya çıkar.³

Burada acil servise göğüs ağrısı ile başvuran ve invaziv girişim yapılan psödo-enfarktüs bir vakayı sunuyoruz.

VAKA

48 yaşında erkek hasta, acil servise göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir hastalık yoktu. Hastanın vitalleri stabildi ve fizik muayenesinde bir özellik yoktu. Çekilen EKG'si tuhaf ST elevasyon ve depresyonları ile II. derivasyon dışındaki diğer derivasyonlarda anormal T dalgaları görünüyordu (Şekil 1). Üç dakika sonra tekrarlanan EKG'sinde (Şekil 2) ve takibinde çekilen EKG'lerde tuhaf ST elevasyonları ve T dalgası anormallikleri yoktu. Takibinde asemptomatik olan hastaya kardiyojloji konsültasyonu yapıldı. Kardiyojlog tarafından yapılan ekokardiyografide EF : 60 ve duvar hareket kusuru yoktu. Laboratuvar sonuçlarında Troponin T 4.80 ng/L (referans : <14), Hemogloblin 148 g/L (referans : 131-172), Kreatinin 0.83 mg/dL (referans : 0.70-1.20) idi. İki saat sonra alınan kontrol Troponin T 5.55 ng/L idi. Hasta unstabil anjina pectoris ön tanısı ile koroner yoğun bakıma yatırıldı. Hastaya yapılan koroner anjiyografide herhangi bir özellik yoktu.

TARTIŞMA

EKG artefaktları birçok hastada klinisyeni yanıltabilir. Fakat ventriküler taşikardi, miyokard enfarktüsü gibi ölümcül patolojilere benzeyen artefaktlarda gereksiz işlemlerle hastaya zarar verme ihtimali olduğundan dolayı daha dikkatli olunmalıdır.¹ Bizim hastamızda çekilen ilk EKG, EMA artefakt olup ST eleve miyokard enfarktüsüne benzer morfolojidedir. Aslanger bu artefaktın nedenini ekstremitelere yerleştirilen EKG elektrodunun hastanın nabzının üstüne denk gelmesi olarak açıklamıştır.² Eindhoven üçgeni DI (Sağ kol - Sol kol), DII (Sağ kol - Sol bacak) ve DIII (Sol kol - Sol bacak) derivasyonundan oluşur (Şekil 3).⁴ Birçok EKG cihazı ise, DI ve DII'yi kaydederek diğer derivasyonları ise (DIII, aVR, aVL, ve aVF) matematiksel olarak hesaplayarak oluşturur.⁵ Bizim vakamızda derivasyon II (Sağ kol - Sol bacak) normal görünmektedir. Bu da artefaktın nedeninin sağ ekstremitelere elektroduna temas eden radyal arter olduğunu göstermektedir. Elektrotların yeri değiştirilerek tekrar EKG çekildiğinde ise nabız vurma artefaktı olmadığı için ilk EKG'deki psödo-enfarktüs görünmemektedir (Şekil 2).

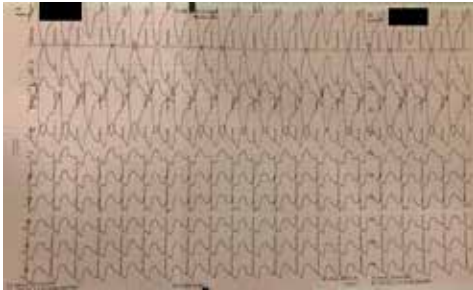
SONUÇ

EKG'de ekstremitelere derivasyonlarında şüpheli dalgaların yanında tamamen normal bir ekstremitelere derivasyonu görüldüğünde arteriyel nabız vurma artefaktından şüphelenilmeli ve elektrotların yeri değiştirilerek EKG tekrarlanmalıdır.

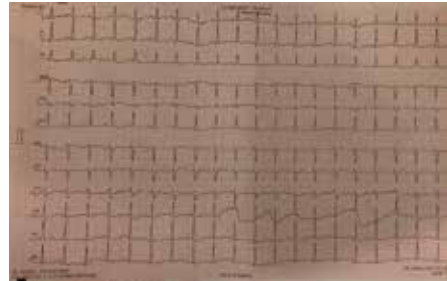
REFERANSLAR

1. Brock J, Schmitt A, Bhav P, et al. Look before you place: A bizarre ECG artifact due to lead placement. *Am J Emerg Med.* 2023;67(2023):194.e7-194.e10. doi:10.1016/j.ajem.2023.03.034
2. Aslanger E. An unusual electrocardiogram artifact in a patient with near syncope. *J Electrocardiol.* 2010;43(6):686-688. doi:10.1016/j.jelectrocard.2010.04.012
3. Ganessane E, Babu M, Rajendran G, Uthayakumar A, Ayyan M. Electrocardiogram Can Record Mechanical Activity Too! *J Emerg Med.* 2024;66(1):e41-e44. doi:10.1016/j.jemer-med.2023.07.014
4. Bracey A, Meyers HP, Smith SW. Bizarre T Waves: What Do They Mean? *JACC Case Reports.* 2021;3(11):1376-1378. doi:10.1016/j.jaccas.2021.06.032
5. Aslanger E, Yalin K. Electromechanical association: A subtle electrocardiogram artifact. *J Electrocardiol.* 2012;45(1):15-17. doi:10.1016/j.jelectrocard.2010.12.162

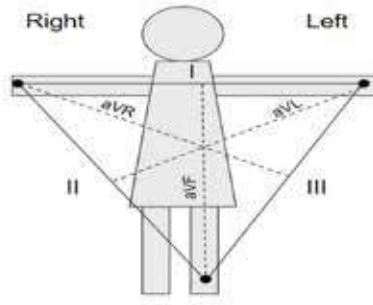
Şekil 1 : DII harici derivasyonlarda tuhaf ST elevasyon ve depresyonları ile anormal T dalgaları



Şekil 2 : Kontrol EKG'de tuhaf ST elevasyon ve depresyonları ile anormal T dalgaları görünmüyor



Şekil 3 : Eindhoven Üçgeni





TAM METİNLER

HİPOTERMİ

Ragıp Çetinkaya, Hazel Deniz Erdoğan, Burak Alper Mollaoğlu, Avni Uygur Seyhan, Abdullah Taşçı, Yasemin Öztürk, Özge Kibici
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Hipotermi, vücut sıcaklığının 35°C'nin altında olması olarak tanımlanır ve kaynağına göre kazara (örneğin soğuk bir ortama maruz kalma, ilaçlar veya hastalık nedeniyle) veya kasıtlı (yani tedavi amaçlı) veya hipotermi derecesine göre şu şekilde sınıflandırılabilir: hafif, orta veya şiddetli. (2)

Kaza sonucu hipotermi, her yıl ölümlere neden olan, nadir görülen ve yeterince teşhis edilmeyen bir patolojidir. İlk yönetim, ileri yaşam desteği ve vücudun yeniden ısıtılmasını içerir. Dışarıdan pasif yeniden ısıtma, hafif hipotermi için tercih edilen yöntemdir ve orta veya şiddetli hipotermi için tamamlayıcı bir yöntemdir. Aktif harici yeniden ısıtma, orta veya şiddetli hipotermi veya pasif yeniden ısıtmaya yanıt vermeyen hafif hipotermi için endikedir. Aktif iç ısıtma, orta veya şiddetli hipotermiden etkilenen hemodinamik olarak stabil hastalar için endikedir. (1)

Derin hipotermi (merkez sıcaklığının 28 derece C'nin altında olması) yaşamı tehdit eden bir durumdur ve yüksek ölüm oranıyla ilişkilendirilen tıbbi bir acil durumdur. Prognoz alta yatan hastalıklara, ileri veya çok erken yaşlara, tedaviden önceki süreye, hemodinamik bozulmanın derecesine ve özellikle aktif dış veya iç ısıtma dahil tedavi yöntemlerine bağlıdır. (4)

Şiddetli hipotermi sırasında sıklıkla ilerleyici bradikardi, hipotansiyon ve ventriküler fibrilasyon veya asistoli nedeniyle ölüm meydana gelir. Solunum ve metabolik, bazen laktik, asidoz, uyukluk ve koma, hiperkoagülopati, hiperozmolar durum, akut pankreatit ve böbrek ve karaciğer yetmezliği hipotermi sıklıkla görülen komplikasyonlarıdır.

Hipotermi altında yatan predispozan nedenler diyabetik ketoasidoz, serebrovasküler hastalık, zeka geriliği, hipotiroidizm, hipofiz ve adrenal yetmezlik, hipoglisemi, akut alkolizm, karaciğer hasarı, hipoglisemi, sepsis, hipotalamik fonksiyon bozukluğu, sepsis ve polifarmasi ve özellikle sedatif ve narkotik kullanımıdır. (4)

VAKA: 73 yaşında kadın hasta yakınları tarafından haber alınamaması üzerine evde baygın halde bulunup 112 ekipleri ulaştığında parmak ucu kan şekeri low ölçülmüş olup dekstrozu infüzyonu başlanarak hastanemiz acil servisine getirildi. Özgeçmişinde hipertansiyon, diyabetes mellitus tanıları mevcuttu. Arteriyel kan basıncı 110/70 mmHg, kalp tepe atımı 80 /dk, vücut sıcaklığı 35 °C olarak ölçüldü. Hipotermik ve hipoglisemik seyreden hastanın hastanın bilinç durumu konfü olup kan tetkiklerinde kreatinin: 5.05 mg /dl üre:175.4 mg/dl sodyum:129mmol/L potasyum: 6.03 mmol/L kreatinin kinaz: 557 U/L pH:7.09 bikarbonat: 11.3 BE: - 15 laktat:2.7 mmol/L olarak ölçülmüştür. Fizik muayanesinde özellik saptanmadı. Yapılan görüntülemelerinde sürrenal bezde kitle imajı saptandı. Acil servis takibinde aktif ve pasif ısıtma, ısıtılmış serum fizyolojik infüzyonu, dekstrozu infüzyonu, antipotasyum tedavisi alan hastanın kontrol ph:7.30 BE: -8 lac:1.8 gerilediği gözlemlendi. Dirençli hipoglisemi, hiponatremi, hiperkalemisi mevcut hasta adrenal yetmezlik ön tanısıyla iç hastalıkları kliniğine interne edildi.

SONUÇ: Yaşa bağlı çeşitli fizyolojik faktörler ve hastalık durumları yaşlı hastaları hipotermiye yatkın hale getirir. Bunlar arasında ısı üretme yeteneğinin azalması, yetersiz beslenme, ilaçlar, enfeksiyonlar ve izolasyon ve yoksulluk gibi sosyal faktörler yer alıyor. Hafif hipotermi ince klinik belirti ve semptomları bilişsel gerilemeyi, serebral vasküler kazayı, hipotiroidizmi veya miksedem komasını taklit edebilir. Hekimin önündeki zorluk, hipotermiyi klinik olarak tanımak ve hızlı tanı ve tedavi sağlamaktır. Orta ila şiddetli hipotermisi olan yaşlı hastanın tıbbi tedavisi, stabilizasyon ve resüsitasyon sırasında yaşamı tehdit eden durumlar ortaya çıkabileceğinden, hastanede yoğun bakım gerektirir. (3)

Tedavi modaliteleri noninvaziv, pasif dış ısıtma tekniklerinden (örneğin soğuk, ıslak giysilerin çıkarılması; sıcak bir ortama hareket), aktif dış ısıtmaya (örneğin sıcak battaniyelerle izolasyon) ve aktif vücut yeniden ısıtmasına (örneğin ısıtılmış intravenöz sıvı infüzyonları, ısıtılmış nemlendirilmiş oksijen, vücut boşluğu lavajı ve ekstrakorporeal kanın ısıtılması). Hafif ila orta dereceli hipotermi, çoğu klinik ortamda destekleyici bakımla kolayca tedavi edilir ve iyi hasta sonuçları sağlar. (5) Bu hastalarda klinik şüphe ve etkin tedavi önemlidir.

KAYNAKLAR:

1. Soteras Martínez, I., Subirats Bayego, E., & Reisten, O. (2011). Hipotermia accidental [Accidental hypothermia]. *Medicina clinica*, 137(4), 171–177. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.04.005>
2. Sosnowski, P., Mikrut, K., & Krauss, H. (2015). Hipotermia – mechanizm działania i patofizjologiczne zmiany w organizmie człowieka [Hypothermia--mechanism of action and pathophysiological changes in the human body]. *Postępy higieny i medycyny doświadczalnej (Online)*, 69, 69–79. <https://doi.org/10.5604/17322693.1136382>
3. Ballester, J. M., & Harchelroad, F. P. (1999). Hypothermia: an easy-to-miss, dangerous disorder in winter weather. *Geriatrics*, 54(2), 51–57.
4. Knobel, B., & Mikhlin, A. (2001). *Harefuah*, 140(11), 1014–1119.
5. McCullough, L., & Arora, S. (2004). Diagnosis and treatment of hypothermia. *American family physician*, 70(12), 2325–2332.



TAM METİNLER

PLEVRAL EFÜZYONDAN DİSEKSİYONA

GİRİŞ: Diseksiyon nadir ancak ölümcül bir hastalık olup ayırıcı tanıda değerlendirilmediği zaman oldukça mortal seyredebilecek bir hastalıktır. Prezantasyonu ve hastanın durumu oldukça değişken olabilir. Hasta çok tipik bulgularla başvuruabileceği gibi asemptomatik de olabilir. Bu olguda ölümcül tanıya giden yolculuğumuzu sunacağız.

OLGU: 77 yaşında erkek hasta. Bilinen hastalıkları diabetes mellitus, hipertansiyon, parkinson; 5 yıl öncesinde koroner anjiyografi ve perkütan girişim öyküsü mevcut. Bir gün önce başlayan göğüs ağrısı, bulantı ve kusma şikayetlerinin üzerine o 3 kez de senkop geçirmesi üzerine 112 aracılığı ile Ankara Etilik Şehir Hastanesi acil servisine başvurdu. Genel durumu orta, uykuya meyilli olan hastanın nörolojik muayenesi doğal, batını rahat olup defans-rebound ve hassasiyeti yok. 4 ekstremitede doğal ve hareketli, ekstremitelerde periferik nabızları açık ve eşit. Solunum sesleri sağda normal, solda üst zonlara kadar alınamıyor idi. Spo2: oda havasında 90 tansiyon: 95/50, nabız: 90, pretibial ödemi yok. EKG: sinüs ritminde, ventriküler ekstrasistol mevcut. Bilinen akciğer hastalığı ve kalp yetmezliği olmayan hastanın geliş arter kangazında Pco2: 72 ve spo2: 90 olması üzerine non-invaziv mekanik ventilasyon tedavisine başlandı. Hgb: 11,1 g/dl, böbrek fonksiyon testleri normal, enfektif parametreler normal olarak sonuçlandı. Kontrastsız bilgisayarlı torak tomografisinde sol hemitoraksda 6 cm'ye varan ve apekse uzanım gösteren plevral efüzyon görüldü. NIMV tedavisi sonrası pco2: 51e gerileyip uykuya meyilli düzeldi.. İlk troponin 34 ng/l (cut off 14 ng/l), kontrolü 90 ng/l gelmesi üzerine kardiyoloji ile konsülte edildi; kardiyoloji kliniğince EKO ile değerlendirildi, diseksiyon flebi görülmeyişi ve acil kardiyak girişim düşünülmeyişi belirtildi. Tek taraflı plevral efüzyona tanısal torasentez yapıldı. Kanlı içerik gelmesi BT anjiyografi çekildi; descendan aorta pulmoner trunkus seviyesinde yaklaşık 53mm çapa varan, yaklaşık 5,5cmlik segmentte anevrizmatik ektazi ve bu düzeyde en kalın yerinde 12mm mural trombusu görüldü, ayrıca anteriorda lümen dışında kontrast madde izlendi. Mediasten ve sol hemitoraksda da hemorajik dansiteler izlenmesi üzerine anevrizmatik aort rüptürü olarak değerlendirildi; kardiyovasküler cerrahi tarafından acil operasyona alındı. 5 gün yoğun bakımda takip edilen hastanın 7. gününde servisten şifa ile servisten taburcu edildiği öğrenildi.

SONUÇ: Diseksiyon klasik olarak yırtılır tarzda sırt ve göğüs ağrısı ile başvuruabileceği gibi atipik göğüs ağrısı, senkop, nefes darlığı, sırt ağrısı ve yan ağrısı gibi şikayetlerle de hastaneye başvuruabilir, gelişinde vital değerleri tamamen normal olabilir. Bu şikayetler ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında her zaman aort diseksiyonu düşünülmelidir. Diseksiyonda, ekstremitelerde nabızlar anevrizmatik rüptürün yerine göre normal olabileceği için; nabızların açık ve eşit olması tanıyı dışlamaz. Tek taraflı plevral efüzyon saptanan, göğüs ağrısı ve senkop ile başvuran hastalarda her zaman akılda tutularak ayırıcı tanıda düşünülmeli ve ağrının etiyojisi aydınlatılmalıdır.



TAM METİNLER

SALBUTAMOL KULLANIMI SONRASI ANİZOKORİ

Muhammed Emre DİNÇEL, BUKET KİZİR, MUSTAFA TURAN, SUNA ERAYBAR ATMACA
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Anizokori pupillaların farklı büyüklüklerde olması ile karakterize bir klinik bozukluktur. Tek bir pupillanın dilatasyonu veya konstruksiyonu sonucu ortaya çıkar. Karanlıkta pupillanın dilate olması gerektiğinden karanlıkta daha çok belirginleşen anizokori, küçük olan pupillanın anormal olduğunu gösterir ve sempatik yollarda bir problem olduğuna işaret eder. Işıktaki pupillanın küçülmesi gerektiğinden ışıktaki belirginleşen anizokoride ise büyük olan pupilla anormaldir ve parasempatik yollarda bir problem bulunur.

Anormal büyük pupillaya ise posterior sineşi, geçirilmiş göz cerrahisi, oküler travma, psödoeksfolyasyon sendromu, aynı taraf

3. kraniyal sinir felci yapan durumlar (tümör basısı, intrakraniyal kanama vb.) neden olmaktadır. Ayrıca atropin, tropikamid, siklopentolat gibi topikal ilaçlar tek taraflı pupilla dilatasyonuna neden olur.

Anormal küçük pupillanın nedenleri arasında iridosiklit, geçirilmiş göz cerrahisi, psödoeksfolyasyon sendromu veya pilokarpin gibi topikal ajanların neden olduğu farmakolojik konstruksiyon veya Horner sendromu gibi aynı taraf sempatik yolun çalışmadığı durumlar bulunmaktadır.

Bizde olgumuzda anizokori ile başvuran hastamızı açıklamaya çalıştık.



OLGU

66 Yaş kadın hasta dispne nedeni başvuru poliklinik kontrolleri sırasında farkedilen anizokori nedeni acil servise yönlendirilmiş.

Bilinen Koah, KKY, KRY hastalıkları mevcut olup daha önce nefrektomi operasyon öyküsü mevcut. Oküler veya kraniyal opeasyon öyküsü bulunmamakta Kullandığı ilaçları Lercadip, Beloc, Monoket long, Norm- asidoz, Bronkolin, Flixotide, Ventolin.

Vitalleri; T.a : 117/72 Nabız 72 Sao2 85 Ateş 36.2 Solunum sayısı 15-16 idi Hastanın yapılan muayenesinde Bilinç açık oryante-koopere GKS 15, Işık refleksi bilateral olağan, pupiller orta hatta anizokorik sağ miyotik sol midriyatik, göz hareketleri her yöne serbest, kraniyal sinir muayenesi normal, Konuşma normal 4 ekstremitte muayenesi olağan kas gücü yerinde. Duyu defisiti saptanmadı.

Hastanın yapılan labaratuvar testleri ve santral görüntülemesinde akut patoloji saptanmadı.

Hastanın özgeçmişine bakıldığında koah nedeni uzun süreli salbutamol kullanımı olması üzerine mevcut durumun salbutamol kullanımı nedeni olduğu düşünüldü ve destek tedavisi amaçlı Göğüs hastalıkları servisine interne edildi

SONUÇ

Anizokori fizyolojik nedenlerle olabileceği gibi hayatı tehdit edebilen durumlarda da görülebilir.

Acil servise başvuran hastaların pupillaları değerlendirilmelidir. Anizokori ile başvuran hastalarda pupillanın şekli, karanlıkta ve aydınlıktaki boyutu, göz kapağı değerlendirilmelidir. Farmakolojik testler tanı ve lezyonun lokalizasyonunda yardımcı olabilmektedir. Nörolojik belirtilere eşlik eden veya akut gelişen anizokori olgularında görüntüleme yöntemlerine başvurmak gerekir.

1. Anahtar Kelimeler: anizokori, salbutamol, koah KAYNAKLAR: 1. Rosen 815. Sayfa ,
2. Chaudhry P, Friedman DI, Yu W. Unilateral pupillary mydriasis from nebulized ipratropium bromide: A false sign of brain herniation in the intensive care unit. Indian J Crit Care Med 2014;18:176-7
3. Akut Bronşiyolitli Bir Hastada Anizokori olgu sunumu 3 Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye



TAM METİNLER

BETA BLOKER KULLANAN HASTADA BRADİKARDİ YÖNETİMİ

*Oğuzhan Açıköz, Avni Uygar, Nurhayat Başkaya, Rohat Ak, Faruk Şimşek, Ragıp Çetinkaya, Hatice Neva Baki
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ: Beta reseptörleri vücudun her yerinde bulunur ve geniş bir fizyolojik etki yelpazesine neden olur. Bu reseptörlerin beta bloker ilaçları ile bloke edilmesi birçok yan etkiye yol açabilir. Bradikardi ve hipotansiyon sıkça görülen iki yan etkidir. Yorgunluk, baş dönmesi, bulantı ve kabızlık da geniş çapta rapor edilir. Bazı hastalar cinsel işlev bozukluğu ve erektil disfonksiyon bildirir.

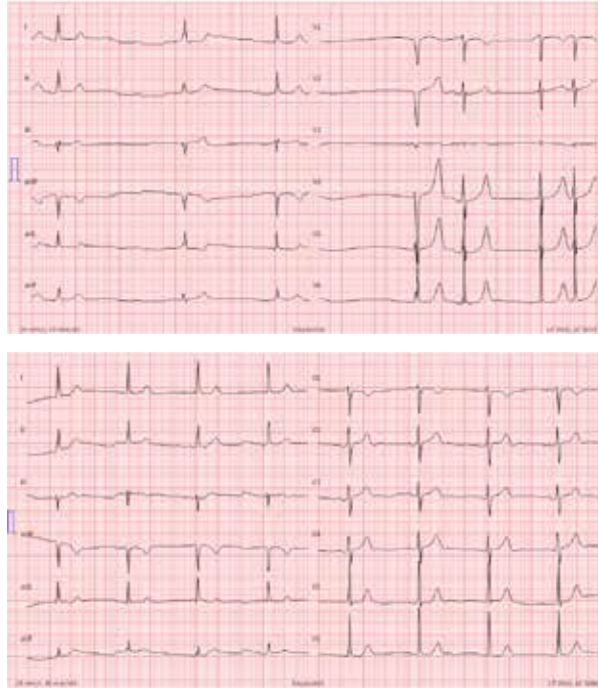
VAKA: 64 yaşında kadın hasta acile baş dönmesi şikayeti ile başvurdu. Hastanın ataksisi yok ve nörolojik muayenesi doğal. Senaloc 100mg kullanan hastanın gelişinde Nabızı 28-35 civarında görüldü. Hastaya atropin uygulandı fakat cevap alınamadı. Beta blokör kullandığı için hastaya yüksek doz insülin glukoz mayi infüzyonu başlandı ve hastanın nabızı 55-60 'lara yükseltildi. Hasta kardiyojlojiye konsülte edildi ve senaloc dozu düzenlenerek taburcu edildi

SONUÇ: Beta reseptörler vücudun her yerinde bulunur ve geniş bir etki yelpazesine neden olur. Beta blokörler de bu reseptörleri bloke ederek birçok yan etkiye yol açabilirler. Kronik beta blokör kullanımına bağlı bradikardide atropin tedavisinin etkili olmadığı, beta blokör toksisite tedavisi olan insülin- glukoz infüzyonunun etkili olduğu görülmüştür

KAYNAKLAR:

"National Center for Biotechnology Information - Bookshelf." National Center for Biotechnology Information, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532906/>.

"Cleveland Clinic - Beta Blockers." Cleveland Clinic, <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/22318-beta-blockers>.





TAM METİNLER

POSTKOİTAL SEREBROVASKÜLER OLAY

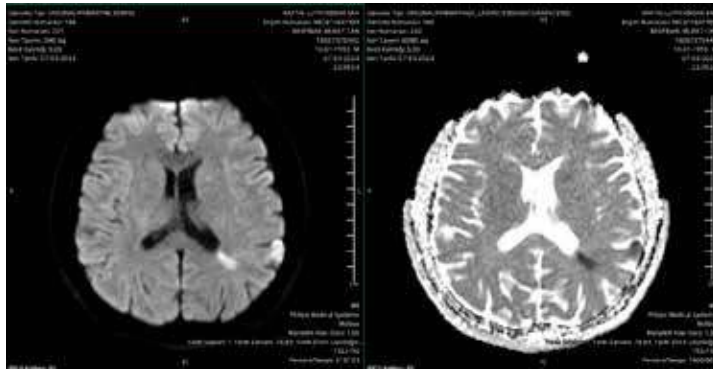
Ass Dr Oğuzhan AÇIKGÖZ, DoçDr Avni Uygur SEYHAN, DrÖğrt Üyesi Nurdan YILMAZ ŞAHİN, UzmDr Yasemin ÖZTÜRK, Ass. Dr. Şerife Gül GÜNDÜZ, Ass. Dr. Faruk ŞİMŞEK, AssDr Ragıp ÇETİNKAYA

GİRİŞ

İskemik inme beyne giden damarların tıkanması veya daralmasına bağlı olarak beyne giden kan akımında kritik seviyenin altına düşmesi sonucunda ortaya çıkan yeti kaybıdır. Beyinde etkilenen bölgenin yerine göre hastalar karşımıza farklı klinik tablolarla başvurmaktadır. Cinsel ilişkiyle ilişkili iskemik inme, özellikle belirgin bir risk faktörü olmayan genç bireylerde son derece nadir görülen bir olaydır. İnmelerin çoğunluğu hipertansiyon, atriyal fibrilasyon ve diyabet gibi iyi bilinen risk faktörlerine atfedilebilirken, cinsel aktivite de dahil olmak üzere fiziksel eforla tetiklenen vakalar önemli teşhis ve tedavi zorlukları oluşturur. Bu vaka, genç bir yetişkinde cinsel ilişki sonrasında gelişen iskemik inme örneğini detaylandırarak sınırlı literatüre katkıda bulunmaktadır.

VAKA

31 yaşında erkek hasta, cinsel ilişkiden bir saat sonra ani başlayan konuşma bozukluğu ve yazma yeteneğinde kayıpsıkayetiyle başvurdu. Hastanın tıbbi, ailesel ve psikososyal geçmişinde özellik yoktu; önceden herhangi bir kardiyovasküler risk faktörü ya da önemli genetik yatkınlık belirtilmemişti. Vital bulgular; ateş: 36°C, TA: 110/80 mmHg, nabız: 85/dk ve sO2: 98%. Fizik muayenede bilinç açık GKS: 15, solunum sesleri doğal, batin rahat saptandı. Hastanın nörolojik muayenesinde konuşmada yavaşlama ve yazamama görüldü, duyu ve motor defisiti yok ve lateralizan bir bulgu saptanmadı. Hastanın çekilen beyin BT'sinde akut bir patoloji saptanmadı. Sonrasında çekilen difüzyon MRG'de sol parietel deadc karşılığı olan difüzyon kısıtlılığı saptandı ve sol parietal lob iskemisi olan hasta nörolojiye devredildi.



SONUÇ

Olgumuz, cinsel aktivitenin genç erişkinlerde iskemik inmeyi tetikleme potansiyeline ilişkin klinik farkındalığın artırılmasına yönelik kritik ihtiyacı vurgulamaktadır. Aynı zamanda esrar kullanımı, orgazmiksefalji, PFO ve genetik trombofilidahi ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere geniş kapsamlı etiyolojik faktörlerin dikkate alınmasının önemini altını çizmektedir.



TAM METİNLER

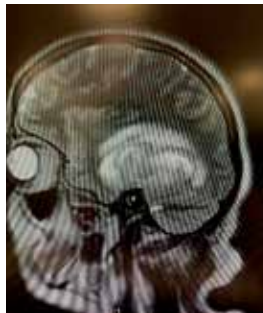
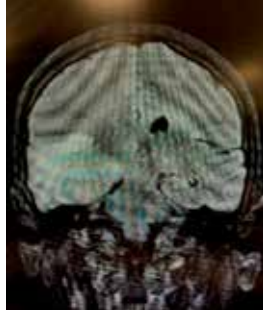
BAŞ AĞRISI İLE BAŞVURAN BİR HASTA- İNTRAKRANİYAL KİTLE

Doç. Dr. Avni Uygar SEYHAN, Dr. Öğr. Üyesi Nurdan YILMAZ SAHİN, Ass. Dr. Ahmet KAYA

GİRİŞ: Baş ağrısı acil serviste en sık karşılaşılan şikayetlerden biridir. Primer baş ağrısı bozuklukları - migren, gerilim baş ağrısı ve küme baş ağrısı - tüm baş ağrılarının yaklaşık %98'ini oluşturur; ancak ikincil baş ağrıların tanınması önemlidir çünkü bunlar ciddidir ve hayatı tehdit edici olabilir. Baş ağrıların birçoğunun nedeni primer baş ağrıları olsa da, baş ağrısı beyin tümörleri ve metastatik hastalıkların (sekonder baş ağrısı) habercisi olabilir. Beyin tümörleri baş ağrısı şikayetiyle başvuran hastaların etiyolojisinde küçük bir kısmı oluştursa da, tümör ile ilişkili baş ağrısı özelliklerini tanımak kritik öneme sahiptir. Beyin tümörü olan hastalarda baş ağrısının değişken doğası nedeniyle, hastalarda beyin tümörüne atfedilen baş ağrısı tanısı düşünülmelidir. Şiddetli dayanılmaz baş ağrı, önceden var olan baş ağrısının değişim paterni, bulanık görme, fokal nörolojik bulgular veya nöbet ve sistemik bulguları "kırmızı bayraklar" varsa klinisyeni sekonder baş ağrısından şüphelenmeye yönlendirebilir.

VAKA 41 yaşında kadın hasta, baş ağrısı bulantı görme bozukluğu ile şikayetiyle acil servise başvurdu. Baş ağrısı 6 gündür giderek artmıştı. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon öyküsü mevcuttu. Antihipertansif kullanımı mevcuttu. Antikoagülan kullanımı veya travma öyküsü yoktu. Hastanın vital bulguları arteriyel kan basıncı 160/90 mmHg kalp atımı 95/dk satürasyon 98 glasgow koma skalası 15 oryante koopere üst ve alt ekstremitelerde kas gücü bilateral 5/5 Sol nazolabial sulkus hafif silik ışık refleksi +/-, pupiller izokorikti, Bilateral minimal dışa bakış kısıtlılığı saptandı.Cerebellar testler normaldi, ense sertliği yoktu. Diğer sistem bulguları normaldi. Analjezge rağmen hastanın şikayetleri gerilemedi. Laboratuvar bulgularında özellik saptanmadı. Bilgisayarlı beyin tomografisinde (BT) akut kanama , şift izlenmedi ancak sağ temporoparietalde 6 cm hipodens alan izlendi. Yapılan fundus muayenesinde, bilateral optik disk hafif bulanık bulundu ve makula normaldi. Beyin tümör ön Tanısı ile kontrastlı kraniyal manyetik rezonans görüntüleme(MR), sağ temporoparietal bölgede kontrast tutan 6 cm kitle ile uyumlu lezyon saptandı. Hasta beyin cerrahisi servisine devredildi.

SONUÇ: Baş ağrısı, acil servislere başvurma en yaygın nedenlerinden biridir. Primer baş ağrısı olabilir (migren) veya diğer hastalıkların,sekonder baş ağrısı (kanama veya intrakraniyal kitleler gibi) habercisi olabilir. Bu nedenle, acil hekimin baş ağrıların doğru ve etkili bir ayırıcı tanısını koyması son derece önemlidir. Kırmızı bayraklar:ağrının ani başlaması ve dakikalar içinde şiddetlenmesi beyin kanamasını düşündürülebilir ve intrakraniyal basıncı artıran hastalıklar gibi uzun süredir var olan ancak giderek daha şiddetli ve dayanılmaz hale gelen baş ağrılarında dikkate alınmalıdır.





TAM METİNLER

AKUT EPİPLOİK APANDİSİT HASTA YÖNETİMİ: VAKA SERİSİ

Yeşim Eyles, Necmiye Yalçın Ocak
T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ:

Epiploik apandisit (EA), kolonu çevreleyen peritonun oluşturduğu yağ dolu keselerin spontan torsiyonundan veya venlerinin spontan trombozundan kaynaklanan inflamatuvar bir durumdur (1). Karın ağrısının nadir nedenlerinden olan bu durum klinik olarak akut batın tablosunu taklit eder (2). Tanıda altın standart bilgisayarlı tomografi (BT)'dir (3). Acil serviste epiploik apandisit doğru tanısı ile hastalar ayakta tedavi ve takip edilebilir (2,3). Böylece acil serviste kalış süreleri, hastaneye yatış ve gereksiz cerrahi müdahaleler azaltılarak buna bağlı ek sağlık bakım maliyetlerinden ve cerrahi komplikasyonlardan kaçınılır.

Burada sunduğumuz 5 vaka ile, nadir görülen ve akut batın kliniğini taklit eden bu hastalığın acil servislerde takip, tedavi ve yönetimi üzerine güncel literatürü gözden geçirmeyi ve farkındalığı arttırmayı amaçladık.

VAKALAR:

Üçüncü basamak bir eğitim ve araştırma hastanesinin, acil servisine akut karın ağrısı ile başvuran ve kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisi ile akut epiploik apandisit tanısı almış 5 vaka sunulmuştur.

Tüm hastalar karın ağrısı şikâyeti ile başvurmuştu ve ek yakınmaları yoktu. Hastaların hepsinde başvuru anında vital parametreler stabildi. Hiçbir hastada fizik muayenede sol alt kadranda hassasiyet dışında ek bulguya rastlanmadı.

Hastaların tamamına tam kan sayımı yapılmıştı ve üç hastada beyaz küre sayısı (WBC) referans aralığının üzerinde, iki hastada normal sınırlarda saptandı. Hiçbir hastada C-reaktif protein (CRP) elde edilmemişti. Tüm hastalara görüntüleme tetkiki olarak intra venöz kontrastlı batın BT elde edilmişti. Hiçbir hastada BT öncesi ultrasonografi (US) tercih edilmemişti. Genel cerrahi konsültasyonu üç hastada istenmiş, iki hastada istenmemişti. Hastaların tamamı ayakta takip edilmiş, kayıtlar incelendiğinde takibinde hiçbir hastaya cerrahi girişim gerekmediği tespit edilmiştir. Hastalarda elde edilen tetkikler ve klinik yönetimleri Tablo 1.'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Tetkikler ve klinik yönetim						
	Yaş	Cinsiyet	WBC * ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	BT raporu	Genel Cerrahi konsültasyonu	Karar
Vaka 1	39	Erkek	12.6	İnen kolon distalinde mezenterik yağlı dokuda dansite artışı, heterojen ve kirlili görünüm	Var	NSAI Antibiyoterapi, Ayaktan takip
Vaka 2	31	Kadın	7.6	İnen kolon distalinde mezenterik yağlı dokuda dansite artışı, heterojen ve kirlili görünüm	Var	NSAI PPI Ayaktan takip
Vaka 3	31	Erkek	10.7	Sigmoid kolon proksimalinde yağ dokuda kirlenme	Yok	Ayaktan takip
Vaka 4	54	Erkek	12.2	Transvers kolon pitotik, distal kısımda yağlı dokuda kirlenme	Var	NSAI, PPI Antibiyoterapi,
Vaka 5	31	Erkek	5.6	Sigmoid kolon anteriorda yağ planlarda kirlilik	Yok	Ayaktan takip
*WBC; referans aralığı 4.2-10.6 ($\times 10^3/\mu\text{L}$) BT; Bilgisayarlı Tomografi NSAI; Non-Steroid Anti-İnflamatuvar PPI; Proton Pompa İnhibitörü						

Tüm hastalara akut epiploik apandisit tanısı intra venöz kontrastlı BT ile koyulmuştur. Kolon segmentleri etrafındaki yağlı dokuda dansite artışı ve çevrede kirlilik akut epiploik apandisit olarak yorumlanmıştır. Hastaların acil serviste takip süreleri; genel cerrahi kliniğinden konsültasyon istenen üç hastada sekiz saat üstünde, istenmeyen 2 hastada sekiz saat altında tamamlanmıştır.

TARTIŞMA:

Acil servislere karın ağrısı şikâyeti ile başvuran ve akut batın ayırıcı tanısı yapılması gereken hastalarda nadir tanılardan olan akut epiploik apandisit tanı 5 vakayı sunduk.

Literatürde 20-50 yaş arası erkeklerde ve obezlerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (2-4). İlişkili diğer faktörler yoğun yorucu egzersiz ve fitik varlığıdır (2). Vaka serimizde de erkek ve üçüncü dekatta hastalar daha fazla idi. Epiploik apandisit, diğer akut batın nedenlerinden ayıran spesifik bir fizik muayene bulgusu yoktur. Hastalarda fizik muayenede sol alt kadranda derin palpasyonda hassasiyet ve rebound pozitifliği, laboratuvar testlerinde inflamasyona sekonder lökosit ve CRP artışı görülür (3-5). Vaka serimizdeki tüm hastalarda sol alt kadranda hassasiyet tespit edildi. Hiçbir hastamızda CRP çalışmamıştı, üç hastamızda lökositoz mevcuttu.

Ayırıcı tanıları arasında; akut divertikülit, akut apandisit, ovarian patolojiler, renal kolik, mezenterik lenfadenit, akut omental torsiyon ve mezenterik pannikülit yer alır (3). Akut batın ayırıcı tanısının yapılması için BT altın standarttır (4,6). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada EA'lı 92 hastada US tanılal etkinliği BT ile karşılaştırılmış ve EA tanısı için oldukça yeterli olduğu rapor edilmiştir (2). Burada sunduğumuz vaka serimizde ise hiçbir hastaya US yapılmadığı, tüm hastalara BT elde edildiğini tespit ettik. Kolay ulaşılabilir, hızlı, tekrarlanabilir ve radyasyon maruziyeti yaratmayan US acil servislerde birçok tanı için ilk tercih olarak kullanılmaktadır. Ancak US yapan hekimin tecrübesine göre sensitivite ve spesifitesi değişebilmektedir. Kliniğimizde ulaşılabilir olmasına rağmen, hiçbir hastaya batın ultrasonografisi yapılmamıştı. Atipik kliniğe sahip hastalarda ve nadir görülen hastalıkların ayırıcı tanısında kliniğimizde hekimlerin sıklıkla BT elde etmek istediklerini söyleyebiliriz. BT'nin daha sık kullanılmasıyla birlikte ameliyat öncesi tanı oranlarının arttığı, dolayısıyla konservatif olarak tedavi edilen ve komplikasyonsuz iyileşen hasta sayısının da arttığı bildirilmiştir (3). Vaka serimizdeki tüm hastaların tanısı BT ile doğrulanmıştır. Kesin tanıya rağmen genel cerrahi kliniğinden konsültasyon istenen üç hastada acil servis kalış süresi sekiz saat üstünde iken, istenmeyen 2 hastada sekiz saat altında tespit edilmiştir.

SONUÇ:

Epiploik apandisit konservatif tedaviye iyi yanıt veren, kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Kontrastlı batın tomografileri ile akut epiploik apandisit tanısı kesinleşen hastalar bir acil tip uzmanı tarafından bilgilendirilip tedavisi düzenlenerek güvenle taburcu edilebilir. Böylece acil serviste uzun kalış sürelerinin, gereksiz hastaneye yatışların ve ameliyatlardan önüne geçilebilir.



TAM METİNLER

KAYNAKLAR:

1. Schnedl WJ, Krause R, Tafeit E, et al. Insights into epiploic appendagitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2011;8:45-9. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2010.189>
2. Giannis D, Matenoglou E, Sidiropoulou MS, Papalampros A, Schmitz R, et al. Epiploic appendagitis: pathogenesis, clinical findings and imaging clues of a misdiagnosed mimicker. *Ann Transl Med.* 2019;7:814.
3. Öztaş M, Türkoğlu B, Öztas B, Alakuş Ü, Meral UM. Rare causes of acute abdomen and review of literature: Primary/secondary omental torsion, isolated segmental omental necrosis, and epiploic appendagitis. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2023; 29:193-202.
4. Doğan AN, Çakıroğlu B, Akça AH, Aksoy SH, Akar T. Primary epiploic appendagitis: evaluation of computed tomography findings in the differential diagnosis of patients that presented with acute abdominal pain. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2022 Jan;26(1):59-63. doi: 10.26355/eurrev_202201_27748. PMID: 35049020.
5. Limon O, Colak N, Bayram B, Atilla R. Acute Epiploic Appendicitis: A Diagnostic Dilemma. *Tr J Emerg Med* 2012;12(3):140-143 doi: 10.5505/1304.7361.2012.70188
6. Çevik B, Kasapoğlu B. Primary epiploic appendagitis: A retrospective analysis of clinical and tomographic findings in 14 patients. *Arch Curr MedRes.* 2023;4(3):186-91. DOI: 10.47482/acmr.1340949



TAM METİNLER

KARIN AĞRISI TARİFLEMİYEN HASTADA GANGRENÖZ KOLESİSTİT

Yazar İsmi İlayda Tamer, Ahmet Ülker, Berkay Güvenir, İbrahim Sarbay, Ahmet Oluk, Mustafa Çalık
İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

VAKA SUNUMU

77 yaş erkek hasta, 3-4 gündür olan halsizlik ve genel durum bozukluğu ile ambulans aracılığıyla acil servise getirildi. Hastanın bilinen parkinson ve benign prostat hiperplazisi tanıları mevcuttu. 3 gün önce halsizlik şikayetiyle dış merkeze başvuran hastaya idrar yolu enfeksiyonu tanısı ile antibiyotik tedavisi başlandı, ancak genel durumunun kötüleşmesi üzerine tarafımıza başvurduğu öğrenildi.

Gelişindeki vital bulguları şu şekildedir: Kan basıncı: 130/80 mmHg, nabız: 70/dk, ateş: 36.5 C, sPO2: %99, kan şekeri: 90

Fizik muayenesinde Glasgow Koma Skoru 15, bilinç açık, oryante, koopere, nörolojik muayenesi doğal bulundu. Laterizan bulgu yoktu. Işık refleksi: ++/++. Akciğer bazalarında ral dışında dinleme bulgusu yoktu. Batında sağ üst kadranda hassasiyet vardı. Defans veya rebound yoktu. Kostovertebral açı hassasiyeti yoktu. Periferik nabızlar açıktı. Pretibial ödem görülmedi.

İstenen laboratuvar tetkiklerinde Wbc: 23.89 10³/µl, Hemoglobin: 73g/L, Hct: 22.7%, Platelet: 315 10³/µl CRP: 182.58mg/L, AST: 81.1 U/L, ALT: 11.3 U/L, Direkt Bilirubin: 0.46mg/dl, İndirekt Bilirubin: 0.48mg/dl, Pro-BNP: 2163 pg/ml görüldü.

Hastaya radyolog tarafından hepatobiliyer usg uygulandı. Akut patoloji saptanmadı.

Bunun üzerine intravenöz kontrastlı batin tomografisi görüntülemesi yapıldı. "Safra kesesi duvarlarında düzensizlik ve kalınlık artışı, safra kesesi lümeninde milimetrik boyutlu taş, perikolesistik heterojen çizgisel dansite artımlarının dikkati çektiği ve ön planda "gangrenöz kolesistit?" düşünüldüğü yorumu alındı.



Şekil 1. Bilgisayarlı tomografide gangrenöz kolesistit ile uyumlu görünüm

Oral alımı durdurulan hastaya uygun antibiyoterapi ve hidrasyon başlandı. Genel Cerrahi bölümüne danışıldı. Yatışı yapılan hastaya görüntüleme eşliğinde kolesistemi işlemi uygulandı.

TARTIŞMA

Safra kesesi taşlarının büyük çoğunluğu asemptomatiktir. Biliyer kolik, safra taşı hastalığının en sık görülen komplikasyonudur.

Akut kolesistit, safra kesesinin akut inflamatuvar hastalığı olup, en sık nedeni safra kesesi taşları veya çamurdur. Prevelansı ileri yaşta (en sık 4. dekad), kadınlarda, gebelerde, orak hücre anemisi olanlarda, vücut kitle indeksi arttıkça artar. Tıkaçıcı taş yerinde kalırsa safra kesesi enfekte olur ve akut kolesistit gelişir. Safra kesesi duvarında nekroz ve gangren (gangrenöz kolesistit) ile sonuçlanabilir.

Hastalar tipik olarak birkaç saatten fazla sürmeyen ve safra taşı tıkaçıcı konumundan hareket ettiğinde kendiliğinden düzelen, epigastriyumda veya abdomen sağ üst kadranda tekrarlayıcı, bazen sırta yayılan ağrı ile başvururlar.

Abdominal ultasonografi, akut kolesistit için tercih edilen görüntüleme yöntemidir (sonografik murphy işareti). İntravenöz kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi gangrenöz kolesistit gibi komplikasyonları göstermede daha başarılıdır. Bunlara ek olarak; Teknesyum-99m hepatobiliyer iminodiasetik asit kolesintigrafisi ve Manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi dahil manyetik rezonans görüntülemesi uygulanabilir.

Tedavide oral alımın durdurulması, hidrasyon, analjezi, antiemetik ve uygun antibiyotik tedavisi uygulanır. Laparoskopik kolesistektomi uygulanır.

KOLESİSTİT TANİ KRİTERLERİ

A) Yerel iltihap belirtileri

1-murphy işareti

2-sağ üst kadranda kitle/ağrı/hassasiyet

B) Sistemik iltihap belirtileri

1-ateş

2-yüksek WBC

3-yüksek CRP

C) Görüntüleme bulguları

Şüpheli tanı: a'da bir öge+b'de bir öge

Kesin tanı:a'da bir öge+b+c'de bir öge

Yaşlı hastalarda semptomlar her zaman çok net değildir ve fizik muayenenin eksiksiz uygulanmaması çeşitli tanıları ve komplikasyonları atlamaya yol açabilir.

Özellikle yaşlı hastalarda ayırıcı tanıları geniş çerçevede düşünüp, fizik muayene ile birleştirip tanıya gitmeliyiz.

Akut Kolesistitte ilk görüntüleme seçeneği ultrasonografi olmakla birlikte, yüksek şüphede bilgisayarlı tomografi gibi ileri görüntüleme yöntemlerinin de tercih edilmesi gerektiği ve gangrenöz kolesistit gibi komplikasyonların bu şekilde daha iyi değerlendirilebileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Tintinalli J. Kolesistit. Tintinalli Acil Tıp. 2022;512-516

2. Özel A, Erturk S. Safra Kesesi Hastalıkları. Türk Radyoloji Seminerleri. 2016;483-494,3(3)



TAM METİNLER

YAYGIN TROMBOZLA SEYREDEN SUBKLAVYEN VEN HEMODİYALİZ KATETERİ İLİŞKİLİ VENA CAVA SUPERİOR SENDROMU: OLGU SUNUMU

Gizem Ebrar ÇAYLAK¹, Yücel YÜZBAŞIOĞLU¹, Cengiz KAYA¹, Ertan CÖMERTPAY¹, Yavuz KATIRCI¹

¹ Acil Tıp Kliniği, S.B.Ü. Gülhane Eğitim ve Araştırma HASTANESİ, Ankara, Türkiye

GİRİŞ

Vena cava superior sendromu hayatı tehdit edebilecek bir sendromdur. Sıklıkla maligniteye sekonder baskıya bağlı görülse de nadir de olsa tromboz da nedenleri arasındadır.

Hemodiyaliz hastalarında subklavyen ven kateterizasyonu sık kullanılan santral ven kateterizasyonlardır. Kateter trombozu nadir görülen ve hayatı tehdit eden bir durumdur. Santral ven kateterlerinde tromboz olasılığı kateterizasyon süresi ile artmaktadır. Kateter yerleştirilmesi sırasında oluşan epitel hasarı, düşük kan akımı, kateter materyeli, kateterizasyon süresi, kateterden uygulanan sıvıların özellikleri, kateterizasyon bölgesi, komorbiditeler tromboz sürecinde etkilidir.

Vakamızda subklavyen ven kateter trombozu ve yaygın trombozla seyreden vena cava superior sendromundan bahsedilmektedir.

VAKA SUNUMU

55 yaşında erkek hasta, 1 haftadır halsizlik, 2 gündür gittikçe artan solunum sıkıntısı ve sırt ağrısı şikayeti mevcut. Hastanın öyküsünde hipertansiyon, tip 2 DM, kronik böbrek hastalığı, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, ritm bozukluğu ve kolelitiazis mevcut; 3 yıldır hemodiyaliz hastası, daha önce 3 kez fistül denenmiş, başarılı olmamış, hep kateterden diyaliz almış. Mevcut sağ subklavyen ven kateteri 3 ay önce açılmış, haftada 3 gün hemodiyaliz tedavisi almakta.

Hastanın ilk muayenesinde bilinci açık, oryante, koopereydi, boyun, yüz bölgesi, her iki üst ekstremitesi ödemli ve siyanotik görünümdeydi. Pemberton bulgusu negatif. Ek patolojik bulgusu yoktu. Oda havası saturasyonu 88, kan basıncı 107/78.

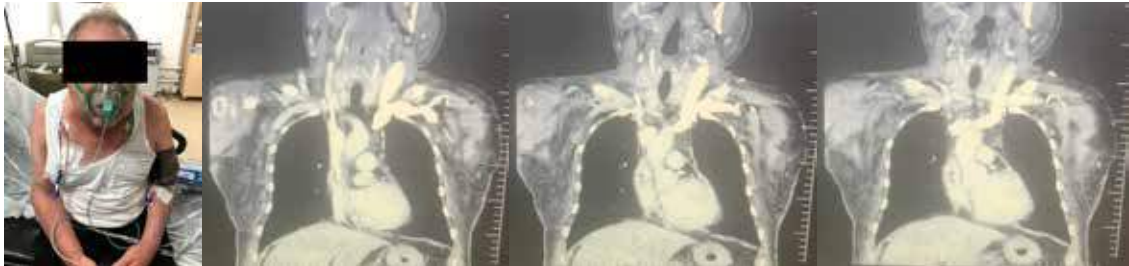
Hastanın yüz bölgesinde ödem, nefes darlığı muayenesi sırasında artan hastada vena cava superior sendromundan şüphelenilerek görüntülemeleri yapıldı. Ultrasonda hastanın sağ subklavyen kateteri ve sağ subklavyen veninde trombus; sağ submandibular bölge ödemli izlendi. Bilgisayarlı tomografi anjiyografide sol brakiosefalik ven distalinde, vena cava inferior kaudalinde, sağ atriumda trombus lehine yorumlanan hipodens alanlar izlendi. Hastanın ekokardiyografisinde tüm superior vena cavada trombus izlendi.

Hastanın pulmoner bilgisayarlı tomografi anjiyografi çekilerek pulmoner emboli dışlandı.

Hemodiyaliz kateteri ilişkili yaygın trombozla seyreden vena cava superior sendromu tanısıyla asetil salisilik asit kullanan hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin 6000 IU 2X1 ve coumadin 5 mg 1x1 başlandı. Hastanın trombozunun akut/kronik ayrımı yapılamadığından hastaya trombektomi/trombolitik önerilmedi.

Takiplerinde oksijen desteğine rağmen solunum sıkıntısı artan hasta entübe edildi. Ödemi artan hastanın tedavisine dekort 4x4 mg eklendi. Proton pompa inhibitörü, antibiyoterapisi başlandı. Takiplerinde asidozu, hipervolemisi, hiperkalemi gelişen hastaya yeni diyaliz kateteri açılarak hemodiyalizi başlandı. Hemodiyalizin 3. saatinde hastanın kardiyak arrest olması üzerine hemodiyaliz sonlandırıldı, kardiyopulmoner resusitasyon başlandı. Kardiyopulmoner resusitasyonun 4. dakikasında spontan dolaşımın geri dönüşü sağlandı. Hipotansif seyreden hastaya inotrop desteği başlandı. Yoğun bakıma yatırışı yapıldı.

Yoğun bakım takiplerinde asidozu artan, inotrop desteğine rağmen hipotansiyonu düzelmeyen hasta tanı alışıının 4. gününde tekrar kardiyak arrest olması sonrası kardiyopulmoner resusitasyona yanıt vermiyip exitus mortalis olarak kabul edildi.



TARTIŞMA

Hastanın gövdenin üstünde ve üst ekstremitelerde giderek artan ödemi ve nefes darlığı olması superior vena cava sendromunu akla getirdi. Hasta asetil salisilik asit kullanıyor olmasına ve düzenli hemodiyalize giriyor olmasına rağmen trombus gelişmiş. Yaygın trombozla seyreden subklavyen ven hemodiyaliz kateteri ilişkili superior vena cava sendromu tanısı ile takip edilen hasta sayısı literatürde nadir bulunmaktadır. Abdul Samet Şahin ve ark.⁽¹⁾ vakasında da hemodiyaliz kateterinden 1 yıl sonra trombus görülmüştür. Literatürdeki tedavi seçenekleri arasında antikoagülanlara rağmen klinik iyileşme gözlenmeyen ve akut gelişen ciddi semptomatik hastalarda trombolitik ve trombektomi tedavi seçenekleri de bulunmaktadır. İsmail Cihan Özbek ve ark.⁽²⁾ vakasında cerrahi yöntem uygulanmıştır. Vakamızda trombozun akut/kronik ayrımı yapılamadığından antikoagülan tedavi başlanmıştır. Hemodiyaliz kateteri olan hastalarda antikoagülan kullanımına rağmen tromboz nadir de olsa karşılaşılabilen komplikasyonlar arasındadır.

ANAHTAR KELİMELE

Subklavyen ven, vena cava superior sendromu, tromboz

(1) Beydüz, O., Şahin, A. S., Kadi, R., Beşer, M. F. (2024). Superior Vena Cava Thrombosis in A Young Hemodialysis Patient After 1 year of Central Venous Catheter Removal: A Case Report. Journal of Emergency Medicine Case Reports, 15(1), 4-6. <https://doi.org/10.33706/jemcr.1389895>

(2) Özbek Cihan İ, Sever K, Mansuroğlu D, Kaçar S. Surgical treatment of catheter related superior vena cava syndrome without cardiopulmonary bypass in a patient with renal transplantation. Turk Gogus Kalp Dama 2013;21:187-190



TAM METİNLER

İNTRAKRANİYAL KANAMA VAKALARINDA OPTİK SINİR ÇAPININ YATAK BAŞI USG İLE ÖLÇÜMÜ

Dr. M. Buğra Koç
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcioğlu Şehir Hastanesi, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Kafa travmaları ve sebep oldukları intrakraniyal kanamalar, acil servislere sıkça karşılaştığımız ve hayati tehlikesi olan vakalardır. Hızlı tanı ve müdahale hayat kurtarıcı olabilir. Hastada intrakraniyal kanamanın tespiti için en sık kullandığımız yöntem bilgisayarlı tomografi (BT) olmakla birlikte, kimi zaman kliniğin veya görüntüleme ünitesinin yoğunluğu tanıyı geciktirebilmektedir.

VAKA

61 yaşında erkek hasta kliniğimize yüksekten düşme nedeniyle getirildi. Bilinen hastalığı veya ilaç kullanım öyküsü yoktu. Kan basıncı: 150/85 mmHg, nabız: 74 / dk, Glasgow koma skoru 12 (E4 V2 M6) idi. Oksipital bölgede 30*20 mm şişlik ve kanamalı abrazyon alanı vardı. Pupiller anizokorik, sağ pupil midriyatikti; ve her iki gözde de direkt veya indirekt ışık refleksi yoktu. İntrakraniyal kanama ön tanısı ile yaklaştığımız hastanın optik sinir kılıf çaplarını yatak başı ultrasonografi (USG) ile değerlendirdiğimizde sağ tarafı 4 mm, sol tarafı 3 mm olarak ölçtük. Literatürde belirtilen 5 mm kesim değerinin¹ altında olmalarına rağmen, sağ optik sinir kılıf çapındaki bu 1 mm'lik artışı sağ pupilin midriyatik olması ile birlikte değerlendirdiğimizde kafa içi sağ tarafta bir kanama odağı olabileceğini düşünerek hastamızı hemen BT ünitesine götürdük. Hastamızın beyin BT görüntülerini incelediğimizde; sağ frontoparietal bölgede 6 mm subdural kanama, yaygın subaraknoid kanama, sağ parietalden oksipitale uzanan fraktür hattı, ve sola doğru kayan orta hat shifti olduğunu gördük. Ayrıca optik sinir kılıf çapını BT görüntülerinde de incelediğimizde, sağda 5,5 mm, solda 4,6 mm ölçüldü.

TARTIŞMA

Tayal ve arkadaşları acil serviste yatak başı USG ile akut kafa travması hastalarının optik sinir kılıf çapını ölçmüşler, ve 5 mm kesim değerinin artmış kafa içi basıncının tespitinde %100 sensitivite ve %63 spesifitesi olduğunu, BT ile tespit edilebilen herhangi bir travmatik hasarın tespitinde ise %84 sensitivitesi ve %73 spesifitesi olduğunu göstermişler.² Kim ve arkadaşları da meta-analizlerinde yatak başı USG ile 5 mm'den daha geniş ölçülen optik sinir kılıf çapının, artmış kafa içi basıncını tespit etmede %99 sensitivite ve %73 spesifiteye sahip olduğunu göstermişlerdir.¹ Bizim vakamızda ise yatak başı USG ile ölçtüğümüz optik sinir kılıf çapları bu 5 mm'lik kesim değerinin altında olmalarına rağmen, sağ ve sol arasında fark vardı. Bu yüzden sağ ve sol optik sinir kılıf çapları arasındaki anlamlı bir farkın da kafa içi basınç artışını öngörebileceği hipotezini öne sürüyoruz. Vakamızın tanı sürecinde yatak başı USG ile ölçtüğümüz sağ ve sol optik sinir kılıf çapları arasındaki 1 mm'lik farkın, kanamanın yeri ile ilişkili olduğunu gördük. Elbette, bu yalnızca tek bir vakada gördüğümüz anekdotal bir bilgi olduğundan, bu hipotezin doğrulanabilmesi için daha fazla prospektif kontrollü çalışmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1: Ultrasonographic optic nerve sheath diameter to detect increased intracranial pressure in adults: a meta-analysis, <https://doi.org/10.1177/0284185118776501>

2: Emergency Department Sonographic Measurement of Optic Nerve Sheath Diameter to Detect Findings of Increased Intracranial Pressure in Adult Head Injury Patients, <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.06.040>



TAM METİNLER

TRAVMA NEDENİYLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN HEMOFİLİ OLGUSU

Murat Hasan Ballı ,Sinem Doğruyol

İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ

Hemofili A, en sık görülen kalıtsal pıhtılaşma bozukluğu olup, pıhtılaşmayı sağlayan faktör VIII'in (FVIII) eksikliği ya da anormallliği durumunda ortaya çıkmaktadır.

OLGU

41 yaş erkek hasta acil servisimize bisikletten düşme şikayeti ile 112 ile getirildi. Sol diz çevresinde abrazyon ve ödem mevcuttu. Bilinen hemofili A tanısı olup 24 saat önce 2x500 Ünite F VIII verildiği öğrenildi. Sol diz çevresinde 2x2 cm ebatlarında abrazyon ve ağrıya neden olan şişlik tespit edildi. Hastanın aPTT değeri 47,6 sn, PTZ 11,4 sn, INR 1,04 idi. Direkt grafisinde tibia platosunda fraktür, bölgenin bilgisayarlı tomografi incelemesinde tibia platosunda deplase fragmente fraktürler ve suprapatellar bölgede effüzyon izlendi. Ortopedi ve dahiliye ile konsülte edilen hastaya Ortopedi'nin cerrahi operasyon önerisi olmakla beraber takipli olduğu Hematoloji uzmanı tarafından ivedilikle 2x500 Ünite F VIII uygulaması önerildi.



SONUÇ

Hemofili A olgularında erken tanı ve uygun acil yönetimi hastaları hem akut hem de kronik komplikasyonlardan korumada önemli yer teşkil etmektedir.





TAM METİNLER

ESKİ DÜŞMANDAN DOST OLMAZ: PSÖDOANEVRİZMA

BEDİRHAN ÇETİNKAYA, İHSAN EGE TANER, MUSTAFA ARİF KARAZEYBEK, SUNA ERAYBAR ATMACA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Psödoanevrizmalar, arteriyel duvardaki bozulma nedeniyle kanın arter lümeninin dışına çıkarak oluşturduğu ve aynı zamanda lümen ile iletişim halinde olduğu lokalize pulsatil kitlesel yapılar. Karakteristik bulgular pulsatil bir kitle ve elle hissedilebilen bir titreşimdir. Patolojik olarak arter duvarının bütünlüğü bozulmuştur ve anevrizmal kesenin dış duvarı köken aldığı arterin adventisya tabakası, perivasküler doku, kan pıhtısı veya bir reaktif fibroz doku tabakası içerebilir. Kesenin etrafı arteriyel yapılara ait olan üçlü tabakadan (intima, media, adventisya) oluşmadığı için gerçek arteriyel anevrizmadan bu yönü ile ayrılıp, "yalancı anevrizma", "false anevrizma" gibi terimler de isimlendirme amacıyla kullanılabilir. Lokalizasyonuna ve köken aldığı arterin duvarındaki defektin çapına bağlı olarak çok farklı boyutlarda olabilir.¹

OLGU

77 yaşında erkek hasta sol bacakta ağrı ve şişlik şikayeti ile acil servisimize başvurdu. 2-3 gündür olan, sol bacak femoral bölgede ağrı ve şişliğin olduğu, üstüne basamadığı öğrenildi. Bilinen bir hastalığı ve ilaç kullanımı yok. Acil servise geliş vitalleri tansiyon:133/87 mmHg, nabız:83 atım/dk, ateş:36.6°C, satürasyon: %99 olarak ölçüldü. Hastanın muayenesinde sol femoral bölgede geniş bir ekimoz, ayrıca gözle görülen ve palpasyonla hissedilen pulsatilite mevcuttu. Ekstremitenin distalinde nabızları normal olan hastanın 30 yıl önce bacağından ateşli silahla yaralandığı öğrenildi. Bunun üzerine çekilen röntgen ve ekstremité BT anjiyografisinde sol femoral bölgede kurşun ve buna bağlı anevrizma görüldü. Kalp damar cerrahisi ile görüşülen hasta False Anevrizma ön tanısıyla kalp ve damar cerrahisi yoğun bakıma interne edildi.

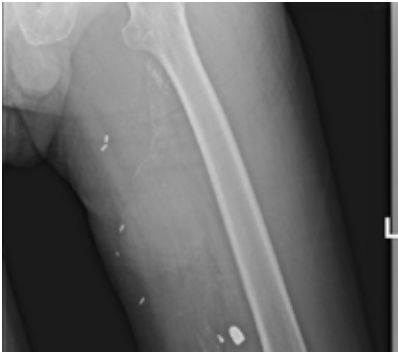
SONUÇ

Psödoanevrizmalar nadir görülen bir durumdur. En sık nedenler travma, enfeksiyonlar, uyuşturucu bağımlılığı ve iyatrojenik nedenlerdir. 2 Görülme sıklığı toplumun farklı kesimlerinde ve etiyolojiye göre değişebilmekle birlikte bu oran risk altındaki popülasyonda ortalama %0.05-0.2 civarındadır. En sık femoral arterde görülmektedir. Ulaşacağı boyuta göre pulsasyon verebilir. Eğer anevrizma yırtılırsa, kanamaya bağlı morluk oluşabilir. Acil servise şişlik, sertlik, pulsasyon, geniş morluk ile başvuran hastalarda düşünmemiz gereken bir durumdur. Anevrizmanın boyutuna veya yırtılmasına bağlı yoğun bakım takibi gerekebilir.

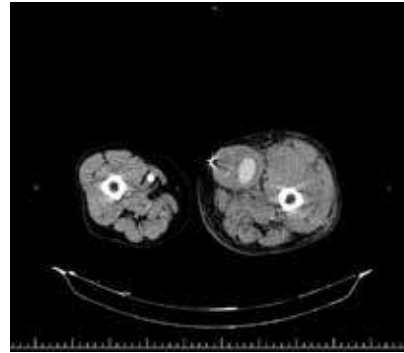
KAYNAKÇA

1. Schoen FJ, Cotran RS. Blood vessels. In: Cotran RS, ed. Robbins pathologic basis of disease. Philadelphia, PA: Saunders, 1999: 493-542.
2. Akay HT, Korun O, Aslim E, et al. Kateterizasyon sonrası gelişen iyatrojenik femoral arter psödoanevrizma tedavisi deneyimlerimiz. Damar Cer Derg. 2012;21(2):120- 3.

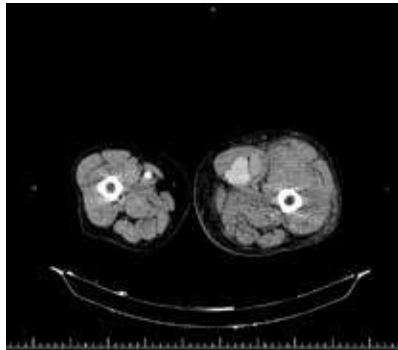
ANAHTAR KELİMELEER: acil servis,psödoanevrizma,femoral, pulsatil



Şekil 1: sol femur komşuluğunda Radyografide görülen kurşun



Şekil 2: Bilgisayarlı tomografide kurşunun ve psödoanevrizmanın görüntüsü



Şekil 2: Bilgisayarlı tomografide psödoanevrizmanın görüntüsü

TAM METİNLER

ANJİOMYOLİPOM SPONTAN KANAMASI (WUNDERLICH SENDROMU) OLGU SUNUMU

Vildan ŞİŞMAN, Yahya ÖLMEZ, Serap GÜNKAN, Suna ERAYBAR ATMACA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Anjiomyolipoma (AML) matür yağ hücreleri, düz kas dokusu ve kalın duvarlı kan damarlarını değişen oranlarda içeren, mezenşimal kaynaklı benign bir tümördür. AML popülasyonda %0.3 oranında görülür ve solid böbrek kitellerinin % 5'ini oluşturur. En sık böbrekten kaynaklanır, daha az sıklıkla karaciğer, lenf nodları, dalak, akciğer ve retroperitoneal alanda görülür. Benign karakterde olduğu için tanı konulmadan önce büyük boyutlara ulaşabilir ve hatta tümör içi hemoraji gelişirse (Wunderlich Sendromu) acil tedavi gerektirebilir. Renal anjiomyolipomanın en ciddi komplikasyonu olan "Wunderlich Sendromu"ya da masif retroperitoneal hemoraji hastaların%10 undan fazlasında bildirilmiştir ve eğer, uygun tedavi yapılmazsa belirgin morbidite ve potansiyel mortaliteye sahiptir.



Resim-1: Batın BT de hematom görünümü

OLGU

Şiddetli sol yan ağrısı ve halsizlik nedeniyle acil servise başvuran elli bir yaşında kadın hastanın öyküsünde; daha önceden kalp kapak replasmanı nedeni varfarin kullandığı öğrenildi. Fizik muayenede; sol yan tarafta kostovertebral açısı hassasiyeti, batında hassasiyet mevcuttu. Kan Basıncı 110/70 mm/Hg, Nabız 74 atım/dk, Solunum sayısı 17 /dk Ateş 36.7°C tespit edildi. Laboratuvar bulgularında hemoglobin değeri 10,7 g/dl, hematokrit değeri %32,6, serum kreatinin değeri 0,85 mg/dl, diğer rutin biyokimya değerleri normal ve APTT 44,1 sn, protrombin zamanı 32,8 sn, INR değeri 3,26 idi. Hastaya çekilen batın bilgisayarlı tomografide (BT) sol böbrekte kortikal sınırın bozulduğu muhtemelen anjiomyolipomun spontan kanamasına bağlı olduğu düşünülen kortikal düzensizlik ve böbrek çevresinde oluşan kendini sınırlamış hematom? alan mevcuttu. Girişimsel radyoloji tarafından selektif arteriyel embolizasyon yapıldı ve hasta Üroloji Kliniğine yatırıldı.



Resim-2: Embolizasyon sırasındaki görünüm

TARTIŞMA

Anjiomyolipoma spontan retroperitoneal kanamanın en sık sebebidir. Boyutta artış (>4cm), multifokal olması ve tuberoskleroz ile birlikteliği kanama riskini artırır. Yan ağrısı veya karın ağrısı, palpabl kitle ve gross hematüriyi içeren Lenck triadı, Wunderlich Sendromunun klasik bulgusudur. Özellikle AML tanılı hastalar bulgular varlığında Wunderlich Sendromu mutlaka akılda tutulmalıdır.

KAYNAKÇA

- 1.M.S. Steiner, S.M. Goldman, E.K. Fishman, F.F. Marshall, The natural history of renal angiomyolipoma, J. Urol. 150 (1993) 1782–1786
2. Eble JN. Angiomyolipoma of kidney. Semin Diagn Pathol 1998; 15: 21-40
- 3.G. Albi, L. del Campo, D. Tagarro, Wunderlich's syndrome: causes, diagnosis and radiological management, Clin. Radiol. 57 (9) (2002) 840–845.



TAM METİNLER

KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİ İLE TETİKLENEN AKUT MİYOKARD ENFARKTÜSÜ: BİR OLGU SUNUMU

GİRİŞ

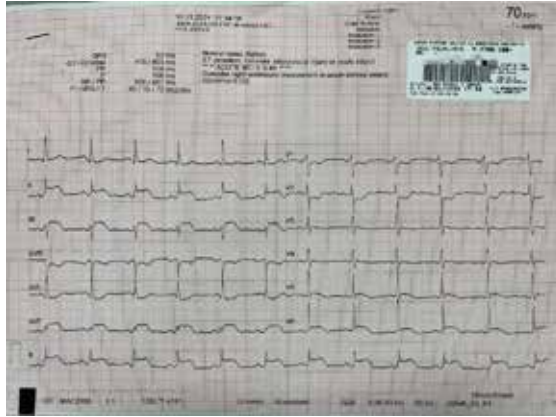
Dünya genelinde özellikle kış aylarında acil serviste soba dumanına bağlı karbonmonoksit zehirlenmelerine sıklıkla rastlanmaktadır. Karbonmonoksit maruziyeti sonrası dispne, baş ağrısı, senkop gibi nörolojik semptomlarla acil servise başvuru sıklıkla görülebilir. Bununla birlikte kardiyovasküler sistemi etkileyen çarpıntı, göğüs ağrısı gibi semptomlar da nadir değildir.

Miyokard enfarktüsü (MI) hipertansiyon, diyabet, ateroskleroz ve sigara gibi vasküler risk faktörleriyle ilişkilidir. Bunların dışında çeşitli sendromlar, çevresel stres faktörleri ve toksik madde maruziyetleri sonucu da MI vakalarına rastlanabilmektedir.

Burada acil servise soba dumanına maruziyet sonucu göğüs ağrısıyla başvuran ve takibinde inferoposterolateral ST-elevasyonu saptanan bir olguyu ele aldık.

VAKA

Bilinen hipertansiyon dışında kronik hastalık öyküsü olmayan, düzenli bir ilaç kullanımı mevcut olmayan, 69 yaş kadın hasta, acil servisimize 15-20 dakika soba dumanına maruziyet sonrası presenkop, dispne ve göğüs ağrısı şikayetiyle başvurdu. Öyküsü sorgulandığında göğüs ağrısının önce yanıcı vasıfta başladığı, acil servis başvurusunda hafiflemiş olduğu ama halen daha devam ettiği, nefes darlığının ise 112 ekipleri tarafından verilen oksijen tedavisiyle başlangıca göre rahatlamış olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesi normal olan hastanın, alınan AKG'de karboksihemoglobin seviyesinin 15.7 olduğu görüldü ve çekilen elektrokardiyografisinde (EKG) Inferoposterolateral ST-elevasyonu saptandı (Şekil 1) ve KAG amaçlı koroner YBU'na yatırıldı.



Şekil 1. Hastaya ait EKG görüntüsü

TARTIŞMA

Literatürde karbonmonoksit zehirlenmesi sonrası EKG'de ST segment elevasyonu yapan MI vakaları nadiren vaka sunumu olarak bildirilmiştir. Cristiana Camacho ve arkadaşları ciddi karbonmonoksit maruziyeti sonrası acil servise başvuran hastada acil servis başvurusunda çekilen EKG'de inferior ST-elevasyonu saptandığını ve sonrasında yapılan koroner anjiyografide sağ koroner arterinde tıkanıklık saptandığını bildirmiştir(1). Douglas G. ve arkadaşları da aynı şekilde karbonmonoksit maruziyeti sonrası senkop şikayetiyle acil servise başvuran hastada ST-elevasyonu saptandığını bildirmiştir(2). Yu Gao ve arkadaşları ise karbonmonoksit maruziyeti sonrası baş dönmesi, yorgunluk, dispne şikayetiyle acil servise gelen hastanın, EKG'nin normal, takiplerinde troponin yüksekliğine eşlik eden ekokardiyografide duvar hareket kusuru saptandığını ve yapılan koroner anjiyografide sol ana koroner damarında tıkanıklık saptandığını bildirmiştir(3). Chien-Cheng Huang ve arkadaşları ise Tayvan da karbonmonoksit zehirlenmesi olan ve olmayan şekilde 2 farklı grupta toplam 89 bin hastayı taramış ve karbonmonoksit zehirlenmesi mevcut olan hastalarda MI riskinde belirgin bir artış olduğunu bildirmiştir(4).

Literatürde görülebilen nadir vakalara benzer şekilde bizim olgumuzda da hastanın karbonmonoksit maruziyeti sonucu acil servis başvurusunda çekilen EKG'de inferoposterolateral ST-elevasyonu saptanmış; yapılan KAG'da sirkümfleks(Cx) arterde total tıkanıklık saptanmıştır.

SONUÇ

Karbonmonoksit maruziyeti sonrası hastalar acil servise ilk etapta baş ağrısı, senkop gibi nörolojik semptomlar ve solunum sıkıntısıyla başvurmuş olsa da bu hastalarda kardiyak etkilenimin de olabileceği akla gelmeli. Hastalar seri EKG ve troponin takibine alınmalı, acil serviste yeterli süre gözlenmeli, acil servis hekimleri bu konuda dikkatli olmalıdır.

KAYNAKÇA

1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38283462/>
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27000015/>
3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30985691/>
4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30244357/>



TAM METİNLER

PULMONER EMBOLİZM

Yeşim Aylin Kalafat Demirdağ, Ragıp Çetinkaya, Nurhayat Başkaya, Rohat Ak, Nurdan Yılmaz Şahin
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Pulmoner emboli, pulmoner arter ya da dallarından birinin herhangi bir trombus tarafından kısmi ya da tam olarak tıkanması sonucu oluşan klinik tablodur. Pulmoner emboli (PE) acil kliniklerinde sık karşılaşılan ve mortalitesi yüksek bir durumdur. Ölüm nedenleri arasında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde miyokard enfarktüsü ve inmeden sonra üçüncü sıradadır(1). Pulmoner arterin tıkanması sonucu, yaşamı tehdit eden akut sağ ventrikül yetersizliğine yol açabilir. PE tanısının konması zordur ve klinik tablo her zaman spesifik bulgular vermediğinden gözden kaçabilir. PE'de tanıya götürülecek yakınma ve fizik muayene bulguları önemlidir. Belirtilen risk faktörlerini taşıyan olgularda ani gelişen göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı yakınmasının olması ve buna hemoptizinin eşlik etmesi şüphelenmek için yeterli olabilir. PE için klinik tahmin skorlaması için kullanılan birçok skorlama vardır. En çok kullanılan Wells ve Modifiye Geneva skorlama sistemidir(2,3). Bunun yanı sıra PE dışlama kriterleri de (PEDK) belirlenmiştir(4).

VAKA: 74 yaşında erkek hasta tarafımıza genel durumda bozulma çarpıntı hissiyatı ile başvurdu. Hastanın bilinen ac ca beyin metastazı ve mart ayında beyinde kitle nedeni operasyon öyküsü mevcuttu. Arteriyel kan basıncı 143/117 mm Hg kalp tepe atımı 170 /dk, vücut sıcaklığı 36.5 saturasyon 94 olarak ölçüldü. Hastaya çekilne elektrokardiyografi hızlı ventriküler yanıtla atrial fibrilasyon ile uyumluydu. Hastanın daha önce bilinen ritim bozukluğu tanısı ve antikoagulan kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde nonkoopere nonoriente olan hastanın batında yaygın hassasiyeti mevcuttu ve solunum sesleri doğaldı. Hastanın alınan tetkiklerinde kreatinin 1.39mg/dl üre87.1 mg/dl crp 28.4 mg/L kan gazında ph 7.31 pco2 40.5 mmhg po2 25.6 mmhg be-4.9 mmol/L hco3:18.8 lactat:7.7 .Yatak başı yapılan eko da sol ventrikül sistolik fonksiyonları ef% 60 hipertrofik kardiyomiyopati(ventrikül içerisinde gradient alınamadı) ile uyumlu görüldü. sağ ventrikül boyut ve fonksiyonları normal pabs:70 mmhg olarak ölçüldü. Hastaya çekilen görüntülemelerde her iki ana pulmoner arterde sağda 8*15 mm ve solda 29*20 mm boyutlarında dolum defekti pulmoner tromboemboli ile uyumludur. Sol üst lob ve sağ alt pulmoner arterde dolum defektleri izlenmiştir. Hasta ilgili branşlar tarafından değerlendirildi ve fibrinolitik tedavi endikasyonu konulmadı. Yüksek riskli pulmoner emboli düşünülerek kardiyoloji tarafından cleaxene 0.6 2*1 diltizem 2*1 önerildi. Hastanın genel durumu itibarıyla yoğun bakıma yatırışı yapıldı.

SONUÇ:

Bu hastanın hipertrofik kardiyomiyopatisi olduğu için sağ kalp boşlukları normal boyutta görüntülenmiş olabilir. Eko da d sign, macconnel bulgusu görememize neden olmuş olabilir. Pulmoner emboli vakaları embolinin şiddetine göre çok farklı semptomlarla hastanelere başvurulabilir. Pulmoner emboli şiddetine göre birçok kardiyak ve göğüs hastalığını taklit edebilir ve bu nedenle acil servislerde sık atılan hastalıklardandır. Erken tedavi ile önlenilecek yüksek mortalite ve morbidite nedeniyle pulmoner embolinin zamanında tanısı çok önemlidir. Tekrarlayan tromboemboli insidansı yüksek olduğundan hastalar belirti ve semptomları konusunda bilgilendirilmelidir.

1. Office of the Surgeon General. The surgeon general's call to action to prevent deep vein thrombosis and pulmonary embolism [Internet]. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 2008 [cited 2016 Jun 6]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44178/>.

2. Wells PS, Anderson DR, Rodger M, et al. Derivation simple clinical model to categorize patients probability of pulmonary embolism: increasing the models utility with the SimpliRED D-dimer. Thromb Haemost. 2000 Mar;83(3):416-20.

3. Le Gal G, Righini M, Roy PM, et al. Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: the revised Geneva score. Ann Intern Med. 2006; 144: 165-71.

4. Kline JA, Mitchell AM, Kabrhe C, Richman PB, Courtney DM. Clinical criteria to prevent unnecessary diagnostic testing in emergency department patients with suspected pulmonary embolism. J Thromb Haemost 2004; 2:1247-55.



TAM METİNLER

NORVEÇ UYUZU

giriş

Uyuz, zorunlu insan paraziti olan *Sarcoptes scabiei* hominisin neden olduğu yaygın, kaşıntılı bir deri enfeksiyonudur. Hastalığın yayılması insandan insana yakın fiziksel temas yoluyla gerçekleşir. Belirtilerin ortaya çıkması 2-6 haftayı bulur. Geceleri artan şiddetli kaşıntı, aile hikayesinin olması ve lezyonların klinik dağılımı ile tanıdan şüphelenilir. En sık el bilekleri ve parmak aralarında izlenen tüneller uyuzun spesifik lezyonlarıdır. Kesin tanısı mayt, yumurta ve feçesin ışık mikroskopunda belirlenmesine dayanır.

En yaygın kullanılan topikal tedavi, etkisi ve tolerabilitesi yüksek, toksisitesi düşük olan permetrindir. Oral ivermektin krutlu uyuzda, immünsüprese hastalarda ve uyuz salgınlarında endikedir. Başarılı tedavi sonrası bile semptomların birkaç hafta devam etmesi normaldir. Hastalığın klasik, nodüler ve krutlu uyuz gibi ana klinik formları dışında atipik formları da mevcuttur.

Norveç uyuzu, krutlu uyuz, keratotik uyuz Boeck ve Danielssen tarafından 1848'de Norveç'te ilk kez lepralı hastalarda tanımlanmış ve 1862'de von Hebra tarafından "Scabies Norvegi Boeki" olarak adlandırılmıştır. (16)

Nadir görülen bu uyuz tipi yaşlı, hareketsiz, felçli, yatalak, mental geriliği ve his kusuru bulunan kişilerde veya sarkopta karşı duyarlılığın oluşmadığı steroid kullanımında, organ transplantı yapılmış, immünsupresif hastalarda ve HIV pozitif hastalarda ortaya çıkar. Hastaların fazla kaşınmaması ya da kaşımada sorunlarının olması tablonun oluşmasına katkıda bulunur. Down sendromlu hastalarda olduğu gibi esasen hücrel immünite fonksiyonlarındaki yetersizlik tablonun oluşmasından sorumludur. (2,11)

Yoğun topikal steroid kullanımına bağlı immünsüpresyon sonucu da ortaya çıkabilir. (21) Normalde insanların çoğunda hücrel immüniteye ve sarkoptların mekanik olarak uzaklaştırılmasına bağlı sarkoptların sayısı giderek azalır. Uyuzun bu formunda sarkoptlara karşı konak immün cevabının yetersiz olması ve deri duyarlılığının bozulması nedeniyle sarkoptları mekanik olarak uzaklaştıramadıkları için hastaların vücutlarında binlerce hatta milyonlarca sarkopt bulunur. Bu yüzden aşırı bulacıdır ve büyük hastane salgınlarına neden olabilir. (13)

Norveç uyuzu vücutta yaygın hiperkeratoz ve krutlar, avuç içi ve ayak tabanlarında fissürler ve düzensiz kalınlıkta krutlarla karakterizedir. Subungual hiperkeratoz ve onikodistrofi gelişebilir. Verrüköz hiperkeratoz, fissürler, sızıntılar nedeniyle hasta kötü kokar. Tablo yüz, boyun, saçlı deri ve gövdede yaygın eritem ve skuam gelişmesiyle eritrodermik bir görünüm alabilir. Psoriaze benzeyebilir. Bu tip uyuz özellikle AIDS ve lenfoma hastalarında sıklıkla görülebilir. Eritrodermi yapan hastalıklar, iktiyozlardan ayırt edilmelidir. Generalize veya periferik lenfadenopati ve eozinofili görülebilir. Krutlu uyuz hastalarında sekonder bakteriyel sepsis gelişebilir ve ölüme neden olabilir. (9,11,13,14)

VAKA

72 yaş kadın hasta bilinen ht,dm tanıları mevcut.Hastanın 2 aydır mevcut olan kaşıntı ile başlayan giderek yayılan vücut üst yarımında ve baş boyun bölgesinde krutlu lezyonları mevcut .Ek sistemik şikayeti yok.Daha önce hastane başvurusu yok .Geliş vitalleri stabil KŞ 270 .Laboratuvar sonuçlarında CRP 164 WBC 21000.

Hasta laboratuvar değerleri ile birlikte dermatoloji kliniğine konsülte edildi. Dermatoloji tarafından alınan kazıntı örneğinde sarcopt + olması sonucu krutlu scabies tanısı doğrulandı.

Hastanın tedavisi üresal fort(1x1)ve kwellada losyon (1x1) ,ziver tb 200 mcg /kg(1 hafta ara ile 2 kez) olarak dermatoloji kliniğince düzenlendi.

Hastaya eldivensiz temas edilmemesi ,haftada 1 yıkanması ,ev izolasyonu,tüm çamaşır ve çarşafaların yüksek derecede yıkanması,ateş ,oral alım bozukluğu,genel durum bozukluğu gibi sistemik şikayetlerin başlaması durumunda acil servise başvurmaya önerildi. Tedavi bitiminde dermatoloji poliklinik randevusu verildi.

TARTIŞMA

Uyuz, *Sarcoptes scabiei* hominisin neden olduğu yaygın, kaşıntılı ve bulacı bir deri enfeksiyonudur. Yayılması insandan insana fiziksel temas yoluyla gerçekleşir.Gece artan kaşıntı, lezyon dağılımı ile tanıdan şüphelenilir.

Krutlu uyuz tipi yaşlı, hareketsiz, felçli, yatalak, mental geriliği ve his kusuru bulunan kişilerde , immünsupresif hastalarda ortaya çıkar.Konak immün cevabın yetersiz olması sebebi ile aşırı sarkopt artışı sonucu çok bulacıdır ve hastane salgınlarına sebep olabilir.

Klasik uyuz tedavisinde permetrin krem/losyon uygulaması veya oral ivermektin önerilmektedir (Grade 2b).Kurutlu uyuzda ise permetrin krem/losyon ve oral ivermektin kombinasyonu önerilmektedir (Grade 2c).Başarılı tedavi ile 1 hafta içerisinde cilt lezyonlar geriler ve kaşıntı sonlanır. Kaşıntı şikayeti bazen 4 haftaya kadar uzayabilir.(1)

Bu vakada ileri yaşta ht,dm tanıları olan hasta, 2 aydır mevcut olan şikayetleri için başvurmuştur.Yaşı ,ek hastalıkları ve geç başvurusu krutlu uyuz oluşmasına katkı sağlamıştır.Sistemik semptomu olmaması ,vitallerinin stabil olması ve izole olabilecek şartlarda olması sebebi ile hastanın tedavisi ayaktan düzenlenmiş ve yakın takip önerilmiştir.

SONUÇ

Uyuz acil servis başvurularının sık sebeplerinden birisi olup yaşlı ,immünsüprese,ek hasalığı olan kişilerde krutlu uyuza dönüşebilir.Krutlu uyuz, sekonder enfeksiyonlara ve sepsise neden olması sonucu ölümcül olabilir.Özellikle immünsüprese uyuz hastalarında acil servis hekimleri dikkatli davranmalı ,sistemik bulgusu mevcutsa dermatolojiye konsülte edilmeli ve gerekirse yatırılarak tedavi edilmelidir.Taburculuk durumunda ise hastalar acil durumlar hakkında bilgilendirilmelidir.

KAYNAKÇA

- 1-CDC W. Scabies. CDC – Resources for Health Professionals. https://www.cdc.gov/parasites/scabies/health_professionals/meds.html
2. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. N Engl J Med 2006;354:1718-27.
3. Otero L, Varela JA, Espinosa E, Sanchez C, Junquera ML, del Valle A et al. *Sarcoptes scabiei* in a sexually transmitted infections unit: a 15-year study. Sex Transm Dis 2004; 31:761- 5.
4. Jackson R. Scabies by Kenneth Mellanby. J Cutan Med Surg 2004;8:73-6.
5. Estes SA, Arlian L. Survival of *Sarcoptes scabiei*. J Am Acad Dermatol 1981;5:343.
6. Arlian LG, Runyan RA, Sorlie LB, Estes SA. Host-seeking behavior of *Sarcoptes scabiei*. J Am Acad Dermatol 1984;11:594-8.
7. Chouela E, Abeldano A, Pellerano G, Hernandez MI. Diagnosis and treatment of scabies: a practical guide. Am J Clin Dermatol 2002;3:9-18.
8. Dahl MV. The immunology of scabies. Ann Allergy 1983;51:560-6.
9. Tüzün Y. Uyuz. In: Tüzün Y, Güler M, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur V, eds. Dermatoloji. 3 ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2008. p. 683-91.
10. Ploysangam T, Breneman DL, Mutasim DF. Cutaneous pseudolymphomas. J Am Acad Dermatol 1998;38:877-95.
11. Kutlu NS, Turan E, Erdemir A, Gurel MS, Bozkurt E. Eleven years of itching: a case report of crusted scabies. Cutis 2014;94:86-8, 95.
12. Jaramillo-Ayerbe F, Berrio-Munoz J. Ivermectin for crusted Norwegian scabies induced by use of topical steroids. Arch Dermatol 1998;134:143-5.
13. O'Donnell BF, O'Loughlin S, Powell FC. Management of crusted scabies. Int J Dermatol 1990;29:258-66.
14. Roberts LJ, Huffam SE, Walton SF, Currie BJ. Crusted scabies: clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature. J Infect 2005;50:375-81.
15. Perna AG, Bell K, Rosen T. Localised genital Norwegian scabies in an AIDS patient. Sex Transm Infect 2004;80:72-3.
16. Karthikeyan K. Crusted scabies. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2009; 75: 340-47.



TAM METİNLER

NADİR BİR AKUT BATIN NEDENİ OLAN OMENTAL İNFARKT

MEHMET ZAHİD UĞUZ, İHSAN EGE TANER, SUNA ERAYBAR ATMACA
1Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Omental infarkt, akut batını taklit eden nadir bir durum olup, omentum majusun perfüzyon bozulması ile oluşan bir patolojidir. En sık 4. ve 5. dekadlarda görülen bu patoloji omentumda nekroza ve sonrasında apse ve sepsise yol açabilmektedir. Klinik tablo akut apandisit, divertikülit, akut kolesistit gibi patolojileri taklit edebilir. Radyolojik olarak batın tomografisinde(BT) ve ultrasonografide(USG) spesifik bulgularının olması tanıyı kolaylaştırmakta olup gereksiz cerrahilerin sayılarını azaltmaktadır. Omental infarkt çoğu zaman cerrahi gerektirmekte olsa da bazı klinisyenler konservatif tedavi seçeneğinin cerrahi tedaviye alternatif olabileceğini savunmaktadır. Bu çalışmamızda omental infarkt nedeni ile konservatif tedavi verdiğimiz olguyu literatür verileri ışığı altında değerlendirdik.

OLGU

58 yaşında, erkek hasta, 2 gündür devam eden karın ağrısı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Karın ağrısı devamlı şekilde olup, ağrıya bulantı kusma eşlik etmemekteydi. Hastanın özgeçmişinde anlamlı bir özellik saptanmadı. Hastanın fizik muayenesinde periumbilikal bölgede hassasiyet ve defans mevcuttu. Laboratuvar incelemede beyaz küre sayısında artış (12300/mm3)mevcut olup diğer parametrelerde patoloji saptanmadı. Çekilen BT'de Omental yağ planlarında yaygın heterojenite ve ödem izlendi. Omental enfarkt?

Batın içerisinde yaygın serbest sıvı izlendi. Omental infarkt tanısı ile genel cerrahi konsülte edilen hasta rivanoksaban yazılarak taburcu edilip polikliniğe kontrole çağrıldı.

SONUÇ

Omental infarkt, omentumun uzun ekseninin kendi etrafında rotasyonu sonucu oluşan primer nedeni bilinmeyen, altta yatan vasküler patolojiler, herniler ve hiperkoagülapatiye sekonder oluşabileceği düşünülen bir patolojidir. Omental infarkt klinikte kendini karın ağrısı ile gösterir ve buna bulantı, kusma ve ateş eşlik edebilir.

Olgumuzda karın ağrısı mevcut olup bulantı, kusma ve ateş yoktu. Omental infarkt, fizik muayene bulguları ile akut batını taklit edebilmektedir. Tanı radyolojik görüntüleme yöntemlerinden BT veya USG ile konulabilmektedir. USG'de probun en hassas yerinde, komprese edilemeyen, heterojen, oval şekilli, büyük, hiperekoik solid kitle lezyonu ve BT'de kitle çevresinde kalınlaşmış viseral peritonun oluşturduğu hiperdens halka (ring sign) görünümü tipiktir. Biz, hastamıza BT ile omental infarkt tanısı koyduk. İnfarkt sonrası gelişebilecek olan nekroz, apse ve sepsise yol açabildiğinden dolayı omental infarkt tanısı olan hastalara çoğunlukla laparotomi kararı verilir omental porsiyon rezeksiyonu yapılır fakat bazı klinisyenler sundukları klinik vaka serileri ile konservatif tedavi verilerek patolojinin ortadan kaldırabileceğini ifade etmişlerdir. Biz çalışmamızda, omental infarkt tanısı koyduğumuz hastaya, konservatif tedavi ile klinik ve laboratuvar olarak omental infarkt tablosunun kaybolduğunu saptadık

ANAHTAR KELİMELEER: acil servis, omental enfarktüse KAYNAKÇA

(1) 1. Schoen FJ, Cotran RS. Blood vessels. In: Cotran RS, ed. Robbins pathologic basis of disease. Philadelphia, PA: Saunders, 1999: 493-542.



Şekil1: hastaya ait bt görüntüsü



TAM METİNLER

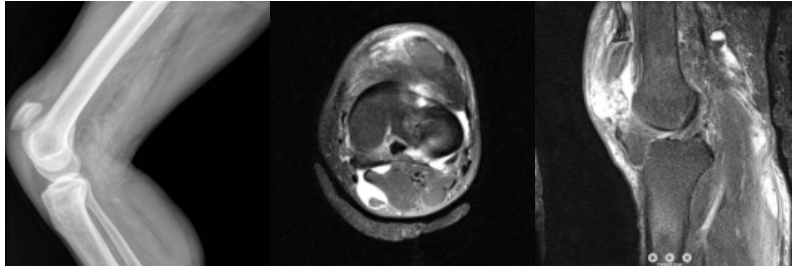
KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTASINDA BİLATERAL TRAVMATİK PATELLAR TENDON RÜPTÜRÜ

GİRİŞ

Patellar tendon ve ligamentler, dizin ekstansör mekanizmasının önemli bileşenleridir. Normal şartlarda, altta yatan hastalık olmadığı sürece stres altında ve düşük enerjili travmalarda rüptürü beklenmez.(1) Patellar tendon rüptürleri sıklıkla travmaya bağlıdır. Fakat lokal steroid enjeksiyonu ve diyabetes mellitus, romatoid artrit, kronik böbrek yetmezliği, sistemik lupus eritematozis gibi sistemik hastalıklar da buna yol açabilir.(2-7, 13) Eşzamanlı bilateral patellar tendon rüptürü ise nadiren görülür. Genellikle kronik metabolik bozukluklarla ilişkilidir ve rutin hemodiyaliz uygulanan kronik böbrek yetmezliği hastalarında görülür. Bu çalışmada, kronik böbrek yetmezliği olan ve uzun süredir diyaliz alan aynı seviyeden diz üzerine düşme sonrası diz ağrısı ile başvuran hastayı ele aldık

OLGU

Vakamız kronik böbrek yetmezliği olan, son dört yıldır rutin diyaliz alan 51 yaşında erkek hasta. Düşme sonrası dizlerde ağrı ve şişlik şikayeti tarafımıza ile başvurdu. İlk muayenesinde vital bulguları stabildi. Fizik muayenede her iki dizde ekstansiyon kısıtlılığı mevcuttu. Sağ patellada yukarı doğru subluksasyon ve sağ patellar ligamentte gap mevcuttu. Sol patellada lateral subluksasyon ve kuadriceps tendonunda gap mevcuttu. Laboratuvarında, kan üre azotu ve kreatinin yüksekliği, anemi, hiperkalsemi ve hiperfosfatemi mevcuttu. Önceki tetkiklerinde parathormon seviyesi normalden yaklaşık yüz kat yüksekti; hiperfosfatemisi mevcuttu. Görüntülemeleri planlandı. Direkt grafileri çekildi. Grafide sağ patella yukarı doğru sublukseydi; fraktür hattı mevcut idi; sol patella ise laterale sublukseydi. Bilateral kontrastsız MR görüntülemeleri yapıldı. Sağ diz MR görüntülemesinde patellar tendon rüptürü; sol diz MR görüntülemesinde ise patellar tendon ve medial patellofemoral ligament rüptürü gözlemlendi. Bilateral patellar tendon rüptürü sebebiyle ortopediye konsülte edilen hasta opere edildi. Fizyoterapi ve rehabilitasyon programı başlatıldı.



SONUÇ

Dizin ekstansör ligamentleri, yapısal olarak oldukça dayanıklıdır. Bu nedenle dejeneratif süreçler olmadığı sürece rüptür görülmesi nadirdir. (9) Böbrek yetmezliğine bağlı ilk vaka 1949'da bildirilmesine rağmen literatürde vakalar sınırlıdır.(8) Patellar tendon rüptürü olan hastalar diz ağrısı ve dizde ekstansiyon kısıtlılığı ile başvururlar. Fiziki muayenede, vakamızda olduğu gibi, tendon yerinde palpasyonla gap görülebilir. Patella subluksasyonu göze çarpar. Radyolojik görüntülemeler ise tanıyı kesinleştirir. Kronik böbrek yetmezliği ve diyaliz hastalarında dejenerasyon ve tendon rüptürüne yatkınlığın nedeninin sekonder hiperparatiroidi olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir.(10) Sekonder hiperparatiroidinin sub-periosteal kemik rezorbsiyonuna yol açtığı ve buna bağlı olarak kemik-ligament bütünlüğünü bozduğu gösterilmiştir. Biyokimyasal anormallikler (kalsiyum, fosfat, paratiroid hormonu ve D vitamini bozuklukları) iskelet sistemi ve yumuşak dokuda da kalsifikasyonlara sebep olabilir. Bu metastatik kalsifikasyon yumuşak dokularda yaralanmalara karşı direnci azaltabilmektedir.(12,13) Ayrıca, metabolik asidozun da kollajen sentezini bozarak dejenerasyona yol açtığı gösterilmiştir. (14,15,16) Bu hastalar sekonder hiperparatiroidi ve komplikasyonları açısından yakından izlenmeli, travmatik süreçlere karşı dikkatli olunmalıdır.

REFERANSLAR

- 1 T.Sibley, D.A.Algren, and S.Ellison, "Bilateral patellar tendon ruptures without predisposing systemic disease or steroid use: a case report and review of the literature," The American Journal of Emergency Medicine, vol.30, no.1, pp.261.e3-261.e5, 2012.
- 2 Kricun R, Kricun ME, Arangio GA, Salzman GS, Berman AT. Patellar tendon rupture with underlying systemic disease. AJR Am J Roentgenol. 1980 Oct;135(4):803-7. doi: 10.2214/ajr.135.4.803. PMID: 6778117.
- 3 Alexeeff, M. (1986), LIGAMENTUM PATELLAE RUPTURE FOLLOWING LOCAL STEROID INJECTION. Australian and New Zealand Journal of Surgery, 56: 681-683. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.1986.tb02372.x>
4. Tao Z, Liu W, Ma W, Luo P, Zhi S, Zhou R. A simultaneous bilateral quadriceps and patellar tendons rupture in patients with chronic kidney disease undergoing long-term hemodialysis: a case report. BMC Musculoskelet Disord. 2020 Mar 19; 21(1): 179.
5. Wani NA, Malla HA, Kosar T, Dar IM. Bilateral quadriceps tendon rupture as the presenting manifestation of chronic kidney disease. Indian J Nephrol. 2011 Jan; 21(1): 48-51.
6. Vemuri VN, Venkatesh M, Kada V, Chakkalakoombil SV. Spontaneous bilateral quadriceps tendon rupture in a patient with renal failure. BMJ Case Rep. 2018 Feb 14; 2018: bcr2017223191.
7. Lee Y, Kim B, Chung JH, Dan J. Simultaneous bilateral quadriceps tendon rupture in patient with chronic renal failure. Knee Surg Relat Res. 2011 Dec; 23(4): 244-247.
- 8 Steiner CA, Palmer LH. Simultaneous bilateral rupture of the quadriceps tendon. Am J Surg. 1949 Nov; 78(5): 752-755
- 9 Patellar tendon rupture with underlying systemic disease, R Kricun, ME Kricun, GA Arangio, GS Salzman, and AT Berman American Journal of Roentgenology 1980 135:4, 803-807
- 10 Francesco Oliva, Eleonora Piccirilli, Anna C. Berardi, Antonio Frizziero, Umberto Tarantino, Nicola Maffulli, Hormones and tendinopathies: the current evidence, British Medical Bulletin, Volume 117, Issue 1, March 2016, Pages 39-58, <https://doi.org/10.1093/bmb/ldv054>
- 11 Lotem M, Berheim J, Conforty B. Spontaneous rupture of tendons. A complication of hemodialyzed patients treated for renal failure. Nephron. 1978;21(4):201-8. doi: 10.1159/000181394. PMID: 683406.
- 12 Shiota E, Tsuchiya K, Yamaoka K, Kawano O. Spontaneous major tendon ruptures in patients receiving long-term hemodialysis. Clin Orthop Relat Res. 2002 Jan; (394): 236-242
- 13 PRESTON FS, ADICOFF A. Hyperparathyroidism with avulsion of three major tendons. Report of a case. N Engl J Med. 1962 May 10;266:968-71. doi: 10.1056/NEJM196205102661903. PMID: 14488662.
- 14 Finlayson GR, Smith Jr JG, Moore MJ. Effects of chronic acidosis on connective tissue. JAMA 1964; 187:659-62.
- 15 Murphy KJ, Mcphee I. Tears of major tendons in chronic acidosis with elastosis. J Bone Joint Surg 1965; 47:1253-8.
- 16 Basic-Jukic N, Juric I, Racki S, Kes P. Spontaneous tendon ruptures in patients with end-stage renal disease. Kidney Blood Press Res. 2009; 32(1): 32-36.



TAM METİNLER

TRAVMATİK VERTEBRAL ARTER DİSEKSİYONU

Naim Enes ALTINSOY¹, Büşra DEMİR¹, Elmas TOHUMOĞLU¹, Suna ERAYBAR ATMACA¹, Mehtap BULUT¹

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Arter diseksiyonu, kanın damar duvarındaki doku katlarının arasına itilmesi sonucunda oluşur ve arter içindeki kan akımı bozulur. Bu durum travma veya fibromusküler displazi gibi bazı sistemik hastalık durumlarının predispozisyonu ile oluşabileceği gibi, spontan olarak da gerçekleşebilir. Vertebral arter diseksiyonu fatal seyrederek ölüme sebep olabilir. Erken tanınım, uygun tedavinin başlanması hayat kurtarıcıdır.

OLGU

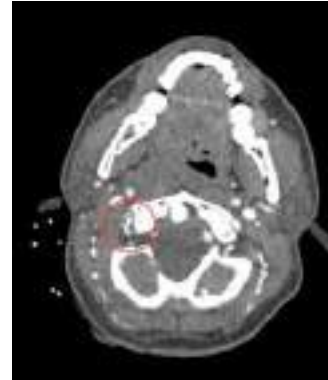
27 yaş bilinen hastalığı olmayan hasta acil servise ayakta darp sonucu boyundan bıçaklanma nedeni olayın birinci saatinde başvurdu. Baş ve boyun ağrısı şikayeti mevcuttu. Acil servis başvuru vital bulguları; Kan Basıncı: 95/62 mmHg, Nabız 84 atım/dk, Ateş 37,5C°, SS:14 ve saturasyon %98 olarak ölçüldü. Yapılan fizik muayenesinde sağ servikookspital bileşkede 3 cm uzunluğunda kesici delici alet yarası ve sızıntı şeklinde kanama saptandı. Cilt altı krepitasyon yoktu. Yapılan nörolojik muayenede GKS 15 oryante koopere, IR ++/++, motor ve duyu defisit saptanmadı. Yara bakımı, tetanoz profilaksisi, iv hidrasyon ve antibiyoterapi uygulandı. Kan gazında pH 7,28 pCO2 55,8 mmHg, HCO3 22 mmol/L, laktat 4,8 mmol/L olup hemogramında Hgb 12,1 g/dL, plt 332000 103 µ/L tespit edildi. Yapılan bilgisayarlı tomografi görüntülemelerinde vertebral arter seviyesinde şüpheli hemorajik alan ve C2 non-deplase posterior ark fraktürü saptandı (Görsel 1-2). Beyin cerrahisi, KBB ve kalp damar cerrahisine konsülte edilen hastanın kontrol hemogramında hgb 10,1 g/dL saptandı. Hipotansif ve taşikardik seyretmesi üzerine 1Ü eritrosit replasmanı yapıldı. Devam eden kanama şüphesi nedeniyle girişimsel radyoloji tarafından arkus aortagrafi ve karotid-serebral anjiyografi yapıldı. Yapılan anjiyografide sağ vertebral arter V3 segmentte oklüde görünüm izlendi, travmatik diseksiyon zemininde oklüzyon olarak raporlandı. Aktif ekstrasvazasyon izlenmedi. Hastanın genel yoğun bakıma yatırışı yapıldı.

TARTIŞMA

Vertebral arter diseksiyonunun spontan olabileceği gibi boyun manipülasyonlarını veya travmayı takiben de ortaya çıkabileceği bildirilmektedir. Vertebral arter diseksiyonu rapor edilen olguların prognozlarının genellikle iyi olduğu ancak bir kısmının da kaybedildiği bildirilmektedir. Bilateral vertebral arter diseksiyonu veya subaraknoid kanama varlığı prognozu kötüleştirir. Sonuç olarak, servikal travmaların vertebral arter diseksiyonuna sebep olabileceği akılda tutulmalı. Gereklik halinde ileri görüntüleme yöntemlerinden faydalanılmalıdır.



Görsel-1: çekilen beyin bilgisayarlı tomografisinde c2 posterior arkta non deplase fraktür



Görsel-2: çekilen kontrastlı bilgisayarlı tomografide vertebral arter düzeyinde şüpheli diseksiyon alanı

ANAHTAR KELİMELEER: vertebral arter, diseksiyon, travma

KAYNAKÇA:

1-Akay KM, İzci Y, Uğurel Ş, Baysefer A, Timurkaynak E. Traumatic dissection of bilateral vertebral arteries. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2003; 9(1): 72- 75.

2-Eskut N, Unsal Bilgin YO, Koskderelioglu A, Top Kartı D, Ortan P, Bilgin RR, Retrospective Evaluation of Patients Diagnosed with Vertebral Artery Dissection, Osmangazi Journal of Medicine, 2022;44(6): 845-850.



TAM METİNLER

BİLİNÇ BULANIKLIĞI İLE BAŞVURAN FAHR SENDROMU OLGU SUNUMU

¹Muhammed Ali Güler¹, Ömer Faruk Küçük¹, Muhammed İkbāl Öksüz², Gamze Sultan Güler²,

¹Araştırma Görevlisi Doktor, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp, Kahramanmaraş, Türkiye

²Araştırma Görevlisi Doktor, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği, Kahramanmaraş, Türkiye

ÖZET: Fahr hastalığı veya Fahr sendromu, her iki bazal ganglionda ve serebral kortekste kalsifikasyon birikimi ile karakterize, nadir görülen nörodejeneratif bir hastalıktır. İlk kez 1930 yılında Alman nörolog Karl Theodor Fahr tarafından tanımlanmıştır. Anormal kalsiyum birikimleri; bazal ganglionlar, talamus, dentat nükleus, serebral korteks, serebellum, subkortikal beyaz cevher gibi beyin bölgelerinde meydana gelmektedir. İlerleyen yaşla birlikte hastalığın şiddeti de artış göstermektedir. Çoğunlukla kalıtsal ve kesin etyolojisi tam olarak bilinmeyen bu hastalığın spesifik bir tedavi yöntemi de henüz bulunamamıştır. Bu çalışmada, acil servise serebrovasküler hastalık benzeri klinik belirtiler ile başvuran Fahr sendromu tanılı bir olgu, güncel literatür verileri eşliğinde sunulmaktadır.

GİRİŞ: Fahr hastalığı veya Fahr sendromu, her iki bazal ganglionda ve serebral kortekste kalsifikasyon birikimi ile karakterize, nadir görülen nörodejeneratif bir hastalıktır (1,2). Bu hastalığın klinik belirtileri, sıklıkla 3. ve 4. dekadteki bireylerde görüldüğü de belirli bir başlangıç yaşı ile ilişkili olmayıp hayatın herhangi bir döneminde ortaya çıkmakta, nadiren de çocukluk çağında görülmektedir. İlk olarak, sıklıkla ekstra piramidal semptomların görülmesine karşın; kalsifikasyonun derecesine göre hastalar, farklı şiddette çeşitli nörolojik ve/veya psikiyatrik bulgularla karşımıza gelmektedir (2,3). Bu sendrom ilk kez 1930 yılında Alman nörolog Karl Theodor Fahr tarafından 'serebral damarlarda idiopatik kalsifikasyon' olarak ifade edilmiş olup prevalansının yaklaşık <1/1.000.000 olduğu tahmin edilmektedir. Anormal kalsiyum birikimleri; bazal ganglionlar, talamus, dentat nükleus, serebral korteks, serebellum, subkortikal beyaz cevher gibi beyin bölgelerinde meydana gelmektedir (1,4). İlerleyen yaşla birlikte artış gösteren bu birikim, genellikle semptomların ortaya çıkmasından önce başlamaktadır (3,4).

Çoğunlukla ailesel olan bu hastalık, otozomal dominant geçiş göstermesine rağmen; literatürde az sayıda otozomal resesif kalıtılan vaka bildirilmiş ve hatta bazı sporadik olgular da rapor edilmiştir (3). Hastalığın kesin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte; hipoparatiroidi başta olmak üzere çeşitli endokrin bozukluklar, dermatolojik anormallikler, bulaşıcı hastalıklar ve bazı sendromlar ile ilişkilendirilmektedir (1,3). Klinik özellikler; bilişsel fonksiyonlarda bozulma, Parkinson, kore ve titreme benzeri hareket bozuklukları, epileptik nöbetler, ekstrapiramidal sistemle ilişkili nörolojik belirtiler, psikiyatrik semptomlar (anksiyete, mani, depresyon, psikoz, kişilik değişikliği) gibi geniş bir spektrumu kapsamaktadır (5). Teşhis için en değerli görüntüleme yöntemi bilgisayarlı tomografi (BT) olmakla birlikte; genetik yatkınlığı olan 55 yaş altı bir yetişkinde BT taraması negatif bulunabilir çünkü kalsifikasyonların görünümü yaşa bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (5,6). Manyetik rezonans görüntülemesi (MRI) ve direkt grafi, diğer teşhis yöntemleri olarak kullanılsa da BT'den üstün değildir (6).

İlerleyen yaşla birlikte kötüleşme eğilimi gösteren bu sendromun spesifik bir tedavisi bulunamamıştır ve mevcut yöntemler, semptomları en aza indirmeye yöneliktir. Ayrıca güncel tedaviler, hastalığın fiziksel ve zihinsel etkilerini hafifletmeyi amaçlamaktadır. Buna rağmen, beyin dokusunda meydana gelen kalsifikasyon durdurulamaz olup; nörolojik belirtiler ilerleyerek sıklıkla morbidite ve mortalite ile sonuçlanmaktadır (5). Bu çalışmada, acil servise serebrovasküler hastalık benzeri klinik belirtiler ile başvuran Fahr sendromu tanılı bir olgu, güncel literatür verileri eşliğinde tartışılmaktadır. Çalışmanın amacı, klinisyenlere bu hastalığın semptomatolojisi ile ilgili bir bakış açısı kazandırmak ve gelecekte yapılacak araştırmalara ışık tutmaktır.

OLGU SUNUMU: 62 yaşındaki kadın hasta, akşam saatlerinde kanepede otururken bilinç bulanıklığı sonrası düşme neticesinde acil sağlık hizmetleri ambulansı aracılığı ile başvurduğu diş merkezden tarafımıza serebrovasküler hastalık ön tanısıyla sevk edildi. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, Tip 2 diyabet ve hipoparatiroidi öyküsü mevcuttu. Hastanın kan basıncı 153/64 mmHg, nabızı 67/dk, solunum sayısı 14/dk, vücut ısısı 36,7 °C saptandı. Parmak ucu kan şekeri 110 olarak ölçüldü. Bilinci açık, oryante ve koopere olan hastanın Glasgow koma skalası 15 olarak değerlendirildi. Detaylı nörolojik muayenesi doğaldı. Elektrokardiyografisi normal sinüs ritmindeydi. Fizik muayenesinde sol periorbital bölgede ekimoz, burun üzerinde yaklaşık 1 cm çapında hematoma saptandı. Laboratuvar bulgularında lökosit değeri 18910, hemoglobin 10,5 g/dL, hematokrit %28,3 olarak saptandı. Biyokimya panelinde sodyum düzeyinin 110 olması dışında diğer değerler (potasyum, kalsiyum, fosfor, klor, aspartat aminotransferaz, alanin aminotransferaz, kan üre azotu, kreatinin, total ve direkt bilirubin, amilaz, total kreatin kinaz, glukoz) normal sınırdı idi. Arteriyel kan gazı değerlendirilmesinde PH: 7,41; PO2: 80,5; PCO2: 29,1; HCO3: 20,1; baz açığı: -5,7 saptandı. Düşme öyküsü olan hastaya intrakraniyal kanama şüphesi nedeni ile beyin BT görüntülemesi yapıldı. BT'de, Fahr sendromu ile uyumlu olarak, her iki serebral hemisferde, bazal ganglionlarda ve her iki serebellar hemisferde yaygın hiperdens görünüm izlendi (Şekil 1). BT'de kanama saptanmaması üzerine iskemik serebrovasküler hastalık ön tanısı ile yapılan difüzyon MRI sonucunda akut iskemik lezyon ile uyumlu difüzyon kısıtlılığı saptanmadı. Sodyum düzeyi düşük olan hastaya, hiponatremi tedavisi amacıyla hipertonic solüsyon verildi. Hastanın bilinç bulanıklığı şikayetinin, hiponatremi ile ilişkili olduğu düşünüldü. İleri tetkik ve tedavisinin devamının sağlanması amacıyla Fahr sendromu ön tanısı ile Dahiliye Yoğun Bakım birimine yatırışı sağlandı.

TARTIŞMA: Fahr sendromu kronik seyirli, ilerleyici ve nadir görülen nörodejeneratif bir hastalıktır. Hastalığın tanı kriterleri; nörogörüntüleme yöntemleri ile bazal ganglionlarda iki taraflı kalsifikasyon saptanması, nörolojik fonksiyonların progresif olarak bozulması, otozomal dominant kalıtım ile uyumlu aile öyküsünün mevcut olması ve olası diğer sebeplerin (enfeksiyöz, metabolik, toksik, travmatik) dışlanmasıdır. Bilateral striopallidodentat kalsinozis olarak da bilinen bu sendromun tanısında, kalsiyum metabolizmasının normal olması ve BT/MRI görüntülemelerinde kalsiyum birikiminin gösterilmesi iki temel kriterdir (1,7). Hastamızın beyin BT'sinde her iki serebral hemisferde, bazal ganglionlarda, her iki serebellar hemisferde kalsifikasyon ile uyumlu yaygın hiperdens görünüm izlendi ve Fahr sendromu ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Hipoparatiroidi başta olmak üzere endokrin fonksiyon bozukluklarının, sıklıkla Fahr sendromu ile ilişkili olduğu bilinmektedir (1). Hastamızın özgeçmişinde guatr nedeni ile tiroidektomi öyküsü bulunmakta olup sekonder hipoparatiroidi nedeni ile kalsiyum replasmanı aldığı öğrenildi. Sekonder hipoparatiroidi, tiroidektomi sonrası paratiroid bezin tahribatı veya vasküler hasarı neticesinde ortaya çıkan ve en sık görülen komplikasyondur. Hipokalsemiye yol açan bu durum, asemptomatik olabileceği gibi yaşamı tehdit edecek kadar ciddi boyutlarda komplikasyonlarla da sonuçlanabilmektedir. Kronik hipokalsemi, patogenezini tam olarak bilinmeyen bir şekilde, intrakraniyal kalsifikasyon ile sonuçlanmakta ve kalsiyum birikimi tipik olarak bazal ganglionlar, talamus ve serebellumda oluşmaktadır (8). Düzenli olarak replasman aldığı bilinen hastamızın serum kalsiyum seviyesi normaldi ve bazal ganglionlar, serebellum, her iki serebral hemisferdeki beyaz cevherde kalsifikasyon mevcuttu.

Fahr sendromu, çeşitli nörolojik ve psikiyatrik bulgularla yakından ilişkilidir. Ekstrapiramidal semptomlar, Parkinsonizm, distoni, ataksi, kore, bilinç kaybı ve nöbet geçirme en sık karşılaşılan semptomlar arasında yer almaktadır. Bilişsel fonksiyonlarda bozulma, demans, sanırlar, varsanılar, anksiyete, mani, depresyon gibi psikiyatrik semptomlar da görülebilmektedir (5). Baş ağrısı, baş dönmesi, idrar inkontinansı, bilinç kaybı, spastisite, miyoklonus, şiddetli hipertansiyon, bu sendromda rastlanabilen diğer nörolojik belirtiler arasında yer almaktadır (9). Bu vakada, hasta yakınlarından alınan detaylı anamnez göre hastamızın uzun zamandır unutkanlık, kas krampları, idrar kaçırma gibi yakınmalarının olduğu öğrenildi. Bu durum, bizi Fahr sendromu tanısına yaklaştırmaktadır.

Kalıtsal geçiş gösterdiği bilinen Fahr sendromu sıklıkla otozomal dominant aktarılmaktadır. Ayrıca otozomal resesif geçiş gösteren veya sporadik olarak ortaya çıkan olgular da bildirilmiştir (3,9). Ailesel beyin kalsifikasyonu ile ilişkili dört gen tanımlanmış olup SLC20A2, PDGFRB, PDGFB ve XPR1 bu genler arasında yer almaktadır. Ancak hastaların çoğunda genetik bir geçişin olmadığı bilinmektedir (9). Hastamızın aile öyküsünde de bu sendroma sahip bir birey bulunmuyordu.

Intrakraniyal kalsifikasyonlar, Fahr sendromu dışında birçok hastalıkla, özellikle de yaşlı bireylerde daha sık olmak üzere karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca tanıda endokrin bozuklukların yanı sıra toksoplazma, sitomegalovirüs, difterya, sifiliz, brusella gibi enfeksiyöz etkenler; tüberoz skleroz, mitokondrial miyopati, Cockayne sendromu gibi bazı hastalıklar; aşırı D vitamini, kurşun, cıva, iyonize radyasyon ve metotreksat tedavisi gibi toksik nedenler yer almaktadır (9). Ayrıca beyin BT taramaları ile %1,5'e varan oranda tesadüfen kalsifikasyon saptanabileceği (9) göz önüne alınarak, bu durumun normal yaşlanma sürecinin bir parçası olabileceği unutulmamalıdır.

SONUÇ: Fahr sendromu çoğunlukla genetik geçiş gösteren, bazal ganglionlar ile serebral kortekste bilateral kalsifikasyonların görüldüğü, kronik ve progresif seyirli bir nörodejeneratif hastalıktır. Bu sendrom, kalsifikasyonların yerleşim yeri ile ilişkili olarak çeşitli nörolojik ve/veya psikiyatrik belirtilerle karşımıza çıkabilmekte iken; tamamen asemptomatik bir seyir de gösterebilmektedir. Hastalığın tedavisi her ne kadar semptomları gidermeye yönelik olsa da klinisyenler; nöropsikiyatrik belirtiler ile başvuran hastaların ayrıntı tanısında bu sendromu aklına getirmelidir.

KAYNAKLAR

1. Saleem, S., Aslam, HM, Anwar, M. ve diğerleri. Fahr sendromu: güncel kanıtları literatür taraması. *Orphanet J Rare Dis* 8, 156 (2013). <https://doi.org/10.1186/1750-1172-8-156>
2. el Maghraoui A, Birouk N, Zaim A, ve diğerleri. [Fahr sendromu ve disparetiroidizm. 3 vaka]. *Presse Medicale* (Paris, Fransa: 1983). 1995 Eylül;24(28):1301-1304. PMID: 7501622.
3. Ahad, MA, Bala, C. ve Karim, S. (2013). Fahr sendromu. *Bangladesh Tıp Dergisi Khulna*, 45 (1-2), 33-35.
4. Taymur, I., Demiran, G., Sargin, A. E., ve Türkçapar, M. H. (2012). Obsesif-Kompulsif Bozukluk ile Giden Fahr Hastalığı Olgusu. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2012; 49: 308, 310.
5. Jaworski, K., Styczyńska, M., Mandacka, M., Walecki, J., ve Kosior, D. A. (2017). Fahr Syndrome - an Important Piece of a Puzzle in the Differential Diagnosis of Many Diseases. *Polish journal of radiology*, 82, 490-493. <https://doi.org/10.12659/PJR.902024>
6. Brannan, T. S., Burger, A. A., ve Chaudhary, M. Y. (1980). Bilateral basal ganglia calcifications visualised on CT scan. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 43(5), 403-406.
7. Manyam B. V. (2005). What is and what is not 'Fahr's disease'. *Parkinsonism & related disorders*, 11(2), 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2004.12.001>
8. Zisimopoulou, V., Siatouni, A., Tsoukalos, G., Tavernarakis, A. ve Gatzonis, S. (2013). Yaygın iki taraflı intrakraniyal kalsifikasyonlar: Bir iatrojenik hipoparatiroidizm olgusu. *Tıpta vaka raporları*, 2013.
9. Amisha, F., ve Munakomi, S. (2023). Fahr syndrome. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.



TAM METİNLER

Karaciğerde Sonlanan Double J Malpozisyonu

Buket KIZIR ,Meryem Mevre TAYLAK , Serap GÜNKAN,
Suna ERAYBAR ATMACA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

Bursa Şehir Hastanesi

B
S
H

GİRİŞ

Double j stent (DJS) yerleştirme, üroloji tarafından üreter tıkanıklığını gidermek veya daralmayı önlemek için sıkça başvurulmuş bir operasyondur. Genellikle güvenli ve etkili bir prosedür olmasına rağmen, bazı yaygın komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Bunlar arasında hematüri, mesane irigasyonu , yan ve üst pubik ağrılar yer alır. Daha ciddi komplikasyonlar arasında vesikoureteral reflü, DJS migrasyonu ve DJS kireçlenmesi gibi durumlar nadir olmakla birlikte meydana gelebilir.

OLGU

27 yaş kadın hasta gün içerisinde dış merkezde sağ üretere double j katater takılma öyküsü mevcut. Sağ yan ağrısı , idrar yaparken yanma ve ateşlenme şikayetleri ile hastanemiz acil servisine başvuruyor . Batın muayenesinde batını rahattı , defans ve rebound alınmadı , sağ üst kadranda palpasyonla hassasiyet görüldü , sağ sol kostovertebral açı hassasiyeti saptanmadı . Geliş vitalleri kan basıncı: 120/83 mmHg , nabız: 126 atım /dk , ateş:37,9 °C ; satürasyon: 99 olarak ölçüldü . Laboratuvar sonuçlarında Wbc:18 , CRP:273,2 mg/L ; AST: 14 IU/L ALT:19 U/L olarak ölçüldü . Tam idrar tahlilinde kan:3+ , lökosit esteraz:1+ , eritrosit: 90 HPF , lökosit :43 HPF olarak değerlendirildi . Çekilen kontrastlı batın tomografisinde sağ perirenal yağlı planlarda kirlenme , sağ üretere uygulanmış dj katater ve kateterin proksimalinde karaciğerde sonladığı görüldü. Karaciğerde sonlanan double j malpozisyonu sebebiyle üroloji tarafından interne edildi.

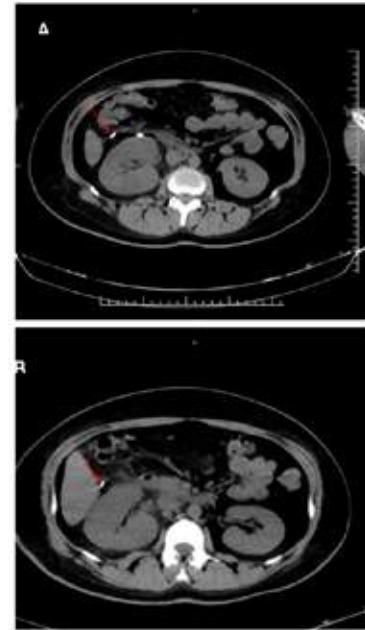
SONUÇ

Double j stent yerleştirme yaygın ve güvenilir bir işlem olsa da her girişimsel işlemde olduğu gibi sonrasında bazı komplikasyonlarla karşılaşılabilir . Double j stent malpozisyonu nadir bir komplikasyon olsa da işlem sonrasında özellikle ateş , batında hassasiyet şikayetleri ile acil servise başvuran hastalarda akılda bulundurulmalı ve gerekli görüntüleme yöntemleri kullanılarak stentin doğru lokalizasyonda olduğu kontrol edilmelidir. Sık karşılaşılan bir durum olmasa da özellikle ürolojik bir girişim sonrası hematüri batında hassasiyet ile gelen hastalarda stent malpozisyonu da ayırıcı tanılarımız arasında olmalıdır ve ileri inceleme ile gerekli değerlendirmeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: double j stent, hematüri , ateş

KAYNAKLAR:

Wang,Q. Shen ,C . Zhang ,Y . When ,L . Yang, B. (2022) Double J stent malposition in the inferior vena cava: Two case reports and a literature review



Şekil 1: Karaciğerde sonlanan double j stent görüntüsü



Şekil 2: Direkt üriner sistem grafisi double J stent görüntüsü

TAM METİNLER

SEREBRAL VENÖZ SİNÜS TROMBOZU : İKİ FARKLI KLİNİK PREZENTASYONU

Buket KİZİR , Muhammed Emre DİNÇEL , Şaziye ARSLAN , Elmas TOHUMOĞLU , Suna ERAYBAR ATMACA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM , Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Venöz sinüs trombozu (VST), beyin ana venlerinde oluşan venöz kan pıhtılarıdır. Bunlar, tetiklenmiş veya tetiklenmemiş nedenlere bağlı olabilir. İşaret ve belirtileri, pıhtının konumuna ve yaygınlığına bağlı olarak değişir. Sinüs trombozu için yaygın konumlar arasında dural sinüsler, kavernöz sinüs ve korteksin derin sinüsleri bulunur.

Venöz sinüs trombozları, diğer venöz trombozlarla benzer nedenlerden kaynaklanır. Pıhtı oluşumunu arttıran herhangi bir faktör ; sinüsün lokalize bir bölgesinde artmış koagülabilité veya akımın azalması gibi, pıhtı oluşumu için yatkınlık oluşturur. Temelde protrombotik bir durum olabilir, bunlar arasında kalıtsal koagülopati, malignite, oral kontraseptif kullanımı, gebelik, enfeksiyon veya travma bulunur.

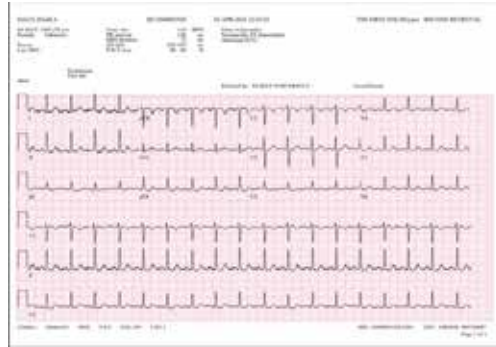
OLGULAR

OLGU 1

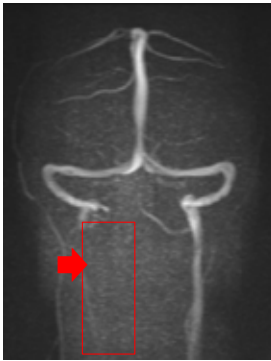
28 yaş 17 haftalık gebe hasta sağ kolda uyuşma ve sağ gözde bulanık görme şikayeti ile acil servisimize başvuruyor. GKS:15 oryante koopere hastada yapılan nörolojik muayene doğal olarak değerlendiriliyor , laterizan bulgu saptanmıyor , Kas gücü her 4 ekstremitede de 5/5 olarak değerlendiriliyor. Hasta verdiği anamnezde göğüs ağrısı tariflemiyor . Geliş vitalleri tansiyon 124/80 mmHg , nabız: 115 atım/dakika , ateş: 36 °C satürasyon:100 olarak ölçülüyor. Çekilen ekg (Şekil 1) sinüs taşikardisi ile uyumlu görülüyor . Laboratuvar sonuçları troponin < 3.00 ng/L ; kalsiyum :9,7 mg/dL ; d-dimer: 0,64 µg /mL , kan gazında pH: 7,42 olarak ölçüldü. Yapılan ekokardiyografi sonucunda ef: %60 olarak değerlendirildi, segmental duvar hareket bozukluğu görülmedi hafif mitral yetmezlik dışında ek patoloji görülmedi . Bilateral üst ekstremitate arter ve venöz renkli doppler ultrasonografide arteriyel ve venöz yapılar açık olarak izlendi . Karotis renkli doppler ultrasonografide her iki internal karotis arter ve common karotis arter açık olarak izlendi . Çekilen MR venografide (Şekil 2) sağ sigmoid sinüsten itibaren juguler vende normal sinyal void görünümü izlenemedi trombüs lehine değerlendirildi . Hasta sinüs ven trombozu ön tanısı ile nöroloji tarafından interne edildi .

OLGU 2

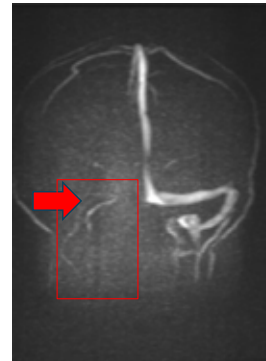
21 yaş erkek hasta 4 gündür aralıklı olan özellikle sağ temporal ve frontal bölgede hissettiği sıkıştırıcı karakterde baş ağrısı ile acil servise başvuruyor . Geliş vitalleri tansiyon: 125/75 mmHg, nabız: 85 atım / dakika , ateş: 36 °C satürasyon:100 olarak ölçülüyor . GKS:15 oryante koopere hastada yapılan nörolojik muayene doğal olarak değerlendiriliyor , laterizan bulgu saptanmıyor . Çekilen beyin tomografisinde herhangi bir patoloji saptanmıyor. Mr venografide (Şekil 3) sağ venöz sistem ve sağ transvers sinüs değerlendirilemiyor . Hasta sinüs ven trombozu ön tanısıyla nöroloji tarafından interne ediliyor .



Şekil 1 :Olgu 1 EKG



Şekil 2: Olgu 1 MR Venografi



Şekil 3: Olgu 2 MR Venografi

SONUÇ

Serebral ven trombozu iskemik inmenin nadir nedenlerinden biridir . Bu yüzden akla gelmesi diğer nedenlere göre biraz daha zordur . Acil servise serebral vasküler olaydan şüphelenmemize sebep olacak hemiparezi, görmede bulanıklık , başağrısı , konuşma bozukluğu gibi şikayetlerle başvuran özellikle genç hastalarımızda göz önünde önünde bulundurulması gereken ayırıcı tanılardan biridir. Gebelik gibi tromboz için de risk faktörü olan kadın hastalarda ve genç erkek hastalarda serebral ven trombozu tanısını koyabilmek ya da bu tanıyı dışlayabilmek için mr venografi gibi ileri tetkiklerle incelemeye gidilmelidir.

KAYNAK

Gokey ,R . (2023) . Venous Sinus Thrombosis <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560598/>



TAM METİNLER

ACİL SERVİSTE NADİR BİR TANİ C. TETANİ

Mehmet Emin KONUŞ, İhsan Ege TANER, Mehtap BULUT, Suna ERAYBAR ATMACA
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Tetanoz, Clostridium tetani adlı anaerobik basilin etken olduğu tonik kasılmalarla karakterize, nöromusküler sistemi toksin (tetanospazmin) aracılığıyla etkileyen ölümcül seyredabilen, toksik bir enfeksiyon hastalığıdır. Tetanoz; lokal, sefalik ve jeneralize olmak üzere 3 farklı klinik formda kendini belli eder. Lokal tetanozda sporların giriş yerine yakın kaslarda sınırlı kontraksiyonlar görülür. Sefalik tetanoz çoğunlukla travmatik kafa yaralanmaları ve C. Tetani etkenli otitis media takibinde görülen tetanoz kliniğidir. Tonik kas kasılmalarıyla karakterize olup, yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Jeneralize tetanoz ise fasial kaslarda kasılmalarla ortaya çıkar, öncelikle masseter kası rijiditesi (trismus) ve risus sardonicus (orbicularis oris) ile başlar sonra aşağıya doğru inerek yutma gücünü ve abdominal rijidite gelişir. Opistotonus olarak adlandırılan kollarla fleksiyon bacaklarda ekstansiyonla pozisyon gelişebilir. Tanı esas olarak trismus, disfaji ve spazmların varlığında vücut sıvılarında toksinin gösterilmesine dayanır. Bu bildiride günümüzde artık çok sık görmediğimiz tetanoz hastasını sunmak istedik.

OLGU

86 yaş erkek hastada 2 gündür çenede ağrı, ağızını açamama, yemek yiyememe şikayetleri olup fenalık hissi, bayıla yazma ile acil servise başvurdu. Hastanın bilinen herhangi bir hastalık öyküsü ve sürekli kullandığı bir ilacı olmadığı öğrenildi.

Geliş vital bulguları kan basıncı 160/80 mmHg, ateş: 37.1 °C, nabız: 77 atım/dk, solunum sayısı:15/dk. spO2: %98 olarak ölçüldü.

Fizik muayenesinde; Genel durumu iyi binci açık oryante koopere'ydi. Nörolojik muayenesinde Motor/duyu defisit yok, serebellar testler doğal, pupiller izokorik, IR ++/++, kranial sinir muayeneleri doğal. Laboratuvar tetkikleri hafif dereceli hipernatremi (Na:150meq/L) dışında normal sınırlarda idi. Hastanın santral sinir sistemi odaklı görüntülemeler normaldi. Hastada trismus ve risus sardonicus tespit edildi. Hastanın daha detaylı öykü sorgulaması yapıldığında yaklaşık 15 gün önce bahçe işleri ile uğraşırken sol el 2. parmakta ufak çaplı kesi olduğu aynı gün hastanemize başvurduğu yara bakımı, sutürasyon ve tetanoz aşısı yapıldığı öğrenildi. Tetanoz ön tanısı ile ilgili kliniklerden konsültasyon istendi. Hasta yoğun bakım ünitesine tetanoz tanısı ile yatırıldı.



Şekil1:Hastaya ait çenede kasılma trismus görüntüsü

SONUÇ

Toplumdaki bireylerin tümü yaşamlarının herhangi bir döneminde tetanoz etkeni ile karşılaşma riskine sahiptir. Tetanoz için en yüksek risk altındaki kişiler yaşlılar ve yeterli dozda immünizasyon sağlanamayan bireylerdir. Hastalık öncelikle yüzde distorsiyon ve ense sertliği şeklinde görülür. Hasta acil servisimize başvurduğunda trismus, risus sardonicus ve disfaji semptomları vardı.

Sonuç olarak; tetanoz yaygın immünizasyon çalışmaları ile görülme sıklığı azalmakla beraber, akut gelişen ölümcül seyredabilen bir hastalıktır. Tetanoz, öykü ve klinik bulgular ile tanı konulan bir hastalıktır. Bu nedenle klinik şüphe durumunda tetanoz akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELE: acil servis, tetanoz, çene kasılması

KAYNAKÇA

(1) 1. Schoen FJ, Cotran RS. Blood vessels. In: Cotran RS, ed. Robbins pathologic basis of disease. Philadelphia, PA: Saunders, 1999: 493-542.



YÜKSEK ATEŞLE TETİKLENEN BRUGADA SENDROMU

Mert ASLANTAS, İHSAN EGE TANERİ, Mustafa TURANI,
Suna ERAYBARI

İSağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

Bursa Şehir Hastanesi

B
S
H

GİRİŞ

Brugada sendromu anormal EKG bulgularıyla karakterize, ani kardiyak ölüm riski olan otozomal dominant geçiş gösteren genetik bir hastalıktır. EKG’de sağ prekordeyal derivasyonlarda (V1-V3) sağ dal bloğu paterni ile birlikte ST segmenti yüksekliğinin olması sendromun tipik EKG bulgusudur. Brugada sendromu ile ilgili son zamanlarda klinik olarak tam zorlukları ve yanlış tanı problemlerinin yaşandığı gözlenmektedir. Amacımız Brugada sendroma tanısının son yayınlar ışığında tanı ve tedavi çerçevesini ortaya koymak ve bu anlamda tipik bir olguyu paylaşmaktır.

OLGU

Daha önce bilinen kalp hastalığı olmayan 47 yaşındaki erkek hasta, 2 gündür olan genel vücut ağrısı, boğaz ağrısı, öksürük ve ateş şikayetleri ile acil servise başvurdu. Üst solunum yolu enfeksiyonu, pnömoni ön tanıları ile hasta acil servise takibe alındı. Ateşi 38 °C derece olması dışında vital bulguları normal olan hastanın yapılan fizik muayenesi ve PA akciğer filmi normaldi. Hastanın yapılan rutin laboratuvar testlerinde patoloji izlenmedi. Hastanın EKG’sinde (şekil:1) V1-V3’ten bir tanesinden fazlasında >2 mm girintili ST segmenti elevasyonuna takiben negatif T dalgası olması üzerine olması üzerine Brugada Sendromu düşünülerek monitorize edildi, kardiyoloji hastahklarına konsülte edildi. Yapılan ekosunda EF %60 olup segmenter duvar hareket kusuru saptanmadı, sağ yapılarında masif pulmoner tromboemboli lehine bulgu saptanmadı, aort diseksiyonu lehine bulgu saptanmadı. Hastada ön planda ateşle tetiklenen Brugada Sendromu Tip1 düşünüldü. Ailede ani kardiyak ölüm hikayesi bulunmayan, senkop öyküsü olmayan hastaya parasetamol flakon iv ile ateş kontrolü sağlandı. Parenteral parasetamol tedavi sonrası EKG (şekil:2) bulguları gerileyen hastaya acile başvurusu gereken durumlar anlatıldı, ertesi gün kardiyoloji poliklinik kontrolüne gelmesi söylenerek taburcu edildi.

SONUÇ

Çocukluk çağından ileri yaşa kadar her yaş aralığında görülmesine rağmen en sık dördüncü on yılda ve erkek cinsiyette görülmektedir. Olguların %15- 20’sinde asıl sorumlu tutulan mekanizma, sodyum iyon kanallarında bulunan bir gende (SCN5A) meydana gelen bir mutasyon olduğu düşünülmektedir. Hastaların senkop ve ani ölüm açısından yaklaşık %22’sinde aile öyküsü bulunmaktadır. Acil servise EKG’de V1-V3 derivasyonlarında ST yükselmesi, senkop, VT veya ani ölümle başvuran hastalarda ayrıntı tanıda Brugada Sendromu dikkate alınmalıdır. Bazı klinik durumların (ilaç kullanımı, hipertiroidi, elektrolit bozukluğu, ateş) Brugada Sendromunda aritmi sıklığını artırabileceği için düzeltilmesi önerilmektedir. Hastamızda takiplerinde enfeksiyona bağlı ateş yükseklikleri olmuş fakat VF gibi bir ritim bozukluğuna rastlanmamıştır.

Anahtar kelimeler: Brugada sendromu, EKG, ateş, acil servis



Şekil:1 Hastanın ilk başvuru anında çekilen EKG’i



Şekil:2 Hastanın parenteral parasetamol tedavi sonrası kontrol EKG’si



TAM METİNLER

İNTOKSİKASYONA BAĞLI ATRİYOVENTRİKÜLER TAM BLOK

Ass. Dr. Oğuzhan ACIKGOZ, Doç. Dr. Avni Uygar SEYHAN, Uzm. Dr. Münire Hande GOLGELİ, Uzm. Dr. Elif OYMAK, Ass. Dr. Hazel Deniz ERDOĞAN, Ass. Dr. Melis REZAI, Ass. Dr. Eribe Nur OZCAN

GİRİŞ: Tam kalp bloğunda, AV iletim tamamen kaybolmuştur. Supraventriküler uyarılardan hiçbirisi ventriküllere iletilmez. Perfüzyonu sağlayacak olan ritim, nodal (kavşak, düğüm) ya da ventriküler kaçış ritmi ile sağlanır. Hastada ventrikül kaçış ritminin durması sonucunda senkop ya da ani kardiyak ölüm görülebilir. Sebepleri arasında inferior miyokard infarktüsü, AV düğümü bloke eden ajanlar (ör. *kalsiyum kanal blokerleri*, *beta blokerler*, *digoksin*), iletim sisteminin idiyopatik dejenerasyonu bulunur. Herhangi bir şikayetle hastaneye başvuran hastalarda rutin olarak acilen kardiyak monitörizasyon, geçici pacemaker ve sıklıkla kalıcı pacemaker takılması gerekir.

VAKA: 76 yaş erkek hasta acil servise bulantı kusma şikayeti ile başvurdu. Bilinen akciğer kanseri olan hasta 2 hafta önce kemoterapi aldığı öğrenildi. Vitalleri ta:110/70 ateş:37 so2:95 nabız:40 kan şekeri: 123 olarak ölçüldü. Fizik muayenesinde gks:15 oryante koopere, nörolojik muayenesi doğal, batında epigastrik hassasiyet dışında bir fizik muayene bulgusu yoktu. Laboratuvar sonuçlarında hb:7 troponin t: 26 olarak görüldü. Hastanın çekilen ekg si AV tam blok uyumlu olarak görüldü. Öyküsü sorgulandığında hastanın üç gün önce aktardan alarak kaydattığı sinir otunu (plantago) üç gündür içtiği anlaşıldı. Kardiyak monitorize takip edilen hasta takipleri sırasında jtk tarzı nöbet geçirmesi üzerine antiepileptik ajanla ile müdahale edildi. Bitkisel ürün kullanımına bağlı intoksikasyon olarak kabul edilen hasta toksikoloji ve kardiyoloji olan merkeze sevk edildi.



SONUÇ: AV tam blok ani kardiyak ölüme ilerleyebilen acil kardiyak bir hadisedir. Hızlı tanı ve tedavi gerektirir. Mekanizması bilinmeyen ve pacemaker implantasyonunun mümkün olmadığı 2. ve 3. derece AV bloklarda atropin verilmeyebilir, yarar şüphelidir. AV tam blok mekanizması intoksikasyona bağlı görüldüğünde hastaya bütüncül yaklaşım yapılarak intoksikasyona bağlı semptomlar giderilmeli ve en yakın toksikoloji merkezine transferi sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA:

- Hampton, JR. The ECG in Practice (5th edition), Churchill Livingstone 2008.
- Surawicz B, Knilans T. Chou's Electrocardiography in Clinical Practice (6th edition), Saunders 2008.
- Wagner, GS. Marriott's Practical Electrocardiography (11th edition), Lippincott Williams & Wilkins 2007.



TAM METİNLER

Ass. Dr. Zehra KARACA, Doç. Dr. Avni Uygur SEYHAN, Uzm. Dr. Gülgün BATTAL, Dr. Abdullah TAŞÇI, Ass. Dr. Hatice Neva BAKİ

GİRİŞ: Perforasyon, lümenli organların umulmadık şekilde dış ortama açılması durumu olarak tanımlanır. Batın içinde yer alan gastrointestinal sisteme ait organların perforasyonu akut batın sebebidir ve acil yaklaşım gerektirir. GİS perforasyonlarının farklı anatomik bölgelerde farklı etiyolojik sebepleri olabilir, bu sebepler travmatik veya divertikülit, ülser gibi nontravmatik etyolojiler olabilir. Bu etiyolojilerin sıklığı yaşa bağlı da değişiklik gösterebilir. Hastaların çoğunluğunda başvuru şikayeti karın ağrısıdır, buna ek olarak bulantı, halsizlik ve ateş de sıklıkla görülür. Batında hassasiyet, defans ve rebaund bulguları görülmesi perforasyon açısından anlamlıdır. Perforasyon ön tanısı ile yönetilen bir vakada hastadan karın ağrısı ayırıcı tanısına uygun şekilde kan tetkikleri istenir. Görüntüleme olarak akciğer grafisi ve ayakta direkt batın grafisi ilk tercihtir. Diyafram altı serbest hava şüphesi güçlendirir. Ancak perforasyon görüntülenmesi için altın standart abdomen ve pelvis bilgisayarlı tomografisidir. Perforasyon tanısı alan hastada esas tedavi cerrahi olmakla beraber oral alımının kapatılması, sıvı resüsitasyonuna başlanması ve sepsis profilaksisi uygulanması gerekir.

VAKA: 60 yaş kadın hasta şiddetli karın ağrısı şikayeti ile acil servise yakını tarafından getirildi. Tıbbi geçmişinde bilinen abdominal herni dışında öyküsü olmayan ilk bakıda genel durumunun kötü görülmesi üzerine hasta kırmızı alana çekildi ve güvenlik çemberine alındı. Vital bulgular; TA: 53/35, nabız: 135, sO2: 85, ateş: 36,7. Batın muayenesinde hernisi distandü görülmüş olup herni çevresinde ele gelen krepitasyon palpe edildi. Batında yaygın hassasiyet mevcuttu. Hastadan rutin kanları alınırken eş zamanlı olarak hastaya oksijen desteği ile birlikte inotrop tedavi başlandı, genel cerrahiye konsülte edildi, genel cerrah alana davet edildi. Genel cerrahi hekimi muayenesinden sonra hasta doktor eşliğinde BT'ye götürüldü. BT'de batın içi serbest hava görülen hasta genel cerrahi tarafından ivedilikle operasyona alındı

SONUÇ: GİS perforasyonu hayatı tehdit eden ve acil müdahale gerektiren bir durumdur. Bu nedenle perforasyon tanısı alan hastanın yakın hemodinami takibi yapılması, oralinin kapatılması, sıvı desteğinin başlanması, antibiyoterapisinin uygulanması ve hızla genel cerrahiye konsülte edilmesi gerekir.



TAM METİNLER

HİPOTERMİDE OSBORB DALGASI

Ass. Dr. Oğuzhan AÇIKGOZ, Doç. Dr. Avni Uygur SEYHAN, Uzm. Dr. Yasemin ÖZTÜRK, Ass. Dr. Zehra KARACA, Ass. Dr. Elifsu UZUN

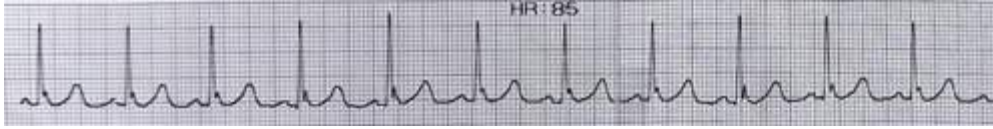
GİRİŞ: Hipotermi vücut ısısının $< 35^{\circ}\text{C}$ olması olarak tanımlanmaktadır. Hipotermi, vücudunuz artık soğuğa maruz kalmanın üstesinden gelmek için yeterli ısı üretilmediğinde ortaya çıkar. Vücut merkez sıcaklığının 35°C 'nin altına düştüğünde hipotermi olarak adlandırılır ve hızlı bir şekilde tedavi edilmezse ölüme yol açma potansiyeline sahip son derece tehlikeli bir durumdur. Hafif hipotermi: $32-35^{\circ}\text{C}$ arası, orta hipotermi: $29-32^{\circ}\text{C}$ arası, şiddetli hipotermi: Vücut ısısı $< 29^{\circ}\text{C}$ 'nin altı olarak tanımlanır.

Hipotermi EKG değişikliklerini ortaya çıkartabilir; bradiaritmiler, Osborn dalgaları (= J dalgaları), uzamış PR, QRS ve QT aralığı, VT, VF veya asistoliye bağlı kardiyak arrest. Osborn dalgası (J dalgası) J noktasındaki pozitif sapmadır (aVR ve V1'de negatif). Genellikle prekordiyal derivasyonlarda en belirgindir. Osborn dalgasının yüksekliği kabaca hipotermi derecesi ile orantılıdır. En belirgin hipotermi vakaları, hastanın soğuk havalarda dışarıda veya ısıtılmamış bir alanda bulunduğu durumlarda gözlenir. Her hastada olduğu gibi, öncelikle bilinç düzeyi ve hava yolu yönetimi ihtiyacı değerlendirilmelidir.

Hipotermili hastaya yaklaşımda ısıtma yastıkları veya basınçlı sıcak hava gibi yöntemler kullanılmalıdır. Öncelikle aktif yeniden ısıtma ekstremitelerle değilde gövdeyle başlamalıdır. 40-42 derece C'ye ısıtılmış IV sıvılar uygulanmalıdır.



VAKA: 29 yaş erkek hasta yüksekten düşme sonrası soğuk havaya maruziyet sonrası acil servise getirildi. Bilinen ek hastalık yok. Vital bulguları; ateş: 31°C , tansiyon: 110/80 mmHg, nabız: 55/dk and SpO_2 : 98%. Fizik muayenede bilinç kapalı gks: 3, solunum sesleri azalmış, sağ tibia ve fibula açık fraktür saptandı. Hastanın genel durumu kötü olması sebebiyle invaziv mekanik ventilatöre bağlandı. Çekilen ekg de hipotermiye bağlı osborn dalgası tespit edildi. Hipotermiye karşı ısıtıcı kullanıldı, sıcak sıvı tedavisi başlandı. Takiplerinde hastanın vücut ısısının 35°C celsius olması üzerine kontrol ekg de osborn dalgasının kaybolduğu gözlemlendi. Vücudunda parçalı fraktürleri bulunan ve genel durumu kötü hastanın yakın takip amacıyla yoğun bakım ünitesine sevk edildi. Sevk edildiği yoğun bakım ünitesinde vital bulgularının stabil hale gelmesi üzerine mekanik ventilatörden ayrılan hastanın açık fraktürleri sebebiyle ortopedi servisine yatırılıp sevk edildi.



SONUÇ: Hipotermi hayatı tehdit edici ve hızlı müdahale gerektiren acil bir durumdur. Periferik dolaşım bozukluğu görülen ve vücut ısısı düşük olan hastalarda acil ısıtma işlemleri başlatılmalı ve hava yolu güvenliği sağlanmalıdır. Vücut ısıtılması sırasında vasküler boşluklar vazodilatasyona bağlı genişleyeceğinden 45-60 dakikadan daha fazla hipotermik kalan hastalarda volüm replasmanı yapılmalıdır. Hipotermiye bağlı görülen ekg anormallikleri hipotermiyi düzeltmesi ile genellikle düzeltilmektedir. Bu yüzden yakın ekg ve vital takibi yapılarak hayati fonksiyonlar değerlendirilmelidir.

KAYNAKÇA:

- Cameron P, Jelinek G, Kelly AM, Murray L, Brown AFT. Textbook of Adult Emergency Medicine. Elsevier 2009.
- Hampton, JR. The ECG in Practice (5th edition), Churchill Livingstone 2008.
- Slovic C, Jenkins R. ABC of clinical electrocardiography: Conditions not primarily affecting the heart. BMJ. 2002 Jun 1;324(7349):1320-3. Review. PMID: 12039829. [Full text](#).
- Surawicz B, Knilans T. Chou's Electrocardiography in Clinical Practice (6th edition), Saunders 2008.
- Wagner, GS. Marriott's Practical Electrocardiography (11th edition), Lippincott Williams & Wilkins 2007.



TAM METİNLER

VENTRİKÜLER FİBRİLASYON NEDENİ OLAN ARİTMİ: WOLF PARKİNSON WHITE SENDROMU

Metehan AYGÜN¹, Mücahit KAPÇI¹, Ertuğrul ALTUĞ², Ramazan GÜVEN²

¹ Sağlık Bilimler Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği, İstanbul/Türkiye

AMAÇ VE HEDEF: Wolf-Parkinson-White (WPW) sendromu supra ventriküler taşikardilerin (SVT) yaygın bir sebebidir. Wolf-Parkinson-White sendromu kalbin fizyolojik ileti sistemi olan atriyoventriküler (AV) nod ile patolojik olarak bulunan aksesuar yol (AY) arasında taşikardi halkasının geliştiği reentran bir taşikardidir. Bu taşikardiler atriyoventriküler reentran taşikardi (AVRT) olarak adlandırılmaktadır. Ventriküller AV noddan uyarıldığında ortodromik, ventriküller aksesuar yoldan uyarıldığında ise antidromik taşikardi olarak adlandırılmaktadır. Atriyoventriküler nodal reentran taşikardi (AVNRT) ise AV nod içerisinde refrakter süresi ve ileti hızı farklı olan ve taşikardi halkasının gelişmesine zemin oluşturan farklı iki yolağın bulunması sonucu gelişen reentran bir taşikardi olarak görülmektedir (1). Nadiren bu iki durum eş zamanlı bir şekilde bulunabilmektedir. Wolf Parkinson White sendromu yıllar içerisinde mortalite ve morbidite ile sonuçlanan bir hastalık olabilmektedir (2). Özellikle semptomatik olgularda ani ölüm riski bulunmaktadır. Asemptomatik kişilerde ise bu risk düşük olup, yaklaşık %0.1 hasta-yılı olarak hesaplanmıştır (3). Semptomatik hastalarda 16 yıllık takip sonucunda %2.2 oranında ventriküler fibrilasyon (VF) geliştiği tespit edilmiştir (4). Bizim bu vakayı sunmadaki amacımız daha önceden tanısı olmayan WPW sendromu bir hastanın acil servise çarpıntı şikayeti ile başvuran hastada mortal ritim olan ventriküler fibrilasyon görülebileceğini belirtmektir.

Vaka: 31 yaş erkek hasta acil servise, ilk defa olan ve gece uykudan uyandıran çarpıntı şikayeti nedeniyle başvurmuştur. Hasta, kronik hastalık öyküsü olmadığı ve ilaç kullanmadığını belirtmektedir. Ailede kardiyak hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Hastanın başvuru anında çekilen EKG’inde ventriküler fibrilasyon ritmi olduğu görülmüştür (Resim 1).

Hastanın müşahade altında tansiyonu 120/96 mmHg, oksijen saturasyonu 100 olup şiddetli iskemik göğüs ağrısı tarifleyen ve şuur bulanıklığı başlayan hasta instabil VF kabul edilip 100 joule ile kardiyoversiyon uygulanmıştır. Hastaya eş zamanlı olarak 3 mg magnezyum desteği verilmeye başlanmıştır. Kardiyoversiyon sonrasında göğüs ağrısı rahatlayan hastanın şuur bulanıklığı düzelmiş olup kontrol EKG’inde DI ve aVL derivasyonlarında delta dalgaları olduğu tespit edilmiştir. EKG’de aynı derivasyonlarda kısa PR, delta dalgası ve geniş QRS izlenmesi ile WPW sendromu tanısı konulmuştur (Resim 2).

Hasta kardiyoloji ile konsülte edilerek acil ekokardiyografisinde yapılmış olup, EKO bulguları; EF normal, kalp boşlukları normal genişlikte, majör kapak patolojisi yok, perikard normal olarak tespit edilmiştir. Kardiyoversiyon sonrası stabil olan hastanın, 3 boyutlu kompleks haritalandırma ile kateter ablasyon uygulanmak için kardiyoloji tarafından koroner yoğun bakım ünitesine yatırılıp yapılmıştır. “CS proksimalde AV içiçe olan haastaya pentaray katater ile open window yöntemi ile haritalama yapıldı. Sağ posteroseptalde geçiş olduğu görüldü. Buraya irrigasyonlu RF katateri ile 30 watt’da RF uygulanmıştır ve aksesuar yolun ortadan kalktığı görülmüştür. RF lezyonları toplam 4 kez, 30 watt’da uygulanmıştır. Sonrasında 15 dakika beklenildi, VA ileti disosiyasyonu idi. Preeksitasyon tekrarlamadı. 20 mg adenozin ile AV blok yapılmasına rağmen aksesuar yol iletilisinin olmadığı görülmüştür. İşlem komplikasyonsuz olarak sonlandırılmıştır. Hastanın işlem sonrası EKG’inde delta dalgası görülmemiş olup normal sinus ritmi izlenmiştir (Resim 3). Hasta takipleri sonucunda hastanemizden şifa ile taburcu edilmiştir.

SONUÇ: Acil servise daha önceden olmayan çarpıntı şikayeti ile başvuran genç hastalarda VF gibi ritimlerin zemininde WPW olabilmektedir. Acil serviste çarpıntı şikayeti ile başvuran hastalarda WPW sendromu olabileceği akıldan tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELE: Wolf Parkinson White Sendromu, Delta Dalgası, Ventriküler Fibrilasyon

KAYNAKLAR

- 1)Porter MJ, Morton JB, Denman R, et al. Influence of age and gender on the mechanism of supraventricular tachycardia. Heart Rhythm 2004; 1:393-6
- 2) Becker AE, Anderson RH, Durrer D, Wellens HJ. The anatomical substrates of wolff-parkinson-whites syndrome. A clinic opathologic correlation in seven patients. Circulation 1978; 57: 870-9
- 3) Fitzsimmons PJ, Mc Whirter PD, Peterson DW, Kruey WB. The natural history of Wolff-Parkinson-White syndrome in 228 military aviators: a long-term follow-up of 22 years. Am Heart J 2001; 142: 530-6
- 4) Timmermans C, Smeets JL, Rodriguez LM, Vrochous G, van den Dool A, Wellens HJ. Aborted suddende ath in the Wolff-Parkinson-White syndrome. Am J Cardiol 1995; 76: 492-4



TAM METİNLER

“LEPTOSPIROZ: GÖRÜNMEYEN TEHLİKE- BİR OLGU SUNUMU”

Orhun ÇAKIR¹, Güner YURTSEVER¹

¹ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

GİRİŞ

Leptospiroz, leptospira cinsi spiroketlerin sebep olduğu zoonotik bir hastalıktır ve çok çeşitli klinik tablolarla kendini gösterebilir. Anikterik formu %80-90 sıklıkla, genellikle baş ağrısı, kas ağrıları, bulantı ve kusma gibi non-spesifik belirtilerle seyrederken, Weil hastalığı %5-10 oranında görünmekte olup, daha ciddi belirtilerle ortaya çıkar ve ateş, kanama, sarılık, renal yetmezlik ve nörolojik bulgularla karakterizedir.(1)

Leptospiroz, dünyanın her yerinde yaygın olarak bulunur ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde hem endemik hem de epidemik olarak görülebilir. Leptospira enfeksiyonları asıl olarak kemiricilerde ve bu hayvanların renal tübülüslerinde simbiyotik bir ilişki içinde bulunur. İnsanlar, enfekte hayvanların idrarı veya dokularıyla temas yoluyla veya kontamine su, toprak ve sebzeler aracılığıyla enfekte olabilirler. Risk altındaki meslek grupları arasında kanalizasyon işçileri, maden işçileri, avcılar, gemiciler, veteriner hekimler, tarım işçileri, su sporlarıyla uğraşanlar, sel baskınlarına maruz kalanlar ve laboratuvar çalışanları vb bulunmaktadır.(2)

OLGU

Altmış altı yaşındaki erkek hasta, ateş, bulantı, kusma, karın ağrısı, üşüme, titreme ve gözlerde sarılık şikayetleriyle acil servise başvurdu. Fizik muayenede, ateş 37,8 °C, TA 90/60mmHg ve iktirik cilt görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre sayısı 16140 mm³, trombosit 21000 mm³, hemoglobin 10.09 g/dL, C-reaktif protein 188 mg/L (referans aralığı 0-5 mg/L), kreatinin 3.99 mg/dL, alanin aminotransferaz 104 U/L, aspartat transaminaz 104 U/L, total bilirubin 9.66 mg/dL, direkt bilirubin 6.81 mg/dL, albümin 24 g/L, INR ise 1.27 idi. Toraks ve batin tomografilerinde, akciğerlerde buzlu cam alanları ve karaciğer parankiminde dansite artışı saptandı. Süper enfeksiyon ve viral pnömoniler açısından şüpheli olarak yorumlandı. COVID-19 PCR testi negatif saptandı.

Görüntülemeler sonrasında göğüs hastalıkları ve iç hastalıklarına konsülte edilen hasta ön planda esrar kullanımına bağlı intoksikasyon, vaskülitik akciğer tutulumu, süper enfeksiyon ve viral pnömoniler olabileceği düşünüldü. Akut böbrek yetmezliği, trombositopeni tablosu ise mevcut enfeksiyona sekonder olarak değerlendirildi.

Anamnezinden kanal işçisi olduğu öğrenilen hasta leptospira enfeksiyonu da düşünülerek leptospira PCR testi için örnekler gönderildi. Bu süreçte yoğun bakıma alınan hastaya seftriakson ve klaritromisin tedavisi başlandı.

Yoğun bakım takipleri sırasında hasta bilinç durumunda herhangi bir değişiklik olmadan takip edildi. Böbrek fonksiyon ve karaciğer fonksiyon testleri sonucunda AST, ALT, Kreatinin ve bilirubin değerlerinin takip sırasında geriledi. Ayrıca viral pnömoni açısından görüntülemeleri tekrar edilen hastanın hastaneye yatışının 5. gününde akciğerde yer alan infiltrasyon alanları geriledi. Bu arada hastanın dış merkeze gönderilen leptospira PCR (Polymerase Chain Reaction) testi örneklemesi sonuçlandı. Örnek sonrasında 1/400 titrede L.interrogans serovar Icterohaemorrhagiae strain Winjberg ve 1/200 titrede L.interrogans serovar Canicola Hond Uthrecht IV'e karşı antikor tespit edildi. Hastaya leptospiraya sekonder vaskülit açısından steroid tedavisine başlandı.

Antibiyotik tedavisi 14. güne tamamlanan hasta hastaneye yatışının 19. gününde şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Leptospiroz, leptospira türlerine bağlı dünya genelinde en yaygın görülen zoonotik hastalıktır. Türkiye'de insidansı ve prevalansı bildirilen çalışmalarda insanlarda %2-12 arasında tespit edilmiştir.(3) Leptospiroz tanısını koymak için kültür altın standarttır. Ancak zaman alıcı ve zordur. Bu yüzden pcr, elisa ve doku biyopsileri gibi daha hızlı yöntemler tercih edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün bildirdiği ölüm oranı %10 olmakla beraber bu oran medikal tedaviye erişilme ve hastalığın ciddiyetine göre değişebilmektedir.(3)

Leptospiroz karşımıza; influenza benzeri enfeksiyon bulguları, sebebi bilinmeyen ateş, açıklanamayan ikterohemorajik durum şeklinde çıkabilir. Bu durum ilerleyerek vakamızda olduğu gibi çoklu organ yetmezliği tablosuna dönüşebilir.

Ciddi leptospiroz olgularında antibiyoterapinin mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir. Penisilin, tetrasiklin, seftriakson ve doksisisiklin tercih edilen antibiyotiklerdir. Doksisisiklin genellikle orta dereceli olgularda tercih edilirken, ciddi seyirli olgularda penisilin veya sefalosporin türevleri (seftriakson, sefotaksim) tercih edilebilir.(4)

İkterohemorajik vakalarda pulmoner semptomlar başladıktan sonra ilk 24 saatte steroid tedavisinin başlanması mekanik ventilatör ihtiyacını azalttığı bildirilmiştir.(5)

Sonuç olarak leptospiroz nadir görülen bir hastalık olsa bile; acil serviste, ani başlangıçlı ve iktirik seyreden buna benzer vakalarda ön tanımlar arasında yer alması gereken bir hastalıktır. Kesin tanı zaman alıcı ve zordur. Bizim vakamızda olduğu gibi yapılan muayene ve tetkiklerin dışında anamnezin derinleştirilmesi de tanı koymada çok elzemdir. Erken başlanılan tedavi bu gibi ölümcül enfeksiyonlarda mortaliteyi azaltması açısından çok önemlidir.

KAYNAKLAR:

1. Md-Lasim A, Mohd-Taib FS, Abdul-Halim M, Mohd-Ngesom AM, Nathan S, Md-Nor S. Leptospirosis and Coinfection: Should We Be Concerned? International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(17):9411. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179411>
2. Bharti AR, Nally JE, Ricardi JN, et al. Leptospirosis: a zoonotic disease of global importance. Lancet Infect Dis. 2003;3(12):757-771. doi:10.1016/s1473-3099(03)00830-2.
3. Turhan V, Hatipoğlu M. Leptospiroz: “Yeni fark edilen eski bir enfeksiyon hastalığı”. J. Exp. Clin. Med. Şubat 2013;29(3s):163-168. doi:10.5835/jecm.omu.29.s3.012
4. Ji Z, Jian M, Su X, et al. Efficacy and safety of antibiotics for treatment of leptospirosis: a systematic review and network meta-analysis. Syst Rev. 2024;13(1):108. Published 2024 Apr 16. doi:10.1186/s13643-024-02519-y
5. Shenoy VV, Nagar VS, Chowdhury AA, Bhalgat PS, Juvele NI. Pulmonary leptospirosis: An excellent response to bolus methyl prednisolone. Postgrad Med J 2006;82:602-6.



TAM METİNLER

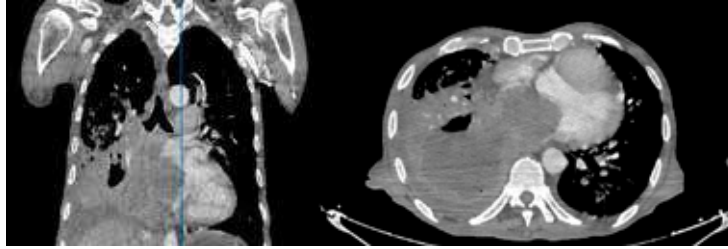
KALBE GİDEN YOL AKCİĞERDEN GEÇER

Muhammet Çağrı Duysak¹, Burcu Bayramoğlu¹, İsmail Tavfur¹

¹ Acil Tıp Kliniği, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Akciğer kanseri, bronş epitelinden köken alan, tüm dünyada kadın ve erkeklerde kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir. Sigara içimi tüm akciğer kanserlerinin % 90'ından sorumludur. Kitlenin yerleşim yeri, invazyonu ve lokal veya uzak metastazına göre klinik bulgular değişiklik gösterir. Toraks duvarı, plevra veya mediastinal yapılara invazyon durumunda, yan ağrısı veya noktasal tarzda göğüs ağrısı, nefes darlığı, pancoast sendromu, vena cava superior sendromu veya rekürrenlarineal sinir tutulumuna bağlı ses kısıklığı gibi şikayetlerle başvurulabilir.

OLGU: 63 yaşında erkek hasta, 3 gündür devam eden öksürük ve halsizlik şikayetiyle acil servisimize ayaktan başvurdu. Hastanın ifadesine göre bilinen bir hastalığı veya ilaç kullanımı yoktu. Kan basıncı 133/86 mmHg, nabız 80 atım/dakika, spO2 %96 olarak ölçüldü. Genel durumu iyi olan hastanın yapılan fizik muayenesinde akciğerlerinde bilateral raller mevcuttu. Etiyolojiye yönelik tetkikleri istenen hasta, acil servisten izinsiz ayrıldıktan 1 saat sonra senkop nedeniyle 112 tarafından tekrar acil servise getirildi. Hasta güvenlik çemberine alındı. EKG'de akut iskemik değişiklik saptanmadı. Tetkiklerinde akut faz reaktanlarında artış ve hiperkalsemi görüldü. Vitalleri stabil olan hastanın takiplerinde genel durumu kötüleşti. Bilinci uykuya meyilli idi. Yer, zaman ve kişi oryantasyonu yoktu ve koopere değildi. Yapılan görüntülemelerinde sağ akciğer alt lobda sağ atriyauma invaze olmuş ve trombüse yol açan 10 cm boyutunda bir kitle görüldü (Fotoğraf 1 ve 2). Göğüs cerrahisi tarafından inoperabl akciğer karsinomu olarak değerlendirildi. 3. düzey yoğun bakım ihtiyacı olan hastanın yoğun bakım servisine sevk gerçekleştirildi.



Fotoğraf 1-2: Akciğerde kitle ve sağ atriyumda trombüs

TARTIŞMA: Sağ kalp boşluklarında trombüs, vejetasyon, tümör gibi intrakaviter kitleler çok seyrek görülmektedir ve genellikle rastlantısal olarak saptanırlar. Sağ atriyumdaki trombüsler, sıklıkla ince ve uzun yapıda olup, çok hareketli, yılanvari (serpenjinöz) ve filiform yapıdadırlar. Sağ atriyumda lokal olarak gelişebilecekleri gibi, sıklıkla derin venlerden ya da venöz yatağın başka bölgelerinden embolize olup sağ atriyauma ilerleyebilirler. Sağ atriyum içerisinde triküspit kapak, östakiyan kapakçık, patent foramen ovale, interatriyal septum gibi bölgeler trombüsün sağ atriyauma tutunması için zemin oluşturmaktadır. Tedavi seçenekleri arasında antikoagülasyon, trombolizis ve cerrahi embolektomi yer almaktadır. Tedavi yönetimi her bir hastaya özgü olmalıdır ve trombüsün türüne, hemodinamik duruma ve pulmoner embolinin varlığı veya yokluğuna göre belirlenmelidir.

Başlangıçta basit olarak görünen semptomların altında daha ciddi patolojilerin yatabileceği, acil servislerde yaşadığımız yoğunluk nedeniyle zaman zaman dikkatimizden kaçabilir. İyi bir fizik muayene ve hasta hikayesinin derinleştirilmesi atlanabilecek tanıların gözden kaçmamasını sağlayacaktır. Hastanın takiplerinde gelişebilecek yeni şikayetler konusunda uyanık davranmak ve ayırıcı tanılamızı geniş tutmak faydamıza olacaktır.

ANAHTAR KELİMELE: akciğer kanseri, atriyum, kitle, senkop



TAM METİNLER

YÜKSEK KARACİĞER ENZİMLERİNDE NADİR RASTLANILAN TANI: ADRENAL YETMEZLİK

Sami Haliç¹, Mücahit Kapçı¹, Ramazan Güven¹

¹ Sağlık Bilimler Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği, İstanbul/Türkiye

BACKGROUND AND AIM: Adrenal yetmezlik, adrenal bezlerin veya hipotalamo-hipofizer aksın hasarlanmasına bağlı olarak ortaya çıkan klinik tabloyu belirtmektedir (1). Doğrudan adrenal bezlerde hasarlanma sonucu ortaya çıkarsa primer adrenal yetmezlik, hipotalamo-hipofizer aksın hasarlanmasına bağlı olarak ortaya çıkarsa sekonder (tersiyer) adrenal yetmezlik olarak adlandırılmaktadır (2). Adrenal bezlerin %90'ı harap olduktan sonra gelişir ve klinik belirtiler görülmeye başlamaktadır. Akut adrenal yetmezliği olan hastalarda bulantı, kusma, ağır hipotansiyon veya hipovolemik şok, akut karın ağrısı ve ateş gibi nonspesifik semptomlar görülebilmektedir.

Adrenal yetmezliği olan hastalar enfeksiyon, travma gibi strese maruziyet sonucunda genel durumları çok çabuk bozulabilmektedir. Prevalans 100-220/milyon olup, adrenal yetmezlik tanılı hastalar yılda ortalama %8-9 adrenal kriz geçirmektedir (3). Primer otoimmün formu kadınlarda 2-3 kat daha fazladır. Genellikle 3.-5. dekatlarda tanı konulmaktadır (1). Primer adrenal yetmezliğin en yaygın sebebi otoimmün adrenal hastalıktır. Ancak gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde tüberküloz hala önemli sebepler arasındadır. Sekonder adrenal yetmezliğin en sık sebebi hipotalamik-hipofizer bölgenin tümörleridir (4).

Bu olgu sunumunda nonspesifik semptomlarla başvuran ve karaciğer fonksiyon testleri (KCFT) yüksekliği bulunan hastada adrenal yetmezliğin de ön tanılar arasında olması gerektiğini vurgulamak istedik.

CASE: 68 yaş kadın hasta acil servise karın ağrısı, bulantı, kusma, üşüme titreme şikayetleri ile başvurmuştur. Özgeçmişinde bilinen hipertansiyon, diabetes mellitus hastalığı mevcut olup, 12 yıl önce kraniyofaringioma ameliyatı geçirmiştir. Kullandığı ilaç: daltacortil(predizolon) 5 mg, Levotiron(levotiroksin) 75 mg, Monovas(amlodipin) 5mg . Hasta anamnezinde son zamanlarda kilo kaybı, halsizlik, bulantı, kusma ara ara olduğunu belirtmektedir. 6 saat önce başlayan karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurmuştur. Hastanın vital parametreleri: kan basıncı:60/45 mmHg, Nabız: 126/dak, Satürasyon: 96, ateş: 36.5, solunum sayısı: 35/dk olarak tespit edilmiştir. Hastanın fizik muayenesinde; batın yaygın distandü, sağ üst kadranda hassasiyeti mevcut, pretipial ödem +/-, GKS 8 olduğu bulunmuştur. Arter kan gazında: glukoz :51mg/dL, pH: 6.97, laktat:14,bikarbonat 9mEq/L. Laboratuar tetkiklerinde, WBC:1.77 10⁹/dL, NEU:1.15 10⁹/dL, LYM:0.59 10⁹/dL, glu78mg/dL, AST 166U/L, ALT 64U/L, ALP 189U/L, GGT 487U/L olarak tespit edilmiştir.

Hastaya akut batın ön tanılarının ekartasyonu için abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmiştir. Hastanın BT'sinde, sağ adneksiyele lojda 44*32 mm boyutlarında, içersinde yağ ve kal-sifikasyon barındıran teratom olduğu düşünülen lezyon izlenmektedir. Takiplerinde hipotansif ve taşikardik seyreden hastaya norepinefrin infüzyonu başlanmıştır.Hasta hipotansif neden ile yoğun bakıma konsulte ettik. Hasta hipotansif olması nedeniyle takip ve tedavi için yoğun bakım ünitesine devredilmesi uygun görülmüştür. Yatış süresi boyunca takipleri esnasında klinik bulgular nedeniyle hastada sekonder adrenal yetmezlik düşünülmüş olup, bunun üzerine hastadan serum ACTH düzeyi ve kortizol düzeyi tetkikleri istenmiştir. ACTH 1,72pg/mL, kortizol düzeyi 9,02mcg/dL olan hastada adrenal yetmezlik tanısı konuldu.

Hasta 35 gün yoğun bakımda takip edildi,genel durumu çok kötü olan hastanın kan gazında asidoz derinleşmiş,yüksek inotrop ve vazopressör desteği olmasına rağmen yatışından 35 gün sonra arrest oluyor,45 dakika yapılan yeterli CPR ve medikal desteği rağmen exitus olarak kabul ediliyor.

CONCLUSIONS: Sonuç olarak, acil servise nonspesifik semptomlarla acil servise başvuranlarda sebebi belirlenemeyen KCFT yüksekliği olması durumunda adrenal yetmezlik tanısı düşünülmelidir. Adrenal yetmezlik tanısı erken konulması ile hastalığın seyrinde mortalitesini azaltabileceğimiz unutulmamalıdır.

KEY WORDS: Adrenal yetmezlik, KCFT yüksekliği, Adrenal krizi

KAYNAKLAR:

1. Wijesiriwardene B, De Silva DC. Adrenal insufficiency. Ceylon Med J. 2007 Sep;52(3):100-3.
2. Camm EJ, Inzani I, De Blasio MJ, Davies KL, Lloyd IR, Wooding FBP, Blache D, Fowden AL, Forhead AJ. Thyroid Hormone Deficiency Suppresses Fetal Pituitary-Adrenal Function Near Term: Implications for the Control of Fetal Maturation and Parturition. Thyroid. 2021 Jun;31(6):861-869.
3. Chan LF, Metherell LA, Clark AJ. Effects of melanocortins on adrenal gland physiology. Eur J Pharmacol. 2011 Jun 11;660(1):171-80.
4. Menzel D, Hauffa BP. Changes in size and sonographic characteristics of the adrenal glands during the first year of life and the sonographic diagnosis of adrenal hyperplasia in infants with 21-hydroxylase deficiency. J Clin Ultrasound. 1990 Oct;18(8):619-25.



TAM METİNLER

TRAVMA SONRASI SANTRAL KORD SENDROMU GELİŞEN HASTA OLGU SUNUMU

giriş

SKS inkomplet omurilik yaralanmasının en sık görülen tipidir. Genellikle travma ile servikal hiperekstansiyon sonrası, özellikle yaşlı hastalarda daralmış olan servikal spinal kanalda omurilik yaralanması sonucu ortaya çıkabilir. SKS, üst ekstremitelerde alt ekstremitelere oranla daha ağır motor defisit, yaralanma seviyesinin altında değişen oranlarda duyuşal kayıp ve mesane disfonksiyonu ile kendini gösterir.(1)

VAKA

76 yaşında erkek hasta, merdivenden düşme sonucu acil servise tetrapleji şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı, geçirilmiş miyokard enfarktüsü ve benign prostat hiperplazisi bulunmaktadır. Başvuru anındaki vital bulgular stabil; oksijen saturasyonu %98, arteriyel kan basıncı 140/70 mmHg ve nabız 75 atım/dakika olarak kaydedilmiştir. Elektrokardiyogramda normal sinüs ritmi gözlenmiştir. Nörolojik muayenede, Glasgow Koma Skalası 15 olup, hasta bilinçli, oryante ve koopere olarak değerlendirilmiştir. Konuşma ve anlama yetileri normaldir. Göz hareketleri dört yöne doğal, pupiller izokoriktir ve direkt ve indirekt ışık refleksleri normaldir. Fasiyal paralizi yoktur. Motor muayene, tetrapleji ile uyumlu olup, duyu muayenesinde herhangi bir kusur saptanmamıştır. Lateralize nörolojik bulgu gözlenmemiş, ancak sfinkter kontrol kusuru mevcuttur. Triseps refleksi ekstansör yanıt vermektedir. Başvuru sırasında çekilen tomografi görüntülerinde herhangi bir patolojiye rastlanmamış, spinal fraktür saptanmamıştır. Detaylı değerlendirme için yapılan kraniyal ve servikal manyetik rezonans görüntülemesi sonucunda santral kord sendromu tanısı konularak beyin ve sinir cerrahisi servisine yatırılarak tedavi ve takibe alınmıştır.

TARTIŞMA

En sık olarak hiperekstansiyon travmalarında görülen bu sendromla ilgili çalışmalar, travmanın spinal kordu orta hat üstünde arka-ön yönde kompresyona uğrattığını ortaya koymuştur.

Bu çalışmalar sonunda otopsi materyalleri tetkik edildiğinde, kordun santral kısmında nekroz ve etrafında periferik yani traktuslara doğru uzanan düzensiz şekilde yer almış ödemin olduğu görülmüştür. Nekroz ve hematomiyeli irreversibl, ödem ise reversibl olup, olgulardaki nörolojik disfonksiyon bunlara bağlı olarak değişebilmektedir. Ödem geriledikçe nörolojik iyileşme anatomik bir patern gösterir. Önce alt ekstremitelerde motor fonksiyon geri döner. Sonrasında da idrar kesesi fonksiyonunun geri dönüşü izler. En son olarak kol ve parmaklarda motor fonksiyon geri döner.(2,3) His fonksiyonlarındaki iyileşme ise motor iyileşmedeki gibi özel anatomik patern izlememektedir.(4)

SONUÇ

Santral kord sendromu, dramatik bir şekilde veya ani olarak ortaya çıkabildiği gibi bazen gözden de kaçabilmektedir. Bu sendromun gözden kaçması, hastanın nörolojik olarak daha da kötüleşmesine neden olmaktadır bu yüzden atlanmaması gereken bir tanıdır. İlk tedavisi olay sahasında servikal immobilizasyon ve vital bulguların stabilizasyonudur. Sonrasında cerrahi veya konservatif tedavi yöntemleri mevcuttur. Cerrahi müdahale düşünülen hastalar ilk 24 saatte opere olması önemlidir.(5)

KAYNAKÇA

- 1)Anderson DG, Sayadipour A, Limthongkul W, Martin ND, Vaccaro A, Harrop JS: Traumatic central cord syndrome: Neurologic recovery after surgical management. Am J Orthop (Belle Mead Nj) 41:E104-E108, 2012
- 2)SCHNEIDER, R.C.: CHERRY, G. And PANTEK, H: The Syndrome of acute central servical spinal cord injury. J Neurosurg: 11: 546-77. 1954
- 3)MORSE, S.D.: Acute central cervical spinal cord syndrome. Annals of Emergency Medicine. 11 (8): 436-38, 1982
- 4)SCHNEIDER, R.C. and SCHEMM, G.W.: Vertebral artery insufficiency in acute and chronic spinal trauma. J. Neurosurg. 18 348-360, 1961
- 5)Resnick DK: Updated guidelines for the management of acute cervical spine and spinal cord injury. Neurosurgery 72 Suppl 2:1, 2013



TAM METİNLER

Juguler Ven Trombozundan Kaynaklanan Pulmoner Emboli
Mahmut Alper GÜLOĞLU, Enes ALTINSOY, Suna ERAYBAR ATMACA, Mehtap BULUT
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

Bursa Şehir Hastanesi
B S H

GİRİŞ

Pulmoner emboli pulmoner arterlere veya arter dallarına bir pıhtının gelip yerleşmesi ile kısmi ya da tam tıkanıklığa bağlı olarak göğüs ağrısı, nefes darlığı, senkop gibi klinik bulgularla klinikte karşımıza çıkan akut bir durumdur. Pulmoner emboli bir acil servis tanısıdır. Pulmoner emboliye sebep olan pıhtı %90 derin venlerden kaynaklanmaktadır. Sıklıkla alt ekstremitelerden kaynaklı olsa da üst ekstremitelerinde oluşan venöz embolilerde kaynak gösterilmektedir

OLGU

Tarafımıza nefes darlığı, halsizlik şikayetiyle başvuran 82 yaş erkek hastamız 3 gün önce dış merkezde pnömoni tanısı almış 1 hafta önce de dış merkez kulak burun boğaz polikliniğine boyunda şişlikle başvurmuş olup biyopsi yapılmış.

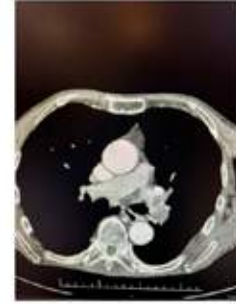
Hastanın geliş vitalleri Tansiyon:107/65 Nabız:120 saturasyon:95

Fizik muayenede solunum seslerinde ral ronküsü olmayan hastanın periferik nabızları açıktı. Hastanın rutin kanları ekg ve akciğer grafisi alındı. Sağ juguler ven bileşkesinde şişliği olan hastaya doppler USG ile bakıldı,akım alınmadı.

Hipotansif taşikardik olması ve olması üzerine kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografi + pulmoner arter bilgisayarlı tomografi anjio görüntülemeleri istendi.

Bilgisayarlı tomografi anjio: sol pulmoner arter posterior, superior, inferiora giden dallarda lümen içerisinde trombüs materyaliyle uyumlu görünüm izlenmiştir(Şekil-I). Sağ juguler ven lümeninde hipodens görünüm izlenmiştir. (juguler ven trombozu)(Şekil-II)

Pulmoner arter ve juguler vende trombüs olması üzerine göğüs hastalıkları ve kalp damar cerrahisine danışıldı, kalp damar cerrahisi clexan 2x1 önermiş olup hastanın göğüs hastalıkları servisine yatırılı olmuştur.



ŞEKİL-I



ŞEKİL-II

SONUÇ

Pulmoner tromboemboli dediğimizde aklımıza hep derin ven trombozu gelse de juguler ven trombozundan da pulmoner tromboemboli gelişebilmektedir. Pulmoner embolide staz, hiperkoagülasyon ve damar duvarı hasarından oluşan wircow triadını aklımızın bir ucunda tutmalıyız..

KAYNAKLAR:

1. Karalezli, Aysegül "Pulmoner emboli" Güncel Göğüs Hastalıkları serisi 6,2(2018): 16-35
2. Ipekci, Afşin. (pulmoner emboli 2019). Phoenix medical journal 1 1(2019): 51-63.
3. Güleli, Aylin, Et al. "Pulm emboli tanısında klinik olasılıkların bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi bulgularıyla karşılaştırılması" tuberk toraks 55 (2017): S 174-81

Anahtar Kelimeler: emboli, pulmoner, tromboz



TAM METİNLER

DALAK ENFARKTINDAN ENFEKTİF ENDOKARDİTE

Semra Ercoskun, Merve Taylak, Suna ERAYBAR¹,
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Enfektif endokardit (EE), kalp kapaklarının (Doğal veya protez), mural endokardın ve kalp içi (Kİ) cihazların (Kalıcı kalp pili ve/veya defibrilatörler) enfeksiyonu olarak tanımlanır. Nadir görülmesine karşın (3-10/100 bin olgu), ölümcül seyirli bir hastalıktır. Sıklıkla izole edilen ajanlar, streptokok, stafilokok ve enterokok türleridir. Bu olgumuzda enfektif endokardit nedenli dalak enfarktı gelişen olguyu sunuyoruz

OLGU

Hastamız 33 Y down sendromlu erkek hasta. Tarafımıza 1 haftadır kullanılan antibiyoterapiye rağmen düşmeyen dirençli ateş ve karın ağrısı nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede sol üst kadranda hassasiyet mevcuttu. Vital bulguları: ta:130/80 mmHg, N:77atım/dk, VS:37,8 C°şeklindeydi. Laboratuvar bulgularında wbc:7.000 mcL, crp:113 mg/L olması dışında başka anlamlı bir patolojik bulgu yoktu. Çekilen kontrastlı abdominopelvik bilgisayarlı tomografi dalak superior kesimde subkapsüler 39*20 mm'lik nonspesifik hipodens alan izlenmiştir.(enfarkt?)(şekil:1) şeklinde raporlanmıştır. Hastamızın EKG'si sinüs ritmindeydi. Hastamızı Genel Cerrahiye konsülte edildi acil girişim düşünmediler. Sonrasında kalp kapak vejetasyonu? Nedeniyle EKO yapılması için kardiyoolojiye konsülte edildi. Yapılan EKO'da mitral kapak üzerinde şüpheli vejetasyon olması üzerine hastamız kardiyooloji servisine ileri tetkik ve tedavi nedeniyle interne edildi.



Şekil:1 Abdominopelvik görüntülemelerde subkapsüler hipodens alan (enfarkt?)

SONUÇ

Dalak infarktı etyolojisinde birçok faktörün yer aldığı, dalak parankiminde dolaşım bozukluğu veya hipoksi sebebiyle hücrelerde nekrozun geliştiği geri dönüşümsüz bir klinik tablodur (1). Dalak infarktüsü nedenleri arasında emboli %38, hematolojik hastalıklar %29, splenik vasküler hastalıklar %6, anatomik bozukluklar %5 ve bağ dokusu hastalıkları sayılmaktadır (1). Daha güncel bazı çalışmalarda en sık neden hematolojik hastalıklar olarak bulunmuştur (1). Emboli nedeni olarak da enfektif endokardit, atrial fibrilasyon ve kardiyak cerrahi sonrası komplikasyon sayılmaktadır. Bizim hastamızda da mitral kapak vejetasyonları mevcut olup enfarktüs nedeni olarak mitral kapak vejetasyonu düşünülmüştür

KAYNAKÇA

1. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/839318>



TAM METİNLER

KARIN AĞRISININ AYIRICI TANISINDA RENAL ARTER TROMBÜSÜ

Serhat Şimşek, Meryem Merve Taylak, Elmas Tohumoglu, Suna Eraybar Atmaca
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Renal arter trombozu nadir görülen fakat böbrek parankim kaybına neden olabilen ciddi bir klinik durumdur. Renal arter trombozu genellikle kalp kapak hastalıkları ve atrial fibrilasyona sekonder olarak gelişir. Nadiren de postravmatik olarak görülebilmektedir. Renal arter trombozu olgularında böbrek fonksiyon bozukluğu gelişmesinde tıkanıklığın derecesi, tanı anına kadar geçen süre ve etkilenen böbrek kollateral dolaşım seviyesi etkilidir. Nadir görülmesi, hastanın başvuru yakınmaları nonspesifik olması ve laboratuvar verilerinin özgün olmaması nedeniyle çoğu kez tanısı atlanan bir tablodur.

OLGU

54 yaşında erkek hasta 1 saat önce başlayan sağ yan ağrısı ve bulantı şikayeti ile geldi. Batın muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Defans rebaund yoktu. S Sağ kostovertebral açısı hassasiyeti negatifti. Geliş vitalleri: tansiyon: 180/120 mm/hg nabız: 79 atım/dk ateş: 36.5 spo2: 98 Hastadan alınan tetkiklerde kreatinin 1.5 dışında özellik yoktu. Çekilen kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisinde sağ renal arterin oklüde olduğu ve abdominal aortadan sağ renal artere uzanan trombüs görünümü dikkati çekmektedir. Sağ böbrekte kontrast tutulumu yoktur. Ayrıca SMA proksimalde akıma izin veren ve lümeninde belirgin darlık oluşturmeyen trombüs görünümü mevcuttur. SMA distal dallarda da trombüs görünümleri izlenmektedir. Trombüslerin SMA ana dalda akıma engel olmaması ve diğer trombüslerin uç dallarda olması nedeni ile endovasküler tedavi düşünülmüştür. Hasta girişimsel radyolojiye, ürolojiye, nefrolojiye danışıldı. Girişim saati ve klinikten dolayı girişim düşünülmüştü. Hasta üroloji tarafından interne edildi.

SONUÇ

Renal arter trombozu olguları bulantı ve kusmanın eşlik ettiği ani başlayan şiddetli yan ağrısı ile prezente olur. Klinik tablo genelde nonspesifiktir. RAT olgularında sadece klinik bulgular değil, laboratuvar bulguları da nonspesifiktir. İlk tetkik olarak planlanan üriner sistem grafisinin, üriner sistem ultrasonografisinin veya direk kontrastsız tüm batın BT gibi yöntemlerin RAT olgularında tanısız değeri yoktur.

Yukarıda sayılan nedenler yanında nadir görülmesinden dolayı, RAT tanısı zordur ve yüksek klinik şüphe gerektirir. Tanı, böbrek anjiyografisi veya kontrastlı batın BT ile konur. Böbrek iskemi süresinin 1-6 saat olduğunu da hesaba katara böbrek işlevlerinin korunması açısından RAT tanısının en kısa zamanda konulabilmesi büyük önem taşır. Bu yüzden başka nedenlerle açıklanamayan yan ağrılı hastalarda RAT tanısı aklımıza gelmeli ve en kısa zamanda tanıya yönelik tetkikler yapılmalıdır.

ANAHTAR KELİME: Mezenter, Renal Arter, Tromboz

KAYNAK:

- (1) Türk Üroloji Dergisi
- (2) Arch Intern Med



Şekil 1: BT'de renal arterde trombüs



Şekil 2: BT'de süperior mezenter arterde trombüs



TAM METİNLER

TRAVMA SONRASI SİNİR HASARI: PERİFERİK HASAR MI VERTEBRAL HASAR MI?

Deniz Dereli, Oğuzhan Başaran, Ecem Hazal Aktaş, Alp Yılmaz, Betül İşcan Er, Nihat Müjdat Hökenek
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Acil servislere yüksek enerjili travma ile başvuruların önemli bir kısmını motor trafik kazaları oluşturmaktadır. Ülkemizde de 2016 yılında meydana gelen 185.138 ölümlü veya yaralanmalı trafik kazasının 43.230'unda motosikletler kazanın içindedir. Yüksek enerjili motor trafik kazaları > 65 km/h hıza sahip motor kazaları, aracın yuvarlanması, yolcunun araçtan dışarı fırlaması, aynı araçta yer alan yolculardan birinin ölümü veya motorlu aracın, yaya ya da bisiklete >32 km/h den fazla hızla çarpması ile görülen kazalardır. Motor kazalarında en sık yaralanmaların diz altı ve uyluk bölgesinde, en ölümcül yaralanmaların ise kafa ve göğüs bölgesinde olduğu gösterilmiştir.

OLGU

46 yaş erkek hasta motorla 70 km hızla giderken virajı alamayıp kaza yapması sonucu 112 tarafından acil servisimize getirildi. Hastanın gelişinde alkollü olabileceği, kask takılı olduğu ancak başka koruyucu ekipmanının olmadığı bilgisi 112'den alındı. Gelişinde GKS:15, genel durum orta, vitalleri ta: 90/60, nabız: 80, sPO2: 99 olarak izlendi. Fizik muayenesinde batin rahat, pelvis intakt, solunum sesleri eşit ve düzenli, nörolojik muayene doğal, pupiller izokorik, direkt indirekt ışık refleksi ++/++, kranial sinir muayenesi olağan görüldü. Sağ alt bacakta açık kırık görüldü ve duyu ve motor muayenesinde bozukluk izlendi. Sol alt bacakta ağrı ve hassasiyet izlendi. Vertebrada lomberde hassasiyet görüldü. Hasta güvenlik çemberine alındı, kanları etanol dahil alındı ve doktor ve hemşire eşliğinde görüntülemeye götürüldü. Görüntülemelerinde bilateral tibia ve fibulada deplase fraktürler ve L1-L3-L4-L5 vertebra korpuslarında bors fraktür ve posterior süperior kesimindeki vertebra elemanın spinal kanala uzanım gösterdiği görüldü ve raporlandı. Hasta stabilize edildi, analjezi uygulandı, tetanoz aşısı, tetanoz immunoglobulini ve antibiyotik profilaksisi uygulandı, hidrasyonu sağlandı, 2 ünite ES istendi. Hasta beyin cerrahisi, ortopedi ve genel cerrahiye konsülte edilmesinin üzerine ortopedi ve beyin cerrahisi ekibi acil cerrahiye aldı.



TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu vakada yüksek enerjili travma sonrası fizik muayenede görülen ekstremitelerdeki nöral duyu ve motor hasarının açık kırık ile ilişkili olabileceği başlangıçta görüldü. Ancak vakanın fizik muayenesinin tamamen ve titizlikle yapılması ile hasara daha nadiren sebep olabilecek diğer patoloji olan vertebral hasarın atlanmaması sağlanmış oldu. Bu sayede vakada vertebral hasardan en hızlı şekilde fizik muayene ile şüphelenildi, görüntülemeye patoloji izlendi ve sonucunda acil yaklaşım ile vertebral hasarın oluşturabileceği diğer komplikasyonların önüne geçilmiş olundu.

ANAHTAR KELİMELE: Yüksek enerjili travma, açık kırık, lomber vertebra bors fraktürü, duyu hasarı, motor hasar.

KAYNAKÇA

- 1- Emniyet Genel Müdürlüğü THB. 2016 Yılı Kaza Raporu. Emniyet Genel Müdürlüğü. <http://www.trafik.gov.tr/SiteAssets/istatistik/2016d.pdf>.
- 2- National Transportation Library B of TS. Hurt Report. NTL. <https://ntl.bts.gov/lib/35000/35900/35991/013695.pdf>.
- 3- Fields Karl B, Asplund Chad A, Grayzel Jonathan, Overview of tibial fractures in adults, Aug 12, 2022.
- 4- Schlickewei W, Kuner EH, Mullaji AB, et al. Upper and lower limb fractures with concomitant arterial injury. J Bone Joint Surg Br 1992; 74:181.



TAM METİNLER

DİYABETİK KETOASİDOZ OLGU SUNUMU

Büşra Yiğiter Skaik

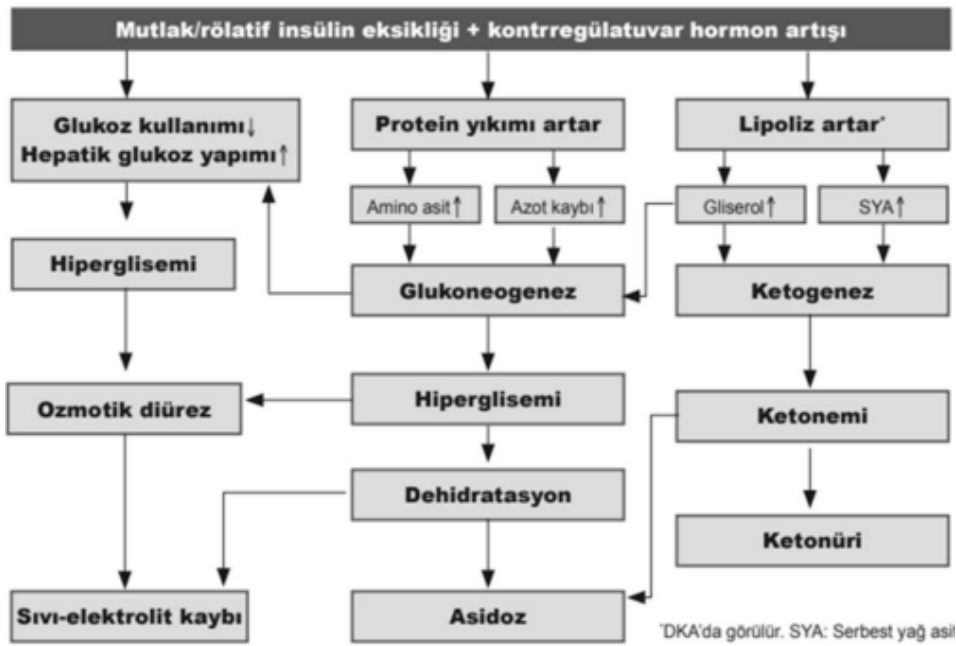
Diyabetes mellitus, insülin sekresyonunda, insülin etkisinde veya her ikisindeki kusurlardan kaynaklanan hiperglisemi ile karakterize heterojen etyolojiye sahip geniş spektrumlu metabolik bir bozukluktur. DM tanısı, açlık plazma glukozu değeri veya 75 g oral glukoz tolerans testi sırasında 2.saat plazma glukozu değeri ya da HbA1c kriterlerine göre konulur .

DM akut komplikasyonları arasında DKA, HHD, laktik asidoz ve hipoglisemi bulunmaktadır. DKA, tip-1 DM' li hastalarda daha sık görülse de tip 2 diyabetli hastalarda ya da gestasyonel diyabeti olan hastalarda da görülebilir.

Hastalarda genellikle tetikleyici bir olay tanımlanabilmektedir. En sık sebep enfeksiyonlar (pnömöni ve idrar yolu enfeksiyonu) ve insülin tedavisine uyumsuzluk ya da yetersizliktir. SVO, travma, pankreatit, MI gibi araya giren hastalıkların, alkol kullanımının ve ilaçların da DKA'yı tetiklediği bilinmektedir.

Diyabetik ketoasidozda hiperglisemi, yüksek anyon açığı olan metabolik asidoz ve ketoneminin olduğu metabolik durum söz konusudur. DKA patogenezinde sorumlu iki mekanizma insülin etkisinde azalma ve karışit-düzenleyici hormonlarda artmadır.

DKA'nın başarılı bir şekilde tedavisi dolaşım hacmi ve doku perfüzyonunun düzenlenmesi, sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanması, hipergliseminin düzeltilmesi ve eşlik eden hastalık durumlarının tedavisi ile mümkündür. Tedavi sırasında klinik ve laboratuvar bulguları sık aralıklarla izlenmelidir.



OLGU

27 yaş bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan kadın hasta dispne şikayeti ile ambulansı aramış, acil servise geldiğinde bilinç bulanık solunum paterni taşipneik idi.

Ateş :36.2 TA:130/66 NDS:121 SPO2:99 PUKŞ:HİGH EKG:NORMAL SİNÜS RİTMİ

Fizik muayenesi: PİR bilateral pozitif, akciğer oskültasyonunda bilateral kaba raller , batin rahat, periferik nabızlar bilateral simetrik alınıyor

Hasta yakınından alınan bilgiye göre yakın zamanda Uludağ'a gitmiş ve döndükten sonra göğüs ağrısı dispne ve hafif öksürüğü olmuş

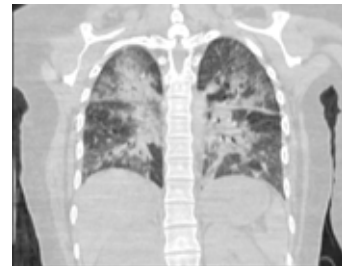
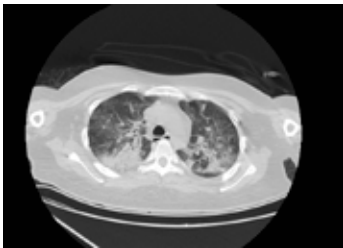
LABORATUVAR:

Ph: 6.7 HCO3: 3.5 BE:-32 Na:129 K: 4.2 GLU:571 CRP:250 KREATİNİN: 1.07 AMİLAZ: 1423 LİPAZ: 4062 WBC:42.000 TROP:78 İDRARDA KETON 3+

Hastaya çift damar yolu açıldı mesane sondası uygulandı hidrasyon, insülin infüzyonu başlandı.HCO3 replasmanı verildi.

Çekilen beyin BT de akut patoloji saptanmadı, toraks BT'sinde bilateral pnömonik infiltrasyonlar görüldü, kontrastlı batin BT'sinde akut patoloji saptanmadı.2 g Desefin verildi.

Hasta yoğun bakım ünitesine yatırıldı.





TAM METİNLER

BİR NABİZSİZLIK VE AĞRI HİKAYESİ: AKUT ALT EKSTREMİTE İSKEMİSİ

Mikail Yıldırımca, Efe Demir Bala, Mert Çakır, Munisahan Güvercin, Rabia Birsen Tapkan, Ramiz Yazıcı, Serkan Doğan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ:

Akut Alt Ekstremitte İskemisi, alt ekstremitte perfüzyonunun ani veya hızla gelişen azalması sonucu oluşan bir durumdur. Genellikle arteriyel tıkanıklıktan kaynaklanır ancak nadiren venöz tıkanıklık da iskemiye neden olabilir. Akut alt ekstremitte iskemisi görülme sıklığı 1,5/10.000'dir. Klinik prezentasyon genellikle nedene bağlı olarak değişiklik gösterir. Aterosklerozun neden olduğu ilerleyici tıkanıklık kollateral gelişimine müsaade ettiği için klinik daha hafif olabilir. Tıkanıklığın nedeni tromboz, ateroskleroz ve emboli dışında diseksiyonlar ve travma da olabilir. Her şekilde ağrı, solgunluk, poikilotermi, nabızsızlık, parestezi ve felç tipik semptomlardır. Olgumuzda bir akut alt ekstremitte iskemisi olgusunu ve bu durumun Acil Serviste nasıl yönetileceğini sunmayı amaçladık.

VAKA:

36 yaşında herhangi bir tıbbi özgeçmiş olmayan erkek hasta, 1 saat önce başlayan sağ bacakta şiddetli ağrı ve duyu kaybı şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın anamnezi sonucunda aktif sigara içicisi olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde sağ femoral arterin hizasından başlayarak sağ bacakta nabızlık hareketsizlik ve solukluk görüldü. Vital değerleri stabil ve normal sınırlardaydı. Kan tetkikleri ve EKG sonuçları da normal sınırlardaydı. Hastayı akut alt ekstremitte iskemisi ön tanısı ile değerlendirildikten sonra ağrısına yönelik analjezi uyguladık ve hastayı görüntülemeye aldık. Doppler Ultrasonografisi ve BT anjiyolarının sonucunda, hastanın sağ iliak arterin distal bölgelerinden başlayarak sağ ana femoral artere kadar uzanan arteriyel bir tıkanıklık olduğu görüldü. Bu seviyenin altında kontrast geçişi yoktu. Bu doğrulamadan ardından hastaya intravenöz Düşük Moleküler Ağırlıklı Heparin ve oral Asetilsalisilik asit tedavisi uyguladık ve hastayı hemen Kalp Damar Cerrahisi Ameliyathanesine transfer ettik.

SONUÇ:

Akut Alt Ekstremitte İskemi, özellikle kollateral damar tutulumu olmayanlarda acil bir durumdur. Bu, daha az komorbiditesi olan ve daha genç yaşta hastaların, ileri yaşta ve daha fazla komorbiditesi olan, ateroskleroz açısından daha fazla risk altındaki hastalara göre çok daha fazla etkilendiği anlamına gelir. Akut Alt Ekstremitte İskemi hastaları Rutherford tarafından belirlenen kategorilere göre gruplara ayrılabilir. Bu gruplar basitçe canlı, marjinal tehdit altında, acil tehdit altında ve ölü doku şeklinde belirtilebilir. Bizim hastamızın iskemisi bu sınıflamaya göre marjinal tehdit altında olarak değerlendirildi. Bu doğrultuda hastamıza tanıyı doğruladıktan sonra hastayı hemen Kalp Damar Cerrahisi Ameliyathanesine transfer ettik. Her ne kadar akut alt ekstremitte iskemisi nadir görülen bir durum olsa da bu durumda etkilenen ekstremitte için her an önemli olduğundan acil tıp hekimleri hızlı tanı ve acil tedavi işleminin öneminin farkında olmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Creager MA, Kaufman JA, Conte MS. Clinical practice. Acute limb ischemia. N Engl J Med. 2012 Jun 7;366(23):2198-206. doi: 10.1056/NEJMc1006054. PMID: 22670905.
2. 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines.
3. Callum K, Bradbury A. ABC of arterial and venous disease: Acute limb ischaemia. BMJ. 2000 Mar 18;320(7237):764-7. doi: 10.1136/bmj.320.7237.764. Erratum in: BMJ 2000 Apr 8;320(7240):984. PMID: 10720362; PMCID: PMC1117769
4. Katzen BT. Clinical diagnosis and prognosis of acute limb ischemia. Rev Cardiovasc Med. 2002;3 Suppl 2:S2-6. PMID: 12556737.
5. Rutherford RB, Baker JD, Ernst C, Johnston KW, Porter JM, Ahn S, Jones DN. Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version. J Vasc Surg. 1997 Sep;26(3):517-38. doi: 10.1016/s0741-5214(97)70045-4. Erratum in: J Vasc Surg 2001 Apr;33(4):805. PMID: 9308598.



TAM METİNLER

PSÖDOEFEDRİN KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN POSTERİOR REVERSİBLE ENSAFALOPATİ SENDROMU

Dr Serhat Ersöz

İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Posterior Geri Dönüşümlü Ensefalopati Sendromu (PRES), çeşitli tetikleyicilerin yol açtığı geçici beyin disfonksiyonudur. Bu çalışma, soğuk algınlığı ve alerji tedavisinde kullanılan psödoefedrinin nadiren PRES'e yol açabileceği bir vakayı incelemektedir. Psödoefedrinin vazokonstriktif etkileri, bu tür bir nörolojik komplikasyon için potansiyel bir risk faktörüdür. Bu vaka, ilacın beklenmedik etkilerine dair farkındalığı artırmayı hedeflemektedir.

VAKA

- 52 yaşında erkek hasta,
- Bilinen kronik hastalık öyküsü yok.
- Üç gündür olan baş ağrısı ve akut bilinç bulanıklığı şikayetleri ile başvurdu.
- Hasta, sorulan sorulara anlamsız ve yanlış cevaplar veriyordu.
- Hastanın ek sorgulaması yapıldığında üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle son üç gündür psödoefedrin tedavisi almakta olduğu öğrenildi.
- Vital bulguları; tansiyon:114/65mmHg, nabız:82 atım/dakika, oksijen saturasyonu:%99 ve ateş:37.3°C parmak ucu kan şekeri:97 idi.
- Elektrokardiyogram sonucu normal sinüs ritmi. ST değişikliği yok.

NÖROLOJİK MUAYENE

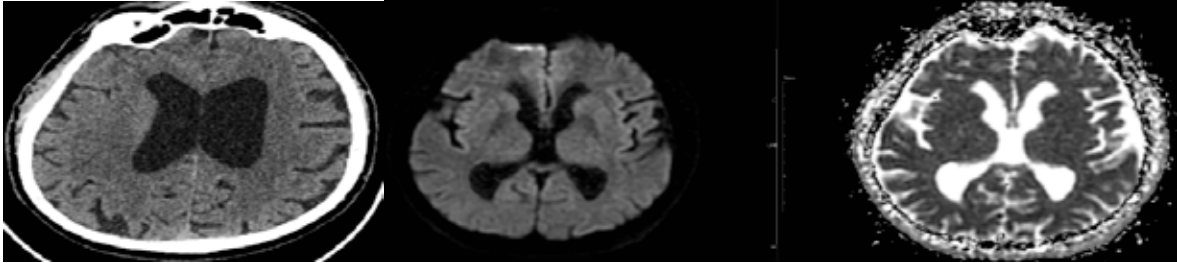
- Şuur açık ancak dezoryanteydi. Yer ve zaman oryantasyonu bozulmuş. Bilinç bulanıklığı mevcuttu.
- Ense sertliği yoktu. Kernig ve Brudzinski negatif.
- Kraniyal sinir muayenesi normal, pupiller izokorik ve direkt ile indirekt ışık refleksi+.
- Motor ve duysal sistem muayenesi normal sınırlarda
- Serebellar testler doğal, hasta desteksiz ve dengeli yürüyebilmekteydi.

LAB

- Beyaz kan hücresi:11.19x10⁹/L,
- CRP:0.2mg/L olarak saptandı.
- Serum elektrolitleri normal aralıktaydı

GÖRÜNTÜLEME

- Kontrastsız Beyin BT ve difüzyon MR çekildi.
- Patoloji saptanmadı.

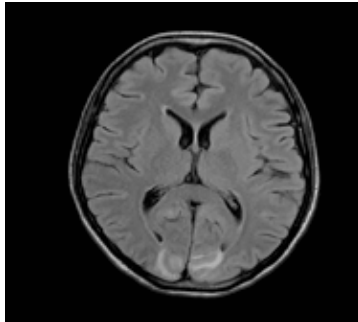


LOMBER PUNKSİYON

- Lomber ponksiyon sonucunda beyin omurilik sıvısı(BOS);
- protein seviyesi:478 mg/L,
- lökosit sayısı:3/mm³ ve
- Glukoz seviyesi:65 mg/dL(serum glukoz:97 mg/dl) olarak ölçüldü.

TANI

- Çekilen kontrastlı kraniyal MR görüntülemesinde posterior bölgede hiperintens alan mevcuttu.
- Bu bulgular ışığında, hasta psödoefedrin kullanımına bağlı olarak gelişen Posterior Geri Dönüşümlü Ensefalopati Sendromu(PRES) tanısıyla değerlendirildi.





TAM METİNLER

-Posterior Geri Dönüşümlü Ensefalopati Sendromu(PRES), beyin dokusunun geçici olarak fonksiyon bozukluğuna neden olan nöroradyolojik bir durumdur. Klinik ve görüntüleme ile tanı konur.

-Ensefalit, iskemik ya da hemorajik serebral olaylar, demyelinizan hastalıklarla karışabilmektedir.

-Bu sendrom genellikle yüksek kan basıncı, böbrek yetmezliği, otoimmün hastalıklar veya kullanılan bazı ilaçlar gibi tetikleyici faktörlerle ilişkilendirilir. PRES, tipik olarak beyinin arka bölge-lerinde ödem ile karakterize edilir, ancak olguların %25'inde frontal ve temporal loblar da etkilenebilir.

-Psödoefedrin, yaygın olarak soğuk algınlığı ve alerji semptomlarının tedavisinde kullanılan bir sempatomimetik ajandır. Ancak bu ilaç, kan basıncında yükselme gibi vazokonstriktif etkilere de sahip olabilir; bu da potansiyel olarak PRES tetikleyicisi olarak kabul edilmektedir.

- Erken tanı ve müdahale ile günler-haftalar içinde tamamen gerileyen bu sendromun acil serviste daha çok tanınması önemlidir.

-Tedavide psödoefedrinin stoplanması ve kan basıncının normal seviyede tutulması gerekir. Bu vaka, ilaçların nörolojik komplikasyonlar açısından değerlendirilmesinin önemini ve klinikte dikkatli ilaç kullanımı gerekliliğini göstermektedir.

KAYNAKÇA

1)Fugate JE, Rabinstein AA. (2015). "Posterior reversible encephalopathy syndrome: Clinical and radiological manifestations, pathophysiology, and outstanding questions." Lancet Neurol, 14(9), 914-925.

2)Hinchey J, et al. (1996). "A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome." N Engl J Med, 334, 494-500.

3)Feske SK. (2011). "Posterior reversible encephalopathy syndrome: A review." Seminars in Neurology, 31(2), 202-215.

4)Mar PL, et al. (2010). "Hypertensive emergencies induced by pseudoephedrine-containing cold remedies." Pharmacotherapy, 30(11), 119e-129e.



TAM METİNLER

TRAVMAYA SEKONDER PNÖMOSKROTUM VE TORAKSA UZANAN YAYGIN CİLT ALTI AMFİZEM

Abdurrahman BAYRAM, Enes ALTINSOY Elmas TOHUMOĞLU, Suna ERAYBAR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ: Pnömoskrotum literatürde nadir bir patolojidir ve değişik nedenlerle ilişkilendirilmiş az sayıda olgu sunumu mevcuttur. Pnömoskrotuma neden olabilecek etiyolojik faktörler; akciğerler, retroperitoneal kaynaklı cerrahi işlemler ya da gaz üretimi yapabilen mikroorganizmalar ile oluşan enfeksiyonları kapsamaktadır. Travmaya sekonder gelişen pnömoskrotum ve beraberinde olan batında cilt altı amfizem etiyolojiye yönelik araştırma gerektiren bir durumdur.

OLGU: 40 yaşında erkek hasta iş yerinde çalışırken kompresör tabancasının basınçlı bir şekilde skrotal bölgeye çarpması sonucu skrotumda şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Skrotal muayenede şişlik, kızarıklık, hassasiyet ve krepatasyon mevcuttu. Batın muayenesinde cilt altı krepatasyonlar var iken defans ribaund yoktu. Ek hastalık ve kullandığı ilaç bulunmayan hastanın yapılan doppler ultrasonografisinde her iki testiste kanlanma izlenmekte olup testislerde anlamlı patoloji izlenmedi. Her iki skrotal kesede minimal efüzyon artışı izlendi. Her iki skrotal kese duvar posteriorunda akustik gölgelenmeye neden olmuş yaygın hiperekojeniteler izlendi (cilt altı amfizem ?) şeklinde raporlandı. Sonrasında perforasyon ön tanısı ile çekilen batın bilgisayarlı tomografide skrotumdan başlayıp toraksa kadar uzanan cilt altı amfizem izlendi. Hasta takip amaçlı üroloji kliniğine interne edildi. 3 gün takibi sonrası taburcu edildi

SONUÇ: Testis travmasına sekonder gelişen pnömoskrotum ve vücuda yayılan cilt altı amfizem, testis patolojileri açısından ve vücutta bu amfizemi yapabilecek ek travma ya da enfeksiyon açısından irdelenmelidir.



TAM METİNLER

DİSFAZİ İLE GELEN HASTADA AYIRICI TANI: EBV ENSEFALİT OLGU SUNUMU

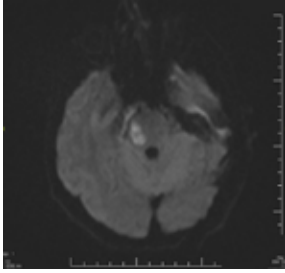
Naim Enes ALTINSOY¹, Merve ÜÇER, Mustafa TURAN, Suna ERAYBAR, Mehtap BULUT
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Ebstein Barr Virus (EBV) genellikle çocuklarda gözlenen iyi huylu sistemik viral bir enfeksiyon olan Enfeksiyöz Monoökleozun sebebi olarak karşımıza çıkar. Ancak yüzde bir oranında görülen santral sinir sistemi (SSS) tutulumu, ağır nörolojik tablolara seyredebilir. Menenjit, ensefalit, transvers myelit, Guillain-Barre sendromu bunlardan bazılarıdır. Biz de acil serviste disfazi ile prezente olan EBV ensefalitini inceleyeceğiz.

OLGU

43 yaş erkek hasta idrar gaita inkontinansı anlamsız konuşma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Nörolojik muayenesinde sol ekstremitelerde kas gücü 3/5 sağda tam. Konuşma doğal. Ek patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın uyuşturucu madde kullanım öyküsü mevcut. Anamnezi derinleştirildiğinde hastanın 1 ay önce diş ağrısı nedeniyle çoklu ilaç alımı ile 3 hafta önce ise ataksi, hemihipoestezi ile başvurusu olup serebrovasküler hastalık öyküsüyle nöroloji servise yatışının olduğu görüldü. Kan değerlerinde WBC: 15,4 x 10⁹/L CRP:31 mg/L olarak görüldü. Çekilen difüzyon MR da serebellum ve pons sağ yarımında difüzyon kısıtlanmaları görüldü (Resim-1) ve tekrarlayan SVO araştırılması ve tedavisi için nöroloji kliniğine yatırıldı. Yatışında hastanın ateş ve AFR yüksekliği ve muayenede ense sertliği görüldü. Hastanın görüntülemelerinde beyin BT de hidrosefali, mastoid kemiği destrüktüre eden mastoid absesi (Resim-2), LP de BOS PCR testinde EBV DNA pozitifliği saptandı. Hastada otitis media sonrası mastoid absesi, sağ sigmoid sinus trombozu ve meningoensefalit düşünüldü. KBB tarafından kortikal mastoidektomi planlandı, tedavisine IV gansiklovir ve steroid eklendi.



Resim-1: Difüzyon MR da pons ve serebellumda difüzyon kısıtlayan odak



Resim-2: Beyin BT'de sağ dış kulak yolunda, orta kulakta ve mastoid hücrelerde yumuşak doku dansiteleri

TARTIŞMA

EBV enfeksiyonunda SSS tutulum sıklığı %0,37 ile %7,3 arasında belirtilmiştir. Periferik nörit, Guillain Barre Sendromu, Bell felci ve serebellar ataksi gibi pek çok tablo görülebilir. Santral sinir sistemine hematojen ve nöronal olmak üzere başlıca 2 yolla ulaşır. Ensefalitlerde değişik düzeylerde bilinç bozukluğu mevcuttur. Motor veya duyuşal defisit görülebilir. Davranış-kişilik bozukluğu ile prezente olabilir. Konuşma ve hareket bozukluğu sıktır. Fotofobi ve ense sertliği meningoensefalit varsa ortaya çıkar. Tanı için BOS'da EBV-DNA saptanması veya antikor testleri yapılabilir. Serebellum tutulumu EBV yi akla getirmelidir. Tedavisinde gansiklovir önerilir. KİBAS varsa steroid faydalı olabilir.

ANAHTAR KELİMELER: ensefalit, EBV, disfazi, otitis media, abse

KAYNAKÇA

Mathew AG, Parvez Y. Fulminant Epstein Barr virus encephalitis. Indian Pediatr 2013; 50: 418-9.

Bassan H, Bloch AM, Mesterman R, Assia A, Harel S, Fattal-Valevski A. Myoclonic seizures as a main manifestation of EpsteinBarr virus infection. J Child Neurol 2002; 17: 446-7.

Kalita J, Maurya PK, Kumar B, Misra UK. Epstein Barr virus encephalitis: Clinical diversity and radiological similarity. Neurol India. 2011;59:605-7



TAM METİNLER

ACIL SERVİSTE GERM HÜCRELİ MALİGNİTE ŞÜPHESİ

Buğra Balkan, Salih Fettahoğlu, Özge Mert, Elif Gizem Olcay, Vildan Avcu, Melek Cirik Çetin
SBU İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ:

Akut skrotal ağrının ayırıcı tanısında testis torsiyonu, apendiks testis torsiyonu, epididimit, inkarsere herni Fournier gangreni ve travma yer alır. İnfertilite riski olduğu için ilk tanıda testis torsiyonu düşünülmelidir, ancak daha yavaş ilerleyen kitlenin eşlik ettiği durumlarda testis tümörlerini de atlamamak gerekir.

Testis tümörleri 15 ila 35 yaş arasındaki erkekleri etkileyen en yaygın solid tümördür(1) dünya çapında yaklaşık olarak yılda 75.000 testis kanseri vakası ve 9000'den fazla ölüm meydana gelmektedir.(2) GCT genellikle ağrısız bir nodül veya testisin şişmesi olarak ortaya çıkar.(3) Vakaların üçte birinde hasta skrotum veya alt karında ağırlık veya donuk ağrı ile başvurabilir. Vakaların <%10'unda, metastatik hastalığın semptomları ilk sunumu olabilir.

OLGU:

23 Yaş erkek hasta tek taraflı testiste şişlik ve ağrı ile geldi. Bilinen hastalık ve ilaç kullanımı öyküsü yok. Muayene bulgusunda sağ testise palpable kitle saptanan hasta ağrı hissi hareketle değişmiyor daha çok ağırlık hissi yönünde tarif ediyordu. Akut acil patolojileri değerlendirmek amaçlı yapılan usgde; epididimit, torsiyon ve ek patoloji düşündüren bir bulgu rastlanmamasına karşın; Sağ testis sağ inferior lateralinde 28x16 mm boyutunda içerisinde kistik alanlar ve mikrokalsifikasyonlar barındıran lobüle konturlu hafif heterojen RDUS ile belirgin vaskülarizasyon gösteren lezyon izlendi. Kitle ön tanısıyla alınan kan tetkiklerinde beta hcg pozitifliği görüldü. Hastanın ileri incelemeye yönelik yapılan batin bt'sinde; batin içerisinde aortakaval alanda ve paraaortik alanda santrali nekrotik çok sayıda lenfadenopati izlendi. Ürolojiye skrotal ağrı ve yeni tanı testis ca ön tanısıyla danışılan hasta orşiektomi planlanarak yatırıldı. Daha sonra operasyon materyalinin yapılan patolojik incelemesinde; Mikst Germ Hücreli Tumor, Yolk Sac Tumor %50'ünü oluşturmaktadır, Koryokarsinom %10'unu oluşturmaktadır, Teratom %30'unu oluşturmaktadır, Embriyonel karsinom %10'unu oluşturmaktadır. Patoloji raporu elde edildi.

Hastanın operasyon sonrası üroloji takibi devam etmektedir.

TARTIŞMA:

Non-seminomalar genellikle insan koryonik gonadotropini (hCG) ve alfa-fetoprotein (AFP) gibi birkaç plasental ve fetal protein üretirler(4)acil serviste isteyebildiğimiz tetkikler arasında olan bhcg testiküler ca ön tanılı hastalarımızda ayırıcı tanıda kullanacağımız etkilerden olabilir.

Özellikle, sağ testis GCT'leri genellikle aorta boyunca interaortokaval nodlara metastaz yapar, sol taraftaki tümörler ise preaortik ve paraortik lenf nodlarına metastaz yapar(5) Bizim olgumuzda bu yayılım iki tarafa da mevcuttur.

Sonuç: Bu poster skrotal ağrı şişlik şikayetiyle gelen hastalarda akut gelişen patolojiler dışında kalan ancak hastanın ileri yaşamı için sağ kalım ve hayat kalitesini etkileyebilecek diğer tanılardan olan testis tümörleri için bir hatırlatıcı olması amacıyla yapıldı.

KAYNAKLAR:

1. Epidemiology and risk factors for testicular cancer. Rebecca L Siegel, Angela N Giaquinto, Ahmedin Jemal. 2024 Jan-Feb;74(1):12-49. doi: 10.3322/caac.21820. Epub 2024 Jan 17. PMID 38230766
2. Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Available at: <https://gco.iarc.fr/> (Accessed on December 13, 2023).
3. McDougal WS, Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA. Campbell-Walsh Urology 11th Edition Review E-Book. Edinburgh: Elsevier Health Sciences; 2015. [Google Scholar]
4. Stage II testicular seminoma: patterns of recurrence and outcome of treatment. Chung PW, Gospodarowicz MK, Panzarella T, et al. Eur Urol. 2004;45:754-760. [PubMed] [Google Scholar]
5. Hale G, Teplitsky S, Truong H, Gold S, Bloom J, Agarwal P. Lymph node imaging in testicular cancer. Transl Androl Urol. 2018;7:864-874. doi: 10.21037/tau.2018.07.18. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Amfizematöz Sistit: Karın Ağrısının Nadir Nedeni

Onur Göl ,Selin İdem,Mehtap Bulut,Elmas Tohumoğlu,Suna Eraybar Atmaca

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Amfizematöz sistit, mesane lümeninde ve duvarında hava birikimi ile karakterize nadir görülen enfeksiyöz bir hastalıktır.

Diyabetes Mellitus (DM), nörojenik mesane ve ileri yaş hastalığının gelişiminde önemli risk faktörleridir. Klinik bulgular tanı koymada yardımcı değildir. Risk faktörleri olan hastalarda tanı görüntüleme yöntemleri ile konur. Klinik bulgularla tanı koymanın güç oluşu ve tedavinin gecikmesi durumunda morbidite ve mortalitenin artış göstermesi nedeniyle bu olguyu sunuyoruz.

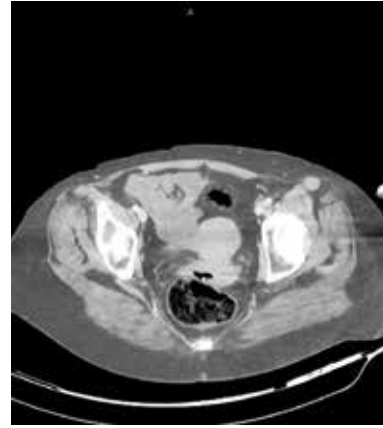
OLGU

52 yaşında kadın hasta acil servise son 3 gündür artış gösteren karın

ağrısı ve bulantı şikayeti ile başvurdu. Hastanın bilinen MS hastalığı mevcuttu.Fizik muayenede sol kostavertebral açı hassasiyeti saptanan hastanın tam idrar tahlili incelenmesinde her alanda 90 lökosit ve serum kreatinin 0,65 mg/dl , CRP düzeyi 151 saptandı.Hastanın kontrastsız tüm abdomen bilgisayarlı tomografi görüntülemesi yapıldı (Şekil 1). Tomografide mesane duvarında yaygın hava dansiteleri olduğu öğrenilen hasta enfeksiyon hastalıkları ve üroloji ile konsülte edildi. Takipte idrar kültüründe GSBL (genişletilmiş spektrumlu beta laktamaz) pozitif, Escherichia coli 100.000 koloni/ml saptandı. Enfeksiyon hastalıkları önerisi ile imipenem tedavisine başlandı.



Şekil 1: Mesane ve prostatta serbest hava



Şekil 2: Mesane ve batında serbest hava

SONUÇ

Üriner sistem enfeksiyonları erişkinlerde bakteriyel enfeksiyonların en sık sebebidir (. Amfizematöz sistit; mesane duvarı etrafında bakteriyel ve fungal fermantasyon sonucu gaz oluşumu ile karakterize nadir bir durumdur . Bizim olgumuzda olduğu gibi amfizematöz sistite en sık sebep olan mikroorganizma Escherichia coli'dir. Radyolojik tetkikler içerisinde en uygun tanı seçeneği bilgisayarlı tomografidir. Amfizematöz sistit tedavisinde geniş spektrumlu antibiyotikler, yeterli idrar drenajı, kan şekeri takibi ve altta yatan predispozan faktörlerin düzeltilmesi gereklidir. Cerrahi müdahale olarak parsiyel veya total sistektomi uygulanmaktadır. Sonuç olarak; amfizematöz sistit klinik değerlendirme ile kolay tanı konulmaması, ciddi komplikasyonlara sebep olabilmesi Anneadhtearn kıyellimeelerrri:sakcil sfearvkist, öürrinüomoa,lbaönbrehk raüspttaürlüarda akıldatutulması gereken bir tanıdır.

KAYNAKÇA

(1) 1) Akpınar H, Kural AR, Tufek I, et al. Spontaneous ureteral rupture: is immediate surgical intervention always necessary? Presentation of four cases and review of the literature. J Endourol. 2002; 16: 179-183.

2) Yazıcı B, Kayıkçı A, Erdoğan B, et al. Spontan Ürinom: Perkütan ve Endoüreteral Kateterizasyon ile Kombine Tedavi. O.M.Ü. Tıp Dergisi 2005; 22: 160-164.



TAM METİNLER

ÇİFT TARAFLI TEHLİKE BİLATERAL SUBDURAL HEMATOMA

Efe Demir Bala, Elif Gizem Olcay, Erva Baydemir, Ayla Köksal, Utku Murat Kalafat, Serkan Doğan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ:

Subdural Hematomlar (SDH) genellikle araknoid ile dura mater arasında yer alan venöz kan damarlarının yırtılmasından kaynaklanan kanamalıdır (1). Tipik olarak BT taramalarında hilal şeklinde görülürler. Bu hematomlar serebellar hemisferler arasında veya beyin sapı çevresinde de oluşabilir (2). Genç popülasyonlarda, motorlu araç kazaları gibi yüksek enerjili travmalar SDH'nin ana nedeni, daha yaşlı, daha zayıf popülasyonlarda düşmeler önde gelen nedendir (3). Yaşlı hastalarda belirtiler daha belirsiz olabileceğinden subakut dönemde prezente olabilirler. Olgumuzda subakut iki taraflı SDH'yi ve böyle bir hastanın Acil Serviste nasıl yönetileceğini sunmayı amaçladık.

VAKA:

Bilinen hipertansiyon, tip 2 diyabet hastası ve 2008 yılında koroner bypass ameliyatı geçiren 75 yaşındaki erkek hasta, baş dönmesi, denge kaybı ve baş ağrısı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Daha sonra yapılan incelemede bu semptomların daha sonra başladığı anlaşıldı. Hastanın acil servise başvurusundan 10 gün önce düşme öyküsü vardı. Fizik muayenesinde ataksisi belirgindi. Genel durumu iyi vitalleri stabildi. GKS 15 olarak hesaplandı. Fizik muayenesinde başka patolojik bir bulguya rastlanmadı. Hastanın değerlendirmesinden sonra; Olası serebellar enfarktleri kontrol etmek için Kraniyal difüzyon MR'ın yanı sıra Kraniyal BT taraması da istendi. Görüntüleme çalışmaları, her iki yarıkürede de maksimum kalınlığı 2,5 cm olan iki taraflı SDH'nin görülmesi ile sonuçlandı. Hasta, Nöroşirürji bölümüne hızla konsülte edildi Konsültasyonun ardından ameliyat öncesi hazırlıkları tamamlanan hasta acil operasyon için servise sevk edildi.

SONUÇ:

Baş ağrısı ve denge kaybı olan hastalarda subdural hematomlar göz önünde bulundurulmalıdır. Bilateral SDH daha az yaygındır ve daha önce yapılan geniş çaplı çalışmalar görülme sıklığını %30 civarında saptamışlardır. Erkek hastalarda SDH görülme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (4). Akut SDH genellikle 1-2 gün içinde, subakut SDH hastaları ise SDH'den 3-14 gün sonra acil servise başvurmaları. Kronik SDH hastaları, semptomlarının başlangıcından 14 günden daha uzun bir süre sonra başvurumaktadırlar (5). Hastamız serebellar enfarktüsü andıran semptomlarla başvurdu ancak görüntüleme bulgularının ardından görülen kanama SDH olarak değerlendirildi. Semptomlarının süresi göz önüne alındığında hastamız subakut SDH olarak değerlendirildi. Acil servis hekimleri hastamızın serebellar semptomlarına benzer semptomları olan yaşlı hastalarda ayrıacı tanı konusunda dikkatli olmalıdırlar ve SDH'yi her zaman olası teşhis listesine eklemelidirler.

KAYNAKLAR:

- 1-Ropper AH, Samuels MA, Klein JP, Prasad S. Craniocerebral trauma. In: Adams and Victor's Principles of Neurology, 11th ed, Ropper AH, Samuels MA, Klein JP, Prasad S (Eds), McGraw-Hill, New York 2019, p.906.
- 2-Finger G, Martins OG, Basso LS, Ludwig do Nascimento T, Schiavo FL, Cezimbra Dos Santos S, Stefani MA. Acute Spontaneous Subdural Hematoma in Posterior Fossa: Great Outcome. World Neurosurg. 2018 Nov;119:146-150. doi: 10.1016/j.wneu.2018.07.220. Epub 2018 Aug 2. PMID: 30077031.
- 3-Bullock MR, Chesnut R, Ghajar J, Gordon D, Hartl R, Newell DW, Servadei F, Walters BC, Wilberger JE; Surgical Management of Traumatic Brain Injury Author Group. Surgical management of acute subdural hematomas. Neurosurgery. 2006 Mar;58(3 Suppl):S16-24; discussion Si-iv. PMID: 16710968.
- 4-Hsieh CT, Su IC, Hsu SK, Huang CT, Lian FJ, Chang CJ. Chronic subdural hematoma: Differences between unilateral and bilateral occurrence. J Clin Neurosci. 2016 Dec;34:252-258. doi: 10.1016/j.jocn.2016.09.015. Epub 2016 Oct 11. PMID: 27742369.
- 5-Louis ED, Mayer SA, Rowland LP. Traumatic brain injury. In: Merritt's Neurology, 13th ed, Louis ED, Mayer SA, Rowland LP (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2016. p.367.



TAM METİNLER

BALIK KILÇIĞINA BAĞLI ÖZOFAGUS PERFORASYONU: BİR OLGU SUNUMU

Ahmet Dursun Demir¹, Orhan Utku Türker¹, Hızır Ufuk Akdemir¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

GİRİŞ:

Özofagus perforasyonu, özofagus duvarının bütünlüğünün bozulması sonucu meydana gelen bir delinme veya yırtılma durumudur. Bu klinik tablo, hızlı ve uygun müdahale gerektiren, yüksek mortalite ve morbidite riski taşıyan gerçek bir tıbbi acil durum olarak kabul edilir. Özofagus perforasyonunun etiolojisi geniş bir yelpazede incelenebilir ve travma, yabancı cisim yutulması, iatrojenik nedenler (cerrahi girişimler ve endoskopik prosedürler) ile özofagus patolojilerine bağlı olarak gelişebilir. Özofagus perforasyonunun klinik belirtileri, genellikle şiddetli ve ani başlangıçlı göğüs ağrısı, dispne, yutma güçlüğü, ateş, ve bulantı/kusma gibi nonspesifik semptomlarla karakterizedir. Bu semptomların şiddeti ve seyri, hastanın yaşına, cinsiyetine ve genel sağlık durumuna göre değişkenlik gösterebilir. Erken teşhis ve hızlı tedavi, hastanın prognozu üzerinde belirleyici rol oynar. Bu çalışmada, altmış yedi yaşında bir kadın hastada balık tüketimini takiben gelişen özofagus perforasyonunun klinik ve radyolojik bulguları detaylı bir şekilde sunulacaktır.

ANAHTAR KELİMELE: Özofagus, Perforasyon, Kılçık, Endoskopi, Mediastinit

OLGU SUNUMU:

Bilinen kronik bir rahatsızlığı olmayan altmış yedi yaşındaki kadın hasta, acil servisimize yutma güçlüğü ve boğazda takılma hissi ile başvurdu. Hastanın tıbbi öyküsünden iki gün önce balık yediği ve o esnada boğazında kılçık takılma hissi oluştuğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde, sol alt kadranda hassasiyet ve subfebril ateş saptandı. Acil toraks bilgisayarlı tomografi (BT) taramasında, özofagus sternum üst kesimde 10x7 mm boyutlarında gıda artığı lehine yorumlanan yumuşak doku dansitesi görüldü (Şekil 1). Hasta endoskopi ihtiyacı için gastroenteroloji ile konsülte edildi. Yapılan endoskopide üst özofagus 18. cm'de yabancı cisim perforasyonuna sekonder olduğu düşünülen 2-3 mm'lik basırmakla püy gelen orifis saptandı. Hastaya antibiyotik tedavisi başlanarak endoskopi sonucuyla göğüs cerrahisi ile konsülte edildi. Hasta takip ve tedavi amaçlı göğüs cerrahisi servisine yatırıldı.



SONUÇ:

Özofagus perforasyonuna tanı koymak, hastanın semptomları, fizik muayene bulguları ve çeşitli görüntüleme tetkiklerinin bir araya getirilmesi ile mümkündür. Hastalar genellikle ani başlayan ve şiddetli göğüs ağrısı, yutma güçlüğü, dispne ve ateş gibi semptomlarla başvurur. Fizik muayenede subkutan ampiyem ve mediastinal krepatasyon gibi bulgular gözlenebilir. Ancak, bu bulgular her zaman mevcut olmayabilir ve tanıyı desteklemek için ileri görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç duyulur.

Tanı için kullanılan görüntüleme yöntemleri arasında direk radyografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve endoskopi bulunmaktadır. Direk radyografi, özofagus perforasyonunun dolaylı bulguları olan pnömotoraks, pnömomediastinum veya subkutan amfizem gibi durumların tespitinde faydalıdır. Bununla birlikte, bu yöntem perforasyonun yerini ve boyutunu belirlemede sınırlı bilgi sağlar. BT, özellikle kontrastlı çekimlerle, perforasyonun yeri, boyutu ve çevre dokularla ilişkisi hakkında daha detaylı bilgi sağlar. Bu, cerrahi planlamada önemli bir rol oynar. Endoskopi ise perforasyonun doğrudan görsel değerlendirilmesine olanak tanır ve aynı zamanda bazı durumlarda tedavi amaçlı kullanılabilir.

Özofagus perforasyonunun tedavisi, perforasyonun boyutuna, etiolojik nedene ve hastanın genel sağlık durumuna göre değişkenlik gösterir. Küçük ve iyi sınırlanmış perforasyonlar, konservatif tedavi ile yönetilebilir. Bu tedavi genellikle intravenöz antibiyotikler, sıvı diyet ve yakından izlemeyi içerir. Ancak, geniş perforasyonlar, ciddi semptomlar veya komplikasyon gelişimi durumunda cerrahi müdahale gereklidir. Cerrahi müdahale, perforasyonun direkt onarımı, drenaj veya nadir durumlarda özofagektomiye içerebilir. Cerrahi olarak onarılmayan veya tedavi edilmeyen perforasyonlar, mediastinit, sepsis ve ölüm gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir.

Bu olgu, yabancı cisim yutulmasına bağlı özofagus perforasyonlarının nadir ama potansiyel olarak ciddi sonuçları olan klinik tablolar olduğunun bir örneğidir. Özellikle balık kılçığı gibi keskin ve ince yabancı cisimler, özofagus duvarında perforasyona neden olabilir. Bu nedenle, bu tür yabancı cisimlerin yutulması durumunda hızlı ve etkili bir değerlendirme ve tedavi süreci önemlidir.

Balık kılçığına bağlı özofagus perforasyonu, nadir görülen ancak ciddi potansiyel komplikasyonlara sahip bir durumdur. Erken tanı ve uygun tedavi, hastanın prognozunu önemli ölçüde iyileştirir. Bu olgu, yabancı cisim yutulmasının özofagus perforasyonuna yol açabileceği ve acil servis hekimlerinin bu tür durumları hızlı bir şekilde tanıma ve yönetme gerekliliğini vurgulamaktadır. Özofagus perforasyonu gibi ciddi tıbbi durumların erken tanınması ve etkin bir şekilde tedavi edilmesi, morbidite ve mortaliteyi azaltmada hayati öneme sahiptir. Bu nedenle, acil servis klinik pratiğinde bu tür vakaların farkındalığı ve yönetimi, hastaların sağlığını ve yaşam kalitesi açısından kritik öneme sahiptir.

KAYNAKÇA:

- Barrett, N. R. (1946). Spontaneous perforation of the esophagus. British Journal of Surgery, 34(135), 186-194. doi:10.1002/bjs.18003413511
- Boerhaave, H. (1724). Atrocis, nec descripti prius, morbi historia. Academia Lugduno Batava.
- Eroğlu, A., Kurkcuoglu, I. C., Karaoglanoglu, N., Tekinbaş, C., Yekeler, E., Başoğlu, A. (2004). Esophageal perforation: the importance of early diagnosis and primary repair. Diseases of the Esophagus, 17(1), 91-94. doi:10.1111/j.1442-2050.2004.00375.x
- Gordon, C. A., Hauser, H., & Tscholakoff, D. (1991). Diagnosis of esophageal perforation. AJR. American Journal of Roentgenology, 156(6), 1275-1280. doi:10.2214/ajr.156.6.2028854
- Khurana, P., Vishnu, P., & Malik, V. K. (2016). Fish bone-induced esophageal perforation: Case series and review of management. Annals of Gastroenterology, 29(2), 161-164. doi:10.20524/aog.2016.0002
- Mackler, S. A. (1952). Spontaneous rupture of the esophagus: an experimental and clinical study. Surgery, 32(6), 942-948.
- Onat, D., Ulku, R., & Avci, A. (2005). Management of esophageal perforation: 20 years experience. Diseases of the Esophagus, 19(2), 146-150. doi:10.1111/j.1442-2050.2005.00552.x
- Reeder, L. B., & Ferguson, M. K. (1993). Esophageal Perforation: A Continuing Challenge. The Annals of Thoracic Surgery, 55(1), 227-233. doi:10.1016/0003-4975(93)90710-0
- Vial, C. M., & Whyte, R. I. (2000). Esophageal perforation: The continuing challenge. The Annals of Thoracic Surgery, 70(3), 562-566. doi:10.1016/S0003-4975(00)01625-8
- Wu, J. T., Mattox, K. L., & Wall, M. J. (2007). Esophageal perforation: New perspectives and treatment recommendations. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 63(5), 1173-1184. doi:10.1097/TA.0b013e318157147a



TAM METİNLER

GÖZDEN SIK KAÇIRILAN BİR KARIN AĞRISI NEDENİ: DALAK ENFARKTI

Efe Demir Bala, Can İçin, Eray Bütüner, Necati Akyılmaz, Ramiz Yazıcı, Serkan Doğan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ:

Dalak enfarktüsü dalağın arterlerinden birinin veya birden fazlasına giden kan akımının durması veya bu damarların tıkanması sonucunda meydana gelir. Hastalar genelde sol üst kadranda ağrısı, halsizlik, kusma ve yorgunluk şikayetleriyle başvururlar. Bazı hastalar asemptomatik bile olabilir. Semptomlardaki bu belirsizlik sebebiyle dalak enfarktüsü sıklıkla atlanabilen bir tanıdır (1). Dalak enfarktüsü için bazı risk faktörleri; splenomegali, septik emboli, tromboembolik hastalıklar, atriyal fibrilasyon, orak hücreli anemi hastalığı, bazı enfeksiyonlar ve malignite olarak sıralanabilir (2). Vaka sunumumuzda acil serviste bir dalak enfarktüsünün yönetimini sunmayı amaçladık.

VAKA:

59 y erkek hasta tarafımıza 3 gündür devam eden tedaviye rağmen düzelmeyen şiddetli sol alt kadranda ağrısı ile başvurdu. Bilinen diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, kronik miyoproliferatif hastalık öyküsü ve monoklonal gamopatisi bulunan, Asetilsalisilik asit ve anagrelid 2x1 kullanımı olan hasta yapılan fizik muayenede sol alt kadranda ağrı ve palpasyonla hassasiyeti görüldü. Vitalleri stabil, GKS:15, genel durumu orta-iyiydi. Yapılan tetkiklerde CRP:20 mg/l, WBC:13.44x10³/mikrolitre olarak görüldü. Platelet sayısı 1173x10³/mikrolitre olarak ölçüldü. Bunlar haricinde patolojik kan tetkiki saptanmadı. Batın içi patolojilerin ekarte edilmesi açısından olası perforasyon için çekilen direkt grafide perforasyon görülmedi. İleri görüntüleme tetkiki olarak yapılan Kontrastlı Batın BT ve Abdominal Aorta BT anjiyografide, dalak inferiorunda jeografik sınırlı hipodens alan görüldü. Bu alan enfarkt ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın dalak enfarktüsü mevcut olan kronik miyoproliferatif hastalık ve aterosklerotik süreçlerine bağlandı. Hastanın tromboza olan eğilimi düşünülerek hastaya 300 mg Asetilsalisilik asit ve 5000 IU subkutan Heparin Tedavisi verildi. Hasta mevcut kronik miyoproliferatif hastalığı nedeniyle takipli olduğu Hematoloji Kliniği'ne danışılarak İç Hastalıkları Servisine yatırıldı.

SONUÇ:

Dalak enfarktüsü sıklıkla kaçırılan ve akut ortamda yeterince sık tanı konmayan bir hastalıktır. Semptomlarının non-spesifik olması ve sıklıkla eşlik eden diğer hastalıklarla açıklanabilmesi bunun için önemli bir sebeptir. Hastaların bir kısmı asemptomatik olabilir. 2023 yılında yapılan bir çalışmanın belirttiği üzere parsiyel dalak enfarktüsleri bazı hastalarda asemptomatik olarak veya laboratuvar olarak bulgu vermeyecek şekilde seyredebilir (3). Bizim hastamızda da bu duruma benzer şekilde laboratuvar olarak fazla bulgu görülmemiştir. Hastamızda daha önce belirttiğimiz risk faktörlerinden malign süreçler mevcut olup, beraberinde ateroskleroz ve tromboza eğilim yaratabilecek süreçler de görülmüştür. Hastamıza bu nedenle antikoagülasyon tedavisi uyguladık. Literatürde de tromboza eğilim yaratabilecek süreçlerde antikoagülasyonun verilmesi önerilirken, enfarktüse neden olan hastalıklar konusunda emin değil isek antikoagülasyonun daha konservatif şekilde kullanılması önerilmektedir. Zira olası orak hücreli anemi hastalığında antikoagülasyon tedavide vazo-oklüzyon nedeniyle etkisiz olacaktır. Dalak enfarktüsü acil serviste ve akut ortamda ayrıntı tanıya yer alması gereken, kaçırılması kolay olan ve sol alt veya üst kadranda ağrılarında acil tıp hekimlerinin olası tanılarında yer bulması gereken bir hastalıktır.

KAYNAKLAR:

- 1-Schattner A, Adi M, Kitroser E, Klepfish A. Acute splenic infarction at an academic general hospital over 10 years: presentation, etiology, and outcome. *Medicine (Baltimore)* 2015;94(36):e1363.
- 2-Brett AS, Azizzadeh N, Miller EM, Collins RJ, Seegars MB, Marcus MA. Assessment of Clinical Conditions Associated With Splenic Infarction in Adult Patients. *JAMA Intern Med.* 2020 Aug 1;180(8):1125-1128. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.2168. PMID: 32658244; PMCID: PMC7358974
- 3-Hakoshima M, Kitakaze K, Adachi H, Katsuyama H, Yanai H. Clinical, Hematological, Biochemical and Radiological Characteristics for Patients With Splenic Infarction: Case Series With Literature Review. *J Clin Med Res.* 2023 Jan;15(1):38-50. doi: 10.14740/jocmr4836. Epub 2023 Jan 24. PMID: 36755765; PMCID: PMC9881492.



TAM METİNLER

NON TRAVMATİK DALAK LASERASYONU OLGUSU

Abdullah Asan, Can İlçin, Efe Demir Bala, Said Kaçmaz, Rabia Birsen Tapkan, Ramiz Yazıcı, Serkan Doğan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

Dalak en sık yaralanan batin içi organlardan biridir. Sol üst kadranda sol diyafram yarımının altında yer alır ve hem dolaşım hem de lenfatik sistem için önemli bir organdır. Dalak yaralanması sıklıkla künt batin travmaları nedeniyle meydana gelir ve abdominal travmaların %35 ila %50 kadarını meydana getirir (1). Daha nadiren dalak laserasyon ve yaralanmalarının EBV, amiloidoz gibi nedenlerle spontane olarak gelişebildiği görülmüştür (2-3). Dalak yaralanmasının mekanizması, olası boyutu ve hastanın hemodinamik boyutu tedavi yaklaşımını etkiler. Amerikan Travma Cerrahisi Topluluğunun oluşturduğu skorlamaya göre evre 1 ve 2 yaralanmalar konservatif olarak takip edilirken, evre 3 ve daha geniş boyutlu yaralanma ve laserasyonlar daha girişimsel bir yaklaşım gerektirebilir (4). Vaka sunumumuzda acil serviste bir dalak yaralanmasının yönetimini sunmayı amaçladık.

VAKA

61 yaş daha önce bilinen herhangi bir hastalığı olmayan erkek hasta tarafımıza sol üst kadranda karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Kehr işareti yoktu. Traube boşluğu açıktı. Vitalleri stabil ve genel durumu iyiydi. Hastanın tedaviye rağmen devam eden ve sol üst kadranda tariflediği karın ağrısı için tetikleri alındı. Kardiyak biyomarkerlerinde akut koroner sendrom ile uyumlu bir sonuç yoktu. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Hastanın yapılan ultrasonografisinde dalakta parankim hasarı ile uyumlu olabilecek alanlar gözlemlendi. Travma öyküsü tariflemeyen ve hemodinamik olarak stabil olan hastada FAST ultrasonografi yapıldı. Bunun sonucunda splenorenal alanda hemoraji ile uyumlu alanlar görüldü. İleri görüntüleme amacıyla yapılan IV kontrastlı batin tomografisinde, grade 2 dalak yaralanması görüldü. Batin içerisinde 7 cm'e ulaşan serbest sıvı görüldü. Buna rağmen hastanın acil takiplerinde hemogram takiplerinde anlamlı herhangi bir düşüşe rastlanmadı. Ek patoloji saptanmayan hasta Genel Cerrahiye konsülte edildi. Acil takiplerinin tamamlanmasının ardından hasta konservatif izlem ve etyolojik araştırma amacıyla Genel Cerrahi kliniğine yatırıldı.

TARTIŞMA

Dalak yaralanmaları hayatı tehdit etme potansiyeline sahip batin içi yaralanmalardır. En sık sebebi künt batin travması olsa da travma olmadan da EBV, amiloidoz veya lösemi veya lenfoma da dalak yaralanmalarına sebebiyet verebilir (5). Travmatik olmayan dalak yaralanmaları malignite, koagülopati veya enfeksiyon nedeni olmak üzere üç kategoride incelenebilir (6). Özellikle antikoagülan kullanan hastalarda karın ağrısı semptomlarına dikkat edilmelidir. Travma öyküsü olmayan bu hastada FAST ultrasonografi kullanımı ilk başta endike olmasa da, bu vaka haricinde özellikle hipotansif, hemoglobin düşüklüğü olan veya olmayan tüm hastalarda FAST kullanımı önem taşımaktadır. Acil serviste nedeni anlaşılamayan ve travma öyküsü olmayan sol üst kadranda ağrılarında travmatik olmayan dalak yaralanması ayırıcı tanılar arasında yer almaktadır.

KAYNAKLAR:

- 1-Nirav Y. Patel, Jody M. Riherd, Focused Assessment with Sonography for Trauma: Methods, Accuracy, and Indications, Surgical Clinics of North America, Volume 91, Issue 1,
- 2-Renzulli P, Schoepfer A, Mueller E, Candinas D. Atraumatic splenic rupture in amyloidosis. Amyloid. 2009 Mar;16(1):47-53. doi: 10.1080/13506120802676922. PMID: 19291515.
- 3-Sergent SR, Johnson SM, Ashurst J, Johnston G. Epstein-Barr Virus-Associated Atraumatic Spleen Laceration Presenting with Neck and Shoulder Pain. Am J Case Rep. 2015 Oct 30;16:774-7. doi: 10.12659/ajcr.893919. PMID: 26516137; PMCID: PMC4631128.
- 5-1. Waseem M, Bjerke S. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls [Internet]; [Apr; 2023]. 2023. Splenic Injury. [
6. Bona R. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; [Apr; 2023]. 2020. Splenomegaly and Other Splenic Disorders in Adults.



TAM METİNLER

METABOLİK DİFÜZYON KISITLILIĞI: ATİPİK HÜS

Tuğçe OKUYUCU TURHAN, Buket KIZIR, Ruşengül KORUK, Suna ERAYBAR ATMACA, Mehtap BULUT
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Hemolitik üremik sendrom (hüs) sıklıkla üç yaşından küçük çocuklarda görülen shiga toksini üreten E.coliye bağlı sık görülen bir komplikasyondur. Hemolitik üremik sendrom tipik olarak akut böbrek yetmezliği hemolitik anemi ve trombositopeninin klinik triadı olarak tanımlanan multisistemli tutan bir hastalıktır. Merkezi sinir sistemi tutulumu çocukluk çağında böbrek dışı en yaygın komplikasyondur. Erişkinde nörolojik komplikasyon nadirdir. Hemolitik üremik sendrom klinik olarak akut ve subakut faz olmak üzere iki fazda karışımına çıkar. Akut fazda talamus lateral kısımları korpus kallozum putamen globus pallidus beyin sapı ve serebellumda T-2 flair sinyali artışları görülebilir. Bizde ishal ve çift taraflı bacaklarda güçsüzlük yürümede yavaşlama ile başvuran hastada atipik hemolitik üremik sendrom tanısını koyup literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

OLGU

25 yaşında bilinen kronik renal yetmezlik hastası 3 gündür olan akut gastroenterit ve

1 gündür olan yürümede yavaşlama iki bacakta güçsüzlük ile başvurdu. Geliş vitalleri: kan basıncı 140/80 ateş 37.2 °C nabız 68/dk atım saturasyon 99mm/Hg olarak ölçüldü. Nörolojik muayenede bilateral alt ekstremitelerde 4/5 motor gücü yürümede yavaşlama ve sola ataksisi vardı. Hastanın tam kan biyokimyası kan gazı crp beyin bt difüzyon mrg istendi. Yapılan tetkiklerde ph:7.29 kreatin:8.3mg/dL üre:68mg/dL plt:25.000 hb:8.5g/dL olan hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde korpus kallozumda difüzyon kısıtlılığı izlendi (Şekil1-2). İç hastalıklarına prerenal akut renal yetmezlik ve atipik hemolitik üremik sendrom ile danışıldı. Nörolojiye manyetik rezonans görüntülemesinde difüzyon kısıtlılığı olması üzerine danışıldı. Hastanın iç hastalıklarına akut renal yetmezlik ve hemolitik üremik sendrom ile yatışı yapıldı.

TARTIŞMA

Hemolitik üremik sendrom erişkin popülasyonu ve merkezi sinir sistemi nadiren etkilemektedir. Çocukluk çağında nörolojik komplikasyon sıklıkla erişkinde nadirdir. Nörolojik belirtiler sinirlilik uyuşukluk konfüzyon mental durum değişikliği nöbet inme gibi çok çeşitli nörolojik bulgularla presente olabilir. Acil servise sık başvuru olan age de nörolojik semptom ve bulgu varlığında tanı yelpazesi genişletilmeli atipik hemolitik üremik sendrom tanılar içinde değerlendirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Sitopeni, akut renal yetmezlik, manyetik rezonans görüntülemesinde difüzyon kısıtlılığı

KAYNAKÇA

Tintinalli Acil Tıp Kitabı 9.Baskı

Rosen Acil Tıp Kitabı 9.Baskı



Resim-1: Difüzyon ağırlıklı aksiyel manyetik rezonans görüntülemesinde korpus kallozumdaki alan infarkta bağlı olarak kısıtlanmış difüzyon hiperintens olarak izlenmektedir.



Resim-2: ADC haritasında infarkt alanı hipointens olarak izlenmektedir



TAM METİNLER

FOLEY KATETER İLE ÖZOFAGUSTAN YABANCI CİSİM ÇIKARILMASI

Salih Fettahoğlu, Efe Demir Bala, Erva Baydemir, Süreyya Tuba Fettahoğlu, Utku Murat Kalafat, Serkan Doğan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ:

Yabancı cisim yutulmalarının çoğunluğu 6 ay ile 3 yaş arasında bulunan çocuklarda yaşanır. Bu durumdaki çocuklar genelde ebeveynleri veya bakıcıları tarafından acile olaya şahit olunması veya fark edilmesi sonrasında getirilir. Çok sayıda yabancı cisim yutulması halinde veya tekrarlayan epizodlar görülmesi halinde davranış bozukluğu ve gelişimsel gerilik açısından dikkat gereklidir, zira bu tarz olaylar normal gelişimine devam eden ve davranış bozukluğu bulunmayan çocuklarda nadirdir. Yabancı cisimler özofageal anatomik darlık bölgelerinde takılmaya meyillidirler. Bazı çalışmalar bu tarz objelerin gözlemini önerirken bazıları ise yukarı ve orta özofagustaki yabancı cisimlerin çıkarılmasını tavsiye eder. Vakamızda acil servise başvuran yabancı cisim yutulması şikayeti ile gelen bir çocuk hastanın yönetimini ve özofageal yabancı cisimlerin foley kateter kullanılarak çıkarılmasını sunmayı amaçladık.

VAKA:

1 yaşında bilinen herhangi bir tıbbi öyküsü olmayan hasta acil servisimize bir saat önce yabancı cisim yutması şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde solunum sıkıntısına veya siyanoz görülmedi. Genel durumu iyi, AVPU skorlamasına göre Alert bir durumdaydı. Vitallerinde oksijen saturasyonu 97 % olarak ölçüldü. Herhangi vital patolojisine rastlanmadı. Tetkiklerinde PAAC ve boyun grafileri ile lateral grafiler kullanıldı ve özofagusta aortik arkusun fizyolojik darlık yarattığı bölgede yabancı cismin takılı kaldığı görüldü. Orta özofagus bölgesinde olarak değerlendirilen bu yabancı cismin metal ancak keskin olmayan bir silindir şeklinde bir cisim olduğu öğrenildi. Acil endoskopi imkanının olmaması üzerine Çocuk Cerrahi konsültanı ile birlikte, hastanın solunum semptomları veya potansiyel olarak abdominal inflamasyon semptomlarını geliştirmeden foley sondası kullanılarak yabancı cismin çıkarılmasına karar verildi. 6 French boyutunda foley sonda kullanılarak orofarengeal yoldan giriş yapıldı, 3 cc sıvı ile şişirildi, silindirin ortasındaki boşluk kullanılarak yabancı cisim ağız yolu ile çıkarıldı. Sonrasında kontrol akciğer grafisi çekildi, yabancı cismin herhangi kalıntısı görülmedi. Hasta aciller anlatılarak poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi.

SONUÇ:

Yutulan bir yabancı cismin çıkarılması için belli başlı endikasyonlar vardır. Bunlar arasında solunum zorluğunun başlaması, özofagusun total obstrüksiyonu, inflamasyon bulguları veya keskin cisimlerin yutulması gibi durumlar mevcuttur. Ancak bazı çalışmalar 48 saat içerisinde başvuran, orta ve üst özofagusta takılı kalan, radyoopak görünümlü cisimler için özellikle çocuklar için acil endoskopi imkanı da mevcut değil ise foley kateter ile yabancı cismin çıkarılması yöntemini önermektedir. Bu yöntem kolay uygulanabilir, kolay ulaşılabilir ve sedasyon ihtiyacının az olması ile öne çıkmaktadır. Literatürdeki çalışmalar bu yöntemin %85'ten fazla bir başarı oranına sahip olduğunu göstermektedir. Foley sondasının yavaş kullanılması, balonun gereğinden fazla şişirilmemesi ve oral yolun tercih edilmesi travmanın önlenmesi konusunda önem taşır. Acil servislerde özellikle semptom gösteren ve endoskopi ulaşımı olmayan vakalar için bu yöntemin kullanılması uygun olabilir.

KAYNAKLAR:

- 1-Wyllie R. Foreign bodies in the gastrointestinal tract. Curr Opin Pediatr. 2006 Oct;18(5):563-4. doi: 10.1097/01.mop.0000245359.13949.1c. PMID: 16969173.
- 2-Reilly S, Carr L. Foreign body ingestion in children with severe developmental disabilities: a case study. Dysphagia. 2001 Winter;16(1):68-73. doi: 10.1007/s004550000047. PMID: 11213248.
- 3-Conners GP, Chamberlain JM, Ochsenchlager DW. Foley catheter and esophageal foreign bodies. Pediatrics. 1995 Oct;96(4 Pt 1):791; author reply 792. PMID: 7567353.
- 4-Choe JY, Choe BH. Foreign Body Removal in Children Using Foley Catheter or Magnet Tube from Gastrointestinal Tract. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2019 Mar;22(2):132-141. doi: 10.5223/pghn.2019.22.2.132. Epub 2019 Mar 5. PMID: 30899689; PMCID: PMC6416381.
- 5-18. Mariani PJ, Wagner DK. Foley catheter extraction of blunt esophageal foreign bodies. J Emerg Med. 1986;4:301-306.



TAM METİNLER

SPLENIUMDA GEÇİCİ LEZYONLA BİRLİKTE HAFİF ENSEFALİT

Kader DOĞANI, İhsan Ege TANER, Mustafa Burak ŞAHİNİ, Mehtap
BULUTİ

İSağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp
Kliniği

Bursa Şehir Hastanesi

B
S
H

GİRİŞ

Spleniumda geçici lezyonla birlikte hafif Ensefalit/Ensefalopati hafif merkezi sinir sistemi semptomları ve korpus kallosumun spleniumunda geçici lezyonla ortaya çıkan klinikoradyolojik bir sendromdur.

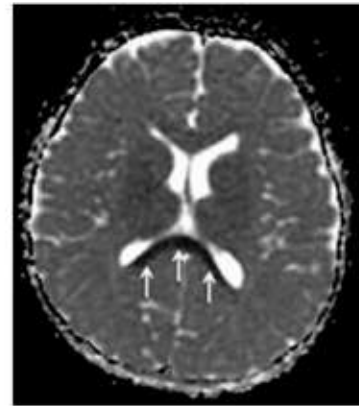
Bahsi geçen sendrom, splenial lezyonun nöropatolojik temelini de anlaşılmasıyla birlikte yeniden isimlendirildi. Korpus kallosumun sitotoksik lezyonları ("CLOCCs") her zaman geri dönüşümlü olmadığından ve her zaman hafif ensefalopatiye yol açmadığından klinik terim için MERS, lezyon görüntüsü için CLOCCs terimleri kullanılmaktadır. CLOCCs ; ilaç tedavisi, maligniteler, enfeksiyonlar , subaraknoid kanama, metabolik hastalıklar, kafa travması ve son zamanlarda Coronavirus hastalığı(COVID-19) ile ilişkilendirilmiş sekonder lezyonlardır . Biz de bu bildiride acil servisimize bilinç bulanıklığı ile başvuran ve MERS tanısı alan hastamızı sunmak istedik.

OLGU

64 yaş kadın hasta ara ara olup, kendiliğinden düzelen bilinç bulanıklığı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. 1 yıl önce AVM nedeni stent öyküsü olan hastaya 2 gün önce kontrol serebral anjiyografi yapılmış ve taburcu edildikten sonra şikayetleri tekrardan başlamış. Hastanın geliş vital bulguları KB 160/80 mmHg, nabız 80 atım/dk solunum sayısı 12/dk sat O2 93, ateş 36,5 °C . Hastanın fizik muayenesinde, GKS 15 , oryante - koopere , kas gücü 5/5 , ense sertliği yok , dört ekstremitede mevcut olan yaygın cilt lezyonları (büllöz pemfigoid) tespit edildi. Yapılan tetkiklerinde kreatin 4.48 mg /dl Na 127 crp :663 olarak görüldü.[U1] Diffüzyon MRG tetkikinde korpus kallosum posterior kesimini etkileyen diffüzyon kısıtlaması gösteren alan saptandı. MERS ön tanısı ile nöroloji kliniğinden konsültasyon istendi ve hasta yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatırıldı. Takiplerinde diürezi olmayan hastaya hemodiyaliz planlandı. Hastanın genel durumunda kötüleşme olması üzerine elektif entübe edildi. YBÜ takibinin 14. Gününde hastada kardiyak arrest gelişti, arrest sonrası etkin kardiopulmoner resusitasyona yanıt alınamayan hasta exitus olarak kabul edildi.

SONUÇ

Splenial lezyonlar birçok etiyolojiyle ilişkili olabildiklerinden klinik semptomları da altta yatan hastabğa göre değişiklik gösterebilmektedir. Ateş, baş ağrısı, nöbet, deliryum, kusma, bilinç bozukluğu, davranış değişiklikleri, dizartri, görme bozuklukları, ense sertliği, motor bozukluklar literatürde bildirilmiş klinik semptomlardır. Erişkinlerde, baş ağrısı ve bilinç bozukluğu MERS'in en sık karşılaşılan nörolojik semptomları olarak bildirilmiştir. CLOCCs'un kesin patofizyolojik mekanizması bilinmemekle birlikte, özellikle spleniumdaki nöronların yüksek yoğunlukta sitokin, glutamat ve aquaporin 4 (AQP4) reseptörlerine sahip olmaları nedeniyle CC spleniumunun sitokinopatiye karşı dayanıksız olduğu öne sürülmüştür. Bizim vakamızda da olduğu gibi bilinç durumunda değişiklik ve komorbiditesi olan hastalarda MERS ensefaliti akılda tutulmalıdır.



Beyaz ok: Kranial MR görüntülemesinde beyaz ok geçici splenial lezyonları gösterir.

Anahtar kelimeler: Bilinç değişikliği , ensefalit , acil servis

Kaynakça: .national institutes of health.gov / nöropsikiyatriarşivi.gov /journalagent.com



TAM METİNLER

İSKEMİ VE HEMORAJİNİN BİRLİKTE GÖRÜLDÜĞÜ TROMBOSİTOZ OLGUSU

Elif Gökçe Üstünkar, Özge Mert, Elif Gizem Olcay, Salih Fettahoğlu, Ayşe Fethiye Basa Kalafat, Serkan Doğan
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ:

Esansiyel trombositemi (ET), aşırı klonal trombosit üretimi ile karakterize bir BCR-ABL1-negatif miyeloproliferatif neoplazmdır (MPN). ET'li hastaların en az yarısı tanı sırasında asemptomatikken, çoğu hastalıkları sırasında bir noktada vazomotor, trombotik veya hemorajik belirtiler geliştirebilir. Hastaların küçük bir yüzdesi post-ET miyelofibroza ilerler veya lösemik transmasyon yaşarlar. Bununla birlikte, ET, BCR-ABL1 negatif MPN'ler arasında en uygun prognoza sahiptir (1).

Acil servise bu hastalar asemptomatik olarak başvurup sporadik tanı alabilecekleri gibi trombotik veya benzeri semptomlarla da başvurabilirler. Olgumuz, belirgin kanamaya eğilim semptomu ve non-spesifik nörolojik semptomların beraber görülmesi nedeniyle ilgi çekicidir.

OLGU:

Kronik hastalık öyküsü bulunmayan 49 yaş kadın hasta. Düzenli ilaç kullanımı tariflemiyor. Acil servise uzun süredir olan menometroraji şikayeti ile geldi. Sorgulandığında son bir gündür ara ara olup sonrasında gerileyen sağ kolda uyuşma, karıncalanma ve baş dönmesi şikayetinin de bulunduğunu ifade etti. Fizik muayenesinde Kranial sinir muayenesi doğal, Serebellar becerikli, Kas gücü dört ekstremitede 5/5, Işık Refleksi bilateral pozitif. Diğer sistemik muayeneleri de olağandı. Ön tanımlar içerisinde bulunan TIA, Serebrovasküler Hadise açısından çekilen Beyin Tomografisinde patolojik gözlenmezken, Diffüzyon MR tetkikinde sol frontotemporal ve oksipitoparietal alanda ADC karşılığı bulunan diffüzyon kısıtlılığı izlendi. Yapılan eş zamanlı rutin kan tetkiklerinde enfeksiyöz ve kardiyak belirteçler normal sınırlarda olup tam kanda HGB: 12g/dL, PLT: 953.000/uL gözlendi. Kontrolü alınan tetkik ile hastada trombositoz doğrulandı.

İskemik SVO, trombositoz tanılarıyla İç Hastalıkları ve Nöroloji bölümlerinden görüş alınan hastaya servis internasyonu sağlandı. İnternasyon sonrası ileri tetkik ile esansiyel trombositoz tanısı aldığı görüldü.

SONUÇ:

Esansiyel Trombositoz, tanı aldığı hastaların yarısında asemptomatik seyreder. Semptomatik vakaların çoğu iskemik semptomlarla acil servislere başvurmaktadır (2,3). Acil servise primer olarak menometroraji ile gelip sorgulandığında iskemik şikayetlerinin de bulunduğu bir trombositoz olgusu olması nedeniyle olgumuzun biz acil hekimleri için önemli olduğunu düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELEER: Trombositoz, İskemik SVO, Hemoraji

KAYNAKLAR

- 1-Ashorobi D, Gohari P. Essential Thrombocytosis. 2023 Aug 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 30969531.
- 2-Randi ML, Fabris F, Cella G, Rossi C, Girolami A. Cerebral vascular accidents in young patients with essential thrombocythemia: relation with other known cardiovascular risk factors. Angiology. 1998 Jun;49(6):477-81. doi: 10.1177/000331979804900609. PMID: 9631894.
- 3-Finazzi G, Rambaldi A, Guerini V, Carobbo A, Barbui T. Risk of thrombosis in patients with essential thrombocythemia and polycythemia vera according to JAK2 V617F mutation status. Haematologica. 2007;92(1):135-6.



TAM METİNLER

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI AKUT ALEVLENMELERİNDE PROKALSİTONİN, CRP VE PRO-BNP'NİN PROGNOSTİK DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Serkan Doğan, Efe Demir Bala , Türker Demirtakan, Mahmut Kerem Avşaroğlu , Ayşe Fethiye Basa Kalafat, Ramiz Yazıcı, Utku Murat Kalafat
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

ARKA PLAN VE AMAÇ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Akut Alevlenmeleri (AEKOA), Acil Servise başvurunun başlıca nedenlerinden biridir. AEKOA dünya çapında önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. 2020 yılında yapılan bir çalışmaya göre dünya çapında prevalansı değişmekle beraber yaklaşık olarak 480 milyon insan, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığından (KOA) etkilenmektedir (1). Acil Tıp Hekimleri bu hastalarla en fazla temasta bulunan ve en sık müdahale eden hekimlerdir. Bu nedenle, AEKOA'nın şiddetini ve olası prognozunu tahmin etmek bu hastalara Acil Tıp yaklaşımları için önemlidir çünkü tedavi seçenekleri bu tahminlere bağlı olarak değişiklik gösterecektir. Çalışmamızda Prokalsitonin, Pro-Beyin Natriüretik Peptid ve C-Reaktif Protein gibi farklı biyobelirteçlerin AEKOA'nın şiddetini ve prognozunu öngörmedeki etkinlikleri açısından karşılaştırmayı amaçladık.

METHOD VE GEREÇLER:

15/02/2023 - 15/02/2024 tarihleri arasında Acil Servisimize başvuran, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Küresel Girişimi (GOLD) 2024 rehberine göre AEKOA tanısı alan seçilmiş 196 hastanın verilerini analiz ettik. Veri analizlerini gerçekleştirirken IBM SPSS Versiyon 26'yı kullandık.

BULGULAR:

Bulgularımız şiddetli AEKOA hastalarında ortalama serum Prokalsitonin düzeyinin arttığını göstermiştir. Analizimiz, farklı hasta grupları arasında ortalama serum C-Reaktif Protein düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamadı; ortalama serum Pro-Beyin Natriüretik Peptid düzeyleri ise hem şiddetli AEKOA hasta grubunda hem de hayatta kalmayan hasta grubunda anlamlı derecede yüksekti. Pro-Brain Natriüretik Peptid ise AECOPD'nin mortalitesini ve ciddiyetini öngören en önemli biyobelirteçti.

TARTIŞMA:

KOA dünya çapında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. 2019 yılında KOA dünya çapında en çok görülen üçüncü ölüm sebebi olarak yerini almıştır. Bu nedenle bu hastaların ciddiyet ve prognozunu değerlendirebilmek için kullanılabilecek biyobelirteçler önem kazanmışlardır. Bu biyobelirteçlerden Prokalsitonin bakterilere karşı immun sistem içerisinde önemli bir rol oynar. 2016 yılında Zhu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da çalışmamız ile benzer sonuçlara ulaşılmış ve prokalsitonin KOA atak için anlamlı bulunmuştur (2). Pro-BNP kardiyak yüklenme ile ilişkili olarak sol ventrikülden salgılanan bir moleküldür. Pavasini ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları meta-analizde de çalışmamızla benzer olarak Pro-BNP'nin KOA atak ile ilişkili olduğu bulunmuştur (3).

SONUÇ:

Pro-BNP ve Prokalsitonin, AECOPD yönetiminde önemli biyobelirteçler olma potansiyeline sahip olabilir. Bu biyobelirteçlerin AEKOA hastalarında kullanılması Acil Serviste erken tedavi seçeneklerine yön verebilir.

KAYNAKLAR:

- 1-Boers E, Barrett M, Su JG, et al. Global burden of chronic obstructive lung disease through 2050. JAMA Netw Open. 2023;6(12):e2346598.
- 2- 12-Hu XJ, Zhou F, Qiu YR, Li Q. [Diagnostic value of serum procalcitonin and C-reaction protein in acute exacerbation of chronic bronchitis] Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao. 2010;30(7):1618-1620.
- 3- 15-Pavasini R, Tavazzi G, Biscaglia S, Guerra F, Pecoraro A, Zaraket F, Gallo F, Spitaleri G, Contoli M, Ferrari R, Campo G. Amino terminal pro brain natriuretic peptide predicts all-cause mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review and meta-analysis. Chron Respir Dis. 2017;14(2):117-126.



TAM METİNLER

OPİOİD TOKSİSİTESİ VE NALOKSAN KULLANIMI

Ragıp Çetinkaya, Rümeyza İnci, Muhammed Yavuz Şeker, Hilal Ergen, Avni Uygur Seyhan, Nurdan Yılmaz Şahin, Beyza Dağ
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Opioidler ve opiatlar, öncelikle şiddetli ağrıyı kontrol etmek için yaygın olarak kullanılan bir ilaç sınıfını oluşturur. Opiatlar ve opioidler dünya çapında en sık kötüye kullanılan maddeler arasındadır. Opioid bağımlılığı dünyada 2000'li yıllardan itibaren önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Hem opioidler hem de opiatlar üç ana opioid reseptör sınıfına etki eder: mu, kappa, delta. Mu reseptörlerinin analjezi, solunumun baskılanması, bradikardi, fiziksel bağımlılık, gastrointestinal dismotilite ve öfori sağladığı düşünülmektedir. Kappa agonizmi halüsinasyonlara, miyozise ve disforiye neden olabilir. Delta reseptörünün ağrı kontrolü ve duygudurum modülasyonu etkileri vardır. Opioid doz aşımaları, 2016'da 42.000'den fazla ölüme yol açtı; bu, daha önce kaydedilen tüm yıllara kıyasla daha fazla. Opioid doz aşımı ölümlerinin yaklaşık %40'ı reçetelenmiş opioidden kaynaklanmaktadır. Nosiceptin reseptörü beyindeki dopamin düzeylerini modüle eder ve analjezi ve anksiyoliz gibi klinik etkilere sahiptir. Opioid büyüme faktörü reseptörü olarak da bilinen zeta reseptörü, cilt büyümeleri gibi belirli hücre proliferasyonu türlerini modüle edebilir ve ağrı veya duyu modülasyonunda çok fazla fonksiyona sahip olduğu düşünülmektedir.(1)

Naloksan, opioid doz aşımını hızla tersine çevirmek için tasarlanmış, Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından onaylanmış bir ilaçtır. Bir opioid antagonistidir; yani opioid reseptörlerine bağlanır ve eroin, morfin ve oksikodon gibi diğer opioidlerin etkilerini tersine çevirebilir ve bloke edebilir.(2) Naloksan geçici bir tedavidir ve etkileri uzun sürmez. Nalokson'un vücudunda opioid bulunmayan bir kişi üzerinde etkisi yoktur ve opioid kullanım bozukluğunun tedavisi değildir.(3)

VAKA: 29 yaş erkek hasta araç içi trafik kazası sonrası hastanemiz acil servisine getirildi. Özgeçmişinde bilinen hastalığı olmayan hastanın vital bulguları; Vücut Sıcaklığı: 36 C, Kan Basıncı: 167/105 mmHg, Kalp Tepe Atımı: 92/dk ve saturasyon: %98. Fizik muayenede GKS 11(Eye 2 Motor 5 Verbal 4) Göz muayenesinde pinpoint pupil mevcut. Solunum seslerinde her iki hemitoraks solunumu eşit katılıyor ve patolojik ses yok, batını rahat defans ve rebound yok. FAST USG'sinde batin içi serbest sıvı görülmedi. Hastaya çift damar yolu açılmasını takiben IV yoldan 0.4 mg Naloksan uygulandı. Kontrol nörolojik muayenesinde GKS 15, Kan Basıncı:132/82 Kalp Tepe Atımı:85 Vücut Sıcaklığı:36 Saturasyon: %98. Pupiller izokorik Direk Işık Refleksi+/- İndirekt Işık Refleksi +/- Göz hareketleri 4 yöne doğal. Travma görüntülemeleri sonucu major patoloji görülmeyen ve travma konsültasyonları tamamlanan hasta takip amacı ile Beyin ve Sinir Cerrahisi'ne devredildi.

SONUÇ: Opioid Toksidromunda; Santral sinir sistemi depresyonu, Solunum sistemi depresyonu, miyozis, ileus gibi etkiler görülür. Opioid doz aşımı olan hastalarda tipik olarak tepkilerde azalma, hipopne (anormal derecede yavaş solunum), yavaş konuşma ve göz bebeklerinde küçülme vardır. Kabızlık, özellikle kronik tüketicilerde ve yaşlılarda yaygındır. (5) Naloksan ise opioidlerin saf antagonistidir. SSS depresyonu sonucu oluşan nöbet veya miyozis bulgularını hızlı bir şekilde tersine çevirir. 0.4-2mg başlangıç dozu olmak üzere maksimum dozu 10mg idir.(6)

KAYNAKLAR:

- 1) Oelhaf RC, Del Pozo E, Azadfard M. Opioid Toxicity. [Updated 2023 Jul 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431077/>
- 2) <https://www.samhsa.gov/medications-substance-use-disorders/medications-counseling-related-conditions/opioid-overdose-reversal-medications#> (28.05.2024)
- 3) NIDA. 2022, January 11. Naloxone DrugFacts. Retrieved from <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/naloxone> on 2024, May 28
- 4) Schiller EY, Goyal A, Mechanic OJ. Opioid Overdose. [Updated 2023 Jul 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470415/>
- 5) Oelhaf RC, Del Pozo E, Azadfard M. Opioid Toxicity. [Updated 2023 Jul 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431077/>
- 6) ordan MR, Patel P, Morrisonponce D. Naloxone. [Updated 2024 May 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441910/>



TAM METİNLER

ÇOCUK İSTİSMARI EVRENSEL BİR YARA

Eymen Tekedereli, Zahide Keklik, Emre Demirci, Mahmut Arda Çınarlık, Onur Karabay, Nihat Müjdat Hökenek
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Çocuk istismarı acil servise gelebilecek ve atlanmaması gereken en büyük sorunlardandır. Çocuk istismarı ihmal, duygusal, fiziksel ve cinsel istismar olmak üzere dört ana başlıkta incelenmektedir. Türkiye’de çocuk istismarı konusunda yapılan araştırmalarda, %78 oranında duygusal istismar, %24 oranında fiziksel istismar ve %9 oranında cinsel istismar görüldüğü raporlanmaktadır. Çocuk istismarı bir kez yaşandı ise bunun tekrarlama olasılığı ve şiddetinin artma riski yüksektir. Yapılan çalışmalarda fiziksel istismar tanısı alan hastaların en az %13’ünün daha önceki zamanlarda farklı yaralanmalar nedeni ile çocuk acile başvurularının olduğu gösterilmiştir.

OLGU

14 yaş 1 aylık kız hasta acil servisimize babası ile birlikte 3 gündür olan rektal kanama ile başvuruyor. Kanamasının damla şeklinde olduğunu parlak kırmızı renkte olduğunu belirtiyor. Hastanın herhangi bir kronik rahatsızlığı yok kullandığı ilaç yok. Son adet tarihinin 2 hafta önce olduğunu belirtiyor. Babası 1 hafta önce kızının başı ağrıdığı için aç karnına NSAİİ aldığını belirtiyor. Hastanın TA:124/83 nabız:100 spo2:100 ateş:36.7. Hastanın fizik muayenesinde batin rahat defans rebound yok. Rektal muayenede boş ampulla görüldü. Perianal bölgede herhangi patoloji görülmedi. Hastanın alınan tetkiklerinde hemoglobin:12,1 b-hcg:50252 görüldü. Hastanın kaydı adli kayıta çevirildi. Hastane polisine ve çocuk polisine konu hakkında bilgi verildi. Kontrol hemogram ve b-hcg yeniden gönderildi. Kontrol hemoglobin:12,3 b-hcg:44750 görüldü. Hasta için kadın doğum konsültasyonu alındı. Kadın doğum konsültasyonu sonucunda 17 haftalık sağlıklı gebelik tespit edildi. Çocuk polisi ile birlikte gerekli işlemler yapılması açısından hasta çocuk polis merkezine götürüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çocukların gerek fiziksel gerek sosyal olarak koruma altına alınması açısından herhangi bir şüphe halinde derhal adli mercilere haber verilmesi gerekmektedir. Bu tarz vakalar ile karşılaşıldığında sosyal hizmetler ile de irtibata geçip Çocuk İzlem Merkez’ini (ÇİM) devreye sokmalı ve istismar durumundan şüphelensek dahi güvenlik güçlerine haber verip acil serviste de çocuğun güvenliğini sağlamalıyız. Bu vakamızda çocuk istismarının unutulmaması gerektiği yeniden vurgulanmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Cinsel istismar, çocuk istismarı, Çocuk İzlem Merkezi

KAYNAKÇA

-Turhan E, Sangün Ö, İnandı Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.2006;15:153-7.



TAM METİNLER

KURŞUNLAR BİLE FARKEDİLMEYEN GEÇEBİLİR

Muhammed Güner , Efe Demir Bala, Süreyya Tuba Fettahoğlu, Salih Fettahoğlu, Utku Murat Kalafat, Serkan Doğan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ:

Serbest düşen mermi ya da halk arasında daha yaygın bilinen adıyla yorgun mermi, atış açısı neredeyse dikey olan bir mermidir. Mermi enerjisini kaybettikten sonra yere düşmeye başlar ve gittikçe hızlanır (1) . Sonunda bu mermi kritik bir hıza ulaşır. Bu hız bir merminin iç organlara zarar vermesi, deri ve altındaki diğer dokulara zarar vermesi ve mağdurda farklı derecelerde yaralanmalara neden olması için gereken hız sınırdır (2) . Vaka çalışmamızda böyle bir hastayı sunmayı ve acil serviste bu hastanın yönetimi konusundaki önemli noktaları paylaşmayı amaçladık.

VAKA:

15 yaşında, herhangi bir tıbbi geçmişi olmayan erkek hasta, başvurusundan bir gün önce başına bir cisim çarptığını hissetmesi üzerine acil servise başvurdu. Fizik muayene sonrasında 1 cm çapında sağ temporo-parietal bölgede bir kurşun giriş yarası görüldü. Kurşun çıkış yarası bulunamadı. Hastanın GKS'si 15 olarak değerlendirildi. Vitalleri stabildi, genel durumu iyiydi ve herhangi bir nörolojik defisit yoktu. Hasta fizik muayenenin tamamlanmasının ardından görüntülemeye gönderildi. Beyin BT sonucunda sağ lateral ventrikülün superiorunda temporal lob içerisinde bulunan kurşunun yeri tespit edildi. İlerleyen saatlerde hastanın sağ göz çukuru şişmeye başladı, sonrasında ise rakun gözü bulgusu kendini gösterdi. Bunlar ile birlikte, hastanın acil serviste herhangi bir nöbeti ya da GKS'sinde düşme tespit edilmedi. Kurşunun yeri ve çevreleyen hematomları görüntülemelerde tespit edilen hasta takip ve tedavisi amaçlı yatış için Beyin Cerrahi ve Pediatri bölümlerine danışıldı ve Beyin Cerrahi servisine yatırıldı.

SONUÇ:

Yorgun kurşun yaralanmaları nadiren görülse de bu tip yaralanmalar özellikle kutlama amaçlı havaya ateş açma geleneğinin görüldüğü kültürlerde daha sık görülmektedir. Bu tip yaralanmalar için Türk arşivleri kullanılarak yapılan bir çalışmada 2000-2012 yılları arasında 65 yorgun kurşun yaralanmasının kayıt altına alındığını ve bunların 39 adedinin yani %60'ının kafa yaralanması olduğu belirtilmiştir(3) . Genelde böyle bir yaralanma gerçekleştiğinde hasta ya acil yardım hizmetleri tarafından ya da kendi yakınları tarafından acile aynı gün içerisinde ulaştırılır fakat bizim vakamızda hastamız yaralanmanın 1 gün sonrasında yarayı fark etmeden başvurmuştur. Bu durum dikkatli fizik muayenenin önemini ortaya koyar niteliktedir, zira hasta ne yaranın farkındadır ne de geliş semptomu olarak kanama tarif etmiştir. Tıp dünyası ve dış dünya arasındaki köprü olarak, acil tip doktorları tüm yaralanma mekanizmalarından haberdar olmalı ve hastalarını bunun ışığında değerlendirmelidir.

KAYNAKLAR:

- 1-Journal of Forensic and Legal Medicine Volume 97, July 2023, 102552 Research Paper Analysis of free-fall bullet injury potential in the cranium via finite elements method I Ender Çelik, Ali Koç
- 2-Sellier KG, Kneubuehl BP. Wound ballistic and the scientific background. 1st ed. Amsterdam: Elsevier; 1994. p. 217-22.
- 3-Serbest düşme hareketi yapan mermi çekirdeklerinin yaralama potansiyelleri Dr. Gökhan İbrahim Ögünç1 , Dr. Mustafa Tahir Özer2 , Dr. Kağan Çoşkun2 , Dr. Mehmet Eryılmaz3 , Dr. Ali İhsan Uzar4 1 Emniyet Genel Müdürlüğü, Kriminal Polis Laboratuvarı Dairesi Başkanlığı, Ankara 2 Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara 3 Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara 4 Nürol Araştırma ve Geliştirme, Ankara



TAM METİNLER

KAFA TRAVMASI: KAFA TABANI KIRIĞI, SUBDURAL HEMATOM VE RİNORE

Sevde Urve Bilbey, M.Server Oymak, M.Emir Kutlucan, Onur Karabay, Melek Aktepe, Nihat Müjdat Hökenek
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

'Rakun belirtisi' ödemle ilişkili tek taraflı veya iki taraflı ilerleyici periorbital ekimozu içerir. Aynı zamanda Drakun gözleri ve Panda işaretleri olarak da anılır. Göz çevresinde kan birikmesi en sık anterior kranial fossa tabanının kırıklarıyla ilişkilidir. Bu bulgu yaralanmanın hemen ardından gözlenmez ve genellikle 1 ila 3 gün gecikir. Bilateral olarak ortaya çıkıyorsa, bu bulgu ön kafa tabanı kırığını yüksek oranda öngörür. 1

OLGU

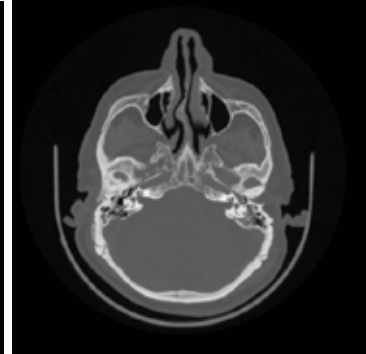
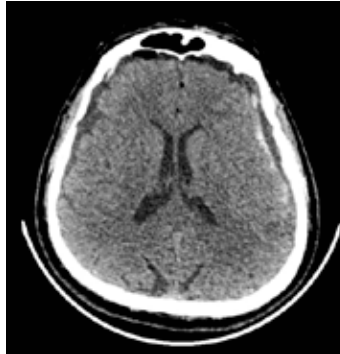
Araç dışı trafik kazası geçirerek tarafımıza başvuran 77 yaş erkek hasta, yaya yolundan karşıdan karşıya geçerken araç hastanın sağ tarafından vurmuş, hasta aracın geldiğini görmemiş, sonrasında düşerek başını çarpmış. Gelişinde vitalleri doğal ve stabil, gks 15 oryante ve koopere olan hastanın bilinen kronik hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde sağ orbita lateralinde yaklaşık 1x1 cm ekimotik alanı, bilateral periorbital ödem ve sağ dirseğinde abrazyonları mevcuttu. Hastanın baş ağrısı dışında ek şikayeti yoktu. Görüntülemelerinde beyin parankiminde vertekse kadar uzanan çok sayıda pnömosefali alan, sol tarafta 11.5 mm akut subdural hematoma, sol sfenoid sinüs hizasında fissürel tarzda kafa tabanı kırık hatları, bilateral periorbital bölgede frontal bölgeye kadar devam eden yumuşak doku hematoma ve amfizematöz değişiklikler izlendi. Hasta Beyin ve Sinir Cerrahisi'ne konsülte edildi, profilaktik amaçla 1000 mg keppra uygulandı. Hastanın takip ve tedavisi amacıyla Nöroşirurji Yoğun Bakım'ına yatırıldı. Hastanın acil servise geldiğinde görülen sağ orbita lateralindeki ekimotik alanı yatışa giderken tekrar değerlendirildiğinde yaygınlaştığı ve sol orbitaya da yayıldığı gözlemlendi (raccoon eyes).

Yoğun bakım servisinde 6. ve 24. Saatlerinde hastaya kontrol beyin BT çekilmiş, hematoma ilerleme görülmemesi üzerine Nöroşirurji Servisi'ne transferi yapılmış. 4 günlük servis takibi sonrası hasta taburcu edilmiş. Taburculuk sonrası 2. günde sağ burun deliğinden gelen şeffaf sıvı (rinore), yakınlarını tanıyamama ve iştme kaybı şikayetleriyle hasta acil servisimize tekrar başvurdu. Kontrol beyin BT görüntülemesi alındı, Beyin ve Sinir Cerrahisi'ne konsülte edildi. Görüntülemesinde akut acil patoloji izlenmeyen hastanın menenjit riski nedeniyle Nöroşirurji Yoğun Bakım Servisi'ne tekrar yatırıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Subdural hematomlu travmatik beyin hasarı olan hastaların prognozu kötüdür. Artan yaşlı nüfusa paralel olarak travmatik subdural hematoma sahip geriatrik insidansı da artmakta. Subdural hematom ile ilişkili nörolojik hasara önemli bir katkıda bulunan durum, beyin perfüzyonunun bozulmasına neden olan artan kafa içi basıncının neden olduğu iskemik hasardır. İntrakraniyal hipertansiyonu kontrol etmek için mevcut tedavi, dekompresif kraniyotomi ile veya dekompresif kraniyotomi olmadan hematomun boşaltılmasından oluşur. Subdural hematomun bu şekilde ortadan kaldırılması, kitle lezyonunda ani bir azalma ve ardından gelen bir reperfüzyon hasarı ile birlikte global iskeminin tersine çevrilmesiyle sonuçlanır. 2

Beyin omurilik sıvısı (BOS) akıntısı olan rinore, dura ile kafa tabanı arasında fistül olduğunda ve BOS'un burundan boşaldığı zaman ortaya çıkar. Sıklıkla kafa travması (fronto-bazal kafatası kırıkları), intrakraniyal cerrahi veya tahribat lezyonlarının bir sonucu olarak ortaya çıkar. İntrakraniyal boşluktan nazal solunum yoluna omurilik sıvısı sızıntısı, fulminan menenjitte neden olabilecek asendan enfeksiyon riski nedeniyle potansiyel olarak çok ciddidir. 3



ANAHTAR KELİMELELER: Kafa tabanı kırığı, pnömosefali, racoon eyes, rinore, subdural hematoma

KAYNAKÇA

1. M Das J, Munakomi S. Raccoon Sign. 2023 Apr 10. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 31194384.
2. Yokobori S, Nakae R, Yokota H, Spurlock MS, Mondello S, Gajavelli S, Bullock RM. Subdural hematoma decompression model: A model of traumatic brain injury with ischemic-reperfusional pathophysiology: A review of the literature. Behav Brain Res. 2018 Mar 15;340:23-28. doi: 10.1016/j.bbr.2016.05.055. Epub 2016 May 25. PMID: 27235716.
3. Abuabara A. Cerebrospinal fluid rhinorrhoea: diagnosis and management. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007 Sep 1;12(5):E397-400. PMID: 17767107.



TAM METİNLER

BOĞAZ AĞRISI VE VENÖZ TROMBOZ: LEMIERRE SENDROMU

Burcu Akgün Özmen, Efe Demir Bala, Can İlçin, Talha Özsü, Merve Yıldırım, Ramiz Yazıcı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ:

Lemierre sendromu ilk olarak 1936 yılında farenjit sonrası anaerobik sepsis serileri olarak tanımlanmıştır. Lemierre sendromu antibiyotik sonrası dönemde nadir görülen bir hastalıktır ancak hızlı ve agresif şekilde tedavi edilmez ise ölümcül olabilir. En sık prezentasyonu ; boğaz ağrısını takiben boyun ağrısı ve ele gelen ağrılı kitledir. Bu çalışmamızda acilde Lemierre sendromunu yönetimi göstermeyi amaçladık.

VAKA:

47 yaşında bilinen hipertansiyon öyküsü dışında hastalığı olmayan kadın hasta, acil servisimize boyun ağrısı şikayeti ile başvurdu. Vital değerlendirmesinde vitalleri stabil, genel durumu iyi, GKS: 15 olarak görüldü. Fizik muayenede, sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Orofarenks hiperemik olarak görüldü ancak retrofaringeal veya peritonsiller abseye rastlanmadı. Ultrasonda reaktif lenf nodları görünümünün yanında sağ juguler vene uzanan hiperekoik bir alan tariflendi. Doppler Ultrasonografide sağ juguler vende tortüöz bir yapılanma ve kompresyon yanıtı izlendi. Kan tetkiklerinde CRP:122 mg/L ,WBC:15.000/mikrolitre olarak görüldü. Kontrastlı boyun BT ile ek görüntüleme planlandı. Laboratuvar testleriyle eş zamanlı olarak Beta-laktam antibiyotik ve beta-laktamaz tedavisi ile birlikte antikoagülasyon tedavisi verildi. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Kardiyovasküler Cerrahi kliniklerine konsülte edilen hasta tedavisinin devamı ve gerekirse cerrahi girişim açısından Kardiyovasküler Cerrahi kliniğine interne edildi.

SONUÇ:

Antibiyotik tedavisinin mevcut olduğu günümüzde nadiren görüle de Lemierre sendromu; septik embolilere, çoklu organ yetmezliklerine ve septik şoklara neden olabilir. Hastamızda da görüldüğü gibi juguler venin enfeksiyonları ve tromboflebitler hem vücudun diğer bölgelerinde tromboembolik olaylara sebep olma suretiyle, hem de sepsis tehlikesi ile hayatı risk yaratabilirler. Bu hastalarda ilk sırada tercih edilen tedavi yöntemi antibiyoterapi ve gerekir ise cerrahi müdahaledir. Antikoagülasyon farklı kaynaklarda hala tartışmalı olarak değerlendirilmektedir. Fusobacterium Necrophorum en çok sorumlu bulunan mikroorganizma olup, beta laktam rezistan anaerobik bir bakteridir. Bu etken ve hastalığın hızlı progresyonu sebebiyle erken dönemde beta laktamaz ile desteklenen beta-laktam antibiyoterapi önerilmektedir.

KAYNAKLAR:

- 1-Lemierre A. (1936) On Certain Septicaemia Due to Anaerobic Organisms. Lancet, 2, 701-703.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)57035-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(00)57035-4)
- 2-Karkos PD, Asrani S, Karkos CD, Leong SC, Theochari EG, Alexopoulou TD, Assimakopoulos AD. Lemierre's syndrome: A systematic review. Laryngoscope. 2009 Aug;119(8):1552-9. doi: 10.1002/lary.20542. PMID: 19554637.
- 3-Lemierre Syndrome: A Meta-analysis
Mitchell R. Gore¹ ¹Department of Otolaryngology, State University of New York Upstate Medical University, Syracuse, New York, United States Int Arch Otorhinolaryngol 2020;24(3):e379-e385.
- 4-Lee WS, Jean SS, Chen FL, Hsieh SM, Hsueh PR. Lemierre's syndrome: A forgotten and re-emerging infection. J Microbiol Immunol Infect. 2020 Aug;53(4):513-517. doi: 10.1016/j.jmii.2020.03.027. Epub 2020 Apr 4. PMID: 32303484



TAM METİNLER

BÖBREK ETRAFINDA SIVI: PERİNEFRİTİK ABSE

Onur Çelikhan, Efe Demir Bala, Mert Çakır, Ayşe Nur Demirel, Utku Murat Kalafat, Serkan Doğan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ:

Perinefrik apseler sıklıkla gram negatif bakteriyel enfeksiyonların bir komplikasyonu olarak görülür. Perinefrik apseler genellikle perinefrik yağ dokusu çevresinde oluşur ve Gerota fasyasına yayılır. Genellikle lokal enfeksiyonlardan kaynaklanır ancak bazen hematojen yayılım yoluyla da yayılabilir. Perinefrik apseler kendini çoğu hastada bulantı, ateş ve abdominal ağrı ile birlikte kostovertebral hassasiyet ile gösterir. Olgumuzda perinefrik apse ile başvuran bir hastayı, Acil Servisteki tanı ve tedavi sürecini tartışmayı amaçladık.

VAKA:

Bilinen astım, ülser ve vajinal prolapsus ameliyatı öyküsü olan 61 yaşındaki kadın hasta, sol yan ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde sol kostovertebral hassasiyet mevcuttu. Vitallerde patolojik sonuç yoktu. Tetkiklerinde patolojik olarak yalnızca CRP'de 26,46 mg/dl gibi sadece orta derecede bir yükselme görüldü. İdrar analizinde idrar yolu enfeksiyonuna dair anlamlı bir işaret ortaya çıkmadı. Görüntüleme çalışmalarında sol idrar yolunda 6 mm'lik opak bir taşla birlikte önemli bir sol perirenal sıvı görüldü. Bu bulgular ve yapılan fizik muayene perinefrik apse tanısını destekledi. Bu ön tanı ile ampirik antibiyoterapi uygulanmadan önce idrar kültürleri alındı. Hasta ürolojiye konsülte edildi ve konsültasyon sonrası hasta üroloji servisine tedavisinin devamı amacıyla yatırıldı.

SONUÇ:

Perinefrik apseler idrar yolu enfeksiyonları ve taşların komplikasyonu olarak görülebilir. Bu apseler böbrek kapsülünden Gerota fasyasına yayılır. Çoğu zaman bu hastalarda dizüri görülmez ve idrar tahlilleri potansiyel enfeksiyon açısından eğer absenin idrar yolu ile anatomik bir bağlantısı yok ise negatif sonuçlanabilir. Acil servis hekimleri, yan ağrısı ile başvuran ve idrar yolunda veya böbrekte taşı olan hastaları dikkatle izlemeli ve bunları potansiyel perinefrik apse açısından değerlendirmelidir.

KAYNAKLAR:

- 1-Yen DH, Hu SC, Tsai J, Kao WF, Chern CH, Wang LM, Lee CH. Renal abscess: early diagnosis and treatment. Am J Emerg Med. 1999 Mar;17(2):192-7. doi: 10.1016/s0735-6757(99)90060-8. PMID: 10102326
- 2-Lee BE, Seol HY, Kim TK, Seong EY, Song SH, Lee DW, Lee SB, Kwak IS. Recent clinical overview of renal and perirenal abscesses in 56 consecutive cases. Korean J Intern Med. 2008 Sep;23(3):140-8. doi: 10.3904/kjim.2008.23.3.140. PMID: 18787367; PMCID: PMC2686968.
- 3-Hill GS. Renal infection. In: Urothology, 1st Ed, Hill GS (Ed), Churchill Livingstone, New York 1989; 33.



TAM METİNLER

KRANYUMDA YABANCI CİSİM SONRASI GEÇ BAŞLANGIÇLI NÖBET

Oğuzhan Başaran, M.Emir Kutlucan, Atılay Fethi Özgen, Merve Altay Karabulut, Mahmut Arda Çınarlık, Nihat Müjdat Hökenek
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Travmatik beyin hasarından (TBI) sonra ortaya çıkabilecek sorunlardan biri de nöbetlerdir. Beyin hasarı olan çoğu hastada hiçbir zaman nöbet gelişme de, nöbet etiyolojisinde geçirilmiş travmatik beyin hasarının araştırılması önemlidir. Nöbetlerin çoğu, beyin hasarından sonraki ilk birkaç gün veya haftada meydana gelir. Bazıları yaralanmadan aylar veya yıllar sonra ortaya çıkabilir. Nöbet geçiren kişilerin yaklaşık %70-80'inde durum medikal tedaviyle yönetilebilir. Kranyumda yabancı cisim penetran yaralanmaları nispeten nadirdir. Bu vakalar çoğunlukla transorbital penetran yaralanmalarda, çoğunlukla yabancı cisim olarak tahta, bazen de iğne veya kurşunla rapor edilmektedir. 1-3

OLGU

46 yaş kadın hasta acil servise iki dakika kadar süren nöbet benzeri kasılma şikayetiyle başvurdu. Eşlik eden baş ağrısı tarifliyordu. Hastanın geliş vitalleri stabil olarak izlendi, postiktal olarak değerlendirilmedi. Alınan anamnezde hastanın bilinen bir hastalığı olmadığı ve daha önce bu şekilde nöbet geçirmediği öğrenildi. Hastanın Beyin Tomografisinde sağ parietotemporal bölgede hiperdens alan (saçma tanesi ile uyumlu alan) izlendi. Başlangıçta dil bariyerinden dolayı detaylı anamnez almakta güçlük çekilen hastadan sonradan edinilen bilgiye göre 2007 yılında ateşli silah yaralanması (ASY) sonrası beyinde rezidüel saçma tanesi kaldığı öğrenildi.

Hastanın takiplerde tekrar epileptik biçimde nöbet geçirdiği gözlemlendi. Nöbette başın sağa döndüğü, kolların kasıldığı idrar kaçırma ve dil ısırmanın eşlik ettiği gözlemlendi. Hasta beyin cerrahisi ve nörolojiye konsülte edildi. Acil nöroşirürjik girişim düşünülmüdü. Hasta nöroloji servisine kompleks parsiyel parietotemporal nöbet ön tanısı ile interne edildi.

SONUÇ

Nöroloji servisi takiplerinde tekrar nöbet geçirdiği gözlemlenen hastadan ensefalit açısından tetkik edimiştir. Lomber ponksiyonda belirgin bir patoloji görülmeyen hasta antibiyoterapi ve anti-viral tedavi ile takip edilmektedir. Elektroensefalografide her iki hemisferde hafif biyoelektrik aksama alanının varlığı gösterilmiştir. Hasta levamisole 1000 mg 3x1 tedavisi ile taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Geç başlangıçlı nöbetler, yavaş yavaş gelişen gliosis durumunda veya kalan yabancı bir cisim vakalarında, ilerleyici granülo-matoz değişiklikler, gecikmiş apse oluşumu ve metal toksisitesi gibi nedenlere ikincil olarak tetiklenebilir. 4-5 Acil servise gelen nöbet olgularında etiyolojide geçirilmiş travmatik beyin hasarını etiyolojide göz önünde bulundurmak önemlidir.



ANAHTAR KELİMELEER: Nöbet, yabancı cisim, travmatik beyin hasarı

KAYNAKÇA

1. Lee JH, Kim DG. Brain abscess related to metal fragments 47 years after head injury. J Neurosurg 2000;93:477Y479 3. Yamakawa H, Takenaka K, Sumi Y, et al.
2. Intracranial bullet retained since the Sino-Japanese war manifesting as hallucination case report. Neurol Med Chir (Tokyo) 1994;34:451Y454 4. Nishio Y, Hayashi N, Hamada H, et al.
3. A case of delayed brain abscess due to a retained intracranial wooden foreign body: a case report and review of the last 20 years. Acta Neurochir (Wien) 2004;146:847Y850
4. A Late-Onset Seizure Due to a Retained Intracranial Foreign Body—Pencil Lead. Chunhua, Q., & Qun, W. (2014). Journal of Craniofacial Surgery, 25(2), e109–e110.
5. A population-based study of seizures after traumatic brain injuries. Annegers JF, Hauser WA, Coan SP, et al. N Engl J Med 1998;338:20Y24



TAM METİNLER

GENÇ ERKEK HASTADA EGZERSİZ İLE İNDÜKLENEN SPONTAN PNÖMOMEDIASTINUM

Mehmet Şerif Sevinç, Süreyya Tuba Fettahoğlu, Can İlçin, Ramiz Yazıcı, Utku Murat Kalafat, Serkan Doğan

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Pnömomediastinum, mediastende ekstraluminal hava bulunması olarak tanımlanır (1). Etiyolojisinde; göğüs travmaları, cerrahi müdahaleler, özefageal ve trakeobronşiyal perforasyonlar, batı travmaları, enfeksiyonlar, interstisyel akciğer hastalıkları gibi birçok neden vardır (5). Spontan pnömomediastinum ise; travma, geçirilmiş cerrahi veya altta yatan bir hastalık olmaksızın mediastende serbest hava ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır (1). Ağır egzersiz sonrası göğüs ağrısı ile başvuran acil serviste spontan pnömomediastinum tanısı alan bir vakayı ele aldık.

OLGU

Kronik hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı olmayan 24 yaşında erkek hasta egzersiz sonrası ani başladığını söylediği göğüs ağrısı ile acil servise başvurdu. Sigara kullanmadığını ve ailesinde kardiyak hastalık öyküsünün bulunmadığını belirtti. Yaptığı egzersizin ağır ve yüksek tempoda olduğunu aynı zamanda nefes darlığı da hissettiğini söyledi. Başvuru anında periferik oksijen saturasyonu dahil olmak üzere diğer vitaller normal ölçüldü. Her iki akciğerde solunum sesleri eşit ve doğaldı. Çekilen EKG normal sinüs ritmi gözlemlendi. PAAG'de patoloji gözlenmeyen rutin kan laboratuvar parametrelerinde patoloji saptanmayan hasta için çekilen Kontrastsız Toraks BT'sinde peribronşiyal, paratrakeal serbest hava gözlemlendi (Şekil-1,2,3,4). Takiplerinde yapılan kontrastlı görüntülemelerinde herhangi bir özofagus perforasyonu saptanmayan hasta Spontan Pnömomediastinum tanısı ile Göğüs Cerrahi servisine interne edildi.



SONUÇ

Macklin ve arkadaşlarının 1944'te patofizyolojisini açıkladığı spontan pnömomediastinumun, intratorasik basınç artışı ile beraber alveolar rüptür sonrası mediastene hava kaçımasıyla oluştuğu düşünülmektedir (2). Spontan pnömomediastinum genellikle genç erişkin erkeklerde nefes darlığı, disfaji, boyun ağrısı gibi semptomlarla birlikte görülür (1,3,4). Bizim olgumuz da ağır egzersizle beraber intratorasik basınç artışına bağlı olası alveolar rüptür sonrası spontan pnömomediastinum vakası olması ile literatürle benzerlik göstermektedir.

Spontan pnömomediastinum; nadir görülen bir tablo olmasına rağmen, göğüs ağrısı ve nefes darlığı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır. Hastalık iyi seyirlidir, buna rağmen diğer pnömomediastinum nedenleri araştırılmalı ve komplikasyonlar açısından takip edilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER :Spontan Pnömomediastinum, Egzersiz, Göğüs Ağrısı

KAYNAKLAR

- 1- A. Yellin, M. Gapanay-Gapanavicius, Y. Lieberman Spontaneous pneumomediastinum: is it a rare cause of chest pain?, Thorax, 38 (1983), pp. 383-385
- 2- Macklin, MADGE THURLOW, and Charles C. Macklin. "Malignant interstitial emphysema of the lungs and mediastinum as an important occult complication in many respiratory diseases and other conditions." (1944): 281-358.
- 3- Morgan CT, Maloney JD, Decamp MM, McCarthy DP. A narrative review of primary spontaneous pneumomediastinum: a poorly understood and resource-intensive problem. J Thorac Dis. 2021;13(6):3721-30.
- 4- Bejvan SM, Godwin JD. Pneumomediastinum: old signs and new signs. AJR Am J Roentgenol. 1996;166:10418.
- 5- Frias Vilaça A, Reis AM, Vidal IM. The anatomical compartments and their connections as demonstrated by ectopic air. Insights Imaging. 2013 Dec;4(6):759-72. doi: 10.1007/s13244-013-0278-0. Epub 2013 Sep 25. PMID: 24065628; PMCID: PMC3846937.



TAM METİNLER

REFRAKTER HİPOGLİSEMİ - ASPIRASYON PNÖMONİSİ İLE BİLİNÇ BULANIKLIĞI

Oğuzhan Başaran, Ahmet Kabakçı, Hasan Mert Berazioğlu, Melek Aktepe, Nihat Müjdat Hökenek
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Bilinç bulanıklığı ve solunum sıkıntılı gelen hastada güvenlik çemberine alınırken hipogliseminin de gözden kaçmaması önem arz etmektedir. Aspirasyon pnömonisi geniş bir klinik ile prezente olabilir. Huzurevi hastası herhangi bir sıkıntı içinde görülmeyebilir vejetik azalması, halsizlik, değişmiş duyu veya ateş ile kendini gösterebilir; yaşamsal belirtiler normal olabilir veya ateş, taşikardi, taşipne ve hipotansiyon gösterebilir. Fakat akut katı veya sıvı madde aspirasyonu olan genç hastalarda öksürük, nefes darlığı ve hipoksi ile daha dramatik şekilde ortaya çıkabilir.

OLGU

62 yaş erkek hasta, acil servise 112 ekipleri tarafından evde şuur bulanıklığı gelişmesi üzerine getiriliyor. Bilinen Hastalıklar: DM2, HT, KBY (3/7 diyaliz hastası), Diyabetik Retinopati.

Kullanılan İlaçlar: Binocrit (eritropoietin), Phos-no, Atacand, Lantus.

112 ekipleri tarafınca yapılan ilk değerlendirmede PUKŞ cihazla ölçülememesi nedeniyle %20 dekstroz uygulanıyor. Gelişinde PUKŞ: 230

Geliş vitalleri TA: 220/110 DSS: 30 spO2: 78 (5 lt/dk O2 altında 85) Ateş: 37.5 Nabız: 78

Hastanın geliş muayenesinde GKS: 5 (E1V1M3), abdominal solunum izlendi. Ağzı içi yaygın aspirat izlendi. AC sesleri wheezing, bazallerde kaba ve azalmış olarak duyuldu. Işık refleksi değerlendirilemedi. DTR Babinski +/-

Alınan anamnezde hastanın son iki gündür genel durumunda bozukluk olduğu öğrenildi. Sabah yakınları tarafından yanıtız olarak görülünce 112'ye ulaşıyorlar.

Hastanın ağız içi aspiratör cihazı ile aspire edildi. %10 dekstroz infüzyonu başlandı. Aspirasyon sonrası nazal 4 lt/dk O2 ile hastanın saturasyonu 96 olarak görüldü.

AKG: pH 7.43, PO2 53, cHCO3: 24.3 GKS: 5 (E1V1M3) olarak görülen hasta vitalleri stabil olmasına karşın bilinç durumu nedeniyle RSİ ile entübe edildi. Hasta 3.basamak YBÜ'ye interne edildi.

Lab ve görüntüleme; Kre: 4,19 Üre: 79, CRP: 17, WBC: 4000

Beyin BT: Akut patoloji izlenmedi.

Toraks BT: Perikardial alanda derinliği yaklaşık 2,5 cm ye ulaşan sıvı formasyonu izlenmiştir. Bilateral hemitoraksta sağda en derin yerinde yaklaşık 4 cm solda en derin yerinde 2,5 cm ye ulaşan sıvı formasyonu izlenmiştir. Bilateral akciğerde peribronşiyal kalınlık artışı izlenmiştir (bronşit). Bilateral akciğerde sol akciğerde daha belirgin olmak üzere yer yer konsolide olma eğiliminde düzensiz dansiteler çevresel buzlu cam atenuasyon artışları izlenmiştir (enfektif?). Tedavi sonrası malignite açısından kontrol önerilir.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Bilinç bulanıklığı GKS düşüklüğü saptanan hastaların oksijen saturasyonunun yeterli olması klisenin dikkatini azaltmamalı havayolu güvenliği sağlanması açısından Orotrakeal Entübasyon yapılmalı, hasta aspirasyondan korunmalıdır.

Hipoglisemi; fonksiyonel beyin yetmezliğine, nadiren fatal kardiyak aritmilere, daha da uzarsa beyin ölümüne yol açar.

Uzun etkili hipoglisemik ajanın alınması, gözlem sırasında tekrarlayan hipoglisemi, ve yemek yiyemeyen hastaların aralıklı kş kontrolü yapılmalı ve yatırırlarak izlenmesi sağlanmalı.

ANAHTAR KELİMELEER: Aspirasyon pnömonisi, bilinç bulanıklığı, hipoglisemi

KAYNAKÇA

1. Cryer PE. Hypoglycemia, functional brain failure and brain death. J Clin Invest. 2007;117:868-870
2. Tintinalli's Emergency Medicine 9th e. Nikhil Goyal, Adam Schlichting.





TAM METİNLER

TRAVMAYA BAĞLI AKUT PANKREATİT OLGU SUNUMU

Onur Çelikhhan, Elif Gizem Olcay, Efe Demir Bala, Özge Mert, Ahmed Edizer, Salih Fettahoğlu, Duygu Yaman, Müberra Kocaköz
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Travmatik pankreatit künt karın travması, pankreas cerrahisi veya endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi sonrasında gelişebilen nadir bir durumdur. Pankreas karın boşluğunun retroperitoneal kısmında yer aldığından semptomlar spesifik olmayabilir. Ancak hasarın büyüklüğüne bağlı olarak pankreas travması ölümcül olabilir. Pankreas travmasının geç tanısı ölümlere veya fistül, kanal darlığı ve tekrarlayan pankreatit gibi komplikasyonlara neden olabilir. Olgumuzda karın travması geçiren ve travmatik pankreatit tanısı konulan hastamızın klinik sürecini sunmayı amaçladık.

VAKA

21 yaş erkek hasta bilinen medikal ve cerrahi hastalık öyküsü yok, 2 gün önce kaldırırmdan düşüp karnını kaldırırma çarptıktan sonra geçmeyen karın ve sol yan ağrsı semptomlarıyla acil servismize başvurdu. Vital bulguları stabildi, herhangi bir taşikardi veya hipotansiyon tespit etmedik ve Glasgow Koma Skalası 15 olarak hesaplandı, ancak normal vital bulgulara rağmen hasta solgun görünüyordu ve sol yan ve karın bölgesinde ağrıdan şikayet ediyordu. Fizik muayenede palpasyonla karnın tüm kadrnlarında ağrı tespit ettik. Ayrıca sol kostovertebral açıda bir hassasiyet tespit ettik. Fizik muayenenin ardından hastayı değerlendirmek için FAST (Focused Assessment Sonography for Trauma ultrasonografi) yaptık. FAST ultrasonografide splenorenal pošta hipoekoik bir alan saptandı. Bu bulguların ardından dalak laserasyonu ve diğer olası yaralanmalar açısından değerlendirmek için kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi ve kan tetkikleri istendi. BT taramasında pelvik serbest sıvı ile birlikte akut pankreatit saptandı ve herhangi bir karnın organında yırtık yoktu. Laboratuvar incelemeleri sonucunda amilaz ve lipaz seviyeleri 1114 U/L ve 1412 U/L ile yüksek bulunarak travmatik pankreatit tanısı desteklendi ve takip çalışmalarında hemoglobın seviyelerinde sırasıyla 13,1 mg/L, 11,7 mg/L ve 11,4 mg/L ile belirgin bir düşüş tespit edildi. Tanı ve takip çalışmaları tamamlandıktan sonra hasta Genel Cerrahi Bölümü ile konsülte edildi ve ileri takip için Genel Cerrahi servisine interne edildi.



SONUÇ

Pankreas yaralanması tüm travma hastalarının %1'inden az görülebilecek nadir bir vakadır. Karın hassasiyeti ve periton tutulumu tek belirtı olabileceğinden tanı koymak zordur. Bu bulgular diğer karın yaralanmalarıyla karışabilir bu yüzden hastanın klinik ve vital takibi yapılırken, laboratuvar parametreleri ve tomografik inceleme öncesi özellikle acil tıp hekiminin elini güçlendirilmesi açısından acil servis yatak başı ultrasonografinin önemi hekime yardımcı olabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Travmatik pankreatit, karın ağrsısı, akut batın

KAYNAKLAR:

- 1-Sharbidre KG, Galgano SJ, Morgan DE. Traumatic pancreatitis. Abdom Radiol (NY). 2020 May;45(5):1265-1276. doi: 10.1007/s00261-019-02241-7. PMID: 31576413.
- 2-Søreide K, Weiser TG, Parks RW. Clinical update on management of pancreatic trauma. HPB (Oxford). 2018 Dec;20(12):1099-1108. doi: 10.1016/j.hpb.2018.05.009. Epub 2018 Jul 11. PMID: 30005994.
- 3-Kuza CM, Hirji SA, Englum BR, Ganapathi AM, Speicher PJ, Scarborough JE. Pancreatic Injuries in Abdominal Trauma in US Adults: Analysis of the National Trauma Data Bank on Management, Outcomes, and Predictors of Mortality. Scand J Surg. 2020 Sep;109(3):193-204. doi: 10.1177/1457496919851608. Epub 2019 May 29.
- 4-Hosseininejad SM, Bozorgi F, Assadi T, Montazar SH, Jahanian F, Hoseini V, Shamsae M, Tabarestani M. The predictive role of amylase and lipase levels on pancreas injury diagnosis in patients with blunt abdominal trauma. Horm Mol Biol Clin Invest. 2020 May 6;41(3). doi: 10.1515/hmbci-2019-0066. PMID: 32374282



TAM METİNLER

BEHÇET HASTALIĞINDA VASKÜLER TUTULUM

Beyza Nur SEVGİLİ, Selin İDEM, Yeşim ÇİMEN., Suna Eraybar Atmaca, Mehtap Bulut
1Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Behçet hastalığı sebebi bilinmeyen bir sistemik vaskülitir. Behçet denildiğinde aklımıza oral aft, genital ülserler ve üveit triadı gelse de vasküler tutulum da akılda bulundurulmalıdır. Vasküler-Behçet hastalığında anevrizma oluşumu, arteriyel ve venöz oklüzyonlar majör bulgulardır. Ülkemizde yapılmış çalışmalarda Behçet hastalarında vasküler tutulum oranı, %24.3-%38.4 arasında değişmektedir. Behçet hastalığında büyük arter tutulumuna göre venöz lezyonlar daha sıktır. Ancak vasküler tutulum olduğunda hastaların %20'si buna bağlı komplikasyonlardan kaybedilmektedir.

OLGU

52 yaşında kadın hasta acil servisimize bulantı ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Birkaç gündür olan karın ağrısı ve ishali olduğunu ifade etti. Acil servisimize geliş vitalleri tansiyon:190/110 nabız:75 ateş:36 satürasyon:99 olarak ölçüldü. Bilinen Behçet hastalığı var, ek hastalık yok. Hastanın muayenesinde batında yaygın bir hassasiyet vardı. Defans-rebound yoktu. Muayeneyle uyumsuz bir karın ağrısı tariflemesi üzerine hastaya kontrastlı bt ve bt anjiyografi çekildi. Çekilen görüntülerde abdominal aortta trombus ve dalak iskemisi saptandı. Genel cerrahi ve kalp ve damar cerrahisi tarafından değerlendirilen hasta operasyon planıyla genel cerrahi yoğun bakıma interne edildi.

SONUÇ

Mezenter iskemik özellikle ince bağırsakların kanlanması ani şekilde kesilmesi sonucu iskemik, hücresel hasar ve nekrozla sonuçlanan oldukça yüksek mortal bir durumdur. Acil servislerde nadir rastlanan bir tanı olsa da karın ağrısı ayırıcı tanısında aklımızın bir kenarında mutlaka olması gereken bir tanıdır. Özellikle Behçet hastalığı gibi sistemik arter tutulumu da olan hastalarda fizik muayene ile uyumsuz bir karın ağrısı varsa mezenter iskemiden şüphelenip ona yönelik tetkikler mutlaka yapılmalıdır. Geç tanı alması yüksek mortalite ve morbiditeye sebep olabilir.

KEYWORDS

Behçet, iskemik, vaskülit

RESOURCES

- (1) Tintinalli 9th edition
- (2) Turkish Journal of Torasic and Cardiovascular Surgery



Şekil1: BT'de abdominal aortta trombus



Şekil2:BT'de abdominal aortta trombus ve dalakta dalakta hipodens alan



TAM METİNLER

PENİL PROTEZ İLİŞKİLİ POST RENAL AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ

Ömer Faruk Baba, Mert Çiftçi, Eser Ünver, Alp Yılmaz, Onur Karabay, Nihat Müjdat Hökenek
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Akut böbrek yetmezliği (ABY) glomerüler filtrasyon hızında (GFR) gelişen azalma ve bunun sonucunda kan üre azotu, kreatinin ve diğer üremik toksinlerin vücutta birikimini ifade eden bir durumdur. GFR' deki düşüşün aylar hatta yıllar içerisinde geliştiği kronik böbrek yetmezliğinin aksine, akut böbrek yetmezliğindeki GFR düşüşü daha hızlıdır ve günler ile haftalar içerisinde gelişir. Post renal ABY her iki böbreğin veya tek böbreği olan bireylerde bu böbreğin idrar akımının bozulmasıyla oluşur. Alt üriner sistemde gelişen tıkanıklık post renal ABY' nin en sık nedenidir.

OLGU

64 yaş erkek hasta; bir ay önce travmatik sak ile NRŞ YBÜ yatışı sonrasında servisten 3 gün önce taburcu olan hasta acil servisimize kusma ve idrar yapamama şikayeti ile getirildi. hastanın yapılan fizik muayenesinde peniste üretrada tıkanıklığı sebebiyet veren penil protez failure tablosu izlendi. hastanın yapılan kan tetkiklerinde kreatinin:2,6 (3 gün önce 0,85) olarak izlendi. hastaya 10 fr sonda ile sonda takıldı. 600 cc idrar çıkışı izlendi. hidrasyon başlandı. üroloji konsültasyonu sonrasında hasta üroloji servisine yatırıldı.



(Resim 1)

TARTIŞMA

Vakamızda hastamız 1 ay önce sak öyküsü sonrasında günümüz muayenesinde oryante ve koopere değildi. sözel iletişim sağlanamayan hastanın batin muayenesinde supra pupik hassasiyet yoktu. Hastanın yapılan ürogenital muayenesi sırasında fark edilen penil protez varlığı ve üretrada yaptığı tam kat tıkanıklık sonrasında görüntüleme ihtiyacı doğmadan post renal tıkanıcı sebep fm ile tespit edilmiştir. hastanın acil serviste kalış süresi kısalmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Akut böbrek yetmezliği, post renal aby, penil protez, anüri



TAM METİNLER

YENİ TANI HIV POZİTİF OLGU SUNUMU

Muhammed Taha Taş, Büşra Yiğiter Skaik, Deniz Dereli, Şebnem Zeynep Eke Kurt, Melek Aktepe, Nihat Müjdat Hökenek
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

HIV enfeksiyonu; insan bağışıklık sistemini çökerten human immune deficiency virüs dediğimiz mikroorganizma ile meydana gelen kronik seyirli bir hastalıktır. HIV virüsü aldıktan sonra hastalığın ortaya çıkmadığı, insanların taşıyıcı olduğu uzun bir sessiz dönem söz konusudur. Bu hastalık uzun bir sessiz dönem sonrasında tedavisiz olgularda ilerleyici bir seyir göstermektedir. HIV virüsü vücuda girdikten sonra vücudun bağışıklık sistemini kendisine hedef olarak alır ve CD4 dediğimiz lenfositleri tahrip ederek onların miktarını azaltır ve dolayısıyla vücudun hastalıklara özellikle enfeksiyonlara karşı olana bağışıklığını veya savunmasını yok eder.

OLGU

Daha önce hiçbir hastalığı olmayan 26 yaşındaki erkek hasta kliniğimize 5 gündür olan asemptomatik döküntü, boğaz ağrısı, ateş, halsizlik şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede göğsün üst kısmında ve boynun ön kısmında dağınık eritemli papüller ve maküller görüldü. Ağızda palatal peteşi, bukkal mukozal ülserasyonlar ve faringeal eritem gözlemlendi. Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde 2 hafta kadar önce yeni bir partnerle kondomsuz seks yaptığı öğrenildi. Henüz akut dönemde olan muhtemel HIV pozitif olgunun antikorları negatif olacağından nükleik asit araştırıldı.

TARTIŞMA

HIV pozitif olgularda erken antiretroviral terapi hastalığın seyri ve toplumda yayılması açısından kilit öneme sahiptir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2012 ile 2022 yılları arasında ülkemizde HIV pozitif olgu sayısı 4 kat artarak ciddi bir toplum sağlığı sorunu olma yolunda emin adımlarla ilerlemektedir. Acil servislerde hastayla ilk temas edecek hekimlerin hastalığı tanımasının ve sorgulamasının hiç olmadığı kadar önemli ve değerli olduğu bir noktaya varılması anlamına gelmektedir.



ANAHTAR KELİMELEER: Enfeksiyon, HIV, palatal peteşi, faringeal eritem

KAYNAKÇA

New England Journal of Medicine, HIV AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi(HATAM) HIV enfeksiyonu tanı ve tedavisi Dr. Meliha Çağla Sönmezer



TAM METİNLER

TETANOZ OLGU SUNUMU

Emre Demirci, Zahide Keklik, Mert Ziya, Türker Demirtakan, Alp Yılmaz, Nihat Müjdat Hökenek
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Tetanoz; latince gerilme anlamına gelir ve gram pozitif zorunlu anereob olan clostridium tetani toksinlerinin neden olduğu kas spazmlarıyla karakterize bir santral sinir sistemi hastalığıdır. Hastalıktan sorumlu toksin olan tetanozspazminin etkisi geri dönüşümsüz olduğundan yeni sinir sonlanmaları ve yeni sinapsların oluşumuyla gerçekleşir. Tetanozspazmin sempatik refleksleri spinal düzeyde inhibe ederek labil hipertansiyon, ritim bozuklukları, periferik damarlarda daralma, pireksi, hipotansiyon gibi bulgu ve belirtiler oluşturmaktadır.

Tetanozun klinik seyrini belirleyen faktörler, üretilen toksin miktarı ve toksinin nöronal gövdeye ulaşması için alması gereken nöral mesafe olarak belirtilmektedir.

İnkübasyon süresi iki gün ve iki ay arasında değişebileceği gibi ortalama 2 hafta olarak bildirilmektedir. Bu sürenin kısa olması prognozu olumsuz etkilemekteyken; nekrotik, kirli, yabancı cisim içeren yaralarda süre kısadır.

Tanı ve tedavisi zor bir hastalık olan tetanozun tanısı iyi bir anamnez, klinik ve fizik muayene ile konur. Laboratuvar bulguları ve bakteriyolojik incelemeler tanı yönünden yarırsızdır. Hastalar erken tanı alarak tetanoz tedavisi için zaman kaybedilmemelidir.

OLGU

18 yaşında kronik hastalık öyküsü bulunmayan yabancı uyruklu erkek hasta kliniğimize üç gün önce başlayan sağ bacadaki ağrı, kısılma, yürüyememe şikayetleri ile başvurdu. Anamnezinde on beş gün önce inşaatta çalışırken sağ ayak baş parmağına çivi battığı ve sonrasında herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamış olduğunu öğrenildi. Hastanın aşılamaya öyküsü bilinmiyordu. TA:122/78 NABİZ:88 ATEŞ:36.7 SOLUNUM SAYISI:22 PARMAK UCU KAN ŞEKERİ:127 SAO2:95 olan hastanın yapılan fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık, oryante ve koopere idi. Hastanın nörolojik muayenesinde sağ bacağındaki kısılma dışında herhangi bir nörolojik defisit görülmedi. Laboratuvar bulgularında hemogram, biyokimya, kan gazı parametreleri ve koagülasyon testlerinde patoloji görülmezken CK:36940 ve CK-MB:385 olarak görüldü. Acil serviste monitöze edilen ve hidrasyon tedavisine başlanan hastanın altı saat içerisinde sol bacak, bel ve boynunda da kısılmaları başladı, batında rijidite, çene kaslarında spazm (trismus), gülen yüz ifadesi (risus sardonius) gelişti, opistotonus postürü meydana geldi, terlemeleri arttı, ışık, ses ve dokumaya bağlı refleks kasılmalar belirmeye başladı. Kan basıncı 158/97 mmHg'ye yükseldi.

Hastaya, mevcut anamnez ve klinik bulgularla tetanoz tanısı konularak tetanoz aşısı ve 500 IU insan kaynaklı tetanoz immünoglobulini yapıldı ve hasta enfeksiyon hastalıkları konsülte edildi. Tedavisine başlanmak üzere enfeksiyon hastalıkları kliniğine sevk edildi.



TARTIŞMA VE SONUÇ

Tetanoz nadir görülen bir enfeksiyöz hastalık olup gelişmekte olan ülkelerde de hala mevcuttur. İnkübasyon süresinin değişiklik göstermesi, yaralanmaların kontaminasyon durumunun hastalar tarafından net olarak ifade edilmemesi, hastaların aşılamaya durumunu tam olarak bilmemesi ve tetanoz immünoglobulinin doktorlar dahil sağlık sektörü emekçileri tarafından tam olarak bilinmemesi ve pratikte kullanımının az olması nedeniyle hala risk teşkil eden ve unutulmaması gereken bir hastalık olduğu düşüncesindeyiz.

ANAHTAR KELİMELEER: Enfeksiyon, immünoglobulin, tetanoz



TAM METİNLER

KLOR TOKSİSİTESİ

Mert Çiftçi, Eymen Tekedereli, Hasan Mert Berazioğlu, Merve Altay Karabulut, Hilmi Gönen, Nihat Müjdat Hökenek
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Gaz halindeki klor zehirlidir ve üst ve alt solunum yollarında akut hasara yol açabilir. Günümüzde klora maruz kalma vakalarının çoğu kazara endüstriyel veya evsel maruziyetlerden kaynaklanmaktadır. Evde klorlu çamaşır suyunun asit veya amonyak içeren diğer ev ürünleriyle karıştırılması klor gazına maruz kalmanın yaygın bir kaynağıdır. Klor gazının toksisitesi doza ve maruz kalma süresine bağlıdır. Klor gazı 1-3 ppm'lik konsantrasyonlarda göz ve ağız mukozasını tahriş edici etki gösterir; 15 ppm'de pulmoner semptomlar başlar ve 430 ppm'de 30 dakika içinde ölümcül olabilir.

OLGU

Yüzme havuzunda çalışan 49 yaşındaki erkek hasta, koku sebebiyle gittiği havuzun ilgili araçlarının olduğu kapalı ve havalandırması zayıf olan odada klor gazına yaklaşık bir dakika boyunca maruz kalmış. Solunum güçlüğü ve görme bozukluğu şikayetiyle acil servise başvurmuş. Hastanın gelişinde bilinci açık, GKS:15, TA:130/85, O2süz SO2:90, KTA: 110, SS:25, pupiller anizokorik (Resim 1), Direkt/İndirekt IR: -/+ , akciğer seslerinde her iki akciğer bazalarında yaygın raller ve bronkospazm mevcuttu. Kranyal görüntülemelerde akut patolojik bulguya rastlanmadı. Hasta acil serviste inhale ve IV kortikosteroidlere ek olarak inhale bronkodilatör terapi aldı. Anestezi & Reanimasyon, Nöroloji, Göz Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları konsültasyonları istendi. Hasta stabilize edildikten sonra distal aksonopati açısından nöroloji servisine interne edildi.



(Resim 1)

TARTIŞMA VE SONUÇ

Klor gazına yüksek seviyelerde akut maruziyet, nefes darlığı, şiddetli öksürük, bulantı, kusma, baş dönmesi, baş ağrısı, göğüs ağrısı, karın ağrısı ve kornea yanıklarına neden olur. Fiziki muayenede klinisyenler takipne, siyanoz, hırıltılı solunum, interkostal çekilmeler, azalmış solunum sesleri, raller, burun genişlemesi, stridor, solunum yollarında kanama ve rinore gibi solunum bulgularıyla karşılaşabilir. Solunum dışı bulgular arasında taşikardi, aritmi, akut koroner sendrom, lakrimasyon ve salivasyon yer alabilir. Geç dönemde pulmoner ödem görülebilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Akciğer ödemi, görme bozukluğu, klor, toksik gaz, toksisite



TAM METİNLER

HER GÜÇ KAYBI SEREBRO VASKÜLER OLAY DEĞİLDİR

Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul ALTUĞ¹

¹ Sağlık Bilimler Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul/TÜRKİYE

GİRİŞ

Bitkisel zehirlenme şüphesi olan vakalarda bitki alkaloidlerinin tespiti ve tanımlanması çok önemlidir. Sayısız zehirli bitki ve bunların alkaloid bileşenlerini analiz etmekle görevli toksikoloji laboratuvarları nadir bulunmaktadır.

Zehirli baldıran otu (*Conium maculatum* L.), Avrupa ve Batı Asya'ya özgüdür ve tarihsel olarak süs bitkisi olarak Amerika'ya ithal edilmiştir (1). İstilacı ve sağlam doğası nedeniyle, birçok eyalette otlayan hayvanlar için önemli bir maruz kalma riski oluşturan zararlı bir yabancı ot olarak sınıflandırılmaktadır (2). Bitki iki yıllıktır ve tipik olarak 3 ila 8 feet arasında olgun bir yüksekliğe ulaşır ve mor lekelerle birlikte tüysüz, geniş ölçüde dallanmış gövdelere sahiptir (3). Yaprakları eğrelti otu yapraklarına benzer; her bir yaprak, ana yaprak sapının karşı taraflarından çıkan birkaç çift yaprakçıktan oluşur. Çiçekleri ise beyazdır ve tam çiçek açtıklarında şemsiye benzeri dantelli kümeler halinde düzenlenmiştir. Bitkinin tüm kısımları son derece zehirli olmasına rağmen özellikle gövde ve kökün alt kısımları öldürücüdür (Resim 1).



Resim 1. *Conium maculatum* (Baldıran Otu) bitkisi.

Ölüme neden olma yetenekleri açısından, baldıran zehiri belki de tarihsel açıdan en bilinen zehirler arasında bulunmaktadır. Antik Yunan'da siyasi mahkumları öldürmek için kullanılmış olup; filozof Sokrates en bilinen kurbanlardan biri olmuştur (4,5). Zehirli baldıran otunun toksisitesi, koniini, D-konisin, konhidrin, N-metilconiini ve psödokonhidrin dahil olmak üzere fizyolojik ve yapısal olarak nikotinle ilişkili birkaç basit piperidin alkaloidinin bir sonucudur. Bu alkaloidlerin konsantrasyonları bitki yaşına, aynı bitkinin farklı bölümlerine ve büyümenin coğrafi konumuna göre değişmektedir (6). Coniine nikotinik nöromusküler reseptörlere bağlanmaktadır. Klinik olarak belirtiler arasında heyecan, depresyon, hipermetri, nöbetler ve opisthotonos yer almaktadır (5). Diğer alkaloid zehirlerle tutarlı olarak ölüm, solunum felci ve hipoksiden kaynaklanmaktadır.

Amacımız, kas güçsüzlüğü şikayeti ile acil servise başvuran hastalarda anamnezin önemi vurgulayarak hastaların tedavi sürecinde gecikmeleri önlemektir.

VAKA SUNUMU

43 yaşında kadın hasta, acil servise baş dönmesi, baş ağrısı ve sol tarafta güçsüzlük şikayeti ile başvurmuştur. Hastanın şikayetleri yaklaşık 2-3 saat önce başladığı öğrenilmiştir. Hastanın başvuru anındaki vital parametreleri; tansiyon 128/72 mmHg, saturasyonu 96, nabız 82/dk, ateş 36.7 °C olarak tespit edilmiştir. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Hastanın düzenli kullandığı bir ilaç yoktur.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde ise GKS 15, genel durum orta, oryante ve koopere mevcut olup hastada diplopi olduğu tespit edilmiştir. Hastanın nörolojik muayenesinde ise sol üst ve alt ekstremitesinde 3/5 güç kaybı olduğu görülmüştür. Ayrıca hastanın sol göz kapağında da güçsüzlük tespit edilmiştir. Hastanın diğer sistemik muayenelerinde akut patoloji görülmemiştir.

Hastanın laboratuvar tetkiklerinde patolojik bir parametre olmadığı görülmüştür. Hastada herhangi bir serebrovasküler olay (SVO) açısından beyin bilgisayarlı tomografisi (BT) ve difüzyon manyetik rezonans (MR) görüntülemeleri yapılmış olup hemorajik veya iskemik SVO olmadığı görülmüştür. Hastanın mevcut kliniğini açıklayan herhangi bir organik patoloji olmadığı anlaşılmıştır. Hastanın hastada madde kullanım öyküsü sorgulanmıştır. Hasta yakınlarından, hastanın parktan topladığı adını bilmedikleri bir otan 7-8 tanesini yaklaşık 6-8 saat önce yediği öğrenilmiştir. Hastanın mevcut semptomları göz önünde tutularak tahmin edilen bitkilerin fotoğrafları gösterilerek hastanın yediği otun baldıran otu olduğu tespit edilmiştir. Hasta mevcut klinik tablosu nedeniyle toksikoloji yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatırılmıştır. Hastaya birkaç gün semptomatik tedavi ile takip edildikten sonra klinik bulgularının tamamen düzelmesi üzerine hasta şifa ile hastaneden taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Botanik maddeler dünya çapında dini, eğlence ve tıbbi amaçlar dahil olmak üzere çeşitli nedenlerle kullanılmaktadır. Dozaj, tolerans, önceden var olan tıbbi durumlar ve eş zamanlı uygulanan diğer yasa dışı uyuşturucular ve/veya ilaçlar gibi değişkenlere bağlı olarak olumlu faydalar elde edilebilir. Klinik açıdan bakıldığında, baldıran zehiri tüketiminin ayırtıcı tanısı tedavi amacıyla tatmin edici olabilir. Bunun aksine, ölüm nedeninin belirlenmesinin potansiyel hukuki sonuç doğuracağı ölüm soruşturması amaçları için analitik kanıt tavsiye edilebilir.

Literatürde insanlarda daha önce coniine zehirlenmesi vakaları rapor edilmiştir. Bir vakada, altı yaşındaki bir dişi yanlışlıkla maydanozla karıştırıldığı için baldıran zehri tüketmiştir (7). Bitki materyali daha sonra üniversite personeli tarafından zehirli baldıran otu olarak tanımlanmıştır. İlk semptomlar ağzında yanma hissi, hipersalivasyon, el titremesi ve ataksiyi içermektedir. Üç gün sonra destekleyici bakımın ardından kalıcı bir etki görülmeden hastaneden taburcu edildi. Bizim vakamız ise benzer şekilde destekleyici tedavi ile klinik bulguları gerilemiştir.

İkinci bir vakada, İran'daki üç yetişkin erkek çoban bilmeden ormandan gelen zehirli baldıran otu tüketmiş ve kas zayıflığı, karın ağrısı, baş dönmesi, kusma, terleme ve bilinç kaybı nedeniyle hastaneye kaldırılmıştır (8). İki çoban, entübasyon da dahil olmak üzere yoğun bakıma yatırılmıştır ve atropin, pantoprazol ve ondansetron ile tedavi edilmiştir. Üç gün sonra hastalar ekstübe edilerek, birkaç gün sonra semptomların düzelmesi üzerine hastaneden taburcu edilmiştir. Bizim vakamızda da benzer şekilde kas güçsüzlüğü görülmüştür, ama vakamızda herhangi bir entübasyon ihtiyacı olmamıştır.

SONUÇ

Acil servise tek taraflı güç kaybı ile başvuran hastalarda serebrovasküler olay ilk akla gelmesine rağmen zehirlenmelerde akılda tutulması gerekmektedir. Zehirlenmeler, ölümcül olabileceğinden kaynaklı bu durumların erken tanısı ile mortalite oranlarını azaltılabilir.

KAYNAKLAR

1. J. Boggs, Focus on Poison Hemlock Control [Internet], Ohio State University Extension, Columbus, OH, 2017 [cited 2020 Mar 15]. Available from: [https:// bygl.osu.edu/node/708](https://bygl.osu.edu/node/708).
2. K.E. Panter, R.F. Keeler, D.C. Baker, Toxicoses in livestock from the hemlocks (*Conium* and *Cicuta* spp.), J. Anim. Sci. 66 (9) (1988) 2407–2413.
3. C. Celley, Don't Touch These Plants! Six Lookalikes You Want to Avoid [Internet], U.S. Fish and Wildlife Service, Washington, DC, 2020.
4. A.D. Dayan, What killed Socrates? Toxicological considerations and questions, Post. Med. J. 85 (999) (2009) 34–37.
5. H. Hotti, H. Rischer, The killer of socrates: coniine and related alkaloids in the plant kingdom, Molecules 22 (11) (2017) 1962.
6. T.A. López, M.S. Cid, M.L. Bianchini, Biochemistry of hemlock (*Conium maculatum* L.) alkaloids and their acute and chronic toxicity in livestock. A review, Toxicon 37 (6) (1999) 841–865.
7. C. Konca, Z. Kahraman, M. Bosnak, H. Kocamaz, Hemlock (*Conium maculatum*) poisoning in a child, Turk. J. Emerg. Med. 14 (1) (2016) 34–36.
8. J. Boskabadi, Z. Askari, Z. Zakariaei, M. Fakhari, R. Tabaripour, Mild-to-severe poisoning due to *Coniummaculatum* as toxic herb: a case series, Clin. Case Rep. 9 (7) (2021).



TAM METİNLER

GLOB TABLOSU İLE GELEN HASTADA AMFİZEMATÖZ SİSTİT

Meryem Merve TAYLAK¹, Sertaç Akın¹, Ebru ÇETİN KENAN¹, Suna ERAYBAR ATMACA¹, Mehtap BULUT¹

Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Amfizematöz sistit, idrar yolu enfeksiyonlarının nadir ve ciddi bir komplikasyonudur. Mesane duvarında gaz birikimi ile karakterizedir. Bu durum, özellikle diyabetik ketoasidoz, üriner retansiyon geçirmiş olan kişilerde daha yaygın olarak görülür. Tanı genellikle görüntüleme ile konulur ve mesane duvarında karakteristik gaz paterni gösterir. Bu olguda glob ile başvuran hastada amfizematöz sistit tanısını koymamızı tartışmayı amaçladık.

OLGU

58 yaş erkek hasta, 8 saattir idrar yapamama şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Glob tablosunda ve piyürik idrar tarifliyordu. Geliş vitallerinde tansiyon:130/95 mm/Hg, nabız:91 atım/dk, ateş:36.4 C°, saturasyon:% 97 ölçüldü. Fizik muayenesinde kostovertebral açısı hassasiyeti +/+, batin rahat, diğer sistemik muayeneleri olağandı. Bilinen parkinson, hipertansiyon hastalıkları vardı, diabetes mellitus öyküsü yoktu. Takılan mesane sondasında hidrasyon sonrası masif hematürik idrar çıkışı oldu, mesane yıkama ile idrar rengi açılmadı. Laboratuvar tetkiklerinde wbc:12.710³ µ/L, hgb:11g/dl, kan şekeri:113mg/dl, crp:113 mg/l, ph:7,39 üre:117mg/dl, kreatin:3,46mg/dl (bazali:0.7); idrar tetkikinde lökosit:105, eritrosit:6548, bakteri:4+, protein:2+ olarak görüldü. Acil serviste yaptığımız ultrasonda, mesane duvarında gaz görüldü. (ŞEKİL 1). Kontrastsız batin bilgisayarlı tomografisinde mesanede amfizematöz sistit ile uyumlu görünüm vardı (ŞEKİL 2). Enfeksiyon hastalıkları görüşü alınarak ampirik antibiyotik başlandı. Takibi sırasında hidrasyona rağmen hipotansif (kan basıncı:60/40mm/Hg) seyreden hastaya inotrop infüzyonu başlandı. Kontrol muayenesinde GKS:11, bilinç letarjik seyretti. Ürolojiye konsülte edilen hastanın yoğun bakım ünitesine yatırışı yapıldı.

SONUÇ

Amfizematöz sistitin klinik bulguları nonspesifiktir. Klinik tablo asemptomatik ya da hafif düzeyde idrar yolu enfeksiyonu şikayetlerinden septik şok ya da peritonite kadar değişebilir. Olguların %7'sinin asemptomatik olduğunu ve abdominal görüntülemelerde insidental olarak tespit edildiğini saptamıştır. Tanıdaki en güvenilir inceleme yöntemi BT'dir. BT hastalığının şiddetini ve uzanımını net olarak ortaya koyar. Hızlı tanı ve tedavisi mesane nekrozu, amfizematöz pyelonefrit ve ürosepsisin önlenmesi açısından son derece önemlidir. Tedavisi genellikle agresif antibiyotik tedavisi ve idrar drenajı ile yapılır. Ciddi komplikasyonlar durumunda, cerrahi müdahale gerekebilir.

KAYNAKLAR

1. Ergün T, Eldem HO, Lakadamyalı H A rare cause of acute lower abdominal pain: Emphysematous cystitis 2013
2. Sarısoy HT, Gürçan Nİ, Demirci A. Radiologic imaging in urinary tract infections. Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics 2010;3:19-26

GÖRÜNTÜLEME



ŞEKİL 1



ŞEKİL 2



TAM METİNLER

NONTRAVMATİK İNTRAKRANİYAL HEMORAJİ İLE GELİŞEN HİDROSEFALİ

Hilal Akgün, Elif Gizem Olcay, Özge Mert, Melih Uçan, Ramiz Yazıcı, Utku Murat Kalafat
İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ:

Hidrosefalide BOS salınımı ve dolaşımında bozukluk söz konusudur. BOS ventriküllerde üretilen sıvıdır. Ana sebepler konjenital anomaliler, kanamalar, enfeksiyonlar, yer işgal eden lezyonlar ve travmadır. Tedavide basıncın düşürülmesi amacıyla geçici veya kalıcı drenaj yöntemleri veya endoskopik 3. ventrikülostomi uygulanabilir. Tedavi uygulanmadığında sonuç yaygın beyin hasarı ve neticesinde ölüm olabilir. İntraventriküler hemoraji nadir hidrosefali nedenlerinden biridir. Kan ventriküllerde birikerek pıhtı oluşumu sebebiyle akımı engelleyerek veya salgılanan sıvının emildiği bölgeye olan geçişini engelleyerek BOS'un birikmesine neden olur. Sonuç sıvının birikime bağlı olarak hidrosefali gelişmesidir

Bizim olgumuz da non-travmatik intrakranial kanama beraberinde hidrosefali görülmesi nedeniyle dikkat çekicidir.

VAKA

Bilinen hastalık öyküsü olmayan, düzenli ilaç kullanımı olmayan 52 yaş erkek hasta, çalışırken olan şiddetli baş ağrısı ile acil servise başvurdu. Travmasının olmadığını belirtti. Başvuru vitalleri normal sınırlarda. Fiziki muayenesinde Kranial sinir muayenesi olağan. Kas gücü dört ekstremitede 5/5, ışık refleksi bilateral pozitif, pupiller izokorik. Hayatında tecrübe ettiği en şiddetli baş ağrısı olması nedeniyle hastaya Beyin Tomografisi çekildi. Çekilen BT'de 4. Ventikülü içine alan ventrikül içi kanama gözlenmiş olup Şekil 1'de gösterilmiştir. Beraberinde hidrosefalisi de mevcuttu. Takiplerinde bilinç durumunda gerileme olması üzerine Beyin ve Sinir Cerrahi bölümüne danışılarak acil eksternal drenaj planlandı.

SONUÇ

İntraventriküler kanamaya bağlı gelişen BOS dolaşımında bozukluk, hastada ventrikül içi basıncı artırarak hidrosefaliye neden olmuştur. Acil serviste, serebral hemoraji ve hidrosefalinin beraber görüldüğü nadir olgulardan olması nedeniyle biz acil hekimleri için önemli olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR:

- 1- Adnan DAĞÇINAR, Nöroşirürji AD, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, SAMSUN Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2007;3(11):87-92
- 2- Hakan Hadi KADIOĞLU, İsmail Hakkı AYDIN, Nöroşirürji AD, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, ERZURUM Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2006;2(16):104-9
- 3- Türk Nöroşirürji Derneği, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin Cerrahisi Kitapçığı



TAM METİNLER

GASTROİNTESTİNAL KANAMADAN IGA NEFROPATİSİNE

Munisahan Güvercin, Süreyya Tuba Fettahoğlu, Efe Demir Bala, Salih Fettahoğlu, Ayşe Fethiye Basa Kalafat, Ramiz Yazıcı, Utku Murat Kalafat
İstanbul SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

Henoch-Schönlein purpurası (HSP), küçük damarların IgA birikimiyle karakterize edilen sistemik lökositoklastik vaskülit olarak nitelendirilir. Klinik belirtiler genellikle palpabl purpura, artralji, nefrit ve karın ağrısını içerir. Özellikle, IgA nefropatisine işaret eden renal lezyonlar, bu hastalarda kötü prognoz ve mortalitenin ana sebebidir. HSP genellikle 3 ile 15 yaş arasındaki çocuklarda görülürken, yetişkinlerde daha nadir görülür (1-3).

Yetişkinlerde nadir görülmesi ve ileri tetkik ile acil servisten IgA nefropatisi tanısıyla servis internasyonu sağlanması nedeniyle olgumuzun literatüre katkıda bulunduğunu düşünmekteyiz.

VAKA

Bilinen kronik hastalığı olmayan, düzenli ilaç kullanımı olmayan 36 yaş erkek hasta acil servise üç gündür olan siyah dışkılama, idrarda kanama şikayetleriyle başvurdu. Batın muayenesi rahat, hassasiyet ve defans-reboundu yoktu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Rektal digital muayenesi boş ampulla gözlemlendi. Ön tanı olarak Üst GIS kanama düşünülen hastadan hemogram, koagülasyon değerleri, kan gazı, tam idrar tetkiki, kan grubu ve biyokimya tetkikleri istendi. Uygun IV tedavileri başlanarak takibe alındı. Laboratuvar parametrelerinden hemoglobin değerleri 16.7 g/dL-15.3 g/dL-12.9 g/dL şeklinde seyretti. Biyokimyasında akut faz reaktanlarında ve böbrek fonksiyon testlerinde bazaline göre yükselme görüldü. Tam idrar tetkikinde eritrosit ve protein pozitif. Kanama değerlerinde patoloji saptanmadı. Acil servis takiplerinde anlamlı hemogram düşüşü, BFT'lerinde anlamlı yükselme ve oligürik olması nedeniyle Üst GIS kanama, HÜS, IgA Nefropatisi ön tanıları ile İç Hastalıkları bölümünden görüş istendi. Kan ürünü replasmanları tamamlanmasının ardından ileri tetkik ve tedavi amaçlı servis yatırışı sağlandı.

İleri tetkiklerinde hastanın endoskopisinde bulbus inflame ve hiperemik görüldü. Servis yatırışı esnasında kontinü diyaliz aldı ve renal biyopsisinde Fokal Global glomerül sklerozları gösteren mezengiyoploriferatif glomerulonefrit (IgA nefropatisi) gözlemlendi.

SONUÇ

Henoch-Schönlein purpurası (HSP) normalde çocuk yaşta görülen gastrointestinal sistem ve renal sistemi tutan vücutta purpuralarla seyreden bir vaskülitir. Bizim vakamızda hastamız otuzlu yaşlarında GIS kanama bulgularıyla geldi. Cilt bulguları yoktu. Literatürde IgA ilişkili enteropati vakaları ve bizim olgumuza benzer cilt bulguları olmaksızın enteropati ve ABH ile prezente olan birkaç hastadan bahsedilmiştir (1,2).

KAYNAKLAR

1-Kato S, Ozawa K, Ando N, Naganuma H, Iinuma K, Nagura H. Immunoglobulin A enteropathy: a possible variant of Henoch-Schönlein purpura. Dig Dis Sci. 2004 Nov-Dec;49(11-12):1777-81. doi: 10.1007/s10620-004-9569-0. PMID: 15628702.

2- Nakamura S, Hisamatsu T, Kikuchi J, Adachi M, Yamagishi Y, Imaeda H, Hosoe N, Naganuma M, Ebinuma H, Okamoto S, Kanai T, Ogata H, Hanaoka H, Furuya Y, Kawano Y, Bokuda K, Sasamura H, Uchida H, Endo T, Hashiguchi A, Kameyama K, Mukai M, Hibi T. A case of IgA-related enteropathy complicated with gastrointestinal bleeding and progressive IgA nephropathy: a possible variant Henoch-Schönlein purpura? Intern Med. 2010;49(16):1755-61. doi: 10.2169/internalmedicine.49.3678. Epub 2010 Aug 13. PMID: 20720354.

3- Chang WL, Yang YH, Lin YT, Chiang BL. Gastrointestinal manifestations in Henoch-Schönlein purpura: a review of 261 patients. Acta Paediatr 93: 1427-1431, 2004.



TAM METİNLER

DİRENÇLİ DİYABETİK KETOASİDOZ: EKSOJEN KÖK HÜCRE TEDAVİSİ SONRASI DRAMATİK BİR KOMPLİKASYON

İhsan Ege Taner¹, Elmas Tohumoglu¹, Suna ERAYBAR ATMACA¹, Mehtap Bulut¹

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

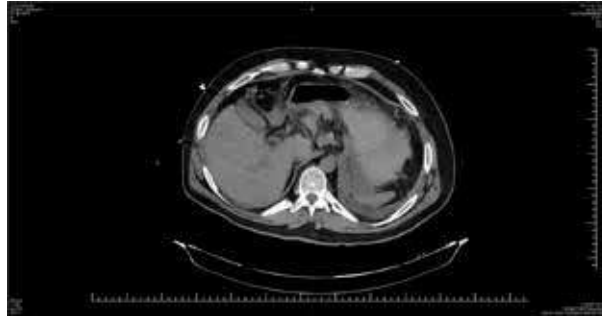
GİRİŞ

Diyabetik ketoasidoz daha sıklıkla tip 1 diyabet hastalarında görülebileceği gibi tip 2 diyabet hastalarında da görülebilen bir endokrinolojik acildir ^{1,2}. Hastalarda hiperglisemi, anyon gap açıklıklı metabolik asidoz ve ketoz tablosu mevcuttur³. Acile başvuran hastalara eğer hızlı müdahale edilmezse hastalık yüksek mortalite ve morbidite ile seyredebilir⁴. Hastalar acil servise farklı tip şikayetler ve semptomlar ile başvurabilmektedir. Bunların arasında poliüri, polidipsi, görme bulanıklığı, yorgunluk, kırgınlık, bilinç bulanıklığı, karın ağrısı, bulantı, kusma görülebilir. Fizik muayenede dehidrate ve kuru bir görünüm, hipotansif ve taşikardik vital bulgulara sahip olabilirler². Diyabetik ketoasidozlu hastalar bazen Kussmaul solunumu ile bazen de asetonun vermiş olduğu klasik meyve benzeri bir koku ile semptom gösterebilirler⁵. Bir çok durumda diyabetik ketoasidoz (DKA) tablosu görülebilir. Bunlar arasında enfeksiyonlar, yeni tanı diyabet hastaları, yetersiz veya yanlış insülin kullanımı olabilir. Kardiyak sebeplerden miyokardiyal enfarktüs, santral hadiselerden ise iskemik inme sebep gösterilebilir. Akut pankreatite, travmalara, yanıklara, cerrahi operasyona sekonder gelişebilir. İlaçlardan özellikle glukokortikoidler, beta blokörler, tiyazidler ve anti psikotikler; psikolojik faktörlerden depresyon, yeme bozuklukları ve yasadışı madde kullanımı DKA ile sonuçlanabilir^{2,5}. Biz de yakın zamanda girişimsel bir işlem sonrası diyabetik ketoasidoz tablosu ile başvuran hastamızı takip ettiğimiz olgumuzu bilimsel açıdan tartışmayı hedefledik.

OLGU

53 yaş erkek hasta tarafımıza karın ağrısı, bulantı, kusma, nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Bilinen hastalıkları arasında tip 2 diabetes mellitus ve hipertansiyon olmakla birlikte kullandıkları ilaçların isimleri öğrenilemedi ancak insülin kullanmakta olduğu yakınları tarafından söylendi. Yaklaşık 1 hafta önce hasta, dış merkezde diabetes mellitus hastalığı için laparoskopik eksozom (eksojen kök hücre tedavisi) operasyonu olduğu, karın ağrısı ve bulantısı olunca tekrardan aynı kliniğe başvurmak için araçla yola çıktıkları ancak yolda hastanın genel durumunun kötüleşmesi üzerine hastanemiz aciline başvurduğu yakınları tarafından öğrenildi. Hasta soğuk, nemli ve terli görünümde, takipne ve dispnesi mevcuttu. Bilinç açık, Glasgow Koma Skalası: 15 puan, genel durumu orta olarak değerlendirildi. Hasta ajite görünümde, batın muayenesi suboptimal olmakla beraber üst kadranda hassasiyet ve istemli defansı vardı. Solunum seslerinde ral veya ronküs duyulmadı. Geliş vitallerinde tansiyon 165/80 mmHg, ateş 36.7 derece, nabız 134 atım/dk, spo2: 93 solunum sayısı 40/dk olarak ölçüldü. Hastaya hızlıca monitörize edildi, çift damar yolu açıldı, oksijenizasyonu sağlandı, tetkik ve görüntülemeleri planlandı. Hastada Kussmaul solunum paterni izlenmekteydi. Hastanın ilk alınan kan gazında pH: 6.76 bikarbonat (HCO₃⁻): 3 mmol/L, glukoz: 404 mg/dL, sodyum (Na⁺): 140, klor (Cl⁻): 111, anion gap: 26 mmol/L, laktat: 5.6 mmol/L olarak ölçüldü. Hastaya intravenöz serum fizyolojik hidrasyon başlandı. Kan sonuçlarında beyaz küre (WBC): 19.6 10⁹/mL, glukoz: 378 mg/dL, üre: 54.6 mg/dL, kreatinin: 1.54 mg/dL, c-reaktif protein: 223 mg/L olarak ölçüldü. Tam idrar tetkikinde keton: 3+, glukoz: 4+ olarak izlendi. Diyabetik ketoasidoz ön tanısı ile hasta, iç hastalıklarına danışıldı. İnsülin infüzyonu, potasyum replasmanı başlandı; serum fizyolojik sıvı desteğine ve bikarbonat tedavisine devam edildi. Tedaviye rağmen kliniğinde ve aynı zamanda kan gazı takiplerinde pH'nin hala 6.9'un altında olması, solunum paterninde tam gerileme olmaması, bikarbonat düzeyinde artış olmaması, 3000 cc hidrasyona rağmen hala sıvı açığının olması nedeniyle hasta elektif entübe edildi. Santral venöz katater, nazogastrik sonda ve airway hastaya uygulandı. Hastaya bilgisayarlı tüm batın kontrastlı tomografi çekildi. Çekilen görüntülerde periintestinal alanlarda ve batın içerisinde serbest mayii izlendi. Pankreas etrafı ve mide etrafı kirli görünümdeydi. Hasta genel cerrahiye konsülte edildi. Diyabetik ketoasidoz ve akut batın, anastomoz kaçağı, batın içi hematoma ön tanıları ile hasta 3. Basamak yoğun bakım şartlarında takip edilmek üzere yatışı yapıldı.

GÖRÜNTÜLEME



Kontrastlı tüm batın bilgisayarlı tomografi aksiyel kesitte perisplenik ve intestinal anslar arasında görülen batın içi serbest mayii (Sarı ok)

TARTIŞMA

Diabetes mellitus'un acil servise başvuru komplikasyonları arasında görülen diyabetik ketoasidoz yaşamı tehdit edici akut aciller arasında yer almaktadır(tin). İnsülinin görelisi veya tam yokluğu; katabolik hormonların görece düzey miktarlarının karşılığının olmayışı hastalarda hiperglisemiye, prerenal azotemiye, yüksek anyon açıklıklı metabolik asidoza ve ketonemiye sebep olmaktadır. Diyabetik ketoasidoza sebep olan faktörler medikasyondan, akut hastalıklara (pankreatit, vb.) kadar geniş bir yelpazedeki durumlarda görülebilir. Ancak bazı vakalarda özellikle bu tanı atlanabilmektedir. Tanısı olmayan çocuklarda ve yaşlılarda veya sepsis olgularında, beyin, bağırsak ve miyokard dokuda oluşan enfarktüsler sonrası diyabetik ketoasidoz tablosu gözden kaçabilmektedir. Bizim olgumuzda da cerrahi bir komplikasyona ikincil dirençli bir diyabetik ketoasidoz vakası görülmüştür. Diyabetik ketoasidoz tablosu ile acil servise başvuran hastalardan iyi bir anamnez ve ayrıntılı bir fizik muayene sonrasında; hastanın hızlı bir şekilde güvenlik çemberine alınması gerekmektedir. Hem DKA tedavisinin hem de bu tabloya neden olan sebebin tanısının hızlı bir şekilde konulması hasta surveyini uzatan iki ana temel basamaktır.

1-) Euglycemic diabetic ketoacidosis: Etiologies, evaluation, and management.

Long B, Lentz S, Koyfman A, Gottlieb M. Am J Emerg Med. 2021 Jun;44:157-160. doi: 10.1016/j.ajem.2021.02.015. Epub 2021 Feb 16. PMID: 33626481

2-) Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes

Abbas E Kitabchi 1, Guillermo E Umpierrez, John M Miles, Joseph N Fisher

PMID: 19564476 PMCID: PMC2699725 DOI: 10.2337/dc09-9032

3-) Emergency management of diabetic ketoacidosis in adults, R D Hardern¹, N D Quinn, PMID: 12748130, PMCID: PMC1726088, DOI: 10.1136/emj.20.3.210

4-) Große J, Hornstein H, Manuwald U, Kugler J, Glauche I, Rothe U. Incidence of diabetic ketoacidosis of new-onset type 1 diabetes in children and adolescents in different countries correlates with human development index (HDI): An updated systematic review, meta-analysis, and meta-regression Horm Metab Res. 2018;50:209-22

5-) Management of Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar State

Maya Fayman, Francisco J Pasquel, Guillermo E Umpierrez, PMID: 28372715 PMCID: PMC6535398 DOI: 10.1016/j.mcna.2016.12.011

6-) Management of diabetic ketoacidosis, A E Kitabchi, B M Wall, Review Am Fam Physicians. 1999 Aug;60(2):455-64

7-) Tintinalli Acil Tıp : Kapsamlı Bir Çalışma Kılavuzu



TAM METİNLER

BAŞ AĞRISININ NADİR BİR NEDENİ: SİNÜS VEN TROMBOZU

Harun Fırat¹, Burcu Bayramoğlu¹, İsmail Tayfur¹

¹Acil Tıp Kliniği, SBU Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Baş ağrısı acil servis başvuruları arasında en sık görülen semptomlardandır. Tipik olarak altta yatan bir nedeni olmayan primer baş ağrıları ve altta yatan bir nedene bağlı olan sekonder baş ağrıları olarak ikiye ayrılmaktadır. Sekonder baş ağrıları arasında görülen sebeplerden bir tanesi de serebral venöz trombozlardır (SVT). SVT nadir fakat tehlikeli bir baş ağrısı nedenidir.

OLGU

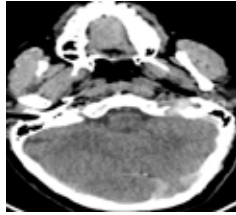
39 yaş kadın hasta, 5 gündür devam eden baş ağrısı ve bulantı-kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Kan basıncı 80/56mmHg, nabız: 81 atım/dk, spO₂: %98, ateş: 36.6 °C olarak ölçülen hastanın GKS: 14 (M6E3V5) saptandı. Nörolojik muayenesi olağandı. Verilen semptomatik tedaviye yanıt vermeyen hasta için beyin BT planlandı. Beyin BT'de parietookspital bölgede supereosagittal sinüste, sinüs rektus, sol transvers ve sigmoidal sinüs düzeyinde hiperdens görünüm izlendi(resim1). Vasküler yapıları değerlendirmek için çekilen boyun ve beyin BT anjiyografide arter kaynaklı patoloji saptanmaması üzerine, saptanan hiperdens görünümlerin kanamadan daha çok venöz tromboz lehine değerlendirildi. Hastaya MRG venografi çekildi (resim2). Venografide sol transvers sinüs trombusu saptandı. Ayrıca çekilen BT anjiyografide ana pulmoner arterde, lobar ve proksimal segmental dallarda pulmoner tromboemboli lehine dolum defektleri izlendi(resim3). Hasta nöroloji, beyin cerrahisi ve göğüs hastalıkları ile konsülte edildi ve yoğun bakımına interne edildi.

TARTIŞMA

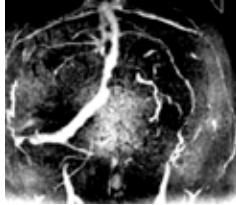
SVT tüm inme tipleri içinde %0.5 ile %1'lik bir grubu oluşturmaktadır. Ortalama görülme yaşı 39'dur. Peripartum dönem ve yakın zamanda cerrahi öyküsü olan hastalarda daha sıktır. Kadınlarda oral kontraseptif kullanımı ve hematolojik bozukluklar genelde altta yatan sebeplerdendir. Klinik, günler ve haftalar içerisinde gelişen progresif bir baş ağrısından gök gürültüsü baş ağrısına kadar değişen şiddetlerde görülebilir. SVT tanısında sensitivitesi ve spesifitesi en yüksek olan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve manyetik rezonans venografi (MRV) kombinasyonu ilk tercih edilecek tetkiklerdir.

Acil servise baş ağrısı ile başvuran hastalarda alınan anamnezde, hastanın yaşı, semptomların başlangıcı, baş ağrısının niteliği, ateş varlığı, ilaç öyküsünün sorgulanması primer ve sekonder baş ağrısını ayırt etmekte son derece önemlidir. Özellikle hayatı öneme sahip sekonder baş ağrıların altında yatan sebepleri ayırt etmek için buna yönelik tetkikler hızlıca istenmelidir ve ilgili branş görüşü alınmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: baş ağrısı, sinüs ven trombozu, pulmoner emboli



resim1:Sinüste hiperdens alan



resim2:Transvers sinüste tromboz



resim3:Pulmoner arterde dolum defekti



TAM METİNLER

YATAĞA BAĞIMLI HASTADA MOR İDRAR TORBASİ: OLGU SUNUMU

GİRİŞ

Mor idrar torbası sendromu (MİTS), tipik olarak kabızlık, idrar yolu enfeksiyonu ve eşzamanlı idrar kateterizasyonu olan yaşlı kadınlarda görülen idrarın nadir de olsa endişe verici bir mor renk değişikliğidir. MİTS, idrar sondasında bakteriyel kolonizasyona bağlı indigo (mavi) ve indirubin (kırmızı) pigment üretimiyle karakterize nadir görülen bir klinik durumdur. MİTS patogeneğinde, triptofandan çeşitli metabolik yollar sonucu bu iki pigmentin üretilmesi rol oynar. Triptofan deaminasyonla indole çevrilir, indol karaciğerde konjugasyonla indoksil sülfata çevrilir ve indoksil sülfat da idrara geçerek atılır. *Providencia stuartii* ve *Providencia rettgeri*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Enterococcus spp.*, *Morganella morganii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Citrobacter spp.* ve B grubu streptokok gibi sülfataz ve fosfataz üreten bakteriler idrar ile atılan indoksil sülfatı indoksile parçalar. İndoksilin oksidasyonu sonucu indigo (mavi) ve indirubin (kırmızı) pigmentleri açığa çıkar. Bu pigmentler polivinil klorür (PVC) içeren üriner kateter ve plastik bir idrar torbası ile temas ettiğinde, idrarda mor renk değişikliği görülür. Bu yazıda acil serviste nadir olarak görülen mor idrar torbası sendromu olan hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

75 yaş kadın hasta acil servise idrar torbasında mor renk olması nedeniyle getirildi. Yaklaşık bir ay önce inme geçiren ve sol hemiplejik sekeli olan hastanın sonda ile takip edildiği ve kabızlık şikayeti olduğu anlaşıldı. Vital bulgularında taşikardi dışında özelliği olmayan hastanın muayenesinde suprapubik hassasiyet ve idrar torbasında mor renk vardı. (Resim 1)

SONUÇ

İdrarda renk değişikliği önemli hastalıkların belirtisi ve ilaç yan etkisi olarak ortaya çıkabilmektedir. Farklı renk değişiklikleri mortalitesi ve morbiditesi yüksek farklı klinik durumlarla ilişkilidir. MİTS, nadir görülmesi ve altında yatan çeşitli patolojik faktörlerden kaynaklanması nedeniyle bilinmesi gereken klinik bir durumdur.

Resim 1.





TAM METİNLER

HAVA KOMPRESÖRÜYLE YARALANAN BİR OLGUDA PERİORBİTAL AMFİZEM, PNOMOSEFALİ VE PNOMOMEDİASTİUM

Uzm. Dr. Sedanur ŞAFAK*, Doç. Dr. Ahmet Burak Erdem*

*Ankara Etilik Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ/ÖZET

Hava kompresörü kaynaklı yaralanmalar nadir görülür ve literatürdeki vaka sayısı sınırlıdır. Yüksek basınçlı hava giriş yaralarının zararsız görünüşü nedeniyle bu tür yaralanmalar genellikle ilk muayenede yanıltıcı olabilir. Ancak arka planda oluşturabileceği hasar ciddi morbiditeye ve komplikasyonlara neden olabileceği için tekrarlayan muayene ve ileri araştırma faydalıdır. Bu olgumuzda, hava kompresörünün orbital alana maruziyeti ile başlayan, takibinde tüm yüz ve servikal alana, beyne ve mediastene serbest hava yayılımı olan 15 yaşındaki erkek hasta sunulmuştur. Bu vakayı bildiriyor, mevcut vakanın ve daha önce bildirilen vakaların özelliklerini gözden geçiriyoruz.

OLGU

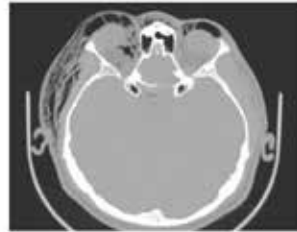
On beş yaşındaki bir erkek hasta, teknik okulda arkadaşlarıyla şakaşırken hava kompresöründen çıkan basınçlı havanın sağ gözüne gelmesi nedeniyle acil servise getirildi. Sağ göz kapağında şişlik (Şekil 1) ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Vital bulguları stabildi ve ek bir şikayeti yoktu. Fizik muayenede; sağ göz palpebra superior ve inferior ödemli, subkonjonktival hiperemi ve hava bubble görünümü mevcuttu. Göz hareketleri doğal olup diplopi tariflemiyordu. Nörolojik muayenesinde patoloji saptanmadı ve solunum sesleri doğaldı. Yapılan hasta başı oküler ultrasonda, sağ göz kapağındaki geniş alandaki ödemden kaynaklı net görüntü elde edilemedi ancak optik sinir çapının sol göze göre belirgin arttığı saptandı (Şekil 2). Oftalmolojik muayenede görme keskinliği 20/20 saptandı. Orbita, beyin ve boyun kontrastsız bilgisayarlı tomografide de sağ orbita tabanında fraktür, sağ perioküler ve fasyal alanda daha belirgin olmak üzere cilt altı dokuda ödem, yumuşak doku-kas planları çevresinde yaygın amfizematöz hava dansitesi; her iki optik kanalda, kavernoöz sinüs ve suprasellar alanda pnömosefali; sağ frontotemporal cilt altından sağ anterior servikal bölge boyunca uzanan yaygın hava dansiteleri mevcuttu (Şekil 3). Kontrol muayenelerinde sol alt ve üst palpebra da ödemlendi, ayrıca sağ gözde yukarı bakış kısıtlılığı başladı. Palpasyonla fasyal ve servikal alanda subkutan krepitasyon aşikar hale geldi. Tomografi görüntüsündeki yaygın amfizem görünümü sonrası çekilen kontrastsız toraks bt'de ise hava dansitelerinin ön ve orta mediastinal bölgede prevasküler alana, kalp anterioruna ve trakea-aorta arasına dek uzanmakta olduğu saptandı (Şekil 4). Hastaya Uygun ampirik antibiyoterapi uygulandı. Destek oksijen ihtiyacı olmadı. Takip amaçlı çocuk hastalıkları yoğun bakım ünitesine yatırıldı, yaklaşık 3 gün içerisinde amfizem rezole oldu. Cerrahi girişime gerek kalmadan hasta şifa ile taburcu edildi.



Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3



Şekil 4

TARTIŞMA

Basınçlı hava ile ilişkili orbita amfizemi ilk kez 1970 yılında rapor edilmiştir (1). Sekonder olarak pnömosefali ve mediastinal amfizem olması ise nadir görülmektedir. Subkonjonktival doku çok gevşek olduğundan, basınçlı hava konjonktival yırtılmadan girdiğinde orbita dahil diğer bölgelere kolaylıkla yayılır. Basınçlı hava yaralanmalarında genellikle orbita duvarı veya paranasal sinüs kırıkları eşlik etmemesine rağmen olgumuzda olduğu gibi yüksek basınçla yaralanmalarda kırık oluşumu semptomların ciddiyetini artırabilir. 2013 yılında yapılan 15 vakalık literatür taramasında vakaların tamamının tüm hastaların erkek olduğu ve 15 vakadan 6'sının (%40,0) endüstriyel kazalarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (2) Basınçlı hava konjonktivadan ilerleyip süperior orbital fissürden geçerek pnömosefaliye ve cilt altında kas-yumuşak doku planlarında ilerleyerek servikal derin ve yüzeysel fasyalar arasında yayılabilmektedir. Subkutan ödem ve subkonjonktival kemozis USG ile optik siniri ve glob hasarını görüntülemeyi zorlaştırmaktadır. Vakamızda kompresörün PSI değerine ulaşamadık ancak genel kabul 50-75 PSI arası bir basınç gerekli olduğudur. PS Literatürde bildirilen vakaların çoğunluğu bizim vakamızda olduğu gibi cerrahi müdahale gerektirmemiş, spontan iyileşmeye bırakılmıştır. Yalnızca orbital amfizemin varlığında genellikle iyi huylu ve kendi kendini sınırlamaktadır. İyileşme semptomların derecesine göre 2 gün ila 2 hafta içerisinde gerçekleşmektedir (3). Ancak komplikasyonları arasında akut orbital kompartman sendromu ve orbita selülitine bağlı optik nöropati gibi potansiyel olarak görmeyi tehdit eden durumlar mevcuttur (4). Bu hastaların taburculuğunda burun sümürme, kuvvetli üfleme, ıkınma gibi intrakranial ve intratorasik basıncı artırıcı manevralardan kaçınılması önerilir. Çoğu vaka benign seyirli olsa da daha yüksek basınçlı yaralanmalarda görme kaybı, retinal arter tıkanıklığı gelişebilmektedir.

SONUÇ

Vakamızda olduğu gibi başvuruda genişliği tahmin edilemeyen yaralanmalarda pnömosefali ve pnomomediastinum eşlik edebilir. Bu durum ek hastalığı olan (ör. Epilepsi, intersitisyel akciğer hastalığı gibi) hastaların yönetimini ve prognozunu etkileyebilir. Ayrıca yatak başı yapılabilecek erken dönem göz ultrasonu hasta takibinde kolaylık sağlamaktadır. Acil servisler ilk başvuru yeri olduğu için bu hasta grubunda multisistemik yaklaşım gösterilmesi ve ileri incelemeden kaçınılması önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

1. Hitchings R, McGill JI. Compressed air injury of the eye. British Journal of Ophthalmology [Internet]. 01 Eylül 1970;54(9):634-5.
2. Hiraoka T, Ogami T, Okamoto F, Oshika T. Compressed air blast injury with palpebral, orbital, facial, cervical, and mediastinal emphysema through an eyelid laceration: a case report and review of literature. BMC Ophthalmol [Internet]. Aralık 2013 ;13(1):68.
3. Mohan B, Singh KP. Bilateral subcutaneous emphysema of the orbits following nose blowing. J Laryngol Otol [Internet]. Nisan 2001;115(04).
4. Van Issum C, Courvoisier DS, Scolozzi P. Posttraumatic orbital emphysema: incidence, topographic classification and possible pathophysiologic mechanisms. A retrospective study of 137 patients. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology [Internet]. Haziran 2013 ;115(6):737-42.



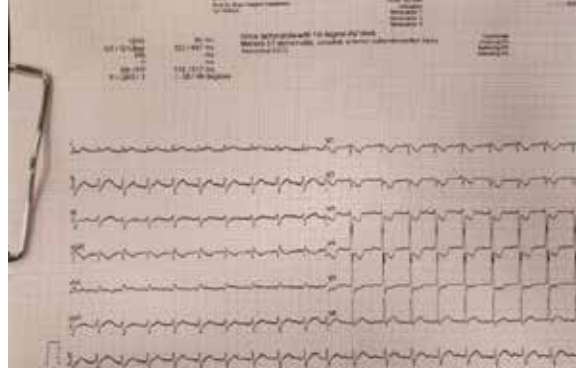
TAM METİNLER

GİRİŞ:

Stent trombozu, stentte pıhtı oluşması olarak tanımlanan, nadir fakat ciddi bir durumdur. Akut (stent damara yerleştirildikten sonraki ilk 24 saat), erken (ilk 1 ay), geç (ilk 1 yıl) veya çok geç (1 yıldan sonra) ortaya çıkabilir. Stent trombozu, işleme, hastaya, lezyona, stent özelliklerine ve pıhtı önleyici tedavinin etkinliğine bağlı olarak ortaya çıkabilir.

VAKA:

74 yaş erkek hasta 1 saat önce başlayan şiddetli, sol kola yayılım gösteren baskı tarzında ağrı nedeniyle 112 ekipleri tarafından acil servise getirildi. Geliş vitallerinde kan basıncı 144/78 mmHg, nabız 111 atım/dk, spO2: 98, ateş: 36,5, parmak ucu kan şekeri 110 olarak ölçüldü. Çekilen EKG'de (fotoğraf-1) sinüs taşikardisi ve anterior derivasyonlarda ST depresyonu ve eşlik eden T negatifliği izlenmesi üzerine posterior EKG istendi. Çekilen posterior EKG'de (fotoğraf-2) V7-V8-V9 derivasyonlarında ST elevasyonu izlendi. Posterior miyokard enfarktüsü (MI) nedeniyle kardiyoloji konsülte edildi. Özgeçmişi ve kullandığı ilaçlar sorgulandığında; 2 ay önce koroner anjiyografi yapıldığı ve stent uygulandığı öğrenildi. Normalde düzenli olarak kullandığı ilaçlarını (Lansor 30 mg, Plavix 75 mg, Ecoprin 100 mg) son 3 gündür almadığı öğrenildi. Kardiyoloji tarafından acil anjiyografiye alınan hastanın sirkümfleks arterdeki eski stenti tromboze ve total tıkalı, sağ koroner arterinde iki adet tromboze lezyon izlendi, sonuç olarak sirkümfleks arter ve sağ koroner artere stent yerleştirildi.



Fotoğraf-1: anterior derivasyonlarda ST depresyonu ve eşlik eden T negatifliği



Fotoğraf-2: V7-V8-V9 derivasyonlarında ST elevasyonu

SONUÇ

Geçirilmiş MI sonrası başlanan antiagregan tedavilerin düzenli kullanılması hayati önem taşımaktadır. Düzensiz kullanım ya da ilaçları hiç kullanmamak; hastamızda da görüldüğü üzere daha önceden takılan stentlerde ve/veya yeni damarlarda tıkanmalara sebep olmaktadır. Bu yüzden yeni trombozların önüne geçmek için hastalara ilaçların önemini ve düzenli kullanımlarının hayati önem taşıdığı hastalara anlatılmalıdır.



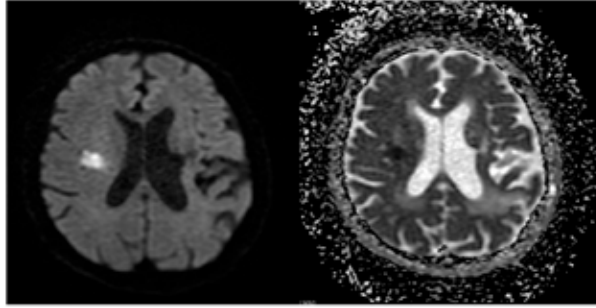
TAM METİNLER

SUPRATENTORİAL İSKEMİK ENFARKTA BAĞLI HİPOGLOSSAL SİNİR FELCİ

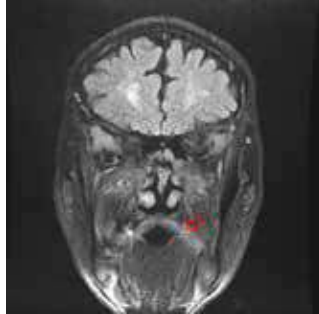
Merve Deniz Aydın, Sinem Doğruyol, Kaan Yusufoglu, Burcu Genç Yavuz, İbrahim Altundağ, Şahin Çolak
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Hipoglossal sinir 12. kraniyal sinirdir, beyin sapından çıktıktan sonra premedüller sisternadan geçerek hipoglossal kanal yoluyla kafatasını terkeder. Saf bir motor sinir olup, dilin intrinsik kasları, eksinsik kasları ve geniohyoid kasın innervasyonundan sorumludur. Hipoglossal sinirin hasarı oldukça nadir görülen bir durum olup sıklıkla en sık sebeplerin başında sinire baskı yapan tümörler ve ateşli silah yaralanmalarının yer aldığı tespit edilmiştir. Bunun dışında sinirde fonksiyon kaybı yapabilecek birçok durum vardır. Bunlar cerrahi esnasında sinir yaralanması, inme, multipl skleroz, Guillain-Barré sendromu, enfeksiyon, sarkoidoz veya hipoglossal kanalda bulunan ektatik bir damar olabilir. Bu vakamızda iskemik serebrovasküler olay sonrası hipoglossal sinir felcine değindik.

OLGU SUNUMU: 77 yaşında erkek hasta senkop sonrasında geliştiği ifade edilen konuşamama ve sol taraflı güçsüzlük ile acil servise başvurdu. Bilinen intrakraniyal hemoraji, hipertansiyon ve atrial fibrilasyon tanıları mevcut olup başvuru anında vital bulguları stabildi. Bilinci açık, koopere ve oryante olan hastanın nörolojik muayenesinde sol taraflı üst ve alt ekstremitelerde parezi saptandı, gag refleksi alınmadı, dil hareketi yoktu. Spontan halde hırıltılı solunum mevcut iken hastanın dili öne çekildiğinde bu durumun düzeldiği görüldü. Fleksibl endoskopik muayenesinde vokal kord bilateral hareketli doğal ve rima glottis açık idi. Çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde (BT) intrakraniyal kanama lehine akut patoloji saptanmadı. Akut iskemik inme açısından yapılan diffüzyon manyetik rezonanslı (MR) görüntüleme ve beyin BT anjiyografi (BTA) görüntülemesinde anlamlı özellikler görülmedi. Laboratuvar tetkiklerinde INR değeri 2,5 olup, ek bir patoloji saptanmadı. Nöroloji görüşü istenmiş olup hastanın mevcut klinik durumu ve INR yüksekliği nedeniyle tPA tedavisi planlanmadı ve girişimsel nöroloji tarafından BTA'sı normal olduğu için işlem gerekliliği görülmedi. Antiagregan tedavisi başlanarak nöroloji servisine devredildi. İnternasyon sonrası 8. Saat diffüzyon MR görüntülemesinde iskemik enfarkt saptanmış olup (Şekil 1), 12. Saatte yapılan elektromiyografide genioglossus kasında motor aktivite olmadığı- hastanın dil hareketi yapamadığı gözlenmiş olup 'dil felci' şeklinde raporlandığı tespit edildi. Kontrastlı kraniyal MR görüntülemesi ilk 24 saat içinde yapılmış olup dil kaslarında atrofi izlenmedi ancak solda T2 flair görüntüde hipoglossal sinirde intensite azalmış görüldü (Şekil 2). İnternasyon boyunca dil terapisi ile birlikte dilde minimal hareket izlenmeye başlanmış olup mevcut klinik tabloda iyileşme izlenerek yaklaşık 1 aylık süre sonunda taburcu edilmiştir.



Şekil 1. 8. saat diffüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde iskemik enfarkt ile uyumlu görünüm.



Şekil 2. 24 saat içinde yapılan kontrastlı kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde solda T2 flair görüntüde hipoglossal sinirde intensite azalması (kırmızı ok).

SONUÇ: Corona radiataya yakın yerleşimli iskemik enfarkt varlığında eşlik eden hipoglossal paralizisi nadir görülen bir tablo olup literatürde bir olguda tanımlanmıştır. Bunun temel nedeninin kortikobulber ve kortikospinal yolların Corona radiatadan geçmesi olduğu düşünülmüştür. Bizim vakamız, tarafımıza oldukça erken başvurmuş olup dil kaslarında atrofi gelişmeden tedavi süreci başlatılmış olup, iyileşme sağlanmıştır.



TAM METİNLER

STEVEN JOHNSON SENDROMU: OLGU SUNUMU

Gizem Ebrar ÇAYLAK¹, Yücel YÜZBAŞIOĞLU¹, Cengiz KAYA¹, Ertan CÖMERTPAY¹, Yavuz KATIRCI¹

¹ Acil Tıp Kliniği, S.B.Ü. Gülhane Eğitim ve Araştırma HASTANESİ, Ankara, Türkiye

GİRİŞ

Steven Johnson Sendromu genellikle ilaç ilişkili, nadir görülen bir hipersensitise sendromudur. Ateş, yaygın döküntü ve yaygın epidermal nekrozla seyreder. Epidermal ayrışmanın %30'dan fazla olduğu tabloya toksik epidermal nekroz denir. Neden olan madde ile hastanın ilişkisi kesilmeli, IV kortizol ve destek tedavisi başlanmalı. IVIG tedavisi alan hastalar da görülebilmektedir. Vakamızda Steven Johnson Sendromu'ndan bahsedilmektedir.

VAKA SUNUMU

Vakamız 51 yaş erkek hasta, 6 gün önce başlayan kaşıntılı yaygın döküntü şikayeti mevcut. Hastanın öyküsünde bilinen hastalığı ve düzenli kullandığı ilacı yok. Ara ara nonsterooid kullanıyormuş.

Fizik muayenesinde kollarda, bacaklarda, gövdede yaygın eritemli zeminde yer yer basmakla solan yer yer solmayan ortası krutlu atipik targetoid plaklar ve karın alt kadranda livedoid plak izlendi. Dudaklarda ragat ve kurutlar mevcut. Nikolsky bulgusu negatif. Geliş ateşi 38 °C, nabızı 98 vuru/dk.

Hastanın tetkiklerinde eozinofil seviyesinde, akut faz reaktanlarında, sedimentasyonda, kreatinin seviyesinde artış, hiponatremi görüldü. Glikozu 123 mg/dL, bikarbonat seviyesi 16 mmol/L, kreatinin seviyesi 2.73 mg/dL'di. Steven Johnson Sendromu ve vaskülit şüphesi ile hidrasyon ve semptomatik tedavi başlandı ve dermatoloji, iç hastalıkları, plastik cerrahi, anestezi ve enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi. Enfeksiyon hastalıkları ve dermatoloji önerisiyle piperasilin tazobaktam, teikoplanin ve IV prednol başlandı. SCORTEN sınıflaması 3 olan hasta Steven Johnson Sendromu şüphesi ile yoğun bakım endikasyonu aldı. Yoğun bakımlarda doluluk nedeniyle acil serviste takip edilen hastanın 24 saat sonra glikozu 118 mg/dL, bikarbonat seviyesi 21 mmol/L, kreatinin seviyesi 1,42 mg/dL'e geriledi. SCORTEN sınıflaması 2 olması üzerine yoğun bakım endikasyonu kalkan hastanın dermatoloji servisine yatırışı yapıldı.

Takiplerinde epidermal ayrışması ilelemeyen, şikayetleri, akut faz reaktanları ve kreatinin seviyesi gerileyen, hiponatremisi düzelen hasta biyopsi sonucu ile poliklinik kontrol önerisiyle taburcu edildi.



TARTIŞMA

Steven Johnson Sendromu genellikle çocuklarda daha sık görülmektedir. Matthew Smelik'in vakasında(1) çocuklar ve genç erişkinlerde daha sık görüldüğünden bahsedilmiştir. Neden olan ilaçlar farklı çalışmalarda sıralamaları değişmekle birlikte sıklıkla sülfonamidler, penisilin, sefalosporin, eritromisin, fenobarbital, karbamazapin olmakla birlikte yüzden fazla ilaç mevcuttur. Hastamızın ilaç kullanım öyküsü yoktur.

Cilt tutulumu %10'dan az olan vakalara SJS, %10-30 arasında olanlara SJS/TEN overlap, %30'dan fazla olanlara TEN denilir. Hastalık ciddiyetini belirlemek için SCORTEN sınıflaması kullanılır. Sınıflama sonucu 3 ve üzeri puan alan hastaların yanık yoğun bakım ünitesinde takibi uygundur. O. Castana ve arkadaşlarının çalışmasında(2) cilt tutulumu arttıkça ölüm oranının arttığından bahsedilmektedir. SJS için özel bir tedavi bulunmamaktadır. Şüphelenilen ilacın erken dönemde kesilmesi prognoz ve sağ kalımda olumlu etkiye sahiptir. Sıvı replasmanı, yara bakımı ve enfeksiyon tedavisi/profilaksisi destek tedavisini oluşturmaktadır. Stevens-Johnson sendromu tedavisinde sistemik steroid kullanımı hakkında net kanı yoktur. Nadir vakalarda immunsuprese ilaçlar, hemodiyaliz, plazmaferez, IVIG tedavi seçenekleri arasında düşünülebilir.

ANAHTAR KELİMELER: Steven Johnson Sendromu

(1) Smelik M. Stevens-Johnson Syndrome: A Case Study. Perm J. 2002 Winter;6(1):29-31. doi: 10.7812/TPP/02.997. PMID: 30313009; PMCID: PMC6220622.

(2) Castana O, Rempelos G, Anagiotos G, Apostolopoulou C, Dimitrouli A, Alexakis D. Stevens-johnson syndrome: a case report. Ann Burns Fire Disasters. 2009 Sep 30;22(3):147-51. PMID: 21991171; PMCID: PMC3188138.



TAM METİNLER

KARBAMAZEPİN İLİŞKİLİ DRESS SENDROMU: OLGU SUNUMU

Ertan CÖMERTPAY¹, Gizem Ebrar ÇAYLAK¹, Mustafa Onursal ATMACA¹, Yücel YÜZBAŞIOĞLU¹, Yavuz KATIRCI¹

¹ Acil Tıp Kliniği, S.B.Ü. Gülhane Eğitim ve Araştırma HASTANESİ, Ankara, Türkiye

GİRİŞ

DRESS sendromu ilaçlarla ilişkili eozinofili ve hayatı tehdit edici sistemik semptomlar ve multiorgan tutulumu gözlenen nadir görülen bir gecikmiş tip hipersensitivite sendromudur. Antikonvülanlar en sık nedenleri arasındadır.

Karbamazepin sık kullanılan antiepileptikler arasındadır. Vakamız karbamazepin kullanımı sonrası gelişen DRESS sendromu tanısı ile takip edilmekte.

VAKA SUNUMU

46 yaşında erkek hasta, 5 gündür gittikçe artan döküntü ve kaşıntı şikayeti mevcut. Hastanın öyküsünde 17 yıl önce yüksekten düşme sonrası kranial operasyon sonrası gelişen epilepsi tanısı mevcut; öncesinde valproik asit kullanan ama nöbet sıklığında artış gözlenen hastaya 2 hafta önce valproik asit yerine karbamazepin başlanmış. Son nöbeti 1.5 ay önce olmuş, karbamazepin başlandıktan sonra nöbet geçirmemiş.

Hastanın fizik muayenesinde tüm vücutta yaygın basmakla solmayan, birleşme eğiliminde olan hafif ödemle seyreden purpura mevcut. Ateş: 39.2 °C, oda havasında takipli, uvula ödemi yok. Ele gelen patolojik lenf nodu yok.

Hastanın ilk tetkiklerinde eozinofili %10.2, kreatinin seviyesi 1,41 mg/dL saptanan diğer laboratuvar ve görüntülemelerinde patoloji saptandı. Hastanın bazal kreatinin değerleri 0.60 mg/dL seviyesinde olduğu öğrenildi. Hasta DRESS sendromu için RegiSCAR Skorlamasından eozinofiliden 1 puan, >%50'den fazla cilt tutulumundan 1 puan, purpura ve ödemden 1 puan, akut böbrek yetmezliği ile iç organ tutulumundan 1 puan olarak 4 puanla muhtemel DRESS sendromu tanısı ile hidrasyon, 80 mg IV prednol, oral ve IV antihistaminik başlandı, yakın takip gerekliliği nedeniyle yoğun bakıma yatırılı yapıldı.

Hastanın yoğun bakım takibinde hematürisi başladı. Eozinofil oranı %16.3'e yükseldi, AST seviyesi 31 IU/L'den 75 IU/L'ye, ALT seviyesi 34 IU/L'den 65 IU/L'ye, GGT seviyesi 41 IU/L'den 283 IU/L'ye yükseldi. Hemogloblin seviyesi 11.4 gr/dL'den 8.2 gr/dL'e düştü. INR seviyesi 1'den 2.5'a yükseldi. Lökosit seviyesi 10 10⁹/L'den 30 10⁹/L'e yükseldi. Takibinde nöbet geçirmesi üzerine tedavisine levatirasetam eklendi. Hastanın lezyonlarından biyopsi alındı.

17 günlük takip sonrası semptomları ve laboratuvar değerleri gerileyen hasta dermatoloji poliklinik kontrol önerisiyle taburcu edildi. Hastanın biyopsi sonucu da kutanöz ilaç reaksiyonu ile uyumlu geldi.

TARTIŞMA

DRESS sendromunun en sık nedenleri antikonvülanlardır. Ankush Gupta ve ark.(1) vakasında fenitoin ilişkili DRESS sendromundan bahsedilmektedir. Gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonu kabul edilmekte birlikte patogenezi net bilinmemektedir. En sık görülen iç organ tutulumu karaciğerdir. En sık görülen laboratuvar bulguları hematolojik değişikliklerdir.

Tedavisinde etken kesilir ve hidrasyon, IV ve kutanöz kortikosteroid ve antihistaminikler başlanır. IVIG tedavisinin gerektiği olgularla karşılaşılabılır. Patrice Cacoub ve ark. çalışmasında(2) mortalite oranının yıllar içerisinde düştüğü gözlenmiştir, S H Kardaun ve ark.(3) RegiSCAR çalışmasında mortalite oranı 2/117 olarak saptanmıştır. Erken tanı, erken tedavi prognoz ve sağ kalım açısından çok önemli bir faktördür.

ANAHTAR KELİMELE

DRESS sendromu, karbamazepin, gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonu



(1) Gupta A, Srivastava VK, Rizvi I, et al, DRESS syndrome Case Reports 2012;2012:bcr0320126128.

(2) Human Herpesvirus 6 Reactivation in Drug-induced Hypersensitivity Syndrome and DRESS Validation Score The American Journal of Medicine Vol. 125 Issue 7

(3) S.H. Kardaun, P. Sekula, L. Valeyrie-Allanore, Y. Liss, C.Y. Chu, D. Creamer, A. Sidoroff, L. Naldi, M. Mockenhaupt, J.C. Roujeau, for the RegiSCAR study group, Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): an original multisystem adverse drug reaction. Results from the prospective RegiSCAR study, British Journal of Dermatology, Volume 169, Issue 5, 1 November 2013, Pages 1071–1080



TAM METİNLER

TROCHLEAR SİNİR FELCİ: OLGU SUNUMU

Yücel YÜZBAŞIOĞLU¹, Gizem Ebrar ÇAYLAK¹, Yunus Emre DÜNDAR¹, Ertan CÖMERTPAY¹, Yavuz KATIRCI¹

¹ Acil Tıp Kliniği, S.B.Ü. Gülhane Eğitim ve Araştırma HASTANESİ, Ankara, Türkiye

GİRİŞ

Trochlear sinir gözün aşağı ve dışı bakışında etkili bir sinir çiftidir. En sık görülen oküler nöropatilerdendir. Felci konjenital ve travmatik de olabilir. Hastalarda sıklıkla merdivenden inerken çift görme şikayeti görülür. Vakamızda nontravmatik trochlear sinir felci tanısı ile takip edilmekte.

VAKA SUNUMU

Vakamız 75 yaşında, erkek, 1 haftadır baş ağrısı ve 2 gündür aşağı bakarken çift görme şikayetiyle geldi. Bilinen hipertansiyon ve hiperlipidemi hastası. Yakın zamanda geçirilmiş kafa travması tariflemiyor.

Hastanın fizik muayenesinde sol gözde dışı ve aşağı bakışta kısıtlılık, aşağı bakışta çift görme mevcuttu. Sol göz kapatıldığında çift görmesi olmadığını beyan ediyordu. Vitalleri stabil. Hastanın alınan kan tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Hastanın santral görüntülemelerinde ACOM sol komşuluğunda 3.1x2.6 mm boyutunda, 2.3 mm uzunluğunda sakküler anevrizma saptandı. 4. Kranial sinir felci ön tanısıyla yatış sonrası çekilen orbita MR'ında her iki optik sinir totioze, BOS mesafesi hafif artmış, bilateral optik ven dilate ve hipofiz bezinin sol yarısında 9 mm boyutunda lineer uzanım gösteren lezyon saptanmıştır. Hastaya LP yapılmış, BOS'ta patoloji saptanmamıştır. Hasta anevrizması nedeniyle girişimsel radyoloji ile değerlendirilmiş, 10 gün sonra hasta onamı ile işleme alınmıştır. ACOM'da 3.5x2.5 mm lik sakküler anevrizma görülmüş, stent takılmıştır. Hastanın tedavisine tek doz 6000 IU oksapar, 2x90 mg tikagrelor ve 100 mg asetilsalisilik asit eklenmiştir. Semptomları gerileyen hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Taburculuk sonrası 6. ayda karotis vertebral doppler usg, 1. yılda BTA kontrolü önerildi.

TARTIŞMA

Trochlear sinir felcinin edinsel nedenleri arasında travma, hemporaj, vasküler patolojiler ve nadiren iskemi bulunmaktadır. Necati Duru ve ark.(1) vakasında da hipofiz adenomundan bahsedilmektedir. Nadiren sinir sistemi enfeksiyonlarına bağlı olgular da bildirilmiştir(2). Vakada anevrizmaya sekonder 4. sinir felci görülmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Trochlear sinir, kranial sinirler, hipofiz tümörü

Kaynaklar

1. Duru N, Saraç Ö, ALGIN O, ÇAĞIL N (2014). Unilateral izole okülomotor sinir felci ile başvuran hipofiz adenomu: olgu sunumu. MN Oftalmoloji, 21(1), 74 - 76.
2. Altıncı sinir felci olgularında etyoloji, klinik bulgular ve tedavi yaklaşımımız. YÜZBAŞIOĞLU S., SOMER D., DOĞAN E., YILMAZ ÇINAR F. G., ZÜLEYHA Y. A., ÖRNEK F. Türkiye Klinikleri Oftalmoloji Dergisi , 2020 (Hakemli Dergi)



TAM METİNLER

İBUPROFEN İLİŞKİLİ İMMÜN TROMBOSİTOPENİK PURUPURA: OLGU SUNUMU

Gizem Ebrar ÇAYLAK¹, Yücel YÜZBAŞIOĞLU¹, Hayrettin Meftun KAPTAN¹, Mustafa Girayhan Ünlü, Ertan CÖMERTPAY¹, Yavuz KATIRCI¹

¹ Acil Tıp Kliniği, S.B.Ü. Gülhane Eğitim ve Araştırma HASTANESİ, Ankara, Türkiye

GİRİŞ

İmmün trombositopenik purpura (İTP) trombositopeni ve kanama riski ile karakterize bir otoimmün hastalıktır. Aspirin, ibuprofen, ginkgo biloba kanama riskini arttırdığı bilinen ilaçlar arasındadır. Vakamızda ibuprofen kullanımı sonrası yeni tanı İTP hastasından bahsedilmektedir.

VAKA SUNUMU

Vakamız 27 yaşında kadın hasta, üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle 3-4 gün ibuprofen kullanımı sonrası kollarında, bacaklarda, ağız içinde kanama ve 2 gündür diş eti kanaması şikayetiyle geldi. Öyküsünde bilinen hastalık öyküsü yok, düzenli kullandığı ilacı yok. İbuprofeni kanamaları başlayınca kesmiş, 5 gündür kullanmıyor.

Fizik muayenesinde ekstremitelerinde ve ağız içinde basmakla solmayan purpuralar görüldü. Hastanın kan tetkiklerinin alındığı bölgede de sonrasında ekimoz gelişti.

Tetkiklerinde trombosit seviyesi 1000 hücre/mL saptandı. Koagülasyon testlerinde ek patoloji yoktu.

Hasta ibuprofen ilişkili İTP ön tanısıyla hematolojiye konsülte edildi, periferik yayması yapıldı. Periferi yaymada da trombositopeni görülen hastanın hematoloji servisine yatırışı yapıldı. Hastaya prednol tedavisi başlandı. Takiplerinde trombosit seviyesi 31.000 hücre/mL'e yükseldi, purpuralarında iyileşme görüldü. Kan ve görüntüleme tetkiklerinde ek patoloji saptanmayan hasta İTP tanısıyla poliklinik kontrolü planlanarak taburcu edildi.



TARTIŞMA

İTP genellikle çocukluk çağında görülmektedir. Şiddetli trombositopeni (30.000 hücre/mL) olmadığı sürece genellikle asemptomatiktir. Kurata Y. ve arkadaşlarının çalışmasına(1) göre en sık semptom purpura, ikinci sırada diş eti kanaması, sonra epistaksis, hematüri, melana görülmektedir. Tedavi gerektirir vakaların çoğu şiddetli trombositopenisi olanlardır zira ölümsül kanama riskinde 4.2 kat artış gösteren çalışmalar(2) bulunmaktadır. Trombositopenide kanama riskini arttıran ilaçlar arasında aspirin ve ibuprofen bulunmaktadır.

Vakamızda ibuprofen kullanımı sonrası purpura ve diş eti kanaması görülmekteydi. İbuprofen kullanımı sonrası trombositopeni nadiren görülür. Vakamızda daha önce benzer şikayetler görülmemiş olup ilk İTP atağı ibuprofen kullanımı sonrası görülmüştür.

ANAHTAR KELİMELEER: İbuprofen, immün trombositopenik purpura, trombositopeni

KAYNAKLAR

(1) Kurata Y, Fujimura K, Kuwana M, Tomiyama Y, Murata M. Japonya'da çocuklarda ve yetişkinlerde primer immün trombositopeni epidemiyolojisi: nüfus temelli bir çalışma ve literatür taraması. *Int J Hematol.* 2011; 93: 329-335.

(2) Portielje JE, Westendorp RG, Kluin-Nelemans HC, Marka A. İdiyopatik trombositopenik purpuralı erişkinlerde morbidite ve mortalite. *Kan.* 2001; 97: 2549-2554.



TAM METİNLER

DİFFÜZ ALVEOLAR HEMORAJİ: VAKA SUNUMU

Yavuz KATIRCI¹, Gizem Ebrar ÇAYLAK¹, Yunus Emre DÜNDAR¹, Mustafa Girayhan Ünlü, Yücel YÜZBAŞIOĞLU¹, Ertan CÖMERTPAY¹

¹ Acil Tıp Kliniği, S.B.Ü. Gülhane Eğitim ve Araştırma HASTANESİ, Ankara, Türkiye

GİRİŞ

Diffüz alveolar hemoraji, alveoller içine kanama ile karakterize alveoler hasar sendromlarıdır. Akut respiratuar distres sendromuna neden olabilir. Hastalarda sıklıkla hemoptizi, dispne ve anemi görülür. Vakamızda diffüz alveolar hemoraji tanısıyla takip edilmekte olan bir hastadan bahsedilmektedir.

VAKA SUNUMU

Vakamız 23 yaşında kadın hasta, sokakta bilinci kapalı halde bulunup dış merkeze 112 aracılığıyla götürülmüş, orada GKS:8 olarak değerlendirilip entübe edilmiş, entübasyon sırasında epileptik nöbet geçirmesi ve entübasyon tüpünden 400 mL kan gelmesi sonrası keppra ve fenitoin infüzyon tedavisi başlanmış, çekilen toraks BT'de ARDS şüphesi olması üzerine ileri tetkik ve tedavi amacıyla tarafımıza sevk edilmiştir. Öyküsünde epilepsi tanısı olup hasta ilaçlarını 4-5 yıldır kullanmamaktaymış ve 1,5 ay önce insan ısırığı nedeniyle mandibula operasyonu geçirmiş.

Hastanın fizik muayenesi; hasta sedatize, entübe, GKS:3, akciğer seslerinde bilateral yaygın raller, satürasyonu 97 idi. Hastanın takibinde kanama görülmedi. Rektal tuşesi normal gaita buluşuydu. Cilt-ciltaltı ekimoz görülmedi.

Hastanın tetkiklerinde hemoglobin 11,5 g/dL, D-dimer: 1.52 mcg/mL, trombosit: 366.000 hücre/mL, INR:1, fibrinojen: 266 mg/dL, lökosit: 19.2700 /mm³ ölçülmüş olup hemoglobin düşüşü gözlenmedi.

Görüntülerinde diffüz alveolar hemoraji saptanan hastandı. Kafa ve batin içi kanama görülmedi. Bilgisayarlı tomografi anjiyografilerinde damar patolojisi saptanmadı.

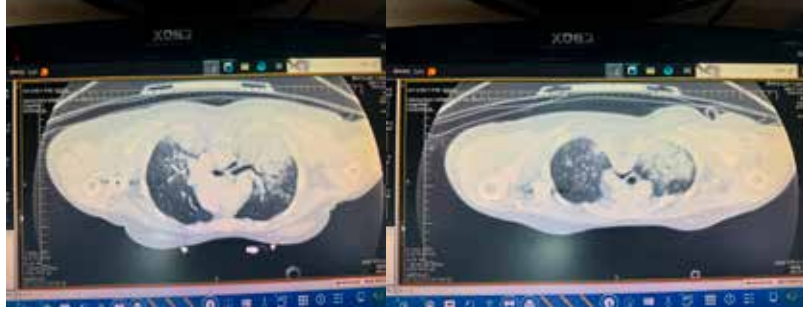
DIC skoru:3, entübe takip edilen hasta yoğun bakım endikasyonu aldı. Hastaya nöroloji görüşü alınarak 2x500 mg IV levatirasetam başlandı. Enfektif odak saptanmayan hastaya enfeksiyon önerileriyle 3x4.5 gr IV piptazo başlandı. Yoğun bakıma transferi sağlandı.

TARTIŞMA

Diffüz alveolar hemoraji pulmoner parankimin mikrovasküler kanamaları kaynaklı görülür. Nedenleri arasında vaskülit, kalp yetmezliği, koagülasyon bozukluğu, enfeksiyonlar, pulmoner emboli, ilaçlar sayılabilir. Postop kanamalarda sevofloranın trombosit fonksiyonlarını bozduğu lehine çalışmalar gözlenmiştir(1). Warfarin ilişkili kanamalar da literatürde bahsedilmektedir(2).

Diffüz alveolar hemorajide tanı konma süresindeki gecikme prognozu kötüleştirmektedir. Tedavisi çoğunlukla destekleyici tedavi ve altta yatan nedenin tedavisidir. Koagülasyon bozukluğu olanlarda K vitamini, taze donmuş plazma, protombin kompleks konsantresi tedavi seçenekleri arasındadır.

Vakamız bilinci kapalı geldi, hastalıkları ve kullandığı ilaçlar bilinmemekteydi. Altta yatan neden etyolojisi devam etmekteyken yoğun bakıma transfer edildi.



ANAHTAR KELİMELEER: Diffüz alveolar hemoraji, akut respiratuar distres sendromu, hemoptizi

KAYNAKLAR

- (1) Hirakata, Hideo MD; Ushikubi, Fumitaka MD, PhD; Narumiya, Shuh MD, PhD; Hatano, Yoshio MD; Nakamura, Kumi MD; Mori, Kenjiro MD, FRCA. The Effect of Inhaled Anesthetics on the Platelet Aggregation and the Ligand-Binding Affinity of the Platelet Thromboxane A2 Receptor. *Anesthesia & Analgesia* 81(1):p 114-118, July 1995.
- (2) Erdogan, D., Kocaman, O., Ofiaz, H. *et al.* Alveolar hemorrhage associated with warfarin therapy: a case report and literature review. *Int J Cardiovasc Imaging* 20, 155-159 (2004).



TAM METİNLER

YABANCI CİSİM ASPIRASYONU

Ass. Dr. Elifsu Uzun, Doç. Dr. Avni Uygar Seyhan, Dr. Öğr. Üyesi Nurdan Şahin Yılmaz, Uzm. Dr. Gülgün Battal, Ass. Dr. Yunus Yıldırım, Ass. Dr. Hatice Neva Baki

AMAÇ: Bu olgu sunumundaki amaç, acil servise başvuru sebepleri arasında sık karşılaşılan bir durum olan yabancı cisim aspirasyonuna yaklaşım ve tedavinin önemi açıklamaktır.

GİRİŞ: Ülkelere ve yaş gruplarına göre yabancı cisim aspirasyonu vakalarında en sık karşılaşılan materyaller değişiklik göstermektedir. Türkiye’de en sık aspire edilen materyaller organik fıstık ve kuruyemiş olsa da ülkemiz gibi başörtüsü kültürünün yaygın olduğu ülkelerde başörtüsü iğnesi olarak adlandırılan toplu iğnelerin aspire edilmesi kadın erişkinlerde sık görülür.

Özellikle başlangıcı sessiz olan yabancı cisim aspirasyonundan dolayı tanı geciktiğinde tekrarlayan hemoptiziden geri dönüşümsüz parankim ya da havayolu hasarına kadar değişen komplikasyonlar gelişebilir ve cerrahi rezeksiyon gerekebilir. Yetişkinlerde, aspire edilen yabancı cisimlerin daha sık olarak sağ bronşiyal sisteme lokalize olması, sağ ana bronşun sola göre daha vertikal pozisyonda ve çapının daha geniş olması ile açıklanmaktadır.

VAKA:

S.B, 39 yaşında kadın hasta.

Esas şikayeti: İğne yutmak

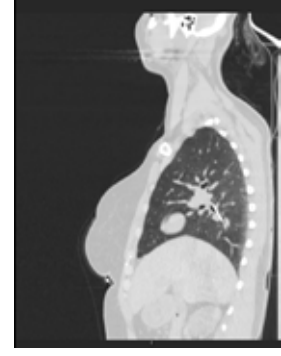
Özgeçmiş: Özellik yok.

Acil servise desteksiz yürüyerek başvuran hasta

Vitaller stabil, VAS Skoru: 0.

Acil servise başörtüsü takmak için ağzında tuttuğu iğneyi yanlışlıkla aspire etmesi nedeniyle başvuran hastadan posteroanterior akciğer grafisi istendi. İğne, akciğer sağ ana bronşa görüntülendi. Hastadan bilgisayarlı tomografi istendi. Hasta fiberoptik bronkoskopi ve rijit bronkoskopi ile opere edilmek üzere göğüs cerrahisi servisine interne edildi.

Sonuç: Acil servise yabancı cisim aspirasyonu nedeniyle başvuran vakalarda hastanın hızlı bir şekilde tanı alması ve cerrahi müdahale ile yabancı cismin çıkarılması gerekmektedir.





TAM METİNLER

ŞİŞEDE DURDUĞU GİBİ DURMAZ

¹Hanım Asya KOKA, Elif KEÇECİ ²Dilay SATILMIŞ

SBÜ Sultan 2 Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Metanol, etilen glikol ve izopropanol ile olan zehirlenmeler, toksik alkol zehirlenmeleri olarak adlandırılır. Toksik alkol zehirlenmeleri acil servislerde sık karşılaştığımız vakalardır(1) Birçok acil serviste serum düzeyi görülememektedir (özellikle zehirlenmenin erkensaatlerinde). Bunaekolarak;keyfiolarakveyaintiharamacı ile maruz kalınan maddenin ne olduğunu öyküde anlamak zordur. Bu sebeple tanı sürecinde; öykü, klinik bulgular ve yardımcı tetkikler yol göstericidir(2).

VAKASUNUMU

38 yaşında erkek hasta öğlen saatlerinde acil servise kanlı kusma şikayeti ile ayaktan başvurdu..Hastanın bilinen alkol bağımlılığı ve 1 yıl önce gastrointestinal kanama durumundan ötürü hastane yatış öyküsü mevcut. Hasta önce ki gece sabahsaat 05:00 a kadar 1 litreden fazla bilinen bir marketten aldığı alkolü tükettiğini, sonrasında kanlı kusma ve gayta renginde siyahlaşma farketmiş.

Hasta acil servise başvurduğunda genel durumu orta bilinci açık koopere oryantendir. Hastanın gelişinde fizik muayenesinde nörolojik muayenesi doğal, batin muayenesinde defans rebound yok epigastrik bölgede hassasiyeti ve rektal tuşede melena görüldü. Fizik muayenesinde normotansif, taşikardik(nabız:115) ve hipoglisemik (glisemi:55) olduğu görüldü.

Hastanın tetkiklerindeph:7.07, pco2:21.8, po2:44.7, laktat:9.32, hco3:6.6 , BE:-22.2, na: 129, cl:89.6, amilaz:438. lipaz:657, alp:250, ggt:1551. etil alkol:40,3 olarak tespit edildi.

Hastanın tetkikleri değerlendirildiğinde osmolar gap i artmış. artmış anyon açıklı metabolik asidoztespit edilmesi üzerine hastada alkol intoksikasyonu düşünüldü. Hastada alkol alımına bağlı ek olarak pankreatit ve gastrointestinal kanama düşünüldü. Hastaya acil serviste 80 mg pantoprozol, ve iv hidrasyon yapıldı. Hastaya acil diyaliz kararı verildi ve yoğun bakım takibi amacıyla hasta toksikoloji yoğun bakım merkezine sevk edildi.

Alkol intoksikasyonlarında klinik bulgular; alkolün toksik metabolitlerinin kardiyak, pulmoner, gastrointestinal, nörolojik, metabolik sistemdeki etkileri ile ilişkili olup birçok klinik bulgu birarada görülmektedir(3) Erken tanı ve tedavinin sağlanamadığı intoksikasyonlarda; metabolikasidoz, akut renal yetmezlik, nörolojik komplikasyonlar morbidite ve mortalite için önemli risk faktörleridir

SONUÇ

Alkol intoksikasyonlarında klinik bulgular; alkolün toksik metabolitlerinin kardiyak, pulmoner, gastrointestinal, nörolojik, metabolik sistemdeki etkileri ile ilişkili olup birçok klinik bulgu birarada görülmektedir(3) Erken tanı ve tedavinin sağlanamadığı intoksikasyonlarda; metabolikasidoz, akut renal yetmezlik, nörolojik komplikasyonlar morbidite ve mortalite için önemli risk faktörleridir

REFERANSLAR:

1. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gastrointestinal-tract-perforation>.



TAM METİNLER

ŞİDDETLİ DEHİDRATASYON VE KETOASİDOZ BİRLİKTELİĞİNDE İSKEMİK HEPATİT

¹Gülşah TURGUT, ¹Berfin NARİN, ¹Hande ASAN, ¹Rahim HALVACI, ²Dilay SATILMIŞ
SBÜ Sultan 2 Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Diyabetik ketoasidoz (DKA) ve hiperglisemik hiperosmolar durum (HHS), diyabetteki en ciddi ve hayatı tehdit eden hiperglisemik acil durumlardır. Ketoasidoz ve hiperosmolarite ile birlikte iki bozukluğun özellikleri bir arada bulunabilir. Erken teşhis ve tedavi çok önemlidir. Tedavi; agresif rehidrasyon, insülin tedavisi, elektrolit replasmanı ve alta yatan tetikleyici olayların tedavisidir(1). Bu vakamızda acil servisimize ishal ve halsizlik şikayeti ile başvuran bir hastanın sepsis, DKA ve iskemik hepatite gidişatını ve tedavi sürecine dikkat çekmeyi amaçlıyoruz.

VAKA SUNUMU

81 yaş erkek hasta, son bir gündür sulu dışkılama ve halsizlik şikayeti ile acil servise ayakta başvurdu. Sulu dışkılaması son 24 saattir ve günde 20-25 kez olacak şekildeydi. Karın ağrısı ve kusması yoktu. Bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon tanıları ve koroner arter bypass ameliyatı geçmişi mevcuttu. Amlodipin, karvedilol, lisinopril, trimetazidin, asetilsalisilik asit, linagliptin, atorvastatin kullanıyordu. Acil servise başvurduğunda kan basıncı: 75/46 mmHg, nabız: 110/dk, saturasyon 92 %, ateş: 37°C idi. Genel durumu orta, bilinç açık, koopere ve oryanteydi. Fizik muayenesinde deri turgoru azalmış, oral mukoza kuru, batin muayenesi doğaldı. Hipotansif olan hastaya kristalloid infüzyonu başlandı. Kan gazında pH: 7.06, laktat: 21, baz açığı -21, bikarbonat 6, glisemi 383, potasyum 6 gelmesi üzerine derin laktik ve metabolik asidozu ile hiperglisemisi olan hastaya dehidratasyon ve DKA ön tanıları ile kristalloid infüzyonuna devam edilirken hastanın tedavisine insülin infüzyonu da eklenerek inhaler salbutamol başlandı. Laboratuvar değerlerinde üre:85, kreatinin: 3.05, Sodyum: 125, Klor: 83 AST: 1221, ALT: 1151, CRP: 81 olduğu görüldü. Strip ile idrar tetkikinde keton negatifti. Diğer laboratuvar parametreleri normal sınırlarda idi. İdrar tetkikinde keton negatifliğinin görülmesi; strip ile bakılan idrar analizinin yalnızca beta-hidroksi bütirata duyarlı olup aseto-asetatı tesbit edememesine bağlanan hastamızda diğer parametrelerinin de DKA tanı kriterlerini karşılaması sebebi ile DKA olarak değerlendirildi. Kristalloid infüzyonuna hedeflenen kan basıncı yanıtı alınamayan hastamızın tedavisine noradrenalin infüzyonu eklendi. Mevcut karaciğer fonksiyon testleri (KCFT) yüksekliği ön planda dehidratasyona bağlı iskemik hepatite sekonder düşünüldü. DKA tedavisi sonrasında asidemisi gerileyen, baz açığı normale dönen fakat halen vazopressör ihtiyacı devam eden hastamızın yoğun bakım ünitesi (YBÜ) takibi sırasında viral hepatit paneli negatif saptandı. KCFT yüksekliği etyolojisi açısından yapılan hepatobiliyer ultrasonografide grade 2 hepatosteatoz dışında radyolojik bulgu saptanmadı. Konjestif kalp yetersizliğine

sekonder iskemik hepatit açısından alınan kardiyojloji görüşü sonrasında ejeksiyon fraksiyonu %20, global hipokinezi saptandı. Sağ kalp yetersizliğine dair bulgu yoktu. KCFT yüksekliği, şiddetli dehidratasyon ile birlikte seyreden diyabetik ketoasidoza bağlı iskemik hepatite bağlı olduğu düşünülen hastamız genel YBÜ'ne devredildi.

SONUÇ

DKA tanısı için biyokimyasal kriterler hiperglisemi (kan şekeri >200 mg/dL), venöz pH'ın 7.3'ün altında olması veya serum bikarbonat düzeyinin 15 mEq/L'nin (<15 mmol/L) altında olmasıdır. Aynı zamanda ketonemi (kandaki β-hidroksibütirat konsantrasyonu ≥3 mmol/L) veya orta veya şiddetli ketonüri eşlik eder (2). Önemli dehidrasyon ve hipovolemik şokla birlikte şiddetli DKA hipoksik hepatite yol açabilir (3). Bu vakamızda diyareye bağlı gelişen dehidratasyonun hiperglisemi ile birlikteliğinde artan sıvı açığıyla gelişen iskemik hepatit olgusunu anlatmaya çalıştık.

Literatürde sıklıkla tip 1 DKA ile birlikte ve daha çok çocuklarda izlenen bir tablonun erişkin ve özellikle geriatrik hastada da akılda tutulması gerekebileceğini vurgulamak istedik.

ANAHTAR KELİMELEER: Diyabetik Ketoasidoz, İskemik Hepatit, Dehidratasyon, Acil Servis

REFERANSLAR:

1. Maya Fayman 1, Franciscio J Pasquel 1, Guillermo E Umpierrez 2, Management of Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar State. Med Clin North Am. 2017 May;101(3):587-606. doi: 10.1016/j.mcna.2016.12.011.
2. Katherine Cashen, DO; Tara Petersen, MD, MEd. Diabetic Ketoacidosis, Pediatr Rev. 2019 Aug;40(8):412-420. doi: 10.1542/pir.2018-0231.
3. Agnieszka Zubkiewicz-Kucharska 1, Agnieszka Gorlo 1, Anna Noczyńska 1, Acute hypoxic hepatitis as a complication of diabetic ketoacidosis in a boy with newly diagnosed diabetes, Pediatr Endocrinol Diabetes Metab. 2020;26(2):108-112. doi: 10.5114/pedm.2020.95628.



TAM METİNLER

OLGU SUNUMU:ÜRİNOMA VE SPONTAN BÖBREK RÜPTÜRÜ

ŞULENUR SEVER, İHSAN EGE TANER, EVREN DAL,
SUNA ERAYBAR ATMACA, MEHTAP BULUT
BURSA ŞEHİR HASTANESİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp Kliniği

Bursa Şehir Hastanesi

B
S
H

GİRİŞ

Ürinom kronik olarak ekstreva e olan idrarın kapsüllü koleksiyonu olarak adlandırılır. Üreterin valfi cerrahi ligasyon, neoplazmlara bağı obstrüksiyonu veya posterior üretral valf gibi mesane çıkışı obstrüksiyonu ürinomların en yaygın etiyolojik nedenlerindendir. Renal kolik esnasında spontan ürinom oluşumu nadirdir. Biz de spontan renal pelvis rüptürü sonucu ürinom gelişen olguya yaklaşımımızı ve literatürdeki tedavi stratejilerini sunmayı amaçladık

OLGU

57 yaş kadın hasta 1 haftadır bulantı kusma şiddetli karın ağrısı ve sağ böbrek ağrısı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde yalnızca bilinen kolesistektomi operasyonu öyküsü mevcuttu.Yapılan fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet mevcuttu ve palpasyonla sağ alt kadranda, sağ üst kadranda ve sol alt kadranda olmak üzere yaygın defans alındı. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde HB:9.5 gr/dL CRP:416 mg/dL, idrar tetkikinde ise lökosit 220 HPF, eritrosit 106 HPF ve Bakteri + olarak bulundu. Yapılan kontrastsız batın tomografisinde sağ böbrek çevresinde yağlı planlarda yaygın sıvı dansiteleri, sağ böbrekte yaygın heterojenite ve sağ böbrekte grade II-III hidronefroz gözlenmekte olup, üreter içerisinde yaygın hiperdens odaklar izlenmekteydi. Ayrıca hastanın sağ üreterinin alt ucunda 3 cm polipoid lezyon imajı ile birlikte sağ retroperitoneal alanda yaygın serbest sıvı tespit edildi. Üroloji tarafından ürinom ve sağ böbrek spontan rüptür düşünülen hasta sistoskopi ve nefrostomi/double J stent takılması için üroloji servisine interne edildi.

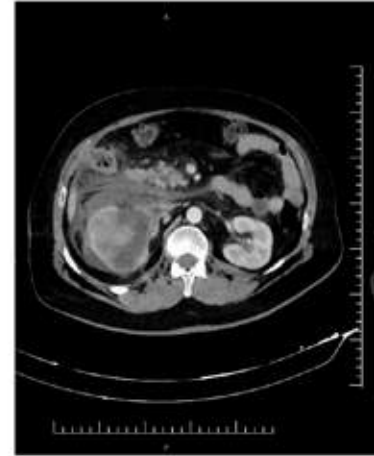
SONUÇ

Ürinom böbreğin absorbe edebildiği idrar miktarından daha fazlasının perirenal ve periüretral alana sızması sonucu oluşur. Etiyolojiye göre uygun tedavi belirlenir. Sonuç olarak renal kolik ile gelen bir olguda fizik muayene, laboratuvar tetkikleri ve görüntülemeler ışığında ürinomu da akılda tutmak gerekir.

Anahtar kelimeler: acil servis, ürinoma, böbrek rüptürü

KAYNAKÇA

- (1) Akpınar H, Kural AR, Tufek I, et al. Spontaneous ureteral rupture: is immediate surgical intervention always necessary? Presentation of four cases and review of the literature. J Endourol. 2002; 16: 179-183.
- (2) Yazıcı B, Kayıkçı A, Erdoğan B, et al. Spontan Ürinom: Perkütan ve Endüüretral Kateterizasyon ile Kombine Tedavi. O.M.Ü. Tıp Dergisi 2005; 22: 160-164.



Şekil 1: Aksiyel kesit bilgisayarlı tomografi görüntüsü



Şekil 2: Aksiyel kesit bilgisayarlı tomografi görüntüsü



TAM METİNLER

KAFA TRAVMASINDA ERKEN TOMOGRAFİ

Ecem Hazal Aktaş, Eser Ünver, Osman Karasu, Hilmi Gönen, Türker Demirtakan, Nihat Müjdat Hökenek
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Travmatik beyin yaralanmaları, dünya genelinde ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan önemli bir sağlık sorunudur. Bu yaralanmalara bağlı intrakraniyal kanamalar, klinik seyri karmaşık ve çeşitli belirtilere neden olan önemli bir alt grup oluşturur. Hastaların acil servise başvurusundan itibaren hızlı bir şekilde değerlendirilmesi ve gerektiğinde ileri görüntüleme ve beyin cerrahisi uzmanına erken konsültasyon sağlanması, hastanın sonuçlarını önemli ölçüde etkileyebilir.

OLGU

44 yaşında erkek hasta halı sahada geri geri koşarken kafasının arkasını duvara çarpması sebebiyle 112 ile acil servise getirildi. Hastanın geliş Glasgow Koma Skalası (GKS): 15, genel durumu orta, hasta ajite, vitalleri TA: 130/80 NB: 80 sPO2: 99 olarak ölçüldü. Acil servise başvurusundan itibaren hastanın çok sayıda ve şiddetli kusması oldu. Fizik muayenesinde oksipitalde 7 cm'lik köşeli insizyon izlendi. Nörolojik muayenesi doğal, pupiller izokorik, direkt ve indirekt ışık refleksleri +/-, kranial sinirler intakt, ancak hasta şiddetli baş dönmesi ve bulantısı sebebiyle mobilize edilemedi. Geriye kalan sistem

muayeneleri olağan izlendi. Hastanın kanaması kontrol altına alındı, kanları alındı, antiemetik tedavi sonrası tomografiye gönderildi. İnsizyonu stapler ile kapatıldı, tetanoz sorgulandı ve yara pansumanı yapıldı. Alınan kanlarında akut patoloji tespit edilmedi. Çekilen görüntülemelerinde beyin tomografisinde sol temporal subdural hematom?, sağ frontal kontüzyo serebri? ve travmatik SAK? lehine bulgular izlendi. Radyoloji raporu beklenmeden beyin ve sinir cerrahisine konsülte edildi. Hasta ileri izlem ve tedavi amaçlı beyin ve sinir cerrahisi servisine interne edildi.



TARTIŞMA VE SONUÇ

Hastanın acil servise gelişinden itibaren yapılan müdahale ve fizik muayeneler sonrası tomografi çekilmesi ve beyin ve sinir cerrahisine ulaşılması 30 dakikadan kısa sürmüştür. Kafa travması sebebiyle acil servise başvuran hastalar için erken dönemde bilgisayarlı tomografi (BT) taraması yapılması ve gerektiğinde beyin cerrahisi uzmanına erken konsültasyon, hastanın klinik seyrini belirleyen kritik faktörlerdir. Erken tanı sayesinde, kanama lokalizasyonu ve büyüklüğü hızla belirlenerek uygun tedavi planı oluşturulabilir. Ayrıca, beyin cerrahisi uzmanının erken dönemde müdahalesi, cerrahi tedavi gerektiren vakalarda morbidite ve mortaliteyi azaltabilir. Tam olarak spesifik bir zaman çizelgesi belirtilmemiş olsa da hem "Acil Tıp" hem "Beyin ve Sinir Cerrahisi" literatürleri baz alınarak hazırlanmış kılavuzlarda travmatik intrakraniyal kanamalı hastaların yönetiminde hastalığın ciddiyetine ve hastanın klinik durumuna bağlı olarak genellikle ilk 30 dakika veya ilk 1 saat içinde görüntüleme yapılmasının hastanın prognozu açısından önemli bir role sahip olduğunu söylemektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Erken tanı, intrakraniyal kanama, travma, travmatik beyin hasarı, tomografi

KAYNAKÇA

- Carney N, Totten AM, O'Reilly C, Ullman JS, Hawryluk GWJ, Bell MJ, Bratton SL, Chesnut R, Harris OA, Kissoon N, Rubiano AM, Shutter L, Tasker RC, Vavilala MS, Wilberger J, Wright DW, Ghajar J. Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, Fourth Edition. Neurosurgery. 2017 Jan 1;80(1):6-15. doi: 10.1227/NEU.0000000000001432. PMID: 27775819.
- Maas AI, Stocchetti N, Bullock R. Moderate and severe traumatic brain injury in adults. Lancet Neurol. 2008 Jan;7(8):728-41. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70164-9. PMID: 18635021.
- Andriessen TM, Horn J, Franschman G, van der Naalt J, Haitsma I, Jacobs B, Steyerberg EW, Vos PE. Epidemiology, severity classification, and outcome of moderate and severe traumatic brain injury: a prospective multicenter study. J Neurotrauma. 2011 Oct;28(10):2019-31. doi: 10.1089/neu.2011.2035. Epub 2011 Oct 11. PMID: 21854136.



TAM METİNLER

ANEVRİZMA CERRAHİSİ SONRASI PNÖMOSEFALİ

MERYEM MERVE TAYLAK, EBRU ÇETİN KENAN, SUNA
ERAYBAR ATMACA, MEHTAP BULUT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp
Kliniği

Bursa Şehir Hastanesi

B
S
H

GİRİŞ

Pnömoşefali, serebral boşluklarda hava bulunmasıdır. En sık sebebi kafa travmalarıdır. Neoplazmlar, enfeksiyonlar, intrakraniyal ve spinal girişimler, paranasal sinüs cerrahisi ile lomber ponksiyon gibi iyatrojenik nedenler de görülmektedir. Erken tanı konulması gerekir. Bu bildiride spontan SAK nedeniyle yapılan anevrizma cerrahisi sonrası geç dönemde gelişen pnömoşefali olgusu sunulmaktadır.

OLGU

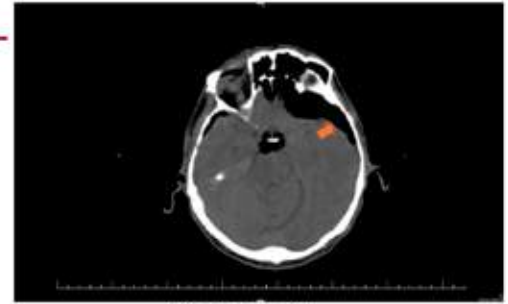
75 yaş erkek hasta 2 gündür her iki alt ekstremitede güçsüzlük, idrar ve gaita inkontinansı şikayetiyle tarafımıza başvurdu. 1.5 ay önce sağ MCA bifukasyonunda 5 mm anevrizma ve spontan SAK ile opere olduğu öğrenildi. Geliş vital bulgularında Kan Basıncı: 114/70 mm/Hg, Nabız: 71 atım/dk, Solunum Sayısı: 14/dk Ateş: 36 C°, satO2: %97 ölçüldü. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, GKS:15, bilinç açık, koopere, dezoryanteydi. Pupiller izokorik, bilateral pupil IR pozitif, ense sertliği yoktu. Her iki alt ekstremitede kas gücü 3/5 olarak değerlendirildi. Hastanın çekilen beyin bilgisayarlı tomografisinde (BT) (Görsel 1,2,3); Bilateral frontal bölgede ve sol parietal parankiminde yaygın pnömoşefali ile uyumlu görünüm izlendi. Sağ frontotemporalde kraniyektomi izi mevcuttu. Hastanın beyin sinir cerrahisi servisine takip amaçlı yatırıldı.

SONUÇ

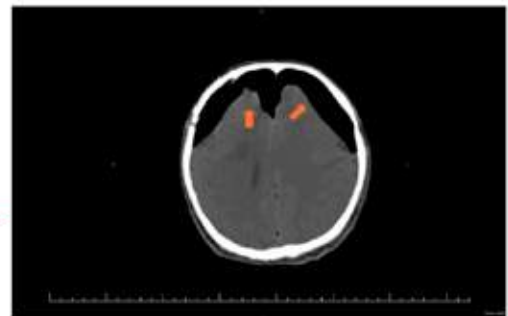
Pnömoşefali, genellikle erken dönem oluşmakla beraber, intrakraniyal girişimin geç dönemlerinde de ortaya çıkabilir. Bu nedenle kraniyal girişim öyküsü olan hastaların uzun dönem yakın takipleri gerekir. Ayrıntılı nörolojik muayene ve Beyin BT görüntüleme bu komplikasyonu değerlendirmede yardımcı olabilir.

Anahtar kelimeler: Pnömoşefali, tomografi, inkontinans
Kaynaklar

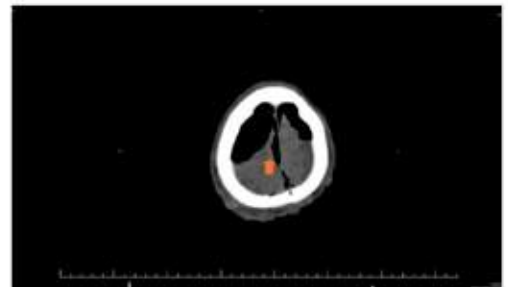
1. Şekerci Z, Kılıç C, Taşkın Y, Gül B, Erdem H, Yüksel M Pnömoşefali; tanı ve tedavisi. Türk Nöroşir Derg 1990;1:115-121.
2. Cihangiroğlu M, Ünal B, Özdemir H, Yıldırım H, Oğur E: Pnömoşefali. Türk Tanısal ve Girişimsel Radyoloji Derg. 9; 1- 5, 2003
3. Kankane VK, Jaiswal G, Gupta TK. Posttraumatic delayed tension pneumocephalus: Rare case with review of literature. Asian J Neurosurg 2016;11(4):343-7Radyoloji 2003;9:31-5



Görsel 1: Pnömoşefali



Görsel 2: Mount Fuji Sign



Görsel 3: Mount Fuji Sign



TAM METİNLER

ACIL TIP: İSİM DEĞİŞİKLİĞİ ZAMANI GELDİ Mİ?

Sinan Yıldırım¹

1: T.C. Sağlık Bakanlığı, Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi Acil Servisi, Çanakkale, Türkiye

Bilimsel bilgi birikiminin ve buna bağlı olarak teknolojinin son on yıllardaki hızlı artışının tıbbı yansıması uzmanlık dallarının da çeşitlenmesine neden olmaktadır. Evliya Çelebi'nin göz hekimleri, cerrahlar ve hekimler olarak yaptığı sınıflama günümüzde oldukça genişlemiş ve birçok ana ve yan dal uzmanlıkları yapılandırılmıştır.

Uzmanlıkla ilgili yasal düzenlemeler son değişikliğe kadar Türkiye'deki sağlık uygulamasının temel yasalarından olan 14 Nisan 1928 tarihinde 863 sayılı Resmî Gazete 'de yayınlanarak yürürlüğe giren ve halen yürürlükte olan 1219 sayılı Tababet ve Şu'abâtı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun'un 9. Maddesine dayanılarak çıkarılan tüzüklerle yapılmıştır. Tüzüklerin de yasalar gibi Resmî Gazete 'de yayınlanma zorunluluğu nedeniyle bu çalışmada Cumhuriyet Dönemi'ne ait tüm Resmî Gazete verileri taranarak uzmanlık alanlarının çeşitliliği gözden geçirilmiştir (Tablo 1).

SERİVİYAT İHTİSASLARI	LABORATUVAR İHTİSASLARI	HİFZISSİHHA İHTİSASI
Emrazı dâhiliye	Bakteriyoloji	
Emrazı hariciye (Operatörlük)	Teşrihi marazî (Tıbbî Patoloji)	
Emrazı aklıye ve esabiye	Kimyayî tıbbî	
Emrazı Enfiye, Üzriye ve Hançereviye (KBB)	Tababeti rubiye ve Adliye (Adli Tıp)	
Emrazı ayniye (Göz)	Radyoloji	
Emrazı Cildiye ve Zühreviye	Hikemî tedavî (Fizik Tedavî)	
Emrazı etfâî (Çocuk)		
Fenni vilâde ve Emrazı Nisaiye (Kadın Doğum)		
Emrazı Beviye		

Cumhuriyetin ilk döneminde 16 olan tıpta uzmanlık sayısı günümüzde 43 ana dal ve 61 yan dal uzmanlıkları olmak üzere değişim göstermiştir. Geçmişten günümüze eklenen uzmanlık alanları olduğu gibi kaldırılan uzmanlık alanları da olmuştur. Tıpta uzmanlık dalları, bilimsel gelişmeler, sağlık gereksinimleri ve ülkede geçerli olan sağlık politikalarına paralel olarak değişim göstermektedir (Tablo 2).

YENİDEN İSİMLENDİRİLEN DALLAR	YENİ UZMANLIK ALANLARI	KALDIRILAN UZMANLIK ALANLARI
Alerjik göğüs hastalıkları	Geriatri	Çocuk endokrinolojik ve metabolizma hastalıkları
Enfeksiyon hastalıkları	Yoğun Bakım	Onkolojik cerrahi
Psikiyatri	Çocuk metabolizma	Tıbbi ekoloji ve hidroklimaloloji
Çocuk gastroenteroloji, hepatoloji ve beslenme	Çocuk endokrinolojisi	Askeri hijyen
Dermatoloji	Çocuk enfeksiyon hastalıkları	Jinekopatoloji
Fiziksel tıp ve rehabilitasyon	Neonatoloji	Fizyopatoloji
Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi	Çocuk genetik	Tıp tarihi ve deontoloji
Radyoloji	Çocuk göğüs hastalıkları	
Tıbbi biyokimya	Çocuk ürolojisi	
Tıbbi mikrobiyoloji	Çocuk kalp damar cerrahisi	
Sualtı hekimliği ve hiperbarik tıp	Çocuk yoğun bakım	
	ET cerrahisi	
	Androloji	
	Üreme endokrinolojisi ve infertilite	
	Perinatoloji	
	Algoloji	
	Nöroradyoloji	
	Girişimsel radyoloji	
	Pediyatrik radyoloji	
	Klinik sitogenetik	
	Klinik moleküler genetik	
	Klinik genetik	
	Acil tıp	
	İşyeri hekimliği	
	Toksikoloji	

ACIL TIP:

Acil tıp için birçok tanımlama mevcuttur. Bunlar arasında;

- “İnsan sağlığının hayatı derecede etkilenmesi ve bu durumdan en hızlı şekilde normale dönme adına yapılan tüm uygulamaları kapsayan acil sağlık hizmeti”,
- “Tüm yaş gruplarındaki hastaları etkileyen hastalık ve yaralanmaların akut ve acil yönlerinin önlenmesi, tanısı ve yönetimi için gerekli olan, epizodik, farklılaşmamış fiziksel ve davranışsal bozuklukların tam bir spektrumu olan bilgi ve becerilere dayanan bir uygulama alanı”,
- “Zamanın kritik olduğu bir uzmanlık alanıdır. Acil Tıp pratiği, hastane öncesi ve hastane içi triyaj, resüsitasyon, ilk değerlendirme ve acil vakaların taburcu olana veya başka bir doktor veya sağlık uzmanının bakımına nakledilene kadar yönetilmesini kapsayan klinik,
- Dr. Judith Tintinalli'nin CORD Academic Assembly 2019'de söylediği gibi “Her bozukluğa, her yaş grubunda, her gün ve saatte, ücretini ödeyebilsin veya ödeyemesin” bakan anabilim dalı gibi tanımlamalar mevcuttur.

DÜNYA'DA ACIL TIP

- 1966 “kaza ile oluşan ölüm ve sakatlıkların modern toplumun ihmal edilen en büyük sorunu olduğunu” anlatan bir rapor (Vietnam'da yaralanan bir askerin New York'ta vurulan bir sivilden daha çok yaşama şansı olduğundan bahsedilmiştir) ile acil hastalıkların tanınması, tedavisi ve izlenmesi için ‘acil odaları’ düzenlenmesi ve akredite edilmesi önerildi
- 1970'te ilk uzmanlık eğitimi (asistanlık) programı Cincinnati, Ohio'da başlatıldı.

TÜRKİYE'DE ACIL TIP

- 1985: İlk kez Sağlık Bakanlığı tarafından 077 Hızır Acil Servis olarak Ankara, İstanbul ve İzmir büyükşehir belediyelerinin ambulans, teknik alt yapı, şoför ve maddi destek vermesi, Sağlık Bakanlığının hekim ve tıbbi malzeme desteği ile Türkiye'de kullanılmış ve şimdiki acil sağlık hizmetlerinin temelleri atılmıştır.
- 1991: Hastane öncesi hizmetlerde 077 Hızır Acil'den “112 Acil Yardım ve Kurtarma” ya geçildi.
- 1993: Bakanlar Kurulu'nun 12 Nisan 1993 tarihli kararı, 30 Nisan 1993 tarih ve 21567 sayılı Resmî Gazete 'de 93/4270 karar sayısı ile yayınlanarak İlk ve Acil Yardım yeni bir uzmanlık dalı oldu.
- Kuruluşunda 3 yıllık bir ana dal olarak tanımlanan İlk ve Acil Yardım 24 ay ana dal 18 ay rotasyon şeklinde planlanmıştır. Aynı yıl Türkiye'de iki Acil Tıp Anabilim Dalı kurulmuştur (Dokuz



TAM METİNLER

Eylül Üniversitesi ve Fırat Üniversitesi).

- 2000: "Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği" çıkarıldı.
- 2002: Resmî Gazete 'de yayınlanan Tıpta uzmanlık Tüzüğü ile uzmanlık ana dalının adı Acil Tıp olarak değiştirildi. İhtisasın süresi 5 yıla çıkarıldı. Anabilim Dalı sayısı 17'dye yükseldi.

ACIL TIP VE TIBBİ TOKSİKOLOJİ

Tıbbi Toksikolojinin yan dal olarak tanımlanması Amerikan Tıbbi Toksikoloji Kurulu'nun (ABMT) kurulmuş tarihi olan 1974'te gerçekleşti. Amerikan Tıpta Uzmanlık Kurulu (ABMS) tarafından ise Acil Tıbbın yan dalı olarak 1992 yılında kabul edildi. 1999'da ise Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi (ACGME) tıbbi toksikoloji alanında resmi olarak tanınan lisansüstü eğitimi onayladı ve 2013 yılına kadar farklı üniversitelerde yaklaşık 29 adet eğitim programı açtı. Tıbbi toksikoloji alanında acil tıp uzmanları ağırlıklı olmak üzere pediatri, dahiliye gibi diğer branşlara da bu yan dal eğitiminden yararlanma hakkı sağlandı.

TIBBİ TOKSİKOLOJİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ

2022 yılında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi bünyesinde Acil Tıp Kliniği Sorumlusu Dr. Ramazan Güven ve Tıbbi Toksikoloji Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlusu Dr. Aynur Şahin tarafından zehirlenme vakalarına daha etkin müdahale için son teknolojik ve tıbbi donanıma sahip 16 yataklı, Türkiye'nin ilk Tıbbi Toksikoloji Yoğun Bakım Ünitesi hizmete açıldı.

PEDİATRİK ACIL TIP

Acil servis başvuruları sınırlandırılmaz, her yaş grubundan hasta günün 24 saati her türlü yakınma ile başvurabilir. Çocuk hastalar için çocuk acil servisleri bu amaçla hizmet vermektedir. Ülkemizde halen çocuk hastalara, özellikle acil servislerde ya pratisyen hekimler ya da Acil Tıp uzmanları hizmet vermektedir. Özellikle daha kritik durumlardaki vakalara halen Acil Tıp uzmanları müdahale ediyor. Bu durum günümüzde Dünya'da birçok ülkede de benzer şekilde yürütülmektedir. Çocuk hastalıkları uzmanı ve yan dal uzmanı sayısı acil servislerdeki çocuk hastalarının tümüne bakacak kapasitede olmadığı için, hekimler ve Acil Tıp uzmanları bu hizmetin içinde mutlaka bulunmak zorundadır.

Ülkemizde 30 yıllık bir emek sonucunda 2009 yılında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı altında bir yan dal olarak kabul edilmiştir.

GERİATRİK ACIL TIP

Nüfusun artmasıyla birlikte artık toplumumuzda giderek geriatri yaş grubuna sahip olmaktadır. Bu nedenle acil servislere sıkça başvuran bu yaş grubu hastalar için acil servislerin geriatrik aciller için de planlanması ve sık sık eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

HİBRİD ACIL SERVİS SİSTEMİ

Ciddi travma hastalarının yönetimini kolaylaştırmak ve sağ kalımı arttırmak amacıyla ilk kez 2011 yılında Japonya'da yeni bir acil servis yapılanması oluşturuldu. Hibrid acil servis sistemi (HERS) adı verilen bu yeni sistemde; tek bir resüsitasyon odasında BT, girişimsel radyoloji ve ameliyathane şartlarına hastanın başka bir alana transferine gerek kalmadan hızlıca ulaşılabilmesi amaçlandı. Bu sayede travma hastalarının acil servise gelişi ile tanı ve kritik tedavilerin başlaması arasındaki süre en aza indirildi ve bu durumun prognoza olumlu etkisi gösterildi. Endovasküler tedaviler, anjiyoembolizasyon, aortun resüsitatif endovasküler balon oklüzyonu (REBOA) ve ekstrakorporal membran oksijenizasyonu (ECMO) benzeri girişimsel işlemler ile torakotomi ve burrhole kraniotomi gibi acil müdahalelerin acil serviste hasta transportu olmadan yapılabilmesi travma yönetiminde yeni bir dönemi açtı ve HERS sayısı Japonya'da 11'e ulaştı

KRİTİK YOĞUN BAKIM

Acil servise başvuran kritik hasta grubu yoğun ve zamana bağlı tedaviye ihtiyaç duyduğu için hızlı ve etkili bir şekilde teşhis edilmelidir. Bu durum acil tıp uzmanının, hafiften ciddiye çok geniş ölçekte bir hasta grubunu yönetirken enerjisini doğru kullanmasını engellemektedir. Acil serviste kritik hastaların yönetimi zamana duyarlıdır. Ancak yoğun bakım ünitelerindeki yoğunluk bu hastaların uzun süre acil servislerde kalmasına neden olmaktadır. Kritik Bakım Ünitesinde agresif tedavi ile 4 ila 6 saat içerisinde hastanın stabilizasyonu ve yakın takibi sağlanabilmektedir. Kritik bakım ünitesinde sunulan kaliteli medikal ve cerrahi bakım ile genel Yoğun Bakım Ünitesine yatış ihtiyacı azalmaktadır. Bu nedenle acil servis bünyesinde Kritik Bakım birimi kurulmalıdır.

YAPAY ZEKÂ VE ACIL TIP

Bugüne kadar yapay zekâ ile yapılmış Acil Tıp alanını ilgilendiren çalışmalar Tablo 3'te özetlenmiştir.

Acil tıp alanındaki çalışma konusu	Kullanım amacı	Algoritma	Sonuçlar
Taburculuk	Yatış ihtiyacı tahmini	(Ensemble)XGBoost	AUC:92
		(Ensemble)Gradient Boosted Machines	AUC:85
	YBU İhtiyacı tahmini	(Ensemble)Gradient Boosted Machines	AUC:76
	Hastane içi mortalite tahmini	(Nöral sinir ağları) Uzun kısa dönem hafıza	AUC:94
	Kalış süresi tahmini	Lojistik Regresyon	AUC:93
Triyaj	Triyaj klasifikasyonu	Karar ağaçları	Accuracy %84
		Destek vektör makineleri	Accuracy %84
		Random Forest	AUC 0.73-0.92
		Naive Bayes Sınıflandırıcı	Accuracy %87,9-86,9
		Ensemble-Karar ağaçları (Boosted ensembles of decision trees)	AUC 0.72-0.87
Hastalık	Akut böbrek yetmezliği tahmini	Logistik regresyon	AUC 0.77 AUC 0.74
		Ensemble-Gradient Boosting Machine	AUC 0.73-0.97
		Derin öğrenme	Accuracy 99.1
		Naive Bayes	AUC 0.92-0.93
		Bayes ağ sınıflandırıcıları	AUC 0.79
	Sepsis	Gradient tree boosting	AUC 0.87-0.92
		Destek vektör makineleri	AUC 0.86
	KOA ve Astım tahmini	Random forest	C-STAT 0.84
		Logistik regresyon	Accuracy 89.1
		Naive Bayes	Accuracy 70.7%
	Üriner enfeksiyon tahmini	Karar ağaçları	AUC 0.83
		Extreme gradient boosting	AUC:0.90
Apandisit sınıflandırma	Apandisit sınıflandırma	Kural tabanlı sınıflandırma	AP: 0.86



TAM METİNLER

GİZEMLİ TIP

Acil tıbbın dünya çapındaki durumu göz önüne alındığında, eşanlamlı kalabalıklaşma ve ahlaki sıkıntı sorunlarıyla birlikte, acil tıbbın ve kendimizi nasıl tanımladığımızın acilen yeniden markalanması gerektiğini öneriyorum. Bu, acil hekimleri olarak mesleki kimliğimizi incelemeye yönelik önceki çağrılarla uyumludur. İsim değişikliği, zamandaki değişime uyum sağlamak ve genel işgücünü yeniden canlandırmak için uygundur. Artık acil tıp ve acil hekimleri yerine, “Gizemli Tıp” ve “Gizemli Departman”da çalışan “Gizemli Doktorlar” olarak anılmamız gerekiyor.

PEKİ ŞİMDİ...

ACİL TIP: İsim değişikliği zamanı geldi mi?

“Acil Tıp” ifadesinin isim değişikliği gerekip gerekmediği konusunda çeşitli faktörler göz önünde bulundurulabilir.

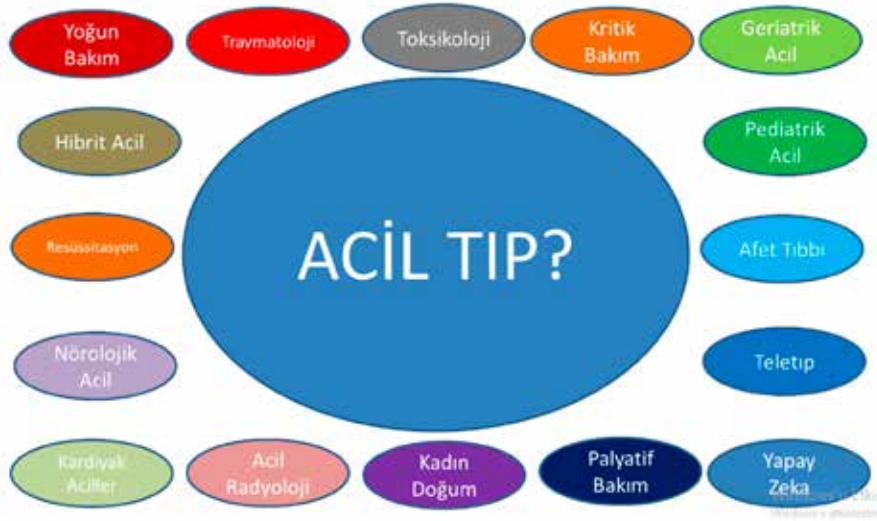
HİZMET KAPSAMI VE ANLAM: Acil tıp alanında sunulan hizmetler, akut ve kritik hastalıkların yanı sıra acil müdahaleyi gerektiren durumları da kapsamaktadır. İsim değişikliği, bu hizmetlerin geniş kapsamını daha iyi yansıtabilir mi? Örneğin, “Acil ve Kritik Bakım Tıbbi” gibi bir isim, hem acil hem de kritik durumları kapsadığını belirtebilir.

TOPLUM VE HASTA ALGISI: Mevcut isim, toplum ve hastalar tarafından nasıl algılanıyor? Daha açıklayıcı veya kapsamlı bir isim, halkın acil tıbbın neyi kapsadığını daha iyi anlamasına yardımcı olabilir mi?

PROFESYONEL KİMLİK VE EĞİTİM: Acil tıp uzmanları ve sağlık profesyonelleri, mevcut isimden memnun mu? Eğitim ve uzmanlık alanında isim değişikliği, mesleki kimliği ve alanın prestijini nasıl etkiler?

ULUSLARARASI UYUM: Diğer ülkelerde benzer hizmetler için hangi terimler kullanılıyor? Uluslararası alanda daha uyumlu bir isim, bilgi ve deneyim paylaşımını kolaylaştırabilir mi?

YASAL VE DÜZENLEYİCİ ÇERÇEVE: İsim değişikliği, yasal ve düzenleyici düzenlemeler açısından ne tür etkiler yaratır? Bu tür bir değişiklik, sağlık sisteminde nasıl uygulanabilir?



KAYNAKLAR

- İzgi MC, Çoban M. Tıpta Uzmanlık Dallarının Cumhuriyet Dönemindeki Değişimi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. Nisan 2014;4(1):26-37.
- Wikipedia: https://tr.wikipedia.org/wiki/Acil_tıp
- 30 Nisan 1993 tarihli Resmi Gazete
- Acilci.Net- Serbest Açık Erişimli Acil Tıp Eğitim Kaynağı- <http://acilci.net/>
- Wong, L.Y. Enigmatic Medicine: a proposed rebranding of emergency medicine. Can J Emerg Med 25, 547–549 (2023). <https://doi.org/10.1007/s43678-023-00519-w>
- Genç Yavuz B, Çolak Ş. Neden acil servis hibrit modeli? Söğüt Ö, Çolak Ş, Kapçı M, Güven R, editörler. Hibrit Acil Servis Modeli. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.1-3.



TAM METİNLER

TOKSİDROMLAR: TOKSİK SENDROMLARIN TANINMASI VE YÖNETİMİ

Başasistan Doktor Kaan Yusufoğlu

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toksidromlar, belirli bir toksik maddeye maruz kalma sonucunda ortaya çıkan klinik belirtiler ve semptomlar topluluğudur. Bu belirtiler, bir zehirlenme veya aşırı doz vakasında tanısız ipuçları sağlayarak sağlık profesyonellerinin doğru tedavi ve yönetim stratejilerini belirlemesine yardımcı olur. Toksidromlar, zehirlenme tanısında kritik öneme sahiptir ve genellikle birkaç ana grupta sınıflandırılır: antikolinerjik, kolinerjik, semptomimetik, opioid ve sedatif-hipnotik toksidromlar.

ANTİKOLİNERJİK TOKSİDROM

Antikolinerjik toksidrom, parasempatik sinir sisteminin inhibisyonu ile karakterizedir. Bu durum, birçok ilaç ve bitkisel maddenin (örneğin, atropin, difenhidramin ve belli mantar türleri) aşırı alımı sonucu ortaya çıkabilir. Antikolinerjik ilaçların asetilkolin reseptörlerine affinitesi vardır ve muskarinik/nikotinik reseptörleri antagonize ederler. M1-M2-M3 muskarinik reseptörleri üzerinden sistemlere etkileri ön plandadır. M1 enterik sinir sistemi ve santral sinir sistemi m2 kalp, m3 duz kas kasılmasını ve ekzokrin bez sekresyonunu. Gastrointestinal sistme motilitesini artırır. Bronkokonstrüksiyon önemli bir klinik bulgudur. Antikolinerjik toksidrom belirtileri arasında kuru cilt ve mukoz membranlar, midriyazis (genişlemiş pupiller), taşikardi, hipertermi, barsak seslerinin azalması ve idrar retansiyonu bulunur. Klinik olarak, hastalar “kuru, sıcak, kızamık, deliryant ve kör” olarak tanımlanabilir. Tedavi, genellikle destekleyici bakım ve gerekirse fizostigmin gibi antidotların kullanımını içerir. Fizostigmin asetikolinesterazı inhibe eder. 0.5 – 2 mg iv 5 dakika içerisinde yavaş puşe olarak verilir ve arzu edilen klinik sonuçlar gözlemlenene kadar her 10 dakikada bir tekrar edilir. Geniş QRS’li EKG’si olan TCA zehirlenmesinde fizostigmin verilmesini takiben asistoli vakaları bildirilmiştir. Kontrendikasyonları içerisinde bradikardiler, intraventriküler ve AV blok ve bronkospazm bulunmaktadır. Bunun nedeni, aşırı dozda kolinerjik toksisite ortaya çıkartmasıdır.

KOLİNERJİK TOKSİDROM

Kolinerjik toksidrom, aşırı asetilkolin birikimi ile oluşur ve tipik olarak organofosfatlar ve karbamat pestisitler gibi maddelerle ilişkilidir. Bu toksidromda, SLUDGE (salivasyon, lakrimasyon, uriner inkontinans, defekasyon, gastrointestinal kramplar ve emezis) belirtileri görülür. Ayrıca, miyozi (küçülmüş pupiller), bradikardi, bronkore ve kas faskülasyonları gibi semptomlar da yaygındır. Tedavi, atropin ve pralidoksim gibi antidotların yanı sıra, destekleyici tedaviyi de içerir.

SEMPATOMİMETİK TOKSİDROM

Semptomimetik toksidrom, katekolaminlerin (adrenalin ve noradrenalin) aşırı aktivasyonu ile karakterizedir. Bu durum, amfetaminler, kokain ve diğer uyarıcı maddelerden kaynaklanabilir. Belirtiler arasında taşikardi, hipertansiyon, midriyazis, terleme, hipertermi ve ajitasyon bulunur. Hastalar genellikle aşırı enerjik ve uyarılmış görünür. Tedavi, genellikle destekleyici bakım ve benzodiazepinler gibi spesifik ilaçların kullanımını içerir. Eskiden kontrendike kabul edilmesine rağmen taşikardi tedavisinde seçilmiş vakalarda beta bloker ajanların kullanımı da uygun olabilmektedir.

OPIOİD TOKSİDROM

Opioid toksidrom, merkezi sinir sistemi depresyonu, solunum depresyonu ve miyozi ile karakterizedir. Opioid aşırı dozları, morfin, heroin, oksikodon ve diğer opioidlerin alımı ile ilişkilidir. Klinik belirtiler arasında bilinç bulanıklığı, solunum sıkıntısı ve pupillerin belirgin şekilde küçülmesi bulunur. Opioid zehirlenmelerinde, nalokson gibi opioid antagonistleri hayat kurtarıcı olabilir ve solunum fonksiyonlarını hızla geri kazandırabilir.

SEDATİF-HİPNOTİK TOKSİDROM

Sedatif-hipnotik toksidrom, benzodiazepinler, barbitüratlar ve diğer sedatif maddelerle ilişkilidir. Bu toksidrom, merkezi sinir sistemi depresyonu, solunum depresyonu ve genellikle hipotansiyon ile karakterizedir. Klinik belirtiler arasında uyku hali, konuşma bozukluğu, ataksi ve konfüzyon bulunur. Tedavi genellikle destekleyici bakım ile sınırlıdır, ancak bazı durumlarda flumazenil gibi antidotlar kullanılabilir.

SONUÇ

Toksidromlar, akut zehirlenme vakalarının tanı ve yönetiminde kritik öneme sahiptir. Hızlı ve doğru tanı konulabilmesi için sağlık profesyonellerinin bu sendromları iyi bilmesi gerekir. Her bir toksidromun kendine özgü belirtileri ve tedavi yöntemleri vardır, bu yüzden zehirlenme durumlarında hasta öyküsü ve klinik bulgular dikkatle değerlendirilmelidir. Bu sayede, etkili ve zamanında müdahalelerle hasta sağlığı korunabilir ve iyileştirilebilir.

KAYNAKLAR

1. Rosen’s Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice Volume Set 10th Edition
2. Goldfrank’s Toxicologic Emergencies, Eleventh Edition 11th Edition