

3 TATD

Kurs Günleri Kongresi

27 - 30 MART 2019, TITANIC DELUXE BELEK



**PROGRAM ve
BİLDİRİ KİTABI**

DAVET

Değerli meslektaşlarımız,

Türkiye Acil Tıp Derneği tarafından ilk ikisini yüksek katılım ve memnuniyetle tamamladığımız TATD Kurs Günleri Kongresi'nin üçüncüsünü 27-30 Mart 2019 tarihleri arasında Titanic Deluxe Belek Hotel'de gerçekleştiriyoruz.

Önceki kurslarımızda ilgi gören ve devamını dilediğiniz kurslar ile sizlere önemli katkılar sağlayacağını düşünerek belirlediğimiz 30 farklı kursa gelen 500'ün üzerinde talep bizlerin kurs kongremizin devamlılığı konusunda ne kadar doğru bir karar verdiğimizizi doğruladı.

Öncelikle bu kursların düzenlenmesinde en büyük paya sahip olan kurs eğitmenlerimize, gösterdiğiniz yoğun ilgi ve talep için siz değerli katılımcılarımıza, desteklerini artarak devam ettiren sponsor firmalarımıza çok teşekkür ediyoruz.

Yoğunluğa ve yorgunluğa alışkın acil tıp camiası olarak bilimsel ve teorik açıdan böylesine yoğun programda keyifli bir toplantı geçireceğimize inanıyoruz.

TATD olarak yeniliklere her zaman beraberce ve daha da büyüyerek imza atmak dileği ile.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Ersin AKSAY

TATD Yönetim Kurulu Başkanı

KURULLAR



YÖNETİM KURULU

Başkan

Ersin AKSAY

Başkan Yardımcısı

Hakan TOPAÇOĞLU

Genel Sekreter

Bülent ERBİL

Sayman

Serkan YILMAZ

Üyeler

Başak BAYRAM

Özgür ÇEVİRİM

Orhan ÇINAR

Özlem DİKME

Recep DURSUN

Serkan Emre EROĞLU

Süleyman TÜREDİ

2019 TATD KURS GÜNLERİ KONGRESİ DÜZENLEME KURULU

Kongre Başkanı

Ersin AKSAY

Kongre Genel Sekreteri

Orhan ÇINAR

Neşe ÇOLAK ORAY

Süleyman TÜREDİ

Düzenleme Kurulu

Gürkan ALTUNTAŞ

Melih İMAMOĞLU

Bilimsel Kurul

Neşe ÇOLAK ORAY

Bülent ERBİL

Serkan Emre EROĞLU

Cem ERTAN

Erkan GÖKSU

Nuri KARABAY

Mutlu KARTAL

Zeynep KEKEÇ

Önder LİMON

M. Ruhi ONUR

Nurettin ÖZGÜR DOĞAN

Gül PAMUKÇU GÜNAYDIN

Murat PEKDEMİR

Serkan ŞENER

Hakan TOPAÇOĞLU

Süleyman TÜREDİ

İlhan UZ

Aslıhan YÜRÜKTÜMEN ÜNAL

Murat YEŞİLLARAS

Özlem YİÇİT

Nurdan ERGÜN ACAR
Funda KARBEK AKARCA

Ersin AKSAY

Erhan AKPINAR

Özge Duman ATİLLA

Barış Murat AYWACI

Başak BAYRAM

Yıldıray ÇETE

Murat ÇETİN

Erdem ÇEVİK

Orhan ÇINAR

İÇİNDEKİLER

KURS DETAYLARI

KURS İÇERİKLERİ

SÖZLÜ BİLDİRİLER

POSTER BİLDİRİLER

SPONSORLARIMIZ



KURS DETAYLARI

İçindekiler sayfasına geri dönmek için "**KURS DETAYLARI**" butonuna tıklayabilirsiniz.

KURS DETAYLARI

**2. BASAMAKTA OLGULARLA
ACİL YÖNETİM KURSU 1-2**

28 Mart 14:00-17:30 | 29 Mart 14:00-17:30

Koordinatör: Yıldırım Çete

Eğitmenler: Ersin Aksay, Erkman Sanrı, Serkan Yılmaz

SALON 13

**ACİL ABDOMİNAL BT
GÖRÜNTÜLEME KURSU**

28 Mart 14:00-17:30 | 29 Mart 09:00-12:30

Koordinatör: M. Ruhi Onur, Bülent Erbil

Eğitmen: Ali Batur

SALON 3

ACİL TIPTA KIRMIZI BAYRAKLAR KURSU

27 Mart 14:00-17:30 | 28 Mart 14:00-17:30

29 Mart 14:00-17:30

Koordinatör: Hakan Topaçoğlu

Eğitmen: Özgür Karcıoğlu

SALON 1

**ACİL TIPTA KIRMIZI BAYRAKLAR
TRAVMA KURSU**

28 Mart 09:00-12:30 | 29 Mart 09:00-12:30

30 Mart 09:00-12:30

Koordinatör: Serkan Emre Eroğlu

Eğitmenler: Filiz Baloğlu, Yusuf Ali Altuncı

SALON 1

ACİL TORAKS BT GÖRÜNTÜLEME KURSU

27 Mart 14:00-17:30 | 28 Mart 09:00-12:30

Koordinatör: Erhan Akpınar, Bülent Erbil

Eğitmen: Ali Batur

SALON 3

AKCİĞER USG KURSU

27 Mart 14:00-17:30 | 29 Mart 14:00-17:30

Koordinatör: Nurdan Ergün Acar

Eğitmenler: Özlem Dikme, Davut Kaplan

SALON 14-15

KURS DETAYLARI

ARAŞTIRMA PLANLAMA KURSU

29 Mart 14:00-17:30

Koordinatör: Nurettin Özgür Doğan

Eğitmenler: Haldun Akoğlu, Şeref Kerem Çorbacıoğlu

SALON 11

ASİT BAZ BOZUKLUĞU VE AKG DEĞERLENDİRME KURSU

27 Mart 14:00-17:30 | 28 Mart 14:00-17:30

29 Mart 14:00-17:30

Koordinatör: İlhan Uz

Eğitmenler: Enver Özçete, Turgay Yılmaz Kılıç

SALON 12

BATIN USG KURSU

28 Mart 09:00-12:30 | 28 Mart 14:00-17:30

29 Mart 09:00-12:30 | 30 Mart 09:00-12:30

Koordinatör: Aslıhan Yürüktümen Ünal, Nurdan Ergün Acar

Eğitmenler: Özgür Dikme, Yunus Emre Özlüer

SALON 14-15

ECMO KURSU

29 Mart 14:00-17:30

Koordinatör: Erhan Göksu

Eğitmen: Salih Özçobanoğlu

SALON 8

EKG DİSRİTMİ KURSU

28 Mart 09:00-12:30 | 30 Mart 09:00-12:30

Koordinatör: Ersin Aksay

Eğitmenler: Sinem Avcı, Burcu Demirdöven

SALON 13

EKG ZOR TANILAR KURSU

27 Mart 14:00-17:30 | 28 Mart 14:00-17:30

29 Mart 14:00-17:30

Koordinatör: Mutlu Kartal

Eğitmenler: Derya Abuşka, Dilek Durmaz

SALON 10

KURS DETAYLARI

EKO KURSU

28 Mart 09:00-12:30 | 28 Mart 14:00-17:30

29 Mart 09:00-12:30 | 30 Mart 09:00-12:30

Koordinatör: Funda Karbek Akarca, Murat Yeşilaras

Eğitmenler: Ekrem Musalar, Adnan Yamanoglu

SALON 2

GERİATRİK ACİLLER KURSU

27 Mart 14:00-17:30 (SALON 5)

29 Mart 09:00-12:30 (SALON 10)

Koordinatör: Murat Çetin

Eğitmenler: Arzu Denizbaşı, Cem Oktay, Özlem Köksal

SALON 5-10

HFO2- NIMV KURSU

27 Mart 14:00-17:30 | 28 Mart 14:00-17:30

29 Mart 14:00-17:30

Koordinatör: Neşe Çolak Oray

Eğitmenler: Ebru Ünal Akoğlu, Ali Kaan Ataman

SALON 4

İKYP KURSU 1-2

28 Mart 2019 09:00-12:30 | 28 Mart 2019 14:00-17:30

Koordinatör : Gül Pamukçu Günaydın

Eğitmenler: Ayhan Özhasenekler, Çağdaş Yıldırım
Yunus Emre Arık

SALON 5

İLERİ HAVAYOLU KURSU

27 Mart 14:00-17:30 | 28 Mart 14:00-17:30

29 Mart 14:00-17:30

Koordinatör: Barış Murat Ayvacı

Eğitmenler: Mustafa Yazıcıoğlu, Volkan Arslan
Alp Giray Aydın

SALON 7

KRİTİK HASTA BAKIM KURSU

28 Mart 09:00-12:30 | 29 Mart 09:00-12:30

30 Mart 09:00-12:30

Koordinatör: Özge Duman Atilla

Eğitmenler: Müge Günalp Eneyli, Gökçe Özbay Yenice

SALON 12

KURS DETAYLARI

MAKALE YAZMA KURSU

28 Mart 09:00-12:30 | 29 Mart 09:00-12:30

Koordinatör: Orhan Çınar

Eğitmenler: Süleyman Türedi, Gökhan Aksel

SALON 11

MEKANİK VENTİLYASYON KURSU

28 Mart 09:00-12:30 | 29 Mart 09:00-12:30

30 Mart 09:00-12:30

Koordinatör: Başak Bayram

Eğitmenler: Ahmet Oğuzhan Küçük, Emre Şancı

SALON 4

NÖROGÖRÜNTÜLEME KURSU

29 Mart 14:00-17:30 | 30 Mart 09:00-12:30

Koordinatör: Nuri Karabay

Eğitmen: Canan Altay

SALON 3

ORTOPEDİK GİRİŞİMLER KURSU

27 Mart 14:00-17:30 | 28 Mart 14:00-17:30

29 Mart 14:00-17:30

Koordinatör: Önder Limon

Eğitmenler: Gülsüm Limon, Deniz Oray

SALON 6

PERİFERİK SİNİR BLOĞU KURSU

29 Mart 09:00-12:30 | 29 Mart 14:00-17:30

30 Mart 09:00-12:30

Koordinatör: Özlem Yiğit

Eğitmenler: Salahi Engin, Aydan Şenfer

SALON 9

SPSS KULLANIMI KURSU

27 Mart 14:00-17:30 | 28 Mart 14:00-17:30

Koordinatör: Murat Pekdemir

Eğitmenler: Haldun Akoğlu, Şeref Kerem Çorbacıoğlu

SALON 11

KURS DETAYLARI

**TAKTİK ALANDA ACİL
TIBBİ MÜDAHALE KURSU**

28 Mart 09:00-12:30 | 30 Mart 09:00-12:30

Koordinatör: Erdem Çevik

Eğitmenler: Yahya Ayhan Acar, Orhan Çınar

SALON 6

TEMEL EKG KURSU

28 Mart 09:00-12:30 | 29 Mart 09:00-12:30

Koordinatör: Süleyman Türedi

Eğitmenler: Melih İmamoğlu, Gürkan Altuntaş

SALON 7

TIP HUKUKU KURSU

27 Mart 14:00-17:30 | 28 Mart 14:00-17:30

Koordinatör: Cem Ertan

Eğitmen: Vehbi Özaydın

SALON 8

TOKSİKOLOJİ KURSU

28 Mart 09:00-12:30 | 29 Mart 09:00-12:30

30 Mart 09:00-12:30

Koordinatör: Zeynep Kekeç

Eğitmenler: Ayça Açıkalin Akpınar, Ataman Köse
Erkman Sanrı

SALON 8

**VOLÜM DURUM DEĞERLENDİRME
KURSU**

27 Mart 14:00-17:30 | 29 Mart 14:00-17:30

Koordinatör: Murat Yeşilaras

Eğitmenler: Turgay Yılmaz Kılıç, Mehmet Ali Aslaner

SALON 2

**YARA KAPATMA TEKNİKLERİ
TEMEL VE İLERİ KURSU**

27 Mart 14:00-17:30 | 28 Mart 09:00-12:30

28 Mart 14:00-17:30

Koordinatör: Serkan Şener

Eğitmenler: Cem Gün, Hasan Aldınç

SALON 9

KURS İÇERİKLERİ

İçindekiler sayfasına geri dönmek için "**KURS İÇERİKLERİ**" butonuna tıklayabilirsiniz.

KURS İÇERİKLERİ

2. BASAMAKTA OLGULARLA ACIL YÖNETİM KURSU 1

SALON 13

28 Mart | 14.00-17.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Yıldray Çete

Eğitmenler

Dr. Yıldray Çete

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil AD.

Dr. Erkman Sanrı

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Ersin Aksay

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

Dr. Serkan Yılmaz

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Kardiyovasküler Olgular	Dr. Yıldray Çete Dr. Ersin Aksay Dr. Erkman Sanrı Dr. Serkan Yılmaz
Nörolojik Olgular	
Nontravmatik Abdominal Olgular	
Enfeksiyöz Olgular	
Üst Ekstremitte Travmaları ve Görüntüleme	

KURS İÇERİKLERİ

2. BASAMAKTA OLGULARLA ACİL YÖNETİM KURSU 2

SALON 13

29 Mart | 14.00-17.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Yıldray Çete

Eğitmenler

Dr. Yıldray Çete

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil AD.

Dr. Erkman Sanrı

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Ersin Aksay

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

Dr. Serkan Yılmaz

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Toksikolojik Olgular	Dr. Yıldray Çete Dr. Ersin Aksay Dr. Erkman Sanrı Dr. Serkan Yılmaz
Travma Olguları	
Pulmoner Olgular	
Obstetrik Olgular	
Alt Ekstremitte Travmaları Ve Görüntüleme	

KURS İÇERİKLERİ

ACİL ABDOMİNAL BT GÖRÜNTÜLEME KURSU

SALON 3

28 Mart | 14.00-17.30, 29 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. M. Ruhi Onur, Dr. Bülent Erbil

Eğitmenler

Dr. Bülent Erbil

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

Dr. M. Ruhi Onur

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD.

Dr. Ali Batur

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Genel Prensipler	Dr. M. Ruhi Onur Dr. Bülent Erbil
Travmatik Abdominal Aciller	Dr. M. Ruhi Onur Dr. Bülent Erbil Dr. Ali Batur
Non-Travmatik Abdominal Aciller	Dr. M. Ruhi Onur Dr. Bülent Erbil Dr. Ali Batur

KURS İÇERİKLERİ

ACIL TIPTA KIRMIZI BAYRAKLAR KURSU

SALON 1

27 Mart | 14.00-17.30, 28 Mart | 14.00-17.30, 29 Mart 14.00-17.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Hakan Topaçoğlu

Eğitmenler

Dr. Hakan Topaçoğlu

Düzce Üniversitesi Acil Tıp AD.

Dr. Özgür Karcıoğlu

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Red Flags, Pearls, Strategies	Dr. Hakan Topaçoğlu Dr. Özgür Karcıoğlu
Ne Yapmalı? Ne Yapmamalı?	Dr. Hakan Topaçoğlu Dr. Özgür Karcıoğlu
Acil Servis Sırları	Dr. Hakan Topaçoğlu Dr. Özgür Karcıoğlu
Pratik Uygulama	Dr. Hakan Topaçoğlu Dr. Özgür Karcıoğlu

KURS İÇERİKLERİ

ACIL TIPTA KIRMIZI BAYRAKLAR - TRAVMA KURSU

SALON 1

28 Mart | 09.00-12.30, 29 Mart | 09.00-12.30, 30 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Serkan Emre Eroğlu

Eğitmenler

Dr. Serkan Emre Eroğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Dr. Filiz Baloğlu Kaya

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Acil Tıp AD.

Dr. Yusuf Ali Altuncı

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Sor ve Yanıtla... Hastane Öncesi Süreç Yönetimi Saha Yönetimi, Triaaj, Monitorizasyon, Birliktelikler Atlanması Muhtemel vakalar, Kırmızı Bayraklar	Dr. Serkan Emre Eroğlu Dr. Yusuf Ali Altuncı Dr. Filiz Baloğlu Kaya
Sor ve Yanıtla... Hastane Süreç Yönetimi Birincil/İkincil Bakı, Çoklu Travma / İzole travma Tanı araçları, ilk ve Acil Yaklaşımlar, Kırmızı Bayraklar	
Salon Ne Diyor? Kanıtlar Ne Diyor?	
Kırmızı Bayraklık Notlar - Eve Götür	

KURS İÇERİKLERİ

ACIL TORAKS BT GÖRÜNTÜLEME KURSU

SALON 3

27 Mart | 14.00-17.30, 28 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Erhan Akpınar, Dr. Bülent Erbil

Eğitmenler

Dr. Bülent Erbil

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

Dr. Erhan Akpınar

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD.

Dr. Ali Batur

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Genel Prensipler	Dr. Erhan Akpınar Dr. Bülent Erbil
Travmatik Torakal Aciller	Dr. Erhan Akpınar Dr. Bülent Erbil Dr. Ali Batur
Non-Travmatik Torakal Aciller	Dr. Erhan Akpınar Dr. Bülent Erbil Dr. Ali Batur

KURS İÇERİKLERİ

AKCİĞER USG KURSU

SALON 14-15

27 Mart | 14.00-17.30, 29 Mart | 14.00-17.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Nurdan Ergün Acar

Eğitmenler

Dr. Nurdan Ergün Acar

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

Dr. Davut Kaplan

Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Acil Tıp Servisi

Dr. Özlem Dikme

Koç Üniversitesi Hastanesi Acil Tıp Servisi

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Temel Bilgiler, İntersitisyel Sendrom	Dr. Davut Kaplan
Akciğer Konsolidasyonu	Dr. Nurdan Ergün Acar
Plevra Ultrasonu ve Diyafram	Dr. Özlem Dikme
Uygulama	Tüm Eğitmenler

KURS İÇERİKLERİ

ARAŞTIRMA PLANLAMA KURSU

SALON 11

29 Mart | 14.00-17.30, 30 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Nurettin Özgür Doğan

Eğitmenler

Dr. Nurettin Özgür Doğan

Kocaeli Üniversitesi, Acil Tıp AD.

Dr. Şeref Kerem Çorbacıoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Dr. Haldun Akoğlu

Marmara Üniversitesi, Acil Tıp AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Kursun Tanıtımı	Dr. Nurettin Özgür Doğan
Hipotezin Kurulması ve Sonlanım Ölçütlerinin Belirlenmesi	Dr. Nurettin Özgür Doğan
Literatür Taraması & Pratik	Dr. Şeref Kerem Çorbacıoğlu
Temel Kavramlar: Dahil Etme, Dışlama, Yan Tutma Karıştırıcı Faktörler, Örneklem Büyüklüğü	Dr. Şeref Kerem Çorbacıoğlu
Araştırma Tipleri: Kesitsel ve Kohort Araştırmalar	Dr. Haldun Akoğlu
Araştırma Tipleri: Olgu Kontrol Çalışmaları	Dr. Haldun Akoğlu
Araştırma Tipleri: Randomize Klinik Çalışmalar	Dr. Nurettin Özgür Doğan
Araştırma Tipleri: Tanısal Değerlilik Çalışmaları	Dr. Şeref Kerem Çorbacıoğlu
Küçük Grup Pratiği	Dr. Nurettin Özgür Doğan

KURS İÇERİKLERİ

ASİT BAZ BOZUKLUĞU VE AKG DEĞERLENDİRME KURSU

SALON 12

27 Mart | 14.00-17.30, 28 Mart | 14.00-17.30, 29 Mart | 14.00-17.30

Kurs Koordinatörü

Dr. İlhan Uz

Eğitmenler

Dr. İlhan Uz

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD.

Dr. Turgay Yılmaz Kılıç

Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi

Dr. Enver Özçete

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Asit Baz Bozuklukları ve Gözden Kaçan Parametreler	Dr. İlhan Uz
AKG Değerlendirme ve Çözümüne Yönelik İpuçları	Dr. İlhan Uz
Pratik Uygulamalar	Dr. İlhan Uz Dr. Enver Özçete Dr. Turgay Yılmaz Kılıç
Vaka Tartışması	Dr. Enver Özçete

KURS İÇERİKLERİ

BATIN USG KURSU

SALON 14-15

28 Mart | 09.00-12.30, 28 Mart | 14:00-17:30
29 Mart | 09.00-12.30, 30 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Aslıhan Yürüktümen Ünal, Dr. Nurdan Ergün Acar

Eğitmenler

Dr. Aslıhan Yürüktümen Ünal

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD.

Dr. Yunus Emre Özlüer

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

Dr. Özgür Dikme

İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
POCUS; Cerrahi Akut Batın	Dr. Aslıhan Yürüktümen Ünal
POCUS; Obstetrik - Jinekolojik - Testiküler	Dr. Yunus Emre Özlüer
POCUS; Holistik Yaklaşımla Travma	Dr. Özgür Dikme
Uygulama	Tüm Eğitmenler

KURS İÇERİKLERİ

ECMO KURSU

SALON 8

29 Mart | 14.00-17.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Erkan Göksu

Eğitmenler

Dr. Erkan Göksu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD.

Dr. Salih Özçobanoğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
ECMO Endikasyonları ve Çeşitleri	Dr. Erkan Göksu
ECMO ile Kateterizasyon	Dr. Salih Özçobanoğlu
Vaka Çalışmaları	Dr. Erkan Göksu Dr. Salih Özçobanoğlu

KURS İÇERİKLERİ

EKG DİSRİTMİ KURSU

SALON 13

28 Mart | 09.00-12.30, 30 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Ersin Aksay

Eğitmenler

Dr. Ersin Aksay

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD.

Dr. Sinem Avcı

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Dr. Burcu Demirdöven

İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Tanışma - Kurstan Beklentiler	
Bradidisritmiler	Dr. Erkan Göksu
Dar Kompleks Taşikardiler	Dr. Salih Özçobanoğlu
Geniş Kompleks Taşikardiler	Dr. Erkan Göksu Dr. Salih Özçobanoğlu
Pratik Uygulama • Grup 1 • Grup 2 • Grup 3	Dr. Ersin Aksay Dr. Sinem Avcı Dr. Burcu Demirdöven

KURS İÇERİKLERİ

EKG ZOR TANILAR KURSU

SALON 10

27 Mart | 14.00-17.30, 28 Mart | 14.00-17.30, 29 Mart | 14.00-17.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Mutlu Kartal

Eğitmenler

Dr. Mutlu Kartal

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD.

Dr. Derya Abuşka

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil AD.

Dr. Dilek Durmaz

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
ST Yüksekliği Ayırıcı Tanı	Dr. Mutlu Kartal
Kritik Hastada EKG	Dr. Derya Abuşka
Senkop'ta EKG	Dr. Dilek Durmaz
Uygulama	Dr. Mutlu Kartal Dr. Derya Abuşka Dr. Dilek Durmaz

KURS İÇERİKLERİ

EKO KURSU

SALON 2

28 Mart | 09.00-12.30, 28 Mart | 14:00-17:30
29 Mart | 09.00-12.30, 30 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Funda Karbek Akarca, Dr. Murat Yeşilaras

Eğitmenler

Dr. Funda Karbek Akarca

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD.

Dr. Ekrem Musalar

Medikalpark izmir Hastanesi Acil Tıp Bölümü

Dr. Adnan Ymanoğlu

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Bölümü

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Kardiyak Pencereleler, Dopplere Giriş	Dr. Ekrem Musalar
Acilde Ekokardiyografi Uygulamaları	Dr. Funda Karbek Akarca
Perikard ve Kapakların İncelenmesi	Dr. Adnan Ymanoğlu
Uygulama	Tüm Eğitmenler

KURS İÇERİKLERİ

GERİATRİK ACİLLER KURSU

Salon 5 (27 Mart), Salon 10 (29 Mart)

27 Mart | 14.00-17.30, 29 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Murat Çetin

Eğitmenler

Dr. Murat Çetin

Tekirdağ Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Dr. Cem Oktay

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD.

Dr. Arzu Denizbaşı

Marmara Üniversitesi Tıp Fakül. Acil Tıp AD.

Dr. Özlem Köksal

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Tanışma ve Ön Test	Tüm Eğitmenler
Geriatrik Acil Tıpta Tuzaklar ve Atipik Başvurular	Dr. Cem Oktay
Geriatrik Hastada Girişimsel İşlemler: 10 Doğru 10 Yanlış	Dr. Murat Çetin
Geriatrik Hastada Çoklu İlaç Kullanımı Yönetimi	Dr. Arzu Denizbaşı
Geriatrik Hastada Travma ve Yaşlı İstismarı	Dr. Özlem Köksal
Ağrı Yönetim Stratejileri ve Palyatif Bakım	Dr. Cem Oktay
Geriatrik Hastada Mental Durum ve Davranış Değişikliği	Dr. Arzu Denizbaşı
Simüle Hasta Videoları ve Çözümleri (Grup Çalışması)	Tüm Eğitmenler
Geribildirimler ve Son Test	Tüm Eğitmenler

KURS İÇERİKLERİ

HFO2 NIMV KURSU

SALON 4

27 Mart | 14.00-17.30, 28 Mart | 14:00-17:30, 29 Mart | 14.00-17.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Neşe Çolak Oray

Eğitmenler

Dr. Ebru Ünal Akoğlu

Fatih Sultan Mehmet Eğitim. ve Araş. Hastanesi

Dr. Ali Kaan Ataman

Cizre Devlet Hastanesi Acil Bölümü

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Tanışma - Kurstan Beklentiler	
NIMV Teknik, Endikasyonlar, Kontraendikasyonlar	Dr. Ebru Ünal Akoğlu
HFNO2 Teknik, Endikasyonlar, Kontraendikasyonlar	Dr. Ali Kaan Ataman
Özel Hasta Gruplarında NIMV & HFNO2	Dr. Neşe Çolak Oray
Pratik Uygulama Grup 1 - NIMV Grup 2 - HFNO2 Olgular	Dr. Neşe Çolak Oray Dr. Ebru Ünal Akoğlu Dr. Ali Kaan Ataman

KURS İÇERİKLERİ

İKYP KURSU

Salon 5

28 Mart | 09.00-12.30, 14.00-17.30

29 Mart | 09.00-12.30, 14.00-17.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Gül Pamukçu Günaydın

Eğitmenler

Dr. Gül Pamukçu

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Dr. Ayhan Özhasenekler

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Acil Tıp AD.

Dr. Yunus Emre Arık

İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Dr. Çağdaş Yıldırım

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Acil Tıp AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Tanışma ve Ön Test	Dr. Gül Pamukçu Günaydın
TYD Teorik - Pratik	Dr. Gül Pamukçu Günaydın
Arrest Ritmleri Teorik	Dr. Ayhan Özhasenekler
Arrest Ritmleri Pratik	Tüm Eğitmenler
Taşikardi Teorik	Dr. Çağdaş Yıldırım
Bradikardi Teorik	Yunus Emre Arık
Taşikardi / Bradikardi Pratik	Tüm Eğitmenler
Karışık Senaryo Pratik	Tüm Eğitmenler

KURS İÇERİKLERİ

İLERİ HAVAYOLU KURSU

SALON 7

27 Mart | 14.00-17.30, 28 Mart | 14.00-17.30
29 Mart | 14.00-17.30, 30 Mart | 09.00-12:30

Kurs Koordinatörü

Dr. Barış Murat Ayvaci

Eğitmenler

Dr. Barış Murat Ayvaci

Ok Meydanı Eğit. ve Araş. Hastanesi Acil Tıp Bölümü

Dr. Mustafa Yazıcıoğlu

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğit. ve Araş. Hastanesi Acil Tıp Bölümü

Dr. Volkan Arslan

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp AD.

Dr. Alp Giray Aydın

Koç Üniversitesi Hastanesi Acil Tıp Bölümü

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Havayolu Anatomisi RSI Protokolü ve Güncel Tanımlamaları	Dr. Barış Murat Ayvaci
Zor Havayolu Tanımı ve Yönetimi İlaç Seçimi Nasıl Olmalı? / Peki Ya Entübe Edemezsem?	Dr. Mustafa Yazıcıoğlu
Supraglottik Alternatif Havayolu Yönetimi Videolaringoskopi / Fiberoptik Laringoskopi	Dr. Alp Giray Aydın
FONA / Cerrahi Havayolu / Retrograt Entübasyon Melker / Hızlı 4 Adım	Dr. Volkan Arslan
Pratik Uygulamalar Cerrahi Havayolu Videolaringoskop / Fiberoptik Entübasyon RSI ve Supraglottik Alternatif Havayolu Araçları	

KURS İÇERİKLERİ

KRİTİK HASTA BAKIM KURSU

SALON 12

28 Mart | 09.00-12.30, 29 Mart | 09.00-12.30, 30 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Özge Duman Atilla

Eğitmenler

Dr. Özge Duman Atilla

Tepecik Eğitim. ve Araş. Hastanesi Acil Tıp Bölümü

Dr. Gökçe Özbay Yenice

Tepecik Eğitim. ve Araş. Hastanesi Acil Tıp Bölümü

Dr. Müge Günalp Eneyli

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD .

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Hipoperfüze Hasta - Şok Olgusuna Yaklaşım	Dr. Müge Günalp Eneyli
Sepsis ve Septik Şok: Tanı ve Yönetim	Dr. Gökçe Özbay Yenice
Hipovolemik Şok Yönetimi	Dr. Özge Duman Atilla
Kritik Bakımda Yeni Ufuklar: Laktat, Prokalsitonin, Tranexamik Asit (Kanama Durdurucular), PCC, Kan Ürünleri Kullanımı, Trombolitik Kullanımı Terapötik Hipotermi (Literatür Yenilikleri)	Dr. Özge Duman Atilla

KURS İÇERİKLERİ

MAKALE YAZMA KURSU

SALON 11

28 Mart | 09.00-12.30, 29 Mart | 09.00-12:30

Kurs Koordinatörü

Dr. Orhan Çınar

Eğitmenler

Dr. Orhan Çınar

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Acil Tıp AD.

Dr. Gökhan Aksel

SBÜ Ümraniye Eğit. ve Araş. Hastanesi Acil Tıp Bölümü

Dr. Süleyman Türedi

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Açılış - Tanışma - Isınma	
Makale Yazmada Püf Noktalar -1 Kapak Mektubu (Cover Letter), Başlık Sayfası (Title Page) Özet (Abstract), Giriş (Introduction) Metodlar (Methods)	Dr. Orhan Çınar
Makale Yazmada Püf Noktalar - 2 Bulgular (Results) Tartışma (Discussion), Kısıtlılıklar (Limitations), Sonuç (Conclusion)	Dr. Süleyman Türedi
Dergiye Makale Gönderme ve Değerlendirme Süreci - Cevap Mektubu Olgu Sunumu (Case Report Yazma (CARE))	Dr. Gökhan Aksel
Pratik Uygulama	Tüm Eğitmenler

KURS İÇERİKLERİ

MEKANİK VENTİLASYON KURSU

SALON 4

28 Mart | 09.00-12.30, 29 Mart | 09.00-12.30, 30 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Başak Bayram

Eğitmenler

Dr. Başak Bayram

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD.

Dr. Ahmet Oğuzhan Küçük

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

Dr. Emre Şancı

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Mekanik Ventilasyon Cihazları, Çalışma Prensipleri Temel Kavramlar	Dr. Başak Bayram Dr. Emre Şancı Dr. Ahmet Oğuzhan Küçük
Sık Kullanılan Modlar ve Özellikleri	
Mekanik Ventilasyonda Hastanın Takibi Kötüleşen Hastanın Yönetimi	
Özel Durumlarda Mekanik Ventilasyon Ayarları	
Pratik Uygulama	

KURS İÇERİKLERİ

NÖROGÖRÜNTÜLEME KURSU

SALON 3

29 Mart | 14.00-17.30, 30 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Nuri Karabay

Eğitmenler

Dr. Nuri Karabay

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD.

Dr. Canan Altay

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Nörogörüntüleme Teknikleri ve Normal Görünüm	Dr. Nuri Karabay Dr. Canan Altay
Nontravmatik Acil Nöropatolojiler	
Travmatik Nöropatolojiler	
Acil Nöroradyolojide Tuzaklar, Sorular - Cevaplar	

KURS İÇERİKLERİ

ORTOPEDİK GİRİŞİMLER KURSU

SALON 6

27 Mart | 14.00-17.30, 28 Mart | 14.00-17.30, 29 Mart | 14.00-17.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Önder Limon

Eğitmenler

Dr. Önder Limon

Medicalpark İzmir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Dr. Deniz Oray

Medical Park İzmir Hastanesi, Acil Servisi

Dr. Gülsüm Limon

Medicalpark İzmir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Omuz Çıkiğı Yönetimi	Dr. Gülsüm Limon
Alçı Atel Teknikleri	Dr. Deniz Oray
Ortopedik Yaralanmalarda USG Kullanımı	Dr. Önder Limon
Atel ve USG Pratiğı	Tüm Eğitmenler

KURS İÇERİKLERİ

PERİFERİK SİNİR BLOĞU KURSU

SALON 9

29 Mart | 09.00-12.30 - 14.00-17.30, 30 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Özlem Yiğit

Eğitmenler

Dr. Özlem Yiğit

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD.

Dr. Aydan Şenfer

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD.

Dr. Salahi Engin

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Periferik Blokların Temel Uygulama Prensipleri ve Endikasyonları	Dr. Özlem Yiğit
Yüzde ve Ağız İçinde Uygulanan Sinir Blokları	Dr. Özlem Yiğit
El Bileği ve Ayak Bileği Seviyesinde Uygulanan Sinir Blokları	Dr. Aydan Şenfer
Femoral Sinir Bloğu, Hematom Bloğu (Omuz ve El Bileği)	Dr. Salahi Engin

KURS İÇERİKLERİ

SPSS KULLANIMI KURSU

SALON 11

27 Mart | 14.00-17.30, 28 Mart | 14.00-17.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Murat Pekdemir

Eğitmenler

Dr. Murat Pekdemir

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD.

Dr. Haldun Akoğlu

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD.

Dr. Şeref Kerem Çorbacıoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Veri - Değişken, Tipleri	Dr. Murat Pekdemir
Veritabanı Hazırlama	Dr. Haldun Akoğlu
Veri Dönüştürme (Compute, Recode) ve Seçme (Select, Split)	Dr. Şeref Kerem Çorbacıoğlu
Tanımlayıcılar	Dr. Murat Pekdemir

KURS İÇERİKLERİ

TAKTİK ALANDA ACIL TIBBİ MÜDAHALE KURSU

SALON 6

28 Mart | 09.00-12.30, 30 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Erdem Çevik

Eğitmenler

Dr. Erdem Çevik

SBÜ Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Servisi

Dr. Yahya Ayhan Acar

Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi, Acil Tıp Servisi

Dr. Orhan Çınar

Acıbadem Mehmet Ali Üniversitesi, Acil Tıp AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Takdik Alanda Acil Tıbbi Müdahale Esasları Lojistik Yönetimi	Dr. Yahya Ayhan Acar
Çoklu Yaralanma, Triyaj, KBRN Müdahalesi Esasları	Dr. Erdem Çevik
Savaş yaralısının resüsitasyonunda önemli noktalar. Kanama Yönetimi ATLS'ten Farkları Analjezi Hava Yolu Yönetimi Hemorajik Şok Yönetimi Ve Kan Transfüzyonu İlkeleri	Dr. Yahya Ayhan Acar Dr. Erdem Çevik
Uygulamalar Nazofaringeal Airway Krikotiroidotomi Turnike Kanama Durdurucular İğne Torakostomi	Dr. Orhan Çınar Dr. Erdem Çevik Dr. Yahya Ayhan Acar
Savaş Yaralısı Simülasyonu İle Bütüncül Yaklaşım	Dr. Orhan Çınar Dr. Erdem Çevik Dr. Yahya Ayhan Acar

KURS İÇERİKLERİ

TEMEL EKG KURSU

SALON 7

28 Mart | 09.00-12.30, 29 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Süleyman Türedi

Eğitmenler

Dr. Süleyman Türedi

Karadeniz Teknik Üniversitesi Acil Tıp AD.

Dr. Melih İmamoğlu

Rize Devlet Hastanesi, Acil Tıp Bölümü

Dr. Gürkan Altuntaş

Rize Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Bölümü

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Değişkenler	Dr. Melih İmamoğlu
Doğru EKG Çekimi	
Leadler ve Özellikleri	Dr. Erdem Çevik
EKG Dalgaların Oluşumu	
EKG Dalgaların Özellikleri	
EKG Değerlendirme Prensipleri	Dr. Erdem Çevik
İsim, Tarih, Saat	
Standardizasyon	
Hız	
Aralıklar	
Hipertrofiler	
Aks	Dr. Melih İmamoğlu
Akut Koroner Sendromlar	
Disritmiler	Dr. Süleyman Türedi
Özel Durumlarda EKG	Dr. Gürkan Altuntaş
Pratik	

KURS İÇERİKLERİ

TIP HUKUKU KURSU

Salon 8

27 Mart | 14.00-17.30, 28 Mart | 14.00-17.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Cem Ertan

Eğitmenler

Dr. Cem Ertan

Medicalpark İzmir Hastanesi Acil Servisi

Dr. Vehbi Özaydın

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Hekimin Hukuki Sorumlulukları	Dr. Cem Ertan
Tıbbi Uygulama Hataları	Dr. Vehbi Özaydın
Hekime Yönelik Şiddet	Dr. Cem Ertan
Bilgilendirilmiş Onam	Dr. Vehbi Özaydın
Mesleki Sorumluluk Sigortası	Dr. Cem Ertan

KURS İÇERİKLERİ

TOKSİKOLOJİ KURSU

Salon 8

28 Mart | 09.00-12.30, 29 Mart | 09.00-12.30, 30 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Zeynep Kekeç

Eğitmenler

Dr. Zeynep Kekeç

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

Dr. Ayça Açıkalın

Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Acil Tıp AD.

Dr. Erkman Sanrı

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Ataman Köse

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Zehirlenmelerde Yakınmalar ve Toksik Sendromlar	Dr. Zeynep Kekeç
Yılan ve Akrep sokmaları	Dr. Ayça Açıkalın Akpınar
Sokak İlaçları Zehirlenmeleri	Dr. Erkman Sanrı
Khoot/riziko (uygulama)	Dr. Ataman Köse

KURS İÇERİKLERİ

VOLÜM DURUM DEĞERLENDİRME KURSU

Salon 2

27 Mart | 14.00-17.30, 29 Mart | 14.00-17.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Murat Yeşilaras

Eğitmenler

Dr. Murat Yeşilaras

İzmir Tepecik Eğitim. ve Araş. Hastanesi Acil Tıp Servisi

Dr. Turgay Yılmaz Kılıç

İzmir Tepecik Eğitim. ve Araş. Hastanesi Acil Tıp Servisi

Dr. Mehmet Ali Aslaner

Nevşehir Devlet Hastanesi Acil Tıp Servisi

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Giriş: Acilde İntravasküler Volüm Değerlendirme	Dr. Murat Yeşilaras
İnferior Vena Kava Değerlendirmesi (Teorik)	Dr. Turgay Yılmaz Kılıç
İnferior Vena Kava Değerlendirmesi (Pratik)	Tüm Eğitmenler
Karotid Arter Ölçümleri (Teorik)	Dr. Murat Yeşilaras
Karotid Arter Ölçümleri (Pratik)	Tüm Eğitmenler
Aortik Ölçümler (Teorik)	Dr. Mehmet Ali Aslaner
Aortik Ölçümler (Pratik)	Tüm Eğitmenler

KURS İÇERİKLERİ

YARA KAPATMA TEKNİKLERİ - TEMEL KURSU

Salon 9

27 Mart | 14.00-17.30, 28 Mart | 09.00-12.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Serkan Şener

Eğitmenler

Dr. Serkan Şener

Acıbadem Ankara Hastanesi

Dr. Cem Gün

Acıbadem Atakent Hastanesi

Dr. Hasan Aldinç

Acıbadem Atakent Hastanesi

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Akut Yara Tanımı ve İyileşmesi	Dr. Murat Yeşilaras
Akut Yaralı Hastaya İlk Yaklaşım	Dr. Turgay Yılmaz Kılıç
Yaranın Hazırlanması ve Anestezi Teknikleri	Tüm Eğitmenler
PRATİK-Yaranın Hazırlanması ve Anestezi Teknikleri	Dr. Murat Yeşilaras
PRATİK-Malzemelerin Tanıtılması ve Kullanım Teknikleri	Tüm Eğitmenler
PRATİK Temel Sütür Teknikleri Basit Aralıklı Teknik Basit Aralıklı Cilt Altı Teknik Devamlı Cilt Altı Teknik Vertikal Matres Teknik Horizontal Matres Teknik	Dr. Serkan Şener
İşlem Sonrası Yara Bakımı ve Taburculuk Önerileri	Dr. Hasan Aldinç

KURS İÇERİKLERİ

YARA KAPATMA TEKNİKLERİ - İLERİ KURSU

Salon 9

28 Mart | 14.00-17.30

Kurs Koordinatörü

Dr. Serkan Şener

Eğitmenler

Dr. Serkan Şener

Acıbadem Ankara Hastanesi

Dr. Cem Gün

Acıbadem Atakent Hastanesi

Dr. Hasan Aldinç

Acıbadem Atakent Hastanesi

KURS PROGRAMI

KONU BAŞLIKLARI	EĞİTMENLER
Debridman ve Kanama Kontrolü PRATİK - Debridman ve kanama kontrolü	Dr. Hasan Aldinç
Alternatif Yara Kapatma Teknikleri PRATİK - Stapler Tekniği PRATİK - Saç Yaklaştırma Tekniği PRATİK - Strip ve Doku Yapıştırıcı Tekniği	Dr. Cem Gün
Özel Alanlarda Yara Kapama Teknikleri PRATİK - Yıldız Sütürleri PRATİK - Köşe Sütürleri PRATİK - Köpek Kulağı Deformitesi Kapama PRATİK - Tendon Tamir Teknikleri	Dr. Cem Gün

SÖZLÜ BİLDİRİLER

İçindekiler sayfasına geri dönmek için **"SÖZLÜ BİLDİRİLER"** butonuna tıklayabilirsiniz.

S-02

HASTANE İÇİ OLGULARDA KPR SIRASINDA TROMBOLİTİK UYGULAMASIMehmet Ali Aslaner¹¹Nevşehir Devlet Hastanesi, Acil Servis, Nevşehir, Türkiye

Amaç: Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) uygulanan olguların yaklaşık %60-70'i akut koroner sendrom (AKS) veya pulmoner emboli (PE) nedenlidir. Bu iki hastalığın en önemli ortak noktası vasküler alanda tromboz/emboli oluşması ve trombolitik tedaviden fayda görebilmeleridir. Bu çalışmada hastanemiz verilerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma, Nevşehir Devlet Hastanesi'nde Ocak 2017 ve Aralık 2018 tarihleri arasında erişkin hastalar (≥ 18 yaş) üzerinden retrospektif olarak yapıldı. Hastanenin herhangi bir biriminde yatışı esnasında KPR uygulanan ve bu esnada trombolitik tedavi verilen hasta verileri kullanıldı. Bu bilgiler hastane elektronik kayıt sisteminden tespit edildi. Hastanın yaşı, cinsiyeti, tanısı, uygulanan trombolitik tedavi, komplikasyon durumu, KPR yanıtı, hastane sonlanımı kayıt altına alındı. Çalışma için etik kurul onamı alındı.

Bulgular: Çalışma periyodu boyunca (2017-2018) 976 KPR uygulanan hastane içi olgu saptandı. Bu olgulardan 28 (%2,9) tanesine KPR sürecinde trombolitik tedavi uygulandı. Ortanca yaş 58 (IQR 46-68) ve erkek cinsiyet oranı %67,9'du. Bir hastaya diyaliz ünitesinde KPR eşliğinde trombolitik tedavi uygulanmışken, geri kalan hastalar acil servis takibinde aldı. Tüm tanılar içerisinde; 17 hasta AKS tanısı, 3 hasta PE tanısı ve 8 hasta bilinmeyen tanı aldı. Tedaviler içerisinde, 11 alteplaz ve 17 tenekteplaz verildiği görüldü. KPR yanıtı 14 hastada mevcutken (birinde ağız içi kanama gelişti), 14 hastada yanıt alınmadı. Hastaneden taburculuk AKS tanısı alan 5 hastada (%17,9) mevcuttu. Bu hastalardan 1 tanesi alteplaz, geri kalan 4 tanesi ise tenekteplaz tedavisi aldı.

Sonuç: Güncel kılavuzlar ve çalışmalar halen KPR sırasında trombolitik tedavi konusunda net değildir. Bu çalışmada, KPR sırasında herhangi bir anda ritm alınıp AKS tanısı konulan her üç hastadan birinin trombolitik tedaviden fayda gördüğü saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Trombolitik tedavi; kardiyopulmoner resüsitasyon; arrest

S-03

ACİL SERVİSTE SANTRAL VERTİGO SIKLIĞI ve SEBEPLERİ

Hasan İdil¹, Yeşim Eyer¹¹Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erişkin Acil Servisi, İzmir, Türkiye

Amaç: Baş dönmesi acil servise sık başvuru sebeplerindedir ve ayırıcı tanısı oldukça geniştir. Bu çalışmada santral sebepli baş dönmesi sıklığı ve sebeplerinin araştırılması hedeflendi.

Gereç-Yöntem: Acil servise 2018 yılında baş dönmesi sebebiyle başvuran erişkin hastalar hastane otomasyon sistemi aracılığıyla retrospektif olarak tarandı. Santral vertigo tanısı alan hastalar ayrıntılı olarak incelendi.

Bulgular: Bir yıl içerisinde acil servise baş dönmesi şikayetiyle 3958 (% 2.3) hastanın başvurduğu saptandı. Bunlardan 25'inde (% 0.63) santral sebepli vertigo saptandı. Bu hastaların yaş ortalaması 62 olup 15'i (% 60) erkek idi. Santral vertigo sebepleri, posterior fossayı etkileyen lezyonlar ayrı tutularak Tablo 1 gösterilmiştir.

Tablo 1. Santral vertigo sebepleri

Posterior fossa ilişkili	n (%)	Diğer sebepler	n (%)
İskemik inme	10 (%40)	İskemik inme	5 (%20)
Vertebrobaziller yetmezlik	3 (%12)	Kronik subdural hematom	1 (%4)
Serebellar kitle	1 (%4)	İntraparankimik kanama	1 (%4)
Subdural ampiyem	1 (%4)	İnternal karotis darlığı	1 (%4)
Multipl skleroz	1 (%4)	Hidrosefali	1 (%4)

Sonuç: Santral vertigo sıklığı çok düşüktür ancak olası sebepleri önemli klinik sonuçlarla ilişkili olup geniş bir yelpazede karşımıza çıkmaktadır. Bu yüzden, bu hastaların acil servis yönetimi dikkatle yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis; baş dönmesi; santral vertigo

S-05

ACİL SERVİSTE YELKEN GÖĞÜS TANISI ALAN HASTALARIN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİİlhan Uz¹¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp A.D, İzmir, Türkiye

Amaç: Yelken göğüs tanısı alan hastaların genel ve travmatik özelliklerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi ve mortaliteyi etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Yıllık acil başvuru sayısı 200.000 olan üçüncü basamak bir acil serviste, 2016-2018 yılları arasında, 3 yıllık zaman diliminde, künt toraks travmasına bağlı seri kosta kırığı tespit edilen 780 hasta geriye dönük olarak taranmış ve paradoksal solunumla yelken göğüs tanısı alan 8 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların yaş, cinsiyet, travma oluş mekanizmaları, tüm acil başvurular ve seri kosta kırıklı hastalar arasındaki oranları, akciğer patolojileri ve ek yaralanmaları, entübasyon zamanları, mekanik ventilatör destek gereksinimleri, ölüm oranları, taburcu edilenlerin hastanede kalış süreleri kayıt altına alınarak incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 8 hastanın (7 erkek, 1 kadın; ortalama yaş: 52.5; dağılım 40-68), travma oluş mekanizması incelendiğinde 3 hastanın araç dışı trafik kazası, 3 hastanın sıkışma tipi (asansör-iş makinası v.b) kaza, 2 hastanın yüksekten düşmeye bağlı yelken göğüs tanısı aldığı anlaşılmıştır. Çalışmamızda, tüm acil servis başvurularına göre yelken göğüs hastalarının acil başvuru oranı 1.3/100.000 'dür. Seri kosta kırıklarında, yelken göğüs görülme sıklığı 1.02/100 dir. Hastaların 7'si entübe edilerek mekanik ventilatör desteğine alınmış ve entübe edilen 3 hasta, yakın dönemde (ortalama 9.6 saat) ex olmuştur. Diğer 5 hastanın hastanede yatış süresi 46.7 (dağılım; 36-68) gündür.

Sonuç: Seri kosta kırığı tespit edilen hastalar mutlaka soyularak dikkatli bir biçimde paradoksal solunum yönünden incelenmelidir. Entübasyon ve mekanik ventilasyon kararı solunum hızı, arteriyel oksijenizasyon ve solunum kasları yorgunluğu gibi çeşitli parametreler değerlendirilerek verilmelidir. Yelken göğüs tanısı alan hastaların mortalitelerini ek yaralanmalar ile akciğer parankim hasarı belirlemektedir. Bu hastalar ya erken dönemde kaybedilen ya da çoğunluğu entübe edilerek uzun süreler yoğun bakımda mekanik ventilasyon yapılarak takip edilmesi gereken hastalardır. Bu nedenle entübasyondan çekilmemeli ve geciktirilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Yelken göğüs; acil servis; toraks travması



POSTER BİLDİRİLER

İçindekiler sayfasına geri dönmek için "**POSTER BİLDİRİLER**" butonuna tıklayabilirsiniz.

P-02**SOL ALT KADRAN AĞRISINDA AYIRICI TANI: ÇEKUM MALROTASYONLU HASTADA AKUT APANDİSİT**Gökhan Demiral¹, Gürkan Altıntaş²¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Rize, Türkiye; ²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Rize, Türkiye

Giriş: Acil servis başvurularının büyük bir kısmını karın ağrısı olan hastalar oluşturur. Bu hastalarda en sık cerrahi sebebi akut apandisitir. Apandisit tanısında geç kalınması nedeni ile karşılaşılabilecek apse, perforasyon gibi komplikasyonları önlemek için nadir görülen klinik durumlardan olan malrotasyonların tanı aşamasında dikkate alınması gerekir. Situs inversus totalis durumunda diğer organlarında malformasyonu sebebiyle tanı nispeten daha kolay konulabilse de çekum malrotasyonu akut abdominal ağrının tanı ve tedavisini oldukça güçleştiren nadir bir anatomik anomalidir. Bu olgu sunumunda sol alt kadranda ağrısıyla başvuran ve incelemeler sonrası çekum malrotasyonu ile birlikte akut apandisit tanısı konulan bir olgu tartışıldı.

Olgu: 76 yaşında kadın hasta 2 gün önce başlayan, iştahsızlık, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği, epigastriumda başlayıp sol alt kadrana inerek lokalize olan karın ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Fizik muayenede tansiyon 110/70 mm/Hg, nabız 76/dk ve ateş 37.4 derece idi. Sol alt kadrana lokalize hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Hemogramında lokosit değeri 16.300 idi. Biyokimyasal parametrelerde anormallik yoktu. İlk planda sigmoid divertikülit düşünülerek batın tomografi (BT) çekildi. BT' de çekum malrotasyonu ile uyumlu, mesane süperiorda yerleşimli çevresinde ödem, kirlenme gözlenen akut apandisit tespit edildi. Hastaya olası apse oluşumu dikkate alınarak göbek altı median kesi ile apendektomi planlandı. Operasyonda çekumun mobil yapıda olduğu ve apendiksin orta hat düzeyinde perforasyon olup apse oluşturarak ince barsak anslarınca kendini sınırladığı görüldü. Apsenin drenajı ve batın içi yıkama sonrası apendektomi tamamlandı. Diğer organlarda malrotasyon gözlenmedi. Postoperatif dönemde komplikasyon izlenmedi ve hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Sol alt kadranda ağrısının birçok sebebi mevcuttur. Ayırıcı tanıda sigmoid divertikülit, abdominal aortik anevrizma diseksiyonu, renal kolik, sistit, epididimit, prostatit, testis torsiyonu, inkarsere herni, barsak obstrüksiyonu, psoas absesi yer alır. Akut apandisit de bu tanılar arasında düşünülmelidir. Batın içi malrotasyonlar karın ağrısı ile başvuran hastalarda mutlaka akıldan tutulmalı ve iyi bir radyolojik değerlendirme yapılmalıdır. Bu sayede erken ve doğru tanı imkanı ile apandisit komplikasyonlarının önlenmesini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Çekum malrotasyonu; karın ağrısı; akut apandisit

P-03**TRAVMA MEKANİZMASINI SORGULAMAK NE KADAR ÖNEMLİ?**

İlker Şirin¹, Yasemin Yılmaz Aydın¹, Furkan Yılmaz¹, Gülşen Çığsar¹

¹SBU Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Araç İçi Trafik Kazaları (AİTK) sonucu oldukça fazla miktarda hasta acil servislere gelmektedir. Yaralanmalar travma mekanizması, travmanın şiddeti ve şekline bağlıdır. Tüm travmaların %3.7'sinde servikal omurga kırıkları meydana gelir. %80'i 18-25 yaş aralığında oluşur. Kadın/Erkek oranı 1/4 tür. Cervikal 2(C2) vertebranın corpus kırığı oran ile ilgili bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. AİTK sonucu görülen işitme kaybı farklı oranlarda görülmektedir. Biz burada AİTK sonucunda C2 vertebra corpus fraktürü ve ani işitme azalması ile acil servise başvuran hastayı sunmaya çalışacağız.

Olgu: 37 yaşındaki kadın hasta AİTK sonrası 112 aracılığıyla acil servise getirildi. Glaskow Koma skalası (GKS) 15, bilinç açık oryante koopere idi. Hikayesi ve kaza mekanizmasını araç sürücüsü olduğunu, seyir halinde iken yandan başka bir aracın çarpması sonucu yan hava yastığının açıldığını, ön hava yastıkları ise açılmadığını ve yan hava yastığının başına ve boynuna çarptığını belirtti. Hasta işitme azlığının olduğunu belirtmekteydi. İlk muayenesinde boyun orta hatta hassasiyet dışında bulgusu yoktu. Hastanın boyun stabilizasyonu sağlanıp hasta görüntüleme merkezine yönlendirildi. Hastaya çekilen servikal bilgisayarlı tomografi sonucunda odontoid çıkıntının lateralinden başlayıp C2(aksis)'ye çapraz şekilde uzanım gösteren C2 corpus fraktürü saptandı. Olgumuzda kaza mekanizmasının aracın yan taraftan çarpmasıyla oluşması boyunda lateral hiperfleksiyon gelişmesine neden olduğu, aynı zamanda yan hava yastığının açılması işitme duyusunda azalmaya neden olabileceği düşünüldü. Çekilen servikal manyetik rezonans görüntüleme sonrası transvers ligamanın sağlam durumda olduğu görüldü. Hasta kulak burun boğaz (KBB) kliniği ve beyin ve sinir cerrahisi kliniği ile konsulte edildi. İşitme duyusu acil servite gözlemde bulunduğu sürede normale gelen hasta Nelson boyunluk ile beyin cerrahi ve KBB poliklinik takibi önerisi ile taburcu edildi.

Sonuç: Travma sonucu acil servise başvuran tüm olgularda kaza mekanizması detaylı olarak sorgulanmalı, olası yaralanmalar travma mekanizmasıyla birlikte değerlendirilmelidir. Özellikle omurga yaralanmalarında bu durum daha önemli olmaktadır. Açılan hava yastığının yerine göre ek yaralanmaların olabileceği değerlendirme sürecinde unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Araç içi trafik kazası; işitme kaybı; 2. servikal vertebra corpus fraktürü

P-04

GÖRÜNTÜLEMEDE GÖRÜLEN FRAKTÜR GERÇEKTE FRAKTÜR MÜDÜR?

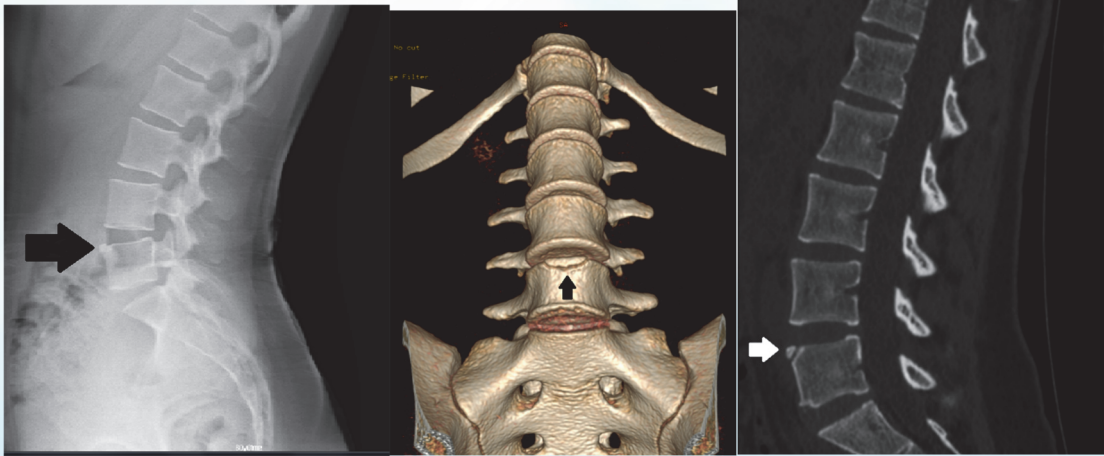
Furkan Yılmaz¹, İlker Şirin², Dilek Ersoy¹, Gülşen Çığışar¹

¹SBÜ Dışkapı YBEAH, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye; ²Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Limbus vertebra (LV), vertebra nükleus pulposusunun anterior veya posterior intraosseöz herniasyonu sonucu oluşan; üçgen şeklindeki kemik fragmanının, vertebra korpusundan ayrışması şeklinde görülen lezyondur. LV; anterior ve posterior olarak görülebilir. Kronik bel ağrısı şikayetler arasındadır. Anterior LV; katılık ve psikolojik lordoz görülürken. Posterior LV sinir kökü ve kord kompresyonunu taklit edebilir. Ayırıcı tanıda enfeksiyon, tümör, scheuermann hastalığı, schmorl nodülü unutulmamalıdır. Tedavide analjezi, fizik tedavi, fiziksel aktivite önerilir. Erişkinlerde ve nispeten daha az olmakla birlikte çocuklarda yaygın bir şekilde radyolojik bulgu verir. Travma sonucu görülen görüntülemelerde insidental olarak da sıkça saptanmaktadır. Burada travma sonrası acil servise gelen hastada tespit ettiğimiz LV sunacağız.

Olgu: 18 yaşında bayan hasta acil servise bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde 2 gün önce ayak kayması sonucu aynı seviyeden düşerek belini vurduğunu belirtti. Travma sonrası bel ağrısının başladığını belirtti. Özgeçmişinde kronik bir hastalığı ve ilaç kullanımı yoktu. Yapılan fizik muayenesinde lomber vertebra orta hatta hassasiyet mevcuttu ve nörolojik muayenesi doğaldı. Çekilen lomber vertebra grafisinde L5 vertebra anterosuperiorunda şüpheli fraktür görünümü tespit edilmesi üzerine Lomber Bilgisayarlı Tomografi (BT) çekildi. BT değerlendirmesinde L5 vertebra anterosuperiorundaki lezyonun LV ile uyumlu olduğu tespit edildi ve hasta fizik tedavi poliklinik önerisi ile acil servisten taburcu edildi.

Sonuç: Travma sonrası tespit edilen LV kırık olarak algılanmamalı, ileri görüntüleme yapılmalıdır. Hasta taburculukta bilgilendirme yapılarak fizik tedavi polikliniğine yönlendirilmelidir.



Anahtar Kelimeler: travma; limbus vertebra; görüntüleme

P-06

DİŞ ÇEKİMİ SONRASI YÜZ ve SERVİKAL CİLTALTİ AMFİZEM

Duygu Zıyan¹, Serhat Akay¹, Mehmet Eman¹

¹Türkiye Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir, Türkiye

Amaç: Diş cerrahisi sonrası ciltaltı amfizem, periodontal diş cerrahisi, endodontik tedavi, temporomandibüler cerrahi ve diş çekimi sonrası görülebilen bir komplikasyondur. Diş çekimi sonrası meydana gelen ciltaltı amfizem, ağız içindeki doku aralıklarından giren havanın servikofasiyal bölgede yayılması sonucu meydana gelir.

Yöntem: Olgumuzda alt molar diş çekimi sonrası meydana gelen yüzde ciltaltı amfizem olgusunu sunduk.

Bulgular: 30 yaşında kadın hasta alt çene sol 1.molar diş çekiminden yaklaşık 4 saat sonra sol mandibula korpusundan sol göze kadar uzanan yüzde şişlik şikayeti ile acil servise başvurdu. Diş çekimi sonrası herhangi bir rahatsızlık hissetmeyen hasta, saatler içinde yüzünde gerginlik ve ağrının oluştuğunu ifade etti. Dispne, kusma veya ateş belirtisi yoktu. Solunum rahat ve kardiyovasküler sistem olağan durumdaydı. Muayenesinde sol göz altında minimal ekimoz ve palpasyonda ciltaltı amfizem tespit edildi. Kan basıncı 110/70 mmHg, nabız 77/dk atım, solunum hızı 22/dk ve vücut ısısı 36,4 C idi. Çekilen maksilofasiyal bilgisayarlı tomografisinde trakeanın solunda platizma kası altın ve üstünden mandibula ve sol maksiller sinüsün solu, masseter kası ve sol gözkapağı altına kadar uzanan yaygın hava dansitesi görüldü fakat pnömotoraks veya pnömomediastinum yoktu. Kulak burun boğaz cerrahisi tarafından değerlendirilen hasta, soğuk uygulama, lokal masaj ile oral antibiyoterapi ve analjezi reçetelenerek polklinik kontrolü ile taburcu edildi.

Sonuç: Bu olgu sunumunda 1. molar diş çekimi prosedürü sırasında yaygın bir fasiyal ve servikal amfizem gösterildi. Diş çekimi ile ilgili cilt altı amfizemi genellikle havanın yumuşak dokuya girmesine ve komşuluğundaki dokuları penetre etmesine neden olan hava-su soğutmalı yüksek hızlı dental el aletlerinin kullanılmasından kaynaklanır. Amfizem nasir görülen bir komplikasyondur, ancak oral ve çene-yüz ameliyatı sırasında ortaya çıkması mümkündür. BT, doku amfizeminde havanın varlığını ve geçişini göstermek için idealdir. Amfizem semptomları olan hastanın daha fazla komplikasyon olasılığını dışlamak için rutin olarak görülmesi gerektiğine inanıyoruz. Diş çekimi sonrası komplikasyon olarak meydana gelen ciltaltı amfizemi nadir bir durumdur ve ileride klinik ve diş hekimleri için kanuni sorun oluşturabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Subkutan amfizem; diş çekimi; maksilofasiyal bilgisayarlı tomografi

P-07**FAR GİBİ FAHR SENDROMU**Serdar Özdemir¹, İbrahim Altunok¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş; Fahr sendromu, bilateral diffüz bazal ganglia, dentate nükleus ve beyaz cevherde distrofik kalsifikasyonla seyreden nadir görülen bir hastalıktır. Biz bu olgu sunumunda değişik nörolojik semptomlar ile başvuran iskemik enfaktında eşlik ettiği ancak iskemik enfaktın tüm nörolojik semptomları açıklayamadığı bir fahr sendromu olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunum: 74 yaşında erkek hasta duvarda tuhaf şeyler görme ve yürümede bozulma şikâyeti ile acil servise ayaktan başvurdu. 1-2 aydır devam eden dengesini sağlayamama, son 3-4 gündür duvarda tuhaf şeyler gördüğü ifade etti başvurusunda vital parametreleri stabil idi. Fizik muayenede bilinci açık, koopere, anlama normal, konuşma dizartikti ve ense sertliği yoktu. Işık refleksi +/-, göz hareketleri her yöne serbestti. Fasial asimetri yoktu. Motor muayene bilateral olağandı. Elektrokardiyografide atrial fibrilasyon mevcuttu. Alınan anamnezden coraspirin 100 mg kullandığı öğrenildi. Kranial bilgisayarlı tomografide infratentoryel ve supratentorial düzeylerde; nükleusları da içine alan subkortikal ak madde de gözlenen diffüz ve yaygın kalsifikasyonel hiperdensiteler simetrik olarak izlendi. Görüntü Fahr hastalığı lehine değerlendirildi. Manyetik rezonans görüntüleme bilateral periventriküler alanda, sağ sentrum semiovalede yüksek konveksite seviyesinde, sol frontal bölgede yüksek konveksitede, solda periventriküler alanda yüksek konveksite seviyesinde diffüzyon ağırlıklı incelemelerde hiperintens, ADC haritalandırmada hipointens akut enfarktlar saptandı. Nöroloji kliniği ile konsülte edildi. Antikoagülan kullanması, karotis ve vertebral arter dopler görüntülemesi planlandı. Metabolik araştırma için yönlendirildiği iç hastalıkları polikliniğinde istenen serum parathormon düzeyi (54,7 pg/mL), kalsiyum düzeyi (9mg/dL), fosfor (2,6 mg/dL) düzeyleri normal sınırlardaydı. Hastada herhangi bir metabolik, biyokimyasal ve hormonal patoloji tespit edilemedi.

Tartışma: Fahr sendromu simetrik bilateral intrakranial kalsifikasyonların izlendiği bir sendromdur. Sendromun kliniğinde psikiyatrik semptomlar, ekstrapramidal disfonksiyon, demans olabileceği gibi asemptomatik de olabilir. Olguların yarısında nörolojik belirti ve bulgular mevcuttur. Baş ağrısı, vertigo, hareket bozuklukları, senkop, nöbet, parezi, spastisite, yürüme bozuklukları, tremor, koma, kişilik değişiklikleri, mental işlevlerde bozulma, demans ve duygu-durum bozuklukları ile başvuran hastalar bildirilmiştir.

Acil servis hekimi nadir görülen bu sendromu radyolojik olarak tanıyabilmeli ve diğer intrakranial lezyonlardan ayırabilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İntrakranial kalsifikasyon; fahr sendromu; kalsinoz; olgu sunumu

P-08**KOLONİK AKUT PSÖDO - OBSTRÜKSİYON - OLGU SUNUMU**Serdar Özdemir¹, İbrahim Altunok¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Ovilgie sendromu, mekanik obstrüksiyon olmaksızın, masif kolonik dilatasyon ile karakterize akut psödo-obstrüksiyon durumudur. 1948'de Sir WH Ogilvie tarafından maligniteli iki olguda akut psödo obstrüksiyon olarak tanımlanmıştır. Hastaların genellikle altta yatan düşkün durumuna sebep olan metabolik veya cerrahi hastalıkları mevcuttur. Etiyolojisiyi açıklamak için sempatik işlev bozukluğu, parasempatik işlev bozukluğu veya her ikisinin kombinasyonu ile karakterize edilen otonom sinir sisteminin anormallikleri kullanılmıştır. Ogilvie sendromunun gelişimine katkıda bulunan diğer faktörler arasında elektrolit bozuklukları ve narkotik kullanımı bulunmaktadır.

Biz bu olgu sunumunda akut kolonik dilatasyonla seyreden ve takipleri sırasında rezolüe olan bir ogilvie olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 87 yaşında bakım evinde kalan yatağa bağımlı debil hasta karın ağrısı, karında şişlik şikâyeti ile acil servise getirildi. Alınan anamnezden hastanın evre 4 alzheimer hastalığı sebebiyle yatağa bağımlı olduğu bir haftadır karındaki şişliğinin arttığı öğrenildi. Hastanın başvurusunda vital parametrelerinden tansiyon arteriyel 130/88mmHg, nabız 108/dk ve oksijen saturasyonu %98 olarak ölçüldü. Fizik muayene Glasgow koma skalası 14, batın distandü idi. Mesane sondası ve PEG mevcuttu. Rektal tuşede normal gaita bulaşı görüldü. Laboratuvar parametrelerinden lökosit 16,2K/uL, hemogram 10,6gr/dL, sodyum 132mEq/L, potasyum 3,4mEq/L ölçüldü. Tam idrar tetkikinde 3+ lökosit görüldü. Kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisinde yaygın kolonik gaz ve kolon dilatasyonu izlendi. Acil serviste yapılan takibi sırasında rezolüe olduğu izlenen hasta tedavisi düzenlenerek ve genel cerrahi kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tartışma: Ogilvie sendromu, mekanik tıkanıklık olmadan masif kolonik dilatasyon olarak ortaya çıkar. Hastalar başvurduklarında mide bulantısı, kusma ve karın ağrısı dâhil olmak üzere obstrüktif semptomlar gösterir. Perforasyon veya iskemi hastaları ile komplikasyonsuz distansiyon hastaları arasında ayırıcı tanı yapılmalıdır.

Hastada klinik bozulma göstermediyse veya çekal distansiyonunu 12cm'den daha fazla değilse konservatif tedavi tercih dileyebilir. Konservatif tedavi nazogastrik tüp veya rektal tüple kolonun dekompresyonu şeklinde olmalıdır.

Acut kolonik obstrüksiyon olgularında periton irritasyon bulgularının ve ateşin yokluğu ogilvie sendromu lehine değerlendirilse de iskemi ve perforasyonu dışlamak için ileri görüntüleme yöntemlerine başvurmak gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Ovilgie sendromu; kolonik psödo-obstrüksiyon; kolonik obstrüksiyon; olgu sunumu

P-09**NADİR BİR PSÖDÖ-PNÖMOPERİTONEUM DURUMU**

Serdar Özdemir¹, İbrahim Altunok¹, Hatice Şeyma Akça¹, Serkan Emre Eroğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Chilaiditi sendromu, kolonun bir kısmının karaciğer ve diyafram arasına anormal şekilde yerleştiği nadir görülen bir durumdur. Daha çok yaşlılarda görülen bu durum genellikle asemptomatiktir. Semptomatik duruma geldiğinde karın ağrısı, bulantı, kusma görülebilir. Fizik muayene de genellikle üst karında ve epigastrik bölgede hassasiyet söz konusudur. Hastaların bir kısmı solunum problemleri ile de ilişkilendirilmiştir.

Olgu Sunumu: 87 yaşında yatağa bağımlı debil hasta karın ağrısı, genel durumunda bozulma, ateş şikâyeti ile acil servise getirildi. Alınan anamnezden hastanın geçirilmiş serebrovasküler olay nedeniyle hastalığı sebebiyle yatağa bağımlı olduğu öğrenildi. Hastanın başvurusunda vital parametrelerinden tansiyon arteriyel 143/75 mmHg, nabız 83/dk, ateş 37,1 ve oksijen saturasyonu %96 olarak ölçüldü. Fizik muayene batında yaygın hassasiyet mevcuttu ve barsak sesleri hiperaktifti. Toraksta sternotomi skarı mevcuttu. Rektal tuşede normal gaita bulaşı görüldü. Laboratuvar parametrelerinden lökosit 7,55 K/uL, hemoglobün 10 gr/dL, sodyum 142 mEq/L, potasyum 4,5 mEq/L ölçüldü. Kontrastlı batın bilgisayarlı tomografide transvers kolon karaciğer anterioru ile karın ön duvarı arasında izlendi. Acil servis takibi sırasında hidrate edilen hasta tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

Tartışma: Chilaiditi sendromu, kolonun karaciğere anterior interpozisyonu olup, sağ hemidiaframın alt yüzeyine eşlik eden üst karın ağrısı ile birleşir; psödopneumoperitoneum nedenlerinden biridir. Kolonun bu yerleşimine karın ağrısı eşlik ettiğinde Chilaiditi sendromu ismini alır. Karın ağrısı yokluğunda ise Chilaiditi işareti olarak isimlendirilir.

Chilaiditi sendromunun kesin nedeni bilinmemekle birlikte kronik karaciğer hastalığı, karaciğer siroz veya assiti olan hastalarda daha sık görülmektedir. Ek predispozan faktörler arasında kolonun anormal uzaması veya kolon ve karaciğerin bazı ligamentlerinin anormal gevşekliği bulunur. Karaciğer hacminin azalması, diyaframın motor sinirinin felci (obren sinir sinir felci) ve obezite gibi bazı durumlarda Chilaiditi sendromunun gelişiminde rol oynayabilir.

Özellikle konvansiyonel görüntüleme yöntemleri kullanıldığında kolon içerisindeki gaz, diyafram altında görülerek pnömoperiton olarak yanlış yorumlanabilir. Bu pozisyondaki kolonik gaz, daha fazla görüntüleme, araştırma ve gerekli olmayan tedavi ile sonuçlanabilir.

Acil hekimi hastayı klinik ve laboratuvar parametreleri ile beraber değerlendirmeli, radyolojik psödo-pnömo-peritonium olgularının farkında olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Chilaiditi sendromu; psödo-pnömo-peritonium; pnömoperitonium; olgu sunumu

P-10**KARACİĞER İÇİNDE HAVA - OLGU SUNUMU**

Serdar Özdemir¹, İbrahim Altunok¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Safra yollarında gaz imajı izlenmesi pnömobilia olarak isimlendirilir. Konvansiyonel grafilerde akustik gölgelenme, bilier ultrasonografide bilier sistemde hiperekoik gölgelenme şeklinde bulgu vermekle birlikte bilgisayarlı tomografi ile daha iyi vizüalize edilir.

Biz bu olgu sunumunda geçirilmiş cerrahi öyküsü olan tipik bir pnömobili vakasını görseli eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 59 yaşında erkek hasta kliniğimize yeni başlayan karın ağrısı, karında şişlik şikâyeti ile başvurdu. Hastanın başvurusunda vital parametrelerinden tansiyon arteriyel 121/82 mm/Hg, oksijen saturasyonu %99 ve nabız 75/ dakika olarak ölçüldü. Hastadan alınan anamnezden hastanın özgeçmişinde pankreas malignitesi nedeniyle wipple ameliyatı olduğu, karaciğer metastazı bulunduğu ve artık takipli olduğu klinikçe ağrı polikliniğine yönlendirildiği öğrenildi. Fizik muayenede batın distandü idi ve istemli defans mevcuttu.

Hastanın kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisinde İntrahepatik safra yollarında dilatasyonlar, pnömobilia ile uyumlu tübüler hava imajlar gözlemlendi. Tüm batın kadrantlarında yaygın serbest sıvı görünümü mevcuttu. İntestinal yapılarda dilatasyonlar ve hidroaerik seviyelenmeler görülmekle birlikte pasajın devam ettiği görüldü. Hastanın kliniğimizde takibi sırasında gaita çıkışı olması ve şikâyetlerinin gerilemesi üzerine hasta takipli olduğu klinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tartışma: Pnömobilia, safra yollarında gaz imajı izlenmesidir. Klinik olarak daha çok radyolojik yöntemler ile konulan bu tanının etyolojisinde benign nedenler yer alabileceği gibi yaşamı tehdit eden nedenler de yer alabilir. Gastrointestinal sistemde bulunan gazın bilier sisteme retrograt geçişini oddi sfinkteri önlemektedir. Oddi sfinkteri 60 cmH₂O basınca kadar gaz geçişini önler.

Pnömobilia safra kanalında yapılan endoskopik biliyer manipülasyonlar, biliyer-enterik anastomoz veya perkütan transhepatik kolanjiyografi sonrası görülebileceği gibi amfizematöz kolesistit, safra yolu enfeksiyonu, karaciğer apsesi ve yüksek gastrointestinal obstrüksiyon sırasında da görülebilir. Literatürde künt abdominal travma sonrası gelişen pnömobilia olguları da mevcuttur.

Acil hekimi, pnömobilia vakalarını radyolojik olarak tanıya bilmeli ve bu vakaların benign ve yaşamı tehdit eden nedenlerini ayırt edebilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Safra yolları; pnömobilia; olgu sunumu

P-11**BARSAK DUVARINDA GAZ İMAJI**Serdar Özdemir¹, İbrahim Altunok¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Bağırsak duvarında gaz olarak tanımlanan pnömosistis intestinalis, nadir bir radyografik işarettir. Etiyolojisi çok farklı olabileceğinden, pnömosistis intestinalisin yönetimi cerrahi müdahaleden ayaktan hasta gözlemine kadar uzanmaktadır.

Biz bu olgu sunumunda mortal seyredebilecek bir pnömosistis intestinalis olgusunu görseli eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 71 yaşında bayan hasta kliniğimize genel durum bozukluğu, ateş şikâyeti ile başvurdu. Hastanın başvurusunda tansiyon arteriyel 100/50mmHg, nabız 123/dakika, ateş 38,5 ve oksijen saturasyonu %85 ölçüldü. Alınan anamnezden şikâyetlerinin 1 gün önce başladığı, hastanın başka bir merkeze başvurduğu bu merkezde lomber ponksiyon yapıldığı ve normal sınırlarda değerlendirildiği öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde geçirilmiş inme, hipertansiyon ve diyabet tanıları olup, 2,5 yıl önce kolon karsinomu nedeniyle 9 yıl önce trigeminal nevralji nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Yapılan muayenede bilinci stupor idi, ense sertliği yoktu, verbal yanıt anlamsız sesler şeklindeydi, göz açma yanıtı yoktu ve ağrılı uyaranla ekstremitelerde çekme yanıtı vardı. Bilincinin stupor şeklinde olması nedeniyle batın değerlendirmesi yapılamadı. Laboratuvar parametrelerinden lökosit 25.600K/uL, nötrofil 19.800K/uL, kan üre azotu 100mg/dL, kreatinin 1,6mg/dL, INR 1,4, C reaktif protein 19,9 mg/dL idi ve elektrolit imbalansı yoktu. Kranial görüntülemeye akut lezyon lehine bulgu izlenmedi. İntra venöz kontrastlı bilgisayarlı batın tomografisinde ince barsak segmentlerinde ileus ile uyumlu yaygın distansyon izlendi. Distal ileal segmentlerde intramural gaz imajları görüldü. Karaciğer içinde portal sistemle uyumlu gaz imajları mevcuttu. Acil şartlarda ameliyata alınan hastada ameliyat sırasında pelviste yaklaşık 40 cm'lik ince bağırsak ansının iki brid tarafından batın arka duvarına adeze olduğu ve bu segmentin nekroze olduğu gözlemlendi. Rezeksiyon ve anastomoz yapılan hasta 9 günlük yoğun bakım 3 günlük servis takibinin ardından taburcu edildi.

Tartışma: Pnömosistis intestinalis, karın radyografilerinde veya bilgisayarlı tomografi taramalarında, bağırsak duvarındaki gazı ifade eden bulgudur. Etiyoloji iyi huylu durumlardan fulminan gastrointestinal hastalığa kadar değişkendir. Pnömosistis intestinalisin, özellikle portomesenterik venöz gaz ile birlikteliği barsak nekrozu göstergesidir.

Acil hekimi radyolojik bulgu olan pnömosistis intestinalisi tanıyabilmeli ve yaşamı tehdit eden patolojileri ayırıcı tanıda değerlendirebilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pnömosistis intestinalis; barsak nekrozu; mezenter iskemi; olgu sunumu

P-12**TEK EKLEM AĞRISI İLE BAŞVURAN BİLATERAL OMUZ ÇIKIĞI**

Ömer Yusuf Erdurmuş¹, Ayça Koca Tanrıverdi, Sinan Genç, Ahmet Burak Oğuz

¹*İbni Sina Hastanesi, Acil Servis, Ankara, Türkiye*

Giriş: Omuz eklemine anatomik yapısı ve travmaya sık maruz kalması nedeniyle omuz çıkıkları sık görülmektedir. Çoğunlukla tek taraflı ve anteriordadır. Nadir de olsa bilateral omuz çıkıkları olabilmektedir. Genellikle ağrı ile gelen hastalarda ağrının esas nedeni oluşan kas spazmına bağlıdır. En karakteristik fizik muayene bulgusu apolet belirtisidir. Bu belirtinin humerus proksimalinin glenoid içinden çıkması nedeni ile akromion posterioru altında oyuk oluşması ve humerus başının anteriorda ele gelmesi ile ortaya çıkar. Bilateral omuz çıkığı literatürde %5-7 arasında görülme sıklığına sahiptir.

Olgu: 32 yaşında erkek hasta başvurudan 2 saat önce merdivenden düşme öyküsü sonrasında sağ omuzda ağrı ve hareket kısıtlılığı nedeniyle acil servise başvurdu. Ek yaralanma öyküsü bulunmamaktaydı. Özgeçmişinde bilinen bir hastalığı yoktu. Hastanın vitalleri; vücut sıcaklığı: 38 °C, Nabız:72atım/dakika, tansiyon arteriyel:120/80 mmHg, solunum sayısı:18/dk satO₂: %95. Hastanın fizik muayenesinde sağ omuzda apolet bulgusu mevcut olup abdüksiyon kısıtlılığı mevcuttu. Ayrıntılı fizik muayene yapıldığında benzer bulguların sol omuzda da olduğu tespit edildi. Bilateral periferik nörovasküler muayene normaldi. Radyografik görüntüleme kırık olmaksızın bilateral subkorakoid anterior omuz çıkığı saptandı. Hastanın her iki omzuna Kocher manevrası uygulanarak ilk denemede kapalı redüksiyon sağlandı. Redüksiyon sonrası radyografi ile kontrol edildi. Eklem hareket açıklıkları doğal hale gelen ve ağrısı azalan hastanın periferik nörovasküler muayenesi de doğaldı. Hasta velpau bandajı yapıp analjezik reçete edilerek ortopedi poliklinik kontrolü önerileriyle taburcu edildi.

Sonuç: Bilateral omuz çıkığı tespit edilen hastalarda fizik muayene esnasında dikkatli olunmalıdır. Travma hikayesi göz önünde bulundurularak omuz çıkıklarının nadir de olsa çift taraflı olabileceği akılda tutulmalıdır. Tek taraflı omuz ağrısıyla gelen hastalarda daha fazla ağrıyan omzun diğer omzun ağrısını maskeleyebileceği unutulmamalıdır ve bu nedenle fizik muayenede omuz daima bilateral muayene edilmelidir. Omuz çıkıklarında erken tanı konservatif tedavinin başarı şansını arttırmaktadır. Hastalara taburculuk esnasında omuz çıkığının tekrarlama olasılığı anlatılmalıdır.

Anahtar kelimeler: acil servis, bilateral omuz çıkığı, kocher manevrası

Anahtar Kelimeler: Acil servis; bilateral omuz çıkığı; kocher manevrası

P-13**LAMOTRİJİN KULLANIMINA BAĞLI STEVEN-JOHNSON SENDROMU**

Cem Demirel¹, Hande Şener Gök¹, Ömer Faruk Karakoyun¹, Mehmet Akçimen¹

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

Steven-Johnson sendromu (SJS) ve toksik epidermal nekroliz (TEN), nadir görülen, ancak yüksek ölüm hızına sahip, genellikle ilaçlara karşı gelişen ve yaygın epidermal nekrozla giden, birbiriyle yakın ilişkili hastalıklardır. Yaygın epidermis hasarının nedeni keratinositlerin apoptozisidir. İlaçlar ya da metabolitlerinin hapten görevi yaparak keratinositlerin yüzeyine bağlanmasının ve onları antijenik hale getirmesinin olayı başlattığı düşünülmektedir.

Çok sayıda ilaç bildirilmişse de en sık olarak sulfonamid grubu antibiyotikler, lamotrijin gibi antikonvülzanlar, beta-laktam grubu antibiyotikler, allopurinol, non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar, nevirapin, tiasetazon etken olarak saptanır. Erken tanı ve şüpheli ilaçların hemen kesilmesi tedavinin en önemli basamaklarından birisidir. SJS ve TEN'in ayırımında temel nokta, hastalığa katılan vücut yüzeyi oranıdır. Eğer tutulum %10'un altındaysa SJS, %30'un üzerindeyse TEN olarak kabul edilir. Ayırıcı tanıya giren diğer tabloların hızla dışlanması gerekir. Son yıllarda lokal ve sistemik tedavide kullanılan çeşitli seçeneklere rağmen destek tedavi, halen en önemli tedavi yaklaşımıdır. Bu hastaların hızlıca yoğun bakım ünitesine transferi oldukça önemlidir.

Vakamızda lamotrijin kullanımına bağlı SJS gelişen hastadan bahsedeceğiz.

Olgu: 32 yaş bayan hasta, 4-5 gündür olan döküntü şikayetiyle başvurdu. Ayaklarındaki şişlikler ve döküntülerin artmasıyla üzerine basamaz hale gelmiş. 1 hafta öncesinde tonsillit sebebiyle amoksisilin-klavulanat tedavisi başlanan hasta, yaklaşık 20 gündür borderline kişilik bozukluğu sebebiyle lamotrijin tedavisi alıyormuş. Özgeçmişinde belirgin bir özellik yok.

Fizik muayenede: Yüzde yaygın periorbital alanları da tutan ödem, basmakla yer yer solan yer yer solmayan eritemli plaklar, oral mukozada yaygın eritemli, beyaz plaklar ve dudaklarda desquame lezyonlar bulunmaktaydı. Sırtta yaygın olmak üzere, kollarda ve gövdede eritemli, basmakla solmayan, targetoid, epidermal ayrılmaların görüldüğü makuloplak lezyonlar, her iki ayak tabanında çapları 5cm'ye varan bülleri mevcut. Vital bulguları: Ateş: 37.0°C, nabız: 106, TA: 110/65 mmHg, Spo2: 98 idi.

Hasta Dermatoloji ile konsülte edildi. Steven-Johnson teşhisi konuldu ve Akdeniz Üniversitesi'ne sevk edildi. Hasta yoğun bakım ünitesinde takip ve tedavisine devam etmiştir.

Sonuç: Steven-Johnson sendromu akut başlangıç, tipik klinik belirtiler, hızlı seyir, deri hassasiyeti, pozitif Nikolsky belirtisi, gevşek ve büyük büllerin geniş, erode alanlar bırakarak ayrışması şeklinde karşımıza çıkan bir durumdur. Lezyonlu deriden alınacak biyopsi ile tanı desteklenir veya kesinleştirilir. Hızla kötüleşen klinik seyir ve yüksek mortalite riski nedeniyle acil hekimleri tarafından tanınması son derece önemli bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Steven-johnson sendromu; toksik epidermal nekroliz; dermatolojik aciller

P-14

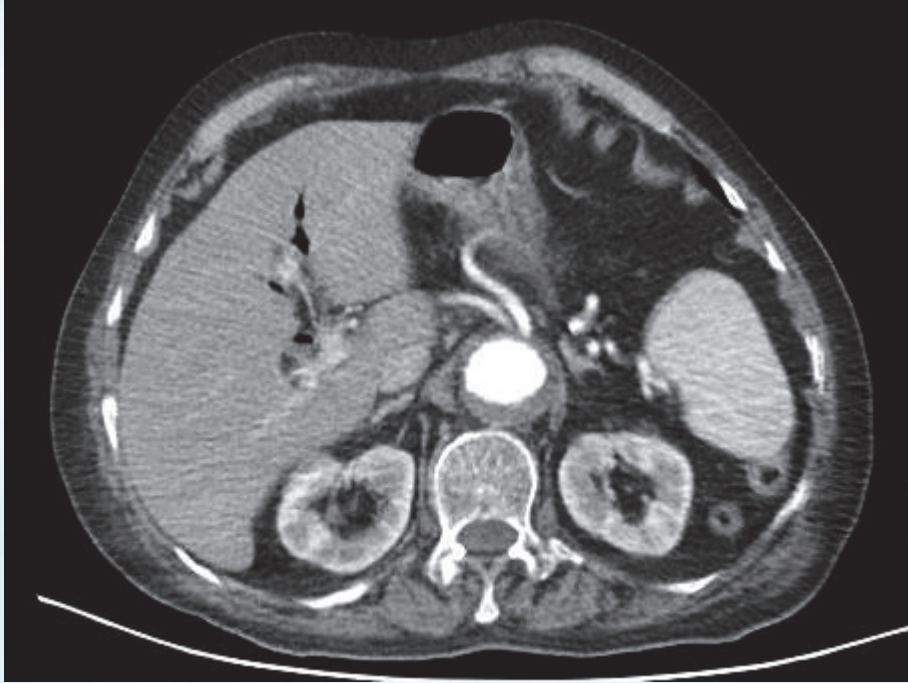
YAŞLI HASTALARDA NADİR RASTLANAN BİR PATOLOJİ; PNÖMÖBİLİA OLGUSU

Gürkan Altuntaş¹, Ali Aygün²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Rize, Türkiye; ²Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Ordu, Türkiye

Giriş: Pnömobili biliyer sistemde gaz saptanmasıdır. En sık biliyoenterik anastomozlar, safra yollarına yapılan perkütan ve endoskopik girişimler, enfeksiyon veya apse sonrası gelişir. Tedavi özellikle safra yollarına herhangi bir girişim yapılmamış hastalarda cerrahidir. Amfizematöz kolesistit, piyojenik kolanjit enfeksiyöz ve safra taşı ileusu pnömobili nedenleri arasında gösterilebilir. Tanısı geç konulduğunda morbidite ve mortalite oranı hızla artmaktadır. Bu olgumuzda nadir görülen bir pnömobilia olgusunu hatırlatmak istedik.

Olgu: 80 yaşında erkek hasta 3 gün önce başlayan karın ağrısı ve kusma şikayetiyle acile başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, tip 2 diabetes ve kolelityazis öyküsü mevcuttu. Daha önce geçirilmiş ameliyat öyküsü bulunmamaktaydı. Yapılan fizik muayene sonucunda batın her kadranda yaygın hassasiyet mevcuttu, sağ üst kadranda defans mevcut ve reboundu bulunmuyordu. Hastanın yapılan tetkiklerinde WBC: 16200/ μ L, AST: 50 U/L, ALT: 45 U/L, ALP: 150 U/L, GGT: 76 U/L, T. Bilirubin: 2,0mg/dL, CRP: 14 mg/L bulundu. Diğer biyokimyasal parametrelerinde patoloji saptanmadı. Çekilen ayakta direkt batın grafisinde ince barsak tipi hava sıvı seviyeleri dikkat çekmekteydi. İV. Kontrast madde verilerek çekilen tüm batın bilgisayarlı tomografisinde safra kesesi içinde ve intrahepatik safra yollarında hava varlığı, perikolesistik mayi görüldü. Hasta akut kolesistit, pnömobilia tanısıyla genel cerrahiye danışıldı. Hastaya antibiyoterapi ve cerrahi tedavi uygulanarak tedavisinin 4. gününde taburcu edildi.



Sonuç: Pnömobilia erken tanı ve tedavi koyulması gereken bir durumdur. Tanı konulamadığı takdirde mortalitesi ve morbiditesi hızla artan bir patoloji olduğu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis; safra kesesi; pnömobilia

P-15**OSLER WEBER RANDU SENDROMU - OLGU SUNUMU ve LİTERATÜR DERLEMESİ**

Serdar Özdemir¹, Abdullah Algin¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Osler Weber Randu sendromu, otozomal dominant kalıtım gösteren herediter hemorajik telenjektaziler ile karakterize bir sendromdur. 20. Yüzyıl başlarında Osler, Weber ve Henes tarafından tanımlanmıştır. Burun mukozası ve gastrointestinal sistemde karakteristik kalıtsal telenjektaziler ve bu telenjektazilere bağlı epistaksis ve gastrointestinal hemorajilere bağlı demir eksikliği anemisi sık görülen bulgulardır. Biz bu olgu sunumunda tipik bulgular ile başvuran derin anemili olgu sunumu ile beraber literatür derlemesi sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 62 yaşında erkek hasta burun kanaması ve halsizlik şikâyeti ile başvurdu. Hastanın başvurusunda vital parametrelerden nabız 110/ dakika, tansiyon arterial 112/85 mm/Hg olarak değerlendirildi. Aktif burun kanaması olan hastaya burun anterior tampon uygulandı. Alınan anamnezden geçirilmiş gastrointestinal kanama öyküsü olduğu, burun kanamalarının ara ara olduğu, son bir haftadır halsizliğinin olduğu öğrenildi. Fizik muayene mukozaları soluktu ve nasal tampon sonrası burun kanamasının durduğu görüldü. Elektrokardiyografide sinüs taşikardisi mevcuttu ve ST elevasyonu izlenmedi. Rektal tuşede normal gaita bulaşı izlendi. Yapılan laboratuvar incelemesinde lökosit 12.15/uL, hemogloblin 2 g/dL, trombosit 332 g/uL ölçüldü. Diğer biyokimyasal parametreler ve koagülasyon parametreleri normal sınırlarda değerlendirildi. Osler Weber Randu sendromuna bağlı derin anemi düşünülen hasta eritrosit replasmanı amaçlı iç hastalıkları kliniğine interne edildi. Transfüzyon sırasında komplikasyon izlenmeyen, halsizliği gerileyen hasta taburcu edildi.

Tartışma: Osler Weber Randu sendromu, 20. Yüzyılın başlarında herediter hemorajik telenjektaziler olarak tanımlanmıştır. Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia Foundation International sendromun klinik tanı kriterlerini tanımlamıştır. Dört kriter epistaksisler, telenjektazi, iç organ lezyonları (atriovenöz malformasyonlar (AVM)) ve uygun bir aile öyküsü olarak tanımlanmıştır (Tablo 1). Üç kriter mevcutsa, tanı kesindir. Sadece iki kritere sahip hastalarda tanı alamazlar ancak şüpheli olgu olarak tanımlanır. Hastalığa neden olan genler endoglin ve ALK-1 olarak tanımlanmıştır.

Olguların klinik yansıması daha çok telenjektazilere bağlı gelişen derin anemiler şeklindedir (şekil 1).

Acil servis hekimi, acil servise derin anemi, telenjektazi ile başvuran olgular veya iç organlarda yerleşimli AVM olgularında Osler Weber Randu sendromunu akılda tutmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anemi; derin anemi; Osler Weber Randu sendromu

P-16**DERİN ANEMİ - İKİ OLGU SUNUM****Serdar Özdemir¹, Abdullah Algin¹**¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Anemi kanda eritrosit sayısında azalmadır. Tam laboratuvar ile konulur. Acil tıp açısından anemi yaşamı tehdit eden komplikasyonlara açık olan acil anemiler ve yaşamı tehdit etmeyen acil müdahale gerektirmeyen anemiler olarak iki gruba ayrılır. Hastaların bu iki gruptan birine dâhil edilmesi laboratuvar bulgularının yanında semptomların varlığı, aneminin başlangıç süresi gibi klinik bulguları da değerlendirmeyi gerektirir. Aneminin ciddiyeti genellikle hastanın hemodinamik toleransı ile ilişkilidir.

Biz bu olgu sunumunda acil servise derin anemi ile ayaktan başvuran iki olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu1: 80 yaşında bayan hasta acil servise 3 gündür devam eden halsizlik şikâyeti ile ayaktan başvurdu. Hastanın başvurusunda vital parametrelerinden nabız 94/dakika, tansiyon arterial 100/74 mm/Hg olarak ölçüldü. Hastanın alınan anemnezde karaciğer sirozu, miyelodisplastik sendrom nedeniyle takipli olduğu öğrenildi. Fizik muayene cilt soluktu. Rektal tuşede normal gaita bulaşı izlendi. Elektrokardiyografide ST segment elevasyonu izlenmedi. Laboratuvar incelemesinde lökosit 6,25 /uL, hemoglobin 2,9 gr/dL, MCV 85,4 fL, MCH 24,9 pg, trombosit 132 /uL olarak değerlendirildi. Hasta eritrosit replasmanı amacıyla dâhiliye servisine interne edildi.

Olgu2: 43 yaşında bayan hasta yaklaşık 1 aydır devam eden boğaz ağrısı, halsizlik şikâyeti ile acil servise başvurdu. Hastanın başvurusunda vital parametrelerinden nabız 102/dakika, tansiyon arterial 156/87 mm/Hg olarak ölçüldü. Hastanın alınan anemnezde özgeçmişinde hipertansiyon ve polikistik böbrek hastalığı olduğu öğrenildi. Fizik muayene orofarenks hiperemikti. Rektal tuşede normal gaita bulaşı izlendi. Elektrokardiyografide ST segment elevasyonu izlenmedi. Laboratuvar incelemesinde lökosit 12,75/uL, hemoglobin 3,3gr/dL, MCV 63,6fL, MCH 12,8pg, trombosit 443/uL olarak değerlendirildi. Biyokimyasal parametrelerden kreatinin 3,24 mg/dL, kan üre azotu 107mg/dL, AST 66u/L, ALT 21u/L, albümin 2,8 g/dL ölçüldü. Elektrolit bozukluğu izlenmedi. Hasta eritrosit replasmanı ve ileri tetkik amacıyla dâhiliye servisine interne edildi.

Tartışma: Acil servis başvuru nedenleri arasında yer alan halsizlik, çarpıntı hissi, nefes darlığı derin anemilerde görülen klinik bulgulardandır. Acil servis hekimi anemi hastalarını semptomlarına ve klinik bulgularına göre değerlendirmeli gerekli durumlarda acil replasmanı akılda tutmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis; anemi; derin anemi; olgu sunumu

P-17**HEM PROKSİMAL HEM DİSTAL RADIUS KIRIĞI**

Serdar Özdemir¹, Abdullah Algın¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Radius, dirsekde humerusla, el bileğinde karpal kemiklerle ve hem dirsekte hem de el bileğinde ulna ile karmaşık bir eklemleme oluşturan önkolda yer alan uzun kemiktir. Radius kırıklarında En sık neden direkt travmadır. Sıklıkla trafik kazaları gibi yüksek enerjili travmalardan sonra görülmektedir. Yüksekten düşme, ateşli silah yaralanmaları ve darp sonucu görülebilir. Radius kırıklarıyla birlikte ulna kırıkları, yumuşak doku yaralanmaları, açık kırıklar, hematoma, nörolojik problemler, kompartman sendromu gibi eşlik eden ikincil yaralanmalar olabilir. Radius kırıkları distal 1/3, orta 1/3 ve proksimal 1/3 kırıkları ve eşlik eden ulna kırıklarına bağlı olarak sınıflandırılır.

Biz bu olgu sunumunda direkt travma sonrası proksimal ve distal radius kırığı olan vakamızı tartışmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 63 yaşında bayan hasta merdivenden düşme sonrası el bileği ve dirsekte ağrı şikâyeti ile acil servise ayaktan başvurdu. Yapılan muayenesinde sağ el bileğinde distal radiusta ve sağ dirsekte radius başında hassasiyet mevcuttu. Nörolojik muayene olağandı. Diğer sistem muayenelerinde patolojiye rastlanmadı. Çekilen grafilerde radius distal uç düzeyinde deplase karakterde multiple parçalı fraktür ve radius başı parçalı deplase fraktür izlendi(resim1). Distal radiusta eklem iştirakli parçalı kırığı olan hasta cerrahi tedavi planlanarak ortopedi servisine interne edildi.

Tartışma: Radius kırıkları acil serviste en yaygın karşılaşılan uzun kemik kırıklarıdır. Bu yaralanmalar özellikle çocuklar ve yaşlıları etkileyen bimodal dağılım gösterir.

Distal radius kırıkları, ekstasyon tip, fleksiyon tip ve push-off kırıklarını içerir. En sık yaralanma mekanizması el bileği üzerine düşme sonrası direkt travma şeklindedir. Grafilerin değerlendirilmesinde distal radiusun temel anatomisinin farkında olarak volar til, radial tilt ve radial uzunluk ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

Radius baş ve boyun kırıkları yetişkinlerde nispeten sık görülen dirsek kırıklarının 1/3'ünü oluşturan kırıklardır. Radius başının hareketi, tam ve ağrısız pronasyon ve supinasyon için gereklidir. En sık yaralanma mekanizması el bileğinden iletilen kuvvet sonrası görülen indirekt yaralanmalar şeklindedir.

Acil servis hekimi, ekstremitte travması sonrası başvuran hastalarda etkilenen eklem distal ve proksimalindeki kemiklerin tamamını değerlendirmesi ikinci yaralanmaların atlanmasını engelleyecektir.

Anahtar Kelimeler: Distal radius kırıkları; proksimal radius kırıkları; radius kırıkları

P-18**TORAKOABDOMİNAL TRAVMADA ATLANMAMASI GEREKEN YARALANMA - OLGU SUNUMU**

Serdar Özdemir¹, Abdullah Algın¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Diyafram yaralanmaları nadir görülen yaralanmalardandır. Tüm travmatik yaralanmaların %1'inden daha azını oluşturur. Herninin eşlik ettiği diyafram yaralanmaları görüntüleme yöntemleri ile tanı konulabilirken herni eşlik etmeyen yaralanmaların görüntüleme yöntemleri ile tespiti her zaman mümkün olmamaktadır. Geçikmiş tanılar, batın organlarının herniye ve strangüle olması ile ilişkili mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Tanı kesin olmadığı durumlarda laparaskopi, laparotomi veya torakoskopi gibi invazif yöntemlere başvurmak gerekebilir. İleri görüntüleme yöntemlerinin seçimi ve zamanlaması, hastanın genel durumuna ve eşlik eden yaralanmalara bağlı seçilir.

Biz bu olgu sunumunda klinik belirti vermeyen ve radyolojik yöntemler ile tespit edileyen diyafram yaralanması olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 47 yaşında erkek hasta delici kesici alet yaralanması sonrası acil servise başvurdu. Hastanın başvurusunda vital parametreleri nabız 74/dakika, tansiyon arteriyel 121/80mmHg, oksijen saturasyonu %98 ölçüldü. Fizik muayenede sağ üst kadranda 1 adet, sol üst kadranda 3 adet ve sol adet 1 adet her biri yaklaşık 3 cm olan delici kesici alet yaralası izlendi. Hastanın intravenöz kontrast madde verilerek çekilen bilgisayarlı tomografisinde solda 9-10. kot interkostal seviyesini geçerek retroperitoneal sol anterior pararenal yağlı plana 3,5-4 cm' lik segment boyunca uzanım gösteren, bu seviyede ince retiküler hemorajik komponentlerinde gözlendiği tarzında penetran travma traktı gözlendi. Bu trakt komşuluğunda intestinal yapılarda böbrekte zedelenme bulgusu görülmedi. Lezyon bölgesinde belirgin hematoma, loküle veya serbest sıvı görünümü izlenmedi. Genel durumu iyi olan hasta genel cerrahi servisine takip amaçlı interne edildi. Takibinin ikinci gününde vital parametreleri stabil seyreden hastaya yapılan tanısal laparoskopide sol diyaframda görülen yaklaşık 1 cm defekt onarıldı. Komplikasyon gelişmeyen hasta yatışının üçüncü günü taburcu edildi.

Tartışma: Bıçaklanma ve ateşli silah yaralanmaları gibi torakoabdominal bölgeye nüfuz eden penetran mekanizmalar, tüm diyafram yaralanmalarının yaklaşık % 65'ini oluşturur. Anatomik lokalizasyonu nedeniyle torakoabdominal bölgeyi(şekil1) içeren penetran yaralanmalarda acil servis hekimi diyafram yaralanmasını akılda tutmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Delici kesici alet yaralanması; diyafram yaralanması; penetran yaralanma; torakoabdominal yaralanma

P-19**ERİŞKİNDE NADİR BİR AYAK BİLEĞİ YARALANMASI**

Serdar Özdemir¹, İbrahim Altunok¹, Abdullah Algın¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Tillaux kırığı daha çok çocuklarda ve adolesanlarda tanımlanmış erişkinde nadir görülen bir distal tibia fraktürüdür. Distal tibia anterolateral plafondun, anteroinferior tibia fibular ligantın tutunma yerinden olan avülsiyonlar ile karakterizedir. Mekanizma sıklıkla ayak bileğinin eksternal rotasyona zorlanması şeklindedir. Bu olgu sunumunda Erişkinde nadir görülen bu kırık tipini görselleri eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 26 yaşında erkek hasta karda kayıp düşme sonrası ayak bileği ağrısı şikâyeti ile acil servise başvurdu. Başvurusunda vital parametreleri normal sınırlardaydı. Fizik muayenede sağ ayak bileği medialinde yaygın hassasiyet ve şişlik mevcuttu. Hasta ağırlığını sağ ayağı üzerine vermekten çekiniyordu. Sağ ayak bileği hareketleri ağrılıydı. Diğer sistem muayeneleri olağandı. İki yönlü ayak bileği grafisinde distal tibia anterolateralinde fraktür hattı izlendi. Ayak bileği bilgisayarlı tomografisinde fragmente parçanın deplase olmadığı görüldü. Hasta ortopedi ve travmatoloji kliniği ile konsülte edildi. Kısa bacak alçı uygulanan hasta ortopedi ve travmatoloji polikliniği kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tartışma: Tillaux kırığı ilk olarak 1822 de Sir Astley Cooper ve Paul Tillaux tarafından ayak bileği eksternal rotasyonuna bağlı antero infeior tibiafibular ligamentin distal tibia anteroinferiorunda meydana getirdiği avülsiyon fraktürü olarak tanımlanmışlardır. Bu avülsiyon fraktürünün erişkinde daha nadir görülmesinin nedeni, erişkin hastalarda ligamente uygulanan kuvvete bağlı olarak avülsiyon fraktürü gelişmeden önce ligament hasarının meydana gelmesidir. Konvansiyonel grafiler fraktür hattını göstermede yeterli olabilse de avülse olan parçanın deplase olup olmadığını göstermek, eşlik eden yaralanmaları dışlamak ve tedaviyi planlamak için bilgisayarlı tomografi tercih edilen görüntüleme yöntemidir. İki mm üzerinde deplase olan fraktürlerde açık redüksiyon internal fiksasyon gereklidir. Daha az deplase olan olgularda konservatif tedavi yöntemleri tercih edilebilir. Acil servis hekiminin ayak bileği yaralanmalarında, seçilmiş olgularda bilgisayarlı tomografi gibi ileri görüntüleme yöntemlerine başvurması, tillaux kırığı gibi nadir rastlanan kırıkların tedavisinin planlanmasında katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ayak bileği yaralanması; distal tibia fraktürü; tillaux kırığı

P-20

GÖRÜNDÜĞÜNDEN FAZLASINI İFADE EDEN KIRIKLAR

Serdar Özdemir¹, İbrahim Altunok¹, Abdullah Algın¹, İsmail Atik¹, Serkan Emre Eroğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Diz vücuttaki en büyük ve en karmaşık eklemlerden biridir. Sinovyum ile kaplanır ve femoral kondiler ile medial ve lateral tibial platolar arasındaki iki menteşe tipi eklemden ve patella ile anterior distal femurun troklear oluk arasındaki kayma tipi eklemden oluşur. Eklemde ana stabilizatörleri, ekstansör tendonları (kuadriseps ve patellar tendonları), medial ve lateral kollateral ligament kompleksi ve çapraz bağlardır.

Diz doğrudan travmaya karşı savunmasızdır. Ergenlik ve yetişkinlikte meydana gelen akut yaralanmaların çoğu spor yaralanmalarından, motorlu taşıt kazalarından veya düşmelerden kaynaklanmaktadır. En sık görülen yaralanmalar, ligament, kırık ve menisküs gibi yumuşak dokuları içerir.

Biz bu olgu sunumunda düşme sonrası gelişen avülsiyon kırığına eşlik eden anterior kollateral ligament hasarını olgusunu görsel eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu Sunum: 39 yaşında erkek hasta düşme sonrası sol dizde yaygın ağrı şikâyeti ile başvurdu. Başvurusunda vital parametreleri normal sınırlardaydı. Fizik muayenede sol diz hassasiyet ve tüm dizde şişlik mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. İki yönlü diz grafisinde belirgin patoloji görülmedi. Sol diz bilgisayarlı tomografisinde (BT) tibia lateral platosu lateralinde avülsiyon kırığı görüldü (resim1-2). Suprapatellar bursada sıvı artışı mevcuttu. Ortopedi kliniği ile konsülte edilen hastaya sol diz manyetik rezonans (MR) görüntüleme yapıldı. Sol diz MR görüntülemesinde anterior cruciate ligament (ACL)'de parsiyel rüptür ve lateral kollateral ligamanda grade I sprain saptandı. Hastaya breys kullanması önerilerek taburcu edildi.

Tartışma: Segond kırığı, tibial platonun lateralinde dizin avülsiyon kırığıdır. Segond kırığı bacak iç rotasyonda dizin varusa zorlanması sonucu lateral kapsül ligamentin avülsiyonu sonucu oluşur. Vakaların %75'ine ACL hasarı eşlik etmektedir.

Akut diz travması görüntüleme gerektiğinde başlangıçta konvansiyonel grafiler ile değerlendirilir. Konvansiyonel radyografilerde belirgin patoloji yokluğunda, yüksek bir klinik kırık şüphesi veya yumuşak doku yaralanması şüphesi olan travma hastalarında, BT veya BT ve MR gibi tekniklerle ileri görüntüleme yapılmalıdır.

Acil servise başvuran diz travması olgularında, lateral tibial plato avülsiyonu görüldüğünde eşlik eden ligament hasarı olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anterior cruciate ligament; diz travması; Segond kırığı; olgu sunumu

P-21**REİTER SENDROMU: BİR OLGU SUNUMU**

Merve Osoydan Satıcı¹, Hayrullah Yönek¹, Gökhan Aksel¹, Serkan Emre Eroğlu¹, Serdar Özdemir¹
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Reiter sendromu (reaktif artrit), vücudun herhangi bir yerinde enfeksiyondan sonra gelişen ve tutulan eklem bölgesinde mikroorganizmaların bulunmadığı bir artrit olarak tanımlanır. Reaktif artrit, tipik olarak genç erişkinlerde görülen hem erkekleri hem de kadınları etkileyen ve nadir görülen bir hastalıktır.

Enfektif süreçler ile kolaylıkla karışabilmesi ve bu nedenle tanısının sıklıkla atlanması, tedavisi ve yönetiminin tamamen farklı olması ve nadir görülmesi nedeniyle bu vakayı sunumu ile Reiter sendromunu tartışmayı amaçladık.

Olgu: Otuz yaşında kadın hasta acil servise 1 haftadır olan eklem yerlerinde ağrı, şiddetli bel ağrısı ve halsizlik şikayeti ile başvurdu. İki hafta önce başlayan ve 10 gün kadar süren kanlı mukuslu diyare öyküsü mevcut olan hastanın fizik muayenesinde sol ayak dorsalinde ve ayak bileğinde, sağ dizde ve lumbosakral bölgede hassasiyet ve ödem mevcut olup, hiperemi ve ısı artışı eşlik etmemekteydi. Laboratuvar parametrelerinde lökosit: 10.000 /ul, CRP:16 mg/dl, sedimentasyon 63 mm/saat ölçüldü, ayrıca direkt gaita analizinde eritrosit ve mukus mevcut idi. Hastaya mevcut bulgularla reaktif artrit tanısı konularak interne edildi. Hastaya 100 mg/gün diklofenak sodyum tedavisi 3x1 intramüsküler başlandı, yanıt olmaması üzerine diklofenak sodyum kesilerek metilprednizolon 40 mg/gün intravenöz başlandı. Hasta 10 günlük tedavi sonrasında sağlıklı şekilde taburcu edildi.

Sonuç: Literatüre göre hastalığın insidansı 0.6-3.1/100,000 olarak bulunmuştur. Tanısı; alt ekstremitelerde asimetrik oligoartrit ve inflamatuvar lomber ağrı, ekstra-artiküler enfeksiyon varlığı, oligoartrit ile seyreden diğer hastalıklara ait kesin kanıt bulunmaması ile konulur. Bizim hastamızda da asimetrik oligoartrit mevcut olup lumbosakral eklem tutulumu da vardı. Ayrıca, septik artrit kriterlerini tam karşılamadığı için hastamıza Reiter sendromu tanısı konuldu.

Ekstrartiküler enfeksiyon sonrası gelişen, asimetrik oligoartritin eşlik ettiği, septik artrit gibi diğer tanı artrit tanı kriterlerinin karşılanmadığı vakalarda, nadir görülen reaktif artrit tanısı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Reiter sendromu; reaktif artrit; acil tıp; olgu sunumu

P-23

ATEŞ ETYOLOJİSİ: ENDOKARDİT

Erdi Akça¹, Ömer Faruk Karakoyun¹, Nalan Kozacı¹, Çağrı Karaman¹, Hüseyin Uzunay¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Antalya, Türkiye

Giriş: Ateş, vücut sıcaklığının (VS) 37.8C'nin üzerinde ölçülmesidir. Etiyolojisi basit enfeksiyon odaklarından komplike nedenlere kadar değişebilir. Erişkinlerde ateşin hayati sebeplerinden birisi İnfektif endokardit (İE)'dir. Gelişmiş ülkelerde İE sıklığı 3-9 olgu/100 000 kişidir hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde görülen İE hastalarının profili, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklılık göstermektedir. Damar içi ilaç kullanımı, gelişmiş ülkelerde tüm İE olgularının %10'unda predispozan olarak belirlenirken, ülkemizde halen nadir bir durum olup, olguların %1'inden azında predispozan olarak belirlenmektedir.

İE, kalbin endokardiyal yüzeyinin infeksiyonudur, sıklıkla kalp kapaklarını etkilemektedir. Hastalığın süresine göre akut (< 6 hafta), subakut (6 hafta-3 ay arasında) veya kronik (>3 ay) olarak değerlendirilir. Akut İE varlığında etken sıklıkla Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes veya Streptococcus pneumoniae'dir. Komplikasyon olasılığı, enfekte olan patojeni, tedaviden önceki hastalığın süresini ve altta yatan komorbiditeleri içeren birkaç faktöre bağlıdır.

Bu yazımızda damar içi madde kullanımına bağlı İE sonucu septik emboli gelişen bir hastadan bahsedeceğiz.

Olgu: 20 yaş erkek hasta acil servise ateş, halsizlik şikayetleriyle başvurdu. Şikayetlerinin 3 gündür sürdüğünü, beraberinde bir tatlı kaşığı hemoptizisinin olduğunu belirtti. Vitalleri ateş:37.3C, TA:95/50mmHg, Nb:165atım/dk SS:28solunum/dk'ydı. Özgeçmişinde damardan madde kullanımının ve HCV pozitif olduğunu söyledi. Fizik muayenesinde bilinç açık, oryante, koopere, GKS:15'ti. Akciğer (AC) sesleri kaba ve bibaziller ralleri mevcuttu, her iki inguinal bölgesinde enjeksiyon izleri vardı. EKG 160atım/dk sinüs ritmi olan hastanın AC grafisinde yer yer infiltratif alanlar mevcuttu. Laboratuvar sonuçlarında CRP:324mg/L, Na:127mmol/L, WBC:15.1, D-dimer:2102ng/ml olan hastanın pulmoner emboli şüphesiyle istenilen toraks BT'sinde çoklu septik emboli görünümü mevcuttu. Yapılan EKO'sunda triküspit kapakta 2.4x2.1 cm çapında lobüle hareketli vejetasyon ile uyumlu kitle mevcuttu. Enfeksiyon hastalıklarıyla konsülte edilen hastaya kan kültürlerinin alınmasının ardından Daptomisin 1x10mg/kg ve Seftriakson 2x1g başlandı. Enfeksiyon hastalıkları servise yatırıldı. Takibinde kan kültüründe staphylococcus aureus üreyen hastaya kapak protezi planlandı.

Sonuç: İE, nadir görülmesine karşın gerek tanı ve tedavisinin güçlüğü, gerekse yüksek morbidite ve mortaliteye yol açması nedeniyle halen önemini koruyan bir hastalıktır.



Anahtar Kelimeler: Ateş; infektif endokardit; septik emboli; staf.aureus

P-24**NÖTROPENİK HASTADA MORTAL SEYREDEN KARIN AĞRISI; TİFİLİT**

Onur Üstüntaş¹, Hatice Şeyma Akça¹, Abdullah Algın¹, Serkan Emre Eroğlu¹

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Nötropenik enterokolit (tifilit) kemoterapi tedavisi sonrası görülen, ileum, çekum ve çıkan kolonun segmental nekrozu ile seyreden ve sepsisemiye kadar progresyon gösterebilen bir tablodur. İmmünesupresif hastalarda mukozal hasar, nekrotizan hasara ve sonrasında mikrobiyal translokasyona neden olur.

Kemoterapi sonrası febril nötropenik enterokolit tespit edilen metastatik meme kanseri vakası anlatılacaktır.

Olgu: Bilinen karaciğer ve kemik metastazı olan meme kanseri tanılı 40 yaşında kadın hasta; ateş, bulantı, kusma nedeniyle acil servisimize başvurdu. Hastanın en son 1 hafta önce kemoterapi aldığı öğrenildi. Nabız 159/dk, tansiyon 91/70 mmhg, oksijen saturasyonu 96, ateş 38 olan hastanın batin muayenesinde suprapubik ve sağ alt ve üst kadranda hassasiyeti mevcuttu. Parasetamol flakon ve 500 cc %0,9 sodyum klorür intravenöz tedavisi başlanan hastanın WBC:1410/uL, neu#:300/UL, hgb:10.8g/dl, hct:32%, plt:10000/uL, crp:14.1mg/dL(N:0.0-0.5), kreatinin:0.59mg/dL, kan üre azotu (BUN):27.82mg/dL, potasyum(K):3.8mEq/L, sodyum (Na):133 mEq/L, Massc skoru <21 olarak saptandı. Febril nötropeni olarak değerlendirilen hastanın ultrason raporunda: alt batında barsak ansları arasında serbest sıvı izlenmekte idi ve sağ alt kadranda asendan kolon ve çekumda ödem mevcuttu. Hastanın Febril Nötropenik Enterokolit ön tanısı ile dahiliye servisine yatırılı yapıldı, enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu sonrası kültür örnekleri alınan hastaya tazobactam ve metranidazol intravenöz tedavisi başlandı. Sıvı destek tedavisine devam edildi. Yatışının 13. Gününde nötrofil 7000 u/l'e yükseldi. Sistemik muayenesi normal olan, şikayetleri gerileyen hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Hastamızda perforasyon ve/veya nekroz gibi komplikasyon meydana gelmediğinden cerrahi girişim düşünülmedi. Yapılan metaanalizlerde de cerrahi tedavinin mortalite üzerinde medikal tedaviye üstünlüğü tespit edilememiştir. (1) Ayrıca klinik olarak kötüleşen hastalarda nötropenin kötü prognostik faktör olmadığı saptanmıştır. Bizim hastamızda sıvı destek tedavisi ve antibiyoterapi ile klinik düzelleme sağlandı.

Bunun yanında akut karın ağrısı ile gelen hastalarda cerrahi girişim ile iyi prognozla seyreden nötropenik enterokolit vakaları da mevcuttur. Hastamızda kabızlık ve bulantı kusma şikayeti mevcuttu, batin muayenesinde minimal hassasiyet dışında patolojik bulguya rastlanılmadı. Hasta medikal tedaviye cevap vermiş, onkoloji poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edilmiştir. İyileşme sürelerinin kısalabilmesi ve erken taburculuk için detaylı çalışmalara, metaanalizlere ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Tifilit; nötropeni; enterokolit

P-26**BİR ADÖLESANDA METFORMİN İNTOKSİKASYONU**

Cemile Bozdemir¹, Hande Şener Gök¹, Neslihan Yüksel¹, Erdiñ Balcı¹, Fatih Selvi¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Antalya, Türkiye

Giriş: İlaç intoksikasyonları acil serviste sıkça karşılaştığımız klinik durumlardan biridir. Metformin intoksikasyonu, kullanım oranı oldukça yüksek olmasına rağmen nadir görülen bir durumdur. Metformin biguanidler grubunda yer alıp günümüzde insülin direnci ve Tip 2 DM'te sık reçete edilen oral antidiyabetiklerdendir. Metformin ilişkili laktik asidoz akut yüksek doz alımlarında mortalitesi yüksek durumdur. Bu sözlü sunumumuzda ergenlik çağında intihar amaçlı yüksek doz metformin alımına bağlı laktik asidoz gelişen ve hemodiyalizle tedavi edilen bir olguya yer verdik.

Olgu: 15 yaşında kadın hasta; intihar amaçlı metformin 850 mg tabletten 70 adet alımından 2 saat sonra ailesi arafından acil servise getirildi. Hasta monitörize edildiğinde TA:110/60, nabız:135, SpO2:97'idi. Genel durumu orta, kusması, karın ağrısı, ajitasyonu mevcuttu. EKG'sinde sinüs taşikardisi vardı. Orogastrik mide lavajı yapıldıktan sonra 1 mg/kgdan aktif kömür verildi. İzotonik serum fizyolojik ve antiemetik başlanarak kan şekeri ve vital takibine alındı. Laboratuar tetkiklerinde glukoz:187mg/dL, kreatinin:1,1mg/dL, Na:137mmol/L, K:4,4mmol/L, AST:17U/L, GGT:18U/L, ALT:14U/L, INR:1.06, HGB:13.2g/dL PLT: 309000/dL'ydi. Venöz kan gazında Ph:7.22, PCO2 :22mmHg, HCO3:11.2mmol/L, laktat:13.7mmol/L, baz açığı: -17,8 olarak saptandı.1 saat sonra tekrarlanan kan gazında laktik asidozu derinleşen genel durumu kötüleşen deliryuma giren hasta çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Ph :7.19, PCO2:22mm Hg, HCO3:10,3mmol/L, laktat:19mmol/L idi. Çocuk yoğun bakımda başvurusundan 7 saat sonraki laboratuar değerleri glukoz:75mg/dL, Ph:7.11 laktat:20mmol/L, HCO3:9mmol/L, PCO2:28mmHg idi. Hastanın bilinç durumuna kötüleşme, takipne, kusmaull solunumu gelişmesi üzerine hemodiyalize alındı. 2 gün 4'er saat diyaliz sonrası hastanın kan değerleri ve klinik durumunda gözle görülür düzelme olması üzerine servis takibine alındı. 2 gün sonra da şifayla taburcu edildi.

Sonuç: Metformin ilişkili laktik asidoz daha çok akut aşırı kullanıma bağlıdır. Kan gazı ve laktat değerinin mortalitede öngörülebilir iki değişken olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca metformin doz aşımında miyokardiyal işlev bozuklukları, karaciğer ve böbrek yetmezlikleri de görülebilir. Erken ve etkili hemodiyaliz hayat kurtarıcıdır. Laktat konsantrasyonu 20 mmol/l üzerindeyse Ph 7.0'ın altındaysa, şok bulguları azalmış bilinç seviyesi varsa, standart destek tedavisi başarısız olmuşsa zaman kaybetmeden hemodiyaliz yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Metformin; laktik asidoz; intoksikasyon; adelosan

P-27

ÖLÜMÜN DE RENGİ OLUR, BU SEFER MOR - İSPİRTO VAKASI

Habib Sevimli¹, Hayrullah Yönak¹, Gökselin Bebeli Yaşar¹, Hatice Şeyma Akça¹, Serdar Özdemir¹, Serkan Emre Eroğlu¹
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Metanol, formaldehit ve formik asit gibi metabolitleri ile toksisite oluşturan, odunun distilasyonu ile elde edilen, renksiz kokusuz bir alkol çeşididir. Oluşturduğu toksisite; metabolik asidoz, görme problemleri, kardiyovasküler problemler, böbrek yetmezliği ve ölüme kadar yol açan tablolardan sorumludur. Bu maruziyet oral alımla, inhalasyonla veya transdermal olabilir. Bu olgu sunumunda, halk arasında yaygın olarak ağrı tedavisinde kullanılan ispirtonun pamuğa emdirilerek diz üzerine 1 ay kapatılmasının sorumlu olduğu klinik tabloyu sunacağız.

Vaka Sunumu: 64 yaşında kadın hasta çift görme, denge kaybı, beslenmede ve sorulara cevap vermekte zorlanma ve uyku hali şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde diyabet olan hastanın sülfonilüre grubu ilaç dışında ilaç kullanım yoktu. Tansiyon arteriyal 144/77mm/Hg, kalp tepe atımı 74vuru/dk, oda havasında spo2%98, vücut sıcaklığı36,7°C, parmak ucu kan şekeri 112mg/dL olarak ölçüldü. Nörolojik muayenesinde horizontal nistagmus haricinde patolojik bulgu saptanmadı. Her iki dizde yaygın pembe-mor renkte hiperemileri mevcuttu. Kan gazı analizinde pH:7.11, pCO₂27.3, cHCO₃ 9,9, BE-19.3 ve laktat 2.2 idi ve anyon açığı 34,1 olarak hesaplandı. Artmış anyon açıklı metabolik asidoz saptanan hastada anamnez derinleştirildiğinde dizlerindeki dermatit alanların odun ispirosundan yakı yapılarak uyguladığı öğrenildi. Metanol intoksikasyonu düşünülmesi ve bilincinin kötüleşmesi üzerine orotrakeal entübe edildi. Hasta yoğun bakıma yatırıldı ve hemodiyaliz uygulandı. Yoğun bakım takibinin üçüncü gününde hasta eksitus oldu.

Tartışma: Metanol, çeşitli boya ve leke çıkarıcılar, cam yıkama sıvıları, antifriz, kolonya ve ispiroto yapımında kullanılan bir alkol çeşididir. Transdermal maruziyet literatürde çok nadir olmakla birlikte ülkemizde birkaç adet olgu mevcuttur. Retinotoksisite sonucu görme problemleri hastaların %37-72'sinde görülür ve %11-18 kadarında geri dönüşlüdür. Bizim hastamızda görme bozukluğu olmuş fakat hastane başvurusu olmamıştır. Tedavi maruziyetin derhal kesilmesi ve metabolitlerin bünyeden uzaklaştırılmasına dayanır. Antidot olarak etanol veya fomepizol uygulanabilir. Hemodiyaliz de diğer bir seçenektir.

Artmış anyon açıklı metabolik asidoz saptanan hastalarda metanol intoksikasyonu akılda tutulması gereken bir tanıdır. Acil hekimi antidot uygulaması veya hemodiyaliz gibi tedavi alternatiflerini değerlendirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Artmış anyon açıklı metabolik asidoz; metanol intoksikasyonu; transdermal maruziyet; olgu sunumu

P-28**ANTİEPİLEPTİKLER ve BİLİNÇSİZ KULLANIM**

Hatice Şeyma Akça¹, Büşra İhtiyar¹, Serdar Özdemir¹

¹Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç: Valproik asit çeşitli nörolojik ve psikiyatrik hastalıklarda kullanılan yaygın bir ilaçtır. Epilepsi, nöropatik ağrı, tremor, migren, mani bunlardan birkaçıdır.

Olgu: 28 Yaşında kadın hasta evinde 5 kez nöbet geçirme şikayeti ile acil servise başvurdu. Epilepsi dışında bilinen hastalığı olmadığı ve Karbamazepin 400 mg 2*1, Lamictal 50 mg 2*1 oral kullandığı öğrenildi. Yakınlarından alınan bilgiye göre Jenaralize tonik klonik nöbet geçirdiği düşünüldü. Ayrıca menstrüel evrede nöbet sıklığının arttığı bilgisi de tarafımıza iletildi. Psikiyatrik şikayetlerinin de olması üzerine psikiyatri polikliniğine başvurduğu ve 1 gün önce Na valproat tedavisine başlanıldığı öğrenildi. Başvuru sırasında şuur konfüze idi; postiktal olarak değerlendirildi. Ateş: 38,5/85 nabız: 85/dk sat:95, glukoz:126 mg/dl. Wbc:11.3 u/l, Hgb:13 g/dl, plt:282 10³ u/l. Karaciğer ve Böbrek fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Takipleri sırasında deliryum gelişen hastanın çekilen beyin BT'sinde patoloji saptanmadı. Yaklaşık 6 saat takip edilen hastanın şikayetleri geriledi. Psikiyatri poliklinik kontrolü önerileriyle taburcu edildi.

Sonuç: Nöbetlerin sodyum valproat kullanımına bağlı olarak kötüleşmesi genellikle doz aşımı, ensefalopati, hepatopati veya metabolik bozukluklarla ilişkilidir. Bazı hastalarda, valproat'ın 50-125 µg/ml plazma düzeyleri dahi deliryuma sebep olabilir; valproat başlanan hastalar ilk hafta daha dikkatli takip edilmelidir. Valproik asit, lamotrijin ve karbamazepinin etkisini arttırabilir. Daha önceki vakalarda üremiye bağlı ensefolapati, deliryum, nöbet kötüleşmesi vaka olarak bildirildi. Bizim hastamızda üre siklus bozuklukları ve hiperamanyonemi gözlenmedi, 2 saat süren deliryum tablosu izlendi.

Psikiyatri ilaçlarının nörolojik ilaçlarla ortak kullanım alanları olmakla birlikte, aynı ilaç farklı hastalıklar için de kullanılabilir. Doz azaltılmasında, ilaç değişiminde özellikle antiepileptik kullanımında dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Valproik asit; Lamotrijin; deliryum; karbamazepin

P-29

ACİL SERVİSTE FLEGMASIA CERULEA DOLENSE İLERLEYEN ÖLÜMCÜL BİR DVT OLGUSU

Hande Sener Gök¹, Fevzi Yılmaz¹, Fadime Kara¹, Hüseyin Uzunay¹, Aslı Göğebakan¹

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

Flegmasia, iltihap anlamına gelen Yunanca bir terimden (flegma) köken almaktadır. Tıbbi literatürde kritik ekstremite iskemisine ve ekstremite kaybına neden olan alt ekstremite derin venöz tromboz (DVT) vakalarına atıfta bulunulmuştur. **Flegmasia alba dolens (PAD)**, geniş DVT'ye ikincil arteriyel akımın erken uzaması nedeniyle ağrılı, ödemli, beyaz bir bacakla sonuçlanır. PAD, PCD'nin erken bir aşamasıdır; burada massive bir DVT mevcut olmasına rağmen, kolleteral ve yüzeysel dolaşım henüz tutulmamıştır. **Flegmasia cerulea dolens (PCD)** daha ileri düzeydedir ve venöz kangrenin öncüsü olarak kabul edilir. Ekstremitte iskemisine ve hatta ekstremite kaybına neden olan alt ekstremite derin venöz trombozunu (DVT) ifade eder. Şiddetli şişme, siyanoz ve ekstremitenin mavi renk bozulması ile karakterizedir. PCD %50'ye varan amputasyon oranına ve %40'a varan ölüm oranına sahiptir. Flegmasia cerulea dolens (PCD) erken dönemde tedavi edilmediği sürece büyük amputasyon veya ölüme neden olabilecek akut masif venöz trombozun kalıcı bir durumudur. Bu vakada acil serviste DVT tanısı konulup Flegmasia cerulea dolens (PCD)'e ilerleyen ve tedaviye rağmen eksitus olan bir hastayı sunuyoruz.

Vaka ve Bulgular: 37 yaşında erkek hasta 2-3 gündür olan sağ bacakta şişlik, ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu. Kabulde hastanın genel durumu orta, şuuru açık, koopereoryante ve vitalleri

SO₂:%77 nabız:140/dk TA:180/120mmHg, ateş:37 C idi. Hastanın Fizik muayenesinde her iki alt ekstremite ödemli ve soğuktu. Femoral, popliteal ve dorsalis pedis nabızları alınamıyordu. Bilateral flank bölgesinde, her iki alt ekstremitede geniş ekimotik alanlar ve veyeryer cutismarmaratus benzeri görünüm mevcuttu (resim 1). Diğer sistem muayeneleri normaldi. Yapılan tetkiklerinde EKG'de sinus taşikardisi ve her iki alt ekstremitede doppler ultrasonunda **sağ eksternal iliak vesağana femoral vende dolum izlenmedi ve kompresyon testine yanıt alınmadı ve hasta akut DVT olarak değerlendirildi.** Hastaya kalp damar cerrahisi ile konsülte edildi ve 4000 üheparin ıvyapıldı. Acil operasyona alınan hasta ardından yoğun bakıma yatırıldı. Hastaya Trombolitik tedavi başlandı. Yoğun bakımda hipotansiyon ve taşikardisi gelişen hastaya sıvı resüsitasyonu, steroid ve dopamin başlandı. Tedaviye rağmen hastanın hipotansiyonu, taşikardisi düzelmedi ve vidrar çıkışı olmayan hastanın kangazında da asidozu (PH=6.9) saptandı. Genel durumu kötüleşmesi üzerine entübe edilen hasta yoğun bakım ünitesinde kardiyakarrest oldu kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR) yapıldı ancak CPR'yanıt vermeyen hasta Exitus oldu.

Sonuç: Flegmasia nadir olmasına rağmen, hayatı tehdit edici bir durumdur. Vasküler olmayan uzmanların bu durumu derhal ve doğru bir şekilde tanıyabilmeleri çok önemlidir; tedavi zamana duyarlıdır. Uzun kayıplar ve diğer komplikasyonları önlemek için tromboliz veya katetere yönelik trombektomi içerebilecek agresif tedavi gerektirir.

Anahtar Kelimeler: Flegmasia cerulea dolens (PCD); derin venöz trombozunu (DVT); mortalite

P-30

KARIN AĞRISI DEYİP GEÇME

Ahmet Tolga Eraslan¹, Mesut Abacı¹, Ömer Faruk Karakoyun¹, Cem Demirel¹, Fatih Selvi¹

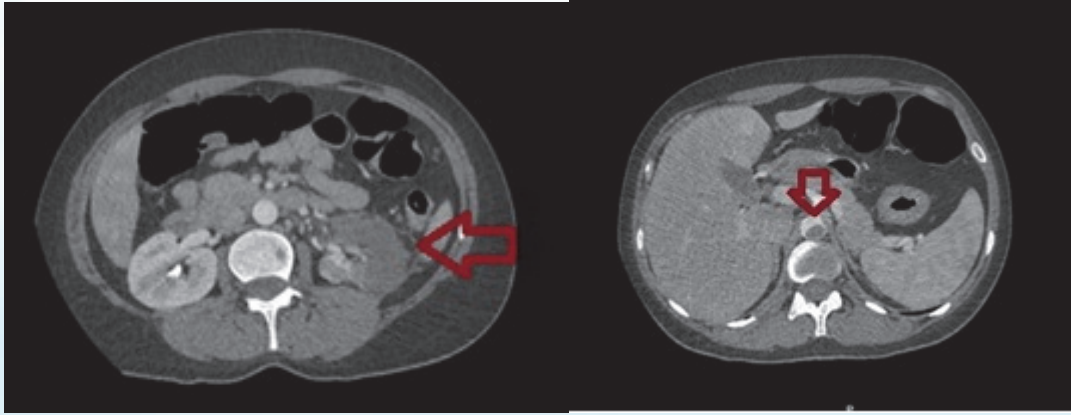
¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Antalya, Türkiye

Giriş: Karın ağrısı (KA) acil servis başvurularının %10'unu oluşturur. Karın ağrısının yayılımı ve şiddetine göre tanılar değişkenlik gösterir. KA lokalizasyonu epigastrik bölgede olan hastalarda hayati tehdit eden tanılar olan akut koroner sendrom, aort patolojileri, perforasyon gibi tanıları dışlamak gerekir. KA lokalizasyonunun flank bölge yayılımı olduğunda nefrolitiazis, üriner sistem enfeksiyonları, renal arter stenozu gibi renal patolojiler düşünülmelidir. Aort patolojileri içinde BT anjiyoda lümen içerisinde dolun defekti olması mural trombus olarak adlandırılır. Renal enfarkt, böbrek arterinin akut tıkanıklığı olarak gelişebilir. Renal emboli iki ana sebebe bağlıdır, bunlar pıhtı embolisi veya kolesterol embolisidir. Böbrek arterinin tromboembolik hastalığı sessiz olabileceği gibi hipertansiyon, çeşitli derecelerde böbrek yetmezliği ve flank bölge ağrısı şeklinde olabilir.

Biz bu olgumuzda nadir görülen aort trombusu ve buna bağlı renal arter trombusu, renal enfarkt gördük.

Vaka:36 yaş kadın hasta bir haftadır süren epigastrik ağrı ve buna eşlik eden yan ağrısı şikayetiyle başvurdu. Sistem sorgulamasında hastanın hematüri veya dizürisi yoktu. Özgeçmişinde endometrial miyomu vardı ve sigara kullanımı mevcuttu. Vitalleri nabız:67, TA:114/75mm Hg, SS:15, VS:36,5C'ydi. Hastanın GKS:15 hafif ajite oryente ve koopereydi. Fizik muayenesi sol kostovertebral açı hassasiyeti ve epigastrik bölgede defansı mevcuttu. Her iki akciğer eşit havalanıyordu ve ek ses yoktu. Hastanın patolojik laboratuvar bulgularında Hemoglobin;6,5g/dl'ydi. İdrar tetkiki normaldi. Semptomatik tedavi sonrasında hastanın şikayetleri gerilemeyince hasta yatak başı USG ile değerlendirildi, aortta trombus görüntüsü izlendi. BT anjiyografi görüntülemesinde abdominal aortun içerisinde dolun defekti mevcuttu, hastanın sol renal arterinde akım yoktu ve renal parankimde enfarkt izlendi. Hastaya 2 ünite eritrosit süpsansiyonu replase edildi. Kalp damar cerrahisi ve üroloji ile konsülte edilen hasta servise yatırılmasına rağmen hastaneden sosyal nedenlerden kendi isteği ile hastaneden ayrıldı.

Sonuç: Karın ağrısıyla acil servise başvuran hastalarda birçok sebep olabilir. Hastaların ağrıları değerlendirilirken öncelikle hayati tanıların dışlanması önemlidir. Nadirde olsa aortta mural trombus olabileceği akılda tutulmalıdır.



Anahtar Kelimeler: Mural trombus; renal enfarkt; karın ağrısı; renal arter trombus; aort içi trombus

P-31**ACİL SERVİSE BULANTI İLE BAŞVURAN NADİR AKUT AORTİK SENDROM: ASENDAN PENETRAN AORT ÜLSERİ**Pınar Yeşim Akyol¹, Burcu Tanay Demirdöven²¹Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İzmir, Türkiye; ²Buca Seyfi Demirsoy Hastanesi, Acil Tıp, İzmir, Türkiye

Giriş: Penetran aort ülseri tüm akut aort sendromlarının% 2-7'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir. Aort diseksiyonu ve intramural hematoma diğer akut aortik sendrom nedenleridir. Penetran aortik ülser; internal elastik lamınayı delerek media tabakasına ilerleyen aterosklerotik lezyonun ülserasyonunu tanımlar. Hipertansiyon, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kalp ve böbrek yetmezliği sıklıkla eşlik eder. BT angiografinin yaygın kullanımı ile birlikte görülme sıklığı artsa da acil serviste nadir konulan tanılardan biridir. Bu vaka ile acil servise bulantı ve fenalık hissi ile başvuran ve penetran aort ülseri tanısı alan bir hasta sunulmaktadır.

Vaka: 63 yaş erkek hasta acil servise bulantı, fenalık hissi ve epigastrik rahatsızlık nedeni ile başvurdu. KOAH, DM, koroner arter hastalığı öyküsü mevcut. Vital bulguları stabil olan hastanın yapılan fizik muayenesinde soğuk terli görünümde olan onun dışında belirgin bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde BFT, CBC, elektrolit ve kardiyak enzim takibi normal olarak saptandı. Elektrokardiogram'ında sinüs ritmi V1-4 de nonspesifik ST-T değişikliği saptandı. Diseksiyon ön tanısı ile çekilen BT anjiografisinde asendan aorta da ülsere lezyon saptandı. (Resim1-3) hasta kalp damar cerrahisi ve kardiyoloji ile konsülte edildi. Yatış önerilen hasta tedaviyi reddederek hastaneden ayrıldı.

Sonuç: Penetran aort ülserinde klinik ilerleme öngörülemezdir. Asendan aortada ülser genellikle az görülse de yüksek rüptür riski vardır. Penetran aort ülserinde bu risk % 38'dir. Asendan aorta ülserlerinde asemptomatik de olsa yatış ve erken endovasküler cerrahi önerilmektedir. Klinik olarak diseksiyonu taklit etse de değişik prezantasyonda başvurabilir. Acil serviste hastaların vital bulguları, laboratuvar bulguları normal saptansa da devam eden semptomları ve görünümleri dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut aortik sendrom; penetran aortik ülser; acil servis

P-33

ARI SOKMASI SONRASI KOUNİS SENDROMU

Hayrullah Yönel¹, Hatice Şeyma Akça¹, Rıza Gücal¹, Serdar Özdemir¹, Serkan Emre Eroğlu¹

¹ Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Kounis mast hücrelerinin etkinleşmesi ile seyreden alerji, hipersensitivite, anafaksi veya anaflaktoid reaksiyonlarla ilişkili olarak akut koroner sendrom (AKS), akut koroner spazm gelişmesidir ve daha çok orta yaş erkeklerde görülür. Olgumuzda, arı sokması sonrasında troponin yüksekliği ile seyreden ve koroner yoğun bakıma Kounis Sendromu ön tanısı ile yatırılarak takip edilen hasta sunulmuştur.

Olgu: 39 yaşında, arı alerjisi olan erkek hasta acil servisimize sol ön kol üzerinde tek noktadan arı sokması nedeniyle 112 eşliğinde getirildi. Toksik görünümü olan hastanın Glasgow koma skalası 15, arteriyel tansiyonu 90/50 mmHg, nabız 115 /dk ve oksijen saturasyon 97 % olarak ölçüldü. Çekilen elektrokardiyografisinde (EKG) sinus taşikardisi izlendi. Yapılan fizik muayenesinde, orofarenks olağan görüldü, uvula ödemi izlenmedi. Akciğer oskültasyonunda patolojik ses duyulmadı. Vücutunda ürtikeryal döküntüleri olan hastada mevcut muayene bulguları ile anaflaktik şok düşünülüp hastaya 0.5 mg adrenalin intramuskuler olarak uygulandı ve monitorize edilerek hidrasyona başlandı.

Hastanın laboratuvar tetkiklerinde, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, elektrolitler, tam kan sayımında patolojik bir değer göze çarpmadı ve yüksek sensitif troponin I değeri 0.001 (<0.0262) olarak normal sınırlarda izlendi. 3 saat sonra alınan kontrol Troponin I değerinde anlamlı artış olması üzerine hasta kardiyoloji ile konsülte edildi ve ekokardiyografide EF normal sınırlarda olup, sol ventrikül kasılma kusurunun olmadığı görüldü. Kontrol EKG'sinde dinamik değişikliğe rastlanmadı. Hasta, kardiyolog tarafından ön tanı olarak hipersensitivite reaksiyonuna bağlı Kounis Sendromu (KS) olarak değerlendirilip 300 mg asetilsalisilik asit ve 180 mg Ticagrelor oral olarak yükleme tedavisine başlanması sonrasında koroner yoğun bakım ünitesinde yatırıldı. Troponin I değerlerinde gerileme olması üzerine anjiyografi planlanmayan hasta, yatışının 3. gününde aktif şikayeti olmaması üzerine taburcu edildi.

Sonuç: Önceki çalışmalarda ST elevasyon ile giden vakalar bildirilse de bizim vakamızda, göğüs ağrısı olmadan EKG'de ST elevasyonu izlenmeden sadece yüksek sensitif troponin I değerinin takiplerdeki yüksekliği sebebiyle AKS lehine düşünülmüştür.

Anafilakside elektrokardiyografi ve kardiyak enzim takibi kounis sendromu açısından dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kounis; alerjik reaksiyon; troponin

P-34

GÖĞÜS TRAVMASI ve MİYOKARD KONTÜZYONU

Hayrullah Yönak¹, Hatice Şeyma Akça¹, Abdullah Algın¹, Serkan Emre Eroğlu¹

¹ Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Travma erişkin gençlerde ölümün ise en sık sebebini oluşturmaktadır. Bu ölümlü travmaların dörtte birinde ise etyolojide torax travmaları yer alır.

Bizler, bu vaka ile acil servisimize iş yerinde ağır bir cismin düşerken göğsüne çarpması sonucunda olan miyokard kontüzyonu ve buna bağlı gelişen akut STEMI'ı paylaşacağız.

Olgu: 27 yaşında erkek hasta iş yerinde çalıştığı esnada göğsüne doğru ağır bir cismin düşmesi ve altında kalma sebebiyle 112 ambulans ile travma tahtasında getirildi ve GKS:13'ta:130*75 RA:94% HR:105 /dk olarak teslim edildi. Hastanın primer bakısında solunumunu koruyamayacağı düşünülüp entübe edilip solunumu kontrol altına alındı. Çift damar yolu açılan ve 1000 cc serum fizyolojik bolus başlandı. PİR -/- miyotik olan hastanın üzerindeki kıyafetler çıkarıldığında boyundan ve sağ kolunda göğsüne doğru uzanan substernal 8 cm kadar dermoabrazyon ve torax anteriorda 25-30 cm kadar dermoabrazyon izlendi. Mesane foley sondası takılan hastanın idrar çıkışı izlendi. Göğsüne künt travma olması sebebiyle hastadan olası bir kardiyak yaralanma açısından ekg çekildiğinde hastanın D1-AVL'de 2mm izoelektrik hattan elevasyon ve D2-3-AVF'de ST depresyonu izlendi. Kardiyoloji tarafından EKO'su yapılan hastanın EF: 55% ,inferolateral hipokinetik izlenmiş olup multipl travması olması sebebiyle Asetilsalisilik asit ve Klopidoğrel önermemiş, genel yoğun bakımda takibini uygun gördü. Vitalleri stabil olan hasta ileri görüntülemeye doktor refaketinde gönderildi ve çekilen tomografi yorumları beyin,vertebra,batın,pelvis bt olağan ; torax bt ; mediastende parasternal bölgelerde ,her iki akciğerde dansite artışı ve sağda belirgin olmak üzere her iki akciğer üst-orta zonlarda postkontüzyonel parankim alanları ile uyumlu alveolar dansite artışı olarak yorumlandı. Tetkiklerinde troponin 0.70 ng/mL olarak myocard enfarktüsü ile uyumlu ölçüldü (cut-off < 0.02 ng/mL). Hasta başvurusunun 6.saatinde hastanemiz yoğun bakımına alındı, ertesi gün ekstübe edildi, 3 gün yatarak takip edildi, troponin seviyeleri 2.1 ve 1.1 ng/mL olarak gerileme eğiliminde izlendi, serviste de 1 gün takip edilip oral anajezik reçetesi ile taburcu edilmiştir.

Sonuç: Göğüs travmalarında ekg istenmeli ve eko bu hastalara yapılan fizik muayene gibi değerlendirilmeli ve kardiyak biyomarkerlar da istenilen tetkilere eklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Travma; miyokard kontüzyonu; miyakard enfarktüsü

P-35

ACİL SERVİSTE SANTRAL VENÖZ KATETER MALPOZİSYONU

Burcu Yılmaz¹, Abdullah Algın¹, Hatice Şeyma Akça¹, Serdar Özdemir¹, Serkan Emre Eroğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Santral venöz kateter (SVK) kritik hastalarda sık kullanılır. SVK yerleştirme esnasında hedeflenmeyen damara ilerlemesi sonucu oluşan malpozisyon komplikasyonlardan en sık olanıdır.

Biz vakamızda acil dializ ihtiyacı olan, sağ subklavian girişli port kateteri olan hastaya sağ internal juguler vene kateter takılması sonrasında gelişen malpozisyonu tartışmayı amaçladık.

Olgu sunumu: 52 yaşında bayan hasta iki haftadır yemede içmede ve idrar çıkışında azalma şikâyetleriyle başvurdu. Hastanın tansiyon arteriyeli 160/102 mmHg ve nabızı 84/dakikaydı. Oksijen satürasyonu 92'ydi. Kolon malignite tedavisi kolostomi ve ileostomi öyküsü mevcuttu. Hastanın laboratuvar parametrelerinden kreatinin 11.72mg/dL, kan üre azotu 134mg/dL, potasyum 6.4 mEq/L, sodyum 135 mEq/L, klor 96 mEq/L, pH 7.46, pCO₂ 43,6 mmHg, bikarbonat 25,9 mmol/L ölçüldü. Bilgisayarlı tomografide bilateral böbrek pelvikaliseal yapılarda ve üreterlerde dilatasyon saptandı. Postrenal akut böbrek yetmezliği tanısı konulan hastanın diyalize alınmasına karar verildi.

Sağ internal juguler vene ultrasonografi eşliğinde kateter takıldı. Kateteri kontrol etmek için kan aspire edildi ve salin infüzyon verilirken hasta aksillar fossada ağrı hissettiğini söyledi. Çekilen posteroanterior akciğer(PA AC) grafisinde kateter ucunun normal yerinde olmadığı ve sağ aksiler ven doğrultusunda seyrettiğini saptandı(Şekil 1). Kateter yerinden çıkarılarak yeniden yerleştirildi. Hasta diyaliz ünitesine gönderildi.

Tartışma: SVK acil serviste; kritik hastalarda, periferik venöz girişimlerin yetersiz olduğunda veya olmadığında, sıvı tedavisinin hızlı verilmesi gerektiğinde, bazı yüksek ilaç düzeylerine sahip ilaçları uygulamak için, sıkı hemodinamik takip gerektiğinde ve acil diyaliz ihtiyacında kullanılır.

Önceki girişimlerden dolayı anatomisi değişmiş bölgeleri intravenöz başka bir cihazın olduğu bölgeler tercih edilmemelidir.

Bizim hastamız sağ subklavian ven girişli portu olduğu halde uygulanış kolaylığı açısından sağ juguler venöz kateter yerleştirilme kararı alınmış ve port nedenli malpozisyona uğradığı kontrol amaçlı çekilen grafide saptanmıştır.

Sonuç: SVK girişiminden sonra özellikle intravenöz cihaz olan damarlar (port vb.) nedenli kateterin hedeflenmeyen damara ilerlemesi sonucu malpozisyon akla gelmeli, enjektörden kan aspire edilse de kontrol amaçlı grafi ile kateter yeri doğrulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Santral venöz kateterizasyon; venöz kateter malpozisyonu; santral ven kateteri malpozisyonu; olgu sunumu

P-36**FARKLI BİR BELL PARALİZİSİ VAKASI**

Elif Koçkara¹, Hatice Şeyma Akça¹, Serkan Emre Eroğlu¹

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Bell paralizi, etiolojide kesin bir nedenin gösterilemediği bir fasial sinir paralizi tipidir. Fasiyal sinir paralizi etiolojisinde en sık neden %42 ile bell paralizisidir. İnsidansı 20/100.000 dir.

En sık rastlanan bulgular: etkilenen taraftaki kaşta düşüklük, dudak kenarında düşüklük, göz kapağını tam kapatamama, nazolabial olukta silikleşmedir.

Bu vakada çocuk yaş grubunda sık görülen bell paralizisini incelemeyi amaçladık.

Olgu: 6 yaş 10 aylık bilinen bir hastalığı, düzenli ilacı, konjenital defekti olmayan kız hasta, 1 gün önce öğle saatlerinde okul bahçesinde oynarken arkadaşıyla çarpıştı; annenin ifadesine göre çarpışmadan sonra yüzünde kayma gerçekleşti. Fizik muayenede yüz sol tarafında unilateral dudakta kayma ve aynı taraf göz hareketlerinde kısıtlılık mevcuttu. Hiperakuzi, gözde sulanma, tat kaybı azalması saptanmadı.

Bilateral otoskopisi doğal, weber orta hatta, vertiginöz semptom gözlenmeyen, nistagmus saptanmayan hastaya Temporal ince kesit Bilgisayarlı Tomografi çekildi. Tomografi sonucu normal olarak yorumlanan hastaya Kulak Burun Boğaz ekibi tarafından bell paralizi tanısı kondu. Tedavisi düzenlendi, prednol 16 mg günde bir kez ve lansoprazol 15 mg günde bir kez reçete edildi, aile bilgilendirildi, odiyometri ve tedavi sonrası kontrol amaçlı KBB poliklinik kontrolü ile hasta taburcu edildi.

Sonuç: Fasiyal paralizilerin en sık sebebi travma olarak görülür. Bu hastamızda ise travma sonrası fasiyal paralizi görülmesine rağmen fizik muayenesinde otoskopik bakışı normal saptanmış, weber testinde diapozonla işitme orta hatta, vertiginöz semptom saptanmamış, nistagmus vizualize edilememiştir.

Hastanın otoskopik bakışında kulak zarı üzerinde herpes vezikülleri, ateş vb sistemik bulguları gözlenmedi. Olası sebepler ekarte edilen hasta bell paralizi olarak değerlendirildi.

Polonya'da 125 bell paralizili çocuğun 2010-2014 yılları arasında yapılan incelemesinde çocukların 5 tanesinin travma sonrası bell paralizi tanısı almış olduğu tespit edildi.

Bu durum her ne kadar travma periferik fasiyal paralizinin en sık sebebi olsa da travma sonrası travmaya ilişkin patoloji saptanmayan hastaların bell paralizi olarak tanı alabileceğini göstermektedir.

Periferik fasiyal paralizili hastalarda otoskopik muayene ve santral sinir sistemi muayenesi önem arz etmektedir. Fasiyal paraliziyi açıklayacak muayene bulgusu ve tetkik sonucu olmadığında Bell paralizi tanısı unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bell paralizi; fasiyal paralizi; travma

P-37

FUTBOL KAZASI - SUBARAKNOİD KANAMA

Hüseyin Uzunay¹, Ömer Faruk Karakoyun¹, Fatih Selvi¹, İhsan Ulusoy¹, Yaşar Tekin¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Antalya, Türkiye

Giriş: Futbol, yaklaşık 200.000 profesyonel ve 240 milyon amatör oyuncuyla dünyanın en popüler sporudur. Karşılıklı mücadeleye dayandığından yaralanmalara açıktır. Sıklıkla ekstremiteler yaralanmaları görülürken; kafa travmaları futbol yaralanmalarının %4-%22'sine ulaşmaktadır. Futbolda kafa yaralanmaları rakibin kafasıyla veya rakibin üst ekstremitesiyle (genellikle dirsek) çarpışmasıyla olabilir. Nadiren hızla gelen topa, rakibin ayağıyla-diziyle çarpışma ve kalecilere temasından kaynaklanabilir. Hafif sakatlıklar çoğunlukla önemsenmese de ciddi kafa sakatlıkları iyi belgelenmektedir. Bu ciddi kafa sakatlıkları genellikle acil servislerde değerlendirilerek tanı konulmaktadır. Ciddi kafa yaralanmalarının çoğu kafatası kırıkları, intrakraniyal kanama veya serebral kontüzyon gibi durumlardır.

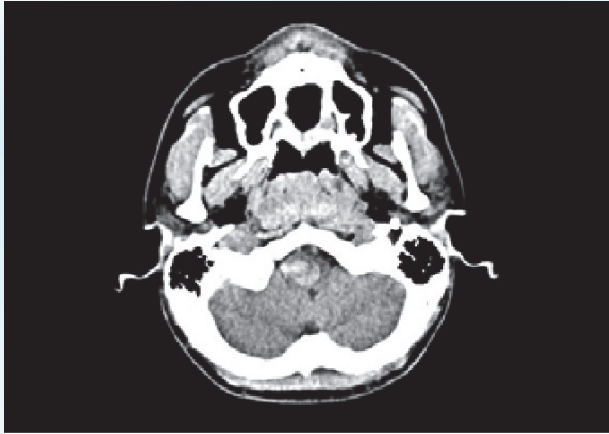
SAK (Subaraknoid Kanama) tıbbi anevrizmal rüptür veya kafa travmasından kaynaklanır. Travmatik SAK genellikle kafatası kırığı-intraserebral kontüzyon yakınında olur. Radyolojik görüntülemesinde yüzeysel sulkuslarda kanama, komşuluğunda kafatası kırığı ve dış travmatik yaralanma kanıtı bulunan beyin kontüzyonu bulunur. Genellikle semptom başlangıcından sonraki 6 saatte kontrastsız Beyin BT'yle tanı konulabilir. SAK tanısından sonra çoğu hasta nöroşirürji yoğun bakım ünitesine alınacaktır, çünkü bu hastaların%15'inde başvuru sırasında kanamaları daha da kötüleşebilir.

Olgumuzda futbol sırasında kafasına aldığı dirsek darbesi sonrasında uyuşukluk şikayetiyle acil servise başvuran beyin tomografisinde SAK saptanan 22 yaşında erkek hasta sunuldu.

Olgu: 22 yaşında erkek hasta acile sol tarafta uyuşma şikayetiyle başvurdu. Yakınları hastanın uyuşukluğunun üç gün önce futbol oynarken başına gelen dirsek darbesiyle başladığını, ilk gün şikayetlerinin aralıklarla geldiğini, sonraki günlerde uyuşukluk şikayetinin devam edip, konuşmasının yavaşladığını, aralıklarla baş dönmesi ve görme bozukluğu olduğunu belirtti. Hastanın vital bulguları TA:150/80mmHg, Nb:130/dk, VS:36°C, SS:14/dakikaydı. Fizik muayenesinde; genel durumu orta, oryante, koopere, GKS:15'ti.

Nörolojik değerlendirmede sözel yanıt yavaşlamış, pupilleri izokorik, bilateral ışık refleksi mevcuttu, herhangi bir motor-duyu defisiti, ense sertliği yoktu. Sistem muayeneleri doğaldı. Özgeçmiş-soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın yapılan tetkiklerinde toksikolojik bulguya rastlanmadı. İntrakraniyal kanama şüphesiyle istenilen asdbeyin tomografisi SAK'la uyumluydu. Tedavisinde mannitol, deksametazon, ondansetron başlanıp nöroşirürjiye konsülte edilip yoğunbakıma yatırıldı.

Sonuç: Sporla ilişkili yaralanmalarda, travmanın mekanizması-şiddeti, tanıkların gözlemleriyle değerlendirilmelidir. Basit futbol yaralanmalarında hayati tanılar olabileceği düşünülmelidir.



Anahtar Kelimeler: Subaraknoid kanama; futbol yaralanması; spor yaralanması

P-38

ESRAR KULLANIMINA BAĞLI ÇİFT GÖRME

İhsan Ulusoy¹, Zeynep Nisa Karakoyun², Umut Cengiz Çakır¹, Hüseyin Uzunay¹, Erdi Akça¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Antalya, Türkiye; ²Akdeniz Üniversitesi, Anatomi Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş: Günümüzde acil servise madde kullanımı ve etkilerinden kaynaklı başvuru sayısı giderek artmaktadır. Yasa dışı olan maddelerin kullanımı özellikle genç popülasyonda giderek artmaktadır. Madde kullanımı sonrasında SVO nadir gelişen bir durumdur fakat esrar, kokain amfetamin gibi maddelerin inme riskini arttırdığı belgelenmiştir. Esrar Cannabis sativa bitkisinden elde edilir ve temel etkilerini delta-9-tetrahydrocannabinol ile oluşturur. Genç erişkinlerdeki esrar ile ilişkili serebral iskemideki en belirgin mekanizma vazospazmdır. İnmedeki diğer olası mekanizmalar sistemik hipotansiyon, serebral otoregülasyonda bozulma, serebral kan akım değişiklikleri, atrial fibrilasyona bağlı kardioembolizmdir.

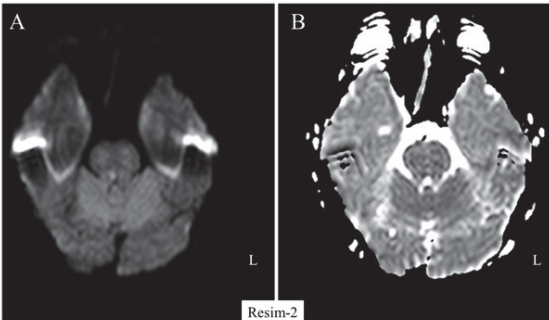
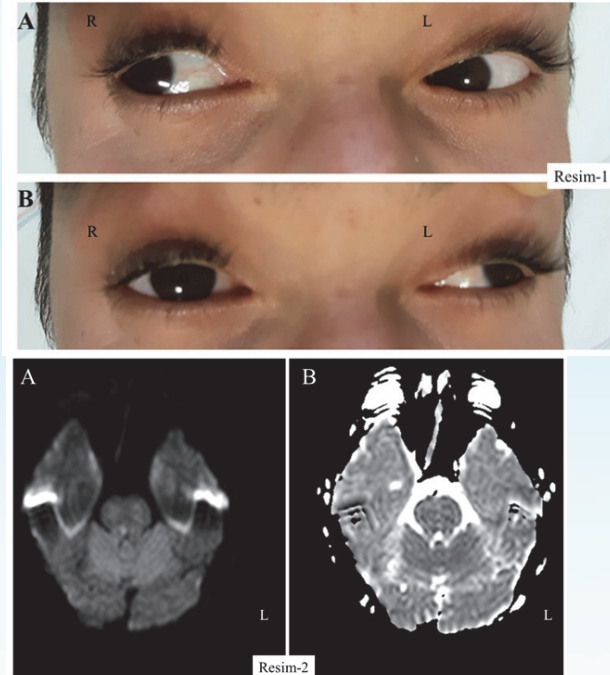
İnternükleer oftalmopleji lezyonlarındaki gözde addüksiyon yetersizliği ve abdüksiyon yapan karşı gözde dissosiyasyon nistagmus ile karakterize medial longitudinal fasikül (MLF) hasarı sonucu ortaya çıkan bir durumdur.

Bu olgu bildirimimizde esrar içimi sonrasında İnternükleer oftalmopleji gelişen genç erkek olgudan bahsedilmiştir.

Olgu: 26 yaşında erkek hasta acil servise çift görme şikayeti ile geldi. Hasta anamnezinde esrar kullanımı sonrasında bayılma ve uyandıığında çift görmesinin olduğunu ifade ediyordu. Hastanın vitalleri TA:120/70mmHg, Nb:96atım/dk, SS:15soluk/dk, VS:36,0C idi. Genel durumu iyi, oryante, koopere olan hastanın muayenesinde pupiller orta hatta ve izokorikti, bilateral ışık refleksi mevcuttu, sağ gözde içe bakış paralizisi mevcutken sol gözde dışa bakarken nistagmus mevcuttu (Resim-1). Diğer kranial sinir muayeneleri olağandı, ekstremitelerinde motor ve duyu kaybı yoktu. Serebellar muayenesinde tandem yürüyüşü bozuk ve romberg pozitif. Soygeçmişinde özellik bulunmayan hastanın sigara ve bonzai kullanım öyküsü mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde patolojik bulgusu bulunmayan hastanın beyin BT'si normal olarak değerlendirildi. Hastanın diffüzyon MR görüntülemesinde sağ MLF bölgesinde difüzyon kısıtlılığı mevcuttu (Resim-2). Nöroloji bölümü ile konsülte edilen hasta internükleer oftalmopleji tanısıyla etyoloji araştırması ve tedavi düzenlenmesi için servise yatırıldı.

Sonuç: Esrar kullanımına bağlı birçok sistemin etkilenebileceği unutulmamalıdır. Klinik olarak esrar kullanımının serebrovasküler sisteme ciddi boyutta zararları olabileceği konusunda dikkatli olmalıdır.

Hastaların SVO etyolojileri araştırılırken madde kullanımı öyküsü dikkate alınmalıdır.



Anahtar Kelimeler: İNO; esrar kullanımı; internükleer oftalmopleji; MLF

P-39

BAŞ AĞRISI AYIRICI TANISINDA FAHR SENDROMU

Erdinç Balcı¹, Ömer Faruk Karakoyun¹, Hüseyin Uzunay¹, Cemile Bozdemir¹, Fevzi Yılmaz¹

¹*Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Antalya, Türkiye*

Giriş: Acil servise baş ağrısı nedeniyle başvuran hastaların istenilen beyin tomografisinde görülen hiperdens alanlar her zaman kanama görünümü olmayabilir. Tomografide hiperdens görüntü sebeplerinden olan bilateral simetrik intrakranial kalsifikasyonlarla seyreden çok nadir görülen bir intrakranial patoloji Fahr sendromudur. En sık görülen klinik prezentasyonu parkinsonizm, kore, tremor, distoni ve kognitif bozukluktur. Tanı konulması halinde hipokalsemiye yönelik replasman tedavisi yapılması semptomları ortadan kaldırır. Erken tanı bu hastalarda ilerleyen nörolojik defisiti engellemede yardımcı olacaktır.

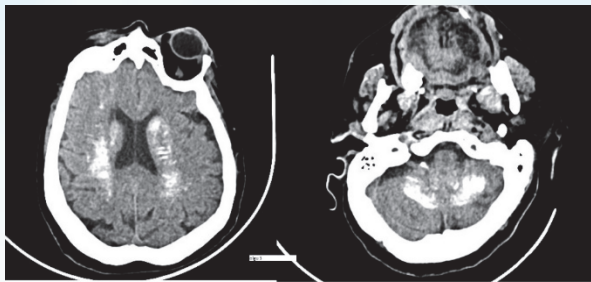
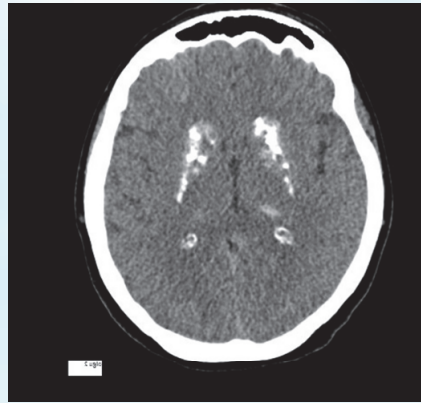
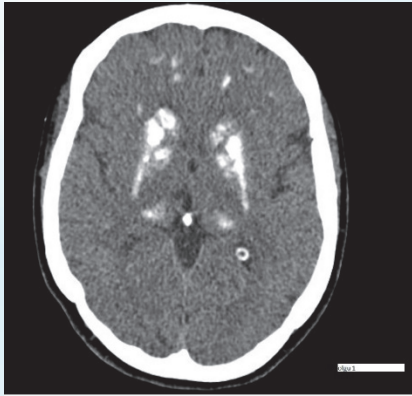
Bu sunumda acil servisimize farklı zamanlarda baş ağrısı şikayeti ile başvuran ve ortak yönleri hipokalsemi olan 3 adet olgumuza değineceğiz.

1.olgu: 40 yaşında kadın hasta baş ağrısı nedeni ile acil servise başvurdu. Fizik muayene ve elektrokardiyogram (EKG)'de önemli bir patolojiye rastlanmadı. Özgeçmişinde hipokalsemi açısından endokrin hastalıkları tarafından takipli. Yapılan tetkiklerde laboratuvar normal, beyin bilgisayarlı tomografi(bbt) de bilateral bazal gangliyonlar da yaygın kalsifikasyon olan hastaya fahr sendromu tanısı konuldu. Hasta nöroloji polikliniğine yönlendirildi.

2.olgu: 46 yaşında kadın hasta hipertansiyon ve baş ağrısı nedeni acil servise başvuruyor. Fizik muayene ve EKG'de belirgin bir patolojiye rastlanmadı. Uç organ hasarı açısından yapılan incelemelerde laboratuvarında hipokalsemi (Ca:6,0mg/dl) mevcuttu ve bbt de bilateral bazal gangliyonlar da yaygın kalsifikasyon olan hastaya fahr sendromu tanısı konuldu. Hastaya kalsiyum replasmanı yapıldıktan sonra endokrinoloji ve nöroloji polikliniğine yönlendirildi.

3.olgu: 75 yaşında kadın hasta göğüs ve baş ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayene ve EKG'de belirgin bir patolojiye rastlanmadı. Uç organ hasarı açısından yapılan incelemelerde laboratuvarında minimal hipokalsemisi (Ca:8,4 mg/dl) olan hastanın bbt de bilateral bazal gangliyonlarda ve serebellumda yaygın kalsifikasyon rastlandı. Hastanın fahr sendromu olduğu saptandı. Nöroloji polikliniğine yönlendirildi.

Sonuç: Tecrübesiz klinisyenler için BBT de karşımıza çıkan her hiperdens alan kanama lehine yorumlanabilir. Bu konuda fahr sendromu gibi intrakraniyel kalsifikasyonlar da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.



Anahtar Kelimeler: Fahr; baş ağrısı; hipokalsemi; intrakraniyel kalsifikasyon

P-41

POSTERİÖR SEREBRAL SİSTEM PATOLOJİLERİNE ACİL SERVİS YAKLAŞIMI

Yaşar Tekin¹, Ömer Faruk Karakoyun¹, Hüseyin Uzunay¹, Mesut Abacı¹, Mustafa Keşaplı¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Antalya, Türkiye

Giriş: Serebral posterior bölge perfüzyonundaki azalma sonucu ortaya çıkan klinik tablo vertebrabasiller yetmezlik (VBY) olarak nitelendirilir. Sıklıkla aterosklerotik zeminde gelişir. Klinikte en sık vertigo, baş dönmesi, senkop, düşme atakları, baş ağrısı, diplopi, parestezi ve disfaji gözlenir. Vertigo'nun yanısıra beyin sapı disfonksiyonuna sekonder dismetri, disdiadokinezi gibi nörolojik bulgular tabloya eklenir. Ayırıcı tanı da benzer semptomlara neden olan labirentit, vestibüler nörit ve benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV) düşünülmelidir. Vertebral ve baziler arterlerin anjiyografi ile görüntülenmesi tanı ve hastalığın yönetimi açısından önemlidir.

Beynin anterior sirkülasyonundaki iskemik inmelere olduğu gibi, vertebrobasiler sistem iskemileri de hızlı tedavi gerektirir. İskeminin süresine göre trombolitik uygulanması ya da embolektomi, nörolojik sekelsiz olarak iyileşmeyi sağlayabilir.

Vaka: 74 yaşında erkek hasta acil servise baş dönmesi, denge kaybı ve düşme şikayetleri ile ayaktan başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında ek bir hastalık mevcut değildi. Öyküsünde; 2 gün önce ani başlayan baş ağrısının olduğu, analjeziklere yanıt vermediği beraberinde klinik tabloya baş dönmesi ve sağ tarafında kas güçsüzlüğü eklendiği belirlendi. Başvuru esnasındaki vital bulguları; TA:160/100 mmHg, nabız 98 atım/dk, VS:36.7 C, SS: 20 solunum/dk, pulse oksimetre: 97 idi. Bilinci açık, oryente -koopere GKS: 14 (M:6 V:5 G:3) meningeal irritasyon bulguları mevcut değildi. Göz muayenesinde sağ tarafa yüksek hızlı, kısa amplitüdü, ritmik, devamlı nistagmusu mevcut olan hastanın ayrıca sağ yönlü trunkal ataksisi mevcuttu. Ekstremitelerde motor/ duyu defisiti yoktu. Diğer sistem muayaneleri normaldi.

Ön tanı olarak cerebellar infarkt, vertebrobasiller yetmezlik düşünülen hastanın yapılan görüntülemelerinde beyin BT ve Difüzyon MR'ı normaldi, Beyin-Boyun anjiyografisinde sağ vertebral arterde oklüzyonu tespit edildi. Hastaya nöroloji konsültasyonu sonrası acil embolektomi planlandı ve hospitalize edildi.

Sonuç: Vertigo, genellikle benign sebeplerden kaynaklı bir semptomdur. Nörolojik muayenenin detaylı yapılması ve serebellar bölge patolojilerinin tanınma başarısını artırır. Hızlı tanı ve tedavi, nörolojik olarak sağlam sağkalımı artırır.

Anahtar Kelimeler: Vertebrobasiler yetmezlik; posterior sistem; vertigo; baş dönmesi; SVO



P-42

GLASKOW KOMA SKALASI'NDA ANİ DÜŞÜŞ; SEREBROVASKÜLER OLAY ÖYKÜSÜ

Murat Balcıoğlu¹, Hatice Şeyma Akça¹, Serdar Özdemir¹, Gökhan Aksel¹

¹ Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul, Türkiye

Giriş: Spontan ICH'de en önemli değiştirilebilir risk faktörü kronik arteriyel hipertansiyondur. Pons'ta derin perforatör arterler, orta beyin, talamus, bazal ganglionlar ve hipertansiyonun kronik olarak zarar verdiği derin serebellar çekirdekler, hipertansif kanamaların en sık görüldüğü yerlerdir

Olgu: 64 yaşında kadın hasta yarım saat önce başlayan konuşmada bozulma ve ağızda kayma olması üzerine kliniğimize başvurdu. Hipertansiyon ve koroner arter hastalığı olup 2,5 yıl önce anjio olmuş hasta kullandığı ilaçlar beta bloker, amlodipin, trimetazidin. Arteriyel kan basıncı 229/160 mmhg, nabızı 100/dk, oda havasındaki oksijen saturasyonu 95 olarak ölçüldü ve çekilen EKG'de normal sinüs ritmi olarak gözlemlendi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde Glaskow koma skoru 15 olup sağ üst-alt ekstremitte kas gücü 2/5, sol üst-alt ekstremitte kas gücü 5/5 bulundu. Hastanın Glaskow koma skoru 15 iken 10 dakika içerisinde 8'e düştü, hasta Kırmızı alana çekildi, entübe edildi. Nöbet profilaksisi ve antihipertansif tedavi başlandı. Beyin tomografisi çekildi. Çekilen beyin tomografisinde (şekil-1) Pons sol lateralinde ve sol medial serebellar pedinkülde hemorajik dansiteler izlendi. Kontrol beyin tomografisinde (şekil-2) 4. ventrikül içerisinde hemorajik dansiteler düşünülmüştür. Pons çevresindeki sisternlere açılım düşünülmüştür. Beyin cerrahisi acil nöroşirujik girişim düşünmedi. Hasta yoğun bakıma yatırıldı.

Sonuç: CH hastaları genellikle erken hematoma genişlemesine veya IVH'ye ikincil akut hidrosefali gelişmesine ikincil olan erken nörolojik bozulma riski altındadır. Erken nörolojik bozulma 48 saat içinde hastaların%40'ına kadar görülür. 60 yaş üzeri olması ve hipertansiyonun olması diğer nedenlerden uzaklaşmamıza neden olmuştur. Klinik progresyonun hızla ilerlemesi kanam yeri dışında hasta komorbiditesine de bağlı olabilir. İlk başvuru sırasındaki hasta kliniği, progresyonun hızı ilerlemeyeceği anlamına gelmemelidir. Hasta yakın takip edilmeli monitörize edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Serebrovasküler olay; GKS; hipertansiyon

P-43**SUBARAKNOİD KANAMA ve MİYOKARD ENFARKTÜSÜ**Hatice Şeyma Akça¹, Büşra İhtiyar¹, Serdar Özdemir¹¹ Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul, Türkiye

Amaç: Koroner Arter Hastalığı dışında bir durumun miyokartta oksijen sunum ve/veya ihtiyaç dengesizliğine neden olduğu nekrozlu miyokart hasarı, örneğin koroner endotel işlev bozukluğu, koroner arter spazmı, koroner emboli, aritmi, anemi, solunum yetersizliği, hipotansiyon ve SVH ile birlikte olsun olmasın hipertansiyon gibi durumlarda görülür.

Bu olgu sunumumuzda aynı anda tespit edilen akut subaraknoid kanama ve akut miyokard enfarktüsü vakası anlatılacaktır.

Olgu: 62 yaşında erkek hasta acil servise baş dönmesi şikayetiyle 112 tarafından getirildi. GKS:14 olarak değerlendirilen hastanın ateş:36, nabız:78/dk, Oksijen saturasyonu:96, TA:156/78 idi. Hipertansiyon dışında bilinen hastalığı olmayan hastanın EKG'sinde sol dal bloğu mevcuttu. Nörolojik muayenesinde güç kaybı ve parezisi net değerlendirilemeyen hastaya serebral görüntüleme yapıldı. Çekilen beyin tomografisinde tüm sulkuslarda SAK ile uyumlu yaygın hemorajik hiperdensiteler ve serebral ödem izlendi. Beyin cerrahisi ile konsülte edilen hastaya BT anjiyografi istendi. BT anjiyografide anevrizma ile uyumlu lezyon görülmemekle birlikte hastaya DSA önerildi.

Rutin laboratuvar tetkiklerinde BUN: 29.9 mg/dl, kreatinin:0.79 mg/d, Na:135 mEq/l, K:3.4 mEq/l, AST:699 U/l, ALT:135 U/l, hgb:12.4 g/dl olarak tespit edildi. Troponin ilk başvuru sırasında 3.44 ng/ml (N<0.026) olarak tespit edildi. Kardiyoloji ile konsulte edilen hastanın çekilen Ekokardiyografisinde EF: %55 olarak saptandı. Enzim ve EKG takibi önerildi.

Hasta DSA (dijital subtraksiyon anjiyografi) yapılması planlanarak beyin cerrahi yoğun bakım ünitesine yatırıldı. DSA raporunda manifest anevrizmatik genişleme vizüelize olmadı. Bilateral intraserebral arter kranial segmentleri ile anterior dolaşıma ait intrakranial dalları normal kontur ve kalibrasyonda açıktı. Sağ anterior serebral arter A1 segmenti hipoplazikti.

Troponin yükselmesinin devam etmesi üzerine hastaya anjiyografi yapıldı; sağ-sol koroner arter ve sirkumflex arter plaklı bulundu, akut koroner sendrom olarak değerlendirildi. Medikal tedavi verilemedi.

SAK için antiödem tedavisine devam edildi. GKS:14 olan ve genel durumda düzelme saptanmayan hasta 3. Basamak yoğun bakım ünitesine sevk edildi.

Sonuç: Hastamızın özgeçmişinde hipertansiyon olması, subaraknoidal kanama komplikasyonu olarak akut miyokard enfarktüsün geliştiğini düşündürebilir. Bununla birlikte, iskemik komplikasyonlara yönelik tedavi yaklaşımları için yeterli çalışma bulunmamaktadır. Kapsamlı çalışmalara, detaylı metaanalizlere ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Miyokard enfarktüsü; subaraknoidal kanama; iskemi

Sponsorlarımıza Teşekkürlerle





EUSEM
EUROPEAN SOCIETY FOR EMERGENCY MEDICINE

EMAT EMERGENCY
MEDICINE
ASSOCIATION
OF TURKEY
TURKİYE ACİL TIP DERNEĞİ

EPAT
Emergency Physicians
Association of Turkey
1999

2nd SOUTHEAST EUROPEAN CONGRESS OF EMERGENCY AND DISASTER MEDICINE

20 - 22 JUNE 2019
NAVAL MUSEUM, ISTANBUL - TURKEY



TATD
Emergency Medicine Association of Turkey

TÜRKİYE
ACİL TIP
DERNEĞİ

15.

**TÜRKİYE
ACİL TIP
KONGRESİ**

“Yalnız Değilsiniz”

21 - 24 Kasım 2019

Regnum Carya Belek, Antalya

WWW.TATKON2019.ORG

TATD

Emergency Medicine Association of Turkey

TÜRKİYE
ACİL TIP
DERNEĞİ

opteamist  key to synergy
turizm & organizasyon