

TATD
Emergency Medicine Association of Turkey

TÜRKİYE
ACİL TIP
DERNEĞİ

4.TATD

Kurs Günleri Kongresi

12-15 MART 2020 | RIXOS SUNGATE OTEL, ANTALYA

PRATİK

TEORİK

ACİL

TATD

EĞLENCE

EĞİTİM

PROGRAM ve BİLDİRİ KİTABI

www.tatdkursgunleri.org

Değerli meslektaşlarımız,

Türkiye Acil Tıp Derneği tarafından ilk üçünü yüksek katılım ve memnuniyetle tamamladığımız TATD Kurs Günleri Kongresi'nin dördüncüsünü 12-15 Mart 2020 tarihleri arasında Rixos Sungate Otel, Antalya'da gerçekleştireceğiz.

Önceki kongrelerde olduğu gibi sizlerin değerlendirmesine sunulan kurslar içinden kongre öncesi başvurarak 6'sını seçebileceğiniz ve kendi programınızı oluşturabileceksiniz. 4 gün boyunca istediğiniz kurslara katılarak bilgi düzeyinizi ve pratik becerinizi artırma imkanı yakalayacaksınız.

Sizler için hazırlayacağımız sosyal aktiviteler ile acil servisin yoğun temposundan uzaklaşıp, bilgi yarışması ile bol bol eğleneceksiniz. Yeniliğe ve öğrenmeye açık tüm meslektaşlarımızı 4.TATD Kurs Günleri Kongremize bekliyoruz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Süleyman TÜREDİ
4. TATD Kurs Günleri Kongresi Başkanı

DAVET

YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Süleyman TÜREDİ

BAŞKAN YARDIMCISI

Orhan ÇINAR

GENEL SEKRETER

Bülent ERBİL

SAYMAN

Serkan YILMAZ

ÜYELER

Haldun AKOĞLU

Özge DUMAN ATILLA

Murat ÇETİN

Serkan Emre EROĞLU

Murat ORAK

Ayhan ÖZHASENEKLER

Sevilay Sema ÜNVER

KONGRE DÜZENLEME KURULU

KONGRE BAŞKANI

Süleyman TÜREDİ

KONGRE GENEL SEKRETERLERİ

Özlem DİKME

Serkan Emre EROĞLU

ORGANİZASYON KOMİTESİ

Yahya Ayhan ACAR

Ebru ÜNAL AKOĞLU

Filiz BALOĞLU KAYA

BİLİMSEL KURUL

Funda Karbek Akarca

Erhan Akpınar

Ersin Aksay

Gökhan Aksel

Özge Duman Atilla

Barış Murat Ayvacı

Başak Bayram

Yıldıray Çete

Murat Çetin

Erdem Çevik

Şeref Kerem Çorbacıoğlu

Özgür Dikme

Özlem Dikme

Nurettin Özgür Doğan

Recep Dursun

Bülent Erbil

Serkan Emre Eroğlu

Cem Ertan

Şervan Gökhan

Gül Pamukçu Günaydın

Nuri Karabay

Zeynep Kekeç

Önder Limon

M.Ruhi Onur

Neşe Çolak Oray

Erkman Sanrı

Serkan Şener

Süleyman Türedi

İlhan Uz

Aslıhan Yürüktümen Ünal

Murat Yeşilaras

Özlem Yiğit

İÇİNDEKİLER

KURS DETAYLARI

KURS İÇERİKLERİ

SÖZLÜ BİLDİRİLER

POSTER BİLDİRİLER

SPONSORLARIMIZ

**İLGİLİ SAYFALARA KOLAY ERİŞİM İÇİN
ULAŞMAK İSTEDİĞİNİZ İÇERİĞE TIKLAYINIZ.**

KURS DETAYLARI



İÇİNDEKİLER SAYFASINA GERİ DÖNMEK İÇİN TIKLAYINIZ

Kelimeler ile arama yapabilmek için herhangi bir sayfa içerisinde "**CTRL+F** (Windows) - **CMD+F** (MAC)" kısayollarını kullanarak aramak istediğiniz kelimeyi yazmanız yeterli olacaktır.

| | |
|--|-----------------|
| Abdominal Ultrasonografi Kursu Koordinatör : Özgür Dikme Eğitmenler : Murat Yeşilaras, Özgür Çevrim, Yunus Emre Arık | SALON 3 |
| 13.03.2020 09:00-12:30 14.03.2020 14:00-17:30 | |
| Acil Abdominal BT Görüntüleme Kursu Koordinatörler : M. Ruhi Onur, Bülent Erbil Eğitmen : Ali Batur | SALON 13 |
| 12.03.2020 14:00-17:30 13.03.2020 09:00-12:30 | |
| Acil Tıpta Kırmızı Bayraklar - Travma Koordinatör : Serkan Emre Eroğlu Eğitmenler : Filiz Baloğlu Kaya, Yusuf Ali Altuncı | SALON 1 |
| 13.03.2020 09:00-12:30 14:00-17:30 14.03.2020 09:00-12:30 | |
| Acil Tıpta Liderlik ve İletişim Kursu Koordinatör : Şervan Gökhan Eğitmenler : Serkan Emre Eroğlu, Yusuf Ali Altuncı Yunus Emre Arık | SALON 14 |
| 12.03.2020 14:00-17:30 15.03.2020 09:00-12:30 | |
| Acil Toraks BT Görüntüleme Koordinatörler : Erhan Akpınar, Bülent Erbil Eğitmen : Ali Batur | SALON 13 |
| 13.03.2020 14:00-17:30 14.03.2020 09:00-12:30 | |
| Afet Yönetim Kursu Koordinatör : Recep Dursun Eğitmenler : Onur Karakayalı, Mehmet Akçimen | SALON 12 |
| 14.03.2020 09:00-12:30 14:00-17:30 15.03.2020 09:00-12:30 | |

| | |
|---|-----------------|
| Akut Koroner Sendrom Kursu Koordinatör : Yıldırım Çete Eğitmenler : Mutlu Kartal, Serkan Yılmaz AstraZeneca | SALON 6 |
| 12.03.2020 14:00-17:30 - 13.03.2020 09:00-12:30 14.03.2020 14:00-17:30 | |
| Arrest Ritimleri: İleri Kardiyak Yaşam Desteği (İKYD) Kursu Koordinatör : Gül Pamukçu Günaydın Eğitmenler : Ayhan Özhasenekler, Gülhan Kurtoğlu Çelik Çağdaş Yıldırım | SALON 14 |
| 13.03.2020 09:00-12:30 14.03.2020 09:00-12:30 | |
| Asit Baz Bozukluğu ve Arter Kan Gazı (AKG) Değerlendirme Kursu Koordinatör : İlhan Uz Eğitmenler : Enver Özçete, Turgay Yılmaz Kılıç | SALON 12 |
| 12.03.2020 14:00-17:30 13.03.2020 09:00-12:30 14:00-17:30 | |
| Bildiri Hazırlama Kursu Koordinatör : Nurettin Özgür Doğan Eğitmenler : Süleyman Türedi, Ersin Aksay | SALON 5 |
| 14.03.2020 14:00-17:30 15.03.2020 09:00-12:30 | |
| EKG Zor Tanılar Kursu Koordinatör : Ersin Aksay Eğitmenler : M. Emin Çanakçı, Özlem Köksal | SALON 5 |
| 13.03.2020 09:00-12:30 14.03.2020 09:00-12:30 | |
| Ekokardiyografi Kursu Koordinatör : Funda Karbek Akarca Eğitmenler : Mehmet Ali Aslaner, Adnan Yamaoğlu | SALON 4 |
| 13.03.2020 09:00-12:30 14:00-17:30 14.03.2020 14:00-17:30 - 15.03.2020 09:00-12:30 | |

Geriatrik Aciller Kursu
Koordinatör : *Murat Çetin*
Eğitmenler : *Arzu Denizbaşı, Cem Oktay, Özlem Köksal*

13.03.2020 | 14:00-17:30 - **14.03.2020** | 14:00-17:30
15.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 9

Girişimsel Ultrasonografi (USG) Kursu
Koordinatör : *Özlem Dikme*
Eğitmenler : *Aslıhan Yürüktümen Ünal*
Burcu Azapoğlu Kaymak, M. Emin Çanakçı

13.03.2020 | 14:00-17:30
15.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 3

Güncel Acil Tıp Konuşmaları - Sahne
Koordinatör : *Erkman Sanrı*
Eğitmenler : *Sinan Karacabey, Ebru Ünal Akoğlu*
Suphi Bahadırılı

12.03.2020 | 14:00-17:30 - **14.03.2020** | 14:00-17:30
15.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 1

İleri Havayolu Kursu
Koordinatör : *Barış Murat Ayvacı*
Eğitmenler : *Mustafa Yazıcıoğlu, Volkan Arslan*
Alp Giray Aydın

12.03.2020 | 14:00-17:30 - **13.03.2020** | 09:00-12:30 | 14:00-17:30
14.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 8

Kritik Hasta Yönetimi Kursu
Koordinatör : *Özge Duman Atilla*
Eğitmenler : *Müge Günalp Eneyli, Gökçe Özbay Yenice*

13.03.2020 | 14:00-17:30 - **14.03.2020** | 09:00-12:30
15.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 6

Literatür Tarama Kursu
Koordinatör : *Şeref Kerem Çorbacıoğlu*
Eğitmenler : *Murat Ersel, Orhan Çınar*

13.03.2020 | 09:00-12:30 - **14.03.2020** | 14:00-17:30
15.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 10



Makale Hazırlarken Kullanılacak Yazılımlar Kursu

Koordinatör : Gökhan Aksel
Eğitmenler : Haldun Akoğlu, Murat Pekdemir

12.03.2020 | 14:00-17:30 - 13.03.2020 | 14:00-17:30
14.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 10

Mekanik Ventilasyon (MV) Kursu

Koordinatör : Başak Bayram
Eğitmenler : Ahmet Oğuz Küçük, Emre Şancı

12.03.2020 | 14:00-17:30 - 14.03.2020 | 14:00-17:30
15.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 7

Non-invaziv Mekanik Ventilasyon (CPAP&BiPAP) ve Yüksek Akımlı Nazal Oksijen (HFNO) Kursu

Koordinatör : Neşe Çolak Oray
Eğitmenler : Ebru Ünal Akoğlu, Ali Kaan Ataman

13.03.2020 | 09:00-12:30 | 14:00-17:30
14.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 7

Nörogörüntüleme Kursu

Koordinatör : Nuri Karabay
Eğitmen : Mustafa Barış

14.03.2020 | 14:00-17:30
15.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 13

Ortopedik Girişimler Kursu

Koordinatör : Önder Limon
Eğitmenler : Melih İmamoğlu, Gürkan Altuntaş



13.03.2020 | 09:00-12:30 - 14.03.2020 | 14:00-17:30
15.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 2

Periferik Sinir Blokları Kursu

Koordinatör : Özlem Yiğit
Eğitmenler : Salahi Engin, Aydan Şenfer

14.03.2020 | 09:00-12:30 | 14:00-17:30
15.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 11

Şok Yönetiminde Ultrasonografi Kursu
Koordinatör : Murat Yeşilaras
Eğitmenler : Özlem Dikme, Burcu Azapoğlu Kaymak

12.03.2020 | 14:00-17:30
14.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 4

Taktik Alanda Acil Tıbbi Müdahale Kursu
Koordinatör : Erdem Çevik
Eğitmenler : Yahya Ayhan Acar, İsmail Erkan Aydın

12.03.2020 | 14:00-17:30 - 13.03.2020 | 14:00-17:30
14.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 2

**Taşikardi/Bradikardi Algoritmaları:
İleri Kardiyak Yaşam Desteği (İKYD) Kursu**
Koordinatör : Gül Pamukçu Günaydın
Eğitmenler : Ayhan Özhasenekler, Gülhan Kurtoğlu Çelik, Çağdaş Yıldırım

13.03.2020 | 14:00-17:30
14.03.2020 | 14:00-17:30

SALON 14

Temel EKG Kursu
Koordinatör : Süleyman Türedi
Eğitmenler : Melih İmamoğlu, Gürkan Altuntaş

12.03.2020 | 14:00-17:30
13.03.2020 | 14:00-17:30

SALON 5

Tıp Hukuku Kursu
Koordinatör : Cem Ertan
Eğitmen : Vehbi Özaydın

14.03.2020 | 14:00-17:30
15.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 8

Toksikoloji Kursu
Koordinatör : Zeynep Kekeç
Eğitmenler : Mehtap Bulut, Gültekin Kadı

12.03.2020 | 14:00-17:30 - 13.03.2020 | 09:00-12:30
14.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 9

Vasküler Ultrasonografi Kursu

Koordinatör : Aslıhan Yürüktümen Ünal
Eğitmenler : Cem Ertan, Özgür Dikme, Özgür Çevrim

12.03.2020 | 14:00-17:30
14.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 3

Yara Kapatma Kursu - İleri Kursu

Koordinatör : Serkan Şener
Eğitmenler : Cem Gün, Hasan Aldinç

13.03.2020 | 14:00-17:30

SALON 11

Yara Kapatma Kursu - Temel Kursu

Koordinatör : Serkan Şener
Eğitmenler : Cem Gün, Hasan Aldinç

12.03.2020 | 14:00-17:30
13.03.2020 | 09:00-12:30

SALON 11

KURS DETAYLARI

KURS İÇERİKLERİ



İÇİNDEKİLER SAYFASINA GERİ DÖNMEK İÇİN TIKLAYINIZ

Kelimeler ile arama yapabilmek için herhangi bir sayfa içerisinde "**CTRL+F** (Windows) - **CMD+F** (MAC)" kısayollarını kullanarak aramak istediğiniz kelimeyi yazmanız yeterli olacaktır.

ABDOMİNAL ULTRASONOGRAFİ KURSU

Kurs Koordinatörü : **Özgür Dikme**
Eğitmenler : **Murat Yeşilaras, Özgür Çevrim, Yunus Emre Arık**

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|------------------------------|----------------|
| Hepatobiliyer Ultrasonografi | Tüm Eğitmenler |
| Üriner Ultrasonografi | |
| İntestinal Ultrasonografi | |
| Pratik Uygulama | |

Kursumuzu Tanıyalım

Bir kurs günleri kongresi klasiği olan abdominal USG kursunda katılımcılar travma dışı abdominal değerlendirmeye yönelik ana başlıklarda temel uygulama ve değerlendirme kurallarını, kullanabilecekleri bazı ipuçlarını, göz önünde bulundurmaları gereken başlıca tuzakları, normal ve patolojik örnekler üzerinden dinleme ve ardından modeller üzerinde uygulama şansı bulacaktır. Abdominal USG kursu 3 ana başlık üzerinden ilerleyecektir:

1. Hepatobiliyer USG
2. Üriner USG
3. İntestinal USG (obstrüksiyon, apendix vb)

ACİL ABDOMİNAL BT GÖRÜNTÜLEME KURSU

Kurs Koordinatörleri : M. Ruhi Onur, Bülent Erbil

Eğitmenler : M. Ruhi Onur, Bülent Erbil, Ali Batur

Kurs Programı

| 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 | |

Kursumuzu Tanıyalım

Acil Abdominal BT kursunda acil serviste travmatik ve travmatik olmayan abdominal acillerinde BT endikasyonları, tekniği, BT protokolleri ve bulgularının olgu örnekleri ile tartışılması planlanmıştır. Kursun öğrenim hedefleri aşağıdadır.

- Acil serviste karşılaşılan abdominal acillerde BT çekim protokollerinin tanıda öneminin vurgulanması
- Abdominal BT' de normal anatominin öğrenilmesi
- Travmatik ve travmatik olmayan abdominal acillerde BT'nin uygun şekilde değerlendirilmesi, hayat kurtarıcı BT bulgularının kavranması
- Abdominal acillerde en sık karşılaşılan ve hayatı tehdit eden BT bulgularının öğrenilmesi
- Abdominal acillerde BT'de oral ve intravenöz kontrast madde kullanımı endikasyonlarının öğrenilmesi
- Abdominal acillerde BT' de radyasyon dozu farkındalığının sağlanması

ACİL TIPTA KIRMIZI BAYRAKLAR - TRAVMA

Kurs Koordinatörü : **Serkan Emre Eroğlu**
Eğitmenler : **Filiz Baloğlu Kaya, Yusuf Ali Altuncı**

Kurs Programı

| 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. Filiz Baloğlu Kaya Dr. Yusuf Ali Altuncı |
| Sor ve Yanıtla... Hastane Öncesi Süreç Yönetimi Birincil/İkincilBakı, Çoklu Travma / İzole travma, Tanı araçları, ilk ve Acil Yaklaşımlar, Kırmızı Bayraklar | |
| Salon Ne Diyor? Kanıtlar Ne Diyor? | |
| Kırmızı Bayraklık Notlar - Eve Götür | |

Kursumuzu Tanıyalım

Travma yönetimi, acil tıbbın olmazsa olmazlarından... Bu kurs, olgu bazlı yönetim ve yoğun güncel literatür desteği ile standart kurs formatlarından daha katılımcı ve spot bilgileri içermektedir. Farklı konu işleyişi ile öğretim üyeleri, uzman tabipler, uzmanlık öğrencileri ve tıp doktorları meslektaşlarımızdan "Travmalı Olgu Yönetimi" konusuna meraklı olanlarını kursumuza bekliyoruz.

ACIL TIPTA LİDERLİK VE İLETİŞİM KURSU

Kurs Koordinatörü : Şervan Gökhan

Eğitmenler : Serkan Emre Eroğlu, Yusuf Ali Altuncı, Yunus Emre Arık

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|--------------------------------------|------------------------|
| Acil Tıpta Liderlik | Dr. Şervan Gökhan |
| Acil Serviste İletişim Becerileri | Dr. Yusuf Ali Altuncı |
| Acil Serviste Etkin Ekibin Çalışması | Dr. Yunus Emre Arık |
| Acil Tıpta Algı ve İmaj Yönetimi | Dr. Serkan Emre Eroğlu |

Kursumuzu Tanıyalım

Ülkemizde Acil Tıp alanında ilk olma özelliğini taşıyan Acil Tıpta Liderlik ve İletişim Kursu, "Kurs Günleri Kongresine" yönelik hazırlanmış bir kurs olup, ekip çalışmasının ana unsur olduğu acil servis hizmetlerinde, ekip içi iletişim ve ekip liderliği konularında acil tıp profesyonellerine yardımcı olmak amacı ile hazırlanmıştır. Yarım günlük bu kursta, ekip çalışmasında işinize yarayabilecek bilgileri bulacak, yöneticilik kademeleri için gerekli altyapı desteğini alacak ve sadece acil serviste değil günlük yaşamınızda da işinize yarayacak bilgiler edineceksiniz. Gerek uzman hekim gerekse de uzmanlık öğrencilerine hitap edecek şekilde hazırlanan zengin kurs içeriği ile katılımcılara farklı bakış açıları ve yeni ufuklar kazandırılmasını hedefleyen bu kursa sizleri bekliyoruz.

ACİL TORAKS BT GÖRÜNTÜLEME

Kurs Koordinatörleri : Erhan Akpınar, Bülent Erbil
Eğitmenler : Erhan Akpınar, Bülent Erbil, Ali Batur

Kurs Programı

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

Kursumuzu Tanıyalım

Acil Toraks BT kursunda acil serviste travmatik ve travmatik olmayan toraks acillerinde BT endikasyonları, tekniği, BT protokolleri ve bulgularının olgu örnekleri ile tartışılması planlanmıştır. Öğrenim hedefleri aşağıdadır.

- Acil serviste karşılaşılan toraks acillerinde BT çekim protokollerinin tanıda öneminin vurgulanması
- Toraks BT' de normal anatominin öğrenilmesi
- Travmatik ve travmatik olmayan toraks acillerinde BT'nin uygun şekilde değerlendirilmesi, hayat kurtarıcı BT bulgularının kavranması
- Toraks acillerinde en sık karşılaşılan ve hayatı tehdit eden BT bulgularının öğrenilmesi
- Toraks acillerinde BT'de oral ve intravenöz kontrast madde kullanımı endikasyonlarının öğrenilmesi
- Toraks acillerinde BT' de radyasyon dozu farkındalığının sağlanması

AFET YÖNETİM KURSU

Kurs Koordinatörü : **Dr.Recep Dursun**
Eğitmenler : **Dr.Onur Karakayalı,Dr.Mehmet Akçimen**

Kurs Programı

| KONU | EĞİTMENLER |
|---|---------------------|
| Açılış Kurs Tanıtımı | |
| Hastane Afet Planı | Dr. Recep Dursun |
| Afet Triağı Start, Salt, Jump-Start Triağ Modelleri | Dr. Mehmet Akçimen |
| KBRN Hastane Önü Müdahale KBRN Triağı, Dekontaminasyon, Antidot Uygulama | Dr. Onur Karakayalı |
| Afet Triağı,KBRN Hastane Önü Müdahale UMKE Destekli Tatbikat | Tüm Eğitmenler |

Kursumuzu Tanıyalım

Bu kursumuz "Kurs Günleri Kongresine" özel olarak tasarlanmış olup afet yönetimi üzerine bilgi düzeyini geliştirmek ve afetlerde ilk müdahale konusunda deneyim kazanmak isteyen tüm acil tıp hekimlerine yöneliktir. Üzerinde yaşadığımız coğrafyada gerek doğal gerekse insan kaynaklı afetler sıklıkla görülmektedir bu doğrultuda afet gerçeği karşısında afet konusunda deneyim kazanmak acil tıp hekimleri için önemlidir. Afetler afet öncesi dönemde ön hazırlık, afet yönetimi ve afet sonrası iyileştirme aşamaları olarak 3 ana unsurdan oluşmakta olup özellikle afet öncesi dönemde hazırlık afet yönetimindeki kaotik ortamı yönetmek için önem taşımaktadır. Bu afet öncesi dönemdeki hazırlıkların temelinde teorik ve gerçeğine yakın afet tatbikatları yer alır. Bu doğrultuda bu kursun amacı afet bilincini vurgulayıp gerçeğe yakın tatbikat ile farkındalık oluşturmak, kaotik ortamın yönetimini kolaylaştırmak olarak belirlenmiştir.

AKUT KORONER SENDROM KURSU

Kurs Koordinatörü : Yıldray Çete
Eğitmenler : Mutlu Kartal, Serkan Yılmaz

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|--|-------------------|
| Akut Koroner Sendrom Patofizyoloji ve Risk Sınıflamaları | Dr. Serkan Yılmaz |
| STEMI'de Reperfüzyon Tedavi Stratejileri | Dr. Mutlu Kartal |
| STEMI Ve NSTEMI Hastalarında Reperfüzyon Dışı Tedavi Seçenekleri | Dr. Yıldray Çete |
| EKG'de ST Segment Yüksekliği Ayırıcı Tanısı Olgu Örnekleri | Dr. Yıldray Çete |

Kursumuzu Tanıyalım

Akut Koroner Sendrom gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinin başında gelmektedir. Akut koroner sendromların yönetimi acil tıp uzmanlığının en güncel konularından birisi olup, son yıllarda bu konuda önemli değişiklikler yaşanmıştır. Kursumuzda, göğüs ağrılı hastalarda risk sınıflamaları, EKG olgu örnekleri ile ST segment yüksekliği yapan nedenlerin tartışılması ve STEMI hastalarında reperfüzyon tedavi stratejileri tartışılacaktır. Acil PCI olanağı bulunmayan merkezlerde trombolitik tedavi uygulaması olgu örnekleri ile açıklanacaktır. Ek olarak STEMI ve NSTEMI tanısı alan hastalarda reperfüzyon dışı güncel tedavi yaklaşımlarının tartışılması da hedeflenmektedir.

ARREST RİTİMLERİ: İLERİ KARDİYAK YAŞAM DESTEĞİ (İKYPD) KURSU

Kurs Koordinatörü : Dr. Gül Pamukçu Günaydın
Eğitmenler : Dr. Ayhan Özhasenekler, Dr. Gülhan Kurtoğlu Çelik,
Dr. Çağdaş Yıldırım

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Tanışma-Kurs Tanıtımı- TYD Teorik | Dr. Gül Pamukçu Günaydın |
| TYD Pratik | Tüm Eğitmenler |
| Arrest Ritimleri Yönetimi Teorik | Dr. Gül Pamukçu Günaydın |
| Arrest Ritimleri Pratik | Tüm Eğitmenler |
| Karışık Senaryolar | Tüm Eğitmenler |

Kursumuzu Tanıyalım

Eğitimin amacı yeniden canlandırma uygulamaları sırasında bilgiye dayalı takım çalışması, iyi takım üyeliği ve örnek takım liderliği davranışı becerisinin geliştirmesidir.

TATD Temel Yaşam Desteği ve İleri Kardiyak Yaşam Desteği uygulayıcı kursları kısa teorik dersler ve maket başında yapılan senaryo çalışmalarından oluşur. Mankenler üzerinde TYD, otomatik eksternal defibrilatör kullanımı, İKYD, manuel defibrilatör kullanımı, kardiyoversiyon, pacing, taşikardi ve bradikardi, arrest ritimleri yönetimi senaryoları çalışılır.

Kursların bilgi içeriği en son AHA ve ERC klavuzları temel alınarak ve Türkiye koşullarına uygun olarak hazırlanır ve güncellenir. Her kursta 6 katılımcı için 1 TATD eğitmeni katılmaktadır.

2020 kurs günleri kongresinde yenilik olarak katılımcılara kolaylık sağlamak amacı ile arrest ritimleri ve taşikardi bradikardi algoritmaları ayrı kurslar olarak seçilebilecektir.

ASİT BAZ BOZUKLUĞU VE ARTER KAN GAZI (AKG) DEĞERLENDİRME KURSU

Kurs Koordinatörü : İlhan Uz
Eğitmenler : Enver Özçete, Turgay Yılmaz Kılıç

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|---|---|
| Asit Baz Bozuklukları ve Gözden Kaçan Parametreler | Dr. İlhan Uz |
| Arter Kan Gazı 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 |

Kursumuzu Tanıyalım

Kan gazı almak mı daha zor yorumlamak mı? Bu kurstan sonra kan gazı yorumlarken asidoz kompanse mi değil mi, baz defisiti bize ne söylüyor, laktat klirensini neden ve nasıl takip etmeliyiz gibi birçok soru cevabını bulacak. Gerçek hastalara ait kan gazı örneklerini okuyacak ve buna göre hastanın tedavisini nasıl yönlendireceğinizi bileceksiniz. Bu kursta hem kritik hasta bakım kurslarında hem de asit baz denge bozuklukları kurslarında yıllardır kan gazı pratiklerini yaptıran Ege üniversitesinin deneyimli eğitmenleri bizlerle olacak.

BİLDİRİ HAZIRLAMA KURSU

Kurs Koordinatörü : **Nurettin Özgür Doğan**
Eğitmenler : **Süleyman Türedi, Ersin Aksay**

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|--|-------------------|
| Akut Koroner Sendrom Patofizyoloji ve Risk Sınıflamaları | Dr. Serkan Yılmaz |
| STEMI'de Reperfüzyon Tedavi Stratejileri | Dr. Mutlu Kartal |
| STEMI Ve NSTEMI Hastalarında Reperfüzyon Dışı Tedavi Seçenekleri | Dr. Yıldray Çete |
| EKG'de ST Segment Yüksekliği Ayırıcı Tanısı Olgu Örnekleri | Dr. Yıldray Çete |
| STEMI'de Reperfüzyon Tedavi Stratejileri | Dr. Mutlu Kartal |
| STEMI Ve NSTEMI Hastalarında Reperfüzyon Dışı Tedavi Seçenekleri | Dr. Yıldray Çete |
| EKG'de ST Segment Yüksekliği Ayırıcı Tanısı Olgu Örnekleri | Dr. Yıldray Çete |

Kursumuzu Tanıyalım

Bildiri hazırlama kursunun amacı, bilimsel kongrelerde sözlü ve poster bildiri hazırlama yöntemleri ile ilgili teknik ve içerik detaylarını, kursiyerlere kısa ve pratik yollarla göstererek anlatmaktır.

EKG ZOR TANILAR KURSU

Kurs Koordinatörü : **Ersin Aksay**
Eğitmenler : **M. Emin Çanakçı, Özlem Köksal**

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|---|---------------------|
| Göğüs ağrısında yüksek riskli EKG - STE, ST çökmesi, T negatifliği | Dr. Ersin Aksay |
| Düzenli geniş kompleks taşikardilerde ayırıcı tanı - VT ile karışan SVT'lerin özellikleri ve morfojik ayırimda ip uçları | Dr. M. Emin Çanakçı |
| Kritik hastalarda EKG ipuçları - Hiperpotasemi, toksikoloji, tamponat pulmoner emboli vs | Dr. Özlem Köksal |
| Senkopta yüksek riskli EKG - Aritmojenik durumlar, hipertrofiler | Dr. Ersin Aksay |
| Pratik | Tüm Eğitmenler |

Kursumuzu Tanıyalım

Kritik hastalar, kritik tanılar ve önemli bir ayırıcı tanı aracı: EKG. Doğru yorumlandığında ölümü, sakatlığı önleyebilen bir enstrüman. Görmediklerinizi görmek için 'Zor Tanılar' kursuna bekliyoruz.

EKOKARDİYOĞRAFI KURSU

Kurs Koordinatörü : **Funda Karbek Akarca**
Eğitmenler : **Mehmet Ali Aslaner, Adnan Yamanoğlu**

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|---------------------------------------|-------------------------|
| Kardiyak Pencereleler, Dopplere Giriş | Dr. Mehmet Ali Aslaner |
| Acilde Ekokardiyografi Uygulamaları | Dr. Funda Karbek Akarca |
| Perikard ve Kapakların İncelenmesi | Dr. Adnan Yamanoğlu |
| Uygulama | |

Kursumuzu Tanıyalım

Acil serviste ekokardiyografi uygulamaları kritik hasta yönetiminde belirleyici bir role sahiptir. Kurs içeriğinde temel ekokardiyografi pencereleri, Doppler uygulamalarının esasları, EF ölçümü, duvar hareket kusurları, kapak patolojileri ve perikardiyal hastalıkların tanısında eko kullanımı hakkında bilgiler paylaşılacaktır. Uygulamalarda eko pencerelerin kullanımı ve EF ölçümleri katılımcılarla yapılacaktır.

GERİATRİK ACİLLER KURSU

Kurs Koordinatörü : Dr. Murat Çetin
Eğitmenler : Dr. Arzu Denizbaşı, Dr. Cem Oktay, Dr. Özlem Köksal
Dr. Murat Çetin

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|--|--------------------|
| Açılış videosu, Tanışma ve Ön Test | Tüm Eğitmenler |
| Geriatrik Acil Tıpta Tuzaklar ve Atipik Başvurular | Dr. Cem Oktay |
| Geriatrik Hastada Mental Durum ve Davranış Değişikliği | Dr. Arzu Denizbaşı |
| Geriatrik Hastada Çoklu İlaç Kullanımı Yönetimi | Dr. Arzu Denizbaşı |
| Geriatrik Hastada Travma ve Yaşlı İstismarı | Dr. Özlem Köksal |
| Ağrı Yönetim Stratejilerive Palyatif Bakım | Dr. Murat Çetin |
| Örnek Vakalar ve Çözümleri | Tüm Eğitmenler |
| Geribildirimler ve Son Test | Tüm Eğitmenler |

Kursumuzu Tanıyalım

Bütün yaşlı hastalar size mi geliyor!..Bu bir tesadüf mü? Elbette değil. Toplumumuz yaşlanıyor ve Türkiye’de Acil servislerde hizmet verilen hastaların %15-20’si 65 yaş ve üzerinde. Çok sayıdaki komorbid hastalıklar, sosyal destek eksiklikleri, bakım gerektiren hastaların sayısının gün geçtikçe artması ve bu hastaların sağlık hizmetine en kolay ulaştığı yerlerin acil servisler olması işlerimizi daha da zorlaştırıyor.

Geriatrik Aciller; her nöbette karşılaştığımız özel vaka yönetimleridir. Sürekli kullandığımız ve gereklilik haline gelen bilgilerimizi interaktif sunumlarla güncelliyoruz. Tüm bu kompleks durumlara çözüm bulmayı öğrenecek ve kursumuz bittiğinde geriatrik aciller yaklaşımındaki bilgi ve becerilerimizi arttıracacağız. Aslında “Her Acil Tıp Hekimi; Geriatrik Acil Tıp Hekimidir” cümlesini aklımızdan çıkarmayacağız.

GİRİŞİMSEL ULTRASONOGRAFİ (USG) KURSU

Kurs Koordinatörü : **Özlem Dikme**
Eğitmenler : **Aslıhan Yürütümen Ünal, Burcu Azapoğlu Kaymak, Mustafa Emin Çanakçı**

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|--------------------------|--|
| İntravenöz Girişimler | Dr. Aslıhan Yürütümen Ünal |
| Perikardiyosentez | Dr. Mustafa Emin Çanakçı |
| Torasentez ve Parasentez | Dr. Burcu Azapoğlu Kaymak |
| Lomber Ponksiyon | Dr. Özlem Dikme |
| Pratik Uygulama | Dr. Aslıhan Yürütümen Ünal Dr. Mustafa Emin Çanakçı Dr. Burcu Azapoğlu Kaymak Dr. Özlem Dikme |

Kursumuzu Tanıyalım

Girişimsel Ultrasonografi kursumuz Türkiye Acil Tıp Derneği'nin Ultrasonografi Çalışma Grubu (TATDUS)'un deneyimli eğitmenleri tarafından hazırlanan didaktik derslerin ardından el yapımı simülasyon modelleri üzerinden yapılan pratikler ile gerçekleştirilecektir. Kursiyerlerimiz intravenöz girişimler, perikardiyosentez, torasentez, parasentez ve lomber ponksiyon başlıklarına yönelik temel uygulama ve değerlendirme kurallarını, başlıca tuzakları normal ve patolojik örnekleri didaktik ve teknik sunumlar üzerinden dinledikten sonra simüle modeller üzerinde uygulama şansı bulacaklardır.

GÜNCEL ACİL TIP KONUŞMALAR - SAHNE

Kurs Koordinatörü : **Erkman Sanrı**
Eğitmenler : **Sinan Karacabey, Ebru Ünal Akoğlu, Suphi Bahadrlı**

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|--|----------------------|
| Moderatör: Dr. Suphi Bahadrlı | |
| Göğüs Ağrısı Yönetiminde İnciler | Dr. Erkman Sanrı |
| Nörolojik Acillerde Dikkat Edilmesi Gerekenler | Dr. Sinan Karacabey |
| Tüm Yönleriyle Karın Ağrısı | Dr. Ebru Ünal Akoğlu |

Kursumuzu Tanıyalım

GAK SAHNE; iç içe girmiş kompleks olgulardan oluşan senaryoların canlandırıldığı, bir tiyatro oyunu formatında sahnelenen, interaktif ve teatral bir kurs modelidir. Acil servislerde sık karşılaşılan ve sıkça merak edilen vaka yönetimlerinin sahne alacağı GAK SAHNE; dolu dolu bir bilimsel içerik ve eğlenceli senaryolarla katılımcılarla buluşmayı hedeflemektedir.

İLERİ HAVAYOLU KURSU

Kurs Koordinatörü : **Barış Murat Ayvaci**
Eğitmenler : **Mustafa Yazıcıoğlu, Volkan Arslan, Alp Giray Aydın**

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|---|--|
| Havayolu Anatomisi /RSI Protokolü ve Güncel Tanımlamaları | Dr. Mustafa Yazıcıoğlu |
| Zor Havayolu Tanımı ve Yönetimi/İlaç Seçimi Nasıl Olmalı?/Peki Ya Entübe Edemezsem? | Dr. Barış Murat Ayvaci |
| Supraglottik Alternatif Havayolu Yönetimi Videolaringoskopi / Fiberoptik Laringoskopi | Dr. Alp Giray Aydın |
| FONA/ Cerrahi Havayolu/ /Retrograt Entübasyon/Melker/Hızlı 4 Adım | Dr. Volkan Arslan |
| PRATİK UYGULAMALAR | <ul style="list-style-type: none">• Cerrahi havayolu• Videolaringoskop/fiberoptik entübasyon• RSI ve supraglottik alternatif havayolu araçları |

Kursumuzu Tanıyalım

TATD'nin en beğenilen ve kurs günleri kongresinde kontenjanını en hızlı dolduran kurslarından biri olan "İleri Havayolu Kursu" ile karşınızdayız. Havayoluna dair her şeyi konuşacağız. Kursumuzda aklınıza takılan tüm soruları interaktif bir ortamda eğitmenlerimize yöneltebileceksiniz ve yaşadığınız veya yaşamaktan çekindiğiniz vakalar üzerinden tartışarak yanıtlar bulabileceksiniz. Klasik ve zor entübasyonun yanı sıra, videolaringoskopi, supraglottik havayolu araçları (laringeal maske, kombitüp, king LT, i-jel...), gum elastik buji, krikotirotonomi ve diğerleri. Tüm havayolu araçlarını göreceksiniz ve bol bol pratik yapma şansı bulacaksınız. Bu kurstan sonra entübe/ventile edemeyeceğiniz hasta kalmayacağını umuyoruz. Görüşmek üzere...

KRİTİK HASTA YÖNETİMİ KURSU

Kurs Koordinatörü : **Özge Duman Atilla**
Eğitmenler : **Müge Günalp Eneyli, Gökçe Özbay Yenice**

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Şok ve hipoperfüzyon | Doç. Dr. Müge Günalp Eneyli |
| Sepsis-septik şok yönetimi | Uzm. Dr. Gökçe Özbay Yenice |
| Kritik Bakımda Yeni Ufuklar | Doç. Dr. Özge Duman Atilla |
| Nasıl Yönetelim? Sıra sizde | Tüm Eğitmenler |

Kursumuzu Tanıyalım

Yoğun bir acil serviste çalışıyorsunuz ve sık sık kritik hasta yönetmek durumunda mısınız? Hazırsanız Biz de hazırız! TATD'nin en ilgi çeken kurslarından birisi olan Kritik Hasta Yönetimi Kursu'nun can alıcı noktalarını sizin için özetledik. Mortalitesi en yüksek hasta grubumuz olan kritik hastalarda, neyi nasıl neden yapmalıyız? Mortaliteyi azaltan ipuçları nelerdir? Merak ettiğiniz soruların cevabını bulacağınız bu kursu kaçırmayın. Son kılavuzlar eşliğinde sorduk ve cevapladık. Hipoperfüze hasta-şok olgusuna yaklaşım, sepsis ve septik şok yönetimi. hipovolemik şok yönetimi ve son literatür önerilerini içeren kritik bakımda yeni ufuklar konularında deneyimli eğitmenlerimiz sizleri bekliyor olacak. Ayrıca kursiyerlerimizle oldukça eğlenceli ve bir o kadar da öğretici, interaktif, ödüllü yarışmamızla kursumuz tamamlanacak ve dinlediklerinizi pekiştirme ve olgular üzerinde tartışma fırsatını yakalayacaksınız. Biz 3 gün boyunca sizlerle aynı heyecanı paylaşmayı dört gözle bekliyoruz.

LİTERATÜR TARAMA KURSU

Kurs Koordinatörü : Şeref Kerem Çorbacıoğlu
Eğitmenler : Murat Ersel, Orhan Çınar

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|---|-----------------------------|
| Tıbbi Literatürün Oluşumu Veri Tabanlarına Genel Bakış | Dr. Orhan Çınar |
| Araştırma konusunun formüle edilmesi anahtar kelimelerin belirlenmesi Boolean operatörlerinin kullanımı | Dr. Murat Ersel |
| PubMed ve WoS veri tabanlarında ileri düzey arama | Dr. Şeref Kerem Çorbacıoğlu |
| Pratik | Tüm Eğitmenler |

Kursumuzu Tanıyalım

Bu kursumuz "Kurs Günleri Kongresine" özel olarak tasarlanmış olup özellikle genç akademisyenlere yönelik etkin ve sistematik literatür taramasının nasıl yapıldığını öğretmeyi hedefleyen teorik ve pratik derslerden oluşan yarım günlük bir kurstur. Veri tabanlarının genel olarak tanıtılması, tarama öncesinde araştırılacak konunun formüle edilip anahtar kelimelerinin belirlenmesi ve bu anahtar kelimelerle "PubMed" ve "Web of Science" gibi veri tabanlarında ileri düzey aramaların nasıl yapılması konularına odaklanılmaktadır

MAKALE HAZIRLARKEN KULLANILACAK YAZILIMLAR KURSU

Kurs Koordinatörü : **Gökhan Aksel**
Eğitmenler : **Haldun Akoğlu, Murat Pekdemir**

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|--|--------------------------|
| Açılış Kurs Tanıtımı | |
| Kaynakça yazım tipleri ve yönetim programları: <i>Zotero, (EndNote, Mendeley)</i> | Dr. Murat Ersel |
| Pratik: Kaynakça yazımı: Zotero | Tüm Eğitmenler |
| Ara | |
| İntihal nedir? İntihal tarama programları: <i>Ithenticat, Turnitin</i> | Prof. Dr. Murat Pekdemir |
| Yazınıza uygun dergi bulma ve grafik çizdirme: <i>Jane, Grafik çizdirme programları (SPSS vs)</i> | Prof. Dr. Haldun Akoğlu |
| Makale Hazırlarken Kullanılacak Yazılımlar / Öğleden Sonra Programı | |
| Kaynakça yazım tipleri ve yönetim programları: <i>Zotero, (EndNote, Mendeley)</i> | Doç. Dr. Gökhan AKSEL |
| Pratik: Kaynakça yazımı: Zotero | Tüm Eğitmenler |
| Ara | |
| İntihal nedir? İntihal tarama programları: <i>Ithenticat, Turnitin</i> | Prof. Dr. Murat Pekdemir |
| Yazınıza uygun dergi bulma ve grafik çizdirme: <i>Jane, Grafik çizdirme programları (SPSS vs)</i> | Prof. Dr. Haldun Akoğlu |

Kursumuzu Tanıyalım

Bu kursumuz "Kurs Günleri Kongresine" özel olarak tasarlanmış olup özellikle genç akademisyenlere yöneliktir. Kursun temel amacı makalenin yazım ve dergiye gönderim sürecinde kimisi mutlaka kullanılması önerilen, kimisi iş yükünüzü hafifletecek yazılımları etkin şekilde kullanabilmenizi öğretmektir. Kursumuz yarım günlük bir kurs olup teorik ve pratik uygulamalardan oluşmaktadır. Kursta anlatılacak olan yazılımlar kaynakça yönetim programları (Zometo, EndNote, Mendeley, Papers), intihal-plagiarism tarama programları (Ithenticate), yazınıza uygun dergi bulma programları-online siteleri

MEKANİK VENTİLASYON (MV) KURSU

Kurs Koordinatörü : Dr. Başak Bayram
Eğitmenler : Dr. Ahmet Oğuz Küçük, Dr. Emre Şancı

Kurs Programı

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

Kursumuzu Tanıyalım

Her geçen gün kritik hasta sayısı artmakta. Çoğumuz acilde entübe hasta izlemek zorunda kalıyoruz. Entübe ettiğimiz hastayı nasıl takip edeceğiz, hangi invaziv ventilasyon modunu kullanacağız, basınç destekli ve volüm destekli soluturken hangi ayarlamaları yapmalıyız? Ventilasyona ait tüm detayları bu kursta dinleyecek ve pratik yapma şansı bulacaksınız. Bu kurstan sonra hastalarınız daha iyi soluyacak

NON-İNVAZİV MEKANİK VENTİLASYON (CPAP&BİPAP) VE YÜKSEK AKIMLI NAZAL OKSİJEN (HFNO) KURSU

Kurs Koordinatörü : Neşe Çolak Oray
Eğitmenler : Ebru Ünal Akoğlu, Ali Kaan Ataman

Kurs Programı

| 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 |

Kursumuzu Tanıyalım

Daha az entübasyon, daha az hastanede kalış, daha çok sağ kalım hedefliyorsak hipoksik / hiperkarbik hastalarımızda non invaziv ventilasyonu denemeliyiz. Ama nasıl? NIMV tolere edemeyen hastalarda yüksek akımlı nazal oksijen bir alternatif olabilir mi? Hangi hastada hangisini kullanalım? Özel hasta gruplarında (ARDS, malignite, Pnömoni, obezite hipoventilasyon, karbonmonoksit zehirlenmesi, sepsis, astım, nöromusküler hastalıklar) ne yapmalıyız? Aktif bronkospazmı olan hastada ne yapalım? mod/basınç ayarları? Ajite hastada ne yapalım? NIMV uyum sağlayamayan hastada ne yapalım? Uykuya eğilimli hastada NIMV mi- İMV mi? Entübasyon öncesi ve sonrası NIMV-HFO2 kullanımı. Hepsi ve daha fazlasını bu kursta öğrenme ve pratik yapma şansı bulacaksınız

NÖROGÖRÜNTÜLEME KURSU

Kurs Koordinatörü : **Nuri Karabay**
Eğitmen : **Mustafa Barış**

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|---|---------------------------------------|
| Nörogörüntüleme Teknikleri ve Normal Görünüm | Dr. Nuri Karabay Dr. Mustafa Barış |
| Nontravmatik Acil Nöropatolojiler | |
| Travmatik Nöropatolojiler | |
| Acil Nöroradyolojide Tuzaklar Sorular ve Cevaplar | |

Kursumuzu Tanıyalım

Bu kurs Dokuz Eylül Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalının nöroradyoloji alanında uzmanlaşmış öğretim üyeleri tarafından organize edilmektedir. Kursiyerler DICOM görüntüleme programı kurulu bilgisayarlarda gerçek hasta görüntülerini, sanki hasta başındaymış gibi inceleyecek ve yorumlayacaklar. Bu kurs sırasında sulkuslar ve giruslar arasında dolaştıktan sonra bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntülemeleri yorumlamak daha kolay olacak. Onlarca hasta görüntüsü ve ipucu sizleri bekliyor. Sakın kaçırmayın.

ORTOPEDİK GİRİŞİMLER KURSU

Kurs Koordinatörü : Önder Limon
Eğitmen : Melih İmamoğlu, Gürkan Altuntaş

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|--|---------------------|
| Omuz Çıkığı Yönetimi | Dr. Melih İmamoğlu |
| Alçı ve Atel Teknikleri | Dr. Gürkan Altuntaş |
| Ortopedik Yaralanmalarda USG Kullanımı | Dr. Önder Limon |
| Atel ve USG Pratiği | Tüm Eğitmenler |

Kursumuzu Tanıyalım

Hemen hergün onlarca ekstremitte travmasına bakıyoruz ve birçoğuna atel vb stabilizasyon yöntemleri uyguluyoruz. Hangi kırık için hangi atel uygulanmalı, kaç kat sarmalı, nasıl açılmalı, hangi omuz çıkığı redüksiyon yöntemi uygulanmalı, sık atlanan ortopedik aciller neler gibi birçok soruya bu kursumuzda yanıt bulacaksınız. Olgu bazlı yönetimler, ekstremitte ultrasonografisi ve atel pratiği ile oldukça eğitici olan kursumuza katılımınızı bekliyoruz.

PERİFERİK SİNİR BLOKLARI KURSU

Kurs Koordinatörü : Özlem Yiğit
Eğitmen : Salahi Engin, Aydan Şenfer

Kurs Programı

| 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 |

Kursumuzu Tanıyalım

Günlük pratiğimizde ihmal ediyoruz, çünkü bilmiyoruz. Periferik sinir blokları öğrenildiğinde uygulayıcı için çok kolay, hasta için çok konforlu. Acil tıp pratiğinizi değiştirmek ve tüm yüz bloklarını, üst ve alt ekstremitelere bloklarını uygulamak istiyorsanız mutlaka kursumuza katılmalısınız. Bu kurstan sonra "kliniğe döner dönmez ben de periferik blok yapacağım" diyeceksiniz.

ŞOK YÖNETİMİNDE ULTRASONOGRAFİ KURSU

Kurs Koordinatörü : **Murat Yeşilaras**
Eğitmen : **Özlem Dikme, Burcu Azapoğlu Kaymak**

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|--|---|
| RUSH Protokolünün Tanıtımı (Pompa, Tank, Borular) | Dr. Murat Yeşilaras |
| Kardiyak İnceleme | Dr. Burcu Azapoğlu Kaymak |
| Tank (İVK, Akciğer, Batın) | Dr. Özlem Dikme |
| Borular (Aorta, Venler) | Dr. Murat Yeşilaras |
| Pratik | Dr. Özlem Dikme Dr. Burcu Azapoğlu Kaymak Dr. Murat Yeşilaras |

Kursumuzu Tanıyalım

Acil servisler birçok nedenle şokta olan hastaların ilk karşılandığı yerlerdir. Şok hastalarının erken tanınması, olası patolojiler için hızlı bir şekilde değerlendirilmesi hayat kurtarıcıdır. Fizik bakı, anamnez şokun etiyojisi hakkında birçok ipucu sağlar, tedavisini yönlendirir. Ancak bunlar ile tanıyamayacağımız birçok patoloji vardır. İşte bu durumda hastaların yatak başı ultrasonografi ile değerlendirilmesi tanı sürecini hızlandırır ve tedavinin takibini sağlar.

Ultrasonografi ile acil serviste inceleyebildiğimiz alanların tümü şok hastası için değerli bilgiler verebilir. Bu sebeple çok geniş bir inceleme yapılması gerekir. Bu sebeple bu kursta; kardiyak, vena kava inferior, akciğer, batın, aorta ve alt ekstremitte venlerinin görüntüleme ve bu görüntülerin nasıl yorumlanacağı anlatılacaktır. Bu kurs RUSH protokolüne uygun olarak hazırlanmıştır.

TAKTİK ALANDA ACİL TIBBİ MÜDAHALE KURSU

Kurs Koordinatörü : **Dr. Erdem Çevik**
Eğitmen : **Dr. Erdem Çevik, Dr. Yahya Ayhan Acar**
Dr. İsmail Erkan Aydın

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|--|--|
| Taktik alanda acil tıbbi müdahale esasları lojistik yönetimi | Dr. Öğr. Üyesi Yahya Ayhan Acar |
| Çoklu yaralanma, triyaj KBRN müdahalesi esasları | Doç.Dr. Erdem Çevik |
| Savaş yaralısının resüsitasyonunda önemli noktalar. <ul style="list-style-type: none">• Kanama yönetimi• ATLS'ten farkları<ul style="list-style-type: none">• Analjezi• Hava yolu yönetimi• Hemorajik şok yönetimi ve kan transfüzyonu ilkeleri | |
| Uygulamalar. <ul style="list-style-type: none">• Nazofaringeal airway• Krikotiroidotomi<ul style="list-style-type: none">• Turnike• Kanama durdurucular• İğne torakostomi | Uzm Dr. İsmail Erkan Aydın Doç.Dr. Erdem Çevik Dr. Öğr. Üyesi Yahya Ayhan Acar |
| Savaş yaralısı simülasyonu ile bütüncül yaklaşım | Uzm Dr. İsmail Erkan Aydın Doç.Dr. Erdem Çevik Dr. Öğr. Üyesi Yahya Ayhan Acar |

Kursumuzu Tanıyalım

Savaş, terör saldırıları, meskun mahal operasyonları ve çatışma ortamlarında meydana gelen yaralanmalarda uygulanacak acil tıbbi müdahale standart travma yaklaşımından farklıdır. Taktik alanda acil tıbbi müdahale kursu başta muharip personelin kendi kendine ya da yakın arkadaşına uygulayacağı ilk yardımla başlayan, Rol 1 den Rol-4 e kadar farklı kademelerde devam eden tedavi ve taktik tahliye süreçlerinin bütününe bilinmesi, bu alanlarda çalışan paramedik, pratisyen hekim ve acil tıp asistan ve uzmanlarının bu tip taktik yaralılara müdahale konusunda farkındalık, bilgi ve becerilerinin artırılmasını amaçlamıştır. Bu amaçla askeri alanda kullanılan özel ekipmanların ve özel yaralanmalardaki tedavi yaklaşımlarının standart travma hasta yönetiminden farklarını da içeren teorik ve simülasyon destekli pratik bilgilerin paylaşıldığı kursumuzda sizleri de aramızda görmekten mutluluk duyarız.

TAŞIKARDİ/BRADİKARDİ ALGORİTMALARI: İLERİ KARDİYAK YAŞAM DESTEĞİ (İKYD) KURSU

Kurs Koordinatörü : *Dr. Gül Pamukçu Günaydın*
Eğitmenler : *Dr. Ayhan Özhasenekler, Dr. Gülhan Kurtoğlu Çelik,
Dr.Çağdaş Yıldırım*

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|---|------------------------|
| Tanışma - Kurs Tanıtımı - Bradikardi Yönetimi | Dr.Çağdaş Yıldırım |
| Bradikardi Yönetimi Pratik | Tüm Eğitmenler |
| Taşikardi Yönetimi Teorik | Dr. Ayhan Özhasenekler |
| Taşikardi Yönetimi Pratik | Tüm Eğitmenler |
| Karışık Senaryolar | Tüm Eğitmenler |

Kursumuzu Tanıyalım

Eğitimin amacı yeniden canlandırma uygulamaları sırasında bilgiye dayalı takım çalışması, iyi takım üyeliği ve örnek takım liderliği davranışı becerisinin geliştirmesidir.

TATD Temel Yaşam Desteği ve İleri Kardiyak Yaşam Desteği uygulayıcı kursları kısa teorik dersler ve maket başında yapılan senaryo çalışmalarından oluşur. Mankenler üzerinde TYD, otomatik eksternal defibrilatör kullanımı, İKYD, manuel defibrilatör kullanımı, kardiyoversiyon, pacing, taşikardi ve bradikardi, arrest ritmleri yönetimi senaryoları çalışılır.

Kursların bilgi içeriği en son AHA ve ERC klavuzları temel alınarak ve Türkiye koşullarına uygun olarak hazırlanır ve güncellenir. Her kursta 6 katılımcı için 1 TATD eğitmeni katılmaktadır.

2020 kurs günleri kongresinde yenilik olarak katılımcılara kolaylık sağlamak amacı ile arrest ritmleri ve taşikardi bradikardi algoritmaları ayrı kurslar olarak seçilebilecektir.

TEMEL EKG KURSU

Kurs Koordinatörü : Süleyman Türedi
Eğitmen : Melih İmamoğlu, Gürkan Altuntaş

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|-------------------------------|---------------------|
| Tanım | Dr. Melih İmamoğlu |
| Tarihçe | |
| Değişkenler | |
| Doğru EKG Çekimi | |
| Leadler ve Özellikleri | |
| EKG Dalgaların Oluşumu | Dr. Süleyman Türedi |
| EKG Dalgaların Özellikleri | |
| EKG Değerlendirme Prensipleri | Dr. Gürkan Altuntaş |
| 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 | |

Kursumuzu Tanıyalım

Elektrokardiyografi-EKG; 1900'lü yılların başında keşfedilen bu nobel ödüllü buluş, keşfedildiği yıllardan günümüze kadar önemini yitirmeden ve güncelliğini kaybetmeden Acil Tıp pratiğinde halen en önemli tanısal testlerden biri olma özelliğini sürdürmekte.

Acil Tıp hekimlerinin hemen her hastada en az bir kez bakma ihtiyacı duyduğu bu tanısal işlemin, çekim ve değerlendirme aşamalarında yapılan hataları minimum indirmek ve temel EKG değerlendirmesinde Acil Tıp ile ilgilenen hekimlere bir sistematik yaklaşım kazandırmak amaçlanan bu kursun; teorik ve pratik eğitim içeriği ile güncel uygulamalarınıza katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

Kursumuzda sizlerle buluşmak, görüşmek dileği ile...

TIP HUKUKU KURSU

Kurs Koordinatörü : Cem Ertan
Eğitmen : Vehbi Özaydın

Kurs Programı

| 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 |

Kursumuzu Tanıyalım

Bu kadar riskli bir alanda çalışıp, en yüksek Mesleki Sorumluluk Sigortasını yatırırken Tıp Hukukuna yeterince hâkim olmamak birbirlerine tezat oluşturmuyor mu? Hasta şikayetlerine yanıt yazmaktan bıktıysanız, tıbbi uygulama hataları ve malpraktis davaları size endişelendiriyorsa, sağlık çalışanına şiddet canınıza tak ettiyse, hasta hakları var da hekim hakları yok mu diyorsanız bu kursu kaçırmamalısınız.

TOKSİKOLOJİ KURSU

Kurs Koordinatörü : Zeynep Kekeç
Eğitmen : Mehtap Bulut, Dr. Gültekin Kadı

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|-------------------------------------|-------------------|
| Açılış Kurs Tanıtımı | |
| Toksikolojiye giriş ve Toksidromlar | Dr. Zeynep Kekeç |
| Alkol Zehirlenmeleri | Dr. Mehtap Bulut |
| Karbonmonoksit Zehirlenmeleri | Dr. Gültekin Kadı |
| Yarışma | Dr. Gültekin Kadı |

Kursumuzu Tanıyalım

Bu kursumuz "Kurs Günleri Kongresine" özel olarak tasarlanmıştır. Kursun temel amacı kursiyerlerin toksikolojik acillerin temelini öğrenilmesi, toksidromlara yaklaşımın kavranması, alkol zehirlenmeleri ve karbon monoksit zehirlenmesi ile gelen hasta yönetiminin kavramasıdır. Kurs için ayrılan süre 3 saat 30 dakikadır. Bu süre içinde 3 ders ve yarışma planlanmıştır. Kurs sonu yarışma ile kursta anlatılan konuların önemli noktalarının sorgulanması ve pekiştirilmesi amaçlanmaktadır.

VASKÜLER ULTRASONOGRAFİ KURSU

Kurs Koordinatörü : **Aslıhan Yürüktümen Ünal**
Eğitmen : **Cem Ertan, Özgür Dikme, Özgür Çevrim**

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|--|----------------|
| Vasküler USG Giriş; Alt Akstremitte DVT ve Venöz Yetmezlik | Tüm Eğitmenler |
| Abdominal Aort USG | |
| Karotis Doppler USG Giriş; Teknik, Bazı Patolojik Örnekler | |
| Uygulama | |

Kursumuzu Tanıyalım

Kurs Günleri 2020 de ilk kez gerçekleştireceğimiz Vasküler USG Kursu'nda katılımcılarımız vasküler sonografik değerlendirmeye ilişkin belli başlı bazı başlıklarda temel uygulama ve değerlendirme kurallarını, kullanabilecekleri bazı ipuçlarını, başlıca tuzakları normal ve patolojik örnekler üzerinden dinleme ardından modeller üzerinde uygulama şansı bulacaklardır.

YARA KAPATMA KURSU - TEMEL KURSU

Kurs Koordinatörü : Serkan Şener
Eğitmen : Cem Gün, Hasan Aldinç

Kurs Programı

| KONU BAŞLIKLARI | EĞİTMENLER |
|---|------------------|
| Akut Yara Tanımı ve İyileşmesi | Dr. Serkan Şener |
| Akut Yaralı Hastaya İlk Yaklaşım | Dr. Cem Gün |
| Yaranın Hazırlanması ve Anestezi Teknikleri | Dr. Hasan Aldinç |
| PRATİK – Yaranın Hazırlanması ve Anestezi Teknikleri | Dr. Hasan Aldinç |
| PRATİK – Malzemelerin Tanıtılması ve Kullanım Teknikleri | Dr. Cem Gün |
| 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 |

Kursumuzu Tanıyalım

Kursun Amacı ve Yöntemi

- Kursun temel amacı acil serviste sık karşılaşılan basit komplike olmayan akut yaralara ilk yaklaşım ve kapatma tekniklerinin öğretilmesidir.
- Kısa akut yaralı hasta ve yaraya yaklaşımın ardından, temel malzemelerin tanıtılması
- Her yara kapatma tekniğinin öncesinde kısa video ardından televizyona yansıtılmış canlı kamera görüntüsünden eğiticiyle beraber maket/modeller üzerinde uygulamanın gerçekleştirilmesi.

Öğrenim Hedefleri

- Akut yarayı tanıma ve hastaya ilk doğru yaklaşım.
- Yaranın primer kapatma öncesi hazırlanması ve anestezi tekniklerinin uygulanması.
- Yara kapatmada kullanılan temel malzemelerin tanıtılması ve kullanımı
- Altı temel yara kapatma tekniğinin önce video ve anlık eğitici görüntüleriyle öğrenciler tarafından uygulanması.
- Yara kapatıldıktan sonra yara bakımı ve takibi önerilerinin hasta ile paylaşılması.

YARA KAPATMA KURSU - İLERİ KURSU

Kurs Koordinatörü : Serkan Şener
Eğitmen : Cem Gün, Hasan Aldinç

Kurs Programı

| 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. Serkan Şener |

Kursumuzu Tanıyalım

Kursun Amacı ve Yöntemi

- Kursun amacı temel yara kapatma teknikleri haricinde kullanılabilecek alternatif kapatma tekniklerinin ve özel bölgeler ile hatalı yara kapatılması halinde uygulanacak farklı yöntemlerin öğrenilmesi.
- Her tekniğinin öncesinde kısa video ardından televizyona yansıtılmış canlı kamera görüntüsünden eğiticiyle beraber maket/modeller üzerinde uygulamanın gerçekleştirilmesi.

Öğrenim Hedefleri

- Düzensiz kenarlı yaralarda devitalize dokuların debride edilmesi
- Özellikle pediatrik hasta grubunda tercih edilebilecek alternatif yara kapama tekniklerinin uygulanması.
- Parçalı yara ve yüz bölgelerindeki özellikli kapatma tekniklerinin model/maket üzerinde uygulanması
- Hatalı yara kapatma sonucu oluşan köpek kulağı deformitesini düzeltme.
- Ekstansör tendon onarım tekniklerini öğrenme.

B İ L D İ R İ L E R



İÇİNDEKİLER SAYFASINA GERİ DÖNMEK İÇİN TIKLAYINIZ

Kelimeler ile arama yapabilmek için herhangi bir sayfa içerisinde "**CTRL+F** (Windows) - **CMD+F** (MAC)" kısayollarını kullanarak aramak istediğiniz kelimeyi yazmanız yeterli olacaktır.

SÖZLÜ BİLDİRİLER



İÇİNDEKİLER SAYFASINA GERİ DÖNMEK İÇİN TIKLAYINIZ

Kelimeler ile arama yapabilmek için herhangi bir sayfa içerisinde "**CTRL+F** (Windows) - **CMD+F** (MAC)" kısayollarını kullanarak aramak istediğiniz kelimeyi yazmanız yeterli olacaktır.

S-01

KOROZİV MADDE İÇİLMESİNDE OLUŞABİLEN PANKREATİT KLİNİĞİNDE ORAL OLARAK VERİLEN A-C-E VİTAMİNLERİNİN KOMBİNE ETKİNLİĞİNİN DENEYSEL ARAŞTIRILMASI

Hasan Börekçi¹, Elif Börekçi²

¹Turgutlu Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Turgutlu, Manisa

²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

Giriş ve Amaç

Koroziv madde içimi toplumda oldukça sık görülmektedir. Kostik yanıklar asit içerikli temizlik malzemesinin ve daha çok da kuvvetli alkali içeren temizlik malzemesinin yanlışlıkla, az miktarda da olsa, içilmesi sonucu gelişen özefagus yanıklarıdır. Kostik madde içimine bağlı gelişen özefagus yaralanmaları her yaşta büyük bir sağlık sorunudur. Kostik, kırsal alanlarda ve gelişen ülkelerde, evlerde sabun yapımı, ev temizliği için hem sıvı hem de kristal formda kullanılmaktadır. Ayrıca, kostik temizleme maddelerinin yanlış ambalajlanma biçimleri çocukların bu maddeleri kaza eseri almalarına neden olmaktadır. Kostik madde içimi genelde 3 yaş altı çocuklarda siktir. Yetişkinlerde olan bu tür olaylar genelde bilinçli bir şekilde intihar amaçlı yapılır. Bu olgularda, büyük hacimli, daha güçlü yakıcı kostik maddeler alınmaktadır. Kostik madde içimine bağlı gelişen özefagus yaralanmaları her yaşta büyük bir sağlık sorunudur. Mortalitenin nadir olmasına rağmen, morbidite çok ciddidir ve hayat boyu süren so-runlar yaratabilir. Bu maddelerin paketlenmesi, etiketlenmesi ve kullanımını kısıtlayan kanuni hükümlere ve eğitime, büyük ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada amacımız; koroziv madde içimi sonrası oluşan üst gastro intestinal sistemdeki hasarlanmada oral alınan anti oksidan özellikleride olan A-C-E vitaminlerinin kombine etkinliğini araştırmak amaçlanmıştır.

Bu çalışmada kostik madde içimi sonrasında ratlar 3 çalışma grubu halinde planlanmıştır. Gruplardan birine kostik madde içimi ardından A-C-E vitaminleri kg/mg dozları hesaplanıp verilmiş olup diğer grubada aynı miktarda serum fizyolojik verilmiştir.3. grup kontrol grubu olup koroziv madde verilmemiştir. Sonuçta sakrifiye edilen her iki grupta da histopatolojik olarak özafagus, mide, pankreas dokuları incelenmiştir. Ayrıca sakrifiye edilen ratların kan amilaz ve lipaz düzeyleride karşılaştırılmalı olarak değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Hayvanlar Ege Ün.v.Ziraat Fk. Yetiştirme çiftliğinden vistar albino cinsi ratlardan seçilmiştir. Toplam 26 adet rat kullanılmıştır bunların yarısı erkek yarısı dişi olarak planlanmıştır. (3 grup halinde sırasıyla kontrol grubu n:6-Sf grubu(grup 2) n:12 vitamin grubu (grup 3)n:12 şeklinde planlanmıştır).ratlardan seçilme nedenleri; ratlar bu tür çalışmalara daha iyi uyum sağladıkları görülmüştür, uygulama kolaylığı vardır ,histopatolojik olarak insan organizmasına benzerlikleri fazladır.

Çalışmalarımız, Ege Ün.v. Tıp Fakültesi Deneysel Cerrahi bölümünde yapılmıştır. Hayvanların bakım koşulları yönetmelikte belirtilen kriterlerde olup aynı birimde yapılmıştır. Hayvanlar Ege ün. Ziraat Fk yetiştirme çiftliğinden getirildikten sonra 3 grup halinde işleme başlanmadan 21 gün Ege Ün.v.Tıp fk.deneysel cerrehi bölümünde adaptasyonları sağlanması için beklenilmiştir. Ratlara ketamin ve ksilazin (ketamin/ksilazin 80-100/5-10mg/kg) anestezisi sonrası orogastrikten koroziv madde ve vitaminler sırasıyla uygulanmıştır. İşleme başlanıp 14. Günde aşağıda belirtildiği gibi sakrifiye edilmiştir.

Çalışma 3 grup olarak planlanmıştır.

1. GRUP:Herhangi bir tedavi almayan kontrol grubu ,bu grup 3 erkek 3 dişi vistar albino cinsi 6 rat olarak seçilmiştir.(n:6)

2. GRUP:%5 NaOH içeren solüsyondan 0,5 ml anestezi altında orogastrikten koroziv madde verilen , sonrasında 3. Gruba uygulanan tedavi miktarları kadar aynı miktarda ve aynı zamanda serum fizyolojik verilen grup. Bu grup 6 erkek 6 dişi olmak üzere 12 vistar albino rat olarak seçilmiştir.(n:12)

3. GRUP: Bu grup yine 6 erkek 6 dişi olmak üzere 12 vistar albino cinsi rat olarak seçilmiştir.Aynen 2. Grupta olduğu gibi %5 lik NaOH solüsyonundan 0,5 ml orogastrikten verilip üst gastrointestinal sistemde koroziv yanık oluşturulmuştur.Bu işlemden 1 saat sonra başlamak üzere sırasıyla A-C-E vitaminlerini günlük hesaplanan miktarın (A vitamini günlük doz: 20UI /kg /gün, C vitamini günlük doz:1 mgr/kg/gün,E vitamini günlük dozu 0,15mgr/kg/gün) yarısı olacak şekilde günde 2 kez 12 saatte bir, ve 30 ar dk ara ile orogastrikten 5 gün boyunca verilmiştir.

Koroziv madde ile yanık oluşturulan 0. günden itibaren 14. Günde 3 grup ketamin ve ksilazin uygulanması ardından sakrifiye edilmesi planlanmıştır. (ketamin/ksilazin 80-100/5-10mg/kg dozunda her işlemden önce kuyruk veninden uygulanmıştır.)

Kanları alındıktan sonra ratların exitus olmaları beklenip ardından özofagus mide ve pankreas organları cerrahi olarak eksize edilmiştir. Organlar fosfat tamponlu %10 luk formolin solüsyonu içerisine konulmuştur.

Pankreas dokusunda histopatolojik olarak PNL infiltrasyonu, konjesyon ve patolojik olarak pankreatit olup olmadığı, pankreatik apse olup olmadığı ve pankreas nekrozu, hemorajik pankreatit varlığı değerlendirilip istatistiksel olarak yorumlanmıştır.

3 grupta da; kan beyaz küre sayısı, amilaz, lipaz değerlerine bakılıp istatistiksel olarak yorumlanmıştır.

Sakrifikasyon öncesi ketamin ve ksilazin anestezisi uygulanıp intarkardiyak kanları alınması ardından ratların exitus olduklarından emin olunduktan sonra cerrahi olarak ilgili organları çıkarılmıştır. Eğer hayvanların eksitus olmadıkları görülürse tekrar ketamin ve ksilazin uygulanması ve sonrasında eksitus oldukları kesinleştikten sonra cerrahi işlemle özofagus pankreas organları çıkarılması planlanmıştır.

RESİM 1: Orogastrik sonda ile vitamin uygulanması



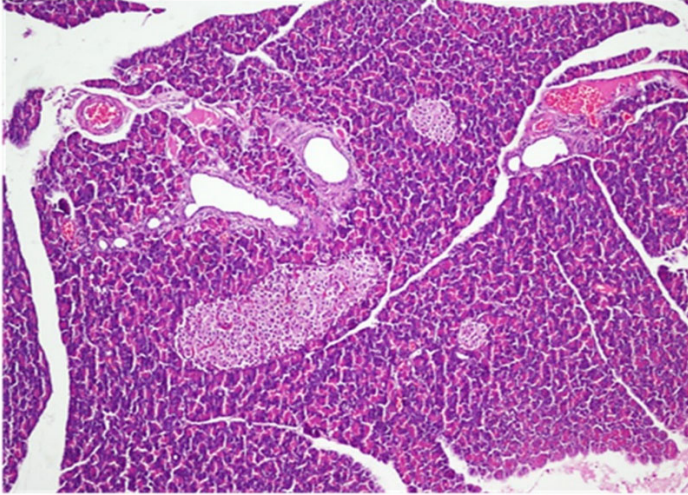
RESİM 2: Sakrifikasyon sonrası rat ın pankreasının makroskopik görüntülenmesi



Bulgular

Deneyel çalışmamızda koroziv madde verildikten sonra 5. Günde SF ve A-C-E grubunda 1 er tane olmak üzere 2 adet rat exitus olduğu görüldü. Histopatolojik incelemede mide, pankreas, özofagus dokusunda herhangi bir hasarlanma olmadığı izlendi

RESİM 3 : Pankreatitli dokuda PMNL infiltrasyonu



Tablo 6: SF ve A-C-E Grubu Hemodinamik Parametrelerinin Karşılaştırılması

| | SF(n=11) | A-C-E (n=11) | p |
|----------------------|----------|--------------|---------------|
| <u>Amilaz</u> | | | 0,043* |
| Ortalama | 826,09 | 693,45 | |
| SS | 150,59 | 160,98 | |
| <u>Lipaz</u> | | | 0,023* |
| Ortalama | 38,45 | 23,64 | |
| SS | 21,75 | 21,74 | |
| <u>HB</u> | | | 0,332 |
| Ortalama | 13,47 | 14,08 | |
| SS | 1,26 | 1,15 | |
| <u>WBC</u> | | | 0,275 |
| Ortalama | 6950,00 | 8504,55 | SS |
| | 2393,37 | 2406,01 | |

* p < 0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı

Mann-Whitney-U testi

Tartışma ve Sonuç

Koreziv madde içimi ile ilgili birçok deneysel çalışma yapılmış olup bunlardan birisi olan Ekingen ve Özden in yaptığı çalışmada; prostosiklin analogu olan iloprostun etkisini araştırmaya yöneliktir. 60 wistar albino rat her biri 20 hayvandan oluşan 3 gruba bölünmüştür. A grubunda hayvanlar hazırlanmamış ve tedavi edilmemiştir. B grubunda hayvanlar hasarlanmış fakat tedavi edilmemiştir. C grubunda ratlar hasarlanmış ve 3 gün iv iloprost verilmiştir. Kostik özefagus hasarı 1 ml%15 NaOH ile oluşturulmuştur. Tedavinin etkinliği doku malondialdehit (MDA), süperoksit dismutaz ve glutasyon düzeyleri postop. 3. Günde biyokimyasal metodlar ile ölçülerek değerlendirilmiştir. Histopatolojik değerlendirme postop 28. günde yapılmıştır. MDA düzeyi grup b de diğer gruplar ile karşılaştırıldığında belirgin olarak artmış bulunmuştur. Grup B de histopatolojik hasar skoru Grup A ve C dekinden belirgin daha yüksek bulunmuş, ayrıca grup A ve C arasında histopatolojik hasar bakımından belirgin fark saptanmıştır. Bu sonuçlar ratlarda deneysel kostik özefagus yanığında iloprostun koruyucu etkisine işaret etmektedir (1). Fakat biz çalışmamızda anti oksidan özelliği olan ve doku yenilenmesinde rolü olduğu bilinip toksik oksijen radikallerinin etkisiz hale getirilmesinde roleri olduğu bilinen A-C-E vitaminleri kullanılmıştır. Vitaminlerin kombine oral alımı sonrası yaptığımız değerlendirmede histopatolojik olarak net bir değerlendirme olmasa da % 5 lik NaOH in üst gastrointestinal sistemde pankretait yaptığı izlendi ve anti oksidan ve sitoprotektif tedavinin oldukça başarılı olduğu kan değerlerinde gözlemlendi.

Uğuralp ve Irsi grubunun yaptığı çalışmada; Kostik özefagus yanıklarında tedavinin amacı inflamatuvar reaksiyonu azaltmak, striktür formasyonunu engellemektir. Resveratrol antiinflamatuvar ve antifibrotik özelliklere sahiptir. Bu çalışmanın amacı deneysel kostik özefagus yanıklarında resveratrolün potansiyel terapötik etkisini araştırmaktır. Çalışmada 42 adet erkek wistar albino ratı 5 gruba bölünmüş: kontrol grup, kostik grup 4 ve 28 (özefageal yanık oluşturuldu), resveratrol grubu 4 ve 28 (özefageal yanık oluşturuldu ve resveratrol uygulandı) Kostik özefagus yanığı oluşturmak için Liu ve Richardson dan modifiye Gehanno ve

Guedon metoduna göre %25 NaOH kullanılmış. Hayvanlar 4 ve 28 günlerde biyokimyasal ve histopatolojik inceleme için öldürülmüş. Çalışma ortalama malondialdehit ve nitrik oksit düzeyleri kostik grubunda resveratrol grubundakine göre belirgin daha yüksek bulunmuş. ($p<0,05$) Diğer taraftan resveratrol grubunda glutasyon düzeyi kostik grubundan belirgin daha yüksek çıkmıştır. ($p<0,05$) Histolojik olarak ödem, inflamasyon ve nekroz resveratrol 4 grubunda kostik 4 grubu ile karşılaştırıldığında belirgin daha azdı. ($p<0,05$) Submukozal ve müköler kollagen birikimi resveratrol 28 grubunda kostik 28 grubu ile karşılaştırıldığında belirgin daha az bulunmuş. ($p<0,05$) Deneysel kostik özefagus yanığında resveratrolün inflamatuvar reaksiyon ve striktür formasyonunu azalttığı sonucuna varılmıştır (2).

Bilindiği gibi resveratrol da bilinen en güçlü anti oksidan ajanlardan biri olup bizim kullandığımız anti oksidan etkili A-C-E vitaminleride bu etkiyi karşılamaktadır.

Yağmur ve öztürk grubunun çalışmasında ise; Özefagus alkali yanıklarında nitrik oksitin etkisi araştırılmış. Çalışmanın amacı özefagus alkali yanıklarında nitrik oksitin etkisini ortaya koymaktı. Ağırlıkları 225-250 gr arasında olan 30 Spraque- Dawley rat kullanılmış. Ratlar randomize olarak 3 gruba bölünmüş. Grup 1 (kontrol) ratlarda özefagus lümeni normal salin ile yıkanmış, grup 2 de distal özefagus Gehanno tarafından tanımlanan %50 NaOH solüsyonu ile yakılmış ve grup 3'te özefagus lümeni özefageal yanığı takiben L-Arginin metil ester (10 mg/kg) ile yıkanmış. Bütün ratlar 21. günde öldürülüp submukozal kollagen artışı, muskularis mukoza ve tunica muskularis hasarı açısından histopatolojik olarak incelenmiş. Submukozal kollagen artışı, muskularis mukoza ve tunica muskularis hasarı grup 1 de hiç görülmemiş.

Submukozal kollagen artışı, muskularis mukoza ve tunica muskularis hasarı açısından grup 2, grup 1 ile karşılaştırıldığında ve grup 3 grup 1 ile karşılaştırıldığında belirgin fark görülmüş. ($p<0,0001$, $p<0,0001$, $p<0,0001$). Ayrıca grup 2 grup 3 ile karşılaştırıldığında üç parametre arasında belirgin fark vardı. ($p<0,003$, $p<0,05$, $p<0,001$) Nitrik oksit özefagus alkali yanıklarında submukozal kollagen sentezini, muskularis mukoza ve tunica muskularis hasarını azaltabildiği anlaşılmıştır (3).

Yaptığımız bu çalışmada; temizlik malzemelerinde çokça kullanılan NaOH in oral alımı sonrası oluşabilecek üst gastrointestinal sistemde muhtemel pankreas da hasara karşı A-C-E vitaminleri verilip tedavi edici özellikleri araştırılmıştır.

Bunun için 32 adet wistar albino rat kullanılmıştır. Sonuçta %5 lik NaOH in ratların pankreatit olduğu görülmüştür. (Bu %5 lik konsantrasyon temizlik malzemelerindeki maksimum konsantrasyona denk gelmektedir.) Kan parametrelerinde amilaz lipaz değerleri vitamin verilen grup ile, kontrol ve SF grubu arasında anlamlı farklılık çıkmasına rağmen parametreler normal düzeyler içerisinde olduğundan, histopatolojik hasar olmadığından dikkate alınmamıştır.

Referanslar

1.G. Ekingen, M. Özden. Effect of the prostacyclin derivate iloprost in experimental caustic esophageal burn Pediatric Surgery International Berlin volüm 21 number 6 june 441-444. 2005

2.Uğuralp S. Irsi C. Resveratrol attenuates inflammation and stricture formation in experimental caustic esophageal burns Pediatric Surgery International Springer Volume 24, Number 4, April 2008, pp. 425-430(6)

3. Yağmur Y, Öztürk H. The effects of nitric oxide on esophageal alkali burns The Turkish Journal of Gastroenterology 1999, Volume 10, No 3, Page(s) 185-189

Anahtar Kelimeler: Kostik madde içimi, anti oksidan, A,C,E vitaminleri

S-02

SPONTAN İNTRASEREBRAL HEMORAJİLERDE HEMORAJİ HACMİNİN MORTALİTE ÜZERİNE ETKİSİ

İsmail Erkan Aydın

Çankırı Devlet Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Çankırı

Giriş

Serebrovasküler hastalıklar, gelişmiş ülkelerde kalp hastalıkları ve kanserlerden sonra üçüncü önde gelen ölüm nedenidir (1). İntraserebral hemoraji (ICH), tüm inemelerin %10-15'ini oluşturur ve ciddi morbidite ve mortaliteyle ilişkilidir (2). ICH, 15-19/100.000/yıl insidansa sahiptir ve 30 günlük mortalitesi % 40-50'dir (3). Spontan ICH, acil doktorlarını, nörologları, beyin ve sinir cerrahisi doktorlarını ve yoğun bakım doktorlarını ilgilendiren yaygın acil durumlardan bir tanesidir. Spontan ICH, sıklıkla hipertansiyona veya nadiren serebral amiloid anjiyopatiye bağlı olarak ortaya çıkan serebral küçük damarların spontan rüptürüdür (4). Ayrıca ICH için bilinen risk faktörleri hipertansiyon, ileri yaş, erkek cinsiyet, aşırı alkol tüketimi, antikoagülan tedavi, sigara kullanımı ve diyabettir (3,5-7).

Hematom hacmi, ICH'da morbidite ve mortalite açısından önemli bir prediktif faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (8-11). Hematomun komşu dokular üzerine doğrudan kitle etkisi ile birlikte perihematomal ödem ve inflamatuvar reaksiyonlar, komşu dokularda daha fazla hasara neden olur (12). Sonuç olarak serebral hasar hematom hacmi ile orantılı olarak artar (13,14). En sık kullanılan skorlama aracı olan ICH skoru, hematom hacmini (≥ 30 mL) ve infratentorial hematom yerleşimini, 30 günlük mortalitenin bağımsız prediktif faktörleri olarak gösterir (10). Hematom hacminin hasar miktarını arttırmadaki rolünü ve diğer prognostik faktörlerle etkileşimini anlamak, prognozu öngörmeyi ve tedavi başarısında artışı sağlayabilir. Bu retrospektif olarak gerçekleştirilen çalışmanın amacı, spontan ICH yönetiminde hemoraji hacminin rolünü tanımlamak, hemoraji hacminin belirleyicilerini araştırmak ve bilinen diğer prognostik faktörlerle birlikte mortalite üzerine etkisini incelemektir.

Materyal ve Metot

Bu çalışma için, 01.01.2014 - 31.12.2019 tarihleri arasında Çankırı Devlet Hastanesi Acil Servisi'nde spontan ICH tanısı alan hastaların arşiv kayıtları retrospektif olarak incelendi. 18 yaşın altında olan, verilerinde eksiklik olan, intrakraniyal kitleye sekonder hemorajisi olan, travma etiyolojisi saptanan ve subaraknoid veya subdural kanaması olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışma için Ankara Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (13.02.2020 Karar No: E1-20-326) alındı.

Çalışma için hastalara ait yaş, cinsiyet, sistemik hastalık (diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), hiperlipidemi (HL), atriyal fibrilasyon (AF), kardiyovasküler hastalık (KVH), serabrovasküler hastalık (SVH), antiagregan (asetilsalisilik asit, klopidogrel) veya antikoagülan (warfarin, düşük molekül ağırlıklı heparin) ilaç kullanımı, başvuru anındaki sistolik kan basıncı (SKB) ve Glasgow Koma Skalası (GKS) düzeyi, INR düzeyi, bilgisayarlı tomografi (BT) ile saptanan hemoraji hacmi ve yerleşimi, ventrikül içi kanama durumu, ICH (İntraserebral Hemoraji) skoru, 30 günlük sağ kalım durumları verileri retrospektif olarak toplanmıştır. Hastaların yaş, cinsiyet, sistemik hastalıkları, GKS düzeyi, INR düzeyi, SKB düzeyi, hemoraji hacmi ve yerleşimi, ICH skoru ve antiagregan veya antikoagülan ilaç kullanımı parametrelerinin mortalite ile ilişkisi araştırıldı. Bununla birlikte hemoraji hacminin GKS ve INR ile ilişkisi araştırıldı.

Hastalar supratentorial veya infratentorial lokalizasyonlarına göre iki alt gruba ayrıldı. Supratentorial kanamalar; lobe ve talamus/bazal ganglionlar olarak ve infratentorial kanamalar; serebellum ve beyin sapı kanamaları olarak toplam 4 alt gruba ayrılmıştır. Hastaların BT'leri, Philips MX16 bilgisayarlı tomografi cihazı ile çekilmiştir. Kanama hacimleri tarafımızca, elipsoidal yöntem kullanılarak hesaplandı ($G \times U \times Y / 2$) = cm³ (mL) (G: Genişlik, U: Uzunluk, Y: Yükseklik- BT' deki kesit sayısına göre belirlenir) (15).

Çalışma için toplanan veriler, IBM SPSS for Windows 16.0 Package Programı ile analiz edildi. Öncelikle tanımlayıcı veriler (örnek sayısı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum/maksimum) analiz edildi. İntraserebral hemorajisi olan hastaların tanımlayıcı, demografik verileri ile birlikte hemoraji hacmi, mortalite oranı ve intraserebral hemoraji (ICH) skoru hesaplanarak analiz edildi. İki grup arasında 2x2, 3x2 gözlü tablolarda frekans analizleri Pearson Ki-Kare ve Fisher's Exact testleri ile gerçekleştirildi. Sürekli verilerin normallik analizi Shapiro-Wilk testi ile yapıldı. İki bağımsız grup arası sürekli verilerin ortalama ve ortancalarının karşılaştırılmasında, normal dağılan gruplar için Independent Samples-t testi, normal dağılmayanlar için Mann Whitney-U testi kullanıldı. Sürekli verilerin korelasyon analizi için normal dağılan parametreler arasında Pearson korelasyon analizi, normal dağılmayan parametreler arasında Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Mortalite öngördürücülerinin analizinde ise multiple lojistik regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için p değeri kullanıldı ve p<0,05 olan sonuçlar istatistiksel anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Dışlama kriterlerine göre toplam 17 hasta dışlandı. Çalışmaya gerekli kriterleri sağlayan 55 hasta dahil edildi. Hastaların 26'sı erkek (%47,27), 29'u kadın (%52,73) idi. Ortalama yaş 70±13 olarak saptandı. 30 günlük mortalite oranı %49,09 olarak saptandı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların 45'inde (%81,82) supratentorial, 10'unda (%18,18) infratentorial hemoraji saptandı. 18'si (%32,73) lobe, 27'si (%49,09) talamus/bazal ganglion, 4'ü (%7,27) serebellum, 6'sı (%10,91) beyin sapı hemorajisiydi. Hastaların 38'inde (%69,09) ventrikül içi kanama yoktu, 17'sinde ise (%30,91) ventrikül içi kanama saptandı (Tablo 1).

Ventrikül içi kanama olan hastalarda, mortalite anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p<0,001; Pearson Ki-Kare test). Cinsiyet, sistemik hastalıklar, antiagregan ve antikoagülan ilaç kullanımı açısından mortalitede anlamlı fark saptanmamıştır. Vaka sayıları az olduğu için yerleşim parametresine göre (4'lü grup) analiz yapılmamıştır (Tablo 1).

Supratentorial ve infratentorial olarak subgroup analizi yapıldığında supratentorial hemorajilerde mortalite olan grupta, hemoraji hacmi anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (p<0,001; Mann Whitney-U test). İnfratentorial hemorajilerde, mortalite ve hemoraji hacmi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,138; Mann Whitney-U test).

Mortalite olan grupta, yaş ortalaması anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0,049; Independent Samples-t test). Mortalite olan grupta, hemoraji hacmi ortancası anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0,009; Mann Whitney-U test). Mortalite olan grupta, GKS ortancası anlamlı derecede düşük saptanmıştır (p<0,001; Mann Whitney-U test). Mortalite olan grupta, ICH skoru ortancası anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p<0,001; Mann Whitney-U test). İki grup arasında SKB ve INR değerleri açısından fark saptanmamıştır (Tablo 2).

Tablo 1. Hastaların demografik-klinik özellikleri ve mortaliteyi etkileyen faktörler.

| Değişkenler | | 30 Günlük Mortalite | | | | p-değeri |
|----------------------|-------------------------|---------------------|--------|------|--------|----------|
| | | Yok | | Var | | |
| | | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | |
| Cinsiyet | Erkek | 15 | %57,69 | 11 | %42,31 | 0,341* |
| | Kadın | 13 | %44,83 | 16 | %55,17 | |
| DM | Yok | 22 | %51,17 | 21 | %48,83 | 0,943* |
| | Var | 6 | %50,00 | 6 | %50,00 | |
| HT | Yok | 7 | %46,67 | 8 | %53,33 | 0,700* |
| | Var | 21 | %52,50 | 19 | %47,50 | |
| AF | Yok | 23 | %53,49 | 20 | %46,51 | 0,469* |
| | Var | 5 | %41,67 | 7 | %58,33 | |
| KVH | Yok | 20 | %52,64 | 18 | %47,36 | 0,702* |
| | Var | 8 | %47,06 | 9 | %52,94 | |
| SVH | Yok | 24 | %50,00 | 24 | %50,00 | 1,000* |
| | Var | 4 | %57,14 | 3 | %42,86 | |
| HL | Yok | 23 | %48,94 | 24 | %51,06 | 0,705** |
| | Var | 5 | %62,50 | 3 | %37,50 | |
| Antiplatelet | Yok | 22 | %46,81 | 25 | %53,19 | 0,252** |
| | Var | 6 | %75,00 | 2 | %25,00 | |
| Antikoagülan | Yok | 25 | %55,56 | 20 | %44,44 | 0,177** |
| | Var | 3 | %30,00 | 7 | %70,00 | |
| Yerleşim yeri | Lober | 8 | %44,44 | 10 | %55,56 | 0,177** |
| | Bazal ganglion, talamus | 17 | %62,96 | 10 | %37,04 | |
| | Serebellum | 2 | %50,00 | 2 | %50,00 | |
| | Beyin sapı | 1 | %16,67 | 5 | %83,33 | |
| Yerleşim yeri grubu | Supratentorial | 25 | %55,56 | 20 | %44,44 | 0,177** |
| | İnfratentorial | 3 | %30,00 | 7 | %70,00 | |
| Ventrikül içi kanama | Yok | 26 | %68,42 | 12 | %31,58 | <0,001* |
| | Var | 2 | %11,76 | 15 | %88,24 | |

*Pearson Ki-Kare test

**Fisher' Exact test

DM: Diabetes mellitus, HT: Hipertansiyon, AF: Atriyal fibrilasyon, KVH: Kardiyovasküler hastalık, SVH: Serebrovasküler hastalık, HL: Hiperlipidemi

Tablo 2. Mortaliteyi etkileyen parametreler.

| Değişkenler | 30 Günlük Mortalite | | | | | | p-değeri |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------|-------------|----------------------|------------------|-------------|----------|
| | Yok | | | Var | | | |
| | Ortalama (%95 GA) | Median (IQR) | Min-Maks | Ortalama (%95 GA) | Median (IQR) | Min-Maks | |
| Yaş | 67±13 (61-72) | 69 | 45-89 | 73±11 (69-78) | 74 | 51-92 | 0,049* |
| SKB (mmHg) | 181±42 (165-197) | 180 | 100-280 | 185±35 (171-199) | 190 | 130-270 | 0,712* |
| Hemoraji hacmi (cm ³) | 27,96±60,40 | 12,20 (7,41) | 3,00-320,00 | 75,87±70,03 | 54,60 (86,50) | 4,50-325,62 | 0,009** |
| GKS | | 15 (1) | 6-15 | | 6 (6) | 3-15 | <0,001** |
| INR | 1,31±0,77 | 1,08 (0,16) | 0,84-4,04 | 2,10±2,39 | 1,08 (0,45) | 0,84-10,51 | 0,110** |
| ICH skoru | | 0 (1) | 0-3 | | 3 (2) | 1-5 | <0,001** |

*Independent Samples-t test
**Mann Whitney-U test

IQR: Çeyrekler açıklığı, GA: Güven aralığı, Min: Minimum, Maks: Maksimum GKS: Glasgow Koma Skalası, SKB: Sistolik kan basıncı, ICH: İntraserebral hemoraji

Tartışma

Bu çalışmada, spontan intraserebral hemorajide, hemoraji hacminin ve diğer risk faktörlerinin mortalite üzerine etkisini ve prediktif değerini retrospektif olarak incelemeyi amaçladık. Spontan ICH, yüksek düzeyde mortalite ve morbiditeyle ilişkili ciddi acil tıbbi durumlar içerisinde yer almaktadır (16). Bu çalışmada 30 günlük mortalite oranı %49,09 idi. ICH'de 30 günlük mortalite % 35 ila 52 arasında değişmekte olup, bu ölümlerin yarısı ilk 2 gün içinde gerçekleşmektedir (17–19). Delgado ve ark., Castellanos ve ark. da kendi çalışmalarında mortaliteyi sırasıyla % 20 ve % 28,30 olarak saptamışlardır (20,21).

Ariesen ve ark., Sturgeon ve ark., Efstathiou ve ark. ileri yaşın ICH için önemli bir risk faktörü olduğunu saptamışlardır (3,22,23). Yaşlanma sonucu damar esnekliğinde azalma, damar duvarını hipertansiyonun etkilerine karşı savunmasız hale getirir. Bu durum, serebral kanama riskinin ve kötü prognoz artışına sebep olabilir. Celikbilek ve ark. 65 yaş üstü hastalarda mortalitenin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (4). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda mortalite olan grupta, yaş ortalaması anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Erkek cinsiyet, literatürde spontan ICH için bir başka risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Ariesen ve ark. ile Celikbilek ve ark. bu durumu desteklerken, Sturgeon ve ark. ile Efstathiou ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda bir ilişki bulunmamıştır (3,4,22,23). Bizim çalışmamızda cinsiyet oranlarının mortalite söz konusu olan ve olmayan gruplar arasında homojen olduğu görülmüştür.

Spontan ICH etiyojisinde hipertansiyonun önemi, Sacco ve ark., Ariesen ve ark. ve Woo ve ark. tarafından vurgulanmıştır (3,5,19). Celikbilek ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise antiagregan ya da antikoagulan ilaç kullanımı ile mortalite arasında bir ilişki saptanmamıştır (4). Moussouttas ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada antiagregan ilaç kullanan ve kullanmayan hastalar arasında hematoma genişlemesi açısından anlamlı fark saptanmamıştır (24). Roquer ve ark. tarafından 194 hastada yapılan prospektif bir çalışmada, supratentorial ICH olan hastalarda, antiagregan ilaç kullanımı ile 30 günlük mortalite arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (25). Saloheimo ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, asetilsalisilik asit ya da varfarin kullanımının mortaliteyle ilişkili olduğu saptanmıştır (26). Bizim çalışmamızda, sistemik hastalıklar, antiagregan ve antikoagulan ilaç kullanımı açısından mortalitede anlamlı fark saptanmamıştır. Aynı zamanda çalışmamızda hastaların başvuru anında ölçülen sistolik kan basıncı ile mortalite arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Literatürde hemoraji hacmi önemli bir mortalite göstergesi olarak belirtilmiştir. Cheung ve Zou' nun çalışmasında, mortalite olan grupta hematoma hacminin mortalite olmayan gruba göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (6). Castellanos ve ark.'nın çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (20). Hemoraji hacmi, spontan ICH' de klinik sonucun en güçlü bağımsız prediktörü olarak belirlenmiştir ve bu nedenle, tüm ICH prognostik skorlamalarının kritik bir bileşenidir (8,10,11,27–29). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak, mortalite olan grupta, hemoraji hacmi ortancası anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Aynı zamanda çalışmamızda, supratentorial ve infratentorial olarak subgrup analizi yapıldığında supratentorial hemorajilerde mortalite olan grupta, hemoraji hacmi anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Fakat literatürden farklı olarak, çalışmamızda infratentorial hemorajilerde, mortalite ve hemoraji hacmi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda vaka sayıları az olduğu için yerleşim parametresine göre (4'lü grup) analiz yapılamamıştır.

Literatürde mortaliteyi öngörmede diğer önemli bir faktör, ventrikül içi kanama (ventriküle açılan kanama) olarak yer almaktadır. Cheung ve Zou, Hemphill ve ark., Delgado ve ark., Celikbilek ve ark. çalışmalarında ventrikül içine açılan kanamanın artmış mortalite ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (4,6,10,21). Literatüre benzer olarak bizim çalışmamızda, ventrikül içi kanama olan hastalarda mortalite anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda, hasta sayısının az olması, çalışmanın retrospektif olması, takip ve taburculuk verilerinin kısıtlı olması ve ileri görüntülemenin olmaması gibi kısıtlılıklar söz konusudur. Bu sebeple bizce, spontan intraserebral hemorajilerde mortaliteyi öngören faktörlerin araştırıldığı çok merkezli daha büyük prospektif kohort çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak, çalışmamızda spontan intraserebral supratentorial hemorajilerde hemoraji hacmi artmış mortalite ile ilişkili bulunmuştur.

Kaynaklar

1. Sacco RL. Risk factors, outcomes, and stroke subtypes for ischemic stroke. *Neurology*. 1997;49(5 suppl 4):S39–44.
2. Eljovich L, Patel P V., Hemphill JC. Intracerebral hemorrhage. *Seminars in Neurology*. 2008.
3. Ariesen MJ, Claus SP, Rinkel GJE, Algra A. Risk factors for intracerebral hemorrhage in the general population: A systematic review. *Stroke*. 2003;34(8):2060–5.
4. Celikbilek A, Goksel BK, Zararsiz G, Benli S. Spontaneous intra-cerebral hemorrhage: A retrospective study of risk factors and outcome in a Turkish population. *J Neurosci Rural Pract*. 2013;40(03):271–7.

5. Woo D, Sauerbeck LR, Kissela BM, Houry JC, Szaflarski JP, Gebel J, et al. Genetic and environmental risk factors for intracerebral hemorrhage: Preliminary results of a population-based study. *Stroke*. 2002;33(5):1190–6.
6. Cheung RTF, Zou LY. Use of the original, modified, or new intracerebral hemorrhage score to predict mortality and morbidity after intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2003;34(7):1717–22.
7. Schwarz S, Häfner K, Aschoff A, Schwab S. Incidence and prognostic significance of fever following intracerebral hemorrhage. *Neurology*. 2000;54(2):354–354.
8. Lopresti MA, Bruce SS, Camacho E, Kunchala S, Dubois BG, Bruce E, et al. Hematoma volume as the major determinant of outcomes after intracerebral hemorrhage. *J Neurol Sci*. 2014;345(1–2):3–7.
9. Tuhim S, Dambrosia JM, Price TR, Mohr JP, Wolf PA, Hier DB, et al. Intracerebral hemorrhage: External validation and extension of a model for prediction of 30 day survival. *Ann Neurol*. 1991;29(6):658–63.
10. Hemphill JC, Bonovich DC, Besmertis L, Manley GT, Johnston SC. The ICH score: A simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage. 2001;32:891–7.
11. Broderick JP, Brott TG, Duldner JE, Tomsick T, Huster G. Volume of intracerebral hemorrhage: A powerful and easy-to-use predictor of 30-day mortality. *Stroke*. 1993;24(7):987–93.
12. Keep RF, Hua Y, Xi G. Intracerebral haemorrhage: Mechanisms of injury and therapeutic targets. *Lancet Neurol*. 2012;11(8):720–31.
13. Samarasekera N, Fonville A, Lerpiniere C, Farrall AJ, Wardlaw JM, White PM, et al. Influence of intracerebral hemorrhage location on incidence, characteristics, and outcome: Population-based study. *Stroke*. 2015;46(2):361–8.
14. Lee JY, King C, Stradling D, Warren M, Nguyen D, Lee J, et al. Influence of hematoma location on acute mortality after intracerebral hemorrhage. *J Neuroimaging*. 2014;24(2):131–6.
15. Kothari RU, Brott T, Broderick JP, Barsan WG, Sauerbeck LR, Zuccarello M, et al. The ABCs of measuring intracerebral hemorrhage volumes. *Stroke*. 1996;27(8):1304–5.
16. Bhatia R, Singh H, Singh S, Padma M, Prasad K, Tripathi M, et al. A prospective study of in-hospital mortality and discharge outcome in spontaneous intracerebral hemorrhage. *Neurol India*. 2013;61(3):244–8.
17. Flaherty ML, Haverbusch M, Sekar P, Kissela B, Kleindorfer D, Moomaw CJ, et al. Long-term mortality after intracerebral hemorrhage. *Neurology*. 2006;66(8):1182–6.
18. Zia E, Engström G, Svensson PJ, Norrving B, Pessah-Rasmussen H. Three-year survival and stroke recurrence rates in patients with primary intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2009;40(11):3567–73.
19. Sacco S, Marini C, Toni D, Olivieri L, Carolei A. Incidence and 10-year survival of intracerebral hemorrhage in a population-based registry. *Stroke*. 2009;40(2):394–9.
20. Castellanos M, Leira R, Tejada J, Gil-Peralta A, Dávalos A, Castilla J. Predictors of good outcome in medium to large spontaneous supratentorial intracerebral haemorrhages. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005;76:691–5.
21. Delgado P, Álvarez-Sabín J, Abilleira S, Santamarina E, Purroy F, Arenillas JF, et al. Plasma D-dimer predicts poor outcome after acute intracerebral hemorrhage. *Neurology*. 2006;67(1):94–8.

22. Sturgeon JD, Folsom AR, Longstreth WT, Shahar E, Rosamond WD, Cushman M. Risk factors for intracerebral hemorrhage in a pooled prospective study. *Stroke*. 2007;38(10):2718–25.
23. Efstathiou SP, Tsioulos DI, Zacharos ID, Tsiakou AG, Mitromaras AG, Mastorantonakis SE, et al. A new classification tool for clinical differentiation between haemorrhagic and ischaemic stroke. *J Intern Med*. 2002;252(2):121–9.
24. Moussouttas M, Malhotra R, Fernandez L, Maltenfort M, Holowecki M, Delgado J, et al. Role of antiplatelet agents in hematoma expansion during the acute period of intracerebral hemorrhage. *Neurocrit Care*. 2010;12(1):24–9.
25. Roquer J, Rodríguez Campello A, Gomis M, Ois A, Puente V, Munteis E. Previous antiplatelet therapy is an independent predictor of 30-day mortality after spontaneous supratentorial intracerebral hemorrhage. *J Neurol*. 2005;252(4):412–6.
26. Saloheimo P, Ahonen M, Juvela S, Pyhtinen J, Savolainen ER, Hillbom M. Regular aspirin-use preceding the onset of primary intracerebral hemorrhage is an independent predictor for death. *Stroke*. 2006;37(1):129–33.
27. Ironside N, Chen CJ, Dreyer V, Christophe B, Buell TJ, Connolly ES. Location-specific differences in hematoma volume predict outcomes in patients with spontaneous intracerebral hemorrhage. *Int J Stroke*. 2019;1–13.
28. Schneider H, Huynh TJ, Demchuk AM, Dowlatshahi D, Rodriguez-Luna D, Silva Y, et al. Combining spot sign and intracerebral hemorrhage score to estimate functional outcome: Analysis from the PREDICT cohort. *Stroke*. 2018;49:1511–4.
29. Clarke JL, Johnston SC, Farrant M, Bernstein R, Tong D, Hemphill JC. External validation of the ICH score. *Neurocrit Care*. 2004;1:53–60.

S-03

VENA CAVA İNFERİOR ÇAPI VOLÜM DURUMUNU NE KADAR DOĞRU GÖSTERİYOR?

Nalan Gökçe Çelebi Ymanoğlu¹, Adnan Ymanoğlu², İsmet Parlak³, Pelin Pınar¹, Burak Erkurun⁴, Gizem Aydınok Akçay², Fatih Torlak⁵

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

³Aksaray Üniversitesi Acil Tıp Kliniği, Konya

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van

⁵Eskişehir Odunpazarı İlçe Sağlık Müdürlüğü, Eskişehir

Giriş ve Amaç

İntravasküler volüm durumunun değerlendirilmesi, kritik hasta bakımının en önemli komponentlerindedir. Inferior Vena Cava (IVC) çapı volüm durumu takibinde son zamanlardaki en yaygın önerilen tetkiklerdendir. Bu çalışmanın amacı volüm durumunu tahmin etmede ve takibinde IVC ultrasonunun değerliliğini araştırmaktır. İkinci amacımız ise VCI ölçümünde en uygun sonografik yöntemi belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya hastalar iki grupta kabul edildi. İlk gruba sistemik inflamatuvar yanıt sendromu kriterlerinden en az ikisini karşılayan ve doktorları tarafından en az 20 ml/kg intravenöz (IV) sıvı tedavisi önerilen dehidratasyon öngörülen hastalardan oluşuyordu. İkinci grup ise volüm yüklenme bulguları ile başvuran hipervolemik hastalardan oluşuyordu. IVC inspiyum ve ekspiyum çapları her iki grupta; M-Mod ve B-Mod kullanılarak ölçüldü. Hidrasyon grubunda her 500cc izotonik tedavisi sonunda, diürez grubunda ise her 500cc idrar çıkışından sonra 4 'er kez seri IVC ölçümleri yapıldı. Seri ölçümler arsında farklar Friedman testiyle karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmada hidrasyon grubuna 28 hasta, diürez grubuna 14 hasta alındı. IVC çapı hidrasyon grubundaki her 500cc sıvı replasmanından sonra hem B-mod hem de M-modda ölçülen inspiyum ve ekspiyum çaplarında ve kaval indeks (KI) değerlerinde anlamlı değişim saptandı (Altı parametre için de; $p < 0.05$). Diürez grubunda ise her 500cc idrar çıkışı sonrası B-mod KI anlamlı değişmezken ($p > 0,05$), diğer beş parametrede anlamlı değişim saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç

IVC'nın sıvı cevabını hidrasyon ve diürez gruplarında toplam 12 yöntemle değerlendirildi, bu yöntemlerin 11' inde anlamlı sıvı değişimi yanıtı görüldü. IVC çapının seri ölçümlerle takip edilmesi, hipovolemik ve hipervolemik hastalar için uygun bir yaklaşım olabilir. M-Mod'da ölçülen minimum IVC çapı en hassas yöntem olabilir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, Vena kava inferior çapı, volüm durumu, ultrasonografi

S-04

HASTANE DIŞI KARDİYOPULMONER ARREST VAKALARININ ZAMANLAMASI

Hasan İdil, Murathan Aldemir

SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir

Giriş

Hastane dışında meydana gelen kardiyopulmoner (KP) arrest vakaları hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ve acil servisler açısından önemlidir. KP arret vakaları mortalite ve morbiditesi oldukça yüksek olan hasta grubudur (1). Bu yüzden, bu hastalara zamanında ve uygun şekilde tıbbi destek sağlanması gerekmektedir. Bu amaçla, özellikle hastane öncesi sağlık ekiplerinin her koőulda yeterli sayı ve donanımda olması gerekmektedir.

Hastane dışı KP arrest vakalarının uygun şekilde yönetilebilmesi için hastane öncesi sağlık hizmetleri ve acil servis hizmetleri buldukları bölgenin nüfus yoğunluğu, arazi şartları ve mevsimsel değişkenlikler gibi faktörler de göz önünde bulundurularak uygun şekilde planlanmalıdır (2). Hastane dışı KP arrest vakalarının yođunlaőtığı dönemlerde saha ekiplerinin arttırılması gibi ek önlemler alınması faydalı olabilir.

Hastane dışı KP arrest vakalarının zamanlaması acil sağlık hizmetlerinin planlanması açısından önemlidir. Bu çalışmada, bu vakaların yılın aylarına ve günün saatlerine göre dağılımının incelenmesi amaçlandı.

Yöntem

Kentsel bir eğitim hastanesinin acil servisinde 1 Ocak – 31 Aralık 2019 arasında değerlendirilen tüm hastane dışı KP arrest vakalarına ait veriler hastane elektronik kayıt sistemi üzerinden geriye dönük olarak tarandı. Her bir vakaya ait demografik veriler (yaş, cinsiyet, kronik hastalıklar), olay tarihi, olay saati (Bir günlük süre saat 00:00'dan başlanarak dörder saatlik altı eőt dilime ayrılmıştır.) ve son tanılar (KP arrest sebepleri ve kolaylaőtırıcı faktörler) olgu rapor formlerına kaydedildi.

İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin analizinde IBM® SPSS 22.0 yazılım paketi kullanıldı. Kategorik değerşkenler gözlem sayısı ve yüzde olarak belirtildi. Kantitatif veriler ortanca, ve interquartile range (IQR) değerleri ile verildi. Kalitatif verilerin analizinde chi-square testi kullanıldı. Analizler %95 güven aralığında yapılarak, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

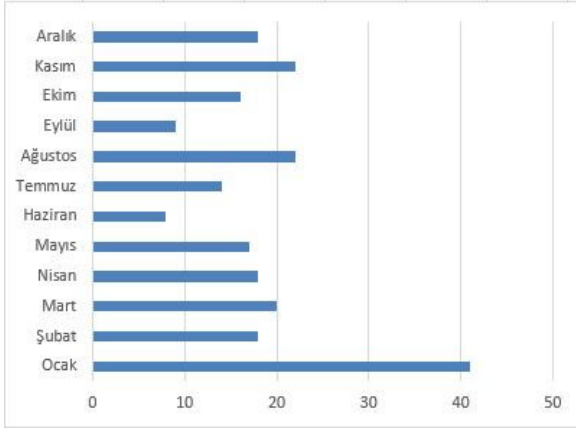
Bir yıl içerisinde acil serviste değerlendirilen toplam 223 hastane dışı KP arrest vakasının 132'si (%59) erkek idi. Hastaların 197'si (%88) yetiőklin (>18 yaş) yaş grubundaydı. Çocukluk yaőlarındaki 26 hastanın 24'ü (%92) birinci yaşı içerisindeydi.

Vakaların %44'ünde belirgin bir etyolojik faktör saptanmadığı görüldü. Arrest sebebi olarak belirtilen en sık tanılar sırasıyla akut myokard enfarktüsü, pnömoni, serebrovasküler olay, KOAH, kalp yetmezliği ve akut böbrek yetmezliği iken en sık kolaylaőtırıcı faktör ileri evre maligniteler idi. Bir yaş üstü toplam iki ocuk arrest vakasından biri karbonmonoksit intoksikasyonu diğer i se araç dışı trafik kazası sebebiyle idi.

Hastane dışı KP arrest vakalarının yılın aylarına göre dağılımı incelendiğinde, ocak ayındaki vaka sayısı ile diğer aylardaki ortalama vaka sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < ,001$ OR: 2,9 %95 CI: 1,6-5,4). Vakaların günün önceden belirlenen zaman aralıklarına göre dağılımında, saat 16:00-20:00 dilimindeki vaka sayısı ile diğer zaman

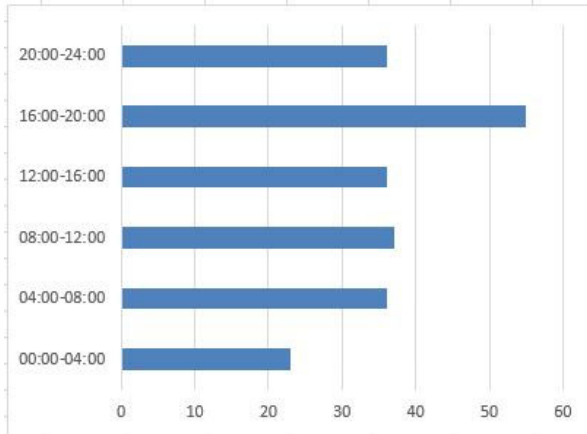
dilimlerdeki ortalama vaka sayısı arasında anlamlı fark saptandı ($p<,001$ OR: 1,9 %95 CI: 1,2-3,1). Hastane dışı KP arrest vakalarının yılın aylarına ve günün saatlerine göre dağılımı sırasıyla Grafik 1 ve Grafik 2’de gösterilmiştir.

Grafik 1



Hastane dışı kardiyopulmoner arrest vakalarının yılın aylarına göre dağılımı

Grafik 2



Hastane dışı kardiyopulmoner arrest vakalarının günün saatlerine göre dağılımı

Tartışma ve Sonuç

Hastane dışı KP arrest vakalarının yönetimi hayati öneme sahiptir. Bu vakalardaki mortalite ve morbidite oranlarını düşürmenin yollarını araştıran birçok klinik çalışma yapılmıştır (3-5). Hastane öncesi sağlık hizmetlerinin ve acil servis hizmetlerinin KP arrest vakalarının yoğun olarak görüldüğü aylara ve saat dilimlerine göre planlanması bu konuda faydalı olabilir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, hastane dışı KP arrest vakalarının yılın aylarına göre dağılımında eylül ve haziran aylarında en az sayıda vaka görülürken ocak ayında vaka sayısında belirgin bir artış olduğu görülmüştür. Vaka sayısındaki bu artışın temel sebepleri kış mevsiminde hava şartlarının etkisiyle artan alt solunum yolu enfeksiyonları ve akut koroner sendrom vakaları ile kronik hastalıklarda meydana gelen dekompanzasyon mekanizmaları olarak bildirilmiştir (6,7). Ayrıca, hastane dışı KP arrest vakalarının saat 04:00-08:00 arasında en düşük ve saat 16:00-20:00 arasında en yüksek oranda görüldüğü tespit edilmiştir. Hastane dışı KP arrest vakalarının gün içinde bu şekilde dağılım göstermesinin sebeplerini araştırmak için ek çalışmalar planlanabilir.

Hastane dışı KP arrest vakalarının zamanlaması özellikle hastane öncesi sağlık hizmetlerinin planlanmasında göz önünde bulundurulmalıdır. Vaka sayısının artış gösterdiği dönemlerde

hastane öncesi sağlık ekiplerinin tüm vakalara zamanında ve uygun şekilde acil sağlık hizmeti ulaştırması için gerekli önlemler alınmalıdır. Alandaki personel sayısının artırılması ve sağlık çalışanlarının yıllık izin planlamalarının zorunlu haller dışında bu dönemlere göre planlanması gibi ek önlemler alınması hasta bakım kalitesini arttırabilir.

Çalışmanın kısıtlılıkları: Çalışmanın öne çıkan kısıtlılıkları tek merkezli olması ve sadece bir yıllık süre içerisinde acil serviste değerlendirilmiş olan hastane dışı KP arrest vakalarının incelenmiş olmasıdır. Bu vakalar, çoğu zaman yeniden spontan dolaşimleri sağlanamadığından dolayı ileri inceleme yapılamadan sonlandırılmaktadır. Bu sebeple, ele alınan vakalarda altta yatan etyolojik faktörlerin genellikle netleştirilememiş olması çalışmanın diğer önemli bir kısıtlılığıdır.

Sonuç: Çalışmanın sonuçlarına göre, hastane dışı KP arrest vakaları yıl içerisinde ocak ayında ve gün içerisinde 16:00 - 20:00 saatleri arasında belirgin olarak artış göstermiştir. Hastane öncesi sağlık hizmetleri ve acil servis planlamalarında bu sonuçların göz önünde bulundurulması faydalı olabilir.

Kaynaklar

1. Drennan IR, Case E, Verbeek PR, et al. A comparison of the universal TOR Guideline to the absence of prehospital ROSC and duration of resuscitation in predicting futility from out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation. 2017(Feb);111:96-102.
2. Eksi A, Celikli, S & Catak I. Effects of the institutional structure and legislative framework on ambulance accidents in developing emergency medical services systems. Turk J Emerg Med. 2015;15(3),126-130.
3. Wei Y, Pek PP, Doble B, et al. Strategies to improve survival outcomes of out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) given a fixed budget: A simulation study. Resuscitation. 2020(Feb);149:39-46.
4. Ong ME, Cho J, Ma MH, et al. Comparison of emergency medical services systems in the pan-Asian resuscitation outcomes study countries: Report from a literature review and survey. Emerg Med Australas. 2013;25(1):55-63.
5. Aslan Ş & Güzel AGŞ. Pre-hospital emergency health services in Turkey. Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR). 2018;5(31):4995-5002.
6. Shibuya J, Kobayashi N, Asai K, et al. Comparison of Coronary Culprit Lesion Morphology Determined by Optical Coherence Tomography and Relation to Outcomes in Patients Diagnosed with Acute Coronary Syndrome During Winter -vs- Other Seasons. Am J Cardiol. 2019(Jul);124(1):31-38.
7. Williams NP, Coombs NA, Johnson MJ, et al. Seasonality, risk factors and burden of community-acquired pneumonia in COPD patients: a population database study using linked health care records. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017(Jan);12:313-322.

S-05

TÜRKİYE ACİL SERVİS AĞRI ÇALIŞMASI

Murat Çetin¹, Bora Kaya², Turgay Yılmaz Kılıç³, Nazife Didem Hanoğlu⁴, Şervan Gökhan⁵, Serkan Emre Eroğlu⁶, Sakine Neval Akar⁷, Özgen Gönenç Çekiç⁸, Emre Üstsoy⁹, Orhan Çınar¹⁰, Serkan Yılmaz¹¹

¹Tekirdağ Devlet Hastanesi Acil Servisi, Tekirdağ

²Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi, Kocaeli

³Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi, İzmir

⁴Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Antalya

⁵Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara

⁶Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi, İstanbul

⁷Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi, İstanbul

⁸Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

⁹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir

¹⁰Acibadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara

¹¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kocaeli

Giriş

Ağrı, Acil Servis (AS) başvurularının en temel nedenidir ve tüm başvuru şikayetlerinin %75-80'ini kapsamaktadır. Ağrı ile ilgili bu önemli acil servis deneyimine rağmen, oligoanaljezi AS'lerde ciddi bir problem olmaya devam etmektedir.

Oligoanaljezi sorununun çözümüne karşı görünüşte anlaşılabilir olan direnç, köklerinin sağlık bakım kültürümüzün derinlerinde yer aldığını ve muhtemelen genel olarak sağlık çalışanlarının da toplumun temel yaklaşımlarını yansıttığını göstermektedir. Bu çalışmada acil tıpta genel olarak ağrı yönetimi ve özelde oligoanaljezinin prevalansını ve köklerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçlar ile, sorunu çözmek için düzenleyici çabalar ve bunların toplum içindeki tutumlar üzerindeki etkileri tartışılacaktır.

Metod

Bu çalışma Türkiye Acil Tıp Derneği Kurumsal çatısı altında, Derince Eğitim Araştırma Hastanesi, Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, Bilkent Şehir Hastanesi, Ege Üniversitesi, Te-pecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Akdeniz Üniversitesi, Dicle Üniversitesi, Trabzon Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi acil servislerinde, Kocaeli Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırma-lar Etik Kurul'undan alınan etik kurul izin doğrultusunda yapılmıştır.

Çalışma tasarımı: Araştırma, acil servise başvuran hastaların ağrı deneyimlerini ve acil tıp kliniklerinde görev yapan acil tıp uzman ve asistanlarının ağrı yönetim pratiklerini değerlendirmek, ağrı yönetimi ile ilgili problemleri ortaya koymak ve bu konuda yapılacak iyileştirme çalışmalarına basamak oluşturmak amacıyla kesitsel, tanımlayıcı bir anket çalışması olarak tasarlandı. Oluşturulan anketlerin geçerlilik analizi Face Validite Yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Elde edilen verilerin, ilgili eğitimlerin tamamlanmasını takip eden 1 ay içerisinde mobil uygulama kullanarak Türkiye Acil Tıp Derneği'ne ait sunucuda bulunan REDCap (Araştırma Elektronik Veri Toplama) yazılımına kaydedilmesi sağlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilecek örneklem büyüklüğü "Raosoft-sample size calculator" (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>) kullanılarak hesaplandı.

Acil servise başvuran herhangi bir nedenden dolayı birincil olarak ağrı şikâyeti ile başvuran yetişkin hastalar dahil edildi. Triaj kategorisi 1, acil serviste hastayı değerlendiren doktoru tarafından araştırmaya katılmayacak kadar solunumsal veya hemodinamik anstabil kabul edilen hastalar, Abreviated Injury Severity index (AIS) 20'nin üzerindeki şiddetli travma hastaları araştırma dışında bırakıldı. Ancak, diğer tüm küçük travmalar dahil edildi.

Bulgular

01.09.2019 – 15.10.2019 tarihleri arasında, acil servise ağrı şikâyeti ile başvuran toplam 740 hastanın verileri Türkiye'de 6 bölgede 10 farklı eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 10 Acil Tıp Asistanı tarafından bireysel anketleri elektronik ortamda doldurularak elde edildi. Araştırmacı olarak yer alan Acil Tıp Asistanları 3. ve 4. sene uzmanlık öğrencilerinde oluşmaktaydı.

Araştırmaya dahil edilen hastaların %50,7'i (n=375) kadın %49,3'i erkekti (n=365). Araştırmamızda acil servise ağrı şikâyeti ile başvuran hastalarımızın yaklaşık yarısının düşük eğitim düzeyine sahip olduğu, 57 hastanın eğitiminin olmadığı (8.2%), ve 292 hastanın ilköğretim mezunu olduğu (42.1%), Üniversite (146, 21.0%) ve Yüksek Lisans (12, 1.7%) eğitimine sahip hastaların bu popülasyonda ancak üçte birlik bir grubu oluşturduğu gözlemlendi

Araştırmaya katılan hastaların en başta gelen başvuru şikâyetleri baş ağrısıydı (184, 24.9%). Bunu bel ağrısının (140, %18.9) izlediği gözlemlendi. Katılımcıların ancak yarısına yakını akut gelişen ağrı şikâyetleri nedeniyle acil servise başvurmuşlardı. Son 1 saat içerisinde akut gelişen ağrı şikâyeti olan hastaların oranı %7.6 (n=57), 1 saat-1 gün arasında gelişen ağrı nedeniyle acil servise başvuran hastaların oranı %42.0 (n=311) olarak gözlemlendi. 1 gün-1 hafta arasında devam eden ağrı şikâyetleri nedeniyle acil servise başvuran hastaların oranı %33.5 (n=248), 1 hafta-1 ay arasında devam eden ve akut dönemi geçmiş olduğu halde ağrı şikâyetleri nedeniyle acil servise başvuran hastaların oranı %9.0 (n=67), 1 aydan uzun şikâyeti olan hasta oranı %5.4 (n=40) ve 1 yıldan uzun şikâyetleri olan hasta oranı ise %2.6 (n=19) olarak tespit edildi. Araştırmaya katılan hastaların triajda NRS skoru ile ölçülen sahip oldukları ağrı şiddeti ortalaması 6.9 dur (%95 GA: 6.7-7.0). NRS 6 ve üzeri olan orta ve şiddetli ağrı skoruna sahip hastalar tüm hastaların %63'ünü oluşturuyordu. Ağrısı hafif olarak nitelenen NRS< 5 hasta oranının %37 olduğu izlendi. Araştırmaya katılan hastaların acil serviste değerlendirilen ilk NRS skoru ile ölçülen sahip oldukları ağrı şiddeti ortalaması 6.7 dur (%95 GA: 6.5-6.9). Triajdaki değerlendirmeye benzer şekilde NRS 6 ve üzeri olan orta ve şiddetli ağrı skoruna sahip hastalar tüm hastaların %71.2'ünü oluşturuyordu. Ağrısı hafif olarak nitelenen NRS< 5 hasta oranının %26.7 olduğu izlendi

Hastalarımızın büyük bir kısmı acil servise başvurmadan önce ağrı şikayetlerini giderebilmek adına ağrı kesici kullandıklarını ifade ettiler (%62.3, n=454). Herhangi bir tedavi almayan hasta oranı %27.4 (n=200) iken bunun dışındaki ağrı giderme yöntemlerinin çok az tercih edildiği göz-lendi.

Hastalar acil servise başvurmadan önce kullandıkları analjezik ile ilgili tercihleri sorulduğunda en önde tercih edilen analjezik grubunun Nonsteroid antienflamatuar ajanlar olduğu (%36, n=262), bunu %21.7 (n=158) ile parasetamol kullanımının izlediği görüldü.

Acil serviste hastaların ağrılarının kontrolleri amacıyla hekimler tarafından önerilen analjezikler incelendiğinde ilk tercih edilen ilaç grubunun nonsteroid antienflamatuar ilaçlar olduğu iz-lendi. Nonsteroid antienflamatuar ajanlar %69.7 (n=505) oranında order edilirken ikinci sırada Parasetamol içeren analjeziklerin order edildiği göz-lendi %10.8 (n=78). Bunu Narkotik Analje-zikler izliyordu %5 (n=37)

Hastaya uygulanacak analjezik için uygulama yolu olarak en sık IM uygulama tercih edilmişti. Hastaların %54.8'ine (n=396) IM analjezik kullanılmıştı. İntravenöz analjezi hastaların %38'ine (n=274), Oral analjezik ise %3.7 (n=27) hastaya tercih edilmişti.

Kapı Ağrı kesici süresi hastaların yarısında 10-30 dakika olarak rapor edildi (%50.8, n=366). Analjezik uygulama süresi 27 dk (IQR: 14-40). Hastaların %20.7'sinde (n=149) bu süre 10 dakika-nın altında, %21.4'ünde (n=154) 30-60 dk arasındaydı. Hastaların %92.9'unda ilk bir saat içeri-sinde analjezik uygulandığı tespit edildi.

Hastaların acil serviste kalış süresi ortalaması 83.7 dk (GA: 77.9-89.6). Bölgeler arasında acilde kalış süresi istatistiksel olarak farklılık gösteriyordu. Akdeniz ve Ege Bölgeleri 105.2 (GA: 81.4-129), 106 (GA: 89.4-122.5) dk ile en uzun süreye sahip iken en kısa süre Güney Doğu Anadolu 63 (GA: 34.7-55.2) dk ve 67 (GA:72.8 -107.8) dk ile Karadeniz Bölgesinde rapor edildi.

Sonuç

Bu çalışma, akut ağrı yaşayan hasta popülasyonunda hastaların ve hekimlerin ağrı ile ilgili davranışlarını ele almıştır. Oligoanaljezi oranının, hekim önerisiz ilaç kullanımının düşük olması, araştırmada elde edilen olumlu sonuçlar olarak yorumlanırken, acil servisin düşük eğitim düzeyine sahip hastalarca daha fazla kullanımı, görece yüksek şiddetli olmayan NRS skorlarıyla acil servise başvuru, IM ilaç kullanımının yüksek oranda oluşu, uzun acil servis kalış süreleri, ağrı yönetimi konusunda kalite artırma çalışmalarımızın odağını oluştur

POSTER BİLDİRİLER



İÇİNDEKİLER SAYFASINA GERİ DÖNMEK İÇİN TIKLAYINIZ

Kelimeler ile arama yapabilmek için herhangi bir sayfa içerisinde "**CTRL+F** (Windows) - **CMD+F** (MAC)" kısayollarını kullanarak aramak istediğiniz kelimeyi yazmanız yeterli olacaktır.

P-01

KARDİYAK SEMPTUMLU HİPERKALEMİ OLGUSUNDA YÖNETİM

Ökkeş Zortuk, Gizem Gönüllü, Cemile Bozkaya, Gökür Öztürk, Fatih Selvi
SUAM Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

Giriş

Hiperkalemi serum potasyum seviyesinin 5 mEq/L'nin üzerine çıktığı durumlarda görülen bir elektrolit bozukluğudur. Hafif yükselişler asemptomatik olsa da yüksek seviyelere çıkması durumunda yaşam ile bağdaşmayacak sonuçlar ortaya çıkartabilir. Genellikle 6.5-7 mEq/L sınırını geçtiği dönemde klinik bulgular ortaya çıkartabilir. Potasyumdaki yükselmenin temel nedeni fazla alım, hücrelerdeki parçalanma durumu ve renal atılımın azalması olabilir [1, 2].

Akut veya kronik böbrek hastalıkları potasyum imbalansına neden olabilir. Aktif emilim ve atılım ile potasyum dengesi böbrek tübüllerinden sağlanmaktadır. Kortikal toplama kanallarındaki aktif atılım ile denge sağlanır [3].

Hiperkalemiye bağlı kardiyak değişiklikler EKG'ye çeşitli şekillerde yansiyabilir. "Sivri T dalgası", QRS segmentinde uzama, ST segmentinde çökme gibi durumlar gözlenebilir [4]. Bunun yanı sıra çeşitli olgularda herhangi bir EKG değişikliği olmadan ciddi hiperkalemi oluşabileceği de görülmüştür [5].

Hastanın tedavi yönetimi, olgunun kendi özelliklerine göre belirlenebilir. Ekzojen bir potasyum alımı söz konusu ise hemen sonlandırılmalıdır. EKG değişikliği durumunda kardiyak stabilizasyon açısından kalsiyum glukonate uygulanmalıdır.

Kalsiyum klorür, kalsiyum glukonattan üç kat daha fazla elemental kalsiyum içerir, ancak periferik damarları daha tahriş eder ve ekstremitasyon ile doku nekrozuna neden olma olasılığı daha yüksektir, bu nedenle genellikle sadece merkezi venöz çizgiler veya periferik olarak kalp durmasında verilir.

Hasta hiperglisemik değil ise insülin ve glukoz, hiperglisemik ise sadece insülin uygulanmalıdır [6]. Bunun yanı sıra beta-2 reseptörlerinin aktiflendiği adrenerejik durumlarda potasyum hücre içine geçer, bu durumu aktiflemek için bronkodilatör ajanlar kullanılabilir [7]. Asidoz durumunda sodyum bikarbonat infüzyonu kullanılabilir ancak puşe yapılması durumunda efektif sonuç alınmayabilir [6].

Şiddetli hiperkalemiye nihai tedavi yöntemi hemodiyalizdir. Renal replasman tedavisi yönetimi ile 4 saatlik bir seans içinde potasyum atılımı sağlanabilir. Sürekli venöz hemodiyaliz ile uzun dönemli bir potasyum dengesine ulaşılabilir. Ancak tedavi türünün seçimi imkanlar genelinde değerlendirilmelidir [6].

Olgu

63 yaşında kadın hasta, başvuru günü başlayan bulantı, kusma, epigastrik ağrı ve sonrasında oluşan senkop durumuyla acil servise başvurmuştur. Bilinen hipertansiyon, romatoid artrit hastalıkları mevcuttur. Başvuru sırasında genel durumu kötü, bilinç kapalı, non-koopere, glaskow koma skoru 13 olan hastanın genel beden muayenesinde solunum sesleri kaba, iki hemitoraks hemitoraksa eşit katılıyordu. Kardiyak ritminde atrial fibrilasyon görüldü. Batın rahat, rektal ruşe normal gaita bulaşı, tibial ödemler bilateral 1 pozitif olarak izlendi. Nörolojik muayenesinde ışık refleksi yok, babinski bilateral lakayt olarak gözlemlendi.

Vital bulguları; saturasyon %93, tansiyon 50/32 mmHg, nabız 40/dakika olarak izlendi.

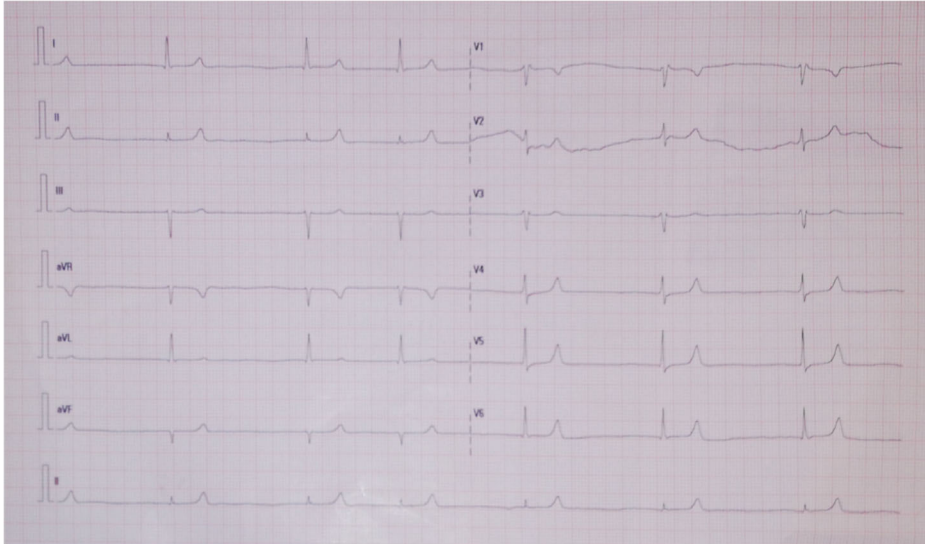
Alınan venöz kan gazında pH: 7,1, bikarbonat: 3,11 mmol/L, parsiyel CO₂: 35 mm Hg, laktat: 5 mmol/L olarak gözlemlendi.

Tam kan sayımında 16.000/mm³ lökosit, 8,8 gr/dL Hb, 132.000/mm³ trombosit olarak görüldü. Biyokimyasal testlerinde glukoz: 255 mg/dL, kreatinin: 2,0 mg/dL, BUN: 36 mg/dL, sodyum: 134 mmol/L, potasyum: 8,0 mmol/L, CRP: 15,7 mg/dL, troponin I: 19 ug/L olarak gözlemlenmiştir.

Hastanın beyin bilgisayarlı tomografisi çekilmiştir. İnceleme IV kontrastsız olarak yapılmıştır. Dördüncü ventrikül orta hatta ve normal genişliktedir. Serebellum, pons ve mezensefalonda dansiteleri BT çözünürlüğü dahilinde doğaldır. Bazal ganglionlar ve talamuslar normaldir. Serebral parankim normal olarak değerlendirilmiştir. Kanama veya infarkt alanı izlenmemiştir. Serebral sulkus derinlikleri ve ventriküler sistem genişliği yaş ile uyumludur. Orta hat yapılarında shift izlenmemiştir. Kranial kemik yapıları doğaldır.

Toraks tomografisinde IV kontrast madde kullanılmadığından kalp, mediastinal vasküler yapılar ve lenf nodları açısından değerlendirme suboptimaldir. Değerlendirilebildiği kadarıyla; toraks simetriktir. Kardiyotorasik indeks artmıştır. Asendan aorta çapı yaklaşık 4 cm ölçülmüş olup, artmıştır. Mediastinal-hiler patolojik boyutta lenf nodu izlenmedi. Bilateral pnömotoraks / hemotoraks saptanmadı. Bilateral akciğer alt loblarda yer yer buzlu cam dansitesi sahaları ve lineer atelektazi alanları izlenmektedir. Bronş duvarlarında minimal kalınlık artışı izlenmiştir. Bilateral minimal plevral effüzyon izlenmektedir. Bilateral akciğer apekslerde sekel değişiklikler izlenmektedir. Her iki akciğer parankiminde belirgin infiltratif ve mass lezyon saptanmadı. Perikardial effüzyon izlenmedi. Kemik yapılarında ve vertebralarda yaygın osteodejeneratif değişiklikler izlenmektedir. Hastada meydana gelen bradikardinin nedeni açısından Kardiyoloji birimine konsülte edildi. Yapılan EKO'sunda EF: %60, mitral yetmezlik, triküspit yetmezliği, sağ kalp boşlukları normal, efüzyon gözlenmedi. Kardiyoloji birimi kardiyak bir neden düşünmedi, diğer nedenlerin dışlanması önerisinde bulundu.

Şekil 1: Hastanın başvuru sırasındaki EKG'si



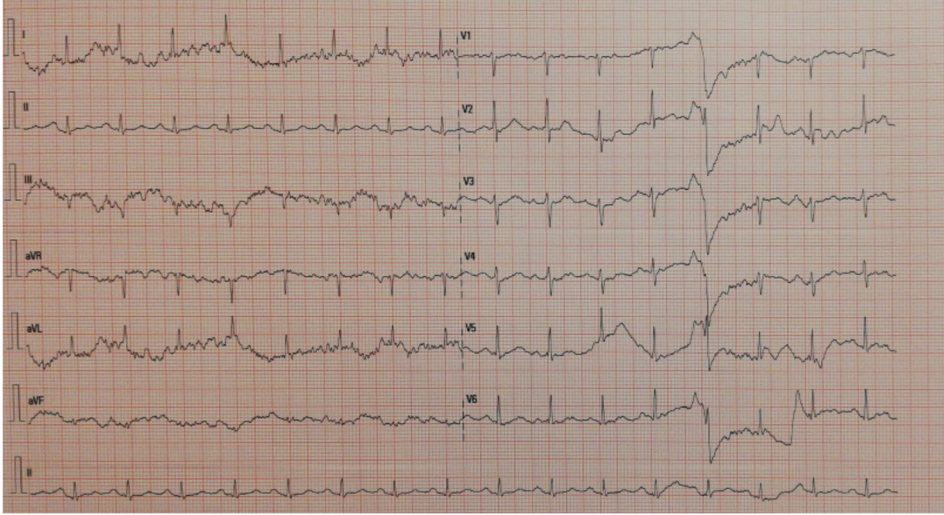
Hastaya kardiyoloji biriminin önerisi üzerine Dahiliye birimine konsültasyonu istenmiş, hastada hipoperfüzyon düşünen dahiliye bölümü, bilinç bulanıklığını hipoperfüzyona bağlamış, nöroloji konsültasyonu önerisinde bulunmuştur.

Nöroloji konsültasyonu sonucundaki değerlendirmede nörolojik herhangi bir patoloji değerlendirilmediği belirtildi. Kardiyolojik etkenlerin düşünülmesi önerildi.

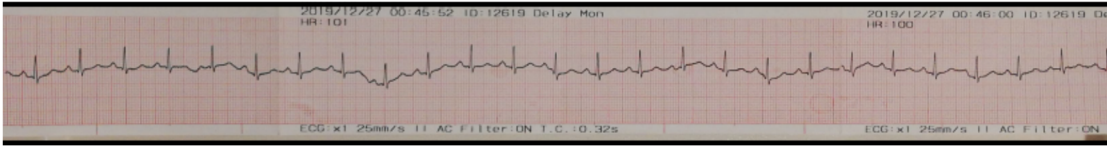
Hastanın takibi sırasında semptomatik bradikardiye müdahale için atropin uygulandı. Atropin uygulamalarına rağmen cevap alınamayan hastanın çıkan biyokimya sonucuna bağlı olarak

semptomatik hiperkalemi olarak değerlendirildi. Hastaya kalsiyum glukonat uygulandı. Sonrasında tamponize tedavisi ve sabutamol nebül olarak uygulaması yapılan hastada klinik yanıt alınamayınca eksternal paeemakera bağlandı. Hastaya hemodiyaliz uygulaması planlanarak hemodiyaliz uygulandı.

Şekil 2: Hastanın hemodiyaliz sonrası EKG'si



Şekil 3: Hastanın hemodiyaliz sonrası takip ritmi



Hemodiyaliz sonrasında biyokimya sonucunda sodyum 134 mmol/L, potasyum 4,6 mmol/L, kalsiyum 8,1 mmol/L olarak görüldü. Kontrol troponin değeri 21 nikromol/L olarak bulundu. Venöz kan gazında pH 7,29, bikarbonat 18,70 mmol/L, parsiyel CO₂ 41,80 mm Hg olarak görüldü.

Hasta akut böbrek yetmezliği sonrasında hiperpotasemi gelişmesi ardına EKG'de semptomatik bulgu vermiştir. Eksternal paeemakera ile stabilize olan hastaya küratif tedavi amaçlı hemodiyaliz uygulandı.

Sonuç ve Tartışma

Hiperkalemi olgularında klinik gidişatın belirlenmesinde en temel durum hastanın serum potasyum düzeyidir. EKG değişiklikleri hiperpotasemi durumunu tanımlamaya yönelik spesifitesi ve sensitivitesi düşük bir yöntemdir [8].

Bizim vakamızda akut böbrek yetmezliği durumunun ortaya çıkardığı semptomatik bir EKG bulgusunun kardiyak arrest geliştirebileceğini göstermektedir. Ayırıcı tanı açısından toksikolojik durumların, ilaç kullanımlarının, nörolojik ve kardiyak sebeplerin araştırılması önemlidir.

Hastanın klinik durumuna göre agresif tedavi hayat kurtarıcı sonuçlar ortaya koyabilir. Kalsiyum glukogonat sadece kardiyak stabiliteyi sağlayan bir ajandır, nihai tedavi yöntemi kandaki potasyumun doku içine ya da beden dışına uzaklaştırılmasıdır. Bunun için hemodiyalize varan yöntemler kullanılabilir.

Kaynaklar

1. Vieira, A., B. Batista, and T.T. de Abreu, Iatrogenic Takotsubo Cardiomyopathy Secondary to Norepinephrine by Continuous Infusion for Shock. *Eur J Case Rep Intern Med*, 2018. 5(7): p. 000894.
2. Fried, L., C.P. Kovesdy, and B.F. Palmer, New options for the management of chronic hyperkalemia. *Kidney Int Suppl* (2011), 2017. 7(3): p. 164-170.
3. Biner, H.L., et al., Human cortical distal nephron: distribution of electrolyte and water transport pathways. *J Am Soc Nephrol*, 2002. 13(4): p. 836-47.
4. Lehnhardt, A. and M.J. Kemper, Pathogenesis, diagnosis and management of hyperkalemia. *Pediatr Nephrol*, 2011. 26(3): p. 377-84.
5. Martinez-Vea, A., et al., Severe hyperkalemia with minimal electrocardiographic manifestations: a report of seven cases. *J Electrocardiol*, 1999. 32(1): p. 45-9.
6. Kemper, M.J., E. Harps, and D.E. Muller-Wiefel, Hyperkalemia: therapeutic options in acute and chronic renal failure. *Clin Nephrol*, 1996. 46(1): p. 67-9.
7. Kemper, M.J., et al., Effective treatment of acute hyperkalaemia in childhood by short-term infusion of salbutamol. *Eur J Pediatr*, 1996. 155(6): p. 495-7.
8. Montague, B.T., J.R. Ouellette, and G.K. Buller, Retrospective review of the frequency of ECG changes in hyperkalemia. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2008. 3(2): p. 324-30.

Anahtar Kelimeler: hiperkalemi; hemodiyaliz; bradikardi

P-02

OLANZAPİNE BAĞLI HİPONATREMİ

Göknur Öztürk, Hüseyin Uzunay, Fatih Selvi, Gizem Gülcan Gönüllü, Hande Şener, İhsan Ulusoy

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

Giriş

Sağlıklı yaşlıların %7 sinde serum Na<135 mEq/L dir.(Serum Na cut-off değeri 135-145mEq/L)Hiponatremi semptomları hem Na seviyesi hem de akut ve kronik gelişmesine göre değişir.Hiponatremi serum Na düzeyinin 135 mEq/L altında olmasıdır.Plazma Na 125-130mEq/L seviyelerinde bulantı, iştahsızlık, halsizlik en erken bulgulardır.Plazma Na 125mEq/L nin altında baş ağrısı, kas krampları, letarji, nöbet, koma ve respiratuvar arrest gelişebilir.

Olgu

65 yaş erkek hasta bilinen mesane ca(invaziv ürotelyal), 1.5 ay önce tur m öyküsü olan hasta bilinçte bozulma, ellerde ritmik hareketler ve anlamsız tekrarlayan kelimeler nedeni ile geldi.Gaita inkontinansı ve ishali de mevcuttu.Öz geçmişinde mesane ca, tur-m,kt/rt almamış, mental retarde olan hasta concor, aripa ve rexapin kullanmaktadır. Yakın zaman da iye nedeniyle antibiyoterapi başlanmıştır.

Fizik muayene de genel durum orta, bilinç açık, non koopere olup basit emirleri yerine getirmektedir.

Vitalleri tansiyon:150/80mmHg nabız:92/dk ritmik spo2:92 ateş:36.2 dehidrate görünümde dir. Nörolojik muayenede bilinç açık non koopere olup basit emirlere uymaktadır. Lateralizan bulgu saptanmadı. Babiski bilateral negatif idi.Takip sırasında ellerdeki ritmik hareketleri devam etmektedir.

Laboratuvar tetkiklerinde Kan şekeri 109mg/dl wbc:26,100 hemogram:12,1g/dl kreatinin:1,5mg/dl bun:30mg/dl Na:120mmol/L K: 4,66 mmol/L Klor (Cl) 87 mmol/L Kalsiyum (Ca) 8,1mg/dL spot idrar: Kreatinin (Spot) 106,4 mg/dL Glukoz (Spot) 10,50 mg/dL BUN (Spot) 471 mg/dL

Sodyum (spot) 62 mmol/L Ozmolalite(Spot) 292,80

Çekilen beyin tomografisinde kronik iskemik değişiklikler ve atrofi dışında patoloji saptanmadı. Hasta da olanzapine bağlı hiponatremi saptandı. Tedavide %3 lük NaCl den 300cc verildi. Tekrar bakılan serum Na düzeyi 129mEq/L olup hastanın vital bulguları stabil seyretti. Hastanın ellerdeki ritmik hareketler ve tekrarlayan kelimeler söylemesi durdu.

Hastanın kullandığı olanzapin kesilmesi söylendi. Dahiliye tarafından poliklinik kontrolüne çağırılmıştır.

Sonuç

Olgumuzdan yola çıkarak acil servise letarji, konuşma ve davranış bozukluğu ile başvuran yaşlı hastalarda kullandıkları ilaçların sorgulaması yapılmalı ve elektrolit denge bozuklukları özellikle hiponatremi mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Olanzapin, hiponatremi,

P-03

SONDAYLA RÜPTÜRE OLMUŞ MESANE PROLAPSUSU

Göknur Öztürk, Cemile Kızılkaya, Mustafa Keşaplı, Özer Özçelik, Fatma Kabukçu Çelik
SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

Giriş

Pelvik organ prolapsusu (POP), pelvik taban kaslarının ve bağ dokusunun zayıflığına bağlı olarak pelvik organların vaginadan fıtıklaşmasıdır. Üç kompartmandan ayrı ayrı prolapsus olabileceği gibi, tüm kompartmanlardan eş zamanlı prolapsus da görülebilir. Anterior kompartman defektleri en sık rastlanılan prolapsus tipidir.

Pelvik organ prolapsusu yaşlı, çok ve zor doğum yapmış kadınların sağlık problemleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. 50 yaş üzeri tüm kadınların yarısını etkilemektedir. POP cerrahisi de jinekolojik operasyonlar için en sık endikasyonlardan birini oluşturmaktadır. Mesanenin vaginaya fıtıklaşmasına sistosel, eğer bu fıtıklaşma üretrayı da içerirse buna sistoüretrosel denilmektedir.

Olgu

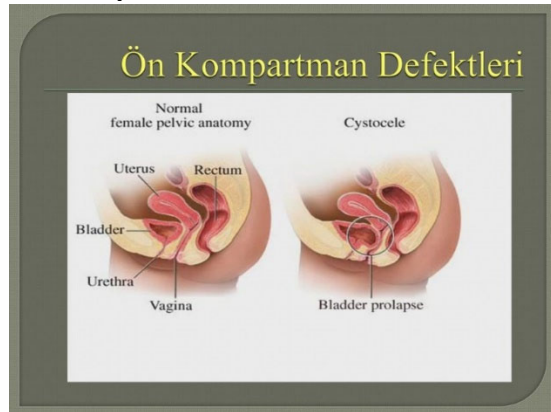
95 yaşında kadın hasta; 20 yıldır kronik sistoseli ve 6 aydır sondası mevcut. 15 gündür idrar sondasının ucu vajinadan dışarı çıkmaya başlamış ve idrar miktarında azalma olması sebebi ile acil servise getirildi. Genel durumu orta-iyi. Tansiyon:100/60 satO2:90 nabız:68 ateş:36,6. Hastanın diğer sistem muayenelerinde belirgin patoloji saptanmadı. Ürogenital sistem muayenesinde evre 3 sistosel saptandı. Mesanenin herniye olan bir başka bölgesinden sondanın mesaneyi rüptüre ettiği tespit edildi.

Mesane redüksiyonu manuel olarak sağlanamadı. Yapılan üroloji konsültasyonu sonrası operatif olarak mesane onarımı sağlandı. Hasta önerilerle taburcu edildi.

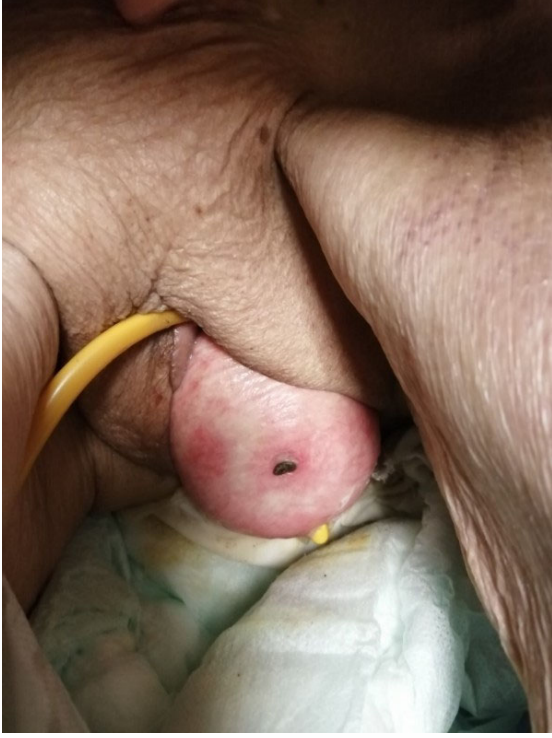
Sonuç

Uzun süreli yatağa bağımlı olan bakım hastalarında üriner girişimler bakımı düzenli yapılmadığı sürece komplikasyonlara sebep olabilir. Her girişimsel işlemin önemli komplikasyonlara sebep olabileceğinin bilincinde olup gereksiz idrar sondası takılmasından kaçınılmalıdır. Bu komplikasyonları engellemek için düzenli sonda değişimi, bakımı ve sağlık personelleri tarafından kontrolü gerekmektedir. Yaşlı ihmalinin önlenmesi için yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Evde sağlık hizmetlerinin aktif çalışılması desteklenmelidir.

Ön Kompartman Defekti



Sistosel Rüptürü



Anahtar Kelimeler: sonda komplikasyonu, yaşı suistimali, yaşı bakımı

P-04

VENLAFAKSİN İNTOKSİKASYONU SONUCU GELİŞEN LAKTİK ASİDOZ

Kübra Parpucu Bağçeci, Yağmur Ay, Nurdan Acar

Acil Tıp Anabilim Dalı, Eskisehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Eskişehir, Türkiye

Giriş

Venlafaksin serotonin, noradrenalin ve zayıf dopamin geri alım inhibisyonu yapan yeni nesil bir antidepresandır (1). Venlafaksin intoksikasyonunda kardiyovasküler ve nörolojik toksisiteler yaygın olmakla birlikte tek başına laktik asidoz nadir olarak bildirilmiştir (1,2,3). Bu olguyla venlafaksin intoksikasyonuna bağlı laktik asidoz ve nöbet görülen vakayı sunmayı amaçladık.

Olgu

28 yaş kadın hasta intihar amacıyla 75 mg uzun salınlı venlafaksin tabletten 28 adet almasından 5 saat sonra bulantı, sersemlik hissiyle acil servise başvurdu. Toplam alınan doz 2100mg olarak hesaplandı. Beraberinde başka ilaç, alkol alımı yoktu. Geliş vitallerinde kan basıncı 110/66 mm/Hg, nabızı 112 atım/dk, ateşi 36 °C, SpO2 %98' di. Gelişinde Glasgow Koma Skoru 14, kardiyovasküler sistem muayenesinde taşiritmikti, solunum sistem muayenesi normaldi. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Ancak kan gazında ph:7,22 laktat:10,8 mmol/L, HCO3:13,7 mmol/L, BE:-12,5 mmol/L, anyon gap:16,3 olmak üzere laktik asidoz saptandı. EKG' de sinüs taşikardisi mevcuttu, Qtc mesafesi normaldi. Hastaya 1 doz aktif kömür, 20 ml/kg' dan serum fizyolojik 1 saatte iv verildi. 2.saatinde çalışılan kontrol kangazı normaldi. Hastanın takibinin 3.saatinde 30sn kadar süren generalize tonik klonik vasıflı nöbet gözlemlendi. Agresif sıvı tedavisine devam edilen hastanın kontrol fizik muayenesi ve kangazı normaldi. Hasta takip amacıyla anestezi yoğun bakıma yatırıldı ve takiplerinde anormallik gözlenmeyen hastanın taburcu edildiği öğrenildi.

Sonuç

Venlafaksin serotonin ve noradrenalin geri alım inhibisyonu yapan bisiklik antidepresandır (4). Venlafaksin doz aşımındaki toksik bulgular taşikardi, hipertansiyon, nöbet ve serotonin toksisitesini içerir. Aritmi, hipotansiyon dahil olmak üzere kardiyotoksikite, rabdomiyoliz, hipoglisemi ve derin laktik asidoz görülen vakalar da bildirilmiştir (5-7). İlaç kaynaklı laktik asidoz mitokondrial DNA hasarından kaynaklanır (8). SSRI/SNRI zehirlenmesi için tedavi genellikle destekleyicidir, ölümcül sonuçlar nispeten nadirdir (9). İv sıvı tedavisine erken dönemde başlanmalıdır (8). Vakamızda venlafaksin fazla alımına bağlı taşikardi, laktik asidoz ve nöbet gelişmişti. Laktik asidozu olan hastalarda diğer tanılarla birlikte venlafaksin intoksikasyonu da akılda tutulmalıdır ve erken tanı, destekleyici tedavinin klinik sonucu iyileştireceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Laktik asidoz, nöbet, venlafaksin

P-05

GÖZ TRAVMASINDAN 1 GÜN SONRA SÜMKÜRME İLE OLUŞAN ORMİTA MEDİAL DUVAR KIRIĞI: VAKA SUNUMU

Hüseyin Acar, Adnan Yamaoğlu, Fatih Esad Topal

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş

Fasiyal kırıklar acil servis başvurularında önemli bir yere sahiptir. Diğer vücut bölgelerinin yaralanmasıyla birlikte olabileceği gibi izole fasiyal kırıklar da görülmektedir. Fasiyal kırıklar arasında ise başta blow-out kırığı olmak üzere en çok orbita kırıkları görülmektedir. Orbitaya ait en zayıf kemik yapılardan olan etmoid kemiğe ait lamina paprisea ise orbitanın medial duvarını oluşturan ana yapıdır. Lamina paprisea ayrıca etmoid hava cüsrelerinin de lateral yüzeyini oluşturur. Bu nedenle orbital yaralanmalarda kolayca kırılabilir ve bilgisayarlı tomografide orbita etrefında serbest hava görüntüsü ile karakterizedir.

Bu vakada bir gün önce izole orbita travması olan hastada sümkürme sonrası gelişen lamina paprisea kırığı sunulmaktadır.

Olgu

Burnunu temizlemek için sümkürdükten sonra aniden sağ göz çevresinde şişlik gelişen hasta acil servise başvurdu. Beraberinde çift görme şikayeti mevcut. Görme keskinliğinin normal olduğunu ifade ediyor. Bir gün önce aynı gözüne yumruk darbesi aldığı ancak darbeden sonra bugüne kadar böyle bir şikayetin olmadığını öğrenildi. Bilinen bir hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yok. Yapılan fizik muayenede sağ göz çevresinde ekimoz ve subkutan amfizem bulguları saptandı. Göz hareketlerinde aşağı ve yukarı bakış kısıtlılığı var. Pupiller reaktif ve izokorik. Glob tonusu doğal. Yapılan bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde sağ lamina papriseada fraktür ve ekstrakonal hava değerleri görüldü (Şekil 1.) Göz hareketini sağlayan kas yapıları doğal izlendi. Hasta göz hastalıkları ve plastik cerrahi tarafından değerlendirildikten sonra opere edilmek üzere plastik cerrahi servisine yatırıldı.

Sonuç

Sunulan vakada önceki gün travmaya rağmen herhangi bir şikayeti olmayan hasta ertesi gün sümkürmeyi takiben gelişen sağ göz çevresinde şişlik ve çift görme şikayetleri ile acil servise başvuruyor. Yapılan görüntüleme ise lamina papriseadaki kırık tespit ediliyor. İlk darbeyi aldığı anda lamina papriseanın kırılmamış ya da ekstrakonal bölgeye hava geçişine izin vermeyecek şekilde hasar aldığı anlaşılmaktadır. Ancak ertesi gün sümkürmenin yarattığı basınç artışıyla birlikte lamina paprisea bütünlüğü bozulmuş ve semptomları ortaya çıkarmıştır.

Bilgisayarlı tomografi görüntüsü



Hastanın çekilen bilgisayarlı tomografisinde sağ lamina papriseadaki fraktür ve ekstrakanal hava görüntüsü

Anahtar Kelimeler: orbita kırığı, fasiyal travma, lamina paprisea

P-07

BİTKİSEL İLAÇLARA BAĞLI ANİ GELİŞEN KONVÜLSİYON VE TOKSİK HEPATİT

Fatma Nihal Özmen, Ahmet Akdoğan
Iğdır Devlet Hastanesi, Acil Tıp Birimi, Iğdır

Giriş

Yaygın kullanılan bitkisel ilaçların kullanım alanları şu şekilde sıralanabilir; zayıflama amaçlı, vücut şekillendirmek, seksüel performans arttırıcı, depresyon, gastrointestinal semptomlar, immün destekleyici, eklem güçlendirici. Bu bitkisel takviyeler barındırdıkları maddeler açısından çeşitlilik göstermekle birlikte steroid, tiroid hormonu ve fosfodiesteraz inhibitörleri gibi maddeleri de içeriğinde barındırmaktadırlar. Bitkisel ilaçlara bağlı karaciğer hasarında hafif karaciğer enzim yüksekliklerinden fulminan yetmezliğe kadar değişen tablolar gelişebilmektedir. Karaciğerde oluşan histolojik değişiklikler diğer ilaçlardan ayırt edilebilen bir özellik taşımamaktadır. Bitkisel ürünlerin doğal oldukları için yararlı oldukları düşüncesi yanlış olup; yaş, cinsiyet, genetik farklılıklar, beslenme durumu, eşlik eden hastalıklar, beraberinde alınan ilaçlar etkileri değiştirebilir ve toksik olmalarına neden olabilmektedir.

Olgu

22 yaşında genç kadın hasta acil servise ani gelişen tam senkop şikayeti ile 112 tarafından entübe olarak getirildi. Hastanın olay yerinde Glaskow Koma Skalasının 3 olduğu öğrenildi. Hastanın gelişinde ışık refleksi:++/, tansiyon:100-70, nabız:130, EKG: sinüs taşikardisi, glukoz:241, spO2:95 idi. Alınan tetkiklerde pH:7,18, Pco2:34 Hco3:11,4, laktat:8, so2:99, ALT/AST:516/379, ÜRE/Kreatinin:21/0,98, PT/APTT:15,9/26,8, INR:1,20, HG:14,5 WBC:22,8, PLT:318, CRP:2,2, TROPONİN:0,14 (0,010-0,023). Çekilen beyin tomografi ve diffüzyon mr raporu, toraks anjiyografi raporu normal olarak değerlendirildi. Nöroloji ve Kardiyoloji ile konsülte edilen hastada herhangi bir patoloji düşünülmedi. Akut konvülsif atak olarak değerlendirildi. Konvülsiyon açısından takip edilmesi önerildi. Hastaya fenitoin 20 mg /kg IV uygulandı. Takiplerinde tekrar konvülsiyon görülmeyen hastanın son 1 hafta içerisinde dağdan topladıkları bir bitki ile çay yapıp içtiği öğrenildi. Evde bitkiyi kullanan başka biri olmadığı öğrenildi. Hasta toksik hepatit açısından Anestezi Bölümü ile konsülte edilerek yoğun bakım ünitesinde takibe alındı. Takiplerinde INR,ALT,AST ve CRP yüksekliği saptanan hastanın alınan kan kx ve idrar kx normal olarak değerlendirildi. Tekrar nöbet gözlenmeyen hastaya semptomatik tedavi verildi. EEG çekilip menenjit, ensefalit açısından değerlendirildi. Herhangi bir santral sinir sistemi enfeksiyonu düşünülmedi. Kontrol takiplerinde nöbet geçirmeyen metabolik asidozu düzelen, ALT/AST normal değerlere gerileyen hasta ekstübe edildi. Takibinde herhangi bir patoloji saptanmayan hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç

Bizim hastamızla acil servise başvuran akut hepatit, metabolik asidoz ve konvülsiyonları olan hastada bitkisel ürünlere bağlı toksik hepatit düşünülmesi gerketiğini ve hastaların hakkında iyi, ayrıntılı bir anamnez alınmasının önemini belirtmek istedik.

Anahtar Kelimeler: btiki çayı,toksik hepatit,konvülsiyon

P-08

INH İNTOKSİKASYONUNA BAĞLI NÖBET

Fatma Nihal Özmen, Ezgi Akçacı, Ahmet Akdoğan
Iğdır Devlet Hastanesi, Acil Tıp Birimi, Iğdır

Giriş

INH (izoniazid) antitüberküloz ilaçlar içerisinde en sık kullanılan ajanlardan biri. Toksikasyonunda klasik konvülsiyonlardan komaya kadar ilerleyen bir klinik gösterir. 30 mg/kg ve daha yüksek dozlarda nöbet görülebilir. 80 mg/kg üstü ölümcül dozdur. Tedavide konvülsiyonların önlenmesi için en iyi yol PRİDOKSİN (B6) IV 70mg/kg 24 saat infüzyon olarak verilmesi. Benzodiazepin nöbetlerin durdurulmasında nöbet tedavisinin devamında ise fenitoin türevleri dikkatli bir şekilde kullanılarak önerilir.

Olgu

17 yaş kadın hasta saat 05.30 sıralarında 12 adet INH 300mg ve 15 adet Lansoprozol içme sonrası acil servise saat 06.45te başvurdu. Bilinç açık GKS 15 EKG:normal sinüs ritmi nabız 101 olan hastaya mide yıkama ve aktif kömür uygulaması yapıldı. Takibinde 4 kez tonik klonik nöbet geçiren hastaya her nöbet sırasında Diazepam iv 10 mg puşe uygulandı. Hastanın kan gazında pH:7.12 pCo2:49 HCO3:16,1 laktat:10,8 sO2:65.2 olmak üzere metabolik asidozu mevcuttu. Kovülziyon tedavisi için pridoksin çevre iller dahil olmak üzere bulunamayınca Sağlık Bakanlığı ile görüşüldü ve multiple B kompleks içerikli preperatlar düşünüldü. Ancak doz miktarı göz önünde bulundurulunca diğer ajanların toksikasyonu açısından yarar zarar oranı gözetilerek hastaya Fenitoin 20 mg/kg iv infüzyon verildi. Takibinde nöbet görülmeyen ve metabolik asidozu toplayan hasta yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) gözetim altına alındı. 3 gün YBÜ de Fenitoin sonrasında tekrar nöbet görülmeyen ve metabolik değerleri toplayan hasta önerilerle taburcu edildi. Hasta aynı zamanda çocuk psikiyatri polikliğine yönlendirildi.

Sonuç

INH inoksikasyonu ülkemizde hala çok sık görülmektedir. Metabolik asidoz ve dirençli konvülsiyonun tedavisi ve hastanın prognozu açısından pridoksin tüm hastahanelere sağlanmalıdır. Fenitoin tedvaisi hastaya uygulanabilir ancak dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: FEİTOİN,İZONİAZİD,PRİDOKSİN,TOKSİKASYON

P-09

SENKOP ETİYOLOJİSİNDE NARGİLE!

Aysun Bozok Çavdar, Fatih Selvi, Halil Ağat, Samiye Ayhopa, Fatma Kabukçu Çelik
S.B.Ü Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil servisi, Antalya

Giriş

Karbonmonoksit (CO) renksiz, kokusuz, tatsız ve irritasyona yol açmayan bir gazdır. Hemoglobinin CO affinitesi oksijene kıyasla çok daha fazla olup; sadece hemoglobin üzerinden değil, tüm solunum pigmentlerine bağlanarak hücresel düzeyde de hipoksi yapar. CO gibi toksik gazlarla zehirlenme sonucunda da senkop gelişebilir. Nargilede kullanılan kömürün tamamen yanmaması sonucu ortaya çıkan CO, zehirlenmelere neden olur. Bu yazıda nargile kullanımı sonucu gelişen bir senkop olgusunu sunduk.

Olgu

Bilinen bir hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan 32 yaşında erkek hasta acil servise baş ağrısı şikayetiyle geldi. Yaklaşık 2 saat önce nargile içerken bayıldığını söyledi. Vital bulgularında tansiyon arteriyel: 132/85mmHg, nabız: 94 atım/dakika, oksijen saturasyonu: %96, parmak ucu kan şekeri: 125 mg/dl ve ateşi 36,8 ölçüldü. Bilinci açık, koopere, oryante olan hastanın akciğer ve kalp sesleri doğal, nörolojik muayenesinde defisit saptanmadı. Ekg normal sinüs ritmi olan hastanın, akciğer grafisinde patolojik bulgu yoktu. Hemoglobin: 14,8 g/dl, troponin t: 7 ng/dl ölçüldü. Kan gazında pH:7,36, karboksihemoglobin: %28,2, laktat: 2.3 mmol/l ölçüldü. Rezervuarlı maske ile %100 oksijen verilen hasta acil serviste 4 saat gözlemlendi. Vital bulguları stabil, Ekg değişikliği, ağrısı olmayan hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç

Karboksihemoglobin düzeyi kronik sigara içen kişilerde %10'a kadar yükselebilir, sigara içmeyen kişilerde %3 ve üstü düzeyler toksik kabul edilir. Pulse oksimetre tanı ve tedavi takibinde kullanılmaz. Karboksihemoglobinin kandaki yarı ömrü; oda havasında 3-4 saat, %100 oksijen alan hastalarda 1 saat, 2.5 atm basınçlı hiperbarik oksijen (HBO) yardımıyla 15-20 dakikadır. Karboksihemoglobin düzeyi %25'in üstünde, gebelerde %15'in üstünde olan, metabolik asidozu, iskemik göğüs ağrısı, Ekg'de iskemik değişikliği, troponin pozitifliği, nöropsikiyatrik muayene bulguları olan hastaların veya %100 oksijen almasına rağmen semptomları gerilemeyen hastaların HBO tedavisi endikasyonu vardır. HBO endikasyonu olmayan düşük riskli hastalara %100 oksijen tedavisi uygulanmalı ve en az 4 saat gözlemlenmelidir. Tedavi etkinliğinin takibi semptomlarla yapılmalıdır. Nargile kullanımı fazla olan ülkemizde non-spesifik bulgularla gelen hastaların öyküsü dikkatli alınıp CO maruziyeti sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nargile, karbonmonoksit zehirlenmesi, Senkop

P-10

BÖBREKTE HAVAYA DİKKAT

Hüseyin Öztoprak, Mustafa Keşaplı, İhsan Ulusoy, Hüseyin Uzunay
SBÜ, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Antalya

Giriş

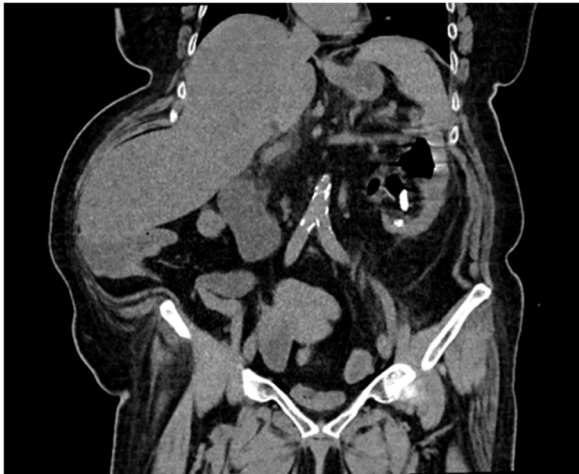
Amfizematöz piyelonefrit (AP) renal parankimin akut, ciddi nekrotizan enfeksiyonudur. Renal parankim, toplayıcı sistem veya perinefritik dokularda serbest hava bulunur. Bu enfeksiyonlarda etkenle genellikle E.Coli(%70) ve K.pneumoniae'dır. En sık risk faktörleri kontrolsüz diyabet (%95) ve üriner obstrüksiyondur (%40). Kadın cinsiyette ve Asya ırkında daha çok görülmektedir. Düz karın grafisinde renal bölgede anormal gaz gölgesi görülmesi, tanı için ilk uyarıcı işaretlerdir. Kesin tanıda Bilgisayarlı Tomografi (BT) kullanılır. Klasik tedavisi geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ile birlikte cerrahi drenaj veya nefrektomidir. Ölümünün çoğu sepsis komplikasyonları kaynaklıdır. Bu yazımızda Akut Böbrek Yetmezliği (ABY)ön tanısı ile hastanemize sevk edilen ve amfizematöz pyelonefrit tanısı konan bir hastayı değerlendirmeyi amaçladık.

Olgu

56 yaşında kadın hasta, 2 gündür sol yan ağrısı şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Özgeçmişinde Tip 2 Diyabet ve iki kez ürolitiazis sebebi olduğu öğrenildi. Takibinde kreatinin artışı olması üzerine postrenal ABY ön tanısıyla hastanemize sevk edildi. Genel durumu orta, bilinci açık oryante, koopere, vücut ısısı 36,9C, nabız 95/dk, kan basıncı tansiyonu 83/53 mmHg, solunum sayısı 15/dk, pulse O2:97% olarak saptandı. Fizik muayenesinde, patolojik bulgu olarak her iki Ac bazalinde krepitan raller, solda kostovertebral açısı hassasiyeti mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde CRP:241, beyaz küre:29400, kreatinin:2,2, Üre22. Arter kan gazında pH:7,28, bikarbonat:18, laktat:5,6'ydı. Üriner ultrasonografisinde parankim ekosu grade 2, orta kesimde büyüğü 11 mm çapında akustik gölge veren çok sayıda hiperekojen yapı izlendi(nefrolitiazis?). BT'sinde ise bilateral nefrolitiazis ile birlikte hava görünümü izlendi. Hasta Üroloji ve Enfeksiyon Hastalıkları ile konsülte edildi. AP'ye bağlı sepsis olarak değerlendirildi. Hastaya sıvı tedavisi ve meropenem 2x1g başlandı ve yoğun bakıma yatırıldı.

Resim

1



Amfizematöz Piyelonefrit Bilgisayarlı Tomografi Koronal Kesit Görüntüsü

Resim 2



Amfizematöz Pyelonefrit Bilgisayarlı Tomografi Transvers Kesit Görüntüsü

Sonuç

AP üst üriner sistem enfeksiyonları arasında mortalite oranı yüksek bir tanıdır. Ateş, ağrı, ABY, septik şok ile gelip ölüme sonuçlanabilir. AP, septik komplikasyonlarla ilişkili hayatı tehdit eden potansiyeli nedeniyle acil servis karmaşasında, risk faktörleri varlığında akılda tutulması gerekir. Tanı erken konup hızlıca medikal tedavi başlanmalıdır. Medikal tedavi yanında cerrahi drenaj veya nefrektomi gerekliliği için göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut Böbrek Yetmezliği, Amfizematöz Pyelonefrit, Karın Ağrısı, Pyelonefrit

Kaynak:

1. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09660.x>
2. <https://emedicine.medscape.com/article/2029011-overview>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20840327>

P-12

GARİP BİR UYANMA SONRASI ACİL SERVİS

Fatma Nihal Özmen, İlker Gök

İğdır Devlet Hastanesi, Acil Tıp Birimi, İğdır

Giriş

Akrep sokması olguları ülkemizde çoğunlukla güney illerinde görülür ancak doğu illerinde zehirli türleri mevcuttur. Akrep toksini nörotoksik, kardiyotoksik ve nefrotoksik içerik taşır. Lokal olarak ısırılan bölgede ağrı, yanma, sık olmasa da parestezi hissine neden olabilir. En sık rastlanan semptom genelde ağrıdır. Lokal olarak ısırılan yerde ve çevresinde olabileceği gibi şiddetli vakalarda ekstremitelere dışına taşan, tüm vucuda yayılabilen bir ağrı söz konusudur. Ağrı çoğu zaman birkaç saat içinde en üst seviyeye ulaşır, nadiren 24-48 saat devam edebilir. Hastanın sistemik bulgular yönünden ayrıntılı takip edilmesi önemlidir. Çünkü akrep venomu katekolamin fırtınası sonucu ciddi kardiyak tutulumu yol açabilir.

Olgu

18 yaşında erkek hasta gece uykudan uyandıran bacak ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın geliş GKS:15 TA:100-80, KŞ:98 nabız:130 EKG:sinüs taşikardisi idi. Fizik muayene normal, ense sertliği yok idi. Fizik bakıda dizinde 4*5 cm büyüklüğünde yara olduğu, sağ ayak tabanında 1*1 cm bir yara izi(ısırık izi?) gözlemlendi. 2 gün önce olduğu, tetanoz aşısı yapılmadığı öğrenildi. Hastaya tetanoz aşısı uygulandı. Ek bir bitkisel ilaç kullanımı - madde ve böcek ısırığı sorgulandı. Hiçbir ek faktör olmadığı söylendi. Hastanın takiplerinde yoğun yaygın terleme, titreme, yaygın vücut ağrısı, idarar çıkışında artış, salivasyonda artma ve dilde fasikülasyonlar dolayısıyla konuşamama gözlemlendi. Tetkiklerinde INR ve CK değerlerinde yükselme saptandı. Hastaya akrep venomu uygulandı. İntrakranial hadise ve sss enfeksiyonlarının ekartasyonu açısından diffüzyon MR, kontrastlı MR, beyin BT ve nöbet açısından EEG çekildi. Normal olarak Nöroloji Uzmanı tarafından değerlendirildi. Anestezi Bölümü ile toksikasyon açısından konsülte edilen hasta, takibinde artan taşikardi ve yaygın vucutta ağrı, titreme, terleme olması üzerine Yoğun Bakım Ünitesi'nde takibe alındı. Semptomatik tedavi devam edilirdi. Hastanın 24. saatte semptomları gerilemeye başladı. Hasta yakını tarafından ertesi gün evde akrep bulunduğu öğrenildi. Takibinde 48. saatte hasta semptomları ortadan kaybolmuş ve tetkikleri düzelmiş olarak taburcu edildi.

Sonuç

Biz bu hastamızla acil servislerde muayene edilen hastaların hasta yakını ve hasta tarafından bilinmese de fizik muayene ve semptomlar üzerinden giderek tedavilerin şekillenmesi gerektiğini tekrar hatırlatmak istedik. hastanın böcek ısırığı olmadığı yönündeki anamnezi bizi yanıltmasa da tedavi ve kesin tanıyı geciktirmiştir.

Anahtar Kelimeler: ağrı, akrep ısırığı, dilde fasikülasyon, terleme

P-13

ZAKKUM OTU TOKSİSİTESİ

Samiyeye Kocal, Gizem Gönüllü, Hüseyin Uzunay, İhsan Ulusoy, Fevzi Yılmaz
SBÜ.Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Antalya

Giriş

Bradikardi 60/dk altında kalp hızıdır. Stroke volüm ve kalp atım hızının fonksiyonu olan kardiyak output etkilendiği zaman semptomatiktir. 20-30 atım/dk'lık kalp hızı normal stroke volümü oluşturarak, yeterli kardiyak output sağlayabilir. Bu olguda zakkum otu yaprağının kaynatılıp içilmesi sonrası semptomatik bradikardi gelişen hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu

63 yaş erkek hasta acil servise yaklaşık 1 saat önce başlayan baş dönmesi ve sersemlik hissiyle başvurdu. Göğüs ağrısı, baş ağrısı görme bozukluğu, melena tariflemiyordu. Özgeçmişinde benign prostat hiperplazisi mevcuttu. Bilinen kronik ilaç kullanımı yoktu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde ateş 36C derece, nabız 35/dk, tansiyon 117/55, spo2 99du. Genel durumu iyi bilinç açık, oryantasyon tam kooperasyon tam, nörolojik muayenesi intakt lateralizan bulgusu yoktu. Batın, göğüs ve kardiyovasküler sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Rektal tuşesi normal gayta bulaşıydı. Hastanın çekilen ekg sinde sinüs bradikardisi hız 36, st t değişikliği yoktu. Hasta tekrar sorgulandığında acil servise gelmeden 1 saat önce 1 fincan zakkum otu yaprağını kaynatıp suyunu içtiğini söyledi. Monitörize edilen hastaya semptomatik bradikardi düşünülüp 1 mg atropin iv puşe yapıldı. Hastanın monitördeki hızı 65 e yükseldi. IV hidrasyon ve özefajit riskinden dolayı ppi yapıldı. Hastanın tetkiklerinde elektrolit bozukluğu yoktu, hemogramı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Eksternal pace ihtiyacı olmayan vitalleri stabil olan hastaya takip amaçlı ybü yatışı verildi.

Sonuç

Zakkum, Apocynaceae ailesinden, özellikle Akdeniz bölgesinde yetişmekle birlikte dünyanın her yerinde süs bitkisi olarak yetiştirilebilen bir bitkidir. Renkli çiçekleri ve her mevsim yeşil kalmasından dolayı tercih edilmektedir. Zakkum bitkisi oleandrin, digitoxigenin gibi kardiyak glikozidler içerir. Glikozidler enterohepatik sirkülasyona girdiği için aktif kömür erken vakalarda etkili olabilir. Fakat bradiaritmik hastalarda gastrik irrigasyon için sonda takılması vagal uyarıya neden olarak klinik kötüleşmeye, hatta asistole yol açabilir. Aynı zamanda bu bitkinin, koroziv etkileri olduğu düşünüldüğünde bitkinin oral yolla alındığı hastalarda mide lavajı ciddi kontrendike bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Sistemik zehirlenmelerde, aritmilerin tedavisinde hastanın hemodinamik durumu oldukça önemlidir. Bradikardik hastalarda atropin kullanılabilir. Atropine yanıt vermeyen hastalarda geciktirilmeden pacemaker uygulanmalıdır. Digoksin-spesifik antikor bu hastalarda kullanılmış oldukça tedavi edici olduğu bildirilmiştir. Hastalarda hayatı tehdit eden ventriküler aritmi, bradiaritmik, hiperpotasemi (5.5 mg/dl'nin üzerinde ise) varsa digoksin spesifik antikor kullanımı şiddetle önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Zakkum otu,semptomatik bradikardi,Nerium oleander

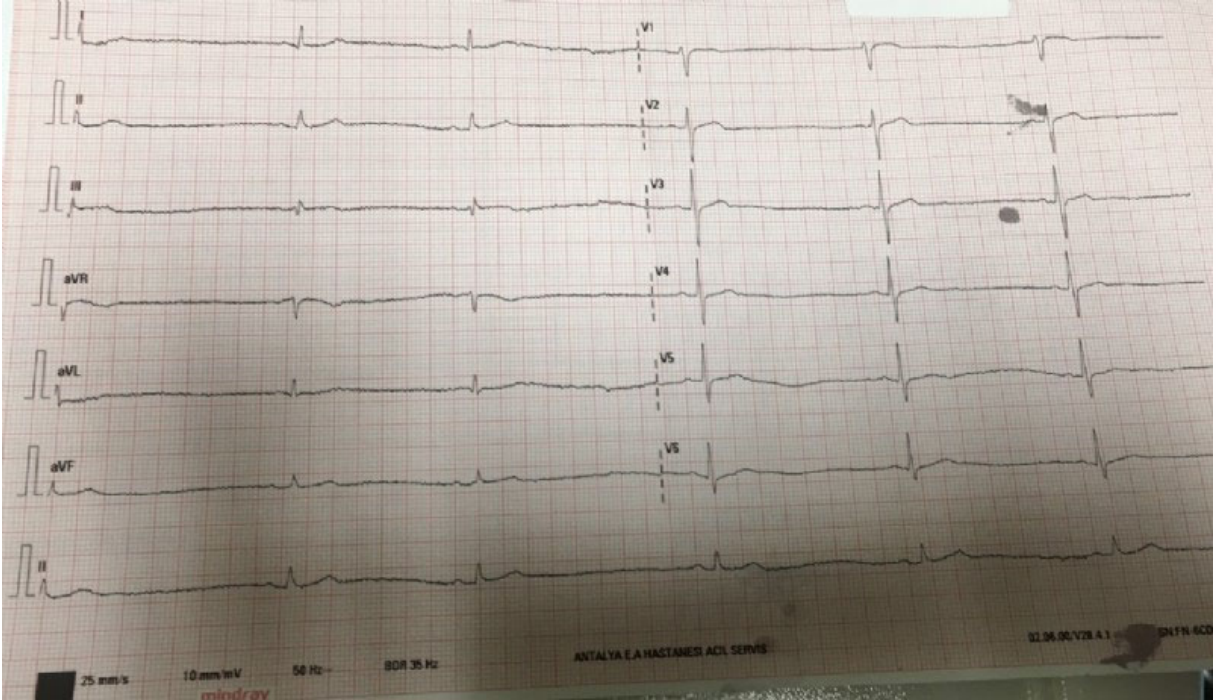
Resim 1



Resim 2: Zakkum Bitkisi

zakkum otu

Resim 2



ekg(sinüs bradikardisi)

P-14

ÖNTANIDA ANAMNEZİN GÜCÜ: REKTUS KILIF HEMATOMU

Mehmet Cihat Demir¹, Salih Karakoyun²

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

²Cizre Devlet Hastanesi, Acil Servis, Şırnak, Türkiye

Giriş

Rektus kılıf hematomu, akut batının yanlış ön tanıyla görüntülenmesi istenen, bazen gereksiz cerrahi işlem uygulanan sebeplerindedir. Direkt travma, şiddetli öksürük, egzersiz gibi sebeplerle veya antikoagülanlara bağlı görülebilmektedir. Epigastrik damarların veya rektus kas liflerinin yırtılmasıyla oluşabilir ve genelde unilateraldir.

Olgu

52 yaşında kadın hasta, karın sağ alt bölgesinde 2 gündür olan ağrı şikayetiyle başvurduğu genel cerrahi polikliniğinden apandisit ön tanısıyla, kontrastlı abdomen bt çekilmesi için acil servise yönlendirildi. Hastanın hipertansiyon dışında bilinen hastalığı ve abdominal cerrahi öyküsü yoktu. Hasta anamnezi detaylı sorgulandığında; 5 gündür üst solunum yolu hastalığı nedeniyle giderek artan şiddetli öksürük atakları olduğu, bu ataklar sırasında öne eğilerek öksürürken 2 gündür karında şişlik olduğu ve öne eğilmekte zorlandığı, ayrıca medikal tedavi almadığı öğrenildi. Antikoagülan kullanımı olmayan ve travma tariflemeyen hastanın sağ alt kadranda şişlik ve hassasiyeti varken, batın sol yarısında defans/rebound/hassasiyet yoktu. Bulantı/ kusma şikayetleri olmayan hastanın gaz ve gayta deşarjı bulunmaktaydı. Diğer sistem muayenelerinde anormal bulgu görülmedi. WBC:5400 K/uL, Hb:10.6 gr/dL, Plt:167000, Kreatin Kinaz (CK):627 mg/dL, protrombin zamanı, aPTT ve INR normal referans aralığındaydı. Kontrastlı alt-üst batın BT'de; en belirgin yerinde 2.5 cm kalınlığa ulaşan sağ rektus kılıf hematomu tespit edilip, apendiks çap ve duvar kalınlığı normaldi (Figür 1). Konservatif tedavi edilen hasta ek şikayeti olmaksızın genel cerrahi poliklinik kontrolü ile taburcu edildi.

Sonuç

Rektus kılıf hematomu; karın ağrısının nadir sebeplerinden olsa da, hasta öyküsünün ayrıntılı şekilde alınıp muayenedeki özellikle ilişkilendirilmesi; akut apandisit gibi diğer akut batın tablolarından ayırımında fayda sağlar. Solunum sistemi gibi başka bir sistemin, rektus kılıf hematomu gibi karındaki patolojiye sebep olabileceği ayrıntılı anamnez sayesinde mümkündür. Bir doktorun öntanı, sadece muayeneyle sınırlı kalmayıp anamnezle birlikte düşünüldüğünde daha yüksek ihtimale kavuşacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anamnez, Karın ağrısı, Öksürük, Rektus kılıf hematomu

Figür 1



Ok ile gösterilen; unilateral rektus kılıf hematomu

P-15

SEGOD FRAKTÜRÜ VE EŞLİK EDEN ÖN ÇAPRAZ BAĞ YIRTILMASI: OLGU SUNUMU

Murad Yunusov, Fatma Kolbaş, Berra Kalkavan, Abdullah Algın, Hatice Şeyma Akça, Serkan Emre Eroğlu

S.B.Ü. Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş

Segond kırığı, tibia epifiz lateral platonun hemen distalinde görülen küçük kopma kırığıdır(1). Segond kırığı ile anterior çapraz bağ (ACL) yırtılması beraberliği sıktır(2).Tedavide konservatif yaklaşım kabul görmektedir(6). Bu bildiri ile, genç erkek hastada minör travma sonrası ortaya çıkan segond kırığı ve ön çapraz bağ rüptürü, literatür eşliğinde sunulmak istenmiştir.

Olgu

26 yaşında erkek hasta 1 gün önce futbol maçı sırasında ayağının boşluğa gelmesi sonrası sol diz kapağında ağrı ve hareket kısıtlılığı şikâyeti ile geldi. Muayenede Lachman testinde pozitiflik, sol diz ön ve dış kenarında hassasiyeti mevcuttu. Hastaya sağ diz ön-arka direkt radyografi çekildi (Şekil 1), sonrasında sol tibia kırığı ön tanısı ile ortopediye konsülte edilen hastadan ön çapraz bağ hasarını belirlemek için sol diz Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) istemi yapıldı (RESİM 2-3). MR da tibiofemoral eklemdede ve suprapatellar trasede yaygın sıvı, ön çapraz bağda total rüptür izlendi. Konservatif tedavi planlanan hastaya sol uzun bacak alçı yapıldı. Hastaya 3 hafta istirahat etmesi önerildi, bu şekilde diz üzerine yük vermesi engellendi. Diğer 3 hafta da parsiyel yük vermesi sağlandı. Poliklinik takipleri devam eden hasta 7. ayın sonunda aktivitelerini tam olarak yapabilmekte idi.

Sonuç

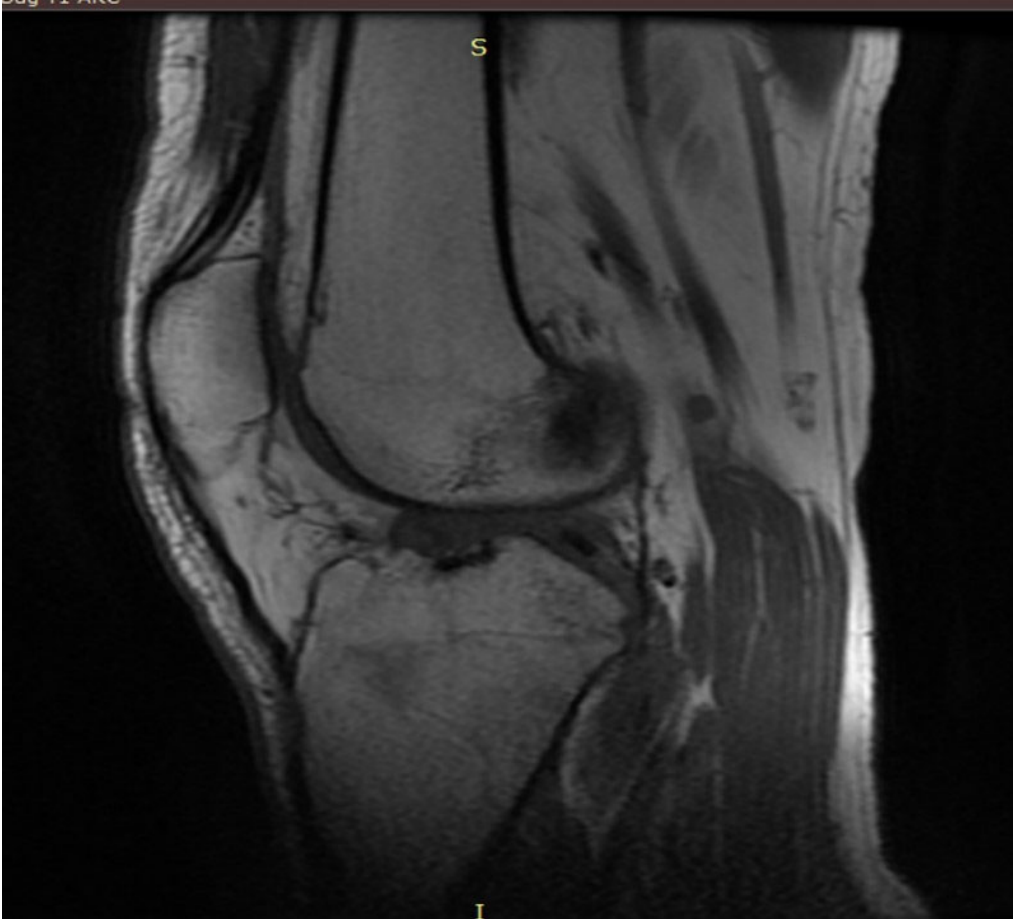
Segond kırığı anterolateral ligamentin distal yapışma yerinde olan bir avülsiyon kırığı olup tedavide konservatif tedavi ön plandadır. Birlikteliğinde ön çapraz bağı kopması veya menisküs yırtığı olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Segond kırığı, ön çapraz bağ yırtılması, spor yaralanması

resim 1



resim 2



resim 3



P-16

2 FARKLI OLGU VE FAHR SENDROMU

Fatma Kolbaş, Berra Kalkavan, Murad Yunusov, Abdullah Algın, Hatice Şeyma Akça, Serkan Emre Eroğlu

S.B.Ü. Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş

Fahr sendromu, bazal ganglionlarda, beyin sapında, serebellumda ve periventriküler beyaz cevherde bilateral, simetrik kalsifikasyonlarla kendini gösteren nadir bir nörodejeneratif hastalıktır. Genellikle çocukluk çağında başlayan fahr sendromu erkeklerde ve 3-5. dekatlarda daha sık görülür. Net olarak belli olmasa da kalsiyum metabolizmasındaki değişiklikler, çeşitli enflamatuar ve malign hastalıklar etyolojide suçlanmıştır. Tesadüfen bilgisayarlı tomografide tanı alan fahr sendromu 2 olguyu literatür eşliğinde sunuyoruz.

Olgu

31 yaşında kadın hasta ayaktan acile servise başında uyuşma ve konuşma zorluğu ile başvurdu. Öz ve soygeçmişinde özellik yoktu. GKS:15, oryante, koopere, TA: 120/80 mm/Hg, SpO2: %98, Nabız: 60/dakika ritmik idi. Fizik muayenesinde özellik olmayan hastanın laboratuvar incelemesinde WBC:9.02 103/mm³, Hgb:14.2 g/dl, Plt:296 103/mm³, AST:21 U/L, ALT:19 U/L, Kreatin:0.73mg/dl, BUN:21.4 mg/dl, Glukoz:99 mg/dl, Ca:9 ml/dl, fosfor:3 mg/dl olarak tespit edildi. Kontrastsız kraniyal BT'de bilateral belirgin bazal ganglion kalsifikasyonu mevcuttu (RESİM -1). Nöroloji kliniğine konsülte edilen hastada Fahr sendromu düşünülerek semptoma yönelik klonezepam 2 mg 1*1 başlandı. Takiplerinde şikayetleri gerileyen hasta nöroloji poliklinik kontrol ile taburcu edildi

41 yaşında erkek hasta nöbet geçirme nedenli ambulans ile acile getirildi. Özgeçmişinde epilepsi tanısı ile levetirasetam 1000 mg 2*1 ve lamotrijin 100 mg 2*1 kullanım hikayesi vardı. GKS:15, oryante, koopere, TA: 101/80 mm/Hg, SpO2:95, Nabız: 105/dakika ritmik idi. FM'de hastanın idrar inkontinasi ve dilde ısırma izi mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde WBC:5.05, Hgb:15.4 g/dl, Plt:149, AST:108 U/L, ALT:66 U/L, Kreatin:1.02 mg/dl, BUN:29.96 mg/dl, Glukoz:268 mg/dl, Ca:8.4 ml/dl, fosfor:3 mg/dl, Kreatin kinaz:115 U/L, Kan gazı incelemesinde pH:7.29 PCO2:44.4 mmHg, PO2:96 mmHg, HCO3:25.9 mmol/l, SBE:-4.4 mmol/l, laktat:8.3 mmol/l, karboksihemoglobin (COHB):1.6 olarak tespit edildi. Kontrastsız BT de bilateral belirgin bazal ganglion kalsifikasyonu mevcuttu (RESİM -2). Nörolojiye konsülte edilen hastanın levetirasetam dozu 3*1 şeklinde düzenlendi ve nöroloji poliklinik kontrol önerisiyle taburcu edildi.

Sonuç

Fahr Sendromu veya Fahr Hastalığı tesadüfen BT görüntüleme sonrası tespit edilir. Tedavisi semptomatiktir. Detaylı fizik muayene sonrası tanı konulamayan nörolojik semptomların varlığında akılda tutulmalıdır. Sıklığı ve diğer nöropsikiyatrik hastalıklarla ilgisini belirlemek açısından detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: epilepsi, Fahr sendromu, nörolojik aciller

resim 1



resim 2



P-17

KARDİYAK TAMPONAD VE BEKLENMEDİK NÖROLOJİK KOMPLİKASYONU

Berra Kalkavan, Fatma Kolbaş, Hatice Şeyma Akça, Abdullah Algin, Serkan Emre Eroğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş

Kardiyak tamponad, intrakardiyak basınçları yükselterek normal kardiyak dolumu engelleyen ve kalp atım hacmini azaltan, perikardiyal kesede sıvı birikimindeki anormal bir artış ile karakterize klinik durumdur. İnsidansı net olarak bilinmemektedir. Kardiyak tamponatta, perikardiyal basınç 15-20 mmHg'ye ulaşabilir, bu da kalp odalarına basınçların eşitlenmesine ve sistemik venöz dönüşte büyük bir azalmaya yol açar. Tanısı Ekokardiyografi ile konur. Bu olguda kardiyak tamponad sonrası iskemik inmenin gelişmesini sunmayı amaçladık.

Olgu

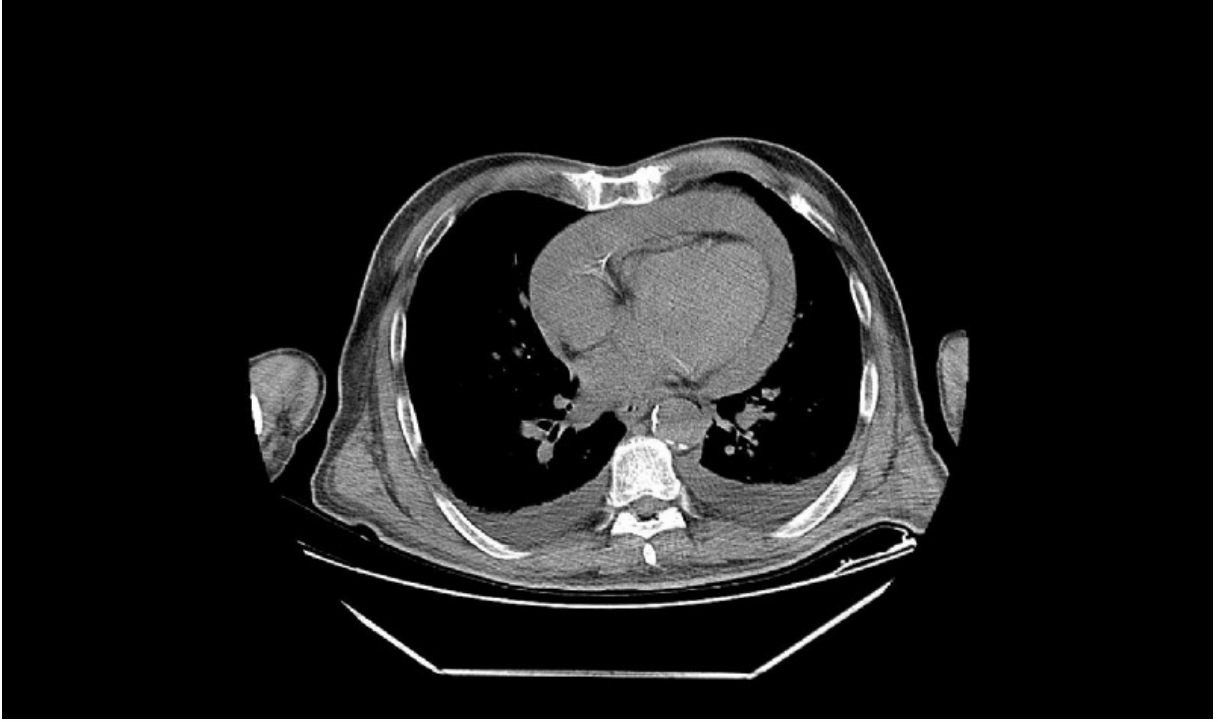
67 Yaş erkek hasta tansiyon düşüklüğü, mide bulantısı, göğüs ağrısı ve konuşma bozukluğu şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde dünden beri bu şikayetlerinin devam ettiği ve kronik böbrek rahatsızlığı, diyabet mellitus tanıları nedeniyle takip edildiği öğrenildi. Vital parametrelerden tansiyon arteriyel:66/36 mm/Hg, nabız: 79/ dk, oksijen satürasyonu oda havasında 95 % olarak ölçüldü. Fizik muayenede solunum seslerinde bilateral ronküs, kalp seslerinin derinden geliyordu. Yapılan nörolojik muayenesinde disfazik konuşması vardı. Elektrokardiyografi normal sinüs ritmi olarak değerlendirildi. Tetkiklerinde potasyum:6.2 mEq/L(ND:3.5-5.1mEq/l), kreatinin:3.88mg/dl (ND:0,75-1,25 mg /dl), kan üre azotu: 130.54 mg/dL(ND:15-40mg/dl), troponin I:0.102 ng/mL(ND<0.0262ng/mL), kan gazında pH:7.25, PCO2:42.7 mmHg, HCO3:18.4 mmol/L, laktat:3.3 mmol/L idi. Hastanın çekilen ekokardiyografisinde ciddi perikardiyal sıvısının olduğu ve özellikle sağ ventriküle bası yaptığı ve toraks BT sinde perikardial alanında plevral effüzyon, pnömonik infiltrasyonlar ayrıca her iki hemitoraksta plevral effüzyon izlendi. Çekilen MR'ında pontis seviyesinde ve sol serebellar hemisferde akut enfarkt saptandı. Hastaya perikardiosentez yapıldı ve intravenöz dekstroz sıvı içine 10 ünite kristalize insülin, inhaler salbutamol ve po 300 mg asetilsalisilik tedavi verildi. Hipotansif seyreden hastaya pozitif inotrop tedavi başlandı. Hasta kardioloji servisi olan bir merkeze yatırılarak tedavi amaçlı sevk edildi.

Sonuç

Kardiyak tamponat hayati acil olan bir durumdur. Tek acil tedavi perikardın doğrudan delinme veya cerrahi yaklaşımla drenajdır. Bizim hastamızda ise kardiyak tamponad iskemik SVO kliniği ile birlikte karşımıza çıkmıştır. Her iki hastalığa yönelik tedavi ve konsültasyonlarının ve ilgili kliniğe yatış kararının hızlı şekilde verilmesi önemlidir. Hipotansif seyreden hastalarda kardiyak tamponad düşünülmesi gerek ve ayırıcı tanısı yapılması gerek hastalıktır. Perfüzyon bozukluğuna bağlı hastalarda komplikasyon olarak iskemik inmede ortaya çıkabilmektedir. Kardiyak tamponadı olan hastalarla ilgilenen hekimler bu nadir fakat mortal komplikasyonun farkında olmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Kardiyak tamponad, iskemik inme,perikardiyosentez

Toraks BT ve Dffüzyon MR



Toraks BT sinde perikardial alanda 28 mm çapa ulaşan plevral effüzyon ve her iki hemitoraksta plevral effüzyon MR'ında serebellar brakium pontis seviyesinde ve sol serebellar hemisferde akut enfarkt,

P-18

ERİŞKİN ACİL SERVİSE FARKLI KOMPLİKASYONLA GELEN İKİ FİTOBEZOAR OLGUSU: HURMA YİYELİM Mİ?

Şakir Hakan Aksu, Mehmet Ay, Merve Türker, Sertaç Esen, Reyhan Şahnaoğlu, Ayfer Keleş
Gazi Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş

Bezoar gastrointestinal sistemde sindirilememiş kitlelerdir. İçeriklerine göre 4 alt grupta toplanabilir. En sık etken fitobezoarlardır(Tablo-1). Oluştuktan sonra protein, mukus ve sindirilemeyen diğer gıdaların etkisiyle büyür. Midede asemptomatik kalabilirler veya görüntülemelerle tanı alabilirler. Oral alım bozukluğu sık gözlenirken, gastrik çıkış tıkanıklığı nadirdir. Bezoar ileusun nadir nedenlerinden biridir (%0.4-%4). Bezoarlara gastrointestinal sistem kanaması, obstrüksiyon ve perforasyon eşlik edebilir.Bu yazıda acil servise ardışık günlerde başvuran farklı komplikasyonlar gösteren 2 fitobezoar olgusu sunulacaktır.

Olgu1

51 yaşında erkek hasta 1 gündür olan karın ağrısı ve kusma nedeniyle başvurdu. Vital bulguları normaldi. Muayenesinde sağ üst-alt kadranda hassasiyet saptandı. Semptomatik tedaviden fayda görmedi. Ultrasonografik incelemede patoloji saptanmadı. Oral+iv opaklı abdomen tomografide mide ve duodenum 2. segmentte bezoarla uyumlu görünüm izlendi (Resim-1a). Gastroenteroloji ile konsülte edildi. Endoskopide mide antrumunda fitobezoar saptandı. Yoğun mide içeriği nedeniyle işlem ertelendi. Nazogastrik sonda ile oral kapalı izlendi. Ertesi gün yapılan endoskopide bezoar saptanmadı. Şikayetleri devam eden hastaya tomografi tekrarlandı. Bezoarın jejunuma ilerlediği ve ileus oluşturduğu görüldü (Resim-1b). Hasta bezoara sekonder ileus tanısıyla genel cerrahiye devredildi. 3 gün ileus gerilemedi. Hasta laparotomiye alınarak bezoar eksize edildi.

Olgu2

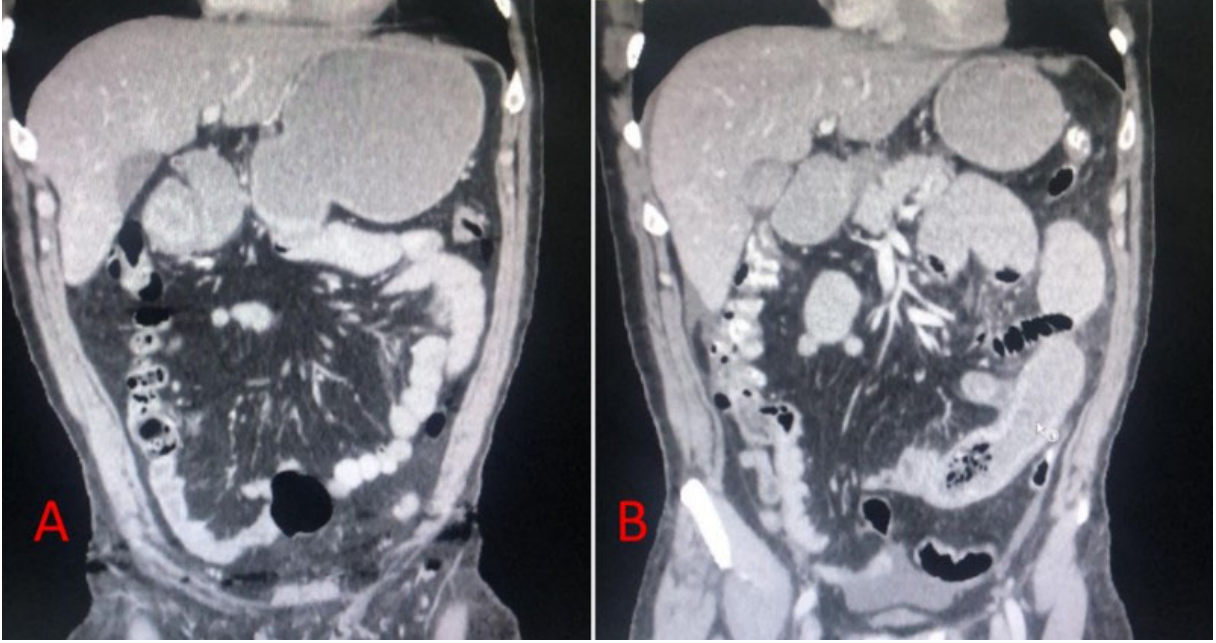
62 yaşında kadın hastada gastrointestinal kanama nedeniyle yapılan endoskopide bezoar saptanmıştı. Mide doluluğu nedeniyle kitle çıkarılamamıştı. Hasta acil servise yaygın karın ağrısı ve kusma şikâyetleriyle başvurdu. Vital bulguları normaldi. Muayenesinde batında yaygın hassasiyet ve rebound mevcuttu. Çekilen oral+iv opaklı abdomen tomografide (Resim-2) mide distal kesimde bezoar uyumlu kitle saptandı. Gastroenteroloji ile konsülte edildi. Endoskopide saptanan fitobezoar parçalanamadı. Kola ve ananas suyu önerildi. Devredilen hastaya endoskopi yinelenildi. Bezoar görülmedi. 3 gün klinik izlem sonrası oral alımı ve gaz/gaita çıkışı olan hasta taburcu edildi.

Sonuç

Fitobezoarlar içinde en sık etken perimmon meyvesi (Trabzon hurması) olarak tanımlanmıştır. Sunduğumuz iki vakanın da yakın geçmişinde bu meyveden fazlaca tükettiği öğrenilmiştir. Acil serviste oral alım bozukluğu, kilo kaybı ve kusma şikayetleri ile gelen hastalarda bezoar akla gelmesi gereken ön tanılardandır.

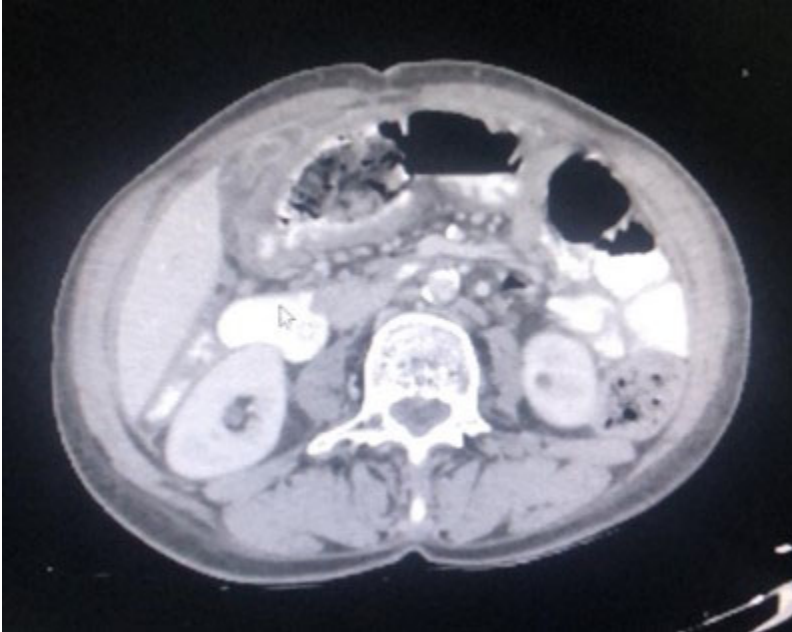
Anahtar Kelimeler: bezoar, hurma, persimmon, trabzon

Olgu 1 tomografi görüntüleri



A) Tanı anında midede bezoar uyumlu görüntü B) Kontrol tomografide bezoarın jejunuma ilerlemiş görüntüsü

Olgu 2 tomografi görüntüsü



Mide distalinde bezoar uyumlu görünüm

Mide bezoarlarının içeriğine göre sınıflandırılması

| | |
|--------------------|---|
| {Fitobezoarlar} | A. Persimmon / Diospyrobezoar / Trabzon hurması |
| | B. Psyllium |
| | c. Meyveler |
| {Trikobezoarlar} | |
| {Farmakobezoarlar} | A. Enterik kaplı aspirin |
| | B. Uzamış salınımlı kapsüller |
| | C. Sukralfat |
| {Diğer} | A. Styrofoam / strafor köpüğü |
| | B. Mantarlar (candida) |
| | C. Laktobezoar |
| | D. Çimento |
| | E. Mobilya cilası |
| | F. Shellac / Katmanlı ojeler |
| | G. Diğer |

P-19

KIŞ MEVSİMİNE ÖZGÜ BİR BAYILAYAZMA NEDENİ; KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİ

Fuat Belli, Ömer Taşkın, Zeynep Kekeç
Çukurova Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Adana

Giriş

CO (Karbonmonoksit) renksiz, kokusuz, tatsız ve iritan olmayan bir gazdır. CO, yapısında karbon içeren yakıtların iyi yanmaması sonucunda ortaya çıkar, akut ve kronik zehirlenmelere sebep olabilir [1]. CO zehirlenmesi başlıca nörolojik ve kardiyovasküler olmak üzere böbrek, iskelet kası, deri, periferik sinir sistemi gibi hemen hemen bütün organları etkiler [2]. CO zehirlenmesinde görülen semptom ve bulgular erken evrede ortaya çıkabileceği gibi haftalar sonrasında da görülebilir. CO zehirlenmeleri en sık bildirilen toksikolojik kaynaklı ölüm nedenlerindedir. CO zehirlenmesine bağlı beklenmeyen ve istenmeyen ölümler özellikle kış aylarında ve havaların soğuk olduğu bölgelerde artmaktadır.[5]. Sağ kalan vakalarda psikiyatrik ve nörolojik sekeller görülebilmektedir.[6].

Bu yazımızda CO maruziyeti acil servise baş ağrısı, baş dönmesi, presenkop olarak başvuran hastayı tartışmak istedik.

Olgu

44 yaş bayan hasta sabah saat 04:00 civarında acil servisimize, uykudan uyandıktan sonra ortaya çıkan baş ağrısı, baş dönmesi, gözlerde kararma, kollarda ve sırtta uyuşma, idrar kaçırma ve sendeleyerek düşme şikayetleriyle başvurdu. Hastanın acil servise başvuru anında bakılan hayati bulgularında tansiyon arteriyel 95/45mmHg; nabız 70/dk, solunum 20/dk, ateş 36,70C, SpO2:97 % (oda havasında), parmak ucu kan şekeri 97mg/dL ve bilinç açık, oryante, koopere, genel durumu iyi, glaskow koma skoru:15 idi. Hastanın acil serviste çekilen EKG (Elektrokardiyogram) ' si normal sinus ritmindeydi. Fizik muayenesinde ek özellik yoktu. Hastanın özgeçmişinde migren tanısı mevcut olup, sezaryan ile doğum yaptığı öğrenildi. Düzenli ilaç, madde sigara kullanım öyküsü yoktu. Hastanın bakılan laboratuvar bulguları Tablo 1'de verilmiştir. Hastaya herhangi bir görüntüleme tetkiki yapılmamıştır.

Hastaya damaryolu açılıp serum fizyolojik %0,9 ve parasetamol 10mg/mL başlandı. Acil serviste takipleri esnasında hastanın şikayetlerinde rahatlama olmaması üzerine hastanın derinleştirilen öyküsünde evde ısınmak için kömür sobası kullandığı ve sobalı odada yalnız olarak uyuduğu öğrenildi. Bunun üzerine hasta bakılan kan gazında COHb (Karboksihemoglobün) düzeyi 22,5% olarak ölçüldü. Bunun üzerine hastada karbonmonoksit zehirlenmesine bağlı presenkop düşünüldü ve hastaya diffüzör maskeyle 10L/dk dan %100 oksijen tedavisi başlandı. Takiplerinde ilk başvuru anından yaklaşık 4 saat sonra bakılan kan gazında COHb düzeyi 6,5% olarak ölçüldü. Şikayetleri gerileyen hasta acil servisteki takipleri devam ederken kendi isteğiyle acil servisten ayrıldı.

Tablo 1: Laboratuvar verileri

| Tetkik Adı | Sonuç |
|------------|-------------------------|
| Sodyum | 130 mmol/l |
| Potasyum | 3,85 mmol/l |
| Klor | 100 mmol/l |
| Kalsiyum | 8,9 mg/dl |
| ALT | 14 u/l |
| AST | 17 u/l |
| BUN | 13,7 mg/dl |
| Kreatinin | 0,53 mg/dl |
| CKMB | 4,2 ng/ml |
| Troponin I | 0 ng/l |
| Beyaz küre | 7,2 10 ³ /µl |
| Hemoglobin | 13,6 g/dl |
| Hemotokrit | 38,5 % |
| Trombosit | 228 10 ³ /µl |
| Laktat | 1,58 mmol/l |
| | |

Tartışma

CO zehirlenmesinde başvuru semptomları ve klinik bulguları oldukça geniştir. Karbonmonoksit zehirlenmelerinde akut dönemde halsizlik, çarpıntı, göğüs ağrısı, egzersiz dispnesi, üst solunum yolu enfeksiyonu semptomları, depresyon, halüsinasyon, ajitasyon, kusma, ishal, karın ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi, letarji, konfüzyon, görme bozukluğu, senkop, nöbet ve ürinerinkontinans, hafıza problemleri ve yürüme bozukluğu, nörolojik semptomlar ve koma görülebilir[7].

Kronik zehirlenme durumlarında ise akut semptomlara ek olarak nöropsikiyatrik semptomlar ile bilişsel fonksiyonlarda bozulma görülebilir[8]. Nörolojik ve/veya psikiyatrik bulgulardan en sık bilinç bulanıklığıyla birlikte anterograd ve retrograd amneziyi kapsayan bozukluklar görülmektedir. Hastalarda yargı bozukluğu, emosyonel ve kognitif fonksiyonlarda bozulma olabilir. Ayrıca hastalarda rijidite, yürüme ve hareket bozuklukları, stupor ve koma görülebilir[9]. Koma ciddi maruziyetle ilişkilidir.

CO zehirlenmelerinde morbidite ve mortaliteden büyük ölçüde nörolojik sekeller ve ventriküler disritmiler sorumlu tutulmaktadır. Aritmiler en sık ölüm nedenidir [7]. Bizim vakamızda solunum, kardiyovasküler ve nöropsikiyatrik sistem muayeneleri normaldi. Nöropsikiyatrik semptom olarak ise başvuru anında baş ağrısı, baş dönmesi, göz kararması ve presenkop kliniği mevcuttu. Vakamızda herhangi bir kardiyak semptom, muayene veya EKG bulgusu yoktu.

COHb düzeyi kronik sigara içen kişilerde düzey %10'a kadar yükselebilir, sigara içmeyen kişilerde ise %3 ve üstündeki düzeyler toksik olarak kabul edilir. COHb düzeyi arteriyel veya

venöz kan gazından bakılabilir. COHb'yi ölçen sensörü bulunan özel sistemler harici pulse oksimetrelerin tanı ve tedavi takibi için kullanımda yeri yoktur [10].

Tedavinin temelini hastanın hemodinamik stabilizasyonu ve CO'in vücuttan eliminasyonu oluşturur[11]. Tedavi takibinde kontrol COHb'nin yeri yoktur ve tedavi etkinliğinin takibi "semptomlarla" yapılır [10].Kandaki CO'in eliminasyonu, solunum havasındaki oksijen konsantrasyonu ya da atmosfer basıncı artırılarak hızlandırılabilir. Ek oksijen verildiğinde kanda çözünen oksijen miktarı artmakta ve CO yarılanma ömrü kısalmaktadır.

Sonuç

CO zehirlenmesinin tanısında öykü son derece önemlidir. Kardiyak etkilenim, tübüler nekroz, rabdomiyaliz gelişimini gözden kaçırmamak için düzenli aralıklarla BUN, KREATİNİN, CKMB, TROPONİN, ALT, AST, LDH, CK takibi yapılmalıdır. Hastalar da göğüs ağrısı olmayabileceği için tüm hastaların enzimatik takibinin yanı sıra EKG takibi de yapılmalıdır. CO zehirlenmelerinde hipoksi ve beyin perfüzyonunda bozulmalara bağlı olarak kronik sekeller ortaya çıkabilir. Bu sebeple nöropsikiyatrik semptom ve bulguları olan hastalarda kraniyal görüntüleme yapılmalıdır. Özellikle kış aylarında baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, kusma gibi semptomlarla veya presenkop şeklinde klinikte başvuran hastalarda CO zehirlenmesi unutulmamalı, arteriyel ve/veya venöz kan gazında COHb bakılmalıdır.

Kaynakça

1. Bascom, R., et al., Health effects of outdoor air pollution. Committee of the Environmental and Occupational Health Assembly of the American Thoracic Society. American journal of respiratory and critical care medicine, 1995.
2. Kandis, H., et al., Acil servise karbonmonoksit entoksikasyonu ile başvuran olguların geriye dönük analizi. Akademik Acil Tıp Dergisi, 2007. 5(3): p. 21-5.
3. Tintinalli, J., et al., Carbon monoxide poisoning. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 5th ed. North Carolina: McGraw-Hill, 2000: p. 1302-1306.
4. Choi, I., Carbon monoxide poisoning: Systemic manifestations and complications. Journal of Korean medical science, 2001. 16: p. 253-61.
5. Ş, A., Karbonmonoksit Zehirlenmesi ile Başvuran Hastalarda İskemiye Bağlı Miyokard Hasarının Araştırılması, in Uzmanlık Tezi. 2003, Erzurum.
6. Çıkman, M., et al., Kronik karbonmonoksit maruziyeti ve nöropsikiyatrik semptomlar: olgu sunumu Türkçe. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 10(1): p. 35-38.
7. Penney, D.G., Chronic carbon monoxide poisoning: a case series, in Carbon Monoxide Poisoning. 2007, CRC Press. p. 577-594.
8. Y, K., Karbonmonoksitle zehirlenen hastalarda nöropsikiyatrik bozuklukların sıklığı ve ilişkili etmenler, in Uzmanlık Tezi. 2005, Erzurum.
9. Weaver, L.K., K.J. Valentine, and R.O. Hopkins, Carbon monoxide poisoning: risk factors for cognitive sequelae and the role of hyperbaric oxygen. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2007. 176(5): p. 491-497.
10. Doğan, N.Ö. Doğan:Karbonmonoksit zehirlenmesi. 2014 13.02.2020]; Available from: <https://www.acilci.net/dogan-karbonmonoksit-zehirlenmesi/>.
11. Burney, R.E., S.-C. Wu, and M.J. Nemiroff, Mass carbon monoxide poisoning: clinical effects and results of treatment in 184 victims. Annals of emergency medicine, 1982. 11(8): p. 394-399.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, Karbon monoksit, Presenkop

P-20

YÜZDE İP ASKILMASI SONRASI NADİR GÖRÜLEN İP KOPMASI SONRASI ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

İnan Beydilli

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş

Son yıllarda ülkemizde medikal estetik uygulamaları ciddi bir şekilde artmaktadır, ip askı uygulamasında ciltte rejuvenasyon ve lifting amacı ile yoğun bir şekilde yapılmaktadır. İpler lokal anestezi altında cilt altına kanül yardımı ile gönderilerek uygulanmaktadır. Özellikle emilebilir ipler ile kullanılan materyaller PDO(polydiaksinon) ve PLLA/LL (Poly L Laktik asit ve capranolakton kombinasyonu iken kalıcı ip materyalleri çoğunlukla polypropylene ve silikondur. PDO cilt altı emilimi 1-4 ay PLLA/LL emilimi 18-24 aya kadar devam eder. Bu ipler balık sırtı kılıcı şeklinde bir çok kılıcıklı yapıdan oluşmaktadır. Tüm cerrahi yöntemlerde olduğu gibi ip askı yöntemi sonucu ödem, ekimoz ve enfeksiyon görülebilmektedir, nadir olarak askı ipini kopup cilt altında yüzeyleşerek yabancı cisim görüntüsü oluşturabilmektedir.

Olgu

48 yaşında bayan hasta cilt gençleştirmek ve lifting amaçlı özel bir medikal estetik merkezinde 1 ay önce PLLA/LL içeren ip askı uygulaması yapmış, 1 ay sürecinde herhangi bir komplikasyon olmamış. Ancak hasta spor yaparken yüzünde ani bir gerilme ve çıt sesi şeklinde bir ses duymuş ve yüzünde cilt altında S şeklinde yüzeyleşen bir lezyonla kliniğimize başvurdu(resim1). Muayene bulgusunda cilt altında yaklaşık 10cm lik S şeklinde yabancı cisim ele geliyordu. ciltte kızarıklık, ekimoz, ısı artışı yoktu. Hasta lokal anestezi altında ipin en yüzeyleştiği noktadan 18 gauge lık bir iğne ucu ile 2mm derinliğinde girilerek beraberinde steril edilen bir tığ yardımı ile ipin kılıcıklı yapısına tığın ucu fikse edilerek ipin serbestleştiği noktadan çekilerek çıkartıldı(resim2-3). Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç

Medikal estetik uygulamaları ülkemizde çok yaygınlaştığı için, bir çok komplikasyonlarla hastalar acil servislere başvurmaya başladı. Bizim vakamızda ip kılıcıklı olduğu için özel bir teknik ile ip çıkartılmıştır. Bu konuda farkındalığı arttırarak komplikasyon yönetimi konusunda bilgilerimizi güncellememiz gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: ip askı, rejuvenasyon, polydiaoxanone

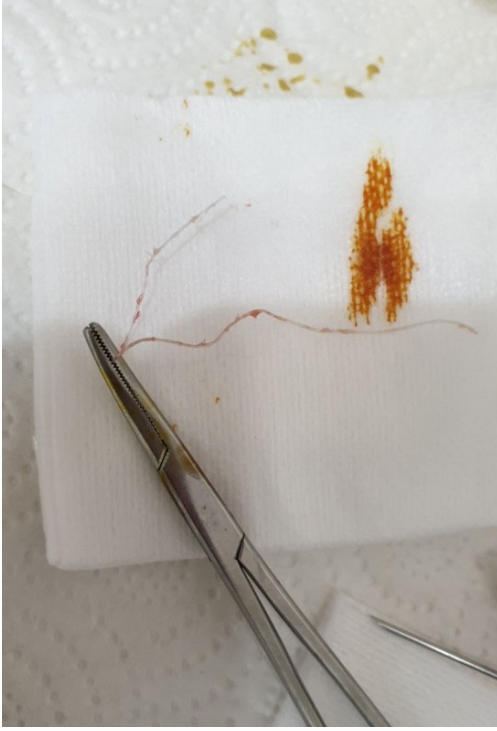
Resim1



resim2



Resim3



P-21

SON DÖNEMDE ACİLDE SIK GÖRÜLEN KAŞINTI SEBEBİ: SCRABIES

Onur Güngör Güngör

Çukurova Üniversitesi, Acil Ana Bilim Dalı, Adana

Amaç

Uyuz bir ektoparazit olup etkeni *Sarcoptes scabiei*'dir. Etkenin ilk bulaşması ile 2-3 haftalık inkübasyon periyodundan sonra gündüz daha az olan, gece sıcaklık ile artan uykudan uyandırabilecek kadar şiddetli kaşıntılara neden olur. Etken daha çok banyo tuvalet gibi ortak kullanım alanı olan yurt kışla gibi yerlerde, toplu taşıma araçlarında yakın temasla ya da alışveriş sırasında kıyafet değiştirme ile bulaşabilmektedir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamızda kaşıntı ve döküntü şikayeti ile acil servise başvuran 5 olgu özetlenmiştir.

Bulgular

Scrabiesli 5 kadın hastanın yaş ortalaması 38.2 dir. Olguların tamamının acile başvuru nedeni kaşıntı ve döküntü idi. Lezyonların ortaya çıkmasından itibaren ortalama 12 gün sonra acile başvurmuşlardı. Hastaların hepsinde gece ısı ile artan uykudan uyandıran kaşıntı bulunmakta idi. Hastaların tamamında lezyonlar el bileğinde, üç hastada(%60) ayak ve ayak bileğinde iki hastada(%40) sırt bölgesinde hiperemi ve tüneller gözlemlendi. Hastaların tamamında tüneller gözlemlendi. Bir hastanın (%20) kontrolsüz diyabeti mevcut idi. Üç hastanın (%60) evde başka bireylerin de aynı şikayetleri vardı. Üç hastanın (%60) kıyafet deneme öyküsü bulunmakta idi.

Sonuç

Son zamanlarda görülme sıklığı hızla artan kaşıntı ile acile başvuran hastalarda scabies tanısını unutmamak gerekir. Gece sıcaklıkla artan, gece uyandıracak kadar şiddetli kaşıntı şikayeti ile gelen hastalarda scabies akla gelmelidir. Birden çok aile bireyinde aynı yakınmaların görülüp görülmediği sorgulanmalıdır. Koruyucu önlem olarak temizlik ürünlerini bireysel olarak kullanmalı ortak banyo, sauna gibi ortamlardan uzak durulması, toplu taşıma araçlarında yakın temas etmemeye özen gösterilmesi ve alışveriş yaparken çok sayıda denenmiş kıyafetlerin kullanımının azaltılması ya da yapılmamasını sayabiliriz. Gece sıcaklık ile artan kaşıntı şikayetinde en yakın acil servis ya da dermatoloji polikliniğine başvurulması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Scabies, uyuz, kaşıntı, acil servis

P-22

PEYELONEFRİT SONRASI GELİŞEN AKUT NEKROTİZAN PANKREATİT

Seda Türk Bal, Zeynep Kekeç
Çukurova Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Adana

Giriş

Akut pankreatit, enzimatik ve inflamatuvar süreçler sonucu pankreatik doku yıkımıyla sonuçlanan bir durumdur. Pankreatitin en sık sebepleri biliyer patolojiler, kronik alkol kullanımı ve idiyomatik nedenlerdir. Çalışmamızda pyelonefrite sekonder gelişen nadir bir olgu sunulmuştur.

Olgu

74 yaşındaki kadın hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyeti olan hastanın 2 hafta önce sağ nefrolitiazis nedeniyle Double J (DJ) stent operasyonu geçirdiği öğrenildi. Batın ultrasonografisinde (USG) safra kesesi doğal, sağ perirenal yağ dokusunda kirlenme, sağ böbrek anteromedialinde sıvı koleksiyonu izlenip, pyelonefrit olarak değerlendirildi. Hastanın biyokimya sonuçlarında amilaz yüksekliği olması üzerine akut pankreatit ön tanısı ile hastaneye yatırılıp yatırıldı. Nekrotizan pankreatit olarak yorumlanan Abdomen bilgisayarlı tomografide (BT) anterior pararenal alan boyunca ilerleyen serbest sıvının, peripankreatik-perisplenik-bilateral parakolik alanlara uzandığı görüldü, duodenum D1-2-3 segmentleri belirgin ödemli ve inflameydi. Yoğun bakım takibinde genel durumu ve kan gazı değerleri bozulan, hipotansif seyreden hasta yatışının ikinci gününde arrest olup müdahale sonrası exitus kabul edildi.

Sonuç

Pankreatitin biliyer patolojiler ve kronik alkolizm gibi sık nedenleri olmasının yanında sağ yan ağrısı ile başlayıp epigastrik bölgede lokalize olan ağrı, bulantı gibi şikayetleri görüldüğü hastalarda altta yatan nedenler arasında, sağ böbrekteki hidronefroz veya pyelonefritin olabileceği düşünülmelidir. Aynı şekilde klinisyen, karın ağrısı ile gelip üriner girişim veya yan ağrısı öyküsü olan hastalarda bu önemli komplikasyonun farkında olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Nekrotizan Pankreatit, Pyelonefrit

P-23

LUDWIG ANJİNİ: NADİR VE POTANSİYEL OLARAK ÖLÜMCÜL BİR BOYUN ENFEKSİYONU

Mehmet Mehdi Eyigün, Abdullah Algın, Büşra İhtiyar, İbrahim Altunok, Gökhan Aksel
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş

Ludwig anjini ilk defa, alman bilim insanı Wilhelm Friedrich von Ludwig tarafından 1836 yılında, ağız tabanı ve boynun, hızlı ilerleyen gangrenöz selülitisi olarak tanımlanmıştır. İlk zamanlar mortalite %50'lerde olsa da antibiyoterapi ve cerrahi gelişmeler sayesinde günümüzde bu oran %10'lara kadar gerilemiş durumdadır(2). Hızlı ilerleyen bir enfeksiyon olması ve hava yolu obstrüksiyonuna neden olabilmesi nedeniyle, basit bir enfeksiyona olan yaklaşımımızdan ziyade kompleks düşünme gerekliliğini vurgulamak amacıyla olgumuzdan bahsedeceğiz.

Olgu

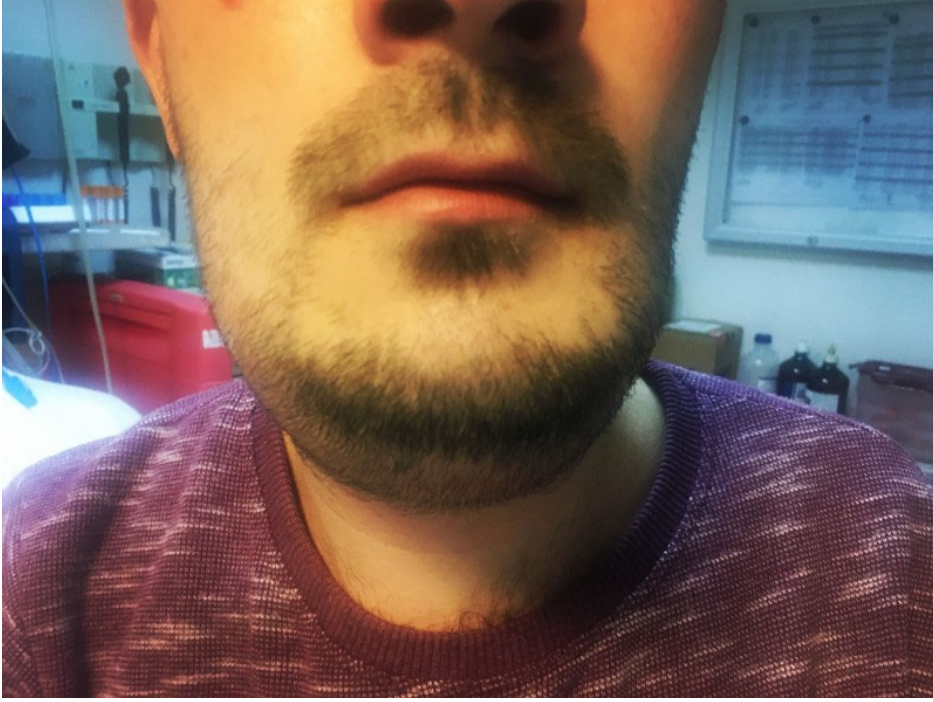
25 yaşında erkek hasta, acil servise 3-4 gündür olan ve giderek artan boyunda, çenede şişlik, ağzını açamama, nefes almakta zorlanma, ateş ve üşüme şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenede; mandibuladan başlayıp, neredeyse sternuma kadar uzanım gösteren cilt altı ödem vardı ve konuşmakta zorlanıyordu. (Resim 2) Boyun BT' sinin de cilt altı apse, derin boyun enflamasyonu ile uyumlu olduğu görüldü. Bunun üzerine hasta kulak burun boğaz konsültan hekimine danışıldı ve takip ve tedavi amaçlı yatışı yapıldı. Takibinde antibiyotik tedavi intravenöz başlandı. Hava yolunu riske sokacak bir ilerleme gözlenmemesi üzerine, tedavinin 5. gününde enfeksiyonu gerileyen, aktif şikâyeti kalmayan hasta oral klindamisin reçete edilerek, taburcu edildi.

Sonuç

Ludwig anjini ve derin boyun enfeksiyonları, ciddi hava yolu obstrüksiyonuna neden olabildiklerinden ve çok hızlı yayılım gösterdiklerinden, acil serviste karşımıza çıkabilecek en tehlikeli enfeksiyonlardır. Daha kompleks düşünme ve ileri tetkik tedavi gerekliliği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: ludwig anjini, apse, odontojenik enfeksiyon

Resim 1



Resim 2



P-24

MUHEMEL BİR MACKLİN ETKİSİ VE GELİŞEN PNOMOMEDIASTİNUM: OLGU SUNUMU

Abdullah Algın, Büşra İhtiyar, Burcu Yılmaz, Hatice Şeyma Akça, Serkan Emre Eroğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş

Pnömomediastinum (PM) intra ve ekstra torasik nedenler sonucu mediastindeki dokular arasında serbest hava bulunmasıdır. Oluş mekanizmasına göre bilinen bir sebep olmadan PM'nin kendiliğinden gelişen formu, primer PM, travma ve enfeksiyon sonrası görülen veya aerodijestif yolların girişimsel işlemlerini takiben ortaya çıkan, sekonder PM olarak tanımlanır. PM sessiz seyredebilse de, altta bulunan ve eşlik eden diğer hastalıklara göre ciddi sonuçlara neden olabilir. Potansiyel letal bir durum olması nedeni ile hızlı tanı önemlidir. Plevral ve ekstraplevral boşlukların mediastenle ilişkisi ve akciğerlerin interstisyumu ile alveollerin arasındaki basınç farkının değişimi PM gelişiminin patofizyolojisini oluşturmaktadır. Olayın temeli bir nedenle toraks iç basıncının artmasını takiben, alveol içi basıncın aniden artması sonucu yırtılan alveollerden çıkan serbest havanın peribronşiyal vasküler yapılar (Macklin etkisi) yanında, akciğerin hilusuna doğru yol alması ve mediastene ulaşması olarak tanımlanmaktadır. Havanın dokular arasındaki diseksiyonu sadece mediastenle sınırlı kalmayabilir. Macklin etkisine bağlı olduğunu düşündüğümüz, pnömomediastinum gelişen, travması ilk acil başvurusunda minör travma olarak değerlendirilen künt toraks travması olan bir olguyu sunuyoruz.

Olgu

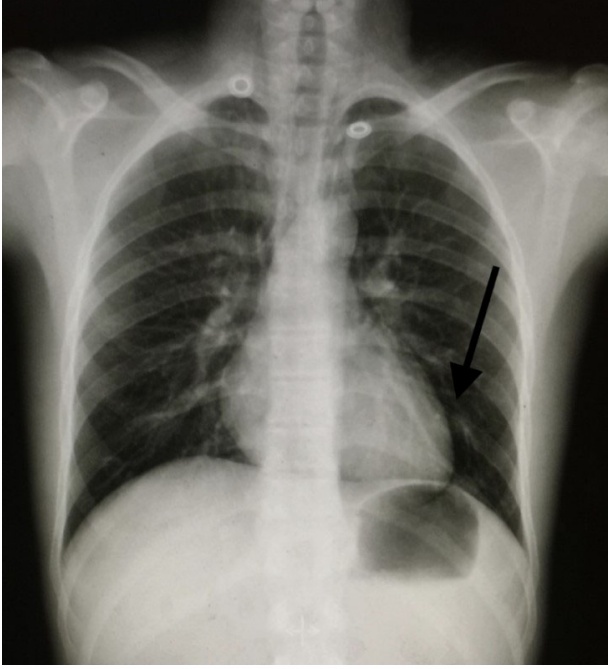
17 yaşında erkek hasta futbol oynarken rövaşata sırasında sırt üstü düşme sonrası gelişen yaygın göğüs ve sırt ağrısı ile acil servisimize başvurdu. Hastanın tüm toraks ön yüz ve sırtta yaygın sıkıştırıcı göğüs ağrısı şikayeti vardı. Solunum sistemi muayenesinde akciğer sesleri normal idi, sternum üzerinde bası ile olan hassasiyeti var ancak krepitasyon yoktu, kalp ritmik ancak oskültasyon sırasında göğüs ön yüzünde kalp tepe atımıyla eş zamanlı çıtırtı sesi duyulmaktaydı (Hamman belirtisi). Bilgisayarlı Toraks Tomografisi (BTT)'de mediastinal alt sınırdan, alt servikal bölgeye kadar uzanan yaygın pnömomediastinum saptandı. Yakın monitörize takip amaçlı çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Çekilen seri PA akciğer grafilerinde pnömomediastinum bulgularının gerilemesi üzerine hasta çocuk cerrahisi servisine devredildi.

Sonuç

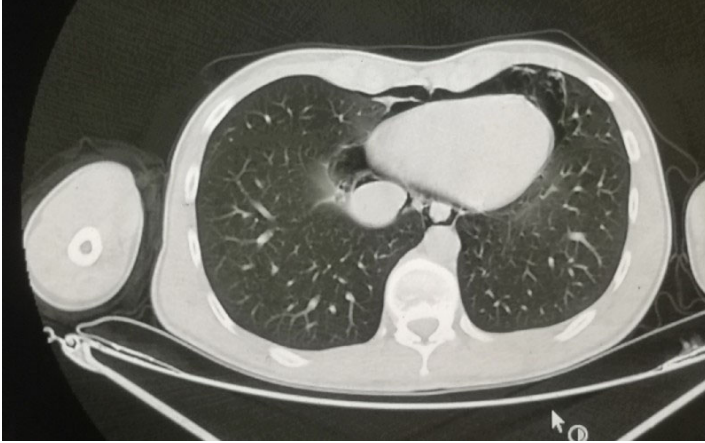
Hastamızda olduğu gibi bazen minör olarak kabul edilen travmalar; daha yüksek enerji ile gelişebileceğini düşündüğümüz bulguları ortaya çıkarabilir. Acil hekimi, ilk değerlendirmeyi yaparken olası tüm tanıları öngörmeli, tüm hastalara aynı özen ve dikkati göstermelidir.

Anahtar Kelimeler: pnömomediastinum, travma, Macklin etkisi

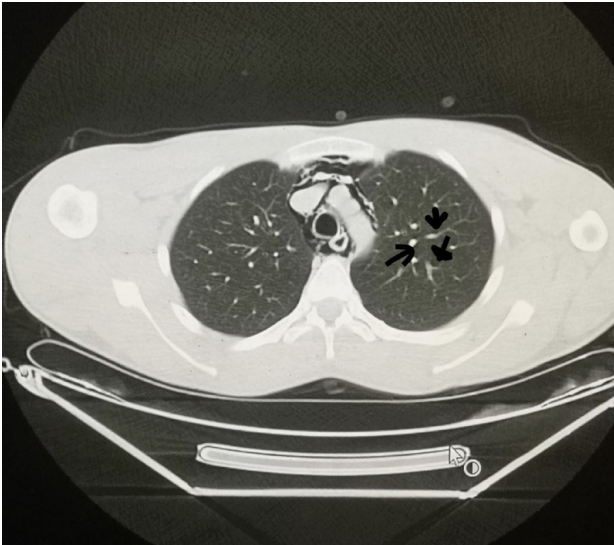
Resim 1



Resim 2



Resim 3



P-25

ACIL SERVİSTE GÖZDEN KAÇABİLECEK BİR OLGU: LİSFRANC YARALANMASI

Ahmet Çağatay Baki, Abdullah Algın, Büşra İhtiyar, Serdar Özdemir, Gökhan Aksel
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

Tarsometatarsal eklem olarak da bilinen Lisfranc eklemi, ön-ayak ve orta-ayağı birbirine bağlayan üç kuneiform, bir küboid ve beş metatarsal kemikten oluşur. Lisfranc yaralanmaları nadir görülen bir yaralanma olup, tüm kırıkların yaklaşık % 0.2' sinde görülür. Özellikle sporcularda görülme sıklığı artmış olup, insidansı yaklaşık %1,9 olarak bildirilmiştir. Radyografilerde kolayca gözden kaçabilecek bir yaralanma olan bu durumu vurgulamak amacıyla acil servisimizde tespit edilen bir lisfranc yaralanması olgusu sunulmuştur

Olgu

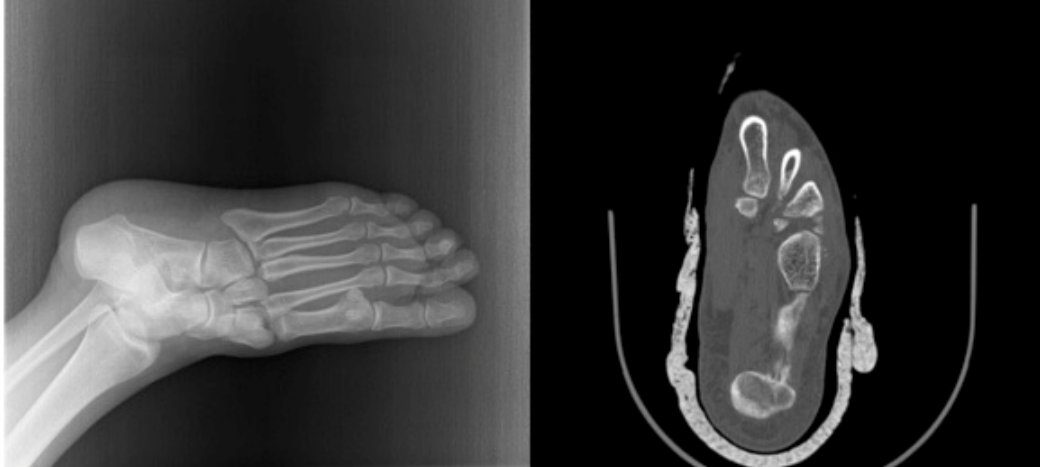
36 yaşında erkek hasta sol ayağının araçla ezilmesi sonrası ağrı ve şişlik şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Ek yaralanması olmayan hastada sol ayak plantar yüzde ekimoz ve medialde ödem mevcuttu. Hastanın çekilen radyografileri ve bilgisayarlı tomografisinde 2, 3, 4 ve 5. metatars dislokasyonu ve 2, 3, 4. metatars bazisinde milimetrik fraktürler izlendi. Lisfranc yaralanması olarak değerlendirilen hastaya kapalı redüksiyon yapıldı, cerrahi kararı alındı.

Sonuç

Tarsometatarsal eklem olarak da bilinen Lisfranc eklemi, ön-ayak ve orta-ayağı birbirine bağlayan üç kuneiform, bir küboid ve beş metatarsal kemikten oluşur. Lisfranc yaralanmaları, tüm kırıkların yaklaşık %0,2' sinde görülür. Hafif vakalarda ayakta ağrı ödem ve hassasiyet görülebilirken, ciddi vakalarda bunlara ayak deformitesi de eşlik eder. Tedavide eklem stabilizasyonuna göre kapalı redüksiyon veya cerrahi olarak anatomik redüksiyon uygulanır.

Anahtar Kelimeler: lisfranc yaralanması, travma, ezilme

Şekil 1



P-26

NADİR GÖRÜLEN MENOMETRORAJİ NEDENİ: TÜBERKÜLOZ ENDOMETRİTİ

Mertcan Küpcük, Serdar Özdemir, Abdullah Algın, Büşra İhtiyar, Serkan Emre Eroğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş

Tüberküloz sıklıkla akciğeri hedef alan, ancak lenfatikler ve kan dolaşımı yolu ile yayılabilen enfeksiyöz bir hastalıktır. Genital tüberküloz, infertilite, menstrüel bozukluklar ve kronik pelvik ağrı gibi semptomlarla ortaya çıkabilir. Tüberkülozun en sık görülen formu olan akciğer tüberkülozu, önemli bir endişe oluştururken, akciğer dışı formlar, özellikle de bu durumun genital formu hafife alınmaktadır. Genital tüberküloz sıklık araştırmaları daha çok postmortem taramalara, operasyon örneklerinden yapılan incelemelere ve endometrial biopsi sonuçlarına dayanmaktadır. Kadın genital tüberküloz sıklığı postmortem çalışmalarda %4-12 oranında, operasyon ve biopsi örneklerinde bu oran %2-20 olarak bildirilmektedir. Ülkemizde kadın genital tüberküloz sıklığı %0,3-1,3 olarak bildirilmektedir.

Olgu

38 yaşında kadın hasta; halsizli, yorgunluk nedeniyle başvurduğu dış merkezde hemoglobin değerinin düşük çıkması nedeniyle acil servisimize başvurdu. Hastanın bilinen bir kan hastalığı yoktu, ailede de özellikli bir durum saptanmadı. Hastanın başvuru anında Ta:121/63mmHg, nabız:85/dk, O2 saturasyonu:100 idi. Anamnezde menstürasyon döneminde olduğu öğrenildi. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin değerinin 4,4gr/100ml olduğu tespit edildi. Yapılan ultrasonografik incelemede sağ overde 40x30mm boyutlarında kist izlendi, Douglas boşluğunda ise 4cm serbest sıvı izlendi. Vajinal muayenede ise lekelenme tarzı kanama görüldü. Hasta hemorajik kist rüptürü ve menometrorajiye bağlı anemi ön tanılarıyla Kadın Doğum ve Hastalıkları bölümü servisine interne edildi. Hastaya hemogram takipleri sonrasında 3 ünite eritrosit, 2 ünite taze donmuş plazma replasmanı yapıldığı, yapılan ileri tetkiklerde endometriumda kalınlık tespit edilmesi üzerine endometrium biyopsisi alındığı, biyopsi sonucunun granülomatöz tüberküloz endometrit gelmesi üzerine göğüs hastalıkları konsültasyonu yapıldığı, takibinde tüberküloz tedavisi başlandığı öğrenildi.

Sonuç

Tüberküloz, Dünya'da her yıl milyonlarca insanı tehdit eden, acil hareket planı gerektiren, ölümcül ancak tedavi edilebilir bir hastalıktır. Tüberküloz basili sıklıkla akciğeri tutmasına rağmen her organda görülebilir. Genital sistem tüberkülozu daha çok doğurganlık çağındaki kadınlarda görülür; en sık fallop tüpünü 2.sıklıkta ise endometriyumu tutar. Tüberküloz endometriti kesin tanısı için biyopsi yapılması gerekir. Çoğu endometrit vakası asemptomatik seyretse de pelvik ağrı, infertilite, anormal uterin kanamayla gelen hastalarda nadir de olsa tüberküloz endometriti olabileceği mutlaka akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: tüberküloz, granülomatöz endometrit, karın ağrısı

P-27

GASTROENTERİT, ADRENAL YETMEZLİK HASTASINDA KRİZ NEDENİ OLABİLİR Mİ? OLGU SUNUMU

Onur Üstüntaş, Abdullah Algın, Büşra İhtiyar, İbrahim Altunok, Serkan Emre Eroğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş

Adrenal bez vücudumuzdaki hormonal dengenin en önemli sorumlularından biridir. Bezin dış korteksinde mineralokortikoid (MK), glukokortikoid (GK) ve androjen, daha içteki medüller kısmında da katekolamin üretilir. Kortizol en önemli glukokortikoidlerden biri olup stres zamanlarında immün fonksiyonlara, vasküler tonusa ve metabolizmaya yardımcı olmak için salınır. Kortizol salınımı hipotalamik-pitüiter-adrenal aks ile kontrol edilir, bu yolaktaki herhangi bir bozukluk adrenal yetmezliğe yol açar.

Olgu

19 yaşında erkek hasta ishal kusma ve ateş yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Başvuru anında genel durumu iyi tansiyonu 97/53, ateş 39.1 C, nabızı 88 atım/dk, batın orta hatta hassasiyet mevcut olup defans ve reboundu, kostavertebral açı hassasiyeti yoktu. Diğer tüm sistem muayeneleri doğaldı. Şüpheli gıda alımı ya da toksik madde maruziyeti olmayan hastanın anamnezinde bilinen adrenal yetmezliği olduğu günlük 5 mg dekort tablet kullandığı öğrenildi. Hasta dahiliye konsultan hekimine ateş, gastrointestinal bulgular nedeniyle adrenal kriz ön tanısı ile takip ihtiyacı amaçlı danışıldı.100 mg prednol, 1000 cc %5 dekstroz, 2000 cc %0,9 NaCl izotonik solüsyon tedavi önerilen hasta gözlem amaçlı dahiliye servisine yatırıldı. Hastanın takibinde enfeksiyon hastalıklarına gastroenterit için uygulanabilecek ek tedaviler amaçlı danışıldı.Mevcut tedavilerle 24 saat gözlem altına alındı, takibinde vital parametrelerinde ateş harici değişim olmadı, hipotansiyonu düzeldi, takibinde tespit edilen elektrolit bozukluğu olmadı, ancak başlangıçta normal olan CRP değerinin 5.3 mg/dL olarak sonuçlanması ve ara ara kliniğine ateşin eşlik etmesi üzerine ampirik olarak başlanan 2x500 mg siprofloksasinin oral yoldan devamı önerilip taburcu edildi.

Sonuç

Acil servis başvurularından olan bulantı kusma ishal semptomları ile gelen hastaların vital değerlendirmesinin ve medikal özgeçmişinin dikkatli yapılması gerekmektedir. Adrenal yetmezlik nedenli takip edilen steroid kullanımı olan hastaların gastroenterit ve ateş başvuruları uygun tedaviyi almadığında adrenal krize ilerleyebilmekte ve hastanın klinik durumunu ve elektrolit dengesini bozabilmektedir. Ayrıca bu hastaların ilerleyen süreçteki mortalitesi de artmaktadır. Hastaların stabil 24 saat gözlem sonrası taburcu edilmesi, hastanın surveyi açısından daha iyi olacaktır. Yetmezliğin, krize evrilebileceğini öngörerek yapılacak erken tıbbi müdahaleler mortal durumların önünde kalkan olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Adrenal yetmezlik, ishal, adrenal kriz

P-28

PENETRAN TRAVMALARDA GÖZDEN KAÇABİLECEK BİR KOMPLİKASYON: PSÖDOANEVRİZMA

Burak Acem, Abdullah Algın, Büşra İhtiyar, Hatice Şeyma Akça, Serkan Emre Eroğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş

Femoral arter psödoanevrizmaları en sık önceki femoral arter kateterizasyonu işlemi sonrasında olmak üzere, penetran veya yüksek enerjili künt travmatik yaralanmalarda, spor aktiviteleri ve kemik kırıkları ile ilişkili olarak görülür. Tanısal kateterizasyondan sonra FAP insidansı % 0.05 ila % 2 arasında değişmektedir. Koroner veya periferik müdahale yapıldığında insidans % 2'den % 6'ya yükselir. 3 cm'den az olan femoral psödoanevrizmaların çoğu spontan tromboza girer ve asemptomatik hastalarda seri doppler ultrason muayeneleri ile görülebilir. Hastalar bazen tanıyı klinik olarak zorlaştıran çeşitli klinik durumlarla başvurabilirler(3). Bu hastaların klinik incelemelerine daha dikkatli bir yaklaşım amaçlı bu olguyu sunmak istedik.

Olgu

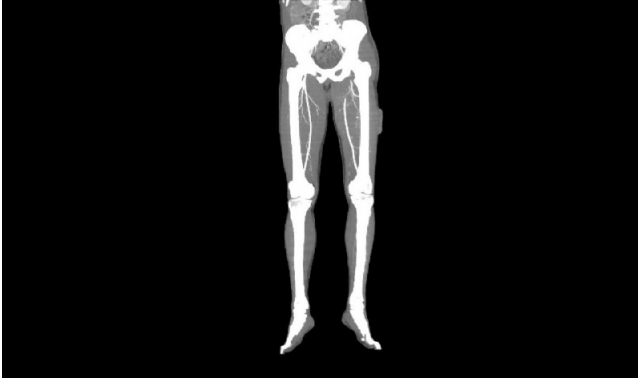
45 yaşında erkek hasta, sol bacakta ağrı ile acil servisimize başvurdu. Hastanın anamnezinde, beş gün önce sol femur anterolateral bölgeden delici kesici alet yaralanması ile acil servise başvurduğu, kompresyonla duran kanamasının mevcut olduğu ve yarasının primer suture ile tamir edilerek taburcu olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde sol femur anterolateral bölge suture çevresinde ekimoz, palpasyonla ağrılı, ele gelen kitle mevcuttu. Sol alt ekstremité BT anjiyografi incelemesinde sol uyluk posteriorda derin femoral arter dalı ile ilişkili 5 cm çapında psödoanevrizma ve çevresinde organize hematoma izlendi. Girişimsel radyoloji tarafından sol femorapopliteal arteriyografi ve endovasküler koil embolizasyon yapıldı. Hasta bir süre servis takibinden sonra şifa ile taburcu edildi.

Sonuç

Penetran travma sonrası meydana gelen gizli vasküler yaralanmalar fizik muayenede kolayca gözden kaçabilir. Psödoanevrizmalar konusunda taburculuk sırasında hasta bilgilendirilmelidir.

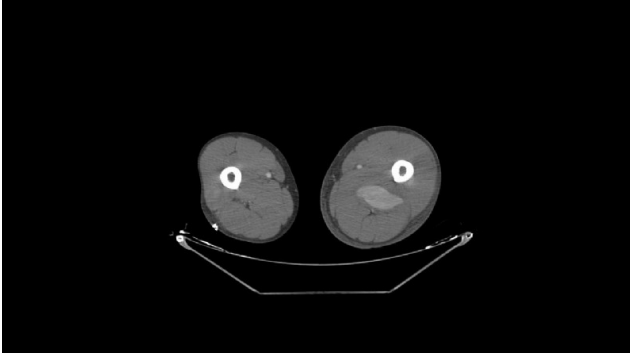
Anahtar Kelimeler: psödoanevrizma, travma, kesici alet yaralanması

Resim 1



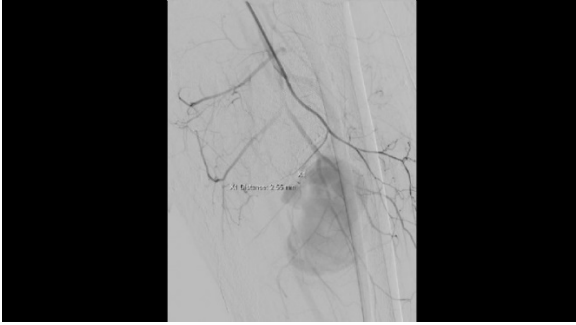
İlk başvurudaki anjiyo görünütüsü tamamen normal.

Resim 2



İkinci başvurudaki anjiyosundan bir kesit

Resim 3



Resim 4



tedavi esnasında bir görüntü

P-29

STERNOKLAVİKULER EKLEM DİSLOKASYONU: OLGU SUNUMU EŞLİĞİNDE LİTERATÜREL DEĞERLENDİRME

Ayşe Begüm Çakır Bostancı, Salih Daşdelen, Tanju Taşyürek, Abdullah Algın, Serkan Emre Eroğlu

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

Giriş

Sternoklavikular eklem dislokasyonları tüm travmatik eklem yaralanmalarının % 1' ini oluşturmaktadır. Ayrıca tüm omuz kuşağı yaralanmalarının %3' ünde sternoklavikular eklem dislokasyonu saptanmıştır. Doğru tanı ve tedavi hayati önem taşımaktadır. Çünkü bu yaralanmalar hayati komplikasyonlar oluşturabilmektedir. Bu olgu sunumunda posterior sternoklavikular eklem dislokasyonu olan hasta tartışılmıştır.

Olgu

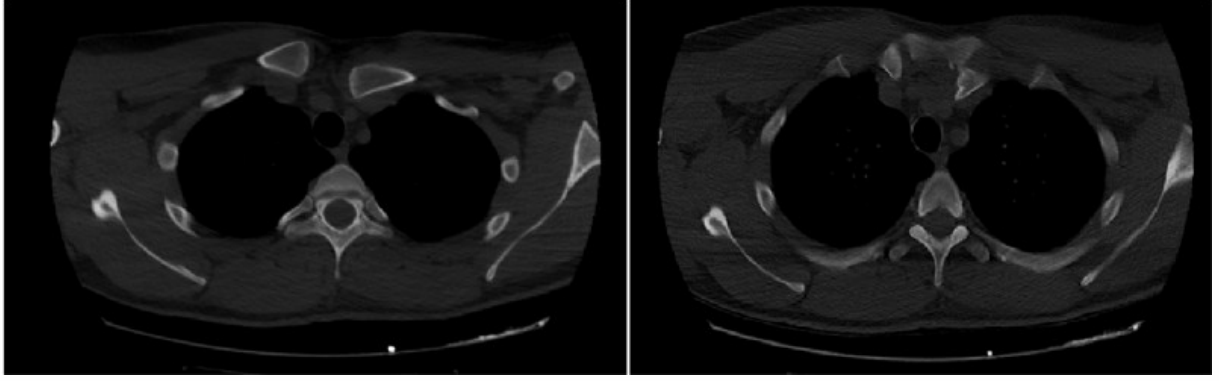
24 yaşında erkek hasta, acil servise futbol maçı esnasında el ayası üzerine düşme sonrası klavikula bölgesinden ses gelmesi, sol klavikular bölgede ağrı, sol omuzda ağrı ve hareket ettirmekte zorluk şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenesinde sol klavikula ve sol omuzda palpasyonla yaygın hassasiyet ve sol omuz eklem hareketlerinde kısıtlılık mevcuttu. Hastanın bilgisayar tomografisinde sol sternoklavikular eklemde dislokasyon mevcuttu. Sol klavikula başında posterior sternuma doğru dislokasyon mevcuttu. Hastaya posterior sternoklavikular eklem dislokasyonu tanısıyla konsültanlar tarafından Velpau bandaj analjezi ve 48 saat sonra poliklinik kontrolü önerildi.

Sonuç

Sternoklavikular eklem dislokasyonları, sternoklavikular eklemde güçlü bir ligament desteği olduğu için çoğunlukla yüksek enerjili travmalar sonrası ortaya çıkar. Vakaların %80' inin sebebi motor kazaları ve spor yaralanmaları olarak bildirilmiştir. Sporla ilişkili sternoklavikular eklem dislokasyonları daha çok futbol ve rugby gibi sporlarda bildirilmiştir. Sternoklavikular eklem dislokasyonları anterior veya posterior yönde olabilmektedir. Anterior Dislokasyonlar daha sık görülmesine rağmen posterior dislokasyonlar daha tehlikelidir. Dislokasyonun yönünün belirlenmesi özellikle mediastinal yapılarda yaralanma riski nedeniyle önemlidir. Bu da ölümcül sonuçlara yol açma potansiyeline sahiptir. Posterior sternoklavikular eklem dislokasyonlarında şiddetli ağrı, deformite ve şişlik görülebilmektedir ayrıca trakea basısı veya pnömotoraks sebebiyle dispne, büyük damar oklüzyonları veya laserasyonlarına bağlı olarak ipsilateral ekstremitelerde konjesyon ve şişlik, özofagus rüptürüne bağlı olarak disfaji, brakial pleksus basısına bağlı eklemde uyuşma, karıncalanma gibi şikayetler, laringeal sinir basısına bağlı olarak ses kısıklığı gibi şikayetler görülebilmektedir. Tanıda bilgisayarlı tomografi, direkt grafiden üstündür. Bilgisayarlı tomografide subluksasyon, luksasyon ve fraktürler kolayca ayırt edilebilmektedir. Tedaviye başlanmadan önce iyi anamnez, fizik muayene ve radyolojik değerlendirme önem taşımaktadır. Çünkü hayati önem taşıyan komplikasyonlar görülebilmektedir. Posterior dislokasyonlarda cerrahi onarım gerekliliği nedeniyle erken ortopedi veya kardiyotorasik cerrahi konsültasyonları gerekebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sternoklavuler, dislokasyon, BT

Sternoklavikular eklem posterior dislokasyonu bilgisayar tomografi görüntüsü



P-30

GEBELİKTE NADİR GÖRÜLEN DÖKÜNTÜ; ERİTEMA NODOZUM

Melike Delipoğraz, Sümeyra Acar Kurtuluş, Abdullah Algın, Hatice Şeyma Akça, Serkan Emre Eroğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

Eritema nodozum (EN), genellikle bacaklarda eritematöz, hassas nodüller olarak ortaya çıkan gecikmiş tipte bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Çok sayıda antijene veya tetikleyiciye yanıt olarak gelişen aşırı duyarlılık reaksiyonudur. En yaygın septal pannikülit şeklindedir. Ciltte ve subkutanöz yağlı dokuda yuvarlak veya oval, hafifçe ciltten kabarık, ülseratif olmayan ağrılı kırmızı nodüllerdir, 1 ila 6 cm çapında; bazen birleşme eğiliminde olması ile karakterizedir. EN vakalarının çoğu idiyopatikken (% 55); % 2'sinin gebelik tarafından provoke edildiği, tipik olarak erken gebelikte ortaya çıktığı ve üçüncü trimesterde çözüldüğü düşünülmektedir (3). Bu olgu sunumunda eritema nodozum vakalarının % 2 sini oluşturan gebe vakamızı tartışacağız.

Olgu

19 yaş kadın hasta; 11 haftalık gebe, kliniğimize sağ bacakta kırmızı renkli, ağrılı döküntü şikayetiyle başvurdu. Lezyonlar çıkmadan önce enfeksiyöz semptomları ve ilaç kullanımı olmamış. Öz geçmişinde hastalık öyküsü yok. Vitalleri; kan basıncı 110 / 60, nabızı dakikada 78, saturasyon 98 idi. GKS 15, genel durum iyi, orafarenks doğal görünümde, ağız içi yara yok, solunum sesleri her iki hemitoraks solunuma eşit katılımda olup ek ses yok, batin muayenesi doğal barsak sesleri normo-aktif, hassasiyet, defans, rebound yok, hepatosplenomegali yok. Ekstremiteler muayenesinde sağ tibia üzerinde distalde multiple (farklı dönemdeki eski ve yeni birlikte) birleşme eğiliminde, eritemli inflame nodüler lezyonlar mevcut. Hastanın fizik muayene sonrasında, hasta eritema nodozum ön tanısıyla dermatoloji uzmanı ile konsülte edildi. Dermatoloji konsültan hekimi hastaya eritema nodozum tanısıyla topikal tedavi olarak mometazon fureat tedavisi başlandı.

Sonuç

Eritema nodozum genellikle sistemik bir hastalığın kutanöz bir belirtisidir (1). Gebelikte ise enflamatuar ve glandüler cilt hastalıkları üzerine yansımaları olan maternal bağışıklık ve glandüler fonksiyonlar değişir (5). Vakamızda olduğu gibi altta yatan bir sebep olmaksızın gebelikte veya gebelik dışında da idiyopatik eritema nodozum gelişebilir. Bu nedenle acil servise cilt lezyonları ile başvuran hastalarda ve özelinde gebe hastalarda eritema nodozum tanısı akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aşırı duyarlılık reaksiyonu, Eritema nodosum. Gebelik,

Resim/ olgu fotoğrafı



Resim/ olgu fotoğrafı



P-31

KARIN AĞRISI ETİYOLOJİSİNDE NADİR BİR NEDEN: MEDIAN ARKUAT LİGAMAN SENDROMU

Onur Kocaman, Aylin Erkek, Emre Şancı
S.B.Ü. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş

Acil servislere karın ağrısı ile başvuran hastalarda ağrı etiolojisini aydınlatmak çoğu zaman mümkün değildir. Karın ağrısına neden olan intraabdominal patolojilerin nedenleri solid organlara bağlı olabildiği gibi vasküler patolojilerde sıklıkla görülebilmektedir. Median arkuat ligament sendromu(MALS), median arkuat ligamentin çölyak arter köküne basısı sonucu oluşan nadir bir karın ağrısı etiolojisidir. Sendrom ayrıca Dunbar sendromu olarak da adlandırılmaktadır(1). Çölyak arter kökünde basıya sekonder gelişen darlık nedeniyle gastrointestinal sistemde perfüzyonun azalmasına neden olur. Perfüzyonun bozulması sonrası oluşan ağrı, ilk klinik bulgu olarak ortaya çıkar.

Olgu

81 yaşında kadın hasta acil servise 5 gündür olan karın ağrısı yakınması ile başvurdu. Anamnezinde uzun süredir bu tarz ağrı atakları olduğunu son birkaç gündür olan ağrısının geçmediği ve ek olarak 2 kez kusma şikayeti mevcuttu. İshal, kabızlık yakınması olmayan, gaz gaita çıkışı olan hastanın düzenli dışkılama öyküsü mevcuttu. Vitalleri;KB:110/60mmHg NB:65/dk VI:36.5C sO2:96 olarak değerlendirildi. Bilinç durumu iyi oryante-koopere idi. Fizik muayenesinde batında tüm kadranlarda hassasiyet mevcut olup defans yada rebound bulgusu yoktu. Hastanın labarotuvuar değerleri WBC:7300 HGB:11.9 plt:210000 olarak normal sınırlar arasındaydı. Elektrolit değerleri normal, kr:1.7 üre:48'di. VKG'nda ph:7.31 laktat:0.78 HCO3:24 BE:-2.3 olarak sonuçlanan hastanın karın ağrısı devam etmesi üzerine mezenter arter iskemisi şüphesi ile hidrasyon sonrası IV kontrastlı batın tomografisi planlandı. Tomografi sonucunda çölyak trunkus proksimalinde median arkuat ligaman basısına bağlı %50-75 stenoz görünümü olduğu belirlendi.

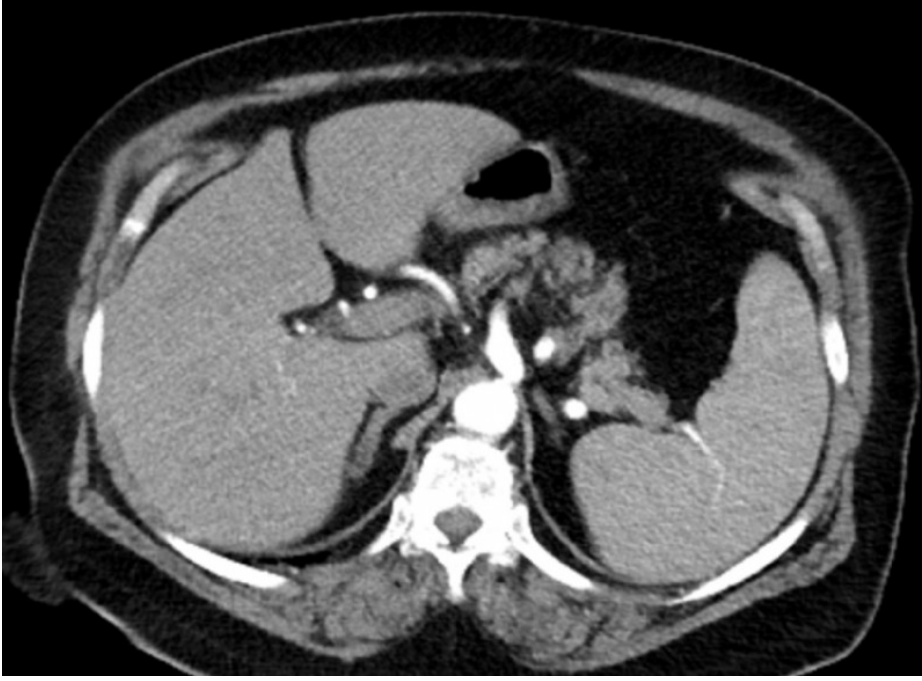
Hasta genel cerrahi kliniği ile konsulte ederek yatırıldı. Medikal tedavi sonrası yakınmaları gerileyen hastaya operasyon planlanmadı, 72 saatlik servis takibi sonrasında poliklinik takibi önerisi ile taburcu edildi.

Sonuç

MALS postprandiyal karın ağrısı yakınması ile prezente olsa da asemptomatik olanların görüntüleme ile de ortaya konabileceği akılda tutulmalıdır. Asemptomatik kişilerde insidansı %10–24 arasında bildirilirken(2) semptomatik vakalarda klinik durumlarında düzelme olmadığı takdirde cerrahi müdahale gerekebilmektedir. Cerrahiye rağmen uzun yıllar sonrasında nüks görülebileceği unutulmamalıdır. Tanıda çölyak Doppler-USG, konvansiyonel anjiyografi ve BT anjiyografi kullanılabilir. Ancak acil servislere sıklıkla diğer ön tanılardan ayırımı için BT kullanılmaktadır. İntraabdominal patolojilerde vasküler yapıların tanınması ve değerlendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: median arcuat ligaman sendromu, acil servis, karın ağrısı etiyojisi

Resim 1



Batın BT'de median arkuat ligaman basısına bağlı çölyak trunkusta daralma

P-32

KAWASAKİ ŞOK SENDROMU: OLGU SUNUMU

Songül Tomar Güneysu¹, Okşan Derinöz Güleryüz¹, Özlem Çolak¹, Halil Emre Koyuncuoğlu²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara

Giriş

Kawasaki Hastalığı (KH) genellikle beş yaş altındaki çocuklarda nedeni bilinmeyen sistemik bir vaskülitir. En az beş gün süren ateş ve bilateral nonpürülan konjunktivit, dudak ve oral mukozada değişiklikleri, döküntü, el ve ayaklarda ödem ve periungual soyulma, teka taraflı ağrısız servikal lenfadenopati bulgularından dördünün olması tanı koydurur. En önemli komplikasyonu koroner arterlerde dilatasyon veya anevrizmadır. Akut döneminde yaş ve cinsiyete göre kan basıncının -2SD'nin altında olması, bazal kan basıncı değerinin %20'den fazla düşmesi veya kan basıncına bağlı olmaksızın perfüzyon bozukluğunun olması Kawasaki Şok Sendromu (KŞS) olarak tanımlanır. Bu yazıda uzamış ateş, yürümede dengesizlik nedeniyle başvuran ve hiponatremi saptanan KŞS tanısı alan olgu sunulmuştur.

Olgu

Konuşma geriliği nedeniyle takipli 8.5 yaş erkek hasta, altı gündür ateş ve yürüyememe yakınması ile hastanemize başvurdu. İlk değerlendirmede vücut sıcaklığı 38.1 °C, nabız 170/dk, tansiyon 98/76 mmHg ve saturasyon %98 idi. Fizik incelemesinde orofarenks hiperemik, sol ön servikalde 1.5x1 cm ağrısız lenfadenopati ve dengesiz yürümesi vardı. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre: 15.900/mm³, trombosit: 107.000/mm³, CRP: 178 mg/L, sodyum: 122 mmol/L, albümin: 2.5 g/dL idi. Hiponatremisine yönelik sıvı, enfeksiyona yönelik sulbaktam ampisilin tedavisi başlandı. İzleminin 8. saatinde, ense sertliği, el içinde döküntü, dudaklarda ragat, çilek dili, konjunktivalarda kızarıklık ve hipotansiyon gelişti. Hastada meningoensefalit ve KH düşünüldü. Lomber ponksiyon yapıldı ve seftriaksona geçildi. BOS tetkikleri normaldi. Hipotansiyona yönelik üç kez serum fizyolojik yüklendi. Ekokardiyografide koroner arterler normaldi. Yoğun bakım ünitesine yatırıldı, dopamin başlandı. 2 gr/kg'dan intravenöz immünglobulin (IVIG) verildi ve ateşi düştü. Asetil salisilik asit başlandı. Akut faz reaktanları düştü.



Sonuç

Kawasaki hastalığı tanısı için özgün bir testin olmaması ve inkomplet formlarının olması sebebi ile hastalığa tanı koymada yüksek klinik şüphe önemlidir. Uzamış ateş olgularında akla gelmelidir. Kawasaki şok sendromu, KH'den daha nadir görülen bir durumdur. Tedavi KH olduğu gibidir, ancak hipotansiyon varlığı nedeniyle sıvı ve inotropik/vazopressör tedavi gerekliliğinin ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kawasaki şok sendromu, Hiponatremi, Hipotansiyon

KAYNAKÇA

1. ÖZTÜRK, Büşra, et al. Kawasaki hastalığı şok sendromu: Bir vaka takdimi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2016, 59: 131-5.
2. GÖKNAR, Nilüfer, et al. Kawasaki Hastalığı Şok Sendromu. Journal of the Child/Cocuk Dergisi, 2015, 15.2.
3. Kanegaye JT, Wilder MS, Molkara D, et al. Recognition of a Kawasaki disease shock syndrome. Pediatrics 2009; 123: 783-789.

P-33

İNSİDENTAL SAPTANAN MORGAGNİ HERNİSİ; OLGU SUNUMU

Özlem Çolak¹, Okşan Derinöz Güleryüz¹, Songül Tomar Güneysu¹, Ümit Saruhan Yüce²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

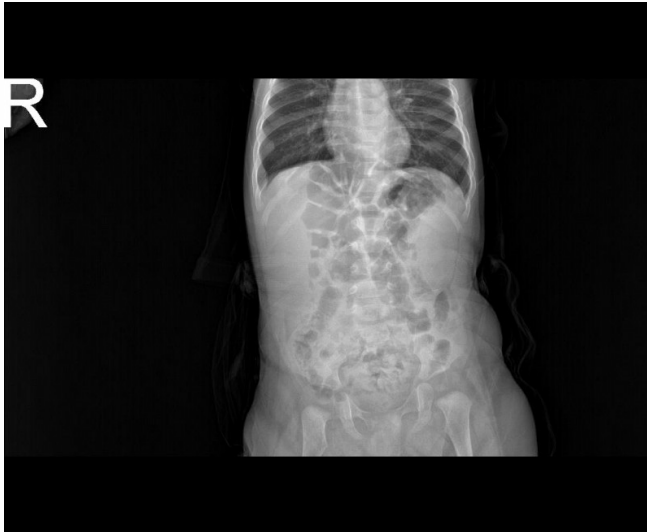
Giriş

Konjenital diyafragma hernileri (KDH) 2500-3000 canlı doğumda bir sıklıkla görülen ve oldukça ölümcül seyreden konjenital bir anomalidir. Retrosternal bölgede olan herniler Morgagni hernisi olarak isimlendirilmiş olup tüm KDH'lar içinde %3-4 oranında görülür, bebeklerde ve küçük çocuklarda sıklıkla asemptomatik seyreder ve tesadüfen saptanır. Tanıda radyolojik görüntülemenin önemi büyüktür.

Olgu

Daha önce sağlıklı, altı aylık erkek hasta, üç gündür devam eden ateş, öksürük, kusma yakınması ile getirildi. Öyküsünden şikayetleri nedeniyle iki gündür oseltamivir, klaritromisin ve inhale salbutamol tedavisi aldığı öğrenildi. Şikayetlerinin artması nedeniyle hastanemize başvurmuştu. İlk değerlendirmede vücut ısısı: 38.4 dereceydi, solunum sayısı: 51/dk nabız: 165 atım/dk saturasyon:%97 saptandı. Fizik incelemede akciğer oskültasyonunda bilateral sekretuar ralleri, orta zonlarda ronküsleri ve hafif ekspiryum uzaması saptandı, retraksiyonu ve siyanozu yoktu ve diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hasta viral pnömoni olarak değerlendirildi, laboratuvar tetkikleri normaldi. Ancak çekilen ön arka akciğer grafisinde diyaframın üst tarafına geçen; yan grafide kalbin ön tarafıda şüpheli barsak anısı görünümü saptandı. Grafide başka patolojik bulgu yoktu. Filmi "Orta hatta ve sağ parasagittal alanda ön arka çapı yaklaşık üç cm olarak ölçülen bir defekttan kolon anslarının retrosternal alandan toraksa herniye olduğu izlenmiştir (morgagni hernisi)." şeklinde raporlandı. Mevcut klinik durumunun solunum sıkıntısı yaratan bir durum olmadığı, acil servise verilen tedavi ile klinik durumunun düzelmesi nedeniyle Çocuk Cerrahisi bölümünce elektif operasyon planlandı ve önerilerle taburcu edildi

Paag



yan grafi



Sonuç

Morgagni hernisi diğer KDH'lerinden farklı olarak prenatal tanısı zordur, küçük yaşlarda asemptomatik seyrederek, defekt büyüdükçe semptomatik olma olasılığı artar. Morgagni hernileri Down, Turner veya Noonan Sendromları, Cantrell pentalojisi, pektus deformiteleri, barsak malrotasyonu ve genitoüriner malformasyonlar gibi diğer anomalilerle %34-50 arasında değişen oranlarda birlikte bulunabilmektedir. Bu nedenle, Morgagni hernisi tanısı alan bütün hastalar eşlik edebilecek anomaliler açısından tetkik edilmelidir. Asemptomatik Morgagni hernisinin tedavisi halen tartışmalı olmakla birlikte genel görüş cerrahi ile onarılması yönündedir.

Anahtar Kelimeler: Morgagni, Diyafragma, Hern

KAYNAK

1. Deprest JA, Gratacos E, Nicolaidis K, et al. Changing perspectives on the perinatal management of isolated congenital diaphragmatic hernia in Europe. Clin Perinatol 2009;36:329-47
2. Durakbaşı, Ç., et al. Morgagni hernisi: Bir çocuk cerrahisi kliniği deneyimi. Çocuk Cerrahisi Dergisi 21(3):139-143, 2007
3. McGivern MR, et al. Epidemiology of congenital diaphragmatic hernia in Europe: a register-based study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2015;100(2):F137.

P-34

SUPRAVENTRİKÜLER TAŞIKARDİLİ YENİDOĞANDA BAŞARILI İNTRAOSEÖZ ADENOZİN UYGULAMASI

İlknur Fidancı¹, Okşan Derinöz Gülyüz¹, Ömer Doğan Yenice¹, Kerem Serdar Karaşahin²

¹Gazi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara

Giriş

Supraventriküler taşikardi (SVT), çocukluklarda en sık görülen taşikardidir. Görülme sıklığı çocuklarda 1-4/1000 iken, yenidoğanlarda 6/10000'dir. Çocuklar çarpıntı hissi ile başvururken, yenidoğanlar solukluk, huzursuzluk, beslenme azlığı, siyanoz ve takipne gibi bulgular ile karşımıza çıkabilir. Tedavi, hemodinamik stabil SVT olgularında vagal manevra yanıt alınmadığı durumlarda intravenöz (IV) veya intraosseöz (IO) adenozin uygulamasıdır. Adenozin sıklıkla IV yol ile uygulanırken, nadiren IO yol ile uygulanabilir. Bu olgu, yenidoğanlarda SVT'nin nadir görülmesi, IO adenozin uygulaması ile SVT'nin başarılı bir şekilde sonlandırılabilceğini vurgulamak için sunulmuştur.

Olgu

28 yaşındaki annenin birinci gebeliğinden birinci yaşayan olarak 38 hafta 2 gün C/S ile 3450 gram doğan 28 günlük erkek bebek, başvurudan üç saat önce başlayan huzursuzluk, avutulamama ve aile tarafından kalp tepe atımının 250/dk üzerinde ölçülmesi üzerine getirildi. Özgeçmişinden 13 günlük takipne nedeniyle bir hafta yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlendiği, oral propranolol tedavisi ile taburcu edildiği öğrenildi. Yatışında yapılan ekokardiyografisi normaldi. 1.5 mg/kg'dan propranolol kullanıyordu. Başvurusunda, VI:36.4°C, Solunum Sayısı:40/dk Nabız:288/dk, TA:100/Nb mmHg, SpO2:%100 idi. Muayenesinde taşikardi dışında bir patoloji saptanmadı. Laboratuvar tetkikleri Hb:14.7g/dL, Hct: %46.2, CK:463 U/L, Kütle CK-MB:12.14 ng/mL, Hs-Troponin T:297ng/L idi.

Vagal manevra ve üç kez damar yolu denemesinin başarılı olmaması üzerine, hastaya sol tuberositastibiamedialmetafizinden IO yol girildi, adenozin verildi ve nabızı normal sınırlara indi. İzlemin 6. saatinde SVT atağı tekrarladı, bu süre içinde periferik damar yolu sağlanabildiği için, adenozin IV olarak verildi ve atak sonlandı. Hasta oral propanolol ile bir hafta sonra kontrole gelmek üzere takibinin 48. Saatinde taburcu edildi.

Sonuç

Hastamızda periferik dolaşım bozukluğunun olmamasına rağmen, kısa süre içinde periferik damar yolu erişiminin sağlanamaması nedeniyle adenozin IO olarak uygulanmış ve başarılı olmuştur. Ancak, literatürde IO adenozin uygulama sonrası başarı sağlanamayan olgularda mevcuttur. Buna rağmen, uygun doz ve teknik ile IO adenozin uygulamasının damar yolu elde edilemeyen olgularda kullanılabileceği vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: svt, yenidoğan, intraosseöz adenozin

KAYNAKLAR

1. Richardson C1, Silver ES2. Management of Supraventricular Tachycardia in Infants. Paediatr Drugs. 2017 Dec;19(6):539-551. doi: 10.1007/s40272-017-0254-0.
2. Spearman AD, Williams P. Supraventricular tachycardia in infancy and childhood. Pediatr Ann. 2014 Nov;43(11):456-60. doi: 10.3928/00904481-20141022-13.
3. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 6. Paediatric life support
4. Goodman IS1, Lu CJ. Intraosseous infusion is unreliable for adenosine delivery in the treatment of supraventricular tachycardia. Int Pediatr Emerg Care. 2012 Jan;28(1):47-8. doi: 10.1097/PEC.0b013e31823f2429.

P-35

ACABA NEDEN?

Cuma Yıldırım, Adnan Hocaoğlu, Esad Karaduman, Tutku Tek
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

Giriş

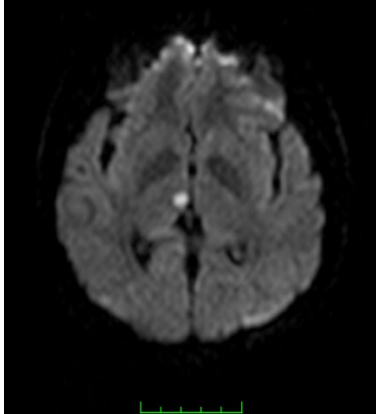
Acil hekimliği pratiğinde her gün tanısı kesin olmayan nedeni belirsiz klinik durumlarla karşılaşırız. Daha doğrusu hiç bir hasta net bir klinik ile gelmez. Teşhislerde her zaman gri zonlar vardır. Bazan uzun yıllar sebebi bulunamayan ya da bilinmeyen bir durum başka bir sebeple başvurur. Dikkatli ve özenli bir klinisyen bu gibi durumlarda görülmeyeni görür.

Olgu

36 yaşında kadın hasta. Acile görme bozukluğu ve çift görme şikayetleri ile başvurdu. Şikayetleri bir gün önce başvurmuş. Çift görme ve baş ağrısı varmış. Şikayetleri geçmeyince acile başvurmuş. Özgeçmişinde bir özellik yok. Arada bir çarpıntısı olurmuş. Ancak kardiyoolojiye gitmiş normal olarak değerlendirmiş.

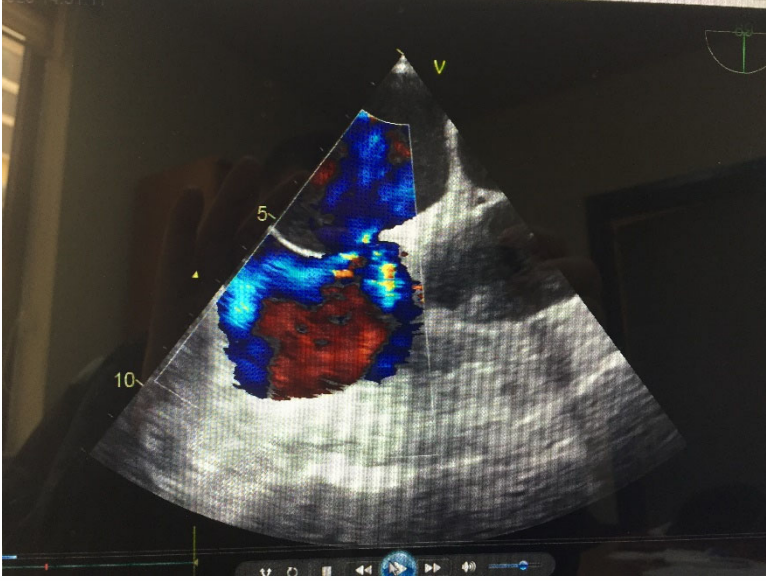
Fizik muayenesinde: genel durum orta. Huzursuz, etrafı ile iletişim kurmak istemeyen hasta. Bilateral dışa bakışta diplopsi olan hasta. Diğer muayene bulguları normal.

Bilgisayarlı tomografi görüntüleri normal olarak değerlendirildi. Hastaya difüzyon MR istenmesine karar verildi. MR'da: Sağ talamusta laküner enfarkt alanı tespit edildi (Resim 1).



Hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı nöroloji servisine yatırıldı.

Nöroloji servisinde Kranial MR anjiyografi yapıldı. Normal olarak değerlendirildi. Enrafktın kaynağını tespit etmek amacı ile hastaya kardiyooloji konsültasyonu istendi. Yapılan ekokardiyografide EF:%60, bilateral tüm boşluklar geniş olarak tespit edildi. TEE önerildi. TEE'de: IAS'de 8-10 mm çapında secundum tip ASD izlendi (Resim 2). Aortik ritimler yeterli. 2 yerden geçiş izlendi. Hastaya ASD kapama önerildi.



Tartışma ve Sonuç

ABD'de yılda 795.000 kişi felç geçiriyor. Her 40 saniyede bir strok hastası oluyor. Her 4 dakikada bir hasta stroktan ölmektedir. Bu olayların% 77'si primer inme iken,% 23'ü tekrarlayan inmelerdir.

Öte yandan patent foramen ovale sağlıklı kişilerde yaygın görülen iyi huylu bir bulgudur, ancak nedeni belli olmayan inmeli (kriptojenik inme) hastalarda prevalansı daha yüksektir. Foramen ovale açıklığı venöz dolaşımdan arteriyel dolaşıma bir geçiş sağlar. Bu geçiş, venöz sistemde oluşan pıhtıların sistemik dolaşıma geçmesine neden olabilir. Sistemik emboli, özellikle serebrovasküler tromboembolizm, patent foramen ovale ile birlikte pıhtılaşma anormallikleri olan hastalarda en önemli komplikasyondur.

Bu nedenle venöz tromboemboli öyküsü olan veya tekrarlayan inme vakalarında patent foramen ovale gibi bir interatriyal şant olasılığı akılda tutulmalı ve yeni inme riski açısından mutlaka hastanın transözefageal ekokardiyografi ile değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Bu durumun akılda tutulması ve hastaların doğru yönlendirilmesi yeni sakatlıkların önlenmesi açısından doğru olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Patent Foramen Ovale, İskemik İnme, Sır vakalar

REFERANSLAR

1. Abdelghani M, El-Shedoudy SAO, Nassif M, Bouma BJ, de Winter RJ. Management of Patients with Patent Foramen Ovale and Cryptogenic Stroke: An Update. *Cardiology*. 2019;143(1):62-72. doi: 10.1159/000501028. Epub 2019 Jul 15. Review.
2. Evren Yaşar, Ayşe Saatçı Yaşar, İsmail Safaz, Birol Balaban, Rıdvan Alaca, Patent Foramen Ovale ad Ischemic Stroke: A Case Discussion; *FTR Bil Der J PMR Sci* 2008;3:143-146.

3. Redon S, Laksiri N, Doche E, Hirtz C, Brun G, Donnet A. Stroke After Spontaneous Intracranial Hypotension: Not a Single Mechanism. Case Report and Review of Literature. J Clin Neurosci. 2020 Jan 13. pii: S0967-5868(19)31989-7.
4. Celal Genç, M.D., Mehmet Uzun, M.D., Ömer Yiğiner, M.D., Oben Baysan, M.D. Thrombus Entrapped in a Patent Foramen Ovale, Causing Only Vague Symptoms, Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2009;37(8):563-565 563

P-36

'ANYON GAP METABOLİZ ASİDOZ' ... OLUR MU OLUR...

Cuma Yıldırım, Esad Kadaruman, Önder Yeşildağ, Dilara Özdemir, Şevki Hakan Eren
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

Giriş

Günlük acil servis pratiğinde birçok klinik durum kısa zamanda tespit edilip tedavi başlanır. Ancak anyon gap metaboliz asidoz gibi zor anlaşılan ve zor tedavi edilen klinik durumları akla getirmek, teşhis etmek ve tedavi etmek çoğu defa zordur.

Özellikle hastanın altta yatan kliniğini gizleyen ateşli silah yaralanması gibi görünüşü dramatik bir durum varsa daha da zorlaşır. Özellikle hastanın bir de toksik bir durumu varsa acil hekimi için bu durum oldukça zor yönetilen bir hal alabilir.

Olgu

Ateşli silah yaralanması nedeni ile acile başvuran hasta. Genel durumu kötü. Şuuru kapalı. TA:60/30 Saturasyon: 86%, Nabız: 140 atım/dakika. Solunum sayısı 20 solunum/dakika. Hastanın sol popliteal alanında pompalı tüfikle olan ateşli silah yaralanmasına bağlı açık yarası ve açık kırığı vardı (Resim 1, Resim 2, Resim 3). Eksternal kanaması mevcuttu.

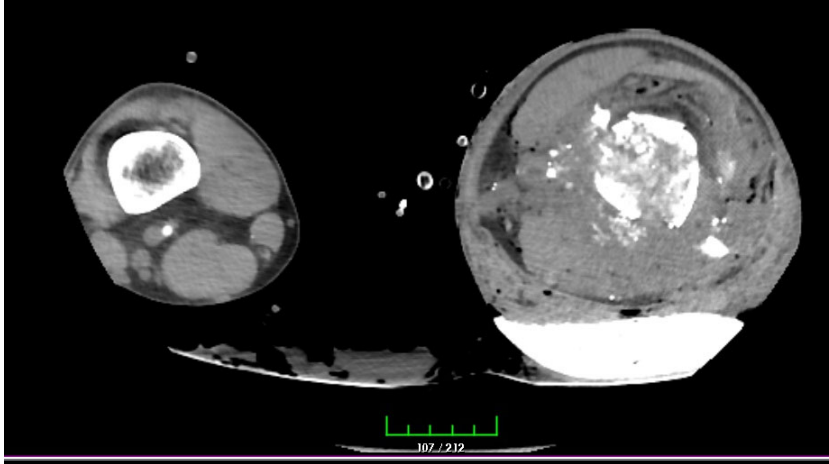
Resim 1



Resim 2



Resim 3



Hasta kırmızı alana alındı. Üst havayolu temizliği ve premedikasyonun ardından endotrakeal entübasyon uygulandı. Hastaya masif kan transfüzyonu yapıldı. Hastaya kontrollü hipotansiyon protokolü uygulandı.

Hastanın alınan kan analizlerinde PH değeri 6.6 bikarbonat 4, baz açığı 27.4 idi. Bu değerlerin üzerine hastada PH değerini düşürecek başka nedenler arandı. Toksik tarama testinde amfetamin, metamfetamin ve opioid pozitif idi (Resim 4). Tekrar alınan anamnezde hastanın yaralanmadan önce metamfetamin (Ateş Buz) aldığı öğrenildi.

Resim 4

| Tetkik Adı | Sonuç | Durum | Birim | Referans Aralığı Karar Sınırı | Önceki Sonuçlar |
|--------------------|---------|-------|-------|----------------------------------|-----------------|
| APAP | Pozitif | | | | |
| AMP | Pozitif | | | | |
| MAMP | Pozitif | | | | |
| BAR | Negatif | | | | |
| BZO | Negatif | | | | |
| COC | Negatif | | | | |
| THC | Negatif | | | | |
| TCA | Negatif | | | | |
| MOP(OPI) | Pozitif | | | | |
| K2(BONZAİ) | Negatif | | | | |
| BUP(BUPRENORPHİNE) | Negatif | | | 0 - 1000 | |
| MDMA(ECSTASY) | Negatif | | | | |

Test sonuçları hakkında nihai karar klinisyen tarafından verilir. Klinik şüphe halinde eşik konsantrasyon altında veya üstündeki test sonuçları doğrulama analizi ile teyit edilebilir. Numune tıbbi amaçlı istem doğrultusunda gözetimsiz alınmıştır. Adli ve idari amaçlarla

Tıbbi Laboratuvar Yorum R:Revize edilmiş sonuç K:Kritik değer(Panik Değer) D:Düşük sonuç Y:Yüksek sonuç #: Akredite Test

Bunun üzerine hastada 'Anyon Gap Metabolik Asidoz' olabileceği düşünülüp osmolarite hesaplandı. Anyon gap 21.8 olarak hesaplandı. Baz açığı hesaplanıp tedavi başlandı.

Bu arada hastaya 8 ünite eritrosit süspansiyonu, 7 ünite taze donmuş plazma, 8 ünite aferez trombosit, 3000 ml kristaloid solüsyonu, 2 ampul %10'luk kalsiyum glukonat verildi. Ayrıca hasta eksternal sistemlerle ısıtıldı. Yaklaşık 2 saatin ardından PH değeri 7.1 olarak ölçüldü.

Hemodinamisi toparlanan hasta ameliyata verildi. Postoperatif 24 saat sonra ekstübe edildi.

Tartışma ve Sonuç

Bir acil hekimi her zaman sürprizlere hazır olmalıdır. Hiçbir şey görüldüğü gibi olmayabilir. Hastada bir şeyler yolunda gitmiyorsa, standart tedaviler fayda vermiyorsa, mutlaka farklı bir bakış açısı ile hastaya bakmalı, farklı bir göz hastayı değerlendirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ateşli Silah Yaralanması, Anyon Gap Metabolik Asidoz, Metamfetamin

REFERANSLAR

1. Ross H. Brubaker; Marcelle Meseha. High Anion Gap Metabolic Acidosis Last Update: June 4, 2019.
2. Abin Sajan, Judah Horowitz, Noriyuki Murakami, and Isabel M. McFarlane, Recurrent Anion Gap Metabolic Acidosis, Am J Med Case Rep. 2019; 7(9): 200–202.
3. Burchell SA, Ho HC, Yu M, Margulies DR. Effects of methamphetamine on trauma patients: a cause of severe metabolic acidosis? Crit Care Med. 2000 Jun;28(6):2112-5.
4. Swanson SM, Sise CB, Sise MJ, Sack DI, Holbrook TL, Paci GM. The scourge of methamphetamine: impact on a level I trauma center. J Trauma. 2007 Sep;63(3):531-537.
5. Singhal PC, Rubin RB, Peters A, Santiago A, Neugarten J. Rhabdomyolysis and acute renal failure associated with cocaine abuse. J Toxicol Clin Toxicol. 1990;28(3):321-30.
6. Reyman L, Price D, Goldfrank L. Diagnosis of anion gap metabolic acidosis. J Toxicol Clin Toxicol. 1985-1986;23(7-8):615-6.

P-37

ONKOLOJİK BİR ACİL: SPONTAN TÜMÖR LİZİS SENDORUMU (TLS)

Mustafa Korkut, Cihan Bedel, Mehmet Akçimen

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

Giriş

Tümör lizis sendromu (TLS) anormal metabolik tablonun eşlik ettiği, tümör hücrelerinin hızlı yıkımının oluşturduğu onkolojik aciller içerisinde hayatı tehdit eden klinik bir durumdur. Ani kardiyak ölümlerle sonuçlanan klinik TLS vakası acil serviste nadir rastlanması nedeniyle sunmayı değerli bulduk.

Olgu

Metastaz/primer ayrımı yapılamamış, akciğer küçük hücreli karsinom tanısı olan aktif kemoterapi almayan 83 yaşında erkek hasta, akşam aniden başlayan solunum sıkıntısı, genel durum bozukluğu nedeniyle 112 tarafından acil servise pre-arrest getirildi. Acil servise başvuru anında Glaskow Koma Skoru:5, oksijen saturasyonu 73, kalp hızı:50/dk, kan basıncı (sistolik/diastolik):90/60 mmhg, solunum sayısı:40/dk idi. Fizik muayene bulguları; nabız yüzeysel, kalp sesleri derin, akciğer oskültasyonda yaygın ronküs, abdominal solunumun eşlik ettiği ciddi bronkospazm mevcuttu. Hastada kısa süre içerisinde kardiyak arrest gelişmişti. 15 dakikalık CPR (kardiyopulmoner resüsitasyon) yapılmış spontan dolaşım geri dönmüştür (SDGD). SDGD sonrası çekilen elektrokardiyogram (EKG) figür 1ve 2 de gösterilmiştir. Venöz kan gazında derin metabolik asidoz mevcuttu. Laboratuvar bulguları; kan üre azotu: 76 mg/dl, kreatin:3,1 mg/dl, potasyum:7,52: mg/dL, kalsiyum:8,4 mg/dL, fosfor:9,8 mg/dl, Laktik Dehidrogenaz:7800 U/L şeklindeydi. Bu bulgular hastada bir onkolojik acil olan TLS tanısını düşündürdü. Hastaya %10'luk kalsiyum glukonat yapıldı ve salin infüzyonu başlandı. Kısa sürede tekrar kardiyak arrest gelişti. 30 dakikalık CPR sırasında 3 kez defibrile edilmiş ancak ölüm gerçekleşmiştir.

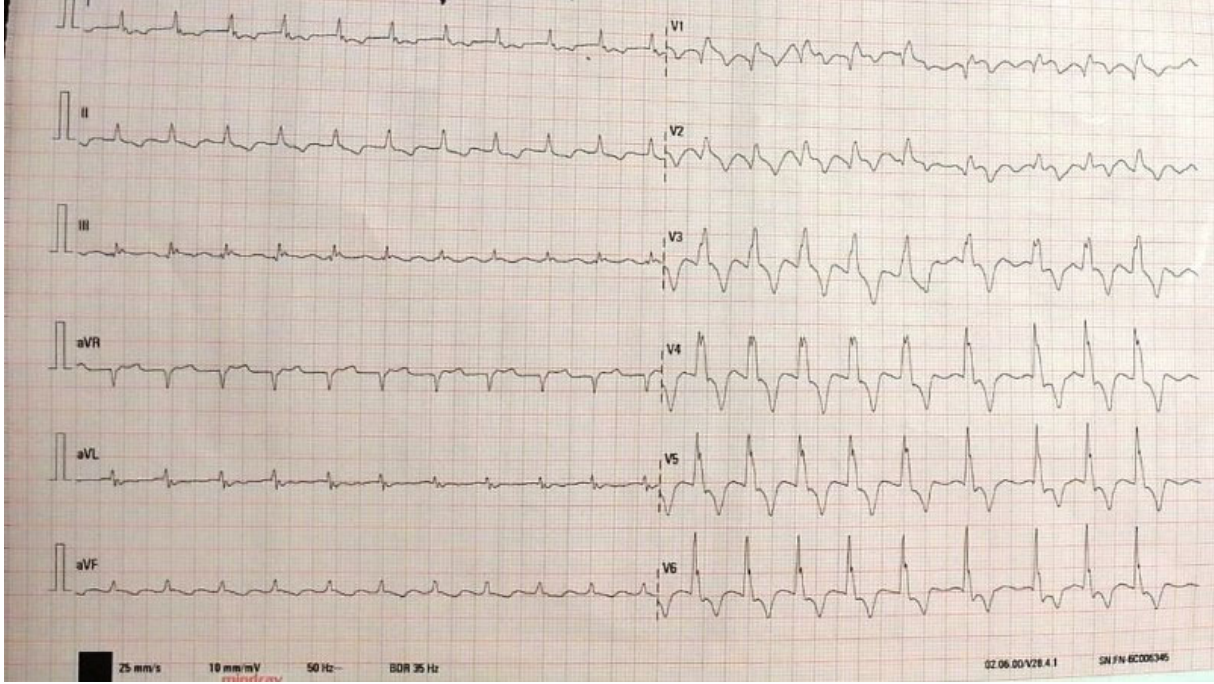
Literatür tarandığında ilk kez 1929 yılında lösemili bir hastada bildirilen tümör lizis sendromu (TLS); kanser tedavisinin fatal bir komplikasyonudur. TLS tümör hücresinin nekrozuna bağlı spontan, biyopsi sonrası ya da kemoterapi ve radyoterapi sonrası oluşabilmektedir. Cario-Bishop kriterlerine göre Klinik Tümör Lizis Sendromu (KTLS) ve laboratuvar TLS tanımlanmaktadır. (Tablo 1) Bizim olgumuzda tümör hücrelerinin nekrozuna bağlı spontan gelişen klinik TLS; kardiyak aritmiler, akut böbrek yetmezliği neticesinde ani kardiyak ölüm gerçekleşmiştir.

Sonuç

TLS onkolojik bir acil olduğu ve bu hastalarda metabolik anormalliklerin kardiyak aritmilere neden olarak acil serviste ani kardiyak ölümlerle sonuçlanabileceği bilinmelidir.

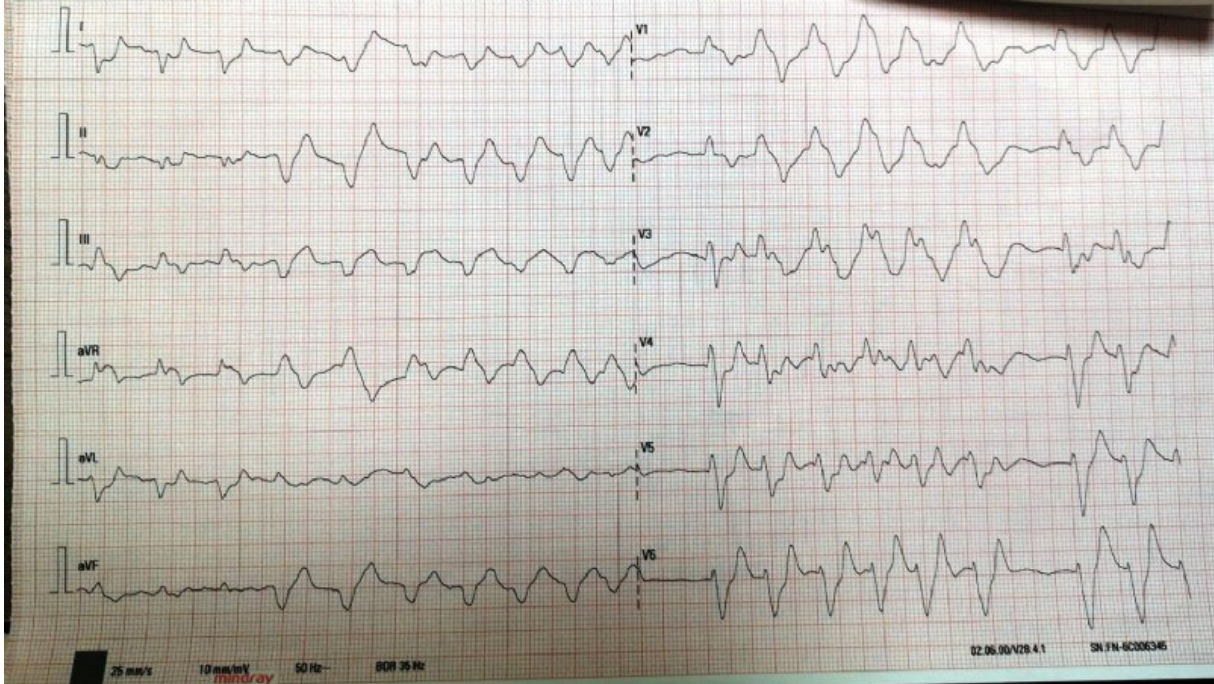
Anahtar Kelimeler: Tümör lizis sendromu, acil servis, kardiyak aritmiler

Figür 1



SDGD sonrası çekilen EKG sağ dal bloğu, yüksek ventrikül hızlı atriyal fibrilasyonu göstermektedir.

Figür 2



Normal sinüs ritmi sonrası farklı ventriküler odaklarda non sustained vt geliştiğini göstermektedir.

Tablo 1

| | |
|---|--|
| Cario-Bishop Laboratuvar Tümör Lizis Sendromu (LTLS) Tanımı | 2 veya daha fazla parametrenin yüksek olması |
| Ürik asit | >8 mg/dL veya düzeyinde %25 artma |
| Potasyum | >6 mEq/L veya düzeyinde %25 artma |
| Fosfat | ≥6,5 mg/dL (çocuk) veya ≥4,7 mg/dL (erişkin) veya düzeyinde %25 artma |
| Kalsiyum | < 8,4 mg/dL mg/dL veya düzeyinde %25 azalma |
| Cario-Bishop Klinik Tümör Lizis Sendromu (KTLS) Tanımı | LTLS'na ek olarak 1 veya daha fazla kriterin olması durumu |
| Kreatinin ≥ 1.5X yaş-cinsiyetin normal değerinin | |
| Kardiyak aritmi/ ani ölüm | |
| Konvülsiyon | |
| | |
| | |

Cario-Bishop Tümör Lizis Sendromu (LTLS) Tanımı

P-38

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMASININ NADİR BİR SEBEBİ AORTAENTERİK FİSTÜL; BİR OLGU SUNUMU

Ayşen Eker, Mehmet Muzaffer İslam, Samet Bayram, Sümeyra Acar Kurtuluş, Gökhan Aksel,
Serkan Emre Eroğlu

Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

Gastrointestinal sistem kanamaları acil servise sık başvuru sebeplerindedir(1). Üst gastrointestinal sistem kanamalarının yıllık insidansı her 100.000'de 39 ile 172 arasında değişmektedir(2). Aortaenterik fistül (AEF) nadir ancak hayatı tehdit eden bir gastrointestinal sistem kanama nedenidir(3). Bu olgu sunumunda aort anevrizma operasyonu sonrasında gelişen bir sekonder AEF vakası anlatılmıştır.

Olgu

78 yaş erkek hasta acil servise karın ağrısı ve kanlı kusmayla başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve 20 yıl önce geçirilen aort anevrizma ameliyatı vardı. Nabızı 130atım/dk, tansiyonu 120/80 mmHg, oksijen saturasyonu %97 olan hastanın bilinci açık, batin muayenesinde yaygın hassasiyet mevcuttu. Aktif kırmızı renkli kusması vardı. Rektal tuşesi normal gayta buluşuydu. Batin ultrasonografisinde serbest sıvı izlenemedi. Hastanın anamnezindeki aort anevrizması operasyonu nedeniyle aortoenterik fistül ön tanısıyla abdominal bilgisayarlı tomografi anjiyografi (ABTA) çekilen hastada belirgin fistül izlenmedi. Endoskopisinde aktif kanama saptanmadı. Takip amaçlı yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve aynı gün kardiyak arrest gelişmesi üzerine kardiyopulmoner resüsitasyon eşliğinde ameliyathaneye alındı. Aortun 3. kısımda duodenuma fistülize olduğu görüldü ve ameliyat aort onarılarak sonlandırıldı. Hasta takibinin 3. gününde hayatını kaybetti.

AEF aort ile gastrointestinal sistem arasındaki patolojik bağlantılardır. Sekonder AEF genellikle aort rekonstrüktif cerrahilerinden sonra komplikasyon olarak gelişir(4). Hastamız geçirilmiş anevrizma operasyonu sebebiyle sekonder AEF olarak değerlendirilebilir.

AEF için tanısal yöntem olan ABTA'nın, AEF için duyarlılığı %94'e, seçiciliği ise %85'e kadar ulaşmaktadır. Endoskopi tanısal anlamada üst gastrointestinal kanamaların diğer su-ık görülen sebeplerini dışlamak için kullanılır(5). Literatürde ABTA ile fistülün saptanamadığı vakalar bildirilmiştir(6).

Vakamızda ABTA ve endoskopi yapılmasına rağmen AEF saptanamamış olup, hemodinamisi stabil seyreden hastanın durumu aniden kötüleşince kardiyopulmoner resüsitasyon eşliğinde operasyona alınmış ve AEF tanısı ancak laparotomi ile konulabilmiştir.

Sonuç

AEF gastrointestinal sistem kanamalarının nadir, tanı koyulması zor, kötü prognozlu bir nedendir. Özgeçmişinde aort anevrizması ya da aortik cerrahi öyküsü olan hastalar gastrointestinal sistem kanaması şüphesiyle başvurduğunda akla gelmesi gereken bir tanıdır.

Anahtar Kelimeler: Aortoenterik fistül, gastrointestinal kanama, abdominal aort anevrizması

P-39

GASTRİK ENDOSKOPIK BOTULİNÜM TOKSİN UYGULAMASI İLİŞKİLİ HEMATOM: OLGU SUNUMU

Sezgin Akay, Büşra İhtiyar, Abdullah Algın, Serkan Emre Eroğlu

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

Giriş

Obezite ve bununla ilişkili durumlar, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalık dahil olmak üzere, tüm dünyada çok yüksek oranlara ulaşmıştır. Gelişen endoskopik teknolojiler, bariatrik cerrahinin faydalarını arttırmak ve böylece obezitenin ve ilişkili bozuklukların etkili tedavisine katkıda bulunmak için endoskopik yaklaşımlara kapı açmıştır. Cerrahi sonrası komplikasyon riski nedeniyle, minimal invaziv prosedürlerin geliştirilmesi gerekli bulunmuştur. Bariatrik cerrahi sonrası erken dönemde morbidite % 10-20 kadar yüksek olabildiği bildirilmiştir. Bariatrik cerrahide kullanılan yöntemlerden biri, mideye endoskopik işlem ile Botulinum toksin enjekte edilmesidir. Bu olgu sunumunda, hastanın endoskopik botulinum uygulanması sonrası gelişen komplikasyonlardan biri ve yönetim süreci ele alınmıştır.

Olgu

42 yaşında kadın hasta; dört gündür devam eden bulantı ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Dış merkezde on üç gün önce endoskopi ile mide botoksu uygulaması yaptırdığını ifade eden hastanın başvuru anında hastanın ateşi 36.8 C, nabızı 90/dk, O2 saturasyonu %98 ve kan basıncı 142/77 mmHg olarak ölçüldü. Fizik muayenede üst kadranda yaygın hassasiyet ve defans saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Hastanın çekilen batın tomografisi sonucunda mide duvarında diffüz kalınlaşma ve antrapilorik bölgede majör kurvatur komşuluğunda 42x36 mm büyüklüğünde hipodens alan tespit edildi (Resim1-2) ve genel cerrahiye konsülte edildi. Genel cerrahi tarafından hastanın yatışı yapıldı. Takibinde hematomunda gerileme gözlenmesi genel durumunun iyileşmesi üzerine 24 saatlik servis takibinden sonra taburcu edildi.

Sonuç

Artan obezite nedeniyle gerçekleştirilen bu girişimsel işlemlerin de yaygınlaşmasıyla bu tip hastaların eskiye nazaran daha sıklıkla karşımıza çıkabileceği unutulmamalı, acil servislere yaygın başvuru nedenlerinden olan bulantı, kusma, karın ağrısı gibi şikayetlerde anamnez alınırken postoperatif komplikasyonlar da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bariatrik cerrahi, obezite, botulinum toksini

Resim 1



Resim 2



P-40

YÜKSEKTEN ATLAMALARDA YARALANMA MEKANİZMASINA KISA BİR BAKIŞ: OLGU SUNUMU

Mustafa Erten, Büşra İhtiyar, Abdullah Algın, Serkan Emre Eroğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

Yükseklikten düşmeler yaygın bir ölüm ve sakatlık nedenidir. Yükseklikten düşme, kazara ve intihar girişimleri olarak gruplara ayırırsak; nispeten küçük yaşlarda kazaya bağlı oluşurken, erişkin yaş grubunda ise intihar, kaza veya suça bağlı olduğu gözlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, kazara yükseklik veya aynı seviyedeki düşmeler, dünya çapında kazara ölümün ikinci nedenidir ve yıllık yaklaşık 646.000 kişi ölmektedir. Düşüşten sonra meydana gelen yaralanma nedene bağlı, karakteristik bir hasar dağılımı ile karmaşık bir künt travma oluşturur. Bu olguda amacımız intihar amaçlı yüksekten düşen hastalarda başlangıç değerlendirmelerinde karşımıza çıkabilecek kompleks yaralanmalara dikkat çekmek ve etyolojinin önemini vurgulamaktır.

Olgu

16 yaşında kadın hasta, intihar amaçlı yüksekten atlama (12 metre yükseklikten) sonrası acil servise getirildi. Öz geçmişinde majör depresyon harici özellik olmayan hastanın başvuruda vital parametreleri, Tansiyon: 90/55 mmHg, saturasyon: %99, nabız: 114/dk şeklindeydi. GKS 15, nörolojik muayenesi doğal, batin muayenesinde özellik yoktu, yatak başı yapılan ultrasonu normal olarak değerlendirildi. Sağ alt ekstremitte soluk, soğuk, ödemli, her iki ayak tabanında ekimoz ve hematoma izlendi. Her iki alt ekstremitte diz altı tibia proksimalinde palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Sağ alt ekstremitte periferik arter nabızlar alınamıyordu. Torakolomber vertebral bölgede orta hat boyunca palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Rektal tuşe tonusu azalmıştı. Tüm vücuda yönelik bilgisayarlı tomografileri istendi. Görüntüleme sonuçlarına göre: Bilateral tibia plato fraktürü, bilateral açık kalkaneus fraktürü, L4-5 burst ve L1-2 kompresyon fraktürleri tespit edildi. El doppleri ile dorsalis pedis akımı iyi, tibialis posterior akımı monofazik izlendi. Bunun üzerine ayrıntılı değerlendirme için istenilen BT anjiyoda vasküler patoloji saptanmadı. Kraniyel, batin ve toraks travmasına yönelik yapılan takibi ve değerlendirmeleri normal sonuçlanan hasta kırıklarına yönelik cerrahi planlanarak ortopedi servisine yatırıldı.

Sonuç

Yapılan birçok çalışmada düşmenin meydana geldiği yükseklik, hastanın niyeti ve yaralanan vücut bölgeleri gibi çeşitli faktörler arasında bir korelasyon bulunmuştur. Literatürde intihar girişimi ile gelişen yüksekten atlamalarda, kaza sonucu yaralanmalara göre anlamlı derecede daha fazla sayıda bilateral alt ekstremitte kırıkları ve vasküler yaralanmalar daha ön planda bulunmuştur. Vakamız da bu durumu desteklemekte ve travma yaklaşımında etyolojinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: yüksekten düşme, intihar, travma

Resim 1



Resim 2



Resim 3



P-41

CO ZEHİRLENMESİNDE ERİTROSİT SÜSPANSİYONU İNFÜZYONU İLE DRAMATİK TEDAVİ

Ahmet Akdoğan, Fatma Nihal Özmen, Ayşegül Aktaş
Iğdır Devlet Hastanesi

Giriş

Özellikle sosyoekonomik nedenler ve iklime bağlı nedenlerden ötürü, özellikle kış aylarında karbon monoksit (CO) zehirlenmeleri sık görülmektedir. Dünyada CO zehirlenmeleri, diğer tüm zehirlenmelerde hesaba katıldığında ölümlerle sonuçlanan zehirlenmelerin neredeyse %50'sinden fazlasını oluşturmaktadır. CO zehirlenmelerinin tedavisinde asıl amaç, oksijen desteği ile CO'nun vücuttan uzaklaştırılmasını sağlamaktır. Bunun için geri dönüşümsüz maskelerin tercih edildiği normal basınçlı oksijen (NBO) tedavisi ve yeni bir tedavi yöntemi olarak karşımıza çıkan fakat henüz yaygın halde tercih edilmeyen iyileştirici eritrosit aferezi kullanılmaktadır. Olgumuzda yeni bir tedavi yöntemi olarak görülen eritrosit afarezi denenmiş ve dramatik bir şekilde başarılı olunmuştur.

Olgu

27 yaşında erkek hasta. Sabah evinde baygın halde bulunma nedeni ile acil servise getirildi. Hastanın bilinen herhangi bir hastalığı ve bilinen ilaç kullanım öyküsü yoktu. Geliş anında tansiyon 130/80, nabız:130, GKS:3 olarak hesaplandı. Crush entübe edilen hastanın 10 dk. sonra gelen kan gazı sonucuna göre pH:7.12 ve COHb: 40,3 düzeyinde idi. Iğdır devlet hastanesi acilinde daha önce uygulanmayan eritrosit afarezi için hastanın kan grubu ile uyumlu ES istendi. Hastanın başvurusundan 30 dakika sonra Eritrosit süspansiyonu santral yoldan verilmeye başlandı. Toplam 3 ünite ES verilen hastanın hastaneden çıkışından hemen önce alınan, başvurudan sonraki 120. Dakika, ES verilmeye başlandıktan sonra 90. Dakikadaki kan gazında pH: 7,3 COHb: 9 olmuştu. Hasta entübe halde sevk edildi. Sevk ekibi yol boyunca solunum desteği verdi. Sevk edildiği merkeze yaklaştıklarında hastanın uyandığı, kendi extübe etmeye çalıştığı bildirildi. Hasta gönderildiği merkezde aynı gün extübe edildi ve GKS:15 olarak hesaplandı. Aynı merkezde yatırılarak tedavi edilen hasta 2. Gün taburcu edildi. Hasta sekelsiz olarak iyileşti.

Sonuç

CO zehirlenmesi, eritrosit afarezinin bir endikasyonu olarak The American Society for Apheresis 2019 rehberinde listelenmemiştir. Yinede son yıllarda literatürde yer alan yayınların genellikle başarılı sonuçlar rapor edilmiştir. CO zehirlenmesinin sık yaşandığı, tanısının hızlıca konulabildiği, kan replasmanının hızlıca yapılabildiği fakat hiperbarik tedavi imkanlarının yeterli olmadığı ülkemiz gibi coğrafyalarda eritrosit afarezinin tedavi seçenekleri arasında alınmasının gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Karbon monoksit, CO, zehirlenme, eritrosit, afarez

P-42

KENDİ KÜÇÜK ETKİSİ BÜYÜK TRAVMA: SANDALYEDEN DÜŞME SONRASI PATELLA KIRIKLARI

Sümevra Acar Kurtuluş, Serdar Özdemir, Abdullah Algın
Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp

Giriş

Patella vücudun en büyük sesamoid kemiğidir. Patella; Quadriceps tendonu, pasteller ligament, medial ve lateral retinakulum ile yerinde tutulur. Ekstansör mekanizmanın tamamlayıcı bir parçasıdır. Dizin ekstansiyonunda kaldıraç gibi görev yapar ve quadriceps kasının gücünü kuvvetlendirir.

Patella kırıkları ya dize direkt alınan darbe (diz üzerine düşme, diz fleksiyonda iken patellaya gelen direkt kuvvetler veya dizin bir yere çarpması) ya da quadriceps kasının çok güçlü kasılması sonrasında meydana gelir. Patella kırıkları tüm kırıkların %0.5 -1.5'ini oluşturur. Posterimizde 2 farklı yaş grubu ve farklı cinsiyette; sandalyeden düşme sonrası gelişen patella kırık olgularını paylaşacağız.

Olgu

16 yaş erkek hasta sandalyeden düşme sonucunda sol diz ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hasta sol dizini tam ekstansiyona getiremiyor ve üzerine basamıyordu (resim 1).

Bir başka olgumuz ise 41 yaşında kadın hasta idi. Çalışırken oturduğu sandalyeden sağ diz üzerine düşmesi sonrası gelişen sağ diz ağrısı ve üzerine basamama şikayeti ile başvurdu (resim 2).

Sonuç

Patella kırıkları, dizinin ön kısmına; direkt yüksek enerjili darbesi olan düşme sonrası dizini aktif olarak açamayan veya dizini düz bir şekilde kaldıramayan hastalarda düşünülmesi gerekir. Yaralanmayı değerlendirirken eğer röntgen filminde kemik yapılar normale quadriceps tendon rüptür veya patella avulsiyon kırığı mutlaka akla gelmelidir. Fizik muayene de hassasiyet, ağrı, şişlik ve patella üzerinde ekimoz saptanabilir. Ağrı diz hareketlerini kısıtlaya bile, eğer kırık tamamen deplase değilse, hasta ayağını ekstansiyona getirebilir. Kendi küçük etkisi büyük olan patella kırıklarının sandalyeden diz üstü düşmeyle bile oluşabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: patella kırığı, sandalyeden düşme, travma

P-43

İZOLE SAĞ KOL AĞRISI; RADİAL ARTER TROMBOZU

Sümevra Acar Kurtuluş, Celil Alkan, Serkan Emre Eroğlu
Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp

Giriş

Arter trombozları; üst ekstremitelerde kuvvet kaybı, ağrı ve monoparezi ile prezente olabilir. Etiyolojide; santral sinir sistemini etkileyen vasküler (iskemi, hemoraji) nedenler, yer kaplayıcı lezyonlar ve periferik sinir hastalıkları gibi nedenler yer almaktadır.

Olgu

70 yaşında erkek hasta sağ kol ve sol bacak ağrısı ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde periferik arter hastalığı mevcuttu. Daha önce sağ femoral tromboz nedeniyle trombektomi yapılmıştı. Hastanın yapılan muayenesinde sağ radial arterde nabız alınamadı. Brakial arter ve diğer ekstremitelerde nabızlar açık ve eşit dolgunlukta idi.

Radial arter ultrason görüntülemesinde tromboze olarak görüntülendi (resim 1). Bilgisayarlı tomografi anjiyo da ise radius orta hat itibarı ile tromboze görüntülendi (resim 2).

Sonuç

Monoparezi ve izole ekstremitelerde ağrısıyla başvuran hastada, etyoloji araştırılırken nadir görülen sebeplerden biri olan arteriyel oklüzyon acil hekimlerince göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: arter, monoparezi, tromboz

resim 1



Sponsorlarımıza Teşekkürlerimizle...

Sanovel

