





# İÇİNDEKİLER

Kurullar	2
Bilimsel Program	3
Sözlü Bildiriler ve Tam Metinler	10
Yazar İndeksi	105



## TÜRKİYE ACİL TIP DERNEĞİ (TATD) YÖNETİM KURULU

### **Başkan**

Dr. Bülent Erbil

### **Başkan Yardımcısı**

Dr. Funda Karbek Akarca

### **Genel Sekreter**

Dr. Murat Çetin

### **Sayman**

Dr. Özgür Dikme

### **Üyeler**

Dr. Başak Bayram

Dr. Özlem Yiğit

Dr. Erkman Sanrı

Dr. Burak Bekgöz

Dr. Yenal Karakoç

Dr. Melih İmamoğlu

Dr. Mustafa Emin Çanakçı

## KONGRE DÜZENLEME KURULU

### **Kongre Başkanı**

Dr. Bülent Erbil

### **Kongre Sekreterleri**

Dr. Ersin Aksay

Dr. Özlem Yiğit

Dr. Sinan Karacabey

Dr. Mehmet Ali Aslaner

## BİLDİRİ DEĞERLENDİRME KURULU

Dr. Nurettin Özgür Doğan

Dr. Ersin Aksay

Dr. Neşe Çolak

Dr. Murat Yeşilaras

Dr. Alp Şener

# BİLİMSEL PROGRAM



**BİLİMSEL PROGRAM**

**18 NİSAN 2024 PERŞEMBE**

SAAT	Salon 1A	Salon 1B	Salon 1C	Salon 2	Salon 3	Salon 4
14:00-17:30	<b>Kritik Hastada Ultrasonografi</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Özlem Dikme <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Özgür Çevrim Burcu Azapoğlu Kaymak Nurdan Acar Merve Ekşioğlu	<b>Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon (NIMV)</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Ali Kaan Ataman <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Neşe Çolak Ebru Akoğlu Ali Kaan Ataman		<b>Acil Abdominal BT Görüntüleme</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Bülent Erbil <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Ali Batur Mehmet Ruhi Onur Ahmet Gürkan Erdemir	<b>İleri Kardiyak Yaşam Desteği - Arrest Ritimleri</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Çağdaş Yıldırım <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Gültekin Kadı Ayça Koca Gül Pamukçu Günaydın	<b>EKG (Disritmiler)</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Emin Çanakçı <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Emin Çanakçı Ersin Aksay Yıldıray Çete Önder Limon
18:00-19:15			<b>Açılış Konuşması</b> Bülent Erbil Özlem Yiğit <b>Sosyal Konuşmacı</b> Yılmaz Sevgül			

**18 NİSAN 2024 PERŞEMBE**

SAAT	Salon 5	Salon 6	Salon 7	Salon 8	Salon 9	Salon 10
14:00-17:30	<b>İleri Havayolu</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Volkan Arslan <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Volkan Arslan Demet Devrimsel Barış Murat Ayvacı	<b>Periferik Sinir Blokalari</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Özlem Yiğit <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Özlem Yiğit Deniz Kılıç Gülşen Öztürk Örmeci	<b>Çocuk Acil Travma</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Cem Oktay <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Emel Altıntaş Murat Çetin Şeyda Kaptan Sena Baykara Sayılı Çağlar Kuas Cem Oktay	<b>Ekstrakorporeal Kardiyopulmoner Resüsitasyon (EKPR)</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Yunus Emre Özlüer <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Yunus Emre Özlüer Onur Cem Büyüktaş	<b>Kritik Hasta Yönetimi Riziko</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Turgay Yılmaz Kılıç <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Turgay Yılmaz Kılıç Yeşim Eyler Murat Yeşilaras	<b>Araştırma Planlama</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Alp Şener <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Alp Şener Murat Pekdemir Halun Akoğlu



BİLİMSEL PROGRAM

19 NİSAN 2024 CUMA

SAAT	Salon 1A	Salon 1B	Salon 1C	Salon 2	Salon 3	Salon 4
08:00-09:00				Sözlü Bildiri Oturumu	Sözlü Bildiri Oturumu	Sözlü Bildiri Oturumu
09:00-12:30	<b>Acilde Ekokardiyografi</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Funda Karbek Akarca <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Funda Karbek Akarca Mehmet Ali Aslaner Süleyman İbze Ertuğ Günsoy	<b>Mekanik Ventilasyon</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Başak Bayram <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Başak Bayram Emre Şancı Oğuzhan Küçük		<b>Nörogörüntüleme</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Nuri Karabay <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Nuri Karabay Mustafa Barış	<b>İKYD - Taşikardi/ Bradikardi Yönetimi</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Çağdaş Yıldırım <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Çağdaş Yıldırım Elif Öztürk İnce Buğra İlhan	<b>Karın Ağrısında Ultrasonografi</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Aslıhan Yürüktümen Ünal <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Özgür Dikme Sacit Akdeniz Aslıhan Yürüktümen Ünal Ramazan Sivil Ahmet Emre Ay
14:00-17:30	<b>Kritik Hastada Ultrasonografi</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Özlem Dikme <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Özgür Çevrim Burcu Azapoğlu Kaymak Nurdan Acar Merve Ekşioğlu	<b>Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon (NIMV)</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Ali Kaan Ataman <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Neşe Çolak Ebru Akoğlu Ali Kaan Ataman		<b>Acil Toraks BT Kursu</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Bülent Erbil <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Ali Batur Mehmet Ruhi Onur Ahmet Gürkan Erdemir	<b>İleri Kardiyak Yaşam Desteği - Arrest Ritimleri</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Çağdaş Yıldırım <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Gültekin Kadı Ayça Koca Gül Pamukçu Günaydın	<b>Karın Ağrısında Ultrasonografi</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Aslıhan Yürüktümen Ünal <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Özgür Dikme Sacit Akdeniz Aslıhan Yürüktümen Ünal Ramazan Sivil Ahmet Emre Ay
18:00-19:15		<b>Hastane Öncesi Acil Sağlık ve Afet Yönetimi</b> <i>Moderator:</i> Serkan Yılmaz Yenal Karakoç Burak Bekgöz Yılmaz Sevgül				



BİLİMSEL PROGRAM

19 NİSAN 2024 CUMA

SAAT	Salon 5	Salon 6	Salon 7	Salon 8	Salon 9	Salon 10
08:00-09:00						
09:00-12:30	<b>Travma Update</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Melis Efeoglu <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Melis Efeoglu Emir Ünal Melih İmamoğlu	<b>Ekstrakorporeal Kardiyopulmoner Resüsitasyon (EKPR)</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Yunus Emre Özlüer <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Yunus Emre Özlüer Onur Cem Büyüktaş	<b>Toksikoloji</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Ayça Açıkalin Akpınar <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Ayça Açıkalin Akpınar Ataman Köse N. Rana Dişel	<b>Fiberoptik Entübasyon</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Volkan Arslan <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Volkan Arslan Barış Murat Ayvaci Ali Kaan Ataman	<b>Olgularla Kan Gazı Değerlendirme</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Turgay Yılmaz Kılıç <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Turgay Yılmaz Kılıç Yeşim Eyler	<b>Literatür Tarama</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Şeref Kerem Çorbacıoğlu <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Şeref Kerem Çorbacıoğlu Gökhan Aksel
14:00-17:30	<b>İleri Havayolu</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Volkan Arslan <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Volkan Arslan Demet Devrimsel Barış Murat Ayvaci	<b>EKG (Zor Tanılar)</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Emin Çanakçı <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Emin Çanakçı Ersin Aksay Önder Limon	<b>Çocuk Acil Dahili</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Cem Oktay <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Emel Altıntaş Murat Çetin Şeyda Kaptan Sena Baykara Sayılı Çağlar Kuas Cem Oktay	<b>Periferik Sinir Blokları</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Özlem Yiğit <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Özlem Yiğit Deniz Kılıç Gülşen Öztürk Örmeci	<b>Kardiyak Aciller</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Derya Abuşka <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Nurettin Özgür Doğan Ayhan Özhasenekler	<b>Tez Yazma</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Süleyman Türedi <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Süleyman Türedi Orhan Çınar
18:00-19:15						
21:30-00:00						





BİLİMSEL PROGRAM

20 NİSAN 2024 CUMARTESİ

SAAT	Salon 1A	Salon 1B	Salon 1C	Salon 2	Salon 3	Salon 4
08:00-09:00				<b>Sözlü Bildiri Oturumu</b>	<b>Sözlü Bildiri Oturumu</b>	<b>Sözlü Bildiri Oturumu</b>
09:00-12:30	<b>Kritik Hastada Ultrasonografi</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Özlem Dikme <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Özgür Çevrim Burcu Azapoğlu Kaymak Nurdan Acar Merve Eksioğlu	<b>Mekanik Ventilasyon</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Başak Bayram <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Başak Bayram Emre Şancı Oğuzhan Küçük		<b>Acil Abdominal BT Görüntüleme</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Bülent Erbil <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Ali Batur Mehmet Ruhi Onur Ahmet Gürkan Erdemir	<b>İKYD - Taşikardi/Bradikardi Yönetimi</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Çağdaş Yıldırım <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Çağdaş Yıldırım Elif Öztürk İnce Buğra İlhan	<b>EKG (Zor Tanılar)</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Emin Çanakçı <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Emin Çanakçı Ersin Aksay Önder Limon
14:00-17:30	<b>Acilde Ekokardiyografi</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Funda Karbek Akarca <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Funda Karbek Akarca Mehmet Ali Aslaner Süleyman İbze Ertuğ Günsoy	<b>Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon (NIMV)</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Neşe Çolak <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Neşe Çolak Ebru Akoğlu Ali Kaan Ataman		<b>Nörogörüntüleme</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Nuri Karabay <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Nuri Karabay Mustafa Barış	<b>İleri Kardiyak Yaşam Desteği - Arrest Ritimler</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Çağdaş Yıldırım <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Gültekin Kadı Ayça Koca Gül Pamukçu Günaydın	<b>Karın Ağrısında Ultrasonografi</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Aslıhan Yürüktümen Ünal <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Özgür Dikme Sacit Akdeniz Aslıhan Yürüktümen Ünal Ramazan Sivil Ahmet Emre Ay
18:00-19:00			<b>Resusitasyon 2030</b> Başak Bayram Yunus Emre Özlüer			



BİLİMSEL PROGRAM

20 NİSAN 2024 CUMARTESİ

SAAT	Salon 5	Salon 6	Salon 7	Salon 8	Salon 9	Salon 10
08:00-09:00						
09:00-12:30	<b>Travma Update</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Melis Efeoğlu <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Melis Efeoğlu Emir Ünal Melih İmamoğlu	<b>Toksikoloji</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Ayça Açıkalın Akpınar <i>Kurs Eğitmenleri:</i> N. Rana Dişel Ataman Köse Ayça Açıkalın Akpınar	<b>Çocuk Acil Dahili</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Cem Oktay <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Emel Altıntaş Murat Çetin Şeyda Kaptan Sena Baykara Sayılı Çağlar Kuas Cem Oktay	<b>Ekstrakorporeal Kardiyopulmoner Resüsitasyon (EKPR)</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Yunus Emre Özlüer <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Yunus Emre Özlüer Onur Cem Büyüktaş	<b>Kritik Hasta Yönetimi Riziko</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Turgay Yılmaz Kılıç <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Turgay Yılmaz Kılıç Yeşim Eyler Murat Yeşilaras	<b>Araştırma Planlama</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Alp Şener <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Alp Şener Murat Pekdemir Haldun Akoğlu
14:00-17:30	<b>İleri Havayolu</b> <i>Kurs Koordinatörü</i> Volkan Arslan <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Volkan Arslan Demet Devrimsel Barış Murat Ayvacı	<b>Olgularla Kan Gazı Değerlendirme</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Turgay Yılmaz Kılıç <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Turgay Yılmaz Kılıç Yeşim Eyler	<b>Toksikoloji</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Ayça Açıkalın Akpınar <i>Kurs Eğitmenleri:</i> N. Rana Dişel Ataman Köse Ayça Açıkalın Akpınar	<b>Acil Serviste Ağrı Yönetimi</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Özlem Yiğit <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Özlem Yiğit Deniz Kılıç Gülşen Öztürk Örmeci	<b>Kardiyak Aciller</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Derya Abuşka <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Nurettin Özgür Doğan Ayhan Özhasenekler	<b>Literatür Tarama</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Şeref Kerem Çorbacioğlu <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Şeref Kerem Çorbacioğlu Gökhan Aksel
18:00-19:00						



BİLİMSEL PROGRAM

21 NİSAN 2024 PAZAR

SAAT	Salon 1A	Salon 1B	Salon 1C	Salon 2	Salon 3	Salon 4
09:00-12:30	<b>Acilde Ekokardiyografi</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Funda Karbek Akarca <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Funda Karbek Akarca Mehmet Ali Aslaner Süleyman İbze Ertuğ Günsoy	<b>Mekanik Ventilasyon</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Başak Bayram <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Başak Bayram Emre Şancı Oğuzhan Küçük		<b>Acil Toraks BT Kursu</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Bülent Erbil <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Ali Batur Mehmet Ruhi Onur Ahmet Gürkan Erdemir	<b>İKYD - Taşikardi/ Bradikardi Yönetimi</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Çağdaş Yıldırım <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Çağdaş Yıldırım Elif Öztürk İnce Buğra İlhan	<b>EKG (Disritmiler)</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Emin Çanakçı <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Emin Çanakçı Ersin Aksay Yıldırım Çete Önder Limon
12:45			<b>Kapanış</b> Bülent Erbil			

21 NİSAN 2024 PAZAR

SAAT	Salon 5	Salon 6	Salon 7	Salon 8	Salon 9	Salon 10
09:00-12:30	<b>Travma Update</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Melis Efeoğlu <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Melis Efeoğlu Emir Ünal Melih İmamoğlu	<b>Acil Serviste Ağrı Yönetimi</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Özlem Yiğit <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Özlem Yiğit Deniz Kılıç Gülşen Öztürk Örmeci	<b>Çocuk Acil Travma</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Cem Oktay <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Emel Altıntaş Murat Çetin Şeyda Kaptan Sena Baykara Sayılı Çağlar Kuas Cem Oktay	<b>Fiberoptik Entübasyon</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Volkan Arslan <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Volkan Arslan Barış Murat Ayvaci Ali Kaan Ataman	<b>Kardiyak Aciller</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Derya Abuşka <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Nurettin Özgür Doğan Ayhan Özhasenekler	<b>Tez Yazma</b> <i>Kurs Koordinatörü:</i> Süleyman Türedi <i>Kurs Eğitmenleri:</i> Süleyman Türedi Orhan Çınar
12:45						

BİLDİRİLER  
VE  
TAM METİNLER



## SS-001

# Ender Vaka Raporu: Kolloid Kist

***Abdulhamit Küçük, Osman Sezer Çınaroğlu***

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

Kolloid kistler, nadir olmalarına rağmen, gelişimsel malformasyonları nedeniyle tanı ve tedavi açısından benzersiz zorluklar sunar. Bu rapor, bir kolloid kist vakasını vurgulayarak, klinik sunumunu, tanısal görüntüleme bulgularını ve tedavi müdahalelerini tartışmaktadır. Yaklaşık 3/1.000.000 insidansı bulunan intrakranial kolloidal kistler, çoğu zaman asemptomatik olsa da, tedavisinin gerektiği durumlar da bulunmaktadır. Kist boyutuna ve lokalizasyonuna bağlı olarak, nonspesifik baş ağrısından Monro deliğinin tıkanmasına ve ardından hidrosefaliye yol açmasına kadar farklı semptomlar gösterebilir.

Kolloid kistler, tipik olarak anterior üçüncü ventrikülde bulunan nadir görülen gelişimsel anomalilerdir. Dışında fibroz bir tabaka ve içinde siliyer veya mukin üreten hücrelerin yer aldığı kolloid kistler, genellikle Monro deliğinin tıkanmasına ve ardından hidrosefaliye yol açarlar.

37 yaş erkek, travma sonrası baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Künt bir cisimle paryetooksipital bölgeye darbe aldığı, muayenesinde kemik yapılar da palpasyonla hassasiyeti olduğu görüldü. Açık kırık, cilt laserasyonu, ekimoz gözlenmedi. Hastanın bilinen hastalık, ilaç kullanımı, operasyon öyküsü yoktu. Nörolojik muayenesinde baş ağrısı hariç spesifik bir bulgu yoktu. Tanısal görüntüleme olarak beyin kontrastsız BT çekildi. Görüntülemesi, 3. Ventrikül düzeyinde yaklaşık 1.5cm çaplı kolloid kist izlendi olarak raporlandı.

Kolloid kistler, genellikle baş ağrısı ve papillödem gibi belirsiz semptomlarla ortaya çıkarlar, ancak nadiren ventrikül tıkanıklığı nedeniyle ani ölüm gibi ciddi komplikasyonlar meydana gelebilir. BT ve MR gibi görüntüleme yöntemleri, kistlerin karakteristik özelliklerini göstererek tanıda yardımcı olur.

Cerrahi çıkarma, tedavinin temelini oluşturur, ancak teknik olarak zor olabilir. Hem açık kraniotomi hem de endoskopik yaklaşımlar geçerli seçeneklerdir. Hidrosefali vakalarında ventriküloperitoneal shunt gerekebilir. Stereotaktik kist aspirasyonu, ancak yüksek nüks riskiyle bir alternatiftir.

Kolloid kistler, nadir olmaları ve potansiyel komplikasyonları nedeniyle tanı ve tedavi açısından zorluklar sunarlar. Etkilenen bireylerde optimal sonuçlar için erken tanı ve uygun tedavi önemlidir. Bu sunumda, sadece baş ağrısı ile acil servise başvuran hastada, nadir görülen kolloid kist'in ön tanılar arasında bulunması gerektiğini göstermeye çalıştık.

**Anahtar Kelimeler:** Kolloid kist, Üçüncü ventrikül, Hidrosefali, Cerrahi çıkarma, Tanısal görüntüleme.

### Referanslar:

- [https://www.uptodate.com/contents/uncommon-brain-tumors?search=colloidal%20cyst%20&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H43](https://www.uptodate.com/contents/uncommon-brain-tumors?search=colloidal%20cyst%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H43)
- <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-clinical-features-and-diagnosis-of-brain-tumors-in-adults?search=brain%20tumors> HYPERLINK



**Dosyalar :**

Görüntü 1





**SS-002**

**Deprem Bölgesine Giden Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu Durumunun Değerlendirilmesi**

**Nureddin Servi<sup>1</sup>, Çağdaş Yıldırım<sup>2</sup>, Burhan Albay<sup>3</sup>, Ahmet Var<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Bayezit Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Ankara İl Ambulans Servisi Başhekimliği

**GİRİŞ VE AMAÇ:**Toplumsal hayatı etkileyen olayların başında doğal afetler gelmektedir. Bir doğal afete tanık olmak, kaygı ve stresle sonuçlanan, insanları derinden etkileyen, bir deneyimdir. Deprem bu doğal afetlerin başında gelmektedir. Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının yaptıkları iş gereği hayatı tehdit edici durumlarla karşılaşma ihtimali daha yüksektir. Travmatik olaylara maruz kalma oranları ve bazı olayların ardından gelen duygusal etkileri göz önüne alındığında bu kişilerde travma sonrası stres bozukluğu, majör depresyon, anksiyete ve stres durumu daha çok yaşanmaktadır. Psikiyatrik hastalıkların birbirleriyle de ilişkisi olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda 6 Şubat günü deprem bölgesine giden Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete ve stres durumunun düzeyini belirlemeyi ve travma sonrası stres bozukluğu ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit etmeyi amaçlıyoruz.

**YÖNTEM:**Çalışmamız 30.04.2023-10.07.2023 tarihleri arasında, 6 Şubat günü deprem bölgesine giden hastane öncesi acil sağlık çalışanları ile yapılmıştır. Depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin değerlendirildiği Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21, travma sonrası stres bozukluğu düzeyinin değerlendirildiği Olayların Etkisi Ölçeği-Revizyon, 4 demografik bilgi ve psikiyatrik tanı, psikolojik danışmanlık, afet bölgesinde bulunma öykülerinin değerlendirildiği sorular araştırmacı tarafından yüz yüze doldurtulmuştur.

**BULGULAR:**Çalışmamıza 159 hastane öncesi acil sağlık çalışanı katıldı. Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Revizyon'a göre yüksek travma sonrası stres bozukluğu prevalansı %18,24 bulunmuştur. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21'e göre depresyon, anksiyete ve stres semptomları gösteren katılımcıları prevalansı sırasıyla %9.4, %11.3 ve %2,5 bulunmuştur. Katılımcıların travma sonrası stres bozukluğu düzeyi ile yaş ve afet bölgesinde çalışma öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla p=0.047, p=0,028). Katılımcıların depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ile değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Olayların Etkisi Ölçeği-Revizyon ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p < .001).

**TARTIŞMA VE SONUÇ:**Çalışmamızda da deprem bölgesine giden hastane öncesi acil sağlık personelinin travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete ve stres düzeyi yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, düzeyinin yüksekliği depresyon, anksiyete ve stres düzeyi ile ilişkilidir. Deprem bölgesine giden hastane öncesi acil sağlık personelinin çalıştığı istasyonlarda ve kliniklerde iletişim becerilerini artıracak sosyal imkanların sağlanması ve psikolojik, ruhsal destek programlarının düzenlenmesi travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini düşürebilir.

**Anahtar Kelimeler:** OEÖ-R, DASÖ-21, doğal afet, sağlık personeli, depresyon, ambulans personeli



## SS-003

# Acil Servise Başvuran Gebe Adli Olguların İncelenmesi

**Yeliz Şimşek<sup>1</sup>, Ayşenur Gür<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana

<sup>2</sup>Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi, Acil Servis, Ankara

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Adli vakaların ilk başvuru yerleri genellikle acil servislerdir. Adli vakalar arasında gebeler, anne ve fetüs sağlığı açısından önemli ve özel hasta grubudur. Çalışmamızda, acil servise başvuran gebe adli olguların hangi nedenle başvurdukları ve yapılması gerekenler ile ilgili farkındalık yaratmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Çalışmamız retrospektif bir çalışmadır. Hastane verileri kullanılarak, 1 yıllık sürede acil servise başvuran 105 gebe adli vaka hastası çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri, adli vaka başvuru nedenleri, gebeliğin kaçınıcı trimesterde olduğu, glaskow koma skoru (GKS), fizik muayene bulguları, görüntüleme sonuçları ve hastaların acil serviste sonlanımları kaydedildi. İstatistiksel analizde, tanımlayıcı istatistik ve kategorik veriler için ki-kare testi uygulandı. İstatistiksel olarak  $p < 0.05$  anlamlı kabul edildi.

**BULGULAR:** Çalışmamıza 105 hasta alındı. Hastaların yaşı minimum 18, maksimum 44, ortalama  $26 \pm 6.042$  idi. 32 (%30.5) hasta 1., 33'ü (%31.4) 2., 40'ı (%38.1) 3. trimesterde idi. Hastaların 45'i (%42.9) trafik kazası, 28'i (%26.7) darp, 28'i (%26.7) düşme, 1'i (%1) ilaç intoksikasyonu, 1'i (%1) bıçaklanma nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede, 9 (%8.6) hastada herhangi bir travma belirtisi yoktu. 23'ünde (%21.9) baş-boyun, 20'sinde (%19) ekstremitelerde yaralanması, 19'unda (%18.1) abdominopelvik, 18'inde (%17.1) vertebra, 1'inde (%1) toraks travması, 15'inde (%14.3) birden fazla bölgede yaralanma vardı. 102 (%97,1) hastanın GKS'si 15 puanda, 3'ünün (%2,9) ise  $< 15$  idi. Tüm hastalar vajinal ultrasonografi (USG) ve abdominal USG ile değerlendirildi. 1 (%1) hastada abortus, 2 (%1.9) hastada doğum eylemi vardı. Muayene bulgusu ve şikayetlerine göre, tomografi ve/veya direk grafi endikasyonu olan 69 (%66) hasta vardı ve 62'si (%59) görüntüleme yapılmasının red etti. 70 (%66.7) hasta taburcu edildi. Hastaların 31'i (%29.5) kadın-doğum servisine, 1'i (%1) ortopedi servisine, 3'ü (%2.9) yoğun bakıma yattı. Gebelik haftası ile adli vaka başvuru sebebi arasında anlamlı fark yoktu ( $p=0.353$ ). 1. ve 2. trimesterde en fazla yaralanma bölgesi sırasıyla 9 (%28) ve 11(%33) hasta ile baş-boyun bölgesi iken, 3. trimesterde en fazla yaralanma bölgesi 11 hasta ile abdominal bölge idi. Gebelik haftası ile hastaneye yatış veya taburculuk arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $p=0.00$ ). 3. trimesterdeki hastaların 24'ü (%60), 1. ve 2. trimesterdeki hastaların sırasıyla 5 (%16) ve 6'sı (%18) hastaneye yatırıldı.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Gebelerde en sık adli başvuru sebebi trafik kazası idi. En fazla baş-boyun ve abdominal bölge yaralanması vardı. Görüntüleme tetkiklerini, radyasyon maruziyet korkusu nedeniyle, çoğu gebe red etti. 3. trimesterde hastane yatış oranı daha fazla idi.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, adli vaka, travma





## SS-004

# Beton ile Kontamine Yaralanması Olan Bir Hasta Sevki

### *Bahar Işık*

*Binali Yıldırım Üniversitesi, Acil Tıp Ve İlk Yardım Ana Bilim Dalı, Erzincan*

Acil servislere çimento ile ilgili el travması başvuruları genellikle sanayinin gelişmesi ile artış gösteren yüksek basınçlı enjeksiyon yaralanmaları şeklinde olmaktadır. Ya da çimentoyla veya harçla iş ortamında iş kazası şeklinde maruziyetler olabilmektedir. Bizim vakamızda olduğu gibi bir trafik kazası sonrasında da böyle bir başvuru gerçekleşebilir. Her ne şekilde olursa olsun böyle yabancı madde ile kontamine yaralanması olan hastaların sevki sırasında yapılan girişimler, normal bir kazanın sevki sırasındakiler gibi olmamalıdır. Bizim vakamızın sevki sırasında öngörülememiş zararlarla sonuçlanan bazı noktalar olduğu için bu hususlara dikkat çekmek ve tekrarını önlemek amacıyla vakamızı sunmak istedik.

42 yaşında ülkeler arası çimento nakliyatı yapmakta olan tır şoförü geçirdiği trafik kazası sonrası aracından fırlayarak taşımakta olduğu, kendi aracından dökülmüş olan çimento yığınının içine düşmüş. Olay yerine gelen 112 ekipleri hastayı çimento yığınının derinliklerinden bulup çıkarmış. Hasta tamamen çimento tozu ile kaplı imiş. 112 ekipleri hastanın her iki elinde, doku kaybı içeren, aktif olarak kanayan, kas, tendon yapıları ve kemik yapıları dışarıdan görülebilen açık yaralar olduğunu farketmiş. Kanamayı da durdurmaya amaçlayarak, sargı bezi ile her iki eli, dağılmış doku yapılarını bir araya getirecek şekilde sıkıca sarmışlar. Bilinci açık, solunumu spontan, vital bulguları stabil olan hastayı yaklaşık 1 saatlik uzaklıkta olan merkezimize getirmişler.

Hasta merkezimize getirildiğinde her iki elindeki sargılar açıldı. Hasta kaza esnasında elleriyle çimentoyu avuçlamış durumdaydı. Aktif kanaması da olduğu için ve elleri yumruk şeklinde çimento tam temizlenmeden sarıldığı için kanın çimento ile birleşmesi sonucu her iki elinin de beton kütleleri haline gelmiş olduğu görüldü. Parmaklar birbirinden ayrılmıyordu. Avuç içlerindeki beton parçaları alet yardımıyla parça parça alındı. Fakat canlı ve nekrotik yapılara yapışmış olan beton bol miktarda serum fizyolojik (SF)'le yıkanmasına karşın temizlenemedi. Ayrıca hastanın göz küreleri de çimento ile doluydu. Bunlar da kısmen katılaştı. Tazyikli SF uygulanarak her iki göz mümkün olduğu kadarıyla çimentodan arındırıldı. Hastanın kollarındaki ve vücudundaki açık yaralar da çimento ile kontamine idi ve bunlar da temizlenmeye çalışıldı. Gerekli tetkikleri tamamlanan hasta ortopedi konsültanı tarafından değerlendirildi, Hastanın sol elinde cilde, yumuşak dokuya ve hatta açık kemik alanları üzerine yapışmış olan beton kalıntılarının temizliği yapılmaya çalışılsa da başarılı olunamadı. Hastanın acil şartlarda operasyona alınmasına karar verildi. Operasyon sırasında nekrode ve kirli cilt alanları debride edildi. Yumuşak doku üzerinde kalan çimento kalıntıları yaklaşık 10'ar litre rifampisinli ve oksijenli su ile karıştırılmış sf ile ayrı ayrı yıkandı. Çimento ile kontamine crush tarzında yaralanması ve sol humerusta açık kırığı olan hastanın sol el 1. Ve 2. parmağı ampute edilip fasyotomi uygulandı. Sağ el 2., 3. Ve 4. Parmak distal falankstan ampute edildi.

Beton, çimento, harç ve benzeri inşaat malzemelerinin kuruduktan sonra temizlenmesi zor bir süreçtir. Betonun ya da harcın deriye doğrudan temas etmesi şiddetli yanıklara yol açar. Çabuk sertleşen çimento ve özellikle hazır karışım çimento genellikle bu tür lezyonlardan sorumludur. Beton ve diğer çimento karışımları yüksek derecede baziktir. Betonun içindeki kireç ciddi yanıklara neden olabilir. Kuruyan çimento higroskopiktir, temas ettiği her yüzeydeki suyu çekecektir, bu yüzeylere deri de dahildir. Temas süresi artarsa 3. derece yanıklar dahil çok ciddi derecede yanıklar oluşabilir Kimyasal yanıkların göze



etkisi şiddetli olabilmektedir. Bazık yapı göz kapaklarının ve gözün iç kısmına yavaş yavaş zarar verir. Alkalin maddenin deriye temas ettiği ilk birkaç dakika içinde müdahale etmek en önemli noktadır. Çünkü alkalin madde deriye nüfuz ettiği anda, kademeli olarak dokuları öldürmeye başlar.

**Resim 1**



Toz kimyasallar ile olan yaralanmalarda ilk önce toz kimyasallar fırça ile temizlenmelidir. Toz giderilmeden su ile temas olursa , su tozlarla birleşerek kimyasalı toz halinden solüsyon haline çevirir ve daha fazla alanda hasar oluşur. Dokular maddeden tümüyle arındırılmalıdır. Bu işlem baştan yapılmaz ya da yeterince etkin gerçekleştirilmezse vakamızda olduğu gibi canlı dokulara kimyasal çözücüler de uygulanamayacağı için geniş dokuların debritlemanına hatta amputasyonlarına yol açabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Açık yara, çimento, sevk

**Kaynaklar:**

1. Summers A. Treating cement burns in the emergency department. Emerg Nurse. 2013 Mar;20(10):30-1. doi: 10.7748/en2013.03.20.10.30.e1112. PMID: 23586170.
2. Lachapelle JM, Minne GJ. Brûlures liées à l'emploi du ciment. A propos de quatre observations [Burns related to the use of cement. Apropos of 4 cases]. Ann Dermatol Venereol. 1985;112(2):123-9. French. PMID: 4004027.
3. Bandmann HJ, Agathos M. Toxische, ulceröse Kontaktdermatitis durch vorgefertigtem Beton (Cement burns) [Toxic ulcerative contact dermatitis due to prefabricated concrete (cement burns)]. Berufsdermatosen. 1977;25(3):108-13. German. PMID: 143932.



## SS-005

# PCI Taburculuk Sonrası Nadir Görülen Retroperitonel Kanama Olgusu

***Berdar Mumbuç, Merve Nihal AKPINAR, Asim Kalkan***

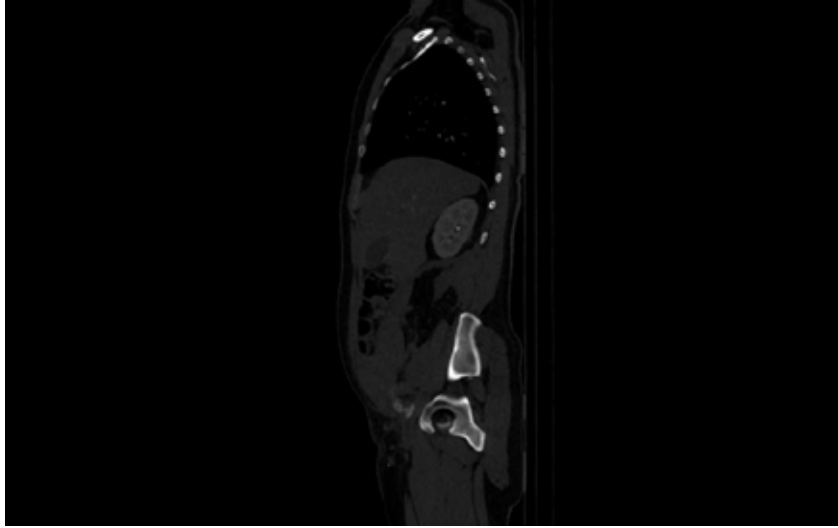
*Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Transfemoral arteriyel erişim (TFA) sonrası vasküler komplikasyonlar, lokal veya genişleyen kasık hematomu, arteriyovenöz fistül ve psödo-anevrizmadan retro-peritonel kanamaya (RPH) kadar değişebilir. RPH, TFA'yı takiben nadir görülen, yıkıcı bir komplikasyondur. RPH, hızlı bir şekilde tespit edilip tedavi edilmezse şiddetli alt karın ve kasık ağrısına, hemodinamik bozulmaya ve ölüme neden olur. Koroner girişimlerin çoğu artık trans-radyal erişim (TRA) yoluyla yapıldığından bu damar komplikasyonlarıyla daha az karşılaşılmaktadır. Bununla birlikte, karmaşık ve yüksek riskli müdahaleleri (CHIP) ve transfemoral transkateter aort kapak implantasyonunu (TAVI) desteklemek için sol ventriküler destek cihazlarının artan kullanımıyla birlikte, TFA her zamanki gibi önemlidir ve operatörlerin, acil hekimlerinin bu komplikasyonların farkında olması gerekir. Bu yazıda, TFA yoluyla koroner girişim sırasında sağ eksternal iliak arterde (EIA) iatrojenik perforasyon gelişen ve yaşamı tehdit eden RPH'ye yol açan bir olguyu sunuyoruz. Bilinen aort biyoprotez kapak replasmanı (22 yıl önce), aort metal kapak replasmanı (14 yıl önce), enfektif endokardit (22 yıl önce) ve hastanemize başvurusundan 3 gün önce KAG olay öyküleri olan 39 yaşında bir erkek hasta ambulans ile tarafımıza sağ kasık ağrısı şikayetinden dolayı ambulans ile başvurdu. Hastaya 3 gün öncesinde USAP nedeniyle merkezimizde KAG işlemi yapılmış olup bir günlük gözlem sonrasında medikal takip kararı alınıp taburcu edilmiştir. Başvuru sırasında batın muayenesi yapılan hastanın sağ alt kadranda hassasiyeti mevcut olup işlemin yapıldığı sağ kasıkta ekimotik alan bulunmaktaydı. Laboratuvar parametrelerinde hemogloblin değerinin 91 g/L olduğu görüldü. Hastanın iki gün öncesinde taburculuk öncesi hemogloblin değeri ise 119 g/L olması üzerine olası komplikasyonlardan retroperitonel kanama düşünülerek kontrol hemogram değeri için kanı alınıp ivedilikle BFT'si daha çıkmadığından dolayı kontrastsız tüm batın BT'si çekildi. Hastanın bu işlemler sırasında tüm vitalleri olağan ve stabildi. Tomografi görüntülemesinde çekim ve çıkan kolonu mediale deplase eden batın sağ alt kadranda karaciğer ve sağ böbrek inferior kesiminden başlayıp sağ inguinal bölgeye uzanan mezenterik dokularda 6-7 cm'ye ulaşan düzensiz kalınlaşmalar, kalın septalar ve yumuşak doku dansiteleri izlendi. Bulguları retroperitonel kanama yönün değerlendirip ivedilikle kardiyoloji ve KVC'ye konsülte edildi. Hastanın ileri görüntülemesinde sağ iliak bölgeden kontrast kaçıışı izlenmiş olup hasta KVC ve kardiyoloji ekiplerince ortak olarak değerlendirilerek perkutan girişim yapılmak üzere kateter laboratuvarına alındı. RPH, femoral erişimden sonra gelişebilen ciddi bir vasküler komplikasyondur. Yakın zamanda PCI öyküsü olan hastada işlemin yapıldığı alanda hassasiyet, ağrı, doluluk hissi var ise akla gelen durumlardan biri olmalı ve gerekli akut batın kan parametreleri dahil alınıp hemodinamik açıdan stabil bir hasta ise görüntüleme almada gecikmemeliyiz. Sonrasında hastanın hemodinamisini yakın gözlem altında tutarak içinde olduğumuz merkezde KVC bulunmaktaysa ivedi konsülte etmeli. Yok ise görüntüleme ile RPH'ı kanıtlayıp ivedi en yakın merkeze hastayı transfer etmeliyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Erişkin, Retroperitonel Kanama, PCI komplikasyonu



**Sağ iliak venden kontrast kaçağı alanı**





## SS-006

# İntravenöz Demir Tedavisi Sonrası Şiddetli Hipopotasemi: Olgu Sunumu

**Burcu Yılmaz**

*Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Hipopotasemi kas güçsüzlüğü, halsizlik, kardiyak aritmi ve kardiyak arrest ile ilişkilendirilebilen bir serum elektrolit bozukluğudur. Potasyum alımının azalması, hücre içine alım veya artan potasyum kaybı sonrası meydana gelebilir. Biz bu olgu sunumunda, demir eksikliğini tedavi etmek amacıyla parenteral demir tedavisi verilen hastada, tedavi sonrası görülen şiddetli hipopotasemi vakasını anlatmayı amaçladık. Olgu Sunumu

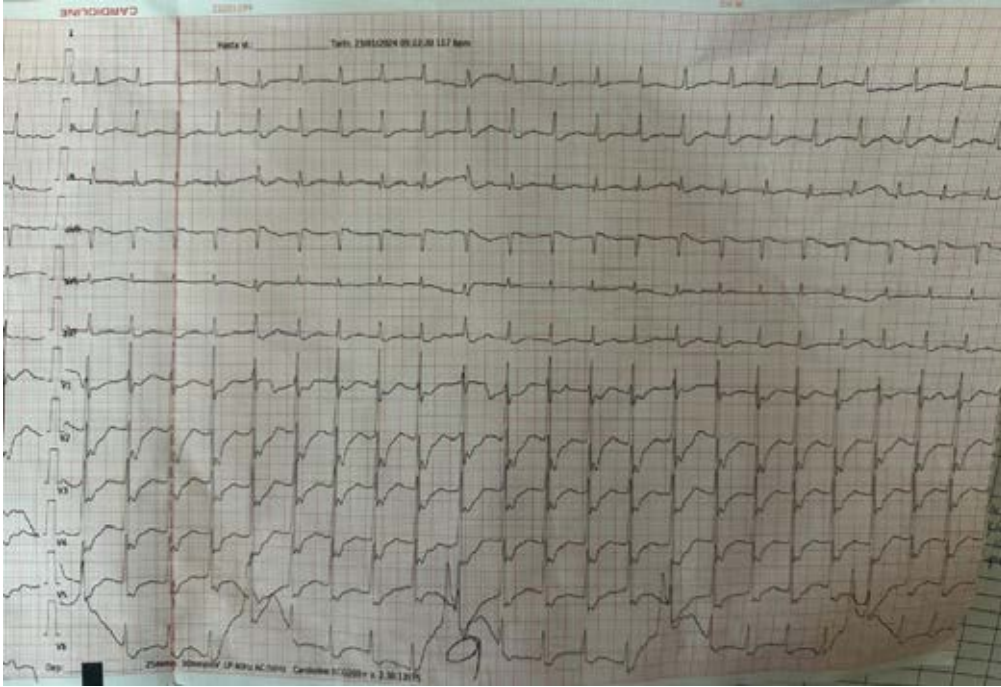
33 yaşında kadın hasta, 3 gündür olan halsizlik, yaygın kas güçsüzlüğü, solunum sıkıntısı ile acile başvurdu. Hastanın başvuru anındaki kan basıncı 100/60, oda havasındaki Spo2 %88, nabız 100/dk, ateş 36.6 °C olarak ölçüldü. Hastanın laboratuvar değerlerinde potasyum 2 mmol/L, magnezyum 2.8 mg/dl, fosfor 3.7mg/dL, hemogram 8.4 g/dL, MCV 77.1 fL, kan gazında pH: 7.38, HCO3- 17.3 mmol/L, tam idrar tetkikinde protein negatif, idrar pH 5 ölçüldü. Akciğer dinleme bulgusunda patolojik ses duyulmadı. Üst ekstremitate güç 2/5, alt ekstremitate güç 3/5 olarak ölçüldü. Hasta yakınlarından alınan anamneze göre hastada öksürük, ateş, balgam aspirasyon, gastroenterit, kusma öyküsü olmadığı öğrenildi. 4 gün önce demir eksikliği anemisi nedeniyle parenteral demir tedavisi aldığı, 1 gün sonra kas güçsüzlüğü başladığı ve şikayetlerinin giderek arttığı öğrenildi. Tedavi öncesi laboratuvar tetkiklerinde TSH 2.06 mU/ml, potasyum 3.7 mmol/L olarak normal sınırlarda; ferritin 3.1 ug/L, demir 2 ug/L azalmış; RDW %18.7 artmış olarak ölçülmüş. MCV/RBC oranı 15ti. Hastanın bulguları demir eksikliği anemisi ile uyumlu görülmüş ve parenteral demir tedavisine başlanmış. Tedavi başladıktan 1 gün sonra şikayetleri başlamış ve giderek artmıştır. Hastanın elektrokardiyogramda PR aralığı uzamış, U dalgası belirgin ve yaygın ST depresyonu mevcuttu. Akciğer tomografisinde, beyin tomografisinde ve difüzyon manyetik rezonans kliniğini açıklayacak patolojiye saptanmadı. Daha önce hipopotasemi atağı yaşamadığı öğrenildi. Hastanın anamnezi, laboratuvarı ve klinik bulguları değerlendirildiğinde parenteral demir replasman tedavisine sekonder kan hücre üretimindeki artışa bağlı potasyumun hücre içine girmesi sonrası gelişen hipopotasemi teşhisi koyuldu.

Hastaya santral kataterden 40 mEq/saat hızdan potasyum replasmanına başlandı. 3 gr magnezyum verildi. Hasta yoğun bakıma alındı. Sürekli potasyum infüzyonuna rağmen serum potasyumu 2.4 mmol/L olarak ölçülen hasta, aynı gün içinde aritmi nedeniyle ex oldu. Hipopotasemi mortalite ile sonuçlanabilen acil serviste dikkat edilmesi gereken elektrolit bozukluklarından biridir. Demir eksikliği anemisi yaygın görülen bir hastalık olup, bu sebeple demir replasman tedavisi alan hastalarda hipopotasemi gelişebileceği ve mortal seyredebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** hipopotasemi, parenteral demir tedavisi, demir eksikliği anemisi



## Elektrokardiyogram





**SS-007**

**Acil Tıp Araştırma Görevlisi Hekimlerinin  
Zor Acil Krikotiroidotomi Becerisinde  
Tüp Boyutu Seçimine Ultrasonografinin  
Etkisi: Simülasyon Manken Çalışması**

**Çağdaş Yıldırım<sup>1</sup>, İpek Kamçı<sup>2</sup>, Cansel Yaşar<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Zor Hava Yolu Cemiyeti, cerrahi krikotiroidotomide yeterli oksijenasyonu sağlayabilmek için dış çapı 8 mm iç çapı 6 mm olan kafalı trakeal tüp önermektedir. Ülkemizde yapılan tanımlayıcı bir çalışmada hastaların %24,5'inde krikotiroid membranın (KTM) 8 mm'den küçük olduğu belirlenmiştir. Amacımız Acil tıp asistanlarının (ATA) ultrasonografi eşliğinde ve larengeal tokalaşma tekniği ile zor krikotiroidotomi becerisinde, girişim sayısı ve girişim süresi açısından bu teknikleri karşılaştırmaktır.

**YÖNTEM:** Araştırmamızda KTM 7 mm olacak şekilde 3 boyutlu yazıcıdan larenks ve trakea modeli basıldı. Bu model arkası kesilmiş bir plastik kafa modeline yerleştirildi ve %10'luk 350 gram 240 bloom toz sığır jelatini ile doldurulup soğutulmuş kalıptan çıkarıldı. Daha önce krikotiroidotomi işlemi yapmamış, ATA'lara 1. aşamada larengeal tokalaşma tekniği ile krikotiroidotomi ile ilgili eğitim verildi. Eğitimden 15 gün sonra tasarladığımız simülasyon maketi üzerinde larengeal tokalaşma tekniği ile krikotiroidotomi yapması istendi ve bu işlemler video ile kaydedildi. 2. aşamada ise aynı ATA grubuna USG yardımıyla krikotiroidotomi işleminin nasıl yapılacağına yönelik eğitim verildi. 15 gün sonra ATA'lardan USG'li işlemin basamaklarını yapması istendi ve videoya kaydedildi. Bu işlemler sırasında katılımcılara 7,8 ve 9 mm endotrakeal tüp boyutları Her iki aşama için işlem süreleri ve kullanılan tüp boyutları kaydedildi. Birbirinden kör bağımsız 2 juri tarafından videolar izlenerek daha önce etkinliği değerlendirilmiş krikotiroidotomi beceri checklist'i dolduruldu. 10'lu Likert Ölçeği ile uygulayıcıların eğitimlerden öncesi ve sonrası güven düzeyleri ölçüldü.

**BULGULAR:** Çalışmaya toplam 28 ATA alındı. Eğitim öncesi güven düzeyi ile larengeal tokalaşma tekniği eğitim sonrası güven düzeyi arasında, eğitim öncesi güven düzeyi ile USG ile eğitim sonrası güven düzeyi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Jüriler arasındaki uyum incelenmiş ve hem USG'li hem de larengeal tokalaşma tekniği ile olan grup için değerlendiriciler arasında çok yüksek düzeyde uyum olduğu görülmüştür ( $ICC>0,90$ ). ATA'ların krikotiroidotomi işleminde başarıları karşılaştırıldığında; larengeal tokalaşma tekniği ile %67.9 iken USG eşliğinde bu oran %100 olarak bulunmuştur. Ayrıca larengeal tokalaşma tekniği ile yapılan krikotiroidotomi işlemi,USG yardımıyla yapılan krikotiroidotomiye göre anlamlı olarak daha uzun sürmüştür ( $p<0,001$ ).

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Çalışmamızda simülasyona dayalı eğitimin asistanların güven düzeylerini arttırdığı gösterilmiştir. Ayrıca USG'li krikotiroidotomi uygulanmasının; larengeal tokalaşma tekniği ile yapılanına göre işlem süresi daha uzun olmasına rağmen işlem başarısının daha yüksek olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Krikotiroidotomi, ultrasonografi, havayolu



### Simülasyon Mankeni







## SS-008

# Aort Diseksiyonunda İnflamatuvar Belirteçler Prognoz Göstergesi Olabilir mi?

**Umut Payza, Çağla Irmak Taş**

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

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Aort diseksiyonu, aortun intima tabakasının yırtılmasıyla kanın media ve intima tabakaları arasına dolmasıdır. En sık iki intimal yırtılma bölgesi çıkan aort başlangıcındaki sinotübüler bileşke (%50-%65) ve sol subklavyen arterin arkasındaki çıkan ve inen aort bileşkesidir(%20-%30). Etiyolojisinde hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, biküspit aort kapağı, Marfan sendromu, Ehler-Danlos sendromu, kronik kokain ve amfetamin kullanımı gibi aortun media tabakasını zayıflatan veya intimal duvar stresini artıran durumlar bulunur. Aort diseksiyonu sınıflandırması için Stanford ve DeBakey kullanılmaktadır. Acil serviste ise sınıflandırmadan önce hastanın stabilitesi ve tanının hızlıca konulması önem arz etmektedir. Ayrıca tanı konulan hastalarda hangi hastanın daha mortal seyredeceği, bu durumun diseksiyonun yeri ve büyüklüğü ile ilişkisi henüz netlik kazanmamış durumlardır. Ayrıca diseksiyon tanı ve prognozunu göstermede laboratuvar parametrelerinin kullanılabilirliğini araştıran çalışmalar sınırlıdır. NLR, PLR, SII değerlerinin pnömoni, sepsis, travma, pankreatit gibi mortal seyredebilen tanılarda prognoz göstergesi olarak kullanılacaklarını bildiren çalışmalar mevcuttur. Ancak aort diseksiyonunda bu değerlerin kullanımı ile ilgili yeterli literatür bilgisi bulunmamaktadır. Bu çalışmadaki amacımız SII, NLR, PLR değerlerinin aort diseksiyonu tanısında prognoz göstergesi olarak kullanılabilirliğini araştırmaktır.

**YÖNTEM:** Bu çalışma retrospektif gözlemsel olarak planlanmıştır. Acil serviste 2023 yılı boyunca 1 yıllık süreçte aort diseksiyonu tanısı konulan tüm hastalar dahil edilmiştir. Laboratuvar verilerine, sonlanım verilerine ulaşamayanlar ve dış merkeze sevk edilenler çalışma dışı bırakıldı. Dahil edilen hastaların laboratuvar verileri veri kayıt formuna not edildi. Bu veriler üzerinden NLR, PLR ve SII değerleri hesaplandı. NLR: nötrofil/ lenfosit, PLR: platelet/lenfosit, SII: trombosit\*nötrofil/lenfosit formülleri ile hesaplandı. NLR, PLR ve SII değerlerinin mortalite gösterme gücünü hesaplamak için ROC analizi kullanıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya 51 hasta dahil edili ve 15 tanesi kadındı. Yaş ortalaması 60±15 olarak bulundu. 19 (37,3) hastanın acil operasyona alındığı görüldü. 33 (64,7) hasta taburcu olurken 18 (35,3) hastanın vefat ile sonuçlandığı bulundu.

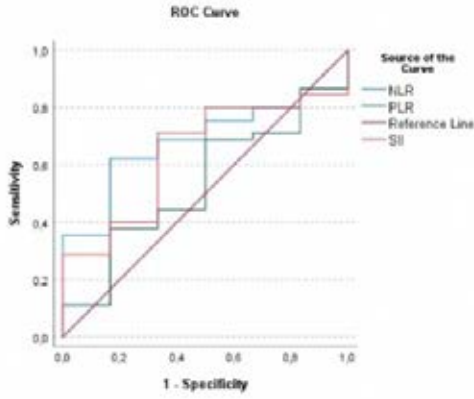
NLR, PLR, SII değerlerinin mortalite tahmininde kullanılabilirliği incelendi (Figür 1, Tablo 1). Elde edilen sonuca göre bu 3 değer mortalite göstergesi olarak kullanılması istatistiksel olarak anlamsız bulundu.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Aort diseksiyonu ani gelişen ve ölümcül seyreden bir tablodur. İnflamasyonu ve inflamasyona bağlı kötü prognozu gösterdiği bilinen NLR, PLR ve SII değerlerinin, aort diseksiyonunda prognoz göstergesi olarak kullanılması uygun değildir.

**Anahtar Kelimeler:** aort, diseksiyonu, mortalite



## NLR,PLR, SII değerlerinin Mortaliteyi öngörmesi amaçlı yapılan ROC analizi



Tablo 1: NLR,PLR, SII değerlerinin Mortaliteyi öngörmesi amaçlı yapılan ROC analizi

	Eğri altında kalan Alan (AUC)	Std. Hata	p	Eğri altında kalan Alan (AUC) %95 Güven sınırları		Duyarlılık	Seçicilik	Sınır değer
				Alt sınır	Üst sınır			
NLR	,532	,089	,720	,357	,707	72,20	52,50	5,76
PLR	,438	,088	,478	,266	,610	50,00	39,80	134,4
SII	,519	,088	,834	,345	,692	55,60	51,50	1180



**SS-009**

**Dirençli Hiperglisemide Amfizematöz  
Piyelonefrit Olgusu Sunumu**

***Elif Eryurt Öz, Ecem Ermete Güler***

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

Amfizematöz piyelonefrit (APN), renal parankimi ve perirenal alanı etkileyen gaz üreten, nadir, hayatı tehdit edici, akut ve ciddi nekrotizan bir enfeksiyonudur. Gaz, gram-negatif bakteriler tarafından glikoz metabolizmasından üretilir. Gaz oluşturan üropatojenler arasında APN'ye en yaygın olarak Escherichia coli neden olmaktadır, buna ek olarak Klebsiella, Clostridium, Candida, Aspergillus, Cryptococcus, ve Amoeba türleri de etkenler arasındadır. Gaz, böbrek parankiminde, toplayıcı sistemde veya perinefrik yağda bulunabilir. En sık klinik bulgular; ateş, yan ağrısı ve piyüridir. Ek olarak spesifik olmayan karın ağrısı, bulantı, kusma, dizüri ve lokal krepitasyonlar, şok, letarji, konfüzyon ve bilinç kaybı görülebilir. Hastaların çoğu diyabetes mellitus tanılı olup, litiyazise bağlı üriner sistem obstrüksiyonu ve immünsüpresyon diğer predispozan faktörlerdir. Bilgisayarlı tomografi (BT) en değerli tanı yöntemi olup klasik tedavi geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi, medikal tedavi ile birlikte cerrahi drenaj veya nefrektomidir. Ancak bazı durumlarda atipik semptomlarla başvuru veya eşlik eden diğer majör patolojilere ek olarak saptanabilecek asemptomatik amfizematöz pyelonefrit olguları görülmektedir. Bu vakamızda medikal tedaviye dirençli hiperglisemi ile gelen hastamızda asemptomatik seyreden amfizematöz piyelonefrit olgusunu sunmayı amaçladık.

52 yaşında kadın hasta, 1 haftadır karın ağrısı ve evde ölçülen kan şekeri değerlerinin çok yüksek seyretmesi nedeniyle hastanemiz acil servisine başvurdu. Özgeçmişinde 12 yıldır dm hastalığı mevcut ve oral antidiyabetik ilaçlar kullanıyor. Anamnez derinleştirildiğinde 1 aydır dizüri tarifliyor fakat ateş üşüme titreme yan ağrısı gibi ek semptomları yok. Fizik muayenesinde gks:15 bilinç açık koopere oryante ta:81/45 nabız:105 pukş:560 olan hastanın batın muayenesinde defans rebound yok, kostovertebral açığı hassasiyeti yok, diğer sistem muayeneleri de olağan. Tetkiklerinde lökosit 10057/UL, glukoz 655 mg/dL, üre 53 mg/dl, kreatin 1,53 mg/dl, C reaktif protein (CRP) 252 mg/L, tam idrar tetkikinde lökosit 36 hpf, eritrosit 23 hpf, glukoz +4, keton 1+ idi. Kan gazında pH: 7,37 HCO<sub>3</sub>: 20,9 mmol/L laktat:2,8 mmol/L idi. Hastaya 30 ünite kristalize insülin ve 3000 cc sf ile hidrasyon uygulanmasına rağmen hastanın kan şekerinde düşme saptanmadı. Bunun üzerine çekilen batın btsi amfizematöz pyelonefrit uyumlu olması ve dirençli hiperglisemisi amfizematöz pyelonefrite sekonder değerlendirilmesi üzerine üroloji servisine acil nefrektomi yapılmak üzere yatışı yapıldı. Nefrektomi sonrası ilaçların da düzenlenmesiyle kan şekeri regülasyonu sağlandı.



## BATIN BT GÖRÜNÜMÜ



Amfizematöz pyelonefrit morbidite ve mortaliteye sebep olan bir tanıdır. Tedavi ve yönetimi için erken saptanması önem arz etmektedir. Tipik klinik bulgular ile gelen hastalarda tanı BT ile kolayca koyulabilir iken atipik semptomları olan hastalarda durum daha zor olabilmektedir.

Acil serviste sepsis düşünülen bulgular veya şok tablosunda olan hastalarda yatakbaşı usg kullanımı ile kolayca tanı koyulabildiğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Gerek bt gerekse usg ile kolayca tanımlanabilmesine rağmen bazı durumlarda tanı atlanabilmektedir.

DM tanısı mevcut olan hastaların enfeksiyona yatkınlıklarının arttığı bilindiği gibi mevcut hastalıklarının daha mortal seyrettiği daha önceki çalışmalarda bildirilmektedir.

Bu vaka sunumunda olduğu gibi majör diğer problemlere eşlik eden asemptomatik ya da atipik semptomları olan hastalarda tanı atlanması morbidite ve mortalitelere sebep olabilir.

Sonuç olarak amfizematöz piyelonefrit; acil tanı konulması ve süratle tedavi edilmesi gereken, yaşamı tehdit eden nadir görülen bir enfeksiyondur. Büyük risk taşır ve geleneksel piyelonefrit vakalarından daha yüksek mortaliteye sahiptir. APN'nin spesifik belirti ve semptomları olmaması tanı konmasını güçleştirir. Antibiyotiklere yanıt vermeyen ve vücutta açıklanamayan anormal gaz oluşumunun görüldüğü hastalarda, özellikle de glisemik kontrolü zayıf diyabetik kişilerde akla gelmelidir. Tedaviye dirençli hiperglisemi olgularında altta yatan tetikleyici patoloji olabileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Amfizematöz, Hiperglisemi, Piyelonefrit

### KAYNAKÇA:

1. Michaeli J, Mogle P, Perlberg S, Hemiman S, Caine M. Emphysematous pyelonephritis. J Urol 1984;131:203-208.
2. Ubee SS, McGlynn L, Fordham M. Emphysematous pyelonephritis. BJU Int 2011;107:1474- 1478.
3. Nicola R, Menias CO. Üriner Obstrüksiyon, Taş Hastalığı ve Enfeksiyon. 2018 Mart 21. Gelen: Hodler J, Kubik-Huch RA, von Schulthess GK, editörler. Karın ve Pelvis Hastalıkları 2018-2021: Teşhis Görüntüleme IDKD Kitabı [İnternet]. Cham (CH): Springer; 2018. Bölüm 20.
4. Mohsin N, Budruddin M, Lala S, Al-Taie S. Emphysematous pyelonephritis: a case report series of four patients with review of literature. Ren Fail 2009;31(7):597-601
5. Wu SY, Yang SS, Chang SJ, Hsu CK. Emphysematous pyelonephritis: classification, management, and prognosis. Tzu Chi Med J. 2022 Apr 13;34(3):297-302. doi: 10.4103/tcmj.tcmj\_257\_21. PMID: 35912050; PMCID: PMC9333110.
6. Pontin AR, Barnes RD. Current management of emphysematous pyelonephritis. Nat Rev Urol



2009;6:272-9.

7. Shokeir AA, EL-Azab M, Mohsen T, et al. Emphysematous pyelonephritis: A 15-year experience with 20 cases. *Urology* 1997;49:343-6.
8. Guvel, S., Kilinc, F., Kayaselcuk, F., Tuncer, I., & Ozkardes, H. (2003). Emphysematous pyelonephritis and renal amoebiasis in a patient with diabetes mellitus. *International journal of urology*, 10(7), 404-406.
9. Flores G, Nellen H, Magana F, et al. Acute bilateral emphysematous pyelonephritis successfully managed by medical therapy alone: A case report and review of the literature. *BMJ Nephrology* 2002;3:4.



## SS-010

# Pulmoner Langerhans Hücreli Histiositozis: Olgu Sunumu

***Ender Karadere, Efe Kanter***

*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İzmir*

Pulmoner langerhans hücreli histiositozis (PLHH) X; langerhans hücreli histiositozisin alt grubu olup akciğerlerde langerhans hücre infiltrasyonunun görüldüğü, nedeni bilinmeyen, en sık 20–40 yaşları arasında görülen nadir bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Olguların %90'ından fazlasının sigara içicisi olması patogenezinde sigaranın önemli bir yer tuttuğunu düşündürmektedir. Olguların %25'inde hiçbir semptom yoktur, başka nedenlerle çekilen akciğer grafisinde patolojik bulguların incelenmesiyle tesadüfen ya da spontan pnömotoraks gibi gürültülü bir tablo geliştikten sonra tanı konur. Genç, sigara içen bir hastanın bilgisayarlı tomografisinde orta ve üst zonlarda yerleşmiş çok sayıda kist ve nodüllere eşlik eden interstisyel kalınlaşma görülmesi PLHH için tanı koydurucudur. Tedavisi standardize edilmemiş olmakla birlikte ilk basamak tedavisi patogenezinde önemli bir yer kaplayan sigaranın bırakılmasıdır. (1) (2) (3).

Bu sunumda acil servisimize ani başlayan dispne şikayetiyle gelen ve yapılan görüntüleme sonucunda spontan pnömotoraks geliştiği görülen hastayı konu aldık. Bu olgu sunumunda amacımız sigara içen genç erişkin hastalarda nadir görülen hastalıkta olsa tekrarlayan spontan pnömotoraks ile gelen hastanın langerhans hücreli histiositozis hastalığı olabileceğini dikkat çekmektir. Bilinen hipertansiyon, kalp yetmezliği, hipotiroidi hastalıkları bulunan 44 yaş kadın hasta acil servise ani başlayan dispne şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsü sorgulandığında 3 paket/yıl sigara içtiği ve 11/01/2024 tarihinde aynı şikayetlerle acil servise başvurduğu görüntülemelerinde spontan pnömotoraks görüldüğü 26/01/2024 tarihinde göğüs cerrahi servisinden taburcu olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde sağ akciğer üst zonlarda solunum sesleri duyulmadı ve bazalde ralleri duyuldu. Yapılan tetkiklerinde pulse oksimetri ve kan gazında SpO<sub>2</sub> 58 ölçülmüş olup hasta solunum sayısı 32'ydı. Görüntülemelerinde ise her iki akciğer parankiminde retikülonodüler ve kistik lezyon ve sağ akciğer spontan pnömotoraks ve hidrotoraks görüldü (Şekil 1). Göğüs cerrahisi konsülte edildi. Göğüs cerrahisi tarafından Sağ 5. interkostal aralıktan tüp torakostomi ve kapalı sualtı uygulandıktan sonraki SpO<sub>2</sub> seviyesi oda havasında %58'den %98'e yükseldi ve göğüs cerrahi servisine yatışı yapıldı. Türkiye'de PLHH prevalansı ile ilgili kesin veri yoktur. Literatürdeki eski yayınlarda erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmişse de yeni serilerde cinsiyet farkı gözlenmemiştir. Bu değişim ise kadınlarda artan sigara içme sıklığı ile ilgili olabilir.

Dr. Murat Acat ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada 21 hastanın başvuru anında hepsinin aktif sigara içici olduğu ve en sık görülen semptomun dispne olduğuydu. Tanı konulduktan sonra tüm hastaların sigara bıraktığı ve 6 hastanın steroid tedavisi ve 1 hastanın akciğer nakline kadar ilerlediği (4).

Hasan A Al-Trabolsi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PLHH 15 yaş altında son derece nadir olmasına rağmen hiperaktif solunum yolları semptomları olan astım tedavisine rağmen rahatlamayan hasta PLHH tanısı görülmüştür (5).

Sonuç olarak genç, sigara içen ve tipik radyolojik görüntüleri olan hastalarda PLHH akla gelmelidir. Hastalığın seyrinde önemli risk faktörü olan sigara mutlaka bırakılmalıdır. Akciğerlere eşlik edebilecek diğer organ tutulumları açısından dikkatli olunmalıdır. hızlı teşhis tedavi ve zamanında konsültasyon ile hasta yönetilmeli, acil servis hekimleri bu konuda dikkatli olmalıdır.



**Anahtar Kelimeler:** PLHH, histiositozis, pnömotoraks, hidrotoraks

**Şekil 1. Hastanın Toraks BT görüntüsü, sağ akciğer pnömotoraks ve hidrotoraks**





## SS-011

# Türkiye Kökenli Acil Tıp Çalışmalarının Raporlama Kılavuzlarına Uyum Düzeyinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Bibliyometrik Bir Çalışma

**Enis Ademoğlu**

*T.C. Sağlık Bakanlığı, Gaziantep Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği*

### 1. Giriş

Dünyada acil tıptaki araştırmaların sıklığı giderek artmasına rağmen, yayın kalitesi oldukça çeşitlilik göstermektedir (1). Literatürde, birçok araştırmanın eksiksiz ve şeffaf bir şekilde raporlanmadığına dair kanıtlar bulunmaktadır (2). Araştırma protokollerinin doğru biçimde tasarlanmaması, hatalı metodolojik analizler ve bulguların eksik şekilde raporlanması önemli düzeyde yanlışlık riskine neden olmaktadır. 2004 yılında yayınlanan 102 makalenin incelendiği bir çalışmada, etkinlik sonuçlarının %50'sinin, yan etki sonuçlarının %65'inin eksik olarak raporlandığı bildirilmiştir (3) but direct evidence of such bias is currently limited to case reports.

**OBJECTIVE:** To study empirically the extent and nature of outcome reporting bias in a cohort of randomized trials.

**DESIGN:** Cohort study using protocols and published reports of randomized trials approved by the Scientific-Ethical Committees for Copenhagen and Frederiksberg, Denmark, in 1994-1995. The number and characteristics of reported and unreported trial outcomes were recorded from protocols, journal articles, and a survey of trialists. An outcome was considered incompletely reported if insufficient data were presented in the published articles for meta-analysis. Odds ratios relating the completeness of outcome reporting to statistical significance were calculated for each trial and then pooled to provide an overall estimate of bias. Protocols and published articles were also compared to identify discrepancies in primary outcomes.

**MAIN OUTCOME MEASURES:** Completeness of reporting of efficacy and harm outcomes and of statistically significant vs nonsignificant outcomes; consistency between primary outcomes defined in the most recent protocols and those defined in published articles.

**RESULTS:** One hundred two trials with 122 published journal articles and 3736 outcomes were identified. Overall, 50% of efficacy and 65% of harm outcomes per trial were incompletely reported. Statistically significant outcomes had a higher odds of being fully reported compared with nonsignificant outcomes for both efficacy (pooled odds ratio, 2.4; 95% confidence interval [CI], 1.4-4.0. Son yirmi yılda biyomedikal araştırmaların şeffaf ve güvenilir bir biçimde raporlanması için çeşitli kılavuzlar geliştirilmiştir (4)3,4}}}}}},"schema": "https://github.com/citation-style-language/schema/raw/master/csl-citation.json"} . Yüksek etkiye sahip birçok dergi araştırma tasarımında bu raporlama kılavuzlarının dikkate alınmasını önermektedir (5,6). Yazarların raporlama kılavuzlarına uyumu hala düşük düzeyde olmasına rağmen, bir Cochrane derlemesinde dergiler tarafından CONSORT kılavuzuna uyum aranmasının randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) raporlama eksiklerini azaltabileceği gösterilmiştir (7).

Ülkemizde yapılan acil tıp çalışmaları son yıllarda literatüre giderek artan bir katkı sunmaktadır. Son on yılı içeren iki bibliyometrik analizde, Türkiye acil tıp alanında en üretken ilk iki ve dört ülke arasında yer almıştır (1,8). Bununla birlikte, ülkemizde yapılan araştırma protokollerinin standart bir şekilde raporlanması ve sonuçların şeffaf bir biçimde sunulması konusunda bulunan eksikler henüz tam olarak belgelenmemiştir.

Bu kesitsel bibliyometrik çalışma, son bir yılda yayınlanan Türkiye kökenli orijinal acil tıp çalışmalarının





tasarım, analiz ve raporlama açısından raporlama kılavuzlarına uyum düzeyini değerlendirmeyi hedeflemektedir.

## 2. Metot

### 2.1. Tasarım

Çalışma 2023 yılında yayınlanan ve Pubmed veri tabanında taranan Türkiye kökenli acil tıp çalışmalarının retrospektif, kesitsel bibliyometrik analizi biçiminde tasarlandı. Çalışmanın tasarımında Preliminary guideline for reporting bibliometric reviews of the biomedical literature: a minimum requirements (BIBLIO) kılavuzu dikkate alındı (9)it slightly differs in synthesizing the data when it comes to providing a pile of evidence from different studies into a single document. This paper provides a preliminary guideline for reporting bibliometric reviews of the biomedical literature (BIBLIO. Çalışmanın bibliyometrik yapısından dolayı etik kurul onayına başvurulmadı.

### 2.2. Makalelerin seçimi

Pubmed, MEDLINE ve Pubmed Central'da taranan dergileri kapsayan 36 milyondan fazla alıntı ve özet içeren bir veri tabanıdır. Çalışmaya gelişmiş Pubmed literatür tarama motorunda (Turkey[Affiliation]) AND (Emergency[Affiliation]) terimleri ile yapılan aramada ulaşılan 2023 yılına ait makaleler dahil edildi. Uluslararası klinik kılavuzlar, Türkiye dışındaki ülkelere ait makaleler, Türkiye'den acil tıp dışındaki branşlara ait olan makaleler, meta-analizler, sistematik derlemeler, vaka raporları, editöre mektuplar, hayvan çalışmaları, hemşirelik çalışmaları, saha raporları, tekrarlı sonuçlar, düzeltme metinleri ve tam metnine ulaşamayan orijinal makaleler çalışmadan dışlandı.

### 2.1. Sonlanım

Çalışmanın primer sonlanımı analize alınan makalelerin raporlama kılavuzlarına uyum düzeyinin değerlendirilmesi olarak belirlendi. Raporlama kılavuzları EQUATOR girişimi tarafından çalışma türlerine göre oluşturulan kılavuzlar arasından seçildi (4)3,4}}}}},”schema”:"https://github.com/citation-style-language/schema/raw/master/csl-citation.json"} .

### 2.2. Makalelerin değerlendirilmesi

Makalelerin kılavuza uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla, kılavuzların kontrol listeleri baz alınarak 18 kriterden oluşan ortak bir kontrol listesi oluşturuldu (Şekil 1). Çalışmaların tam metni incelenerek çalışma adı, yayımlandığı dergi, dergiye ait indeks ve metrikler, yazar sayısı, çalışmanın türü, konusu, anahtar kelimeler ve kontrol listesine göre çalışmanın kılavuza uyumu kaydedildi. Geçmiş çalışmalara dayanarak, kontrol listesinde bulunan 18 kriterin en az %90'ını karşılayan çalışmalar kılavuza tam uygun, en az %50'sini karşılayan çalışmalar kılavuza kısmen uygun, %50 den azını karşılayan çalışmalar uygun değil şeklinde sınıflandırıldı (10). Bütün makaleler Türkiye Acil Tıp Derneği ATAK grubu istatistik ve metodoloji kurs sertifikalarına sahip bir yazar tarafından değerlendirildi.

### 2.3. İstatistiksel analiz

Çalışmanın istatistiksel analizi tanımlayıcı veriler ile yapıldı. Herhangi bir grup karşılaştırılması yapılmadığından dolayı analiz testleri kullanılmadı. Kategorik veriler sayı ve yüzde (%) ile, sürekli veriler normallik dağılımına göre ortalama ve standart sapma veya ortanca ve %25-75 çeyreklikler ile ifade edildi. Analizler için SPSS 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) kullanıldı. Çalışmanın bibliyometrik yapısı nedeniyle örneklem büyüklüğü önceden hesaplanmadı.

## 3. Bulgular

Pubmed taraması sonucu 2023 yılına ait 561 makaleye ulaşıldı. Dışlama kriterleri uygulandıktan sonra kalan 164 orijinal makale analize dahil edildi (Şekil 2). En sık çalışma tipi kesitsel (%28) çalışmalar iken,



çalışmaların %97.6'sının tek merkezli, %52.4 'ünün retrospektif biçimde yapıldığı görüldü (Tablo 1). Çalışmaların %85.4'ünde bias riski değerlendirmesi yapıldığı, %78.7 sinde örneklem büyüklüğünün hesaplanmamış olduğu dikkati çekti (Tablo 2). Primer sonlanıma bakıldığında çalışmaların %10.4'ünün kılavuza tam uygun, %89'unun kısmi uygun olduğu, %0.6' sının uygun olmadığı görüldü. Çalışmaların yayınlanma sıklığına göre sık görülen dergiler Tablo 3'te belirtilmiştir. Konularına göre bakıldığında en sık kardiyoloji (%13.4) alanında çalışma yapıldığı kaydedildi (Tablo 4).

#### 4. Tartışma

Bu bibliyometrik analizin sonuçlarına göre 2023 yılında Pubmed veri tabanında taranmış olan Türkiye kökenli orijinal acil tıp makalelerinin büyük çoğunluğu tasarım, analiz ve sonuçların raporlanmasında uluslararası raporlama kılavuzlarının önerilerinin en az yarısını yerine getirmiştir. Bu sonuçlar yayın kalitesine dair umut verici olmakla birlikte, kılavuz kontrol listelerinde yer alan önerilerin büyük bir kısmının temel araştırma ve makale yazma yöntemleri olduğu göz ardı edilemez. Çalışmanın ana bulgusu olarak analize alınan makalelerin kılavuzlara tam uyum oranının oldukça düşük düzeyde olduğu görüldü.

Smith ve ark. tarafından yapılan 20 yıllık bibliyometrik analizde örneklem büyüklüğü hesaplanmasının acil tıp çalışmalarında zamanla anlamlı şekilde arttığı bildirilmiştir (11). Bizim sonuçlarımıza göre, ülkemizde yapılan çalışmalar, raporlama kılavuzlarının önerilerine rağmen bias riski değerlendirmesi ve örneklem büyüklüğü hesaplanmasına yeterince yer vermemektedir. Çalışmanın bir diğer önemli sonucu, RKÇ ve çok merkezli çalışma sayılarının oldukça düşük oranda olmasıdır. Bu durumun altında çok sayıda farklı neden olduğu tahmin edilmekle birlikte, ülkemizdeki acil tıp araştırmacıları, dünyada giderek artmakta olan bu çalışma tipleri üzerine teşvik edilmelidir.

#### 5. Kısıtlılıklar

Çalışmamızda yayınların taranmasında yalnızca Pubmed veri tabanının kullanılmış olması seçim yanlılığına neden olmuş olabilir. Ayrıca makalelerin bir yazar tarafından incelenmesi yorumlamada ölçüm yanlılığı riski yaratmış olabilir. Çalışmanın bir yıllık süredeki çalışmaları kapsamaması sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.

#### 6. Sonuç

Son bir yılda ülkemizden yayınlanan acil tıp çalışmalarının raporlama kılavuzlarına uyumu sınırlı düzeydedir. Çalışmaların şeffaflık ve güvenilirliğini arttırmak amacıyla editörler ve hakemler araştırmacıları raporlama kılavuzlarını kullanmaya teşvik etmelidir.

#### 7. Kaynaklar

1. Cetin M, Long B, Gottlieb M. A 10-year bibliometric analysis of publications in emergency medicine. *Am J Emerg Med.* 2022 Aug;58:215–22.
2. Li G, Mbuagbaw L, Samaan Z, Jin Y, Nwosu I, Levine MAH, et al. State of reporting of primary biomedical research: a scoping review protocol. *BMJ Open.* 2017 Mar 29;7(3):e014749.
3. Chan AW, Hróbjartsson A, Haahr MT, Gøtzsche PC, Altman DG. Empirical evidence for selective reporting of outcomes in randomized trials: comparison of protocols to published articles. *JAMA.* 2004 May 26;291(20):2457–65.
4. Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research (EQUATOR). Reporting guidelines for main study types [Internet]. [cited 2024 Mar 4]. Available from: <https://www.equator-network.org>
5. BMJ Journals. Authors/Reporting Guidelines [Internet]. [cited 2024 Mar 4]. Available from: [https://emj.bmj.com/pages/authors#reporting\\_guidelines](https://emj.bmj.com/pages/authors#reporting_guidelines)



- Annals of Emergency Medicine. Guidelines and Preferences for Specific Research Study Designs [Internet]. [cited 2024 Mar 4]. Available from: <https://www.annemergmed.com/content/designs>
- Turner L, Shamseer L, Altman DG, Schulz KF, Moher D. Does use of the CONSORT Statement impact the completeness of reporting of randomised controlled trials published in medical journals? A Cochrane review. Syst Rev. 2012 Nov 29;1:60.
- Kokulu K, Mutlu H, Sert ET. Scientific Publication Productivity of Emergency Physicians: A Bibliometric Analysis of the Last Decade. J Emerg Med. 2019 Jul;57(1):13-20.
- Montazeri A, Mohammadi S, M.Hesari P, Ghaemi M, Riazi H, Sheikhi-Mobarakeh Z. Preliminary guideline for reporting bibliometric reviews of the biomedical literature (BIBLIO): a minimum requirements. Syst Rev. 2023 Dec 15;12(1):239.
- Frost AD, Hróbjartsson A, Nejtgaard CH. Adherence to the PRISMA-P 2015 reporting guideline was inadequate in systematic review protocols. J Clin Epidemiol. 2022 Oct;150:179-87.
- Smith J, Date P, Spencer W, De Tonnerre E, Taylor DM. Evolution of methodology and reporting of emergency medicine quantitative research over a 20-year period. Emerg Med J. 2020 Jun;37(6):324-9.

## 8. Tablolar

Tablo1. Analize alınan makalelerin temel karakteristik özellikleri

Değişkenler	Sayı (%), Ortanca (%25-75 çeyreklikler)
Çalışma tipi	
Randomize kontrollü çalışma	9 (5.5)
Kohort tipi çalışma	20 (12.2)
Vaka-kontrol çalışması	17 (10.4)
Kesitsel çalışma	46 (28)
Tanımlayıcı çalışma	35 (21.3)
Tanımsal değerlilik çalışması	26 (15.9)
Model çalışması	4 (2.4)
Diğer*	5 (3)
Merkez sayısı (tek)	160 (97.6)
Veri toplama yöntemi (prospektif)	75 (45.7)
Yazar sayısı	5 (3-6)
Dergilerin indeks ve metrikleri	
SCIE	138 (84.1)
ESCI	23 (14)
Diğer	3 (1.8)
Etki faktörü	2.1 (1.1-3.1)
Scopus Cite skoru	3.7 (2.6-5.2)
SCImago Journal Rank	0.47 (0.32-0.63)
Quartile aralıkları	
Q1	36 (22)
Q2	47 (28.7)



Q3	70 (42.7)
Q4	3 (1.8)
Kılavuzlara atıfta bulunan makaleler	10 (6.1)
Makalenin kılavuza uygunluk düzeyi	
Tam uygun (>%90 uygunluk)	17 (%10)
Kısmi uygun (>%50 uygunluk)	146 (89)
Uygun değil (<%50 uygunluk)	1 (0.6)

\*Diğer= randomize olmayan kontrollü çalışma, simülasyon çalışması, anket çalışması, bibliyometrik çalışma, SCIE= Science Citation Index Expanded, ESCI= Emerging sources citation index

Tablo 2. Çalışmaların kontrol listesi maddelerine uyum oranları

Kontrol listesi	Uyum oranı (N, %)
1. Başlık: çalışma tasarımı belirtilmiş mi?	24 (14.6)
2. Özet: dengeli ve bilgilendirici mi?	164 (100)
3. Giriş: amaç ve hipotez açıklanmış mı?	164 (100)
4. Metot: çalışma tasarımı açıklanmış mı?	65 (60.4)
5. Metot: dahil etme ve dışlama kriterleri açıklanmış mı?	151 (92.1)
6. Metot: değişkenler, prediktörler, sonuçları açıklanmış mı?	161 (98.2)
7. Metot: örneklem büyüklüğü hesaplanmış mı?	35 (21.3)
8. Metot: istatistiksel analiz açıklanmış mı?	163 (99.4)
9. Metot: randomizasyon açıklanmış mı? (9 RKÇ için)	8 (88.9)
10. Metot: randomizasyon körlüğü belirtilmiş mi? (9 RKÇ için)	2 (22.2)
11. Metot: çalışma körlüğü açıklanmış mı? (9 RKÇ için)	7 (77.8)
12. Bulgular: akış şeması var mı?	52 (31.7)
13. Bulgular: temel karakteristikler verilmiş mi?	140 (85.4)
14. Bulgular: sonuç ölçütleri raporlanmış mı?	164 (100)
15. Tartışma: literatür taraması ve yorumlama yapılmış mı?	164 (100)
16. Tartışma: bias riski ele alınmış mı?	24 (14.6)
17. Tartışma: kısıtlılıklar belirtilmiş mi?	151 (92.1)
18. Finansman olup olmadığı açıklanmış mı?	109 (66.5)

Tablo 3. Analize alınan çalışmaların en sık yayınlandığı dergiler

Dergi adı	Makale sayısı	Etki faktörü	Quartile aralığı
Irish Journal of Medical Science	22	3.6	Q3
American Journal of Emergency Medicine	15	3.6	Q1
Revista da Associação Médica Brasileira	14	1.05	Q3
Turkish Journal of Emergency Medicine	8	0.9	Q3
Prehospital and Disaster Medicine	8	2.2	Q2
European Review for Medical and Pharmacological Sciences	8	3.3	Q2



Tablo 4. Çalışmaların konularına göre dağılımı

Çalışma konusu	Çalışma sayısı (%)
Kardiyoloji	22 (13.4)
Pulmoner	17 (10.4)
COVID	15 (9.1)
Nöroloji	15 (9.1)
Çevresel (deprem)	14 (8.5)
Resüsitasyon	11 (6.7)
Gastrointestinal	11 (6.7)
Radyoloji	10 (6.1)
Travma	9 (5.5)
Kritik bakı	8 (4.9)
Toksikoloji	6 (3.7)
Enfeksiyon	5 (3)
Ortopedi	4 (2.4)
Üroloji	3 (1.8)
Diğer	14 (8.5)

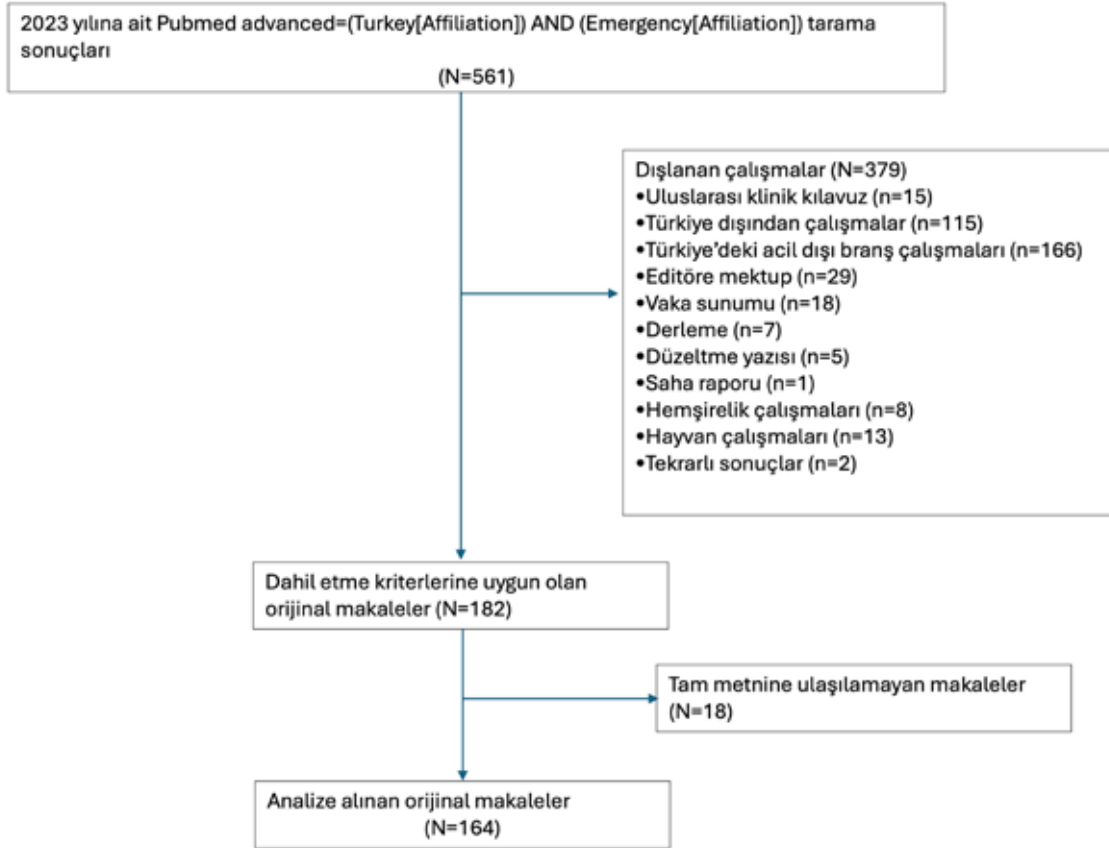
## 9. Şekiller

Şekil 1. Çalışma tiplerine göre raporlama kılavuzları ve ortak kontrol listesi

Şekil 1. Çalışma tiplerine göre raporlama kılavuzları ve ortak kontrol listesi	
Randomize kontrollü çalışma	Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)
Gözetimsel Çalışmalar	
Kohort	The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology Statement: guidelines for reporting observational studies (STROBE)
Ölçü-kontrol	
Kesitsel	
Tanımlayıcı	
Randomize olmayan kontrollü çalışma	Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement
Tanımsal değerlilik çalışması	Standards for Reporting Diagnostic accuracy studies (STARD)
Model çalışması	Transparent reporting of a multivariable prediction model for individual prognosis or diagnosis: The TRIPOD statement
Anket çalışması	A Consensus -Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CRSS)
Bibliyometrik çalışma	Preliminary guideline for reporting bibliometric reviews of the biomedical literature (BIBLIOJ): a minimum requirements
<b>Kılavuzlara dayanarak oluşturulan ortak kontrol listesi</b>	
1. Başlık	Çalışmanın tasarımının başlıkta uygun biçimde belirtilmesi
2. Özet	Çalışma tasarımının, metodun, bulguların ve sonuçların bilgilendirici ve dengeli bir özetinin verilmesi
3. Giriş	Belirlenmiş amaç ve hipotezlerin belirtilmesi
4. Metod	
4a. Tasarım	Çalışma tasarımının temel özelliklerinin ve veri toplama biçiminin belirtilmesi
4b. Popülasyon	Popülasyonun tanımlanması, dahil etme ve dışlama kriterlerinin belirtilmesi
4c. Değişkenler	Değişkenler, ölçümler, prediktörler ve sonuçlarının açıklanması *Klinik çalışmalar için müdahalelerin tanımlanması *Tanımsal değerlilik çalışmaları için index ve referans testlerin ve doğruluk ölçümlerinin tanımlanması *Model çalışmalar için prediktörlerin detaylı açıklanması
4d. Örneklem büyüklüğü	Örneklem büyüklüğü tahmininin açıklanması
4e. Randomizasyon (RKÇler için)	Randomizasyon yönteminin açıklanması
4f. Randomizasyon körülüğü (RKÇler için)	Tahsis sırasını araştırmacılardan gizliyerek seçim yanlılığın azaltılmasının sağlanması
4g. Körülük (RKÇler için)	Körülüğün sağlandıysa nasıl yapıldığının açıklanması
4h. İstatistiksel analiz	Tüm istatistiksel yöntemlerin detaylı açıklanması
5. Bulgular	
5a. Akıç Şeması	Gruplara atanan, dışlanan ve primer sonuçların analizine alınan katılımcıların gösterilmesi
5b. Temel karakteristikler	Her grup için temel demografik ve klinik özelliklerin detaylı biçimde belirtilmesi
5c. Sonuçlarının raporlanması	Birinci ve ikinci sonuçlarının etki büyüklüğü ve kesinliği gibi ölçütlerle raporlanması
6. Tartışma	
6a. Yorumlama ve genelleştirilebilirlik	Sonuçlarla tutarlı yorum yapılması, benzer çalışmalardan elde edilen sonuçlar dikkate alınarak genellebilirliğin değerlendirilmesi
6b. Bias riskinin değerlendirilmesi	Potansiyel bias kaynaklarının ve ilişkili sonuçların değerlendirilmesi
6c. Kusurluluklar	Çalışmanın kusurlularının belirtilmesi
7. Finansman	Çalışmanın finansman kaynaklarının belirtilmesi, varsa açıklanması



Şekil 2. Akış şeması





## SS-012

# Acil Serviste Resüsitatif Torakotomi: Olgu Sunumu

***Enis Yiğitaslan, Sena Yıldırım***

*Pendik Devlet Hastanesi, Acil Servis, İstanbul*

Resüsitatif Torakotomi (RsT), uygun hasta grubunda hızla uygulandığında, özellikle toraks ve batın travması olan penetran travmalı hastalarda, hayat kurtarıcı bir girişimdir. Özellikle son 30 yıl içerisinde acil servis içerisinde uygulanan RsT olguları literatür içerisinde giderek daha fazla yer almaya başlamıştır. Söz konusu trende rağmen RsT işleminin yararlılığı, özellikle düşük başarı şansı ve yüksek maliyeti nedeniyle hala tartışma konusudur. RsT nadir uygulanan bir işlemdir, bu nedenle sunulan olgu ile RsT işleminin etkinliğinin tartışılması amaçlanmıştır. Hasta İstanbul Pendik Devlet Hastanesi'ne toraks, batın ve ekstremitelerde penetran ve künt travma lezyonları ile getirildi. Olgunun yönetildiği merkez nöbetçi acil tıp uzmanı, cerrahi, ameliyathane ve ybü ekibinin olduğu acil şartlarda preop üst merkezden ek cerrahi ekiplerinin çağırılabilirdiği bir ikinci basamak devlet hastanesidir. Hasta 112 ekiplerince alandan arrest halde alınıp acil servis resüsitasyon odasına CPR eşliğinde alınmıştır. 112 ekiplerinden alınan bilgiye göre tahmini yaralanma zamanı başvuru zamanından <15 dk önce değerlendirilmiştir. 35 yaşında erkek hasta çoklu sayıda bıçaklanma sonrası 112 ekipleri vasıtası ile balon valv maske ile ventile ve arrest halde tarafımıza başvurdu. Hasta CPR eşliğinde devir alındı. Hava yolu güvenliği acil endotrakeal entübasyon ile komplikasyonsuz sağlandı. Kardiyak ritim devir anında asistoli olarak değerlendirildi. Hastanın ilk değerlendirmesinde sol omuz başında yüzeysel insizyon, sternum sol 4. interkostal mesafede midklavikuler hatta yakın 3 cm derin insizyon, sol flank bölgesinden abdomen posteriore doğru ilerleyen 8 cm derin insizyon, sol femur distal-orta 1/3 anteromedial hizasında 6x6 cm ekimotik alan tespit edildi. Vücut dışına massif kanama olmadığı görüldü.

Masif transfüzyon protokolü için kan merkezi organize edildi. Kan ürünlerinin teminine kadar olan süreçte 500-1000 cc arası kristaloid (SF) uygulandı. 0 Rh- ES 1 Ünite infüzyonu başlandı. Traneksamik asit yüklemesi yapıldı. Resüsitasyon sırasında epinefrin uygulandı.

Hastanın sol toraks boşluğuna 32 F tüp ile tüp torakostomi işlemi uygulandı. 300-500 cc hemorajik gelen gözlemlendi. Ossilasyon görüldü. Hastanın arrest nedeninin hemopnömotoraks olmadığı düşünüldü. Olası kardiyak yaralanma ve tamponada müdahale etme, arrest nedeni olarak batın içi hemoraji düşünülürse major vasküler yapıları klemleme ve açık kalp masajı amaçlı hastaya acil serviste RsT kararı alındı. Resüsitasyonun 10. dakikasında hastanın sol tüp torakostomi insizyonu genişletilerek resüsitatif amaçlı lateral torakotomi işlemine başlandı. Bu esnada nöbetçi cerrahi ekibe haber verildi. Kalp anteriorunda sol ventrikül üzerinde organize olmuş hematoma görüldü. Perikardiyotomi sonrası hemoraji boşaltıldı. Açık kalp masajı uygulandı. Bu esnasında sol ventrikül duvarında totale yakın perforasyon gözlemlendi. Hastanın yaralanmasının hayatla bağdaşmadığına karar verilip hasta eksitus kabul edildi. Travma özellikle genç yaşlarda daha önde olmak üzere tüm yaş gruplarında sık ölüm nedenlerindedir. Toraks travmaları ölümlerin %25'ine neden olmaktadır. Pnömomediastinum, masif hemotoraks, trakeobronşial rüptür, akciğer kontüzyonu, yelken göğüs, akciğer laserasyonu, aort yaralanması, künt kalp yaralanması ve perikardiyal tamponad gibi hayatı tehdit eden ve resüsitatif torakotomi (RsT) gerektirebilecek yaralanmalar oluşabilmektedir.

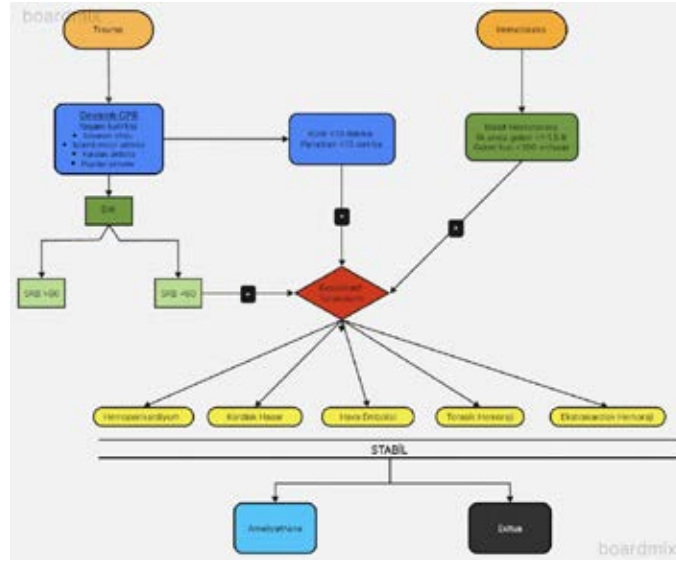
RsT'nin amacı, olası kalp tamponadına müdahale, hayatı tehdit eden kanamaların kontrolü, açık kalp masajı ve aortanın klemlenerek cerrahi olarak onarımına zaman kazandırmaktır.(Tablo)

Açık kalp masajının, kapalı kalp masajına olan üstünlükleri köpek ve domuz deneyleri ile gösterilmiştir. Süre ile başarı şansı ters korale görülmüştür. RsT kararı için güncel literatür önerisi süre ve yaralanma niteliğine göre belirlenmiştir.(Şekil) Uygun hasta seçimi ve hızlı uygulama en önemli parametreler olmaya devam etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** acil servis, resüsitasyon, torakotomi, travma



### RsT Kararı



RsT için Hasta Seçimi Algoritması

### RsT Amaçları

Primer Amaç	Sekonder Amaç
Kalp tamponadına müdahale	İnen aortanın klemplenmesi -kan dolaşımının gövdenin üstü ve beyinde yoğunlaşmasının sağlanması
Kardiyak yaralanmaya müdahale	Oluşan hasarın cerrahi olarak onarımına zaman kazandırma
Hayatı tehdit eden kanamaların kontrolü -Intratorasik -Ekstratorasik	
Açık kalp masajı	

RsT Primer ve Sekonder amaçları

### Kaynaklar:

1. Dur, Ali, et al. "Resuscitative Thoracotomy in the Emergency Department: a Case Report." Journal of Academic Emergency Medicine/Akademik Acil Tıp Olgu Sunumları Dergisi 12.1 (2013).
2. Ergin, Mehmet, et al. "Acil Serviste Resüsitatif Torakotomi: Üç Olgu Sunumu." Turkish Journal of Emergency Medicine 8.1 (2008): 032-036.
3. Weare, Shane, and David M. Gnugnoli. "Emergency room thoracotomy." (2020).
4. Cothren, C.C., Moore, E.E. Emergency department thoracotomy for the critically injured patient: Objectives, indications, and outcomes. World J Emerg Surg 1, 4 (2006).
5. Akçam, Tevfik İlker, et al. "Toraks travması sonrası hayat kurtarıcı bir uygulama: Acil serviste torakotomi." Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 18.4 (2012): 306-310.





## SS-013

# Mide Botoksu Bilindiği Kadar Masum Mudur? Mide Botoksu Sonrası Komplikasyon Gelişen 2 Vaka

***Ezgi Öncü, Süleyman Kırık***

*Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İzmir*

Botulinum toksini anaerobik solunum yapan, gram-pozitif ve spor oluşturan Clostridium botulinum bakterisi tarafından üretilen bir nörotoksindir . Bitkilerde yaygın olarak bulunabildiği gibi; toprakta , suda da bulunur ve bilinen en zehirli biyolojik maddelerden bir tanesidir (1). 1981 yılında Scott ve arkadaşları tarafından ilk kez botulinum toksini tip A şaşılık tedavisi amaçlı insanlarda kullanılmıştır (2). Sonrasında şaşılık tedavisi dışında spastisite bozukluğu, obezite tedavisi ve medikal amaçlı yüz ve koltuk altında uygulamalar yapılmıştır (1) (3) (4) (5). Clostridium botulinum tarafından A, B, C1 , C2 , D, E, F ve G olarak bilinen sekiz farklı antijenik toksin üretilmektedir ve bunlardan en güçlü olanının A tipi olduğu bilinmektedir (6). 2002 yılında FDA, Botulinum toxin-A'nın kozmetik amaçlı olarak kaş çatma çizgilerini geçici olarak azaltmak için kullanımını onaylamıştır . Günümüzde çok çeşitli tıbbi uygulamalarda kullanılmaktadır.

Botulinum toksini ile mide botoksu uygulaması özellikle obezite ile mücadelenin artmış olduğu günümüzde giderek yaygınlaşmaktadır. Daha önceki çalışmalarda botulinum toksininin obezite tedavisinde etkili bir uygulama olduğu bildirilmiştir (7) (8). Ama yakın dönem komplikasyonlarına vurgu yapan ve dikkatli olunması gerektiğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (9). Biz , mide botoksu sonrasında ortaya çıkan erken dönem komplikasyonlarından ötürü acil servise başvuran 2 vakayı hazırladık. Özellikle erken dönem komplikasyonları konusunda dikkatli olunması gerektiği konusuna vurgu yapmayı amaçladık.

Vaka 1 : Kırkbeş yaşında kadın hasta , dış merkezde mide botoksu işlemi yaptıktan altı gün sonra çift görme, yutma ve konuşma güçlüğü nedeni ile acil servise başvurdu. İşlem sonrası birinci gün yoğun bulantı kusma şikayetleri olması üzerine işlemin yapıldığı merkeze başvuran hastaya tedavi olarak tribeksol ,mestionon, ventolin ,ocuvite,arginine başlanmış ancak tedaviye yanıt alınamamış. Hastanın yapılan muayenesinde herhangi bir nöropatolojik bulgu saptanmadı. Hastanın acil serviste planlanan laboratuvar ve nörokranial görüntüleme tetkiklerinde akut patolojik bulgu saptanmadı. Ön planda iyatrojenik botilizim düşünülen hasta enfeksiyon hastalıkları , nöroloji ve anestezi kliniğine konsülte edildi. Anestezi kliniğince hastaya yoğun bakım yatışı planlandı. Yoğun bakım şartlarında 1 flakon botilizum antitoksin uygulaması yapıldı. Uygulama esnasında hastada hipersensitif reaksiyon gelişmedi. iki günlük yoğun bakım yatışı esnasında şikayetleri gerileyen hastanın enfeksiyon hastalıkları servisine nakli planlandı. Servis şartlarında bir gün takibi yapılan hasta taburcu edildi.

Vaka 2 : Yirmisekiz yaşında kadın hasta , dış merkezde mide botoksu işlemi yaptıktan üç gün sonra halsizlik , ağız kuruluğu ve bulanık görme şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde ara ara bulanık görme şikayeti dışında herhangi bir nöropatolojik bulgu , patolojik refleks saptanmadı. Hastanın acil serviste planlanan laboratuvar ve nörokranial görüntüleme tetkiklerinde akut patolojik bulgu saptanmadı. Ön planda iyatrojenik botilizum düşünülen hasta enfeksiyon hastalıkları ve nöroloji kliniğine konsülte edildi. Enfeksiyon hastalıkları kliniğince hastaya yoğun bakım yatışı planlandı. Yoğun bakım şartlarında 2 flakon botilizum antitoksin uygulaması yapıldı. Uygulama esnasında hastada hipersensitif reaksiyon gelişmedi ve hasta tarafından yeni gelişen bir şikayet tariflenmedi. 5 günlük yatış öyküsü bulunan hastanın şikayetlerinin üçüncü günden itibaren gerilediği , dördüncü gün ise tamamen



geçtiği görüldü.

Gastrointestinal kanalda motilite ile ilişkili olan bir çok nöromediatör vardır ve çoğunlukla motiliteden ana sorumlu olan asetilkolindir (10). Midede kasılmadan sorumlu halkalar mevcut olup orijin aldıkları bölüm antrumdur. Bu bölgeden başlayan kasılmalar distal olarak yayılarak mide lümenini tıkar ve içeriğin pilordan duodenuma doğru hareketini sağlar. Bu bölge kaslarına uygulanan botulinum A toksininin kasılmaları azalttığını bildiren çalışmalar mevcuttur (11).

Terapötik veya kozmetik amaçlı uygulanan botoks, aşırı doza bağlı olarak veya toksinin sistemik dolaşıma geçmesiyle iyatrojenik botilizme neden olabilir. Literatürde yer alan iyatrojenik botulizm vakaları genellikle kozmetik amaçlı botoks uygulaması ve kas spazmı nedeniyle uygulanan botox sonrası görülen vakalardır (12). Bu vakada kilo verme amaçlı mide botoksu uygulanan bir hastada botulizm bulguları görüldüğü bildirilmiştir. Hasta 17 gün önce gastrik botoks yaptırmış ve işleminden 3 gün sonra klinik belirtileri başlamış. Hastanın acil servise ilk başvurusu semptomların başlangıcından 14 gün sonra olup bu dönemde hastanın geç başvuru sebebi klinik semptomların hafif olmasıdır. Acil servis başvurusunda potansiyel öldürücü bir toksikasyon vakası olduğu için hasta öncelikle yoğun bakıma alınmış sonrasında servis takibi yapılmıştır. Bizim vakalarımız uygulama sonrası 3-6 günlerde başvurmuştur. Bu durum farkındalığın artması ile ilgili olabilir. Erken dönem komplikasyonları konusunda hasta ve acil hekimlerinin dikkatli olması gerekmektedir.

Mide botoksu uygulaması obezite tedavisinde etkin olarak kullanılan yararlı tedavi yöntemlerinden olsa da acil servise botoks uygulaması sonrası kısa süre içinde halsizlik görme bulanıklığı yutma gücünün gibi semptomlarla başvuran hastalarda erken dönem komplikasyonları açısından dikkatli olunmalıdır.

#### Kaynakça

1. Münchau A, Bhatia KP. Uses of botulinum toxin injection in medicine today. *BMJ*. 2000 Jan 15;320(7228):161-5. doi: 10.1136/bmj.320.7228.161. PMID: 10634738; PMCID: PMC1128745.
2. Scott AB. Botulinum toxin injection of eye muscles to correct strabismus. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 1981;79:734-70. PMID: 7043872; PMCID: PMC1312202.
3. Klein AW. Contraindications and complications with the use of botulinum toxin. *Clin Dermatol*. 2004 Jan-Feb;22(1):66-75. doi: 10.1016/j.clindermatol.2003.12.026. PMID: 15158548.
4. Scott AB. Botulinum toxin injection of eye muscles to correct strabismus. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 1981;79:734-70. PMID: 7043872; PMCID: PMC1312202.
5. García-Compean D, Mendoza-Fuerte E, Martínez JA, Villarreal I, Maldonado H. Endoscopic injection of botulinum toxin in the gastric antrum for the treatment of obesity. Results of a pilot study. *Gastroenterol Clin Biol*. 2005 Aug-Sep;29(8-9):789-91.
6. Nigam PK, Nigam A. Botulinum toxin. *Indian J Dermatol*. 2010;55(1):8-14. doi: 10.4103/0019-5154.60343. PMID: 20418969; PMCID: PMC2856357.
7. García-Compean D, Mendoza-Fuerte E, Martínez JA, Villarreal I, Maldonado H. Endoscopic injection of botulinum toxin in the gastric antrum for the treatment of obesity. Results of a pilot study. *Gastroenterol Clin Biol*. 2005 Aug-Sep;29(8-9):789-91.
8. Foschi D, Corsi F, Lazzaroni M, Sangaletti O, Riva P, La Tartara G, Bevilacqua M, Osio M, Alciati A, Bianchi Porro G, Trabucchi E. Treatment of morbid obesity by intraparietogastric administration of botulinum toxin: a randomized, double-blind, controlled. basım yeri bilinmiyor : study. *Int J Obes (Lond)*. 2007 Apr;31(4):707-12. doi: 10.1038/sj.ijo.0803451. Epub 2006 Sep 26. PMID: 17006442.
9. Albani G, Petroni ML, Mauro A, Liuzzi A, Lezzi G, Verti B, Marzullo P, Cattani L. Safety and efficacy of therapy with botulinum toxin in obesity: a pilot study. *J Gastroenterol*. 2005 Aug;40(8):833-5. doi: 10.1007/s00535-005-1669-x. PMID: 16143889.



10. Tokunaga T, Nishimura R, Akagi M. Muscarinic cholinergic receptors in human gastric mucosa. Jpn J Surg. 1984 Mar;14(2):122-6. doi: 10.1007/BF02469802. PMID: 6748384.
11. James AN, Ryan JP, Parkman HP. Inhibitory effects of botulinum toxin on pyloric and antral smooth muscle. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol. 2003 Aug;285(2):G291-7. doi: 10.1152/ajp-gi.00296.2002. Epub 2003 Mar 26. PMID: 12660140.
12. Rao AK, Sobel J, Chatham-Stephens K, Luquez C. Clinical Guidelines for Diagnosis and Treatment of Botulism, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021 May 7;70(2):1-30.



## SS-014

# Travma Sonrası Hiperbilirubinemisi Olan Hastaya Yaklaşım: Olgu Sunumu

**Gülşen Öztürk Örmeci<sup>1</sup>, Hüseyin Evren Öztürkoğlu<sup>2</sup>, Oktay Eray<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Bandırma Onyeddi Eylül Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Balıkesir

<sup>2</sup>Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Balıkesir

Travma hastalarında hiperbilirubineminin en sık sebeplerinden birisi çoklu transfüzyon sonucu oluşan, ekstrasvaze olan kanın yıkılmasına bağlı olan, aşırı bilirubin yükü, sepsis, infeksiyonlar, şok sonrası sistemik hipotansiyon ve buna bağlı organ disfonksiyonu yer almaktadır.

Genellikle ilk bir hafta içinde görülen ve etyolojisi net olarak belirlenemeyen bu durum kolestaz enzim artışı ve direkt tipte hiperbilirubinemi ile karakterizedir. Bunun yanında hipotansiyon ve hipoksiye sekonder gelişen organ disfonksiyonu ile böbrek fonksiyonlarında kötüleşme, hepatosit hasarı ve hipoksik durumlar görülebilmektedir.

Olgumuzda, bir hafta önce yüksekte düşme sonrası olan ekstremitte fraktürü operasyonu ve çoklu transfüzyon öyküsü olup, sarılık şikayeti ile gelen hastanın hiperbilirubinemi ve akut böbrek yetmezliği kliniğinin yönetiminden bahsedilecektir.

Çoklu transfüzyon durumlarında, altta yatan travmanın da predispozan olması ile hastalarda etyolojisi belli olmayan hiperbilirubinemi ve çeşitli organ disfonksiyonu tabloları ile karşılaşmaktayız.

Etyolojide safra yolu patolojisi olup olmadığı (safra yolu yaralanması ve obstrüksiyonu gibi) ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir.

Sepsis ve kan transfüzyon miktarı da gözden geçirilmeli, hastalara semptomatik ve konservatif yaklaşımla tedavi uygulanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Travma, bilirubinemi, posttravmatik sarılık, kan transfüzyonu

Travma hastalarının yönetimi ve sonrasında bazı komplikasyonlar ile karşılaşılabilir. Kan transfüzyonu (tx), sepsis, postoperatif kanama, organ disfonksiyonu bulguları gibi. Sarılık travma hastalarında herhangi bir hepatobiliyer hastalık olmadan da ortaya çıkabilmektedir (1). Sarılık klinik yaklaşımında prehepatik, intrahepatik veya posthepatik sebeplere bağlı olabilir. Travma hastalarında ise gerçek bir etyolojik sebebin olup olmaması önemlidir. Bu hastalarda her zaman etyoloji belirlenemeyebilir ve sebebe yönelik tedavi yapılamaz.

Travma hastalarında hiperbilirubineminin sebepleri arasında tx edilen ve ekstrasvaze olan kanın yıkımına bağlı bilirubin yükü, sepsis veya şok olabilir (2). Olgumuz etyolojisi belirlenemeyen ve konjuge tip bilirubin artışı olan bir hasta olup, eşlik eden organ disfonksiyonları olan bu hastaya yaklaşım ve tedavi yönetiminden bahsedilecektir.

62 yaşında erkek hasta, 1 hafta önce iş kazası, yüksekte düşme ile geldiği hastanede, sol kalça, sağ diz ve sol distal radius fraktür operasyonu öyküsü mevcut. Operasyon öncesi ve sonrasında toplam 4 ünite ES, 2 ünite TDP tx öyküsü olan hasta, post op 5. günde sarılık ve halsizlik şikayetleri ile acil servise başvurdu.

Genel durumu orta- iyi, bilinci açık ve oryante, koopere.

**Vital bulguları:** Ta: 110 / 60 Nabız: 98 Saturasyon: 97 Solunum sayısı: 14



Hasta ikterik görünümde, bilateral bazalde ral+, sol akciğerde solunum sesleri minimal düzeyde azalmış ve batin muayenesi rahat.

### **Laboratuvar**

**Hgb: 6.7** Wbc: 45.7 Neu: 96.5% Plt: 309

**BUN: 102 Kreat: 2.38 mg/dl** Glukoz: 95 mg/dl **CRP: 35**

**Direkt bilirubin: 8.7 mg/dl İndirekt bil: 2.19 mg/dl** AST: 102 ALT: 66 GGT: 102 LDH: 430

Na: 130 mEq/L K: 4.8 mEq/L Cl: 101 mEq/L

Aptt: 30 Inr: 2.1

Kan gazı: ph. 7.31 lac. 2.9 BE: -8 pco<sub>2</sub>: 34 cSo<sub>2</sub>: 56 HCO<sub>3</sub>: 17.3

**Direkt ve indirekt coombs testi: Negatif**

**Periferik yayma: Yayma olağan**

**Elisa testleri normal**

**Ultrasonografi: Ef iyi, sağ boşlukları geniş değil**

Vc1 dolumu olağan

Safra kesesi çevresi sıvı+ kese duvarı kalınlaşmış olarak izlendi, yoğunlaşmış safra çamuru, kolesistit?

**Portal doppler usg: Akım formları olağan**

**Batın Tomografisi: Normal**

**Mrcp: Kесе lümeninde milimetrik taş izlendi. Intra ve ekstra hepatik safra yolları olağan**

Çoklu organ yetmezliği olarak değerlendirilen hasta yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) tedavi altına alındı. Takiplerinde yeterli diürezisi olmayan ve takipnesi olan hasta hemodiyalize (HD) alındı. Hiperbilirubinemisi için semptomatik tedavi ile ursactive başlandı.

Sepsis düşünülerek geniş spektrumlu ab başlandı (meropenem). Takipneik seyreden ve akciğer de ateletazisi olan hastaya aralıklı NIMV başlandı. 5 gün HD sonrası diyaliz ihtiyacı olmayan ve sarılık, kreatinin değerleri gerileyen hasta dahiliye kliniğine devredildi.

Klinik takipleri devam ederken nefes darlığı olan hastanın yapılan ekokardiyografisinde **tamponad bulgusu** olması üzerine tekrar ybü şartlarında takibi devam etti ve perikardiyosentez uygulandı. Semptomatik destek tedavisine devam edildi. Hastanın takiplerinde ek yakınma veya bulgusu olmaması üzerine eve taburculuğu yapıldı.

Olgumuz travma sonrası konjuge tipte bilirubin artışı ile karakterize ve altta yatan major bir etyoloji bulunamaması ile önemli ve nadir bir olgu olarak değerlendirilmiştir. Kan tx' a sekonder olan bilirubin yükü ön planda unkonjuge tipte beklenmektedir ve olgumuzdaki bilirubin artışının etyolojisi net açıklanmasada multifaktöriyel bir durum söz konusu olduğu açıktır.

Bunların yanında karaciğer hasarının sebebi derin şok, buna bağlı hipotansiyon ve iskemik durumlar olabilmektedir. Bir diğer sebep ise Nakatini ve ark. çalışmasında bahsedilen hepatik mitokondriyal fonksiyon bozukluğuna sekonder konjuge bilirubin atılması ve geri emilimindeki bozukluk durumudur (3).

Labori ve arkadaşları, travma hastalarında görülen sarılığın prognostik ve etyolojik faktörlerini araştırmışlar ve postoperatif dönemde çeşitli sebeplere bağlı bilirubin yükü olabileceği ve bu durumun



ölümcül seyredebileceği gösterilmiştir (1).

Travma sonrası 5 ağır sarılık olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada, bizim olgumuzdakine benzer olarak aby ve solunum sistem bulguları olduğu görülen hastalarda, postmortem hepatomegali ve intrahepatik kolestaz bulguları elde edilmiştir. Benign postoperatif sarılık olarak tanımlanan bu durumunun diğer eşlik eden durumlar ile de kötüleştiği düşünülmüştür (4).

Olgumuzdaki gibi bilirubin yüksekliği bazı durumlarda 40 mg/dl'ye kadar çıkabilmekte ve 3 haftaya kadar devam edebilmektedir (5).

Bilirubin değerlerinin değişkenlik gösterdiği akut kolesistit bulguları da travma sonrası sarılık ile karşımıza çıkmaktadır. Olgumuzda kolesistit semptomları olmadan travma sonrası ultrasonografik olarak gösterilmiş kolesistit bulguları olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada özellikle postoperatif akalküloz kolesistit olgularının bizim hastamızda da olduğu gibi semptomatik izlem ile rahatladığı (NIMV, analjezik ve hidrasyon) gösterilmiştir (6).

Posttravmatik sarılık ve buna bağlı semptomlar multifaktöriyeldir, etyolojide net bir faktör bulunamayabilir. Hasta yaklaşımında kan tx öyküsü, sepsis, karaciğer travması ve biliyer kanal yaralanmasının olup olmadığı sorgulanmalı ve ayırt edilmelidir. Semptomatik tedavi ile hastaların yakın izlemi esastır.

#### **Kaynaklar**

1. Labori, K. J., & Raeder, M. G. (2004). Diagnostic approach to the patient with jaundice following trauma. *Scandinavian journal of surgery*, 93(3), 176-183.
2. Teke, Z., Kabay, B., & Erdem, E. (2008). Künt karaciğer travması sonrası erken postoperatif dönemde gelişen ağır sarılık tablosu: olgu sunumu ve literatür derlemesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*.
3. Nakatani, T., & Kobayashi, K. (1991). Post-traumatic jaundice--its mechanism from a view point of hepatic mitochondrial function. *Nihon Geka Gakkai Zasshi*, 92(4), 441-447.
4. Hartley, S., Scott, A. J., & Spence, M. (1977). Benign postoperative jaundice complicating severe trauma. *The New Zealand Medical Journal*, 86(594), 174-178.
5. Moody, F. G., & Potts, J. R. (1993). Postoperative jaundice. Schiff L, Schiff ER (eds). *Diseases of the liver*.
6. Molina, E. G., & Reddy, K. R. (1999). Postoperative jaundice. *Clinics in Liver Disease*, 3(3), 477-488.



## SS-015

# Atrial Fibrilasyon Sebebiyle Varfarin Kullanan Hastada Varfarin Doz Aşımına Bağlı İntravitreal / Retinal Hemoraji: Olgu Sunumu

***Hanife Kübra Karakurt, Adnan Yamanoglu***

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

Dünya genelinde oral antikoagülan tedavi; Pulmoner embolizm, derin ven trombozu, prostetik kalp kapağı replasmanı, atrial fibrilasyon (AF) vb. gibi patolojilerde tromboembolik komplikasyonları engellemek amacıyla sıkça kullanılmaktadır. Tedavi esnasında hedeflenen değer her ne kadar hasta ve hastalığa göre belirlense de genellikle INR değerinin 2-3 arasında tutulması hedeflenir. Bu değerlerin üzerine çıktığında çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu komplikasyonlar: İntrakranial kanama, Gastrointestinal kanama, Hemartroz, Hematüri, Retroperitoneal kanama, Cilt altı kanama, Hemotoraks, Hemoperikardiyum, Rektus kılıf hematomu, Subkonjonktival kanama (1) ve nadir olarak görülen göz içi kanamalar (2) (3) (4). Bu komplikasyonlar yaşlılarda daha fazla görülmektedir. Bunun nedeni yaş ile komorbid hastalıklar, çoklu ilaç kullanımını, vasküler ve endotel frajilitenin artmasıdır.

Bu sunumda acil servisimize bir gün önce sağ gözde başlayan görme kaybı şikayeti ile gelen, tetkiklerinde Varfarin doz aşımına bağlı subretinal/intravitreal kanama gözlenen 84 yaşında bir erkek hastayı konu aldık. Böylece bu olgu sunumuyla literatürde nadir görülen kanama odaklarının da olabileceğini vurgulayarak bu konuya dikkat çekmek istedik. Bilinen AF, hipertansiyon (HT), koroner arter hastalığı (KAH), kardiyak pacemaker (KPM) (AV tam blok öyküsü sebebiyle), inme öyküsü olan 84 yaşında erkek hasta acil servise bir gün önce başlayan sağ gözde görme kaybı ile başvurdu.

Sürekli kullandığı ilaçları: Varfarin, Adalat, Plavix, Beloc idi. Hastanın travma öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde sağ pupil mid-dilate ve sol göze oranla görme kaybı mevcuttu. Nörolojik muayenesi bunun dışında olağandı. Hastadan alınan tetkiklerde INR: 12.27 gelmesi üzerine yapılan kanama ekartasyonu için hastaya çekilen Beyin BT'de sağda bulbus okülü posteriorunda optik disk medialinde ılımlı, lateralinde belirgin, kalınlığı lateralde 9 mm, medialde 6 mm olan hemoraji ve retinal ayrılma açısından şüpheli alan mevcuttu (Şekil 1).

Hasta bu açıdan Göz Hastalıklarına konsülte edildi. Hastaya acil cerrahi girişim düşünülmedi. Hastaya verilen IV K vitamini tedavisi sonrası alınan kontrol INR: 2.76 geldi. Hasta göz hastalıkları tarafından bir sonraki günün göz ve kardiyoloji polikliniğine kontrole çağırıldı. Literatürde Varfarin doz aşımına bağlı intravitreal, subretinal, retinal kanamaların nadir olarak görüldüğü belirtilmekle birlikte vaka bildirimini görülmemiştir.

Benzer vaka olarak Hatay Devlet Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği Dr. Çağrı İlhan tarafından yapılan Case Reports'da: 68 yaş sağ gözde başlayan ani görme kaybı ile başvuran, travma öyküsü olmayan, AF sebebiyle Varfarin kullanan ve Varfarin doz aşımına bağlı tek taraflı spontan hifema kanaması bildirilmiştir (5).

G Talany ve arkadaşlarının yapmış olduğu antikoagülan kullanan ve göz içi kanama saptanan hastalarda Varfarin ile yeni nesil antikoagülan ilaçların (NOAK) karşılaştırıldığı bir çalışmaya göre; özellikle Varfarin, Dabigatran ve Rivaroksaban kullanan hastalarda göz içi kanama riskinin artmış olduğu gösterilmiştir (6).



M Bodack'ın yayınlamış olduğu bir olgu sunumunda ise Varfarin kullanan bir hastada subkonjunktival kanama saptanmıştır (1).

Non-travmatik görme kaybı ile başvuran, warfarin kullanımını olan özellikle yaşlı hastalarda, Varfarin doz aşımı durumunda nadir olarak görülsede kanama ekartasyonu yaparken intravitreal, subretinal, retinal kanamaların da olabileceği akla gelmeli, hızlı teşhis tedavi ve zamanında konsültasyon ile hasta yönetilmeli, acil servis hekimleri bu konuda dikkatli olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** varfarin doz aşımı, warfarin overdose, göz içi kanama, intravitreal hemoraji, retinal hemoraji

**Şekil 1. Hastanın Beyin BT görüntüsü, sağ intravitreal hemoraji**







## SS-016

# İlk Nöbet Sonrası Humerus Kırığı; Olgu Sunumu

**İbrahim Dilekcan<sup>1</sup>, Cansel Çetin<sup>1</sup>, Alp Şener<sup>2</sup>,  
Ayhan Özhasenekler<sup>2</sup>, Fatih Ahmet Kahraman<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Epilepsi beyinde bulunan nöronlarda meydana gelen ani ve kontrolsüz deşarjlar sonucu hastalarda istemsiz kasılmalar, duyuşal değişiklikler veya sadece bilinç durum değişiklikleri ile giden karmaşık klinik bir tanıdır. Hastalarda bu nöbetler esnasında birçok komplikasyon gelişebilmekte olup travma olsun ya da olmasın kemik kırıkları da bu komplikasyonlardan birisidir. Bu kemik kırıklarında birçok mekanizma öne sürülmüş olsa da sadece şiddetli bir nöbet sonrasında kemik kırıkları görülebilmektedir.

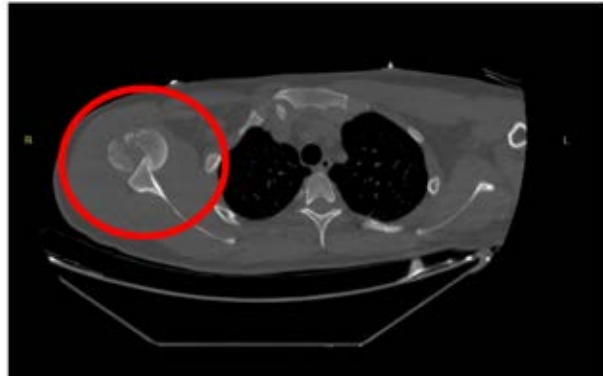
Bu yazımızda da ilk kez epileptik nöbet geçiren bir hastada travma öyküsü olmadan gerçekleşen bir hastada olan humerus kırığı anlatılmak amaçlanmıştır.

25 yaşında erkek hasta, kliniğimize vücutta yaygın kasılma ve bilinç kaybı şikayetleriyle ambulans ile getirildi. Hasta gelişinde bilinci kapalı, vitalleri stabil, ağırlı uyararla çekme yanıtı mevcut şekilde getirildi. Hastayı getiren sağlık personelinde hastanın bu yaygın kasılmasının olduğu ancak bu gerçekleşirken travma geçirmediği öğrenildi. Hastanın bilinen tek hastalığı derin ven trombozu olup takip altında olduğu ve bunun dışında bilinen bir hastalığı yoktu. Hastanın muayenesinde travma bulgusu mevcut olmayıp ekstremitelerde belirgin deformite görülmedi. Hastanın bilinci yerine gelince tekrarlanan muayenesinde sağ omuz bölgesinde belirgin hassasiyeti ve hareket kısıtlılığı görüldü.

Hastanın tetkiklerinde ilk kan gazında pH 7.20, pCO<sub>2</sub> 56,3 mmHg, HCO<sub>3</sub> 19.3 mmol/l ve laktat 6.95 mmol/l görülmüş olup hasta nöbet ön tanısıyla tetkikleri planlandı. Hastanın santral görüntülemelerinde ve laboratuvar tetkiklerinde nöbet geçirmesini açıklayacak bir patoloji görülmedi. Hastanın sağ omuz grafisinde ise humerus başında distal lateral boyun kesimine doğru uzanım gösteren parçalı hafif deplase fraktür görülmesi (resim 1,2) üzerine hasta yeni tanı epilepsi ve humerus kırığı tanılarıyla ortopedi ve nöroloji anabilim dallarına konsülte edildi. Hastanın omuz redüksiyonu sonrası konservatif tedavi kararı alınması üzerine hasta epilepsi tanısı için ileri tetkik ve tedavi düzenlenmesi açısından nöroloji servisine yatırıldı.



Resim 1: X-Ray üzerinde Sağ humerus başı kırık ve çıkığı



Resim 2: aynı kırığı tomografi görüntüsü



Epilepsi birçok komplikasyonla gidebilen karmaşık klinik durumlardır. Nöbetler esnasında düşmeler, yapılan aktiviteye bağlı boğulmalar, trafik kazaları, uzamış nöbetlerde hipoksi ve nörolojik bozukluklar görülebilmektedir.

Nöbet eşliğinde olan komplikasyonlardan birisi de kemik kırıklarıdır. Buna direkt travmalar, kullanılan antiepileptik ilaçların kemik mineralizasyonunu bozması veya direkt şiddetli nöbetlerde kasılmaların şiddetinden direkt kendisi de sebep olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada epilepsi tanısı alan hastalarda kırık riskinin normal popülasyondan 22 kat daha fazla olduğu görülmüştür.<sup>1</sup>

Nöbet mekanizma olarak sıklıkla aksiyal kaslarda daha fazla kasılmaya sebep olması nedeniyle kırıklar en sık proksimal kemiklerde görülmektedir. 2019'da yapılan bir sistemik derlemede en sık görülen kırık bölgeleri; omuz, torakolomber vertebra, kafa tası, çene ve femur boyun bölgesi olarak değerlendirilmiştir.<sup>2</sup> Bilateral omuz çıkığı veya omuzun kırıklı çıkığı travma öyküsü olmayan hastalarda nöbeti güçlü olarak etiyojoloji olarak gösterir.<sup>3</sup>

Hasta nöbet geçirirken veya post-iktaldeyken yapılan muayenelerde hasta bilincinin yerinde olmaması, verilen antiepileptik tedavinin sedatif etkisi gibi nedenlerle kırıklardan kaynaklanan semptom ve bulguların tespit edilememesiyle ise vaktinde tedavi alamayan hastalarda kronik kalıcı sağlık problemlerine sebep olabilmektedir. Bundan dolayı nöbet geçirme şikâyeti ile acile getirilen hastalarda travma öyküsü, fizik muayene ve görüntüleme bulgularıyla değerlendirilmelidir. Hastanın bilinci açık ise ağrısının olup olmadığı ve yeri sorgulanmalı, fizik muayenede hareket kısıtlılığı, krepitasyon hassasiyet deformite ve kızarıklık durumları dikkatli bakılmalı ve kırık şüphesi olan bölgelerin doğru görüntülemelerinin planlanması hastalarda hem tanı atlanma olasılığını azaltacak hem de hastaların vaktinde tedavi alarak normal fonksiyonlarına kısa sürede dönmelerine yardımcı olacaktır.

Bu yazımızda acil servise nöbet şikayetiyle gelen ve nöbet kaynaklı humerus başı kırıklı çıkığı olan hastamızı sunduk. Nöbet hastalarında birçok etken kırık tanısının atlanmasına sebep olmakta olup atlanan tanılar hastalar için ileri süreçte kalıcı hasarlara sebep olabildiği unutulmamalı ve nöbet hastalarında kırık açısından da tam bir değerlendirme yapılması gerektiği unutulmamalıdır.

### Referanslar

1. Desai KB, Ribbans WJ, Taylor GJ. Incidence of five common fracture types in an institutional epileptic population [see comments]. *Injury* 1996; 27:97-100.
2. Bone fractures from generalized convulsive seizures and status epilepticus—A systematic review
3. Finelli, P. and Cardi. J.K. Seizure as a cause of fracture. *Neurology* 1989; 39: 858-860.



**SS-017**

**Hayat Kurtaran İkinci Tanı: Aort  
Diseksiyonu ve Rüptürü Olgusu Sunumu**

***Kadir Yenil, Nurhan Tokdemir, Şervan Gökhan,  
Hakan Oğuztürk, Gülhan Kurtoğlu Çelik***

*Bilkent Şehir Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Ankara*

Aort diseksiyonu, nadir görülen ancak fatal seyreden vasküler patolojidir. Aort duvarının katmanları arasında meydana gelen yırtılmayla birlikte intima ve media tabakası arasında kanın ekstrasvaze olması sonucu gelişir(1). Bu ekstrasvazasyon esas lümen çevresinde yalancı bir lümen oluşturur. Oluşan bu yalancı lümen çoğu olguda esas lümeden daha geniştir ve ilerleye süreçte aort anevrizmasına hatta aort rüptüre neden olabilir.

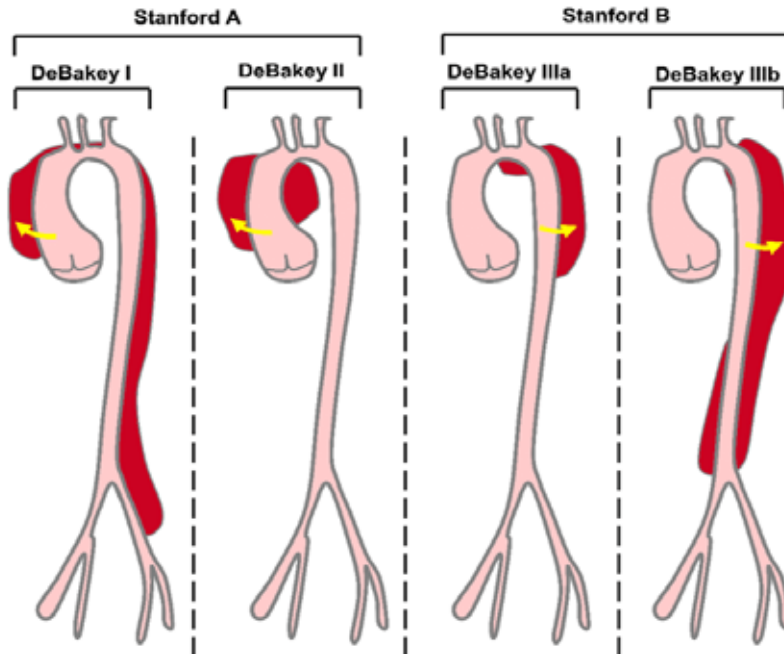
Risk faktörleri arasında, hipertansiyon, yaş, bağ doku hastalıklarında (Marfan, Ehlers-Danlos vb.) görülen aortopatiler, biküspit aorta, inflamatuvar hastalıklar, geçirilmiş kalp ve kalp kapakçığı operasyonları yer alır(2).

İnsidansı 5-30/1000000 olmakla beraber, olguların %75'ini 40-70 yaş aralığındaki hasta popülasyonu oluşturur. Görülme sıklığı ise 50-65 yaşlar arasında en fazladır.

Erkeklerde kadınlara oranla 3 kat daha fazla görülen vasküler bir patolojidir.

Klinik pratikte aort diseksiyonu iki farklı yöntemle sınıflandırılır. Bunlardan daha sıklıkla kullanılan the Standford'da asendan aorta'ya uzanıp uzanmadığı esas alınır. De Bakey'de ise diseksiyonun aortun hangi kısmında olduğuna göre tiplendirilir(3).

Hastalar başvuru esnasında genellikle ani başlayan yırtıcı tarzda göğüs ve interskapuler bölgede sırt ağrısı tarifler. Ancak boyun ve çene ağrısı, göğüs ağrısı ve beraberinde sol kola yayılan ağrı-uyuşma gibi akla başta koroner patolojileri getiren şikayetlerle başvuran hastalar da literatürde mevcuttur(4).



**Resim 1:** The Standford's sınıflaması ve De Bakey sınıflaması

40 yaşında kadın hasta ani başlayan nefes darlığı, göğüs ağrısı ve ek olarak batıcı vasıfta sağ bacdaktan sırta yayılan ağrı şikayeti nedeniyle 112 tarafından acil servise getirildi. Acil serviste hastanın çekilen ekg'si sinüs ritmiydi, hasta normotansif ve nabız 100-120 aralığındaydı.

Hastanın yapılan nörolojik muayenesi doğal, fizik muayenesinde solunum sesleri doğal, kalp sesleri s1+ s2+ idi, batın rahat defans rebound yok., sağ bacak germe testi pozitif, sağ tarafta menel testi pozitif. Hastanın nabız muayenesinde sol radyal nabız distal nabızlar tam ve düzenli iken, sağ radyal nabız filiform vasıftaydı. Sağ ayakta periferik kapiller dolun azalmıştı.

Hastanın özgeçmişinde lomber herni ve hipertansiyonu mevcut olup ilgili kliniklerce düzenli takipteymiş. Hasta düzenli olarak hipertansiyona yönelik 10 mg perindopril arjinin ve 5 mg amlodipin kullanmaktaymış.

Hastada arteriyel tromboz düşünüldü ve hastaya doppler USG planlandı. İncelemede sağ eksternal iliak arter düzeyinden itibaren poststenotik monofazik parvus et tardus akım paterni izlenmiş olup proksimalde ciddi stenoz ve oklüzyon açısından anlamlı kabul edildi. Hastanın rutin kan tetkiklerinde akut patoloji yoktu. Troponin ve d-dimer normal sınırlar içindeydi.

Hastanın takibinde göğüs ağrısı şiddetlendi ve yapılan muayenesinde sağ femoral nabız defisiti saptandı. Bunun üzerine diseksiyon ön tanısıyla BT Anjiyografi planlandı.

Çekilen Anjio Bt'de çıkan aort kök düzeyinden başlayarak arcus aortaya, inen torasik aortaya , abdominal aortaya ve sol ana iliak arter proksimaline uzanan diseksiyon flebi görüldü. Çıkan aorta çapı 51 mm olarak ölçülüp anevrizmatik olarak değerlendirildi. En kalın yerinde 7 mm ölçülen hemorajik vasıfta perikardiyal effüzyon izlendi.Aort duvarında belirgin defekt görülmekle beraber, komşuluğunda izlenen yüksek dansiteli sıvı değerleri nedeniyle görünüm aort rüptürü açısından şüpheli olarak değerlendirildi.

Hasta yapılan muayene ve çekilen görüntülemeler sonucunda **De Bakey sınıflandırmasına göre Tip 1 diseksiyon** olarak değerlendirilip ivedilikle kardiyovasküler cerrahiyle paylaşıldı. Takiplerimizde vital ve hemodinamik olarak stabil seyreden hasta kardiyovasküler cerrahi tarafından acil operasyona alındı.



Acil servise yırtıcı tarzda sırt ve göğüs ağrısı şikayetleriyle başvuran hastalar dışında aort diseksiyonu atipik klinik ve semptomlarla karşımıza çıkar. Bizim olgumuzda bacak ağrısı ile başvuran ve akut arter tanısı alan hasta gibi, tek taraflı kas güçsüzlüğü, yutma güçlüğü, hıçkırık ve hematüri gibi şikayetlerle başka hastalıklar düşünülerek takip edilen ve tanı dahi alamayan hastalar her hekimin karşısına çıkabilmektedir. Burada önemli olan iyi bir anamnez, fizik muayene ve hastanın medikal özgeçmişinin bütün olarak değerlendirilmesidir. Hastanın medikal özgeçmişi aort diseksiyonu etiyojisi göz önünde bulundurularak değerlendirildiğinde bizleri diseksiyondan şüphelenmeye itecek ve ön tanılarımız arasına yerleştirecektir. Bununla beraber bilateral ekstremitte nabız dolgunlukları ve tansiyon farkını kapsayan yeterli bir fizik muayene de bizi diseksiyon ayırıcı tanısına yönlendirmekte oldukça önemlidir.

Tedavisiz bırakıldığında ilk 48 saatteki mortalite oranı %50 olan aort diseksiyonu vakalarının acil servislerde tanı alma oranı %13-43 arasında değişmekte olup farkındalığın artması gerekmektedir. İyi bir Acilci tanı koyan değil mevcut kliniğe sebep olan ve mortal olan tanıyı bulandır.

#### REFERANLAR

1. Spittell PC, Spittell JA Jr, Joyce JW, Tajik AJ, Edwards WD, Schaff HV, et al. Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection: experience with 236 cases (1980 through 1990). *Mayo Clin Proc.* 1993 Jul. 68 (7):642-51
2. Patel PD, Arora RR. Pathophysiology, diagnosis, and management of aortic dissection. *Ther Adv Cardiovasc Dis.* 2008 Dec. 2 (6):439-68
3. Baliyan V, Parakh A, Prabhakar AM, Hedgire S. Acute aortic syndromes and aortic emergencies. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2018 Apr;8(Suppl 1):S82-S96.
4. <https://emedicine.medscape.com/article/756835-overview>



## SS-018

# Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sırasında Aile Üyelerinin Alanda Varlığı Konusunda Toplumun Eğiliminin Değerlendirilmesi: Prospektif, Kesitsel Anket Çalışması

**Çağrı Ay<sup>1</sup>, Alp Şener<sup>2</sup>, Kadir Yenal<sup>1</sup>, Gül Pamukçu Günaydın<sup>2</sup>, Çağdaş Yıldırım<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

### Giriş

Resüsitasyon sırasında ailenin varlığı (RSAV) literatürde sıkça tartışılan hem yetişkin hem de pediatrik popülasyon için önemli bir konudur. Bu prosedürün nasıl uygulanacağına dair kanıta dayalı stratejiler net olarak ortaya koyulamamıştır. Düşük kanıt düzeyli öneriler, eğer güvenli olduğu düşünülerek uygulamaya karar verirse aile üyesine destek olacak bir sağlık personelinin bulunmasını desteklemektedir. Ailenin sürece dahil edilmesi gerekenlerin yapıldığı algısına ve ailenin yas reaksiyonunun daha sağlıklı olmasına katkı sağlayabilir. Bu konuda hasta, hasta yakınları ve sağlık personelinin görüşlerine ilişkin literatürde çeşitli ifadeler rastlanmaktadır. Aile görüşleri ve sağlık personeli görüşlerinin genellikle ters yönde olduğu anlaşılmaktadır. Bu konuda hasta veya hasta yakını olmayan insanların görüşleri hakkında veri kısıtlıdır. Bu çalışmada, toplu yaşam alanlarında bulunan insanların RSAV konusundaki görüşlerinin ortaya koyulması amaçlanmıştır.

### Metot

Bu prospektif kesitsel anket çalışması Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 1 Nolu Etik Kurulu'ndan 24.05.2023 tarihinde onay alındıktan sonra 3 aylık sürede gerçekleştirilmiştir. Ankara ilinde merkezi konumda bir alışveriş merkezinde iş çıkışı gibi yoğun saatler tercih edilerek anket uygulanmıştır. Alışveriş merkezindeki bir yürüyen merdivenden çıkan insanlar rastgele yöntemle seçilerek, 18 yaşından büyük, anketi doldurmaya engel bir sağlık durumu olmayan, onay veren ve soruların tamamını cevaplayan kişiler çalışmaya dahil edilmiş ve yüzyüze anket yöntemi uygulanmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ilk yardım eğitimi gibi demografik veriler ile RSAV bilgi düzeyi, resüsitasyona tanık olma eğilimi ankette değerlendirilen konulardandır.

Kullanılan matbu olgu rapor formundaki veriler Microsoft Excell programına kaydedildi ve IBM SPSS Statistics for Windows- Version 20.0 programı ile analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### Bulgular

Ortalama yaşı  $34,8 \pm 12,5$ , %61,1'i erkek, %56,0 üniversite mezunu olan toplam 1305 örnek çalışmaya dahil edilmiştir.

T



Tablo-1. Demografik özellikler

		Count	Column N %
CİNSİYET	Erkek	798	61.1%
	Kadın	507	38.9%
Yaş grubu	18-25	376	28.8%
	26-45	670	51.3%
	46-65	229	17.5%
	66-ÜSTÜ	30	2.3%
EĞİTİM	İlköğretim	191	14.6%
	Lise	383	29.3%
	Üniversite	731	56.0%
İLK YARDIM EĞİTİM	Hayır	589	45.1%
	Evet	716	54.9%

Tablo-2. RSAV konusunda eğilim anketi

n		Örneklem	
		%	
Daha önce herhangi bir kalp durması (kardiyak arrest) vakasına kalp masajı yapılırken hasta yanında bulundunuz mu?	Hayır	759	58.20%
	Evet	546	41.80%
Kendi yakınınıza yapılan kalp masajı müdahalesine tanık olmak (HASTA YAKINI TANIKLI RESÜSİTASYON) aile üyeleri için psikolojik travmaya yol açabilen bir deneyimdir	Katılmıyorum	357	27.40%
	Katılıyorum	948	72.60%
Kalp durması olan bir hastaya ben yanıdayken kalp masajı yapılması sırasında (HASTA YAKINI TANIKLI RESÜSİTASYON) duygularıma hakim olabilirim	Hayır	585	44.80%
	Evet	720	55.20%
Kalp durması olan bir hastaya kalp masajı yapılırken yanında bulunan (HASTA YAKINI TANIKLI RESÜSİTASYON) aile bireyinin yanında destek personeli olmalı mıdır?	Hayır	379	29.00%
	Evet	926	71.00%
Kendi yakınınıza resüsitasyon (kalp masajı) yapılırken alanda bulunmak ve duruma şahit olmak ister misiniz?	İstemem	511	39.20%
	Kararsızım	437	33.50%
	İsterim	357	27.40%
Aile üyelerinin ancak uygun şartlar * sağlandığı ve kalp durması olan bir hastaya kalp masajı yapılırken yanında bulunma (HASTA YAKINI TANIKLI RESÜSİTASYON) konusunda yeterli bilgi verildiğinde sürece dahil olması uygundur	Katılmıyorum	374	28.70%
	Katılıyorum	931	71.30%
Kalp durması olan bir hastaya kalp masajı yapılırken aile üyelerinin alandaki varlığı (HASTA YAKINI TANIKLI RESÜSİTASYON) hasta mahremiyeti açısından uygun mudur?	Uygun değildir	619	47.40%
	Uygundur	686	52.60%
Kalp durması olan bir hastaya kalp masajı yapılırken aile üyelerinin alandaki varlığı (HASTA YAKINI TANIKLI RESÜSİTASYON) hastaya yapılan müdahaleyi nasıl etkiler	Olumsuz	390	29.90%
	Herhangi bir etkisi olmaz	490	37.50%
	Olumlu	425	32.60%
Kalp durması olan bir hastaya kalp masajı yapılırken aile üyelerinin alandaki varlığı (HASTA YAKINI TANIKLI RESÜSİTASYON) doktorun resüsitasyonu sonlandırma kararını yani vefat kararını zorlaştırır	Katılmıyorum	391	30.00%
	Katılıyorum	914	70.00%
Kalp durması olan bir hastaya kalp masajı yapılırken (HASTA YAKINI TANIKLI RESÜSİTASYON) aile üyeleri tarafından izlenmek hekim açısından olumsuz bir stres faktörüdür	Katılmıyorum	382	29.30%
	Katılıyorum	923	70.70%



Tablo-3. “Kendi yakınınıza resüsitasyon (kalp masajı) yapılırken alanda bulunmak ve duruma şahit olmak ister misiniz” sorusunun cevabı İSTERİM ise, alanda bulunmanızın size göre faydasını kısaca belirtiniz

	Count	Column N %
CEVAPLAR	Yanında olmak	68 19.0%
	Güvende olmak	22 6.2%
	Gerçekten müdahale edilip edilmediğini öğrenmek	22 6.2%
	Tanıκ olmak	15 4.2%
	Merak	10 2.8%
	Kabullenme/iyi hissetme	9 2.5%
	Destek olmak	8 2.2%
	İhtiyaç olabilir	4 1.1%
	Dua etmek	2 0.6%
	Cevaplamadı	197 55.2%

Alt gruplarda sonuçlar;

1. Erkek cinsiyette, ileri yaşta, eğitim seviyesi düşük olanların ve ilk yardım eğitimi alanların RSAV konusunda diğer gruplara göre daha istekli olduğu tespit edilmiştir.
2. Erkek, ileri yaş, eğitim seviyesi yüksek ve ilk yardım eğitimi alanlarda “Aile üyelerinin ancak uygun şartlar sağlandığı ve RVAS konusunda yeterli bilgi verildiğinde sürece dahil olması uygundur” görüşü diğer gruplara göre fazla olduğu tespit edilmiştir.
3. Erkek cinsiyette, ileri yaşta, eğitim seviyesi yüksek olan ve ilk yardım eğitimi alan gruplarda “RSAV uygulamasının doktorun resüsitasyonu sonlandırma kararını zorlaştırır” fikrinin diğer gruplara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
4. Erkek cinsiyette, ileri yaşta, eğitim seviyesi yüksek olan ve ilk yardım eğitimi almayan gruplarda “RSAV uygulaması hekim açısından olumsuz bir stres faktörüdür” fikrinin daha yoğun olduğu tespit edilmiştir.
5. İleri yaş, eğitim seviyesi düşük ve ilk yardım eğitimi alan grupların “RSAV uygulamasının hasta mahremiyeti açısından uygun mudur” sorusunda daha fazla uygundur cevabı verdiği tespit edilmiştir.

## SONUÇ

KPR sırasında aile üyelerinin varlığı, tıbbi müdahalenin doğasına ve etiğine yönelik geniş bir perspektif sunan karmaşık bir konudur. Bu çalışma, bu konuda toplumun genel görüşlerini ve bilgi düzeyini ortaya koyma açısından önemlidir ve bu alanda alınacak kararlar için bilgilendirici bir temel oluşturabilir.

Çalışmada RVAS konusunda “isterim” cevabı %27,4 olduğu görülmüştür. Bu oran erkeklerde, ileri yaşta ve eğitim seviyesi düşük olanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim seviyesi arttıkça oranın düşmesi yine bu anketteki doktorun vefat kararına etki ve doktordaki oluşan stres ile ilgili sorulara verilen cevaplarla açıklanabilir. Eğitim seviyesi arttıkça bu sorularda “RVAS uygulamasında doktor için olumsuz faktörlerin artacağı” yönünde görüşlerin yoğunlaştığı tespit edilmiştir.

Toplumumuz sosyokültürel özellikleri açısından tanıκlı KPR kavramının ne derece uygulanabilir olduğu soru işaretidir. Bu konunun deneysel planda araştırılmasının zorluğu da aşıkârdır. Bu yaklaşımda hasta yakınlarının “Elden gelen her şey yapıldı/yaptık” hissiyatının önemli olduğu özellikle açık uçlu soruya verilen cevaplardan da anlaşılmaktadır. Ancak bir grubun verdiği “Gerçekten müdahale edilip edilmedi-





ğini öğrenmek” cevabı da düşündürücüdür ve sağlık çalışanının güvenliği için soru işareti oluşturabilir. Sonuçta bu uygulamanın seçilmiş hasta/hasta yakını profillerinde seçilebileceği, önceki çalışmalarda öneriler de dikkate alındığında, bilgilendirme ve destek personelinin gerekli olduğunu burada da vurgulamak gerektiğini düşünüyoruz.

#### Kısıtlılıklar

Bu çalışmada da anket çalışmalarında sık ortaya çıkan örnekleme yanlılığı, dışsal değişkenlerin etkisi, kendi bildirim sorunları, örneklem seçimi gibi yanlılık riskleri söz konusu olabilir. Çalışmanın gerçekleştirildiği alışveriş merkezi Ankara'nın sosyokültürel düzeyi yüksek bir kesimde olduğu için sonuçların toplum geneline yansıtılması uygun olmayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile, aile tanıklı resüsitasyon, resüsitasyon sırasında aile varlığı, resüsitasyon odası, acil servis, anket



## SS-019

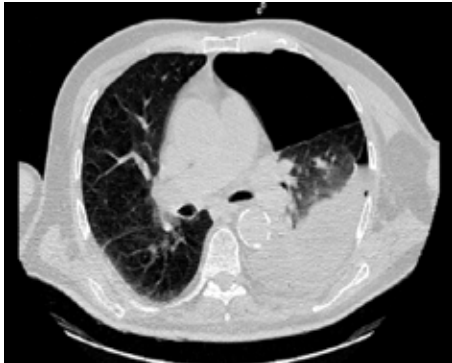
# Light Kriterleri Antibiyotik Başlamak İçin Yeterli midir?

**Serkan Aydın, Melike Öner, Mehmet Musab Bal, Mehmet Ali Aslaner, Ayfer Keleş**

*Gazi Üniversitesi, Acil Tıp Anabilimdalı, Ankara*

Parapnömonik efüzyon, pnömoneye komşu plevral boşlukta oluşan plevral efüzyondur (1). Mikroorganizmalar plevral boşluğu enfekte ettiğinde komplike parapnömonik efüzyon veya ampiyem ortaya çıkabilir (2). Parapnömonik efüzyonlar ve ampiyem, pnömoninin sık görülen komplikasyonlarıdır (3). Antibiyotikler sayesinde insidans azalarak tüm pnömonilerin yaklaşık % 2-3'üne geriledi (4). Ancak epidemiyolojik çalışmalar oranların yeniden arttığını göstermektedir (5-6). Pnömoni gelişimi için risk faktörleri dışında, parapnömonik efüzyon gelişimi için yaygın olarak belirtilen risk faktörleri arasında aspirasyon, kötü diş hijyeni, yetersiz beslenme ve alkol veya intravenöz ilaç kullanımı yer alır (7). Haricinde immünsüpresyon, yaş (<18 yaş, >65 yaş), kısmen tedavi edilmiş pnömone, influenza (9) ve gastroözofageal reflü yer alır (8). Ampiyemli hastalarda yaklaşık yüzde 15'lik bir ölüm oranı bildiren retrospektif seriler mevcuttur. (10) Parapnömonik efüzyonların ve ampiyemin tedavisi, antibiyotik başlanmasını ve enfekte plevral sıvının drenajını içerir (11-12). Sunumumuzda yaşlı ve komorbid hastalıkları olan plevral efüzyonlu olgularda risk faktörleri ve Light kriterleri incelenmiştir.

1. 86 yaş erkek hasta dispne şikayetiyle acil servise getiriliyor. Hastanın 1 hafta önce tanıksız düşmesi ve hastane yatışı mevcut. Özgeçmişinde hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, demans, exsmoker mevcut. Vital bulguları sO2:90, Kan Basıncı: 189/73 mmHg, Solunum Sayısı: 20/dk, Nabız: 60/dk, Ateş: 36,5. Muayenesinde GKS:14-15, solunum sesleri bilateral azalmış solda ralleri mevcut. Toraks BT'de pnömotoraks ve solda plevral efüzyon saptandı. Hastaya tedavi ve tanı amaçlı sol akciğere tüp takıldı. Kan sonuçlarında: glukoz 377 mg/dl, lökosit sayısı  $8,4 \times 10^3/uL$ , Albumin 3,4 g/dL, LDH 299 U/L, Total Protein 5,6 g/dL. Plevral örnekler: PMNL negatif, Glukoz 301 mg/dl, Total Protein 3,7 g/dl, Albümin: 2,3 g/dl, LDH 568 U/L. Örneklem eksuda vafında saptanmış olmasına rağmen, enfeksiyon hastalıkları hastaya antibiyotik başlamadı ve hasta göğüs cerrahisi servisine yatırıldı. Plevra kültüründe üreme olmadı.



Olgu 2. Hava-sıvı seviyesi gösteren toraks BT kesiti

2. 71 yaş erkek hasta dispne şikayetiyle acil servise getiriliyor. Özgeçmişinde travmatik subdural hematoma, metastatik mide adenokarsinom, benign prostat hiperplazisi, derin ven trombozu, hipertansiyon, koroner arter hastalığı var. 9 ay önce hastaya gastrektomi yapıp feeding takılmış. Vital bulguları sO2:92, Kan Basıncı: 82/76 mmHg, Solunum Sayısı: 32/dk, Nabız: 113 /dk, Ateş: 37,5. Muayenesinde GKS:6-7, solunum sesleri sağda azalmış ve ronküs-ral mevcut. Entübe edilip vital stabilizasyonundan sonra tomografisinde loküle, hava-sıvı seviyesi saptanmış ve toraks tüpü takıldı. Tüp-



ten gelen sıvı ampiyem görünümünde olup Light kriterleri için örnek gönderildi. Kan örneklerinde: Glukoz 368 mg/dL lökosit sayısı  $27,6 \cdot 10^3/uL$ , Albumin 2,8 g/dL, LDH 156 U/L, Total Protein 5,9 g/dL. Plevral örnekler: PMNL pozitif, Glukoz 33 mg/dl, Total Protein 3,7 g/dl, Albümin: 1,9 g/dl, LDH 2355 U/L. Hastaya Piperasilin-Tazobaktam, Klaritromisin, Oseltamivir ve Linezolid başlanıp hasta 3 gün acil servis yoğun bakım takibi sonrası dış merkeze sevk edildi. Plevra kültüründe Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella oxytoca üremesi saptandı.

- 76 yaş kadın hasta dispne şikayetiyle başvuruyor. Özgeçmişinde hipertansiyon, diabetes mellitus, meme adenokarsinomu var. Sağ taraflı torasentez öyküsü mevcut. Vital bulguları sO<sub>2</sub>:93, Kan Basıncı: 182/93 mmHg, Solunum Sayısı: 30/dk, Nabız: 103/dk, Ateş: 36,3. Muayenesinde GKS:15, genel durumu iyi, sağ taraflı ralleri mevcut sağda solunum sesleri azalmış. Hastanın tomografisinde sağda masif efüzyon görülüp hastaya toraks kateterizasyonu yapıldı. Light kriterleri için örnek gönderildi: Kan Glukozu 154 mg/dL lökosit sayısı  $8,0 \cdot 10^3/uL$ , Albumin 4,1g/dL, LDH 152 U/L, Total Protein 4,2 g/dL. Plevral örnekler: PMNL negatif, Glukoz 127 mg/dl, Total Protein 4,3 g/dl, Albümin: 2,5 g/dl, LDH 312 U/L. Örneklem eksüdatif olarak değerlendirildi fakat plevra kültüründe üreme olmadı.

Light kriterlerinin sensitivitesi %98, spesifitesi %83 kadar olup kalp yetmezliği, karaciğer yetmezliği, diüretik kullanımlarında yanlış sonuç verebilmektedir (13-14). Dispne, ateş şikayetleriyle gelen komorbiditeleri ve toraks girişim öyküleri, aspirasyonları, oral hijyeni kötü olan hastalarda e Light kriterlerinin kısıtlılıklarıyla beraber değerlendirilip tedavisi planlanmalıdır.

Anahtar kelimeler; ampiyem, risk faktörleri, Light kriterleri

#### KAYNAKÇA

- Erdoğan, Volkan, and Muzaffer Metin. "Parapnömonik Plevral Efüzyon ve Ampiyem." (2013): 69-76.
- Bartlett JG. Anaerobic bacterial infections of the lung and pleural space. Clin Infect Dis 1993; 16 Suppl 4:S248.
- Mani, Chitra S. "Acute pneumonia and its complications." *Principles and practice of pediatric infectious diseases* (2018): 238.
- Weese WC, Shindler ER, Smith IM, Rabinovich S. Empyema of the thorax then and now. A study of 122 cases over four decades. Arch Intern Med 1973; 131:516.
- Finley C, Clifton J, Fitzgerald JM, Yee J. Empyema: an increasing concern in Canada. Can Respir J 2008; 15:85.
- Farjah F, Symons RG, Krishnadasan B, et al. Management of pleural space infections: a population-based analysis. J Thorac Cardiovasc Surg 2007; 133:346.
- Chalmers JD, Singanayagam A, Murray MP, et al. Risk factors for complicated parapneumonic effusion and empyema on presentation to hospital with community-acquired pneumonia. Thorax 2009; 64:592.
- Meyer CN, Rosenlund S, Nielsen J, Friis-Møller A. Plevral ampiyemin bakteriyolojik etiyolojisi ve antimikrobiyal tedavisi. Scand J Infect Dis 2011; 43:165.
- Arnold DT, Hamilton FW, Morris TT, et al. Epidemiology of pleural empyema in English hospitals and the impact of influenza. Eur Respir J 2021; 57.
- Maskell, Nick A., et al. "The bacteriology of pleural infection by genetic and standard methods and its mortality significance." *American journal of respiratory and critical care medicine* 174.7 (2006): 817-823.
- Scarci M, Abah U, Solli P, et al. EACTS expert consensus statement for surgical management of pleu-



ral empyema. Eur J Cardiothorac Surg 2015; 48:642.

12. Bedawi EO, Ricciardi S, Hassan M, et al. ERS/ESTS statement on the management of pleural infection in adults. Eur Respir J 2023; 61.
13. Romero-Candeira S, Fernandez C, Martin C, Sanchez-Paya J, Hernandez L. Influence of diuretics on the concentration of proteins and other components of pleural transudates in patients with heart failure. Am J Med 2001;110:681-686. PMID: 11403751.
14. Bielsa S, Porcel JM, Castellote J, Mas E, Esquerda A, Light RW. Solving the Light's criteria misclassification rate of cardiac and hepatic transudates. Respirology 2012;17:721-726. PMID: 22372660.



## SS-020

# **Olgu Sunumu: Travmatik Aort Diseksiyonu**

**Serkan Aydın**

*Gazi Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara*

Aort diseksiyonu aortun media tabakasının disseke edici bir kan kolunu tarafından boylamasına ayrışmasıdır. Künt toraks travması ise aortadaki akselerasyon ve deselerasyon gelişmesi ile aortada diseksiyona neden olabilmektedir. Sıklıkla sol subklavyen arterin hemen distalindeki aort istmusunda meydana gelir. Multitравmalı hastalarda künt toraks travmasına bağlı gelişen aort diseksiyonu intrakraniyal hemorajilerden sonra ikinci en sık mortalite sebebidir(1). Hastalar yutma güçlüğü, hipovolemiye veya perikardiyuma disseke olmasına bağlı gelişen tamponad ile senkop bilinç kaybı yaşayabilirler. Ama bu bulgular künt toraks travmasına özgü değildir(2). Hastaların yaklaşık yüzde 30'u hipotansiyonla başvurur ve hastaların yüzde 41'inde Glasgow koma skalası <8 mevcuttur(6)

Travmaya bağlı torasik aort diseksiyonunun, künt toraks travmasına maruz kalan hastalarda yüzde 1,5 ila 2 arasında olduğu düşünülmektedir. Künt torasik aort yaralanması için ana risk faktörü, yüksek hızlı motorlu araç çarpışması veya önemli bir yükseklikten düşme nedeniyle ani yavaşlamadır. Aort yaralanması gözlenen hastalarda ilişkili yaralanmalar kafa travması(%32,5), batında (%28) ve/veya alt ekstremitelerde (%36) meydana gelen yaralanmalardır.

Künt toraks travmasına bağlı aort diseksiyonu gelişen hastaların yüzde 20'sinin, yaralanmanın ardından tedavi edilecek kadar uzun süre hayatta kaldığı gözlemlenmiştir(4).Aort diseksiyonu vakalarında, her saat mortalite %1 arttığı için şüphelenilen hastalarda ivedilikle en güvenilir ve acil servis de ulaşılabilir olan Bt aortografisi ile görüntülenmelidir(5). Bt aortografinin duyarlılığı %100, özgüllüğü %98'dir.

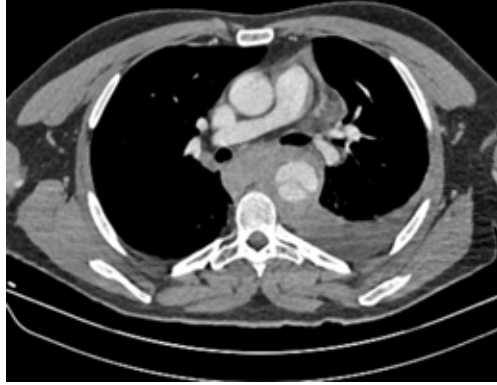
42 yaş erkek hasta araç içi trafik kazası olarak 112 ile Gazi Üniversitesi Acil Servisine getirildi. Emniyet kemeri takılı olmayan hasta arka koltukta yolcu olarak gitmekte iken ortalama 60 km/h hızla öndeki araca çarpması sonrası koltuklar arasında sıkışmış. Başvuru esnasında göğüs bölgesinde sol kola yayılan baskı hissi ve kalçasında ağrısı dışında ek şikayeti yok

Gelişinde vitalleri stabil olarak görüldü. Fizik muayenede GKS:15 bilinç açık oryante koopere

Akciğer sesleri doğal ral ronküs yok. Sternum üzerinde hassasiyet mevcut

S1+ s2+ ek ses üfürüm yok harici muayenesi doğal Sol pelvik alanda hassasiyet mevcut

Fast usg de batın içi serbest sıvı izlenmedi. Yatakbaşı eko çıkan aortada diseksiyon flebi saptandı, perikardiyal efüzyon görülmedi.



Hastanın diseksiyon flebi görülmesi ve künt toraks travması olması sebebiyle Torakoabdominal Bt Anjiyografi görüntülemesi yapıldı. Görüntülemesinde hemomediastinum, çıkan ve inen aortada diseksiyon, hemotoraks, solda asetabulum fraktürü saptandı. Hasta göğüs cerrahisi, ortopedi, kalp damar cerrahisi ve kardiyolojiye konsülte edildi. Kan basıncı kontrolü esmolol ile sağlandı. TEVAR planlanan ile hasta kalp damar cerrahisine yatırışı sağlandı

Multitravmavakalarında olayın oluş mekanizması iyisorgulanmalıdır. Hastanın yatak başı ultrasonografisi bizi yönlendirici olabileceği gibi aort yaralanması düşünülen hastalarda Bt aortografisi çekilmeden dışlanmamalı. Künt göğüs travması, kronik aort diseksiyonu veya ülser plağın erozyonuna bağlı aort psödoanevrizması gibi önceden mevcut torasik aort patolojisi olan hastalarda rüptürü hızlandırdığı da gözlemlenmiştir.(6).

**Anahtar Kelimeler:** Künt toraks travması, aort diseksiyonu, Bt Aortagrafi

**Kaynakça:**

1. Schulman CI, Carvajal D, Lopez PP, et al. Incidence and crash mechanisms of aortic injury during the past decade. J Trauma 2007; 62:664.
2. Kram HB, Appel PL, Wohlmuth DA, Shoemaker WC. Travmatik torasik aort rüptürünün tanısı: 10 yıllık retrospektif bir analiz. Ann Torak Cerrahisi 1989; 47:282.
3. Scalea TM, Feliciano DV, DuBose JJ, ve diğerleri. Künt Torasik Aort Yaralanması: Endovasküler Onarım Artık Standart. J Am Coll Surg 2019; 228:605.
4. Sevitt S. The mechanisms of traumatic rupture of the thoracic aorta. Br J Surg 1977; 64:166.
5. Evangelista A, Mukherjee D, Mehta RH, et al. Acute intramural hematoma of the aorta: a mystery in evolution. Circulation 2005; 111:1063.
6. Abe H, Funaki S, Chiba K ve diğerleri. İnen torasik aortanın önceden kronik diseksiyonu olan bir hastada yalancı lümenin travmatik rüptürü. Gen Torak Kardiyovasküler Cerrahi 2011; 59:559.



## SS-021

# Dikkat Edilmesi Gereken Bir SVO: Bilateral Talamus İnfarktı

***Hami Öz, Mehmet Göktuğ Efgan***

*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir*

Talamus; periferden gelen duysal bilgilerin serebral korteks primer duyu merkezine, serebellum ve bazal gangliyonlardan gelen hareket ile ilgili bilgilerin serebral korteks motor bölgelerine iletilmesinde rolü olan gri cevher kitlesidir. Mediyal ve lateral genikülat çekirdekler görsel ve işitsel, pulvinar ve lateral dorsomedial çekirdekler görsel, ventral posterior lateral ve ventral posteromediyal çekirdekler somatosensoryel, ventrolateral ve ventroanterior çekirdekler motor, medial dorsomedial çekirdekler otonomik, davranış ve duygusal fonksiyonlarda rol alırlar. Ayrıca talamus bilinç, uyku ve dikkat fonksiyonlarında da önemlidir.

Talamik infarktlar nadir görülen klinik durumlardır Talamik infarkt vakaları beyinde etkilenen bölgeye bağlı olarak supranükleer palsy, somnolans, nöropsikolojik bozukluklar ve hafıza bozukluğu gibi çok değişik klinik tablolarla karşımıza çıkabilirler. En önemli nedenler küçük damar hastalığı ve buna bağlı laküner enfarktlar, arterden artere emboli olan büyük damar hastalıkları, kalp kaynaklı emboli ve migrenöz inmeler olmakla birlikte bölgeyi besleyen; sıklıkla da paramedian/talamogenikülat arterlerin anatomik bir varyasyonuna bağlı olarak tek olması sonucunda da oluşabilir.

İnfarkt tablosu genellikle tek taraflı görülmeyle birlikte nadir vakalarda bilateral olarak da karşımıza çıkmaktadır. Bu vakada bilateral talamik infarkt saptanan hastamızı sunacağız. Bilateral patolojilerin sıklıkla normal anatomik varyant olarak değerlendirilme riskini hatırlatıp talamusta bilateral görülen infarkt olgularının her zaman akılda tutulması gerektiğini hatırlatmayı amaçladık.

86 yaşında kadın hasta yakınları tarafından acil servise başvurusunun 6 saat öncesinde uyuyup bir daha uyandıramaması nedeniyle getirilmiş. Özgeçmişinde hipertansiyon ve hiperlipidemi tanıları mevcut. Yapılan fizik muayenesinde gks:8 Ta:140/70 mmhg nabız: 96 vuru sat:%93 . Nörolojik muayenesinde bilinç uykulu, gözlerini açmıyor, emir almıyor, verbal çıkış yok, ağrılı uyarana dört yanlı çekme yanıtı mevcut, gözler orta hatta, solda ışık refleksi pozitif şeklinde. Laboratuvar testlerinde akut patoloji izlenmedi. Çekilen beyin btsinde akut patoloji saptanmadı. Difüzyon mrında bilateral talamik infarkt izlendi. Nöroloji birimine konsülte edilen hasta yoğun bakım ihtiyacı olması ve yoğun bakımda yer olmaması nedeniyle sevk edildi.

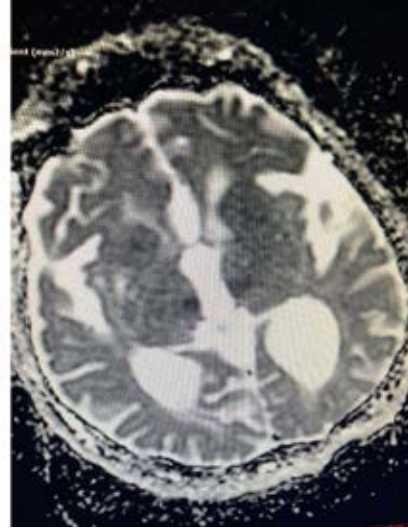
Talamik infarktlar sık görülüp hayati tehdit oluşturan vakalar olarak dikkat çekmektedir. Acil servislere başvuru anından itibaren diğer infarkt olguları gibi hızlı tanı ve tedavi süreçlerinin yürütülmesi gerekmektedir.

İnfarkt olgularının daha sıklıkla tek taraflı olması bilateral infarkt olgularının normalin varyantı, kalsifikasyon gibi normal yakın olgular olarak değerlendirilip tanı atlanmasına sebebiyet verebilmektedir. Bu nedenle özellikle talamusun bilateral infarktlarının literatürde sıklıkla bildirilmediğine dikkat edilmeli talamusta infarkt düşündürebilecek bulgular le gelen hastalarda bilateral infarktlar konusunda dikkatli olunmalıdır.

Sonuç olarak acil serviste görüntülemeler değerlendirilirken genellikle simetriği ile karşılaştırılarak değerlendirilir. Fakat talamus infarktı gibi bilateral patolojilerin sık görülebildiği durumlarda bilateral



patolojilerin gözden kaçmaması için dikkatli olunmalıdır.



**Anahtar Kelimeler:** İnfarkt, Svo, Talamus,





**SS-022**

**Acil Serviste Disritmilerin Belirlenmesinde  
Apple Watch EKG Çıktılarının Tanısal Doğruluğu:  
12 Derivasyonlu EKG İle Karşılaştırma**

**Sinan Pahlı<sup>1</sup>, Hazal Topçuoğlu<sup>2</sup>, Mutlu Yılmaz<sup>1</sup>,  
Metin Yadigaroğlu<sup>3</sup>, Melih İmamoğlu<sup>1</sup>, Yunus Karaca<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

<sup>2</sup>Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Siirt

<sup>3</sup>Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Samsun

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Giyilebilir cihazlar, özellikle de Apple Watch (AW) gibi akıllı saatler, tek derivasyonlu elektrokardiyogramlar (EKG'ler) gibi önemli kardiyak bilgileri kaydedebilmektedir. Atriyal fibrilasyon (AF) gibi durumları tespit etmek için giderek daha fazla kullanılmalarına rağmen, daha geniş bir yelpazedeki disritimleri ve anormal EKG bulgularını tespit etmedeki etkinlikleri üzerine araştırmalar sınırlıdır. Bu çalışmanın temel amacı, AW'nin çeşitli kardiyak ritimleri saptamadaki doğruluğunu standart EKG'nin DI derivasyonu ile karşılaştırarak değerlendirmektir.

**YÖNTEM:** Bu tek merkezli prospektif gözlemsel çalışma, üçüncü basamak bir acil serviste (ED) 1.10.2023 ile 31.10.2023 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışmaya, acil servisin kritik bakım alanlarında değerlendirilen ve çeşitli klinik nedenlerle standart 12 derivasyonlu EKG çekilen tüm hastalar ardışık olarak dahil edildi. Hastaların bileklerine bir AW takılarak EKG lead-I çıktısı alındı. Kalp hızı, ritmi ve anormal bulgular değerlendirildi ve standart EKG'nin DI derivasyonu ile karşılaştırıldı. EKG değerlendirmeleri iki acil tıp uzmanı tarafından gerçekleştirildi. Ritimler normal sinüs ritmi ve anormal ritimler olarak kategorize edilirken, EKG bulguları anormal bulguların varlığı veya yokluğu olarak kategorize edildi. AW ve 12 derivasyonlu EKG çıktıları McNemar testi kullanılarak karşılaştırıldı. Alt gruplar için öngörücü performans analizleri de gerçekleştirildi. Cihazlar arasındaki kalp hızı uyumunun düzeyini değerlendirmek için mutlak ortalama farkları ve uyum korelasyon katsayılarını kullanan Bland-Altman analizi kullanıldı.

**BULGULAR:** Çalışma 721 hasta üzerinde gerçekleştirildi. EKG ritimleri ve DI derivasyonundaki anormal bulgular analiz edildiğinde, AW'nin normal ve anormal ritimleri ayırt etmedeki etkinliği standart EKG'lere benzerdi ( $p = 0.52$ ). Ancak, DI derivasyonundaki anormal bulguları tanımlamada AW ile standart EKG'ler arasında anlamlı fark tespit edildi ( $p < 0,05$ ). Kalp hızı değerlendirmesi için Bland-Altman analizi kullanıldı ve kalp hızı için mutlak ortalama fark  $0,81 \pm 6,12$  atım/dakika olarak tespit edildi ( $r = 0,94$ ). Kalp hızı ölçümlerinin 700'ünden 658'inde (%94) güçlü uyum izlendi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Çalışmamız, AW'nin AF dışındaki kardiyak ritimleri tespit etme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. AW'den elde edilen EKG traseleri, hasta acil servise gelmeden önce kardiyak ritimlerin değerlendirilmesine yardımcı olabilir. Bununla birlikte, özellikle spesifik tanımlar için daha geniş bir hasta kohortu ile daha fazla araştırma yapılması gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akıllı saat, apple watch, disritmi, EKG, fotoplektismografi, giyilebilir cihaz



## SS-023

# Artmış Anyon Gapli Metabolik Asidoz Bir Olgu Sunumu: Diyabetik Ketoasidoz Mu, Metanol İntoksikasyonu mu?

**Melike Öner, İsa Kılıçaslan, Ayfer Keleş**

*Gazi Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara*

Metabolik asidoz tanısı konulduğunda, primer nedensel etiyolojinin mümkün olan en kısa sürede belirlenmesi zorunlu hale gelir. Bu genellikle öykü ve fizik muayeneden kolayca anlaşılır (örneğin, diyabetli bir hastada glikoz çokyüksek olduğunda diyabetik ketoasidoz sepsis ve hipotansiyonlu bir hastada laktik asidoz, metanol etanol intoksikasyonu vb.). Bununla birlikte, etiyoloji açık olmadığında, metabolik asidozun hiperkloremik mi yoksa yüksek anyon açığı tipi mi (ya da her ikisinin bir kombinasyonu) olduğunu belirlemek çok faydalıdır. Bu kategorizasyon oluşturulduktan sonra potansiyel nedensel etiyolojilerin her birinin aşamalı olarak değerlendirilmesi genellikle klinisyeni uygun tanısal çalışmaları düzenlemeye yönlendirecektir. Bu olgu sunumu artmış anyon gapli metabolik asidozda ayırıcı tanıları sorgulamak ve doğru ayrıntılı anamnezle hastaya uygun tedavinin önemini vurgulamaktır.

37 yaş kadın hasta tarafımıza bulantı, kusma, nefes darlığı şikayeti ile geldi. Şikayetleri dünden beri olup insülinlerini düzenli kullanmıyormuş. Anamnez derinleştirildiğinde önceki gün ev yapımı alkol kullandığı öğrenildi. Hastanın bilinen tip 1 diyabetes mellitus mevcut. Vitallerinde vücut sıcaklığı: 36,5°C nabız: 120 atım/dk kan basıncı: 120/80 mmHg saturasyon: 95 solunum sayısı: 40/dk (kussmall solunum) kan şekeri: 580mg/dl idi. Fizik muayenesinde gks: 15 koopere oryante ajite, pupiller doğal izokorik, akciğer sesleri doğal, s1+ s2+, batın rahat, nörolojik muayene doğal. Yapılan tetkiklerde ph: 6,96 pco2: 19 hco3: 4,1 anyon gap: 33 osmolarite: 332 hesaplanan metanol: 68mg/dl etanol: <10 mg/dl idrar tahlilinde glukoz: 4+ keton: 3+ olarak gözlendi. Hasta diyabetik ketoasidoz ve metanol intoksikasyonu kabul edildi. Hidrasyonu insülin tedavisi potasyum replasmanı yapıldı. 114 ile iletişime geçilerek etanol iv infüzyonu (iv olarak %10'luk etanol, 10 ml/kg yükleme dozunu takiben, 1 ml/kg/h, serum konsantrasyonu 150 mg/dl olacak şekilde verilebilir.) hemodiyaliz sağlandı. Acil servisteki tedavi sonrası kanlarında ph: 7.32 pco2: 19.1 hco3: 13.1 etanol düzeyi: 197,6 olarak geldi. Dahiliye yoğun bakım ünitesine yatırışı sağlandı. Tedavi sonrası kontrol kanlarında ph: 7,47 pco2: 38,2 hco3: 27,5 lac: 1,6 idi. Hasta beş günlük yoğun bakım ünitesi yatırışı sonrası servise alındı. Ardından genel durumu iyi olan hasta taburcu edildi. DKA'nın mortalitesi %0,15-%30 arasındadır. Metanol intoksikasyonunun mortalitesi ise %0,6'dır.

Hastaların metabolik asidozu saptandığında anyon gap hesaplanmalı ve ona göre ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Hastaların anamnezleri ayrıntılı sorgulanmalı ve hedefe yönelik tedavisi ivedilikle gerçekleştirilmelidir. Tek bir tanıya bağlı kalınmamalıdır. Tip 1 diyabeti olan hastadaki metabolik asidoz klinisyenleri diyabetik ketoasidoza yönlendirebilir. Bu durumda osmolarite hesaplanması önem arz eder. Hastanın tedavi ile klinik ve tetkiklerinde düzelme olması dikkatle takip edilmeli harici nedenler dışlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabetik ketoasidoz, metabolik asidoz, metanol intoksikasyonu



## SS-024

# Karın Ağrısında Nadir Görülen Bir Faktör: Rahim İçi Araç (IUD) Migrasyonu

***Merve Nihal Akpınar, Asim Kalkan***

*Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İstanbul, Turkey*

Rahim içi araç (RİA), rahim içine yerleştirilen ve uzun dönem doğum kontrolü sağlayan bir tür kontraseptiftir. Genellikle T şeklinde bir yapıya sahip olan bu cihazlar, plastik veya metal malzemeden yapılır. Hormon salgılayan ve hormon içermeyen olmak üzere farklı tipleri bulunur. Hormonlu RİA'ler, rahim içi ortamı değiştirerek gebeliği önlerken, hormonsuz olanlar, bakteriyel veya sperm hareketliliğini etkileyerek koruma sağlar. RİA'lerin etkinlik süreleri çeşitlilik gösterir; bazıları beş yıla kadar koruma sağlayabilirken, diğerleri on yıl boyunca etkili olabilir. Bu yöntem, güvenilirliği, uzun süreli kullanımı ve düşük bakım gereksinimi nedeniyle birçok kadın tarafından tercih edilir.

Nadir durumlarda, RİA'ler bağırsaklara yapışabilir, bu durum "entero-uterin fistül" olarak adlandırılır. Bu genellikle RİA'nin rahim içinde olmaması veya rahim duvarının dışına doğru yer değiştirmesiyle ilişkilidir. Bu durum, RİA'nin yerleştirilmesi sırasında veya sonrasında meydana gelebilecek bir komplikasyondur. İç organlar arasında fistül oluşması nadir bir durumdur, ancak oluşabilecek ciddi bir komplikasyondur. RİA'nin yanlış yerleştirilmesi, rahim duvarının dışına doğru yer değiştirmesi veya doku hasarı gibi faktörler bu tür bir duruma yol açabilir.

44 yaş kadın, bilinen DM, geçirilmiş sezaryen ve kalça protezi operasyonu öyküsü olan hasta, hastanemiz acil servisine karın ağrısı, halsizlik ve ateş şikayetleri ile başvurdu. Geliş vitallerinde tansiyon 100/60, nabız 95, ateş 37.3 ve parmak ucu saturasyon 98 olarak ölçüldü. Muayenede batında yaygın hassasiyet olmakla birlikte defans/rebound yoktu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Yapılan kan tetkiklerinde WBC  $22.0 \cdot 10^3/uL$ , HGB  $11,0 \cdot 10^3/uL$ , CRP 290,3 mg/L, bHCG negatif olarak sonuçlandı. Hastadan öncelikle ayakta direkt batın grafisi (ADBG) istendi (Resim 1A), sonrasında kontrastsız abdomen tomografisi çekildi. (Resim 1B). ADBG'de, sağ alt kadranda T şeklinde metalik görüntünün görülmesi üzerine hastanın anamnezi derinleştirildi, ve hastaya yaklaşık 5 yıl önce adet düzenlenmesi amaçlı rahim içi araç (RİA) takıldığı öğrenildi. Çekilen abdomen BT'de RİA'nın ucu sigmoid kolona yapışık olarak izlendi. Hasta Kadın Doğum ile konsülte edildi, ve yapılan vajinal muayenede RİA'nın ucunun görülmediği belirtildi. Hasta gözlem ve tedavi amaçlı RİA'nın batın içine migrasyonu ön tanısı ile interne edildi.

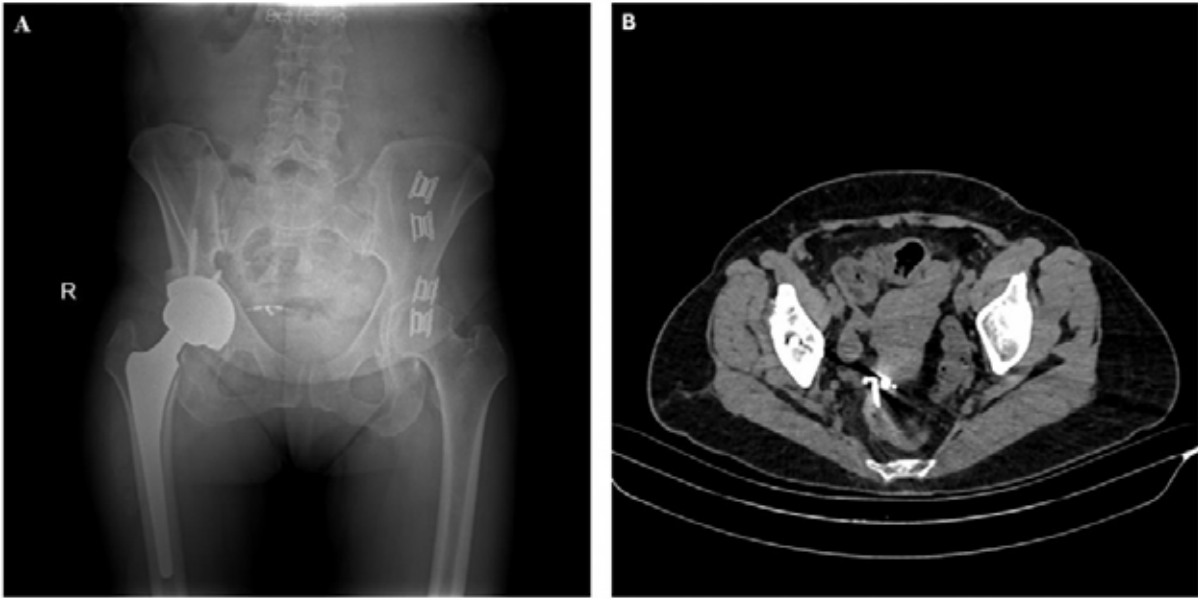
Kadın hastalarda karın ağrısının ayırıcı tanısında bir dizi potansiyel neden bulunmaktadır. Bu nedenler arasında pelvik inflamatuvar hastalık, adet döngüsü ile ilişkili disfonksiyonlar, jinekolojik patolojiler (örneğin, endometriozis veya rahim fibroidleri), sindirim sistemi bozuklukları ve idrar yolu enfeksiyonları yer alır. Pelvik inflamatuvar hastalık, çeşitli mikroorganizmaların neden olduğu rahim, fallop tüpleri ve yumurtalıkların enfeksiyonlarına bağlı olarak gelişebilir ve kronik pelvik ağrıya yol açabilir. Adet döngüsü ile ilişkili disfonksiyonlar arasında ovülasyon ağrısı, adet sancıları ve adet düzensizlikleri bulunur. Myomlar gibi rahim lezyonları veya endometriyozis dönemsel şiddetli ağrılar ile ilişkilendirilebilir. Sindirim sistemi bozuklukları, kabızlık, irritabl barsak sendromu ve divertikülit gibi durumları içerebilirken, idrar yolu enfeksiyonları genellikle mesane veya böbrek enfeksiyonları şeklinde karşımıza çıkar.

Bu ayırıcı tanıların içinde, nadir olarak görülse de rahim içi araçların (RIA) migrasyonu önemli bir faktör olabilir. RIA migrasyonu, rahim içine yerleştirilen bir doğum kontrol yönteminin zamanla rahim dışına



doğru hareket etmesi veya başka bir iç organa yapışması durumunu ifade eder. Özellikle karın ağrısı şikayeti olan kadın hastalarda, RIA'nın doğru konumda olup mutlaka olmadığı değerlendirilmelidir. RIA migrasyonu, ağrıya neden olabilecek bir dizi komplikasyona yol açabilir. Bu komplikasyonlar arasında bağırsaklara yapışma, inflamasyon, perforasyon veya kanama gibi durumlar yer alabilir. Bu nedenle, karın ağrısı şikayeti olan kadın hastalarda, özellikle RIA kullanım öyküsü olanlarda, RIA migrasyonu göz önünde bulundurulmalı ve gerekli görülürse uygun görüntüleme ve klinik değerlendirme yapılarak tanı konulmalıdır.

**Resim 1. A. Hastanın ADBG görüntüsü, B. Hastanın pelvis BT görüntüsü**



Resim 1. A. Hastanın ADBG görüntüsü, B. Hastanın pelvis BT görüntüsü

**Anahtar Kelimeler:** Karın ağrısı, RIA, İntrauterin spiral

**Referanslar**

1. Boortz HE, Margolis DJ, Ragavendra N, Patel MK, Kadell BM. Migration of intrauterine devices: radiologic findings and implications for patient care. *Radiographics*. 2012 Mar-Apr;32(2):335-52. doi: 10.1148/rg.322115068. PMID: 22411936.
2. Zakin D, Stern WZ, Rosenblatt R. Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices. II. Diagnostic methods, prevention, and management. *Obstet Gynecol Surv*. 1981 Aug;36(8):401-17. doi: 10.1097/00006254-198108000-00001. PMID: 6455610.
3. Uçar MG, Şanlıkan F, İlhan TT, Göçmen A, Çelik Ç. Management of intra-abdominally translocated contraceptive devices, is surgery the only way to treat this problem? *J Obstet Gynaecol*. 2017 May;37(4):480-486. doi: 10.1080/01443615.2016.1268577. Epub 2017 Feb 10. PMID: 28421909.



## SS-025

# Nadir bir Olgu: İnsizyonel Hernide Karaciğer Sol Lob Herniasyonu

**Ümmü Öksüz, Osmancan Güneş, Arda Tuna Pakkan, Miyase Kübra Fırat, Seval Komut**

*Hitit Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Çorum*

Ameliyat sonrası ventral fitik olarak da bilinen insizyonel fitik, batın cerrahisi sonrası sık görülen bir komplikasyondur ve önemli bir morbidite nedenidir.<sup>1</sup> Hastaya ait faktörler, altta yatan hastalık, cerrahi teknikler ve post-operatif komplikasyonlarla ilişkili olarak gelişebilir.

Sol karaciğer lobunun karın duvarının içinden geçerek derialtından fitikleşmesi ise oldukça nadir görülen bir durumdur.<sup>2</sup>

Biz bu olgu raporunda oldukça nadir görülen bir durum olan karaciğer sol lobuyla ilişkili insizyonel herni olgusunu tartıştık. Olgu sunumu olduğundan, yöntem bulunmamaktadır. Olgu

3 gündür olan şiddetli karın ağrısı şikayeti olan 73 yaşında kadın hasta bugün başlayan bulantı kusma şikayetiyle acil servise başvuruyor. Hasta ara ara olan göğüs ağrısı tarif ediyordu. Hastanın özgeçmişinde diyabetes mellitus, hipertansiyon, by-pass ve mide cerrahisi öyküsü mevcut.

Fizik muayenede batın orta hatta, epigastrik ve umbilikal bölgede yaklaşık 3-4 cm sert şişlik ve hassasiyet mevcuttu. Defans ve rebound yoktu. TA:150/70 mmHg, N:67 atım/dk, SpO2:95 idi.

Laboratuvar tetkiklerinde Hb: 13.3 g/dl, WBC: 10.000/mm<sup>3</sup>, CRP: 4.6 mg/L, Glukoz: 172 mg/dL, Kreatinin: 1,3 mg/dL, Üre: 41 mg/dL, AST: 17U/L, ALT: 14U/L, Troponin: 100 ng/L (0-300) idi ve diğer laboratuvar tetkiklerinde anormallik saptanmadı.

Elektrokardiyografisi normal sinüs ritmindeydi. Yapılan abdominal bilgisayarlı tomografide (BT) karın ön duvarı epigastrik bölgede, karın ön duvarı orta hatta en geniş yerinde 4 cm'lik defektten cilt altı yağ doku ve intraabdominal yağ doku ve karaciğer sol lobu herniasyonu, superior mezenterik arter ve ven çevresinde dansite artışları ve milimetrik boyutta lenf nodları görüldü.

Genel Cerrahi'ye konsülte edilen ve elektif ameliyat önerilen hasta, semptomatik tedavisi yapıldıktan ve şikayetleri geriledikten sonra taburcu edildi. Olgumuzda insizyonel hernilerde nadiren görülebilen karaciğer sol lobunun fasya defektinden cilt altına herniasyonu saptanmıştır. Bilgisayarlı Tomografi, tanısı şüpheli ve zor olgularda tanı koydurucu bir tetkiktir. Batın üst kadran herniasyonlarında karaciğer sol lobunun herniye olabileceği akılda bulundurularak dikkatli davranılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** insizyonel herni, karaciğer hernisi, karın ağrısı



Resim 1



*BT'de karaciğer sol lob herniasyonuna ait görüntüler okla gösterilmiştir.*



## SS-026

# Nadir bir Olgu: Kardiyak Öyküsü Olmayan Genç Hastada Renal Arter Embolisi

**Merve Didem Koçer, Nurullah Çorakyer, Miyase Kübra Fırat, Ümmü Öksüz, Seval Komut**

*Hitit Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Çorum*

Renal arter embolisi (RAE), genellikle uzak bir kaynaktan gelen bir emboli nedeniyle böbrek parankiminin bir bölümüne arteriyel kan akışının akut tıkanmasını içerir. Tipik olarak atriyal fibrilasyonu olan hastalarda görülür. Diğer önemli risk faktörleri arasında iskemik kalp hastalığı, kardiyomiyopati ve kapak hastalığı bulunur. Bu koşullar hastaları kalpte trombüs oluşumuna yatkın hale getirir. RAE, kalpteki trombüsün periferik embolize olmasıyla gelişir. Bu hastalarda daha önce emboli hastalığı öyküsü olması nadir değildir. Renal arter embolisinin kalp dışı kaynakları arasında; stabil olmayan aort plaklarındaki trombüsler, enfektif endokarditte kapak vejetasyonları ve patent foramen ovale durumunda paradoksal emboli yer alır.<sup>1</sup> Olgu sunumu olduğundan, yöntem bulunmamaktadır.

Yirmi iki yaşında kadın hasta, acil servise ayaktan ve üç gündür mevcut olan şiddetli sağ yan ağrısı, dizüri, mide bulantısı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde bilinen herhangi bir hastalık yoktu.

Hastanın gelişinde bilinci açık, koopere-oryante, Glasgow Koma Skoru: 15, genel görünümü orta-iyi idi. Fizik muayenede hastanın kan basıncı: 102/74 mmHg, nabız: 100/dakika, oksijen saturasyonu: % 99, vücut sıcaklığı: 36,5 °C idi. Fizik muayenede karın sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu ancak defans ve rebound mevcut değildi. Kostovertebral açı hassasiyeti sağda pozitif.

İlk muayene sonrası ürolitiazis ön tanısı ile hastadan kan tetkikleri istendi, üriner sistem ultrason görüntülemesi (USG) yapıldı ve postero-anterior akciğer grafisi (PAAG), ayakta direkt batın grafisi (ADBG) çekildi. Hastanın grafilerinde patoloji görülmedi. Hastaya intravenöz (IV) hidrasyon ve analjezi başlandı.

Laboratuvar bulgularında beyaz küre sayısı: 7,10 x 10<sup>9</sup>/L, C-Reaktif Protein: 48,1, beta-hCG < 0,2, kreatinin 0,4 mg/dL, ALT 11 U/L, AST 13 U/L, amilaz 38 U/L, total bilirubin 0,30 mg/dL, direkt bilirubin 0,07 mg/dL ve kan gazı değerlendirmesinde laktat 2,43 mmol/L idi. Tam idrar tetkikinde eritrosit negatif, lökosit negatif, nitrit negatif, pH 6,5, bulanıklık değerlendirmesi berrak, renk soluk sarı, epitel 9 LPF, lökosit miktarı 1 LPF, total WBC 1 LPF, lökosit kümesi 0 LPF, bakteri 29 LPF, patolojik silendir 0 LPF idi.

Üriner sistem USG'nin "Sağ böbrek parankim ekosu grade 1 artmıştır. Sağ perirenal alanda ince lineer sıvı izlenmiştir." şeklinde raporlanması ve şikayetlerin hidrasyon ve analjeziye rağmen gerilememesi üzerine hastaya hepatobilier USG ve IV kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Hepatobilier USG'de patoloji saptanmadı. IV kontrastlı abdomen BT'nin "sağ böbrek alt pol medial kesimde 16 mm uzunluğundaki parankimde fokal kontrastlanmayan alan izlenmiştir (intrasegmenter renal arter embolisi?). Ayrıca sağ böbrek alt polde perirenal yağlı dokuda lineer dansite artışı izlenmiştir." şeklinde yorumlanması üzerine hasta Üroloji Bölümü'ne konsülte edildi.

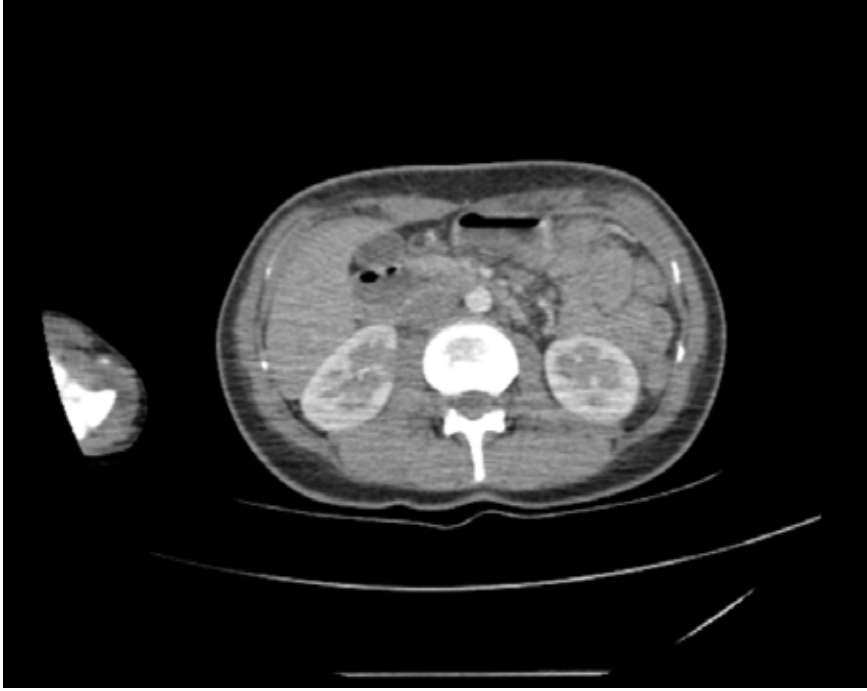
Hastanın ileri tetkik ve tedavi gerekliliği ile Üroloji Bölümü'ne yatışı yapıldı. Şiddetli karın ağrısı ve yan ağrısı ile gelen hastalarda, renal arter embolisi gibi tedavi edilmediği takdirde morbidite ve mortaliteye yol açabilecek patolojiler göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olguda görüldüğü üzere özgeçmişinde kalp hastalığı olmayan hastalarda dahi renal arter embolisi gibi durumların oluşabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Hastalara semptom ve bulgulara yönelik tetkikler yapılarak uygun tanı konulup,



tedavi açısından ilgili bölüme konsülte edilerek tedaviye en hızlı şekilde ulaşması sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** dizüri, renal arter embolisi, yan ağrısı

**Resim 1**



*Okun işaret ettiği alanda sağ böbrek parankiminde kontrastlanma kısıtlılığı görülmektedir.*





**SS-027**

**Ani Başlayan Yürüyememe: Nadir Bir Neden  
Olarak Spontan Kanamaya Bağlı Spinal  
Hematom ve Epidural Arteriyovenöz Fistül**

***Merve Didem Koçer, Nurullah Çorakyer, Miyase Kübra Fırat, Seval Komut***

*Hitit Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Çorum*

Spinal epidural hematoma (SEH), nadir fakat önemli bir omurilik basısı ve nörolojik defisit nedenidir. Etiyolojisi genellikle bilinmez ve acil müdahale gerektirir.<sup>1</sup> Bizim vakamız; yürüyememe şikayeti ile gelen hastada, intraparakimial milimetrik kanama, dural arteriyovenöz fistül ve 2.-3. torakal vertebra(T) seviyelerinde görülen hematomun basısına bağlı oluşan semptomların bir arada görüldüğü oldukça komplike ve nadir bir vakadır.

Oldukça nadir görülen spinal kanamaların, başka hastalıkların sebep olabileceği semptomlarla acil servise gelen hastalarda bulunabileceği ile ilgili acil hekiminde farkındalık yaratmak ve benzeri durumlar için literatüre katkıda bulunmaları konusunda dikkat çekmek istemekteyiz. Şüphesiz ki bizim vakamızın gelecekte yapılacak çalışmalara kaynaklık edebileceği açıktır. Olgu sunumu olduğundan, yöntem bulunmamaktadır.

Dış merkezden tarafımıza akut miyokard enfarktüsü (AMİ) ve buna bağlı güçsüzlük, kırgınlık, ayakta duramama şikayetleri ile sevk edilen 75 yaş erkek hasta. Hastanın elektrokardiyogramı (EKG) dış merkezdeyken ve bize başvurusunda normal sinüs ritmindeydi, hastanın göğüs ağrısı bulunmamaktaydı. Troponin T üst sınırı dış merkezde 300 ng/L iken hastanın değeri 303 ng/L idi. Hastadan alınan anamnezde, hastanın geliş şikayetinin bacaklarını beş saattir hareket ettirememek olduğu, bilinen hastalığı olmadığı ve hiçbir ilaç kullanmadığı öğrenildi. Hastanın travması olmadığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde, vital bulguları normaldi. Nörolojik muayenede kranial sinirlerde patoloji saptanmadı. Dört ekstremitede nabızlar açık ve kas tonüsü normaldi. Hastanın üst ekstremitelerde kas gücü çift taraflı olarak 5/5 olarak saptandı. Alt ekstremitelerini hareket ettiremeyen hastada kas gücü iki taraf için de 0/5 olarak saptandı. Hastaya yapılan ağrı ve dokunma duyu muayenesinde umblikus hizasına kadar bozukluk saptandı. Derin tendon refleksleri alt ekstremitelerde alınamadı. Hastanın yakın zamanlı herhangi bir enfektif hastalık geçirmediği öğrenildi. Hastadan diffüzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntüleme (DAG), kontrastsız beyin bilgisayarlı tomografisi (BT), tam kan, üre, kreatinin, böbrek fonksiyon testleri, venöz kan gazı, troponin T, koagülasyon parametreleri, tam idrar tetkiki ve posteroanterior akciğer grafisi (PAAG) ile ayakta direkt batın grafisi (ADBG) istendi. Hastanın laboratuvar değerlerinde, PAAG ve ADBG'sinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın beyin BT'sinde intraparakimial sol korona radiata düzeyinde milimetrik hemoraji görüldü. DAG'sinde diffüzyon ağırlıklı sekansta sol lentiform nükleus anteriorunda hipointens nodüler lezyon ve hemen komşuluğunda hiperintens alan görüldü ve ADC haritasında bu alan hipointens görünümdeydi. DAG görüntülemesi hemoraji veya kalsifikasyon lehine yorumlanan ve klinik tabloyu açıklamayan hastadan, patolojik fraktürleri ve kranial anevrizmaları ekarte edebilmek adına torakolomber vertebra BT, beyin ve boyun BT intravenöz (IV) kontrastlı anjiyografi istendi.

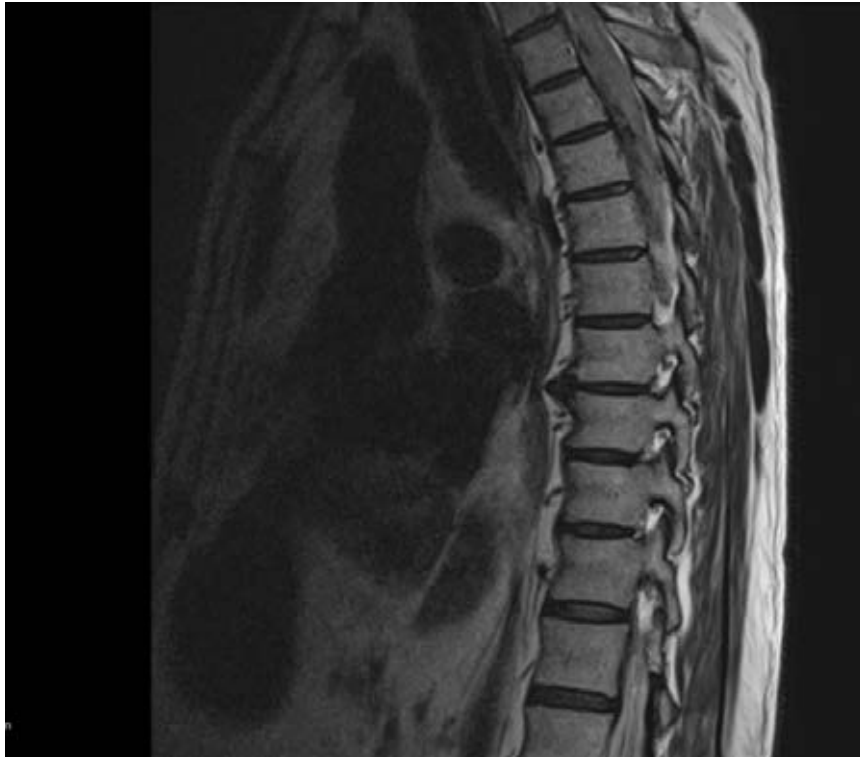
Torakolomber BT, beyin ve boyun BT anjiyografide de herhangi bir patoloji saptanmaması üzerine hastadan Beyin ve Sinir Cerrahisi ile Nöroloji konsültasyonu istendi. Beyin ve Sinir Cerrahisi ile Nöroloji'nin birlikte değerlendirdiği hastada bası ekartasyonu ve miyelit ekartasyonu için IV kontrastlı servikal, torakal ve lomber MR çekilmesi önerisinde bulundular. Hastanın çekilen IV kontrastlı torakal



MR'ında T2-3 seviyesinde T1 sekansta hipointens, T2 sekansta hiperintens kontrast tutmayan şüpheli kitle ve/veya spinal hematoma görünümü ve dural şüpheli arteriyovenöz fistül görünümü mevcuttu. Hastada arteriyovenöz fistülden spinal alana kanama ve buna bağlı bası etkisi düşünüldü ve hastanın üst merkeze sevki yapıldı. Acil servisler en sık karşılaşılan hastalıklarla olduğu gibi, oldukça nadir hastalıklarla da her an karşı karşıya olunan yerlerdir. Aynı semptomu birden çok hastalık ortaya çıkarabilir. Hastada var olan bir semptomu açıklayamadığımızda daha ayrıntılı muayene ve ayırıcı tanı yapmamız gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** ani başlayan yürüyememe, epidural arteriyovenöz fistül, spinal hematoma

### Resim 1



*Turuncu oklar, arteriyovenöz fistüllerin olduğu yerler*



## SS-028

# İzole Sternum Fraktürü

**Necati Karaman**

*Gazi Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilimdalı*

Göğüs boşluğunun tamamını kaplayan kemik ve kas yapılarını içeren göğüs duvarı, akciğerleri ve mediastinal yapıları korur. Göğüs duvarı hasarı olan hastalar, bu iç organ ve yapılarda eşzamanlı yaralanma sıklıkla meydana geldiğinden, dikkatli bir değerlendirme gerektirir. İzole sternum yaralanmaları genellikle yaşamı tehdit edici değildir ancak aşırı derecede ağrılı olabilir ve uygun şekilde tanınıp tedavi edilmezse ciddi morbiditeye neden olabilir.

Künt göğüs travması hastalarının yüzde 8'ine kadar ve diğer eş zamanlı torasik yaralanmaları olan travma hastalarının yüzde 18'inde meydana gelir. Sternal kırıklar genellikle sternuma doğrudan, yüksek enerjili bir darbe ve/veya hızlı yavaşlama nedeniyle oluşur. Motorlu taşıt yaralanmaları en yaygın mekanizmadır (yüzde 68), düşmeler, motorlu taşıtların yayalara çarpması ve geri kalanını motosiklet ve bisiklet kazaları oluşturmaktadır. Bunlar tipik olarak sürücünün göğsünün direksiyon koluna çarpması veya hızlı yavaşlamanın yolcunun göğsünün çapraz omuz emniyet kemerine çarpmasına neden olması gibi ön göğüs duvarına yüksek enerjili, doğrudan bir darbeden kaynaklanır. Sternum kırığı olan hastalar genellikle sternuma lokalize orta ila şiddetli ağrı (plöritik olabilir) ile başvururlar.

BT sternum kırığının teşhisinde tercih edilen yöntem olmayı sürdürüyor ve kontrastlı BT aynı zamanda organ ve vasküler yaralanmalarını da tespit ediyor.

Tüm multipl travmalı hastalarda veya herhangi bir derecede deplase izole sternum kırığı olanlarda bir travma veya göğüs cerrahi ile konsültasyon yapılması önerilir.

28 yaş erkek hasta araç içi trafik kazası olarak getirilmekte. Kendisi şoför emniyet kemeri takılı yaklaşık 50-60 km/h hızla giderken önündeki aracın aniden durması sonrasında arkadan çarpmakta hava yastığı açılmamış göğsünü direksiyona çarptığını göğüs ağrısı yaşadığını söyler. Ek şikayeti, yaralanması yok.

Vital bulguları sO2:96, Kan Basıncı: 129/73 mmHg, Solunum Sayısı: 14/dk , Nabız: 72 /dk, Ateş: 36,5. Muayenesinde

GKS:15 bilinç açık oryante koopere

Akciğer sesleri doğal ral ronküs yok.

Sternum üzerinde hassasiyet

S1+ s2+ ek ses üfürüm yok harici muayenesi doğal

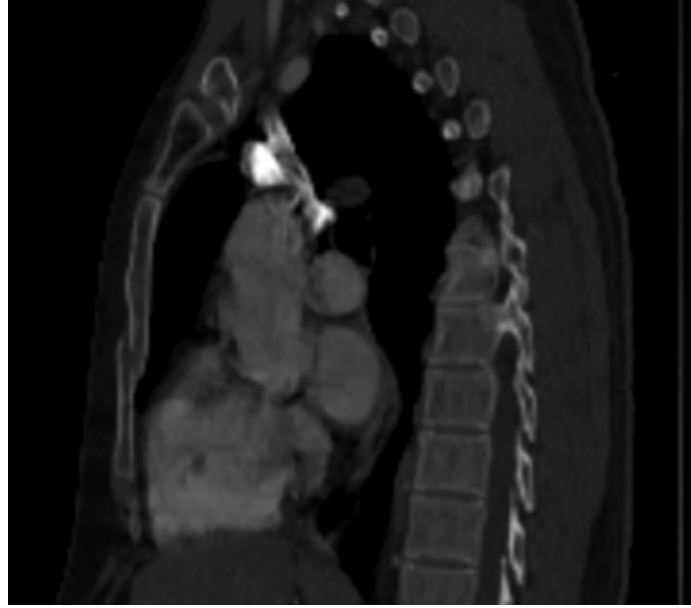
E-FAST USG'de batın içi serbest sıvı, pnömotoraks izlenmedi. Yatakbaşı eko da duvar hareket kusuru yok. Perikardiyal mayi yok.

Hasta göğüs cerrahi kardiyoloji ve kalp damar cerrahisine danışıldı. İzole sternum fraktürü olan kardiyak ve vasküler yaralanması olmayan hasta uygun analjezik ile poliklinik önerilerek taburcu edildi.

Sternal kırıklar, multipl travması olan bir hastada mevcut olduğunda iç yaralanma riski ve mortalite riski artar. İzole sternal kırıklar genellikle ayaktan sadece semptomatik bakımla yönetilir . Sternum kırığının deplase olması, intratorasik yaralanma riskiyle ilişkilidir , ancak non-deplase kırıklar bile önemli bir risk taşıyır ve önemli göğüs dışı yaralanmalar da meydana gelebilir.



İzole sternum kırıkları, kalıcı sekel olmadan iyileşen iyi huylu yaralanmalar olma eğilimindedir Ağrı kontrolü izole sternum kırıklarının tedavisinde birincil amaçtır. Oral veya intravenöz analjezi ile ağrı kontrolünün yetersiz olduğu bir hastada bölgesel anestezi (örn. periosteal infiltrasyon, sternal blok) yararlı olabilir. İzole, nondeplase sternum kırığı olan, başka önemli yaralanması olmayan, EKG anormalliği olmayan ve ağrısı yeterince kontrol edilen bir hasta, acil serviste kısa bir kardiyak izleme periyodundan sonra taburcu edilebilir.



**Anahtar Kelimeler:** fraktür, sternum, trafik kazası



**SS-029**

**Zırhlı Polis Aracının Devrilmesi ile Oluşan Yaralanmaların İncelenmesi**

**Orhan Delice<sup>1</sup>, Fadime Kılınc Şeker<sup>1</sup>, Koray Kadam<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ Erzurum Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Erzurum

<sup>2</sup>Yakın Doğu Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Lefkoşa, KKTC

Zırhlı araç ile olan trafik kazalarındaki yaralanma şekilleri ile ilgili literatürde herhangi bir bilimsel yayına rastlamadık. Ragel B.T. ve ark. (2009) el yapımı patlayıcılarla (EYP) saldırıya uğrayan zırhlı araçlardaki bir grup askerde, spesifik olarak fleksiyon-distraksiyon tip torakolomber fraktürlere odaklanıp, retrospektif biçimde ortopedik spinal fraktür tiplerini incelemişler. Bu çalışmada 12 erkek hastada 16 torakolomber fraktür saptanmış (3 hastanın birden fazla kırığı var) ve zırhlı araç yolcularındaki bu yaralanmalardan EYP ile ilişkili patlama şekillerinin sorumlu tutulabileceği bildirilmiş[1]. Ancak, biz çalışmamızda, 2 zırhlı aracın devrilmesi ile oluşan kaza sonrası acil servisimize başvuran zırhlı araç yolcularının tüm yaralanma tiplerini inceleyerek literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

Dünyada trafik kazaları yaralanmaya neden olan kazalar arasında birinci sırada yer almaktadır[2]. Ülkemizde de ciddi bir halk sağlığı sorunudur ve her yıl binlerce kişi yaralanmakta veya ölmektedir[3, 4].

İki zırhlı polis aracının devrilmesi sonucu meydana gelen kazadaki yaralanma şekillerini inceledik. Yaralıların tıbbi verileri 112 komuta merkezi ve hastanemizin kriz koordinasyon merkezi veritabanından tarandı ve incelendi.

Kazada 33 polis memuru yaralanmıştır. Yaralıların hepsi erkek ve yaş ortalamaları 32.03±4.99 idi. Ekstremitelerde ağrı (%48.4) en sık şikayet idi. Boyun (%30.3) ve bel ağrısı (%27.7) diğer sık şikayetlerdendi. Beraber görülen en sık şikayetler olan baş, boyun ve bel ağrısı birlikteliği hastaların %15.1' inde saptandı. En fazla istenen bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki; beyin BT (42.4%), en fazla istenen direk grafi ise PA akciğer grafisi (54.5%) idi. Üç hastada torakal vertebra fraktürü (ikisi Beyin Cerrahi Servisi' ne, diğeri yoğun bakım ünitesine [YBÜ] yatırıldı) ve 1 hastada servikal dislokasyon (YBÜ' ye yatırıldı) tespit edildi. Skapula fraktürü tespit edilen 1 hasta Ortopedi Servisi' ne yatırıldı. Kulakta derin kesisi olan hasta Plastik Cerrahi Servisi' ne yatırıldı. Gözlemlerinin ardından acil servisten taburcu edilen hasta sayısı 27 idi.

Tablo 1: Yaralıların şikayetleri, sayısı ve yüzdeleri

Şikayet	Hasta sayısı ve yüzdesi
Baş ağrısı	8 (%24)
Boyun ağrısı	10 (%30.3)
Sırt ağrısı	4 (%12.1)
Bel ağrısı	9 (%27.2)
Göğüs ağrısı	2 (%6)
Karın ağrısı	2 (%6)
Ekstremita ağrısı	16 (%48.4)
Kesi veya abrazyon	9 (%27.2)



Hastaların genelde birden çok şikayeti vardı.

Zırhlı araç kazasında en sık ekstremitelerde ağrı şikayeti olmasına rağmen ekstremitte fraktürü saptanmadı. İkinci sıklıktaki şikayetlerin boyun ve bel ağrısı olduğu saptandı. Bu tip yaralanmalarda tüm vertebral kolona dikkat edilmeli ve radyolojik tetkikler ayrıntılı incelenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Trafik kazası, zırhlı araç kazası, boyun ağrısı

**REFERANSLAR:**

1. Ragel BT, Allred CD, Brevard S, Davis RT, Frank EH: **Fractures of the Thoracolumbar Spine Sustained by Soldiers in Vehicles Attacked by Improvised Explosive Devices.** *Spine* 2009, **34**(22):2400-2405.
2. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, Mathers CD: **World report on road traffic injury prevention.** In.: World Health Organization Geneva; 2004.
3. Temel F, Özcebe H: **Türkiye’de karayollarında trafik kazaları.** *Sted* 2006, **15**(11):192-200.
4. Kıran S, Şemin S, Ergör A: **Kazalar ve toplum sağlığı yönünden önemi.** *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2001, **10**(2):50-51.



**SS-030**

**Acil Serviste Perforasyon ile Karıştırılabilen  
Nadir Bir Durum: Chilaiditi Sendromu**

***Ozan Emre Doğru, Zeynep Karakaya, Osman Sezer Çınaroğlu***

*İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir*

Chilaiditi sendromu ayakta direk batın grafilerde kolonik ansların hepatodiyafamatik interpozisyonu sebebi ile, karaciğer ve diyafram arasındaki hava görüntüsü ile karakterize bir sendromdur. Sendrom nadiren volvulus, obstruksiyon gibi gastrointestinal komplikasyonlar geliştirebilse de genellikle selim seyrederek ve klinik bulgu vermez. Burada bize konstipasyon ile başvuran, ileus'u dışlamak için çekilen ayakta direk batın grafisinde diyafram altı serbest hava'dan şüphelenilen ve çekilen abdomen bt ile chilaiditi sendromu tanısı konulan bir olgu sunuldu. 88 Yaşında erkek hasta 1 haftadır devam eden konstipasyon şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde sağ inguinal herni sebebiyle operasyon öyküsü bulunan hastanın soygeçmişinde bir özellik tanımlanmadı. Vitalleri stabil oryante koopere olan ve genel durumu iyi görünen hastanın tüm kadranslara yapılan batın muayenesinde defans, rebound ve hassasiyete rastlanmadı. Yapılan rutin biyokimya kan tetkikleri, venöz kan gazı, troponin ve d-dimer dahil tüm tetkikleri olağandı herhangi bir patoloji izlenmedi. Batın içi operasyon öyküsü olan geriatric yaş grubundaki hastaya ileus tanısını dışlamak için ayakta direkt batın grafi istendi. Ayakta direkt batın grafisinde sağ diyaframın altında hava dansitesi görülmesi üzerine ivedilikle genel cerrahi ekibine haber verildi. Hastayı değerlendiren genel cerrahi ekibi tarafından hastanın batın muayenesinde bulgu olmaması, vitallerinin stabil ve kan tetkiklerinin olağan olması üzerine akut batın'dan uzaklaşıldı. Tanısının kesinleştirilmesi amacıyla hastaya kontrastlı üst abdomen ve kontrastlı pelvis bt çekildi. Kontrastlı üst abdomen bt radyoloji tarafından Chilaiditi sendromu olarak yorumlandı. Batın içi serbest hava izlenmedi perforasyon veya ileus bulgusu izlenmedi.

Hastaya genel cerrahi tarafından acil cerrahi girişim düşünülmedi.

Lavman ile çıkış sağlanan ve rahatlayan hastaya semptomatik oral tedavi verildi, beslenme önerilerinde bulunuldu. Ayrıca hasta Chilaiditi sendromu hakkında bilgilendirildi ve taburcu edildi. Chilaiditi sendromu en sık transvers kolon veya hepatik fleksura bazı durumlarda da bağırsakların karaciğer ve diyafragma arasına interpozisyonuyla tesadüfen görülen nadir bir durumdur genellikle selim seyrederek ve tanısı genellikle insidental olarak konulur.

Sıklıkla batın içi organ perforasyonu ile karıştırılabilir. Perforasyon kliniği olmayan genel durumu iyi hastalarda chilaiditi sendromunun akılda tutulması gerekir. Şüphelenilen hastalarda kesin tanısı abdomen bt ile konulur. Görüntüleme bulguları tek başlarına hastalık belirtmeyebilir, mutlaka hastanın kliniği ile birlikte değerlendirilmelidir. Klinik uyumsuz ise gerekirse ileri tetkik edilmelidir. Biz kendi çalışmamızda diyafram altı hava dansitelerinin her zaman perforasyon anlamına gelmediğini göstermeyi ve chilaiditi sendromu hakkında farkındalık oluşturmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Chilaiditi sendromu, diyafram altı serbest hava, hepatodiyafamatik interpozisyon, konstipasyon



### Ayakta direkt batın grafisi



*Ayakta direkt batın grafisi, sağ hemidiyafram altında hava dansitesi, barsak anslarının hepatodiyaframatik interpozisyonu sebebi ile oluşmuş*





## SS-031

# Atriyal Fibrilasyon Tanısı ile Acil Serviste Değerlendirilen 65 Yaş Üzeri Hastaların Analizi

**Tabriz Haziyev, Ömer Yontar, Şahin Aslan, Vahide Aslıhan Durak**

*Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Bursa*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Atriyal fibrilasyon; kalpte ritim bozukluğu ile karakterize edilen, atriyumların hızlı ve düzensiz bir biçimde kasılma hareketi göstermesi olarak tanımlanmaktadır. Atriyal fibrilasyon, aritmiler arasında en sık görülen olup morbidite ve mortalite açısından sürekli takip edilmesi gereken ve multidisipliner yaklaşım ihtiyacı olan bir hastalıktır.

Çalışmamızın amacı acil servise AF tanısı ile başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların demografik özelliklerini, altta yatan ek hastalıkları ve acil serviste uygulanan tedavileri incelemek ve ülkemiz verilerine katkıda bulunmaktır.

**YÖNTEM:** Çalışmamıza acil servise 1.01.2018 – 1.01.2023 tarihleri arasında başvuran, 65 yaş ve üzeri olan atriyal fibrilasyon tanısı olan ve yeni tanı alan hastalar dahil edilmiştir. Çalışma, tek merkezde ve retrospektif olarak yapılmıştır.

Hastaların ad-soyad, yaş, cinsiyet, protokol numarası, başvuru saati, sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri, saturasyon değeri, vücut sıcaklıkları, kalp atım sayısı, alkol ve sigara kullanım öyküsü, ek hastalıkları ( diabet, hipertansiyon, kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık, koroner arter hastalığı, kalp kapak hastalığı, tiroid hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, pulmoner hastalık), antikoagülan ilaç kullanımı, atriyal fibrilasyon türü ve sonlanma şekli ( taburcu, klinik yatış, yoğun bakım yatış, sevk ) kaydedilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 335 hastanın 200 (%59,7)'u kadın 135 (%40,7) erkekti. Hastaların yaş dağılımı ise 110 hasta 65-74 (%32,8), 136 hasta 75-84 (%40,6) 89 hasta 85 yaş ve üzeri (%26,6) idi. Hastaların acil servise en sık başvuru şikayeti - çarpıntı, dispne, göğüs ağrısı, senkop şeklinde rastlanmıştır. Hastaların 8 (%2,4)'inde yeni tanı AF, 1 (%0,3)'ünde paroksizmal AF, 326 (%97,3)'ünde kronik AF şeklinde bulunmuştur.

Risk faktörleri arasında en sık görülen hastalık hipertansiyon, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, kronik böbrek yetmezliği ve diabet izlenmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğunda acil serviste hız kontrolü veya ritm kontrol tedavisi uygulanmıştır.

203 hasta (%60,6) taburcu olmuş, 43 (%12,8) yoğun bakım yatış iken 3 hasta (%0,9) ise acil serviste exitus olmuştur.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Acil servise atriyal fibrilasyon tanısı ile başvuran hastalarda kadın cinsiyet daha fazlaydı ve atriyal fibrilasyon alt tipleri arasında kalıcı atriyal fibrilasyonda yaş ortalaması daha yüksekti. Hipertansiyon, atriyal fibrilasyonda en sık rastlanan risk faktörüydü ve kalıcı atriyal fibrilasyonda görülme oranı da daha yüksekti.

**Anahtar Kelimeler:** Acil servis, atriyal fibrilasyon, hipertansiyon



**SS-032**

**Trombositozaya Sekonder Gelişen  
İntestinal İskemi Olgusu**

***Salih Karakoyun<sup>1</sup>, Yasin Haydar Yartaşı<sup>2</sup>, Murat Taşdemir<sup>3</sup>***

*Düzce Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Düzce*

*Orcid ID<sup>1</sup>: 0000-0002-6424-3015*

*Orcid ID<sup>2</sup>: 0000-0002-8284-8616*

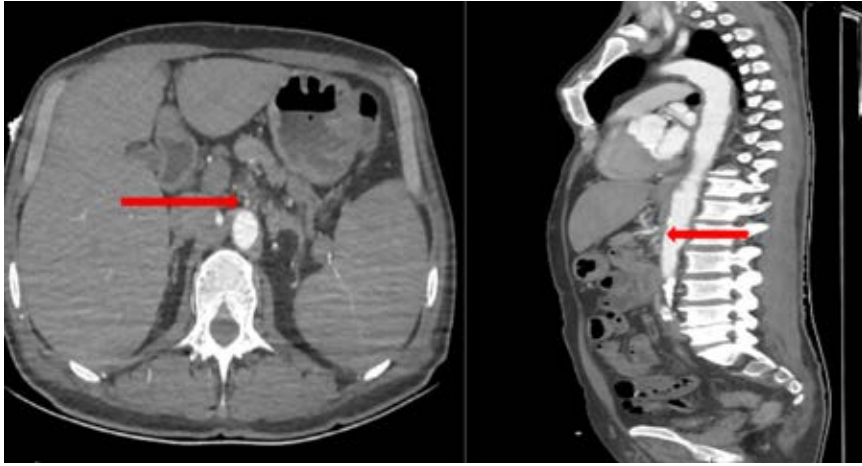
*Orcid ID<sup>3</sup>: 0000-0002-7887-0626*

Mezenter iskemi, ince barsağın metabolik gereksinimlerini karşılayamayacak düzeyde kan akımının bozulmasıdır. Semptomların süresi ve ciddiyetine göre mezenter iskemiler akut, subakut ve kronik mezenter iskemi olarak sınıflandırılırlar. Akut mezenterik iskemilerde klinik değişken olabilmekle birlikte sıklıkla batın muayenesi ile uyumsuz şiddetli karın ağrısı, bulantı, kusma gibi bulgular izlenir. İnce bağırsakların beslenmesi bozulduğunda doku nekrozu tablosu, ateş, şok bulguları, batın hassasiyeti, rijidite ve rebaund bulguları, melena ve hemotokezya gelişebilir (1). Mezenter iskemiye bağlı azalmış kan akımını sağlamak için kompanseuar kollateral dolaşım geliştiğinden tipik stenoz bulguları ve klinik bulgular olmayan kronik mezenter iskemilerin prevalansı diğer iskemi türlerine göre yüksektir (2). Mezenterik arter stenozu ile alakalı sağlıklı gönüllülerde yapılan bir araştırmadaki kohortun % 17,5' unda mezenterik arter damar çapının %50'sinden fazla daralma olduğu gösterilmiştir(3). Özellikle yemek sonrası barsaklarda artmış kan akımı ihtiyacı nedeniyle mezenterik arter iskemisi olan hastalarda yemek sonraları şiddetlenen karın ağrıları, sitofobi ve kilo kaybı eşlik edebilir(4). Atrial fibrilasyon, romatizmal kalp hastalığı, kardiyomiyopatiler, endokardit gibi kalp kapak hastalıkları, yapay kalp kapakçığı, yakın zamanlı geçirilmiş miyokart enfarktüsü, gibi durumlar akut mezenterik embolizme neden olabilir(5). Miyeloproliferatif hastalıklardan olan esansiyel trombositozda nadiren mezenterik ve portal ven trombozları eşlik edebilmektedir(6). Mezenterik arterlerde en sık görülen vasküler patoloji olmasına rağmen kronik mezenter iskemi tanı konması güç ve gözden kaçırılabilen bir klinik olduğundan trombositozun da eşlik ettiği olguyu sizlerle paylaşıyoruz.

61 yaşında erkek hasta acil servise yaklaşık 2 haftadır süren iştahsızlık, özellikle beslenme sonrası şiddetli epizodik karın ağrısı, bulantı, kusma, açık renk sulu ishal ve son zamanlarda yaşadığı kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Bilinen hastalıkları hipertansiyon, koroner arter hastalığı, sol karotis arter darlığı, akciğerde benign neoplastik kitle, kronik böbrek yetmezliği ve kalp yetmezliği' dir. Hastanın başvurudan 2 hafta öncesinde akut miyokart enfarktüsü geçirdiği ve perkutan koroner girişimle stent uygulaması yapıldığı ancak taburculuk sonrası ilaçlarını kullanmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinci açık, koopere, oryante, batında yaygın hassasiyet izlendi, defans ve rebound görülmedi. Diğer sistemik muayenesi normal sınırlardadır. Vital bulguları; Ateş:36,1°C, kan basıncı 97/63 mm/Hg, nabız 108 atım/dakika, solunum sayısı 25 soluk/dakika, oksijen saturasyonu oda havasında % 98, dir. Elektrokardiyogram normal sınırlarda normal sinüs ritminde görüldü. Kan tetkiklerinde; Lökosit(WBC) 8,71 103 mm<sup>3</sup> (Normal aralık[NA] 4- 10,6), hemoglobin 11,82 gr/dL (NA 11- 15,5), Trombosit 1119 103 mm<sup>3</sup> (NA 150- 400), C reaktif protein 7,38 mg/dL (NA 0- 0,5), glukoz 166 mg/dL (NA 70- 106) gama glutamil transferaz 150 U/L (NA 0-60) alkalen fosfataz 216 U/L (NA 40- 129), üre 54,3 mg/dL (NA 15- 50) kreatinin 2,42 mg/dL (NA 0, 7- 1, 2) troponin 0,56 ng/mL (NA 0- 0, 16) koagülasyon parametreleri ve diğer biyokimya tetkikleri ve elektrolit düzeyleri ve kan gazı değerleri normal aralıktadır. Transtorasik ekokardiyografide; Ejeksiyon fraksiyonu %55 anteroseptum hafif hipokinetik izlendi. Akut mezenter iskemi ön tanılarıyla



çekilen bilgisayarlı tomografide sağ ana iliak arter orijinden itibaren yaklaşık 2,5 cm' lik segmentte dolum defekti izlendi, çölyak trunkus, superior mezenterik arter, inferior mezenterik arter orijinlerinde dolum izlenmediği ancak bu damarların distallerinde lümenlerinin açık olduğu görüldü (Şekil 1). Ayrıca aort ve dallarında yaygın aterosklerotik plaklar izlendi. Hasta genel cerrahiye konsülte edildi. Genel cerrahi tarafından acil tanısal laparoskopik planlandı. Cerrahi işlem öncesi tromboferez yapıldı. Laparoskopide safra kesesi hidropsu dışında batın içi organlarda patoloji görülmedi. Hastanın yakın zamanlı akut miyokart enfarktüsü öyküsü olduğundan kan sulandırıcı ilaçları kesilemediğinden her ne kadar platelet değeri bir milyon mm<sup>3</sup> üzerinde de yer alsa kemik iliği biyopsisi ile esansiyel trombositoz kesin tanısı konulamamıştır. Ateroskleroz zemini de olan olgumuzda mevcut iskemi trombositozla birlikte artmış tromboza eğilim nedeniyle mezenter iskemi kliniğini kötüleştirdiği düşünülmüştür(1). Radyolojik ve laparoskopik değerlendirmeler sonrasında kronik mezenter iskemi tanısı ön planda düşünülmüş olup medikal tedavisi düzenlenerek şifa ile taburcu edilmiştir.



Şekil 1 Superior mezenterik arter orijininde dolum defekti kırmızı okla gösterilmiştir.

Miyokart enfarktüsü gibi aterosklerotik vasküler patolojileri ve trombositoz gibi tromboza eğilimi olan hastalarda mezenterik vasküler yapılarda da iskemik patolojiler olabileceği göz ardı edilmemelidir. Özellikle kilo kaybı, beslenme problemi olan karın ağrısı ile başvuran hastalarda batın içi diğer akut patolojiler değerlendirilirken mortal seyrebilen akut ve kronik mezenter iskemiler değerlendirilmeli ve revaskülarizasyon sağlanabilmesi için multidisipliner yaklaşımla uygun tedavi seçenekleri sunulmalıdır. Endovasküler girişimsel işlemler kronik mezenter iskemilerde minimal invaziv ve özellikle ileri yaş hastalar için tanı ve tedavide alternatif bir seçenek olabilir (2).

**Anahtar Kelimeler:** Mezenterik iskemi, Kronik Mezenter iskemi, Trombositoz

#### Referanslar:

1. Cotorogea-Simion, M., Isac, S., Tita, A., Toma, L., Iliescu, L. E., Mercan-Stanciu, A., ... & Droc, G. (2022). Mesenteric Ischemia in a Patient with Essential Thrombocythemia: Does COVID-19 Play Any Role? A Case Report and Overview of the Literature. *Medicina*, 58(9), 1147.
2. Chang, H., Hadro, N. C., Norris, M. A., & Morris, M. E. (2018). Exertional Abdominal Pain as a Rare Presenting Manifestation of Chronic Mesenteric Ischemia from a Single Mesenteric Vessel Stenosis. *Annals of vascular surgery*, 51, 325.e1–325.e3. <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2018.01.105>
3. Sardar, P., & White, C. J. (2021). Chronic mesenteric ischemia: Diagnosis and management. *Progress in cardiovascular diseases*, 65, 71–75. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2021.03.002>
4. Huber, T. S., Björck, M., Chandra, A., Clouse, W. D., Dalsing, M. C., Oderich, G. S., Smeds, M. R., &



**BİLDİRİ**

- Murad, M. H. (2021). Chronic mesenteric ischemia: Clinical practice guidelines from the Society for Vascular Surgery. *Journal of vascular surgery*, 73(1S), 87S–115S. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2020.10.029>
5. Gnanapandithan, K., & Feuerstadt, P. (2020). Review Article: Mesenteric Ischemia. *Current gastroenterology reports*, 22(4), 17. <https://doi.org/10.1007/s11894-020-0754-x>
6. Baykan, M., Gündoğan, K., Akyıldız, H. Y., & Yurci, M. A. (2013). A rare cause of acute mesenteric ischemia: JAK2 positivity and chronic active hepatitis B. *Ulusal cerrahi dergisi*, 30(1), 48–50. <https://doi.org/10.5152/UCD.2013.1852>



**SS-033**

**Eşitlenmiş Atriyal Fibrilasyon Ve Tekrarlayan Atrioventiküler Tam Blok ile Başvurusu Olan Hasta**

***Sidal Esen, Ejder Saylav Bora***

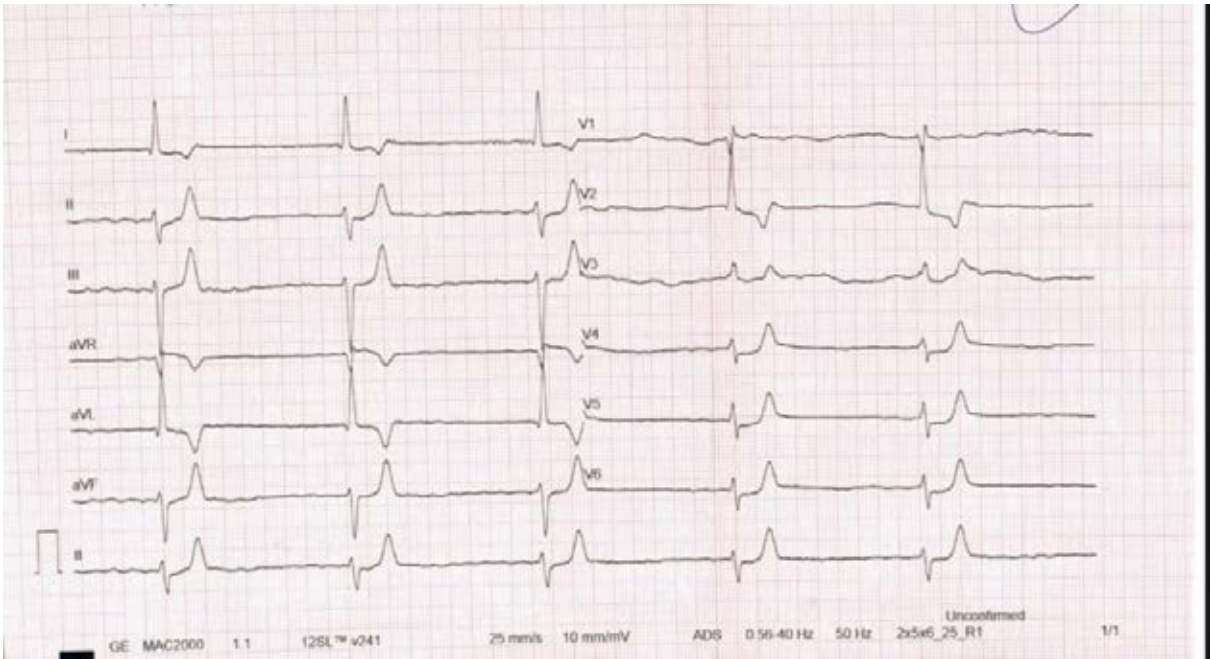
*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Ana Bilim Dalı, İzmir*

Bilinen atriyal fibrilasyon (AF) tanısı olan hastalarda atriyoventriküler tam blok (AVTB) gelişmesi sonucunda R-R aralıkları eşitlenir ve tanımlanamayan P dalgalarının görüldüğü genellikle nodal ya da idioventriküler ritim olarak tanımlanan EKG ritmi ortaya çıkmaktadır. Bu durum AF+ AVTB ya da daha sık kullanımı ile "Eşitlenmiş AF" olarak adlandırılmaktadır.

AVTB birçok nedene bağlı gelişebilir. (koroner arter hastalığı, dejeneratif bozukluklar ...) Tedavisinde izlem, ileri değerlendirme, ihtiyaca göre yedek geçici kalp pili uygulamasının değerlendirilmesi ve son olarak kalıcı kalp pili yerleştirme için koroner yoğun bakıma yatışı gerekmektedir.

Bu olgu sunumunda ise eşitlenmiş AF ile acil servise başvurup AF ablasyonu uygulanmasına rağmen 1 ay sonra tekrar AVTB ile acile başvuran olgumuzu paylaşacağız.

67 yaşında kadın hasta acil servise sabah başlayan nefes darlığı atipik göğüs ağrısı şikayetiyle başvurdu. Muayene esnasında aktif anjinal yakınması yoktu. Daha önce near-senkop atakları yaşadığını belirtti. Fizik muayenesi olağan olan hastanın vitalleri de olağandı. Özgeçmişinde diyabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), AF tanıları mevcuttu. Sürekli kullandığı ilaçların bisoprolol, asetilsalisilik asit, amlodipin/valsartan, sitagliptin/metformin olduğu öğrenildi. Hastanın çekilen EKG'si şekildeki gibidir.



Geliş ekg : AF+ AVTB

Geliş EKG'si AF+AVTB olarak yorumlanan hastanın takibinde çarpıntı şikayeti olması üzerine çekilen kontrol EKG'si hızlı ventrikül yanıtı AF, inferolateral ST depresyonu, T negatifliği, kalp hızı:130/dk olarak



yorumlandı. Laboratuvar sonuçlarında troponin ve ck-mb değerleri normaldi.

Kardiyolojiye konsulte edilen hasta takibi sırasında bir kez daha AF+AV tam blok gelişip kendiliğinden AF ritmine geri döndü. Hasta AV tam blok sebebinin araştırılması ve gereğinde pacemaker takılması amaçlı koroner yoğun bakıma (yb) yatırıldı.

Hastaya eksternal kardiyoversiyon yapıldı. İşlem sonrası EKG(elektrokardiyografi): normal sinüs ritmi(nsr), kalp hızı: 88/dk olan hastaya eşitlenmiş AF nedeni başvurusundan dolayı varfarin ve amiodaron HCI altında takip kararı verildi.

Bulantı, kusma ve baş dönmesi şikayetiyle tekrar acil servise başvuran hastanın çekilen EKG'sinde AV tam blok görülmüş olup koroner yb yatışı yapıldı.

Hasta yb gözlemi sırasında ritme yönelik ilaçları kesilip sinüs ritmine döndüğü gözlemlenince ve yatışı sırasında aktif kardiyak öyküsü olmayan hastanın kullandığı amiodaron HCI kesilerek holter amaçlı kardiyoloji polikliniği önerisiyle taburcu edildi.

Holter takılan ve paroksizmal AF gözlenen hastaya bir kez daha AF ablasyonu yapıp yatış süresince ritmi nsr olan hasta taburcu edildi.

Kalıcı AVTB olan hastaların kalıcı kalp pili tedavisi alması gerektiğine dair orta düzeyde kanıt ve güçlü klinik fikir birliği vardır. Geçici AVTB olan hastalar için kanıtlar mütevazıdır ve fikir birliği zayıftır.

AF ile takip edilen ve AVTB gelişen hastalarda ablasyon uygulansa bile tekrarlayan AVTB görülebilmektedir. Bu durumun nedeni AVTB etyolojisinin çok çeşitli olması ve her zaman netleştirilemeyip semptomatik tedavi ile hastaların takip edilmesidir.

Senkopla acil servise başvuran hastalarda AVTB her zaman akıl tutulması gereken bir ön tanıdır. Hastalar senkopla ilişkili düşmeler ve kafa yaralanmaları yaşayabilir. Kritik hastalar hava yollarını koruyamayabilir, bulantı gelişebilir, muhtemelen aspirasyon yapabilir ve deliryum yaşayabilirler.

Bu olgumuzda da olduğu gibi AVTB olarak değerlendirilen ve primer nedene yönelik tedavi edilen hastalarda rekürren AVTB görülebileceği ve yakından izlem gerektirdiği unutulmamalıdır. Çeşitli çevresel ve bireysel faktörlere bağlı olarak yakın takip edilemeyen veya hastaneye ulaşımı zor olan hasta gruplarında erken kalp pili tedavisinin yararı için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** eşitlenmiş af, atrioventiküler tam blok, atriyal fibrilasyon



## SS-034

# Sistemik Lupus Eritematozus Hastasında Antikoagülan Kullanımı Neden Sıkı Takip Gerektirir: Vaka Sunumu

**Mustafa Alpaslan, Sultan Özselçuk**

*Nevşehir Devlet Hastanesi*

Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) inflamasyon, otoantikörler ve tekrarlayan sistemik hastalıklarla karakterize morbidite ve mortalite oranı oldukça yüksek bir otoimmün hastalıktır (1). Antifosfolipid sendromu (AFS) ise venöz veya arteriyel tromboz veya her ikisiyle ilişkili edinilmiş trombofilinin en yaygın nedenidir. Antifosfolipid antikörlerin varlığı, tekrarlayan arteriyel, venöz tromboz ve spontan düşük ile karakterizedir (2). SLE hastalarının yaklaşık %50'sinde antifosfolipid antikör varlığı bildirilmiş olup bu hastalarda trombotik olayların gelişimi belirgin oranda daha fazladır (3). Her iki hastalık da kadın cinsiyette daha fazla olmak üzere en sık genç ve orta yaşlı erişkinlerde görülür (1,2). Sistemik Lupus Eritematozus ve AFS olan hastalarda iskemik inme riski genel popülasyona göre 8 kat daha fazladır (1). Ayrıca serebrovasküler hastalık, özellikle teşhis konulduktan sonra ilk beş yılda %3-%20 oranında görülen en önemli komplikasyondur (1).

Hekimler arasında tedavi konusunda henüz fikir birliği olmadığı görülmüştür. Genel olarak, tekrarlayan trombotik atakları olan hastaların yaşam boyu antikoagülasyon tedavisine ihtiyaç duyduğu ve tekrarlayan spontan düşüklere olan hastaların gebeliğin büyük bölümünde antikoagülasyon tedavisi ve düşük doz aspirin tedavisine ihtiyaç duyduğu konusunda genel bir fikir birliği vardır (3). Bununla birlikte, tekrarlayan derin ven trombozu veya pulmoner emboli öyküsü varsa, uluslararası normalleştirilmiş oranın (INR) yaklaşık 3 olduğu uzun süreli antikoagülan tedaviye ihtiyaç vardır (3).

Biz bu vakada gastrointestinal hemoraji geçirdikten sonra varfarin tedavisi kesilen SLE ve AFS olan genç bir hastada kısa süre sonra meydana gelen iskemik inme olayını bildirmek istedik.

35 yaşında erkek hasta ani başlayan kol ve bacaklarda uyuşma ve karıncalanma şikâyeti ile acil servise başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde bilinç açık, oryante ve koopere olduğu görüldü. Nörolojik muayene bulgularında motor defisit yoktu, serebellar testler normaldi. Hastanın anamnezinden SLE hastalığı ve AFS öyküsü olduğu öğrenildi. Hasta 5 yıl önce pulmoner emboli teşhisi ile tedavi edilmişti. Varfarin tedavisi alan hasta 10 gün önce portal ven trombozuna sekonder gelişmiş olan özefagus varislerinden dolayı üst gastrointestinal kanama geçirmişti. Hastaya tedavi sürecinde ve bitiminde kanama riskini azaltmak için varfarin yerine bir süre DMAH tedavisi (subkutan 2x0.4mg) başlanmıştı. Hasta taburcu olduktan 3 gün sonra nörolojik semptomlarla acil servise başvurdu. Hasta rutin olarak kortikosteroid, azatiopirin ve rituksimab kullanmaktaydı. Hastanın vital bulgularında; tansiyon: 165/95 mm/Hg, nabız: 98/dakika, ateş: 36,7°C, parmak ucu oksijen saturasyonu:98'di. Elektrokardiyografisinde sinüs ritmi mevcuttu. Hastanın rutin laboratuvar tetkiklerinde patolojik olarak hemoglobin değeri 11,5 g/dL, trombosit değeri 74000 103/mm<sup>3</sup> ve aPTT 53,7 saniye olarak ölçüldü. Hastanın INR değeri 1,08'di. Hastaya radyolojik görüntüleme olarak beyin tomografisi çekildi ve patolojik bulguya rastlanmadı. Daha sonra difüzyon MRG yapıldı ve hastada sağ serebellar bölgede ve her iki oksipital girusta belirgin olmak üzere her iki hemisferde yaygın difüzyon kısıtlılığı olan iskemik alanlar görüldü (Şekil 1). Hasta nöroloji kliniğine konsülte edildi ve yatış yapılarak tedaviye başlandı. Tedavide 3 gün boyunca 500 mg pulse kortikosteroid, 2x0,6 mg dozda subkutan DMAH verildi. Karotis ve vertebral arter ultrasonografi görüntülerinde patoloji saptanmadı. Ekokardiyografi normaldi. Takip esnasında şiddetli baş ağrısı olan



hastaya kontrol amaçlı beyin tomografisi çekildi ve patoloji saptanmadı. Klinik takipte semptomlar gerileyen hasta 2x0,6 mg dozda DMAH tedavisi reçete edilerek taburcu edildi.

Genç ve orta yaşlı hasta grubunda görülen iskemik inme SLE hastalığının en erken bulgularındandır (1). AFS ve SLE birlikteliğinde serebral enfarkt görülme sıklığı daha fazla olmaktadır. 2014 yılında 256 SLE hastasında yapılan çalışmada AFS olan 45 hastada serebral iskemik inme oranı daha yüksek çıkmıştır (4). Tayvan'da yapılan geniş çaplı bir çalışma sonucunda ise SLE hastalarında iskemik inme görülme oranı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (5).

SLE olan hastalarda tedavi yönetimi oldukça zordur. Hastalarda iskemik inme ve hemoraji bulguları ard arda gelebilmektedir. Nitekim bir çalışmada 22 yaşında hasta iskemik inme geçirdikten sonra hastaya SLE ve AFS teşhisi konulmuş ve verilen antikoagülan tedaviden 70 gün sonra intrakraniyal hemoraji olduğu görülmüştür (6). Bizim hastamızda da portal ven trombozuna bağlı gelişen özefagus varis kanaması olmuş ve varfarin tedavisinin kesilmesiyle 5 gün sonra iskemik inme gelişmişti.

AFS olan hastalarda düzensiz antikoagülan kullanımı da venöz tromboemboli riskini beraberinde getirmektedir. Uçar ve ark.'nın vaka bildiriminde 40 yaşında SLE ve AFS olan kadın hasta düzensiz antikoagülan kullanımı sonucunda pulmoner tromboemboli gelişmiştir (7). SLE ve AFS hastalarının 10 yıldan daha fazla izlendiği bir çalışmada tromboemboli tekrarlama oranı oral antikoagülan tedavi alanlarda %19, düşük doz aspirin alanlarda %42 ve tedaviyi bırakanlarda %91 olarak bulunmuştur (8). Özellikle varfarin tedavisinin bırakılmasından sonraki ilk altı ayda rekürrens ve hatta ölüm riski fazla görülmektedir. Optimal antikoagülasyon sağlanamayan hastalarda rekürrens riski %70 gibi yüksek olabileceğinden dolayı, varfarin tedavisinin ömür boyu olmasa bile uzun dönem kullanılması önerilmektedir (8).

Sonuç olarak, SLE ve AFS'nin birlikte bulunduğu sekonder AFS hastaları, aterosklerotik serebrovasküler, kardiyovasküler, ve pulmoner tromboemboli gelişimi açısından yüksek risk altındadır. Hastalar genellikle genç ve orta yaş grubunda olup morbidite ve mortaliteyi engellemek adına özellikle antikoagülan tedavinin sıkı takip altında tutulması önem arz etmektedir. Biz bu vaka sunumunda acil serviste çalışan hekimlerin SLE ve APS olan hastalarda sık görülen komplikasyonları göz ardı etmemesi ve antikoagülan tedavisinin sıkı takibi açısından ilgili branş ile gerekli konsültasyonu yapması açısından bu vaka sunumunu yapmak istedik.

#### **KAYNAKLAR**

1. Amorim LC, Maia FM, Rodrigues CE. Stroke in systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome: risk factors, clinical manifestations, neuroimaging, and treatment, *Lupus* 2017; 26 (5): 529-536.
2. Bazzan M, Vaccarino A, Marletto F. Systemic lupus erythematosus and thrombosis. *Thromb J.* 2015; 23(13):16-26.
3. Gezer S. Antiphospholipid syndrome. *Dis Mon.* 2003; 49(12): 696-741.
4. Kaichi Y, Kakeda S, Moriya J, Ohnari N, Saito K, Tanaka Y, et al. Brain MR findings in patients with systemic lupus erythematosus with and without antiphospholipid antibody syndrome. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2014; 35(1): 100-105.
5. Chiu CC, Huang CC, Chan WL, Chung CM, Huang PH, Lin SJ, et al. Increased risk of ischemic stroke in patients with systemic lupus erythematosus: a nationwide population-based study. *Intern Med.* 2012; 51(1): 17-21.
6. Tsukamoto E, Tanei T, Senda J, Kato T, Naito T, Ishii K, et al. Subarachnoid Hemorrhage After Ischemic Stroke Associated with Systemic Lupus Erythematosus and Antiphospholipid Syndrome.





World Neurosurg. 2020; 136: 248-252.

7. Uçar N, Kurt ÖK, Alpar, S Örsel O, Kurt B. Antifosfolipid Sendromunda Düzensiz Antikoagülan Tedavi Altında Gelişen Pulmoner Tromboemboli Olgusu Dahili Tıp Bilimleri Dergisi 2006; 13(1): 46-49
8. Muñoz-Rodriguez FJ, Font J, Cervera R, Reverter JC, Tàssies D, Espinosa G, et al. Clinical study and follow-up of 100 patients with the antiphospholipid syndrome. Semin Arthritis Rheum. 1999; 29(3):182-90.



## SS-035

# Hipotermi: Diyabetik Ketoasidoz Komplikasyonu

***Süleyman İbze<sup>1</sup>, Özlem Çakın<sup>2</sup>, Berna Kara<sup>1</sup>, Selin Akgün<sup>1</sup>, Mutlu Kartal<sup>1</sup>***

*<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Antalya*

*<sup>2</sup>Akdeniz Üniversitesi Dahiliye Yoğun Bakım Bilim Dalı, Antalya*

### Hip

Hipotermi çekirdek vücut ısısının 35° derece altında olması olarak tanımlanır (1). Primer hipotermi dışarıdan maruz kalınan ısı duruma bağlı gelişirken sekonder hipotermi altta yatan klinik duruma bağlı gelişir. Özellikle vücudun ısı üretme mekanizmalarının yetersiz olabileceği soğuk bölgelerde ya da yüksek irtifada dağcılık yapanlar gibi ekstrem sporcularda beklenmesine rağmen bu durumda olmayan görece sıcak iklim bölgelerinde de sekonder hipotermi durumu yaşanabilir. Biz burada aralık ve ocak ayı sıcaklık ortalaması 11,7 ve 10,0 derece olan sıcak iklim koşullarının hakim olduğu Antalya'da karşılaştığımız iki hipotermi hastasını paylaşmak istedik.

Olgu 1: 41 yaşında erkek hasta yakınları üç gündür haber alamadıkları için 112'yi arıyor. İtfaiye aracılığıyla girilen evde hasta bilinci kapalı GKS:6 (Glaskow Koma Skoru) olarak bulunuyor ve hastaneye getiriliyor. İlaçlarından ve tıbbi kayıtlarından insülin bağımlı diyabet ve şizofreni tanısı olduğu anlaşılan hastanın GKS:6, solunum sayısı 16 ve kussmaull solunumu paterninde, kan basıncı 97/58 mmHg, SpO2 97, PUKŞ (parmak ucu kan şekeri) ölçülemeyecek yüksek ve rektal vücut ısısı 29,5° derece olarak ölçüldü. Hipotermi ve olası DKA (Diyabetik ketoasidoz) ön tanılarıyla tedavisi başlanan hastanın kan gazı analizinde pH 6,78 olarak tespit edildi. Bunun üzerine hasta için entübasyon planlanırken DKA tedavisi başlandı. Hipotermi ve DKA tanısı alan hasta entübe edildi ve haricen ısıtma tedavisi, ısıtılmış salinle DKA tedavisine devam edildi. Beyin tomografisi normal, toraks tomografisi enfektif ve idrar analizinde enfeksiyon bulguları -aynı zamanda keton pozitifliği- olan hastaya uygun antibiyoterapi başlandı. Elektrokardiyografi (EKG)'de Osborn dalgaları mevcuttu. Hasta dahiliye yoğun bakım birimine yatırıldı. Burada yapılan LP (lomber ponksiyon) sonucu kültür negatif olmasına rağmen sitolojisi leptomenenjit olarak değerlendirilen ve tiroid stimulan hormon düzeyi normal olmasına rağmen tiroksin düzeyi hafif düşük olan hastaya uygun antibiyotik tedavisi ve hormon replasman tedavisi yapıldı. 15 gün tedavi aldıktan sonra bilinci açık, oryante ve koopere olarak iç hastalıkları servisine devredildi.

Olgu 2: 61 yaşında kadın hasta iki haftadır devam eden genel durum bozukluğu nedeniyle ilçe devlet hastanesinden üçüncü basamak olan hastanemize sevk edildi. Genel durumu kötü, GKS:11, kan basıncı 95/60 mmHg, rektal ısısı 30° derece olan ve kussmaull solunumu olan hasta entübe edildi. PUKŞ 400 kan pH'sı 6,9 hasta için DKA ve hipotermi tedavisi başlandı. Laboratuvar analizlerinde idrarda keton pozitifliği ve enfeksiyon mevcut olan hastanın BUN 187 mg/dl, kreatinin 15 mg/dl olarak tespit edildi. Hastaya acil hemodiyaliz, enfeksiyon, DKA, hipotermi tedavisi uygulandı. Yoğun bakıma yatışı verilen hasta 10 gün sonra multi organ yetmezliği nedeniyle eksitus oldu.

Tartışma: Çekirdek vücut ısısının 35° derece altında olması şeklinde tanımlanan hipotermi seyrek görülen bir klinik durumdur. Soğuk koşullarda (örneğin dağcılık sporcularında, denizcilerde) karşılaşılabilecek bir durum olmasına rağmen; uzamış hipoglisemi, DKA, hipotiroidizm, sepsis gibi durumlara bağlı ikincil hipotermi, sıcak bölgelerde de görülebilir (2). Metabolizmanın etkilendiği bu klinik durumlarda öncelikle periferik ısı üretiminin yetersizliği ve bu durumun santral etkileriyle serebral ısı üretimi kontrolünün bozulması sonucu hipotermi görülebilmektedir. Çekirdek vücut ısısında her bir derecelik düşme



serebral kan akımında %6-7 azalmaya yol açmaktadır (1). 30° derece altındaki vücut ısıyla tanımlanan şiddetli hipotermide kan akımındaki azalma sadece termoregülasyonu değil hipotalamus, hipofiz gibi yapıların etkinliğinin azalmasına ve örneğin hipotiroidi ya da adrenal yetmezlik gibi durumlara da yol açabilmektedir (1). Ağır hipotermide mortalite özellikle yaşlılarda %80'in üzerine çıkabilmektedir (1). Hiperglisemide hipotermi beklenmese de özellikle ketoasidoz durumunda periferik glikoz kullanımının etkin olmaması ve buna bağlı ısı üretiminin yetersiz olması hipotermi yaratabilir. Diğer yandan hipoterminin derinleşmesi ve koma tablosu, yukarıda anılan mekanizmalarla termoregülasyonu daha da kötüleştirmektedir. Her iki hastanın EKG'sinde atriyal fibrilasyon tespit edilmiştir. Olgu 1 takipte sinüs ritmine dönmüş ve paroksizmal atrial fibrilasyon olarak değerlendirilmiştir. Ne zaman ve neden oluştuğu bilinmemekle beraber 30° derece altındaki ısılarda atriyal fibrilasyon sık görülen bir durumdur (3). Ayrıca bir hastamızda hipotermi için özel bir bulgu olan Osborn dalgaları tespit edilmiştir. Her iki hasta için yapılan yatak başı eko kardiyografide diffüz hareket kısıtlılığı ve düşük ejeksiyon fraksiyonu tespit edilmiştir. Hipotermi bu duruma sebep olabileceği gibi eşlik eden DKA da bu durumu kötüleştiren bir faktördür. Ek olarak ilk olgumuzda eşlik eden üriner ve pulmoner enfeksiyon; ikinci olgumuzda üriner enfeksiyon ve akut böbrek yetmezliği durumu tablonun çok daha komplike durum gelmesine neden olan faktörler olarak değerlendirilebilir.

Hipotermi tedavisi sıtma ve ek patolojilerin tedavisini içerir (4). Harici blanketlerle aktif ısıtma, ısıtılmış sıvıların intravenöz uygulanması en sık kullanılan yöntemlerdir. Toraks tüpüyle ya da mesane sondasıyla ısıtılmış sıvı uygulaması da uygulanabilecek yöntemler arasında anılmaktadır. Ek patolojilerin düzeltilmesi termoregülasyonun düzelmesi açısından çok önemlidir. Tedavi sırasında hipotermik miyokardın ritim bozukluğuna duyarlı olacağı ve düşük dozlarda verilen vazodilatör ilaçların bile ventriküler taşikardi gibi ciddi ritim bozukluklarına yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır(3). Bu hastalar monitörize ve yoğun bakım koşullarında takip edilmelidir.

Hastalarımızdan komorbiditesi ABY olanı kaybedilmiştir. Diğer yandan genç olan ve enfeksiyon eşlik eden hasta tedavi süreci sonrası iyileşmiştir.

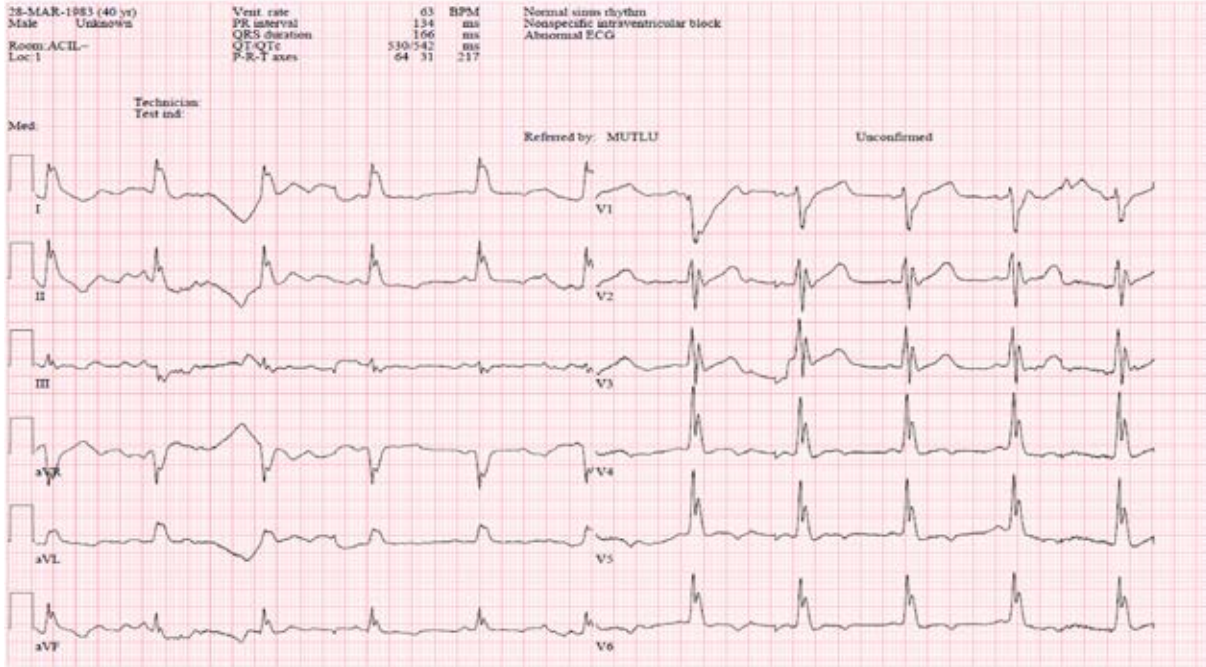
Sonuç: Hipotermi, klinik duruma bağlı olarak sekonder hipotermi olarak gelişebilir. Diyabetik ketoasidozlu hastalarda hipotermi olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

#### Referanslar:

1. Deaths Due to Hypothermia: Review Akça Toprak ERGÖNEN.
2. Adli Tıp AD, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir Türkiye Klinikleri J Foren Med. 2011;8(1):28-36
3. Osborn Waves in the Electrocardiogram, Hypothermia Not Due to Exposure, and Death Due to Diabetic Ketoacidosis. Abdulm. Sheikh, MD, J.Willis Hurst, MD, MACP. MACP Clin. Cardiol. 26, 555-560 (2003)
4. Di Mao VJM, Di Mao DJ. [Hyperthermia and hypothermia: the effects of the heat and cold]. Forensic Pathology. 2nd ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2001. p.428-32.
5. Hypothermia: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545239/>



Resim 1: Olgu 1'e ait elektrokardiyogram. Prekordiyal derivasyonlarda daha belirgin, yüksek J noktası ile karakterize Osborn dalgaları izlenmekte.





## SS-036

# Acil Servise Baş Dönmesi Şikayeti ile Başvurup Nörogörüntüleme (Beyin Tomografisi ve/veya MRI Difüzyon) Yapılan Hastaların Değerlendirilmesi

**Abdüsamet Durmuş<sup>1</sup>, Süleyman İbze<sup>1</sup>, Ramazan Sivil<sup>2</sup>, Ozlem Yigit<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Antalya

<sup>2</sup>SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Antalya

### Giriş ve Amaç:

İnsan popülasyonunun %15-35'inin hayatının bir döneminde baş dönmesi yaşadığı, bu hastaların yarısının da sağlık hizmetine başvurduğu görülmüştür. Özellikle ileri yaş grubunda ciddi klinik durumları atlamamak için daha fazla nörogörüntüleme yapılmaktadır (1,2)

Bu çalışmadaki birincil amacımız; baş dönmesi ile acil servise başvuran hastalarda yapılan nörogörüntüleme oranlarını ve saptanan patolojilerin neler olduğunu belirlemek ve nörogörüntülemenin hasta sonlanım kararına olan etkisi değerlendirmektir. İkincil amaç olarak, patoloji saptanan hastaların özelliklerinin tanımlanması ile, nörogörüntüleme yapılmasının hangi hasta gruplarında daha bedel-etkin bir yaklaşım olacağını öngören özellikler saptanmaya çalışılacaktır.

### Materyal - Metod:

Bu tanımlayıcı, kesitsel çalışma; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak planlandı ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.08.2023 tarih ve KAEK-640 sayılı kararı ile onay alınarak gerçekleştirildi.

### Dahil edilme kriterleri:

Acil servise başvuru şikâyetleri arasında 'baş dönmesi' olan ve nörogörüntüleme (BT ve/veya MRI) yapılan 18 yaş üzeri hastalar,

Çalışmadan çıkarılma kriterleri:

1. Bilinci kapalı, oryante- koopere olamayan veya travması olan hastalar,
2. Görüntüleme yapılmayan hastalar,
3. Triyaj şikayeti 'baş dönmesi' olan ancak ayrıntılı anamnezde vertigo olarak değerlendirilmeyen hastalar

Nicel veriler Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (MiaMed®) kayıtlarından alındı. Hastaların demografik verileri, semptom ve muayene bulguları, nörogörüntüleme bulguları, acil servis sonlanımları ve başvurudan sonraki üç ay içinde serebrovasküler iskemik olay tanısı alma durumu değerlendirildi.

Bulantı-kusma, baş ağrısı, kulak ağrısı, tinnitus, işitme kaybı gibi semptomlar periferik; güç kaybı, his kaybı, konuşma bozukluğu, görme bozukluğu, denge bozukluğu, senkop gibi semptomlar santral; bunların dışındaki semptomlar 'diğer' olarak değerlendirildi.

Hastaların acil servisteki muayene bulgularında patolojik bulgular; lateralizan defisit, konuşma bozukluğu, görme bozukluğu, yürüyüş ve denge bozukluğu olarak değerlendirildi.

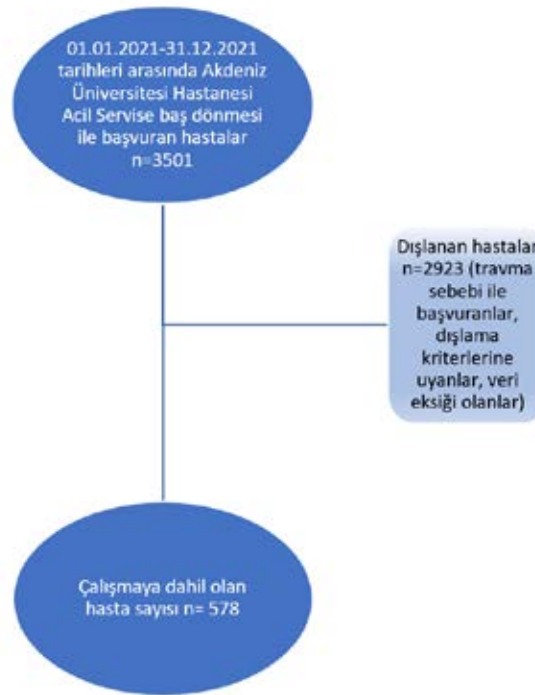


Beyin BT ve MRI raporlarında; enfarkt, kitle, kanama, herniasyon, enfeksiyon patolojik sonuç; bunların dışında kalanlar nonspesifik sonuç olarak değerlendirildi.

### Bulgular:

01.01.2021 – 31.12.2021 tarihleri arasında toplam 109785 hasta acil servise başvurmuş ve bunlardan 3501'i (%3.19) baş dönmesi şikayetinden yakınmıştır. Çalışmadan çıkarılma kriterlerine uyan 2923 hasta dışlanmış ve 578 hastanın analizi yapılmıştır (Şekil 1).

**Şekil 1: Çalışma akış şeması**



Çalışmaya alınan hastaların %53,6'sı (n=310) kadın, yaş ortalaması 58,84 ±18,31 (ortancası 62) idi. (Tablo 1).

Hastaların eşlik eden hastalıkları, öykü ve muayene bulguları, nörogörüntüleme sonuçları, acil servis sonlanımları ve 3 ay içinde SVH tanısı alma oranları Tablo 1'de gösterilmiştir.

5 hastanın başvurduğu ilk merkezde BT'si çekildiği için tekrar BT görüntüleme yapılmamıştır, bu hastaların 4'üne MRI çekilmiş, 1 hasta ek görüntüleme yapılmadan yatırılmıştır (Tablo 1).



**Tablo 1: Demografik özellikler**

	Sayı (n)	Yüzde (%)	Toplam
<b>Cinsiyet</b>			578
Erkek	268	46,4	
Kadın	310	53,6	
<b>Ek hastalık</b>			
Hipertansiyon	204	35,3	
Diyabetes Mellitus	143	24,7	
Koroner Arter Hastalığı	87	15,1	
Atrial Fibrilasyon	29	5	
<b>Semptomlara Yönelik Değerlendirme</b>			
Periferik vertigo düşündürülen özellikler	259	44,8	
Santral vertigo düşündürülen özellikler	108	18,7	
Farklı hastalıkları düşündürülen özellikler	109	18,9	
Özellikli semptoma sahip olmayanlar	102	17,6	
<b>Patolojik muayene bulgusu</b>	135	23,4	
Denge bozukluğu	112	83	
Konuşma bozukluğu	9	6,7	
Görme bozukluğu	12	8,9	
Taraf bulgusu	40	29,6	
<b>Nörogörüntüleme</b>			
<b>Bilgisayarlı tomografi</b>			
Patolojik sonuç var	54	9,3	
Patolojik sonuç yok	256	44,3	
Nonspesifik bulgular	263	45,5	
Çekim yapılmadı	5	0,9	
<b>MRI</b>			
Patolojik sonuç var	20	3,5	
Patolojik sonuç yok	82	14,2	
Nonspesifik bulgular	14	2,4	
Çekim yapılmadı	462	79,9	
<b>Sonlanım</b>			
Taburcu	478	82,6	
Yatış	100	17,4	
<b>3 ay içinde SVH tanısı</b>			
Var	24	4,2	
Yok	518	89,6	
<b>Yaş (ortalama)</b>	58,84 ±18,31 (ortancası 62)		

**3 ay içinde SVH tanısı alan hastaların incelenmesi;**

Hastaların %6,2'sinin (n=36) takip eden üç ay süresindeki takip verilerine **ulaşamadı**. Diğer hastaların,



acil servis başvurusundan sonraki üç ay içindeki hastane kayıtları ve ulusal sağlık sistemi içindeki kayıtları incelenerek ulaşılabilen verilerine göre %4,2'sinin (n=24) inme, TIA gibi iskemik serebrovasküler olay geçirdiği **tespit edildi**.

**Tablo 2: 3 ay içinde serebrovasküler hastalık (SVH) geçirenlerin özellikleri ve etkileyen faktörler**

	3 ay içinde SVH tanısı		
	Var (n:24)	Yok (n:518)	
<b>Beyin BT</b>			
Patolojik sonuç yok	2	247	
Patolojik sonuç var	9	42	
Non spesifik bulgular	12	225	
Görüntüleme yapılmayan	1	4	
<b>Difüzyon MRI</b>			
Patolojik sonuç yok	3	75	
Patolojik sonuç var	17	2	
Non spesifik bulgular	0	14	
Görüntüleme yapılmayan	4	427	
<b>Semptomlar</b>			
Özellik yok	1	93	
Periferik vertigo özellikleri	7	235	
Santral vertigo özellikleri	15	87	
Diğer sistemlere yönelik özellikler	1	103	
<b>Hipertansiyon</b>			
Var	11	173	p
Yok	13	345	0,26
<b>Diyabetes Mellitus</b>			
Var	8	125	0,33
Yok	16	393	
<b>Atrial Fibrilasyon</b>			
Var	0	27	0,62
Yok	24	491	
<b>Koroner arter hastalığı</b>			
Var	6	75	0,15
Yok	18	443	
<b>Hasta Sonlanımı</b>			
Taburculuk	5	444	0,00
Hastane yatışı	19	74	
<b>Patolojik muayene bulgusu</b>			
Var	20	108	0,00
Yok	4	410	

Bu 24 hastanın 13'ü (%54,2) erkek, ortalama yaş 66,08±11,6 (min. 41, max 86) idi. Hastaların üç ay içinde SVH tanısı alması ile yaş arasındaki ilişkisi değerlendirildiğinde; yaş artışının SVH tanısı alma ile **anlamlı ilişkisi olduğu görüldü** (p<0,05).

Hastaların 15'inde (%62,5) santral patoloji düşündürülen ek bir semptom mevcuttu, yine 20 hastada (%83,3)





patolojik bir muayene bulgusu saptandı. Patolojik muayene bulgusu olarak en sık yürüyüş bozukluğu (17 hasta - %70,8) ve lateralizan defisit (12 hasta - %50) saptandı. Hastaların görüntüleme sonuçlarında 2 hastada (%8,3) beyin BT'nin, 3 hastada (%12,5) ise MRI difüzyonun normal olduğu görüldü. 17 hastanın (%70,8) MRI difüzyon görüntülemesinde patolojik bulgu mevcuttu. Toplam 24 hastanın 19'unun (%79,2) acil servis başvurusu sonrasında hastaneye yatırılarak tedavi edildiği, 5 (%20,8) hastanın ise acil servisten taburcu edildiği görüldü. Takip edilen üç ay içinde bilgilerine ulaşılabilen hastalardan hiçbirinde ölüm gerçekleşmedi.

3 ay içinde SVO geçirme riskini belirleyen etmenleri saptamak için lojistik regresyon analizi yapıldı. Analiz sonucunda fizik muayene bulgusu olarak yürüyüş bozukluğu, lateralizan defisit varlığı ve görme bozukluğu bulunması anlamlı etmenler olarak saptandı. Yaş ve eşlik eden hastalıkların etkisi anlamlı bulunmadı.

Şekil 2: 3 ay içinde SVH geçirme riskini etkileyen faktörlerin lojistik regresyon ile analizi.

ÖZELLİKLER	b	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Yaş	,021	,017	1,550	1	,213	1,022
HT	,492	,585	,708	1	,400	1,636
DM	-,387	,620	,390	1	,532	,679
KAH	,290	,623	,217	1	,641	1,337
AF	-18,449	6993,804	,000	1	,998	,000
Yürütüş Bozukluğu	1,738	,542	10,298	1	,001	5,689
Lateralizan Defisit	2,074	,565	13,469	1	,000	7,954
Konuşma Bozukluğu	,867	,934	,861	1	,353	2,379
Görme Bozukluğu	2,900	,923	9,873	1	,002	18,171

### Tartışma:

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine baş dönmesi yakınması ile başvuran ve BT ve/veya MRI ile nöro-görüntüleme yapılan hastaların değerlendirildiği çalışmamızda, hastaların %18,7'sinde santral vertigo düşündürülen semptomların olduğu, %23,4'ünde yapılan fizik muayenede patolojik bulguların saptandığı, öykü ve fizik muayenede bu bulguların olmasının 3 ay içinde tekrar SVH geçirme açısından istatistiksel anlamlı fark oluşturduğu saptandı. Yine görüntülemelerde patolojik bulgular saptanması ve ileri yaşın da SVH oluşma riski açısından anlamlı olduğu bulundu. Yapılan regresyon analizi sonucunda, hastada saptanan yürüyüş bozukluğu, lateralizan defisit ve görme bozukluğu SVH açısından anlamlı saptanırken, yaşın ve eşlik eden hastalıkların bulunmasının anlamlı olmadığı görüldü.

### Sonuç:

Baş dönmesi şikayeti ile gelen hastalarda, ileri yaş olması ve santral patolojiyi işaret eden görme bozukluğu, yürüyüş bozukluğu ya da lateralizan defisit varlığı santral bir hadisenin habercisi olarak değerlendirilmeli ve bu hastalarda nörogörüntülemelerde patoloji saptanmasa da hastaneye yatış düşünülmeli ve yakın takip edilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Acil Tıp Hekimi, Baş Dönmesi, Bilgisayarlı tomografi, Manyetik Rezonans Görüntüleme, Vertigo



**SS-037**

## **Acil Servise Başvuran 65 Yaş ve Üzeri İntrakranial Kanaması Olan Hastaların Demografik ve Epidemiyolojik Özelliklerinin Analizi**

***Tuğçe Yeni Polat, Özlem Köksal, Vahide Aslıhan Durak, Şevval Güngör***

*Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Bursa*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** İntrakranial kanama (İKK) kranium içinde yer alan beyin parankimi ve onu çevreleyen meningeal boşluklar dahil tüm yapılardaki herhangi bir kanamayı tanımlamaktadır. İntrakranial kanamalar önemli bir sağlık sorunu olup, yüksek oranda mortalite ve morbiditeye sahiptir. Son yıllarda İKK nedeniyle hastaneye başvuru sayısı dünya genelinde artmaktayken, buna bağlı mortalite oranlarında azalma yoktur. Bu çalışmanın amacı, bir üniversite hastanesi acil servis (AS)'ine başvuran  $\geq 65$  yaş intrakranial kanaması olan hastaların demografik ve epidemiyolojik özelliklerinin incelenmesi ve klinik sonuçları ile ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

**YÖNTEM:** Kesitsel tipte olan bu çalışma, 1 Ocak 2018 – 31 Aralık 2022 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'nde İntrakranial Kanama (İKK) tanısı alan  $\geq 65$  yaş olguların dosyalarının retrospektif olarak değerlendirilmesi ile gerçekleştirilmiştir.

**BULGULAR:** Olguların %57,6'sı erkekti ve yaş ortalaması  $75,49 \pm 7,43$  yıldır. Olguların %79,9'unda en az bir ek hastalık, %46,0'ında travma öyküsü vardı. Bilgisayarlı Tomografi (BT) sonucunda en sık kanama saptanan bölgeler; %39,1 subdural, %38,6 intraparakranial ve %26,1 subaraknoid kanamaydı. Olguların %48,9'una en az bir antikoagülan tedavi uygulandı. Olguların %7,6'sı taburcu olurken, %21,2'si Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ)'ne yatırıldı, %29,9'u sevk edildi ve %1,6'sı eksitus oldu. Diğer olgularla karşılaştırıldığında, klinik sonlanımı YBÜ yatış/ sevk/ ölüm olan olgular arasında kadın sıklığı (%34,9'a karşı %49,2,  $p = 0,002$ ), Sistolik Kan Basıncı (SKB) ( $p < 0,001$ ), Diastolik Kan Basıncı (DKB) ( $p = 0,002$ ) değerleri ve subdural kanama sıklığı (%20,8'e karşı %55,5,  $p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek iken; Glasgow Koma Skoru (GKS) ( $p < 0,001$ ) ve intraparakranial kanama sıklığı (%52,8'e karşın %25,9,  $p < 0,001$ ) ise anlamlı düzeyde daha azdı. Çok değişkenli analiz sonuçlarına göre; subdural kanama saptanan olgularda (OR: 2,538 [%95GA: 1,314 - 4,902],  $p < 0,001$ ) ve GKS daha düşük olan olgularda (OR: 0,448 [%95 GA: 0,362 - 0,553],  $p < 0,001$ ) YBÜ yatış/ sevk/ ölüm riskinin anlamlı düzeyde arttığı saptandı.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** İKK nedeniyle AS'e başvuran 65 yaş ve üzeri olgulardan subdural kanama saptananlarda ve GKS daha düşük olanlarda klinik olarak kötü sonlanım riski anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Klinik pratikte özellikle bu olguların kötü sonlanım riskinin daha fazla olduğunu göz önünde bulundurarak, erken dönemde doğru tedavinin uygulanması sağ kalımı artıracak çabalar arasında yer alabilir.

**Anahtar Kelimeler:** : Acil servis, geriyatrik popülasyon, intrakranial kanama



## SS-038

# Dışlanan Tanı: Nöroleptik Malign Sendrom

***Tarik Başlı, Safa Dönmez, Fatih Yaprak, Mehmet Ergin, Nazlı Görmeli Kurt***

*Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara*

Nöroleptik Malign Sendrom, ilaç ilişkili olduğu öngörülen dopaminerjik inhibisyonun geliştiği düşünülen bir tablodur. Bu durumun anksiyolitik ve antipsikotik ilaçların kullanımıyla bağlantılı olduğu düşünülmektedir. NMS ciddi oranda mortal seyretmekle birlikte, Acil Serviste erken tanı ve sonrasında yoğun bakım takibi ile ciddi olgularda bile sağkalım sağlanabilmektedir. Sık görülmemesi ve ayırıcı tanıdaki zorluklar sebebiyle bu vakayı paylaşmak istedik. Yakaşık 24 saattir olan ateş yüksekliği, bilinç bulanıklığı, hareketlerde yavaşlama, konuşmada yavaşlama-peltekeşme, oral alımda azalma şikayetiyle acil servise dış merkezden iskemik serebrovasküler hastalık ön tanısıyla sevk edilen 72 yaşında erkek hasta, yakınlarından şikayetlerin ani başladığı öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde KOAH, KAH, Demans, Parkinson, Alzheimer mevcut olup, düzenli olarak nörodol, levodopa, salbutamol, ipratropium bromür, asetilsalisilik asit, atarvastasin ve ramipril kullanmaktadır. Fakat hastanın ilaçlarını son zamanlarda düzenli almadığı yakınlarından öğrenildi. Başvuru muayenesinde TA: 150/80 mmHg, NBZ: 86/dk, SS: 18/dk, aksiller ateş 37,2°C saptandı. Nörolojik muayenesinde; Bilinç açık, koopere oryante. Pupiller izokorik. DIR/IDIR: ++/++. Fasiyal simetri yok. Belirgin lateralizan motor defisit yok. 4 ekstremitte kas gücü 5/5. Serebellar testler becerikli. EPS muayenesinde dişli çark mevcut. Yapılan diğer sistem muayenelerinde özellik gözlenmedi. Laboratuvar bulgularında; kreatin kinaz (CK): 954U/L(N: 32-294 ),AST: 77U/L(N: 0-38), ALT:14U/L(N:0-50),CRP:21 mg/L(N:0-5.0mg/L),WBC13 10<sup>9</sup>/L (N: 3,6-10,5),TİT Lökosit >204,55 p/HPF(N:0-5) dışında belirgin patolojik bulgu saptanmadı.Glaskow Koma Skala Skoru (GKSs)13 (N: 15) olarak değerlendirildi. Santral görüntülemelerinde patoloji görülmedi. Hastamızda lomber ponksiyonla alınan BOS örneklemede SSS enfeksiyonu ekarte edildi. Bilinç bulanıklığı,konuşma bozukluğu,rijidite bulguları olan,laboratuvar tahlillerinde CK artışı ve lökositozu saptanan fakat bu klinik durumu açıklayabilecek düzeyde enfektif durum ve/veya septik durum düşünülmedi. Mevcut tablo göz önüne alındığında GKS:13 olması kaynaklı SOFA Skoru:1 olarak hesaplanması bu düşünceden uzaklaşmamızı kanıtladı. Hastamıza uygulanan levodopa tedavisine rağmen klinik olarak gerileme görülmedi.Hasta NMS ön tanısıyla Nöroloji ile konsülte edildi. Hasta Nöroloji Yoğun Bakım'a yatırıldı.

MNS'nin yatıklaştırıcı faktörleri mevcuttur. Ele aldığımız vakada bu faktörlerden ileri yaş erkek cinsiyet,nöropsikiyatrik bozukluklar,malnütrisyon bulunmaktaydı.

NMS tanı kriterleri arasında; Son 72 saat içinde dopamin antagonisti/agonistinin kesilmesi, Hipertermi(38.0°C, en az 2 durumda),rijidite,mental durum değişikliği(azalmış veya dalgalanan bilinç düzeyi),kreatin kinaz yüksekliği(normalin üst sınırının en az 4 katı),kan basıncı dalgalanması-terleme-idrar inkontinansı gibi sempatik sistemin kararsızlığını gösteren bulgulardan en az 2'sinin olması,kalp atım hızında artış(bazalinin %25 üzerinde),ve solunum hızı artışı(bazalinin %50 üzerinde) olarak tanımlanan hipermetabolizma, enfeksiyöz, toksik, metabolik veya nörolojik nedenler için negatif çalışma yer almaktadır. Vakamız tanı kriterlerini anlamlı bir şekilde karşılamaktadır.Özellikle başvuru şikayeti olan ateş, bilinç bulanıklığı, hareketlerde yavaşlama başlıca tanı kriterleri arasındadır. Vital bulguları tanı kriterlerini karşılamaktadır.3 gündür oral beslenmede azalma nedeni mevcut tedavisindeki nörodol ve levodopa ilaçlarını içmemesi tanı kriterlerini karşılamaktadır.

NMS bir dışlama tanısıdır; nöropsikiyatrik durumlar, sistemik enfeksiyonlar ve hipermetabolik



bozukluklar ekarte edilmelidir.Olası NMS'li hastalarda, nörolojik durumları ve enfeksiyonu dışlamak için santral sinir sistemi görüntülemeleri ve lomber ponksiyon gereklidir.Başlıca dışlama tanısı olarak ifade edilen NMS için gerekli tüm diğer patolojik durumlar hastamızda ekarte edilmiştir.

Acil Tıp hekimlerinin ve nöroloji uzmanlarının NMS tanısını düşünmeleri ve hastanın özgeçmişini sorgularken nöroleptik/antipsikotik ilaç kullanımını sorgulamaları tanıda önemlidir. NMS'nin mortalitesinin yüksek olması sebebiyle takibinin yoğun bakımda yapılması uygundur.Olgumuzun izlemi Nöroloji Kliniği'ince yapılmıştır.Özetle,NMS sık rastlanmayan ve ayırıcı tanıda ön planda düşünülmemesi sebebiyle hayatı tehdit eden bir tablodur.Acil servise başvurusunda tanı konan bu olguyu derlemek istedik.

**Anahtar Kelimeler:** ateş, bilinç bulanıklığı, antipsikotik ilaç, nöroleptik malign sendrom



**SS-039**

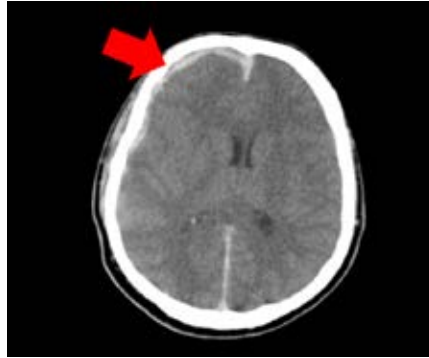
**Rinoplasti Sonrası Gelişen Akut Subdural Hematom:  
Bir Olgu Sunumu Genç Bir Hastada Rinoplasti  
Sonrası Gelişen Akut Subdural Hematom**

***Yiğit Kurnaz, Ahmet Dursun Demir, Hızır Ufuk Akdemir***

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

Subdural hematoma (SDH), beyni çevreleyen dural ve araknoid membranlar arasındaki boşluğa kanama ile karakterize bir durumdur (1). Akut SDH genellikle araknoid ve dural membranlar arasında bulunan damarların yırtılmasından kaynaklanır. SDH olgularının yaklaşık %20-30'u arter kaynaklı olabilir (2,3). Serebral atrofisi olan hastalar, antitrombotik ilaçlar kullananlar veya diğer koagülopati durumlarına sahip olanlar SDH için yüksek risk altındadır (4). SDH kendiliğinden olabilir veya tetikleyici bir olay sonucu gelişebilir. Kafa travması SDH'nin en sık görülen nedenidir (5,6). Burada, rinoplasti sonrası uyandırılmama nedeniyle çekilen beyin bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde SDH saptanan 25 yaşında bir erkek hastanın klinik ve radyolojik bulguları sunulmuştur.

25 yaşında erkek hasta, rinoplasti sonrası uyandırılma sürecinde bilinç bulanıklığının olması ve geçen 3 saate rağmen devam eden bilinç durumu değişikliği nedeniyle acil servisimize gönderildi. Başvuru anında vital bulguları stabil olan hastanın parmak ucu kan glukoz değeri 110 mg/dL idi. İlk fizik muayenesinde bilinci konfüze ve Glasgow Koma Skalası (GKS) skoru 14/15 idi. Özgeçmişinde bilinen bir özellik olmayan hastanın operasyon sırasında uygulanan sedasyon ajanlarının türüne, dozuna ve saatine ait herhangi bir bilgi bulunmamaktaydı. Hastanın burun deliklerinde operasyonda uygulanan tamponlar mevcuttu. Hastanın alınan laboratuvar tetkikleri ve elektrokardiyografi (EKG)'si normal sınırlarda idi. Hastanın çekilen maksillofasiyal BT'sinde, bilateral nazal kemikte, nazal septum anterosuperiorunda, sphenoid sinüsler arası septumda, sağ frontal sinus posterior duvarında, crista galli tabanında lineer fraktür hatları izlendi. Beyin BT'sinde ise sağ frontotemporalde 4mm olmak üzere ayrıca falks serebride subdural hematoma ile uyumlu kanama odakları saptandı (Şekil 1). Beyin cerrahisi ve kulak burun ve boğaz bölümleri ile konsülte edilen hastaya 2 gram levatirasetam yüklendi. Beyin cerrahisi tarafından bir gün yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastanın hastaneye başvurusunun 11. gününde sekelsiz bir şekilde şifa ile taburcu edildiği öğrenildi.



Subdural hematoma, beyin dokusunun ani hızlanma-yavaşlama mekanizmasına bağlı dural köprü venlerin yırtılması sonucu oluşur. Bu durum dura ile araknoid membranlar arasında kan birikmesiyle sonuçlanır (2). SDH'lar kanamanın başlangıcından itibaren geçen süreye göre akut, subakut ve kronik



olarak sınıflandırılır. Akut belirtiler genellikle travmayı takiben ilk 14 gün içerisinde ortaya çıkar. İki haftadan sonra ise kronik SDH terimi kullanılır (7). Belirgin serebral atrofi olan hastalar, antitrombotik etkili ilaç kullananlar veya diğer koagülopati durumlarına sahip olanlar SDH için yüksek risklidir (8).

Akut SDH'li bir hastanın kliniği, hematoma büyüklüğüne ve ilişkili parenkimal beyin hasarının derecesine bağlıdır. Akut SDH ile ilişkili semptomlar; baş ağrısı, bulantı, kusma, bilinç düzeyinde gerileme, konuşma bozukluğu, görme problemleri ve genişleyen hematoma ile ilişkili klinik nörolojik bulgular olarak ortaya çıkabilir (9). Kontrastsız beyin BT, SDH'ye hızlı bir şekilde tanı koymak için ilk tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Tanıya ulaşmada beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) de kullanılabilir; ancak tipik olarak çekim süresi BT'den daha uzun olup birçok sağlık kuruluşunda acil şartlarda daha az ulaşılabilir. Bununla birlikte, MRG küçük kronik ve izodens SDH tanısı için, altya yatan olası nedenleri belirlemek ve ayırıcı tanı yapabilmek için tercih edilebilir (10-11). SDH kendiliğinden olabilir veya tetikleyici bir olay sonucu gelişebilir. Kafa travması SDH'nin en sık görülen nedenidir. Çoğunlukla motorlu araç kazaları, düşmeler ve saldırılarla ilişkilidir (6).

Literatüre göre nazal cerrahi için komplikasyon oranları %4-18.8 arasında değişmektedir. Bu oran genellikle cerrahi deneyim arttıkça düşer. Deri ve ilişkili yumuşak doku komplikasyonları olguların yaklaşık %10'unda görülmektedir. Ciddi sistemik veya hayatı tehdit eden komplikasyonlar rinoplasti olgularının %1.7-5'inde ortaya çıkmaktadır. İntrakraniyal komplikasyonlar ise nadirdir. Bununla birlikte, Layliev ve ark. tarafından rinoplasti uygulanan 4978 hastanın yer aldığı bir çalışmada majör komplikasyon oranının sadece %0.7 olduğu bildirilmiştir. Hematom (%0.2), enfeksiyon (%0.2) ve pulmoner komplikasyonlar (%0.1) en sık görülen komplikasyonlardır (12,13)

Rinoplasti uygulanan hastalarda uykuya meyil, konfüzyon ve GKS skorunda düşüklük gibi bilinç değişikliği durumları santral bir hadise gelişmiş olabileceğini düşündürmeli ve tanıya yönelik tetkikler hızlıca yapılmalıdır. Tanının konulması, gerekli önlemlerin alınması ve erken tedavi ile gelişebilecek morbidite ve/veya mortalite engellenebilir.

#### **Kaynaklar:**

1. Charles D. Aring, MD, Subdural Hemorrhage, JAMA. 1960;173(12):1351-1352.
2. Ropper AH, Samuels MA, Klein JP, Prasad S. Craniocerebral trauma. In: Adams and Victor's Principles of Neurology, 11th ed, Ropper AH, Samuels MA, Klein JP, Prasad S (Eds), McGraw-Hill, New York 2019. p.906
3. Gennarelli TA, Thibault LE. Biomechanics of acute subdural hematoma. J Trauma 1982; 22:680.
4. Gaist D, García Rodríguez LA, Hellfritsch M, et al. The Relationship of Antithrombotic Drug Use with the Risk of Subdural Hematoma. JAMA 2017; 317:836.
5. Maxeiner H, Wolff M. Pure subdural hematomas: post-mortem analysis of their forms and bleeding points. Neurosurgery 2002; 50:503.
6. Bullock MR, Chestnut R, Ghajar J, et al. Surgical treatment of acute subdural hematomas. Neurosurgery 2006; 58:S16
7. Menon DK, Schwab K, Wright DW, Maas AI: Position statement: definition of traumatic brain injury. Arch Phys Med Rehabil 91: 1637, 2010.
8. Bershady EM, Farhadi S, Suri MF, et al: Coagulopathy and in-hospital deaths in patients with acute subdural hematoma. J Neurosurg 109: 664, 2008
9. Taylor CA, Bell JM, Breiding MJ, Xu L: Traumatic brain injury-related emergency department visits, hospitalizations, and deaths—United States, 2007 and 2013. MMWR Surveill Summ 66: 1, 2017
10. Smits M, Dippel DW, Steyerberg EW, et al: Predicting intracranial traumatic findings on computed



tomography in patients with minor head injury: the CHIP prediction rule. Ann Intern Med 146: 397, 2007

11. Besenski N. Traumatic injuries: visualization of head injuries. Eur Radiol 2002; 12:1237.
12. Layliev J, Gupta V, Kaoutzanis C, et al. Incidence and preoperative risk factors for major complications in aesthetic rhinoplasty: analysis of 4978 patients. Aesthet Surg J. 2017 Jul 1. 37 (7):757-67
13. Sharif-Askary B, Carlson AR, Van Noord MG, Marcus JR. Incidence of postoperative adverse events after rhinoplasty: a systematic review. Plast Reconstr Surg. 2020 March 145 (3): 669-84



## SS-040

# Kardiyojenik Hipertansif Pulmoner Ödem ve Alışılmadık Bir Klinik Birliktelik: Serebellar Hematom Kardiyojenik ve Nörolojik Pulmoner Ödem Birlikteliği: Serebellar Hematom

***Yiğit Kurnaz, Hızır Ufuk Akdemir***

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

Acil servise nefes darlığı şikayeti ile başvuran kardiyojenik pulmoner ödem tablosundaki hipertansif hastaların kardiyak tedavilerinin yanı sıra eşlik eden durumların ve/veya komplikasyonların hızlıca tanınması ve gerekli tedavilerin uygun ve zamanında yapılması morbidite ve/veya mortalitenin azaltılmasında etkin bir rol oynar.

Kardiyojenik pulmoner ödem, sol kalpteki ciddi yapısal veya fonksiyonel bozukluk sonucu pulmoner kapiller hidrostatik basıncın ani yükselmesi ve buna bağlı akciğerlerin interstisyel aralıklarında ve alveoler boşluklarda hızla sıvı toplanmasıdır (1). Normal akciğerlerde, sıvı kapiller damarlardan interstisyel alana aktarılır ve bu alandaki sıvı lenfatik sistem ile drene edilir. Kapiller ve alveoler membranların birleşme yerinin sıkı olmasından dolayı normalde sıvı alveollere giremez (1). Sol ventrikül disfonksiyonunda ise sol ventrikül diyastol sonu basıncı ve sol atrium basınçlarının artmasıyla pulmoner kapiller basıncı artar. Aynı zamanda sistemik venöz basıncın da artmasıyla sistemik venlere lenfatik drenaj azalır. Sonuç olarak lenfatik sistemin interstisyumdan sıvı boşaltma kapasitesi azalır ve akciğerin alveollerinde sıvı birikir (1, 2). Kardiyojenik pulmoner ödem, akut solunum sıkıntısının sık görülen ve ölümcül seyreden bir nedendir. İskemik kalp hastalığı ve sol ventrikül disfonksiyonu olan bazı hastalarda görünürde bir neden olmaksızın akut pulmoner ödem gelişebilir. Bu hastaların bir kısmında, istirahatte hafif olabilen ancak egzersizle kötüleşen ve egzersizin durdurulmasını gerektiren nefes darlığına yol açan mitral yetersizlik vardır (3).

Kardiyojenik olmayan pulmoner ödem, yüksek pulmoner kapiller kama basıncının ortadan kalktığı durumda alveoler boşlukların diffüz dolumu ile karakterizedir (4). Nörojenik pulmoner ödem ise, merkezi sinir sistemi (MSS) hasarına bağlı gelişen kardiyojenik olmayan akciğer ödemi ile karakterize bir klinik sendromdur. İlk olarak 1908 yılında epileptik nöbetin komplikasyonu olarak Shanahan tarafından tanımlanmıştır. En sık tetikleyicileri intrakraniyal kanama, epileptik nöbet ve MSS travmasıdır (5).

Spontan intrakraniyal kanama tüm serebrovasküler olayların %10-20'sini oluşturur ve ciddi morbidite/mortalite nedenidir. Travmatik olmayan serebellar kanama ise yalnızca tüm olguların % 5-12.5'ünü oluşturur ancak mortalitesi yüksektir (%18-75) (6).

Bu yazıda özgeçmişinde düşük ejeksiyon fraksiyon (EF)'lu kalp yetmezliği ve mitral kapak yetmezliği olan, nefes darlığı ile acil servise başvuran akut stabilizasyon ve tedavi girişimleri sonrası serebellar hematom tanısı konulan bir hastanın klinik ve radyolojik bulguları sunulmuştur.

Elli sekiz yaşında erkek hasta, iki gündür devam eden nefes darlığının artması üzerine acil servisimize getirildi. Özgeçmişinde atrial fibrilasyon (AF), düşük EF'li kalp yetmezliği (EF:%30-35) ve stentli koroner arter hastalığı öyküsü olan hastanın başvuru anındaki vital bulguları; kan basıncı: 280/150 mmHg, nabız: 130 atım/dakika, solunum sayısı: 30/dakika ve ateş: 36.70C idi. Hastanın başvuru anında oda havasında





bakılan SpO<sub>2</sub>: %60 olup fizik muayenede belirgin takipneik, ortopneik ve siyanoze olduğu görüldü. Dinlemekle her iki akciğerde yaygın ralleri vardı. Glasgow Koma Skalası (GKS) skoru 15 olan hastanın nörolojik muayenesinde patolojik bulgu yoktu.

Akut pulmoner ödeme bağlı solunum yetmezliği tablosunda olan hastaya solunum arrestini önlemek ve volüm yükünü (fazlalığını) uzaklaştıracak süreyi sağlama amaçlı midazolam ile sedatize edilerek endotrakeal entübasyon uygulandı. İntravenöz (IV) diüretik (furosemid) ve nitrat infüzyonu başlanan hastada takibinde kardiyak arrest gelişti. Yaklaşık 5 (beş) dakika kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) uygulanan hastada ritim sağlandı. Ventriküler taşikardi (VT) gelişen hastaya 300 mg amiodaron IV olarak uygulandı (Şekil 1, 2). Hemodinamik açıdan stabilizasyon sağlanan hastaya eşlik eden durumlar ve komplikasyonlar açısından görüntüleme yapıldı. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde sağ akciğerde 10 cm, sol akciğerde 4 cm olarak ölçülen yaygın plevral effüzyonu ve sağ akciğer alt lobun total kollabe konsolide görünümde olduğu izlendi (Şekil 3). Beyin BT'sinde ise sol serebellar hemisferde komşuluğundaki parankimde ödemin eşlik ettiği 39x32 mm boyutlarında intraparenkimal kanama izlendi. Sol serebellar ekstraaksiyal mesafede daha belirgin olmak üzere, tentorium serebellide, bazal sisternalarda, interhemisferik fissürde, sol lateral ventrikülde ve 4. ventriküle uzanan yaygın hemoraji değerleri olduğu görüldü (Şekil 4). Beyin cerrahisi, kardiyoloji, nöroloji ve göğüs hastalıkları ile konsülte edilen hasta akut dekompanse kalp yetmezliğine bağlı kardiyojenik pulmoner ödem ve serebellar hematoma nedeniyle düzey 3 yoğun bakım ünitesine yatırıldı.

**Şekil 1**



*Serebellar hematoma*

Kardiyojenik pulmoner ödem, sıklıkla akut dekompanse kalp yetmezliğinin sonucu olarak gelişir. Akut yükselen kardiyak dolmuş basınçlarının sonucu olarak interstisyel ve/veya alveoler alanda hızlıca sıvı birikimi ile karakterizedir (4). Akut kardiyojenik pulmoner ödem, ilave kardiyak patolojilerden bağımsız olarak sol ventrikül sistolik ve/veya diyastolik disfonksiyondan kaynaklanır. Bununla birlikte fazla miktarda sıvı yüklenmesi, renal arter stenozu, ciddi böbrek hastalığı ve ciddi hipertansiyon gibi durumlar da kalp hastalığı olmaksızın kardiyojenik pulmoner ödeme neden olabilir.



Pulmoner hipertansiyonun mitral yetmezliğin sık görülen bir komplikasyonu olduğu uzun yıllardır bilinmektedir. Ani kardiyovasküler dekompanasyon ile akut akciğer ödemi gelişimine neden olabilir. Sol ventrikül EF'de belirgin ve ani azalma yaparak düşük debi, hipotansiyon ve şok tablosuna yol açabilir (7). Kronik mitral yetmezlikte ise sol atrium ve sol ventrikül dilatasyonu ile EF'de artışla kompanzasyon sağlanır. Başlangıçta asemptomatik iken kapak patolojisi şiddetlenince volüm yükü artar ve sol kalp yetmezliğine ait bulgularla kendini gösterir (7).

Nörojenik pulmoner ödemin patofizyolojisi tam olarak bilinmemektedir, ancak intrakraniyal basınçta ani, hızlı ve aşırı yükselme yapan durumların nörojenik pulmoner ödem riskini arttırdığı düşünülmektedir. Erken ve geç nörojenik pulmoner ödem olmak üzere ikiye ayrılır. Erken nörojenik pulmoner ödem intrakraniyal hasardan sonra dakikalar-saatler içinde gelişirken, geç nörojenik pulmoner ödem yaklaşık 12-24 saat sonra gelişir. Erken nörolojik pulmoner ödem en sık görülen formudur ve klinik tablo çok hızlı şekilde gelişir. Sempatik hiperaktivite yaygın olarak eşlik eder. Bu hastalarda ateş, taşikardi, hipertansiyon görülebilir (8).

Serebellar kanama ile ilişkili morbidite ve mortalite, beyin sapı ve dördüncü ventrikül gibi basıya duyarlı bölgelerin, posterior fossanın sınırlı anatomik yapısı nedeniyle basıya maruz kalmasından kaynaklanır. Üç (3) cm'nin üzerindeki serebellar hematomlar, kötü ve ilerleyici nörolojik bulguları olanlarda cerrahi tedavi önceliklidir. Bunun dışındakilerde ise medikal tedavi düşünülebilir. Hematom çevresindeki ödem 24 saat öncesinde %75 kadar artabilir. Bu nedenle cerrahi tedavi zamanlaması çok önemlidir (6).

Acil servis hekimlerinin, özellikle mitral yetmezlik öyküsü olan hastalarda dekompanse kalp yetmezliğine bağlı akut pulmoner ödem gelişebileceği, ve hastaların eşlik eden yüksek kan basıncı nedeniyle ortaya çıkması muhtemel komplikasyonlar açısından hızlıca tetkik edilerek gerekli tedavilerin planlanması ve uygulanması konusunda bilgi sahibi olması morbidite ve mortalite oranlarını etkileyebilir.

#### Referanslar:

1. Clark AL, Cleland JG. Causes and treatment of oedema in patients with heart failure. *Nature Reviews Cardiology*. 2013;10(3):156-70.
2. Ayvaz MY, Enç N. Kalp Yetersizliğinde Ödem. *Turk J Cardiovasc Nurs*. 2018;9(19):69-75.
3. Piérard LA, Lancellotti P. The role of ischemic mitral regurgitation in the pathogenesis of acute pulmonary edema. *N Engl J Med*. 2004;351(16):1627-34.
4. Ware LB, Matthay MA. Clinical practice. Acute pulmonary edema. *N Engl J Med*. 2005;353(26):2788-96.
5. Davison DL, Terek M, Chawla LS. Neurogenic pulmonary edema. *Critical care*. 2012;16:1-7.
6. Khattar NK, Fortuny EM, Wessell AP, John KD, Bak E, Adams SW, et al. Minimally Invasive Surgery for Spontaneous Cerebellar Hemorrhage: A Multicenter Study. *World Neurosurg*. 2019;129:e35-e9.
7. YETKİN ÖÜNA, TUTAR N. 1. Kardiyolojik Hastalıklar ve Akciğer.
8. YILMAZ B, Akça HŞ, Eroğlu SE, ALGIN A, Aksel G. İntraserebral Hematoma Sekonder Nörojenik Pulmoner Ödem: Olgu Sunumu. *Anatolian Journal of Emergency Medicine*. 2020;3(1):21-3.

# YAZAR İNDEKSİ



**YAZAR İNDEKSİ**

ADEMOĞLU, Enis	SS-011	KAHRAMAN, Fatih Ahmet	SS-016
AKDEMİR, Hızır Ufuk	SS-039, SS-040	KALKAN, Asim	SS-005, SS-024
AKGÜN, Selin	SS-035	KAMÇI, İpek	SS-007
AKPINAR, Merve Nihal	SS-005, SS-024	KANTER, Efe	SS-010
ALBAY, Burhan	SS-002	KARA, Berna	SS-035
ALPASLAN, Mustafa	SS-034	KARACA, Yunus	SS-022
ASLAN, Şahin	SS-031	KARADERE, Ender	SS-010
AY, Çağrı	SS-018	KARAKAYA, Zeynep	SS-030
AYDIN, Serkan	SS-019	KARAKOYUN, Salih	SS-032
BAL, Mehmet Musab	SS-019, SS-020	KARAKURT, Hanife Kübra	SS-015
BAŞLI, Tarık	SS-038	KARAMAN, Necati	SS-028
BORA, Ejder Saylav	SS-033	KARTAL, Mutlu	SS-035
ÇAKIN, Özlem	SS-035	KELEŞ, Ayfer	SS-023
ÇETİN, CANSEL	SS-016	KILIÇASLAN, İsa	SS-023
ÇINAROĞLU, Osman Sezer	SS-001, SS-030	KILINÇ ŞEKER, Fadime	SS-029
ÇORAKYER, nurullah	SS-026, SS-027	KIRIK, Süleyman	SS-013
DELİCE, Orhan	SS-029	KOÇER, Merve Didem	SS-026, SS-027
DEMİR, Ahmet Dursun	SS-039	KÖKSAL, Özlem	SS-037
DİLEKCAN, İbrahim	SS-016	KOMUT, SEVAL	SS-025, SS-026, SS-027
DOĞRU, Ozan Emre	SS-030	KÜÇÜK, Abdulhamit	SS-001
DÖNMEZ, Safa	SS-038	KURNAZ, Yiğit	SS-039, SS-040
DURAK, Vahide Aslıhan	SS-031, SS-037	KURTOĞLU ÇELİK, Gülhan	SS-017
DURMUŞ, ABDÜSSAMET	SS-036	MUMBUÇ, Berdar	SS-005
EFGAN, Mehmet Göktuğ	SS-021	OĞUZTÜRK, Hakan	SS-017
ERAY, Oktay	SS-014	ÖKSÜZ, Ümmü	SS-025, SS-026
ERGİN, Mehmet	SS-038	ÖNCÜ, Ezgi	SS-013
ERMETE GÜLER, Ecem	SS-009	ÖNER, Melike	SS-023
ERYURT ÖZ, Elif	SS-009	ÖZ, Hami	SS-021
ESEN, Sidal	SS-033	ÖZHASENEKLER, Ayhan	SS-016
FIRAT, miyase kübra	SS-025, SS-026, SS-027	ÖZSELÇUK, Sultan	SS-034
GÖKHAN, Şervan	SS-017	ÖZTÜRK ÖRMECİ, GÜLŞEN	SS-014
GÖRMELİ KURT, Nazlı	SS-038	ÖZTÜRKOĞLU, HÜSEYİN EVREN	SS-014
GÜNEŞ, Osmancan	SS-025	PAKKAN, Arda tuna	SS-025
GÜNGÖR, Şevval	SS-037	PAMUKÇU GÜNAYDIN, Gül	SS-018
GÜR, Ayşenur	SS-003	PASLI, Sinan	SS-022
HAİDARA, Zeynab	SS-023	PAYZA, Umut	SS-008
HAZİYEV, Tabriz	SS-031	ŞENER, ALP	SS-016
İBZE, Süleyman	SS-035, SS-036	ŞENER, Alp	SS-018
İMAMOĞLU, Melih	SS-022	SERVİ, Nureddin	SS-002
İŞİK, Bahar	SS-004	ŞİMŞEK, Yeliz	SS-003
KADAM, KORAY	SS-029	SİVİL, Ramazan	SS-036



TAŞ, Çağla Irmak	SS-008
TAŞDEMİR, Murat	SS-032
TOKDEMİR, Nurhan	SS-017
TOPÇUOĞLU, Hazal	SS-022
VAR, Ahmet	SS-002
YADİGAROĞLU, Metin	SS-022
YAMANOĞLU, Adnan	SS-015
YAPRAK, Fatih	SS-038
YARTAŞI, Yasin Haydar	SS-032
YAŞAR, Cansel	SS-007
YENAL, Kadir	SS-017, SS-018
YENİ POLAT, Tuğçe	SS-037
YİĞİT, Ozlem	SS-036
YİĞİTASLAN, ENİS	SS-012
YILDIRIM, Çağdaş	SS-002, SS-007, SS-018
YILDIRIM, Sena	SS-012
YILMAZ, Burcu	SS-006
YILMAZ, Mutlu	SS-022
YONTAR, Ömer	SS-031



# 7. TATD KURS GÜNLERİ KONGRESİ 18-21 NİSAN 2024

Royal Seginus  
Hotel Antalya



## Bilimsel Sekreteryası

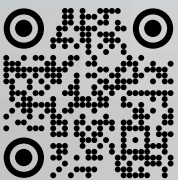


Mustafa Kemal Mah. Dumlupınar Bulvarı. No: 274  
Mahall Ankara, E Blok, Daire No:18 Çankaya/  
Ankara  
Tel: 0 (312) 438 12 66  
Web: [www.tatd.org.tr](http://www.tatd.org.tr)  
E-posta: [bilgi@tatd.org.tr](mailto:bilgi@tatd.org.tr) / [info@tatd.org.tr](mailto:info@tatd.org.tr)

## Organizasyon Sekreteryası



Didem Yeşilirmak  
Esentepe Mah. Sağlam Fikir Sok. Esen Palas Apt.  
No: 2 D:9 K:2 Şişli / İstanbul  
Tel: +90 (212) 296 66 70  
GSM: +90 (506) 709 41 93  
E-Posta: [didem.yesilirmak@brosgrup.net](mailto:didem.yesilirmak@brosgrup.net)



[www.tatdkursgunleri.org](http://www.tatdkursgunleri.org)

