

2. DOĞU ANADOLU ACİL TIP GÜNLERİ SEMPOZYUMU BİLDİRİ KİTABI



2. Doğu Anadolu Acil Tıp Günleri



12-13 Mayıs 2018

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Konferans Salonu

www.aciltipgunleri2018.com

Bildiri Gönderim Adresi:
aciltipgunleri2018@gmail.com
Son bildiri gönderim tarihi: 30 Nisan 2018

İletişim
Yard. Doç. Dr. Abdullah Osman Koçak
Telefon: 05445667158

İÇİNDEKİLER

Genel Bilgiler	3
Düzenleme Kurulu	5
Bilimsel Kurul	7
Sözlü Bildiriler	9
Poster Bildiriler	115

Sempozyum Tarihi

12-13 Mayıs 2018

Sempozyum Yeri

Erzurum

Organizasyon Komitesi

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü

Atatürk Üniversitesi

Acil Tıp Uzmanları Derneği(ATUDER)

Destekleyenler

Genç ATUDER

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim
Dalı

Recep Tayyip ERDOĞAN Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim
Dalı

Sempozyum Onursal Başkanı

Prof. Dr. Ömer ÇOMAKLI Atatürk Üniversitesi Rektörü

Dr. Mahmut UÇAR Erzurum İl Sağlık Müdürü

Sempozyum Başkanları

Prof. Dr. Akın LEVENT Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

Prof. Dr. Başar CANDER Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Acil Tıp Anabilim Dalı

Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp

Anabilim Dalı Başkanı

Sempozyum Genel Sekreterleri

Doç. Dr. Atıf BAYRAMOĞLU Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp

Anabilim Dalı

Dr. Öğr Üyesi Orhan DELİCE Erzurum Bölge Araştırma Hastanesi Acil

Tıp Kliniği

Dr. Öğr Üyesi Abdullah Osman KOÇAK Atatürk Üniversitesi Tıp

Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Sempozyum Web Sayfası

www.aciltipgunleri2018.com

Sempozyum Yeri

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Konferans Salonu

SEMPOZYUM DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Abdulmecit KANTARCI (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Ahmet Nezh KÖK (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Başar CANDER (Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı)

Prof. Dr. Behçet AL (Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Doç. Dr. Yunsur ÇEVİK (T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim araştırma hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Doç. Dr. Atif BAYRAMOĞLU (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Doç. Dr. Özlem BİLİR (Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Doç. Dr. Kenan Ahmet TÜRKDOĞAN (Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Doç. Dr. Gülşen ÇIĞŞAR (Kars Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Doç. Dr. Harun GÜNEŞ (Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Doç. Dr. Mustafa Talip ŞENER (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Gökhan ERSUNAN (Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi. Orhan DELİCE (Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Dr. Öğr. Üyesi Serhat KARAMAN (Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Kenan TEKİN (Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ŞAHİN (Namık Kemal Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Mürteza ÇAKIR (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Tıp Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Arif Onur EDEN (Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman KOÇAK (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Erdal TEKİN (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Alper EREN (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Göksu AFACAN (Biruni Üniversitesi Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Uzm. Dr. Sultan Tuna AKGÖL GÜR (Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Uzm. Dr. Erdal Yavuz (Adıyaman Ünivesitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Uzm. Dr. Cem TERECE (İstanbul Adli Tıp Kurumu)

Uzm. Dr. Yunus UYMUR (Erzurum Bölge Araştırma Hastanesi Ortopedi Servisi)

Uzm. Dr. Ahmet KÖSE (Erzurum Bölge Araştırma Hastanesi Ortopedi Servisi)

Uzm. Dr. Çağatay ENGİN (Bingöl Devlet Hastanesi Ortopedi Servisi)

Uzm. Dr. Yasin BİLGİN (Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Uzm. Dr. Ahmet TOKSOY (Ağrı Devlet Hastanesi Acil Servisi)

Uzm. Dr. Serdar YAŞAR (Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Uzm. Dr. Mevlana ÖMEROĞLU (Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Uzm. Dr. Sibel GÜÇLÜ (Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Uzm. Dr. Alpaslan ÜNLÜ (Rize Kaçkar Devlet Hastanesi Acil Servisi)

Uzm. Dr. Fatma TORTUM (Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Uzm. Dr. Ayça ÇALBAY (Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Uzm. Dr. İlker AKBAŞ (Bingöl Devlet Hastanesi Acil Servisi)

Uzm. Dr. Oktay ÖZPOLAT (Bayburt Devlet Hastanesi Acil Servisi)

SEMPOZYUM BİLİMSEL KURUL

Prof. Dr. Başar CANDER (Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Behçet AL (Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Doç. Dr. Yunsur ÇEVİK(T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim araştırma hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Doç. Dr. Atıf BAYRAMOĞLU (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Doç. Dr. Özlem BİLİR (Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Doç. Dr. Ayhan AKÖZ (Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Doç. Dr. Ayhan SARITAŞ(Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Doç. Dr. Harun GÜNEŞ(Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Doç. Dr. Gülşen ÇIĞŞAR (Kars Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Orhan DELİCE (Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman KOÇAK (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Serhat KARAMAN (Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Kenan TEKİN (Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Handan ÇİFTÇİ (Kars Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ŞAHİN (Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Arif Onur EDEN (Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Dr. Öğr. Üyesi Ercan KORKUT (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Göksu AFACAN (Biruni Üniversitesi Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Dr. Öğr. Üyesi Burak KATIPOĞLU (Ufuk Üniversitesi Rıdvan Ege Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Togay EVRİN(Ufuk Üniversitesi Rıdvan Ege Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Alper EREN (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Burak ERDEMÇİ (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı)

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Nuri KOÇAK (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı)

Uzm. Dr. Oktay GÜLCÜ (Ağrı Doğubeyazıt Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi)

Uzm. Dr. Erdal Yavuz (Adıyaman Ünivesitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Uzm. Dr. Cem TERECE (İstanbul Adli Tıp Kurumu)

Uzm. Dr. NALAN CAVLAK ADSIZ (Elazığ Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Servisi)

Uzm. Dr. İLHAMİ ADSIZ (Elazığ Elazığ Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Servisi)

Uzm. Dr. Ömer Faruk AYDIN (Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Lutfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği)

Uzm. Dr. Ayça GÜMÜŞDAĞ (Mareşal Fevzi Çakmak Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği)

Uzm. Dr. Zeynep YEĞİN KATRAN (Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi)

Op. Dr. Nuh Çağrı KARAAVCI (Erzurum Bölge Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği)

Op. Dr. Mustafa Kemal ÇOBAN(Erzurum Bölge Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği)

Op. Dr. Coşkun DAHARLI (Ağrı Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahi Servisi)

Uzm. Dr. Murat ÖZDEMİR (Kars Devlet Hastanesi Acil Servisi)

Uzm. Dr. Pınar ÇOBAN EŞDUR (Erzurum Bölge Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği)

Uzm. Dr. Turgut DOLANBAY(Bingöl Devlet Hastanesi Acil Servisi)

Uzm. Dr. İlker AKBAŞ (Bingöl Devlet Hastanesi Acil Servisi)

Uzm. Dr. İbrahim Avşın ÖZTÜRK (Erzurum Bölge Araştırma Hastanesi El Cerrahisi Servisi)

Öğretim Görevlisi Galip USTA (Artvin Çoruh Üniversitesi İlk Ve Acil Yardım Programı)

Dr. Özgür ÇELEBİ Erzurum il Sağlık Müdürlüğü

Dr. Fatma Özlem ÇAYLAK (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

Dr. İbrahim ÖZLÜ (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı)

TRAVMATİK ALT EKSTREMİTE SUBAMPÜTASYONU

Fatma Özlem ÇAYLAK¹, Abdullah Osman KOÇAK¹, Emre ŞENGÜN¹, Fatma TORTUM²

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, ERZURUM

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ERZURUM

GİRİŞ: Ampütasyon, tarihte bilinen en eski cerrahi yöntemdir. Anestezi tekniklerinin bile bilinmediği dönemlerde –özellikle savaş alanlarında- ampütasyon sıklıkla uygulanmış, geriye kalan güdük ise kaynayan yağa batırılarak hemostaz sağlanmıştır. Günümüzde birçok kliniği ilgilendiren ve birlikte alınması gereken bir karar olan ampütasyon, en başta acil servis hekimlerine sıkıntı yaşatmaktadır. Ortopedi, plastik ve rekonstrüktif cerrahi ve kalp-damar cerrahisi kliniklerinin görüşleriyle ortaklaşa alınan ampütasyon kararını açıklamak, hastayı ve yakınlarını rahatlatmak ve psikolojik olarak hazırlamak konusunda acil servis hekimlerine büyük görev düşmektedir.

VAKA: Bilinen sadece hipertansiyon hastalığı olan 58 yaşında bayan hasta 112 aracılığıyla acil servisimize araç dışı trafik kazası olarak getirildi. Geldiğinde genel durumu orta, şuuru açık, oryante-koopere, Glaskow Koma Skalası:15, TA:184/110 mmHg, nabız:70/dk, oksijen saturasyonu:%92 idi. Sağ bacak diz altı seviyeden subampüteydi (**Resim 1, Resim 2**). Distal nabazanlar alınamıyordu. İlk müdahalesi yapılan ve stabillenen hasta ortopedi, kalp-damar cerrahisi ve plastik cerrahisi kliniklerine konsulte ettirildi. Ampütasyon kararı alınan hasta için, kendisinden ve yakınlarından onam alındı. Acil ameliyatheneye gönderildi.

SONUÇ: Acil servis hekimleri, hasta ve yakınları için travmatik olan ampütasyon gibi bir kararı ilgili kliniklerin önerisi olmadan kendi başına asla vermemelidir. Bu klinik durumun hukuki boyutu da asla gözardı edilmemelidir. Ortaklaşa alınması gereken bu kararı hastaya ve ailesine anlatmak, onam almak konusunda acil servis hekimi büyük rol oynamaktadır. Sorumluluk, ilgili kliniklerle paylaşılmalıdır.



Resim 1



Resim 2

AF'ye bağlı Dalak İnfarktı

Uzm. Dr. Ayça ÇALBAY¹

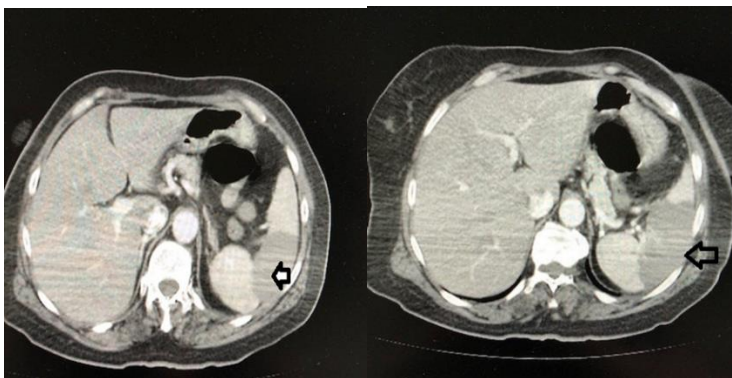
¹SBÜ Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Dalak infarktı, nadir akut karınların nedenlerinden biridir. İnfarkta neden olan sebepler arasında hematolojik hastalıklar (lösemi, lenfoma, miyelofibrozis, polisitemi vera), tromboembolik bozukluklar, dalağın vasküler hastalıkları, pankreatik bozukluklar, vaskülit, portal hipertansiyon, bakteriyel endokardit, orak hücre hastalığı ve infiltratif bozukluklar sayılabilir. En sık görülen semptom, sol üst kadranda karın ağrısıdır. Ateş ve anemik semptomlar sayılabilen ek şikayetlerdendir.

Vaka Sunumu: 55 yaşında bayan hasta acil servise sol yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan batın muayenesinde sol üst kadronda rebound pozitifiti, kostovertebral açı hassasiyeti yoktu. Geliş vital değerleri normal aralıkta ölçüldü. Laboratuvar testlerinde Wbc: 14,99, Hgb:14,2,Plt:273, neu%:81,9, Crp:1,8, Na:138, K:3,16, Bun:14, Cre:0,72,AST:17, Alt:24 olan hastanın idrar tetkikinde bir özellik yoktu. Hidrasyonla ağrısı rahatlamayan ve medikal özgeçmişinde Atrial Fibrilasyon (AF) tanısı bulunan hastaya batın ultrasonografik görüntüleme yapıldı. Akut batın lehine bir bulguya rastlanamadı. Semptomları rahatlamayan hastaya kontrastlı batın tomografisi çekildi ve dalak infarktı tespit edildi (Resim 1-2)

Sonuç: Dalak infarktüsünün tanısı hem hastanın klinik sunumuna hem de görüntüleme çalışmalarına dayanmaktadır. Kontrast madde ile çekilen alt-üst batin bilgisayarlı tomografi tercih edilen tanı yöntemidir. Ultrasonografi ve konvansiyonel radyoloji, splenik infarktüsü taklit eden diğer abdominal ve torasik hastalıklarla ayırıcı tanıda yararlıdır.

AF varlığında birçok organın kanlanması bozulabilir. Bizim hastamızda bulunan sol üst kadran ağrısı bizi dalak infarktına yönlendirdi. Yapılan düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi sonrasında hasta ameliyatsız, tam şifa ile taburcu edildi. Acil servise biline ya da yeni tanı AF ile baş vuran hastalarda iskemik ve infarkt akılda tutulması gereken önemli ve erken tanıma ile hayat kurtarıcı tanılardır.



Acil Servise Dural Ponksiyon Sonrası Baş Ağrısıyla Gelen Hastaları Tanıyor muyuz?**Dr. Öğr. Üyesi Abdullah CAN¹****¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge SUAM, Anesteziyoloji ve Reanimasyon**

Anestezi uygulamaları arasında santral bloklar gün geçtikçe uygulama sıklığı artan bir yöntemdir. Küçük çaplı modern iğneler kullanılmasına rağmen %3-4 sıklıkta işlem esnasında meydana gelen dural ponksiyona bağlı olarak operasyon sonrası baş ağrısı olabilmektedir. Genellikle taburculuk sonrası döneme denk gelen bu baş ağrısı nedeniyle acil servise başvuran hastalarda tanı koymada sorunlar yaşanabilmektedir. Bu sunuda acil servise baş ağrısı nedeniyle başvuran hastalarda dural ponksiyon nedeniyle oluşan baş ağrısına yönelik bir farkındalık oluşturmayı amaçladık.

Acil servise hastaların yaklaşık %4'ü baş ağrısı nedeniyle başvurmaktadır. Bunların bir kısmında neden belirlenememektedir. Operasyona alınan hastalarda anestezi yöntemi olarak santral blok (Spinal, Epidural, Kombine spino-epidural anestezi) yapılması halinde hastaların % 3-4'ünde dural ponksiyona bağlı olarak baş ağrısı gelişebilmektedir. Genellikle taburculuk sonrası döneme denk gelen bu baş ağrısı nedeniyle acil servise başvuran hastalarda tanı koymada sorunlar yaşanabilmektedir. Bu nedenle baş ağrısı nedeniyle başvuran hastalarda iyi bir anamnez alınmalı, yakın zamanda bir operasyon geçirmiş ise anestezi yöntemi ve baş ağrısının karakteristiği sorgulanarak dural ponksiyon sonrası baş ağrısı olabileceği akılda tutulmalıdır. Oluşan bu ağrı daha çok frontal ve oksipital bölgede, nadiren boyun ve omuzun üst kısmını da içine alacak şekilde şiddetli, bilateral ve künt bir ağrıdır. Girişimden sonraki ilk 7 günde başlar, semptomlar genelde 2 haftada kaybolur. Beraberinde bulantı, kusma, işitme ve görme bozuklukları, baş dönmesi ve ense sertliği gibi semptomlar da görülebilir. 18-30 yaş arası gençlerde ve bayanlarda daha sık görülür. Tedavisinde amaç azalan BOS hacmini tamamlamak (hidrasyon tedavisi), BOS kaybına sekonder gelişen serebral vazodilatasyonu engellemek (Kafein, Sumatriptan vb), BOS kaçığına neden olan dural hasarı ortadan kaldırmaktır (Epidural kan yaması).

Acil servise baş ağrısı nedeniyle başvuran hastalarda iyi bir anamnez alınmalı, yakın zamanda bir operasyon geçirmiş ise anestezi yöntemi ve baş ağrısının karakteristiği sorgulanarak dural ponksiyon sonrası baş ağrısı olabileceği akılda tutulmalıdır. Tanının netleştirilmesi halinde tedavi protokolü belirlenip mutlaka bir anesteziistin de konsültasyonu istenmelidir.

ACİL SERVİSTE SIK ATLANAN KIRIKLAR**Op.Dr. Eyüp ŞENOCAK¹****¹Palandöken Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Erzurum**

Acil servislerde hasta yoğunluğunun fazla olması ve bazı kırık türlerinin tesbitinin zorluğu gibi nedenlerle sıklıkla bazı kırıklar gözden kaçabilmekte ve bu durum medikolegal birtakım sorunlara yol açmaktadır. Bu çalışmamızda sıklıkla atlanan kırık türlerini değerlendirmeyi ve bu konuda bir farkındalık oluşturmayı amaçladık.

Acil servis başvurularında kırıklar önemli bir yer tutmakta ve bu kırıklar kötü radyolojik değerlendirme, alçı ya da atel içinde çekilen röntgenden kaliteli görüntü alamama, uygun pozisyonda röntgen çekilmemesi, klinik tecrübenin yetersiz olması gibi nedenlerle atlanabilmektedir. Basit kırıkların atlanması çoğu kez bir soruna yol açmamakta ve sonraki kontrollerde tesbit edilebilmekteyken nadir bazı vakalarda ciddi malpraktis olarak değerlendirilebilen sorunlar oluşturabilmektedir. Bunun için hastayı iyi değerlendirmeli ve klinik olarak kırık olduğu öngörülen hastanın radyografileri en uygun şartlarda çektilerilerek tanı teyit edilerek tedavi planı yapılmalıdır. Yapılan bir çalışmada acil servislerde en sık atlanan kırıkların bölgesel olarak ayak (%7.6) , diz (%6.3) , dirsek (%6) , el (%5.4) , elbileği (%4.1) , kalça (%3.9) ve ayakbileği (%2.8) olduğu belirtilmiş olup bu duruma yol açan en önemli iki sebebin ise klinik tecrübe yetersizliği ile uygun olmayan pozisyonda çekilen direk grafilerin yanlış değerlendirilmesi olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca günün ilerleyen saatlerinde özellikle gece 20 ile 02 arasında konsantrasyonun azalması nedeniyle kırıkların atlanma sıklığının maksimuma ulaştığı bildirilmiştir.,

Acil serviste travma hastalarına bütüncül olarak yaklaşılmalı ve sadece etkilenen ekstremité ya da bölge değil hasta bir bütün olarak değerlendirilmeli ancak kırık şüphesi oluşması halinde de bu şüphenin üzerine sonuna kadar gidilerek optimum radyolojik değerlendirmenin yapılarak kırığın tesbiti sağlanmalıdır. Aksi halde kaçırılacak bir kırığın ileride malunion, nonunion ya da psödoartroz gibi ciddi ortopedik problemlere yol açabileceği unutulmamalıdır.

Bir Üniversite Hastanesinde Akut İskemik Strok Hastalarında Trombolitik Tedavi Beş Yıllık Analiz

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Nuri KOÇAK¹, Doç. Dr. Atıf BAYRAMOĞLU²

¹ Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD ERZURUM

² Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD ERZURUM

Amaç:

Strok, vasküler kaynak dışında görünen açık bir sebebi olmayan, ani gelişen, 24 saatten uzun süren veya ölümlle sonuçlanan fokal ya da yaygın olarak serebral fonksiyonların bozukluğu ile karakterize klinik durumdur. İskemik ve hemorajik olmak üzere ikiye ayrılır. İskemik inmenin akut tedavisinde trombolitik, mekanik trombektomi uygun endikasyonlarda uygulanır. Akut iskemik strok ile gelen uygun hastalarda, ilk tercih tedavi iv alteplaz uygulamasıdır. Semptomların başlamasından itibaren 4 saat 30 dakika sürede erişilebilen hastalara trombolitik tedavi uygulanmalıdır. Tedavinin etkinliği uygulandığı zamana bağlıdır. Bu sebeple semptomların başlamasından sonra mümkün olan en erken zamanda uygulanmalıdır.

Çalışmamızda Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvurup akut iskemik strok tanısı konan ve İV trombolitik tedavi uygulanan hastaların analiz edilmesini amaçladık.

Yöntem:

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde kullanılan ENLİL HBYS programı üzerinden trombolitik uygulanan hastalar retrospektif olarak tarandı. Acil Servis ve Nöroloji polikliniğine 1 Mart 2013 ile 23 Nisan 2018 tarihleri arasında başvuran ve tedavi olarak “trombolitik tedavi uygulaması, venöz yoldan, selektif trombolitik tedavi işlemleri” girilen hastalar tarandı. Bütün yaş grupları çalışmaya dahil edildi. Kayıp ve eksik verisi olan hastalar çalışmadan dışlandı. İstatistiksel analizlerde SPSS Statistics 20 kullanıldı.

Bulgular:

Çalışmaya 312 vaka dahil edildi. Vakaların 160'ı(%51.3) erkek idi. Ortalama yaş 69.2±13.2 idi. Vakaların 151'i (%51) yoğun bakımda takip edilmiş. Vakaların %27.6'sı vefat ederken %8'i şifa ile taburcu olmuş. Ortalama yatış süresi 6,6±10.1 idi. Erkeklerde prognoz kadınlardan daha iyiydi(p<0,001).

Sonuç:

Sonuç olarak İskemik ancak henüz infarkt gelişmemiş akut iskemik strok hastalarında kan akımını restore etmek suretiyle reperfüzyon sağlamak ana amaçtır. İntravenöz trombolitik tedavi uygulaması ile mortalite ve strok ilişkili morbidite azaltılarak yaşam kalitesi artırılabilir.

Acil Serviste Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo Tedavisi Mümkün M?

Dr. Öğr. Üyesi Vahit MUTLU¹

¹Atatrk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Genel Bilgi: Hastaların Acil Servisler(AS)'e sık başvuru sebeplerinden birisi de vertigodur(1). Hastanın kendisinin veya etrafındaki cisimlerin hareket ettiğı yanılgısı veya dengesizlik olarak ifade edilebilen vertigonun santral kaynaklı ve periferik kaynaklı olmak üzere iki türü vardır(2). Periferik kaynaklı bir vertigo hastalığı olan Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo(BPPV) en sık görülen vertigo nedenidir(3). BPPV tüm vertigo vakalarının %20'sini, yaşı hastalarda görülen vertigo nedenlerinin ise %50'sini oluşturur. Böyle olmasına rağmen vertigo nedeni ile AS'e başvuran hastalara BPPV teşhisinde kullanılan Dix Hallpike Testi sıklıkla uygulanmamaktadır. AS'de genel uygulama, periferik kaynaklı vertigo tespit edildiğinde hastalara benzodiazepin, antihistaminik ve antikolinergik gibi vestibulosupresan ilaçlar verilerek hastaların Kulak Burun Boğaz(KBB) Poliklinikleri'ne gitmelerini önerme şeklinde(1). Fakat Dix Hallpike ve Epley gibi manevralarla birkaç dakikada tespit ve tedavi edilebilecek BPPV'lu hastalar(2) kullandığı ilaçlarla tedavi olabileceğini umarak bekleyebilir veya hayat konforunu oldukça bozan bu durumla diğerk merkezlere defeatle başvuruabilirler. Sosyal hayattan ve iş ortamından uzak kalan hastalar ayrıca kullandığı ilaçlar ve defeaten sağık kurumlarına başvuruları yüzünden ülke ekonomisine ve kendi bütçelerine zarar vermektedirler.

Amaç: Bu çalışmanın amacı tedavisinde medikal tedavinin yeri olmayan BPPV'nun teşhis ve tedavisinin AS'te yapılarak hastaların şıfa ile taburcu edilmesinin mümkün olup olmadığını araştırmak.

Gereçler ve Yöntem: Aralık 2017 ve Ocak 2018 tarihleri arasında baş dönmesi şikayeti ile Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Acil Servisi(AS)'ne ve daha sonra KBB Kliniğı'ne başvuran 264 hastayı çalışmamıza dahil ettik. Kardiyak hastalık, hipertansiyon, diyabet, kronik obstrüktif akciğerk hastalığı gibi kronik hastalığı olanlar çalışma dışında bırakıldı. Vertigo nedeniyle AS'e başvuran hastaların sayısı ile BPPV teşhisi konulan hastaların sayısı birbirlerine oranlanarak yüzde hesabı yapıldı. BPPV'li hastaların AS'e başvurduktan ka gün sonra KBB Kliniğı'ne başvurduğı hesaplanarak ortalama değerkleri alındı. BPPV'li hastalara AS'de çekilen kranial bilgisayarlı tomografi(BT) oranları belirlendi.

Bulgular: Çalışmamız retrospektif bir çalışmadır. Çalışmaya dahil edilen 264 hastanın yaş ortalaması 33(19-71) olup 198(% 75)'i kadın, 66(% 25)'sı erkekti. Vertigo nedeniyle AS'e başvuran 2100 hastanın 264(%12,5)' önce AS'e daha sonra da KBB Polikliniğı'ne başvurarak BPPV teşhisi ile gerekli olan tedaviyi almıştır. BPPV'li hastaların AS'e muayene olduktan sonra KBB'ye muayene olmaya gelme süresi ortalama 5(0-10) gündü. BPPV'li 72(%27) hastaya AS'de kranial BT ekildiğı ve bunların tamamında(%100) sonucun normal BT bulguları olduğı izlendi.

Sonuç: AS personelinin eğıtimi ve hastaya birkaç dakika ayırmak şartıyla BPPV teşhisi ve tedavisi rahatlıkla AS'de ilk bakı sırasında yapmak mümkündür. Bu sayede hem hasta memnuniyeti artırılabilir hem de ülke ekonomisine katkı sağılanarak daha etkin bir hizmet sunulabilir.

STREPTOKOKSİK TONSİLLOFARENJİT TANISINDA HIZLI STREP-A TESTİNİN ETKİNLİĞİ**Uz. Dr. Dilek BİLİCİ¹****Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Bölümü****AMAÇ**

Akut tonsillofarenjit, hekimlerin en sık karşılaştıkları klinik tablolardan biri olup, komplikasyonları ve oluşturduğu sonuçlar bakımından önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. ABD’de her yıl yedi milyondan fazla akut farenjit vakası teşhis edilmektedir. Bu vakaların sadece %15-30’unda etken *Streptococcus pyogenes* olduğu halde vakaların %55-75’ine antibiyotik verilmektedir. Hastaların fizik muayene bulgularında Centor kriterlerine uygun vaka seçimi atılacak ilk uygun adım olup, böylece gereksiz antibiyotik kullanımı engellenecektir.

Akut tonsillofarenjite neden olan mikroorganizmaların yaklaşık %50’sini virüsler oluştururken, bakteriyel etkenlerden en sık grup A streptokoklar (GAS) görülmektedir ve yaş grubuna göre değişmekle birlikte vakaların %20-40’ını oluşturmaktadır. GAS farenjitleri en sık 5-15 yaş aralığında görülmektedir. GAS’a bağlı olduğu düşünülen farenjitlerin mikrobiyolojik tanı ile doğrulanması gerekmektedir. Kültür tanıda altın standart olmasına rağmen 24-48 saatte sonuçlandığından hızlı yöntemler geliştirilmiştir. Yöntemin çalışma prensibi GAS’lardaki spesifik karbonhidrat antijenlerinin enzim immünassay metodu ile belirlenmesidir. Bunların en önemli dezavantajı sensitivitelerinin düşük olmasıdır. Çalışmamızda hızlı strep testinin (HST) etkinliğinin belirlenmesi amaçlandı.

YÖNTEM

Hastanemizde Ocak-Eylül 2017 tarihleri arasında Çocuk Acil polikliniğine başvuran ve farenjit ön tanısı konulan 852 hastadan alınan boğaz sürüntü örneklerine Rapid Strep A (Boson Biotech)kiti kullanılarak HST yapıldı. Negatif çıkan örnekler kültür yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 627 hastanın %36’sı 5 yaş altı, %64’ü ise 5-15 yaş arasında olup, bunlara HST yapılarak, 95’i (%15) pozitif bulunmuş, negatif çıkan 532 (%85) hastaya boğaz kültürü yapılmıştır. 532 vakanın 21 (%3.9)’inde boğaz kültüründe GAS ürerken, 511 (%96.1) vakada ise üreme olmamıştır. HST’nin kültüre göre sensitivitesi %82 olarak saptanmıştır

SONUÇ

GAS farenjiti tanısında HST erken tanı ve uygun antibiyotik tedavisi sağlayarak antibiyotik direncinin önlenmesine katkı sağlayacaktır. Bununla birlikte testin negatif olması tanıdan uzaklaştırmayıp, hem negatif hem de pozitif çıkan sonuçların kültür ile doğrulanması gerektiğini düşünmekteyiz. Bu şekilde yanlış tanı ve eksik tedavi önlenecektir.

BİRİ ÜSYE Mİ DEDİ?**Uzm. Dr. Fatma Tortum¹****¹SBÜ Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Servis**

GİRİŞ: Subakut tiroidit genellikle viral üst solunum yolu enfeksiyonlarını takiben gelişen tiroidin inflamasyonu ile karakterize bir durumdur. Kadınlar erkeklerden daha fazla etkilenir. Subakut tiroidit görülme sıklığı mevsimsel değişim gösterir. Yaz ayları ve sonbahar başlarında görülme sıklığı artar. Boyunda ağrı, çarpıntı, sinirlilik, terleme, kilo kaybı ve ateş, uykusuzluk gibi semptomlar olabilir. Ağrının görülmediği subakut tiroidit vakaları da bildirilmiştir. Çoğu kez hastalar üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) nedeni ile uzamış antibiyoterapiye maruz kalırlar. Uygun tedaviye ulaşamayan hastalarda %5-10 oranında kalıcı hipotiroidi gelişebilir.

VAKA: 28 yaşında kadın hasta ateş, boğaz ağrısı, çarpıntı, ellerde titreme şikayeti ile başvurdu. Hastanın şikayetleri yaklaşık 10 gündür devam etmekteydi. Hasta bu şikayetlerle başvurduğu dış merkezde akut tonsillit tanısı ile 1 haftalık oral penisilin tedavisi almıştı. Hastanın fizik muayenesinde orofarenks doğal, boyun anteriorunda palpasyonla ve yutkunmakla artan hassasiyet mevcuttu. Hastanın vital bulgularında ateş:37,8 C°, TA:100/70 mm/hg, PUO₂ saturasyonu olarak ölçüldü. Çekilen EKG'sinde sinüs taşikardisi mevcuttu (150 atım/dakika). Hastadan sinüs taşikardisinin olası sebepleri araştırılmak için alınan labaratuvar testlerinde hemogramda WBC:14000, serbest T₃: >20 pg/ml (referans aralığı : 2,3-4,2 pg/mL), serbest T₄: 6,78 ng/dL (referans aralığı : 0,74-1,52 pg/ml),TSH: 0,01 mU/mL (referans aralığı:0,35-5,5 mU/mL) olarak ölçüldü. Hastaya subakut tiroidit ön tanısı ile yapılan USG'de tirodit bezinde diffüz genişleme ve yer yer hipoekojen alanlar görüldü, bulgular subakut tiroidit ile uyumluydu. Hasta subakut tiroidit ön tanısı ile dahiliye kliniğine yatırıldı.

SONUÇ: Çarpıntı şikayeti ile gelen hastaların EKG'si mutlaka değerlendirilmeli, olası nedenler araştırılmalıdır. Uzamış ÜSYE semptomları olan hastalarda ön tanı yelpazesi geniş tutulmalıdır. Subakut tiroidit semptomlarının ÜSYE ile karışabileceği unutulmamalıdır.

Acil Servise Son Bir Yılda Başvuran İlaç İntoksikasyon Vakalarının İncelenmesi**Dr. Öğr. Üyesi Erdal Demirtaş¹, Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Kenan Tekin^{1*}****¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Acil Tıp Anabilimdalı, Sivas**

Amaç: Bu araştırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi acil servise ilaç intoksikasyon tanısı ile başvuran hastaların verilerini derlemek ve diğer araştırmalar ile karşılaştırmak amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi acil servisinde 01.03.2017- 01.04.2018 ilaç intoksikasyon tanısı ile takip ve tedavi edilmiş hastaların dosyaları retropsektif olarak incelenmiştir. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, aldıkları ilaç grupları, hastaneye ilaç aldıktan sonraki başvuru süreleri, acil serviste kalış süreleri, ilk müdahale sırasında uygulanan tedavileri kaydedilmiştir.

Bulgular: 1 yıllık süre içerisinde başvuran 168 hastanın 108 (%64,3) bayan 60, (% 35,7) erkektir. Yaşları 17-53 arasında değişmekte olup ortalaması 26,8'dir. Hastaların 150 (%89,3) intihar amaçlı ilaç almıştır. 18(%11,7) tanesi ise kazara yüksek doz ilaç aldığını beyan etmiştir. Ortalama acil serviste kalış süreleri 22,8 saattir. Hastalar ilaç aldıktan ortalama 2,6 saat sonra hastane başvurmışlardır. Hastaların 108 (%64,3) ine acil serviste aktif kömür verilip mide lavajı yapılmıştır. 41 (%25) sadece aktif kömür verilmiş, 18(%10,7) hastaya da semptomatik tedavi uygulanmıştır. Hastalarda herhangi bir komplikasyon görülmemiş, ölüm olmamıştır. En sık alınan ilaç gurubu analjezikler 84 (%50) olmuş, bunu 30 (17,9) ile antidepresif ilaç alımı takip etmiştir. Hastaların 108(%64,3) tek ilaç içerek 60(%35,7) çoklu ilaç içme beyanı ile hastaneye başvurmışlardır. Hastaların acil servis başvuru gks:15 olarak saptanmıştır. Vakaların 12 si yoğun bakıma devredilmiş geri kalanlar takip ve tedavileri acil servis toksikasyon biriminde tamamlanıp taburcu edilmişlerdir.

Sonuç: Yaptığımız çalışmada litaretür ile uyumlu sonuçlar aldık. İntoksikasyonlarda çoğunlukla karşımıza çıkan analjezik ve antidepresan ilaçların reçete edilirken biz hekimlere doğru bilgilendirme görevi düştüğüne de dikkat çekmek gerekmektedir. İntoksikasyonlarda zamanında yapılabilecek doğru müdahaleler hayat kurtarıcıdır. Kliniğimizde takip edilen hastalarda ölüm görülmemesinde erken müdahalelerimizin de etkisi olduğunu düşünmekteyiz.

Nutcracker Sendromu Tanısı Alan Hastaların Değerlendirilmesi**Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Çağrı GÖKTEKİN¹****¹Fırat Üniveristesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı-Elazığ/Türkiye**

Amaç: Abdominal aorta ile süperior mezenterik arter arasına sıkışmış sol renal venin kompresyonu olarak bilinen Nutcracker sendromu tanısı alan hastaların değerlendirilmesi.

Yöntem: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Ocak 2012- Aralık 2017 tarihleri arasında başvuran ve Nutcracker sendromu tanısı konulan hastaların kayıtları geriye dönük olarak tarandı. Hastaların dosyalarından demografik verileri, başvuru şikayetleri ve süreleri, vital bulguları, laboratuvar bulguları, BT bulguları değerlendirilerek oluşturulan standart veri formuna kayıt edilerek sonuçları analiz edildi.

Bulgular: Acil serviste 2012 -2017 tarihleri arasında Nutcracker sendromu tanısı konulan toplam 35 hasta çalışmaya alındı. Hastalarımızın 15'i (%42,8) erkek, 20'si ise (%57.1) kadındı. Yaş aralığı 18-86 arasında olup ortalamaları 46.3 ± 20.2 /yıl idi. Hastaların özgeçmişinde hipertansiyon (n=6, %17.2), diyabet (n=4, %11.4), iskemik kalp hastalığı (n=3, %8.5), kalp yetmezliği (n=2, %5.7) ve bir hastada KOAH (%2.8) öyküsü mevcuttu. On dokuz hastada (%54.2) ise kronik hastalığının olmadığı tespit edildi. En sık başvuru şikayetinin karın ağrısı, bulantı, kusma (n=27, %77.1) olduğu ve 8 hastanın da yan ağrısı şikayeti ile başvurduğu ve yan ağrısı ile başvuran hastaların 3'ünde hematüri olduğu tespit edildi. Fizik muayenede en sık rastlanan bulgu batında hassasiyet olup 4 hastada batında rebound olduğunu tespit ettik. Semptomların başlangıç süreleri 4.41 ± 2.35 /saat idi. Hastaların acil servis başvuru anında vital bulguları; ortalama sistolik kan basıncı 130.81 ± 15.60 mmHg diyastolik ortalama kan basıncı 76.43 ± 14.11 mmHg idi, nabız sayısı 87.32 ± 12.51 atım/dakika, ateş 36.3 ± 0.42 0C, solunum sayısı 17.28 ± 1.18 soluk/dakika, pulse oksimetre ile ölçülen oksijen satürasyonu ise 94.26 ± 2.37 olup normal sınırlardaydı. Hastaların 20'si Gastroenteroloji, 8'i Üroloji, 6'sı Genel Cerrahi ve 1hasta ise Yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır. Hastalarımızın sadece 2'sine yattığı klinikte cerrahi tedavi uygulandı, diğerlerine medikal tedavi yapıldı.

Sonuç: Karın ağrısı ve yan ağrısı, hematüri ile acil servise başvuran hastalarda Nutcracker Sendromu kolayca atlanabileceğinden ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Acil Servisten Operasyona Alınan Acil Sezaryenler: Tok Hasta, Zor Entübasyon

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Hakkı TÖR¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge SUAM, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Amaç:

Kadın Hastalıkları ve Doğum Dal hastanelerinde acil servisten acil operasyona alınan gebe hastalar anestezi uygulamaları açısından yüksek risk grubundadır. Gerekli açlık süresinin beklenememesi, gebelerde havayolunun sağlanması ve sürdürülmesinin zorluğuna birde fetal ve maternal aciliyetlerin eklenmesi durumun önemini artırmaktadır. Bu nedenle acil servise gelen sezaryen olgularında hem acil ekibinde hemde anestezi ekibinde havayolu ve açlık süresi açısından farkındalık oluşturmayı amaçladık.

Gereç ve yöntem:

Acil operasyona alınan gebe hastalar büyük bir kısmı takip altında iken operasyon kararı alınsa da bir kısmı da acil servisten direk acil operasyona alınmaktadır. Anestezi verilebilmesi için gerekli açlık süresi uzamış gastrik boşalma süresi nedeniyle gebelerde beklenenden daha fazla olabilmektedir. Gebelerde genel anestezi uygulamalarında hava yolunun sağlanması ve sürdürülmesi zordur. Diğer cerrahi olgulara oranla obstetrik olgularda 8 kat daha fazla zor entübasyon riski olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Obstetrik hastalarda hamilelikle ilişkili artan kilo alımı larinksi görmede azalmış yeterlilikle sonuçlanır. Başarısız entübasyon anestezi ile ilgili maternal morbidite ve mortalitenin en önemli nedenini oluşturmaktadır. Fetal distres ve benzeri sebepler nedeniyle açlık süresi beklenmeyebilir. Bu hastaların tamamı tok kabul edilip verilecek anestezi protokolü ona göre planlanır.

Bulgular:

Son 4 yılda yaklaşık 13000 sezaryen aldık. %25 i acil diğerleri planlı sezaryandı. Acil olanların da 1/10 u acil servisten ameliyathaneye direk çıkarıldı. Acil operasyona aldığımız gebe hastaları tok olabileceğini düşünüp %60 ında rejyonel anesteziyi % 40 ında tok olabileceğini düşündüğümüz halde rejyonel anestezinin kontrendike olduğu durumlarda (koagülasyon bozukluğu, ağır fetal stress, rejyonel anestezi tecrübe eksikliği vb) gerekli tedbirleri alarak genel anesteziyi tercih ettik.

Sonuç:

Acil servisten alınan her gebe hasta tok olarak kabul edilip anestezi yöntemi ve protokolü buna göre planlanmalıdır. Hastanın gereksinimlerine göre hızlıca rejyonel ya da genel anesteziye karar verilmelidir. Gerekli her türlü tedbir alınıp, araç-gereç hazır bulundurulmalı, bu farkındalıkla operasyona başlanmalıdır.

AĞRISIZ İSKEİMİ Mİ OLUR CANIM?

Uzm. Dr. Fatma Tortum¹, Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman Koçak²

¹SBÜ Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Servis

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ: Alt ekstremitte arterlerinde gelişen oklüziv bozukluklar trombotik ve embolik olaylar olarak iki grupta incelenir. Trombotik olaylar genellikle ateroskleroz zemininde gelişirken embolik olaylar büyük oranda kardiyak kökenlidir. Atrial fibrilasyon, iskemik hadiseler, valvüler problemler gibi kardiyak nedenler emboli nedeni olabilir. Neden ne olursa olsun arteriyel oklüzyon geliştiğinde iskemiye bağlı olarak 5-P(pain, pulsenessless, parasthesia, pallor/paleness, poikilothermy, paralysis) bulgusu gelişecektir. İskemi sonucunda oluşan ağrı aniden, keskin ve çok şiddetlidir. İskemi nedeni ortadan kaldırılmaz ise kalıcı iskemik hasar ve organ kaybı gelişir.

VAKA: 86 Yaşında kadın hasta acil servise bir saat kadar önce başlayan sol bacağına uyuşma, kuvvet kaybı, ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastaya ağrı şikayeti sorulduğunda ağrının olduğu ancak asıl yakınmanın uyuşma ve kuvvetsizlik olduğu öğrenildi. Hastanın öz geçmişinde DM, HT, geçirilmiş kalp kapağı operasyonu (hangi kapak olduğu bilinmiyor) mevcuttu. Hasta warfarin, metformin, insülin, ACEİ kullanmaktaydı. Hastanın nörolojik muayenesinde sol alt ekstremitede 4/5 kuvvet kaybı mevcut ancak patolojik refleks yoktu. Aynı zamanda sol alt ekstremitte soğuk, soluk görünümde, femoral nabızdan sonraki periferik nabızlar palpe edilemedi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde INR normal sınırlarda ve patolojik bulgu yoktu. İstenen arteriyel anjiyografide femoral arterden başlayan trombüs mevcuttu. Hasta arteriyel emboli tanısı ile revaskülarizasyon yapılacak merkeze nakledildi.

SONUÇ: Warfarin kullanan hastalarda ilaç etkinliği INR değerleri ile takip edilmektedir. İlacın uygun kullanılmaması sonucunda INR değerlerinin istenen düzeyde olmaması koruyuculuğunu azaltmaktadır. Ayrıca bizim hastamız gibi DM olan hastalarda diyabetik nöropati akılda tutulmalı ve bu durumun ağrı semptomunu gizleyebileceği unutulmamalıdır. Ağrı belirgin semptom olmasa bile DM hastalarında iskemi ön tanılarımız arasında yer almalıdır.

Taksifolinin Sıçanlarda Etanolle İndüklenen Oksidatif Akciğer Hasarına Etkisi**Dr. Öğr. Üyesi Aslı Özbek Bilgin¹****¹Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı**

Amaç: Bu çalışma, taksifolinin sıçanlarda etanolle indüklenen oksidatif akciğer hasarına etkisini biyokimyasal olarak incelemek için tasarlanmıştır.

Yöntem: 18 adet albino wistar türü erkek sıçan sağlıklı (SG), %50'lik 5 g/kg dozda etanol alan kontrol (ETH) ve %50'lik 5 g/kg dozda etanol + 50 mg/kg dozda taksifolin verilen (T+ETH) olmak üzere 3 eşit gruba ayrıldı. T+ETH grubuna taksifolin, ETH (n=6) ve SG grubuna ise aynı hacimde distile su oral olarak gavajla uygulandı. 30 dakika sonra T+ETH ve ETH gruplarına %50'lik etanol 5 g/kg dozda haftada üç defa toplam 9 doz (21 gün) uygulandı. Bu süre sonunda hayvanlar yüksek doz anestezi ile öldürülerek akciğer dokuları çıkarıldı ve oksidan, antioksidan parametreler ölçüldü.

Bulgular: Etanol uygulaması akciğer dokusunda malondialdehit (MDA) düzeylerini ETH grubunda sağlıklı gruba göre anlamlı arttırırken ($p<0.001$), total glutatyon (tGSH) düzeyinde ise anlamlı azalma yapmıştır ($p<0.001$). Taksifolin uygulaması ise bu durumu tersine çevirerek T+ETH grubunun tGSH ve MDA düzeyini SG grubunun değerlerine yaklaştırmıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Etanolle ilişkili akciğer hasarının patogeneğinde oksidatif stresin major komponent olduğu düşünülmektedir. Ayrıca literatürde kronik alkol tüketiminin akciğerde lipid peroksidasyonu ile MDA düzeyini arttırdığı ve tGSH seviyesini tüketerek antioksidan kapasiteyi azalttığı bildirilmiştir. Bu da antioksidanların etanole bağlı akciğer hasarında etkili olabileceğini desteklemektedir. Çalışmamızda etkisini araştırdığımız, güçlü antioksidan aktiviteye sahip bir flavonoid olan taksifolin, etanole bağlı gelişen lipid peroksidasyonunu ve tGSH tükenmesini baskılayarak akciğer dokusunu koruyucu etki göstermiştir. Bu deney sonuçları, taksifolinin etanole bağlı gelişen akciğer hasarının tedavisinde yararlı olabileceğini düşündürmektedir.

Taxifolinin Sıçanlarda Etanolle İndüklenen Böbrek Hasarına Etkisi**Dr. Öğr. Üyesi Bahadır Süleyman¹****¹Erzincan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı**

Amaç: Etanol tüketiminin ciddi oksidatif böbrek hasarına neden olduğu hem klinik ve hem de prelinik araştırmalar sonucu gösterilmiştir. Bu nedenle, etanolle ilişkili oksidatif böbrek hasarını önlemeye yönelik bilimsel çalışmalarda antioksidan maddelerin protektif etkileri araştırılmaktadır. Çalışmamızda etanol ile indüklenen oksidatif böbrek hasarına karşı koruyucu etkisini deneyeceğimiz taksifolin (3,5,7,3,4-pentahydroxy flavanone veya dihydroquercetin), turuncgiller ve soğanda bol miktarda bulunan güçlü antioksidan aktiviteye sahip bir flavonoiddir. Literatürlerden edinilen bu bilgiler, taksifolinin etanolle ilişkili böbrek hasarını azaltmada yararlı olabileceğini işaret etmektedir. Çalışmamızın amacı taksifolinin sıçanlarda etanolle indüklenen oksidatif böbrek hasarına etkisini biyokimyasal olarak araştırmaktır.

Yöntem: Albino wistar türü erkek ratlar sağlıklı (SG), sadece etanol alan kontrol (ETC) ve taksifolin+etanol verilen (TEG) gruplara ayrıldı. TEG grubuna (n-6) taksifolin 50 mg/kg dozda oral olarak gavajla verildi. ETC (n-6) ve SG (n-6) grubuna ise aynı hacimde çözücü olarak distile su oral yolla uygulandı. Taksifolin ve distile su verildikten 30 dakika sonra TEG ve ETC gruplarına %50 lik etanol 5 g/kg dozda haftada üç defa toplam 9 doz (21 gün) uygulandı. Bu süre sonunda hayvanlar yüksek doz anestezi ile öldürülerek böbrek dokuları çıkarıldı. Çıkarılan böbrek dokularında oksidan antioksidan parametreler ölçüldü. TEG ve SG gruplardan elde edilen biyokimyasal sonuçlar ETC grubundan elde edilen sonuçlarla karşılaştırılarak değerlendirildi.

Bulgular: SG, ETC ve TEG hayvan gruplarının böbrek dokusunda MDA miktarı sırasıyla 1.7 ± 0.10 , 5.5 ± 0.13 ve 2 ± 0.10 $\mu\text{mol/gr}$ protein olurken, tGSH miktarları 6.2 ± 0.20 , 1.8 ± 0.11 ve 5.6 ± 0.15 nmol/gr protein olmuştur. Ayrıca SG, ETC ve TEG hayvan gruplarının böbrek dokusunda TOS değerleri de sırasıyla 10 ± 0.50 , 30.5 ± 1.40 ve 12.3 ± 0.70 nmolH₂O₂/mg protein olarak ölçülmüştür. TAS düzeyleri ise sırası ile 13.5 ± 0.80 , 4.9 ± 0.10 ve 11.3 ± 0.60 $\mu\text{molTroloxEquiv/mg}$ protein olarak bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda, taksifolinin böbrek dokusunda etanolle indüklenen oksidatif stresi baskıladığı görülmüştür. Bu sonuçlar, taksifolinin klinikte etanolle ilişkili böbrek hasarının tedavisinde yararlı olacağını düşündürmektedir.

Taxifolin İın Sıçanlarda Parasetamolle İndüklenen Oksidatif Karaciğer Hasarına Etkisi**Dr. Öğr. Üyesi Renad MAMMADOV ¹****¹Erzincan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı**

Parasetamol, ağrı kesici ve ateş düşürücü olarak yaygın kullanılan para-aminofenol türevi bir ilaçtır. Karaciğer üzerindeki ciddi yan etkisi nedeniyle bu ajana doğrudan hepatotoksin denilmektedir. Parasetamolun hepatotoksik etkisinin karaciğerde oluşan N-asetil –p-benzokininimin (NAPB) adlı metabolitine bağlı olduğu bilinmektedir. NAPB karaciğerde endojen antioksidan olan glutatyon (GSH) ile detoksifiye edilir. Ancak, parasetamolun yüksek dozlarda alınması GSH depolarının tükenmesine ve lipid peroksidasyonuna neden olur. Sonuçta, NAPB yeterince detoksifiye edilemez ve karaciğer toksisitesine yol açar.

Amaç. Bu bilgiler, parasetamolün neden olduğu karaciğer toksisitesinde oksidatif stresin önemli faktör olduğunu belirtmektedir. Parasetamol karaciğer toksisitesine karşı deneyeceğimiz taxifolin (3,5,7,3,4-pentahydroxy flavanone veya dihydroquercetin), turuncgiller ve soğanda bol miktarda bulunan güçlü antioksidan aktiviteye sahip bir flavonoiddir. Bu nedenle çalışmamızın amacı, taxifolinin sıçanlarda parasetamolle oluşturulan karaciğer toksisitesine etkisini biyokimyasal araştırmaktır.

Yöntem. Albino Wistar türü erkek sıçanların TPC grubuna (n-6) 50 mg/kg taxifolin, SG (n-6) ve PC (n-6) grubuna çözücü olarak distile su gavajla oral yoldan verildi. Taxifolin ve distile su verilmeden bir saat önce TPC ve PC gruplarına parasetamol 1000 mg/kg dozunda oral yoldan uygulandı. Parasetamol uygulandıktan 24 saat sonra hayvanlar yüksek doz anestezi ile öldürülerek karaciğerleri çıkartıldı. Karaciğer dokusunda biyokimyasal olarak, malondialdehid (MDA), myeloperoksidaz (MPO) total glutatyon (tGSH), glutatyon redüktaz (GSHRd) ve glutatyon peroksidaz (GPO) düzeyleri ölçüldü. Deneyden elde edilen biyokimyasal sonuçlar gruplar arasında karşılaştırıldı..

Bulgular. Sağlıklı grubun karaciğer dokusunda MDA, MPO, tGSH, GSHRd ve GPO düzeyleri sırası ile 4.4 ± 0.18 , 6.6 ± 0.27 , $18,3 \pm 0.88$, 10.9 ± 0.56 , 9.3 ± 0.17 olarak ölçülmüştür. Parasetamol uygulanan hayvanların karaciğer dokusunda ise MDA, MPO, tGSH, GSHRd ve GPO düzeyleri sırası ile 10.2 ± 0.48 , 14.7 ± 1.23 , 6.6 ± 0.33 , 4.9 ± 0.28 , 3.5 ± 0.18 olurken, taxifolin grubunda sırası ile 4.9 ± 0.21 , 7.2 ± 0.20 , 16.5 ± 1.28 , 9.7 ± 0.32 , 8.8 ± 0.24 olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç. Biyokimyasal deney sonuçlarımız, parasetamolun hayvanların karaciğer dokusunda oksidatif strese yol açtığını ve taxifolinin karaciğer dokusunu parasetamolun oksidatif hasarına karşı koruduğunu göstermektedir. Bu bilgiler taxifolinin parasetamol karaciğer toksisitesinin tedavisinde yararlı olabileceğini işaret etmektedir.

Acil Servise Başvuran Kritik Hasta Ve Yoğun Bakım Yatışlarının Değerlendirilmesi**Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Kenan Tekin¹****¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, SİVAS**

Amaç: Travma, yaşlı ve birden çok komorbidite ile onkolojik sorunlar acil servise başvuran kritik hasta sayısını ve beraberinde yoğun bakım ihtiyacında artmaktadır. Yoğun bakım, kısmen veya tamamen yitirilmiş organ veya sistem fonksiyonlarının olumsuz etki nedenleri ortadan kaldırılıncaya kadar hastaların desteklenmesi, hastalığı oluşturan bu nedenlerin tedavi edilmesi, hastanın hayatta kalmasının sağlanması için uygulanan yöntemlerin tamamı olarak tanımlanmaktadır. Biz bu çalışmada, hastanemiz yoğun bakım ünitesi(YBÜ)'lerine acil servisten yatırılan kritik hastaların demografik özelliklerini retrospektif olarak incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışma retrospektif olarak gerçekleştirildi. Hastaların ICD-10 kodlarından ve bilgisayar kayıtlarından 1 Ocak-31 Aralık 2017 Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil tıp kliniğimize başvuran bilgilerine ulaşılan erişkin hastalar çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Acil kliniğimize başvuran YBÜ'sine yatırılan 1922 hastanın, 1205(%62.6) erkek, 717(%37.4) kadın, yaş ortalaması erkeklerde 62, kadınlarda 63'dü, acil serviste kalış süreleri 4(0,5-8) saat olup, anestezi YBÜ 401(%21), beyin cerrahi YBÜ 146(%8), genel cerrahi YBÜ 307(%16), kalp damar cerrahisi YBÜ 132(%7), nöroloji YBÜ 236(%12), kardiyoloji YBÜ 700(%36) hasta yatırıldı. YBÜ invaziv işlem yapılan hasta sayısı 518(%26,9), yakın gözlem 1404(%73,1), YBÜ'sinde kalış süreleri 3-5 (%38) gün olanlar dışındakilerde takip süreleri uzundur. Exitus olan hasta 213(%11.1)'dir.

Sonuç: Acil servis başvurularındaki kronik hastalıklar, travma ve kritik hasta gruplarında genel artış ile birlikte laboratuvar ve radyoloji sonuçlarındaki gecikmeler, konsültasyonların sonuçlanma sürelerindeki uzama yatış sürelerinde uzamaya neden olmaktadır. Bu durum hasta sağ kalımını olumsuz etkilemektedir.

Güçük apandisit: Yetersiz bir cerrahinin sonucu**Opr. Dr. Necip Altundaş¹****¹Erzurum Oltu Devlet Hastanesi**

AMAÇ: Akut apandisitte appendektomi en sık yapılan acil cerrahi girişimdir. Güçük apandisit, yetersiz rezeksiyon sonrası küçük lümeninin sıklıkla fekalite bağlı obstrüksiyonu sonucu gelişen inflamasyondur. Açık ya da kapalı cerrahi teknik sonrası ortaya çıkabilir. Hastalar sıklıkla akut apandisit ile uyumlu şikayet ve bulgulara sahiptir. Geçirilmiş appendektomi öyküsü tanıda gecikmeye neden olabilir. Bu çalışmada appendektomi yapılan ve küçük apandisit ön tanısı ile ameliyat edilen olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU: 62 yaşında erkek hasta, acil servise peri-umbilikal alanda başlayıp sağ alt kadrana lokalize olan karın ağrısı ve bulantı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede göbek üst-alt orta hat insizyon skarı ve sağ alt kadranda defans mevcuttu. Lökosit sayısı(WBC) 9.800 g/dL, C reaktif protein(CRP) 2.58 mg/dL olarak ölçüldü. İlk olarak hastaya yüzeysel usg istendi apandisit? klinik korelasyon ve Abdomen BT önerildi. Bilgisayarlı tomografide apandisit ve peri-appendiküler inflamasyon saptanması üzerine hastaya eski göbek altı orta hat insizyon ile appendektomi yapıldı. Hasta ameliyat sonrası 4. gün şifa ile taburcu edildi. Patolojik incelemede 3 cm süpüratif apandisit olarak raporlandı. Hastanın takiplerinde komplikasyon izlenmedi.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Tüm dünyada yaşam boyu akut apandisit olma ihtimali %7'dir. Yara yeri enfeksiyonu, abse, peritonit, kanama ve adezyonlar appendektomi sonrası görülebilecek komplikasyonlardır. Güçük apandisit ise çok nadir ve geç bir komplikasyondur. İnsidans 1/50000 olarak raporlanmıştır. Tanıda gecikme, ölüme dahil gidebilen komplikasyonların gelişmesine neden olur. Bilgisayarlı tomografi tanıda yardımcıdır. Tanı sonrası tedavi cerrahidir. Sonuç olarak appendektomi öyküsü olsa da sağ alt kadranda ağrısı ve peritonit bulguları ile gelen her hastada muhtemel tanıda küçük apandisit akılda tutulmalıdır

Radyolojik Akut Apendisit Tanısı Olan Gastrik Ülser Perforasyonu**Opr. Dr. Necip Altundaş¹****¹Erzurum Oltu Devlet Hastanesi****AMAÇ:**

Akut apandisit genel cerrahi kliniklerinde görülen en sık akut acillerdendir. Akut karın şikayeti ile başvuran hastalarda diğer akut aciller göz önünde tutulmalıdır. Bu yazıda akut karın ile acile başvuran ve radyolojik görüntüleme ile akut apandisit tanısı konulan gastrik ülser perforasyonlu olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU:

Yirmi bir yaşında erkek hasta iki gündür olan karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde batında sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Sağ alt kadranda rebound mevcuttu. Tansiyon arteriyel 110/70 mm/Hg, nabız 96/dk, solunum sayısı 20/dk, ateş 38.4°C idi. Laboratuar bulgularında WBC 18.500 mm³, Hemoglobin 9.5 gr/dl, CRP 1.6 mg/dl, PLT 311.000 g/dl idi. Hastanın acil serviste çekilen kontrastlı batın tomografisinde apendiks sekiz mm çaplı, duvarı ödemli, periçekal ve pelvik minimal mayii olduğu görüldü. Batın içinde serbest hava yoktu. Bu bulgular ile hasta akut apandisit ön tanısı ile ameliyata alındı. Laparoskopik olarak batına girildi. Apendiksin kalibrasyonu ve kanlanması normal olarak izlendi. Duvarı minimal ödemli görünümdeydi. Fakat pelviste ve sağ parakolik alanda safralı mayii mevcuttu. Batın içi eksplore edildiğinde mide antrumda fibrinle kaplı alan görüldü, fibrinler kaldırıldığında perforasyon alanı olduğu görüldü. Açık ameliyata geçildi. Dokular çok fragil olduğu için defekt grahamm rafi onarımı ile kapatıldı ve karın içine 2 adet dren yerleştirilerek ameliyat sonlandırıldı. Postoperatif üçüncü gününde drenler çekildi. Postoperatif yedinci gününde hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ:

Akut apandisit ön tanısı ile opere edilen hastalarda nadirde olsa diğer akut karın patolojileri karşımıza çıkabilir. Bu sebeple hastaların ameliyat öncesi iyi değerlendirilmelidir. Radyolojik tetkiklerin tanıya yardımcı olduğu fakat kesin tanı koydurucu olmadığı unutulmamalıdır.

Jinekolojik Malignensi ile Meckel Divertikülü Birlikteliği**Opr. Dr. Necip Altundaş¹****¹Erzurum Oltu Devlet Hastanesi**

AMAÇ: Meckel divertikülü populasyonun %2-4 ünde görülen ve gastrointestinal sistemi en sık izlenen anomalisidir. Çoğunlukla çocukluk çağında invajinasyon ile ilgili semptomlar görülsede ileri yaşlarda intraoperatif tesadüfen saptanır ve kanama obstrüksiyon gibi komplikasyonlara yol açar. Biz burada laparoskopik jinekolojik malignensi ameliyatı sırasında barsak yaralanması şüphesi ile laparotomi yapılan olguda meckel divertikülü birlikteliğini sunmayı amaçladık.

OLGU: 45 yaşında kadın hasta jinekolojik malignensi nedeni ile laparoskopik ameliyata alınmış fakat karın şişirilirken barsak perforasyonu şüphesi olmuş. Laparoscopi ile karın yeterli kadar explore edilemediği için ameliyata katılarak laparotomi yapılmasına karar verildi. Eksplorasyonda karın içi organlarda herhangi yaralanmaya rastlanmadı. İnce barsaklar explore edildiğinde ileoçekal valvin 20 cm distalinde terminal ileumda yaklaşık 3 cm çapında 7 cm uzunluğunda meckel divertikülü olduğu görüldü. Divertikülü içine alacak şekilde 10 cm'lik ince barsak rezeksiyonu ve uc uca anastomoz yapıldı. Aynı seansta hastaya TAH+USO yapıldı. Hasta postop 10. Gününde şifa ile taburcu edildi. SONUÇ: Meckel divertikülüne insidental rastlanıldığından eksizyonu çok tartışmalıdır. Nadir olarak görülsede erişkinlerde obstrüksiyon, kanama, perforasyon vb. gibi komplikasyonlara neden olabilir. Bu sebeple ileride gelişmesi olağan riskler nedeni ile eksizyonun gerekli olduğu fikrindeyiz.

Perkütan Endoskopik Gastrostomi ile Beslenen Hastada tespit edilen Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Koma

Dr. Öğr. Üyesi Eray Atalay

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Koma (HHNK) genellikle kontrolsüz Diyabetes Mellitus Tip 2'ye (DM2) bağlı olarak görülen hayatı tehdit edici bir durumdur. Tüm hiperglisemik acillerde HHNS görülme sıklığı %5–15 arasındadır. Mortalite oranı %5–16 arasındadır. HHNK ciddi hiperglisemi, serum osmolaritesinde artış, keton cisimlerinin oluşmaması ve klinik olarak ciddi dehidratasyon bulgularının olması ile karakterizedir. Acil servislere en sık mental durumda değişme ile presente olmaktadır. Tanı ve tedavide gecikme, mortalite oranında artmaya sebep olmaktadır. Hastalığın prognozunu komorbid hastalıklar, ileri yaş ve dehidratasyonun derecesi belirler. Total sıvı açığı 100–200ml/kg olabilmektedir, bu nedenle temel tedavi prensibi sıvı açığını kapatmak ve hiperosmolarite, hiperglisemi ve elektrolit bozukluklarını gidermek için uygun tedavi protokollerini uygulamaktır. Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) diyabetik stroke hastalarında glisemik kontrolü kolaylaştırdığını belirten çalışmalar mevcuttur. Yapığımız literatür taramasında PEG ile beslenen bir HHNK hastasını tespit ettik. Acil servise bilinç bulanıklığı nedeniyle getirilen ve PEG ile beslenen HHNK tanısı alan hastayı sunacağız.

Olgu: 76 yaşında, bilinen DM2 ve serebrovasküler hastalık (SVH) öyküsü olan kadın hasta acil servise bilinç bulanıklığı nedeniyle 112 ile getirildi. Yakınları hastanın şekerini ölçmeye çalıştıklarını fakat cihazın ölçmediğini belirttiler. SVH nedeniyle yatalak olan hastanın PEG ile beslendiği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde bilinci bulanık Glaskow Koma Skoru (GKS) 8 (E:4 M:3 V:1) takipneik, hipotansif ve taşikardik olduğu görüldü. Hastanın parmak ucu kan şekeri ölçülmek istediğinde cihazın okuyabileceği değerden yüksek olması nedeniyle ölçüm yapılamadı. GKS düşüklüğü nedeniyle entübe edilen hastaya sıvı resüstasyonu başlandı. Alınan kan gazında pH:7,31, HCO_3^- :18,7, laktat:8,6, K^+ :5,4, Na^+ :184, Cl^- :139, glukoz:786 olarak ölçüldü ve HHNK ön tanısıyla tedaviye devam edildi. Hastanın biyokimyasal tetkikinde K^+ :5,9, Na^+ :179, Cl^- :136, glukoz:796, üre:505 kreatinin:4,07 olarak ölçüldü, keton saptanmadı. Hasta, hastaneye getirilişinin 2. saatinde arrest oldu ve kardiyopulmoner resüstasyon (CPR) başlandı, CPR sırasında yoğun sıvı tedavisine devam edildi. CPR süresince hiç yanıt alınamayan hasta exitus olarak kabul edildi.

Sonuç: HHNK tanısı acil servislere sık olarak görülmektedir ve bu hastalar büyük oranda mental durumda değişme ile acile servislere başvuruda bulunmaktadır. İleri yaş, yatalak ve PEG ile beslenen hastalar acil servise bilinç değişiklikleri nedeni ile getirildiğinde santral nedenler araştırılırken nadirde olsa HHNK olabileceği akılda tutulmalı ve hızlıca sıvı tedavisine başlanması mortalite oranını azaltacaktır. Aynı zamanda hasta yakınlarına eğitim verilmesi olayın tekrarlanmasını önleyecektir.

Acil Serviste Bilinç Değişimi ile Başvuran ve Deliryum Tanısı Konan Hasta

Murat Özdemir¹, Handan Çiftçi², Murat Aras², Eray Atalay³, Gülşen Çığışar²

¹Kars Harakani Devlet Hastanesi Acil Servisi

²Kars Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

³Kars Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Deliryum, dâhili, cerrahi veya farmakolojik anormallikler sonucu gelişebilen akut bir nöropsikiyatrik sendromdur. Yapısal veya fizyolojik düzendeki bozukluklara karşı, yüksek kortikal fonksiyonlarda yetersizlikle seyreden, beyin oluşturduğu bir yanıttır. Deliryum tablosu ani başlangıçlıdır ve dalgalı seyir gösterir. Hafıza, dikkat, düşünce, davranış ve oryantasyon bozukluğu görülür. Acil servise başvuran yaşlı hastaların %7-10'unda, hastaneye yatan yaşlı hastaların %11-25'inde ve yoğun bakım ünitelerinde yatan yaşlı hastaların %80 gibi büyük bir bölümünde deliryum görülmektedir. Deliryum olgularının 1/3 ile 2/3'ünde tanı atlanmakta veya gecikmektedir, bu da mortalite ve morbidite oranlarını artırmaktadır. Bazı ilaç zehirlenmeleri, enfeksiyonlar ve bazı sistemik hastalıkların merkezi sinir sistemindeki belirtisi olarak deliryum izlenebilir. Deliryum tanısı "Diagnostic and Statistical Manual For Mental Disorders (DSMIV)" kriterlerine uygun olarak konulmalıdır(Tablo-1). Acil servise dekübit ülserlerine bağlı gelişen deliryum tablosuyla getirilen 94 yaşındaki hastayı sunacağız.

Tablo-1: Deliryum için DSM-IV tanı kriterleri(3)

Dikkatin odaklanması ve sürdürülmesinde yetersizlikle karakterize bilinç bozukluğu (örneğin çevrede olup bitenin farkında olmada azalma)
Hafızada eksiklikler, oryantasyon bozukluğu, konuşmada zorluk gibi bilişsel bozukluklar veya daha önceden demans olmaksızın algıda bozulma
Bozuklukların kısa sürede gelişmesi (genellikle saatler veya günler içinde) ve aynı gün içinde dalgalanma eğilimi göstermesi
Hikaye, fizik muayene veya laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde, bu bozukluğun genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olduğuna dair kanıtların olması

Olgu: 94 yaşında bayan hasta acil servise 1 gündür olan saçma konuşma, yakınlarını tanımama, uykusuzluk, kendi kendine konuşma şikâyetleriyle getirildi. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir komorbid hastalık olmadığı fakat uzun süredir yatalak olduğu öğrenildi. Yapılan muayenesinde hastada yer-zaman oryantasyonunun olmadığı, yakınlarını tanımadığı ya da karıştırdığı, sorulan sorulara cevap vermediği ya da soruyla ilgili olmayan cevaplar verdiği görüldü. Fiziksel muayenesinde ise hastanın vital bulguları stabil, sistemik muayeneleri doğaldı fakat vücudunda dekübit ülserleri gelişmiş olduğu tespit edildi. Hastanın laboratuvar sonuçlarında CRP ve sedimantasyon değerleri yüksek saptandı, brucella aglütinasyon testi pozitif olarak ölçüldü. Beyin Bilgisayarlı Tomografisi(BT) Ve Magnetik Rezonans Görüntülemesi (MRG) normaldi. Kliniği açıklayan patoloji tespit edilememesi üzerine psikiyatri ile konsülte edilen hastaya sistemik enfeksiyona sekonder gelişen deliryum tanısı konuldu ve hospitalize edildi.

Sonuç: Deliryum, özellikle yaşlı popülasyonda, sistemik hastalıklar, cerrahi operasyonlar veya farmakolojik ajanlara sekonder gelişebilmektedir. Deliryum tanısının gecikmesiyle bu hastalarda mortalite ve morbidite oranlarının artmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle ani gelişen bilişsel bozukluklarda acil servise getirilen hastalarda, deliryum tanısı mutlaka göz önünde bulundurulmalı ve hastalar psikiyatri ile beraber değerlendirilmelidir.

Acil Serviste Gıda Kaynaklı Toplu Başvurular

Gülşen Çığışar¹, Çiğden Eda Balkan², Murat Özdemir³, Handan Çiftçi¹, Murat Aras¹

¹Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

²Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

³Kars Harakani Devlet Hastanesi Acil Servisi

Giriş: Gıda zehirlenmeleri toplumun her kesimini ilgilendiren önemli bir halk sağlığı sorunudur(2,4).Tek bir vakayla sınırlı olabileceği gibi aynı gıdayı tüketen bir grupta da görülebilir(3).Özellikle, okul, askeri birlikler, işyerleri, fabrika gibi toplu yemek yenilen yerlerde sık görülebilmektedir(4).Gıda kaynaklı enfeksiyonlar, patojen mikroorganizmaların ürettiği toksinler veya bakteri miktarıyla ilişkilidir(2,3).Gıdaların bozulmasına sebep olan mikroorganizmalar, sindirim sistemini veya sinir sistemini etkileyerek zehirlenmeye yol açarlar.Ülkemizde gıda zehirlenmesine sebep olan patojen mikroorganizmalar; *salmonella spp*, *listeria monocytogenes*, *campylobacter spp*, *e.coli*, koagülaz pozitif stafilokoklar, *b.cereus* olarak sıralanabilir(1,2,3).ABD’de 2000–2008 yılları arasında gerçekleşen gıda zehirlenmeleri vakalarının %11’inden *salmonella spp*.’nin sorumlu olduğu bildirilmiştir. *Salmonella spp*.’nin neden olduğu enfeksiyonlarda bulantı, karın ağrısı, diyare, ateş gibi semptomlar görülür.Gıda zehirlenmesi şüphesiyle acil servisimize başvuran 6 hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Yaşları 19-38 arasında değişen 6 işçi, bulantı ve kusma ile başlayan şikâyetlerine ishal ve ateşin de eşlik etmesi sonrasında gıda zehirlenmesinden şüphelenerek acil servisimize başvurmuşlardır.Hastaların aynı gün içerisinde başka bir acil servise daha kalabalık bir grupta başvurdukları fakat bu 6 hastanın şikâyetlerinin arttığı öğrenildi.Alınan anamneze göre hastalar bir süredir çalıştıkları kurumda kalmakta ve kurumları tarafından temin edilen yiyecekleri tüketmektedir.Hastaların yapılan muayenelerinde tümünde abdominal hassasiyet saptandı, nörolojik muayeneleri ve diğer sistemik muayeneleri doğaldı.4 hastada subfebril ateş saptandı.Hastaların laboratuvar bulgularında elektrolit değerleri,KCFT,BFT değerleri normal sınırlardaydı, 5 hastanın hemogramında nötrofil hakimiyetinde lökositoz saptandı. Bütün hastalardan acil servis başvurusu anında gaita direkt bakı ve gaita kültürü gönderildi. Hastalardan gönderilen gaita örneklerindeyse 4 hastada *salmonella paratyphiB* üredi.Acil serviste semptomatik tedavi sonrası şikâyetleri gerileyen hastalar takip sürelerinin sonunda taburcu edildi.

Sonuç: Gıda kaynaklı hastalıklar acil servislere sıklıkla görülebilmektedir.Bu hastalıkların tanısı toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır.Fakat acil servise başvuran hastalarda acil servis yoğunluğu nedeniyle kan, gaita, kusmuk gibi örneklerin laboratuara gönderilmesi ya geciktirilmekte ya da yapılmamaktadır.Acil servise gelen gıda zehirlenmesi vakalarında erken dönemde özellikle gaita direkt bakı ve gaita kültürlerinin gönderilmesi ve bildirimlerin yapılması tanı koymada fayda sağlayacağı gibi toplum sağlığını korumak için de önemlidir.

ATEŞLİ SİLAH YARALANMALARINDA TOMOGRAFİ İLE TRAJE TAYİNİ OLGU SUNUMU

Uzm. Dr. Hüseyin Mehmet Şengül¹, Dr. Öğr. Üy. Burak Gümüş²

¹Adli Tıp Kurumu Erzincan Adli Tıp Şube Müdürlüğü

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ

Dünya sağlık örgütünün 2014 yılı verilerinde dünyada şiddete bağlı ölümlerin yaklaşık yarısının ateşli silahlarla meydana gelmiştir. Ateşli silah yaralanmalarında hekimden cevaplanması istenen sorular incelendiğinde; atışın mesafesi, yönü, yaraların özellikleri, ölüm nedeni, ölüm arasında illiyet bağı bulunup bulunmadığı, ölüme etki eden başka bir neden olup olmadığı, ölüm mekanizmasının ne olduğu gibi sorular bulunmaktadır. Traje yumuşak doku yaralanmalarında, genellikle giriş ve çıkış deliklerini birleştiren bir hat şeklindedir. Hastaların hızlı bir şekilde değerlendirilmesi ve optimal yönetimi için mermi trajesinin bilgisi ve nasıl sona erdiği kritik önem taşımaktadır. Traje belirlenmesinde X-ray ve Bilgisayarlı Tomografi kullanılabilen yöntemlerdir. Çalışmamızda ateşli silah ile yaralanmalarında trajelenin belirlenmesinde Bilgisayarlı Tomografi yönteminin öneminin tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU:

1: Ateşli silah ile 3 defa yaralandığını ifade eden kişinin fizik muayenesi ile birlikte toraks tomografi görüntüleri ile incelenerek göğüs sol tarafta ön koltuk altı çizgisinde bulunan giriş yarasının sağ meme başının hemen üzerinde bulunan çıkış yarasıyla iştirakli olduğu anlaşıldı.

2: Araçta ön yolcu koltuğunda otururken kurşun ile karnından yaralandığını, fizik muayenesi Batın tomografisinin değerlendirilmesinde; batında soldan sağa, yukarıdan aşağıya cilt altı seyirli yaralanma bulgularına ait görünüm, karın içerisinde ufak boyutta radyopak yabancı cisimler izlenmiş olup batın sol üst kadranda bulunan giriş yarasının batın sağ yanda bulunan çıkış yarasıyla iştirakli olduğu anlaşıldı.

TARTIŞMA:

Ateşli silah yaralanmalarında mermi çekirdeği enerjisi enerjisi bitmediği sürece dokularda ilerlemeye devam eder ve yumuşak dokularda tünel tarzında lezyon oluşturur. Çalışmamızda incelenen Bilgisayarlı Tomografi görüntülerinde bu tünel tarzındaki lezyonların yapıları incelenmiş ve trajesinin belirlenmesinde kullanılmıştır. Mermi trajesini genellikle bu traje düz bir hat şeklinde olup her zaman bu durum geçerli değildir. Traje organların durumu, merminin boyutu, şekli ve başlangıç hızı, atış mesafesi, yönü ve yaralanma anında mağdurun duruş pozisyonuna bağlıdır. Ayrıca mermi çekirdeğinin kemik gibi sert dokulara çarparak yön değiştirebildiği de bilinmektedir. Çalışmamızda incelediğimiz toraks yaralanmasında yara trajesinin düz olmadığı ve kemik dokuya çarparak yön değiştirdiği düşünülmüştür. Çalışmamızda incelediğimiz batın tomografisinde ise kişinin olay anındaki duruş pozisyonu değerlendirilebilmiştir. Ateşli silah yaralanmalarında doğru teşhisi koyabilmek ve tedaviyi uygulamak şüphesiz öncelikli amaç olup, bu olguların adli yönü olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu yaralanmalarda adli tıbbi değerlendirmede yapılacak hataların hak kayıplarına neden olabileceği unutulmamalıdır. Hekimlerin bu yaralanmalarda doğru değerlendirmeler yapabilmeleri için ayrıntılı bir fizik muayene yapılması ve Bilgisayarlı Tomografi incelemeleri ile birlikte değerlendirme yapılmasının önemine vurgu yapmak amacıyla olgularımızı paylaşmayı uygun gördük.

Çocuklarda ve erişkinlerde özofagus yabancı cisimleri : Ağrı Devlet Hastanesi'nde altı aylık deneyimimiz

Coşkun DAHARLI¹, Elvan IŞIK ERDOĞAN²

¹Ağrı Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

²Ağrı Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Amaç : Özofagus yabancı cisimleri hem çocuklarda hem de erişkinlerde görülebilen, bazen önemli morbidite ve mortaliteye yol açan acil başvuru nedenlerinden birisidir. Çocuklar, nesneleri tanımak için ağızlarını kullandıklarından genellikle kazara yutarlar. Erişkinlerde ise sıklıkla iyi çiğnenmeden yutulan gıdalar ve bunların içindeki kemik parçaları özofagusa takılır. Ayrıca erişkinlerde altta yatan özofagus patolojisine bağlı olarak da yutulan gıdalar takılabilir.

Yöntem : Eylül 2017 ile Nisan 2018 tarihleri arasında özofagusta yabancı cisim şüphesiyle hastanemiz Göğüs Cerrahisi ve Gastroenteroloji Kliniğine yatırılan 28 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Çalışmamızda özofagusta yabancı cisim obstrüksiyonu şüphesi ile yatırılan toplam 28 hasta; yaş, klinik semptomlar, özofagusta takıldığı yer, yabancı cismin türü ve altta yatan hastalık varlığına göre incelenmiştir.

Bulgular : Hastalarımızın 5'i, 3 yaş ve altında olan çocuk hastaydı ve 5 hastamızın tamamında üst özofagusa yerleşimli madeni para izlendi. Çocuk hastalarımızın şikayetleri beslenmeyi reddetme ve kusma idi. 5 hastanın tamamında entübasyon gerekmeksizin yabancı cisim çıkarılırken 4'ünde Magill pensi, 1' inde rijit özofagoskop kullanıldı. 23 erişkin hastamızın yaşları 20 ile 83 arasında dağılım göstermekteydi. Erişkin hastalarımızın 16'sında yutma güçlüğü ve boğazda takılma hissi, 7 sinde göğüs ağrısı şikayeti mevcuttu ve 20 hastada yabancı cisim çıkarılırken flexibl özofagoskop kullanılırken 3 hastada rijit özofagoskop kullanıldı. Erişkin hastalarımızın 21'inde yabancı cisim üst özofagusa, 2'sinde orta özofagusa, 2'sinde alt özofagusa ve 3 hastamızda ise özofagogastrik anastomoz hattı proksimaline yerleşmiyordu. 23 hastamızın 18'inden yabancı cisim olarak kemik çıkarılırken 5'inden büyük et parçaları çıkarıldı. Yabancı cisim çıkarılan 5 erişkin hastamızda altta yatan hastalık öyküsü mevcuttu (1 hasta Özofagus CA tanılı, 1 hasta Akalazya tanılı, 3 hasta Özofajektomili)

Sonuç : Yabancı cisim yuttuğu bilinen hastalarda detaylı bir anamnez şarttır. Ayrıca erken tanı ve tedavi yöntemleriyle oluşabilecek komplikasyonlar önlenebilir. Sivri ve keskin cisimler genellikle acil girişim gerektirir. Üst özofagusta takılı kalmış yabancı cisimler entübas-yon gerekmeksizin Magill pensi ile kolayca çıkarılabilirler.

Brugada Sendromunun Hastane Öncesi Süreçte Tanınması

Recep ASLAN¹

¹Artvin Çoruh Üniversitesi/İlk ve Acil Yardım Programı

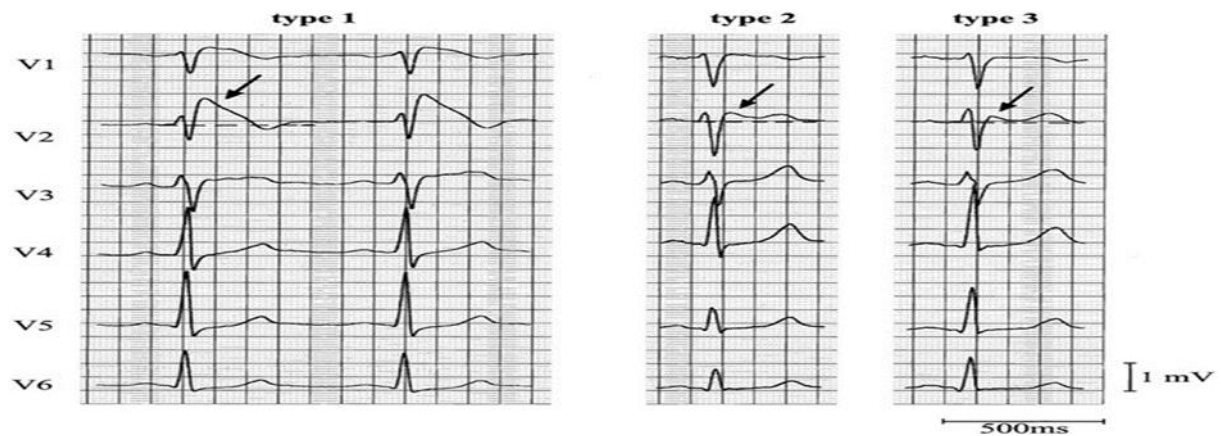
Amaç: İlk defa 1992’de Brugada kardeşler tarafından tanımlanmış olan bu sendrom o tarihten itibaren raporlarda pozitif bir ivmeyle çokça kendini göstermiştir. Hastalık 2005’te ikinci konsensüs konferansında 40 yaş altı erkeklerde ikinci önde gelen ölüm nedeni olarak raporlanmıştır. Çalışmamızın amacı mortalite oranı oldukça yüksek olan “Brugada Sendromu”nun başarılı tanılanma oranının artması için farkındalık yaratmaktır.

Yöntem: Çalışmamız tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmanın verileri kaynak kitaplardan ve Google arama motoru üzerinden “Brugada Sendromu, EKG ” anahtar kelimeleri ile arama yapılarak elde edilmiştir.

Bulgular: Brugada sendromu sıklıkla sodyum kanalopatisi olarak adlandırılır. Bazı brugada sendromu tetikleyicileri ile hastalığın seyrindeki etkenler; Ateş, iske mi, sodyum kanal blokerleri, kalsiyum kanal blokerleri, alfa agonistler, beta blokerler, nitratlar, kolinerjik stimulasyon, kokain, alkol, hipokalemi, hipotermi ve DC kardiyoversiyon sonrası dönem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bazı Tanı Kriterleri : Sağ prekordiyallerde (V1, V2, V3'te) ST segment yüksekliği vardır. Bu ST yükselmesi sağ dal bloğu paternini andırır. Ayırıcı tanıda önemli olan fark şudur: Brugada sendromunda J noktası ve beraberinde ST segmenti yükselmiştir. Oysa izole sağ dal bloğunda J noktasının normal olması beklenir, ST segmenti de yüksek değildir. Bu hastalarda EKG'nin görünümü zaman içerisinde değişiklik gösterebilir. Bazı hastalarda ara ara EKG normal görünebilir. Nokturnal agonal solunum.

Sonuç: Kısaca brugada sendromu hastane öncesinde kardiyak sodyum kanalopatisini gösteren; mortalite, morbidite oranı hızla büyüyen ve hastada senkop ataklarına veya ani kardiyak arreste yol açabilen bir pattern olup iyi bir 12 Derivasyonlu EKG değerlendirmesiyle bulunabilecek olan bir sendromdur. Böylece mortalite ve morbidite oranının en aza indirgeneceği öngörülmektedir.



Hastane Öncesi Olay Yeri Transportunda Scoop/Faraş/Kaşık Sedyeye Kullanımı**Burak KÜTÜK¹, Kemal TORPUŞ²****¹Artvin Çoruh Üniversitesi/İlk ve Acil Yardım Programı****²Artvin Çoruh Üniversitesi/Sivil Savunma ve İtfaiyecilik Programı****Amaç**

Hastane öncesinde özellikle hasta /yaralının uygun şekilde sedyeye alınarak stabilizasyonunu sağlamada kullanılan scoop sedyenin kullanımının incelenerek kullanım detayları hakkında bilgi sahibi olunması amaçlanmıştır.

Tanım

Scoop sedye bilinç kaybı ve travma durumunda stabilizasyon sağlamak için sedyeler arası geçiş için özel olarak kullanılan bir aktarma sedyesidir. Travma hastasının özellikle omurga tahtasına alınmasında ve stabilizasyonunun sağlanmasında kullanılan kütük çevirme tekniğinin alternatifi olarak kullanılır. Ayrıca saldırgan hastaların paketlenmesinde omurga tahtasıyla birlikte kullanılmaktadır.

Özellikleri

Scoop sedye sertleştirilmiş özel alüminyum malzemeden imal edilmiş olup 160 kg a kadar taşıma kapasitesine sahip, özel kilit mekanizması hastanın boyuna göre ayarlanabilir. 3 adet sabitleme kemeri bulunmaktadır. Scoop sedye ile sedyenin her iki orta uç kısmında bulunan klipsler sayesinde iki ayrı parçaya ayrılan ve hasta/yaralının her iki yanından yerleştirilerek en az hareket ile hasta /yaralının altında sedyenin her iki kısmı birleştirilmek suretiyle güvenli bir şekilde hasta/yaralı sedyeler arası aktarma yapılabilir. Scoop sedye transfer değil aktarma amaçlıdır. Sert alüminyumdan üretildiği için uzun süreli taşımalarda metal yapısından kaynaklı olarak hastayı hipotermiye sokabilir bu yüzden hastalar hipotermiye karşı korunmalıdır. Ayrıca bu sedye uzun taşımalarda hastayı rahatsız edebilir ve özellikle sırt ve kalça bölümlerinde yaralanmalar oluşturabilmektedir.

Scoop sedyenin aktarma sedyesi olarak kullanımı;

- Katlanmış halde bulunan sedye, düz konuma getirilir. Hastada travma şüphesi var ise mutlaka işlem öncesinde boyunluk takılmalı ve baş sabitlemesi sağlanmalıdır.
- Sedyeye uzunluğu, hastanın boyuna göre yandaki mandallar yardımıyla ayarlanarak sabitlenir.
- Sedyenin baş ve ayak ucundaki kilit açılarak sedye uzun ekseninde ikiye ayrılır. Sedyeye ağır metalik yapıda olduğundan ve kaza durumunda hastaya zarar verebileceğinden, sedyenin ayrılan parçaları kesinlikle hasta üzerinden geçirilmemelidir.
- Sedyenin parçaları, hastanın her iki yanından hastanın altına doğru ayrı ayrı yerleştirilir yerleştirilir. Bu esnada hasta mümkün olduğunca az hareket ettirilmelidir.
- Hastanın altında birleştirilen sedye kilitlenir.
- Hasta emniyet kemeri göğüs, pelvis, femur ve ayak bileği seviyesinde takılır. Kemerlerin takılması hastanın aktarım anında istenmeyen hareketlerini önler.
- Bu şekilde yerden kaldırılan hasta, ana sedye üzerinde omurga tahtasına alınıp sabitlenir.

Sandviç tekniği ile saldırgan hastayı zararsız hale getirmek için omurga tahtası ve faraş sedye birlikte kullanılabilir. Bu teknikteki amaç hastanın kendisine, çevresindekilere veya orada bulunan sağlık personellerine zarar vermesini engellemektir. Bu işlemleri uygulayabilmek için hasta /yaralıyı omurga tahtası üzerine yatırılmaya ikna edilmelidir. Ardından scoop sedye ters çevrilerek hastanın boyuna göre ayarlanır ardından hasta/yaralının üzerine scoop sedye dikkatlice kapatılır ve emniyet kemerleri ile sabitlenir. Hastanın alın ve çene bölgesine yumuşak dolgu malzemesi konularak oluşan baskı azaltılabilir.

Sonuç

Scoop sedye, hastane öncesinde özellikle travma hastalarında kütük çevirme tekniği alternatifi olarak ve ambulans ekiplerindeki kişi sayısı yetersizliğinden tercih sebebi olabilir çünkü bu işlemi iki kişi rahatlıkla uygulayabilmektedir. Bu sayede hem iş gücü azalır, hemde hastanın en az hareketle en uygun şekilde stabilizasyonu sağlanmış olur. Scoop sedyenin hasta transfer sedyesi değil sadece sedyeler arasında aktarım için kullanılması gerektiği unutulmamalıdır.

Hastane Öncesi Süreçte Ked (Kendrick Extrication Device) Yeleği Kullanımı

Burak KÜTÜK¹, Kemal TORPUŞ²

¹Artvin Çoruh Üniversitesi/İlk ve Acil Yardım Programı

²Artvin Çoruh Üniversitesi/Sivil Savunma ve İtfaiyecilik Programı

1978'de Richard Kendrick tarafından tasarlanan “KED” yeleğinin kelime anlamına “kendrick’in kurtarma ekipmanı” olarak geçmektedir. Özellikle Spinal-servikal kırık veya zedelenmelerinde yaralının güvenli şekilde taşınmasını sağlamaktadır. KED yeleği hastanın baş boyun ve gövdesini anatomik olarak nötral pozisyonda tutarak hastayı hareket ettirdiğimizde oluşabilecek ek yaralanmalardan ve travma olasılığından korumaktadır.

KED yeleği araç içinden çıkarma, dağlık arazide kurtarma, travmalı hastanın omurga stabilizasyonunun sağlanarak taşınması vb. durumlarda kullanılabilir. Ayrıca küçük çocuklarda ve bebeklerde sırt tahtası olarak kullanılabilir, özellikle femur kırıklarında atel görevi de görmekte olup arkadan baş boyun ve gövdeyi kaplayan yatay esneklik dikey sertlik özelliğine sahip sert plastikten imal edilmiş X ışınlarını geçirgen yapıda imal edilmiş tıbbi ekipmandır. Üzerinde bulunan 3 adet taşıma kulpu sayesinde taşıma için elverişlidir ayrıca 3 adet göğüs 2 adet kasık kemeri bulunur rahatlıkla sıkılıp açılabilen bu kemerler özellikle taşıma sırasında gelişebilecek ani bir durum karşısında (örneğin arrest) rahatlıkla gevşetilerek müdahale edilmesine imkân tanır. 2 adet alın, çene bandı ve 1 adet baş destek yastığı sayesinde baş nötral pozisyonda sabitlenmiş olur.

KED Kurtarma yeleğinin uygulanması:

- Bir kişi yaralının arkasından baş hizasına geçerek yaralının başı, el ile stabilize edilir ve boyun ateli takılır. Başın el ile stabilizasyonuna, yaralı, omurga tahtası üzerine alınmaya kadar devam edilir.
- Yaralı, fazla hareket ettirilmeden hafifçe öne doğru eğilir ve kurtarma yeleği hastanın arkasına yerleştirilir. Yerleştirdikten sonra işlem bitene kadar hastayı mümkünse hareket ettirilmez.
- Yeleğin ön bölümünde bulunan üç adet kemer sırayla takılır. Önce ortadaki sarı kemer, sonra alttaki kırmızı kemer takılır ve sıkıştırılır. Üstteki yeşil kemer takılır ancak sıkıştırılmaz.
- Sağ bacak kemeri sağ bacağın, sol bacak kemeri sol bacağın altından geçirilerek arkadaki yuvasına yerleştirilir. Bu kemerler, kurtarma yeleğinin yukarıya ve yanlara doğru kaymasını önler. Femoral artere baskı oluşmasını önlemek için bacakla kemer arasına pamuk tampon yerleştirilir.
- Boyun yastığı, kurtarma yeleğinin içinde kalacak şekilde katlanarak yaralının boyun arkasına yerleştirilir.
- Alın ve çene bantları, baş ve boynu sabitlemek için kurtarma yeleğine çaprazlanarak velcro ile tutturulur.
- Daha önce takılan fakat sıkıştırılmayan, üst göğüs kemerin (yeşil) altına bir el yerleştirilip hastanın bilinci yerinde ise hastaya nefes alması söylenerek bu kemer de sıkıştırılır. Bilinci yerinde değil ise el kemerin altına sokulup yumruk yapılarak kemer sıkılır. Buradaki amaç hastanın soluk alıp vermesine engel olmayacak kadar hacim yaratmaktır.
- Yaralının yanına omurga tahtası yerleştirilir.
- Yaralı, dikkatlice döndürülerek en az hareketle omurga tahtası üzerine alınır.

- Bacak kemerleri gevşetilir ve yavaşça bacaklar düz pozisyona getirilir.
- Yaralı, kurtarma yeleği ile birlikte omurga tahtasına alınır ve sabitlenir; sonra yavaşça öndeki üç kemer gevşetilir.

Sonuç

KED Kurtarma Yeleği sahada çok yönlü kullanıma sahip bir araçtır özellikle dar alanlarda hasta/yaralının rahatlıkla stabilize edilmesini ve uygun biçimde transfer edilmesine olanak sağlar.

Wellens Sendromunun Hastane Öncesi Süreçte Tanınması

Recep ASLAN¹

¹Artvin Çoruh Üniversitesi/İlk ve Acil Yardım Programı/Türkiye/aslan_rec58@hotmail.com

Amaç: Wellens sendromu LAD tıkanıklıkları açısından hayli spesifik olan V2-3'te derin olarak ters dönmüş veya bifazik T dalga patternidir. Bu çalışmamızın amacı hastane öncesinde koroner iske miyi tanımak ve hasta prognozunu kötüye gitme oranını düşürmektir.

Yöntem: Çalışmamız tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmanın verileri kaynak kitaplardan ve Google arama motoru üzerinden " Wellens Sendromu, EKG " anahtar kelimeleri ile arama yapılarak elde edilmiştir.

Bulgular: Yapılan çalışma sonucunda hastaların EKG çekildiği sıralarda; genellikle herhangi bir ağrıdan yakınmadıkları ve kardiyak enzimlerinin normal ya da hafifçe artmış olduğu gözlenmektedir. Bununla birlikte hastalar; birkaç gün veya hafta için yaygın anterior duvar MI açısından çok yüksek risk altındadırlar. Kritik LAD darlığına bağlı bu hastalar genellikle invazif tedaviye ihtiyaç duyarlar. Çoğunlukla medikal tedaviden fayda görmezler ve sempatik aktiviteyi arttırıcı testler esnasında MI veya kardiyak arrest geçirebilirler. T negatiflikleri daha çok V2, V3 nadiren de V1-V4'te görülür. V1-V6 arasında görülmesi ise çok daha az rastlanan bir durumdur Prekordiyallerde Q dalgası olmaması, prekordiyal R dalga progresyonunun korunmuş olmasının yanı sıra ST yüksekliği ya yoktur ya da 1 mm'den azdır. Bununla birlikte yakın zamanlı anjina öyküsü de genellikle Wellens sendromunun işaretçilerindendir. Wellens sendromundaki T dalga anormalliğinin iki patterni mevcuttur:

Tip A = Başlangıçta pozitif ve bitiş kısmında

Tip B = derin ve simetrik olarak ters dönmüş T dalgası negatiflik ile birlikte bifazikT dalgası

Sonuç: Sonuç olarak hastane öncesinde 12 derivasyonlu ekg değerlendirilirken; LAD'ın proximalindeki oklüzyonu gösteren ve hastanın yaygın anterior duvar MI'ında ilerleme riskine işaret eden bu patternin fark edilmesiyle; sıklıkla gözden kaçan bu realitenin yaratacağı olumsuz sonuçları azaltacağı düşünülmektedir.



SANTRAL VENÖZ KATATER MALPOZİSYONU: ULTRASOUND EŞLİĞİNDE UYGULAMA YETERLİ Mİ?

Dr. Öğr. Üyesi Özgür ÖZMEN¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı

GİRİŞ

Santral venöz kateterler kritik hastaların yönetilmesinde halen vazgeçilmez bir uygulamadır. Yoğun bakım ünitelerinde uzun süreli tedavi gören hastalarda santral venöz basınç ölçümü, hastanın tedavisi ve beslenmesi amacıyla yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. İnternal juguler ven, subklavian ven ve femoral ven en sıklıkla tercih edilen damarlardır(1-1). Deneyim yetersizliği yada uygulama yoluna bağlı birçok komplikasyonla karşılaşılabilir. Bu komplikasyonları daha az oranlara düşürmek için USG kılavuzluğunda işlemin gerçekleştirilmesi ön plana çıkmıştır.

AMAÇ

USG eşliğinde santral venöz kateter yerleştirme işlemi ne kadar tecrübeli kişiler tarafından uygulansada oluşabilecek komplikasyonlar yönünden mutlaka bir akciğer grafisi takibi gerektiğine dikkati çekmeyi amaçladık.

OLGU

Daha öncesinde biline herhangi bir sistemik hastalığı olmayan 18 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası sebebiyle yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hasta yatışında entübe, GKS 6 (G2M3Ve) ve vital bulguları stabil idi. Çekilen BBT'sinde minimal beyin ödemi dışında bir patoloji yoktu. Hastanın sağ femur fraktürü mevcuttu. Hastaya sağ internal juguler venden santral venöz kateter takılması planlandı. İşlem uygulanacak bölgenin temizliği yapıldı ve steril örtüldü. USG probu jel ile kaplanıp steril kılıf ile sarıldı. Kafa hafif sola çevrildi, hasta trendelenburg pozisyonuna alındı. Sağ boyun bölgesine USG probu yerleştirildi. Sağ carotis arter pulsasyonu izlendi. Basıldığında kollabe olan ve pulsasyonu olmayan sağ internal juguler ven görüldü. Out of plane tekniği ile internal juguler vene girildi. Klavuz tel gönderildi ve damar içinde olduğu teyit edildi. Kateter takıldı. İşlem sonrasında hastaya çekilen akciğer grafisinde kateterin sağ subklavian vene doğru yöneldiği görüldü (Şekil 1). Kateter çekildi. Sol internal juguler venden kateterizasyon normal bir şekilde sağlandı.

TARTIŞMA

Santral venöz kateterizasyon işlemi yoğun bakım ünitelerinde kritik hastalarda sıklıkla kullanılan bir uygulamadır. Santral venöz kateter kullanımının artması santral venöz kateterizasyonla ilişkili komplikasyonlarda artışa beraberinde getirmektedir. Carotid arter ponksiyonu, hematoma, hemo-pnömotoraks, şilotoraks, aritmiler, kalp blokları, enfeksiyonlar, kateter varlığına bağlı tromboz, tomoemboli ve kateterin malpozisyonu bu komplikasyonlar arasında sayılabilir (1-4). Erken dönemde komplikasyonların gelişmesinde anatomik varyasyonlar, venin palpe edilememesi ve tekrarlayan girişimler rol oynarlar(1-6). USG ile santral venöz kateter uygulamalarında internal juguler venin % 8 oranında anatomik varyasyonunun olduğu görülmüştür(1-7). Yapılan bir çalışmada kateter mal pozisyonunun % 3,3 oranında olduğu belirtilmiştir (1-11). Tek girişime göre üç veya daha fazla girişim sayısında mekanik komplikasyonların (arter ponksiyonu, hemo-pnömotoraks, hematoma ve malpozisyon) oranı 6 kat artmaktadır. Bu oranlarda santral venöz kateterizasyonda USG'nin önemini göstermektedir. Ancak kateterin yerleşiminden emin olunsu bile bütün olgularda AC grafisi çekilerek yerleşim teyit edilmelidir.

Guth, santral venöz kateterizasyon girişimlerinin ne kadar tecrübeli kişiler tarafından uygulansa da gelişebilecek komplikasyonlar açısından AC grafisinin çekilmesi gerektiğini bildirmiştir.

SONUÇ

USG eşliğinde uygulanan santral venöz kateterizasyonun kolay ve kısa sürede gerçekleşmesi, daha yüksek başarı ve daha düşük komplikasyon oranları olmasına rağmen işlem sonrası oluşabilecek komplikasyonlar açısından ve kateterin yerleşim yerinden emin olunması için bütün olgulara AC grafisinin çekilmesinin uygun olduğunu düşünmekteyiz.



Şekil 1. Sol subklavian vene yönelen kateter

Acil Servis Yoğunluğunun Radyolojik Çekim Sayılarına Etkisi

Erdal Karavaş¹

¹Erzincan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji AnaBilim Dalı

Amaç: Acil servise başvuru sayısı her geçen yıl artmaktadır. Acil serviste radyolojik görüntüleme sık kullanılan teşhis yöntemlerinden biridir. Acil servislerdeki hasta yoğunluğu ile birlikte radyolojik yöntemlerin kullanım sıklığı artmaktadır.

Materyal ve Metod: Bu çalışmamızda retrospektif olarak Erzincan ilinde bulunan iki hastanede 2013-2017 yılları arasında acil servise başvuru sayıları ile acilde ve acil dışı istenilen ultrason (US), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) tetkiklerinin sayılarını elde edilmiş ve istatistiksel analizi yapılmıştır.

Bulgular: Acil servis başvuru sayısı 2013 yılında 209 bin iken 2017 yılında bu sayı 288 bin olmuştur. Yaklaşık artış %38 olarak bulunmuştur. Yıllar içindeki başvuru sayısında hiç azalma görülmemektedir. Acil servisten çekilen BT ve MR tetkik sayılarında da yıllar içinde azalma olmaksızın artış mevcuttur. 2013 yılında acil BT tetkik sayısı yaklaşık 10 bin iken 2017 yılında %110 artışla 22 bin rakamına ulaşmıştır. 2013 ve 2017 yıllarında acil servise başvuran hastanın BT tetkik çekim oranı sırasıyla %5,1 ve %7,8'dir. Acil MR tetkik sayısı 2013 yılında 113 iken 2017 yılında 1478'e ulaşmış olup artış %1220 olarak bulunmuştur. 2013 ve 2017 yıllarında acil servise başvuran hastanın MR tetkik çekim oranı sırasıyla %0,05 ve %0,51'dir. Erzincan ilinde 2015 yılında BT, 2017 yılında MR cihaz sayısı artmış olup bu yıllarda bir önceki yıla göre tetkik çekim oranları daha belirgin artmıştır (sırasıyla %24, %132). Acil US tetkik sayısında 2013 yılında 593 iken 2017 yılında 867 adet olup artış %46'dır. 2013 ve 2017 yıllarında acil servise başvuran hastanın US tetkik çekim oranı sırasıyla %0,28 ve %0,30'dur. Ancak yıllar içindeki değişime bakıldığında US isteminin 2015 yılından itibaren her sene azalmakta olduğu görülmüştür. 2013-2017 yılları arasında acil dışı yatan hasta ve poliklinikten çekilen radyoloji tetkik sayıları değerlendirildiğinde US ve BT tetkik sayısının artışı oranı sırasıyla %96 ve %118 olup acil servisten çekilenden fazladır. Ancak acil dışı çekilen MR tetkik sayılarındaki artış oranı %492 olup acil servis çekimlerine göre daha düşüktür.

Tartışma: Türkiye'de Yıllar içinde hastaneye başvuru sayısı artmaktadır. Bu artış acil servislerde de yoğunluğa neden olmaktadır. Türkiye OECD ülkelerine göre daha az sayıdaki doktor ile daha fazla sayıdaki hastaya hizmet vermek durumunda kalmaktadır. Başvuru sayısının yüksek olması acil serviste doktorun hastaya ayırdığı zamanı azalmakta, normal klinik muayenenin gerektirdiği algoritmaları terk etmesiyle sonuçlanmaktadır. Bu durum hastayı muayene etmeden laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerini kullanarak tanıyı koymaya sevk etmektedir. Acil serviste 2013-2017 yılları arasındaki hasta başvuru sayısındaki artış %38 iken radyolojik tetkiklerin çekim sayısında daha yüksek oranlarda artış izlenmektedir. Acil serviste US çekimlerinde 2015 yılından itibaren azalma izlenmektedir. Bunun en önemli sebeplerinden biri görüntü saklama ve arşivleme sistemleri'nin hastanelerde kullanılmaya başlanması ile BT ve MR tetkiklerinin daha kolay ve hızlı raporlanabilmesidir. Ayrıca BT ve MR cihaz sayısının artması da tetkike ulaşılabilirliği arttırmıştır.

Sonuç: Acil serviste çekilen radyolojik tetkiklerin artış oranları acil servise başvuru sayısındaki artış oranlarından daha fazladır. Hasta sayısındaki artış, acil serviste çalışan doktorun radyolojik tetkik istem oranını arttırmaktadır.

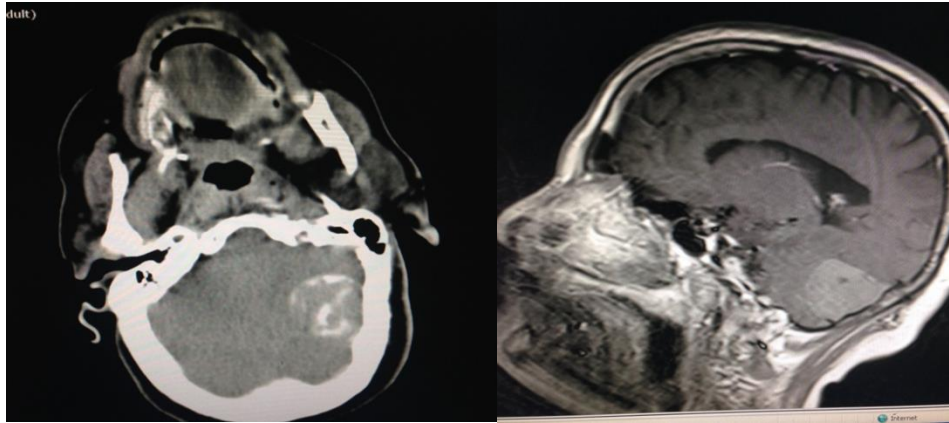
Baş Ağrısı Diyip Geçme**Uzm. Dr. Sultan Tuna AKGÖL GÜR¹****¹Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği**

Giriş: Hastaların acil servise geliş nedenleri içinde baş ağrısı önemli yer almaktadır. Direk baş ağrısı tablosuyla ortaya çıkan, başka bir hastalıkla ilişkisi olmayan primer baş ağrıları; gerilim tipi, küme baş ağrıları ve migrendir. Nedeni belli bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan sekonder baş ağrıları ise; beyin tümörleri, hipertansiyon, sinüzit, gibi hastalıkların seyri sırasında ortaya çıkan baş ağrılarıdır. Bizim yazımızda bir yıldır olan baş ağrısı şikayeti ile acil servise gelip intrakranial kitle tanısı alan olgu sunulmaktadır.

Olgu: 57 yaşında bayan hasta. Şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, konuşma ve bilinç bozukluğu şikayeti ile 112 tarafından acil servisimize getirildi. Hastanın şikayetlerinin son bir yıldır aralıklarla olduğu, bugün şiddetlendiği öğrenildi. Hasta yakınları hastanın baş ağrısı olduğu zaman bahçesinde yetişen otu yedikten sonra rahatladığını söylediler.

FM: Hastanın genel durumu kötü, bilinç konfüydü. TA:150/90mmHg, nabız:110/dk ritmik, solunum:22/dk, ateş:37,5°C. Glasgow koma skoru 11'idi. Pupiller anizokorikti. Klinik olarak iyi olmayan hastaya beyin tomografisi (BT) istendi. BT'de kitle? görüldü (Resim:1). MR çekildi. MR'da da posterior fossa kalsifiye menenjiom görüldü (Resim:2). Hasta beyin cerrahisi yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Acil opere edildi.

SONUÇ: Özellikle sık tekrarlayan ve şikayeti geçmeyen hastalarda tanıların tekrardan gözden geçirilmeli ve ileri tetkik yapılmalıdır . Ani gelişen, geçmeyen baş ağrılarında beyin BT çekilmesi gerekliliği unutmamalıdır.



HEMOPTİZİYLE SEYREDEN HİPEREÖZİNOFİLİK PNÖMONİ: OLGU SUNUMU

Gökhan Perincek¹, Sema Avcı²

¹Kars Harakani Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Kars

²Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Amasya

Olgu:

Yirmi yaşında erkek hasta, bir hafta önce başlayan ve ara ara devam eden hemoptizi şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Genel durumu iyi, bilinç açık, oryante olan hastanın TA:110/60 mmHg, nabız:98/dak, solunum sayısı:16/dak, ateş:36.40 idi. Oskültasyonda bilateral akciğer sesleri doğaldı. Laboratuar incelemesinde: Üre:36 mg/dL, kreatinin:0.8 mg/dL, WBC:8.69 103µL, Hb:14 g/dL, Htc:%48, plt:202K/'µL, EO:%3.6(0-6), AST:21 IU/L, ALT:11IU/L, LDH:155 IU/L, CRP:2.5 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı:12(0-20) mm/st olup diğer biyokimyasal parametreler normal olarak saptandı. Hastanın çekilen postero-anterior akciğer (PAAC) grafisinde (Resim 1), sol üst, orta zonda, sağ üst ve alt zonda düzensiz sınırlı infiltrasyon saptanması üzerine Göğüs Hastalıkları Servisine yatırıldı. Hastaya Klaritromisin 500 mg 2*1 başlandı. Hastanın yapılan tetkiklerinde; üç gün arka arkaya balgamda aside dirençli basil (ARB) incelemesi yapıldı. Çekilen kontrastlı spiral toraks BT'de (Resim 2):sağ akciğer üst lobda, sol akciğer lingulada, her iki akciğer alt lob süperior segmentlerde infiltrasyon alanları tespit edildi. Balgam ARB incelemesi üç kez negatif olarak saptandı, kültürde üreme saptanmadı. Total IgE 3000 (0-100) IU/mL olarak saptanan hastanın yapılan periferik yaymasında eozinofil saptanmadı. Anti nükleer antikor ve anti nötrofilik sitoplazma antikor, spesifik IgE negatif olarak saptandı.

Özgeçmişinde herhangi bir ilaç kullanım öyküsü olmayan (hastanın gaita incelenmesinde bol blastokist saptandı). Hastaya metronidazol 500 mg 3*1 başlandı.

Özgeçmişinde herhangi bir ilaç kullanım öyküsü olmayan hastanın 5 gün üst üste yapılan gaita incelenmesinde paraziter hastalık bulgusuna (Entamoeba histolytica adezin antijeni, Entamoeba histolytica antikor negatif olarak saptandı), ((gaitada amib-giardia aranması ;protozoon saptanmadı), kiste rastlanmadı) (boyalı mikroskopik inceleme (gram, metilen mavisi, Wright, Ziehl-Nielsen) rastlanmadı).

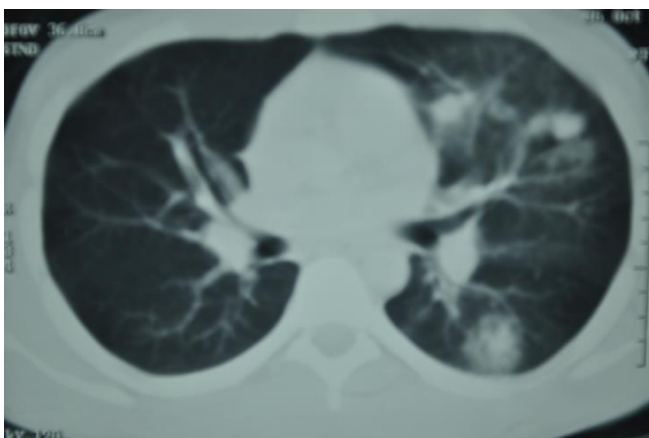
Hastaya bronkoskopi yapılmasına karar verildi. Bronkoskopide: endobronşiyal lezyon saptanmadı. Sağ akciğer üst lob anterior segmentten bronkoalveolar lavaj yapıldı. Bronkoalveolar lavaj sıvısı mikrobiyolojik incelemede ARB negatif olarak saptandı, gram boyamada patojen bakteriye rastlanmadı. Bronkoalveolar lavaj sıvısının patolojik incelenmesinde: eozinofiliye rastlandı. Hastaya eozinofilik pnömoni/paraziter akciğer hastalığı tanısıyla metilprednizolon 1gr/kg/gün başlandı. Antibiyotik tedavisi 7.günde kesildi. Hastanın takibinde genel durumunda düzelme olması ve çekilen PAAC'de (Resim 3) mevcut infiltrasyonlarda gerileme olması üzerine taburcu edildi.

Tedavisinde metilprednizolon dozu aylık olarak düşüldü. Tedavinin 6. Ayında çekilen kontrastlı spiral toraks BT'de mevcut infiltrasyonlar tamamen regrese olmuştu. Hastanın takiplerinde yapılan laboratuar incelemelerinde 2.ayında IgE seviyesinin 520 (0-100)IU/mL'ye 4.ayda 210 (0-100) IU/mL'ye, 6.ayda 75 IU/mL'ye gerilediği saptandı. Metilprednizolon tedavisi 6.ayında kesildi. Hasta halen takibimizde olup PAAC'de ve laboratuar incelemelerinde herhangi bir özellik saptanmamıştır.

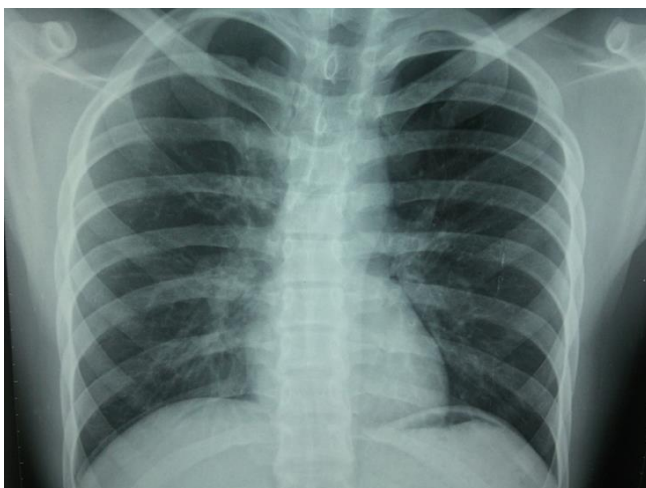
Resim1:



Resim 2:



Resim 3:



SOL ATRİUMDA MİKSOMA, İSKEMİK İNME, SAĞ ATRİUMDATROMBÜSÜN EŞLİK ETTİĞİ PULMONER TROMBOEMBOLİZM: OLGU SUNUMU

Ferdi Kahraman¹, Gökhan Perincek², Elif Öztürk³, Sema Avcı⁴

¹Kars Harakani Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Kars

²Kars Harakani Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Kars

³Kars Harakani Devlet Hastanesi, Acil Servis, Kars

⁴Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Amasya

Olgu:

86 yaşında erkek hasta acil servise yaklaşık 8 saattir devam eden baş ağrısı, konuşma bozukluğu ve 2 saat önce ani gelişen nefes darlığı ve çarpıntı şikayetleriyle başvurdu. Hastanın klinik anamnezinde yaklaşık 5 gün önce başlayan ve 3 gün devam eden ishal ve 5 gündür var olan iştahsızlık ve oral alım bozukluğu vardı. Hasta acil serviste değerlendirilirken dehidrate olduğu görüldü, ölçülen tansiyonu 100/65 mmHg ve kalp hızı 140 / dk idi. Bilateral akciğerde ralleri olan hastanın nörolojik muayenesinde taraf bulgusu saptanmadı. Çekilen elektrokardiyografide; hızlı ventrikül yanıtı atriyal fibrillasyon, s1q3T3 paterni ve sağ ventrikül yüklenme bulguları mevcuttu. Bu bulgularla hastada ilk etapta atriyal fibrillasyona sekonder iskemik inme ve pulmoner tromboemboli düşünüldü.

Hastadan tam kan sayımı, genel biyokimya parametreleri, kardiyak biyobelirteçler için venöz kan örnekleri alındı. Kan gazı analizi için arter kan gazı alındı. Konuşma bozukluğu etyolojisini ve ani gelişen nefes darlığını aydınlatmak için hastaya kraniyel difüzyon manyetik görüntüleme ve kontrastlı pulmoner bilgisayarlı tomografi anjiyografi çekildi.

Tam kan sayımında nötrofil hakimiyetinin olduğu lökositoz, artmış hemoglobin düzeyi vardı. (WBC:16800/mm³, hemoglobin: 17,5 g/dl, platelet 140000/ mm³). Renal fonksiyonları bozuk olan hastanın karaciğer enzimleri artmıştı (creatinin:1.57 mg/dl, urea:91 mg/dl, aspartate aminotransferase:108 U/L, alanine aminotransferase:209 U/L, lactate dehydrogenase:505U/L). Serum elektrolitleri, total, indirekt bilirubin ve albumin seviyesi normaldi. Troponin T seviyesi minimal artmıştı. Arter kan gazı analizinde hipoksemi ve hipokapni mevcuttu (pH:7,43, pCO₂:25mm/Hg, pO₂:55mm/Hg).

Çekilen pulmoner BT anjiyografide sağ ve sol ana pulmoner arterlerde ve segmental dallara uzanan masif pulmoner emboli ile uyumlu görüntü saptandı (figur 2). Kraniyel manyetik rezonans görüntülemelerde serebrumda, talamusta ve serebellumda bir çok akut iskemik lezyonlar saptandı. (Figure 3).

Sağ kalp fonksiyonları ve sistolik pulmoner arter basıncı başta olmak üzere kardiyak fonksiyonları değerlendirmek üzere yapılan eko-kardiyografide; sol atriumda hasta yaşı ve cinsiyeti göz önünde bulundurduğumuzda görmeyi beklemediğimiz miksoma ile uyumlu bulgu ve sağ atriumda diyastolde sağ ventriküle prolabe olan trombüs imajı ile uyumlu görüntü saptandı. Hastanın ejeksiyon fraksiyonu %55, sistolik pulmoner arter basıncı: 40-45 mmHg, hafif mitral yetersizlik ve orta triküspid yetersizliği mevcuttu (figure 4, video 1) .

Figure 4. ok işareti sol atrial lateral (LA) duvara tutunmuş kitleyi ve kesik çizgili ok sağ ventriküle (RV) prolabe olan sağ atrial (RA) trombus imajını göstermektedir. (LV: Sol ventrikül)

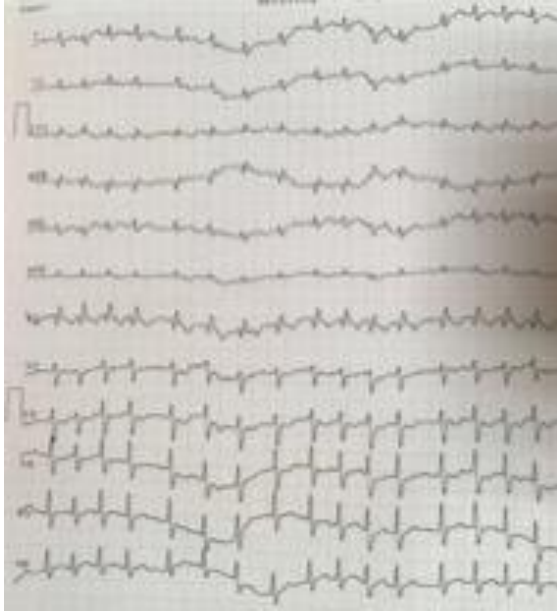
Hasta ilgili branşlara konsulte edildi. Hemodinamik dekompanasyon ile seyreden pulmoner tromboembolinin tedavisinde trombolitik önerilen tedavi olmasına rağmen hastanın inme bulgularının başlama süresi 8 saati geçtiğinden ilgili branşlarında görüşleri alınarak hastaya cerrahi trombektomi ve sol atriyal miksomanın rezeksiyonu planlandı [7].

Sonuç

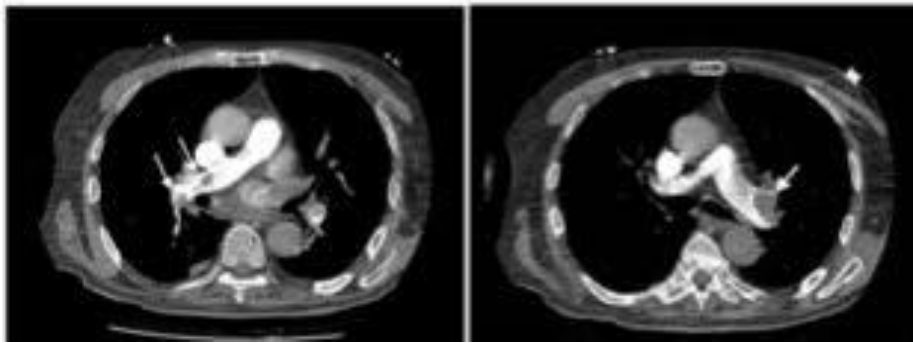
Yaşlı hasta popülasyonunda atriyal fibrillasyon en sık görülen kardiyak inme nedeni [8,9]. olmasına rağmen diğer etyolojik faktörlerde muhakkak akılda bulundurulmalı ve dışlanmalıdır. Bizim vakamızda hastanın çekilen elektrokardiyografisinde atriyal fibrillasyon saptandı, hastanın yaşda göz önünde bulundurulduğunda iskemik inmenin etyolojik faktörü olarak ilk etapta atriyal fibrillasyon düşünöldü. Kardiyak miksomalara özellikle yaşamın üçüncü ve altıncı dekatlarında görölmesine rağmen [10]. ileri yaş hasta popülasyonunda muhakkak hatırlanmalı ve dışlanmalıdır.

Diyare, oral alım bozukluğu ve immobilitenin neden olduğu hemokonsantrasyon ve venöz staz sonucu özellikle yaşlı hasta popülasyonunda pulmoner tromboemboli riskinin olduğu bu vakada da olduğu gibi hatırlanmalı.

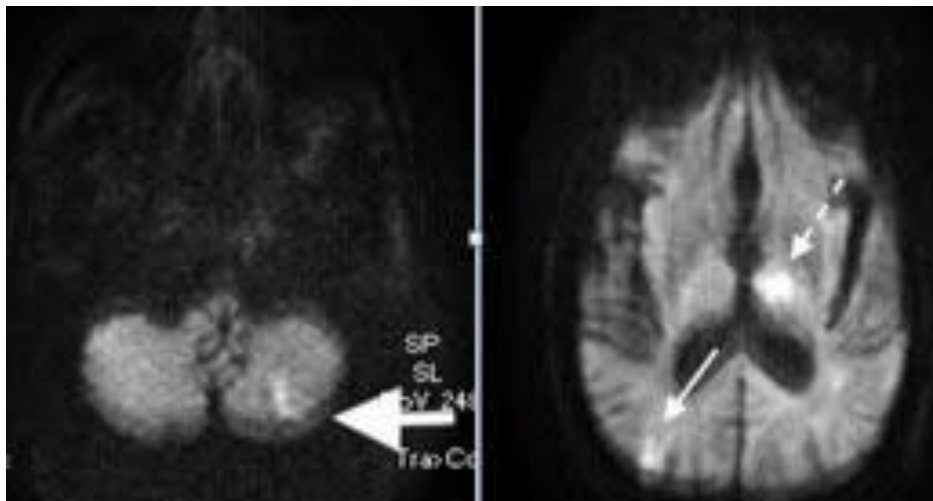
Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4



HAYVAN İLİŞKİLİ YARALANMA VE YÜKSEKTEN DÜŞME TRAVMALARINDA SONUÇLAR BENZER Mİ?: TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA

Elif Öztürk¹, Ali Cihat Yıldırım², Sema Avcı³

¹Kars Harakani Devlet Hastanesi, Acil Tıp

²Kars Harakani Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi

³Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp

Hayvan ilişkili yaralanmalar dünyada morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir. Hayvan ilişkili yaralanmalar, yaralanan bölgenin büyüklüğü, hayvanın yaşadığı coğrafi bölge, kişinin işi, yaşadığı yer, iklim şartları, gelenekler ve spor aktivite alışkanlıklarına göre değişir. Ülkemizde Doğu Anadolu bölgesinde özellikle kırsal alanlarda yaşayan insanlarda hayvan ilişkili yaralanmalara sık rastlanmaktadır. Çalışmamızda ülkemizin Doğu Anadolu Bölgesinde yer alan bir acil servise başvuran attan düşen ve ahırdan düşen hastaların başvuru sonuçlarının değerlendirilmesini amaçladık.

ABDOMEN BT	Hayvan İlişkili Yaralanma (n)	Yüksekten Düşme (n)	Total (n)
Çekilmeyen hasta	19	18	37
Çekilen hasta	15	16	31
Total (n)	34	34	68

*Ki-kare testi, Cont.correction p=1

Abdomen BT çekilme oranları arasında her iki grupta anlamlı fark bulunmadı.

ABDOMEN BT ÇEKİLEN HASTALAR	Hayvan İlişkili Yaralanma	Yüksekten Düşme	Total (n)
Akut patoloji yok	11	15	26
Akut patoloji var	4	1	5
Total (n)	15	16	31

*Ki-kare, Fischer'exact (p=0.172)

Abdomen BT çekilen hastalarda akut patoloji saptanması oranı ile ilgili yüksekten düşme ve hayvan ilişkili yaralanmalarda anlamlı fark bulunamadı.

TORAKS BT	Hayvan İlişkili Yaralanma (n)	Yüksekten Düşme (n)	Total (n)
Çekilmeyen hasta	19	16	35
Çekilen hasta	15	18	33
Total (n)	34	34	68

*Ki-kare, Pearson (p=1.0)

Toraks BT çekilme oranları arasında her iki grupta anlamlı fark bulunmadı.

TORAKS BT ÇEKİLEN HASTALAR	Hayvan ilişkili Yaralanma (n)	Yüksekten Düşme (n)	Total (n)
Akut patoloji yok	10	15	25
Akut patoloji var	5	3	8
Total (n)	15	18	33

*Ki-kare, Fischer's exact (p=0.41)

Toraks BT çekilen hastalarda akut patoloji saptanması oranı ile ilgili yüksekten düşme ve hayvan ilişkili yaralanmalarda anlamlı fark bulunamadı.

SERVİKAL BT	Hayvan ilişkili Yaralanma (n)	Yüksekten Düşme (n)	Total (n)
Çekilmeyen hasta	13	19	32
Çekilen hasta	21	15	36
Total (n)	34	34	68

*Ki-kare, Pearson (p=0.145)

Servikal BT çekilme oranları arasında her iki grupta anlamlı fark bulunmadı.

SERVİKAL BT ÇEKİLEN HASTALAR	Hayvan ilişkili Yaralanma (n)	Yüksekten Düşme (n)	Total (n)
Akut patoloji yok	21	14	35
Akut patoloji var	0	1	1
Total (n)	21	15	36

*Ki-kare, Fischer's exact test (p=0.41)

Servikal BT çekilen hastalarda akut patoloji saptanması oranı ile ilgili yüksekten düşme ve hayvan ilişkili yaralanmalarda anlamlı fark bulunamadı.

KRANİAL BT	Hayvan ilişkili Yaralanma (n)	Yüksekten Düşme (n)	Total (n)
Çekilmeyen hasta	11	11	22
Çekilen hasta	23	23	46
Total (n)	34	34	68

*Ki-kare, Cont.correction p=1

Kranial BT çekilme oranları arasında yüksekten düşme ve hayvan ilişkili yaralanmalarda anlamlı fark bulunamadı.

KRANİAL BT	Hayvan İlişkili Yaralanma (n)	Yüksekten Düşme (n)	Total (n)
Akut patoloji yok	17	16	33
Akut patoloji var	6	7	13
Total (n)	23	23	46

*Ki-kare, Pearson (p=1)

Vertebra BT yüksekten düşme hastalarının 4'üne çekilmiş 4 'ünde akut patoloji var.

YATIŞ	Hayvan İlişkili Yaralanma (n)	Yüksekten Düşme (n)	Total (n)
Acil Servisten Taburcu	25	23	48
Servise Yatış	5	5	10
Yoğun Bakıma Yatış	3	3	6
Acil Servisten İleri Merkeze Sevk	1	3	4
Total (n)	34	34	68
*Ki kare testi p= 0.77			

*Ki-kare, p

	YATIŞ SÜRESİ (gün)	
	Yatan hasta sayısı (n)	Ortalama (gün)
Hayvan ilişkili yaralanma	8	4.53
Yüksekten Düşme	8	4.78

*Independent t-test (p= 0.50)

Hastanede yatış süreleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

CİNSİYET	Hayvan İlişkili Yaralanma	Yüksekten Düşme	Total (n)
Erkek	32	26	58
Kadın	2	8	10

* Ki kare testi p= 0.042

Her iki grupta da yaralanma oranı erkeklerde daha fazla bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır.

Yatan hasta sonlanımı	Hayvan ilişkili yaralanma	Yüksekten Düşme	Total (n)
Servis/Yoğun Bakımdan Taburcu	7	6	13
Exitus	0	1	1
Yoğun Bakım/Servisten İleri Merkeze Sevk	1	1	2
Total (n)	8	8	16

*Ki kare testi p= 0.058

Yatan hastaların sonlanımı açısından anlamlı fark bulunamamıştır.

		Hayvan ilişkili Yaralanma	Yüksekten Düşme		
AST	0-32 U/L	25	14	39	
	>32 U/L	6	13	19	
		31	27	58	P=0,020

Laboratuar değerleri arasında fark bulunamamıştır. Sadece AST değeri açısından anlamlı fark vardır. Yüksekten düşmelerde daha çok hastada >32 U/L .olarak bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarında Hba1c Seviyeleri İle Sol Ventrikül Mekanik Fonksiyonları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Uzm. Dr. Mahmut Yesin¹, Dr.Öğretim Üyesi Macit Kalçık²

¹Kars Harakani Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Daha önce yapılan çalışmalarda metabolik sendromlu hastalarda sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun bozulduğu gösterilmiştir. Bu çalışmamızdaki amacımız tip 2 diabetes mellitusu (DM) olan hastalarda Hba1c değerlerinin sol ventrikül sistolik fonksiyonunu gösteren deformasyon parametreleri ile ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Haziran 2016 ile Aralık 2017 tarihleri arasında, bilinen tip 2 DM tanılı 135 hasta (ortalama yaşı 64±10.5 yıl; kadın: 77, erkek: 58).) çalışmamıza dahil edildi. Tüm hastalardan hastaneye başvuru sırasında HbA1c yi de içeren kan tetkikleri için kan alındı ve sol ventrikül sistolik fonksiyonlarını değerlendirmek için ekokardiyografi yapıldı. Ekokardiyografik incelemede sol ventrikül uzun eksen 2 ve 4 boşluk ile kısa eksen apikal,bazal ve mid segment görüntüler alındı. Bu görüntüler üzerinden strain analizi yapılarak sol ventrikül deformasyon parametreleri ölçüldü. Hastalar HbA1c ≤7 ve >7 olacak şekilde 2 gruba ayrıldı. Hastaların demografik ve ekokardiyografik parametreleri iki grup arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastalarda ortalama HbA1c değerleri 7.78 ±1.33 idi. İki grup arasında yaş, cinsiyet, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ve sol ventrikül çapları arasında anlamlı fark izlenmedi. Gruplar arasında yapılan analizde, Global Longitudinal Strain (GLS) HbA1c >7 olan grupta HbA1c ≤7 olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük izlendi (14,8 (13,8-17) vs. 19 (18,1-19,8); p<0,001). Bu durum HbA1c yüksekliği olanlar hastalarda belirgin GLS düşüklüğünü göstermekteydi. Ayrıca her 2 grupta sol vnetrikül sistolik ve diyastolik volumleri arsında da anlamlı fark vardı (sırasıyla p=0.02 ve p=0.03).

Sonuç: Bu çalışmada HbA1c değerleri yüksek olan grupta sol ventrikül GLS değerleri belirgin biçimde azalmış olarak tespit edilmiş olup Tip 2 DM tanılı hastalarda glisemik kontrolünün önemli olduğu ve kontrol edilmezse bu hastalarda uzun vadede kalp yetmezliği gelişmesine sebep olabileceği gösterilmiştir.

Farklı Etyolojilerle Gelişen Akut Kore Olguları.

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa CEYLAN¹, Arş. Gör. Dr. Yunus Emre AKTAŞ¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilimdalı

Giriş-Amaç:

Sekonder birçok nedenle hiper veya hipokinetik hareket bozuklukları gelişebilir. Bir hiperkinetik hareket bozukluğu olan korenin akut gelişmesi ön planda serebrovasküler etiyolojiyi ve metabolik bozuklukları düşündürür. Kore en sık olarak talamus, putamen, globus pallidus fonksiyonlarının bozulması sonucu ortaya çıkar, subtalamik nukleusu ve korteksi tutan lezyonlarda da görülebilir. Bizde acil servislerde nadir rastlanılan farklı etyolojilere sahip iki akut koreiform bozukluk gelişen olgumuzu paylaşmayı amaçladık.

Olgu-1:

73 yaşında bayan hasta, antihipertansif ve antidiyabetik ilaçlar kullanıyor. Bu sabah uykuya meyilli olan hastanın sol kolda istemsiz hareketlerde eklenmesi üzerine acil serviste değerlendirildi. Oryantasyon-Kooperasyon kısmi-yetersiz, GKS: 12, sol üst ekstremitede distallerde hakim düzensiz, küçük amplitüdlü istemsiz hareketler (koreiform) izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde; glukoz: 518 mg/dl, pH: 7.21, bikarbonat: 17 mEq/Lt, Na: 131 meq/ L, idrarda keton ++ tespit edildi. Diffüzyon Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) yapıldı. Akut patoloji tespit edilmedi. Hastanın mevcut hiperkinetik bozukluğun diyabetik ketoasidoza sekonder geliştiği düşünüldü. Mevcut hiperkinetik durum için haloperidol önerilerildi.

Olgu-2:

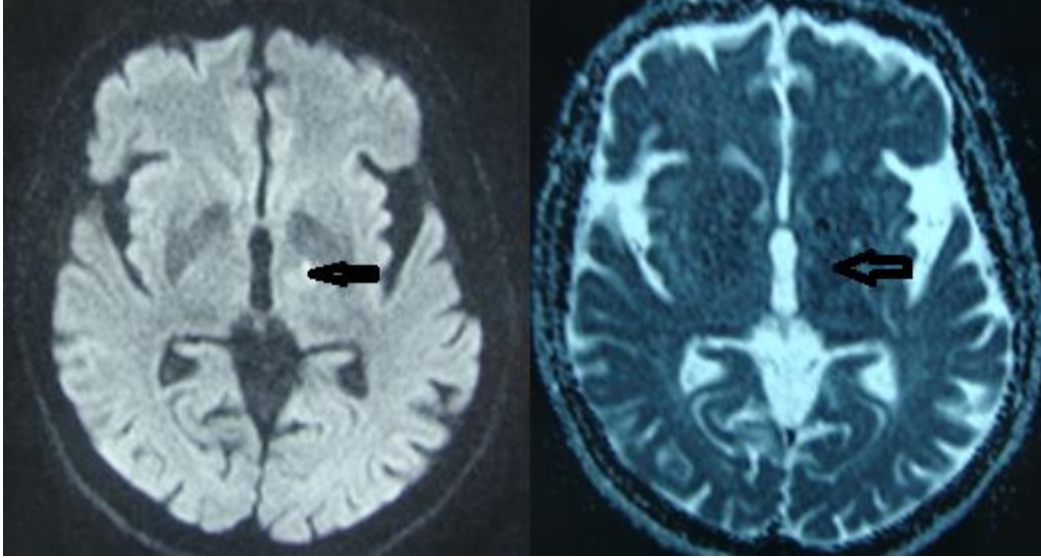
67 yaşında bayan hasta antihipertansif, antidiyabetik ve antihiperlidemik ilaçlar kullanıyor, yaklaşık 5 gündür geçmeyen sağ üst ekstremitede istemsiz hareketler olması üzerine acil serviste değerlendirildi. Oryante-koopere olan hastanın sağ üst ekstremitede distallerde düzensiz, küçük amplitüdlü istemsiz hareketler (koreiform) mevcut. Laboratuvar tetkiklerinde glukoz 168 mg/dl haricinde normal. Diffüzyon MRG' de sol talamusta B1000' de hiperintens, ADC' de hipointens lezyon alanları tespit edildi. Mevcut kliniğin Talamus iskemisi ile ilişkili olduğu düşünüldü, akut iskemik inme tanısıyla yatırıldı. Vasküler tedavi başlanan hastanın istemsiz hareketleri düzenlenen ketiyapin ile belirgin düzeldi.

Tartışma:

Kore aritmik, hızlı, sıçrayıcı veya akıcı, basit veya kompleks özellikte genellikle ekstremitelerin distalini tutan küçük amplitüdlü istemsiz hareketler olarak tanımlanır. Kore primer olarak kontralateral talamus ve bazal gangliyonlar lezyonlarından sonra ortaya çıkar, sıklıkla tek taraflı gözlenir. Kore altta yatan sebebin niteliğine göre primer ve sekonder olmak üzere iki ana gruba ayırmak mümkündür. Primer kore doğrudan beyni tutan nörodejeneratif ya da herediter hastalıklar sonucu ortaya çıkar. Buna karşın sekonder kore beyni ikincil olarak etkileyen bozukluklar ya da hastalıklar sonucu ortaya çıkar ve altında pek çok neden yatabilir. Sekonder nedenler içinde yapısal (iskemik-hemorajik beyin damar hastalıkları, travmalar...), toksik nedenler (karbonmonoksit, civa, etanol, nöroleptik, digoksin...intoksikasyonları), metabolik (hipo-hipernatremi, hipo-hiperglisemi, hipokalsemi, hepatik ensefalopati...) durumlar sayılabilir. Kore yapan en sık metabolik olay nonketotik yada ketotik hiperglisemidir. Korenin akut başlangıçlı olması özellikle ileri yaş hastalarında öncelikle vasküler ve yine metabolik olayları düşündürür.

Tedavi etyolojik nedene yönelik olmalıdır, bazı oldularda semptomlar hızlıca gerileyebilir, dirençli olgularda farmokolojik tedavide tipik antipsikotikler (haloperidol, pimoizid), atipik antipsikotikler (ketiyapin, aripiprazol) kullanılabilir.

Sonuç olarak, korede birçok etyolojik faktör rol oynayabilir. Özellikle ileri yaş hastalarda akut korede serebrovasküler hastalıklar ve metabolik bozukluklar akılda tutulmalıdır.



İkinci Basamak Devlet Hastanesine Başvuran İdari Amaçlı Adli Olguların Retrospektif Olarak İncelenmesi

Erdal Tekin¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Erzurum

Amaç:

Yeni bir işe veya kuruma başlarken, askere giderken, sportif aktivitelere katılırken, gözüaltına alınırken veya serbest bırakılırken, cezaevine giriş öncesi yapılan ve vücudunda herhangi bir yeni veya eski darp cebir izi olup olmadığının tespit edilmesi amacıyla yapılan genel adli muayeneye idari amaçlı adli muayene denilmektedir. Adli olaylarda yakalanan kişilerin gözüaltına alınmadan önce, gözüaltı süresi uzatılırken, serbest bırakılırken, yeri değiştirilirken veya cezaevine gönderilirken o anda acil servislerde nöbet tutan doktor tarafından kişinin sağlık durumu belirlenmesi, vücudunda lezyon olup olmadığı veya gerekli durumlarda kan veya benzeri biyolojik örneklerin alınması durumudur. Bu çalışmada ise son bir yılda acil servisimize müracaat eden/ettirilen idari amaçlı adli olguların retrospektif analizini yapıp demografik özelliklerini ve mevsimlere göre başvuru sayısının incelemeyi amaçladık.

Yöntem:

Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi Acil Servisi'ne 1 Ocak 2017-31 Aralık 2017 tarihleri arasında gelen tüm hastalar hastane dijital veri tabanı kayıtları kullanılarak retrospektif olarak tarandı. İdari amaçlı muayene kodu olan ICD Z02.0 kodu ile bir yıl içerisinde hastanemize gelen olgulara ulaşıldı.

Bulgular:

Bir yıl içerisinde acil servisimize 200263 hasta müracaat etmiştir. Bunların da 12417'si (%6.2) idari amaçlı muayene olarak gelmiştir. İdari amaçlı muayene için getirilen hastaların yaş dağılımına baktığımızda ise en küçük 1 yaşında en büyük 86 yaşında olduğu görülmüştür. Cinsiyet açısından incelediğimizde 10507'sinin (%84.62) erkek, 1910'unun (%15.38) kadın olduğu saptanmıştır. Aylara göre değerlendirdiğimizde ise en fazla Temmuz ayında 1088 (%8.76) olgu ile başvuru olduğu görülmüştür. Bu olguların % 64.7'sinin mesai saatleri içerisinde başvurduğu görüldü. Ayrıca bir yıl içerisinde hastanemize gelen bütün adli olguların %92.9'unu idari amaçlı adli muayeneler oluşturmaktadır.

Sonuç:

İdari amaçlı adli muayeneler acil servisler için ciddi iş yükü oluşturmaktadır. Sadece iş yükünü artırmakla kalmamakta aynı zamanda acil servislerin en yoğun ve en karışık olduğu saatlerde mevcut olan ortamı daha da çıkmaz hale getirmektedir. Ayrıca hastaların hizmet alma sürelerinin gecikmesine sebebiyet vermektedir. Tüm bu olumsuzlukların önüne geçebilmek amacıyla acil servis dışında adli muayenelerin yapılabileceği başka alanların oluşturulması ve 7 gün 24 saat hizmet vermesi sağlanmalıdır. Böylece hem adli vakalar acil servislerde beklememiş olur hem de acil sağlık hizmetleri sekteye uğramaz.

Delici Kesici Alet Yaralanmasına Bağlı Arteriovenöz Fistül ve Pseudoanevrizmanın Endovasküler Tedavisi: Olgu Sunumu

Dr. Öğr. Üyesi Ercan Korkut¹, Prof. Dr. Suat Eren²

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ:

Travmatik arteriovenöz fistüller çoğunlukla penetran yaralanmalar sonucunda, bazen de iatrojenik nedenlerle meydana gelir. Travmatik arteriovenöz fistül, bir arter ve venin yandaş ve yakın seyrettiği yerlerde penetran damar yaralanmalarının yaklaşık % 10 unda gelişir. Bu yazıda gluteal bölgeye delici kesici alet yaralanması sonucu gelişen perirektal pelvik arteriovenöz fistülün arterial embolizasyon yöntemi ile gerçekleştirilen başarılı endovasküler tedavisi sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU:

22 yaşında erkek hasta delici kesici alete bağlı gluteal yaralanma tanısı ile genel cerrahi kliniğine yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde sol gluteal bölgede spina iliaca anterior superior yaklaşık 5 cm posteriorunda 3 cm eninde delici kesici alet yaralanması mevcuttu. Makat bölgesinde dolgunluk hissi olan hasta gaz gaita yapamamaktan şikayetçi idi. Batın muayenesinde hassasiyet muskuler defans ve rabaunt yoktu. Rektal tuşede rektuma dışardan bası mevcuttu ve rektal kanaması yoktu. Hastanın yatışında Hg WBC diğer laboratuvar testleri normal değerlerde idi. Batın Bilgisayarlı Tomografide (BT) batında serbest hava ve mai olmadığı pelviste rektuma dışardan bası yapan 10X10 cm lik sol internal iliak arterden bir yandal ile beslenen arteriovenöz fistül ve anevrizma olduğu tespit edildi. Kalp damar cerrahisi kliniğince cerrahi müdahale düşünülmeyen hastaya radyoloji kliniğince görüşülerek trans kataterik arterial embolizasyon yapıldı. İşlem sonrası peri rektal hematoma ve anevrizma giderek rezorbe oldu. Gaz gaita deşarjı normale dönen hasta işlemin 10. Günü poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Bir ay sonra çekilen kontrol BT’de peri rektal hematomun rezorbe olduğu görüldü.

SONUÇLAR

Açık cerrahi uygulamanın zor olduğu durumlarda endovasküler işlemler, açık cerrahi müdahaleye oranla daha az morbidite ve post operatif hastanede kalış süresinin daha kısa olması yönleriyle primer tedavi yöntemi olarak uygun vakalarda tercih edilmektedir.

Elde Zumba Değil Zimba**Uzm. Dr. Sultan Tuna AKGÖL GÜR¹****¹Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği****GİRİŞ:**

Evin içinde veya ona ait çevrede oluşan kazalara ev kazaları denir. Kazalara neden olan ihmaller ve düşüncesizlikler mevcuttur. Çocuklar, tehlikelerin bilincinde olmamaları, çevresel risklere duyarlı ve açık olmaları, bulma ve öğrenme konusunda meraklı olmaları gibi nedenlerle ev kazaları açısından yüksek riske sahiptirler. Bazı kazalar küçük sıyrıklarla atlatılabilir. Acil servisimize başvuran ev kazası olgusunu sunmayı amaçladık.

VAKA:

12 yaşında bayan hasta acil servise sol el 2. parmağını tel zimbaya sıkıştırmış olarak getirildi. Tel zımbanın içinde teli oynatarak hastanın parmağını sıkışmış olduğu yerden çıkardık. Parmak ucunda sıyrık mevcuttu. Pansuman ve tetanoz aşısı yapıldı. Önerilerle hasta taburcu edildi.

SONUÇ:

Ev kazaları Çocukluk çağında önlenabilir sağlık sorunlarındanır.. Dikkat edilirse birçoğu önlenilmektedir. Sonuç olarak ev kazaları azaltmak amacıyla ebeveynleri uyarmalı ve ilk yardım eğitimleri verilmelidir.

Resim1

Renal Hematom ile Karışan Travmatik Wilm's Tümörü Perforasyonu; Olgu Sunumu**Binali fırıncı¹, Ö Çağlar****¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı**

Giriş: Wilm's tümörü çocuklarda sık görülen karın kitlelerindendir. Karında belirli bir boyuta ulaşana kadar asemptomatik seyredebilir. Çok nadir olarak travma sonrasında komplike olarak hastaneye başvurulabilir. Burada travma sonrası renal hematoma ön tanısı ile takip edilen perfore Wilm's tümörü olgusu sunulmuştur.

Olgu: Karın ağrısı ve karında şişlik nedeniyle kliniğimize başvuran 7 yaşında kız hastanın öyküsünden 1 hafta önce dış merkezde travma nedeni ile acil polikliniğine başvurmuş olduğu öğrenildi. Hastanın muayenesinde karın sol yarısını tamamen dolduran, orta sert kıvamda immobil kitle palpe edildi. Yapılan batın BT'de perirenal - perisplenik komplike sıvı ve hematoma izlendi. Travma hikayesi olan hasta, renal travma ve komplike kitle ön tanıları ile çocuk cerrahisi servisine yatırılarak takibe alındı. Yapılan batın MRG'de travmaya sekonder radyolojik bulguların eşlik ettiği, dalak ve diyafram ile sınırları net ayırt edilemeyen, sol böbrek kaynaklı olduğu düşünülen yaklaşık 10x9x10 cm boyutlarında kitle lezyonu tespit edildi. Hasta pre-operatif hazırlığı takiben sol böbrek kaynaklı komplike kitle ön tanısı ile ameliyat edildi. Ameliyatta sol üst kadranda, karın sol yarısını dolduran, etraf dokulara ve dalağa yapışık, dalak ile sınırları net olarak ayırt edilemeyen, sol böbrek kaynaklı kitle tespit edildi. Sol nefroüretrektomi, splenektomi ile birlikte kitle total olarak çıkartıldı. Histopatolojik inceleme sonucu Wilm's tümörü olarak rapor edildi. Post-operatif erken dönemde komplikasyonu olmayan hasta sorunsuz olarak takip edilmektedir.

Sonuç: Wilm's tümörü batında ileri derecede büyüdüğü zaman travmalardan kolayca etkilenebilir ve travma nedeni ile takip edilen hastalarda renal hematoma ve diğer travma bulguları ile karıştırılabilir. Tedavi de oluşabilecek farklılıklar dikkate alındığında olguların dikkatli bir şekilde incelenmesi gerekmektedir.

POSTTRAVMATİK RETROFARENGEAL HEMATOM

Dr. Öğr. Üyesi Korhan Kılıç¹, Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Sedat SAKAT¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Giriş: Retrofarengeal alan bukkofarengeal fascia ile prevertebral fascia arasında bulunan potansiyel bir boşluktur. Kafa tabanından başlayarak süperior mediastene kadar uzanır. Retrofarengeal alandaki kanamayı tetikleyen mekanizma, vertebral arterin spinal dallarındaki hasarlanma, anterior longitudinal ligament hasarlanması ve vertebra fraktürüne bağlı longus colli kasındaki injurilerdir. Bu injuriler hızlı kafa hareketleri, şiddetli öksürük veya hapşıрма, servikal omurga travması, hemorajik hastalıklar, yabancı cisim yutulması sırasındaki oluşabilecek hasarlanma ve boynun hiperekstansiyonu gibi birçok durumda karşımıza çıkabilir. Servikal fraktür olmaksızın izole retrofarengeal hematoma sebep olan whiplash injuri nadiren görülen bir durumdur. Boğaz ağrısı, nefes darlığı, disfaji ve bazen boyunda şişlik gibi semptomlarla karşımıza çıkabilir. Bu sunumda 91 yaşındaki erkek bir hastada whiplash injuriye bağlı gelişen izole retrofarengeal hematoma olgusunu sunduk.

Olgu: 91 yaşındaki erkek hasta düşme sonrası aniden gelişen nefes almada güçlük ve boğuk ses şikayeti ile acil servise başvurmuş. Kliniğimizce yapılan konsültasyon neticesinde hastanın orofaringeal ve larengeal endoskopik muayenesinde farenks arka duvarında öne doğru bombeleşme olduğu görüldü. Farengeal arka duvarın rengi kırmızı-mor görünümde olup larengeal yapılarda ve vokal kordlarda bir hasar izlenmedi. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin 10.7 g/dL, hematokrit % 30.5, platelet değeri 203000 idi. Diğer parametreler normal olarak değerlendirildi. Hastaya acil yan servikal grafi ve bilgisayarlı tomografi (BT) istendi. Yan servikal grafide retrofarengeal alanda bombeleşme izlendi. (Resim 1) BT’de retrofarengeal alanda kalınlık artışı, posterior farengeal duvarda öne doğru bombeleşme izlendi. Servikal spinal omurlarda herhangi bir fraktür hattına rastlanmadı. (Resim 2) Hastanın ciddi nefes darlığı olmadığından yakın takibe alındı. Posttravmatik 24. Saate bulgularında önemli oranda düzelleme izlendi. 3. Gün yapılan kontrol MRI’da retrofarengeal bölgedeki hematomda dramatik bir rezorbsiyon görüldü. (Resim 3-4) Endoskopik muayenesi radyolojik inceleme ile korele idi. Bu haliyle şikayetlerinde de düzelme görülen hasta 4. Gününde taburcu edildi.

Tartışma: Retrofarengeal hematoma havayolu obstrüksiyonuna sebep olan nadir bir durumdur. Fakat hayatı tehdit edebilecek potansiyele sahiptir. Retrofarengeal hematoma hastalar genellikle Capp’s triadı ile hastaneye başvurur. Bu triad trake ve özofagusta kompresyon, trakeanın öne doğru itilmesi ve boyunda kızarıklığı içerir. Ancak bu triad her zaman görülmeyebilir. Bizim hastamızda da bu triada rastlanmadı. Retrofarengeal hematomun tanısı klinik muayene ve radyolojik inceleme ile konulur. Radyolojik incelemede BT ve MRI çok değerli bilgiler sunar. Literatüre bakıldığında tedavide genellikle konservatif yaklaşım tercih edilmektedir. Ancak hematomun büyük boyutlara ulaşip hayatı tehdit eder hale geldiğinde cerrahi müdahale kaçınılmaz olur.

Sonuç: Oldukça nadir bir durum olan izole retrofarengeal hematoma, hayatı tehdit edebilecek sonuçlar doğurabileceği için travma sonrası solunum güçlüğü ve ses değişiklikleri ile gelen hastalarda akılda tutulması gereken klinik bir durumdur.

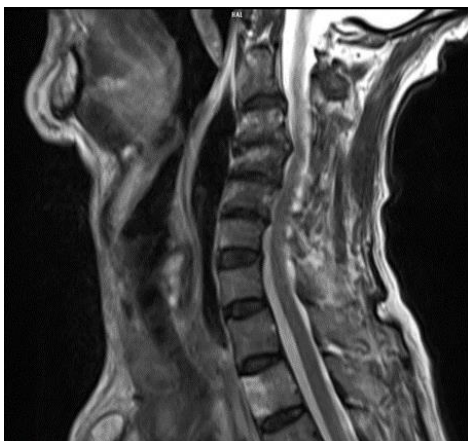
Resim 1



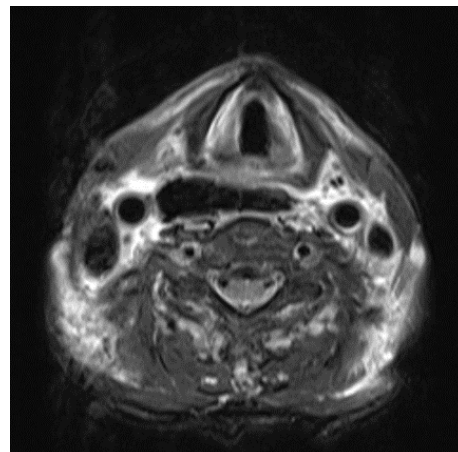
Resim 2



Resim 3



Resim 4



PERİNDOPRİL KULLANIMINA BAĞLI TEKRARLAYAN ANJİÖDEM**İlyas ÖZTÜRK¹****¹T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Erzurum**

GİRİŞ: Anjioödem, genellikle dil, ağız tabanı, dudaklar, larenks ve yüzde ortaya çıkan, subkutanöz veya submukozal ödeme bağlı şişliklerle kendini gösterir. Ender görülmekle birlikte hayatı tehdit edici boyutlara ulaşabilir. Ürtiker ve anjioödem histamin salınımına yolaçan birçok sebebe sekonder ortaya çıkabilir. Akut vakalar, çok sayıda topikal ve sistemik maddelere ve infeksiyonlara (tipik olarak viral ve paraziter) karşı genellikle tip 1 hipersensitivite yanıtı şeklinde ortaya çıkar. Akut ürtiker ve anjioödem ayrıca IgE'den bağımsız olarak histamin salınımını tetikleyen belirli ilaçlardan sonra (aspirin, NSAİ, opioidler, ACE inhibitörleri) ve fiziksel uyarılara (soğuk, güneş ışığı, egzersiz, sürtünme) ortaya çıkabilir. Burada perindopril kullanımına bağlı gelişen ve etyolojinin sorgulanmasının sıklıkla gözden kaçtığı anjiödem vakasını sunduk.

OLGU: 47 yaşında bayan hasta, yaklaşık 2 yıldır bilinen Hipertansiyon öyküsü mevcutmuş ve İndapamid 1,5 mg SR tb kullanmaktaymış. Baş ağrısı nedeniyle başvurduğu dış merkezde tansiyon yüksekliği olduğu belirtilen hastaya ileri merkeze başvurusu önerilmiş. Mevcut şikayetlerle tarafımıza başvuran hastanın yapılan fizik muayenesinde TA:150/90 mmHg (brakial), nabız:84 dk/radial ritmik, Ateş:36,8°C olarak ölçüldü. Diğer sistem muayeneleri normal olarak gözlendi. Bakılan tetkiklerinde; WBC:4300/mm³, Hmg:13,6 g/dl, PLT:154.000, Glukoz:96 mg/dl, Kreatin:0,7 mg/dl, Na:140 meq/l, K:3,7 mmol/l, TSH:2,25 µU/ml, FT4:0,26 ng/dl, spot idrarda + proteinüri tesbit edildi. Mevcut laboratuvar ve klinik bulgular eşliğinde hastaya perindopril 5 mg tb başlandı. 3 gün sonra TA takibi ile kontrole gelen hastanın TA regülasyonunun sağlandığı görüldü, ek şikayeti olmaması ve laboratuvar parametrelerinde değişiklik görülmemesi üzerine ilaç raporu çıkarılarak medikal tedavisinin devamı planlandı. Tedavinin 7.gününde anjiödem tablosu ile 2.Basamak Devlet Hastanesi Acil Servisine başvuran hastaya gerekli müdahaleler yapılmış fakat anjioödem etyolojisine yönelik kullanmakta olduğu ilaçlar sorgulanmamış. Mevcut ilaçlarına devam eden hasta tedavinin 10.gününde yeni bir anjioödem tablosu ile tarafımıza başvurdu. Başvuru anında dil şiş, ağrılı ve nefes darlığı şikayeti mevcuttu. Gerekli müdahaleler yapıldıktan sonra detaylı öykü sorgulamasında mevcut tablonun 10 günlük süreç içinde ikinci kez tekrarladığı belirtilmesi üzerine yeni başlanmış olan antihipertansif tedaviye bağlı olduğu düşünülerek medikal tedavisi değiştirildi. Takiplerinde belirtilen tablonun tekrarı gözlenmedi.

TARTIŞMA: ACE inhibitörleri, Hipertansiyon tedavisinde kullanılan 5 grup ilaçtan biridir ve kullanımına engel herhangi bir durum yoksa genellikle ilk sırada yada kombine tedaviler içerisinde kullanımı sıklıkla önerilmektedir. Öksürük, anjioödem ve potasyum yüksekliği gibi yan etkileri nedeniyle kullanımında kısıtlamalar olabilmektedir. Lokal ve sistemik olarak artan bradikinin seviyelerinin lokal vazodilatör etkisinin ve vasküler permeabilitedeki artışın anjioödem ve öksürüğe neden olduğu düşünülmektedir. Günümüzde, ACE inhibitörleri kullanımına bağlı anjioödem sıklığı %0,1-0,2 oranında bildirilmiştir. Sık kullanılan bir ilaç grubu olduğu dikkate alınacak olursa bu oran hiç de azımsanmayacak bir düzeydir. Günlük pratikte allerji ve ilişkili reaksiyonlar sık görülmekle birlikte genellikle tedavisi etkili bir şekilde yapılmaktadır. Fakat etyolojiye yönelik gerekli sorgulamalar tam olarak yapılmadığında ve neden olabilecek ilaçlar anında kesilmediğinde hayatı tehdit eden durumlarla karşılaşabilmektedir. Bu vakamızda da anjioödem sık bir sebebi olan ACE inhibitörü kullanımının akılda tutulması gerektiğinin önemini tekrar vurgulamak istedik.

ACİL SERVİS ÇALIŞANLARINDA DELİCİ KESİCİ ALET YARALANMALARINDA DUYARLILIK**Fatma Kesmez CAN¹, Selma SEZEN², Abdullah CAN³****¹Palandöken Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Erzurum.****²Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.****³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge SUAM, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı**

Acil servislerde hasta yoğunluğu ve iş yükünün fazla olması nedeniyle, sağlık çalışanları girişimsel işlemler esnasında kesici-delici aletlerle yaralanmak suretiyle kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan enfeksiyonlar açısından yüksek risk altındadır. Koruyucu önlemler alınmasına rağmen mesleki temaslar ve bulaş devam etmektedir. Bu sunuda konuyla ilgili farkındalığı artırmak istedik.

Bulaşma esas olarak perkütan yol ya da mukozal yolla meydana gelmektedir. Perkütan yolla bulaş; sağlam derinin sivri uçlu aletle, kesilerek, yanarak ya da soyularak bütünlüğünün bozulmasıyla meydana gelmektedir. Mukozal yolla bulaş ise göz, burun, ağız mukozasına kan ya da vücut sıvılarının teması sonucu gerçekleşmektedir. Çalışmalar perkütan yaralanmaların %30-70 arasında değiştiği ve yaralanmanın çoğunlukla Sağlık çalışanlarının kullandıkları kesici delici aletlerin açılması, kapatılması, atılması esnasında gerçekleştiği görülmüştür. Bulaşta etkenlerden ilk sırayı virüslerin aldığı; güncel olarak sıklıkla hepatit B virüsü (HBV), hepatit C virüsü (HCV) ve human immunodeficiency virüs (HIV) görülmektedir. HIV ile enfekte kanla perkütan yaralanma sonrası HIV bulaş riski yaklaşık %0,3, Perkütan yaralanmayı takiben HBsAg pozitif temasta ise risk %1-6 arasındadır. HCV pozitif kaynak ile perkütan temas sonrası risk ise % 3 civarındadır. Enfekte iğne batması olan tüm temaslarda bölgeye % 70'lik alkol 20-30 saniye uygulanır, sonra sabunlu su ile yıkanır, hızlı akan su altında 20-30sn kadar tutulur. Acil servis çalışanlarının hepatit B aşılı yapılmış olmalıdır. Riskli temas halinde enfeksiyon kontrol komitesi(EKK) talimatına uygun takipleri yapılmalıdır. Çalışanlara el hijyeni, kesici-delici alet yaralanması halinde yapılması gerekenler, tıbbi atık yönetimi, izolasyon önlemleri, koruyucu ekipman kullanımı konulu eğitimler her yıl düzenli olarak EKK tarafından verilmelidir.

Sonuç olarak Standart önlemler: Duyarlı personelin aşılınması, koruyucu ekipman kullanılması, standart enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınması, güvenli araç ve malzeme kullanılması, çalışma sırasında kurallara uyulması (iğne kapağı kapatmama gibi) ile yaralanmaların önlenmesinde ve bulaşıcı olabilecek tüm hastalıklardan korunma etkili yoldur.

Üçüncü Basamak Bir Acil Servisin Saatlere Göre Yoğunluk Durumu

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman KOÇAK¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

AMAÇ: Acil servisler; 24 saat kesintisiz hizmet veren, hayat kurtaran en önemli sağlık merkezlerinden biridir ve her geçen gün acil servislere yapılan başvurular hızla artmaktadır. Bizde çalışmamız ile acil servislerin belirlenen saatlerdeki hasta sayısına bakarak yoğunluk durumunu tespit etmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamız Çalışmamız 1-10 şubat 2018 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil servisinde prospektif, olarak yapılmıştır. Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Acil servisimiz kırmızı, sarı ve yeşil alan hastalarını kabul eden üç bölümden oluşmaktadır. Acil servisimizde aynı anda hasta muayenesi yapılabilen 2 arena ve toplam 24 sedye bulunmaktadır. Ayrı bir alanda bulunan yeşil alan hastaları çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmamız acil servisimizde bulunan 24 sedye de olan hastalar üzerinde yapılmıştır. Saat 11:00, 14:00, 17:00, 20:00, 23:00 ve 02:00 'da acil serviste bulunan hasta sayısı kayıt altına alınmıştır. elde edilen veriler değerlendirilmiştir.

SONUÇ: Saatlere göre anlık elde edilen verilere göre acil servisin en dolu olduğu saat 21:00'dır. En az doluluk oranı ise 02:00 olarak tespit edilmiştir. Sırasıyla doluluk oranları 11:00'de %44.54, 14:00'de %47.46, 17:00'de %56.83, 20:00'de %76, 23:00'de %65.08, 02:00'de %37,75 olarak tespit edilmiştir.

TARTIŞMA: Beklenildiği gibi acil servislerin en dolu olduğu anlar saat 21:00 dolaylarıdır. Bu verilere göre acil servislerin yoğun olduğu saatler belirlenmektedir. Hastane ve acil servis yöneticileri bu veriler doğrultusunda çalışma saatlerinde düzenleme yapabilir.

ACİL SERVİSTE İSHALLİ HASTAYA YAKLAŞIM**Fatma Kesmez Can¹****¹Palandöken Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Erzurum.**

İshaller, tüm dünyada önemli bir halk sağlığı problemidir. Çocuk, yaşlı ve immun düşkün hastalarda daha ağır seyredip, ölümcül olabilir. İshal dışkı sıklığında, hacminde ve sıvı içeriğinde artma ile seyreden bir sendromdur. Süresine göre akut (< 14 gün), persistan (≥ 14 gün) ve kronik (≥ 30 gün) olarak sınıflanır. Bu sunuda acil servislerde yoğun olarak takip edilen bu hasta grubunda sistematik düşünmeyi amaçladık.

Acil servise ishal, bulantı, kusma, karın ağrısı ile başvuran hastalarda iyi bir anamnez etkeni tahmin ettirebilir. Hastanın yaşı, İshalin şiddeti ve süresi, altta yatan hastalığın varlığı, son 2-3 gün içinde şüpheli gıda tüketimi, diğer aile bireylerinde, aynı gıdayı tüketenlerde veya çevrede benzer hastalığı olanların varlığı, son 6 hafta içinde antibiyotik kullanımı, endemik yöreye seyahat öyküsü sorgulanmalıdır. Hastada ateş, tenezm, karın ağrısı, dışkıda kan ve mukus varlığı sorgulanır. Fizik muayene ile vital bulgular ve hidrasyonu değerlendirilir. dehidratasyon derecelendirmesi yapılır ve buna göre hastaneye yatış planlanır. Dışkı sulu ise, kan ve mukus yoksa Karın ağrısı, tenezm, ateş yoksa ince barsak tipi ishal düşünülür ve hidrasyon yapılır, antibiyotik verilmez. Hastada; ateş, tenezm, karın ağrısı, dışkıda kan/mukus varsa kalın barsak tipi ishal düşünülür. Dışkının makroskopik ve mikroskopik incelemesi yapılır. Dışkı mikroskopisinde lökosit varsa enflamatuvar ishal düşünülerek hastaya antibiyotik tedavisi önerilir. Ampirik tedavide ilk seçilecek ajan erişkinlerde florokinolonlar, çocuklarda ise trimetoprim-sülfametoksazol'dür. Dışkı mikroskopisinde amip veya Giardia lamblia görüldüyse antiprotozon tedavi başlanır. Nonenflamatuvar ya da ince barsak tipi ishal; Mukozal absorpsiyon yüzeyinin azalması, toksin etkisi ile enflamatuvar veya kalın barsak tipi ishal ise; mikroorganizmanın kolonu invazyonu ve bunu izleyen enflamasyon ile oluşur. Nonenflamatuvar ishallerden; Giyariyaz, Kolera, rotavirüs, adenovirüs, B.cereus, staf aureus Enflamatuvar ishallerden; Şigelloz, Salmonelloz, C.jejuni enterokoliti, amipli dizanteri, C.difficile koliti akla gelmelidir. İntaniye konsültasyonu gereğinde yapılmalıdır.

Sonuç olarak; dünyada ve ülkemizde yaygın morbidite ve belirli ölçülerde mortalite nedeniyle akut ishallere hızlı bir biçimde tanımlanıp tedavi edildiklerinde yüz güldürücü sonuçlar alınabilmektedir.

Karbonmonoksit Zehirlenmesi Sonrası Bilateral Serebellar Enfarkt

Arş. Gör. Dr. Emre ŞENGÜN¹, Arş. Gör. Dr. İbrahim ÖZLÜ¹, Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman KOÇAK¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ:

Karbonmonoksit (CO) renksiz, kokusuz, tatsız, nonirritan bir gazdır. Yapısında karbon atomu taşıyan maddelerin tam yanmaması sonucu oluşur. CO zehirlenmesi toksikolojik kaynaklı en sık bildirilen ölüm sebebidir. CO hemoglobine bağlanma kapasitesi oksijene göre 250-300 kat fazladır. Bu yüzden dokularda oksijenlenmeyi bozarak sekonder hipoksi oluşturur ve end organ hasarı yapar. Tanıda kan gazından düzeyinin ölçülmesi ve böbrek fonksiyon testleri ile renal etkilenimin saptanması, troponin ile kardiyak etkilenimin saptanması, elektrolit ölçümü ile asidoz durumunun saptanması kullanılır. Klinik durum maruziyet süresine ve kandaki düzeyine göre değişir. Beyin ve kalp başta olmak üzere böbrek, kalp-damar, solunum, cilt ve birçok dokunun tutulumuna bağlı semptomlar gelişir. Tedavide yüksek akımlı %100 oksijen veya hiperbarik oksijen tedavisi kullanılır.

VAKA:

79 yaşında erkek hasta acil servisimize baş dönmesi, mide bulantısı şikayetiyle başvurdu. Hastanın alınan anamnezinde gece soba ile ısıtılmalı odada yattığı; gece saat 3 civarında baş dönmesi ve mide bulantısının olduğu ve sabah acil servise başvurduğu öğrenildi. Hastanın hipertansiyon dışında bilinen ek hastalığı yoktu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde nörolojik muayenesi normal, elektrokardiyografisi normal sinüs ritmindeydi. Hastanın alınan tetkiklerinde karboksihemoglobin düzeyi %15 olması dışında özellik yoktu. Normobarik tedavi amacıyla acil kliniğimize kabulü yapılan hastanın takibinin 36. saatinde semptomlarının devam etmesi üzerine çekilen diffüzyon Manyetik Rezonans Görüntülemesinde serebellumda bilateral akut evre enfarkt saptandı(Resim1-2). Hastanın karboksihemoglobininin normal düzeye gerilemesi ve semptomlarının devam etmesi üzerine iskemik serebrovasküler hastalık tanısıyla klinik takip ve tedavi amacıyla nöroloji kliniğine devri yapıldı.

SONUÇ:

CO zehirlenmesi birçok sistemi etkilediği için karşımıza nonspesifik semptomlarla başvurmaktadır. Bir çok hasta baş dönmesi, mide bulantısı, baş ağrısı gibi genel semptomlarla başvurmaktadır. Biz vakamızda karbonmonoksit zehirlenmesi ile başvuran hastada akut enfarktın aynı anda olabileceğini; diğer ayırıcı tanılar açısından dikkatli olunması gerektiğini vurgulamak istedik.

TRAFİK KAZASI SONRASI TESADÜFİ PULMONER EMBOLİ

Arş. Gör. Dr. Emre ŞENGÜN¹, Arş. Gör. Dr. Ömer Faruk GEMİŞ¹, Dr. Öğr. Üyesi Erdal TEKİN¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ:

Pulmoner tromboembolizm (PTE) mortalitesi ve morbiditesi yüksek, tekrarlayabilen ve tanısında çoğu zaman güçlük çekilen bir durumdur. %95 alt extremité derin venlerinden kopan bir trombüs sebep olur. Pulmoner emboli ile derin venlerde olan trombozun genel adı venöz tromboemboli (VTE) olarak isimlendirilir. Geçirilmiş operasyonlar, immobilizasyon, kalıtsal hastalıklar, diz kalça replasmanları, maligniteler, kemoterapi gibi bir çok risk faktörü VTE sebep olur. Amerika Birleşik Devletleri verilerine göre VTE'nin ortalama yıllık insidansı yaklaşık 1/1000 olup, yaşla birlikte artar ve 80 yaşından sonra 45-50 yaşındakine göre yaklaşık 10 katına yükselir. En sık göğüs ağrısı, sırt ağrısı, nefes darlığı, bacakta şişlik, öksürük, hemoptizi gibi semptomlarla başvurur. Fizik muayenede sinüs taşikardisi, hipotansiyon, puls oksimetre düşüklüğü, elektrokardiyografide (EKG) sinüs taşikardisi ve sağ kalp yüklenme bulguları, akciğer muayenesinde ral ronküs gibi nonspesifik bulgular bulunur. Hastanın tetkiklerinde hipoksi, hipokapni, D-Dimer yüksekliği, troponin yüksekliği gibi nonspesifik bulgular bulunur. Tanıda alt extremité doppler ultrasound, ekokardiyografi, pulmoner tomografi anjiyografi ve ventilasyon perfüzyon sintigrafisi kullanılır. Tedavide oral antikoagülanlar ve trombolitik kullanılır.

VAKA:

76 yaşında erkek hasta acil servisimize araç içi trafik kazası olarak 112 ekipleriyle getirildi. Hastadan alınan anamnezde sürücü olduğu, aracı sürdüğü esnada göğsünde ağrı ve nefesinde kesilme olduğu sonrasında direksiyon hakimiyetini kaybettiği öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde tansiyon arterial: 100/60 mm/hg nabız:118/dk saturasyon: %86; nazal septum üzerinde 1 santimetrelilik(cm) kesisi ve sol el üzerinde 2 cm dermabrazyonu mevcuttu. Hastanın oskültasyonla akciğer sesleri bilateral kabalaşmış ve bazal kısımlarda ronküsleri mevcuttu. Hastanın çekilen elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi dışında özellik yoktu. Hastanın travmaya yönelik tetkikleri tamamlanan ve travma açısından görüntülemeleri radyoloji kliniğince normal yorumlandı. Hastanın tekrar tarafımızca değerlendirilen toraks bilgisayarlı tomografi anjiyografisinde bilateral pulmoner arterlerde eyer tarzında emboli saptandı. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla göğüs hastalıkları kliniğine devredildi.

SONUÇ:

Pulmoner emboli klinik olarak önem arz eden, ölümcül komplikasyonlara sebep olabilen ve tedavisi uzun süren bir hastalıktır. Klinik olarak karşımıza değişik semptomlar ve bulgularla başvursada olgumuzda olduğu gibi trafik kazası gibi sekonder yaralanmalara sebep olabilir. Travma açısından hastaları incelediğimizde anamnezi dikkatli sorgulanmalı ve yaralanmaya sebep olacak diğer klinik olaylar açısından dikkatli olunmalıdır.

Çocuklarda Travmaya Bağlı Gelişen Skrotal Yaralanmaların Değerlendirilmesi

Dr. Öğr. Üyesi Serhat Karaman¹, Opr. Dr. Engin Kölükçü²

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Tokat

²Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Tokat

Giriş: Genel vücut travmalarının yaklaşık %10-15'inde genitoüriner sistem travmaları izlenmektedir. En sık böbrek yaralanması ile karşılaşırken skrotal bölge yaralanmaları oldukça nadir görülmektedir. Bu çalışmamızda acil kliniğinde skrotal yaralanma tespit edilen çocuk hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Son 3 yıl içerisinde 15 yaş altı skrotal yaralanma tanısı ile acil serviste değerlendirilen çocuk hastalarının verileri geriye dönük olarak analiz edildi. Verilerinin bilimsel çalışmalarda kullanılmasına onam vermeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Çalışmaya 23 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 9.13(3-15) olarak hesaplandı. 18 hastanın acil kliniğine yaz mevsiminde başvurduğu görüldü. Hastaların 1'inde kesici delici alet yaralanması, 3'ünde trafik kazası, 5'inde dikenli bahçe telli gibi kesici zemin üzerine düşme ve 14'ünde bisiklet kullanım sonrası yaralanma öyküsü mevcuttur. Olgulardan 5'ine cerrahi onarım uygulanırken, 4 olguda primer sütür ile onarım yapıldı. Diğer hastalar ise konsertatif olarak takip edildi.

Sonuç:Çocuklarda skrotal yaralanmalar en sık yaz mevsiminde görülmekte olup hastaların büyük kısımda konsertatif yaklaşım yeterli olmaktadır.

Soliter Böbrekli Hastalarda Acil Double J Üreteral Stent Uygulamalarımız

Opr. Dr. Engin Kölükçü¹, Dr. Öğr. Üyesi Serhat Karaman²

¹Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Tokat

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Tokat

Giriş: Obstrüktif üropati, böbrekten mesaneye kadar olan idrar akımındaki obstrüksiyonu ifade etmektedir. Taş hastalıkları, malign üreter tümörleri, üreter darlıkları veya tümör basısı gibi çok değişik etiyolojik faktörlere bağlı olarak gelişebilmektedir. Son yıllarda radyolojik görüntüleme yöntemlerindeki teknolojik yeniliklerle doğru orantılı olarak acil kliniklerinde artan sıklıkla izlenmektedir. Bu çalışmamızda obstrüktif üropatinin ortadan kaldırılması amacı ile acil double-j üreteral stent uygulanan soliter böbrekli hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada Aralık 2016–Şubat 2018 tarihleri arasında acil kliniğinde obstrüktif üropati tanısı konulan ve acil üreteral double-j stent uygulanan 29 hastanın dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Demografik bulgular, başvuru şikayetleri, obstrüksiyon düzeyleri ve modifiye Clavien sınıflamasına göre komplikasyonlar oranları analiz edildi.

Bulgular: Double-j stent uygulanan 19 (% 65,5) erkek, 10 kadın (% 34,5) toplam 29 hasta çalışmaya alındı. Double-j stent uygulanan 29 hastanın 15'in geçirilmiş taş cerrahisi, 4 'ün malignite tanısı ve 1'in travma öyküsü mevcuttu. 9'un medikal öyküsünde özellik yoktu. Tüm hastalarda bulantı, kusma, beslenme güçlüğü gibi üremik semptomlar, yan ağrısı, idrar çıkışında belirgin azalma veya idrar çıkışının olmaması ortak bulgu idi. Ortalama hasta yaşı 51.1 yıldır. Hastaların 17'inde sağ hidronefroz, 12'sinde solhidronefroz tespit edildi. Hidronefroz derecesi açısından incelendiğinde 5 hastada grade 1, 12 hastada grade 2, 7 hastada grade 3 ve 5 hastada grade 4 hidronefroz izlendi. Operasyon süresi 44.04 dakika olarak hesaplandı. 3 hastada postoperatif dönemde kan replasmanı gerektirmeyen uzamış hematüri izlendi. 2 hastada antibiyotik ile tedavi edilmesi gereken üriner sistem enfeksiyonu gözlemlendi. 1 hastada stent migrasyonu izlenmesi üzerine ikinci bir endürolojik girişime ihtiyaç duyuldu. Hiçbir hastada modifiye Clavien sınıflamasına göre evre 4 komplikasyon izlenmedi (Tablo-1).

Sonuç: Soliter böbrekli hastalarda acil üreteral double-j stent uygulamaları düşük komplikasyon oranları ve etkili sonuçlarıyla üriner obstrüksiyonun acil tedavisinde etkili yaklaşımlardan birisi olduğu kanaatindeyiz.

Tablo-1: Modifiye Clavien Sınıflamasına Göre Komplikasyonlar

Komplikasyon	Modifiye Clavien Sınıflaması	Oran
Hematüri	Clavien 1	3
Üriner sistem enfeksiyonu	Clavien 2	2
Stent migrasyonu	Clavien 3b	1

Nadir Görülen Bir Yenidoğan Acili: Konjenital Diyafragma Hernisi

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Kara¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş

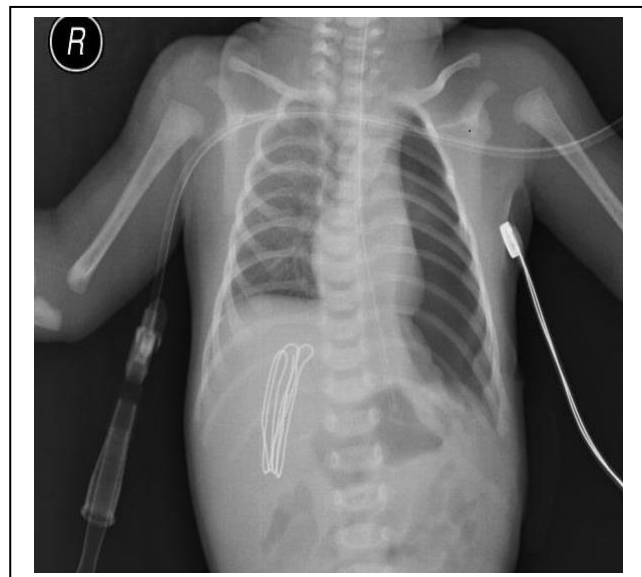
Konjenital diyafragma hernisi (KDH), diyafragmanın gelişimsel anomalisi sonucu abdominal organların toraksa herniye olmasıdır. Çoğunlukla sporadik olarak ortaya çıksada, OR, OD ve X'e bağlı kalıtım içeren ailesel olgularda bildirilmiştir. Diyafragmatik defekt genellikle (%95) posterolateral (Bochdalek hernisi), retrosternal, peristernal (Morgagni hernisi) veya nadiren santral olabilir. Herniasyon %80-85 soldadır. Bilateral herni ise nadirdir (< %2). KDH prevalansı 10.000 canlı doğumda 1-4 arasındadır. Ultrasonografi ile prenatal tanı %80-90 oranında konulabilmektedir. KDH'nin prenatal tanısı; doğumun yenidoğan yoğun bakım ünitesi olan merkezlerde gerçekleştirilmesi ve gerekli tedbirlerin alınarak doğumdan sonraki tedavinin planlanması ve uygun tedavi yaklaşımları açısından önemlidir.

Olgu

Otuz yaşındaki annenin 4. gebeliğinden, 38 haftalık olarak sezaryen ile dış merkezde doğan kız hastaya, solunum sıkıntısı nedeniyle kısa süre ile balon maske ile pozitif basınçlı ventilasyon uygulanmış ve entübe edilerek ventilasyona bu şekilde devam edilerek kliniğimize sevk edilmiş. Annenin gebelik süresince düzenli takip yaptırmadığı öğrenildi. Taşipneik ve zorlu solunum çabası içerisinde olan hastanın solda akciğer sesleri alınamadı. Batın çökük görünümde idi. Hasta mekanik ventilatöre (MV) bağlanarak monitörize edildi. Orogastrik sonda takılarak serbest drenaja alındı. PA AC grafisinde sol toraksta barsak ansları görüldü (**Resim1**). KDH tanısı konan ve oral beslenmeyen hastaya TPN başlandı. Preop yapılan ekokardiyografide Patent Duktus Arterizus (PDA) ve pulmoner hipertansiyon (PH) tespit edilmesi üzerine PH'na yönelik inhale nitrikoksit tedavisi başlandı. Tedavi sonrası yapılan kontrol ekokardiyografide PDA'nın kapandığı ve PH'nun düzeldiği rapor edildi. Opere edilen ve MV'de takip edilen hasta postop 2. gün (**Resim 2**) extübe edilerek CPAP' alındı, 7. gün ise ventilatörden tamamen ayrıldı. Postnatal 17. gününde tam enteral beslenmeye geçilerek TPN'si stoplandı ve anne yanında takibe alındı. Oksijen ihtiyacı düzelen hasta postnatal 28. günde kontrole gelmek üzere taburcu edildi. (**Resim 3**)



Resim 1: KDH'li hastada PA AC grafide sol hemitoraksta barsak ansları



Resim 2: Postop 2. Gün çekilen kontrol PA AC grafisi



Resim 3: Hastanın taburculuk öncesi çekilen PA AC grafisinde expanse olarak

Tartışma:

Konjenital diyafragma hernisi, diyafragmanın gelişimsel anomali sonucu abdominal organların toraksa herniye olmasıdır. Diyafragmatik defekt cerrahi olarak düzeltilebilse de, visseral organların inutero herniasyonu pulmoner hipoplazi ve pulmoner hipertansiyon gibi fatal seyirli problemlere yol açabilir. KDH patogenezi kesin olarak belirlenmemiştir. Ancak önde gelen teoriler arasında, fertilizasyon sonrası 4. ve 10. haftalarda plevroperitoneal kıvrımların normal kapanmasının başarısız olması veya diyafram ve diğer somatik yapıların oluşumu sırasında mezenkimal hücrelerin farklılaşmasını bozan genetik veya çevresel etkenlerin bu anomaliye neden olabileceği yer almaktadır. Prenatal tanı ultrason ile konur. Tanıda ortalama gestasyon yaşı 24 haftadır. Ayırıcı tanıda; konjenital kistik adenomatoid malformasyon, bronkopulmoner sekestrasyon, bronkojenik kistler, bronşiyal atrezi, enterik kistler ve teratomlar sayılabilir. Prenatal olarak bakılan; anormal kromozomal yapı, eşlik eden ciddi anomaliler, sağ taraflı defekt, karaciğer herniasyonu ve düşük fetal akciğer volümünde prognoz daha kötüdür. Akciğer alanı baş çevresi oranı (LHR) mortalite öngörüsü olarak kullanılabilir.

Prenatal tanı, hastaya müdahale edecek hekim ve sağlık personelinin hastalık hakkında fikir sahibi olması tedavi yaklaşımı açısından büyük önem taşır. Prenatal tanı konulmuş hastalarda doğum sonrası için gerekli tedavinin planlanmasının hayatta kalma oranını arttırdığı bilinmektedir.

Bizim olgumuzda hastanın prenatal tanısı olmayıp doğduktan sonra hasta balon maske ile ventile edilmiştir. KDH tanılı veya klinik olarak KDH düşünülen hastalarda ventilasyon desteği gerektiğinde ventilasyonun balon maske ile değil entübe edilerek ventilasyon desteği yapılması gerektiği unutulmamalıdır.

Sonuç olarak, KDH'sinin prenatal tanısı US ile yüksek oranda konulabilmektedir. Bu durumda doğum yeterli donanımın olduğu bir merkezde gerçekleştirilmeli ve gerekli tüm tedavi planlanması yapılarak hastaların yaşama şansının arttırılabileceği akılda tutulmalıdır.

Abdominal, Pelvik ve İskelet Sistemindeki Travmalarda Dual Enerji CT'nin Önemi**Uzm.Dr.Gökhan Polat¹****¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı****Giriş:**

Bilgisayarlı tomografi (BT), künt veya penetran travması olan ve hemodinamik olarak stabil olan hastaların değerlendirilmesinde önemlidir. Hemodinamik olarak stabil hastalar için abdominal BT, standart haline gelmiştir çünkü bu hastalarda BT, unstable kırıkları, ciddi solid organ hasarı, bağırsak hasarı veya aktif kanama gibi acil terapötik müdahalelere yol açabilecek bulguların saptanmasında yardımcı olabilir. Dual-energy (DE) BT, travma hastalarında abdominal BT'nin yorumlanmasına yardımcı olabilecek birçok uygulamaya sahip bir teknolojidir. Özellikle DE CT, iyot içeriğinin doğrudan görselleştirilmesi için kullanılabilecek postprocessing tekniklerine sahiptir. Bu, solid organ ve içi boş viseral yaralanmaların değerlendirilmesinde ve potansiyel aktif kontrast ekstrasvazasyonunun değerlendirilmesinde yardımcı olabilir. Düşük kiloelektron volt düzeylerinde, iyot içeriğinin belirginleşmesi organ perfüzyonunun azaldığı alanların değerlendirilmesini geliştirilebilir. Ek olarak, DE CT ile oluşturulan sanal non-kalsiyum görüntüler, kemik iliği ödeminin doğrudan görüntülenmesine izin verebilir, bu da gizli kırıkların tespit edilmesini geliştirebilir.

DUAL-CT Prensipleri:

Konvansiyonel abdominal BT, tarama tipine ve klinik endikasyona bağlı olarak 80 kVp ila 140 kVp arasında değişen tek bir enerji spektrumu kullanılarak CT verisini elde etmek için kullanılır. DE CT ile, iki enerji spektrası kullanılarak veriler elde edilir. Genellikle düşük enerjili (80 veya 100 kVp) ve yüksek enerjili (140 kVp) seviyeleri içerir. Düşük ve yüksek-kilovolt pik görüntüleri, geleneksel 120-kVp görüntülere benzer görüntüler oluşturmak için tipik olarak harmanlanmıştır. DE CT, kilovolt pikinin (örneğin iyodin ve yumuşak doku) bir fonksiyonu olarak farklı x-ışını absorpsiyon davranışları olan materyalleri ayırmak veya ölçmek için kullanılabilir. Bu iki kilovoltta elde edilen verilerle görüntüden kontrast materyal otomatik olarak çıkarılır ve kontrastsız görüntüler elde edilebilir. Bu teknik aynı anda kontrastsız + kontrastlı iki çekimin karşılığı olmakla birlikte iyot haritalama ile organların kontrast- perfüzyon haritasını çıkarabilmektedir.

Solid Organ-Bağırsak Yaralanmaları:

Travma hastalarında, özellikle künt travma yaşayan hastalarda solid organ yaralanması yaygındır ve en sık yaralanan solid organlar da (sırayla) dalak, karaciğer ve böbreklerdir. Tüm solid organlar için travmatik yaralanmalar, nispeten hipodens olan, parankimal coğrafi bölgeler olarak ortaya çıkar ve organ laserasyonları genel olarak görünüşte lineer veya dallanma gösterir. Bir solid organ laserasyonu veya hematoma saptanması, radyoloğun normal olan organ parankimi ile karşılaştırıldığında nispeten hipodens olan parankimi tanımlamasını gerektirir. Bazı durumlarda, özellikle de bir laserasyonun kontrast / gürültü oranı düşükse bu zor olabilir. Karın travması olan hastalarda pankreas yaralanması özel bir zorluk teşkil eder, çünkü pankreatik parankimal faz diğer abdominal organlara göre daha erken ortaya çıkar ve bu nedenle pankreas çoğu travma protokolünde en yüksek parankimal kontrastlanmada değildir. Ek olarak, pankreatik travma, diğer solid organ yaralanmaları yerine morbidite ve mortalitede daha yüksektir. Pankreatik travma tedavisi büyük ölçüde kanalın dahil olup olmadığına bağlıdır ve organın en iyi kontrast dozunda taranmaması durumunda bu katılımın karakterize edilmesi zor olabilir. Bağırsak ve mezenterik yaralanmaların erken teşhisi ve tedavisi önemlidir. Künt travma geçiren hastalarda solid organ yaralanmaları konservatif olarak yönetilse de,

bağırsakta veya mezenterde zedelenmiş yaralanma hemen hemen her zaman cerrahi olarak tedavi edilir, çünkü tanıdaki gecikmeler peritonite ve ölüme yol açabilir. Maalesef bu konuda CT bulguları göstermede yetersiz olabilmektedir. Ek olarak, barsak veya mezenterik yaralanmaya özgü bulgular (künt travma geçirmiş hastalarda serbest hava, bağırsak duvarının fokal süreksizliği, ekstrasözif oral kontrast madde, anormal barsak duvarı artışı, mezenterik hematoma veya aktif ekstrasözasyon ve düzensizlik) çok nadirdir ve bu nedenle CT hassas değildir. Mümkün olan barsak yaralanması vakalarında DE CT kullanılması en büyük yararı, bağırsak duvarındaki kontrastlanmanın değerlendirilmesidir. Dual CT ile kontrastsız+kontrastlı+iyot haritası elde edilir. Bunun yanında non-kalsiyum görüntüler ile ortamdaki kalsiyum uzaklaştırılarak özellikle kemik dokulardaki ödemin net olarak görülmesi sağlanır. Bu fark edilmemiş fraktürlerin belirlenmesinde ve bir fraktürün akut-kronik evrelemesinde önemli rol oynar.

Sonuç

Dual enerji CT acil Travmatik patolojilerde özellikle aktif ekstrasözasyon ve intestinal anis iskemisi şüphesinde, rutin CT görüntülemeye sonrası gereklilik halinde önemli veriler sağlayabilir. Akut Travmaya sekonder gelişmiş akut fraktürlerin belirlenmesinde ödemin gösterilmesinde etkilidir.

NADİR GÖRÜLEN BİR DURUMA AİT OLGU SERİSİ: LERICHE SENDROMU

Uzm. Dr. Yeliz GÜL¹ Dr. Öğr.Üyesi Evrim GÜL²

¹Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Bölümü

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Amaç: İnfrarenal aorta veya bilateral iliak arter bifurkasyonunun tromboz ile tıkanması sonucu ortaya çıkan Leriche sendromlu hastaların değerlendirilmesi.

Yöntem: 2012-2018 yılları arasında acil servise başvuran ve radyolojik olarak Leriche sendromu tanısı alan 5 hasta retrospektif değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama yaş 63,8, 4'ü erkek (%80), 1'i kadın (%20) idi. 3 hasta da başvuru şikayeti ayaklarda güçsüzlük, his kaybı, 2'sin de ise karın ağrısı idi. Yandaş hastalık %80 İKH, %60 HT, %40 DM idi. Hastaların tümüne bilgisayarlı tomografi ile tanı konuldu. Hastaların 2'si eksitus ile sonuçlandı.

Sonuç: Nadir görülmesine rağmen mortalitesi yüksek olan Leriche sendromu, alt ekstremitelerde ağrı, güçsüzlük, yürüme bozukluğu şikayeti ile acil servise müracaat eden olgularda ayırıcı tanıda düşülmesi gerekir.

TRAVMA HASTALARINDA SKAPULA KIRKILARINA EŞLİK EDEN TORAKS YARALANMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Öğr.Üyesi Evrim GÜL¹

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Amaç: Skapula kırığı olan travma hastalarına eşlik eden toraks içi ek yaralanmaların değerlendirilmesi

Yöntem: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Ocak 2012-Aralık 2017 tarihleri arasında başvuran skapula kırığı olan travma hastalarının kayıtları geriye dönük tarandı. Hastaların dosyalarından demografik verileri, görüntüleme sonuçları değerlendirilerek standart veri formuna kaydedildi. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik değişkenler ise yüzde olarak verildi.

Bulgular: Acil servisimizde 2012-2017 tarihleri arasında skapula kırığı tanısı konulan 52 travma hastası çalışmaya alındı. Hastaların yaş ortalaması 49,06 $\pm$ 18,42 idi. Hastalarımızın 46'sı (%88,46) erkek, 6'sı (%11,54) ise kadındı. Hastalarda en sık travma mekanizması araç içi trafik kazasıydı (n:21 %44,2). Ayrıca düşme (n:19 %36,5), araç dışı trafik kazası (n:4 %7,7), ateşli silah yaralanması (n:4 %7,7), motorsiklet kazası (n:2 %3,8), iş kazası (n:2 %3,8) idi. Hastalarda eşlik eden en sık toraks içi yaralanma kot kırığıydı (n:23 %44,2). Ayrıca akciğer kontüzyonu (n:21 %40,4), pnomotoraks (n:13 %25), klavikula kırığı (n:10 %19,2), akciğer laserasyonu (n:5 %9,6), hemotoraks (n:4 %7,7), sternum kırığı (n:3 %5,8), torakal vertebra kırığı (n:12 %23,1), lomber vertebra kırığı (n:3 %5,8), pnomomediastinum (n:2 %3,8) idi. 11 hastada (%21,1) toraks içi ek yaralanma saptanmadı. Hastaların 15'i ortopedi kliniğine, 14'ü göğüs cerrahi kliniğine, 8'i yoğun bakıma, 3'ü beyin cerrahi kliniğine, 1'i genel cerrahi kliniğine 6 hasta acil servise yatırılmış, 4 hasta taburcu edilmiş. 1 hasta acil serviste, 1 hasta yoğun bakımda eksitus olmuştur.

Sonuç: Skapula kırıkları genellikle yüksek enerjili travmalar sonucu oluşur ve scapula kırıklarına eşlik eden önemli yaralanmaların oranı yüksektir. Bu hastalar eşlik edebilecek toraks içi ek yaralanmalar açısından da değerlendirilmelidir.

Pelvis Kırıklarında Acil Müdahale Ve Komplikasyonların Önlenmesi

Dr. M. Cenk TURGUT¹, Dr. Ahmed Arif UZUN¹, Dr. Serdar TOY¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji A.B.D

Giriş

Pelvis kırıkları yüksek morbidite ve mortalite oranları nedeniyle ortopedik travmatoloji acilinde önemli bir yere sahiptir. Pelvis kırıkları genellikle yüksek enerjili travmalar sonucu oluşan ve hayatı tehdit edebilen ciddi yaralanmalardır. Pelvik halkanın bütünlüğünün bozulması, basit bir bağ yaralanmayla sonuçlanabileceği gibi çok sayıda kemik kırığının eşlik ettiği yaşamı ileri derecede tehdit eden bir seyir gösterebilir. Pelvis kırık tiplerinde görülen bu geniş dağılım tedavinin de geniş bir dağılım göstermesiyle sonuçlanmış ve çeşitli tedavi algoritmalarının gelişimine yol açmıştır. Buna rağmen tamamen standardize edilmiş bir protokol halen belirlenememiştir. Klinikte karşılaşılan pelvis kırıklarına zamanında müdahale ne kadar önemliyse oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi de bir o kadar önem arz etmektedir. Genelde yüksek enerjili bir travma sonucu ortaya çıkan pelvis kırıklarında çoklu organ yaralanmaları söz konusu olabileceği için tedavi için de multidisipliner yaklaşımlar oldukça önemlidir. Fizik muayenede üretra, anüs ve sfinkter tonüsleri mutlaka değerlendirilmelidir.

Ek Yaralanma ve Ölüm

Pelvis kırıklarında travmanın ciddiyeti, ikincil yaralanmalar veya komplikasyonlar nedeniyle mortalite oranı %10 ile %50 arasında değişmektedir. Yüksek enerjili yaralanmalarda kas iskelet sistemi yaralanması %60-80, ürogenital sistem yaralanması ise %12 olarak saptanmıştır. Ölüm

Acil Tedavi

Tedavi iki aşamada değerlendirilecek olursa ilk aşaması hayat kurtarmaya ve hastayı kararlı hale getirmeye yönelik olmalıdır. İkinci aşama kararlı olan hasta için gereken kemik müdahalelerini kapsar. Pelvis kırıklarında en çok korkulan ve en ölümcül komplikasyon kanamadır. Kırık bölgesinden, yırtılan küçük arter ve venlerden olan kanama hayatı tehdit edici olabilir ve bu kanamanın önlenmesi veya kontrol altına alınması tedavide en önemli amaçtır.

Tedavinin resüsitasyon evresinde klasik olarak öncelikle hava yolunun açılması, solunumun devamlılığının sağlanması, damar yolu ile sıvı desteğine başlanması ve boyunluk ile servikal omurganın stabilizasyonu yer alır. Hemodinamik olarak oturmuş hale geldikten sonra nörolojik değerlendirme yapılır. Buraya kadar yapılanlar acil müdahalenin ilk basamağını oluşturur (A, B, C, D).

Hemen sonrasında sıvı takviyesine yönelik 2000 cc. kristaloid (20 cc/kg) veya iki ünite eritrosit süspansiyonu verilmesi önerilir. Hemodinamik kararsızlığın devamında aynı protokolün tekrarına rağmen düzelme olmuyorsa anjiyografi ve embolizasyon düşünülmelidir. Hipovolemik şok, hastada respiratuvar distres sendromu, çoklu organ yetmezliği ve buna bağlı olarak mortaliteyi artırmaktadır.

Sıvı tedavisi sırasında 5 L sıvı ile birlikte 2-3 ünite taze donmuş plazma ve 7-8 ünite platelet verilmelidir. Hemoglobin seviyesi erken dönemde anlamlı değildir. Kan basıncının normal olmasına, nabızın normal seviyelere düşürülmesine, idrar çıkışının saatte 30 ml üzerine çıkarılmasına ve santral venöz basıncın normal olmasına dikkat edilmelidir. Çocuklarda hemodinamik denge çabuk bozulur. Nabza özellikle dikkat edilmelidir. Pelvis kırığı nedeniyle nakledilecek hastalarda veya tedavinin akut evresindeki hastalarda hemodinamik instabiliteye bağlı hipovolemik şok gelişimini önlemek amacıyla MAST (military antishock trousers) denilen anti-şok giysiler kullanılabilir. Bu giysiler geçici olarak alt ekstremitelerde ve pelviste basınç artışı yaparak venöz dönüşü artırır. Erken evrede stabilizasyon için değerli olan bu giysilerin çıkarıldığında ciddi hipotansiyon yapıcı etkilerinin olabilmesi ise dezavantajı olarak kabul edilebilir. Anti-şok giysiler bulunmayan yerlerde pelvisin bir çarşaf veya kemer yardımıyla çepçevre sıkıca sarılması (pelvik kuşak) veya özellikle çocuklarda askeri palaska ile sarılması nakil sırasında faydalı olabilir.

Eksternal Fiksator

Pelvis kırıklarında acil müdahale adına yapılabilecek en yararlı uygulamalardan biri de eksternal fiksator uygulamasıdır. Eksternal fiksatorler gerektiğinde acil şartlarda lokal anestezi ile bile uygulanabilen, kırık ayrılmasını önleyen, varsa pıhtının bozulmasını önleyip kan kaybını sınırlayan, pelvis volümünü azaltıp hemodinamik stabiliteye katkıda bulunan faydalı implantlardır. Eksternal fiksator uygulamaları retroperitoneal volümü azaltarak hematom için tamponad etkisi gösterir. Kırık alanını daraltıp sızıntı şeklindeki kanamayı azaltarak pıhtı oluşumunun artışına katkıda bulunur. Çeşitli tetkikler için hasta naklinin daha emniyetli olmasına katkıda bulunur ve hasta için gereken kan transfüzyonunun daha az olmasını sağlar.

Komplikasyonlar

Pelvis kırıklı hastalarda ölüm riskinin yüksek olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir. Bu nedenle erken dönemde ve geç dönemde görülebilecek komplikasyonlar hakkında da dikkatli olunmalıdır. Yukarıda bahsedilen acil müdahale seçeneklerinin hepsinin ortak amacı hayat kurtarmaya yönelik olmakla beraber aynı zamanda görülebilecek komplikasyonlarında önlenmesine katkıda bulunmaktadır. Hastalarda en fazla korkulan komplikasyon hemorajik şoktur. Bu nedenle erken dönemde stabilizasyona yönelik atılan tüm adımlar bu komplikasyonu önlemeye yönelik olacaktır. Eksternal fiksatorlerin kullanımı bu tür komplikasyonların önlenmesinde çok önemli yere sahiptir. Eksternal fiksator kullanımında en sık görülen komplikasyon pin dibi enfeksiyonları olmakla birlikte literatüre yansıyan ciddi komplikasyonlara pek rastlanmaz. Pelvis kırıkları sırasında üretra ve mesane yaralanmaları da görülebilecek komplikasyonlardandır. Hem mesane hem de üretra yaralanmaları, hayatı tehdit etmediğinden, hasta stabilize edilene kadar bekletilebilecek komplikasyonlardır. Rastlanabilecek bir diğer komplikasyon sinir yaralanmalarıdır ve bazen %30-40 oranında görülebilmektedir. L5 sinir kökü ve sfinkterlerin daha çok etkilendiği bildirilmiştir. Pelvis kırıkları sonrasında kronik ağrı komplikasyonları da bildirilmiş olup erken ve mümkün olduğu kadar anatomik rekonstrüksiyonların bu komplikasyonu da azaltacağı bildirilmiştir. Pelvis kırıklarından sonra görülebilecek bir diğer komplikasyon da seksüel fonksiyon bozuklukları olup hem erkek hem de kadınlarda görülebilir. Hasta iyileşme döneminde bu yönden sorgulanmalıdır ki gerekli müdahaleler yapılabilsin. Tüm iskelet sistemi kırıklarında rastlanabilecek komplikasyonlardan olan kaynamama veya kötü kaynama komplikasyonları pelvis kırıkları için de geçerlidir. Sonuçta bu kırıkların oturma bozuklukları ve bacaklar arasında uzunluk farkı gelişimine yol açabileceği de unutulmamalıdır. Pelvis kırığına yönelik tedavi sürecinde ölümcül olabilen embolik komplikasyonlar için de kontrendikasyon yoksa tromboprolaksi kullanımı önerilmektedir.

Sonuç

Sonuç olarak, tüm iskelet sistemi kırıkları içinde küçük bir yer tutmasına rağmen, gerek mortalitesi gerekse tedavi güçlüğü ve görülen komplikasyonlar nedeniyle pelvis kırıkları ortopedik aciller içinde hep zorlu olagelmıştır. Acil müdahalenin hayat kurtarmaya ve hastayı stabil hale getirmeye yönelik olduğu bilinmelidir. En önemli amaç bir şekilde kanamayı kontrol altına alıp hemorajik şok gelişimini önlemek olmalıdır. Tedavi planlanırken multidisipliner yaklaşım ve mümkün olduğu kadar erken müdahale etmeye çalışmanın mortaliteyi azaltarak tedavi sonuçlarını iyileştireceği ve komplikasyonları en az düzeye indireceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Nekrotizan Fasiit: Tanı, Tedavi Ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Uzm. Dr. Sultan Tuna AKGÖL GÜR¹, Dr. Muhammed Çağatay ENGİN²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

²Bingöl Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Nekrotizan fasiit (NF), yumuşak doku ve fasyaların hızla yayılan nekrozu ile karakterize, uygun tedavi edilmezse fulminan seyirli olabilen bir hastalıktır. İnsidansı 100 bin olguda 0,4'tür. NF ilk kez Baurienne tarafından 1764'te tanımlanmış olsa da Jean Alfred Fournier'nin 1883'te yaptığı tanımlama sonrasında dış genital organlar ve perineyi tutan fasiit tablosu "Fournier gangreni" olarak anılmaya başlanmıştır. Meleney etyolojik ajan olarak lezyondan hemolitik streptokokları izole etmiştir. İlk olarak 1952'de Wilson tarafından "nekrotizan fasiit" olarak adlandırılmıştır. Bu isim yanında Phagadena gangrenosum, progresif bakteriyel sinerjistik gangren ve nonklostridiyal gazlı gangren terimleri de kullanılmıştır.[3-5] Wilson enflamasyon, subkutan yağ doku ve derin fasyada nekroz ve kasların korunması şeklinde hastalığın ana bulgularını da tanımlamıştır.

Nekrotizan fasiit tablosunda genellikle, cerrahi insizyon, böcek sokması, kesi, abrazyon, kontüzyon, enjeksiyon, deri ülseri, perirektal apse, inkarsere fıtık, yanık, kıymık batması, doğum ve penetran travma gibi küçük yaralanma öyküsü vardır. NF, bilinen bir etyoloji sonrasında oluşuyorsa sekonder NF olarak sınıflandırılır. Olguların %45'inde belli bir neden saptanamaz ve buna primer ya da idyopatik NF denir. NF sıklıkla ekstremiteler ve perineyi etkilese de vücutta herhangi bir yerde ortaya çıkabilir. Ekstremitelerde amputasyon hayat kurtarıcı olabilir. Ancak gövde ve perine tutulumunda amputasyon söz konusu olamayacağı için daha yüksek bir mortalite oranıyla karşılaşılır.

NF'ye zemin hazırlayan bazı risk faktörleri söz konusudur. Özellikle immün yetersizlik tablosu hasta için önemli bir risk oluşturur. NF'ye en sık eşlik eden yandaş hastalık diyabettir. Literatürde hastaların %60'ında diyabet bildirilmiştir. Obezite, periferik vasküler hastalık, intravenöz ilaç kullanımı, alkol bağımlılığı, sigara, kronik kalp hastalıkları, kronik kortikostereoid kullanımı, kronik immün supresyon, kanser ve ileri yaş NF için diğer risk faktörleri arasında sayılabilir. Tanımlanmış birçok risk faktörü olmasına karşın olguların yarısı sağlıklı bireylerde ortaya çıkar.

NF olgularında erken tanı hayat kurtarıcı olması açısından çok önemlidir. Tanı temel olarak klinik bulgulara dayanır. NF'nin klinik özellikleri Wong ve Wang tarafından evrelendirilmiştir. NF'nin erken evresinde klinik bulgular, erizipel ya da sellülit gibi diğer yumuşak doku enfeksiyonlarından ayırt edilemeyebilir, ancak sınırların belirsiz oluşu ve tutulan alanın dışında da hassasiyet olması NF lehine bulgulardır. Her ne kadar bül formasyonu, veziküller ve nekroz gibi deri değişiklikleri hastaların %47'sinde bulunsa da en hassas semptomlardan biri, hemen her hastada görülen lezyonla orantısız var olan ciddi ağrıdır.

Laboratuvar bulguları NF tanısında yardımcı olabilir. Wall ve arkadaşları beyaz küre sayısının 15400'ten fazla olması ya da serum sodyum düzeyinin 135 mmol/L'den düşük olmasının NF lehine olduğunu bildirmişlerdir. Bu iki faktörün birlikteliği ise NF riskini daha da artırmaktadır.

Wall yöntemi negatif öngörü değeri %99 olması nedeniyle oldukça duyarlı olmasına karşın pozitif öngörü değerinin %26 olması bakımından çok da spesifik olmayan bir yöntemdir. Bu, NF'yi dışlama

açısından iyi, ancak NF'nin tanısını doğrulama açısından olumsuz bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Wong ve arkadaşları NF için laboratuvar risk belirteçleri skoru geliştirmişlerdir (Laboratory Risk Indicator for NECrotizing fasciitis = LRINEC) Bu doğrultuda NF ile ilişkili altı bağımsız laboratuvar parametresi saptamışlardır.

Nekrotizan fasiit tanısında radyolojik değerlendirme de kullanılmıştır. Radyografik incelemelerle subkutan dokudaki gaz toplanması görülebilir, ancak hastaların çoğunda gaz görülmez.[4] Bilgisayarlı tomografi kullanılarak subkutan yağ dokusunda incelme ve fasyalarda kalınlaşma saptanabilir.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) NF tanısında yüksek duyarlılığa (%93-100) sahiptir. MRG ile likefaksiyon nekrozu, enflamatuvar ödemin neden olduğu fasyal sıvı toplanması görülebilir.

Literatürde NF ile ilgili birçok çalışma yer almaktadır. Bu çalışmanın amacı, NF tanısının erken koyulabilmesi için dikkat edilmesi gereken yöntemlerin saptanması, ekstremitelerle vücudun diğer bölgelerindeki mortalite oranlarının karşılaştırılması yanında, tanı, tedavi, mortalite, morbidite ve rekonstrüksiyon seçenekleri açısından literatürün gözden geçirilmesidir.

Cerrahi olarak tüm hastalara erken dönemde debridman ve eksplorasyon uygulanmalıdır. Makroskobik olarak nekrotik görünümdeki tüm cilt, cilt altı yağ dokusu fasya ve kas dokuları sağlıklı kanamalı alana kadar debride edilerek ortamdan uzaklaştırılmalıdır. Debridman materyalinden mikrobiyal kültür için örnekler de alınmalı ve ilk debridman sırasında perine skrotum penis gibi alanlarda fonksiyonel yapıların korunabilmesi için maksimum özen gösterilmelidir. Debridman sonrası ortaya çıkan doku defekti standart yara bakımı ya da negatif basınçlı vakum yardımcı yara kapama sistemi ile izlenebilir. Herbir hasta yakın izleme alınarak ilk debridmandan 16-48 saat sonra ikinci debridman işlemi uygulanması önerilmektedir. Hastalara en az 2 en çok 4 kez debridman uygulanmalı ve hastaların genel durumu da göz önüne alınarak, ilk debridman sonrası tüm hastalar yoğun bakım ünitesinde izleme alınmalıdır. Tekrarlayan debridmanlar ile enfeksiyon ve ilerleyici nekroz kontrol altına alındıktan sonra oluşan doku defektinin zemininde sağlıklı granülasyon dokusu oluşuncaya kadar lokal yara bakımı uygulanmalı ve hastaların klinik ve laboratuvar tablosu düzeldikten ve yara yerinde sağlıklı granülasyon dokusu elde edildikten sonra hastalar için rekonstrüktif girişimler planlanabilir.

Literatürdeki NF olgularının çoğu ikincil NF olup bilinen bir etyolojiye sahiptir.[8,9] Nekrotizan fasiitin ortaya çıkışında etkili olan birçok risk faktörü vardır. Diyabet, obezite, sigara, kortikosteroid kullanımı gibi risk faktörleri hastalığın oluşumunu kolaylaştırabileceği gibi, hastalığın seyrinin olumsuz yönde değişmesine de neden olabilir.

NF'nin tedavisinde en önemli faktör erken tanıdır. Tanı, temelde klinik bulgulara dayanır. Aslında en önemlisi hastayı değerlendiren hekiminin NF'ten şüphelenmesidir. NF, klinik olarak eritemle seyreden diğer yumuşak doku enfeksiyonları ile kolayca karışabilir. Antibiyotik tedavisine karşın klinik bulgularda hızlı ilerleme olması durumunda da NF'ten şüphelenilmeli ve tanı laboratuvar ve radyolojik görüntüleme yöntemleri ile desteklenmelidir. Hastada var olan eritemin sınırlarının kalemle çizilmesi, ilerlemenin yakından izlenmesi açısından yararlıdır. NF'de enfeksiyonu kontrol etmenin en önemli yolu tüm nekrotik dokuların erken dönemde debride edilmesidir. Buna ek olarak cilt yüzeyinde sadece sınırları düzenli olmayan eritem ve şişlik olduğu durumlarda da NF göz önünde bulundurularak cerrahi eksplorasyon yapılmalıdır. Cilt altı dokular geçildikten derin planlarda nekroz ve enfeksiyonla karşılaşılması NF lehine bulgulardır. Bu tür durumlarda sağlıklı kanamalı dokulara kadar debridman

devam ettirilmeli ve tüm nekrotik dokular ortamdaki uzaklaştırılmalıdır. Literatürde erken agresif debridmanın mortalite oranını azalttığı yönünde birçok yayın bulunmaktadır.[16] Debridmanın seri ve agresif yapılması hayat kurtarıcı olmakla birlikte sadece nekrotik dokularla sınırlı tutulması özellikle fonksiyonel yapıların korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle debridman, bölge anatomisine hakim, deneyimli bir cerrah tarafından gerçekleştirilmelidir. Sonrasında da hasta yakın izleme alınmalı ve gerekli durumlarda debridman işlemi yinelenmelidir.

Literatürde redevridman için 24-48 saat aralıklar önerilmiş olsa da tam bir fikir birliği yoktur. Belli saat aralıklarına uymak yerine hastayı bir bütün olarak değerlendirilip yara durumuna göre karar vermek hasta için en doğru yaklaşım olacaktır. Literatüre göre NF olgularında mortalite %6-76 arasında değişmektedir. Yapılan birçok çalışma ekstremitelerdeki NF olgularına ait olduğu için bu mortalite oranları bu lokalizasyondaki hasta grubuna ilişkindir.

Ekstremit ve perinedeki NF olgularının mortalite oranlarını karşılaştıran ayrıntılı bir çalışma olmasa da birçok yazar perindeki NF'nin daha yüksek bir mortalite oranına sahip olduğunu düşünmektedir. Sonuç olarak, NF, yumuşak doku ve fasyaları tutan hızlı ilerleyen ve hayatı tehdit eden bir enfeksiyon tablosudur. Eğer doğru tanı konmaz ve uygun şekilde tedavi edilmezse yüksek mortalite oranları görülebilir. Özellikle ekstremitelerde ortaya çıkan NF olgularında amputasyon hayat kurtarıcı olabilir. Ancak perinenin tutulduğu durumlarda amputasyon seçeneği olamayacağı için erken debridman ve yakın izlem mortalite oranlarını düşürmek için tek seçenek olarak ortaya çıkmaktadır. Tanıda en önemli faktör klinik bulgulara dayanarak NF'den şüphelenilmesidir. Literatürde tanımlanan ve laboratuvar verilerine dayanan LRINEC skorlaması tanıyı desteklemesi açısından son derece faydalıdır. NF'den şüphelenildiği durumlarda erken seri debridmanlar ve uygun antibiyoterapi ile enfeksiyonun kontrolünün sağlanması hayat kurtarıcı bir girişim olması nedeniyle önceliklidir. Akut tedavinin ardından sağlıklı granülasyon dokusunun elde edilmesinden sonra uygun rekonstrüktif cerrahi girişim planlanmalıdır.

Uygulanan rekonstrüksiyon yöntemi fonksiyonel ve estetik olarak maksimum fayda sağlayacak şekilde seçilmelidir.

Kırıkların Kapalı Redüksiyonu Ve Alçı - Atel Uygulanması

Uzm. Dr. İbrahim Avşin ÖZTÜRK¹, Dr. Mehmet Cenk TURGUT²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji A.B.D,

Giriş

Sahada çalışan sağlık personellerinin uzuv yaralanmalarına yapmış olduğu müdahalenin doğruluğu hastanın yaşam kalitesini değiştirmekte ve hastane acil servisinde çalışan personelin iş yükünü azaltmaktadır. Bu sunumdaki amacımız her acil hekiminin bilmesi gereken temel redüksiyon teknikleri ve alçı atel uygulamalarını detaylandırmaktır.

Temel Redüksiyon Teknikleri

Neden olan kuvvetin yönü ve büyüklüğü, deformite ile ilişkili olup anamnez, ekstremitenin görünümü, fizik muayene ve radyografiler incelenerek belirlenebilir. Deplase kırığın düzeltilmesi için aksi yönde kuvvet uygulanması gerekir.Çoğu kapalı redüksiyonda ilk adım traksiyon uygulamaktır. Traksiyon ile çoğu kırık disimpakte olur. Hasta genel anestezi altındaysa bu daha kolay sağlanır.Traksiyon ile kısalık giderilir ve çoğu olguda deformite düzelir.Traksiyon sonrasında kalan açılanma kırığın altına avuç ile destek verilirken diğer el ile distalden kuvvet uygulanarak düzeltilebilir.Bazı kırıklarda belirgin kemik çıkıntısı veya araya yumuşak doku girmesi nedeniyle redüksiyon güç olabilir, bu durumda manüplasyonla düzeltmeden önce açılanmanın artırılması yararlı olabilir.Bu yöntem çevre nörovasküler dokulara zarar vermemek için dikkatli uygulanmalıdır.Redüksiyonun sonrasında kırığın son hali ekstremitenin görünümüne bakarak, palpasyonla ve radyografik incelemelerle kontrol edilir.Redüksiyon sonrasında kaynama oluşuncaya kadar kırık hattının deplase olması önlenmelidir.Bunun için alçı ile breysleme, sirküler alçılama, cilt traksiyonu, iskelet traksiyonu, rijid eksternal fiksasyon veya çeşitli internal fiksasyon yöntemleri kullanılabilir.

ALÇI

Alçı iyi bir tespit aracıdır. İlk defa 1852 yılında Mathijsen tarafından kullanılmıştır. Kimyasal olarak $(CaSO_4)_2H_2O$ yapısında olan alçı tozunun gözenekli sargı bezine yapıştırılması ile elde edilir ve kuru olarak 7.5-10-15 cmlik rulo yapılmış şekilde bulunur. Alçı rulo suya maruz kaldığında $(CaSO_4)_2H_2O$ yani Anhidroz Kalsiyum Sülfat, $2(CaSO_4 \times 2H_2O)$ yani Hidrate Kalsiyum Sülfat a dönüşür ; toz halindeki alçı solid kristal haline dönüşürken ısı açığa çıkar.Sarma işlemi sona erince bir miktar ısınma ile alçı sertleşmeye ve daha sonra kurumaya başlar.Alçı sargının ısınma ve sertleşme süresi alçının cinsine göre 2-4 ile 5-6 dakikalar arasında değişmektedir.Alçı kurudukça kuvvetlenir.

ALÇI ATEL

Ekstremitenin çevresini tam katetmeyen ve genellikle çevrenin yarısını katedecek tarzda alçı plakalar da yapılabilir. Bu tür alçılara *oluklu alçı* yada *alçı atel* denilmektedir. Hafif yaralanmalarda ekstremitenin dinlendirilmesinde veya sirküler alçı sarılamayacak kadar ödem oluşması beklenen durumlarda geçici olarak kullanılabilir.Bunlar ya sirküler alçı yapıldıktan sonra yanlardan boylu

boyunca kesilerek bir yarı kısmın çıkarılıp, kalan kısmın ekstremiteye sargı beziyle sarılmasıyla elde edilirler. Veya çoğunlukla pamuk sargı sarılmış ekstremitte üzerine, 8-12 kat gidip gelinerek açılmış alçı sargının plaka şeklinde su kovaşına batırılıp, fazla suyu alındıktan sonra, ekstremitenin yarı çevresini kapsayacak şekilde ve yine sertleşmeden, sargı bezleriyle bandajlanması sonucu uygulanır. Alçı atel ıslatıldıktan sonra her iki ucundan sıkarak fazla suyu alınmalı ve düz bir zeminde el ile sıvazlanarak içerisindeki hava alınmalıdır. Ekstremitte üzerine dikkatle yerleştirildikten sonra el ile ekstremitteye uygun şekil verilmeli ve kemik çıkıntısı olan kısımlarda cilt hasarına neden olabilecek katlantı veya çıkıntı oluşmamasına dikkat edilmelidir. Atelin dik açılı büküm yerleri (örneğin ayak bileği, dirsek) gibi zayıf olabilecek kısımları güçlendirilmelidir. Son olarak üzerine sargı bezi veya elastik bandaj sıkı olmayacak şekilde ve sararken sekiz yapmadan, kendi etrafında tur attırmadan sarılarak alçı atel ekstremitteye tespit edilir. Yeterince donarak sertleşinceye kadar ekstremitenin pozisyonu bozulmadan beklenmelidir.

SİRKÜLER TAM ALÇI

Ekstremitenin çevresini tamamen kateden alçılara *sirküler alçı* denilir. Alçı sargı doğrudan cilt üzerine sarılamaz veya cilde temas edemez. Cildin korunması için pamuk, keçe veya sitokinet kullanılabilir. Alçı sarılmadan önce ekstremitenin alçıya alınacak bölümü alçı pamuğu sargısıyla dairesel olarak sarılır, özellikle kemik çıkıntılara gerekirse pamuk takviyesi yapılır ve alçı bu pamuk sargı üzerine sarılır. Alçı sargının büyüklüğü sarılacağı ekstremitteye göre seçilir (örneğin ayak ve ayak bileği için 15 cm) Alçı sargısı musluk suyuna batırılarak ıslatılır. Sargı ucunun suyun içinde kaybolmasını önlemek için açıkta olan ucu bir el ile tutulur. Diğer el ile sargı fazla sıkmadan gevşek tutularak alçı içindeki hava kabarcıklarının çıkması için 45 derece açı ile suya batırılır ve hava kabarcıkları çıkana kadar beklenir. Alçı sudan çıkarıldıktan sonra fazla suyunun alınması için aksiyel yönde ve hafifçe döndürerek sıkılır. Sirküler alçı hiçbir zaman çok sıkı sarılmamalı.

- Alçı sargı ekstremitenin etrafında kendi ağırlığıyla döndürülmeli,
- Sarma işlemine her zaman periferden başlayarak proksimale doğru ilerlenilmeli,
- Eklem yerleri 8 şeklinde geçilmeli,
- Her sarılan alçı az önce sarılan katın $\frac{1}{2}$ si ile $\frac{3}{4}$ ünü örtecek şekilde ilerlenilmeli,
- Yeterli sağlamlık için 8-12 kat sarılmalı ,
- En proksimale ulaşınca tekrar perifer ve distale doğru gidilip, gelinmeli,
- Bir alçı sargı sarılıp diğeri sarılmaya başlanmadan önce ekstremitenin kıvrımlarına modelize edilerek güzel sarması ve oturması sağlanmalıdır.

DOLAŞIM KOMPLİKASYONLARININ ÖNLENMESİ İÇİN ALÇI SARILMADAN ALINMASI GEREKEN ÖNLEMLER

Yaralanmış ekstremitedeki yüzük , vb takılar varsa hemen çıkarılmalıdır. Yaralanmış ekstremitte alçı sarılana kadar geçen süre içinde elevasyonda tutulmalıdır. Akut yaralanmayla gelen bir hastada eğer alçı sarılacak ekstremitte sonrasında şişlik oluşması bekleniyorsa tam alçı yerine alçı atel tercih edilmeli, eğer alçı atel yeterli tespit sağlamayacaksa bol katlı pamuk sarıldıktan sonra sirküler alçı yapılmalı ve gerekirse alçı donmadan hemen önce tam uzunlukta kama şeklinde bir parça çıkarılılarak alçı genişletilmelidir.

ALÇILI HASTANIN TAKİBİ

Eve gitmesine izin verilen hastalar veya hastanın bakımından sorumlu kişiler açıkça bilgilendirilmelidir. Alçılı ekstremitenin yüksekte tutulması, Parmaklarında şişme morarma, uyuşma olması halinde hemen başvurması, Alçı dışında kalan tüm eklemlerini özellikle parmaklarını çalıştırması(örneğin colles alçısı yapılan bir hastada parmakların ve omuzun hareket ettirilmesi)Alçıda kırılma veya çatlama olması halinde en kısa zamanda hastaneye başvurması söylenmelidir.Kontrol gelen hastaların dolanım kontrollerinin iyi yapılması gerekir. Ekstremitede şişlik olup olmadığı, parmaklarda renk değişikliği, parestezi olup olmadığı kontrol edilmelidir.Dolaşım problemi olduğu düşünülen hastalarda hiç beklemeden acilen sirküler alçı gevşetilmeli ve kırık redüksiyonu kontrolü yapılmalıdır.Sarılan alçının uzunluğunun yeterli olup olmadığı, sağlamlığı, serbest olması gereken eklemlerin hareketini kısıtlayıp kısıtlamadığı, ödemin azalmasından sonra alçının fazlaca gevşeyip gevşemediği kontrol edilmelidir.Ayrıca hastaya alçı içinde kalan ekstremitede kısmında lokalize bir ağrıdan şikayetçi olup olmadığı sorulmalı,kemik çıkıntılar üzerinde bası yarası oluşmaması için dikkat edilmeli, özellikle çocuklarda alçı içine yabancı cisim kaçabileceği akılda tutulmalıdır.Eğer hasta lokalize bir ağrıdan şikayetçiye ilgili kısım, alçıya pencere açılarak gözden geçirilmelidir.

KIRIK RADYOLOJİSİNDE PÜF NOKTALAR**Dr. Aslı TURGUT¹, Uzm. Dr. Ahmet KÖSE²****¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji A.B.D,****²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Servisi****Giriş**

Radyografi tüm acil servislerde bulunan, kolay ulaşılabilen, tekrarlanabilen ve yaşam bulguları sabit olmayan hastalarda bile kullanılabilen bir görüntüleme yöntemidir. Radyografi değerlendirilirken bazı temel ilkeler göz önünde bulundurulmalıdır. Radyografideki patolojiyi değerlendirmeden önce radyografinin uygunluğuna bakılmalıdır. Öncelikle görüntü kalitesi düşük radyografiler kabul edilmemelidir, zira bazı patolojilerin gözden kaçma olasılığı yüksektir. Pratikte radyografi ile görüntülenen kemiğin trabeküler yapısının izlenmesi dozun uygunluğunu işaret eden bir gösterge olarak kabul edilir. Özellikle ekstremitelerde yaralanmalarında iki yönlü grafler alınmalıdır. Bu yaklaşımla var olan patolojilerin belirlenme olasılığı artar ve bazı patolojilerin daha iyi anlaşılması mümkün olur. Standart dışı çekilmiş radyografiler ile tanı koymaya çalışılmamalıdır. Acil servislerde yaralanma ihtimali olan iki komşu eklemin uygun pozisyon verilmeden çekilmesi sık karşılaşılan bir durumdur. Bununla birlikte kırık şüphesi olan kemiğin proksimal ve distalindeki eklemlerin görüntülenmesi önemlidir. Bir radyografide patolojiyi tanımlayabilmek için anatomiye hakim olunması gerekmektedir. Standart dışı radyografilerde anatomik yapıların seçilmesi ve patolojik durumun tanımlanması mümkün olmayabilir. Bunun dışında bazı patolojilerde iki yönlü grafler de yeterli olmayabilir, üçüncü bir görüntüleme gerekebilir. El bileğinde skafoid kırığı buna bir örnektir. Ayrıca bazı el bileği ve omurga yaralanmalarını saptayabilmek için oblik görüntüler alınması gerekebilir. Hekim, her türlü radyografiyi yorumlarken hasta ve ekstremitenin pozisyonunun doğruluğundan emin olmalıdır. Özellikle hava-sıvı seviyesinin önemli olduğu durumlarda X-ışınlarının yatay kullanıldığı radyografiler tercih edilmelidir. Örneğin dizdeki efüzyon veya hemartrozu, hastanın sırtüstü pozisyonunda olduğu diz ekstansiyonda iken alınan diz yan radyografisinde görmek mümkün olabilir.

Bazen radyografilerdeki normal görüntüler yanlış yorumlanabilir. Bu durumda radyografik bulgu mutlaka fizik muayene ile doğrulanmalıdır. Şüphede kalınan olgularda karşı taraf grafleri alınarak karşılaştırılmalıdır. Çoğunlukla uzun kemiklerdeki besleyici arterler kırık görüntüsü verebilir, ancak arterin oluşturduğu radyolusent hat çoğunlukla obliktir ve tek bir kortekste izlenir. Sesamoid kemikler de bazen kopma kırığı gibi görünebilir. Sesamoid kemiklerin tüm çevresi yuvarlak, düzgün konturlu ve sklerotiktir. Yakın zamanda oluşmuş bir kopma kırığında ise en azından bir kenar düzensizdir, ayrıca parçanın ayrıldığı kemiğin kenarında da düzensizlik görülebilir. Çocuklarda büyüme plakları kırığa benzer görüntüler verebilir ve kemikleşmesi tamamlanmamış kemiklerde tanı koymak güç olabilir. Bu nedenle kemik büyümesi tamamlanmamış çocuklarda sağlam taraf da görüntülenmelidir. Ayrıca çocuk radyografilerini değerlendirirken tüm yapıların kemikleşme sırasının da bilinmesi önemlidir.

Tanı konulamamış ortopedik patolojiler, özellikle de kırık/cıkıklar kotu ve yetersiz uygulama (malpraktis) iddialarının en önemli kaynaklarından biridir. Standart radyografilerin değerlendirildiği bir çalışmada pelvis kırıklarında %44, omurga kırıklarında %22, el kırıklarında da %14 oranlarında

hatalı yorumlama olduğu gosterilmiştir. Diğer bir calışmada ise kırıkların %19'unda standart radyografi ile hic tanı konulamadığı tespit edilmiştir.

Literatürde bazı calışmalarda, bu hataların nasıl azaltılabileceğine yönelik bilgiler yer almaktadır. Buna göre en önemli noktalardan biri, doğru bölgenin doğru açıdan görüntülenmesidir. Bu nedenle öykü ve fizik muayene çok önemlidir. Bu yaklaşım radyolojik hataları azaltmanın yanı sıra, zaman kaybı ve gereksiz ileri inceleme uygulamalarının da önüne geçecektir.

Pelvis

Pelvis AP standart travma grafisidir.Ön-arkagrafide sakrum, iliyak kanatlar ve pubik kemikler arasında kalan büyük halka ile pubik ve iskiyal kemikler arasında kalan iki küçük obturator halkanın devamlılığı değerlendirilmelidirSakroiliyak eklemlerin genişliği ve simetrikliğine dikkat edilmelidir.Sakrum kırıkları radyografide sakral foramenleri temsil eden arkuat çizgilerin simetrisinin ve devamlılığının bozulması ile belirlenebilir.Pelvik halka kırığından şüpheleniliyorsa inlet grafi (Tüp 45 derecekaudale çevrilir) ve outlet grafi (Tüp 45 derece kraniyale çevrilir) alınır.Asetabulum kırığından şüpheleniliyorsa ön-arka kalça grafisi yanında Judet grafileri alınabilir. Eklem yüzeyinin değerlendirilmesi gereken kırıklarda BT alınabilir.

Omuz

Omuz çıkıklarının tanısında gerçek ön-arka ve Y radyografiler yeterli olur

Dirsek

Yan grafide humerus önçizgisi kapitellumun orta 1/3'ünden geçer, daha önde olması suprakondiler kırığı düşündürür. Radius proksimalini ikiye bölerek çizilen radiokapitellar çizginin ise kapitellumun orta 1/5'inden geçmesi beklenir, geçmemesi radius başı çıkığına düşündürürRadius ve ulna gövde kırıklarıBu kemiklerin proksimal ve distal bağlantıları yanında aralarında kalın bir interosseöz membran olması nedeniyle birinin kırığına,diğerinin çıkığı eşlik edebilir (Monteggia ve Galeazzi kırıkları). Bu nedenle önkol grafilerine dirsek ve elbileği eklemi mutlaka dahil edilmelidir. Ön yağ yastığı; normal olabilir. Ama ayrışmış ve korteksten daha kabarık duruyorsa yelken belirtisi(sail sign) bu durum bir patolojinin habercisi olarak düşünülebilir. Arka yağ yastığı; eğer izlenebiliyorsa daima patolojik olarak değerlendirilir. Her iki yağ yastığı da eklem kapsülünü ilgilendiren ve eklemin komşuluğundaki yapıları zorlayan bir patolojiyi akla getirmelidir.

El ve el bileği

Ön-arka radyografilerde karpal kemikler boyunca üç ark bulunmaktadır.Bu arklar el bileği instabilitelerinde bozularak tanıda önemli ipuçları vermektedir.Aynı zamanda ön-arka radyografilerde ulnar varyansın değerlendirilmesi el bileği patolojilerinde anlamlı verilere ulaşılmasını sağlayabilirNormal ulnar varyans ortalama 0.9 mm'dir ve ulna distali ile karpal kemikler arasındaki boşluğu ifade etmektedir. Skafolunat çıkığı tanımlarken grafide skafoid ve lunat kemikler arasındaki mesafe 4 mm'den fazladır. (Terry Thomas bulgusu).Perilunat çıkıkta yan radyografide kapitat kemiğin lunat kemik ve radius ile yaptığı dikey dizilim bozulmuştur

Diz

Maisonneuve kırığı fibula başı kırığı ile birlikte iç malleol kırığıdır. Bu kırık tek başına görüldüğünde diğer parça da araştırılmalıdır. Segond kırığı lateral tibial pilatounun avülziyon kırığıdır ve bu kırık ön çapraz bağ yırtığı için ipucudur.

Ayak ve ayak bilek

Lisfrank eklem yaralanmasında özellikle 2. metatars ve 2. küneiform arasındaki ilişki bozulmuştur. Ayak yan grafisinde arka kalkaneal tuberositanın üst yüzünden geçen çizgi ile kalkaneusun eklem yüzeyinden geçen çizgi arasındaki açı 20-40 derece arasındadır ve bu açı bozulduğunda özellikle kalkaneus kırığı açısından dikkatli olunmalıdır.

Acil Servise Baş Dönmesi Şikayetiyle Gelen Hastalarda Tanı Ve Tedavi Algoritması

Opr. Dr.Furkan ŞENGÖZ¹, Uzm. Dr. Sultan Tuna AKGÖL GÜR²

¹Erzurum Mareşal Çakmak Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Servisi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Denge nedir?:Bu aşamaların sonucunda vücudun ağırlık merkezi dururken ya da hareket halinde dayanma düzlemi içinde tutulur: *DENGE...*

-Periferik

labirent, vestibüler sinir >>> beyin sapı

-Santral

vestibüler nukleuslar >>> serebellum,

medulla spinalis,

ekstraoküler motor nükleuslar

serebral korteks

-VESTİBÜLER SİSTEM Temel görevi: Özellikle istemsiz olan baş hareketlerini algılamak ve bunu refleks göz hareketleri ve postüral düzenleme ile birleştirip, *vizyonu* ve *postürü* stabil tutmak

-Vestibüler apparatus, iç kulağın denge ile ilgili parçasıdır.

-Beş sensoriyel organdan oluşur:

- semisirküler kanallar

- otolit organlar

SEMİSİRKÜLER KANALLAR

-SSK lümeni, utriküle açılır. (5 açıklık)

-3 ampulla

OTOLİT ORGANLAR

(UTRİKÜL VE SAKKÜL):

-Utrikül > oval

-Sakkül > yassı

-Sensoriyel epitel: macula

-Utriküler macula > yere paralel

-Sakküler makula > yere dik

AMPULLA:

-Crista ampullaris (*sensoriyel epitel*)

-Silya

-Kupula

(*jelatine benzer madde - glikoprotein*)

SSK'IN SENSASYONU

Baş, SSK'ın düzleminde hareket ettiğinde, *endolenfin eylemsizliği* sonucu, endolenf göreceli olarak zıt yönde hareket eder

-Endolenfin uyguladığı basınç, kupulada (siliada) defleksiyon oluşturur(2)

HANGI HAREKET HANGİ KANALI UYARIR?

Sol lateral SSK: sola rotasyon

Sağ lateral SSK: sağa rotasyon

Sol anterior SSK: baş aşağı-sola

Sol posterior SSK: baş yukarı-sola

Sağ anterior SSK: baş aşağı-sağa

Sağ posterior SSK: baş yukarı-sağa(3,4)

TANI ALGORİTMASI

Dengesizlik

- *Bilgilendirme ünitelerindeki sorunlar (gözler, vestibüler, proprioseptif)*

- *Denge merkezindeki hastalıklardan kaynaklanır.*

Dengesizlik nedenleri

-*Periferik nedenler*

-*Santral nedenler*

-*Sistemik nedenler*

-*Psikojenik nedenler*

VERTIGO / DIZZINESS

•Vertigo/dizziness yaşam kalitesini bozan, hastaları günlük yaşamlarında çok zor durumlara sokan belirtilerdir.

•Vertigo/dizziness çok çeşitli nedenlerle ortaya çıkarlar. Tanı genellikle kolay konurken, bazen işin içinden çıkılamayabilir... Multidisipliner inceleme gerekebilir.

•Birçok ileri teknoloji yöntemleri kullanılmasına rağmen tanıda özel testler yoktur. Sonuçlar çok aydınlatıcı olmayabilir!

- Yaşlı popülasyon artmaktadır. Dengesizlik sorunlarının arttığı bu grupta tedavi şansı çok yüz güldürücü değildir.(5)

DIZZINESS

Vestibüler sistem sorunlarında uyum bozulur;

Baş hareketleriyle etraftaki cisimler hareket eder; Osilopsi...

Hasta kendini hareketli bir boşlukta hisseder, mekân oryantasyonu bozulur, objelerin hareket ettiği izlenimine kapılır: *Dizziness*...

Dizziness hem VOR (*Vestibüloöler Refleks*), hem de VSR (*Vestibülospinal Refleks*) bozukluklarıyla ortaya çıkabilir.(5)

DIZZINESS

- Mekân oryantasyonu bozukluğunda: Dizziness' i olan hastada...

-*Düşmeye meyil*

-*Başta boşluk hissi*

-*Göz kararması?*

-*Zeminin kayması*

-*Yürüme sırasında bir tümsek ya da çukura rastlanması*

-*Görme bulanıklığı (Nistagmus nedeniyle?)*

-*Karanlıkta yürüme güçlüğü*

-*Ani düşmeler*

-*Eşyaların çevrede dönmesi*

-*Hastanın kendisinin dönmesi*

-*Baş hareketleriyle çevrenin hareket etmesi*

- İşitme kaybı, tinnitus, nörovegetatif belirtiler dizziness ile birlikte bulunabilir

VERTIGO: •Yaşam kalitesini en çok bozan semptom

(*Hastayı en fazla rahatsız eden ve yaşamını zorlaştıran*),

- Birey-uzay uyumsuzluğu,

- Hareket halüsinasyonu; daha çok yatay düzlemde yalancı yer değiştirme hissi,

- Genellikle vestibüler end organ ve vestibüler sinir lezyonlarında hastada gerçek baş dönmesi “vertigo” vardır.

TANI ALGORİTMASI

Anamnez

Otolojik muayene

Örolojik muayene

Sistemik ve kardiyolojik muayene

Odyolojik muayene

Spontan göz hareketlerinin muayenesi

Provokasyonla görülen spontan göz hareketlerinin muayenesi

Rotasyon testleri

Bilgisayarlı dinamik postürografi

Radyolojik incelemeler

•Gerçek Vertigo Özellikleri

-Bulantı ve/veya kusma ile birlikte dir,

-İşitme kaybı, tinnitus olabilir,

-Şiddetlidir, ani başlar, kısa sürede kaybolur,

-Bir süre sonra eskiyebilir...(6)

Rotasyon anamnezi varsa vestibüler sistem üzerine odaklanmak gerekir.

Dizziness varsa tüm vücut, vertigo varsa nörootolojik sistem irdelenir.(7)

Tek taraflı vestibüler hasarda o taraftaki bilgiler eksik kalacaktır.

Simetri bozulur. Vertigo oluşur...

Vertigo tek taraflı vestibüler sistem hastalıklarında simetrinin bozulması sonucu ortaya çıkar...

Bir süre sonra kompensasyon gelişir, vertigo kaybolur.

BAŞ DÖNMESİ SÜRE PATTERNLERİ

Sürekli vertigo.....Nöronal lezyon, ototoksisite

Birkaç gün/hafta.....Vestibüler nörit, DPV

1-24 saatlik atak.....Ménière hastalığı

10-30 sn. lik atak.....BPPV

1-2 sn. lik atak.....Santral patoloji

Fluktuan vertigo.....Santral patoloji

Progresif vertigo.....Santral patoloji, intrakraniyal tümör

Günler / haftalar içinde düzelme.....Periferik patoloji(8,9)

VERTIGO'YA EŞLİK EDEN BELİRTİLER

- İşitme Azalması → Labirenter
- Tinnitus → Akustik Nörinom, Meniere
- Kulakta Dolgunluk → Meniere, servikal vertigo, tuba Eustachi disfonksiyonu,
- Anksiete → Psikojenik
- Bilinç kaybı → Epileptik
- Otalji → Otitik, Servikal, Otik Zona, Menenjit
- Baş Ağrısı → Santral, Servikal
- Diplopi → Santral
- Yüzde his kusuru → Akustik Nörinom

Baş pozisyonunun değişimi.....BPPV

Uni. işitme kaybı, tinnitus.....Akustik nöroma, labirent lezyonu

Yürüyüş bozukluğu.....Motor nöron hastalığı

Terleme, bulantı, kusma.....Periferik / santral lezyon

Depresyon, hiperventilasyon.....Psikiyatrik, psikoorganik

Kulak akıntısı.....Kr. Otitis Media, labirentit

Bilinç kaybı.....Epilepsi

Aura.....Migren

Baş boyun ağrısı.....Servikal patoloji

Travma..... Labirent fistülü, temporal kırık(10)

Spontan nistagmus:

- Fiksasyon ile kaybolur
- Hızlı faz yönü sabittir ve bakıştan etkilenmez
- Bilateral
- Horizontal / rotatuar
- Yorulabilir / latens(11)

PERİFERİK VESTİBÜLER BOZUKLUKLAR

-BPPV (*Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo*)

- *Ménière Hastalığı*

-*Vestibüler Nörinit*

-*Labirentitler*

-İatrojenik travmalar

-Labirent travma ve ameliyatları

-Ototoksisite

-Vestibüler nörektomi

-Vasküler labirent lezyonları

-Akustik Nöroma(11,12)

SANTRAL BOZUKLUKLAR

-Vasküler patolojiler; hematoma, infarkt, anevrizma, iskemi,VB yetersizlik,

-MİGREN

-Tümörler; CPA, beyin sapı ve posterior fossa,

-İntrakraniyal otit komplikasyonları,

-Kraniyal nöropati, 8. sinir tutulumu, Multipl skleroz

-AVM ve travmaları,

-Epilepsi (özellikle temporal tip nöbetler),

-Heredofamiliyal hastalık; Spinocerebellar dejenerasyon,

-Atlantoaksiyel dislokasyon ve diğer kraniyovertebral kavşak bozuklukları vs.(12)

Acile Başvuran Ani İşitme Kaybında Güncel Yaklaşım Tedavi

Opr. Dr.Furkan ŞENGÖZ¹, Uzm. Dr. Sultan Tuna AKGÖL GÜR²

¹Erzurum Mareşal Çakmak Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Servisi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Kliniği

TANI KOYMAK İÇİN:

Ani işitme kaybı (AİK), 1944 yılında De Kleyn tarafından tanımlanmış olup; 72 saat içinde başlayan ve birbirini izleyen 3 frekansta 30 dB veya daha fazla kayıp sapta- nan sensörinöral işitme kaybı (SNİK) tablosudur, 20 dB ve daha fazlasını kabul eden araştırmacılar da vardır.

PREVELANS, DOĞAL SÜREÇ VE PROGNOZ:

AİK 'nın yıllık insidansı 100.000'de 5 -20 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Genellikle 30- 60 yaşlar arasında görülür, %90 tek taraflıdır. AİK' nın bilateral olması nadirdir ve kötü prognozu gösterir.

Hastaların %88' inde diagnostik testler ile etyolojik tanı belirlenemez, idiyopatik olarak kabul edilir.

Ani işitme kayıplarında patogeneze üzerine çok çeşitli faktörler etki ettiği için, hastalığın seyri de çok değişiklik gösterir. Hastaların yaklaşık %32-65'i kendiliğinden düzelmektedir. Kadın / erkek oranının dağılımında eşitlik gözlenmektedir.

PREVELANS, DOĞAL SÜREÇ VE PROGNOZ:

Düzelme süresi genelde ilk 2 haftadır. Buna paralel olarak iyileşme geciktikçe prognoz kötüleşmektedir. Etkilenmiş kulakta dolgunluk sık görülen bir şikâyet, yaklaşık olarak AİK' lı hastaların %70' inde tinnitus tabloya eşlik eder.

ETYOLOJİ

Viral enfeksiyonlar :En az %28'inin işitme kaybı başlamadan yaklaşık 1 ay öncesine dayanan üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü mevcuttur.

TANI VE DEĞERLENDİRME:

Anamnez: Ani işitme kayıplı hastayı değerlendirirken anamnez önemlidir. İşitme kaybının ne zaman başladığı, gürültüye maruziyet, ototoksik ajan kullanımı, beraberinde kulakta basınç, tinnitus, vertigo, başka herhangi nörolojik bir de bulgu olup olmadığı sorgulanmalıdır. Vertigo, aynı taraf kulakta basınç ve tinnitus Meniere hastalığını düşündürmelidir.

Otolojik Muayene:AİK tanısında hastada normal otolojik muayene bulguları saptanır. Odyolojik inceleme tanı koydurur. Temel odyolojik testler ayrıca sensörinöral işitme kaybının koklear ya da retrokoklear kaynaklı olup olmadığına ait diagnostik bilgiler verir. Koopere olamayan hastalarda, otoakustik emisyon ve ABR kullanılır.

TANI VE DEĞERLENDİRME:

Laboratuvar Testleri : Hemogram, kan basıncı, elektrolitler, sedimentasyon, rutin biyokimya, koagülasyon testleri istenmelidir.

Ani işitme kayıplı hastaların yaklaşık %25'i bir üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmişlerdir (3). Akut enfeksiyonun tespi nazofarenks sürüntüsünden virüs izolasyonu ve antikor tresinin ölçümünü içermektedir. Son zamanlardaki çalışmalar kardiyovasküler hastalarda kullanılan prognostik parametre olan nötrofil/ lenfosit oranı ve plalelet/ lenfosit oranının ani işitme kayıplı hastalarda düşük olduğunu göstermiştir.

Radyolojik Testler : ,Hastalara temporal kemiğe yönelik BT-MRG istenebilir. Gadolinyumlu MRG potansiyel akustik nöroma gibi retrokoklear işitme kaybının değerlendirilmesinde altın standarttır. BT, temporal kemik travmaları ve fistül ayırıcı tanısında faydalıdır.

TEDAVİ:

AİK' da tedavi etyoloji saptanmışsa ona göre düzenlenir. Fakat hastaların çoğu idiyopatikdir. Bu yüzden tedavi ampirik olarak yapılır. Steroid tedavi tedavide altın standarttır (2) .

Ani İşitme Kaybında Uygulanan tedaviler :

- Oral steroidler (prednizon, deksametazon, me lpred- nizolon, betametazon)
- Trans mpanik steroidler (deksametazon, me lpredni- zolon)
- İntravenöz steroidler (me lprednizolon)
- Oral an viraller (asiklovir, valasklovir)
- Hemodilüsyon (dekstran)
- Vazodilatatörler (histamin, papaverin, verapamil, pro- kain hidroklorür)
- Karbojen gaz inhalasyonu
- Hiperbarik oksijen terapisi
- Vitaminler (B1, B3, B6, B12, E)
- Koagülanlar (sodyum enuxaparin, heparin)
- Plazmaferez
- Benzodiapazin
- Ginkgo biloba
- Stellat ganglion blokajı
- Yaşam değişiklikleri (kafeini azaltmak, sigarayı bırakmak)

Oral Steroidler

Kortikosteroidler halen idiyopatik ani işitme kaybı tedavisinde en sık kullanılan ilaçlardır. Prednizolon genellikle oral olarak 1mg/kg/gün dozunda başlanıp giderek azalan dozlar seklinde uygulanmaktadır. Son zamanlarda, birçok araştırmacı AİK' da uyguladıkları farklı steroid protokollerini raporlamaktadır.

Sla ery ve ark. 2006 yılında günlük 60 mg oral prednizon ile 14 günlük bir tedavinin optimal olduğunu rapor etmişlerdir.

Wilson ve ark. kör bir çalışmada idiyopatik ani işitme kaybı tedavisinde steroid ve plaseboyu karşılaştırmışlardır. Aktif hasta grubunda 10–12 gün süreyle oral yolla giderek düşen dozlarda prednizolon vermişlerdir. Her iki grupta orta frekanslarda kaybı olanlarda tedavi şekline bakılmaksızın düzelme görülmüştür. Kaybı tüm frekanslarda 90 dB'den daha kötü olan hastalarda steroid-plasebo tedavi grupları arasında iyileşme açısından fark bulunamamıştır. Arada kalan hasta grubunda steroid kullanımında anlamlı düzelme olmuştur. Bu hastalarda steroid verilenlerin %78'inde tam iyileşme gözlenirken, plasebo verilen hastaların %38'inde parsiyel iyileşme gözlenmiştir.

Intratimpanik Steroid Tedavisi:

Timpanik membranın posteroinferior kadrından oto- mikroskop al nda lokal anesteziyle yapılır. 3 ana proto- kolde uygulanır:

1-Sistemik steroidler olmaksızın ilk tedavi olarak (primary treatment)

2- Sistemik steroidlere ek olarak (adjuvan treatment)

3-Sistemik steroid tedavisinin başarısız olması duru- munda kurtarma tedavisi olarak (salvage treatment)

Hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT)

HBOT yararlı olduğunu söyleyen çalışmalar varsa da henüz klinik anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Bennet ve ark. göre AİK hastalarında akut dönemde HBOT işitmeyi anlamlı derecede artırmakta fakat klinik başarısı belirsizliğini korumaktadır. Kronik olgularda ise bu tedavinin yararını gösteren herhangi bir bilimsel kanıt olmadığından kullanımı önerilmemektedir. Yang ve ark. sistemik tedaviden fayda görmeyen ani işitme kayıplı hastalarda intratimpanik steroid, hiperbarik oksijen ve bu iki tedavinin kombinasyonları uygulamış, kontrol gruba göre özellikle düşük frekans kaybı olan hastalarda her üç grupta da anlamlı olarak duymada kazanç görülmüştür. Hiperbarik oksijen ile intra mpanik steroid tedavileri arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Antiviral tedavi

Viral etkenler etyolojik ajan olarak düşünüldüğünde öncelikle HSV'nin etken olduğuna dair kanıtlar olduğundan viral tedavi önerilmektedir. Tucci ve ark. steroid+valacyclovir ve steroid+plasebo ile tedavi edilen grupları karşılaştırmış ve anlamlı fark bulmamışlardır.

Westerlaken ve ark. yaptığı çalışmada da prednizolon + asiklovir ve prednizolon+ plasebo ile tedavi edilen hasta gruplarını karşılaştırmış ve bu iki grup arasında işitmede iyileşme açısından anlamlı bir fark saptamamışlardır.

Henüz yararını gösteren klinik çalışma olmamasına rağmen, viral ilaçların yan etkileri nadir olduğu ve yarar potansiyeli bulunduğu için viral+ steroid kom- binasyonu ile tedavi önerilmektedir.

Febril Konvulziyonla Gelen Hasta: Yoğun Bakımda Yatmak Zorunda Mıydı?**Dr. Öğr. Üyesi Halil Keskin¹****¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı****Giriş:**

Febril Konvulziyon (FK), çocukluk çağıının en sık görülen nörolojik hastalığıdır. Genellikle altı ay ile beş yaş aralığında görülür. Ateşle birlikte olan ancak santral sinir sistemi enfeksiyonu ya da tanımlanmış herhangi bir nedene bağlı olmayan klinik bir durumdur. Klinik özelliklerine göre basit FK ve kompleks FK olarak iki tipe ayrılır. Akut tedavide ilk tercih edilecek olan ilaçlar, kısa etkili benzodiazepinlerdir. Bu çalışmada FK nedeniyle acil servise başvuran ve yapılan müdahale sonrasında entübe olarak çocuk yoğun bakım ünitesine kabul edilen bir vaka sunuldu.

Vaka Sunumu:

On sekiz aylık erkek hasta, merkezimize yaklaşık 115 km uzaklıktaki bir ilçe hastanesinin acil servisine havale geçirme şikayeti ile başvurmuş. İki gündür ateş ve öksürüğü olan hasta başvurusundan yarım saat önce ateşi yüksek iken sayıkladığı, sonrasında gözlerini bir noktaya diktiği, tüm kol ve bacaklarda kasılıp gevşeme şeklinde havale geçirdiği ve havalenin kısa sürede kendiliğinden durduğu ifade edilmiş. Acil serviste müşahade edilirken tekrar aynı şekilde konvulziyon geçiren hastaya rektal diazepam, intravenöz midazolam verilmiş. Sonrasında solunum arresti gelişen hasta, anestezi uzmanı tarafından entübe edilmiş. Kliniğimize sevki planlanan hastanın havayolu güvenliğini sağlamak için rokuryum ve propofol yapılmış. Bu haliyle kliniğimize refere edilen hastanın acil servisimize getirildiğinde fizik muayenesindeki müspet bulguları; Genel durum kötü, glaskow koma skoru 3 puan, spontan solunum yok, entübe, pozitif basınçlı ventilyasyon (PBV) uygulanıyor, PBV sırasında ağız içinden hava kaçağı sesi duyuluyordu ve endotrakeal tüp yerinden çıkmak üzereydi. Endotrakeal tüp değiştirildikten sonra dinlemekle solunum sesleri yaygın kabalaşmış, kaba ve krepitan raller mevcuttu. Vücut ısısı 37°C, nabız 167/dk idi.

Yoğun bakım ünitesine yatırılan hasta mekanik ventilatöre bağlandı. Nötrofil yüksekliği ($17000/\text{mm}^3$) ve C-reaktif protein yüksekliği (27 mg/L) dışında kan değerleri normal olan hastanın akciğer grafisinde sağ tarafta pnömonik infiltrasyonu vardı. Hastaya üçüncü kuşak sefalosporin tedavisi başlandı. Yoğun bakım ünitesine yatışının ikinci gününde mekanik ventilatörden ayrılan ve güçlü spontan solunumu olan hasta yataklı serviste tedavisi tamamlanarak şifa ile taburcu edildi.

Sonuç:

Çocuk, hekim tarafından ilk değerlendirildiğinde FK'ların çoğunluğu kendiliğinden sona ermiştir. Böyle durumlarda benzodiazepinlerle acil tedavi gerekli değildir. Ateş ise semptomatik olarak tedavi edilmelidir. Konvulziyon beş dakika içerisinde durmadıysa, kendiliğinden durma şansı düşüktür ve uygun şekilde tedavi başlanılmalıdır. FK tedavisinde ilk tercih edilecek ilaçlar kısa etkili benzodiazepinler (diazepam, midazolam)'dır. Bu ilaçları uygun dozda ve uygun sürede vermek solunum depresyonu riskini azaltacaktır. Solunum depresyonu gelişmesi durumunda kullanılan benzodiazepinin etki süresi geçene kadar hastayı güvenli şekilde solutmak hayat kurtarıcıdır. Hasta acil servisimize geldiğinde endotrakeal tüpü çıkmak üzereydi. Aynı zamanda kullanılmış olan santral etkili kas gevşetici ve anestezi madde nedeni ile spontan solunumu da yoktu. Eğer bu hasta kısa etkili benzodiazepin etkisi geçene kadar solutulabilseydi yoğun bakım ihtiyacı olmayacaktı. Acil servislerde çalışan bütün hekimler konvulziyonla gelen bir çocukla karşılaşacaklardır. Çocuklarda konvulziyonlara uygun yaklaşıma dikkat çekmek için bu vaka sunulmuştur.

AF genç yaşta da olsa bu kadar önemli mi?

Uz. Dr. Muhammet Emin Naldan¹

¹Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

Giriş: AF ritim bozukluğunun ve gelişebilecek komplikasyonlarının farkındalığını artırmak.

Vaka Sunumu: 33 yaşında ,erkek,daha önceden bilinen hiçbir hastalığı olmayan hasta acil servisimize bilinç bulanıklığı ile getiriliyor. BT'ne götürülen hasta, BT sonrası solunum arresti geçirince entübe edilip yoğun bakıma alındı. Özgeçmişinde son bir aydır var olan konuşma güçlüğü, ara ara olan yürüme güçlüğü olan hasta 2 hafta önce Orta Kulak İltihabı tanısı ile 10 gün antibiyoterapi almış. Yapılan fizik muayenesinde vital bulguları stabil, Nabız:90, sinüsritmi ,T.A.:125/67 mmHG,Ateş;36,1 °C olarak tesbit edildi. Çekilen BT de belirgin bir patoloji tesbit edilemedi. Hastada ön tanı olarak SVO,İntoksikasyon, Ensefalit düşünüldü. Yatışından 3 saat sonra sağ tarafında Horner Sendromu(miyozis +, pitozis +,anidroz +, enoftalmi +) ve sol hemipleji gelişti.1 saat sonra da AF ritmi gelişti. Hastaya beta blokörü uygulandı , İCA(İnternal Karotis Arter) Diseksiyonu ve Arka Serebral+Serebellar Sistem Enfarktı düşünülerek tanı için MR Angiografi ve Diffüzyon MR çektirildi.Çekilen MR da Diseksiyon lehine bulgu saptanmadı. Sağ Bulbus düzeyinde decussatiopyramidalisproksimalindeanteroposterior yerleşimli akut enfarkt ve sağ serebelluminferiorunda akut enfarkt ile uyumlu lezyon gözlemlendi. Hastaya EKO ve TEE (Transözefagial Ekokardiyografi) yapıldı,herhangi bir trombüs odağına rastlanmadı.Hastanın medikal tedavisi ve destek tedavisi düzenlendi. Hastanın spontan solunumu yeterli düzeye gelmeyince 15. gün trakeostomi uygulandı.

Sonuç: Genç de olsa AF tesbit edilen hastalarda nörolojik komplikasyonlar açısından uyanık olmak ve CHA2DS2VASC skoru' na göre gerekli ise antikoagulan, aspirin veya antirombotik vermek gerekir.

Öglisemik ketoasidoz, güncel tedavinin güncel komplikasyonu, olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi

Uz. Dr. Feyzi Gökosmanoğlu¹

¹Sakarya Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji Kliniği, Sakarya.

Giriş: Tip 2 diyabet için SGLT-2 inhibitörleri ile tedavi alan hastalarda, nadir ama ciddi ve bazen yaşamı tehdit edici ve ölümcül olabilen diyabetik ketoasidoz vakaları son zamanlarda rapor edilmektedir. Bu raporların bazılarında, tablo atipik olmuş ve kan glukoz düzeylerinde yalnızca orta düzeyde artış gözlenmiştir. Diyabet hastalarında bu tür atipik DKA tabloları teşhisi ve tedaviyi geciktirmektedir. Bu makalede bir erkek olguda kan glukozu normal DKA durumunu literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık

Olgusu: Altmış beş yaşında erkek hasta karın ağrısı, aşırı susama hissi, bulantı, uyku hali ile hastanemiz acil kliniğine geldi. Hastada 11 yıldır diyabetik, metformin+glüklaizid kullanıyor. Hastanın kan glukozu regüle olmadığı için tedaviye 6 ay önce dapagliflozin eklenmiş. Muayenede tansiyon 90/55 mmHg, nabız 115 atım/dk, solunum sayısı 24/dk, ateş 35.5 C idi. Cilt kuru, ağız kuru, göz küresi çökmüş, karının palpasyonunda yaygın ağrı saptandı. Laboratuvarında WBC: 16000/mm³, glukoz: 168 mg/dl, Kr: 1.1 mg/dl, Na: 148 mg/dl, K: 4.1 mg/dl, ALT: 78 U/l, pH: 7.12, serum bikarbonat:8 mEq/L, pCO₂: 24, laktat: 1.8 mmol/L, idrar glukoz: >500, keton: 3+, A1c: %13.2 idi. Öglisemik diyabetik ketoasidoz normal glukozlu diyabetik ketoasidoz olarak tanımlanır. Bu hastalarda kan pH< 7.30, serum bikarbonat < 18 mEq/L, keton (+) ve kan glukoz < 200 mg/dL tanı kriterleridir. Olgumuzdaki bulgular öglisemik ketoasidoz ile uyumlu idi. Medikal tedavide farklı olarak insülin ile glukozu birlikte başlanmalıdır, sıvı ve elektrolit replasmanı diğer ketoasidozlarda olduğu gibi aynı protokolda uygulanır.

Sonuç: Öglisemik ketoasidoz, insülin eksikliği ve artmış glukagonun metabolik sonuçlarını temsil eden spektrumun bir parçası olan ketoasidoz ve SGLT-2 inhibitörleri ile oluşan öglisemi ile karakterizedir. Hastalar kliniğe bulantı, kusma, karın ağrısı, aşırı susama, konfüzyon, yorgunluk ya da uyku hali gibi nonspesifik semptomlar ile başvururlar. Hekimler, metabolik asidozun belirti ve semptomları olan hastaları eğer SGLT-2 inhibitörleri kullanıyorsa kan glukozunun normale yakın olabileceği konusunda bilgilendirmeli ve bu tür belirti ve semptomları yaşadıkları takdirde derhal tıbbi yardım almaları öğütlenmelidir.

Fournier Gangreni**Dr. Adem Utlu¹ Uzm. Dr. Sibel Güçlü²****¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı****²SBÜ Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis**

GİRİŞ: Fournier gangreni, perianal, perineal ve genital bölgeleri etkileyen, spesifik bir ajan bulunamayan ve ender görülen bir nekrotizan fasiittir. Fournier gangreni, yüksek mortalite oranı ile (%20) erken tanı ve erken cerrahi müdahale gerektiren gerçek bir ürolojik acildir. Hastalık kadınlara göre erkeklerde 3 kat daha yüksek insidansa sahiptir. Fournier gangreni gelişmesi açısından yüksek riskli gruplar arasında diyabet, kronik hastalıklar, bağışıklık sistemini zayıflatan durumlar, düşük sosyoekonomik durum, obezite, sigara ve alkol bulunmaktadır. Fournier gangreni gelişen hastaların büyük çoğunluğu idiyopatiktir(%40). Cinsel organ enfeksiyonu operasyonları sonrası (%24), anal bölge enfeksiyonları sonrası (%20), karın içi enfeksiyonlar (%10) ve travmalardan (%2) sonra da gelişebilmektedir. Semptomları genelde bir hafta içinde ortaya çıkar. Lokal ödem, ateş, kızarıklık, kötü kokulu ile karakterizedir. Semptomların başlaması ile tedavinin başlanması arasında geçecek süre ortalama 5 gün olarak bildirilmiştir. Tanı konması için görüntüleme olanaklarından tomografi, USG, MR kullanılabilir. Genellikle fizik muayene ile tanı yüksek oranda konur. Acil cerrahi debritleme ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavinin olmazsa olmazıdır. Son zamanlarda hiperbarik oksijen tedavisi ve vacuumassistedclosure (VAC) gibi yöntemler de kullanılabilir.

OLGU: 62 yaşında erkek hasta acil servise skrotumda şişlik ve kızarıklık şikayeti ile geldi. Hastanın alınan anamnezinde diyabet öyküsü olup, periferik arter hastalığından dolayı opere olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde skrotum cildinde özellikle sağ skrotal bölgede ödem, nekroz ve pürülan akıntı tesbit edildi. Bakılan vitallerinde GKS:15, TA: 142/77 mmHg, nabız: 109/dk, ateş:37.4° derece idi. Hastadan alınan hemogramda WBC:15700 idi. Hastanın skrotal USG'sinde kirlenme ve gaz ekojeniteleri mevcuttu. Hastaya çekilen MR'da sağ skrotumda yüzeysel ve derin fasial alanlardan perineye uzanan, sağ inguinal kanal boyunca uzanan yer yer hava sıvı seviyeleri içeren 7 cm'e varan mayi koleksiyonu ve diffüz ödem görünümü mevcuttu. Hasta bu haliyle üroloji servisine konsulte edildi. Acil operasyon planlanan hastaya uygun antibiyoterapi başlanarak yatış verildi.

SONUÇ: Fournier gangreni, acil değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi gerek bir durumdur. Tanı ve tedavinin geç kalınması durumunda mortalitesi yüksek seyreden ürolojik bir acildir. Bu bakımdan tanı konmasında acil hekimlerinin bilgi sahibi olması ve şüphe etmesi önem arz etmektedir.

Düşme Deyip Geçme!**Uzm. Dr. Sibel Güçlü¹****¹SBÜ Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis**

GİRİŞ: Blowout kırıkları, göz küresine yumruk, tenis topu, futbol topu, dirsek çarpması gibi sert şekilde oluşan travmadan sonra, orbita içi basıncın ani artışı sonucunda, göz tabanının yani nispeten ince olan alt ve/veya iç duvarında çökme tarzında kırık oluşmasıdır. Sıklıkla motorlu taşıt kazaları, özellikle futbol ve basketbol gibi spor oyunlarında, darp ya da düşme sonrası meydana gelir. Önden gelen darbe, orbita içindeki yapıları arkaya doğru iterek patlama şeklinde kırık oluşturur. Orbita tabanında oluşan defektten periorbital yağ dokusu, maksiller sinüs içine doğru yer değiştirebilir (enoftalmus). İlk günlerde gözün bu çöküklüğü kanama nedeni ile belirgin olmayabilir. Göz küresi etrafındaki kasların sıkışması nedeniyle gözde hareket bozukluğu, çift görme olabilir. Göz çevresinde laserasyon ve ekimoz görülebilir. Tanı, muayene bulguları, bilgisayarlı tomografi ve MR ile konur. Travmadan dolayı oluşan ödem ve kanama geçtikten sonra erken dönemde cerrahi olarak düzeltilmesi gerekir. Enoftalmus, diplopi, infraorbital sinir hipoestezisi ya da anestezisi operasyon endikasyonlarıdır

OLGU: 50 yaşında kadın hasta acil servise düşme sonrası yüzünde morarma ve ağrı şikayeti ile geldi. Hastanın alınan anamnezinde temizlik yaparken yaklaşık 2 metre yüksekten, künt bir cismin üzerine düştüğü ve yüzünü çarptığı öğrenildi. Hastanın vitalleri GKS:15, ateş:36,2°C, nabız: 82/dk, TA: 142/75 mmHg idi. Yapılan fizik muayenesinde, sağ göz çevresinde palpasyonla hassasiyet ve ekimoz vardı. Enoftalmusu mevcuttu. Yukarı bakarken çift gördüğünü ve sağ buccal alanda hipoestezisi mevcuttu. Hastaya çekilen orbita BT'sinde, orbital globun bütünlüğü tam olup, sağ orbitadan maksiler sinüse herniye olan blowout kırığı ile uyumlu doku görüldü. Diplopi ve hipoestezisi mevcut olan hasta bu haliyle plastik cerrahi kliniğine konsülte edildi. Elektrik şartlarda opere edilmesi planlanan hastaya klinik yatışı verildi. Uygun antibiyoterapi ve analjezik tedavi başlandı.

SONUÇ: Düşmeler, acil servise başvuran hastaların büyük bir kısmını oluşturmaktadırlar. Düşme, mekanizması ile uyumlu olmasa bile, düşmelerin ciddi sonuçlar doğurabileceğini, dikkatle muayene edilmesi gerektiğini unutmamak gerekir.

Gebelik ve kardiyopulmoner resüsitasyon**Uzm. Dr. Muhammed Enes AYDIN¹****¹Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon**

Gebeliğe bağlı mortalite Avrupa’da nadir olmasına rağmen ülkeler arasında büyük farklılıklar vardır. İnsidans çalışmaları vaka bildirimlerini esas aldığı için gelişmiş ülkelerdeki bu düşük oran gelişmekte olan ülkelerdeki gerçek oranı yansıtmamaktadır. Fetüsün yaşam süresi genellikle annenin yaşamına bağlı olduğundan resüsitasyon çabası süresince anneye odaklanılmalıdır.

Gebelik boyunca oluşan önemli fizyolojik değişikliklerin farkında olmak resüsitasyon boyunca daha sağlıklı manipülasyonları da beraberinde getireceğinden bu fizyolojik değişikliklere hakimiyet elzemdir. Gebelikte kardiyak arrest nedenleri özellikle geri döndürülebilir 4H - 4T sıralaması her zaman ön planda tutularak gebeliğe özgü plasental yerleşim sorunları, preeklampsi gibi hipertansif bozukluklar, alınan ilaç tedavilerinin yan etkileri ve amniyotik sıvı embolisi son derece ciddi kardiyak arrest nedenleri düşünülmelidir.

Tedavide öncelikle kardiyak arrest gelişmeden önce yapılacak manevralar hayatidir. Genelde birçok kardiyak problem büyüyen uterusun inferior vena kavaya basısı sonucu venöz dönüşün azalmasıyla gelişen hipotansiyona yatkınlık sebebiyledir. Bu nedenle supin hipotansiyon sendromuna karşın hastalar 15-30 derece sol lateral pozisyonda aortokaval basıyı önleyecek şekilde tutulmalıdır. Gebe hasta solunum sıkıntısı çektiğinde uteroplasental oksijen sunumu tehlikeye gireceğinden pulsoksimetre takibiyle oksijen desteği verilmeli, ciddi solunum yetmezliklerinde entübasyon için gecikmemeli, aspirasyon pnömonisi riski nedeniyle maske ventilasyonundan olabildiğince kaçınılmalıdır. Venöz yol için üst ekstremité tercih edilmeli, hipotansiyona vasopresör ilaçlar uteroplasental vazokonstrüksiyona neden olabileceğinden öncelikli sıvı replasmanı ile müdahale edilmelidir. Hastada gelişebilecek kardiyak arrest riski açısından kadındoğum, pediatri ve anestezi bölümleri ile acilen koordine olunmalıdır.

Kardiyak arrest gelişmesi durumunda temel ve ileri yaşam desteğinin tüm adımları uygulanırken gebelik haftası özellikle 24-25 hafta ve üzerinde ise resüsitasyon başlangıcı için 4 dakika gibi kısa bir süre olduğunu hatırlamak bir yandan da hastaya acil sezaryen hazırlığı yapılmalıdır. Yapılacak sezaryen hem bebeğin hayatını kurtarıırken diğer yandan annenin resüsitasyonuna da yardımcı olacaktır. Resüsitasyon süresince uygulayıcının performansı açısından daha çok tercih edilmesi gereken sol lateral tilt yerine hasta supin pozisyondayken ikinci bir kişinin uterusu sol yana deviasyonu olacaktır. Bunun dışında defibrilasyon ya da reüsitasyon süresince kullanılan ilaç ve dozlarında herhangi bir farklılık bulunmamaktadır.

Akut Appendisit Tanısı ile Opere Edilen Hastaların Retrospektif Analizi

Uz. Dr. İlker Akbaş¹

¹Bingöl Devlet Hastanesi Acil Servisi

Giriş: Akut apandisit (AA), apendiks vermiformisin enflamasyonu sonucu oluşan klinik bir durumdur. Dünyada acil cerrahinin en sık nedenidir. Hayatın en sık ikinci ve üçüncü dekatında görülür. İnsidansı yaklaşık olarak 233/100.000'dir. Erkeklerde kadınlara göre 1,4 kat daha sık görülmektedir. En sık görülen semptom karın ağrısı iken klasik bulguları, sağ alt kadranda ağrısı, anoreksiya, bulantı ve kusmadır. Semptomlar apandisit patofizyolojisi ve lokalizasyonuna göre değişiklik gösterebilir. Ağrı genellikle semptomların ortaya çıkmasından sekiz saat sonrasında sağ alt kadrana doğru yer değiştirir. Ağrının giderek artması apendiksin gangrene olmaya başladığını gösterir ve önlem alınmazsa perforasyon gelişir. AA'nın klasik fizik muayene bulguları, sağ alt kadranda hassasiyet, müsküler defans ve reboundun olmasıdır. Ateş genellikle 38,3°C altında olup, vital bulgular normaldir. Fizik muayene yapılan tetkiklerden daha değerlidir.

Yöntem: Bu çalışma 01.01.2016 ile 31.12.2016 tarihleri arasından acil servise başvuran ve görüntüleme yöntemleri ile AA tanısı konularak appendektomi yapılan hastalar üzerinde retrospektif olarak yapıldı. Hasta bilgilerine hastane dosyalarından ve hastane elektronik bilgi sistemi üzerinden ulaşıldı.

Bulgular: Çalışma dahil edilme kriterlerini karşılayan 192 hasta üzerinde yapıldı. Hastaların 106'sı (%55,2) erkekti ve ortalama yaş 36,15±16,82 yıldı. Hastaların vital bulguları: sistolik kan basıncı 127,2±15,7 mmHg, diastolik kan basıncı 74,5±10,8 mmHg, nabız 84,8±11,6 atım/dk, 36,4±0,48, solunum sayısı 16,7±1,6 /dk, solunum sayısı 94,1±3,8 şeklindeydi ve normal aralıklardaydı. Hastaların hepsinin (n=192, %100) acil servise gelişlerinde karın ağrısı varken, %34,3'ünde (n=66) bu şikâyeteye bulantı ve kusma, %21,3'ünde (n=41) sadece bulantı, %1,5'inde (n=3) ise bulantı olmadan sadece kusma eşlik ediyordu. Hastaların hepsinin fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyeti vardı. %50,5'inde bu bulguya defans ve rebound, %27,6'sında sadece rebound, %10,4'ünde ise sadece defans eşlik etmekteydi. Hastaların %29,7'sine sadece abdominal USG ile tanı konulmuşken, geri kalan hastalarda tanı abdominal BT ile kesinleştirilmişti. 38 (%19,8) hastada perforasyon gelişmişti. 1 (%0,5) hastada ise plastrone apandisit mevcuttu.

Tartışma: Çalışmamızda çıkan yaş ve cinsiyet dağılım değerleri literatürdeki daha önceki bilgiler ile uyumluydu. Vital bulgular içerisinde yer alan ateşin inflamasyona ve enfeksiyöz proseslere bağlı artmasını beklerken araştırmamızda bu değerle literatürle uyumlu olarak normal sınırlar içerisindeydi. AA tanısında hikaye ve fizik muayene oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Çalışmamızda ortaya çıkan anamnez ve fizik muayene özelliklerinin dağılımı bu durumu desteklemektedir. Yapılan çalışmalarda USG ve BT'nin yaygın kullanımı sonrası negatif apendektomi oranının %4'e kadar düştüğü tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise hastaların patoloji raporları incelendiğinde negatif apendektomi saptanmadı. Bu durum AA ön tanılı hastalarda tanının USG ve BT desteklenmesi durumunda yanlış apendektomilerin önüne geçilebileceğini göstermektedir. Perforasyon AA tanısında ve tedavide gecikmeye bağlı olarak gelişen mortalite ve morbiditenin artmasına sebep olan önemli bir komplikasyondur. Genel olarak tüm apandisitlerin %20-30'unda perforasyon gelişmektedir. Bizim çalışmamızda ise hastaların %19,8'sinde perforasyon gelişmiş olup, bu oran literatürden daha düşük tespit edilmiştir.

Sonuç: Bu çalışma ile hastanemizde tanı konulan ve opere edilen AA hastalarının bir takım tanımlayıcı istatistiklerini ortaya koymayı ve dünya literatürü ile kıyaslama yapmayı amaçladık. Bu tarz çalışmaların daha sonra yapılacak daha detaylı ve farklı metodolojiye sahip araştırmalara ışık tutacağını düşünmekteyiz.

Kalsifikasyonlu ve Kistli Lökoensefalopati; 10 Yıllık Takip ve Görüntüleme Bulguları

Dr. Öğr. Üyesi Alper EREN¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji AD, Erzurum, Türkiye

Giriş-amaç: Kalsifikasyonlu ve kistli lökoensefalopati (LCC) radyolojik olarak ödemli lökoensefalopati, serebral kalsifikasyon ve parankimal kistlerin oluşumu ile karakterize nadir görülen bir durumdur. LCC, 1996'da Labrune ve ark tarafından 3 hastada orijinal olarak tanımlanan çok nadir bir durumdur. LCC ile ilgili güncel literatür, öncelikli olarak vaka raporlarıyla sınırlıdır ve kapsamlı bir genel bakış sunmamaktadır. Bu nedenle, şu anda, klinik, radyolojik ve histopatolojik özellikler henüz iyi aydınlatılmamıştır. Biz burada defalarca Beyin cerrahisi ve Nöroloji kliniklerinde yatırılarak tetkik edilen, 4 kez opere olan ve yaklaşık 10 yıllık bir izlemin sonunda tanı alan bir olguyu radyolojik bulguları eşliğinde sunduk.

Olgu: 4 kez intrakranial operasyon, epilepsi, hipofizer yetmezlik, adrenal yetmezlik, DM, hipotiroidi öyküsü olan hasta baş ağrısı, bulantı-kusma, bilinç geriliği, nöbet geçirme yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Öyküsünde; yaklaşık 10 yıl önce baş ağrısı yakınmasıyla başvuran hastanın çekilen BBT'nde bilateral multiple kistler tespit ediliyor ve Serebral kist hidatik olarak değerlendirilen hasta beyin cerrahisi kliniği tarafından 1 ay ara ile 2 kez opere ediliyor. Laboratuvar olarak kist hidatik doğrulanmıyor ve ameliyat sonrası epileptik nöbet geçiren hastaya Karbamazepin 400 mg/gün başlanıyor. Sonrasında 10 yıllık süreç içerisinde defalarca baş ağrısı, nöbet geçirme, unutkanlık, görme bozukluğu yakınmalarıyla hastaneye başvuruyor. Bu süreçte çekilen kranial MRG ve BT'lerinde her iki serebral hemisferde, bazal ganglionlarda, kist duvarlarında ve serebellumda yoğun ve kaba kalsifikasyonlar, bilateral periventriküler U liflerini ve korpus kallozumu tutmayan yaygın ak madde lezyonları (Lökoensefalopati) ve her iki serebral hemisferde irili ufaklı multiple kistler mevcut olan hasta kist hidatik, nörosistiserkozis, demyelinizan hastalık, Fahr sendromu, metabolik ensefalopati gibi hastalıklar yönüyle araştırılmış ancak herhangi bir tanı konulmamış. Takiplerinde 2 kez daha kist nedeniyle opere edilen hastanın zaman zaman başvurularında semptomatik tedavi ve antiepileptik tedavi düzenlemesi yapılmış. Bir gün önce baş ağrısı, nöbet geçirme ve sonrasında uyanamama yakınmasıyla başvuran hasta status epileptikus tanısıyla yoğun bakım ünitesine alındı ve tedavisine başlandı. Bilinci açılan hasta Nöroloji kliniğine devralınarak antiepileptik ve antiödem tedavileri düzenlendi. Nörolojik muayenede bilinç somnole, oryantasyon kısmi, koopere, pupiller izokorik, PIR:++/++ (zayıf), bilateral optik atrofi, sol NLO hafif silik, sol hemiplejik, sol hemihipoestezi, DTR'ler altlarda hiperaktif, TCR bilateral yanıtsızdı. Geriye dönük ayrıntılı anamnezi ve görüntüleme bulguları gözden geçirilen hastada LCC düşünüldü. 1 g/gün IVMP tedavisi başlandı. Takiplerinde bilinç geriliği gelişen hastanın çekilen BBT'nde intrakranial hemoraji tespit edilmesi üzerine Beyin cerrahisi kliniği tarafından opere edildi. Operasyondan 10 gün sonra ani gelişen kardiyak arrest nedeniyle hasta kaybedildi.

Tartışma ve sonuç: LCC'nin klinik bulguları ilerleyici piramidal, ekstrapiramidal ve serebellar bulgular, yavaşlamış kognitif fonksiyonlar ve / veya nöbetlerdir. Bu kistlerin anatomik konumuna ve dağılımına bağlı olarak, çok çeşitli serebral, serebellar ve hatta omurilik bulguları olabilir. Bizim hastamızın yakınmaları baş ağrısı ile başlamıştı ve takiplerinde epileptik nöbetler, görme kaybı (optik atrofi), kognitif yıkım ve hemipleji gelişmişti. BT ve MRG'de tipik bulgular U lifleri ve korpus kallozum korunmakla birlikte ak maddede belirgin sinyal değişiklikleri, bazal ganglionlar, serebellum, beyin sapı ve subkortikal ak maddede yaygın, yoğun ve kaba kalsifikasyonlar ile parankimatöz kistlerdir. Bizim olgumuzda da her iki serebral hemisferde, bazal ganglionlarda, kist duvarlarında ve serebellumda yoğun ve kaba kalsifikasyonlar, bilateral periventriküler U liflerini ve korpus kallozumu tutmayan

yaygın ak madde lezyonları (lökoensefalopati) ve her iki serebral hemisferde irili ufaklı multiple kistler mevcuttu. Hastamızın 9 yıllık takiplerinde literatürle uyumlu olarak hafif klinik seyrin aksine, nöro-görüntülemede merkezi sinir sisteminde ciddi ve ilerleyici nörodejeneratif bir süreç gösterilmiştir. 9 yıllık takip sürecinde bazı kistler yavaş yavaş büyüyerek ventriküller ve bazal ganglionlara bası yaparak mükerrer cerrahi müdahaleleri gerekli kılmıştır. LCC'de yapılan patolojik incelemelerde hiperplazi, glial proliferasyon, Rosenthal lifleri, kalsifikasyon, dejenerasyon, nekroz, kanama gibi bulgular tespit edilmiştir. Bizim hastamızda kist duvarından yapılan patolojik incelemede kan ve fibrin yapıları tespit edilmiştir. LCC için spesifik etkinliğe sahip bir tedavi yoktur. Yaygın olarak kullanılan ilaçlar antiepileptik ilaçlar ve antiödem ajanlardır. Progresif intrakranial hipertansiyonu olan bazı hastalarda kistlerin belirgin ilerlemesi nedeniyle cerrahi dekompresyon gerekebilir. Sonuçta LCC radyolojik olarak kistik metastazlar, enfektif kistler ve demiyelinizan hastalıklar ile karışabilir. Kesin tanı histopatolojik olarak kalsifikasyon, Rosenthal lifleri, gliosis ve anjiomatozisin gösterilmesi ile konur. Ancak biyopsi materyalinin kist duvarı ve komşu parankimi birlikte içermediği durumlarda bizim olgumuzda da olduğu gibi tanı zorlaşabilir. Ancak lökoensefalopati, intrakraniyal kalsifikasyon ve kistlerin varlığı LCC açısından çok fazla kuşkuya yer bırakmamaktadır.

DEMANS HASTASINDA YABANCI CİSİM YUTMA

Dr. Turgut Dolanbay¹, Dr. Levent Şahin¹, Dr. İlker Akbaş¹

¹Bingöl Devlet Hastanesi Acil Servisi

GİRİŞ

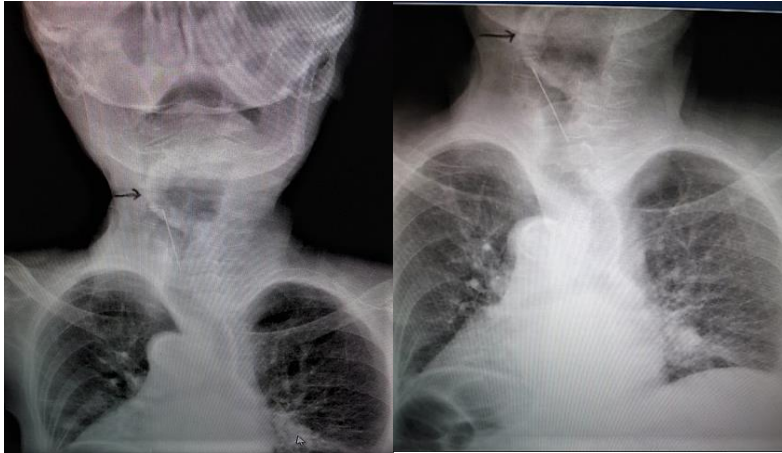
Demans hastalığı; hafıza (bellek), dikkat, konsantrasyon, planlama, düşünme, konuşma gibi zihinsel fonksiyonları etkilediği gibi insan davranışlarını, duygulanımlarını da etkiler. Acil servislere farklı durumlarla başvurdıkları görülmektedir.

OLGU

89 yaşında bayan hasta gece aniden başlayan boğulma hissi, nefes darlığı ve yutkunma zorluğu şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde demans hastalığı vardı. Vital bulguları normal sınırlarda değerlendirildi. Fizik muayene doğaldı. Çekilen servikal ve PA AC grafilerinde boyun bölgesinde takma dişinin vertikal pozisyonda takılı kaldığı görüldü. Takma diş KBB bölümü tarafınca endoskopi ile çıkartıldı. Şikayetleri hızlıca geriledi ve takip sonrası taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Özefagus yabancı cisimleri ciddi morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır. Demans hastaları da unutkan oldukları için gece yatmadan önce takma dişini çıkarmayı unatabilirler. Acil serviste demans hastaları değerlendirilirken hekimler daha dikkatli olup her ihtimali düşünmeleri gerekir.



Entübasyona Bağlı Gelişen Trakeal Laserasyon**Dr.Turgut Dolanbay¹****¹Bingöl Devlet Hastanesi Acil Servisi BİNGÖL****Giriş:**

Trakea rüptürü, endotrakeal entübasyonun çok nadir görülen ve mortalitesi yüksek (0.005) bir komplikasyonudur. Nedenleri; entübe eden personelin tecrübesizliği ve tekrarlayan entübasyon girişimleri, endotrakeal tüp kafının çok fazla şişirilmesi, endotrakeal tüpün kaf balonunun havası alınmadan çıkarılması veya tüpün yerinin değiştirilmesi, kılavuz telinin malpozisyonu, uygun endotrakeal tüp seçilmemesi bulunmaktadır. Bu olgu ile; Bingöl devlet hastanesi acil servisine 112 tarafından arrest olarak getirilen bir hasta sunulmuştur.

Olgu:

Yetmiş beş yaşında bayan hasta, acil servisimize 112 tarafından ani kardiyak arrest olarak, kardiyopulmuner resusitasyon (CPR) yapılarak ve ambulansla getirildi. Hastanın gelişinde genel durum kötü, bilinç kapalı spontan solunum yok, kardiyak atım yok, GKS:3 kan şekeri:204 olarak tespit edildi. Hastada CPR'a devam edildi. Endotrakeal entübasyon denendi İlk entübasyon denemesi başarısız olan hastada aniden cilt altı krepitasyon alınmaya başlandı. Kısa sürede boyun ve toraksta yaygın krepitasyon hissedildi. İkinci denemede daha tecrübeli doktor tarafından entübe edilen hastaya toplam 35 dakika CPR yapıldı. Herhangi bir yaşam belirtisi göstermemesi üzerine exitus kabul edildi.

SONUÇ

Trakea rüptürü; künt travma, penetran yaralanma, ateşli silah yaralanması ve iyatrojenik nedenlerle bağlı olarak oluşabilmektedir. En sık görülen iyatrojenik neden entübasyon girişimi esnasındadır. Sonuç olarak, iyatrojenik trakea laserasyonlarında acil servis personelinin deneyimi çok önemlidir ve acil servis personellerine entübasyon eğitimi sık aralıklarla tekrarlanmalı ve olası komplikasyonların azaltılması düşünülmelidir.

Posttravmatik Unilateral Quadriceps Rectus Femoris Tendon Rüptürü

Mustafa Alpaslan¹,Turgut Dolanbay¹, Okan   akır¹, Levent   ahin¹, Mehmet   am¹, Nalan Cavlak Adsız², İlhami Adsız²

1.Bingöl Devlet Hastanesi Acil Servis B  NG  L

2.Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Kliniği Elazığ

Giriş:

Tendon rüptürleri genellikle, travma, kesici alet yaralanması, steroid enjeksiyonu gibi nedenlere bağlı olarak sık görülmektedir. Oysa quadriceps femoris tendon rüptürü (QTR) diğer tendon r  pt  rlerine göre çok daha az oranda görülmekle birlikte genellikle yaşlı ve kronik hastalığı bulunan hasta gruplarında daha sık kar  şımıza çıkar. QTR sıklıkla gözden kaçabileceği, tedavi edilmediği takdirde kalıcı fonksiyon kaybı nedeni olabileceği unutulmamalıdır. Bu olgu ile; Bingöl devlet hastanesi acil servisine 112 tarafından iş kazası olarak dizde kesi nedeniyle getirilen bir hasta sunulmuştur

Olgu: otuz yaşında inşaat işçisi vaka ayağı kayması üzerine sol dizi üzerine düşmüş. Düştükten sonra bacakta ani bir bo  şalma hissi ve kanaması olmuş 112 tarafından acil servisimize getirildi.

Getirildiğinde yapılan muayenesinde genel durum iyi şuur açık oryante kopere GKS:15

Tansiyon:120/80, nabız:80 saturasyon:99 olup sol dizde yaklaşık 5 cm'lik kemik dokuya kadar uzanan düzgün sınırlı kesi tespit edildi bacak ekstensiyonunda kısıtlılık tespit edildi. Tetanoz a  ısı yapıldı.

Hemogram, biyokimya koagülasyon ve kan grubu için kanları alındı. Grafisi   ekildi. Ortopedi konsultasyonu istendi. Travmatik quadriceps femoris tendon rüptürü tanısıyla operasyona alındı.

Rüptür suture edildi. Hasta tam   ıfa ile taburcu edildi.

Sonuc

Travmatik QTR acil hekimlerinin sık görebilecekleri bir vaka grubu olmamakla birlikte nadir görülmesi yanlış tanı konulmasına ve kalıcı sakatlılıkların oluşmasına neden olabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca iş sağlığı ve güvenliği açısından da işçilerin koruyucu kıyafet ve kask kullanması iş kazalarının çok daha az g  r  lmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

ACİL SERVİSE BAŞVURAN PELVİS KIRIKLARINDA RADYOLOJİK TILE SINIFLAMASININ ACİLDE BEKLEME YATIŞ SÜRESİ VE MORTALİTE ÜZERİNE ETKİSİ: ÖN ÇALIŞMA

Dr.Öğr.Üyesi. Vahit YILDIZ¹, Dr.Öğr.Üyesi. Figen TUNALI TÜRKDOĞAN²

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD

Amaç: Amacımız mortalite ve morbiditesi yüksek olan pelvis fraktürlerinin kırığını tile sınıflaması ile farkındalığını sağlanması ve erken müdahale ile morbidite ve mortalitenin önüne geçilmesidir.

Metod: Ocak 2013-Ocak 2018 tarihleri arasında acilimize gelen 1285 pelvik sistem görüntülemesi yapılan hastadan pelvik fraktür saptanan 68 hasta çalışmaya alındı. Hastalar radyolojik tile sınıflamasına göre kategorilere ayrıldılar ve acilde bekleme süreleri, yatış süreleri, mortalite ve morbiditeleri sistemden çıkarıldı.

Result: 68 hastanın 42 si erkek (42 ± 3 yaş), 26 sı bayan (38 ± 4 yaş) idi. Hastaların radyolojik tile sınıflamasına göre 31 i (%45.6) tile tip A, 23 ü (%33.8) tip B ve 14 ü (%20.6) tip C olarak saptandı. Tip A hastaların acilde kalış süresi 6.2 ± 1.3 saat, tip B lerin 5.1 ± 1.5 saat, tip C lerin ise 3.8 ± 0.9 saat olarak saptandı. Tip A ların %35 inde, Tip B lerin %48 inde ve Tip C lerin %63 ünde ek patolojiler vardı. Ortalama yatış süresi 14.8 ± 2.4 gün olan hastaların tile sınıflamasına göre yatış süreleri irdelendiğinde Tip A ların yatış süresi 9.4 ± 1.3 gün, Tip B lerin 12.2 ± 1.7 gün , Tip C lerin ise 16.7 ± 2.1 gün olarak saptandı. Tip A ların 1 i (serviste) , tip B lerin 2 sii (serviste) ve tip C lerin ise 4 ü (2 acilde, 2 serviste) takip sırasında ex oldu.

Sonuç: sonuç olarak radyolojik tile sınıflaması hastanın mortalite ve morbidetelerini öngörmekte olup acil hekimi ile ortopedistler arasında rutin bir sınıflama olarak kullanımının yaygınlaşması hastanın daha erken değerlendirilmesi ve yatışının hızlanması konusunda faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

ANTİDEPRESANLARA BAĞLI HİPONATREMİ

Dr. Levent Şahin¹, Dr. Turgut Dolanbay¹, Dr. Okan Çakır¹, Dr. Nalan Cavlak Adsız², Dr. İlhami Adsız²

¹Bingöl Devlet Hastanesi Acil Servis BİNGÖL

²Elazığ Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Servis

GİRİŞ: Hiponatremi, antidepresan ilaçların çok tehlikeli bir yan etkisi olup antidepresan ilaç kullanımına bağlı olarak gelişen en sık elektrolit bozukluğudur. Ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olabilir. Klinikte nörolojik işlev bozukluğu, serebral ödem, motor fonksiyon kaybı, osteoporoz ve patolojik fraktürlerle karşımıza çıkar.

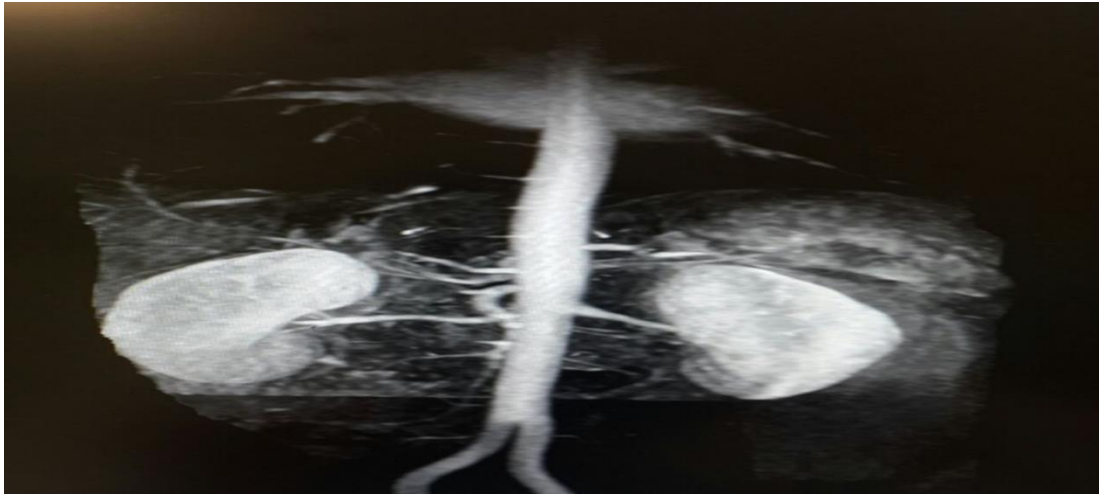
OLGU: 48 yaşında kadın hasta. Acil servisimize uyku hali, ateş(37.5 C), yürüyememe ve son zamanlarda içine kapanıklık şikayeti ile getirildi. Serum biyokimyasında Na:112(136-145), Cl:85(98-107) ve Ca:8(8.4-10.2), idrar Na:22(440-220) idi. Çekilen EKG'si normal sinüs ritmindeydi. Beyin BT ve diffüzyon MR 'ı normal olarak değerlendirildi. Amitriptilin ve Selektif serotonin- noradrenalin geri alım inhibitörü olan Duloksetin ilaçlarından kullanma öyküsü mevcuttu. Hasta ilaca bağlı hiponatremi ön tanısıyla nefroloji servisine yatırıldı. Medikal tedavi sonrası şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Antidepresan ilaç kullanan hastaların, şuur bulanıklığı ve nörolojik semptomlarla acil servise başvurması halinde bir elektrolit bozukluğu olarak hiponatremi akılda tutulmalıdır.

OLGU: Median Arkuat Ligament Sendromu (MALS)**Uz. Dr. Nalan CAVLAK ADSIZ¹****¹Elazığ Eğit. Araşt. Hastanesi Acil Servisi**

Otuz yaşında erkek hasta; Acil servisimize 112 tarafından karın ağrısı şıkayeti ile getirildi. Uzun süreden beri var olan ve son iki haftada sıklığı artan, özellikle yemeklerden sonra oluşan karın ağrısı şıkayeti ile acilimize baş vurdu. Genel durumu iyi, şuuru açık, oryante ve koopere idi. GKS: 15, TA: 120/80, NB: 86 KŞ: 105 Batın muayenesinde epigastrik hassasiyeti olup, ribaunt ve defansı yoktu. Barsak sesleri doğaldı. EKG si normal sinüs ritmindeydi. Semptomatik tedavisi başlandı.Şıkayeti gerilemiyen hastaya ileri tetkik ve tedavi amaçlı CBC, Biyokimya, tüm batın USG ve batın BT anjio çekildi. Hastada Median Arkuat Ligament Sendromu (MALS) tanısı konuldu. Genel cerrahi konsültasyonu istendi. Genel cerrahi servisine yatırıldı. Cerrahi operasyon sonucu şıfa ile taburcu oldu.

Sonuç: Median Arkuat Ligament Sendromu (MALS). MALS, medin arkuat ligamentin çölyak arterin aortadan ayrıldığı kısımda özellikle ekspiryumda belirgin olacak şekilde bası yapması sonucu oluşan postparandial ağrı ile karakterize bir vasküler patolojidir.Toplumda görölme sıklığı 100000' de 2 dir. Cerrahi endikasyonu olan bir rahatsızlık olup, sonuç olarak MALS tanısında acil servis hekiminin; postparangial epigastrik ağrı şıkayeti ile gelen hastalarda unutulmaması gereken bir tanıdır.



MELKERSSON- ROSENTHAL SENDROMU(MRS)**Dr. İlhami ADSIZ¹****¹Elazığ Eğitim. Araştır. Hastanesi Acil Servisi**

OLGU: 19 yaşında kadın hasta. Yirmidört saatten beri yüzünün sol yarısında his kaybı, sol gözünü kapatamama, sol gözünde yaşarma ve ağız köşesinin sağa kayması şikayetleri ile acilimize başvurdu. Hastanın öyküsünde ikisi sağ, ikisi sol tarafından olmak üzere dört kez fasiyal paralizi geçirmiş olduğu öğrenildi. Hastanın muayenesinde TA:110/70, NB:78, Ateş: 36.5 C, kan şekeri: 96 GKS: 15 idi. CBC ve Biyokimyada anormallik gözlenmedi. Çekilen beyin BT'sinde acil patoloji yoktu. Sol göz kapağını kapatamama, sol gözde yaşarma, sol nazolabiyal sulkusta düzleşme, yüzünün sol yarısında his kaybı ve sol temporomandibular eklemde palpasyonla hassasiyet vardı. Yapılan kulak burun boğaz muayenesinde sağ yanakta hafif şişlik ve dilde fissürlü yapı tespit edildi Tekrarlayan periferik fasiyal paralizi nedeniyle kulak burun boğaz konsültasyonu istendi. Hasta hospitalize edildi. Uygulanan medikal tedavi sonrası şifa ile taburcu edildi. MRS tekrarlayan periferik fasiyal paralizi, orofarengeal ödem, dilde fissür triadı ile karakterize granülamatöz bir hastalıktır. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı azalır.

Sonuç: Tekrarlayan periferik fasiyal paralizi nedenlerinden biri olan MRS akılda tutulmalıdır.

Akciğerde Aside Dirençli Basil Olmaksızın Kaviter Lezyon**Uz. Dr. Mevlana Ömeroğlu¹****¹Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği**

Pulmoner kaviter lezyonlar, akciğerin gaz dolu bölgeleridir. Tipik olarak kalın duvarlıdır ve duvarı 2-5 mm den daha kalın etrafında konsolide alan içerebilir. Lezyon içinde hava sıvı seviyelenmesi de gösterebilir. Etyolojisinde kanser, travma, otoimmunité (granulomlar), vasküler hastalıklar, enfeksiyon ve gençlerde bronkojenik kistler sayılabilir.

Bilinen kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hasta ateş şikayetiyle acile başvurdu. Ateş 39°C, tansiyon normal, takipneik ve oda havasında oksijen saturasyonu %85 olarak hipoksikti. Bilateral akciğer oskültasyonunda bilateral yaygın bronkospazmı mevcuttu. Akciğer grafisinde kaviter görüntü izlendi. Yüksek rezolusyonlu akciğer tomografisi çekildi ve konsolidasyonun çevrelediği geniş gaz dolu lezyon saptandı. Laboratuvar bulgularında %80 nötrofilden oluşan lökositöz (13.800/L), yüksek sedimentasyon hızı ve C-Reaktif protein düzeylerine sahipti. Diğer biyokimyasal parametreleri normal düzeylerdeydi.

Üç tane balgam örneği ayrı ayrı biriktirildi ve hem smear mikroskopi hem de mikobakterial kültür için gönderildi. Aside dirençli basil yönünden negatif olarak geldi. Hastaya piperasilin/tazobaktam başlandı. 2 gün hospitalize edilen hastanın semptomları rahatlamayınca antibiyoterapisi meropenem'e genişletildi. Hastane yatışının 10. Gününde iyileşme gözlenmeyen hastaya bronkoskopi önerildi, hasta ve yakınları kabul etmedi. Şikayetleri gerileyen hasta taburcu edildi. 2 ay sonra KOAH atak olarak acile başvurdu. Çekilen akciğer grafisinde lezyonun regrese olduğu görüldü. Hasta atak tedavisinden sonra taburcu edildi.

Bu vakamızda hastanın semptom ve şikayetlerinden pnömoni olabileceğini düşündük. Ancak tüberküloz benzeri görüntülerle hastayı tedbir ve tedavi amacıyla yatırdık. Hasta atipik pnömoni tanısı ile tedavi alarak taburcu edildi.



ACİL SERVİS KALABALIKLIĞI**Dr. Ahmet Sefa BİLİCİ¹****¹Aziziye İlçe Sağlık Müdürlüğü****AMAÇ**

Acil servis kalabalıklığı dünyada ve ülkemizde yükselerek süren bir problemdir. Acil servislerde günün her saatinde muayene olabilmek ve tetkiklerin randevusuz yapılabilmesi bunun en önemli nedenidir. Bu durum hizmet verebilmeyi zorlaştırmakta ve bunun için çözüm yolları aranmaktadır. Buda ancak durum tespiti ile mümkün olabilir. Bu konuda tespit yapılması için çeşitli skorlamalar geliştirilmiştir. Acil servis kalabalıklığını ölçen National Emergency Department Overcrowding Study (NEDOCS) ve Emergency Department Crowding Scale (EDCS), Emergency Analysis of Demand Indicators (READI), Emergency Department Work Index (EDWIN) skorlama sistemleri mevcuttur. Bunları karşılaştırarak acil servisimiz için en uygun olanını bulmayı amaçlamaktayız.

YÖNTEM

Sağlık Bakanlığı'nın 2002-2013 yılları arasındaki hastane müracaat sayıları, acil müracaat sayıları karşılaştırılarak artış oranları değerlendirildi.

BULGULAR

2002 yılında hastaneye toplam müracaat sayısı 124.313.659 iken 2013 yılında 371.119.883 olmuştur, acile müracaat sayısı ise 2002 yılında 20.086.895 den 100.081.171 e çıkmıştır. Artış oranı hastaneye müracaatta 2.98 iken acile müracaat sayısı 4.98 oranında artmıştır. Acile müracaat eden hasta sayısının toplam hasta sayısına oranı ise %16.16 dan %26.97 e çıkmıştır.

SONUÇ

Genel olarak acil servis kalabalıklığı bütün hastanelerin problemi olmakla birlikte her hastanenin kalabalıklığının ayrı birtakım sebepleri olmaktadır. Öyleyse bu skorlama sistemlerinden birini kullanarak kendi hastanemizin sebeplerini tespit edip ona yönelik çözüm önerileri ortaya koymalıyız. Daha önce bu konuda yapılan çalışmalarda bu skorlama sistemleri içerisinde en düşük sonuçlara EDCS, en iyi sonuçlara NEDOCS ulaşmıştır. Yine EDWIN ve NEDOCS' un karşılaştırıldığı bir çalışmada NEDOCS daha başarılı sonuçlara ulaşmıştır

Kemoterapi Sonrası Nazal Septal Apse

Dr. Öğr. Üyesi Zülküf Kaya

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş boyun Cerrahisi Anabilim Dalı

GİRİŞ: Nazal septal apse (NSA) kıkırdak veya kemik septum ve mukoperikondriyum veya mukoperiost arasında iltihabi sıvının birikmesi olarak tanımlanır. NSA en sık burun tıkanıklığı ve ağrı ile kendini gösterir. En sık nazal travmaya bağlı oluşan hematoma zemininde gelişir. Diğer etiyolojik faktörler içinde cerrahi, yabancı cisimler, sinüzit, fronkültit, dental enfeksiyonlar, immün yetmezlik, diyabetes mellitus (DM) ve sarkoidozun da olabileceği bildirilmiştir. Septal kıkırdağın beslenmesi perikondriyum aracılığı ile olduğundan kıkırdak nekrozu gelişmemesi için NSA'nin tanı ve tedavisi acilen yapılmalıdır. İlk 24 ila 48 saat içinde iskemi, basınç ve mikrobiyal etki kıkırdak nekrozuna neden olur. Bunun sonucunda semer burun deformitesi veya istenmeyen fonksiyonel ve kozmetik sonuçlar meydana gelebilir. Burundaki enfeksiyon komşuluk, zengin perinöral lenfatik drenaj ve fasiyal, angular, etmoid, oftalmik venlerdeki valv sistemi yokluğundan dolayı kolaylıkla yayılabilir. Apsenin drenajı sonrası apse boşluğuna penröz dren yerleştirilmeli, boşlukta yeniden sıvı birikmesini engellemek için iki taraflı anterior nazal tampon konulmalıdır.

OLGU: Üç gün önce burunda şişlik, burun cildinde kızarıklık, ağrı ve burun tıkanıklığı nedeniyle 56 yaşında kadın hasta acil polikliniğe başvurarak KBB kliniğine yatırıldı. Hasta, son zamanlarda her hangi bir nazal travma geçirmediği, burun ameliyatı olmadığı ve burnuna parmak yada yabancı bir cisim sokmadığını ifade etti. Ancak yaklaşık iki yıldır karaciğer karsinomu nedeniyle aralıklı kemoterapi aldığını ve son kürünü ise on beş gün önce aldığını ifade etti. Bundan başka NSA'ye sebep olabilecek predispozan faktör tespit edilmedi.

Hastanın yapılan anterior rinoskopik muayenesinde burun içinde fluktuasyon veren şişlik, kızarıklık hassasiyet, burun sırtında hiperemi vardı (Resim 1,2). Hastaya acilen lokal anestezi altında hemitransfiksion insizyonu yapılarak yaklaşık 4-5 mL apse materyali boşaltıldı. Apse poşu 250 mL serum fizyolojik ve rifampisin ampul ile irrigate edildi. Penröz dren yerleştirilip merocel tampon konuldu. İki hafta süreyle ciprofloksacin 750 mg tablet 2x1 ve ornidazol 500 mg tablet 2x1 verildi. Tamponlar üç gün sonra alındı. İki hafta sonrasındaki kontrollerde septum normal olarak değerlendirildi.

SONUÇ: NSA'nin tanı ve tedavisindeki gecikme geri dönüşü olmayan fonksiyonel ve kozmetik problemlere hatta hayati tehlikeye sokacak komplikasyonlara yol açabilir. Kemoterapi alan hastalarda akut gelişen burun tıkanıklığında NSA akla gelmeli ve tedavisi acilen yapılmalıdır.



MS Mi Oluyorum Eyvah, Gözümü Açamıyorum !

Uzm. Dr. Ülkü AÇIKSÖZ¹

¹Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis

Giriş:Okülomotor sinir felci; üçüncü kafa sinirinin fonksiyonunu bozan herhangi sebep sonrası üst göz kapağı düşüklüğü ve pupil daralması ile presente olan bir hastalıktır. Çocukluk çağında en sık konjenital olarak görülürken, yetişkin hastada ise diyabet, koroner arter hastalıkları, vasküler hastalıklar etiyolojide rol oynamaktadır

Olgu: Yetmişyedi yaşında bayan hasta sol göz kapağı düşüklüğü ve çift görme sebebiyle dış merkeze başvurmuş olup tarafımıza sevk edilmişti. Özgeçmişinde; diyabetes mellitus ve hipertansiyon tanıları olan hastanın nörolojik muayenesinde; sol gözde izole okülomotor sinir felci dışında ek patoloji saptanmadı. Ek hastalıkları göz önüne alındığında iskemik ve/veya hemorajik svo açısından riskli olan hasta için beyin bt ve difüzyon mri görüntülemeleri yapıldı, başka nörolojik patoloji saptanmadı.

Sonuç: Nadir bir acil başvuru nedeni olarak İzole okülomotor sinir felci olgumuz sunulmaya değer bulunmuştur.

VAKA SUNUMU: DERİN BOYUN ENFEKSİYONU

Dr. Fatma Özlem ÇAYLAK¹, Dr. Öğr. Üyesi Erdal TEKİN¹, Dr.Kübra TERZİOĞLU¹ Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR¹ Doç. Dr. Atıf BAYRAMOĞLU¹, Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman KOÇAK¹

¹Atatürk Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ: Antibiyotik kullanımıyla epey azalmış olsa da derin boyun enfeksiyonları günümüzde hala daha mortal seyredebilen enfeksiyonlardandır. Etiyolojisinde tonsillit/farenjit, diş çürükleri, baş-boyun bölgesine yapılan girişimsel işlemler veya penetran travmalar sayılabilir. Bu bölgenin kompleks anatomisi, damar-sinir yapısının çokça oluşu ve boşlukların birbiriyle bağlantılı oluşu tanı ve tedaviyi zorlaştırır. İlerleyen enfeksiyon ampiyem, perikardit, mediastinit, perikardial effüzyon, servikal nekrotizan fasiit, juguler ven trombozu, septik şok, dissemine intravasküler koagülasyon, epidural apse, karotis arter rüptürü hatta aortopulmoner fistüle bile sebep olabilir. Biz de acil servisimize 15 gündür boynunda şişlik, ağrı ve ağız açmada kısıtlılık şikayetleriyle başvuran bir hastanın takdimini yapacağız.

VAKA: 46 yaşında bilinen bir hastalığı olmayan, anamnezinden sadece 20 yıl önce splenektomi operasyonu geçirdiği öğrenilen hasta acil servisimize 15 gündür boynunda şişlik olması, ağzını açamaması şikayetleriyle başvurdu. Hastanın genel durumu orta, şuuru açık, oryante-koopere, GKS:15,tansiyon arteriel:128/75 mmHg, nabız:120/dk, ateş:38,6, oksijen saturasyonu:% 96 idi. Hastanın boynunun sağ tarafında şişlik mevcuttu (**Resim 1, Resim 2, Resim 3**). Yapılan muayenede trismus mevcut olan hastanın uvulası sola deviye olmuş ve sağ tonsil lojunda kabarıklığı mevcuttu. Hastanın alınan kan tetkiklerinde wbc:14.500, hgb:14,4, plt:408.000, CRP:90, sedim:55 bunun dışında ek bir özellik yoktu. Hastanın çekilen boyun tomografisi radyoloji tarafından “boyun sağ kesiminde SKM kası komşuluğunda, superiorda parotis gland komşuluğuna inferiorda hyoid kemik düzeyine kadar inen, içerisinde 21X14 mm ebatlı apse ile uyumlu hipodens alan içeren yumuşak dokularda kalınlaşma ve cilt altı kirlenme izlendi. Bu alan komşuluğunda büyüklüğü 18X13 mm ebatlı bazıları nekrotik çok sayıda LAP izlendi (derin boyun enfeksiyonu- apse)” şeklinde resmi olarak yorumlandı. Hasta KBB kliniğine konsulte edildi ve ilgili kliniğe yatırıldı.

SONUÇ: Yukarıda da bahsettiğimiz gibi derin boyun enfeksiyonları ciddi komplikasyonlara sebep olmaktadır. Bölgenin anatomisi itibarıyla tedavisi zor olan bu durum aciliyet arz etmektedir. Dolayısıyla hasta bir an önce KBB kliniğine konsulte edilmeli ve ilgili klinikçe müdahalesi yapılmalıdır.



OLGU SUNUMU: POSTTRAUMATİK DİRSEK ÇIKIĞI

Dr. Fatma Özlem ÇAYLAK¹, Dr. Öğr. Üyesi Erdal TEKİN¹, Dr. Ayşe Şule AKAN¹, Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR¹, Doç. Dr. Atıf BAYRAMOĞLU¹, Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman KOÇAK¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, ERZURUM

GİRİŞ: Üst ekstremité çıkıklarından omuz eklemi en sık çıkan eklem olsa da dirsek çıkıkları erişkinde ikinci, çocukta ise ilk sırayı almaktadır. Yıllık insidansının yaklaşık 6-8/100.000 olduğu bildirilmiştir. Daha çok 10-20 yaşları arasında görülür. Sıklıkla posterior ve posterolaterale çıkar. Daha çok eli açık bir vaziyette yere düşme sonucunda meydana gelen posterior dirsek çıkıklarının mekanizması; O'Driscoll ve arkadaşları tarafından kısaca, gövdenin el üzerinde internal rotasyonu sonucu ön kolun supinasyonu olarak izah edilmiştir. Biz de acil servisimize düşme sebebiyle başvuran hastada tespit ettiğimiz posterior dirsek çıkığından bahsetmek istedik.

VAKA: 12 yaşında erkek hasta acil servisimize antrenmanda kolunun üzerine düştükten sonra sağ kolunda ağrı olması nedeniyle başvurdu. Hasta geldiğinde GKS:15, vital bulguları stabildi. Yapılan fizik muayenede üst ekstremité nabazanları elle alınıyordu. Sağ dirsek üzerinde şişlik ve hassasiyeti mevcut olan hastadan direk grafiye istendi. Çekilen direk grafide sağ dirseğin posteriora çıktığı görüldü (**Resim 1, Resim 2**). Ortopedi kliniğine konsülte edildi. Ortopedi kliniğince dirseği redükte edilen hastanın kolu atellendi ve nabızları kontrol edildi. Bir hafta sonra ortopedi poliklinik kontrolü önerilip analjezik reçete edilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Tüm çıkıkların % 18-28 ini oluşturan dirsek çıkıkları, dirseğinde şişlik olan travma hastalarında asla ihmal edilmemelidir.



Resim 1



Resim 2

VAKA SUNUMU: HIV(+) HASTADA GELİŞEN BEYİN TÜMÖRÜ

Dr. Fatma Özlem ÇAYLAK¹, Uzm. Dr.Fatma TORTUM², Dr. Öğr. Üyesi Erdal TEKİN¹, Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR¹, Doç. Dr. Atıf BAYRAMOĞLU¹, Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman KOÇAK¹

¹Atatürk Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, ERZURUM

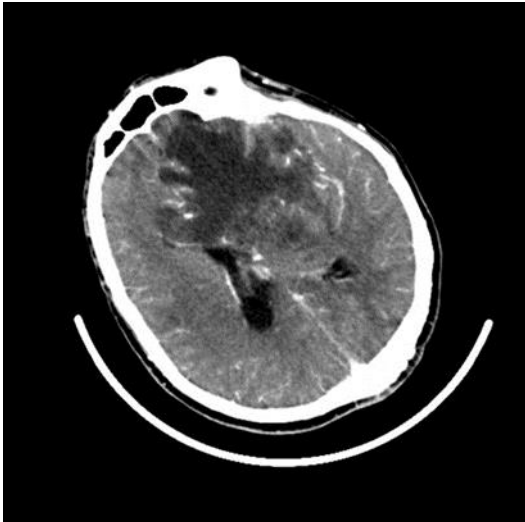
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ERZURUM

GİRİŞ: HIV ("Human Immunodeficiency Virus", İnsan İmmün Yetmezlik Virusu) enfeksiyonu, adından da anlaşılacağı üzere insan bağışıklık sistemini gitgide baskılayarak kronik bir enfeksiyon oluşturur. Etken olan virüs, lentivirüs ailesinden olan bir retrovirüstür. Tek sarmal RNA içeren ve zarflı olan bu virüs, sahip olduğu reverse transkriptaz enzimiyle genomunu çift sarmallı DNA'ya çevirip konakçı kromozomuna entegre eder. Virüs, konakçıda özellikle CD4+ T lenfositleri enfekte eder. Hastalık belli evrelerle seyrederek ancak en sonunda da karakteristik fırsatçı enfeksiyonlar ve kanserler gelişir. Biz de kliniğimize başvuran bilinen HIV (+) olan hastada gelişmiş olan beyin tümöründen bahsetmek istedik.

VAKA: 51 yaşında, sadece HIV (+) olduğu bilinen ve bunun dışında hiçbir kronik hastalığı olmayan erkek hasta kliniğimize 3 aydır gittikçe artan genel durumunda bozulma ve yeni gelişen sağ tarafta güçsüzlük şikayetiyle başvurdu. Hasta geldiğinde genel durumu orta-kötü, GKS:11, tansiyon arteriel:94/53 mmHg, nabız:110/dk, ateş:36,6°C, oksijen saturasyonu:%85 idi. Fizik muayenesinde ise hasta kaşektik görünümlü, ağız hijyeni bozuk, sağ taraf 4/5 hemiparezik olarak saptandı. Hastanın alınan kan tetkiklerinde wbc:12.620, hgb:9,6, plt:281.000, pH:7,40, HCO3: 18, PCO2:30,5 olması dışında ek bir özellik yoktu. Çekilen kontrastlı beyin tomografisinde sol talamusta, şift etkisine neden olmuş olan kitle tespit edildi (Resim 1). Hasta beyin cerrahisi kliniğine konsulte edildi ve ilgili klinik tarafından yatırıldı. Beyin cerrahisi tarafından ameliyata alınan hastanın operasyon esnasında ex olduğu öğrenildi.

SONUÇ: HIV (+) hastalar, bağışıklık sistemlerindeki bu çöküşten ötürü, her türlü enfeksiyona açıktırlar. Konakçıda cilt enfeksiyonlarından solunum sistemi hastalıklarına, fırsatçı enfeksiyonlara ve kanserlere sebep olan bu virüsü ortadan kaldıran bir tedavi olmasa da, çoğalmasını kontrol altına alan "antiretroviral" ilaçlar mevcuttur. Umuyoruz ki gelecekte virüsün vücuttan atılmasını sağlayacak tedaviler geliştirilecektir.

Resim 1



Palyatif Bakım Hastasında Tunika Albuginea Kisti: Olgu Sunumu

Opr. Dr. Engin Kölükçü¹, Dr. Öğr. Üyesi Serhat Karaman²

¹Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Tokat

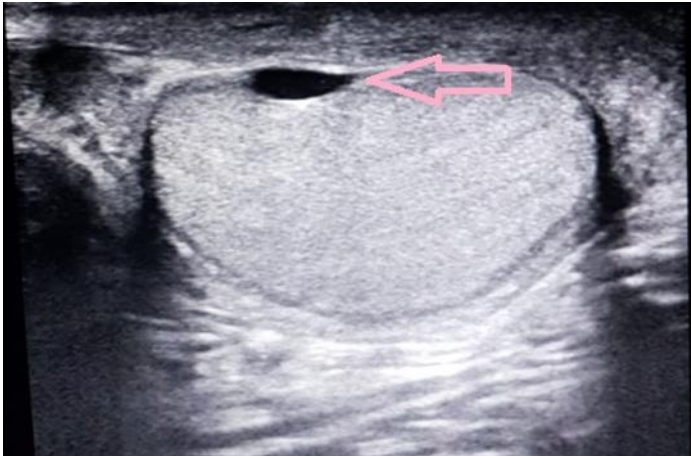
²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Tokat

Giriş: Tunika albuginea kaynaklı kistler oldukça nadirdir. Bu kistler kapsül kaynaklı olup testis çevresinde bulunmaktadır. Ultrasonografinin yaygın olarak kullanımıyla daha sık karşılaşılmaya başlanmıştır. Bu yazıda testiküler bölgede şişlik ile acil kliniğine başvuran ve tunika albuginea kisti tanısı konulan hastanın sunulması hedeflenmiştir.

Vaka Sunumu: Akciğer kanseri tanısı ile palyatif bakım birimlerince takip edilen 61 yaşında erkek hasta acil kliniğine bakım esnasında testiküler bölgede kitle palpe edilmesi üzerine getirildi. Genitoüriner sistem muayenesinde sağ testiste yaklaşık 1 cm'lik gelen kitle saptandı. Skrotumun ultrasonografik incelemesinde sağ testiste 7x2.5 mm boyutlarında anekoik düzgün sınırlı tunika albuginea kisti ile uyumlu görünüm izlendi (resim-1). Hastanın laboratuvar sonuçlarında patolojik bulgu tespit edilmedi. Hastaya medikal veya cerrahi müdahale uygulanmayarak acil kliniğinden taburcu edildi.

Sonuç: Tunika albuginea testisin üstündeki kapsüldür. Tunika albuginea kisti genellikle testisin anterior ve lateral yüzeylerinde tunika içerisinde yerleşimlidir. Hastalar ağrı, şişlik, palpe edilen kitle ve skrotal hassasiyet şikayetleri ile başvurabilecekleri gibi çoğunlukla insidental olarak tanı konulmaktadır. Etiyoloji tam olarak aydınlatılamamış olup travma, hemoraji ve enfeksiyon suçlanan faktörlerdir. Skrotal kese içinde belirlenen kitlelerin büyük kısmı neoplastik olup fiziksel incelemede belirlenen testiküler kitleler çoğunlukla maligniteyi akla getirmektedir. Testiküler kitle ile başvuran hastalarda tunika albuginea kisti gibi ekstratestiküler yerleşimli benign oluşumların klinik ön tanılarda bulundurulurak ultrasonografi ile tanının doğrulanmasının gereksiz cerrahi girişimlerin önüne geçilmesinde son derece önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Resim-1



Postrenal Akut Böbrek Yetmezliği: Bir Olgu Sunumu**Dr. Öğr. Üyesi Serhat Karaman¹, Opr. Dr. Engin Kölükçü²****¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Tokat****²Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Tokat**

Giriş: Akut renal yetmezlik; glomerül filtrasyon hızının saatlerden günlere kadar uzanabilen sürede giderek azalması ile kanda özellikle üre ve diğer azotlu atık metabolitlerin neden olan klinik bir tablodur. Etiyopatogenezine göre böbreğin hipoperfüzyona bağlı prerenal azotemi, renal parankimin intrinsik olarak etkilendiği akut renal yetmezlik ve üriner sistemde ani obstrüksiyona sekonder gelişen postrenal böbrek yetmezliği olarak üç grupta incelenmektedir. Bu olgu sunumunda anüri ile başvuran, görüntüleme bulgularında her iki pelvikaliksiyel yapılarada dilatasyonun eşlik etmediği postrenal akut böbrek yetmezliği tanısı konulan hastanın sunulması hedeflenmiştir.

Vaka Sunumu: Daha öncesinden esansiyel hipertansiyon dışında bilinen ve /veya tedavigördüğü herhangi bir hastalığı olmayan 55 yaşında erkek hasta iki taraflı yan ağrısı, kusma ve 13 saatir idrar yapamama şikayeti ile acil kliniğine başvurdu. Hastanın biyokimyasal test sonuçlarında BUN:72 mg/dl, kreatinin:13,1mg/dl olarak izlenirken elektrolit değerlerinde patoloji bulgu ile karşılaşılmadı. Bakılan üriner sistem ultrasonografisinde her iki böbrek boyutları, parankim kalınlığı normal sınırlarda izlenirken hidronefroz izlenmedi ve mesane boş olarak değerlendirildi. Tüm batın tomografi ile tekrar değerlendirilen hastanın her iki orta üreter segmentinde yaklaşık 9 mm büyüklüğünde taş izlendi. Nefroloji bölümü tarafından değerlendirilen hastaya acil diyaliz düşünülmedi. Hastaya iki taraflı double j stent takılarak taşlardan arındırıldı (resim-1). Operasyon sonrası ilk 24 saatte yaklaşık 9600 cc idrar çıkışı oldu. Postoperatif 5 gün takip edilen hastanın ortalama 2000-3000 cc/gün idrar çıkışı sağlandı. Hasta BUN:24.1 mg/dl, kreatinin:1,01mg/dl düzeyinde taburcu. Post operatif 1. ayında double j stenti alınan hastanın klinik takiplerinde patolojik bulgu ile karşılaşılmadı. Sonuç: Anüri ile başvuran hastalarda radyolojik değerlendirme esnasında hidronefroz olmasa bile postrenal akut böbrek yetmezliği ön tanılar arasında yer almalıdır. Erken tanı ve cerrahi girişim ile postrenal akut böbrek yetmezlikli hastalar tedaviden etkili klinik yanıtlar elde edebilmektedir.

Resim-1



TÜM KONUŞMACI VE KATILIMCILARIMIZA SONSUZ TEŞEKKÜRLER

3. DOĞU ANADOLU ACİL TIP GÜNLERİ SEMPOZYUMUNDA
BULUŞMAK ÜZERE

DOĞU ANADOLU ACİL TIP GÜNLERİ
SEMPOZYUM GENEL DİREKTÖRÜ
ABDULLAH OSMAN KOÇAK