ATUDER
Acil Tıp Uzmanları Derneği

11. ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

Rixos Sungate Hotel / Antalya

16-19 Nisan 2015

2nd Intercontinental Emergency Medicine Congress International Critical Care and Emergency Medicine Congress

16-19 April 2015

BİLDİRİ ÖZETLERİ

www.acil2015.org

BİLİMSEL SEKRETERYA

ATUDER
Acil Tıp Uzmanları Derneği

ACİL TIP UZMANLARI DERNEĞİ
Yukarı Ayrancı Güleryüz Sk. No: 26/19 Çankaya / Ankara
T: +90 312 426 12 14 **F:** +90 312 426 12 44
info@atuder.org.tr / www.atuder.org.tr

ORGANİZASYON SEKRETERYASI

GENX

KONGRE VE ORGANİZASYON
İcadiye Cad. No: 3 Kuzguncuk 34674, İstanbul
T: +90 216 310 11 00 **F:** +90 216 310 06 00
info@genx.com.tr / www.genx.com.tr
facebook.com/GENXKONGRE twitter.com/GENX_KONGRE

SÖZLÜ BİLDİRİLER
ORAL PRESENTATIONS

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-001 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

İnitial evaluation of hearing loss: Application – solution audiological evaluation application

Serhan Derin[1], Osman Cam[2], Murat Sahan[1], Halil Beydilli[3], Ethem Acar[3]

[1]*Department of Otorhinolaryngology, School of Medicine, Mugla Sitki Kocman University, Mugla, Turkey.*

[2]*Department of Otorhinolaryngology, Delta hospital istanbul,Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Mugla Sitki Kocman University, Mugla, Turkey.*

OBJECTİVE: The aim of this study is to compare iOS based hearing test mobile appliaciton with convansional audiometry and to determine its accuracy and reliability.

MATERİALS-METHODS: 32 patients with the diagnosis of hearing loss were included in the study. Firstly they were evaluated with convensional audimetry and the degree of hearing loss detected. Latter a smartphone based mobile application test was performed to these patients and the data were compared via Cohen's Kappa analysis.

RESULTS: The mean age was 53,59 ± 18,01 ranging from 19 to 85 years old.16 patients were male and 16 patients were female. Among the 64 ears 52 of them were diagnosed with hearing loss consisiting of 28 right and 24 left ears. The kappa coefficient value were statically significant for right and left ears.

CONCLUSİON: Ear Trumpet v1.0.2 is a compact and easy mobile application that can measure hearing loss with reliable results on iphone 5.

KEYWORDS: smartphone application, hearing loss, audiometry, emergency medicine.

SS-002 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Foley Catheter Use On Nasal Bleeding

Onur Tokocin, Necmettin Sutasir, Ibrahim Ikizceli
Department of Emergency Medicine, Sisli Hamidiye Etfal Traning and Research Hospital, Istanbul, Trukey

BACKROUND: Nasal bleeding (epistaxis) has been frequently reported in the general population. Most affected persons do not need any medical care and almost 90% of epistaxis incidents are minor and/or self-limited. Rarely, massive nasal bleeding may require emergency care and even more rarely can cause death.

Nasal bleeding usually responds to first-aid measures such as compression. When epistaxis does not respond to simple measures, the source of the bleeding should be located and treated appropriately. Treatments to be considered include topical vasoconstriction, chemical cautery, electrocautery, nasal packing (nasal tampon or gauze impregnated with petroleum jelly), posterior gauze packing, use of a balloon system (including a modified Foley catheter), and arterial ligation or embolization.

In our case we've used Foley catheter to stop nasal bleeding.

CASE: A 29-year-old male with no previous medical problem was admitted to the emergency service with a complaint of nasal bleeding with stage 3 shock. The patient's blood pressure was 51/28 mmHg, tachycardia about 135/min was confused. Other general physical examination was normal, except for massive nasal bleeding in the right nasal cavity on anterior rhinoscopic examination.

The patient did not display petechia, ecchymosis or general bleeding pathologies, hepatosplenomegaly and lymphadenopathy. The patient received a blood transfusion and intravenous hydration. At admission, hemoglobin was 7 mg/dL, platelets were 227,000/mcL and leucocytes were 8,300. PT, aPTT and INR were also within normal ranges. All biochemical tests were also normal. Bilateral anterior packing with foley catheter were placed in both nostrils to apply extra pressure and to stop recurrent bleeding. The bleeding was stopped, we had consulted him with ear nose any throat clinic. We found blood pressure 110/68 mmHg, heart rate 85/min and he was cooperated. Massive nasal bleeding occurred during the first 2 hours of hospitalization and the hemoglobin level decreased to 12.8 mg/dL. The patient has transferred to otorhinolaryngology clinic.

DISCUSSION: Epistaxis is classified as anterior or posterior on the basis of the location of the primary bleeding site. Hemorrhage is most commonly anterior, originating from the nasal septum. Intracavernous internal carotid artery aneurysms constitute 1-2% of all intracranial aneurysms and can be divided into traumatic or non traumatic types. Traumatic intracavernous ICA aneurysm causing fatal epistaxis are sometimes encountered. However' massive epistaxis from a non traumatic ICA aneurysm are rare Our case had posterior hemorrhage. Foley catheter that can be obtained from cheap and easy, should be noted in bleeding.

KEYWORDS: nasal bleeding, foley catheter, epistaxis

SS-003 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Analysis of 175 cases underwent operation after applying to hospital at the late period of abdominal injury by firearms

Yusuf Yucel[1], Hasan Buyukaslan[2], Samil Gunay[3], Ahmet Seker[1], Abdullah Ozgonul[1], Alpaslan Terzi[1], Orhan Gozeneli[1], Ali Uzunkoy[1]

[1]*Assoc. Prof. Harran University Medical Faculty Department of General Surgery, 63100, Sanliurfa, Turkey.*

[2]*Assoc. Prof. Harran University Medical Faculty Emergency Department, 63100, Sanliurfa, Turkey*

[3]*Harran University Department Of Thoracic, 63100, Sanliurfa, Turkey*

AIM: We aimed at analysing the patients, who underwent surgical treatment in our hospital after having abdominal wounding by firearm in the war at Syria, retrospectively.

MATERIALS-METHODS: The files of Syrian patients, who applied to Emergency Service of Harran University Medical Faculty because of gunshot wounds and had operation after being hospitalized in General Surgery Clinic due to abdominal injuries between the years of 2011 and 2014, were analysed retrospectively.

RESULTS: 175 Syrian patients, who had abdominal injuries by firearms, underwent operation in our general surgery clinic. 99.4% (n=174) of the patients were male, and 0.6% (n=1) were female. Trauma-admission to hospital times of all cases were ≥ 6 hours. 62.8% (n=110) of the patients had isolated abdominal injuries, and 37.2% (n=65) had two or more system injuries. The most frequent injured intra-abdominal organs were colon, small bowel and liver. The frequency of more than one organ injuries in abdominal region was 44.5% (n=78) and the most frequent complication was wound infection. Negative laparotomy was 1.1% (n=2), support for intensive care was 48.5% (n=85), average duration of intensive care unit stay was 5.57 days and mortality was 9.7% (n=17).

CONCLUSIONS: In our study, it was seen that infectious morbidity and mortality increased for the patients, who applied to our hospital because of abdominal injuries by firearm, particularly the ones with gastrointestinal perforation, if trauma-admission to hospital times were ≥ 6 hours. And this shows us that the early intervention to injuries that perforate gastrointestinal tract was an important factor for decreasing morbidity and mortality.

KEYWORDS: Gunshot wound, Abdominal injury, Mortality, Morbidity

SS-004 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Mean Platelet Volume is Reduced in Acute Appendicitis

Egemen Küçük[1], Irfan Küçük[2]

[1]*Department of Emergency Medicine, Sakarya University Training and Research Hospital, Sakarya Turkey*

[2]*Department of Gastroenterology, Diyarbakir Military Hospital, Diyarbakir Turkey*

OBJECTIVES: Acute appendicitis (AA) is the most common indication for emergency abdominal surgery, although it remains difficult to diagnose. In this study, we investigated the the clinical utility of mean platelet volume in the diagnosis of acute appendicitis.

METHODS: The medical records of 241 patients who had undergone appendectomy between June 2013 and March 2014 were investigated retrospectively. Sixty patients who had undergone

at least one complete blood count during preoperative hospital admission and who had no other active inflammatory conditions at the time the sample was taken were included in the study. Mean platelet volume and leukocyte count values were determined in each patient at previous hospital admission and during active acute appendicitis. Age, sex, mean platelet volume and leukocyte counts were recorded for each patient.

RESULTS: The mean age of patients was 33.15±10.94 years and the male to female ratio was 1.5:1. The mean leukocyte count prior to acute appendicitis was 7.42±2.12×103/mm3. Mean leukocyte count was significantly higher (13.14±2.99×103/mm3) in acute appendicitis. The optimal leukocyte count cutoff point for the diagnosis of acute appendicitis was 10.10×103/mm3, with sensitivity of 94% and a specificity of 75%. The mean platelet volume prior to acute appendicitis was 7.58±1.11 fL. Mean platelet volume was significantly lower (7.03±0.8 fL) in acute appendicitis. The optimal mean platelet volume cutoff point for the diagnosis of AA was 6.10 fL, with a sensitivity of 83% and a specificity of 42%. Area under the curve for leukocyte count diagnosis was 0.67 and 0.69 for the diagnosis of AA by mean platelet volume.

CONCLUSIONS: Mean platelet volume was significantly decreased in acute appendicitis. Mean platelet volumecan be used as a supportive diagnostic parameter in the diagnosis of acute appendicitis.

KEYWORDS: Acute appendicitis; diagnosis; mean platelet volume

SS-005 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

The Change of Red Cell Distribution Width in Acute Appendicitis

Egemen Küçük
Department of Emergency Medicine, Sakarya University Training and Research Hospital, Sakarya Turkey

INTRODUCTION: Acute appendicitis is the most common cause of emergent abdominal surgery, and diagnosis is quite difficult. We aimed to investigate the supporting diagnostic role of red cell distribution width in acute appendicitis.

METHODS: Sixty patients who had undergone at least one complete blood count during preoperative hospital admission and who had no other active inflammatory conditions at the time the sample was taken, were included in the study between June 2013 and March 2014. Red cell distribution width and leukocyte count values were determined in each patient at prior hospital admission and during active acute appendicitis. Age, sex, red cell distribution width and leukocyte counts were recorded for each patient.

RESULTS: The mean age of patients was 33.15±10.94 years and the male to female ratio was 1.5:1. The mean leukocyte count prior to acute appendicitis was 7.42±2.12x103/mm3. It was significantly higher (13.14±2.99×103/mm3) in acute appendicitis. The red cell distribution width prior to operation was 15,53±1,58%. It was reduced (14,90±1,54%) in acute appendicitis but not statistically significant.

CONCLUSION: Red cell distribution width is not a useful supportive parameter in the diagnosis of acute appendicitis.

KEYWORDS: Red cell distribution width, Acute appendicitis, Diagnosis

SS-006 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

The Change of Neutrophil Lymphocyte Ratio in Acute Appendicitis

Egemen Küçük
Department of Emergency Medicine, Sakarya University Training and Research Hospital, Sakarya, Turkey

AIM: Acute appendicitis is the most common indication for emergency abdominal surgery, although it remains difficult to diagnose. Aim of this study is to investigate the supporting role of neutrophil/lymphocyte ratio in diagnosis of acute appendicitis.

METHOD: The medical records of 241 patients who had undergone appendectomy between June 2013 and March 2014 were investigated retrospectively. Sixty patients who had undergone at least one complete blood count during preoperative hospital admission and who had no other active inflammatory conditions at the time the sample was taken were included in the study. Neutrophil/lymphocyte ratio and leukocyte count values were determined in each patient at hospital admission and during active acute appendicitis. Age, sex, neutrophil/lymphocyte ratio and leukocyte counts were recorded for each patient.

RESULTS: The mean age of the patients was 33.15±10.94 years, male to female ratio was 1.5:1. Mean leukocyte count was significantly higher in acute appendicitis group (13.14±2.99×103/mm3) than control group (7.42±2.12×103/mm3) (p=0.01). The best cutoff point for leukocyte count was 10.10×103/mm3, with sensitivity of 94% and a specificity of 75%. Mean neutrophil/lymphocyte ratio was significantly higher in acute appendicitis group (5.47±3.24) than control group (1.99±1.11) (p=0.02). The best cutoff point for neutrophil/lymphocyte ratio was 1.73, with sensitivity of 97% and a specificity of 87%. Area under receiver operating characteristic curve was 0.67 for leukocyte count and 0.60 for neutrophil/lymphocyte ratio.

CONCLUSION: Neutrophil/lymphocyte ratio was significantly higher in acute appendicitis and can be used as a supportive diagnostic parameter in the diagnosis of acute appendicitis.

KEYWORDS: Acute appendicitis, Neutrophil/lymphocyte ratio, Diagnosis

SS-007 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

An Extremely Rare Case - Rectal Perforation With Semi-Rigid Wire Guide Foley Catheter

Binnur Eşfer, Selim İnan, Burak Demirci, İrfan Kala, Metin Özdemir, Fatma Yorulmaz, Muhittin Serkan Yılmaz, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Urinary bladder catheters are used for urinary drainage or as a means to collect urine for measurement. It may be used for diagnostic purposes to help determine the etiology of various genitourinary conditions or therapeutically (to relieve urinary retention, instill medication, or provide irrigation). Patients of all ages may require urethral catheterization, but patients who are elderly or chronically ill are more likely to require indwelling catheters, which carry their own independent risks.Most common complications are Infections including urethritis, cystitis, pyelonephritis, and transient bacteremia, paraphimosis, caused by failure to reduce the foreskin after catheterization Creation of false passages urethral strictures bleeding and rarely urethral perforation. We will report an extremely rare case; uretral and rectal perforation with semi-rigid wire guide foley catheter.

CASE: 86-year-old male patient was brought to the emergency department with confusion. He had a history of of diabetes, hypertension, Parkinson's diseases and benign prostatic hyperplasia.He had been used madopar, comtan,ecopirin, humulin. Patients had oral intake disorders for 1 week and on admission day they admitted to hospital after the patient's consciousness began to change after insulin injection. Initial vital signs were: pulse, 84 beats per minute; respirations 22 cycles per minute; temperature, 37.4°C; and blood pressure 90/60 mmHg, fingertip blood glucose was 40mg/dl. We began the treatment with dextrose infusion. He was monitored and taken to the observation room.We tried to insert a foley catheter for input-output follow up.But we failed because of benign prostatic hyperplasia. We request urology consultation for urinary catheterization.Urology department insert the foley catheter with semi-rigid wire guide.4 hours after catheterization no urine came. We have irrigated foley catheter for probability of obstruction. With irrigation bad smelly, brown, stool containing discharge came. Abdomen ct was taken and balloon catheter was seen in the rectum. Patients were operated on by general surgeon and urology because of rectal and uretral perforation.

CONCLUSION: There are lots of complications of urinary catheterization.Most common of these are infections, paraphimosis, urethral strictures,bleeding and rarely urethral perforation. In our case we saw uretral and rectal perforation. That is a very rare condition.So we want to report this extremely rare case report.

KEYWORDS: Foley Catheter,Rectal Perforation,Urinary Catheterization

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-008 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Acute aortic dissection presenting as recurrent transient ischemic attack episodes

Ozcan Yavasi[1], Adnan Yamanoglu[2], Nalan Gokce Celebi Yamanoglu[3], Korhan Erkanlı[4], Kamil Kayayurt[1]

[1]*Department of Emergency Medicine, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Haseki Research and Training Hospital, Istanbul, Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine, Beykoz State Hospital, Istanbul, Turkey*

[4]*Department of Cardiovascular Surgery, Mehmet Akif Ersoy Research and Training Hospital, Istanbul, Turkey*

INTRODUCTION: Emergency physicians (EPs) encounter various medical emergent conditions, some of which present with atypical symptoms and signs as written in textbooks. We report an interesting case of acute aortic dissection (AD) who presented with recurrent transient ischemic attacks (TIA). We aim to focus on EP-performed bedside US in evaluation of patients with neurological symptoms.

CASE REPORT: A previously healthy 57-year-old man was transferred to our emergency department from another hospital with the diagnosis of acute ischemic stroke. After a syncope attack at home, he was unable to use his left hand and could not walk without help. He was transferred to a hospital where he was diagnosed as acute ischemic stroke with a normal cranial computed tomography. At presentation to our emergency department he was conscious and alert and able to use his left extremities. He had a blood pressure of 130/80 mmHg on right arm, a heart rate of 55 beats/min, a respiratory rate 14 breaths/min, and an oxygen saturation of 97% on room air. He was considered to have a transient ischemic attack. Following examination he became aphasic. He was re-evaluated for neurological examination. He had 1/5 motor deficit on left arm and 3/5 motor deficit on left leg. EP performed bedside Doppler US of right and left common carotid arteries (CCA). There was a flap and a thrombus in right CCA behind it, that narrows the true lumen. Bedside transthoracic echocardiography revealed dilated aortic root (59 mm) in parasternal long axis and there was a dissecting flap at aortic root. He was again fully conscious and left hemiparesia resolved within almost 10 minutes. Computed tomography angiography (CTA) revealed type I aortic dissection extending to the right CCA. The patient then was transferred to operating room. He had a successfull operation and course without any neurological sequela.

CONCLUSİON: Although, pain character of acute AD is classically described as a sudden onset of severe chest, back, or abdominal pain that is characterized as ripping or tearing in nature, pain is not an obligatory symptom. 10% of ADs are painless and half of these, present with either permanent or transient neurological symptoms only. High index of suspicion is the key in the diagnosis. Aortic dissection should be considered in the differential diagnosis of patients who present with hemiplegia of acute onset, regardless of whether they complain of pain.

KEYWORDS: aortic dissection, emergency department, transient ischemic attack, ultrasonography

SS-009 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Near infrared spectrophotometry in predicting mesenteric ischemia; an experimental study

Özlem Bilir[1], Gökhan Ersunan[1], Asım Kalkan[1], Yıldıray Kalkan[2], Deniz Özel Erkan[4], Özcan Yavaşi[1], Ender Özer[3]

[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniveritesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı*

[2]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı.*

[3]*Recep Tayyip Erdoğan Üniveritesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı*

[4]*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı*

THİS STUDY İNVESTİGATED ABDOMİNAL SATURATİON İN RATS WİTH İNDUCED MESENTERİC İSCHEMİA USİNG NEAR İNFRARED SPECTROPHOTOMETRY (NIRS). THE PURPOSE WAS TO ASSESS THE EFFECTİVENESS OF NIRS İN DİAGNOSİNG MESENTERİC İSCHEMİA.

MATERIALS-METHODS: This was a randomized, controlled, non-blinded interventional animal study. Twenty-eight male Sprague Dawley rats were randomly divided into four groups. Following administration of anesthesia, the fur was removed from the abdominal region in all groups and basal measurements were performed using an INVOS-5100c device. The abdomen was entered through a 4-cm midline incision. Once the mesenteric arteries had been appropriately ligated, the rats were grouped on the basis of rSO2 measurement times. Animals were divided into one group (sham group) in which the mesenteric artery was not ligated and groups in which measurements were performed at 30 min (2. group) and at 2 h (3. group) and 6 h (4. group). Measurements were repeated using NIRS probes once the abdomens had been surgically closed. Following measurement, the abdomens were opened, and small intestine tissue specimens were taken for histopathological examination. Initial and final NIRS measurements were then compared.

RESULTS: No statistically significant difference was determined in the first group between basal rSO2 values (48.57 ± 2.82) and post-incision values (48.43± 3.31) (p=0.748). Pre-incision basal rSO2 values in groups 2, 3 and 4 were 49 ± 6.38, 46.86 ± 7.01 and50.57 ± 4.24, respectively.rSO2values measured 30 min after ligation of the mesenteric artery in the rats in group 2 were 22.57 ± 640).rSO2values 2 h after ligation of the mesenteric artery in the rats in group 3 were21.86 ± 6.99. rSO2values after 6 h in the rats in group 4 were 18.14 ± 2.79. Significant variation was determined between initial and final measurements in rats in groups 2, 3 and 4(p=0.018).

CONCLUSION: Although various radiological or biochemical markers are available for detecting mesenteric ischemia, we think that NIRS can be used as a good noninvasive method for early diagnosis of acute mesenteric ischemia.

KEYWORDS: NIRS,Mesenteric İschemia,experimental study

SS-010 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Clinical value of the platelet-to-lymphocyte ratio for diagnosing complicated acute appendicitis

Gülşen Çığşar[1], Ali Cihat Yıldırım[2], Turgut Anuk[3], Elnara Günal[1]

[1]*Department of Emergency Medicine,Kafkas University School of Medicine,Kars,Turkey*

[2]*General Surgery,Kars Harakani State Hospital,Kars, Turkey*

[3]*Department of General Surgery,Kafkas University School of Medicine,Kars,Turkey*

BACKGROUND: Acute appendicitis is the most common acute surgical disease worldwide. Despite the use of preoperative advanced radiological instruments, preoperative determination of complicated cases is still difficult and remains an important concern. The aim of this study is to evaluate the predictive value of the platelet-to-lymphocyte ratio and of the presence of elevated white blood cells to discriminate between complicated and noncomplicated acute appendicitis.

MATERIALS-METHODS: All patients who were admitted to the emergency care unit and then underwent urgent laparatomy with acute appendicitis. The platelet-to-lymphocyte ratio and white blood cell count were measured. Patients were divided into two groups. Group 1 was the noncomplicated group, and group 2 was the complicated group. White blood cell count and platelet-to-lymphocyte ratio were compared between the two groups.

RESULTS: There were 225 patients in group 1 and 33 patients in group 2. The gender distribution between groups was homogeneous (P=0.114); the mean age of group 2 was higher than group 1 (P=0.012). The platelet-to-lymphocyte ratio was significantly higher in group 2, but there was not a significant difference in the white blood cell count (P=0.015 and P=0.223 respectively). The platelet-to-lymphocyte ratio was significantly higher in group 2, and it could predict complications independently of age and gender (P=0.029). The cutoff value of the platelet-to-lymphocyte ratio was 143.6, giving a sensitivity of 54.5% and a specificity of 54.2%.

CONCLUSION: The platelet-to-lymphocyte ratio may be a valuable parameter for preoperatively distinguishing complicated from noncomplicated appendicitis.

KEYWORDS: Acute appendicitis, platelet-to-lymphocyte ratio, white blood cells, complication

SS-011 Toksikoloji

Cade Oil; Arouses Senses But Worsens Your Pain

Sonay Ezgi Yıldırım, Hande Akbal Kahraman, Mustafa Varlık
Department of Emergency Medicine, Ümraniye Education and Research Hospital, İstanbul, Turkey

Cade oil (Juniper tar), is an essential oil very rich in terpenes and phenols; extracted from the tree Juniperus oxycedrus by distillation of its branches and wood(1). We present you a case of a young woman who ingested a cupfull of cade oil mixed with coffee to relieve her kidney pain. She presented to our emergency department with intense epigastric pain, nausea and vomiting. Endoscopy was performed and erosive bulbitis was diagnosed. She was prescribed a proton pump inhibitor and discharged the next day. We report you this case to inform you that cade oil ingestion can lead to digestive system complications such as gastritis and mucosal erosion and may necessitate prompt intervention with endoscopic procedures.

KEYWORDS: Cade oil, Juniper tar, Erosive bulbitis, Endoscopy, Mucosal erosion

SS-012 Toksikoloji

The Effects of Synthetic Cannabinoids on Alveolar-Arterial Oxygen Gradient

Egemen Küçük[1], Hikmet Çoban[2]

[1]*Department of Emergency Medicine, Sakarya University Training and Research Hospital, Sakarya Turkey*

[2]*Department of Chest Disease, Sakarya University Training and Research Hospital, Sakarya Turkey*

AIM: Synthetic cannabinoids are chemicals that produce several marijuana-like effects in humans. Aim of this study is to investigate the effects of syn¬thetic cannabinoids on to alveolar-arterial oxygen gradient.

MATERIAL-METHOD: A total of 112 patients, who admitted directly to emergency clinic with synthetic cannabinoid usage, were determined between February 2014 and August 2014. Blood gases of 41 patients were determined as arterial blood gases on room air, and included in to study. Patients were evaluated according to age, sex, decade, partial pressure of arterial oxygen, partial pressure of arterial carbon dioxide, pH, bicarbonate, metabolic status, age consistent expected alveolar-arterial oxygen gradient and calculated alveo¬lar-arterial oxygen gradient.

RESULTS: Synthetic cannabinoid using was higher in males, mean age of patients was 23.32±6.14 years. Number of patients in the third decade were significantly higher than the other decades. The calculated alveolar-arterial oxygen gradient (26.02 ± 11.07) value of patients was signifi¬cantly higher than age consistent expected alveolar-arterial oxygen gradient (8.45 ± 1.74) value (p = 0.02). Respiratory acidosis, was significantly higher than the other types of the metabolic disorders. The best cutoff point for calculated alveolar-arterial oxygen gradient was 12.70, with sensitivity of 90% and specifity of 85%. Area under curve was 0.70 for calculated alveolar-arterial oxygen gradient.

DISCUSSION: The value of alveolar-arterial oxygen gradient has been increased due to synthetic cannabinoid usage. This can be used as a supportive param¬eter in the diagnosis of synthetic cannabinoid usage.

KEYWORDS: Synthetic Cannabinoids; Blood Gases; Diagnose

SS-013 Toksikoloji

A new threat in the emergency department: Synthetic Cannabinoids (Bonzai, Jameika)

Egemen Küçük[1], Irfan Küçük[2], Yasemin Yıldız, Kirazaldı[3]

[1]*Department of Emergency Medicine, Sakarya University Training and Research Hospital, Sakarya Turkey*

[2]*Department of Gastroenterology, Diyarbakir Military Hospital, Diyarbakir Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine, Sakarya Universty, Sakarya Turkey*

OBJECTIVES: The aim of this study is to examine the epidemiological characteristics of patients who admitted directly to our emergency department with the use of synthetic cannabinoids known as Bonzai or Jameika.

MATERİAL AN METHODS: Patients who presented to the emergency department with the using of synthetic cannabinoids known as Jameika, Bonzai were determined from judicial records of hospital police between date of 01.02.2014 - 31.07.2014. Patients were evaluated according to age, sex, presenting complaint, the date of application and treatment process in the emergency department.

RESULTS: A total of 112 patients were admitted to our emergency department between the specified dates, 111 patients were male and only 1 patient was female. Mean age of patients was 23.32 ± 6.14 (15 - 48). Sixty four per cent of patients were located between age of 18-24. There were 60 patients in the third decade of life, 35 patients in the second decade, 15 patients in the fourth decade and 2 patients in the fifth decade of life. A total of 83 patients were admitted directly to emergency clinic in the last two months. Cardiac side effects (%33.03) such as tightness in the chest, shortness of breath and palpitation were found significantly higher. Sixty-one patients were evaluated in the emergency department and discharged from hospital. Most of the patients who need inpatient treatment, were admitted to intensive care units. Fifty-two patients were consulted in the emergency department, most of them were obtained from internal medicine and anesthesia clinics.

CONCLUSION: Synthetic cannabinoid intoxication is especially seen in male young adults, and has been increasing in recent months. Cardiac side effects are more common. Knowledge level of physicians' should be increased with trainings about this subject and For a more comprehensive epidemiological data, multicenter studies should be carried out.

KEYWORDS: Synthetic cannabinoids, young age, intoxication

SS-014 Toksikoloji

Lipid Emulsion Treatment Decreased High Levels of Phenytoin in Rats

Afşin Emre Kayıpmaz[1], Cemil Kavalcı[1], Nilüfer Bayraktar[2], Didem Bacanlı[3], Tolga Reşat Aydos[4], Tufan Akın Giray[1], Ümmü Gülsüm Kocalar[1], Sibel Benli[1]

[1]*Emergency Department, Baskent University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Biochemistry, Baskent University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey*

[3]*Experimental Animals Breeding and Research Center, Baskent University, Ankara, Turkey*

[4]*Department of Medical Pharmacology, Baskent University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey*

INTRODUCTION-AIMS: Phenytoin is a widely used, lipofilic anti-epileptic agent. Because of its narrow therapeutic index, toxicity is not a rare entity. Central nervous system signs, encephalopathy and death may occur according to the exposed dose. Although treatment modalities like active charcoal, charcoal hemoperfusion and molecular adsorbent recirculation system was tried in phenytoin toxicity, today there is no specific antidote for phenytoin. Therefore, we need a low-cost supportive therapy agent which can easily apply in the emergency conditions.

We suggest lipid emulsion treatment as an easy applicable and low-cost add-on treatment for phenytoin toxicity since phenytoin is a lipofilic drug. The aim of our study is to construct a phenytoin toxicity model in experimental animals and observe the efficacy of lipid emulsion treatment.

METHODS: We randomly divided 28 rats into 4 groups with an equal number of rats in each group: Group 1: Control Group (received no treatment), Group 2: Phenytoin Group (received 75 mg/kg phenytoin intraperitoneally), Group 3: Lipid Emulsion Group (received 4 ml/kg 20% lipid emulsion intravenously), Group 4: Phenytoin + Lipid Emulsion Group (received 75 mg/kg phenytoin intraperitoneally and 4 ml/kg 20% lipid emulsion intravenously). We performed blood draws twice in each group: Group 2 and 4 for measuring phenytoin, albumin, ALT and AST levels; Group 1 and 3 for measuring ALT and AST levels.

RESULTS: Lipid emulsion decreased statistically significantly the phenytoin level of treatment group (Group 4) in comparison with the control group (Group 2) (respectively p=0.023 and p=0.017).

SÖZLÜ BİLDİRİLER

CONCLUSİON: We demonstrated the efficacy of lipid emulsion treatment in reducing serum phenytoin levels in our animal model. Our findings show, lipid emulsion treatment, which has a safe adverse effect profile, is a promising method for cases with phenytoin intoxication.

KEYWORDS: Lipid emulsion treatment, phenytoin toxicity, rat

SS-015 Toksikoloji

Sudden Sensorineural Hearing Loss After Heroin Intake

Binnur Eşfer, Selim İnan, Murat Ongar, Nihat Özüpek, Vicdan Koçak Metin, Burak Demirci, İrfan Kala, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: There are lots of complications of heroin overdose include slow and difficult breathing, dry mouth, extremely small pupils, pinpoint pupils, tongue discoloration, low blood pressure, weak pulse, bluish-colored nails and lips, constipation spasms of the stomach and intestinal tract,coma, delirium, disorientation,drowsiness, muscle spasticity, temporary limb paralysis, transverse myelitis, seizures and stroke. Hearing loss is exremely rare complications of heroin and there are only a few cases of heroin overdose associated hearing loss reported in the literature.We will present a case with opioid-induced sudden sensorineural hearing loss.

CASE: 30-year-old male patient was found unresponsive by his family after heroin use and brought to the emergency room by 122. Heroin was found at his bedside by his family. On admission, he was unresponsive and he had pinpoint pupils, was hypotensive. There were no significant pathological finding to explain the state of consciousness in cranial CT, diffusion MR and laboratory tests. He was monitorized and taken to observation room.Treatment was started with intravenous fluids and naloxone. Patient who regains consciousness transferred to the intensive care unit(ICU). After 48 hour observation in ICU his mental status improved but he complained of new onset bilateral hearing loss. Otorhinolaryngology concultation was request. Audiometry was performed and it showed severe bilateral sensorineural hearing loss. Ear and control kranial MRI was performed and showed no other abnormalities. We thought sudden sensorineural hearing loss related with opioid.In control examinations and control audiometries, patients failed to recover from opioid induced sensorineural hearing loss.

CONCLUSION: There are a few case about hearing loss after intravenous heroin intake. The underlying pathology is not completely understood. Overstimulation of the kappa receptors and decreased afferent activity in the cochlea could be a possible explanation for the hearing loss.In conclusion high doses of heroin intake will lead to sudden sensorineural hearing loss.We should keep in mind that rare condition.

KEYWORDS: Heroin Overdose, Opioid Intake,Sensorineural Hearing Loss,

SS-016 Toksikoloji

A Case Report: Unintentional Human Exposure to Tilmicosin

Abdussamed Vural, Mehmet Yılmaz, Bahadır Karaca, Fatih Tutucu, İsmail Altıntop, Mükerrem Altuntaş, Hüseyin Çebiçci
Department of Emergency Medicine, Training and Research Hospital,Kayseri,Turkey

INTRODUCTION: Tilmicosin phosphate (MICOTIL 300, 300 mg/mL) is a semisynthetic antibiotic of the macrolide group that is used in veterinary medicine for the treatment of bovine respiratory disease and ovine respiratory diseases especially associated with Mannheimia (Pasteurella) haemolytica and multocida (1–3). We want to present a case of a serious needle stick injury in a cattle feedlot worker who was unintentionally exposed to tilmicosin which has a serious cardiac toxicity.

CASE: A 25-year-old man with no prior history of heart disease developed mild chest pain and palpitation 5 hours after unintentional injection of a 5 cc syringe filled with Micotil 300 (tilmicosin phosphate,300 mg/mL). The worker accidentally injected the dose 1500 mg into his elbow of the right arm as the animal moved to avoid administration of the medication. Approximately 2 hours after the accidental injection, the worker developed mild chest pain and severe palpitation and was transported to the our emergency service. His vital signs upon arrival in the emergency department were as follows: blood pressure 120/80mmHg, pulse 115 bpm, respiratory rate 22 bpm. An injection site was visible on his right elbow. Electrocardiogram (ECG) showed several abnormalities, including an incomplete right bundle branch block and sinus tachycardia. There were no previous ECGs available for comparison. The patient's cardiac monitoring was performed in the emergency service. There was no acidosis and no increased anion gap and also the other laboratory tests including the level of troponin I as well were normal. but the patient was transferred to the intensive care unit because of its potentially life threatening effect (cardiac toxicity) on human being. No cardiac arrhythmias and chest pain were noted at follow-up in hospitilazition period. At follow-up, the post-hospitalization electrocardiogram showed normal sinus rhythm. An incomplete right bundle branch block and tachycardia had resolved. No further cardiac evaluation was performed and the patient was discharged home on day 2 of hospital admission.

CONCLUSİON: This case provides evidence that unintentional injection of tilmicosin can cause cardiac symptoms and also may lead to myocardial injury (1) so the patients were monitored for cardiac complications. Tilmicosin should be administered by properly trained personnel to reduce the risk of accidental self-injection.

KEYWORDS: Human Exposure,Tilmicosin, Unintentional

SS-017 Toksikoloji

Evaluation of drug overdose patients admitted to the emergency department of Bolu in the province

Bülent Yılmaz[1], Arif Duran[2], Mansur Kürşad Erkuran[2], Güray Can[1], Tarık Ocak[3]

[1] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Gastroenterology Training Clinic Bolu*

[2] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[3] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

OBJECTIVE: Drug overdose is one of the leading causes of death following traffi c accidents, especially in the young. The aim of retrospective study was to analyze the rate characteristics the frequency of drug overdose, sociodemographic features and the etiologic features in our city (Bolu province, Turkey).

MATERIALS-METHODS: In the study, subjects who applied to Bolu Izzet Baysal AİBÜ Training and Research Hospital the emergency department due to drug overdose between 01th January 2007 and 31th December 2014 were analysed retrospectively. Data on sociodemographic features, methods used for drug overdose attempts and reasons were obtained by reviewing the medical fi les of the cases.

RESULTS: Of 703491 patients who applied to the emergency department, 3729 (0.53%) were found from the records to apply with drug overdose. 2313 (62%) (22,98±13,75 year) of the subjects were females and 1416(38%)(23,52±17,08 year) were males. Drug overdoses were found to increase in the 15-50 age group (72,2%). The most commonly preferred agents were antiinflammatory drugs 54% (n=2177). The nonsteroidal anti-inflammatory drug intake was compared with other medicines overbought statistically significant (p> 0.05). The most commonly patients admitted to evening hour period(16-24 hour period;49,7%), month of may (10,4 %), seasons of spring(29,3%) and year of 2014 (14,3%).

CONCLUSION: In our study, drug overdose attempts were found to be a social problemfor our region and it was more common in the productive population between the ages of 15-50 years and in females. The most commonly preferred agents were antiinflammatory drugs non-steroidal antiinflammatory drugs.

KEYWORDS: Drug overdose, emergency medicine, seasons

SS-018 Toksikoloji

Case Report: Cardiac Arrest as a result of Cardiac and Renal Toxicity due to Mycetism

Yahya Kemal Günaydın, Can Gökay Yıldız, Kemal Biçer, Nazire Belgin Akıllı, Ramazan Köylü, Lütfullah Altıntepe, Başar Cander
Konya Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Mycetism is an important health problem which is seen very common in our country. Eating mushrooms gathered unconsciously may cause a process from simple gastrointestinal complaints to severe hepatic failure and death. However, cardiac and renal toxicity and death due to this are reported rarely.

CASE: A 30 year old male patients referred our emergency department due to the complaint of nausea and vomiting on the next day after eating the mushrooms that he gathered. Patient's overall status was well; he was conscious and his vital signs were stable. Physical examination was normal. In blood analysis, creatinine level was detected slightly higher by 1.68 mg/dl. Liver function test values were normal. The patient was admitted to emergency toxicology unit for follow-up. Nausea and vomiting continued, therefore, antiemetic and proton pump inhibitor were administrator. Furthermore, penicillin G and n-acetyl cystein treatment was started. Since creatinine increased 2.7 mg/dl in the second day, after consultation with nephrology and carbon hemoperfusion was performed. Creatinine and troponine values were detected as 4.27 mg/dl and 7.15 ng/ml, respectively in the third day, therefore, cardiology consultation was ordered. Furthermore, carbon hemoperfusion and plasmapheresis were performed. ECG and cardiac enzyme monitoring were suggested by cardiology department. ECHO performed was normal. Creatinine and troponine values continued to increase (troponine:23.3 ng/ml; creatinine: 5.7 mg/dl) whereas Liver Function tests and ECG were normal in days 4 and 5. Patient had palpitation and dyspnea in the morning in day 6. He had ventricular tachycardia (VT). Cardioversion was applied and amiodorone was added into the treatment. Cardiology and nephrology consultations were repeated. VT and dyspnea continued. Upon increase of hypoxy, sedation was started; the patient was intubated and connected to mechanic ventilator. The patient was taken intohemoperfusion again. Patient's blood pressure decreased during hemoperfusion; noradrenalin and dopamine were infused. Amiodorone and sedative agents were discontinued because of hypotension. The patient was reassessed with ECHO by cardiology department. Ejection fraction by 30% and left ventricle failure were detected. Intraaortic balloon pump application was decided; however, VT appeared again. Cardioversion and amiodorone was performed; VF (ventricular fibrillation) and then asystole developed. Resuscitation was unresponent and the patient died.

CONCLUSION: Hepatic failure does not develop after mycetism only. Cardiac and renal toxicity which may appear rarely may progress mortally. Therefore, this should not be ignored during follow-up of these patients.

KEYWORDS: Mycetism, Cardiac Arrest, Renal Toxicity

SS-019 Toksikoloji

Intravenous Lipid Therapy in Calcium Channel Blocker and Beta Blocker Poisoning: 4 Case Report

Yahya Kemal Günaydın, Ozan Özelbaykal, Nurser Muraçar, Nazire Belgin Akıllı, Ramazan Köylü, Başar Cander
Konya Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Konya, Turkey

İNTRODUCTİON: In recent studies, intravenous (IV) lipid emulsion therapy is recommended to be given during resuscitation, especially in lipophilic antiarrhythmics and local anesthetics toxicity.

CASE 1: 22 year old woman presented to our emergency department, in 2 hours after ingesting 15 tablets, 10 mg bisoprolol for attempt of suicide. Patient's GCS was 3/15, arterial tension (TA) was 60/40 mmHg, pulse was 40/min. Endotracheal intubation was performed. IV noradrenaline, dopamine infusion and glucagon treatment was started. 4 hours after admission she was still unconscious, hypotensive and bradycardic. IV lipid, 1.5 ml/kg bolus followed by 0.25 ml/kg/min 1 hour infusion, was given. On second day, patient's vital signs and consciousness were improved.

CASE 2: 21 year old man presented to our emergency department, in 2 hours after ingesting 20 tablets, 50mg metoprolol for attempt of suicide. Patient was confused and his GCS was 13/15. Patient's TA was 80/40 mmHg pulse was 55/min. IV noradrenaline, dopamine infusion and glucagon treatment was started. 4 hours after admission patient's consciousness was normal but he was still hypotensive and bradycardic. IV lipid,1.5 ml/kg bolus followed by 0.25 ml/kg/min 1 hour infusion, was given. On second day his vitals were stabilised.

CASE 3: 18 year old woman presented to our emergency department, in 1 hour after ingesting 40 tablets, 10 mg amlodipine for attempt of suicide. Patient's vitals were; TA:60/40 mmHg pulse:40/min and respiratory rate:30/min. IV noradrenaline, dopamine infusion and glucagon treatment was started.4 hours after admission patient was still hypotensive and bradycardic. Upon this, IV lipid, 1.5 ml/kg bolus followed by 0.25 ml/kg/min 1 hour infusion, was given. On second day her TA and pulse improved.

CASE 4: 76 year old woman presented to our emergency department, in 6 hours after ingesting 28 tablets, 5 mg amlodipine for attempt of suicide. Patient was confused. Patient's vitals were; TA:70/40 mmHg pulse:40/min. IV noradrenaline, dopamine infusion and glucagon treatment was started. TA levels of patient got worse and became unconscious. Upon this, endotracheal intubation and mechanical ventilation was performed. IV lipid, 1.5 ml/kg bolus followed by 0.25 ml/kg/min 1 hour infusion, was given. İnfusion repeated 2 times. In 4 hours patient had cardiac arrest. Patient did not respond to resuscitation and died.

CONCLUSION: Intravenous lipid emulsion therapy can be effective in the treatment of lipophilic anti-arrhythmic drug poisoning. But greater number of clinical studies are necessary to determine the precise indications.

KEYWORDS: IV lipid, CCB, BB, Poisoning.

SS-020 Toksikoloji

The role of oxidative stress in α-amanitin induced hepatotoxicity in an experimental mouse model

Zerrin Defne Dundar[1], Mehmet Ergin[1], Ibrahim Kilinc[2], Tamer Colak[1], Pembe Oltulu[3], Basar Cander[1]

[1]*Emergency Medicine Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey*

[2]*Biochemistry Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey*

[3]*Medical Pathology Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey*

OBJECTIVE: To evaluate trends in oxidative stress markers, SOD, CAT, GPx, MDA, TOS, and TAS, in a mouse α-amanitin poisoning model with three different toxin levels.

METHODS: The mice were randomly divided into four groups: Group 1 (control group), Group 2 (low dose poisoning group; 0.2 mg/kg α-amanitin), Group 3 (moderate dose poisoning group; 0.6 mg/kg α-amanitin), and Group 4 (high dose poisoning group; 1.0 mg/kg α-amanitin). At hour 0, the their calculated dose of α-amanitin was injected to the mice in poisoning groups intraperitoneally. At hour 48, all mice were sacrificed and their livers were collected for biochemical and histopathological evaluation.

RESULTS: Median liver tissue SOD activity in moderate and high dose groups was significantly higher than the median SOD activity in control (for both, $p = 0.001$). Median liver tissue CAT activity in Group 2 was significantly higher than the median CAT activity in Group 1 ($p = 0.001$). Median liver tissue CAT activity in Groups 3 and 4 was significantly lower than the median CAT activity in Group 1 (for both, $p = 0.001$). Median liver tissue GPx activity in Groups 2, 3, and 4 was significantly higher than the median GPx activity in Group 1 (for Group 2, $p = 0.006$; for Group 3 and 4, $p = 0.001$). The median liver tissue MDA levels of Groups 3 and 4 were significantly higher than the median MDA level of Group 1 (for Group 3, $p = 0.015$; for Group 4, $p = 0.003$). There was a significant positive correlation between liver CAT activity and liver TAS level, and a significant negative correlation between liver CAT activity and liver TOS level ($r = 0.935$ and $r = -0.789$ respectively; for both, $p<0.001$).

CONCLUSIONS: Our findings support a significant role for increased oxidative stress in α-amanitin induced hepatotoxicity. In particular, identifying the pathophysiological mechanism responsible for the direct relationship between CAT, α-amanitin, and TAS levels may be very helpful for further treatment investigations.

KEYWORDS: amanitin, oxidative stress, mushroom poisoning, biomarker, mouse

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-021 Toksikoloji

Examination using lc-ms/ms determination of grayanotoxin levels in blood and urine and in honey consumed by patients presenting to the emergency department with mad honey intoxication and of relations with clinical data: a preliminary study

Ali Aygün[1], Abdülkadir Gündüz[1], Süleyman Türedi[1], Süha Türkmen[1], Yunus Karaca[1], Ahmet Faik Ayaz[2], Su Youn Ahn[3], Suncheun Kim[3]

[1]*Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, Trabzon, Turkey*

[2]*Karadeniz Technical University, Faculty of Science, Department of Biology, Trabzon, Turkey*

[3]*Daejeon Institute, National Forensic Service, Daejeon, Republic of Korea*

INTRODUCTION: 'Mad honey' results from grayanotoxin (GTX) in flowers of plants of the genus Rhododendron L. (Ericaceae) being mixed in with honey by bees. There are no studies showing either toxin levels in honey or the levels of this toxin in people intoxicated by this natural product. Holstege et al. later developed a rapid high-performance liquid chromatography–tandem mass spectrometry (LC-MS/MS) method permitting quantitative determination of GTX I, II and III in biological samples including rumen contents, feces and urine.

The purpose of this study was to investigate grayanotoxin levels in blood and urine and in honey consumed by patients with mad honey intoxication and to determine whether or not there is an association with clinical status.

MATERİALS-METHODS: Four cases presenting to the Karadeniz Technical University Medical Faculty Emergency Medicine Clinic and diagnosed with mad honey intoxication were included in the study. Mad honey, blood and urine samples were obtained from patients intoxicated with GTXs.

Patients' blood and urine specimens were centrifuged at 12,000 rpm at 5°C. After centrifugation, the supernatants were collected and lyophilized at -50°C overnight, and the dry materials were stored at -80 °C for further analysis. The samples were transfered to South Korea and they were analyzed in National Forensic Services, South Korea.

Throughout the analysis, optimized validated HPLC and LC-MS/MS working conditions were selected based on a recent publication published elsewhere Cho et al.

RESULTS: All patients presented with dizziness and nausea, and hypotension and bradycardia were present in all subjects. The highest blood GTX I and GTX III levels were determined in Case 1. Patients' mean blood GTX I level was 30.62 ng/mL mean GTX III 4.917 ng/mL. Mean urine GTX I was 0.447 mcg/mL and mean GTX III level 1.998 mcg/mL. Mean GTX I level in honey consumed was 4.683mcg/g and mean GTX III level 8.423 mcg/g. Patients' mean blood pressure was 77.5 / 47.5 mmHg and mean heart rate 38 beats/min.

CONCLUSİON: This is a preliminary study, and the first to show grayanotoxin levels in specimens from human body fluids. Overall, a simple and reliable sample pretreatment procedure and a validated LC-MS/MS method for determination and quantification were successfully performed on the honey and blood and urine samples from human body.

KEYWORDS: Mad Honey, Grayanotoxins(GTXs), Rhododendron, Human Whole Blood, Urine, LC-MS/MS

SS-022 Toksikoloji

Multi-drug screen urine test in emergency department

Zerrin Defne Dundar[1], Mehmet Akif Onal[2], Alpay Tuncar[1], Mehmet Ergin[1], Basar Cander[1]

[1]*Emergency Medicine Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey*

[2]*Emergency Department, Konya Training and Research Hospital, Konya, Turkey*

OBJECTIVE: We aimed to evaluate the results of multi-drug screen urine tests performed in our emergency department within a period of 2 years.

METHODS: In this retrospective study, the following data were recorded from medical files of patients admitted to emergency department and evaluated by multi-drug screen urine test between January 2013 and December 2014: Age, gender, comorbidity, medications, history of suicide attempt/substance abuse, result of multi-drug urine analysis, length of stay in hospital, and outcomes.

RESULTS: A total of 199 patients were included in the final analysis. 69 (34.6%) of them were female and 130 (65.4%) were male. The mean age of the patients was 31.7±13.8 years. 53 (26.6%) of patients had at least one comorbidities. In 84 (42.2%) of patients, there was drug intake history with suicidal purpose. In 53 (26.6) of patients, there was a history of alcohol and substance abuse. When we analyzed the multi-drug screen urine test results, the most frequent detected substance was opioid derivatives in 30 (15.1%) patients. In frequency order, APAP (n=23, 11.6%), TCA (n=20, 10.1%), BZO (n=19, 9.5%), THC (n=11, 5.5%), and mAMP (n=11, 5.5%) were detected in urine test. Multi-drug test showed that there were more than two drugs in 22 (11.1%) patients. The test was negative in 97 (48.7%) patients. Opiate and methamphetamine were detected oftenest concomitantly in the patients using cannabinoid and derivatives. Most frequent drugs were tricyclic antidepressants 13.5% (n=27) and paracetamol 11.5% (n=23) additively in the patients those had substance abuse. The mean length of stay in hospital was 2.37±1.50 days and the mean length of stay in intensive care unit was 2.03±1.34 days. 159 (80.3%) patients were discharged from hospital and 20 (10.1%) patients were admitted to ward.

CONCLUSION: The history of using multi-drug, suicidal attempt and substance abuse should be questioned carefully in the patients admitted to the emergency with different complaints. Importance of multi-drug screen urine analysis in the emergency department will be understood for patient management by considering this case group can apply to the hospital with different clinical profiles.

KEYWORDS: toxicology, urine, multi-drug, screening

SS-023 Toksikoloji

Severe Poisoning by Deadly Nightshade (Atropa Belladonna)

Hilmi Akdağ[1], Metin Özdemir[2], Emine Merve Akdağ[3], Mehmet Nihat Özüpek[2], İrfan Kala[2]

[1]*Department of Anesthesiology and Reanimation,Yıldırım Beyazıt University, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Research and Training Hospital, Ankara, Turkey*

[3]*Department of Psychiatry, Ankara Numune Research and Training Hospital, Ankara, Turkey*

Atropa Belladona is a plant classified in the solanaceae family and its roots, leaves and fruits contain the belladonna alkaloids: atropine, hyocyamine, and scopolamine responsible for the anticholinergic toxicity of the plant. It has thick oval dark green foliage with black cherry-like berries making it look identical to blueberries and attractive to eat. This also happens to be a common reason for intoxication after ingestion of these berries in adults and children's. Atropa belladonna alkaloids cause delirium, hallucination, tachycardia, mydriasis, dry mouth, flushed skin, blurred vision, urinary retention, and anhidrosis.

In our case, 25 year old male patient was admitted a local hospital in rural area with complaints of blurred vision and urinary retention. After first assessment the patient had been sent to our hospital for unknown toxidrome. In admission the patient was agitated and disorientated and seemed to be grasping at imaginary objects. His vital signs included blood pressure 125/65 mmHg, pulse rate:130 temprature:37,8. His pupils were dilated.ECG: sinus tachycardia. He had no history of psychiatric illness, suicide attempt or drug abuse. We tried to get detailed history from his family as he might have been intoxicated, then his father told us that they had gone picnic in the morning and while they had been walking in the forest, he had eaten some fruits like blueberry. 3 hours after ingestion his complaints began with blurred vision. They showed us some of these fruits which he had taken with. Clinical findings and the appearance of the fruit consistent with anticholinergic poisoning with Atropa Belladona. Gastric lavage and active charcoal was not implemented because of aspiration risk due to his delusion. The patient was monitorized and we administered 2 mg midozolam three times for sedation. The external cooling was given for temperature control. Due to the apparent acute anticholinergic crisis with altered mental status, 0.5 mg of physostigmine was administered with slow intravenous push. This dose was repeated four times over 60 minutes. 10 minutes after the fourth dose, the patient demonstrated a deceleration in heart rate, to 95 beats/min, with marked improvement in mental status. The patient was transferred to the intensive care unit with stable vital signs.

Intoxication with Atropa Belladona is a severe condition with variable presentation. It's should be considered in the presence of anti-cholinergic toxidrome. The treatment is essentially symptomatic. If sedation is considered then benzodiazepine therapy is appropriate. Physostigmine can be used in severe intoxication.

KEYWORDS: atropa belladonna, anticholinergic intoxication, physostigmine

SS-024 Pediatrik aciller

Thermal Epıglottıtıs After Hot Tea Aspıratıon - A Rare Cause Of Epıglottıtıs Result With Intubatıon

Selim İnan, Burak Demirci, Metin Özdemir, Uğur Bal, Erinç Müderris, Funda Ovalı, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

Epiglottitis is a medical emergency that requires immediate diagnosis and intervention and close collaboration between pediatricians, emergency physicians.Noninfectious causes of epiglottitis are not uncommon.Etiologies include thermal causes,caustic insults,foreign body.Thermal epiglottitis is very rare but potentially life-threatening disease.It can have a slow onset without oropharyngeal signs of thermal injury, findings that can hide the clinical diagnosis. Airway management is vital in preventing catastrophic airway obstruction.We describe the case of a 18-month-old boy baby devoloped thermal epiglottitis after drinking boiling tea.

A 18-month-old boy baby was playing in the kitchen while his parent was making breakfast. He tried to drink tea from thermos and hot tea in thermos poured into the mouth. His parent heard crying and noted burns on his lower chin, left chest, and shoulder. After 30 minutes he began vomiting and minimal stridor was started.He was brought to the emergency department by the family.On admission in emergency room he was medically stable, but he was painfull. One hour after arrival, and 2 h after the injury,he developed stridor, oral drooling,recurrent vomitting and pooling of saliva in his mouth. He was holding himself in a tripod position (upright position leaning forward with arms outstretched and head and chin slightly forward to keep airway open) on the stretcher. He appeared sleepy but arousable, with a respiratory rate of 25 breaths/min and a long inspiratory phase. The patient needed supplemental oxygen to maintain hemoglobin saturation above 93%. On the lateral neck radiograph upper airway was severely narrowed A otolaryngologist was urgently consulted because of concern about the diagnosis of thermal epiglottitis. The patient was assessed by rhinoscopy and masssive edema was seen in the epiglottis and surrounding tissues. Intubation decision was taken, the patient was intubated with 3.0-mm uncuffed endotracheal tube to maintain the airway. He was followed up for 8 days in intensive care.8 days after injury, a nasal flexible fiber optic laryngoscopy examination showed regressed edema and he was extubated.He discharged home 7 days after extubation.

Thermal epiglottitis may present without obvious signs of oropharyngeal injury and development of clinical symptoms may occur several hours after the inciting event. Aggressive, collaborative airway management are vital in preventing catastrophic airway obstruction in thermal epiglottitis. Our aim was to review the pathophysiology and clinical presentation of thermal epiglottitis and the challenges involved in diagnosis and management of this form of atypical epiglottitis.

KEYWORDS: Thermal epiglottitis, hot water, airway management

SS-025 Diğer

Investigation on Legal Problems Encountered by Emergency Medicine Physicians in Turkey

Afşin Emre Kayıpmaz, Cemil Kavalcı, Betül Gülalp, Ümmü Gülsüm Kocalar, Tufan Akın Giray, Hasan Yeşilağaç, Betül Akbuğa Özel, Elif Çelikel, Özlem Karagün
Emergency Department, Baskent University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey

INTRODUCTION-AIMS: Medicine is a profession that carries certain risks. One risky area of practice is the emergency department. Emergency physicians diagnose and treat a high volume of patients, and are also responsible for preparing reports for forensic cases. In this study, we aim to investigate emergency physicians' legal-administrative problems and reveal their level of understanding on forensic cases.

METHODS: An electronic questionnaire form was prepared after the approval of ethical committee. This form was sent to the residents, specialists and academicians of emergency medicine by e-mail. The physicians were asked to fill the form online. All the gathered data was analyzed. Descriptive statistics were presented as frequency percentages with mean and standard deviation. Chi-square tests were used to compare the groups. Correlation between number of complaint cases and age, sex, career, institution, and duration of service in emergency department were investigated. $p<0.05$ was considered statistically significant.

RESULTS: 294 physicians participated in the questionnaire. According to the questionnaire, 170 of the physicians were reported to the patient communication units due to medical malpractice. Mean number of compliant reports was 3.20±3.5. 29 of the physicians received administrative penalties. 42 of the physicians were judged in the court for medical malpractice. 1 physician was fined 5000 Turkish Liras as a result of these judgments. We found that the number of complaint reports is negatively correlated with duration of service in emergency medicine and age. There was a significant difference between number of complaint reports and career ($p<0.05$). The physicians' level of awareness on forensic cases was found to be insufficient.

CONCLUSİON: Lack of legislation knowledge may be an important cause of complaint reports concerning emergency physicians, who have a high load of patients. Thus, we think that increasing the frequency of post-graduate education sessions and periodical reviews might be beneficial.

KEYWORDS: Emergency medicine, Forensic cases, Legal problems

SS-026 Diğer

A Rare Complication Of Endotracheal Intubation - Massive Spread Subcutaneous And Scrotal Emphysema After Endotracheal İntubation

Selim İnan, Burak Demirci, Binnur Eşfer, Metin Özdemir, Funda Ovalı, Uğur Bal, Erinç Müderris, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Tracheal laceration and massive spread subcutaneous emphysema is a very rare complication of endotracheal intubation, which usually occurs during the act of intubation, or as a result of an immediate complication once the tube is in place. This injury after endotracheal intubation is a rare but serious complication.Common cause of injury are repeated attempts at a difficult intubatioin, tracheal abnormalities and overinflation or rupture of the cuff of an endotracheal tube. Tracheal laceration is seen more frequently in patients receiving radiotherapy to the chest portion. We present a case of a 68-year-old male, who developed massive spread subcutaneous emphysema after endotracheal intubation.

CASE: 68-year-old male who was diagnosed oesophageal ca, directed to the emergency department with suspected of esophagus perforation after endoscopy. He had diagnosis of esophagus ca and tracheoesophageal fistula.Also he had 20 days radiotherapy history which finished two months ago. He was admitted to gastroenterology with a history of melena and endoscopy was planned one week ago. Complications developed in endoscopy and he was directed to the emergency department with suspected of esophagus perforation after endoscopy.On admission patient was unstable and confused. His initial vital sign were respiratory rate of 24 breaths/ min, heart rate of 130 beats per/min, blood pressure of 60/30 mm Hg, and hemoglobin saturation of 68% in room air. This unstable patient was intubated.It was difficult intubation he was intubated second attempt.After intubation extensive subcutaneous and scrotal emphysema was started and increased within a short time. Cardiopulmonary arrest was devoloped. Patients did not respond to effective CPR.

CONCLUSION: Upper aerodigestive tract injury after endotracheal intubation is a rare but serious complication. In our case we thougt the cause of emphysema; 1)tracheal laceration 2) Air leaks from tracheoesophageal fistula to esophagus and from esophagus to skin via oesophageal perforation. We have to be careful during intubation in patients with a history of radiotherapy. trachea is becoming more fragile after radiotherapy.

KEYWORDS: Endotracheal İntubation, Massive Spread Subcutaneous Emphysem, Scrotal Emphysema

SS-027 Diğer

The Role of Scoring Systems for Assessment of Geriatric Patients presenting to the Emergency Department and Selection of Critical Patient

İsa Başpınar[1], Sertaç Güler[1], Burak Demirci[2], Mehmet Serkan Yurdakul[3], Nurhayat Başkaya[1], Halit Aytar[1], Erdal Yılmaz[1], Murat Soyuduru[1], Yavuz Katırcı[1]

[1]*Department of Emergency Medicine,Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine,Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine, Karaman State Hospital, Karaman, Turkey*

INTRODUCTION: It is crucial to determine criticaly ill patiens and to start effective and rapid treatment of these patients in the emergency department. However, increasing the number of patients who admitted to the emergency department and difficulties in evaluating geriatric patients make it difficult. We aimed to compare the credibility of scoring systems for choose critically ill patients in hospitilization and predicting prognosis after discharge with using them in this study.

MATERIALS-METHODS: This is a prospectice clinical study which is performed on patients over 65 years of age whom admitted to Emergency Department of Ankara Training and Research

SÖZLÜ BİLDİRİLER

Hospital between 15th Oct 2014 to 15th Nov 2014. Patients whom applied to the emergency department with trauma related complains, cardiopulmonary arrest, and transfered from another facility excluded. Patients that fulfilling the inclusion criteria included to study each in turn. Patients study formsfilled by emergency medicine specialist or senior physcian of emergency medecine after evaluating patients. Statistical analysis of data obtained from the completed form was carried out.

RESULTS: One hundred five (%43) male patiens and 139 (%57) female patients, 244 patients in total were included the study. In our study, all score systems that used for predicting admision to intensive care unit, in-hospital mortality and mortality inside four weeks was statistically valuable (p<0,001 for all). In addition, the risk of mortality increased, 1,09 (95%CI 1.02 to 1.17) times for each unit increase in age, 1.17 (95%CI 1.06 to 1.29) times for each unit increase in respiratory rate, 1.09 (95%CI 1.01 to 1.17) times for each unit increased in sodium level, 1.37 (95%CI 1.86 to 1.75) times for each unit increased in lactate level and the presence of hypertension increased 3.01 (95%CI 1.03 to 8.81) times (p valuesare 0,009, 0,002, 0,027, 0,008, 0,043 respectively).

CONCLUSION: In conclusion, the study showed that the risk scoring systems can be used safely to predict mortality and to choose critically ill patients in evaluation of geriatric patient in the emergency department.

KEYWORDS: Risk scoring systems, geriatric patient, mortality, emergency medicine

SS-028 Diğer

The association between Saharan dust, PM10, temperature, humidity, SO2 and emergency, chest diseases, cardiology, neurology and obstetric-gynecology departments admission of state and university hospital of Gaziantep

Behçet Al[1], Mustafa Bogan[1], Suat Zengin[1], Mehmet Murat Oktay[1], Hasan Bayram[2], Seval Kul[3], Cuma Yıldırım[1]

[1] *Emergency department of medicine school, Gaziantep University*

[2] *Chest Disease Department of Medicine School of Gaziantep University/Turkey*

[3] *Statistical Department of Medicine School of Gaziantep University/Turkey*

OBJECTIVE: In the last two decades there is a strong scientific interest regarding the role of aerosols for the Earth's climate and associated changes. Aerosol particles are very important to the Earth-atmosphere climate system playing a crucial role in cloud and precipitation processes, air quality and climate. Here, we evaluated the association between saharran dusts PM10, temperature, humidity, SO2 and emergency department admission and hospitalization, of patients with chest pain, preeclampsia acute coronary syndrome and cerebro-vascular events.

METHOD: The records of patients admitted to emergency departments, chest diseases, cardiology, neurology and obstetric-gynecology polyclinics of state hospitals and university of Gaziantep diagnosed with chronic obstructive lung disease (COLD), chest pain (CP), preeclampsia (PE) and cerebrovascular events (CVE) within 63 months were determined. The patients' admission and hospitalization were evaluated according to the day with dust storms and without dust storms, climate parameters, and particulate matter10 (PM10) and SO2 levels. The study was realized from January 2009 to March 2014. During the determined period the level of PM10, SO2 and temperatures were obtained from the ministry of environment records. All of the statistical analyses were performed using SPSS for Windows. An alpha value of 0.05 was accepted as the level of significance.

RESULTS: During 53 months 927000 patients admitted to the detected hospitals. In that period 74 days was recorded with dust storm. Mean level of PM10 in day with dust storm was 108.7 mg/m3 and 89.71 mg/m3 in days without dust storm. Without the admission of CVE, the dust storms did not significantly affect the admission and hospitalization of CP, COLD, PE, and hospitalization of CVE. Although, a negative correlation was obtained between mean temperature and humidity and CP admission, a positive correlation was obtained between PE and humidity. There was a positive weak correlation between number of the hospital admission because of chest pain and pm levels. There was a weak correlation between the mean of the humidity and the admission and hospitalization of PE, and hospitalization of CVE. Patients' admission increased in days with dust storm and with high of PM10. However, high level of PM10 increased the hospitalization; high temperatures decreased the hospitalization.

CONCLUSION: The admission of COLD and CVE increased in dust storm. High humidity increased the admission and hospitalization of PE. However, high level of PM10 affected the admissions, did not increased the hospitalization. High SO2 had positive weak correlation on both CVE admission and hospitalization.

KEYWORDS: Saharran dust, PM10, SO2, humidity, temperature, emergency admission, hospitalization, mortality.

SS-029 Diğer

Comparison Of Non-Invasive Body Temperature Measurements In Emergency Department

Nimet Gülen, Onur Polat, Müge Günalp, Serdar Gürler, Ahmet Burak Oğuz, İlker Yeşilkaya
Department of Emergency Medicine, Ankara University, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Temperature measurement is an essential component of diagnosis and patient management in emergency departments. The rectal route has been considered to be the gold standard in clinical practice. However, this method is not useful in emergency departments. In this paper, we aim to describe the accuracy of tympanic and temporal artery measurements compared to rectal measurement to reflect core temperature.

METHODS: A cross-sectional, observational study was conducted in the emergency department of Ankara University School of Medicine between 27/07/2014 and 20/03/2015. A total of 124 patients, admitted and treated with any complaint included in the study. The data was analysed by SPSS ver. 15.0 software.

To determine the self cut-off value of each method (tympanic, temporal artery), the rectal route has been considered to be the gold standard and data was analysed with youden index. The cut-off value was estimated as 37.1 in the hyperthermia of tympanic measurement and as 36.9 in the temporal artery measurement.

RESULTS: When data was analysed with intraclass correlation coefficient analysis,it was found that the temperatures measured with temporal artery method (0,33) and tympanic(0.256) methods were correlated to weak with rectal measurement.

The measurements examined the differences between medians, and for this purpose,38.3°C was accepted as limit. It was estimated that tympanic scans showed 0.6°C lower in normothermia and 1.5°C lower in hyperthermia, and temporal artery scans 0.2°C lower in normothermia and 1.5°C lower in hyperthermia. (p<0.05)

Compared with the rectal measurement, both tympanic and temporal artery methods underestimated body temperature. Based on our observations, none of the non-rectal methods performed equal to the referance technique, although temporal artery method was closer.

CONCLUSIONS: Although there is no statistically significant difference between non-rectal methods, the temporal artery thermometry has the potential to replace rectal thermometer in busy emergency department settings.

Further studies with a higher number of patients and subgroups should be performed to clarify the conditions in which each method achieves the best accuracy.

KEYWORDS: Emergency, temperature measurements, temporal artery

SS-030 Diğer

Elderly patients in the emergency department

Ayşe Işık[1], Aysel Çakmak Yıldız[1], Nurser Muraçal[1], Medine Akkan Öz[1], Şeyda Eser[1], Başar Cander[2]

[1] *Department of Emergency,Konya Resarch and Education Hospital,Konya,Turkey*

[2] *Department of Emergency,Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty,Konya,Turkey*

INTRODUCTION: Older patients account for up to a quarter of all emergency department (ED) visits. Atypical clinical presentation of illness, a high prevalence of cognitive disorders, and the presence of multiple comorbidities complicate their evaluation and management. Over the age of 65 in the emergency department patients aimed to investigate between presenting symptoms, laboratory and clinical features.

METHODS: Emergency department between December 2013 and December 2014 in patients over the age of 65 applicants admitted causes (trauma, surgery and internal) were studied

retrospectively. Comorbid diseases, mobility status (mobile, immobile), maintenance status (single, nursing home, family) and laboratory features were analyzed.

RESULTS: The mean age of patients was 71.4 ± 4.5 (65-81) years. 279 patients aged 65-74 (69.8%) of 121 patients 75 years and older (30.3%), respectively. Most patients internal causes 348 patients (87%), 20 patients with surgical reasons (5%) and 32 patients due to trauma (8%), respectively. 20 were alone (5%), 8 in nursing home (2%) and 372's together with family (93%) were living. 85 patients (21.29%) immobile, 107 patients (26.8%) were diabetic. Of these patients, 83 (20.8%) had no comorbid disease. 291 patients (72.8%) 1-3, 26 patients (6.4%) 4-6 comorbid disease was present.

As a result, most of elderly patients were due to internal causes of emergency room admissions and was accompanied by a high rate of comorbid conditions. Unlike developed countries, with almost all families of the patients lived.

KEYWORDS: elderly patient, emergency admittion, comorbidty

SS-031 Diğer

Is melatonin an effective agent on acute lung injury caused by blunt thoracic trauma in a rat model?

Serife Ozdinc[1], Gurhan Oz[2], Cigdem Ozdemir[3], Ahmet Balı[4], Zeynep Karakaya[5], Aysegul Bukulmez[6], Okan Solak[2], Tulay Koken[7], Mehmet Gul[8]

[1]*Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Afyon Kocatepe University, Afyonkarahisar, Turkey.*

[2]*Department of Thoracic Surgery, School of Medicine, Afyon Kocatepe University, Afyonkarahisar, Turkey.*

[3]*Department of Pathology, School of Medicine, Afyon Kocatepe University, Afyonkarahisar, Turkey.*

[4]*Department of General Surgery, School of Medicine, Afyon Kocatepe University, Afyonkarahisar, Turkey.*

[5]*Department of Emergency Medicine, Ataturk Educational and Research Hospital, İzmir, Turkey.*

[6]*Department of Pediatry, School of Medicine, Afyon Kocatepe University, Afyonkarahisar, Turkey.*

[7]*Department of Biochemistry, School of Medicine, Afyon Kocatepe University, Afyonkarahisar, Turkey.*

[8]*Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey.*

INTRODUCTION: An convenient treatment procedure for acute lung injury (ALI) has not yet been developed. Studies on the use of antioxidants in ALI treatment are being carried out. Hence, we evaluate the effects of melatonin, strong antioxidant agents, on both isolated bilateral ALI created by experimentally blunt thoracic trauma and distant organ functions related to ALI.

METHODS: 49 Sprague-Dawley rats were used in this study. They were divided into three main groups: control, trauma and melatonin groups. ALI was created with isolated blunt thoracic trauma model to all groups except the control group. Intraperitoneal melatonin (10mg/kg) was administered to the melatonin group. Blood and tissue samples were taken from the all groups. Arterial blood gas, total antioxidant (TAOC), oxidant capacity (TOC), malondialdehyde (MDA), creatinine, alanine aminotransferase (ALT) and aspartate aminotransferase (AST) levels were measured. Histopathology scores were examined from the lung tissue samples. Chi-Square and Kruskal-Wallis variance analysis tests were used for comparing the groups. A p value lower than 0.05 was accepted as statistically significant.

RESULTS: Arterial blood gas parameters showed a significant improvement in the melatonin group compared with the trauma group for partial oxygen pressure and pH levels ($p \leq 0.01$). Blood MDA and TOC levels were decreased and Blood TAOC levels were increased in the melatonin group compared with the trauma group ($p \leq 0.05$). Compared with the trauma group, the melatonin groups' creatinine, ALT and AST levels and lung histopathologic scores were improved, particularly on the 3rd day ($p \leq 0.007$).

CONCLUSIONS: Our results showed that melatonin is a useful agent in treatment of ALI created by experimental thoracic trauma. Moreover, melatonin is also beneficial for distant organ functions related to ALI.

KEYWORDS: Acute lung injury, blunt thoracic trauma, antioxidant, melatonin, animal model

SS-032 Diğer

A rare cause of dyspnea in emergency medicine: Keutel syndrome

Atıf BAYRAMOĞLU[1], Murat Saritemur[1], Şener Taşdemir[2], Mevlana Ömeroğlu[1]

[1]*Department of Emergency, Ataturk University, Erzurum, Turkey*

[2]*Department of Genetics, Ataturk University, Erzurum, Turkey*

Keutel syndrome (KS) is autosomal recessive genetic disorder which is characterized tracheal narrowing because of abnormal tracheal and bronchial calcification. We reported a woman who referred with shortness of breath in Emergency Department (ED). We found unusually CXR and CT scan images related to KS. This symptom, clinical phenotype and imagination was supported to genetic investigation.

INTRODUCTION: Keutel syndrome is described firstly in sister and brother with consanguineous parents in 1972. They presented with multiple periferic pulmoner stenosis, brachiotelephalangism, inner ear deafness, ossification or calcification of cartilage tissues. In additional to previous articles, we wanted to emphasize a dispneic patient in whom acute dispnea was associated with Keutel Syndrome.

CASE: Patient is a twenty six year old who was referred our emergency department because of dyspnea and seizure. There was stridor and rhonchus over bilateral lungs on auscultation. Her chest CXR showed a normal sized heart and a normal lung parenchyma. CT demonstrated the distinct calcification of trachea and bronchial cartilage. Also it is showed a decreased coronary diameter of the full length of trachea of 10 mm. Blood chemistry tests were unremarkable. Only it showed calcification of the cartilage in the external ears and ala nasi. Her hand radiograph showed a distinctive pattern that is broadening and shortening of the first through fourth distal phalanges, with sparing of the fifth distal phalanx.

DISCUSSION: We report a young woman in whom acute dyspnea, abnormal tracheobroncial calsification,ossification of the cartilage in the external ears and short terminal phalanges was associated with Keutel syndrome.

Patient's hand radiography demonstrated a distinctive pattern as named brachytelephalangy that is sensitive and highly suggestive of the diagnosis of Keutel syndrome.

CONCLUSİON: Often the cause of dyspnea cannot be determined with certainty in the ED. İn such cases, the clinician's job is to treat and appropriately triage the patient based upon the clinical scenario and assessment of the patient's risks.

KEYWORDS: Keutel syndrome, dyspnea, tracheobroncial calsification

SS-033 Diğer

Epinephrine Induced Myocardial Infarction

Mehmet Okumuş, Zafer Dolu, İmran Sona Demirel, Hayri Ramadan, Yavuz Katırcı
Department of Emergency Medicine, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

Kaunis Syndrome was described as Allergic Angina Allergic Myocardial Infarction in 1950, by Kaunis and Zavras. The syndrome has 2 subtypes. In subtype 1, coronary vasospasm takes part in patients whom does not have any predisposing factors of coronary artery disease. Subtype 2 occurs in patients with proof of angiographic coronary artery disease. It causes rupture or erosion of the plaque. In pathogenesis of both subtypes, mast cell activation and chemical mediators were found guilty. We aimed to present in this case which was occurred myocardial infarction due to the epinephrine injection to a patient for angioedema after eating mint.

46 years old male patient was admitted to emergency service with complaints of swelling in the face and lips, also respiratory difficulty and he was given 100 mg prednisolone and 45 mg pheniramine maleate. In physical examination, he had uvula edema and swelling in his lips, respiration sounds were normal, blood pressure was 120/70 mm Hg, oxygen saturation was 98%

SÖZLÜ BİLDİRİLER

in room air. He had no other complaints even an angina. In his medical history, there was a myocardial infarction 5 years ago and he had a stent in his Left Main Coronary Artery and 40% obstruction in right coronary artery. 0.3 mg intramuscular epinephrine injected. After 20 minutes, the injection was repeated because symptoms as uvula edema were continued. 15 minutes after the second epinephrine injection the patient started to suffer from an angina. Electrocardiogram was performed and ST depression was seen in thorax derivations, V1-6. Cardiac blood tests were performed. ECG in first-5th and 60th minutes were not different. Hs Troponin I was 205 ng/L(0-40ng/L) at first place but at 4th hour, Hs Troponin I was 2093ng/L. Coronary angiography was performed after consulting Cardiology department. Left Main Coronary artery, circumflex artery and Right Coronary artery lesions were detected and by-pass was planned.

Since the patient has former coronary arterial plaques, Kaunis Syndrome subtype 2 was thought. What is unique about our case is to our knowledge it is the first case in which the angina appeared 1.5 hours after the allergic reactions and right after the epinephrine injection. It is thought an Myocardial Infarction induced by epinephrine.

In guidance of this case, it appears to be controversial the usage of epinephrine in patients who has a history of coronary artery disease.

KEYWORDS: Kaunis Syndrome, Angioedema, Myocardial Infarction,

SS-034 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Isolated Movement Limitation of Wrist

Burak Demirci, Selim İnan, Erinç Müderris, Uğur Bal, Murat Ongar, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Education and Research Hospital, Ankara, Turkey

OBJECTIVES: Ischemic stroke is characterized by the sudden loss of blood circulation to an area of the brain, resulting in a corresponding loss of neurologic function. Acute ischemic stroke is caused by thrombotic or embolic occlusion of a cerebral artery and is more common than hemorrhagic stroke. Cerebral thrombosis refers to a thrombus (blood clot) that develops at the clogged part of the vessel. Cerebral embolism refers generally to a blood clot that forms at another location in the circulatory system, usually the heart and large arteries of the upper chest and neck. A portion of the blood clot breaks loose, enters the bloodstream and travels through the brain's blood vessels until it reaches vessels too small to let it pass. A second important cause of embolism is an irregular heartbeat, known as atrial fibrillation. It creates conditions where clots can form in the heart, dislodge and travel to the brain. Stroke should be considered in any patient presenting with an acute neurologic deficit or altered level of consciousness. No historical feature distinguishes ischemic from hemorrhagic stroke, although nausea, vomiting, headache, and a sudden change in the patient's level of consciousness are more common in hemorrhagic strokes.

CASE: 61 year old female patient who could not move the left wrist was admitted to the emergency room.Patients had a history of known diabetes mellitus. His vital signs revealed a temperature of 36°C, blood pressure of 175/95 mmHg, respiratory rate of 16/min, pulse rate of 88/min, and pulse oximetry reading of 95% on room air. On physical examination, the patient's motor deficits were present only in the left wrist. Patient had no history of forcing the wrists and no history of trauma. Blood tests and computed tomography was planned with a presumptive diagnosis of cerebravascular event. Neurology consultation was requested. The patient's CT scan had no acute pathology. So the patient was scheduled for a diffusion MRI. The patient's MRI results showed restraint compatible with acute ischemia. Patients with a diagnosis of acute ischemic stroke was transferred to the neurology clinic.

CONCLUSION: Hemiparesis, monoparesis, quadriparesis, hemisensory deficits in monocular or binocular visual loss, deficits in visual field, diplopia, dysarthria, facial droop, ataxia, vertigo, aphasia, sudden decrease in the level of consciousness are the genereal signs and symptoms of stroke. Isolated wrist movement disorder is a rare stroke symptom. In this case we have talked about this rare isolated neurological deficits

KEYWORDS: wrist, motor deficit, ischemic stroke

SS-035 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Spinal Cord Syndrome

Onur Tokocin, Elif Demiroren, Ibrahim Ikizceli
Department of Emergency Medicine, Istanbul University, Cerrahpasa Medical Faculty, Istanbul, Turkey

BACKROUND: Metastatic spinal cord compression (MSSC) is a dreaded complication of cancer affecting 5–10% of all patients.(2) To improve the outcome of such patients require earlier diagnosis and prompt treatment.(3) The most frequently used therapeutic modalities for mscc are corticotherapy, radiotherapy, and surgery.

CASE: 71 y/o male patient with an invasive intraspinal, vertebral and paraspinal mass in T6-T7 level which causes paraplegia and sensory defect was treated with dexamethasone and emergent radiotherapy. Motor examination was seen 0/5 at lower extremities before the treatment. Total radiation dose of 30 Gy with a dose fractionation of 3 Gy/fx on total cranial and T4-T7 vertebral areas was given. Motor examination of lower extremities was seen 1/5 paraparetic at second post RT day, and 2/5 paraparetic at third post RT day.

CONCLUSION: Metastatic spinal cord compression is an oncologic emergency which, unless diagnosed early and treated promptly, can lead to permanent neurologic impairment and can seriously affect a patient's quality of life10. One of the treatment modalities of metastatic spinal cord compression is emergent radiation therapy. In our case, we have seen that emergent radiation therapy given to a mscc patient has significantly improved his outcome.

KEYWORDS: oncologic emergency, spinal cord syndrome, rradiotherapy

SS-036 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Assesment of serum and urine ghrelin levels in patients with acute stroke

Eyyup Sabri Seyhanli[1], Ugur Lok[2], Umut Gulacti[2], Hasan Buyukaslan[3], Metin Atescelik[4], Mustafa Yildiz[4], Mehmet Ruhi Onur[4], Mehmet Cagri Goktekin[5]

[1] *Sanliurfa Balikligol State Hospital, Emergency Department, Sanliurfa-Turkey*

[2] *Adiyaman University Medical Faculty, Department of Emergency Medicine, Adiyaman-Turkey*

[3] *University Medical Faculty, Department of Emergency Medicine, Sanliurfa-Turkey*

[4] *Firat University Medical Faculty, Department of Emergency Medicine, Elazig-Turkey*

[5] *Education and Research Hospital,Emergency Department, Diyarbakir-Turkey*

INTRODUCTION: Ghrelin is a novel brain-gut peptide hormone consisted of 28 amino-acid. In the plasma, it exists in two major molecular forms, acylated and des-acyled ghrelin, filtered in glomeruli or secreted by nephrons. Primary biological effects of hormones are regulating appetite, foods intake and energy metabolism. We investigated the changing and relationships between serum and urine ghrelin levels in acute stroke patients to provide more information whether diagnostic parameter.

METHODS: Thirty acute stroke patients and thirty consecutive volunteers included in study prospectively. To analyze serum and urine ghrelin levels, at the time of diagnose, all of participant blood and fresh urine (1 ml serum, 2ml urine respectively) samples were obtained. Serum ghrelin levels analyzed ELISA technique, and urine ghrelin levels studied by validation technique. To compare quantitative data student's t test, and for qualitative data chi-square and Fisher's Exact Chi-square test was used. $P<0.05$ was considered statistically significant.

RESULTS: Urine acyl ghrelin levels found statistically significant between patient and control groups ($P=0.001$), but there were no statistically significant differences between both groups ($P>0.05$) in serum acyl gherelin, des-acyl ghrelin and urine des-acyle ghrelin levels.

CONCLUSIONS: The results indicate that urine acyl ghrelin levels may be considered as a diagnostic parameter in acute ischemic stroke patients. Further studies delineating the mechanism of these observed results are warranted.

KEYWORDS: Stroke, ghrelin, urine

SS-037 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A Comparison of Efficacy of Intravenous Esomeprazole and Ranitidine Treatment of Dyspeptic Pain: A Double-Blind, Randomized, Controlled Trial

Hayri Eliçabuk[1], Bulent Erdur[2], Atakan Yılmaz[2], Ahmet Ergin[3]

[1]*Department of Emergency Medicine, Servergazi State Hospital, Denizli, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Pamukkale University, Denizli, Turkey*

[3]*Department of Public Health, Pamukkale University, Denizli, Turkey*

OBJECTIVES: Dyspepsia is a common presenting complaint in the emergency department (ED). Estimations of its prevalence range from 14% to 40% of healthy adults (1). Dyspepsia is a associated with a complex of upper abdominal symptoms including: upper centered discomfort or pain, feeling of abdominal fullness, early satiety, abdominal distention and bloating, belching, and nausea. Treatment of these symptoms is desirable for both patient comfort and the prevention of further health problems.

Currently, PPI's and H2RB's are widely used by emergency physicians in Turkey for the treatment of patients with dyspepsia.The aim of this study was to compare the effects of intravenous esomeprazol and ranitidin for the treatment of dyspepsia in the emergency setting. Our second aim was to compare recurrent dyspeptic pain within 24 hours after discharge and cost of treatments in the treatment of dyspepsia. To the best of our knowledge, this is the first placebo randomized double blinded clinical trial to compare the efficacy of these two medications in this clinical setting.

METHODS: This double-blind, randomized, controlled study was conducted in the emergency department of an urban tertiary-care hospital from March 2013 to June 2014.

INTERVENTİONS: First Group: 40 mg Esomeprozol with 5 cc syringe in 150 ml normal saline given as a slow intravenous infusion over 15 minutes and p.o. 10ml Hidrotalcid

SECOND GROUP: 50mg Ranitidin with 5 cc syringe in 150 ml normal saline given as a slow intravenous infusion over 15 minutes and p.o. 10ml Hidrotalcid

THİRD GROUP: 150 ml only normal saline given as a slow intravenous infusion over 15 minutes and p.o. 10ml Hidrotalcid

The self-reported 100-mm visual analog scale score, numeric score, severity score, adverse effects, persistant dispepticpain after treatment in 24 hours and overall satisfaction were recorded

RESULTS: 286 subjects completed the study. Of these patients, 95 (33.2%) received esomeprazol; 94 (33,9%), ranitidine; and 97 (33,9%), hidrotalcid. The mean age was 27,43 years, and 62,4%(n=176) were female. Mean decrease in VAS score was 91,42±11,86 mm (mean±SD) for esomeprazol, 91,74±12,38mm for ranitidine, and 86,17±20,75mm for hidrotalcid. We compared the dyspeptic pain reduction efficiency efficacy across all treatments with the Kruskal-Wallis test (p =0,250).

CONCLUSIONS: Intravenous PPI and H2RB provides no additional benefit over the conventional antiasit in the relief of acute, severe dyspeptic pain. Because of its neutral effects and higher costs, the use of IV PPI to treat such conditions should be discouraged in general clinical practice.

KEYWORDS: Dyspepsia, emergency medicine, esomeprazole, ranitidine

SS-038 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Only Sign is Dysphagia - Lateral Medullary/Medulla Oblangata Infarction

Selim İnan, Nurullah Tarhan, Burak Demirci, Metin Özdemir, Binnur Eşfer, Sercan Hastürkoğlu, Oktay Hakbilir, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital, Emergency Medicine, Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Dysphagia is the medical term for the symptom of difficulty in swallowing. There are lots of cause resulting with dysphagia. One of these reasons is the stroke. Dysphagia after stroke is common but stroke with only sign of dysphagia is very rare. Lateral medullary infarction(LMI) is a constellation of neurologic symptoms due to injury to the lateral part of the medulla in the brain, resulting in tissue ischemia and necrosis. The dysphagia of LMI is dynamically characterized by a failure in triggering of the pharyngeal-phase swallowing movements, reduced output, and lack of coordination.We will report an interesting case(Lateral medullary infarction) admitted with only sign of dysphagia.

CASE: 53 years-old man admitted to emergency department with difficulty in swallowing and dysphagia.He had no prior history of drug use or illness. Patient's symptoms had begun 4 hours ago.On admission his initial vital signs were; blood pressures 170/90, pulse rates was 86/min, temperature was 36,4 C, respiratory rate was 16 breaths/min, oxygen saturation %98. On neurological examination there were no lateralization deficit,no muscle strength deficit, no sensory deficit, no cerebellar examination defisif no brainstem disorder except dysphagia. Cranial CT was taken.There were no pathological seen in CT. Diffusion MRI was taken and a small ischemia area was seen in medulla oblangata.Patient consulted to neurology department. He was hospitalized and antiplatelet therapy was started.After 5 days he was discharged and referred to physical therapy for swallowing therapy.

CONCLUSION: Dysphagia is common in the general population, and is generally due to mechanical obstruction, dysmotility or neurologic disease. Lateral medullary infarction can result with dysphagia. The dysphagia of LMI is dynamically characterized by a failure in triggering of the pharyngeal-phase swallowing movements, reduced output, and lack of coordination (swallowing pattern abnormality). Based on accurate evaluation, we can select suitable rehabilitative approaches for individual patients, including respiratory therapy, food modification, postural changes, and oral care.

KEYWORDS: dysphagia, lateral medullary infarction, stroke

SS-039 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Rapidly Progressive Guillain-Barré Syndrome Resulting Respiratory Arrest During in a Day

Selim İnan, Burak Demirci, Metin Özdemir, Binnur Eşfer, Uğur Bal, Erinç Müderris, Funda Ovalı, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey
Rapidly Progressive Guillain-Barré Syndrome Resulting Respiratory Arrest During in a Day

Guillain-Barré syndrome is a disorder causing demyelination and axonal degeneration resulting in acute, ascending and progressive neuropathy, characterised by weakness, paraesthesiae, and hyporeflexia. About 75% of patients have a history of preceding infection, usually of the respiratory and gastrointestinal tract. Guillain-Barre syndrome is now known to occur in several forms. The main types are: Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (AIDP), the most common form. Rapid onset and rapidly progressive form of Guillain-Barré syndrome resulting respiratory arrest is a rare condition. We present a case of a history of viral gastroenteritis 9 days before of admission; 68-year-old man with rapid onset and rapidly progressive Guillain-Barre Syndrome resulting respiratory failure.

68-year-old man admitted to emergency department with complaint of muscle weakness, paraesthesiae starting from the lower extremities and progressing to all extremities during in a day. His symptoms began one days ago and progressed rapidly.On admission his vital signs were; blood pressures 126/68, pulse rates was 86/min, temperature was 36.9 C, respiratory rate was 18 breaths/min. In his medical history he had hypertension, diabetes, and had a history of cardiac pacemaker. Also he had a history of viral gastroenteritis 9 days before of admission. In neurological examination, he had clear consciousness, oriented, cooperative. In motor examination he was tetraplegic. He had paresthesia in four limbs.Other system examinations were normal.There were no pathological findings on computed tomography. neurology consultation was requested. A diagnosis of Guillain-Barre syndrome was made after utilizing the criteria that strongly support the diagnosis of Guillain Barre syndrome.He was hospitalized in the neurology intensive care unit with a diagnosis of Guillain Barre syndrome. 1 hour after transfer to the intensive care unit patients had respiratory involvement and the patient was intubated.30 minute after intubation the patient developed cardiopulmonary arrest and he did not respond to CPR.

Guillain-Barre syndrome is a neurological disorder resulting primarily in muscle paralysis that in most cases is symmetrical. Patients may have mild involvement or severe involvement which may in a small percentage lead to death. It is extremely important to identify and urgently refer, potential severe cases in order to have the appropriate investigations (i.e. electrodiagnostic studies,spinal tap) instituted and have the appropriate care administered. Differential diagnosis is of utmost importance.

KEYWORDS: Guillain-Barre Syndrome,Respiratory Arrest, Muscle Paralysis

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-040 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

CORRELATİON OF CAT SCORE WİTH PEAK EXPİRATORY FLOW

Cemil Kavalcı[1], Muhittin Serkan Yilmaz[2], Afşin Emre Kayıpmaz[1], Bahattin Işık[3], Elif Çelikel[1], Gülsüm Kavalcı[4], Fevzi Yılmaz[2], Miray Baba[2]

[1]*Baskent University Faculty of Medicine, Emergency department, Ankara,Turkey*

[2]*Numune training and Research Hospital, Emergency department, Ankara, Turkey*

[3]*Keçiören training and Research Hospital, Emergency department, Ankara, Turkey*

[4]*Yenimahalle State Hospital, Anesthesia department, Ankara, Turkey*

BACKGROUND/PURPOSE: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) leads to physical activity limitation and a significant reduction in quality of life. This study aimed to investigate the correlation between the CAT score and PEF, and the factors effecting hospital admission rates of patients with COPD.

METHODS: This observational study was prospectively after being approved by the local ethics committee. CAT score was calculated and PEF measured at the time of emergency department admission. Descriptive statistics were expressed as number (n), percentage (%), and mean ± standard deviation. Chi-Square and correlation tests were used for statistical analyses. A p value of less than 0.05 was considered statistically significant.

RESULTS: Of 123 patients included in the study, 85 (69.1%) were male and 38 (30.9%) were female. Pulse pressure, pH, BUN, oxygen saturation measured by pulse oximetry (SpO2), PO2, PCO2, and SpO2 values on arterial blood gas analysis, and PEF value were significantly correlated to CAT score ($p<0.05$).

CONCLUSION: High CAT score and PEF value can be used to make the decision of hospital admission from emergency department in acute exacerbations of COPD.

KEYWORDS: CAT score, PEF, emergency

SS-041 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Emergency admission of chronic drug used patients: Evaluation of an emergency department in a university

Behçet Al, Sener Cindoruk, Suat Zengin, Suleyman Nogay, Mustafa Sabak, Cuma Yıldırım
Emergency department of medicine school, Gaziantep University

With the increasing of expected life ratio chronic diseases and chronic drug using regarding these diseases increase in both our country and over the world. The majority of the readmission of ED consists of patients with chronic. Chronic drug use among patients with chronic diseases was examined in present study.

METHOD: 422 chronic drug used patients with chronic disorders who admitted to our ED between January 2013 and January 2014 were included in present study. The chronic disorders of patients, the drugs that they used chronically and the characteristically of drugs were recorded.

FINDINGS: of 422 patients 55.5% were male and 45.5% were female. The most common chronic disorders that were detected were hypertension (37.9%), coronary artery disorder (28.4%), diabetes mellitus (%32), chronic obstructive lung disease/asthma bronchiole (14.5%), chronic kidney failure (11.8%), cirrhosis (5.9%), romatysmal disorders (8.1%), and arrhythmias (5.5%).

Of cases, 82.9% (n=350) knew their disease name. Of patients, 40.3% (n=170) were using drugs at least for three years. 60.4% of patients (n=255), didn't bring their drugs with themselves. Of patients, 77.5% (n=327) had regular drug. Of cases, 37.9% (n=160) could not be able to describe their drugs. 113 (26.8%) patients didn't know what their drugs were about. Majority of cases (70.1%) had the drugs themselves; the drugs of rest were given by relatives. Of drugs, 1.7% passed the expiration date. Of cases 89.8% (n=379) had the drug as a preferring of pharmacists. In this group 5.5% of drugs were not suit to their disorders. 25.8% of patients had admitted to ED two times within the last one month; 30.6% had gone to the related polyclinic within one passed month.

CONCLUSION: Patients have chronic disorders can not describe their drugs. An important group of patients with chronic disorders use drugs without consulting to the doctors. The patents don't bring their drugs while they g go to ED.

KEYWORDS: Chronic disorder, chronic drug use, emergency department, name of the drugs.

SS-042 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Demographic Characteristics Of Patients Applying To Emergency Service With Dyspnea Complaint

Arif Duran[1], Ali Kaman[1], Musab Medeni Zorlu[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Tarık Ocak[2]

[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

AIM: An important part of the patients applying to emergency service have dyspnea complaint. In the definitive diagnosis, there are many diseases causing dyspnea. Some of these diseases are; asthma, COPD, pneumonias, blood pressure, pneumothorax, hemothorax, gas inhalations, occupational diseases, pulmonary emboli, foreign bodies. In our study, we retrospectively evaluated the demographic characteristics of patients applying to our emergency service in the city of Bolu with dyspnea complaint.

EQUİPMENT AND METHOD: 19513 patients applying to Bolu AİBU İzzet Baysal Education and Research Hospital Emergency Service with dyspnea complaint between 01.01.2010-09.01.2015 were included in the study. The files of the patients were examined and age, gender, application hour range, day of the week, month, season and year were evaluated.

FINDINGS: 55,2% of the patients were male (average age 34,8780±30,7150), 44,8% were female (average age 35,2808±307145). The most applying age range was 0-20 (44,5%), 61-80(22,5%) and 41-60(14,2%) age ranges followed this in order. Applications were mostly in 9-16 hour range (46,7%), 17-24 hour range followed this (42,2%). When evaluated for days of the week, there was no significant difference, applications were made mostly on Monday (15,5%) and the least on Thursday (13,2%). When we compared the application months, the applications were made mostly in January (12,4%) and March (9,8%) and the least in September (6,1%). When the seasons were evaluated, the applications were made mostly in winter (December, January, February) (30,1%), the application frequencies were similar to each other in the other seasons (27,5%-20.6%-21,8%). When the years were evaluated, the applications were made mostly in 2014 (38,1%) and 2013 (28,2%) and the least in 2010 (7,9%).

RESULT: Patients applying with dyspnea complaint should be evaluated in detail. We inspected the demographic data and application times of the patients applying with dyspnea complaint in detail. In some age groups and time periods, patients apply to the emergency service more for dyspnea.

KEYWORDS: Dyspnea, emergency medicine, seasons

SS-043 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Investigation Of Patient Profile With Ischemic Stroke In Emergency Department

Aslı Yasemen Savaş, Murat Ayan, Nurşah Başol, Hülya Güney
Department of Emergency Medicine,Gaziosmanpaşa University,Tokat,Turkey

OBJECTIVE: It's considered giving thrombolytic treatment is effective within first three hours in patients with ischemic stroke. We aimed to show the rate of patients who are admitted within first three hours and find out whether there is a relationship between application period and other conditions (age, sex, education level, comorbid disease and location).

MATERİAL-METHODS: This is a prospective study started on 01/05/2013 and still continues by Department of Emergency, Gaziosmanpaşa University. 74 patients were included in the study. Patients were evaluated according to time of beginning of the complaints, comorbid diseases, electrocardiogram (ECG) findings, education level, occupation and the distance to hospital.

RESULTS: During the investigation, 35 women and 39 men in a total of 74 patients were included in the study. In total, 63.5% of the patients with ischemic stroke were admitted to emergency service within the first three hours. 47.2% of the applicants are not working in any occupation. Mostly, 70-79 age groups (20.2%) were admitted to emergency room within first three hours.

Patients who were admitted at any hour due to ischemic stroke mostly had isolated hypertension (20.2%). Once more, the highest rate in terms of additional disease has also been found to be isolated hypertension (12.1%) in patients admitted within first three hours. Atrial fibrillation was detected 29.7% of patients. 39.1% of the patients who were admitted to our emergency department within three hours, were graduated from the primary school, 13.5% were illiterate, secondary education graduates were 10.8%, the number of university graduates was 0%. 36.4% patients of those reached within the first three hours of emergency department were living in town center, 27% were living in rural.

CONCLUSION: The most important time giving thrombolytic in ischemic stroke is 3 hours from the onset of symptoms. In our study we have found out that patients who were admitted during this time have significantly higher proportion. We suggest this data means it would be effective to give thrombolytic treatment to patients with ischemic stroke in emergency department.

KEYWORDS: emergency, ischemic stroke, thrombolytic therapy

SS-044 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Epidemiological characteristics of geriatric ED patients: results of a national study-TEDGES

Mehmet Ergin[1], Mehmet Akif Karamercan[2], Mehmet Ayranci[3], Yucel Yavuz[4], Ozcan Yavasi[5], Mustafa Serinken[6], Tarik Acar[7], Mucahit Avcil[8], Behcet Al[9], Atif Bayramoglu[10], Hasan Mansur Durgun[11], Yalcin Golcuk[12], Ibrahim Arziman[13], Zerrin Defne Dundar[1]

[1]*Emergency Medicine Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey*

[2]*Emergency Medicine Department, Gazi University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey*

[3]*Emergency Department, Goztepe Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

[4]*Emergency Medicine Department, Ondokuz Mayis University Faculty of Medicine, Samsun, Turkey*

[5]*Emergency Medicine Department, Recep Tayyip Erdogan University Training and Research Hospital, Rize, Turkey*

[6]*Emergency Medicine Department, Pamukkale University Faculty of Medicine, Denizli, Turkey*

[7]*Emergency Medicine Department, Ordu University Training and Research Hospital, Ordu, Turkey*

[8]*Emergency Medicine Department, Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Aydin, Turkey*

[9]*Emergency Medicine Department, Gaziantep University Faculty of Medicine, Gaziantep, Turkey*

[10]*Emergency Medicine Department, Ataturk University Faculty of Medicine, Erzurum, Turkey*

[11]*Emergency Medicine Department, Dicle University Faculty of Medicine, Diyarbakir, Turkey*

[12]*Emergency Medicine Department, Celal Bayar University Faculty of Medicine, Manisa, Turkey*

[13]*Emergency Medicine Department, Gulhane Military Academy of Medicine, Ankara, Turkey*

OBJECTIVE: We aimed to evaluate the epidemiological characteristics of Turkish geriatric emergency department (ED) patients.

METHODS: This prospective, multi-centered observational study was conducted over one week at the EDs of 13 hospitals in patients 65 years old and older presented to ED. The following data were recorded: age, gender, major complaints, comorbidities, medications, diagnosis, admission/discharge information, admission wards, length of stay in intensive care unit (ICU), length of stay in hospital, and mortality.

RESULTS: A total of 1299 patients was included in this study. The mean age of the patients was 74.8±7.3 years and 619 (47.7%) were male. 674 (51.9%) of them were in 65 to 74-year-old group, 480 (37.0) were in 75 to 84-year-old group, and 145 (11.2%) were in ≥85-year-old group. The leading complaints were related to gastrointestinal system in 330 (25.4%) patients, pulmonary system in 237 (18.2%) patients, and central nervous systems in 218 (16.8%) of them. While 133 (10.2%) of patients had no chronic disease, 673 (51.8%) of them had hypertension, 321 (24.7%) of them had diabetes mellitus, and 279 (21.5%) had coronary artery disease. While 251 (19.3%) of patients had no chronic medication usage, 254 (19.6%) of them had used 4 to 6 different medications. The final diagnosis of the patients were related with cardiovascular system in 253 (19.5%) patients, gastrointestinal system in 228 (17.6%) patients, pulmonary system in 197 (15.2%) of them, and genitourinary system in 98 (7.5%) of them. 417 (32.1%) of the patients had admitted to ward or ICU. 119 (28.5%) of them were admitted to the General Medicine, 81 (19.4%) of them were admitted to Cardiology, and 56 (13.4%) of them were admitted to Pulmonology ward. The mean length of stay in ICU and hospital were 6.3±6.9 and 8.3±6.7 days, respectively. In-hospital mortality rate was 5.8%.

CONCLUSIONS: The number of geriatric ED patients is increasing year by year and physicians should be aware of special concerns on those elderly patients and their ED management.

KEYWORDS: geriatrics, epidemiology, emergency, complaint

SS-045 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Comparison of emergency risk scoring systems in geriatric ED patients: results of a national study-TEDGES

Zerrin Defne Dundar[1], Mehmet Ergin[1], Mehmet Ayranci[2], Yucel Yavuz[3], Ozcan Yavasi[4], Mustafa Serinken[5], Tarik Acar[6], Mucahit Avcil[7], Behcet Al[8], Atif Bayramoglu[9], Hasan Mansur Durgun[10], Yalcin Golcuk[11], Ibrahim Arziman[12], Mehmet Akif Karamercan[13]

[1]*Emergency Medicine Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey*

[2]*Emergency Department, Goztepe Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

[3]*Emergency Medicine Department, Ondokuz Mayis University Faculty of Medicine, Samsun, Turkey*

[4]*Emergency Medicine Department, Recep Tayyip Erdogan University Training and Research Hospital, Rize, Turkey*

[5]*Emergency Medicine Department, Pamukkale University Faculty of Medicine, Denizli, Turkey*

[6]*Emergency Medicine Department, Ordu University Training and Research Hospital, Ordu, Turkey*

[7]*Emergency Medicine Department, Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Aydin, Turkey*

[8]*Emergency Medicine Department, Gaziantep University Faculty of Medicine, Gaziantep, Turkey*

[9]*Emergency Medicine Department, Ataturk University Faculty of Medicine, Erzurum, Turkey*

[10]*Emergency Medicine Department, Dicle University Faculty of Medicine, Diyarbakir, Turkey*

[11]*Emergency Medicine Department, Celal Bayar University Faculty of Medicine, Manisa, Turkey*

[12]*Emergency Medicine Department, Gulhane Military Academy of Medicine, Ankara, Turkey*

[13]*Emergency Medicine Department, Gazi University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey*

OBJECTIVE: We aimed to evaluate the prognostic value of the Modified Early Warning Score (MEWS), VitalPac Early Warning Score (VIEWS), and Rapid Emergency Medicine Score (REMS) score in predicting hospitalization and in-hospital mortality in geriatric emergency department (ED) patients.

METHODS: This prospective, multi-centered observational study was conducted over one week at the EDs of 13 hospitals in patients 65 years old and older presented to ED. The following vital parameters of the patients measured on admission to ED were recorded. The scores were calculated using the recorded physiological parameters of the patients. Hospitalization and in-hospital mortality were used as the primary outcomes.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

RESULTS: A total of 1299 patients was included in this study. The mean age of the patients was 74.8±7.3 years and 619 (47.7%) were male. While 877 patients (67.5%) had been discharged from ED and 140 (10.8%) were admitted to intensive care unit. Overall in-hospital mortality rate was 5.8%. The MEWS is effective for discriminating patient groups that have been discharged from ED, admitted to a ward and admitted to ICU (1 1-2 vs. 2 1-3 vs. 2 1-4, respectively, p<0.001). The VIEWS is also effective for discriminating patient groups that have been discharged from ED, admitted to a ward and admitted to ICU (2 1-3 vs. 3 1-5 vs. 6 2-9, respectively, p<0.001). The REMS is also effective for discriminating patient groups that have been discharged from ED, admitted to a ward and admitted to ICU (6 5-8 vs. 7 6-9 vs. 8 7-11, respectively, p<0.001). The median MEWS of the non-survivors were statistically significantly higher than those of the survivors (3 2-5 vs. 1 1-2, p<0.001). The median VIEWS of the non-survivors were statistically significantly higher than those of the survivors (6 4-10 vs. 2 1-4, p<0.001). The median REMS of the non-survivors were statistically significantly higher than those of the survivors (8 6-11 vs. 6 5-8, p<0.001). The AUCs of MEWS, VIEWS, and REMS were 0.656, 0.668, and 0.627 in predicting hospitalization, respectively. The AUCs of MEWS, VIEWS, and REMS were 0.797, 0.802, and 0.711 in predicting in-hospital mortality, respectively.

CONCLUSIONS: The MEWS, VIEWS, and REMS are easy-to-use and less time consuming for predicting the hospitalization and in-hospital mortality of geriatric ED patients.

KEYWORDS: geriatrics, emergency department, mews, rems, views

SS-046 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

The Relationship Between Optic Nerve Sheath Diameter Measured on Computerized Tomography and Mortality in Patients with Cerebrovascular Infarction

Mehmet Akif Önal[1], Sedat Koçak[2], Gülay Şahiner Önal[3], Muhammet Raşit Özer[1], Başar Cander[2]

[1]*Department of Emergency Medicine, Konya Training and Research Hospital, Konya, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey*

[3]*Department of Public Health, Selçuk University, Konya, Turkey*

OBJECTIVE: We aimed to assess the possible correlation between optic nerve sheath diameter (ONSD) measurements on initial brain computerized tomography (CT) images and National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Glasgow Coma Scale (GCS) and the relationship with mortality in ischemic stroke patients admitted to Emergency Department.

FINDINGS: Total of 143 patients were included to this study. Case group was constituted from 70 patients and the control group from 73. Mean age of the case group (n=70) was 72.1±12.9(32-95), and 51.2% of the patients were female and 48.8% were male. Control group mean age (n=73) was 68.9±10(35-88), 53.7% of the patients were female and 46.3% of the patients were male.There was no statistically significant difference among groups in terms of gender distribution and mean age (p=0.437).The case and control groups were observed having similar comorbidities, however, statistically significant differences were only detected in terms of HT, previous cerebrovascular event and DM risk factors between the case and control groups. Mean ONSD values measured on CT were 5.52±0.76 mm for the right eye and 5.79±0.85 mm for the left eye in the case group and 5.04±0.52 mm for the right eye and 4.95±0.58 mm for the left eye in control group. According to these results, a significant difference was determined between right and left eye mean ONSD measurement values in the case and control group patients (for right ONSD, p=0.01; for left ONSD, p=0.01). Mean hospitalization time of the case group patients were 16.1 days and mean duration of stay in intensive care unit was 13.7 days. Mean NIHSS points of the case group was 9 and mean GCS score was 14. There was no significant difference between survivors and non-survivors in the case group in terms of each eye ONSD values (for right ONSD, p=0.84; for left ONSD, p=0.73).

RESULTS: There is a linear relationship between intracranial pressure and optic nerve sheath diameter meaurement values on unenhanced brain computerized tomography images in ischemic stroke patient population. Final data of our study indicate that ONSD measurement values could be used for prediction of intracranial pressure in ischemic stroke patient population but for the prediction of mortality, ONSD measurement values alone stand insufficient. Optic nerve measurement on brain tomography images can be used as an non-invasive method for detection of increased intracranial pressure in cases where invasive intracranial monitorization is contraindicated or alternative non-invasive monitorization devices such as USG are not availible.

KEYWORDS: Cerebrovascular infarct, Initial brain computerized tomography, optic nerve sheath diameter.

SS-047 Travma acilleri

Rectovaginal Fistüle Mımıckıng Pelvıc Inflamatuar Dıseases

Selim İnan, Metin Özdemir, Burak Demirci, Vicdan Koçak Metin, Funda Ovalı, Binnur Eşfer, Fevzi Yılmaz, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Recto-Vaginal Fistula (RVF) is defined as epithelium-lined tract between the recto sigmoid or anal canal and the vagina or perineum through the recto-vaginal septum, accounts for less than 5% of all anorectal fistula, usually present as passage of flatus or stool from the vagina, proctitis, fecal incontinence, vaginitis etc.We present a patient who started treatment with a diagnosis of PID due to foul smelling discharge.

CASE: A 68-year-old woman presented with uncontrolled foul smelling discharge from the vagina for 7 days. She did not complain of fever, nausea, vomiting or but she has lower abdominal pain. She had no history of diabetes mellitus and hepatic or renal disease but had hypertension, for which she was under regular medical treatment. She have been applied to family physicians when her complaints started. She was diagnosed with PID, started antibiotic treatment. But the patient's complaints continued and she was admitted to the emergency department because of ongoing complaints after 7 days. Systemic and per abdomen examination findings were within normal limit. But in vaginal examination we saw presence of fecal stream from the vagina.Then computed tomography of the pelvis demonstrated an area of inflammation between the rectum and vagina at the same location The patient was referred to our general surgery clinic for possible rectovaginal fistula surgical repair. Patient were hospitalized to be operated.

CONCLUSION: There are many reasons for RVF. Some of these reasons are surgical injury to the rectum or vagina, ischemia, or postoperative infection as in abdominal or vaginal hysterectomy, hemorrhoidectomy, rectocele repair, local excision of rectal tumors, penetrating or blunt trauma (including coital injury),extensive adhesions in the rectovaginal septum due to endometriosis, pelvic inflammatory disease, or pelvic malignancy. Also rarely seen spontaneous like our patient. Vaginal examination is a part of the systemic examination.when patients presenting with cause of malodorous discharge,vaginal examination should be performed. Otherwise, the patients misdiagnosed and treatment is delayed.

KEYWORDS: Foul smelling discharge,Pelvıc inflamatuar dıseases,Recto-Vaginal Fistula

SS-048 Travma acilleri

An Extremely Rare Case - Isolated Bilateral First Rib Fracture With No Other Major Organ Damage

Binnur Eşfer, Selim İnan, Burak Demirci, Metin Özdemir, İrfan Kala, Nurullah Tarhan, Fevzi Yılmaz, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: The first rib is protected very well by the overlying soft tissue and bones. The fracture of the 1st rib is extremely rare and bilateral fractures are even less common. First rib fractures are commonly caused by direct trauma, violent muscular contraction or by chronic stres.It is commonly associated with either multiple rib fractures or life-threatening injuries. Also it may involve injury to subclavian vessels, brachial plexus, and mediastinal structures.Now we will present a very case report of isolated bilateral first rib fracture with no other major organ damage resulting of an traffic accident

CASE: A 41-year-old male unrestrained driver was involved in a moderate speed (patient's self-report) frontal vehicular crash. He was restrained by seat belt. He was assessed by 112 team at the scene and was brought to the emergency department for advanced assessment.His initial vital signs were; blood pressures 130/70, pulse rates was 86/min, temperature was 36.6 C, respiratory rate was 18 breaths/min.He had no prior history of a diaease or drug use.In the initial assessment his vital signs were normal on physical examination he experienced an acute pain behind her clavicles and upper ribs which radiating into his shoulders, scapulae and upper chest, having a stabbing character. The pain was aggravated on deep breathing and coughing. Any movement of the arms increased the pain. There was no neurovascular deficit of any degree on either side. A chest radiograph revealed fractures involving bilateral first ribs. A chest computed tomography was also performed, confirming the diagnosis of ribs fracture,haemothorax,pneumothorax and bone fracture.There were bilateral first ribs fructure in chest computed tomography but there were no other visceral injury,haemothorax,pneumothorax or other bone fracture except bilateral first ribs.The patient was consulted to thoracic surgery and he were hospitalized with the aim of observation. He made a steady recovery and was discharged from hospital four days later.

CONCLUSION: We should remember bilateral first rib fracture when a patient complains of upper chest pain with a history of physical trauma although it is a rare phenomenon. Since the first rib is protected very well by the overlying soft tissue deep in the cervical root as well as the clavicle and scapula, its fracture is considered a major injury and a considerable force is required

to do it.Also it can be associated with injury of the brachial plexus, subclavian vessels.So we should take attention in examination on these patients.

KEYWORDS: Isolated Bilateral First Rib Fracture, Major Organ Damage,Traffic Accident

SS-049 Acilde görüntüleme

Transverse Sinus Thrombosis: A Case Report

Arif Duran[1], Faruk Kurt[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Tarık Ocak[2]

[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

INTRODUCTION: Cerebral venous thrombosis (CVT) is defined for the first time in 1875. This is a disease that can occur with different clinical rarely seen. Cerebral venous and sinus thrombosis is rare than arterial stroke and usually occurs in young people. The incidence is not known exactly. Adults is responsible for 1-2% of all strokes.The etiology has been identified a number of reasons. Causes of cerebral venous thrombosis are pregnancy, puerperium, oral contraceptives (OC), coagulation disorders, intracranial infections, cranial tumors, penetrating head trauma, lumbar puncture, malignancy, dehydration, inflammatory bowel disease, connective tissue diseases, Behçet's disease, sarcoidosis, nephrotic syndrome, parenteral infusion and various drugs. Despite all the research, the reason can not be detected in 20-25% of patients. Two-thirds of cases occur in post-partum.The superior sagittal sinus is most affected (70-80%). Then, transverse, sigmoid and to a lesser extent in the cavernous sinus involvement observed. The most common symptoms are headaches (74-90%). Other finding are seizures, focal neurological deficits (hemiparesis / hemihypoesthesia), papilledema, isolated intracranial hypertension (headache, papilledema, loss of vision, nausea, dizziness, drowsiness Dizziness), aphasia, hemianopia. Oral antithrombotic drugs, low molecular-weight heparin, IV thrombolysis, local thrombolysis or combinations is used in the treatment.

CASE: 33-year-old female patient was admitted to the emergency department complaining of headaches. The headache started three or four days before and starting from the neck, ending at the peak of the head. There is no additional symptoms such as fever, nausea and vomiting. The patient admitted to the emergency department with the same complaint last two nights. She have had a cesarean section under general anesthesia 21 days ago. The physical examination; The blood pressure was 90/60 mmHg,fever was 36.5 degree and pulse rate 78 / min and rhythmic. Neurological natural and no neck stiffness. No bleeding brain CT findings and no mass lesion at brain CT. Diffusion MR: no evidence of acute infarction.brain MR anjio: transverse sinus thrombosis.

CONCLUSION: Cerebral venous thrombosis occurs due to hypercoagulability and is not infectious. Risk factors include the use of oral contraceptive, postpartum and post-operative conditions, factor V Leiden mutation, antithrombin III deficiency, protein S or C deficiency and polycythemia. Cerebral venous thrombosis is rare and requires a high index of suspicion for the diagnosis. The clinical features of the disease include headache, seizures and vomiting. MR venography is required for diagnosis.

KEYWORDS: Cerebral, venous, thrombosis

SS-050 Travma acilleri

Three child cases with serious air-gun injuries

Mahmut Egemen Şenel[1], Selim Bozkurt[1], Ali Erdal Karakaya[2], Mehmet Akif Sarıca[3]

[1]*Department of Emergency Medicine, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*

[2]*Department of Pediatric Surgery, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*

[3]*Department of Radiology, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*

INTRODUCTION: Everybody without age restriction can access to air-guns in our society. Air-guns especially in childhood and adolecency age groups who don't have awareness of the danger cause siginificant organ and life-threatning injuries. In this report we present 3 child cases with serious air-gun injuries.

CASE 1: A 13-year-old boy referred to emergency service because of vision loss due to being shot by air gun pellet on the right eye 4 hours ago. In physical examination; there were 0,9 vision loss, total hyphema on the right eye.

CASE 2: A 12-year-old boy referred to the emergency department because of injury due to falling. He stated that he had fallen when he had been playing and hit his head to the sidewalk. In his physical examination, a laceration of about 0, 5 cm and swelling on naso-orbital junction were observed. Direct cranial radiography and orbital CT were obtained to eliminate the foreign body presence. Air gun pellet in superior medial part of orbit was demonstrated in direct cranial radiography. The patient then accepted that he was shot by his friend.

CASE 3: A 9-year-old girl was brought to emergency department because of air gun injury in the chest. Patient relatives stated that the child was hurt when she was playing with the air gun and they didn't know that it was loaded. In physical examination, general condition wasn't poor, she was conscious and oriented. Arterial blood pressure was 70/50 mm/Hg, pulse was 130 per minute, spO2 was 90%. 5-mm lesion was observed under the right nipple that was considered as entrance site. Respiratory sounds were diminished in the same hemi-thorax. Hemopneumothorax and air gun pellet in the posterior chest wall was demonstrated on the chest radiograph and thorax CT. Her hemoglobin level was 9.9 g/dl. Intravenous fluid and blood products replacement was started and chest tube was inserted by pediatric surgeons.

CONCLUSION: Although the air guns don't have as much potential for high penetration and damaging as firearms, they can cause serious morbidity when they hit to the tender regions of the body. Especially in children injuries can be more severe because of thin subcutaneous fat layer. As the dangersare seen in our cases, reach of children to air-guns which are considered safe should be resticted.

KEYWORDS: Air-gun injury,eye injury, hemopneumothorax

SS-051 Travma acilleri

Gunshot Injury Causing Pneumorrhachis and Hemothrox

Demet Acar, Mustafa Gülpembe, Saniye Göknil Çalık, Aysel Çakmak Yıldız, Medine Akkan, Levent Oktar, Can Gökay Yıldız, Başer Cander
Department of Emergency, Education and Research Hospital,Konya,Turkey

A transmediastinal gunshot wound is a penetrating injury to the thorax in which a bullet enters and damages the structures in the mediastinum. In approximately 50% of cases, hemodynamic instability has been reported with a mortality rate ranging from 20-40%. Pneumorrhachis is the air in the spinal canal which is the complication of some traumatic and non-traumatic events.

A 30 -year-old man presented with a gunshot wound to his right axilla and left femur. The initial exam revealed a hemorrhagic gunshot wound on the right axillary region with no evidence of any bullet exit wound. He was conscious but un-cooperated and agitated. Physical examination revealed decreased lung sounds and a crackling under the skin that is thought to be associated with emphysema. His blood pressure was 70/40 mm-Hg; pulse rate was 135 /min and breathing count was 18/min. All pulses on upper and lower extremities were available. In neurological examination, paraplegia was determined on lower extremities with loss of sensation and muscle power. His medical history was unremarkable. Laboratory data revealed normal white blood cell and platelet counts with a hemoglobin level of 11.9 mg/dl; with normal liver and renal function tests and electrolyte levels. An emergent computed tomography scanning revealed high density hemothorax and pneumothorax on right hemi-thorax with a density increase on right lung upper lobes compatible with pulmonary contusion and hemorrhage. Moreover, a gunshot injury trace was present on posterior parts of T5 vertebra corpus and left lateral process together with bone fragments and air densities on spinal canal. On left 5th costa posterior part, fragmented fracture lines and pulmonary hemorrhage on left lung inferior lobe apical segment were also observed. Pneumo-mediastinum was reported on superior mediastinum. Foreign material of gunshot was present under skin on 3rd left costa level. The patient was consulted with thoracic surgery department; a chest tube was inserted to the patient and since 1500 cc was drained from the tube emergent thoracostomy was performed to the patient. Neuro-chirurgy department advised conservative management for pneumorrhachis. He was hospitalized in intensive care unit.

Pneumothorax, hemothorax, and aortic or cardiac injuries are the life threatening conditions requiring rapid and accurate diagnostic work-up. Pneumorrhachis after gunshot wound to is a rare condition. Pneumorrhachis itself is harmless and absorbs spontaneously in general but some patients may require surgical repair due to the symptoms of cord compression.

KEYWORDS: Pneumorrhachis gunshot Pneumothorax hemothorax

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-052 Travma acilleri

The Comparısıon of Protectıve Effects of Gelsolin with Methlyprednisolone on Traumatic Spinal Cord Injury in an Anımal Model

Demet Acar[1], Ahmet Ak[2], Hasan Kara[2], Rabia İstanbulluoğlu[2], Ali Güleç[3], Fikret Akyürek[4], Metin Koca[5]

[1]*Department of Emergency,Education and Research Hospital,Konya,Turkey*

[2]*Department of Emergency,Selçuk University,Konya,Turkey*

[3]*Department of Ortopedics,Education and Research Hospital,Konya,Turkey*

[4]*Department of Biochemistry,Selçuk University,Konya,Turkey*

[5]*Department of Patology,Selçuk University,Konya,Turkey*

AIM: To test the hypothesis that administration of GSN can antagonize the Traumatic spinal cord injury (tSCI) pathology, we have evaluated the blood and CSF gelsolin, interleukin-6 (IL-6) and caspase 3 levels with the histopathological evaluation of spinal cord on a tSCI induced rabbit model treated with gelsolin or methylprednisolone. By this way we aimed to determine the neuroprotective effects of GSN as an alternative treatment to methylprednisolone in tSCI.

MATERİAL- METHOD: Adult 2 or 2, 5 years old healthy New-Zealand rabbits (n=32) with an average body weight of 2-2, 5 kg were used in this study. Animals were distributed randomly into 4 groups (n=8); control, Sham, methylprednisolone and gelsolin groups. From all rabbits, blood and CSF samples were collected on 0th and 24th hours and spinal cord samples were obtained on 24th hour.

RESULTS: In between 24th hour results of methylprednisolone and control groups, there was statistical significance in regards to CSF GEL (p:0,04), CSF IL-6 (p: 0,010), blood CAS-3 (p: 0,032) and blood IL-6 (p: 0,008) levels. In between 24th hour results of gelsolin and control groups, there was statistical significance in regards to CSF GEL (p:0,042) and CSF CAS-3 (p: 0,010) levels. There was no significant difference between methylprednisolone and gelsoline groups in regards to CSF IL-6, CAS-3 and blood GEL, IL-6 and CAS-3 levels.

CONCLUSION: In the light of all these data, in future, studies investigating physiological mechanisms of gelsolin treatment in traumatic spinal cord injury, may be with higher doses of gelsolin, are warranted.

KEYWORDS: Gelsoline Spinal cord injury methylprednisolone

SS-053 Travma acilleri

Traumatic Pulmonary Artery Dissection: A Case Report

Atilla Can[1], Hıdır Esme[1], Saniye Göknil Çalık[2], Mustafa Çalık[1]

[1]*Department of Thoracic Surgery, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

Pulmonary artery dissection is a rare condition which usually occurs in patients with underlying pulmonary arterial hypertension. The condition generally manifests as cardiogenic shock or sudden death because the dissection progresses rapidly and thereby it is usually diagnosed at post-mortem studies(1).We report a case of pulmonary artery dissection developing secondary to trauma.

42-year-old man was admitted to our emergency department with the left chest pain through cause of high falling. On the x-ray, the left hilar enlargement was detected and then contrast-enhanced thoracic CT imaging was performed. Hilar enlargement causing the image was found to be the dilated pulmonary artery. Left lower lobe pulmonary artery dissection revealed. In the echocardiographic evaluation second degree tricuspid insufficiency was detected and pulmonary artery pressure was measured 100 mmHg. Examination in terms of Behcet's disease has resulted in negative and there was also no history of syphilis in the history of the patient.General condition of the patient was well and had no symptoms so conservative approach has been done.

Pulmonary artery dissection is an extremely rare and fatal disease which is usually diagnosed on post-mortem examination. It usually occurs as a complication of chronic pulmonary arterial hypertension. Other rare causes include chronic inflammation of the pulmonary arteries, right heart endocarditis, amyloidosis, trauma and severe atherosclerosis (2).Pulmonary artery dissections usually occur in patients with medial degeneration and pulmonary arterial dilatation due to chronic increases in pulmonary arterial pressures (3-4). In our case, there was pulmonary hypertension and we believe that trauma caused the pulmonary artery dissection. This condition is extremely rare in the literature.

KEYWORDS: Trauma, Pulmonary Arter, Dissection

SS-054 Travma acilleri

Cerebravascüler Accidents in Children After Acute Cranial Trauma

Mustafa Gülpembe, Demet Acar, Emin Fatih Vişneci, Saniye Göknil Çalık, Aysel Çakmak Yıldız, Nurser Muraçal, Medine Akkan Öz, Başar Cander
Department of Emergency,Education and Research Hospital,Konya,Turkey

Cerebral infarction is not common in children with an annual incidence of about 0.6/100000. Severe dehydration, diabetic ketoacidosis, or sepsis may be the cause in children while hypertension is not a common factor in etiology. Identification of the etiology is important in order to define the treatable causes. Herein we will report 2 cases of cerebrovascular accidents in small children after acute cranial trauma.

CASE 1: A 14 month old boy was admitted to the emergency department with nausea and vomiting of 3-4 times after a falling down at home the day before. In physical examination the patient was pale without any lesions in the body. His blood pressure was 100/60 mm-Hg, pulse rate was 130/min, and body temperature was 36.5 C. He was conscious, oriented and cooperated with a Glasgow coma scale of 15. Bilateral lung sounds were equal without rallies or rhonchus; there was not any defense, rebound or tenderness in abdominal region and his neurological examination was normal with light reflex +/+, isocoric pupillae, without lateralization deficit, and Babinski was -/-. The patient vomited in the emergency department for 3 times and had epileptic seizures for 2 times. The seizures were controlled with rectal diazepam administration and anti-edema and anti-epileptic treatments were started. Laboratory tests revealed White blood cell count:11870/mm3; hemoglobin:10,6 mg/dl; platelet count:364000 /mm3; urea:14 mg/dl; creatinine:0,43 mg/dl; aspartate amino transferase:33 IU/ml; Alanine amino transferase:8 IU/ml; with normal sodium and potassium levels. Cranial computed tomography revealed an appearance compatible with acute infarct. In diffusion magnetic resonance imaging; bilateral cerebellar and occipital acute infarcts were present. Patient was hospitalized in pediatric intensive care unit with the diagnosis of acute cranial infarcts after trauma.

DISCUSSION: Trauma has been determined to be an independent risk factor for cerebrovascular accident but not a common one. In fact infection, vascular disorders, hematological disorders, and cardiac disorders are more common etiological factors in cerebrovascular accidents. The correct diagnosis of cerebrovascular accident in children requires high levels of suspicion since it is frequently undiagnosed or misdiagnosed. In emergency departments, children admitted after trauma should be evaluated carefully for the presence of any cerebrovascular diseases.

KEYWORDS: Acute cranial trauma Serebravasculer infarct children

SS-055 Travma acilleri

İsolated pneumomediastinum

Atıf BAYRAMOĞLU[1], Murat Saritemur[1], Ayça Şahin[1], İhsan Yüce[2]

[1]*Department of Emergency, Ataturk University, Erzurum, Turkey*

[2]*Department of Radiology, Ataturk University, Erzurum, Turkey*

INTRODUCTION: There is no air in mediastinum in normal condition. If there is any air in mediastinum, it means pneumomediastinium. We are grouping in three type according to the reasons: spontaneous, traumatic and iatrogenic.

CASE: A 25 years-old man presenting to emergency service with car accident. Patient had neck, back and chest pain. His vital signs and physical examination were normal. There is no pathology on ECG. Laboratory tests were normal. Free air were seen on poster anterior lung graphy and thorax tomography in mediastinium. There is no pneumothorax or hemothorax and there is no intubation before hospitalization. The patient admitted to thorax surgery service for observation.

RESULT: Isolated pneumomediastinum without pneumothorax, hemothorax or esophagus injury seen rarely in thorax traumas. This kind of patients should observe for the complication risks like mediastinit that can be mortal.

KEYWORDS: pneumomediastinum, trauma, mediatinit

SS-056 Travma acilleri

Paediatric Traumatic Asphyxia

Murat Carus, Hatice Topcu, Furkan Ozel, Fatih Comez, Ozlem Uzun, Fatih Buyukcam
Department of Emergency Medicine, Bagcilar Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

OBJECTIVE: Traumatic asphyxia (Perthes syndrome) is a triad of cyanosis in head and neck region, petechia and subconjunctival haemorrhage. This syndrome typically develops after severe thoracic and/or upper abdominal trauma which generally occurs during motor vehicle accidents. Symptoms arise due to closure of glottis with deep inspiration and increased intrathoracic pressure. Clinical picture varies in a spectrum from mild symptoms to coma. The aim of presentation of this case is to review the management of paediatric cases with blunt cervical trauma presenting with traumatic asphyxia.

CASE: A 2 year-old boy was brought to the emergency clinic by 112 emergency ambulance services due to cyanosis secondary to a home accident. Anamnesis revealed that his neck was squeezed with a plastic toy in the shape of a hand cuff. His past history and family history were nonspecific. His vital signs at arrival were as follows: Arterial blood pressure: 110/70 mmHg, Pulse: 100 beats/min, Respiratory rate: 20/min, SpO2: 98%, Temperature: 36.5 C. He was oriented, cooperated and conscious. His Glasgow Coma Scale was 15 (E4, M6, V5), pupilla were bilateral isochoric and bilateral light reflexes were positive. His head and neck region was mildly cyanotic and there were numerous petechia, strangling sign at both sides of the neck and bilateral subconjunctival haemorrhage (Figure 1). Computed tomography of the brain and cervical vertebra that were ordered due to blunt cervical trauma were interpreted as natural. Laboratory values performed for evaluation of the patient who was exposed to asphyxia were nonspecific. The patient was followed-up for four days at the observation room without development of any complications and was discharged with an outpatient follow-up plan.

CONCLUSION: Traumatic asphyxia is a rare condition and most of the cases develop following motor vehicle accidents. Other mechanisms of occurrence of the condition are crushing under a heavy machine or furniture and more rarely deep sea diving, epileptic seizure, difficult birth and asthma attack. In this present case, clinical findings had developed due to an increased pressure secondary to a trauma to the cervical region. Accompanying pathologies in addition to the respiratory disorders should be searched in a patient who is brought to the emergency service with asphyxia and those patients should be closely monitored for the management of life threatening injuries.

KEYWORDS: Traumatic asphyxia, blunt cervical trauma, paediatrics

SS-057 Kardiyovasküler aciller

Acil Servise Sol Yan Ağrısı İle Gelen Non-travmatik Şok Olgusu: Abdominal Aort Anevrizma Rüptürü

Taner Şahin, Fatih Tutucu, Mustafa Oğuz Cumaoğlu, Bahadır Karaca, Mehmet Yılmaz, Hüseyin Çebiçci
Kayseri Eğitim ve Araştıma Hastanesi,Acil Tıp Kliniği,Kayseri

GİRİŞ-AMAÇ: Hipotansiyon ve şok acil servis hekimlerinin sık karşılaştığı hayatı tehdit eden durumlardır. Doğru tanı ve hedefe yönelik tedavi sağkalım için şarttır. ACES (Abdominal and Cardiac Evaluation with Sonography in Shock) protokolü ise non-travmatik hipotansiyon ve şok tespit edilen hastalarda yaşam kurtarıcı bir protokoldür. Acil servise ani başlayan sol yan ağrısı ve soğuk terleme ile gelen olguyu inceledik.

OLGU: 75 yaşında özgeçmişinde hipertansiyon olan ancak düzenli ilaç alımı olmayan erkek hasta 15 dakika öncesinde aniden başlayan ve şiddeti gittikçe artan sol yan ağrısı ile geldi. Travma öyküsü yoktu. Yapılan fizik muayenede şuuru açık, cilt soğuk, soluk ve terli, tansiyon arteriyel (TA): 90/60 mmHg, nabız(N):110/dk, solunum sayısı(SS): 20/dk, ateş:36,5°C idi. Sol kostovertebral açı hassasiyeti(CVAH) vardı. Rektal tuşesi kolik gayta idi. Sol flank bölgesinde hiperemisi mevcutttu. Yatak başı bakılan USG de(ACES) sol hepato-renal aralıkta ve rekto-vezikal alanda serbest sıvı görünümü mevcuttu. Hastaya geniş lümenli periferik damar yoluyla bolus sıvı başlandı. Kan grubu ve crossmatch için kan alındı. İdrar sondası takıldı. İdrar rengi koyu sarı olarak görüldü. Bakılan hemogramında hemoglobin(Hg):12.2 gr/dL, hematokrit(HCT): % 41.1, platelet(Plt): 202*10^3/uL idi. Hasta İV kontrastlı bilgisayarlı tomografi(BT) görüntüleme tetkikine alındı. Takibinde TA:70/55 mmHg N: 138/dk olduve hastaya acil kan istendi.1 saat sonrasında kontrol Hg: 9.7gr/dL,HCT: % 31.8, Plt: 174*10^3/uL oldu. Ağrısı şiddetlendi ayrıca sol bacakta parestezi gelişti. Ağrı kontrolü için 1.5 mikrogram/kg İV fentanil uygulandı. BT de abdominal aorta adrenal düzeyden başlayıp iliak bifürkasyona kadar uzanım gösteren en geniş yerinde 115 mm çapında, sol perirenal alanda psoas kasına kadar uzanım gösteren hematom ile uyumlu infrarenal düzeyde aorta sol lateralden hematom içine ekstravazasyon, abdominal aort anevrizma(AAA)rüptürü ile uyumlu olabilecek görünüm izlendi. Ayrıca her iki ana iliak arter normalden geniş izlendi. Hastaya kendi grubundan kan istemi yapılarak, kalp ve damar cerrahisi ile konsülte edildikten sonra hasta acil ameliyata alındı. Ameliyatta aorta grefti konulup anastomoz yapıldıktan sonra yoğun bakımda 3 gün takip sonrası KVC servisine yatırılıp postop 10.günde şifa ile taburcu edildiği öğrenildi.

SONUÇ: AAA' da mortalite acil şartlarda yapılan operasyonlarda %40-60 gibi yüksek değerlerdedir. AAA' ya bağlı ölümleri azaltmak için erken tanı ve uygun zamanda gerekli girişim önemlidir. ACES protokolü ile yatak başı USG acil hekimlerine tanı koyma aşamasında kolaylık ve zaman kazandırmaktadır. Yatak başı USG travmada olduğu gibi travma dışı şok bulguları olan hastalarda da acil serviste acil hekimleri tarafından yaygın olarak kullanılmalı ve bilinmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: AAA (Abdominal Aort Anevrizma) Rüptürü,ACES(Abdominal and Cardiac Evaluation with Sonography in Shock),Şok,

SS-058 Travma acilleri

İstanbul Adalarında Meydana Gelen Bisiklet Kazalarının Analizi

Emin Gökhan Gençer, Can Üner, Sinan Karacabey, Yavuz Yiğit, Özlem Güneysel
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

İstanbul Adalar İlçesi motorlu araç trafiğine kapalı olması nedeni ile bir çok yerli ve yabancı turist için bir bisiklet parkuru olarak işlev görmektedir. Adaya gelen turistlerin çoğunun bisiklet kullanımı konusunda tecrübesiz olması, bisikletlerin genellikle kiralık olması ve teknik bakımlarının yapılmaması ve yollarının tehlikeli olması gibi faktörler bisiklet kazalarının sık görülmesine neden olmaktadır. Ayrıca kask, dizlik, eldiven gibi koruyucu ekipman kiralanmaması da yaralanmaların şiddetini arttırmaktadır.

Adalarda olan her çeşit acil durumda başvurular hastanemize olmaktadır.

Çalışmamızın amacı bisiklet kazalarının da şiddetli yaralanmalara neden olabileceğini göstermek ve kullanımları ve koruyucu ekipman giyilmesi zorunluluğu ile ilgili yasal boşluğa dikkat çekmek ve bu yolla yaralanmaların şiddetini azaltabilmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Hastanemiz travma resusitasyon alanına 1 Ocak 2013 ve 1Ocak 2014 tarihleri arasında İstanbul ili Adalar ilçesinde bisiklet kazası geçirme nedeni ile başvuran hastaları inceledik.

Hastaların yaş, cinsiyet, kazanın oluş tarihi, yaralanma bölgesi, yaralanmanın türü, hangi branşlarla konsülte edildiği, hastaneye yatırılıp yatırılmadığı ve tedavinin nasıl sonuçlandığı kayıt altına alınmıştır. Ayrıca hastalara kaza anında kask veya koruyucu ekipman takıp takmadıkları sorulmuştur.

BULGULAR: Saptanan 54 olgunun 28'ierkek (%51,9)'u, 26'sı kadındır (%48,1). Yaşları 7 ile 51 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 23,50±10,95 yıl olarak saptanmıştır. Olguların %38,9'unun (n=21) kafa travması,%9,3'ünün (n=5) toraks, %7,4'ünün (n=4) batın, %38,9'unun (n=21) üst ekstremite, %46,3'ünün (n=25) alt ekstremite, %1,9'unun (n=1) ürogenital, %7,4'ünün (n=4) spinal ve %5,6'sının (n=3) maksillofasial travması vardı.

Yaralanmaların %74,1'inin (n=40) laserasyon abrazyon, %29,6'sının (n=16) uzun kemik, %1,9'unun (n=1) skull fraktürü, %5,6'sının (n=3) nazal fraktürü, %1,9'unun (n=1) subdural kanama, %1,9'unun (n=1) batın içi kanaması, %1,9'unun (n=1) pnömotoraks, %3,7'sinin (n=2) pelvik fraktür ve %11,1'inin (n=6) diş avülsyonu olduğu saptanmıştır. kazazedelerin %7,4'ü (n=4) beyin cerrahisi sevisinde, %1,9'unun (n=1) genel cerrahi, %1,9'unun (n=1) Ortopedi, %1,9'unun (n=1) KBB ve %1,9'unun (n=1) yoğun bakımda yattığı gözlenmiştir. Bir hasta ex olmuştur(%1,9).

SÖZLÜ BİLDİRİLER

Hastaneye yatırılan olguların travma türlerine bakıldığında toraks travmalı hastaların yatış oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,019; p<0,05). Kazazedelerin hiçbiri kaza olduğu anda kask ya da koruyucu ekipman kullanmamakta idi.

SONUÇ: Diğer yayınlanmış çalışmalar ve bu çalışma göstermiştir ki bisiklet kazaları hastaneye yatışa, kalıcı sakatlık oluşumuna ve hatta ölümlere neden olabilen ciddi yaralanmalar ile sonuçlanabilmektedir. Özellikle bizim çalışmamız araç trafiğine kapalı ve sadece bisiklet trafiğine açık bir bölgede koruyucu ekipman kullanılması ile önlenebilecek şiddetli yaralanmalar meydana gelebildiğini göstermektedir. Bu durum ile ilgili yasaldüzenlemelere gidilmesi yaralanmaların şiddetini azaltabilecektir.

ANAHTAR KELİMELER: Adalar, Bisiklet, Kaza,İstanbul

SS-059 Travma acilleri

Özefagusta Saptanan Yabancı Cisim Vakası

Mustafa Alpaslan, Abdussamed Vural, Fatih Tutucu, Bahadır Karaca, Mehmet Yılmaz, Mükerrem Altuntaş, Hüseyin Çebiçci
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ: Yabancı cisim yutulmaları en çok bilerek ya da kazara meydana gelmekle beraber çocuklarda (en sık 6 ay-6 yaş arasında) görülmektedir (1). Tüm gastrointestinal yabancı cisimlerin yaklaşık % 15-20 sini özefagus yabancı cisimleri oluşturmaktadır. Çapı <2.5 cm ve boyu <5 cm olan yabancı cisimler gözlem altında kendiliğinden çıkabilir. Fakat kemik, balık kılçığı, iğne, çivi gibi keskin uçlu nesneler komplikasyon riski yüksek olduğundan acil müdahale gerektirir(2). Bunun yanında Rijit ve fleksible özefagoskopi ile magill forseps yardımıyla yabancı cisim çıkarılması günümüzde başarılı bir şekilde uygulanmaktadır (3). Burada acil servisimize yutkunma güçlüğü şikayeti ile başvuran ve özafagüste yabancı bir cisim saptanan 53 yaşında bir hasta takdim edilmiştir.

OLGU SUNUMU: 53 yaşında erkek hasta akşam yemeğinden sonra yutkunma güçlüğü başlaması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın vital bulguları stabildi. Yapılan fizik muayenede batın rahat ve her iki akciğer sesleri dinlemekle normaldi. Diğer fizik muayene bulgularında patolojik bir durum saptanmadı. Hastaya PAAC ve ADBG grafileri çekildi (şekil-1) Grafilerde patolojik durum saptanmadı. Hastanın akşam yemeğinde tavuk yedikten sonra özellikle yutkunma güçlüğü olduğunu bildirmesi üzerine, kemik yutma ihtimali düşünülerek hastaya toraks BT çekilmesi planlandı. Nihayet çekilen BT'de özefagokardial bileşkenin yaklaşık 5-6 cm proksimalinde horizontal seyirli yerleşim gösteren yabancı cisim saptandı (şekil-2). Hasta ileri dönemde komplikasyon gelişmemesi amacıyla gastroenteroloji birimine devredildi. Daha sonra ilgili bölümden alınan bilgiye göre hastadan yaklaşık 3 cm boyutunda tavuk kemiği olduğu tahmin edilen kemik fragmanı çıkarıldığı öğrenildi.

SONUÇ: Yabancı cisim yutulmaları en sık çocuklarda görülmekle birlikte yetişkinlerde de, en sık besin ilişkili görülebilir (4). Tanıda öncelikle direk grafi değerlendirilmelidir. Ancak bazı durumlarda direk grafi bulgu vermeyebilir. Klinik şüphe ve anamnez güvenilirliği varsa hastalarda ileri görüntüleme amacıyla tomografi ve endoskopi tercih edilebilir (3). Sonuç olarak yabancı cisim yutulmaları hayati öneme öneme sahiptir ve zamanında tanı konulup tedavi yapılması hayat kurtarıcıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Endoskopi, Özafagüs,Yabancı Cisim, Yetişkin

SS-060 Travma acilleri

Diyabetik Ayak ve Tedavisi

Şükrü İşler[1], Yeşim İşler[2], Kamil Tünay[2]

[1]*Afyon Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı*

[2]*Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabiim Dalı*

Diyabet, birtakım sorun ve sorumlulukları beraberinde getiren ve yaşam boyu süren bir hastalıktır. Diyabetik ayak, diyabetin en ciddi ve en ağır komplikasyonlarından biridir. Diyabetli kişilerin yaklaşık %50'si tüm yaşamları boyunca diyabetik ayak gelişme riski altındadır. Bu nedenle hem tıbbi, hem sosyal, hem de ekonomik açıdan diyabette yaşanan ayak sorunları oldukça önemlidir. Diyabetik ayak ülserlerinin uygun şekilde değerlendirilmesi ile enfeksiyona bağlı morbidite, hastaneye yatış, hastanede kalış süresi ve major ekstremite ampütasyonu oranları azaltılabilmektedir.

62 yaşında erkek hasta sol ayakta akıntılı yara nedeni ile acil servisimize başvurdu. Hasta 3 gündür ayağında akıntısının olduğunu ve yarada koku olduğunu belirtti. Özgeçmişinde 10 yıldır diyabetes mellitus olduğunu belirtti. Fizik muayenede TA:130/80 mmHg, Nabız 106/dakika, Ateş 38,5 C, pulse oksimetre 97 idi. Genel durumu iyi, bilinç açık, koopere ve oryante idi. Hastanın sol ayak metatarsafalangial eklemden 2. parmak pulpa seviyesine kadar nekroze ve akıntılı yarasının olduğu, kemik ve tendonlarının ekspoze olduğu görüldü. Laboratuar tetkiklerinde lökosit:16.200 mm3, glukoz 220, sedimantasyon 40mm/saat, CRP 55,3 idi. Diğer laboratuar bulguları normal idi. Doppler USG de sol ayakta monofazik akımının olduğu tespit edildi. Yara kültürü alındı, profilaktik antibiyoterapi başlandı. Hasta tetkik ve tedavi amaçlı Plastik Cerrahi kliniğine yatırıldı. Hastanın acil debridmanları yapıldı.Hastanın defekt alanı VAC tedavisi ile küçültüldü. Yara yeri 10. Günde yapılan lokal flepler ile kapatıldı.

Diyabetik hastaların yaşam süre ve kalitesini belirleyen faktörlerden biri olan diyabetik ayak ülserleri, diyabetik hastaların en sık hastaneye yatış ve cerrahi müdahale sebeplerindendir(1). Geliştirilen modern tedavi yöntemleri, eğitim programları ve ayaklara yönelik bakım ürünlerine rağmen Diyabetik ayak komplikasyonları, gelişmiş toplumlarda travma dışı alt extremite amputasyon nedenleri arasında yaygın olanıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Diyabetik Ayak, Flep, Debridman

SS-061 Travma acilleri

Sternum Kırıkları 6 Yıllık Deneyimimiz

Mehmet Ergin, Muhammed Raşit Özer, Fatih Altunay, Zerrin Defne Dündar, Aliye Nur Gökal, Sedat Koçak
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp Ad

GİRİŞ-AMAÇ: Sternum fraktürleri göğüs travması nedeniyle acil servise başvuran hastalarda görülen patolojilerin küçük bir yüzdesini oluşturmaktadır. Sternalfraktürlerkardiyak yaralanma, pulmoner kontüzyon, pnömotorax, hemotorax, büyük damar yaralanması gibi hayati önem arz eden yaralanmalarınhabercisi olabilmeleri nedeniyle tanı ve izlemleri önem kazanmaktadır. Bu çalışmanın amacı sternumfraktürünün oluş mekanizması, eşlik eden yaralanmalar, tanı yöntemleri, acil servisteki yönetimi ve sonlanımını tartışmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: 01.01.2009-01.01.2015 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne travma nedeniyle başvuran tüm hastalar içerisinde sternumfraktürü saptanan 30 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların 20 tanesi erkek (%66,7), 10 tanesi(%33,3) bayandı. Yaş ortalaması 50,87±19,72 (min.7-max.86), MEWS skoru minimum 0 ve maksimum 7, hastane yatış süreleri ortalama 5,7±5,2 (min.1-max.21), olarak tespit edildi. Hastaların 20 tanesi araç içi trafik kazası(%66,7), 1 tanesi araç dışı trafik kazası (%3,3), 4 tanesi yüksekten düşme(%13,3), 1 tanesi sert cisimle darp(%3,3), 4 tanesi de diğer travma(%13,3) olarak tespit edildi. Araç içi trafik kazası nedeniyle gelen 20 hastanın 8 tanesinin emniyet kemeri takılıyken, 12 tanesinin emniyet kemeri bağlı değildi. Araç içi trafik kazası nedeniyle gelen hastalardan sadece 2 tanesinin hava yastığının açıldığı tespit edildi. Acil serviste yapılan fizik muayenelerinde sadece hassasiyeti olan 23 hasta, hassasiyet ve krepitasyonu olan 4 hasta, hassasiyet ve deformitesi olan 1 hasta, krepitasyon ve deformitesi olan 2 hasta mevcuttu. Tanı yöntemi olarak hastaların 23 tanesine PA akciğer grafisi, 8 tanesine lateral akciğer grafisi, 21 tanesine torax bilgisayarlı tomografisi, 3 tanesin de sternumusg yapılmıştır. 4 hastada manubrium, 22 hastada sternal body, 3 hastada ksifoid ve 1 hastada da manubrium ve sternal body kırığı tespit edildi. Hastaların 12 tanesinde kot kırığı, 1 tanesinde pnömotorax, 2 tanesinde hemotorax, 1 tanesinde flailchest, 2 tanesinde klavikula kırığı, 7 tanesinde pulmoner kontüzyon, 6 tanesinde kafa travması, 4 tanesinde maksillofasial yaralanma, 3 tanesinde üst ekstremite yaralanması, 4 tanesinde alt ekstremite yaralanması, 4 tanesinde abdominal yaralanma, 6 tanesinde vertebra yaralanması ve 1 hastada da pelvis yaralanması ek olarak tespit edilmiş. Myokardkontüzyonu, kardiyak laserasyon ve torasik aort yaralanması tespit edilmemiştir. Hastaların 6 (%20) tanesi acil gözlem ünitesi, 2 (%6,7) tanesi acil yoğun bakım ünitesi, 22 (%73,3) tanesi de diğer kliniklerde takip edilmiştir. 30 hastanın 2'si exitus (%6,7), 3'ü kendi isteği ile taburcu (%10), 25'i şifa ile taburcu (%83,3) olmuştur.

SONUÇ: Acil servise başvuran travma hastalarının fizik muayeneleri titiz bir şekilde yapılmalıdır. Künt toraks travmalarında sternum kırığı ve altında büyük organ yaralanması olabileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Sternum,Torax,Acil servis

SS-062 Kardiyovasküler aciller

Akut İnferior Miyokard İnfarktüsü İle Aorta Diseksiyonu Birlikteliği

Bahadır Karaca, Mükerrem Altuntaş, Abdüssamed Vural, Mehmet Yılmaz, Mustafa Alparslan, Hüseyin Çebiçci, Ali İhsan Kilci, Oğuzhan Bol, Taner Şahin
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ-AMAÇ: Torasik aorta disseksiyonları en fazla (%65) koroner ostiyumların 1-3cm distalindeki intimal yırtıklar şeklinde assendan aortada görülmektedir. Disseksiyon antegrat olarak, karotis, renal ve iliak arterlere, retrograd olarak koroner sinüslere ilerleyebilir. Anatomik konumu nedeniyle en fazla sağ koroner arter oklüzyona uğramaktadır. Assendan aortayı içine alan diseksiyonların %3-10'da en sık inferior olmak üzere AMİ bulguları saptanmaktadır. İnferior miyokard infarktüsünde sıklıkla atriyoventriküler bloklar, bradikardi ve hipotansiyon görülmesi, aort diseksiyonlu olgularda cerrahi mortaliteyi önemli ölçüde artırmaktadır.

OLGU: Acil servisimize 2 saat önce başlayan soğuk terlemesi, çarpıntısı ve baskı tarzında göğüs ağrısı olan 64 yaşında erkek hasta başvurdu. Bilinen hipertansiyonu dışında ek hastalığı yoktu. Fizik muayenesinde ciltterli, anksiyöz idi. Tansiyon 100/70 mmHg, kalp hızı:55 atım/dakika, solunum sayısı:26 soluk/dakika ateş:36,8 C idi. Çekilen EKG'de DII, DIII ve aVF'de 5 mm ST elevasyonu ve bradikardi mevcuttu. Biyokimyasal incelemede CK-MB 31 U/Lve troponin I 0,03 ng/mL ölçüldü. Mevcut bulgular ile akut inferior miyokard infarktüsü tanısı konularak acilen anjiografi ünitesine alındı. Aortagrafisinde ve koroner anjiografisinde, assendan aorta diseksiyonu ile birlikte sağ koroner arter çıkışında oklüzyon olduğu saptandı. Çekilen bilgisayarlı tomografisinde asendan aort anevrizmatik olup en geniş yerinde çapı 53 mm ölçüldü. Asendan aortadan başlayıp arkus aortada, desendan aorta ve her iki iliak artere uzanan diseksiyon izlendi.

SONUÇ: Aort disseksiyon olgularına tanı konmasında gecikme mortaliteyi artıran önemli nedenlerdendir. Acil serviste özellikle inferior MI hastalarında aort disseksiyonu akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Aort disseksiyonu, İnferior MI, Göğüs ağrısı.

SS-063 Pediatrik aciller

Pnömotoraks Mı? Emin Misin?

Bahadır Karaca, Mükerrem Altuntaş, Abdüssamed Vural, Mehmet Yılmaz, Mustafa Alparslan, Mustafa Oğuz Cumaoğlu, Oğuzhan Bol, Taner Şahin, Mehtap Kaynakçı Bayram
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ-AMAÇ: Pnömomediastinum mediasten içinde gaz veya serbest hava varlığı olarak tanımlanır. Pnömomediastinum travmatik ve spontan olarak iki şekilde meydana gelebilir. Spontan pnömomediastinum (SPM) çocukluk çağında nadir görülen bir durumdur. Spontan alveol rüptürü genellikle öksürme, kusma, ıkınma ve valsalva manevrası gibi alveol basıncında artışa yol açan durumlarda ortaya çıkar. Bu olgu sunumuyla amacımız nefes darlığı şikayeti ile gelen hastalarda SPM görülebileceğini hatırlatmaktır.

OLGU: Acil servisimize 3 gündür öksürük, ateş ve nefes darlığı şikayeti olan 5 yaşında erkek hasta dış merkezden pnömotoraks ön tanısıyla ailesi tarafından getirildi. Son 1 gündür solunum sıkıntısının ve öksürüğünün artığı belirtildi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Yapılan fizik muayenesinde kan basıncı:110/70 mmHg, solunum sayısı:20/dakika, nabız sayısı:110/dakika, vücut sıcaklığı:37,3°C ve sPO2:%95 olarak belirlendi. Solunum sistemi muayenesinde akciğer sesleri bilateral azalmış, kardiyovasküler sistem muayenesinde kalp ritmikti, taşikardisi mevcuttu, organomegalisi, lenfadenopatisi yoktu. Laboratuvar tahlillerinde lökosit:12680/ mm3, hemoglobin:14,7 gr/dL, trombosit: 415.000/mm3 olarak saptandı. CRP 86,1 mg/L idi. Sodyum: 131 mmol/L, klor: 98 mmol/L idi. Diğer biyokimyasal parametreleri normaldi. Çekilen posterior-anterior akciğer grafisinde sol akciğer üst lobda konsolide alan ve sağda parakardiak serbest hava izlendi. Bilgisayarlı Toraks Tomografisinde sol akciğer üst lob anteriorda plevraya doğru uzanan enfeksiyonla uyumlu konsolide alanlar ve mediastinumda subkutan doku içinde yaygın hava dansiteleri izlendi. Hastaya SPM tanısı konarak, takip ve tedavi amaçlı Erciyes Üniversitesi göğüs cerrahi servisine sevk edildi.

SONUÇ: Nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetinin varlığında, nadir görülen bir klinik durum olmasına rağmen, ayırıcı tanıda spontan pnömomediastinum mutlaka akla getirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Spontan pnömomediastinium, Göğüs ağrısı, Nefes darlığı.

SS-064 Kardiyovasküler aciller

Acil Serviste Spontan Sonlanan VT: RVOT VT

Ahmet Demir[1], Mehmet Ayrancı[2], Zeynep Özkök[2], Alev Eceviz[3], Cihan Büyüksütçü[2], İsmet Doğan[2]

[1]*Sultanbeyli Devlet Hastanesi Acil Servis, İstanbul*

[2]*Medeniyet Üniverstesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul*

[3]*Beykoz Devlet Hastanesi Acil Servis, İstanbul*

SÜREKLi monomorfik vt sıklıkla geçirilmiş mı,kmp, gibi yapısal kalp hastalıklarına bağlı olusur. Buna ragmen usa da sürekli monomorfik vt lerin %10'u japonyada %20'sinde yapısal kalp hastalığı bulunmamaktadır.Bu vt ler idiyopatik vt olarak adlandırılır ve takip edilir.İdiyopatik vt lerin % 70'ini rvot vt oluşturur. Rvot vt de tipik qrs morfolojisi; sol dal bloğu ve inferior derivasyonlarda yüksek qrs morfolojisidir.

TANI: qrs>100/dk, qrs>120 ms,sol dal bloğu,sağa doğru inferior aks(+90), şeklindedir.

OLGU: 42 y,e,bilinen kronik hastalık öyküsü yok. Acil servise 15 dk önce baslayan çarpıntı ve göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran hastanın çekilen ekg sinde sol dal bloklu vt mevcuttu. Ta:140/80mmhg,gks:15,solunum sesleri doğaldı. Nabızlı monomorfik vt kabuledildi ve hasta monitörize edilerek resutasyon odasına alındı. Bu sırada ritmı spontan olarak sinüs ritmine döndü ve sol dal bloğu kayboldu. Hastaya kardiyolojı konsultasyonu sonrası yapısal bozukluk tespit edilmeyip ca kanal blokorü ile taburcu edildi.

SONUÇ: rvot vt idiyopatik vt dir ve genelde sağ ventrikül çıkış yolu, veye bazı durumlarda triküspit anulustan köken alır. Acil serviste sol dal bloklu ve inferior akslı vt lerde akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: vt, çarpıntı

SS-065 Travma acilleri

Çocuk Olguda Bisiklet Kazası Sonrası Travmatik Mide Perforasyonu

Serdar Özdemir, Aslı Bahar Uçar, Gökhan İşat, Aysel Hünük, Selma Damla Özalp, Barış Memiş, Mehtap Eskiçakıt, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Research and Education Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul,Turkey

GİRİŞ: Travma, pediatrik yaş grubunda acil servise başvuruda önde gelen sebeplerdendir. En yaygın travma sebepleri düşmeler, spor kazaları, bisiklet kazaları ve okul kazalarıdır. Mide rüptürü ise oldukça nadir görülen yaralanma şeklidir. Biz bu olgu sunumu ile literatürde az sayıda bildirilmiş olan bisiklet gidon yaralanması sonrası gelişen mide rüptürü vakasını tartışmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU: 14 yaşında kız hasta bisiklet kazası sonrası karın ağrısı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastadan alınan anamnezde bisikletten düştüğü, düşerken bisiklet gidonu karnına çarptığı öğrenildi. Hastanın vital parametreleri tansiyon arterial 110/74 mmHg, ateş 36.6, nabız:120/dk, sPO2:%99 idi. Yapılan muayenede umblikus 3 cm superiorunda yaklaşık 1 cm çaplı ekimoz izlendi. Batında yaygın hassasiyet ve defans mevcuttu. Yapılan batın ultrasonografisinde (USG) batın içi serbest mayi ve solid organ yaralanması izlenmedi. Laboratuar tetkiklerinde lökosit 20,6 K/uL, nötrofil 15,4K/uL, hemoglobin 15,6 gr/dL, hematokrit %30,9 olarak ölçüldü. Tüm batın bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. BT de perihepatik, perisplenik alanlarda, batın alt kadranlarda yaygın serbest sıvı izlendi. Karaciğer hilusu, mide antrum düzeyinde, karaciğer anteriorunda batın ön duvarda yaygın intraperitoneal serbest hava izlendi. Mide perforasyonu lehine değerlendirildi. Laparotomiye alınan hastada, mide antrumundan duedonum birinci kısma uzanan 8 cm lineer perforasyon ve duedonum arka duvarında 5 cm perforasyon onarıldı. Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta laparotomiden 8 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: Künt batın travması sonrası mide rüptürü nadir görülen yaralanma olup literatürde yayınlanan 8 ayrı vaka serisinde insidansı 0,02-1,7 tespit edilmiştir. Bu vaka serilerinde bazı yazarlar çocukluk çağında mide rüptürünün daha sık görüldüğünü rapor etmişlerdir. Bazı yazarlar mide rüptürünün patogenezinde postprandial mide dolu ve mide duvarı gerginken batına alınan künt travmayı sorumlu tutarken; bazı yazarlar ise vakalarda, çoğunlukla midelerinin boş olduğunu gözlemlemişlerdir.

Gastrointestinal kanal perforasyonlarında tanısal amaçlı direkt grafi, ultrasonografi ve BT kullanılmaktadır. İlk adım, direkt grafi olmakla birlikte duyarlılığı %50-70'dir. USG'nin perforasyon değerlendirmesinde duyarlılığı BT'den düşük olmakla birlikte direkt grafi ile karşılaştırıldığında çelişkili yayınlar mevcuttur. Gastrointestinal sistem perforasyonlarının varlığı, nedeni, yeri ve komplikasyonlarının tespitinde BT altın standart görüntüleme yöntemi olarak kabul edilmektedir. Gastroduedonal perforasyonlarda batın içi serbest hava önemli bir bulgu iken, bu hava daha çok mide ve karaciğer çevresinde izlenir. Özellikle duedonum birinci kısım perforasyonlarında batın içi serbest hava, vakaların tamamına yakınında gözlenir

SÖZLÜ BİLDİRİLER

Her ne kadar batın travması sonrası gastrik rüptür nadir görülse de, batında hassasiyet ile başvuran künt batın travmalı hastalarda gastrointestinal sistem rüptürleri akılda tutulmalıdır. Bu hastalarda ilk değerlendirmede USG'nin normal olabileceği olası hastalarda BT çekiminin geciktirilmemesi gerektiği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: mide perforasyonu, künt batın travma, pediyatrik travma

SS-066 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Splenik Ven Anevrizmasının Eşlik Ettiği Splenik Enfact

Saniye Göknil Çalık[1], Mustafa Gülpembe[1], Demet Acar[1], Emin Fatih Vişnesci[1], İsmail Aktaş[1], Ozan Özelbaykal[1], Aysel Çakmak Yıldız[1], Başar Cander[2]

[1]*Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği*

[2]*Necmettin Erbakan Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı*

Splenik enfarkt nadir görülen bir dalak patolojisi olup,genellikle başka hastalıkların komplikasyonu olarak karşımıza çıkar.Bu makalemizde karın ağrısı nedeniyle acile başvuran hastada yapılan tetkikler sonucunda splenik ven anevrizması ve splenik enfarkt saptanması bulunmuştur.

OLGU: NA;48 yaşında Suriye vatandaşı ev hanımı.hasta 10 gündür olan karın ağrısı şikayeti olan 2 gündür de daha fazla şiddetlenen karın ağrısı yakınması,bulantı ile acil servisimize başvurdu. hastanın öz geçmişinde ek bir rahatsızlığı yoktu.

Yapılan fizik muayenede:genel durumu iyi,kan basıncı:130/60 nabız:80 ritmik,ateş:36,6 S1(+) S2(+) üfürüm yok,batın sol üst kadran da hassasiyet rebaund ve defans ı mevcuttu.barsak sesleri normoaktif ve sol kosto vertebral açı hassasiyeti mevcuttu.diğer sistem muayeneleri olağan dı.

LABORATUAR SONUÇLARINDA HB:8,7 gr/dl Htc:%28,8 Wbc:14150,Plt:396 diğer biyokimya sonuçları normal aralıktaydı.hastaya batın usg yapıldı batın usg sonucu herhangibir patolojiye rastlanmadı hastaya İ.V kontrastlı batın tomografisi çekildi.tomografi sonucunda dalak ta enfarkt alanları mevcut olup dalak hilusundan splenik ven düzeyinde tortioz vasküler yapılar izlenmekteydi ayrıca splenik ven distal kesimde anevrizması mevcuttu.

Hasta splenik enfark nedeniyle genel cerrahiye yatırldı.genel cerrahi tarafından hastaya operasyon düşünülmedi.serviste takip edilen hasta şikayetlerinin gerilemesi üzerine önerilerle taburcu edildi.

TARTIŞMA: Splenik enfarkt:hematolojik hastalıklar,splenik vasküler hastalıklar,emboli,anatomik bozukluklar ve diğer sistem patolojileri sonucunda oluşmaktadır.

Hastaların %67 kadarında sol üst kadran ağrısı olmaktadır.ağrı hastaların yarısında bir haftada az yarısında 1 haftadan daha uzun sürmektedir.bulantı kusma erken doyma semptomları da olabilir.bizim hastamızda da bu şikayetler mevcuttu.

Hastaların laboratuar incelemesinde %53 oranında anemi (Hb<11gr/dl) %49 oranında lökositoz(>12000) ve %7 oranında trombositoz (>500000)olduğu ayrıca periferik yaymada Howelly-jolly cisimciklerinin görülebileceği bildirilmiştir.bizim hastamızda anemi,lökositoz mevcuttuancak trombositoz yoktu ve periferik yayması normaldi.literatürlerde splenik enfart tanısı konulduktan sonra akut tablonun hidrasyon,oksijen desteği,analjezi ve sıkı takip ile semptomların enfarkt boyutuna bağlı olarak 7 ile 14 gün arasında gerilebileceği gösterilmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Splenik enfarkt splenik ven anevrizması şiddetlenen karın ağrısı

SS-067 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Atipik Apandisit Olguları

Bahadır Karaca, Mükerrem Altuntaş, Oğuzhan Bol, Mehmet Yılmaz, Abdüssamed Vural, Mustafa Alparslan
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ-AMAÇ: Klinik pratikte her zaman kesin kurallar yoktur. Tanısı iyi belirlenmiş klinik kriterlere dayanan apandisit bazen atipik bulgularla karşımıza çıkabilir. Acil servise başvuran hastaların şikayetlerinin önemli bir bölümünü oluşturan karın ağrısının en sık cerrahi gerektiren nedeni akut apandisittir. Acil servisimize farklı zamanlarda başvuran iki atipik olgudan bahsettik.

OLGU 1: Acil servisimize başvuran 45 yaşında bayan hasta üşüme titreme, öksürük ve yaygın eklem ağrıları şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde tonsilleri hiperemik ve geniz akıntısı mevcuttu. Karın ağrısı şikayeti olmamasına rağmen yapılan fizik muayenesinde batın sağ alt kadranında istemli defansı mevcuttu ve rebaund yoktu. Vital bulgularında ateş yüksekliği dışında patolojik bulgusu yoktu. Hemogram ve tam idrar tetkiki istendi. Hastanın hemogram ve tam idrar tetkiki normal sınırlarda değerlendirildi. Tekrar yapılan muayenesinde sağ alt kadranda istemli defansı devam eden hastanın çekilen ultrasoundunda mezenter ekosu belirgin artmış olup 8 mm çapında içerisinde apendikolitin izlendiği kompres edilmeyen akut apandisit ile uyumlu tübüler segment izlendi. Hasta yatışı kabul etmedi ve acil servisten kendi isteğiyle taburcu oldu.

OLGU 2: Acil servisimize başvuran 17 yaşında erkek hasta üşüme titreme, öksürük ve yaygın eklem ağrıları şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde tonsilleri hiperemik ve geniz akıntısı mevcuttu. Karın ağrısı şikayeti olmamasına rağmen yapılan fizik muayenesinde batın sağ alt kadranında defans ve rebaund mevcuttu. Hemogram ve tam idrar tetkiki istendi. Hemogramda beyaz küresi 16890 mm3/L tespit edildi. Hastaya çekilen ultrasoundunda appendiks görüntülenemedi. Hastanın kontrol muayenesinde defansı ve rebaundu devam etmesi ve beyaz küre yüksekliği olması üzerine batın BT (bilgisayar tomografi) çekildi.batın BT' de apandisit çapı

SONUÇ: Acil servis hekimlerinin, başlangıç tablosu ne olursa olsun tüm hastalara tam bir fizik muayene yapmaları hem hastaları için, hem de ileride gelişecek medikolegal durumların önüne geçilmesi nedeniyle zorunludur.

ANAHTAR KELİMELER: Apandisit, ÜSYE, Fizik muayene.

SS-068 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Ürolitiazis Mi?

Bahadır Karaca, Mükerrem Altuntaş, Abdüssamed Vural, Mehmet Yılmaz, Mustafa Alparslan, Oğuzhan Bol, Halil Gürler, Merve Gedikli, Türker Yıldırım
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ-AMAÇ: Stres kırıkları kemiğin tekrarlayan mekanik yüklenmelere yetersiz cevabı sonucu oluşan yaralanmalardır. Femur boynu stres kırıkları (FBSK) tüm stres kırıklarının %1-5'ini oluşturmaktadır. Diğer stres kırıklarından farklı olarak erken teşhis ve tedavi edilmediğinde kaynamama ve avasküler nekroz gibi çok ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır.

OLGU: 51 Yaşında erkek hasta 5 gündür olan şiddetli sol yan ağrısı şikayeti ile acil servisimize yürüyerek başvurdu. Hastanın bu şikayeti ile çeşitli hastanelere başvurduğu ve verilen tedavilere karşı ağrısının geçmediğini belirti. Tıbbi sorgulamada geçirilmiş bir travma veya anormal bir fiziksel aktivite saptanmadı. Fizik muayenesinde sol kostovertebral açı hassasiyeti dışında patolojik bulgusu yoktu. Hemogram, biyokimya ve tam idrar tetkiklerinde anormal bulgusu olmayan hastaya aort anevrizması şüphesiyle çekilen bilgisayarlı tomografisinde sol femur boyun kırığı tespit edildi. Hasta ortopedi tarafından yatırıldı ve cerrahi olarak tedavi edildi.

SONUÇ: FBSK'ları risk faktörü olmaksızın da görülebildiğinden, aşırı fiziksel aktivitesi olmayan sağlıklı bireylerde de yansıyan ağrının muhtemel sebepleri arasında düşünülmelidir. Böylelikle yapılacak olan erken tanı ve tedavi ciddi komplikasyonların önlenmesini sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Sol Yan Ağrısı, Yansıyan ağrı, Femur boynu stres kırığı.

SS-069 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

İnsidental Osteosarkom

Mükerrem Altuntaş, Bahadır Karaca, Abdüssamed Vural, Mehmet Yılmaz, Mustafa Alparslan, Türker Yıldırım, Mustafa Oğuz Cumaoğlu, Özlem Sönmez
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ-AMAÇ: Osteosarkom, çocuklarda ve genç erişkinlerde en sık görülen primer malign kemik tümörüdür. Erkeklerde kadınlara göre iki kat daha fazla görülür. Osteosarkom uzun kemiklerin metafizlerinde yerleşir. Distal femur, proksimal tibia yerleşimi sık görülür. Acil servisimize travma nedeniyle başvuran ve tesadüfen tanı konulan osteosarkom olgusunu sunduk.

OLGU: 14 yaşında erkek hasta acil servisimize okulda kavga sonucu sol diz altında ağrı şikayeti ile başvurdu. Sol diz altına darbe aldığını ifade eden hastanın fizik muayenesinde herhangi

bir hiperemisi yoktu. Sol diz altında minimal hassasiyeti mevcuttu. Diz eklem hareketleri tamdı ve üzerine basıyordu. Daha önceden dizinde şişlik ve ağrısının olmadığını ifade etti. Hastanın çekilen 2 yönlü diz grafisinde tibiada kortikal kalınlaşma ve patella tendon yapışma yerinde avülsiyon fraktürü mevcuttu. Çekilen bilgisayarlı tomografisinde sol tibia metafizio-diafizer bölgede, çevresinde maling güneş ışığı periost reaksiyonuna, kemik korteksinde yenik paternde destriksiyona neden olmuş, sklerotik alanlar içeren kemik medullasında lizise neden olmuş kitlesel lezyon izlendi. Hasta osteoblastik osteosarkom ön tanısıyla Erciyes üniversitesi tıp fakültesine sevk edildi.

SONUÇ: Osteosarkom çocukluk döneminde sık görülen bir kemik tümörüdür. Radyolojik ve klinik olarak tanısal güçlüklere neden olabileceği unutulmamalıdır. Şüpheli vakalarda ileri tetkikler hayat kurtarıcıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Darp, Travma, Çocuk, Osteosarkom.

SS-070 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Çocukluk Çağında Serebral Arteriovenöz Malformasyon

Bahadır Karaca, Mükerrem Altuntaş, Abdüssamed Vural, Mehmet Yılmaz, Ali İhsan Kilci, Hüseyin Çebiçci, Taner Şahin, Mustafa Alparslan
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ-AMAÇ: Serebral arteriovenöz malformasyonlar çocuklarda nadir görülür. Doğumsal olmalarına rağmen, %18-20'si çocukluk çağında tanınır. Çocuklarda sıklıkla intrakraniyal kanama, konvülsiyon, hidrosefali ve daha nadiren yenidoğan döneminde konjestif kalp yetersizliği şeklinde karşımıza çıkarlar. Çocuklardaki tedavisiz arteriovenöz malformasyonların prognozu erişkinlerden daha kötüdür. Potansiyel olarak kötü seyirli olduğu için erken tanı ve tedavi zorunludur.

OLGU: Dört yaşında bayan hasta acil servisimize 112 tarafından aynı seviyeden düşme nedeniyle getirildi. Hasta evde annesine düştüğünü söylemiş ve daha sonrada kasılmaya başlamış.112 tarafından alındıktan sonra hasta toplamda üç defa olmak üzere yaklaşık 30 saniyelik nöbetleri olmuş. Nörolojik muayenesinde uykuya eğilimli, pupiller anizokorik, ense sertliği negatif, ağrılı uyarana deserebre yanıt mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Laboratuvar incelemelerinde beyaz küre: 13.000 /µL, hemoglobin 11.9 g/dl, trombosit sayısı 229.000 /µL, protrombin zamanı 16.7 sn (normal: 10-14), aktive parsiyel tromboplastin zamanı 22sn (normal: 25-35) idi. Diğer biyokimyasal değerleri normaldi. Hasta hızlı seri entübe edildi. Hastanın kraniyal aksiyal bilgisayarlı tomografisinde (BT) intraventriküler yaygın kanama ve sağ lateral ventrikül atriumuna komşu intraparenkimal hematom odağı izlendi. Nöroşirurji ile konsülte edilen hasta ileri tetkik ve tedavi için Erciyes üniversitesi tıp fakültesine sevk edildi. Hastanın orada çekilen Dijital subtraction anjiografisinde (DSA) sağ lateral ventrikül komşuluğunda talamus posteriorunda temporopariyetal yerleşimli süperior serebral arterden beslenen AVM'a ait anjiografik bulgular saptandı.

SONUÇ: Çocukluk çağında spontan intrakraniyal kanama nadir görülür. Ölümcül olma potansiyeli nedeniyle erken ve doğru tanı gerektirir.

ANAHTAR KELİMELER: Arteriovenöz malformasyon, Çocukluk çağı, İntrakranial kanama.

SS-071 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Böyle Uzun Eşek Oynadınız Mı?

Mükerrem Altuntaş, Bahadır Karaca, Abdüssamed Vural, Mehmet Yılmaz, Mahmut Kızılet, Fatih Tutucu, Ali İhsan Kilci, Mustafa Oğuz Cumaoğlu
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ-AMAÇ: Servikal omurga travması çocukluk ve ergenlik çağında nadir görülür. Çoğunlukla motorlu araç kazaları, sportif yaralanmalar, yüksekten düşme ve ateşli silah yaralanmaları sonucu oluşur.

OLGU: 15 yaşında erkek hasta boyunda ağrı şikayeti ile acil servisimize ayaktan başvurdu. Acil servise başvurmadan 4-5 saat önce okulda arkadaşlarıyla uzun eşek oynarken üzerine başka bir arkadaşı atlamış. Daha sonra boynunda ağrısı olmuş. Hasta ağrısı geçmeyince acil servise başvurmuş. Hastanın nörolojik muayenesi normal bulundu. İki yönlü servikal grafide %15-20 kompresyon kırığı ve minimal angülasyon saptandı. Bunun üzerine servikal BT incelemesi yapıldı. Servikal BT'de spinal kanal intakt ve posterior elementlerde kırık olmadığı görüldü. Hasta ileri tetkik ve tedavi için Erciyes üniversitesi tıp fakültesine sevk edildi.

SONUÇ: Atipik başvuruyla gelen travmalı hastalarda üst servikal hassasiyeti ve hareket kısıtlılığı olan hastalar, nörolojik muayeneleri normal olsa bile fraktür açısından dikkatli olmak gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Uzun eşek, Servikal travma, C-6 vertebra fraktürü.

SS-072 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Oksipital Kondil Kırığı

Mükerrem Altuntaş, Bahadır Karaca, Abdüssamed Vural, Mehmet Yılmaz, Lütfullah Başköy, Zehra Alıncak, Mustafa Alparslan, Halil Gürler, Merve Gedikli
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ-AMAÇ: Oksipital kondil kırıkları (OKK) nadir olarak görülür. Özellikle üst servikal bölgede hassasiyeti bulunan semptomsuz, minör travmatize hastalarda OKK ihtimali mutlaka düşünülmelidir. Direkt grafilerle bu kırıklara tanı konulamamakta ve bilgisayarlı tomografi (BT) taramasına ihtiyaç duyulmaktadır.

OLGU: Yirmi sekiz yaşında erkek hasta, acil servisimize araç içi trafik kazası sonrası 112 ile getirildi. Hastanın acil servisteki fiziksel incelemesinde üst servikal bölgede palpasyonla hassasiyeti mevcuttu. Vital bulguları stabil olan hastanın fiziksel incelemesinde sol kulak auriste tam kat kesisi, burun kökünde ve alında abrazyon mevcuttu. Nörolojik incelemesi tamamen normaldi. Servikal hassasiyet nedeniyle rijit boyunluk takıldı. İki yönlü servikal grafisinde fraktüre rastlanmadı. Takibinde boyun hareketlerinin ağrılı olduğu tespit edilen hastaya bilgisayarlı BT çekildi. Beyin ve servikal BT'lerde; atlantooksipital dislokasyonun eşlik etmediği sağ oksipital kondil kırığı saptandı. Hasta ileri tetkik ve tedavi için Erciyes üniversitesi tıp fakültesine sevk edildi.

SONUÇ: Sonuç olarak, OKK minör travmalardan sonra oluşabilir, hastalar semptomsuz olabilir ve direkt grafiler ile tanı konamayabilir. Detaylı olarak BT görüntüleme ile bu kırıklara artan oranda tanı konabilmektedir. Oksipitoservikal bileşke şüpheli olgularda mutlaka BT ile taranmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Minör travma, Bilgisayarlı beyin tomografisi, Oksipital kondil kırığı.

SS-073 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Hava Enjeksiyonuna Bağlı Gelişen Subkutan Amfizem

Mükerrem Altuntaş, Bahadır Karaca, Abdüssamed Vural, Mehmet Yılmaz, Lütfullah Başköy, Mustafa Şimşek, Mustafa Alparslan, Ali İhsan Kilci, Fatih Tutucu, Emrah Özer
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ-AMAÇ: Ekstremitelerde sübkütan amfizem genellikle gaz üreten bakterilerle meydana gelen ciddi infeksiyonların bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanı sıra, basınçlı gaz veya sıvı enjeksiyonlarına bağlı olduğu da literatürde bildirilmiştir. İkisinin ayırıcı tanısı oldukça önemlidir, çünkü tedavileri oldukça farklıdır.

OLGU: Yirmi üç yaşındaki erkek hasta sol elde cam kesisi nedeniyle acil servisimize başvurdu. Fizik muayenesinde sol el avuç içerisinde düzgün sınırlı yaklaşık 1 cm'lik cilt cilatı kesi mevcuttu. Fakat hastanın sol üst ekstremitesinde dirseğe ulaşan bir şişlik mevcuttu ve palpasyonda cilt altı krepitasyon alınıyordu. Ağrı, hassasiyet ve bül oluşumu yoktu. Daha sonradan alınan bilgiye göre hasta elini kestikten sonra, elindeki kesinin içerisinde cam kalmasın diye basınçlı hava ile orayı temizlediğini belirtti. Radyolojik incelemelerinde ön kolda yaygın yumuşak doku gaz infiltrasyonu izlendi. Konservatif olarak hasta tedavisi verildi. Takiplerinde herhangi bir sıkıntı yaşanmadı.

SONUÇ: Yüksek basınçlı enjeksiyon travmaları, mekanik ve toksik olarak etki göstermektedir. Özellikle sıvı enjeksiyonlarında acil dekompresyon ve debridman önerilmektedir. Gaz enjeksiyonu ise daha benign seyirlidir ve sadece yakın takiple izlenmesi yeterlidir.

ANAHTAR KELİMELER: Subkutan Amfizem, Basınçlı Hava Enjeksiyonu, Cam.

SS-074 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Her renal kolik böbrek taşı değildir…

Mehmet Yılmaz, Abdussamed Vural, Mustafa Alpaslan, Bahadır Karaca, Mükerrem Altuntaş, İsmail Altıntop

SÖZLÜ BİLDİRİLER

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ: Acil tıp gündelik pratiğinde renal kolik sıkça görülmektedir. Bunların büyük bir kısmı da renal taşlara bağlı oluşmaktadır ve bu hastaların önemli bir kısmı da ileri cerrahi tedavilere gerek kalmadan taşın spontan düşürülmesi sonucunda şifa bulmaktadırlar. Ancak gözden kaçırılmaması gereken ve tanıda atlanırsa veya gecikilirse önemli mortalite oranlarına ulaşabilecek bir renal kolik nedeni vardır ki o da rüptüre olmuş renal angiomyolipomlardır. Anjiomyolipoma (AML) matür yağ hücreleri, düz kas dokusu ve kalın duvarlı kan damarlarını değişen oranlarda içeren, mezenşimal kaynaklı benign bir tümördür. AML popülasyonda yaklaşık %0.3 oranında görülür ve solid böbrek kitlelerinin %5'ini oluşturur.

OLGU: 30 yaşında erkek hasta acil servisimize yaklaşık 1 saat önce başlayan sol yan ağrısıyla başvurdu. Alınan anamnezinde ağrının aniden ve şiddetli şekilde başladığı, daha önce böyle bir ağrı yaşamadığı öğrenildi. Bu olaydan önce herhangi travmaya maruz kalmadığını, yaklaşık 1 hafta önce iş yerinde çalışırken ağır bir malzeme kaldırdığı ve bel bölgesinde kısa süreli bir ağrı olduğunu sonrasında da o ağrının geçtiğini belirtti. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde de özellik yoktu. Vital bulguları; TA:110/60, nabız:78, ateş:36.5, satürasyon O2:%97 idi. Fizik muayenesinde sol kostovertebral bölgede aşırı derecede hassasiyet, batın sol yanda defans ve rebound mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastadan tam idrar tetkiki, düz üriner sistem grafisi(DÜSG) ile birlikte tüm batın USG istendi. İdrar tetkiki ve DÜSG normaldi. Batın USG' de batın solunda böbrek lateralinde ve posteriorunda yaklaşık 9x3 cm boyutlarında heterojen yapıda lezyon olduğu söylendi, eş zamanlı yapılan renal dopplerde ise yoğun damarlanma içeren ters akım gelişmiş bir pseudoanevrizmatik bir yapı olduğu belirtildi. İleri değerlendirme amaçlı kontrastlı batın tomografisi çekildi. Tomografide sol böbrek komprese görünümdeydi ve perirenal yağlı planlarda belirgin heterojen dansite artışları ve en kalın yerinde 5.5 cm ye ulaşan retroperitoneal alan periferinde yerleşim gösteren, psoas anterior boyunca inferior uzanım gösteren yumuşak doku yoğunluğu mevcuttu. Ayrıca sol böbrek alt pol düzeyi korteksten perirenal alana ve inferiora doğru uzanım gösteren vasküler yapı lehine değerlendirilen hiperdens karvilineer yapı mevcuttu. Bu görünüm angiomyolipoma bağlı retroperitoneal kanamayı düşündürdü ve hastadan acil üroloji konsültasyonu istendi ve hasta acilen ameliyata alındı.

SONUÇ:AML'ler; benign karakterde olduğundan tanı konmadan önce büyük boyutlara ulaşabilir keza literatürde de ileri derecede büyük boyutlara ulaşmış vakalar bildirilmiştir. Kitle büyüdükçe tümör içine kanama riski de arttığından rüptüre olmuş vakalarda cerrahi müdahale gerekmektedir. Bu nedenle renal kolikle acile başvuran hastalarda acele edilmemeli ve hasta muayenesine ve klinik bulgularına son derecede dikkat edilmelidir. Son yıllarda gelişen teknolojiyle birlikte periferik damar içi müdahaleler de uygun olan vakalarda yapılabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: anjiomyolipom, renal kolik, taş

SS-075 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Primer dismenore tedavisinde piroksikam ve diklofenek sodyumun analjezik etkilerinin karşılaştırılması

Mehpare Çamlıbel[1], Bülent Erdur[2], Hayri Eliçabuk[3], Ahmet Ergin[4]

[1] *Denizli Devlet Hastanesi, Denizli*

[2] *Pamukkale Üniversitesi, Acil Tıp Anabilimdalı, Denizli*

[3] *Servergazi Devlet Hastanesi, Denizli*

[4] *Pamukkale Üniversitesi, Halk Sağlığı, Denizli*

Bu çalışmanın amacı primer dismenore tedavisinde parenteral tek doz piroksikam ve diklofenak sodyumun analjezik etkinliğini karşılaştırmaktır.

Çalışma 2013 Mayıs ile 2014 Temmuz tarihleri arasında üçüncü basamak şehir hastanesinde randomize, çift kör olarak tasarlanmıştır. Dismenoresi olan hastalar piroksikam ve diklofenak sodyum gruplarına randomize edildi. 100 mm'lik vizüel analog skala (VAS), numerik skala, verbal skala, dismenore grade skalası, ek semptomlar ve 24 saat içerisinde tekrarlayan analjezik gerektiren ağrı kaydedildi.

400 hasta çalışmayı tamamladı. Bu hastaların 200'ü (%50) piroksikam, 200'ü (%50) diklofenak sodyum grubuna dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 21,4'tü. VAS skorlarındaki ortalama düşüş piroksikamda 7,9±1,8 cm, diklofenak sodyumda 7,9±1,7 cm olarak ölçüldü. Tüm tedaviler arasında ağrı azalması etkinliği Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı (p=0,929). Kurtarıcı tedaviye piroksikam grubunda 25, diklofenak sodyum grubunda 11 kişide ihtiyaç duyuldu (p=0,014). Tedavi sonrası 24 saatlik zaman diliminde piroksikam grubunda 30, diklofenak sodyum grubunda 41 kişinin tekrar analjezik gerektiren ağrısı oldu (p=0,150). Çalışmamızın sonucunda, primer dismenore tedavisinde parenteral tek doz uygulanan 20mg piroksikam ve 75mg diklofenak sodyumun analjezik etkinliği arasında fark olmadığı görülmüştür.

ANAHTAR KELİMELER: Dismenore, piroksikam, diklofenak sodyum, Acil servis

SS-076 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

The Retrospective Evaluation of Demographic and Epidemiolocigal Charecteristics of Patients Admitted to Emergency Service of Goztepe Educational and Research Hospital

Ahmet Demir[1], Mehmet Ayrancı[2], Alev Eceviz[3], Zeynep Özkök[2], Cihan Büyüksütçü[2], Meltem Çöllü[2]

[1] *Sultanbeyli State Hospital,İstanbul,Turkey*

[2] *Departmant Of Emergency Medicine, Medeniyet Universty,İstanbul,Turkey*

[3] *Beykoz State Hospital,İstanbul,Turkey*

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The reason of 3-5 percent of urgent application for the consciousness disorders.This percent cannot be ignored because,many of them occur because of reason which might depend on life threat.

The purpose of this study; determination of the demographic and effects, evaluating of monitorig methods to the diagnosis,compareing with other studies in literature and,contributing to literature accoring to the patients who apply to with complain of the consciousness disorders and were not exposed to trauma.

MATERIAL-METHOD: In this project the facts, which comes to Emergency Service of Medeniyet Universty Goztepe Training and Research Hospital with consciousness deficiency not related with trauma are assessed as retrospective between 1st January 2013-31st May 2013.At the end of this work the facts branched off as neurological and non neurological consciousness disorders. The groups are compared according to; age group, gender,start of the consciousness deficiency, the time thruogh the requesting to the hospital,the heaviness of the consciousness deficiency,concomitant symptoms, vital evidences, laboratuar parameters and neurological examination evidences.

RESULTS: 309 patients were included in this study.52.4 percent of the cases were men and 47.6 percent of the cases were women. The proportion of men vs. women was 1.1.The average age of the patients who applied to this study was 61,77±20,79.The frequency of consciousness disorders among patients was 0.33%.It was found out that the 45 percent of the patients' consciousness disorders was caused by neurological reasons and 55 percent of the patients' was caused by non-neurological reasons.The patients were grouped as age between 18-45, 45-65 and above 65 and the patients whose age is above 65 made the 49.8 percent of the group.In both of the groups;sensory lost caused by neurological reasons and consciousness disorders caused by non-neurological reasons, the age above 65 group's patients were higher.The patients who applied to hospital within the two hours that consciousness disorders started, the disease caused by neurological reasons group were significantly higher.The patients who experienced sudden occurance of consciousness disorders mostly seen in the;consciousness disorders caused by neurological reasons group.The reasons detected in the consciousness disorders caused by neurological reasons group were mostly epilepsy and cerebrovascular diseases and in non-neurological group the detections were mostly related to systemic-organic disfunctions.

CONCLUSION: As per this study;non neurological causes was observed more frequently.Sudden onset of symptoms,mean arterial pressure height,focal symptoms and seizures;awareness of the presence of disorder of conciousness in the etiology is more likely to cause neurological reasons

KEYWORDS: Consciousness disorder, Neurological reasons, Nonneurological reasons, Emergency Service, Differential diagnosis

SS-077 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

In Hipertansif urgency and emergency patient presented emergency servise; for differantial diagnosis blood ADMA level

Alev Eceviz[1], Fatma Sarı Doğan[2], Onur İncealtın[2], Aykut Yüksel[2], Mehmet Ayrancı[2], Banu İşbilen Başok[3], Ahmet Demir[2]

[1]*Emergency Department, Beykoz Goverment Hospital, İstanbul, Turkey*

[2]*Emercency Department, Göztepe Training Hospital And Medeniyet Universty,İstanbul, Turkey*

[3]*Biochemistry Department, Göztepe Training Hospital And Medeniyet Universty, İstanbul, Turkey*

ADMA is an endogenous inhibitor of nitric oxide synthesis and also is an indicator of endothelial dysfunction. Increased ADMA levels has been shown in many studies in patients with hypertension, hypercholesterolemia, diabetes mellitus, peripheral arterial disease, and congestive heart failure. Hypertensive emergencies stutiation cause to serious end-organ by the damage uncontrollable high blood pressure.

Hypertensive urgency is acute severe elevation in blood pressure without evidence of end-organ damage. Patients who has hipertansif emergency has been shown to exhibit more endothelial dysfunction than patients who has hipertansif urgency.

In our study,as taking mainly hipertansif asemptomatic group,we compared the differences in endothelial funcions between these groups by looking at the adma levels

KEYWORDS: ADMA, Endothelial dysfunction, Hypertensive emergency, Hypertensive urgency.

SS-078 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

An Acute Adrenal Insufficiency: Case Report

Demet Acar, Mustafa Gülpembe, Saniye Göknil Çalık, Emin Fatih Vişneci, Kamil Kokulu, İlker Kaçer, İsmail Aktaş, Kemal Biçer, Can Gökay Yıldız, Başar Cander
Department of Emergency,Education and Research Hospital,Konya,Turkey

INTRODUCTION: Adrenal insufficiency is a life-threatening disorder due to impaired glucocorticoid action that can result from primary adrenal failure or secondary adrenal disease. The effects of adrenal insufficiency may vary from non-specific complaints of fatigue to severe adrenal crises with hypotension and hypoglycemia. Herein we will present an acute adrenal insufficiency case that was brought to the hospital with a Glasgow coma scale of 6.

CASE: Forty nine years old female patient was taken to the hospital by ambulance. She was found at home unconscious. Her blood pressure was too low and could not be measured as well as the blood glucose levels. The patient was carried to the hospital by ambulance. In physical examination, she was dehydrated, with decreased skin turgor-tonus and dry mucosa. Her blood pressure was 60/30 mmHg, heart rate was 128/minute and body temperature was 35,8 C. Her Glasgow coma scale was 6 (E1M4V1). heart sounds were S1-S2 rhythmic; but tachycardic. Respiratory system was normal. pathological reflex was not present as well as the neck stiffness. She was anuric. Laboratory examinations revealed; fingertip glucose:20 mg/dL, urea:38 mg/dl, creatinin:0.81 mg/dl, ALT:12 IU/ml, AST:35 IU/ml, Na:127 mEq/L, K:5.6 mEq/L Ca:6,9 mg/dl albumin:3.1 WBC:8800 /µL, Hgb:13,3g/dl, normal free T4, free T3, C-reactive protein and pro-calcitonin levels.. Her friends told that she was healthy the day before but very tired. Since her sodium was low, potassium was high; she was hypoglycemic and in an acute shock; with the pre-diagnosis of acute adrenal crisis, dextrose + crystalloid infusion was started to the patient and 8 mg i.v. dexamethasone was given. She was intubated and hospitalized in intensive care unit with the pre-diagnosis of adrenal insufficiency. Later her family arrived to the hospital and told that she was having hypothyroidism and adrenal insufficiency and was not taking her medication deltacortril (prednisolone) for last 1 week. With appropriate fluid replacement and steroid she was hospitalized in intensive care unit for 10 days and then forwarded to the endocrinology department.

DISCUSSION: Typical symptoms of adrenal insufficiency include weakness, fatigue, anorexia, abdominal pain, weight loss and salt craving. However, these symptoms may be obscure and high levels of clinical suspicion may be required in order to diagnose. Acute adrenal insufficiency is a rare but life-threatening condition. Since outcome is dependent upon early recognition and exogenous glucocorticoid administration; this condition should be kept in mind in differential diagnosis of cases with hypoglycemia and hypotension.

KEYWORDS: Acute adrenal insufficiency hypoglycemia hypotension. deltacortril (prednisolone)

SS-079 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

The prognostic value of serum PAPP-A levels at ED admission in elderly patients with community-acquired pneumonia

Yalçın Gölcük[1], Burcu Gölcük[2], Adnan Bilge[1], Ayhan Korkmaz[3], Mehmet İrik[1], Mustafa Hayran[1], Alper Tunga Özdemir[2], Yusuf Kurtulmuş[4]

[1]*Department of Emergency Medicine, Celal Bayar University, Manisa, Turkey*

[2]*Department of Clinical Biochemistry, Merkez Efendi State Hospital, Manisa, Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine, Manisa State Hospital, Manisa, Turkey*

[4]*Department of Clinical Biochemistry, Tepecik Training and Research Hospital, Manisa, Turkey*

OBJECTIVE: This study aims to compare serum pregnancy-associated plasma protein-A (PAPPA) levels in surviving and non-surviving elderly patients with community-acquired pneumonia (CAP), investigating whether PAPP-A is correlated with CAP prediction scores and whether PAPP-A can successfully predict 28-day mortality rates in elderly patients.

METHODS: This prospective, observational, single-center, cross-sectional study was conducted at the emergency department (ED) of Celal Bayar University Hospital in Manisa, Turkey, between January and September 2014. All patients underwent follow-up evaluations 28 days after admission. The end point was defined as all-cause mortality.

RESULTS: A total of 100 elderly patients (mean age 77.3 ± 7.6 years range, 65-94 years), 60% men) with CAP were enrolled in this study. All-cause mortality at the 28-day follow-up evaluation was 22%. Admission PAPP-A levels were significantly higher in non-survivors compared with 28-day survivors (10.3 ± 4.5 ng/mL vs. 3.8 ± 2.6 ng/mL, P <.001). A significant and positive correlation between admission PAPP-A levels and pneumonia severity index, CORB-75, and CURB-65 scores were found (r =.440, P <.001; r =.395, P <.001; r =.359, P <.001, respectively). Moreover, we determined that the optimal PAPP-A cutoff for predicting 28-day mortality at the time of ED admission was 5.1 ng/mL, with 77.3% sensitivity and 77.9% specificity.

CONCLUSIONS: Serum PAPP-A level is valuable for predicting mortality and the severity of the disease among elderly patients with CAP at ED admission. Thus, PAPP-A might play a further role in the clinical assessment of the severity of CAP.

KEYWORDS: community-acquired pneumonia, mortality, pregnancy-associated plasma protein-A

SS-080 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Diabetic Mononeuropathy: Case report

Mustafa Gülpembe, Demet Acar, Saniye Göknil Çalık, Emin Fatih Vişneci, Kemal Biçer, Can Gökay Yıldız, Ozan Özelbaykal, Mevlüt Güven, Başar Cander
Department of Emergency,Education and Research Hospital,Konya, Turkey

CASE: A 52 years old female patient was admitted to the hospital with blurred vision and strabismus. She was having headache for 3 weeks. In last 3 days, falling off in her eye-lid, blurred vision and strabismus were present. She was having Hypertension and Diabetes Mellitus Type 2 for about 5-6 years in her history. She was conscious, oriented, and had a Glascow scale of 15.In her physical examination; blood pressure:130/75 mmhg, pulse: 80/min, and body temperature:36,4 C were normal. Respiratory and cardiovascular systems were also normal. In neurological examination, right pupil was mydriatic, without direct light reflex and dilated with a fixed pupil. Left eye examination was normal. Pupils were anisocoric. Lateralizing deficit was absent. Babinski -/-. Laboratory examination revealed normel liver and kidney function tests with a minimally elevated blood glucose (147 mg/dl) and white blood cell count (10800/mL). In Brain CT;' Posterior fossa was normal. The fourth ventricul was in midline with normal diameters. Bilateral basal ganglia, thalamus and centrum semiovale were normal. Lateral vebtricules were normal with minimal dilatation. Cerebral sulci were minimally deeper. At the level of vertex; on left parietal region, there was a calcified nodular appearance (calcified fibroma?)'. In Diffusion MRI; acute ischemia was not present. The patient was diagnosed with isolated right 3rd nerve paralysis and consulted with neurology. Magnetic resonance angiography was normal. The ptotic appearance of eye lid was normalized and the patient was consulted with neurology department with the diagnosis of diabetic mononeuropathy.

KEYWORDS: Mononeuropathy blurred vision and strabismus Diabetes Mellitus Type 2

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-081 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Combination of mean platelet volume and the CURB-65 score better predicts 28-day mortality in patients with community-acquired pneumonia

Yalçın Gölcük[1], Burcu Gölcük[2], Adnan Bilge[1], Mehmet İrik[1], Onur Dikmen[1]

[1]*Department of Emergency Medicine, Celal Bayar University, Manisa, Turkey*

[2]*Department of Clinical Biochemistry, Merkez Efendi State Hospital, Manisa, Turkey*

OBJECTIVE: This study aims to investigate whether mean platelet volume (MPV) is correlated with the CURB-65 (Confusion, Urea, Respiratory rate, Blood pressure, >65 years of age) score, and whether a combination of the CURB-65 score with MPV could better predict the 28-day mortality in patients with community-acquired pneumonia (CAP).

METHODS: This prospective, observational, single-center, and cross-sectional study was conducted at emergency department (ED) between September 1, 2013, and July 31, 2014. All patients underwent follow-up evaluations 28 days after admission. The end point was defined as all-cause mortality.

RESULTS: A total of 174 patients (mean age, 66.7 ± 15.8 years; 66.1% men) with CAP were enrolled in this study. All-cause mortality at the 28-day follow-up evaluation was 16.1%. A significant and inverse correlation between MPV and CURB-65 score was found (R = -.58, P <.001). We determined that the optimal MPV cutoff for predicting 28-day mortality at the time of ED admission was 8.55 fL, with a 75.0% sensitivity and a 75.3% specificity. For the prediction of 28-day mortality, the area under the receiver operating characteristic curve was 0.819 (95% confidence interval CI, 0.740-0.898; P <.001) when the CURB-65 score was used alone, whereas it increased to 0.895 (95% CI, 0.819-0.936; P <.001) with the addition of MPV to the score.

CONCLUSIONS: Mean platelet volume level is valuable for predicting mortality and the severity of disease among patients with CAP at ED admission. Furthermore, a combination of CURB-65 score and MPV can enhance the predictive accuracy of 28-day mortality.

KEYWORDS: community-acquired pneumonia, CURB-65 score, mean platelet volume,

SS-082 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acth Secreting Pituitary Macroadenom: Case Report

Demet Acar, Mustafa Gülpembe, Emin Fatih Vişneci, Saniye Göknil Çalık, Kamil Kokulu, Can Gökay Yıldız, Ahmet Çağlar, Levent Oktar, Başar Cander
Department of Emergency,Education and Reserch Hospital,Konya,Turkey

INTRODUCTION: Cushing's disease (CD), defined as pituitary adrenocorticotropic hormone (ACTH) excess, is the most frequent cause of endogenous Cushing's syndrome. CD is usually due to a microadenoma (maximal diameter <10 mm) and may be difficult to visualize; in contrast, only 7%-20% of cases are due to ACTH-producing macroadenomas (maximal diameter >10 mm). Herein we will report an ACTH-producing macroadenoma case admitted to the emergency department with unconsciousness and blurred vision.

CASE: A 34 years old female patient was admitted to the emergency department with unconsciousness, agitation, nervousness, elevated blood pressure and unable to walk. Medical history revealed that she had fallen down from a chair (minor trauma) about 2 months ago and had had femur head fracture. She was operated for this condition but could not walk again from then on. She was not taking any medications and unconsciousness, agitation and nervousness were present for 2 weeks. In physical examination, she was obese with moon face. There was also pleathore on face with buffalo hump on the back of neck. Hirsutism was also present. Blood pressure:160/100 mmhg, pulse rate: 84/min and body temperature:36,9C. Cardiovascular and respiratory system examinations were normal. Power loss was present in muscles of lower extremities. The pre-diagnosis was Cushing syndrome. Laboratory examinations revealed ACTH:141.8(7.2-63.3) Cortisol:47.56 with normal liver and kidney function tests. In Brain MRI; a macroadenoma with the dimensions of 3,5x2x1,5 cm;infiltrating sellar and suprasellar areas, deplacing optic chiasma to the superior and infiltrating cavernous sinus on the right was reported. The patient was hospitalized in endocrinology department and then operated by Neurosurgery department. The pathological diagnosis of the operation specimen was ACTH (adrenocorticotrophic hormone) secreting macroadenoma.

DISCUSSION: Adrenocorticotrophic hormone secreting pituitary adenoma is a rare causes of Cushing syndrome. Transsphenoidal surgery is clearly the first line therapy of choice in ACTH secreting adenomas; with remission rates of between 65 and 90 % for microadenomas, but somewhat lower rates <65 % for macroadenomas. Some well-known and recent drugs are available in treatment. The most effective medical agents to inhibit adrenal steroidogenesis include metyrapone, ketoconazole, mitotane and etomidate which are used in preparation for surgery. Cabergoline and pasireotide decrease ACTH production, but are effective in only 30% and 25% of patients, respectively. In emergency department, clinicians should be alert about Cushing syndrome; especially in patients with the physical examination findings.

KEYWORDS: ACTH pİTUITARY Macroadenom buffalo hump

SS-083 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Diverticulum abscess with Hyperglycemia

Zeynep Özkök[1], Cihan Büyüksütcü[2], Meltem Çöllü[2], Mehmet Ayrancı[2], Behçet Varışlı[3], Ahmet Demir[4], Sibel Senem Baş[5]

[1]*Department of Emergency Medicine, Necmettin Erbakan University,Konya,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Göztepe Training and Research Hospital,Medeniyet University,İstanbul,Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine, Çanakkale State Hospital,Çanakkale,Turkey*

[4]*Department of Emergency Medicine, Sultanbeyli State Hospital,İstanbul,Turkey*

[5]*Department of Emergency Medicine, Trakya University,İstanbul,Turkey*

INTRODUCE: Infectıons and incongrous using drugs is the most comman reason hyperglycemia in diabetic patients. In this case we found the diverticulum abscess on diabetic patient. Diverticulum abscess is an inflamation after colon perforation. It needs an operatıon. %75 percent of colon introduction is limited in colon, but %25 percent is limited in abdomen.

CASE: 67 year old male person visit the emergency cervice with fatigue and hyperglycemia by the 112. He have diabetes mellitus, hypertension and stroke in his medical background. Hıs pyhsıcal examınatıon; GKS:15, blood pressure: 100/60 mmhg, blood glukose level: 570 mg/dl, he was only defans and sensitiveness on his left down abdomen part. There was no acidosis on his blood gase level. On the labrotuary values wbc:13500 creatine:1.45 mg/dl na:128 mEq/l, no urine ketosis. When we check abdomen with ultrasound there was minimal free liquıd on the patient abdomen. We check the abdomen for abscess, diverticulosis or tumor with CT. After abdomen CT, we found dİvertİculum abscess. When the patient become normoglisemia, he hosipitalized to general surgery cervices.

DISCUSSION: We need to search what is the reason for hyperglycemia. Infection can be an uncomman reason, but we didn't forget. İn older person we must so carefull, becouse the symptoms of acute abdomen cannot be evient. We have to need so many test on elder patients.

KEYWORDS: Diverticulum abscess, Hyperglycemia

SS-084 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Geriatric dementia, delirium & depression (3D) assessment in ED: Hidden face of the geriatric patient population

İsa Kılıçaslan[1], Myat Soe Thet[2], Berkay Karahacıoğlu[2], Merve Sevim[3], Zekeriya Ülger[4]

[1]*Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Gazi University, Ankara, Turkey*

[2]*English School of Medicine, Faculty of Medicine, Gazi University, Ankara, Turkey*

[3]*Turkish School of Medicine, Faculty of Medicine, Gazi University, Ankara, Turkey*

[4]*Division of Geriatric Medicine, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Gazi University, Ankara, Turkey.*

BACKGROUND & AIMS: While physicians tend emphasize on medical problems, behavioral and cognitive disorders of the geriatric patients are usually missed, especially in emergency

departments. The aim of the study is to determine the incidence of dementia, delirium and depression among older people presenting to an emergency department.

PATİENTS & METHODS: During the study period of December 10, 2014 to January 10, 2015, 512 patients, presenting to emergency department of a tertiary care university hospital, were recruited to our study. 430 patients at the age of 65 or older, met our inclusion criteria, and were included in the study. Dementia, delirium, and depression of the patients were prospectively evaluated using Quick Confusion Scale, Confusion Assessment Method, and Geriatric Depression Scale respectively.

RESULTS: Out of 430 patients, 276 patients (64.2%) were found to have dementia, 35 patients (8.1%) presented with delirium, and 142 patients (33.0%) were diagnosed with depression.

CONCLUSİON: Apart from medical and surgical problems of geriatric patient population, incidences of dementia and depression are much higher than expected in the emergency department. We suggest that emergency departments have screening tools for dementia and depression to increase the life quality for geriatric patient population.

KEYWORDS: Dementia, depression, delirium, geriatric, emergency

SS-085 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Geriatric neglect and abuse in emergency department

İsa Kılıçaslan[1], Myat Soe Thet[2], Merve Sevim[3], Berkay Karahacıoğlu[2], Zekeriya Ülger[4]

[1]*Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Gazi University, Ankara, Turkey*

[2]*English School of Medicine, Faculty of Medicine, Gazi University, Ankara, Turkey*

[3]*Turkish School of Medicine, Faculty of Medicine, Gazi University, Ankara, Turkey*

[4]*Division of Geriatric Medicine, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Gazi University, Ankara, Turkey.*

BACKGROUND & AIMS: Increase in life expectancy also leads to the rise in number of geriatric population admission to emergency department. The aim of the study is to describe the incidence of geriatric physical neglect and abuse, which are not usually reported, as well as its correlation to the dependency of patients.

PATİENTS & METHODS: In our prospective cross-sectional study, 459 geriatric patients admitted to emergency department from December 2014 to January 2015 with the age of 65 and above, were included in the study. 10-item modified Barthel Index (MBI) was used to identify the degree of dependency of patients on others (0 point: completely independent, 30 points: completely dependent). Detailed histories of the patients were taken, and comprehensive physical examinations were carried out to identify abuse and neglect of the patients. Spearman correlation analysis was used to identify the correlation between the MBI and neglect.

RESULTS: In our patient population, 267 patients (60.5%) were completely independent (MBI: 0), 86 patients (19.5%) were slightly dependent (MBI: 1-10), 48 patients (10.9%) were considerably dependent (MBI: 11-20), 15 patients (3.5%) were highly dependent (MBI: 20-39), and 25 patients (5.7%) were completely dependent (MBI: 30). 20 patients (4.4%) were found to have neglect, and there was only 1 abuse patient (0.2%). High MBI is positively correlated to geriatric neglect (P<0.001).

CONCLUSİON: High Modified Barthel Index is related to geriatric neglect, and therefore, it is suggested that highly dependent patients should also be evaluated for geriatric neglect to increase their quality of life.

KEYWORDS: Geriatric, neglect, abuse, emergency

SS-086 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Prognostic effects of ionised calcium and troponin levels in patients who monitored in intensive care unit because of sepsis

Bora Çekmen[1], Ramazan Köylü[1], Nazire Belgin Akıllı[1], Yahya Kemal Günaydın[1], Öznur Köylü[2], Başar Cander[3]

[1]*Emergency Department, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

[2]*Biochemistry Department, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

[3]*Emergency Department, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey*

OBJECTIVE: Aim of our study is to determine the relation between troponin and ionised calcium levels and prognosis in patients over 18 years old who are monitoring in intensive care unit because of sepsis

METHOD: İn this study 145 patients who are over 18 years old and admitted to hospital with diagnosis of sepsis, were researched. Patients who enrolled to study, were compared with these criterias: age, sex, comorbide diseases, vital signs (heat, pulse, tension), blood gas analysis, ionised calcium. troponin, CK (creatine kinase), CK-MB, Hb (hemoglobine), plt(platelet),urea, kreatinin, albumin, CRP, procalcitonin, APACHE II score, SOFA score; hospital mortality, vasopressor agent requirement, mechanical ventilation requirement, ICU lenght of stay, time during mechanical ventilation.

RESULTS: Median age in our study was 74(IQR:16). %55,9 of cases were male and %44,1 were female. There were no significant differences between mortality and comorbid diseases (P>0.05). APACHE and SOFA score systems both were negatively correlated with the length of stay in hospital and ICU(p<0,05). İn multivariable cox regression model, APACHE II and SOFA score systems were independent predictors of in-hospital mortality (irrelevant from age, sex, lactate, creatinine and albumin parameters) (HR:1,068 (1,03-1,10), p=0,001), (HR:1,112 (1,04-1,19), p=0,003). There were no significant differences between Troponin I (cTnI) levels and mortality and other prognostic indicators(p>0,05). Cutoff value,which calculated with ROC curve, for hospital mortality was ≤ 0,93 mmol/l (Sensitivity:67,26 specificite:62,50 AUC 0.63 CI% 0.54-0.70, p=0.03). Two groups were formed (cases under 0,93 mmol/l and cases over 0,93 mmol/l) according to iCa median value. There were significant differences about hospital mortality between these two groups (p<0,05). İn multivariable cox regression model, iCa values ≤0,93, were an independent predictor of in-hospital mortality(irrelevant from age, sex, lactate, creatinine and albümin parameters) (HR:0,569 (0,37-0,86), p=0,008). in this group when İCa values <93 and in presence of hospital mortality, survival rates which calculated with KAPLAN MEİER curve,were significantly lower (Log Rank 6,20 p=0.01).

CONCLUSION: As a result of our study, there is no relation between troponin I levels and prognosis in patients with sepsis. İonised calcium ≤0,93, APACHE II and SOFA score systems are independent predictors of in-hospital mortality, in septic patients(irrelevant from age, sex, lactate, creatinine and albumin parameters). İonised calcium levels can be used as a prognostic indicator in septic patients.

KEYWORDS: ionize calsium, prognosis, sepsis, troponin,

SS-087 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A rare side effect of fentanyl in patient with parkinson disease: a case report

Atıf BAYRAMOĞLU, Murat Sari temur, Fatih Mehmet Sarı, Ilker Akbaş
Department of Emergency, Ataturk University, Erzurum, Turkey

INTRODUCTION: Parkinson's disease is caused by dopamine deficiency. Opioids were shown to induce Parkinsonism by reducing central opioid transmission. In this study, we aimed to present a case with Parkinson's disease following low-dose fentanyl analgesia.

CASE: Fifty-one year old female patient with parkinson's disease, was admitted to our emergency service with the complaint of pain. Fentanyl 50 µg IV was administered. Approximately 3 minutes after the administration, sudden loss of consciousness developed. She had tachycardia (126/min) and normal spontaneous breathing. She was aphasic, unresponsive to verbal and painful stimulations, had excessive perspiration and findings of oculogyric crisis. In her physical examination, muscles of all extremities were in flaccid state, dyskinetic movements had stopped, and there were no clonic movements. Approximately one minute later, flexion rigidity developed in her right upper extremity together with extension rigidity of her left upper extremity and both lower extremities. This situation lasted less than two minutes and without any additional treatment or intervention, she regained her consciousness. Repetitive movements as licking and gulping started in the mouth of the patient who had full orientation and cooperation. Opisthotonus, dysarthria and hypomimia developed. The dyskinetic movements were further intensified in her right leg. Tremors in her four extremities increased significantly. This situation lasted for approximately half an hour and then the patient started manifesting the symptoms as in her first admittance.

As a conclusion, fentanyl should be used with caution for pain management in patients with Parkinson's disease; even in low doses.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

KEYWORDS: Fentanyl, parkinson' disease, side effects, oculogyric crisis

SS-088 Resüsitasyon

Evaluating the factors that affect the reaction of patient's relatives while giving the death new in emergency department

Behçet Al[1], Tufan Yildirim[1], Suat Zengin[1], Şener Cindoruk[1], Cuma Yıldırım[1], Mehmet Doğan[2], Şahin Kartal[2], Olcay Gürsoy[3]

[1]*Emergency department of medicine school, Gaziantep University*

[2]*Emergency Department of Şehitkamil state hospital*

[3]*Emergency Department of Dr. Ersin Aslan state hospital*

OBJECTIVE: The factors that affect the reaction of patient's relatives while giving the death new in emergency department was evaluated in present study by using control groups.

METHOD: The study was constructed by Emergency Department of Medicine School, Gaziantep University between May 2014 and February 2015. To evaluate the factors that affect the reaction of patient's relatives while giving the death, patients died in ED of Gaziantep University was detected as group 1, and patients died in Dr. Ersin Aslan and Şehitkamil state hospitals were detected as group 2. SPSS Windows version 22.0 packet program was used for statistical analysis, and P<0.05 as accepted statistically significant

FINDINGS: Every group included 100 patients. Of cases, 34%' was female, and 66% was male. Of cases, 63.5 had chronic disorders bur stabile, 8% was end stage situation, and 28.5% didn't have any disorders. Thrombosis was the most common (29.5%) disorders that caused death in both (p=0.002).

The majority patients (73%) were brought to the ED by 112 ambulances in both groups (p=0.332). the most common deaths (75.5%) were unexpected; but expected deaths were more common (p=0.024). the witnessed deaths were higher in group 1 (p=0.043). Generally, the number of relatives that came with patients was between two and five, of these majorities were the first degree relatives (p=0.034).

The information of the patients who had a possibility of death was given higher in group 1 (p=0.011). After hearing break news, the relatives in group 2 reacted much more (p=0.001). CPR was lasted more in university hospital (p=0.008). The relatives in university hospital were informed more regarding their patients (p=0.001). The period between giving the information in university hospital was 15 minutes. The relatives showed much more violence during CPR in group 2 (p=0.001). In university hospital the majority of information was given in resuscitation room by showing the patient (p=0.001). All the break news was given by doctors in both groups. While hearing the break new 60% of relatives in group 1 reacted by crying. Relatives in group 2 showed more then one reaction (p=0.001).

CONCLUSION: The ratio of witnessed arrest, giving information to the relatives just before death, showing the patients to their relatives in resuscitation room while continuing the CPR was higher. The relatives' reactions against break news were more common in states hospitals.

KEYWORDS: Break news, arrest patient, relative, reaction, emergency department

SS-089 Kardiyovasküler aciller

Pentraxin-3 might be a new biomarker in diagnosis and prognosis of Acute Coronary Syndrome?

Muhammet Raşit Özer[1], Mehmet Ergin[2], İbrahim Kılınç[3], Zerrin Defne Dündar[2], Nejla Özer[3], Mehmet Akif Önal[1], Abdullah Sadık Girişgin[1], Sedat Koçak[2], Mehmet Gül[2], Basar Cander[2]

[1]*Deparment of Emergency, Education and Research Hospital, Konya, TURKEY*

[2]*Deparment of Emergency, Necmettin Erbakan Univercity, Konya, TURKEY*

[3]*Deparment of Biochemistry, Necmettin Erbakan Univercity, Konya, TURKEY*

INTRODUCTION: The aim of our study is to evaluate the serum pentraxine-3 (PTX-3) levels and their efficiency on making diagnosis and estimating prognosis in patients admitted to emergency service with chest pain.

METHOD: The study was conducted in Necmettin Erbakan University Meram Medical School Emergency Department. Patients who had chest pain and inclusion criteria were accepted. The patients were divided into Acute Coronary Syndrome (ACS), Diagnosis other than Acute Coronary Syndrome (Non-ACS) and control. The pateinst of ACS and Non-ACS groups were divided into 5 sub-groups as STEMI, NSTEMI, USAP, stable angina and pulmonary embolus. For all patients, serum PTX-3, Troponin-I and Creatinine Kinase-MB fraction (CKMB) levels were measured.

RESULTS: There were 199 cases in ACS and non-ACS groups, and 30 cases in control group in the study. There wasn't any significant difference between study groups in terms of age and levels of PTX-3. When comparing survival and non-survival in terms of in-hospital death, CK-MB and Troponin levels were significantly higher in ACS and Non-ACS groups according to control groups whereas no significant difference in terms of PTX-3 levels.

DİSCUSSİON: Despite the improvements in diagnosis and treatment, rates of mortality, hospital admission and recurrent infarction are still high in ACS. In literature, PTX-3 was claimed to be as effective as troponin in diagnosis of ACS. However, the results of our study demonstrated that PTX-3 isn't an effective test in differential diagnosis and determination of in-hospital mortality in ACS. However, the limitations of the study should be considered as well. The results confirmed that CKMB and Troponin-I can be safely used in differential diagnosis and prediction of mortality.

KEYWORDS: pentraxine-3 (PTX-3),a new biomarker, Acute Coronary Syndrome

SS-090 Kardiyovasküler aciller

N-GAL might be a new biomarker in diagnosis and prognosis of Acute Coronary Syndrome?

Muhammet Raşit Özer[1], Mehmet Ergin[2], İbrahim Kılınç[3], Zerrin Defne Dündar[2], Nejla Özer[3], Mehmet Akif Önal[1], Abdullah Sadık Girişgin[1], Sedat Koçak[2], Mehmet Gül[2], Basar Cander[2]

[1]*Deparment of Emergency, Education and Research Hospital, Konya, TURKEY*

[2]*Deparment of Emergency, Necmettin Erbakan Univercity, Konya, TURKEY*

[3]*Deparment of Biochemistry, Necmettin Erbakan Univercity, Konya, TURKEY*

INTRODUCTION: The aim of our study is to evaluate the serum Neutrophil gelatinase-associated lipocalin (NGAL) levels and their efficiency on making diagnosis and estimating prognosis in patients admitted to emergency service with chest pain.

METHOD: The study was conducted in Necmettin Erbakan University Meram Medical School Emergency Department. Patients who had chest pain and inclusion criteria were accepted. The patients were divided into Acute Coronary Syndrome (ACS), Diagnosis other than Acute Coronary Syndrome (Non-ACS) and control. The patients of ACS and Non-ACS groups were divided into 5 sub-groups as STEMI, NSTEMI, USAP, stable angina and pulmonary embolus. For all patients, serum NGAL, Troponin and CK-MB levels were measured.

RESULTS: There were 199 cases in ACS and non-ACS groups, and 30 cases in control group in the study. There wasn't any significant difference between study groups in terms of age and levels of NGAL. When comparing survival and non-survival in terms of in-hospital death, CK-MB and Troponin levels were significantly higher in ACS and Non-ACS groups according to control groups whereas no significant difference in terms of NGAL levels.

DİSCUSSİON: Despite the improvements in diagnosis and treatment, rates of mortality, hospital admission and recurrent infarction are still high in ACS. In literature, NGAL was claimed to be as effective as troponin in diagnosis of ACS. However, the results of our study demonstrated that NGAL isn't an effective test in differential diagnosis and determination of in-hospital mortality in ACS. However, the limitations of the study should be considered as well. The results confirmed that CKMB and Troponin-I can be safely used in differential diagnosis and prediction of mortality.

KEYWORDS: Neutrophil gelatinase-associated lipocalin, a new biomarker, Acute Coronary Syndrome

SS-091 Resüsitasyon

Blue Code Applications In A University Hospital

Sedat Koçak, Elif Özsağlam, Fulya Köse, Zerrin Defne Dündar, Ümmühan Sarıkaya, Başar Cander
Emergency Medicine Department of Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey

BACKGROUND: The blue code application is defined as the administration style that enables the professional teams composed of doctors and other medical staff to reach respiratory and cardiac arrest patients in hospitals faster and ensures the efficient intervention and outcome. Cardiopulmonary resuscitation being on time and efficient is important to ensure survival and decrease morbidity. Blue code teams are formed according to these purposes.

METHOD: The study was conducted retrospectively on the NEU Meram Faculty of Medicine medical records of blue code application that was applied actively between 2013 and 2015. Short message server system in our hospital and the 2222 direct Blue Code calls had been used to reach the Blue code teams. Blue code notification forms contained patient name-surnames, age, gender, diagnosis, call reach time, case intervention time, cardiovascular resuscitation status and patient outcome data.

RESULTS: Data of Blue Code application that was initiated in November of 2013 to January of 2015 was assessed. 27 male and 37 female a total of 65 cases were interfered with blue code teams. One of the cases was false alarm. The youngest of the patients was a 6 months old baby and the oldest was 86 years old patient. Mean age was 53.17 years. The mean time for Blue code team to reach the patient was 3.35 minutes. During the 16 months of time period between 2013 and 2015 years, 65 calls were made; one of them was false alarm and 16 cases were interfered with CPR. Ten of the cases responded to CPR and 6 of them resulted as exitus despite the effective CPR. Patients were interfered in clinics with no intensive care units such as urology, infectious diseases, orthopedics, ophthalmology clinics alongside with clinics with intensive care units such as general surgery and internal medicine services.

CONCLUSİON: This and this kind of studies confirms that blue code teams arriving to arrest patients in short time periods and early defibrillation increase chance of survival and discharge rates and decrease morbidity. Further detailed and long term studies are needed to determine the main causes of mortality, to measure efficiency and effectiveness of blue code teams. Studies should be multicentered and data share must be done. Delay of intubation on arrest cases increase mortality risk. Therefore blue code teams are units composed of experienced medical workers that stand on the thin line between life and death.

KEYWORDS: Blue Code, Resucitation, Emergency depertmant

SS-092 Kardiyovasküler aciller

Acute myocardial infarction following carbon monoxide poisoning

Alev Eceviz[1], Onur İncealtın[2], Mehmet Ayrancı[2], Fatma Sarı Doğan[2], Ahmet Demir[2], Zeynep Özkök[2], Behçet Varışlı[2]

[1]*Department Of Emergency Medicine,Beykoz Goverment Hospital, İstanbul, Turkey*

[2]*Department Of Emergency Medicine,Göztepe Trainin Hospital And Medeniyet University, İstanbul, Turkey*

Carbonmonoxide (CO) exposure is one of the most common reasons of poisoning death. Carbon monoxide is a colorless, odorless, tasteless and nonirritant gas. Clinical manifestation usually involves central nervous and cardiovascular systems, because brain and heart are very sensitive to hypoxia. CO has a higher affinity for hemoglobin than does oxygen, it attaches to the hemoglobin of the red blood cells and blocks their capacity to carry oxygen. As a result, elevated blood concentration of CO leads to reduced tissue oxygen delivery. Myocardial infarction pathogenesis during CO intoxication is complex. Widespread tissue hypoxia and increased thrombotic tendency have an important role. Such cardiac involvement may occur promptly after CO exposure, or it may be delayed for several days. We have a 69 years old female who had an acute myocardical infarction after the CO exposure. We think that infarction is precipitated by CO exposure in our patient who had coronary artery disease before.

KEYWORDS: Myocardial infarction, carbon monoxide poisoning, emergency medicine

SS-093 Kardiyovasküler aciller

Marfan & Aortic Dissection

Atıf BAYRAMOĞLU[1], Murat Saritemur[1], Ayça Şahin[1], Ihsan Yüce[2], Mücahit Emet[1]

[1]*Department of Emergency, Ataturk University, Erzurum, Turkey*

[2]*Department of Radiology, Ataturk University, Erzurum, Turkey*

INTRODUCTION: Aortic dissection happening because of a laceration between intima and media layer. Connective tissue diseases like Marfan, Ehler Danlos are the most common risk factors for the aortic dissection. Clinicians should think this diagnosis in case of patients presenting to the emergency with sudden beginning back pains.

CASE: A 36 years-old woman came to emergency service with back pain started 1 hour ago and flashing lights on bilateral eyes. There was ascendant aorta dilatation and a history of marfan syndrome. On her physical examination bilateral pulses were clear. The blood pressure 60/37mmhg on right arm, 114/30 on left arm, and pulse: 91/minute. There is ST wave depression and negative T wave on inferior and lateral derivations on ECG. We take thorax and abdomen tomography with contrast immediately. There was a dissection beginning from the corotis to infrarenal line at the left side. The cardiovascular surgery consultation was made and patient taken to operation quickly.

RESULT: Mortality rate in aortic dissection increases to 50% in the first 48 hours due to delayed diagnosis and treatment. It's a bad prognoses disease for the emergency physician.

KEYWORDS: Marfan, Aortic dissection, back pain

SS-094 Kardiyovasküler aciller

Our Fibrinolytic Experience in Emergency Service

Mehmet Ergin, Alpay Tuncar, Tamer Çolak, Kadir Küçükceran, Zerrin Defne Dündar, Sedat Koçak, Abdullah Sadık Girişgin, Mehmet Gül, Başar Cander
Emergency Medicine Department of Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey

INTRODUCTION: There is fibrinolytic treatment indication for patients during resuscitation for cardiac arrest with suspicion of acute myocardial infarcts with ST elevation (STEMI), ischemic strokes, massive pulmonary emboli and acute pulmonary embolism.

MATERIAL-METHOD: Patients from Necmettin Erbakan University, Meram Medical Faculty Emergency department between January 1st 2011 and 31st December 2014 who were applied with fibrinolytic treatment were assessed retrospectively.

FINDINGS: 43 patients were identified using hospital's information processing center. 55% of the patients were female. 62.8% of the patients had been applied with fibrinolytic treatment due to diagnosis of pulmonary embolism, 23,3% as acute myocardium infarct and 14% as acute ischemic stroke. After the treatment, 7% of the patients developed GIS hemorrhage, 4,7% cerebral hemorrhage and 2,3% hemothorax. Patient outcome was observed as unsuccessful on 69,8% of the cases and as successful in 30,2%.

RESULT: Trombolytic treatment by emergency medicine doctors should be applied for right indications at the right time. Literature knowledge related to this subject should be closely followed and information regarding to these patients should be recorded and shared on medical atmosphere.

KEYWORDS: Fibrinolytic, acute ischemic stroke, pulmonary embolism, acute myocardium infarct

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-095 Kardiyovasküler aciller

The Effects Of Ionized Calsium Levels On Prognozis And Mortality In Pulmonary Embolism

Hatice Şeyma Akça[1], Ramazan Köylü[1], Belgin Akıllı[1], Ayşe Işık Kınacı[1], Öznur Köylü[1], Başar Cander[2]

[1]*Konya Training and Research Hospital*

[2]*Necmettin Erbakan University medical school*

AIM: In this study, ionised calcium levels in patients with a diagnosis of pulmonary embolism was aimed to investigate the effect of prognosis and mortality

METHOD: In this study, admitted with the diagnosis of pulmonary embolism were analyzed in 165 patients over 18 years of age. Credentials of the patients in the study, age, physical examination (temperature, pulse, blood pressure), blood gas analysis, d-dimer, CK(creatinin cinase), CK-MB, HGB(hemoglobin), MCV(mean corpusculer volume), WBC(white blood cells), Platelet, neutrophil, lymphosyte, urea, creatinine, Na, K, Ca values and length of hospital stay, ICU length of stay and duration of mechanical ventilation were included in the study. EKG(Electrocardiography) of patients, EKO(echocardiography), whether the It s; If you scan the archives whether the findings and was pursued by HBYS. discharge status or ex was assessed. Mortality from the record also reached.

RESULTS: Systolic blood pressure decrease ($p < 0.05$), diastolic blood pressure decrease ($p< 0.05$) and tachycardia ($p<0.05$) was determined by correlating the significant mortality. High levels of urea ($p <0.05$), high levels of creatinine ($p < 0.05$), d-dimer ($p < 0.05$), CK-MB ($p <0.05$), troponin ($p <0.05$), lactate ($p <0.05$) and mortality was statistically significant relationship. Although, CU length of stay ($p <0.05$), length of hospital stay ($p < 0.05$), and mechanical ventilation time ($p <0.05$) significant association with mortality, ionized calcium levels, there was no significant relationship was observed between mortality ($p = 0.154$). ECG of patients with right bundle branch block mortality relationship was found to be significant ($p <0.05$). Mortality relationship of the Echocardiography and Computed Tomography findings were not statistically significant.

CONCLUSION: Between ionized calcium level and duration of mechanical ventilation was a significant correlation ($p = 0.019$). As a result of ionised calcium levels in pulmonary embolism detection is not direct relationship with mortality; been shown to be useful in estimating the duration of mechanical ventilation.

KEYWORDS: ionize calsium, pulmonary embolism,prognosis

SS-096 Resüsitasyon

Efficiency of Code Blue in a Tertiary Care Hospital: A Lesson We Learned

Ali Oflaz[1], Saniye Goknil Çalık[2], Mustafa Çalık[3], Mustafa Daglı[4], Mehmet Kalender[4]

[1]*Department of Cardiovascular Perfusion, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

[3]*Department of Thoracic Surgery, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey.*

[4]*Department of Cardiovascular Surgery, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey.*

Code Blue is a means of emergency call and management which provides action as soon as possible in order to take essential actions; that is, applyCardiopulmonary Resuscitation (CPR) to individuals whose basic life functions (respiration, circulation) are under risk or those functions has stopped. This research has been conducted to evaluate the efficacy, efficiency and application results of code blue which is used in our hospital.

Between 2014 and 2015 code blue call was made and 303 patients were examined retrospectively to evaluate their code blue results in our hospital. Age, gender, code blue application date, hour, place, time for code blue team's reaching patient, approximate CPR application time, code blue call forms, patient record documents, hospital quality meetings, patient security committee meeting reports were evaluated. The average age of patients were 68,74, female patient number was 157 (%51,81), average time for code blue team's reaching patient was 2,83 minutes and period of most often code blue call was between 13-15 o'clock The most often code blue call was made time-off within week; in the result of 137 (%37,29) code blue applications 146 (%48,18) patients were sent into a unit in which advanced life support is provided, 124 (%40,92) patients were exitus, recovery was provided in general conditions of 33 (% 10,89) patients.

In addition our time for reaching patient in code blue application is above international standards, efficiency will be higher by providing all hospital staff with efficient CR training for the action which is taken in the process of code blue applicators' bursting on the scene.

KEYWORDS: Code Blue,Cardiopulmonary Resuscitation, CPR, Emergency

SS-097 Diğer

Türkiye'deki Acil Tıp Kliniklerinin Uluslararası Literatüre Katkısı: Son 5 Yılın Değerlendirmesi

Egemen Küçük

Sakarya Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Sakarya

AMAÇ: Son beş yıl içinde, Türkiye'deki Acil Tıp klinikleri tarafından, uluslararası literatürde yayınlanan çalışmaların genel karakteristik özelliklerini belirlemeyi, ilk 15 yılı değerlendiren benzer çalışmalarla karşılaştırarak, Acil Tıp kliniklerinin yayın özelliklerini incelemeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: PubMed veritabanı, "emergency medicine" ve Turkey" anahtar kelimelerinin birlikte kullanılması ile Türkiye'deki Acil Tıp kliniklerinden gönderilen ve 2009-2014 tarihleri arasında yayınlanan makaleleri tespit etmek amacıyla tarandı. Yayınlarda ilk ismin Acil Tıp kliniklerinde öğretim üyesi veya uzman olması ve adres satırında ilk sırada Acil Tıp kliniğinin olması şartı arandı. Türkiye dışındaki ülkelerden yapılan yayınlar, ve Pediatrik Acil Tıp kliniklerinden üretilen yayınlar çalışma kapsamı dışında bırakıldı. Elde edilen yayınlar, yayınlandığı yıla, yayının tipine, türüne, niteliğine, yayınlandığı kliniğe, yayınlandığı dergiye ve yayının konusuna göre sınıflandırıldı.

BULGULAR: Belirlenen kriterlere sahip 528 yayın çalışmaya dahil edildi. Yayın sayısının ilk 15 yıla göre son 5 yılda oldukça fazla olduğu ancak 2009 yılından bu yana yayın sayısının giderek azaldığı belirlendi. İlk 15 yıla benzer şekilde, en sık yayın tipi orijinal araştırma makalesi idi (n=363, %68,75), ikinci sırada olgu sunumları gelmekteydi (n=158, %29,92). Yine ilk 15 yılda olduğu gibi klinik çalışma sayısı (%90.53) deneysel çalışma sayısından (%9,46) belirgin şeklide fazla idi. Tanısal türde yayın sayısı (%64,96), ilk 15 yılda da olduğu gibi tedavi (%18,75) ve epidemiyolojik (%16,28) türdeki yayın sayısından belirgin olarak fazla idi. İlk 15 yıla benzer şekilde yayınların çoğu Tıp Fakültelerince (n=396) yapılmış, ve en fazla "American Journal of Emergency Medicine" dergisince (n=913) yayınlanmıştır, yayınlarda en fazla toksikoloji (n=108, %20,45) ve travma (n=102, %19.31) ile ilgili konular işlenmiştir.

SONUÇ: Acil Tıp'taki uluslararası bilimsel yayınlar sayı bakımından iyi bir düzeye ulaşmış ancak yayın kalitesi bakımından istenen düzey henüz elde edilememiştir. Yayın özellikleri 20 yıl boyunca değişmemiştir. Daha nitelikli ve fazla sayıda araştırma makalelerinin, etki faktörü yüksek dergilerde yayınlaması, daha özgün konulara yönelmesi, Acil Tıp'ta gelecek hedefi olarak konulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Acil Tıp, Uluslararası, Yayın

SS-098 Toksikoloji

Acil Servise Başvuran Erişkin Zehirlenme Olgularının Prospektif Olarak İncelenmesi

Abdussamed Vural[1], Levent Avşaroğulları[2], Mehmet Yılmaz[1], Ali İhsan Kilci[1], Fatih Tutucu[1], Mustafa Alpaslan[1]

[1]*Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri*

[2]*Erciyes Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dali, Kayseri*

GİRİŞ VE AMAÇ: Akut zehirlenmeler ile ilgili son güncel bilgilerin elde edilmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması açısından çok önemlidir. Bu nedenle, bizim bu çalışmamızda Kayseri Eğitim Ve Araştırma Hastanesi acil servisine kabul edilen akut zehirlenme vakalarının demografik özelliklerinin ve etiyolojilerinin belirlenmesi, zehirlenmeye yol açan risk faktörlerinin saptanması ve ona göre gerekli tedbirlerin alınması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışma Nisan-2014 ile Ekim-2014 tarihleri arasındaki 6 aylık süre içinde Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran 18 yaş ve üstü olguları kapsamaktadır. Hastanemiz Etik Kurul Onayı (07.04.2014 tarih ve 28 numaralı karar) alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Olgularının verileri 40 sorudan oluşan bir veri tabanı (olguların etiyolojik, sosyodemografik, tedavi ve takip parametrelerini içeren) kullanılarak prospektif tarzda elde edilmiştir.

İstatistiksel analizde Windows SPSS 21.0 programı kullanılmıştır. İstatistiksel analizde tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde dağılımı), iki grup arasında kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, ikiden fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (Anova, F testi), çoklu karşılaştırmalarda 'post-hoc' yöntemi olarak Tukey HSD yöntemi kullanılmıştır. Sonuçlar ortalama±SS, veya frekans (yüzde) şeklinde verilmiştir. %95 güven aralığında $p < 0.05$ istatistiki olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Bu çalışmada 432 olgu değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda akut zehirlenmelerin oranı %0.18 olarak saptanmıştır (toplam 236.464 hasta). Çalışmamızda olguların 150(%34.7)'sini erkek, 282(%65.3)'sini kadın hasta oluşturmuştur. Hastaların yaş ortalaması 30.93±12.88 (minimum: 18; maksimum: 81) olarak bulunmuştur. En çok müracaat %44.9 oran ile 18-25 yaş grubunda saptanmıştır. Olguların 286'sı (%66.2) intihar girişimi, 127'si(%29.4) kazara, 19'u(%4.4) kötüye kullanım/bağımlılık nedeni ile meydana gelmiştir. Akut zehirlenmelerde maruz kalınan toksik maddeler ve oranları; ilaçlar: %63.2(en sık analjezikler), besin: %12.3(en sık mantar), koroziv madde: %5.8(en sık çamaşır suyu), pestisitler:%5.3(en sık organofosfat), kimyasal gazlar: %4.4(tamamı karbonmonoksit), ve diğerleri (zehirli hayvan(en sık akrep), uyuşturucu madde(en sık sentetik esrar,bonzai), alkol (en sık etanol) ve birden fazla): %9.3 olarak saptanmıştır. Acil servisten taburculuk oranı%47.9, kendi isteği ile ayrılış %23.4 olarak saptanmıştır. Hastaların %28.5'i yatırılmıştır(yoğun bakım %15.5, servis %13). Acil servise akut zehirlenme ile başvuran toplam 432 hastadan 2 hasta (%0.5) ölmüştür (etkenler: metanol, organofosfat).

SONUÇ: Akut zehirlenmelerin kadınlarda ve genç yaşlarda daha sık görülmesi, ilaçların en sık neden olan toksik madde türü olması, zehirlenmelerin çoğunun intihar amaçlı olması ve mortalite oranının düşüklüğü ülkemizdeki diğer çalışmaların sonuçları ile benzer bulunmuştur. Bunun yanında, daha kesin istatistik bilgilerinin elde edilmesi amacıyla zehir merkezlerinin oluşturulması, tüm zehirlenme olgularının epidemiyolojik verilerini gösteren Türkiye çapında bir envanterin hazırlanması gerekmektedir. Ayrıca zehirlenmelerin en aza indirilmesi için çeşitli önlemlerin alınması, zehirlenmeler yönünden aile ve toplumun eğitilmesi gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil Servis, Akut zehirlenme, İntihar, Prospektif

SS-099 Diğer

Karaciğer Kist Hidatik Rüptürüne Bağlı Anaflaksi

Mustafa Erman Dörterler[1], Mehmet Emin Boleken[1], Hasan Büyükaslan[2]

[1]**HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK CERRAHİSİ ANABİLİM DALI, ŞANLIURFA**

[2]**HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL TIP ANABİLİM DALI, ŞANLIURFA**

GİRİŞ: Karaciğer kist hidatik hastalığı genellikle asemptomatik seyreder, ancak bazen kist içeriğinin ekspektorasyonu veya komşu dokulara basısı sonucu semptomlar ortaya çıkabilir. Antihelmintik tedavi veya perkütan aspirasyon sonrası kist rüptürüne bağlı allerjik reaksiyonlar görülebilmekle birlikte, spontan kist rüptürüne bağlı anaflaksi ile gelen karaciğer kist hidatik olgusu çok nadirdir. Burada ürtiker ve solunum sıkıntısı ile hastaneye başvuran ve rüptüre karaciğer kist hidatiği tanısı alan 8 yaşında bir olgu sunarak, allerjik reaksiyonla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda özellikle hastalığın endemik olduğu bölgelerde kist hidatik tanısına dikkat çekmek istenmiştir.

OLGU: 8 yaşında kız hasta parkta oynarken aniden ani gelişen vücutta yaygın döküntü ve kızarlık sonrası solunum sıkıntısı olması üzerine en yakın sağlık kuruluşuna götürülmüş. Genel durumu bozulan hasta acil CPR uygulanarak entübe olmuş. Hasta yaklaşık 35 dk sonra havayolu refleksleri geri döndükten sonra ekstübe edilerek ileri fakültemize sevk edilmiş. Hasta acil serviste rutin muayenesi kan ve biyokimya tetkikleri sonrası beyin toraks ve batın BT incelemesi yapıldı.

Fizik muayenede genel durumu orta, soluk ve halsiz görünümde, solunum sayısı: 36/dakika, dinlemekle sağ hemitraksta ralleri mevcuttu. Batın muayenesi normalden hassas karaciğer ve dalak ele gelmiyordu. Laboratuvar bulgularında beyaz küre sayısı 29.17/mm3, hemoglobin 14.8 mg/dL ve formülde %80 polimorfonükleer hücre, %5 eozinofili tespit edilmiştir. Serum AST, ALTve amilaz değerleri hafif yüksek bulunmuştur. Hastanın karaciğerde 7x8 ve 4x3 cm ebatlarında kist hidatik olduğu ve membranın ayrıldığı ve batın içerisinde minimal serbest mayi olduğu izlendi. Olgu da kist hidatik rüptürüne bağlı anaflaksi olduğu düşünülerek deksametazon, prednol, klorfenoksamin hidroklorür intravenöz yolla verildi. Ürtikeryal plaklarda gerileme gözlenen hastanın hemodinamik verileri stabil hale geldi. Hasta yakın gözlem ve takip amacıyla çocuk cerrahisi yoğun bakım ünitesine alındı. Bir gün sonra cerrahi sonra herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Gerek karaciğer gerekse akciğer yerleşimli hidatik kist hastalığı ülkemizde hala önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle nedeni bilinmeyen anafilaksi olgularında ayırıcı tanıda rüptüre kist hidatik olabileceği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: kist hidatik,anaflaksi

SS-100 Diğer

Acil servise başvuran hastaların ateşlerin ölçümünde Termoman ile kızılötesi ve cıvalı ateş ölçerlerin ölçümleri arasındaki farkların karşılaştırılması

Şener Cindoruk, Behçet Al, Suat Zengin, Mustafa Bogan, Mete Nail Çimen, Cuma Yıldırım
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, GAZİANTEP

AMAÇ: Acil servislerde ateş ölçümü en sık başvurulan muayene bulgularındandır. Bu ölçümler değişik servislerde değişik aletlerle yapılmaktadır. Bazı insanlarda parmaklarının ısıya karşı hassasiyet kazanması nedeni ile doğruya yakın bir ateş ölçme kabiliyetleri gelişebilmektedir. Bu çalışmada acil servis kliniğimizde kızılötesi, cıvalı ateş ölçerler ile ölçülen ateşler aynı hastalardan acil servis asistanlarımızdan birinin kendi parmakları ile bakıp tahmin ettiği ateş dereceleri karşılaştırıldı.

METOD: Eylül 2014 ve Kasım 2014 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalında yapıldı. Öncellikle asistan hekim diğer ateş ölçen kişilerden bağımsız olarak sağ el ikinci ve üçüncü parmaklarının ön yüzü ile hastaların sağ boyun karotis arter trasesinde bakıp hissettiği ısı derecelerini önceden belirlenen bir tabloya kayıt etti. Sonuçtan habersiz olarak ikinci bir kişli Nimomed HT-F03B Microlife kızılötesi ateş ölçer ile hastaların boyun sağ tarafından üç defa ateş ölçülüp ortalaması aldı. Aynı kişi tüm hastalarda sağ koltuk altından cıvalı ateş ölçer ile ateş ölçüp başka bir forma kayıt etti. Aynı yöntemler antipretikler verildikten sonra da tekrarlandı. Çıkan sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

BULGULAR: Bu çalışmaya %60'ı erkek, %40'ı kadın ve yaş ortalaması 42.21 (17–92) olmak üzere toplam 100 hasta alındı. Grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0.007). İlk bakıda asistan hekimin el ile olan ölçüm ortalaması (37.9±0.1) ile üç defa olan kızılötesi ölçümün ortalaması (37.5±1.0) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilirken (p=0.017); asistan ölçümü ve cıvalı ölçüm (37.9 ±0.9) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.57). Diğer taraftan kızılötesi ve cıvalı ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı farkı vardı (p=0.04). Antipretik tedavi sonrası üç grup arasında grup içi ortalamaların karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunamadı.

SONUÇ: Asistan hekim, parmaklarındaki ısı hassasiyetin gelişimi sonucu yaptığı ateş ölçümleri kızılötesi ve cıvalı ölçümlere yakın düzeylerde çıkmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Termoman, kızılötesi, cıvalı ateş ölçer, acil servis

SS-101 Diğer

Elektrik yanıkları sonucu oluşan hasarın derecesinin belirlenmesinde Signal Ppeptid-CUB-EGF Domain-Containing Protein-1 (SCUBE1) serum düzeylerinin incelenmesi

Süha Türkmen[1], Ömer Fazlı[1], Yunus Karaca[1], Ahmet Menteşe[2], Selim Demir[2], Esin Yuluğ[3], Diler Us Altay[2], Gökşen Derya Reis Köse[3], Abdulkadir Gündüz[1], Süleyman Türedi[1]

[1]*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Acil Tıp AD, Trabzon*

[2]*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Biyokimya AD, Trabzon*

[3]*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Histoloji ve Embriyoloji AD, Trabzon*

AMAÇ: Elektrik yanıkları mortalite ve morbiditesi yüksek olması nedeniyle acil başvurular arasında önemli bir yer tutmaktadır. Elektrik yanıklarında termal yanıklardan farklı olarak, haricen yanığın boyutlarını değerlendirmek mümkün olamamaktadır. Bu deneysel çalışma ile internal oluşan hasarın boyutunu değerlendirmek amacıyla yeni bir iskemi markırı olan SCUBE1 düzey-

SÖZLÜ BİLDİRİLER

lerinin anlamlı olup olmayacağını araştırdık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma etik kurul izni alındıktan sonra ortalama 250 gr ağırlığında ratlar üzerinde deneysel olarak yapıldı. Ratlar randomizasyon sonrasında her bir grupta 7 rat olacak şekilde 9 gruba ayrıldı. Düşük (110 ve 220 volt) ve yüksek (600 ve 1000 volt) voltaj ile elektrik yanığı oluşturulan ratlarda 2 saat ve 6 saat sonra, kontrol grubunda prosedür sonrasında kan ve doku örnekleri alındı. Alınan serum örneklerinde SCUBE1, iskemi modifiye albümin, troponin I ve kreatinin kinaz düzeyleri çalışıldı. Elde edilen beyin, akciğer, böbrek ve kalp dokuları histopatolojik olarak incelendi. Bulunan değerler arasında korelasyon analizi yapıldı.

BULGULAR: SCUBE1 değerleri kontrol grubunda 4,8 (4,4-4,9) ng/ml, 110V elektrik yanığı sonrası 2.saatte 5,3 (5,1-5,7) ng/ml, 6.saatte 5,7 (5,5-6,4) ng/ml ölçüldü. 220 V elektrik yanığı sonrası 2. saatte 5,8 (5,3-6,3) ng/ml, 6. saatte 5,5 (5,5-8,1) ng/ml ölçüldü. 600 V sonrası 2.saatte 6,1 (5,8-6,2) ng/ml, 6.saatte 6,1 (5,6-7,0) ng/ml olarak ölçüldü. 1000 V sonrası 2.saat 5,8 (5,2-6,5) ng/ml, 6.saatte 6,7(6,2-6,9) ng/ml olarak ölçüldü. Kontrol grubu ile diğer tüm gruplar arasında istatistiksel farklılık bulundu ancak elektrik yanığı oluşturulan gruplar arasında istatistiksel fark izlenmedi. SCUBE1 seviyeleri ile CK arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf bir pozitif korelasyon tespit edildi. Deneklerin beyin, akciğer, kalp ve böbrek histopatolojik skorları ile SCUBE1 düzeyleri arasında yapılan korelasyon analizlerinde, SCUBE1 ile akciğer histopatolojik skorlaması arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptandı.

SONUÇ: Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre elektrik yanıklarında plazma SCUBE1 düzeyleri kontrol grubuna göre yanığın 2. ve 6. saatlerinde arttığı gözlenmiştir. SCUBE1 düzeyleri elektrik yanıklarında başta akciğer olmak üzere diğer dokular üzerindeki hasarı yansıtmada kullanılabilecek bir biyokimyasal parametre olma potansiyeline sahiptir.

ANAHTAR KELİMELER: Elektrik yanıkları, SCUBE1

SS-102 Diğer

İntörn doktorların göğüs tüpü takma becerisini artırmada alternatif bir simülasyon yöntemi; vitrin mankeni

Süha Türkmen[1], Melih İmamoğlu[1], Mustafa Çiçek[1], Metin Yadigaroğlu[1], Selen Bayrak[1], Olgun Aşık[1], Yunus Karaca[1], Murat Topbaş[2]

[1] *Karadeniz Teknik Üniversitesi, Acil Tıp AD, Trabzon*

[2] *Karadeniz Teknik Üniversitesi, Halk Sağlığı AD, Trabzon*

GİRİŞ-AMAÇ: Etik, hukuksal ve tıp eğitiminin doğası gereği teorik eğitim kadar hasta dışı uygulamalı eğitimlere gereksinim vardır. Ancak uygulamalı eğitimlerde kullanılan araç ve gereçlerin maliyeti, sürekliliğinin sağlanması ve bakımları gibi nedenlerle zorluklarla karşılaşılmaktadır. Göğüs tüpü takma işlemi acil serviste yaşamsal öneme sahip bir konudur. Zamanında ve uygun bir şekilde takılamayan göğüs tüpü telafisi mümkün olmayan durumlar ile sonuçlanabilir. Bu çalışmada, çok düşük maliyetler ile tarafımızca geliştirilen ve tıp eğitiminin yapıldığı her yerde hazırlanabilecek göğüs tüpü simülasyon maketinin tanıtılması ve bunun intörn doktorların göğüs tüpü takma becerilerindeki etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Vitrin mankeni temin ettikten sonra manken üzerinde kotları simüle etmek amacıyla boşluklar oluşturuldu. Streç film arasına sıkıştırılmış tavuk eti mankenin üzerine yerleştirilerek simülasyon maketini hazırlandı. Daha sonra intörn doktorlara pnömotoraks ve göğüs tüpü işlemi hakkında eğitim yapıldı. Hazırlamış olduğumuz simülasyon maketi üzerinde sırasıyla tüm basamaklar gösterildi. Her bir intörn doktorun işlem yapma becerisi hazırlamış olduğumuz "Göğüs Tüpü Uygulama Becerisi Kontrol Listesi"ndeki sırayla değerlendirildi. Listede her bir işlem ayrı puanlandırılmıştır. Basamağın yanlış uygulanması ya da atlanması durumunda 0 puan, basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat basamaktan basamağa rahatça geçilememesi durumunda 1 puan, basamağın doğru ve sırasında uygulanması ve basamaktan basamağa rahatça geçilmesi durumunda 2 puan verilerek işlem becerisi değerlendirildi. Toplamda alınan puanlar üzerinden ortalama hesaplandı.

BULGULAR: Çalışmaya katılan tüm intörn doktorlar oluşturduğumuz simülasyon maketinin gerçeğe benzediğini ifade etti. İntörn doktorların işlem becerisinin 42 tam puan üzerinden ortalama 40.9±1,3 puan olduğu görüldü. İntörn doktorların %39.7'si 42 tam puan, %33.3'ü ise 41 puan aldı. Çalışmaya katılanların %85'i 40 puan ve üzerinde alarak doğru teknikle göğüs tüpü takmayı başarmışlardır.

SONUÇ: Oldukça düşük maliyetle tarafımızca geliştirilen vitrin makeni modeli intörn hekimlerin göğüs tüpü takma becerilerini geliştirmede ve değerlendirmede başarılı olmuştur. Bu model tıp eğitimi becerilerini geliştirmede kullanılabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Göğüs tüpü, vitrin mankeni, tıp eğitimi, intörn doktor

SS-103 Toksikoloji

Gabapentin zehirlenmesine bağlı jeneralize tonik klonik nöbet: olgu sunumu

Mehmet Yılmaz, Abdussamed Vural, Mustafa Alpaslan, Bahadır Karaca, Mükerrem Altuntaş, Taner Şahin, İsmail Altıntop
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ: Gabapentin yeni kuşak bir antiepileptik ilaçtır.Santral sinir sisteminin önemli bir nörotransmitteri olan gamma-amino bütirik asitin yapısal analoğudur.Yapılan çalışmalarda, antiepileptik etkinliği dışında başka hastalıklarda da gabapentinin etkili olduğuna işaret eden bulgular elde edilmiştir.Gabapentinin epilepsi dışındaki başlıca kullanım alanları nöropatik ağrı sendromları, psikiyatrik bozukluklar ve hareket bozukluklarıdır.

Biz bu yazıda kendisine bir çok kullanım alanı bulan gabapentinin daha önce görülmeyen bir yan etkisinin olduğunu vurgulamak istedik.

OLGU: 50 yaşındaki erkek hasta, 800 mg 50 adet (40 gr) gabapentin tablet(Neurontin®) aldıktan 7 saat sonra kasılma ve sersemlik hissi şikayetleriyle yakınları tarafından acil servisimize getirildi.Öyküsünde daha önceden yatarak ve ayaktan psikiyatrik tedavi gördüğü öğrenildi.Ek hastalığı yoktu. Vital bulguları;TA: 106/77 mm Hg, nabzı 102 vuru/dakika, ateş:36.9 °C, solunum sayısı 18/dakika idi.Hastanın ilk muayenesinde, şuuru uykuya meyilli, bilinci açık, yer ve zaman oryantasyonu tamdı.Mide lavajı ve aktif kömür uygulamasını takiben alınan arteriyel kan gazında Ph:7.12, PaCO2:58.8 mmHg, PaO2:41.8 mm Hg, HCO3:18.3 mmol / L olarak ölçüldü.Hasta acil serviste takip sırasında 3 kez jeneralize tonik klonik vasıflı nöbet geçirdi.Bunun üzerine depakin yükleme tedavisi yapıldı.Gabapentinin intoksikasyon amacı için nadir kullanıldığından,zehirlenmeye ait yan etkilerin fazla ve çeşitli olmasından ve hastanın 40 g gabapentin almasından dolayı Dahiliye ile de yatış ve takip amaçlı konsülte edildi ve hasta dahiliye yoğun bakım ünitesine yatırıldı.Plazma gabapentin konsantrasyonu ölçülemedi.Hasta 5 gün dahiliye yoğun bakımda ve 2 gün de dahiliye servisinde takip edildikten sonra toplamda 7 günlük hospitalizasyon neticesinde şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Hastamızı ilk değerlendirdiğimizde, gabapentinin toksik dozu, toksik belirtileri ve tedavi yaklaşımı konusunda bilgimiz azdı.114-Ulusal Zehir Danışma Merkezi'nden de klasik bilgilerimiz haricinde ek bilgi aldık.Literatürde gabapentin zehirlenmesine ait fazlaca vakaya rastladık.Yan etkileri ve intoksikasyon dozunda oluşabilecek etkiler konusunda da fazlaca bilgi mevcuttu.Bunlar;akut böbrek yetmezliği,serum glukoz artışı,anemi,angina pektoris,anjioödem,afazi,aspirasyon pnömonisi,körlük,koagülasyon bozuklukları,bradikardi,meme hipertrofisi,kardiyak aritmi,kalp yetmezliği,serebrovasküler hastalık,kolit,konfüzyon,cushingoid görünüm, hipotansiyon, hipotiroidizm,hafıza kaybı,migren, hareket bozukluğu, miyokard infarktüsü, miyoklonus (lokal), nefrolitiyazis, nefrozis, sinir felci, non - Hodgkin lenfoma,ovaryan yetmezlik, pankreatit, peptik ülser, perikardiyal efüzyon, perikardit, periferik vasküler hastalık, pnömoni, psikoz, pulmoner tromboemboli, purpura, retinopati, rabdomiyoliz, mevsimsel alerji, cilt nekrozu, status epileptikus, Stevens - Johnson sendromu, subdural hematom, intihar düşüncesi, intihar eğilimi, senkop, taşikardi, trombositopeni, tromboflebit, yoksunluk sendromu gibi bir çok sisteme ait bulgu ve hastalıklardır.

Literatür taramamızda akut gabapentin zehirlenmesinde bizdeki gibi jeneralize tonik klonik nöbet gelişen başka vakaya rastlamadık.Bu açıdan bu vakayı sunmak istedik.

ANAHTAR KELİMELER: gabapentin, nöbet, zehirlenme

SS-104 Toksikoloji

Yüksek Doz Demir Preparatı Alımına Bağlı İntoksikasyon:Olgu Sunumu

Saniye Göknil Çalık, Demet Acar, Mustafa Gülpembe, Emin Fatih Vişneci, Abidin Baran, Ozan Özelbaykal, İlker Kaçer, Kemal Biçer, Başar Cander
Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

HİKAYESİ:HASTA 07.12.2014 TARİHİNDE SAAT 21 SIRALARINDA OROFERON TABLETTEN YAKLAŞIK 60 ADET İÇMİŞTİR.YAKLAŞIK YARIM SAAT SONRA ACİL SERVİSE GELMİŞTİR.MIDE LAVAJI VE AKTİF KÖMÜR VERİLDİKTEN SONRA ACİL TOKSİKOLOJİ YOĞUN BAKIMA TAKİP VE TEDAVİ AMAÇLI YATIRILMIŞTIR.

FM: Bilinç:Açık,koopere,oryante GKS: 15 TA: 120/80 mmHg Nabız: 80 /dk SS: 12/dk

VÜCUT SICAKLIĞI: 36,SpO2:%98

Orofarinks hiperemik orofarinkste yabancı cisim rastlanılmadı

Solunum sistemi: dinlemekle eşit, ral, Ronküs yok

Dolaşım sistemi: S1 S2 ritmik, ek ses ve üfürüm yok.

Batın: Serbest, barsak sesleri normal defans yok, rebaund yok

Nörolojik muayene: Işık refleksi +/+, pupiller izokorik,Lateralizan defisit yok Babinski -/-, ense sertliği yok

Periferik nabızlar bilateral eşit,açık, ekstremiteler arası ısı,sıcaklık,ve çap farkı yok

EKG:NSR,ST-T değişikliği yok

Özgeçmiş: özellik yok

Soygeçmiş:özellik yok

KLİNİK SEYİR: Hastanın Vitalleri Stabil,Aktif Şikayeti Yok,Hastanın Çekilen Ayakta Direk Batın Grafisinde Mideye Uyan Lokalizasyonda İçilen Demir Preperatları Görülmesi Üzerine Hastaya Desferroksamin Şelasyonu Planlandı.İlaç Bulunamadığı İçin Başlanamadı.Sıvı Elektrolit Tedavisi Verildi.

Hastanın Genel Durum İyi Vitalleri Stabil Olan Hastaya Desferroksamin Tedavisi Başlandi.(15Mg/Kg/Sa Iv Inf Dan,Günlük 6Gr Aşmamalı)

Hastanın Genel Durum İyi Vitalleri Stabil Olan Hastaya Desferroksamin

HİKAYESİ: Hasta 07.12.2014 Tarihinde Saat 21 Sıralarında Oroferon Tabletten Yaklaşık 60 Adet İçmiştir.Yaklaşık Yarım Saat Sonra Acil Servise Gelmiştir.Mıde Lavajı Ve Aktif Kömür Verildikten Sonra Acil Toksikoloji Yoğun Bakıma Takip Ve Tedavi Amaçlı Yatırılmıştır. Vitaleri Stabilleşen,Hasta Takip Ve Tedavisinin Ardından Taburcu Edildi.

ANAHTAR KELİMELER: Demir intoksikasyonu, Desferoksamin Ayakta direkt batın grafisi

SS-105 Diğer

Nazogastrik Sonda Malpozisyonu

Serdar Özdemir, Yasin Metiner, Rohat Ak, Bahattin Onur, Burak Nakış, Mazlum Kılıç, Elif Burcu Garda, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Enteral beslenme, işlev¬sel sindirim sistemine sahip olduğu halde günlük alması gereken besin miktarını ağız yoluyla alamayan hastalarda alternatif bir beslenme yöntemidir. Enteral beslenme ağızdan başlayarak jejenuma kadar gastrointestinal sistemin değişik bölgelerine ulaşılarak yapılabilir. Enteral beslenme uygulanmasında seçilecek bölge hastanın beslenmeyi tolere edebildiği en üst fizyolojik bölge olmalıdır. Enteral beslenme uygulama yolları hastaların bireysel ihtiyaçlarına, hastane koşullarına ve uygulayıcının deneyime göre belirlenmelidir. Nazal yollar enteral beslenme amacıyla kısa süreli hastane yatışlarında kullanılabildiği gibi uygun poliklinik hastalarında da kullanılabilir. Yerleştirilen enteral tüpün yeri öksürme, ıkınma, kusma ve pozisyon ile değişebilmesi nedeniyle enteral beslenmeye başlamadan önce tüpün yeri kontrol edilmelidir. Enteral tüpün yerinin kontrolü için pH ölçümü, hava insüflasyonu ve radyografik kontrol gerekmektedir. Nörolojik bozukluğu olan, bilinci kapalı, gag refleksi zayıflamış hastalarda tüpün yerinin doğruluğunu oskültasyon ya da hava insüflasyonu ile belirlemek deneyimli ellerde bile zor olabilir.

OLGU: 84 yaşında erkek hasta nazogastrik sonda ile beslenme sonrası gelişen nefes darlığı şikâyeti ile başvurdu. Hastanın başvurusunda vital bulguları; ateş: 36.6oC, nabız:145 /dk, sO2:%94, TA: 91/59mmHg olarak ölçüldü. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve atrial fibrilasyon mevcuttu. Warfarin kullanıyordu. Hasta yakınlarından alınan bilgiye göre 2 ay önce geçirdiği iskemik inme sonrası nazogastrik sonda ile beslenmekteydi. Nazogastrik sondası başvurudan bir gün önce evde değiştirildiği öğrenildi. Hastanın yapılan muayenesinde bilinç konfü, cilt soluk, solunum yüzeyel; oskültasyonda sağ akciğer solunum sesleri yaygın azalmış, sol akciğer bazalinde ronküs mevcuttu. Laboratuar tetkiklerinde pH:7,43, laktat 6,5mmol/L (Normal Değer ND: 0,5-1,6 mmol/L), lökosit 15,6 K/uL (ND: 4,6-10,2K/uL), nötrofil: 13,3K/uL (ND: 2-6,9K/uL), sodyum: 140mmol/L (ND: 136-146mmol/L), hematokrit 30,9, böbrek üre azotu: 34mg/dL (ND: 8,9-20,6mg/dL) olarak ölçüldü. Yatak başı akciğer grafisi çekildi. Sağ akciğer yaygın infiltrasyon mevcuttu. Nazogastrik sonda sağ akciğerde izlendi. Nazogastrik sonda çıkartıldı. Solunumu yüzeyelleşen hasta orotrakeal entübe edildi. Derin trakeal aspirasyonda yoğun mama içeriği aspire edildi. Hasta yoğun bakım nitesine transfer edildi.

TARTIŞMA: Beslenme tüpünün yerinin doğrulanmasında en sık kullanılan yöntem oskültasyon yöntemidir. Bir beslenme tüpünden hava verildiğinde epigastrik bölge üzerinde gargara sesi duyulmasının solunum yolları yerleşimini ekarte ettiğine bazı klinisyenler tarafından inanılmaktadır. Ancak yayınlarda tüpün trakeobronşial ağaca veya plevra aralığına girdiğinde çıkardığı sesler de "yalancı doğrulama fokurtusu" olarak adlandırılmaktadır. Beslenme tüpüne verilen havanın çıkardığı sesler tüpün sindirim veya solunum yollarında olmasına bakmaksızın toraksa yayılabilir. Deneyimli klinisyenlerin bile tüpün yerini tespitini zorlaştırabilir. Nazoenteral tüp yerleştirilmesinin kontrol edildiği bir çalışmada endoskopik olarak yerleştirilen tüplerde başarı %95 iken körlemesine yapılan yerleştirmelerde bu oran %25 olarak tespit edilmiştir. Nazoenteral tüpler yerleştirilirken mümkünse endoskopik yöntemler kullanılmalıdır. Endoskopik yöntemler mümkün değilse beslenmeye başlanmadan radyolojik olarak tüp yeri doğrulanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: enteral beslenme, nazogastrik sonda, malpzisyon,

SS-106 Diğer

Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Reçete Değerlendirmesi

Serdar Özdemir, Oktay Ôcal, Rohat Ak, Bahattin Onur, Selma Damla Özalp, Barış Memiş, Elif Burcu Garda, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Research and Education Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul,Turkey

AMAÇ: Çalışmada hastanemiz acil servis hekimlerinin akut nazofarenjit, akut tonsillit ve akut farenjit tanıları ile 2014 yılı ocak ayında yazdıkları reçetelerin içeriğini retrospektif olarak değerlendirmeyi ve antibiyotik kullanım sıklığını belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEMLER: Çalışmamızda bir eğitim araştırma hastanesi Acil Tıp Kliniği'ne 1 Ocak-31 Ocak 2014 tarihleri arasında başvuran hastaların kayıtları incelenmiştir. Bu kayıtlardan akut nazofarenjit (J.00), akut farenjit (J.02), akut tonsillit (J.03) tanısı olan bütün hastaların dosyaları incelendi. İkinci bir tanısı olan hastalar ve reçete yazılmayan hastalar çalışma dışı tutuldu. 5261 hastanın reçeteleri değerlendirilerek antibiyotik yazılma oranları ve semptomatik tedavide kullanılan ilaçlar değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya dâhil edilen 5261 olgunun olguların %63,5'ine antibiyotik yazıldığı en çok tercih edilen antibiyotiklerin ise penisilin ve beta laktamaz kombinasyonu(%38,8) ve sefalosporinler(%26,2) olduğu görüldü. Semptomatik tedavide ise en fazla tercih edilen kombine preparatlardı(%65,9). Nonsteroid antienflamatuar ilaçlar kendi aralarında karşılaştırıldığında ise en fazla tercih edilen deksketoprofendi(%63). Reçete başına düşen ilaç sayısının 3,26 olduğu görüldü.

SONUÇ: Solunum yolu enfeksiyonları tedavisinde aşırı ve uygun olmayan antibiyotik kullanımı global bir sorundur. Semptomatik tedavide kullanılan ajanların fazlalığı ise polifarmasiye neden olmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri hususunda hekimleri ve hastaları eğitmek bu sorunun çözümünde katkısı olacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: acil servis, antibiyotik kullanımı, semptomatik tedavi, üst solunum yolu enfeksiyonları

SS-107 Diğer

Hastane öncesi dönemde akut miyokart enfarktüsünde acil tıp tekisyeni ve teknikerinin rolü

Şebnem Arslan
Karşıyaka Devlet Hastanesi, Izmir

AMAÇ: Hekimsiz ambulansta akut miyokart enfarktüsünün tanınarak gereken müdahalenin erken dönemde yapılmasının sağlanması ve morbidite oranının düşürülmesi.

TARTIŞMA: Tıbbi acil diye adlandırdığımız durumlarda ambulans sistemi vakaların hastaneye teslimine kadarki süreçte erken müdahale konusunda oldukça önem arz etmektedir.Lakin hekimsiz ambulanslarda acil tıp teknisyeni ve teknikerlerinin erken tanılama ve erken tedavi hususunda okullarda gördükleri eğitim yetersiz kaldığı ve güncellenme ihtiyacı olduğu için hizmet içi eğitim verilmektedir.İyi eğitilmiş bir ATT,ilk tanı,triaj ve acil tedavi konusunda uzman sağlık personeli demektir.Akut miyokart enfarktüsü de acil tanılama ve acil tıbbi tedavi gerektiren durumlardan biridir. Tanı ve tedaviyi içeren AME yönetimi, sıklıkla hastane dışı bir ortamda hastanın hastane öncesi dönemde bir paramedik ya da hekim veya başka bir tıbbi personel tarafından değerlendirildiği ya da hastanın hastane acil servisine ulaştığı nokta olarak tanımlanan ilk tıbbi temas (İTT) esnasında başlar.Önemli ipuçları,göğüs ve sırtta ağrı ya da göğüste yanma hissi,sırt üstü yatmaya direnme,nefes darlığı,terleme,hipotansiyon,KAH öyküsü, ağrının boyna, çeneye ve sol kola yayılmasıdır. Ağrı özellikle şeker hastalarında şiddetli olmayabilir ve hatta hiç hissedilmeyebilir.Hastadan anamnez tanı koymada önemlidir.Dinlenme halinde de göğüs ağrısının varlığı önemli bir kriterdir. Kayıtlar STYME hastalarının %30'a kadarının tipik olmayan

SÖZLÜ BİLDİRİLER

belirtilerle karşımıza çıktığını göstermektedir. Bu yüzden erken tanı ve erken hastane sevki önem arzetmektedir.

Ambulansta hastane öncesi, tanı, triyaj ve ilk acil tedaviyi gerçekleştirmenin, reperfüzyon tedavilerinin daha sık kullanımı, gecikmelerin azalması ve klinik sonuçların iyileşmesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.Verilen bakımın kalitesi, ilgili personelin eğitim kalitesine bağlıdır. Uygun şekilde eğitilmiş paramedik personelin AME'yi etkin şekilde tanıyıp, zamanında reperfüzyonu sağlayabileceğine ve AME'nin hastane öncesi etkin yönetimi için yalnızca birkaç ülkede mevcut olan doktorlu ambulanslara gerek olmadığına dair kanıt mevcuttur. Belirtilerin başlanmasından sonra erken dönemde başvuran, özellikle de nakil zamanının uzayacağı hastaların tedavisinde, hastane öncesi tromboliz cazip bir tedavi seçeneği olduğundan, birincil PKG çağında dahi, paramediklerin mevcut eğitimine bu işlevlerin eklenmesi önerilmektedir. Özel bölgelerde, hava ambulans sistemleri nakil gecikmelerini azaltır ve sonuçları iyileştirir.

SONUÇ: ATT akut miyokart enfarktüsünü erken dönemde tanılayabilmeli,tanı amaçlı EKG yorumlayabilmeli,en azından teslim ettiği hekime EKG'nin anormal olduğunu erken tedavi için söyleyebilecek durumda olmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Acil Tıp Teknisyeni,Ambulans,Göğüs Ağrısı

SS-108 Resüsitasyon

Dişhekimlerinin güncel kardiyopulmonerressüsitasyon kılavuzlarına yaklaşımı

Veysi Eryiğit[1], Melih Yüksel[2], Ulaş Karaaslan[1], Caner Sağlam[3]

[1]*Balıkesir Devlet Hastanesi, Acil Servis, Balıkesir*

[2]*Balıkesir Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Balıkesir*

[3]*Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Diyarbakır*

GİRİŞ: Diş tedavileri sırasında nadir de olsa kardiyak arrest vakaları görülmektedir. Bu çalışmada; diş hekimlerinin güncel kardiyopulmonerressusitasyon (CPR) kılavuzları hakkındaki teorik ve pratik uygulama becerileri incelendi.

MATERYAL-METOD: Çalışma bir anket çalışması olup güncel CPR konularını içeren çoktan seçmeli sorulardan oluşmaktadır. Diş hekimleri ile yüz-yüze ve e-mail yoluyla 01.09.2014-31.12.2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamıza 75'i kamuda (%83,3) ve 15'i (%16,7) özel muayenehanelerde çalışmakta olan toplam 90 diş hekimi katılmıştır. Katılımcıların 53 ü (%58.9) erkek ve 37 si (%41.1) kadın olup 38'i (%42.2) 34-43 yaş aralığında idi. Kamuda çalışanların doğru cevap oranları ortalama dağılımı 33,93±17,54 iken özelde çalışanların ise 24,33±17,51 idi(Tablo-1) (p>0,05). Diş hekimliği fakültesinden mezun olduktan sonra CPR kursuna katıldım diyenlerin (n=31, %34,4) ortalama puanı 38,06±19,82 iken, katılmayanların ise (n=59, %65,6) 29,32±16,01 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır(Tablo-2) (p=0,026).

SONUÇ: Diş hekimlerinin CPR konusunda bilgi düzeyleri beklenen hedeflerin altında bulunmuştur. Diş hekimleri, diş fakültelerinde CPR ile ilgili hem teorik ve hem de pratik eğitimleri yetersiz bulmakta ve mezuniyet sonrası CPR kurslarını gerekli görmektedirler. Diş hekimliği fakültelerinde CPR ile ilgili müfredatın gözden geçirilmesi ve mezuniyet sonrası CPR kurslarına diş hekimlerinin katılımının sağlanması gerekmektedir

ANAHTAR KELİMELER: Dişhekimi,kardiyopulmonerressusitasyon,müfredat

SS-109 Acilde görüntüleme

Acil Servise Renal Kolik İle Başvuran Hastalarda Tedavinin Ve Yatak Başı Ultrasonografi İle Renal Değerlendirmenin Klinik Takibe Etkisi

Gülhan Köseler, Cuma Yıldırım, Suat Zengin, Behçet Al, Şener Cindoruk, Fulya Alben
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

AMAÇ: Bu çalışmada acil servise renal kolik ile başvuran hastalarda uygulanan analjezik tedavi kombinasyonlarının ultrasonografi bulguları ve ağrı skalaları üzerine olan etkilerini araştırdık.

MATERYAL-METOD: Prospektif olarak yürütülen bu çalışma Eylül 2013-Eylül 2014 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'na renal kolik ile başvuran 100 hasta üzerinde yapıldı. Hastalar tramadol, deksketoprofen, tramadol-midazolam kombinasyonu ve deksketoprofen-midazolam kombinasyonu uygulanan 25 kişilik 4 gruba ayrıldı. Hastaların tansiyon, nabız değerleri, yatak başı böbrek ultrasonografi(USG) bulguları değerlendirildi. Visuel Analog Skala(VAS) ve Renal Kolik Semptom Skoru(RKSS) kullanılarak ölçeklendirilen ağrı düzeyleri, tedavi öncesi (0.dakika) ve tedavi sonrası (30.dakika) olmak üzere kaydedildi. Bu değerler kıyaslandı. İstatistiksel değerlendirme için, Windows için SPSS 18.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois, ABD) paket programı kullanıldı ve tüm karşılaştırmalarda p <0.05 istatistiksel anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Gruplar arasında cinsiyet ve yaş açısından anlamlı istatistiksel bir fark yok idi (p=0,951 ve p=0,890). Üre, kreatinin, WBC değerlerinde anlamlı istatistiksel bir fark görülmedi (p=0,403, p=0,261 ve p=0,780). Hastaların %70'inde hematüri pozitif idi. VAS ve RKSS değerlerinde tedavi öncesi (0.dakika) ve tedavi sonrası (30.dakika) tüm gruplarda anlamlı bir düşüş tespit edildi. Gruplar arası kıyaslamada en fazla düşüş tramadol-midazolam kombinasyonunda idi. Yine bu grubun diğerlerinden farklı olarak tedavi öncesi (0.dakika) ve tedavi sonrası (30. dakika) hem sistolik hem diastolik tansiyon değerlerini istatistiksel olarak anlamlı düşürdüğü görüldü. Yatak başı ultrasonografi bulgularındaki değişikliklere bakıldığında diğer parametrelerde bir değişiklik bulunmazken, ağrıyan taraf böbrek parankim çapında en fazla değişikliğin yine tramadol-midazolam kombinasyonunda olduğu görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇLAR: Akut renal kolik hastaları acilde değerlendirilirken yatakbaşı USG ve RKSS skorlama sistemi kullanılmalıdır. Hastaların tedavilerine analjezik ilaçlara ek olarak anksiyolitik ve sedatif tedavi rejimleri de eklenmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Renal kolik, yatak başı ultrasonografi, analjezik, anksiyolitik.

SS-110 Acilde görüntüleme

Akut apandisit tanısında ultrasonografi ile bilgisayarlı tomografinin etkinliğinin karşılaştırılması: acil servis deneyimi

Özgür Duran[1], Fulya Yılmaz Duran[2], Erkan Oymacı[3], Mehmet Akif Üstüner[3], Gökhan Yılmaz[1]

[1]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir*

[2]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir*

[3]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir*

AMAÇ: Hastadan alınacak düzgün ve doğru bir anamnez ile fizik muayene bulgularının birleştirilmesi halen akut apandisit tanısı koymada en kolay ve güvenilir yöntemdir. Tanı koyulmakta zorlanılan olgularda,erken cerrahi girişim kararı verebilmek için ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) gibi görüntüleme yöntemlerinden faydalanılmaktadır. Bu çalışmada amacımız apandisit tanısında USG ve BT'nin etkinliklerini karşılaştırmaktır.

GEREÇ YÖNTEM: Ocak 2010- Haziran 2014 tarihleri arasında hastanemiz acil servisine karın ağrısı şikayetiyle başvuran ve yapılan incelemeler sonucu akut apandisit ön tanısıyla acil şartlarda operasyona alınan 523 olgu değerlendirmeye alındı. Olgular hem USG ve/veya BT raporlarına göre, hem de histopatolojik inceleme sonucuna göre incelendi.

BULGULAR: Bu çalışmaya 523 hasta alındı. Olguların tümüne USG incelemesi yapılırken, sadece 173 olguda BT incelemesi yapılmıştır. USG yapılan olguların % 58.3'ünde (n=305) USG bulguları akut apandisit ile uyumlu raporlanırken, % 41.7'sinde (n=218) akut apandisit düşündürecek bulgu saptanmamıştır. 173 BT incelemesi yapılan olguların % 84.4 (n=146)'ünde BT bulguları akut apandisit ile uyumlu raporlanırken, % 15.6 (n=27)'sında akut apandisit düşündürecek bulgu saptanmamıştır. USG bulgusu ile patoloji raporları karşılaştırıldığında, USG bulgusu apandisit lehine olan 305 olgunun, 231 tanesinde patoloji raporunda apendisit ile uyumlu saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.001). BT bulgusu ile patoloji raporları karşılaştırıldığında, BT bulgusu apandisit lehine olan 146 olgunun, 133 tanesinin patoloji raporu apandisit ile uyumlu saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p =0.710).

SONUÇ: USG' nin akut apendisit olgularında sensivitesi % 54.4, spesifititesi % 24.5; BT' nin akut apendisit olgularında sensivitesi % 89.3, spesifititesi % 45.8 dir. BT ve USG akut apandisit tanısında değerlidir. Komplike olgularda, anatomik varyasyonlarda BT daha etkili iken, kolay uygulanabilirliği, ucuz olması ve radyasyon içermemesi nedeniyle USG ilk görüntüleme modalitesi olarak seçilmelidir. Yapılan çalışmalar sonrası düşük doz BT çekimleri USG' nin yerini alabilir. Bunun için çalışmalara gereksinim vardır.

ANAHTAR KELİMELER: akut apendisit, ultrasonografi, tomografi

SS-111 Resüsitasyon

Travmatik Olmayan Kardiyopulmoner Arrest Hastalarda Ultrasonografi Kullanımının Etkinliği

Suat Zengin, Erdal Yavuz, Behçet Al, Şener Cindoruk, Hasan Gümüşboğa, Cuma Yıldırım
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı; travmatik olmayan kardiyopulmoner arrest hastaların resüsitasyonda, kardiyak USG'nin resüsitasyonu yönlendirmedeki etkinliğinin değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Bu çalışma Ocak 2013 ile Ocak 2015 tarihleri arasında, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisinde kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanan 179 hastada prospektif olarak yapıldı. Kardiyak USG uygulaması acil kardiyak USG kursu görmüş deneyimli iki hekim tarafından (apikal ve subksiphoid pencereden) gerçekleştirildi. Sonografi cihazı olarak SonoSite Titan kullanıldı. USG değerlendirmesi ve nabız kontrolleri eş zamanlı yapıldı. İstatiksel analiz için SPSS 18.0 kullanıldı.

BULGULAR: Olguların 104'i erkek (%58.1), 55'i kadın (%41.9) idi. Kardiyopulmoner arrestin %63,7'i (n:114) hastane dışında, %36,3'ü (n:65) ise acil serviste meydana gelmişti. İlk değerlendirmede 13 hastanın femoral nabız var iken, 166'sında yoktu. Aynı anda monitörde 53 hastada düzenli ritim var iken, 108'inde ise ritim yoktu. Ayrıca 18 hastanın monitördeki ritmi ventriküler fibrilasyon idi. USG ile bakıda hastaların 26'snde etkili kalp atımı, % 18'inda ventriküler fibrilasyon tespit edilirken, 139'unda kalp atımı görülmedi. USG ile eş zamanlı değerlendirmede; 7 kişide perikardiyal tamponat, 4 kişide sağ ventrikül genişlemesi, 4 kişide global hipokinezi, 4 kişide ise hipovolemiye ait bulgular tespit edildi. İlk bakıda 42 hasta NEA olarak değerlendirildi. USG bakısında bunların 13 tanesinde aslında YNEA olduğu tespit edildi. İkinci bakıda 32 hastada NEA olarak değerlendirilirken, USG bakısına göre aslında bunların 14 tanesinde YNEA olduğu tespit edildi. Yine 2. bakıda nabız var denilen bir hastanın USG'de atım tespit edilmedi ve resüsitasyona başlandı. Üçüncü bakıda sadece 7 hastada NEA tespit edildi ve USG bakısına göre bunların 4 tanesinin aslında YNEA olduğu görüldü. İlk değerlendirmede monitörde ritmi VF olarak değerlendirilen 5 hastada USG'de aslında asistoli olduğu tespit edildi. İlk değerlendirmede monitörde asistoli görülen 1 hastanın ise USG'de VF kasılmasının var olduğu tespit edildi. İkinci bakıda VF tespit edilen 2 hastanın USG değerlendirmesinde asistoli mevcuttu iken, monitörde asistoli görülen 3 kişinin USG görüntülemesinde VF tespit edildi

SONUÇ: Kardiyak USG acil hekimleri tarafından kardiyopulmoner resüsitasyonun yönetiminde ve uygun kararlar vermede büyük faydalar sağlayabilir bu sebeple resüsitasyon algoritmalarına dâhil edilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Kardiyopulmoner arrest, Kardiyopulmoner resüsitasyon, kardiyak ultrasonografi, nabızsız elektriksel aktivite

SS-112 Acilde görüntüleme

Acil Serviste İnspeksiyon ve Ultrasonografi ile Tanı; Biceps Tendon Rüptürü

Ahmet Yıldırım, Okhan Akdur, Serdal Balcı, Halil Beggi
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Çanakkale

GİRİŞ-AMAÇ: Proksimal biceps tendon rüptürü tüm biceps rüptürlerinin %90-97'sini oluşturmaktadır. Anterior omuz bölgesinde ani ağrı, yanma, kopma sesi ve kopma hissi hastaların en sık başvuru şikayetidir. En sık 4.5 ve 6. dekatlarda görülür. Bizde acil sevisimize omuz ağrısı ile başvuran ve inspeksiyonda şüphe üzerine yatakbaşı ultasonografi (USG) ile biceps uzun tendon (BUT) rüptürü tanısı koyduğumuz bir olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU: Elli beş yaşında erkek hasta acil servise sağ omuzda ağrı ve dirseği bükmede güçlük şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde 2 gün önce yerden yaklaşık 5 kg'lık bir araba aküsünü kaldırırken sağ omuzda ani ağrı, çarpma sesi ve yanma hissi meydana geldiği öğrenildi. Fizik muayenede palpasyonla sağ omuz anteriorda ağrı, sağ dirsek fleksiyonunda ve supinasyonunda 4/5 kas gücü ve dirsek fleksiyonunda distal yerleşimli biseps kası üzerinde yaklaşık 7x9 cm kitle tespit edildi. Yatakbaşı USG ve 7.5-12 MHz linear MHz linear prob ile yapıldı. Hasta oturur pozisyonda eli yukarı bakacak şekilde dizinin üzerine yerleştirildi ve humerus başının üzerinden bicipital aralık linear prob ile transvers ve longitudinal olarak tarandı. Yatakbaşı USG ile sağ omuz bicipital olukta tendon liflerinin olmadığı ve hipoekoik alan görüntülendi. Fizik muayene ve USG bulguları beraber değerlendirildiğinde BUT rüptür tanısı ile ortopedi konsultasyonu istendi. Manyetik rezonans görüntülemede "biceps uzun-tendon total rüptürü" görüldü. Hasta konservatif tedavi önerisi ile taburcu edildi.

SONUÇ: Omuz ağrısı nedeniyle acil servise başvuran ve biceps üzerinde kitle tespit edilen hastaların tanısında USG bulguları son derece değerli olabilmekte ve BUT tanısı konulabilmektedir. BUT total rüptür tanısında USG'nin hızlı, yeterli ve ucuz bir tanı yöntemi olduğunu düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, Biseps tendon rüptürü, Ultrason.

SS-113 Acilde görüntüleme

Strangule/inkarsere abdominal hernilerde NIRS verilerinin degerlendirilmesi

Asim Kalkan, Murat Ziyan, Ozlem Bilir, Gokhan Ersunan
Recep Tayyip Erdogan Universitesi

AMAÇ: Çalışmamızın amacı non invaziv bir yöntem olan NIRS ile redükte edilemeyen abdominal hernileri değerlendirmektir. Bize göre redükte edilemeyen abdominal hernilerde strangülasyon veya inkarserasyon riski daha fazladır.

MATERYAL-METOD: Yaş ortalaması 65±14 olan toplam 40 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 14'ü (%35) kadın, 26'sı (%65) erkekti. Çalışmaya dahil edilen hastaların herniasyon bölgelerinden ve tam zıttı olan sağlam bölgelerinden NIRS ile ölçümler yapıldı. Herniasyon olan herni bölgesi ölçümleri ile olmayan taraftaki ölçümler karşılaştırıldı. Veriler SPSS 18 programına yüklenerek değerlendirildi.

BULGULAR: Yaş ortalaması 65±14 olan toplam 40 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 14'ü (%35) kadın, 26'sı (%65) erkekti. Operasyon sonrasında hastaların 16'sında (%40) inkarserasyon ve 24'ünde (%60) strangülasyon tespit edildi. Strangülasyon olan bölgedeki barsak oksijen saturasyon değeri 65,08±12,5, aynı hasta grubundaki normal bölgedeki barsak oksijen saturasyonu 78±10,5'ti. İnkarserasyon olan bölgedeki barsak saturasyonu 67,6±15,6, aynı hasta grubunun normal taraftaki barsak oksijen saturasyonu ise 81,8±9,6'dı. İnkarserasyon veya strangulasyon olan bölgelerindeki ölçümler ile sağlam bölgeleri arasındaki ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu. ($p<0.001$)

SONUÇ: Abdominal duvar hernileri elle redükte edilemez ise hastada strangülasyon veya inkarserasyon olma riski yüksektir. Non invaziv bir ölçüm tekniği olan NIRS, redükte edilemeyen hernilerde barsak oksijenizasyonunu değerlendirmek için iyi bir yöntemdir.

ANAHTAR KELİMELER: herni, NIRS, oksijenizasyon

SS-114 Resüsitasyon

Hastane dışı kardiyopulmoner arrestlerde halktan kurtarıcıların müdahaleleri ile sağlık çalışanlarının uyguladıkları temel ve ileri kardiyak yaşam desteği uygulamalarının sonuçları (18 aylık analiz)

Murat Oktay, Behçet Al, Suat Zengin, Şener Cindoruk, Hatice Eroğlu, Mustafa Sabak
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, GAZİANTEP

ÖZET: Halktan kurtarıcıların yaptıkları tek başına göğüs kompresyonları başarılı bir kardiyak arrest resusitasyonun en temel basamağıdır. Ancak tüm bilimsel-teknolojik gelişmelere ve iletişim araçlarındaki ilerlemelere rağmen hastane dışı arrest (HDA) vakaların hastaneden taburculuk oranları oldukça düşüktür. Ülkemizde ise bu konuda kesin veriler elde edebileceğimiz çalışmalar yoktur. Bu çalışmada bölgemizde halktan kurtarıcıların HDA hastaya yaptıkları müdahelelerin hayatta kalma üzerindeki etkileri araştırıldı.

MATERYAL VE METOT: Çalışma 1 Aralık 2012 ve 31 Mayıs 2014 tarihleri arasında Gaziantep il merkezinde Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı ve Gaziantep Sağlık Müdürlüğü 112 (acil sağlık hizmetleri) ASH Şube Müdürlüğü işbirliği ile prospektif olarak yürütüldü. Bu amaçla Gaziantep il merkezinde HDA vakalarda halktan kurtarıcıların arrest vakayı tanımaları, acil sağlık hizmetini aktif hale getirmeleri, başta göğüs kompresyonları olmak üzere yaptıkları temel yaşam desteği (TYD) uygulamaları, acil sağlık çalışanlarının (ASÇ) olay yerinde, transport sırasında ve acil servislerde yaptıkları hayat kurtarıcı müdahaleler; ASÇ'ının ve halktan kurtarıcıların KPR için aldıkları eğitimler ve tüm bunların mortalite ve morbidite üzerindeki etkilerini prospektif olarak incelendik. İstatistiksel analizler için SPSS for Windows version 22.0 paket programı kullanılmış ve $P<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Toplam 205 arrest vakanın %69,8'ü erkek, %30,2'si kadın idi ve vakaların yaş ortalaması 58,34 ±19,1 yıl idi. Halktan kurtarıcılar 40 (%19,5) vakaya yeniden canlandırmak için müdahale etmişlerdi. Genelmortalite %92.2 idi. Arrest olayının meydana geldiği mekân ve meydana geldiği zaman dilimi, hastanın durumunun kötüleşmesine neden olan şikâyet, halktan kurtarıcıların müdahale edip etmemeleri ve TYD eğitimi alıp almamaları, ASÇ'nın olay yerine ortalama varış süresi ve hastanın ilk anda tespit edilen durumu, olay yerinde TYD ve İKYD uy-

SÖZLÜ BİLDİRİLER

gulamalarının yapılıp yapılmaması ile sonuç (sağ kalım) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır, halktan kurtarıcıların ASÇ'nı erken veya geç haberdar etmeleri, arrest olayının sağlık merkezlerine uzak veya yakın olması ile sağ kalım arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (P>0.05). KPR süresi kısa süren hastalarda hayatta kalma oranları daha yüksekti (P=0.006). Olay yerinde sinüs taşikardisi ve bradikardisi saptanan hastalarda hayatta kalma ve taburcu edilme durumları ölümcül ritim saptanan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek idi (P=0.030).

SONUÇ: Tanıklı arrest sayısı çok olmasına rağmen ilk yardım geç istenmiştir. 112 KKM'i tarafından yardım isteyenler ilk müdahale konusunda yeterince yönlendirilememiştir. Halktan kurtarıcıların müdahalesi uluslararası oranın çok altındadır. Çalıştığımız bölgede arrest hastayı tanıma ve erken göğüs kompresyonuna başlama konusunda kamuoyu duyarlılığı oluşturulamamıştır. Sağ kalım sonuçları genel olarak uluslararası literatürlerin altındadır.

ANAHTAR KELİMELER: Hastane dışı arrest, halktan kurtarıcı, hayatta kalma, acil servis

SS-115 Resüsitasyon

Tıp Eğitiminde Simülasyonun Önemi ve Simülasyonla Eğitim Sayesinde Acil Tıp Ekibinin İleri Kardiak Yaşam Desteği Uygularken Takım Performansının Artırılması

Mustafa Sabak, Suat Zengin, Hasan Gümüşboğa, Behçet Al, Cuma Kılıçoğlu, Cuma Yıldırım
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

AMAÇ: Bu çalışmada tıp eğitiminde simülasyonun önemini, simülasyonla eğitimin kardiyo-pulmoner resüsitasyonda takım performansını artırıp artırmadığını ve tıp eğitiminin kalitesini artırmak için yapılması gerekenleri araştırdık.

MATERYAL-METOD: Çalışma 1 Aralık 2014 ve 1 Mart 2015 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı tarafından yürütüldü. Çalışma için; acil serviste çalışan kıdemli asistanlar, tıp fakültesi son sınıf öğrencileri, acil servis hemşireleri, acil serviste görevli personellerinden oluşan acil tıp ekibi grupları oluşturulup simülasyon eğitimi verildi. Herbiri 5 kişiden oluşan toplam 11 grup oluşturuldu. Eğitim için gerçeğe uygun, ileri teknoloji içeren, bilgisayar tarafından yönetilebilen hasta simülasyon maketi kullanıldı. Bu maket üzerinde acil tıp ekibi gruplarının eğitimi yapılıp performansları değerlendirildi. Video ile görüntüler kaydedilip, geribildirim yapıldı. Bu çalışma için, hazırlanan simülasyon eğitim odası kullanıldı. Gereken zaman aralığında ekip liderinin yönetimi, ekibin kendi içinde organize olup olamaması, acil müdahale basamaklarının sırasıyla yerine getirilip getirilmediği, yeterli iletişimin doğru şekilde sağlanıp sağlanmadığı, görevin belirlenen zaman diliminde tamamlanıp tamamlanmadığı, uygun tedavinin verilip verilmediği, gerekli ekipmanın doğru şekilde kullanılıp kullanılmadığına ilişkin parametrelere bakıldı. Değerlendirme için KL (kontrol listesi), BKL (beceri kontrol listesi), KPS (klinik performans skalası) ve TPÖ (takım performans ölçümü) skalaları kullanıldı. İstatistiksel değerlendirme için SPSS 18 paket proğramı kullanıldı ve anlamlılık değeri p<0,05 olarak kabul edildi.

BULGULAR: Tüm grupların teorik bilgi düzeylerinin ölçümü yapıldığında, ortalama pretest puanı (13,5±1,51), posttest puanı ise (14,5±1,35) hesaplandı ve bu ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı (p□0,034). Grupların simülatör ile eğitim öncesi KL, BKL, KPS, TPÖ ortalamaları eğitim sonrası ortalamalar ile karşılaştırıldığında tümü için istatistiksel olarak anlamlı iyileşme olduğu görüldü (p<0,001)

SONUÇ: Simülasyonla eğitim tekniği resüsitasyon gibi karmaşık olayların yönetilmesinde takım performansını, beceri düzeyini ve öğrencilerin kendilerine olan güvenlerini artırmaktadır. Bu nedenle tıp eğitimine entegre edilmesi gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Simülasyon, simülasyonla eğitim, takım performansı

SS-116 Resüsitasyon

İntraosseöz Girişimden Başka Bir Seçeneğiniz Yoksa

Murat Yücel, Özgür Deniz Sadioğlu, Halil İbrahim Çıkrıklar, Yusuf Yürümez
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye

GİRİŞ: İntraosseöz yol, damar yolu açılamayan veya vakit kaybetmeden sıvı resüsitasyonu ve/veya ilaç uygulanması gereken vakalarda etkili bir yöntem olarak acil servislerde ve hastane öncesinde kullanılmaktadır. Bu olguda hastanın yatış pozisyonu ve vücudundaki dev tümöral lezyonlar nedeni ile periferik ve santral venöz damar yolu açılamayan bir hastadaki intraosseöz girişim vakası sunuldu.

OLGU SUNUMU: Yumuşak doku sarkomu nedeni ile takip edilen 52 yaşında erkek hasta genel durum bozukluğu, ateş, beslenememe ve halsizlik şikâyetleri ile 112 Ambulans Hizmetleri tarafından acil servise getirildi. Genel durumu kötü, kooperasyon ve oryantasyon kurulamayan hastanın sırtında scapula hizasından başlayarak torako-lumbo-sakral bölgeyi kaplayan yaklaşık 50x40x20 cm boyutlarında, enfekte, akıntılı ve kötü kokulu malign tümör dokusu mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde bu bölgeden 6 defa debritman amacıyla ameliyat olduğu ve lezyon nedeni ile uzun süredir yüzüstü yatar zorunda kaldığı öğrenildi. Alt ekstremiteler ileri derecede ödemli ve sağ kolu ise kontraktür nedeni ile vücuda bitişik şekildeydi. Vital bulguları TA: 70/40 mmHg, Nabız:130/dk ve Ateş: 38.2 0C idi. Sepsis ön tanılı hastaya IV sıvı tedavisi için periferik damar yolu sağlanamaması ve pozisyonu nedeni ile santral kateter takmak için bilaterel juguler, subklavian ve femoral venlerin girişime uygun olmaması nedeni ile sol humerus başından intraosseöz girişim uygulandı. Bu sayede hastanın kan tetkikleri için numuneler alınabildi ve hızlı bir şekilde izotonik mayi infüzyonu başlanabildi. Laboratuarda; WBC: 43.1, Hgb: 7.1 Plt: 130000, Glukoz: 71, Üre: 107, Kre: 1.3, Na: 124, K: 7.0, ALT: 12, AST: 35, Albumin: 1.1, PH: 7.134, PO2: 54.2, PCO2: 38.8, HCO3: 12.4, Lac: 7.8, aPTT: 42.5 INR: 1.35, Prokalsitonin: 5.31ng/ml idi. Bu sonuçlar ile hasta sepsis ve ABY tanıları ile yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Yatışından 14 gün sonra taburcu edildi.

SONUÇ: İntraosseöz girişim damar yolu açma konusunda hem hızlı yaklaşım hem de hızlı tedavi açısından etkin ve hayat kurtarıcı bir yol olarak acil servis hekimlerince her zaman akılda tutulması gereken bir yaklaşımdır.

ANAHTAR KELİMELER: İntraosseöz yol, sıvı resüsitasyonu, sepsis

SS-117 Resüsitasyon

Kardiyak Arrest Gelişmiş Olan Hastalara Acil Yardım Ambulanslarında Yapılan Müdahalenin Mortalite Ve Morbiditeye Etkisi

Ayhan Sümer Yaman[1], Umut Yücel Çavuş[2], Sinan Yıldırım[3], Mehtap Kaynakcı Bayram[4], Aynur Yurtseven[5]

[1]*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği*

[2]*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği*

[3]*Çanakkale Devlet Hastanesi Acil Servisi*

[4]*Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği*

[5]*Dr.Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi Acil Servisi*

GİRİŞ VE AMAÇ: Yaşamış olduğumuz coğrafya nedeniyle olağan dışı durumlar ve afetlerin yoğun olarak yaşandığı ülkemiz, acil hastalıkların, kaza ve yaralanmaların sık karşılaşıldığı bir ülke konumundadır. Ülkeler acil yardım ve kurtarma hizmetlerini itfaiye, polis ve ambulans sistemleri ve kurtarma ekipleri çevresinde organize etmişlerdir. Dünyada farklı uygulamalarla hizmet veren bu sistemlerin en önemli performans ölçütleri hizmet kalitesi ve hayatta kalımı en çok etkileyen vakaya müdahale süresidir. Ülkemizde ambulans hizmetleri, başlamış olduğu 1980 yılından günümüze kadar ki süreçte büyük gelişme kaydetmiştir. Başlangıç döneminde ekip oluşturmak bile neredeyse zor iken günümüzde ekiplerin eğitimlerin yeterliliğini tartışmaktayız.

Bu çalışmamızda kardiyak arrest gelişmiş olan hastalarda, acil yardım ambulanslarında yapılan temel yaşam desteği ve ileri kardiyak yaşam desteği uygulamalarının mortalite ve morbiditeye etkisi, bu konuda sağlık personelinin yeterliliğini somut veriler ışığında değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Ankara'da Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğine 01 Ocak 2012 - 31 Aralık 2013 tarihleri arasında yapılan prospektif gözlemsel bir çalışmadır.

112 acil ambulansı ile acil resüsitasyon odasına alınan kardiyak arrest gelişmiş hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların geliş zamanı, kadiyak ve/veya solunum arresti gelişme yeri, zamanı, hastaya yapılan girişimsel ve medikal müdahaleler, acil serviste yapılan uygulamalar, arrest gelişmesine yol açan hastalıklar veya nedenler form eşliğinde resüsitasyonda görevli asistan doktor tarafından dolduruldu.

BULGULAR: Ankara İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu verilerine göre hastanemizce 01 Ocak 2012 - 31 Aralık 2013 tarihleri arasında toplam 53.327 ambulans karşılanmıştır. Aynı tarihler arasında bu ambulanslardan 177 ambulans haberli veya habersiz olarak arrest vaka getirmiştir.

Çalışmaya dahil edilen 158 hastanın yaş ortalaması 58,51±22,374 idi. Ambulans ekibinin kılavuzlara uygun olarak yaptığı kardiyak masaj, havayolu değerlendirmesi, entübasyon endikasyonunun doğru konulması, defibrilasyon ve hava yolu açıklığının sağlanması, kardiyak arrest ile gelen hastanın mortalitesini anlamlı düzeyde azaltmaktadır (p<0,05).

SONUÇ: Sonuç olarak, eğitimli ve uygun müdahaleyi yapan ambulans ekibi hastanın hayatta kalmasına son derece etkilidir. Erken KPR'a başlanarak hava yolu açıklığının sağlanması ve endikasyon dahilinde entübasyon işlemi yapılarak hava yolunun garantiye alınması ile tüm bu işlemlerin yapılmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Ambulans ekibi ve diğer kurtarıcıların eğitim seviyeleri arttırılmalıdır. Bu çalışma, hastaneye ulaşabilen kardiyak arrest vakalarında ambulans ekipleri ile acil servis işbirliğinin önemini gösteren ve yapılması gereken eğitimlerle ilgili çalışmalara ışık tutan bir ön değerlendirmedir.

ANAHTAR KELİMELER: Ambulans, Kardiyak arrest, Kardiyopulmoner resüssitasyon, Resüssitasyon.

SS-118 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Akut İskemik İnmelerde Lipid profili, Tiroid hormon, Folik asit ve B12' nin Sağ Kalım Üzerine Etkisi

Mehmet Ali Topal[1], Doğaç Niyazi Özüçelik[2], Akkan Avci[3], Mahmut Arda Çınarlık[1], Evren Dal[4], Abdulkadir İnce[6], Soukri Katsakoglou[5]

[1]*Okmeydanı E.A.H Acil Tıp Kliniği, istanbul*

[2]*Bakırköy Sadi Konuk E.A.H Acil Tıp Kliniği,İstanbul*

[3]*Adana Numune E.A.H Acil Tıp kliniği, Adana*

[4]*Bursa Devlet Hastanesi Acil Servis; Bursa*

[5]*Kocaeli Devlet Hastanesi Acil Servis, Kocaeli*

[6]*Bahçelievler Devlet Hastanesi, İstanbul*

GİRİŞ - AMAÇ: İnme, tüm dünyada, morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerindendir. İnme batı ülkelerinde kardiyak hastalıklar ve kanserlerden sonra ölüm nedenleri arasında üçüncü ve erişkin dönemdeki sakatlıkların en sık ikinci nedenidir. Tüm beyin damar hastalıklarının % 85 kadarını iskemik olaylar oluşturmaktadır. Bu araştırma, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis'inde 2010 yılı içerisinde Akut iskemik inme tanısı konulan ve Nöroloji Servisine yatırılan hastaların bir yıl boyunca başvuran akut iskemik inme hastalarının lipid profili, tiroid hormon, folik asitin ve B12 sağ kalım üzerine etkisini tanımlamayı ve bu sayede ülkemiz akut inme verilerine katkıda bulunmayı amaçladık.

METERYAL - METOD: Akut iskemik inme teşhisi alan hastaların dosyalarına ulaşabilmek amacıyla Bakırköy Dr Sadi Konuk EAH İstatistik Bürosundan ICD-10 kodlama sistemine göre 162 akut iskemik SVH hastasına ulaşıldı. Veri toplama formunda yaşı, cinsiyeti, laboratuar bulguları, hasta sonuçlanımı (yatış, çıkış, sevk, tedavi reddi, kendi isteğiyle çıkış, exitus), Glaskow Koma Skalası veri toplanma formuna işlendi.

BULGULAR: Dosya bilgileri tam olan 162 hastanın, 72'si erkek (%44,5), 90'ı kadın (%55,55) hastaydı. Yaş grupları arasındaki folat, Cr, K, B12, Mg, TSH, FT4, LDL, TG değerleri arasındaki farklar istatiksel olarak anlamlı bulunmadı.Araştırmada 162 iskemik inmeli hastanın 25'inin tiroid fonksiyon testlerine ulaşılamadı. Geri kalan 137 hastanın 26'sında (%18,9) TSH düşüklüğü (bu hastaların 14'ü kadın, 12'si erkek), dört hastada TSH yüksekliği (bunların hepsi kadın), yine bu hastaların yedisinde FT3 düşüklüğü, ikisinde FT3 yüksekliği ve yine bu hastaların 29'nun (%21) (bunların 21'i kadın, 8'i erkek) yüksek FT4 değerleri saptandı. Kolesterol seviyesinin yaşla beraber düşmesi istatiksel olarak da anlamlı bulundu. 141 hastanın 52'sinde (%36,8) LDL yüksekliği saptandı. Eksitus olan hastaların folat değeri (1,28 ±3,10) taburcu olanlara göre (5,86±3,17) daha düşüktü. Eksitus olan hastaların TSH değeri (0,07±0,18) taburcu olanlara göre (1,95±6,38) daha düşüktü.

SONUÇ: Tiroid fonksiyonu bozuk hastaların uygun tedavi ile düzeltilmesinin iskemik inme vakalarının sayını azaltacağı düşüncesindeyiz. Serum kolesterol düzeyi ile aterosklerotik damar hastalığı arasında sürekli ve kuvvetli bir ilişki olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Çalışmalar, folat hipovitaminozu ile iskemik inme arasında ilişki olduğunu gösterir şekildedir. Düşük folat ve vitamin B12 düzeylerinin hiperhomosisteinemi ile ilişkili olabileceğini yapılan çalışmalara istinaden söyleyebiliriz. Vitamin B (Folik asit, B12, B6) homosisteinin serum seviyesini azalmaktadır. Vitamin B takviyesinin aterosklerotik plak progresyonunu azaltacağı düşünülmüşse de, randomize kontrollü çalışmalar inme riski üzerine etkisini teyit etmemiştir. Bunun için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELER: Akut iskemik inme, tiroid hormon, folik asit, Vitamin B12, Acil Servis

SS-119 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Correlation of Alveolar–Arterial Gradient with CT Pulmonary Artery Obstruction Index in Acute Pulmonary Embolism

Onur Karakayali[1], Serkan Yılmaz[1], Gülhan Kurtoğlu Çelik[2], İlyas Ertok[3], Gül Pamukçu Günaydın[2], Yavuz Yiğit[1], Murat Memiş[4], Halil Yıldırım[5]

[1]*Kocaeli Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

[2]*Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

[3]*Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

[4]*Gölbaşı Devlet Hastanesi*

[5]*Aksaray Devlet Hastanesi*

BACKGROUND: The purpose of our study was to investigate the relationship between the pulmonary artery obstruction index assessed with helical CT and impairment in blood gases in patients with acute pulmonary embolism.

METHODS: This retrospective study designed in tertiary Training and Research Hospital Emergency Clinic in 6 months period with detected the pulmonary embolism. the alveolar–arterial gradient for oxygen (PAO2 – PaO2) was calculated according to the formula (150 – 1.25 PaCO2 – PaO2) and Pulmonary artery obstruction index was measured with the Qanadli score at the mediastinal window in the chest CTA for each patient.

RESULTS: Mean age 113 patients were were 61,40 (±16,082) and % 51,4 were female. The mean value of Gradient was 65,13(±18,78) in massive embolism group. The mean PAOI was determined as 34,027 (min:7,5, max:83,7). Relationship between the radiologically measured PAOI and the gradient were compared, an increase in the index was detected as the gradient level increased, and the difference was found to be statistically significant (r=0,400) (p<0,001)

CONCLUSION: This retrospective observational study found a weak but positive correlation between the pulmonary artery obstruction index and the gradient. Our study shows that consideration of P(A-a)O2 gradient increases the sensitivity of blood gases analysis in documented pulmonary emholism.All data show that the gradient values may be beneficial as this is easy to perform, cost-effective and can be performed at the bedside to detect which patient to treat with thrombolytics

KEYWORDS: Pulmonary Embolism, Arterio-Alveolary Gradient, Pulmonary Artery Obstruction İndex

SS-120 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

SAK İle Benzerlik Gösteren Sinus Ven Trombozu Vakası

Mustafa Alpaslan, Abdussamed Vural, Fatih Tutucu, Bahadır Karaca, Mehmet Yılmaz, Mükerrem Altuntaş, İsmail Altıntop
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ: Serebral ven ve sinüslerin trombozu serebrovasküler hastalıklar içerisinde nadir görülen potansiyel ölümcül bir durumdur (1). Klinik tablonun hafif baş ağrısından komaya kadar geniş bir yelpazede prezente olması nedeni ile erken teşhis ve tedavi hayat kurtarıcıdır (2,3). Olguların %75 i kadındır ve erkeklerde daha nadir görülmektedir (2). Bu vaka serebral ven trombozunun özellikle subaraknoid hemoraji (SAK) ile benzer klinik bulgu ve görüntü vermesi nedeniyle ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğinin önemini vurgulamak amacıyla rapor edilmiştir.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

OLGU: 44 yaşında erkek hasta 112 ambulans servisi tarafından yaklaşık bir saat önce baygınlık geçirme ve uykuya meyil şikayeti ile kliniğimize getirildi. Hastanın yakınlarından alınan anamneze göre 2 gündür göz kürelerinde ağrı hissettiği ve yaklaşık 1 saat önce bilgisayar başında çalışırken aniden kafasının öne düştüğü ve 15 dakika kadar baygınlık geçirip ağzından köpükler geldiği öğrenildi. Hasta muayene esnasında uykuya meyilli, saldırgan ve ajite idi. Hastanın tansiyonu 170/100 mmHg olarak ölçüldü. Diğer vital bulgular stabildi. Daha önceden bilinen hiçbir hastalığı olmayan hastada geçirilmiş senkop nedenleri araştırılmak üzere tetkik ve grafi planlandı. Hastaya beyin BT çekildi ve sağ oksipitoparietal alanda SAK ile uyumlu olabilecek hiperdens alanlar izlendi (ŞEKİL 1). Beyin cerrahi konsültasyonu istendi. Daha sonra lokalizasyon itibariyle hastada SAK dışında bir patoloji olabileceği düşünülerek beyin difüzyon MR ve MR venografi çekilmesi planlandı. MR grafilerinde hastada sağ transvers sinüs trombozu saptandı (Şekil 2 ve 3). Hasta, tedavisinin düzenlenmesi amacıyla nöroloji kliniğine devredildi.

SONUÇ: Serebral ven trombozu nadir görülen bir hastalıktır ve erken teşhis ve tedavi hayat kurtarıcıdır. Klinik bulgular ve görüntüleme yöntemleri açısından diğer serebrovasküler olaylara benzerlik göstermesi nedeni ile mutlaka ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Hastalık daha çok kadınlarda görülmekle beraber erkek hastalarda da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: MR venografi,SAK, Senkop, Sinus Ven Trombozu,

SS-121 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Atipik Semptomla Başvuran Genç Hastada Saptanan Serebellar Enfarkt

Mustafa Alpaslan, Abdussamed Vural, Fatih Tutucu, Mehmet Yılmaz, Bahadır Karaca, Mükerrem Altuntaş, Avni Uygar Seyhan
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ: Serebellar enfarkt vakalarının tüm beyin enfarkt vakalarının yaklaşık %1.5-4.2'sini oluşturduğu yapılan otopsi çalışmalarında tespit edilmiştir. Ortalama görülme yaşı 65 (+/- 13) olup erkeklerde daha sık görülür (1,2). Hastalar baş dönmesi, baş ağrısı, kusma, denge kaybı gibi şikayetlerle başvurabilirler. Yapılan çalışmalarda serebellar enfarktın risk faktörleri arasında sıklık sırasına göre hipertansiyon,sigara kullanımı, kardiyak ritm bozukluğu ve geçirilmiş iskemik bulunmuş; klinik bulgularda ise görülme sıklığına göre baş dönmesi,denge kaybı, bulantı, kusma, başağrısı en sık görülen semptomlar olarak tespit edilmiştir (1,3). Fizik muayenede serebellar testlerde (dismetri,disdiadokinezi,nistagmus,ataksik yürüyüş vs.) patolojik durum tespit edilebilir (2). Bu çalışmamızda semptom ve fizik muayene bulgularının serebellar enfarktla uyumlu olmayıp yapılan görüntülemelerde serebellar enfarkt tespit edilen genç bir erkek hastadan bahsedeceğiz.

OLGU: 30 yaşında erkek hasta yakınları tarafından yaklaşık 6 saattir sürekli uyuklama şikayetiyle kliniğimize getirildi. Hasta, bilinci açık ve oryante olup uykuya meyilliydi. Özgeçmişinde hipertansiyon nedeniyle tedavi aldığı fakat tedaviye uyum sağlamadığı öğrenildi. Aktif ilaç kullanım öyküsü yoktu. Sigara kullanmıyordu. Hasta ve yakınlarından detaylı anamnez alındığında ise sürekli uyuklama yapabilecek veri elde edilemedi. Hastanın vital bulguları stabil olup tansiyonu 130/80 mmHg olarak ölçüldü. Fizik muayene bulgularında ise nörolojik muayenesi normal ve diğer sistem muayene bulguları normaldi. Hastaya yapılan laboratuar,EKG ve beyin BT tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Klinik takibe alınan hasta anlamlı düzelme olmaması üzerine Beyin ve difüzyon MR çekilmesi planlandı. Hastanın MR görüntülemesinde sol serebellar lokalizasyonda enfarkt saptandı ve ileri tetkik ve tedavi amacıyla nöroloji kliniğine devredildi.

SONUÇ: İskemik inmenin sıklığı yaşla birlikte artmakla beraber genç hastalarda da görülebileceği unutulmamalıdır. Nitekim genç hastalarda oluşan sekeller onların yaşam kalitesini hayat boyu etkileyecektir (2,3). Serebellar enfarktlar posterior fossada oluşan basınç artışı ve ödem etkisiyle beyin sapına bası yaparak ölümcül sonuçlara neden olabilirler (4). Bu nedenle kraniyal patoloji olabileceği düşünülen hastalarda semptomlar spesifik olmasa da şüpheci davranmak ve erken teşhis koymak gerekir.
Anahtar Kelimeler: Atipik Semptom, Difüzyon MR, Genç, Serebellar Enfarkt

SS-122 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Akut İskemik Strok'da Near Infrared Spektrofotometre Kullanımı

Gökhan Ersunan, Özlem Bilir, Asım Kalkan, Özcan Yavaşi, Kamil Kayayurt
Department of Emergency Medicine, Recep Tayyip Erdoğan University, Rize Resarch of Training Hospital, Rize Turkey

GİRİŞ: Akut iskemik stroke (AİS), ölüm ve kalıcı sakatlıklara neden olan, bu nedenle hızlı tanınması ve tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Acil servisler bu hasta grubunun ilk başvurduğu, bakım ve tedavi planlarının oluşturuldu alanlardır. Acil bakım sırasında amaç serebral perfüzyonun değerlendirilmesi, oluşacak nöronal hasarın en aza indirilmesini sağlamaktır. Hastalara bu hizmeti sunabilmek için hasta başı ve kolay kullanılabilirliği olan cihazlar tercih edilmektedir. NIRS AİS hastalarında serebral kan hacmi ve satürasyonunu, oksi ve deoksihemoglobin konsantrasyonunu noninvaziv olarak değerlendirme potansiyeline sahiptir. Cihazın hasta başı kullanım kolaylığı yanı sıra noninvaziv ve kişi bağımlı olmaması özellikle acil serviste unstabil AİS hastalarda hipoksik beyin hücrelerinin durumunu değerlendirme imkanı vermektedir. Bu çalışmada, AİS nedeniyle acil servise başvuran hastalarda NIRS kullanılarak ölçülen düşük serebral oksijenizasyonla beyinde etkilenen iskemik alanın genişliği arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya Ocak 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında Acil Servisde AİS tanısı konulan 31 hasta dahil edildi. 18 yaş üzeri ve daha öncesine ait herhangi bir iskemik ya da hemorojik stroke öyküsü olmayan, mental durum değişikliği, kuvvetsizlik, başağrısı, baş dönmesi gibi inmeye ait semptomları olan hastalar dahil edildi.

BULGULAR: AİS nedeniyle acil servise başvuran 31 hastanın ortalama yaşı 76,32 ± 10,26 ve 16'sı (%51,6) kadındı. Başvuru anında bakılan sistolik tansiyon arter ortalamaları 154,52 ± 36,77 ve GKS 12,68 ± 3,16 idi. İskemik alana ait serebral oksimetre değerleri arttıkça GKS'nin düştüğü ve bu değerler arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi (p=0,041). Hastaların Difüzyon MRI'da tespit edilen iskemik alanların ölçülen serebral oksijenizasyon değerleri ortalama 57,03 ± 9,03 (min: 40, max: 81) idi. İskemik değişikliklerin olduğu bölgeden yapılan serebral oksijenizasyon ölçümleriyle iskemik değişikliklerin olmadığı bölgeden yapılan ölçümler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0,001). İskemik alanlara ait serebral oksimetre değerleriyle parmak ucu pulse oksimetre, hemoglobin ve glukoz değerleri arasında herhangi bir anlamlı ilişkiye rastlanılmadı (p>0,05). Difüzyon MRI'da görülen iskemik alan boyutları ortalama 979,77 ± 635,85 mm2 (min: 43, max: 2180) olarak ölçüldü. İskemik alan boyutları ile bu alanlara ait serebral oksimetre değerlerinde saptanan düşüş miktarları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görüldü (p=<0,001).

SONUÇ: AİS nedeniyle acil servise başvuran hastaların Difüzyon MRI'da tespit edilen iskemik alanların NIRS yöntemiyle yapılan serebral oksimetre ölçümlerinde alan boyutuyla ilişkili olarak düşüş tespit edilmiştir. Serebral perfüzyonun değerlendirildiği yöntemler invaziv, taşınabilir olmayan ve hasta başı kullanılamıyan cihazlardır. NIRS ise bu geleneksel yöntemlere göre noninvaziv, taşınabilir ve unstabil hastalarda dahi hasta başı kullanılma kolaylığı sağlamaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Akut iskemik strok, İskemik alan, NIRS, Serebral perfüzyon

SS-123 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Nadir Bir Vaka: Fisher'in 1,5 Sendromu

Hüseyin Cahit Halhallı, Serkan Yılmaz, Yavuz Yiğit, Onur Karakayalı, Tolga Uslu, Bora Kaya, Ali Yusuf Uyanık, Yeliz Kocabaş, Bilen Çetin, Ahmet Akdoğan
Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Kocaeli

GİRİŞ: Fisher'in 1,5 sendromu, nadir görülen, diplopi ve unilateral oftalmopleji ile prezente olan bir sendromdur. İntranükleer oftalmopleji sebeplerinden biridir. Bu sendrom ilk olarak 1967 yılında Miller Fisher tarafından tanımlanmıştır. Paramedian pontin retiküler formasyon (PPRF), ipsilateral medial longitudinal fasikül (MFL) veya abducens nükleusundaki; enfeksiyon, tümör, travma, infarkt, hemoraji, demiyelinizasyon ve arteriovenöz malformasyonlara sekonder olarak gelişmektedir. Hastalarda karakteristik olarak, konjüge horizontal bakış felci görülmektedir. Tedavi nedene yöneliktir ve devam eden oftalmoplejilerde ekstra-oküler botilinum toksini uygulanabilmektedir.

VAKA: 51 yaşında bayan hasta yaklaşık 2 saat önce başlayan çift görme, baş ağrısı ve gözde kayma şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde Tip 2 Diabetes Mellitus olduğu öğrenildi. Bilinci açık, oryantasyon ve kooperasyonu tam olan hastanın, fizik muayenesinde horizontal nistagmus, konjuge horizontal ve vertikal bakış felci dışında herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Vital bulguları stabil olan hastanın laboratuar tetkikle glukoz 160 mg/dl, CRP 54 mg/dl idi. Diğer laboratuar herhangi bir anormal bulgu saptanmadı. Çekilen kraniyal magnetik rezonans görüntülemede herhangi bir patoloji saptanmadı. Hasta Nöroloji servisine interne edildi. 6 gün sonra tekrarlanan kraniyal magnetik rezonans görüntüleme, 'bilateral frontoparietal derin ak madde içinde birkaç adet T2 ve FLAIR incelemelerde hiperintens nonspesifik milimetrik boyutlu gliotik odaklar' şeklinde raporlandı. Takiplerinde horizontal nistagmus dışında herhangi bir sekel kalmadı.

SONUÇ: Diplopi şikayeti ile başvuran hastalarda, ayrıntılı nörolojik muayene ile göz hareketlerinin incelenmesi ve olası oftalmoplejilerin göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Bizim vakamızda oftalmoplejinin nadir bir sebebi olan 'Fisher'in 1,5 sendromu'nu (Fisher's one and a half syndrome) saptadık. Hastamızda etyolojiye yönelik infarkt olabileceğini düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: Fisher'in 1,5 sendromu, oftalmopleji, diplopi, infarkt

SS-124 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

İlaç-ilaç etkileşimlerinin yaş, ilaç grubu ve klinik önem dereceleri yönünden değerlendirilmesi

Fatih Coşkun, Başar Cander, Sevilay Sema Mert Ünver
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Çalışmada acil servise başvuran hastaların kullanmakta oldukları ilaçlar, olası ilaç-ilaç etkileşimleri açısından değerlendirilmiştir. Etkileşimlerinin klinik düzeyi, hangi spesifik ilaç gruplarında yoğun olarak gözlemlendiği ve yaş ile ilişkileri araştırılmıştır. İlaç-ilaç etkileşimlerinin önlenmesinde hekimlerin önceliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma retrospektif gözlemsel çalışma olarak yürütüldü. Çalışmaya acil servise başvuran 18 yaşından büyük ve birden fazla ilaç kullanmakta olan hastalar basit randomize örnekleme metodu ile alındı. Hastaların cinsiyetleri, yaşları ve sürekli kullanmakta oldukları ilaçları kaydedildi. Her hasta için WebMD Medscape Drug Interaction Checker veritabanı aracılığıyla, kullanmakta oldukları ilaçlarda ilaç-ilaç etkileşimi yönünden analizler yapılıp elde edilen sonuçlarla istatistiksel çalışmalar yapıldı.

BULGULAR: Olguların %73'ünde ilaç etkileşimi saptanmıştır. Etkileşimin klinik dereceleri incelendiğinde; 55 adet (%3,38) evre 3 (ciddi/hayatı tehdit eden), 1334 adet (%81,99) evre 2 (önemli), 238 adet (%14,62) evre 1 (minör) olası etkileşim tespit edilmiştir. Yaş ile kullanılan ilaç adedi arasında ve yaş ile etkileşime giren ilaç sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. İlaç adedi ile hayatı tehdit edici olası etkileşim görülmesi arasındaki pozitif yönlü %27,3 düzeyindeki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. En sık olası etkileşim gösteren ilaç grubu antihipertansif ilaçlar olarak tespit edilmiştir.

SONUÇ: İlaç-ilaç etkileşimleri her yaş grubunda ve her ilaç grubunda görülmekte olup, ciddi sağlık sorunları potansiyeli taşımaktadır. Hekimlerin reçete yazarken; çalışmada hayatı tehdit eden olası ilaç-ilaç etkileşimleriyle anlamlı ilişkisi gösterilen belirli ilaç gruplarına özellikle dikkat etmeleri, bu olası etkileşimlerin önlenmesine yardımcı olacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: farmakodinamik, farmakokinetik, ilaç etkileşimleri, polifarmasi

SS-125 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acil servise başvuran hastaların kullanmakta oldukları ilaçların olası ilaç-etkileşimlerinin farmakolojik mekanzimalarının değerlendirilmesi ve dokümantasyonu

Fatih Coşkun, Başar Cander, Sevilay Sema Mert Ünver
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Acil servise başvuran hastaların kullanmakta oldukları ilaçlardaki ilaç-ilaç etkileşimlerinin farmakolojik mekanizmalarının değerlendirilmesi, ilaç grupları ile ilişkilerinin araştırılması ve ulusal sağlık verilerine katkı sağlanması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma retrospektif gözlemsel çalışma olarak yürütüldü. Çalışmaya acil servise başvuran 18 yaşından büyük ve birden fazla ilaç kullanmakta olan 430 hasta basit randomize örnekleme metodu ile alındı. Hastaların sürekli kullanmakta oldukları ilaçlar kaydedildi. Her hasta için WebMD Medscape Drug Interaction Checker veritabanı aracılığıyla, kullanmakta oldukları ilaçlar için ilaç-ilaç etkileşimi yönünden analizler yapılıp olası etkileşimlerin farmakolojik mekanizmaları kaydedildi. Elde edilen sonuçlarla istatistiksel çalışmalar yapıldı.

BULGULAR: Elektrolit bozuklukları en sık görülen etkileşim mekanizması olup hiperkalemi elektrolit bozukluklarının neredeyse tamamını oluşturmaktadır. Elektrolit bozukluklarını ilaç etkileşimlerinin artması (nedeni bilinmeyen) takip etmektedir. Diğer farmakolojik mekanizmalar sırayla; farmakodinamik sinerjizm, farmakodinamik antagonizma, nefrotoksisite, sitokromal indüksiyon, ilaç etkilerinin azalması (nedeni bilinmeyen), P-glikoprotein, sitokromal indüksiyon, kardiyotoksisite, nörotoksisite, gastrointestinal absropsiyon bozukluğu, glukoz regülasyon bozukluğu ve koagülasyon bozukluğu olarak tespit edildi.

SONUÇ: Ciddi kardiyak yan etkiler doğurabilen elektrolit bozukluklarından olan hiperkalemi, ilaç-ilaç etkileşimleri sonucu en sık görülen metabolik bozukluklardandır. Hekimlerin reçete yazarken; çalışmada hayatı tehdit eden olası ilaç-ilaç etkileşimleriyle anlamlı ilişkisi gösterilen belirli ilaç gruplarına ve farmakolojik mekanizmalara özellikle dikkat etmeleri, bu olası etkileşimlerin önlenmesine yardımcı olacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: farmakodinamik, farmakokinetik, hiperkalemi, ilaç etkileşimi, polifarması

SS-126 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Zor tanı: Leptospiroz vakası

Hasan Gümüşboğa, Behçet Al, Erdal Yavuz, Mehmet Mustafa Sunar, Suat Zengin, Şener Cindoruk
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, GAZİANTEP

ÖZET: Leptospira□lar gram negatif, hareketli, zorunlu aeorob, sarmal bakterilerdir. Patojen Leptospira türlerinin sebep olduğu, birincil olarak yabani ve evcil memeli hayvanların hastalığıdır. İnsanlara bulaş, genel olarak uzun süre taşıyıcı kalabilen infekte hayvanların idrarı ve/veya herhangi bir dokusu ile doğrudan temas ya da kontamine su, toprak ve sebzeler yoluyla dolaylı şekilde olmaktadır. Olguların %90□ında klinik olarak belirtisiz veya hafif, anikterik ve kendi kendini sınırlayan ateşli bir tablo olarak görülürken, %5–15 vakada klinik Weil hastalığına ya da ağır geç manifestasyonlara ilerler. Bu çalışmada basit bir idrar yolu enfeksiyonu olarak düşünülüp tedavi başlanan hastada leptospiroz sonuçlanan bir vaka tartışıldı.

OLGU: 28 yaşında erkek hasta acil servisimize ateş, halsizlik, baş ağrısı, ani başlayan iki taraflı yan ağrısı ve kusma nedeniyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. İl bakıda vücut ısısı 38,7 oC, nabız 95 atım/dk, kan basıncı 120/70 mmHg, O2 %94 olarak ölçüldü. Laboratuar tetkiklerinde kreatinin 1.2 mg/dL ve idrarda eser eritrosit vardı. Pyelonefrit düşünülerek antibiyoterapi (seftriaxon 2x1 mg) başlanarak 2 gün sonra kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Kontrolde yan ağrıları artmış, kreatinin 1,8 MG/dL olmuş; el ve ayaklarda gode bırakmayan ödem gelişmişti. Hastanın hikayesi derinleştirildiğinde 4 gün önce NSAİİ kullanımı, son bir ay içinde yurtdışından gelen arkadaşları ile görüştüğü, doğa yürüyüşüne çıktığı, av yaptığı ve kuş beslenen odada 2 saat kadar zaman geçirdiği öğrenildi. Takiplerinde CRP 70 mg/L, sedimantasyon 26, WBC 13.50 103/ µL, ASO 59 U/L, proBNP 690 pg/Ml oldu. Hastalığın dokuzuncu gününde kreatinin değerleri 1,3 mg/dL olarak ölçüldü. Hastanın takiplerinde her akşam saat 22,00 de başlayıp dört saat süren 39;5 oC bulan ateşleri oldu. B12, Folat, Tiroid fonksiyon testleri, İmmün globülinler, kan gazları, hepatit markerları, romatolojik markerler, salmonella-brusella, TORCH paneli, prokalsitonin, tam idrar tahlilleri, 24 saatlik idrarda protein değeri, sıtma için kalın yayma, periferik yayma ekokardiyografi ve elektrokardiyografi normal idi. Hastadan leptospiroz ve HANTA virüs açısından tetkik edildi. k Halk Sağlığı Müdürlüğü aracılığı ile gönderildi. İnfluenza A ve B düşük titrede pozitifti. Renal dopler ultrason ve beyin MRI'ı normal idi. Thoraks tomografisinde akciğer sağ alt lobda küçük bir pnomonik alan mevcuttu. Batın tomografisinde bilateral inguinal 1 cm sınırında, paraaortokaval-mezenterik yer yer milimetrik; bilateral aksiler 2 cm çapında yağlı hilusu belirgin lenf nodları izlendi. Meropenem (500 mg x3/gün) ve klaritromycine (500 mg x2/gün) ile on gün takip edildi. Devamında da levofloksacyin (500 mg x2/gün) on beş gün devam etti. Takibinin onuncu gününde kreatinin normal değerlere döndü ve hasta önerilerle taburcu edildi. Bir ay sonraki kontrollerinde bir patoloji saptanmadı.

ANAHTAR KELİMELER: leptospiroz, böbrek yetmezliği, acil servis, nedeni bilinmeyen ateş

SS-127 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Akut Migren Tedavisinde Klorpromazin ve Propofol Karşılaştırılması:

Sıtkı Sarper Sağlam, Emin Gökhan Gençer, Özlem Güneysel, Alparslan Mutlu
İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ: Akut migren tedavisinde birçok tedavi seçeneği bulunmaktadır. Klorpromazinin etkinliği birçok çalışmada kanıtlanmış olsa da distoni ve hipotansiyon gibi ciddi yan etkileri nedeni ile klinisyenler tarafından çekinilen bir ilaçtır. Bununla birlikte migren akut atak tedavi rehberlerinde yer almaktadır. Propofol ise tedavi seçeneği olarak son yıllarda ortaya çıkmakta ve randomize kontrollü çalışmalarda etkinliği gösterilmiştir. Çalışmanın amacı migren akut atak tedavisinde propofol ve klorpromazinin etkinliği ve güvenilirliğini karşılaştırmaktır.

BULGULAR: Çalışma 1 Ocak 2013 tarihinden itibaren İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği'nde 14 erkek (%14.7), 81 kadın (%85.3) toplam 95 olgu ile yapılmıştır. Olguların yaşları 18 ile 62 arasında değişmekte olup, ortalama 37.69±9.72 yıldır.

Migren tanısı alan 59 (%62.1) olgu, migren tanısı almayan ise 36 (%37.9) olgu bulunmaktadır.

Olguların 52'sinde (%54.7), bulantı, 12'sinde (%12) kusma, 23'ünde (%24.2) fotofobi, 9'unda (9.5) fonofobi baş ağrısına eşlik ediyordu, Yirmi dokuz hastanın (%30.5) ek şikayeti yoktu.

Olguların 63'ünde (%66.3) yan etki görülmezken, 32'sinde (%33.7) yan etki ortaya çıkmıştır.. Olguların 1'inde (%1.1) bulantı, 15'inde (%15.8) baş dönmesi, 13'ünde (%13.7) hipotansiyon,

SÖZLÜ BİLDİRİLER

3'ünde (%3.2) alerjik reaksiyon, 2'sinde (%2.1) distonik reaksiyon, 1'inde (%1.1) enjeksiyon yerinde ağrı ve 7'sinde (%7.4) sedasyon görülmektedir.

Gruplara göre olguların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları, önceden migren tanılı olma veya acil serviste migren tanısı konma oranları, ağrı dışındaki ek şikayetlerinin olma oranı, olgularda görülen yan etkiler başlangıç VAS düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Propofol grubunun 10.dakika ($p=0.030$), 20.dakika ($p=0.043$), 30. dakika ($p=0.001$), 40.dakika ($p=0.016$) ve 50.dakika ($p=0.023$) VAS düzeyleri; Largactil grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Gruplara göre olguların 60.dakika VAS düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Largactil grubunun başlangıca göre 10., 20., 30.dakika VAS düzeylerindeki düşüş, Propofol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.007$; $p<0.01$).

Başlangıca göre 40., 50. ve 60.dakika VAS düzeylerindeki değişimler gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

SONUÇ: Çalışmamızda şu ana kadar elde ettiğimiz veriler ışığında akut migren atağının sonlandırılmasında hem propofol hem de klorpromazin etkili ve güvenli bulunmuştur. Klorpromazinin etkisi daha hızlı başlamasına rağmen bir saat içinde ağrının kesilmesinde etkinliği arasında farklılık saptanmamıştır. İstenmeyen etki görülme oranlarında her iki ilaç için istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

ANAHTAR KELİMELER: migren,propofol, klorpromazin

SS-128 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Nadir Görülen Bir Tanı: Stevens-Johnson Sendromu

Bahadır Karaca, Mükerrem Altuntaş, Abdüssamed Vural, Mehmet Yılmaz, Hüseyin Çebiçci, Türker Yıldırım, Yücel Mendil, Ali İhsan Kilci
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ-AMAÇ: Stevens-Johnson Sendromu, akut başlangıçlı, genellikle kendini sınırlayan, vezikülobüllöz, deri lezyonlarının yanı sıra en az iki mukozal alanın tutulduğu bir hastalıktır. Etyolojide özellikle ilaçlar, çeşitli enfeksiyon ajanlar, malignite, kollagen doku hastalıkları rol oynamaktadır. Stevens-Johnson Sendromu olguların % 3-18'inde ölüme yol açmaktadır.

OLGU: 26 yaşındaki bayan hasta aynı gün başlayan el ayası, ayak tabanı ve yüzünde kızarıklık, dudak ve ağız içinde yara, gözlerinde kızarıklık şikâyetleri ile başvurdu. İlk fizik muayenesinde konjoktivalarında hiperemi, yanak mukozası, damak, tonsiller üzerinde veziküler ve aftöz lezyonları, yanaklarda eritemli zeminde papüler lezyonları, el ve ayakta eritem, boyunda erode alanlar mevcuttu. Öyküsünden daha önce sağlıklı olduğu, iki gün önce tonsillit tanısı alıp oral ampisilin-sulbaktam içeren ilaç tedavisi başlandığı öğrenildi.hastanın daha önceden herhangi bir maddeye karşı alerjisi yoktu. Hastanın laboratuvar bulgularında patolojik bulgusu yoktu. Mevcut bulgularla hasta stevens-johnson sendromu olarak değerlendirildi ve Erciyes üniversitesi tıp fakültesine ileri tetkik ve tedavi için gönderildi. 4 haftalık tedavisinden sonra hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Atipik deri lezyonlarıyla hastaneye başvuran olgularda Stevens-Johnson sendromu da ön tanılarda yer almalıdır. Stevens-Johnson sendromunun nadir görülen fakat hayatı tehdit eden bir hastalık olduğu, günümüzde sık kullandığımız birçok ilaca karşı oluşabilecek immün bir reaksiyon olduğu uygun ve hızlı tedaviyle mortalitenin azaltılabileceği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Stevens-Johnson Sendromu,Tonsillit, Ampisilin-sulbaktam.

SS-129 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Pulmoner Emboli Hastalarında Mortaliteyi Etkileyen Faktörler

Mehmet Ergin[1], Fatih Altunay[1], Muhammed Raşit Özer[2], Aliye Nur Gökal[1], Zerrin Defne Dündar[1], Sedat Koçak[1], Mehmet Gül[1]

[1]*Department of Emergency, Necmettin Erbakan University, Konya,Turkey*

[2]*Department of Emergency, Education and Research Hospital, Konya,Turkey*

GİRİŞ – AMAÇ: Acil serviste bilgisayarlı toraks tomografisi ve pulmoner anjiyografi (BTPA) ile akut pulmoner emboli kesin tanısı almış hastalarda mortaliteyi etkileyen faktörleri tespit etmeyi planlandı.

METOD: Bu çalışma 01.01.2012-01.01.2015 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Servisine başvurmuş ve akut pulmoner emboli kesin tanısı alan hastalar retrospektif olarak taranarak demografik, klinik ve laboratuvar sonuçları ile mortalite arasındaki ilişki incelendi.

BULGULAR: Hastane bilgi işlem sisteminde 166 hasta tespit edildi. Hastalar sağ kalan (n=147) ve eksitus (n=19) olarak iki gruba ayrıldı. Bu iki grup arasında yaş, RDW, nötrofil lenfosit oranı, troponin, arteriyel pO2 ve pCO2 ve laktat, MEWS, PESI ve Wells skorlar karşılaştırıldı. Göstergeler arasında arteriyel pO2 ($p<0.001$), arteriyel laktat ($p<0.001$), MEWS ($p<0.001$) ve PESI ($p<0.001$) açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

SONUÇ: Pulmoner embolide prognoz göstergesi olarak çeşitli parametreler kullanılmaktadır. Klinisyen bu göstergeleri takip ederek, tedavi seyrini iyi değerlendirmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: pulmoner emboli,laktat,mortalite,pesi,mews

POSTER BİLDİRİLER
POSTER PRESENTATIONS

POSTER BİLDİRİLER

PS-0001 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Auricular injury caused by a tree branch

Serhan Derin[1], Halil Beydilli[2], Leyla Şahan[3], Ethem Acar[2], Murat Şahan[1]

[1] *Department of Otorhinolaryngology, School of Medicine, Mugla Sitki Kocman University, Mugla, Turkey.*

[2] *Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Mugla Sitki Kocman University, Mugla, Turkey.*

[3] *Department of Anesthesia, School of Medicine, Mugla Sitki Kocman University, Mugla, Turkey.*

Penetrating head and neck trauma in connection with road accidents can cause significant morbidity and mortality simply because the neck contains many important structures of the vascular, respiratory, digestive, and neural systems. In the present report, we present an example of a penetrating head and neck trauma with a tree branch, commencing in the temporal region and extending from the external ear canal and retromandibular area, after a car accident.

KEYWORDS: Auricular injury, emergency medicine,trauma, foreign body

PS-0002 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Pneumomediastinum occured after dental root canal therapy

Özkan Kömürcü, Mehmet Oğuzhan Ay, Hüseyin Ülger, Erdem Aksay, Mürsel Koçer, Muhammed Semih Gedik
Department of Emergency Medicine, Adana Numune Education and Research Hospital, Adana, Turkey

BACKGROUND: Pneumomediastinum is the presence of extra alveolar air in mediastinum. Asthmatic bronchospasm, physical activity that increases intrathoracic pressure, severe coughing, sneezing, vomiting, retching, heavy lifting, quick vaginal birth, valsalva maneuver, barotrauma, usage of cocaine and other drugs from the nose can lead to pneumomediastinum and subcutaneous emphysema by increasing alveolar and intrabronchial pressure. Rarely arthroscopy, dental extractions, adenotonsillectomy, scuba diving, trombone playing, balloon inflation have been reported to cause pneumomediastinum. Mediastinum is associated with anatomical structures such as submandibular region, retropharyngeal region and vascular bed of the neck. Mediastinum is also directly linked to the retroperitoneal region via periaortic and periesophageal areas. The most common symptom of pneumomediastinum is chest pain. Shortness of breath, chest pressure sensation, dysphagia and sore throat may also occur. Clinical importance of pneumomediastinum depends on the presence of underlying etiology and complications. The underlying disease is treated and bed rest, oxygen therapy, analgesics are given. Depending on the etiology, antibiotics could be given to prevent mediastinitis. It is suitable approach to observe the patient in hospital for the possibility of complications at least 24 hours. Pneumomediastinum usually disappear within a week's time. If there is severe subcutaneous emphysema, micro drainage is needed. Subcutaneous emphysema usually resolve within 1-3 days. Compression massage helps to improve. In this paper, a rare case of pneumomediastinum occured after dental root canal treatment was presented.

CASE: A 34-year-old female patient admitted to the emergency department with facial pain, swallowing difficulty, chest pain during swallowing which were started after dental canal treatment. The patient was conscious. Her arterial blood pressure was 100 / 60mmHg, body temperature: 37,5'C, respiratory rate: 18 / min, and oxygen saturation: 99%. There was no disease on her resume. Oropharynx was normal. There was a subcutaneous emphysema starting from right orbital area and extending to neck. Both hemithorax participated respiratoration equally and lung sounds were normal. ECG was normal sinus rhythm. Indirect laryngoscopy was performed on the patient and it was normal. PA chest radiograph was normal. Free air densities were detected on computed tomography of patient which were starting from right lateral orbital area, extending between fascia in the neck to the mediastinum. Patient was hospitalised to the thoracic surgery service for follow-up.

CONCLUSION: Pneumomediastinum should also be considered as differential diagnosis in patients who had a dental treatment and admitted to emergency department with complaints such as chest pain and shortness of breath.

KEYWORDS: pneumomediastinum, emphysema, dental, complication

PS-0003 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Rare Cause of Abdominal Pain in Emergency Department; Mesenteric Panniculitis

Ayla Buyukkaya[1], Harun Gunes[2], Ismet Ozaydin[3], Mehtap Oktay[4], Ramazan Buyukkaya[4], Ayhan Saritas[2]

[1] *Radiology Clinic, Duzce State Hospital, Duzce, Turkey*

[2] *Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey*

[3] *Department of General Surgery, Duzce University, Duzce, Turkey*

[4] *Department of Radiology, Duzce University, Duzce, Turkey*

INTRODUCTION: Mesenteric panniculitis (MP) is among the rare causes of abdominal pain and its diagnosis is difficult not only for physicians but also for radiologists. We aimed to present clinical and radiological findings of 2 patients admitting to emergency department due to abdominal pain and taking the diagnosis of MP.

CASE 1: A 36-year-old male patient admitted to emergency department due to abdominal pain. It was learned that his pain had started approximately 12 hours ago and it was more prominent on his left side. There were no significant features in his medical history and in results of laboratory tests. Some tenderness and minimal guarding were present around the umbilicus. Computed tomography scan (CT) showed a heterogenic mass lesion approximately 13X7 cm in dimensions, at a density of -77 HU with a well-defined hyper-dens thin sheath, encircling superior mesenteric artery and superior mesenteric vein, and causing minimal displacement of nearby intestinal segments (Figure 1). The patient took the diagnosis of MP and was taken to clinical and radiologic follow up.

CASE 2: A 59-year-old female patient admitted to emergency department due to complaints of abdominal pain and mild fever. It was learned that her pain had started approximately 5 hours ago and it was more prominent on her left side. She had a history of hypertension. She was suffering from constipation periodically. Some tenderness was present over the whole abdomen and guarding was present in the left lower quadrant. Results of her laboratory tests were normal. Abdominal ultrasound showed a minimally hyper-echoic lesion with a normal vasculature in the mesentery on the left side. CT showed a heterogenic mass lesion approximately 9X5 cm in dimensions, at a density of -40 HU with a well-defined hyper-dens thin sheath, encircling vascular structures, and causing minimal displacement of nearby intestinal segments (Figure 2). The patient took the diagnosis of MP and was taken to clinical follow up. It was seen on CT that her lesion became smaller on the 20th day when her symptoms also subsided.

CONCLUSİON: Emergency physicians should remember MP while making differential diagnosis especially in patients with pain localized to left para-umbilical region. It is also important to remember that symptoms of most of those patients decline spontaneously and conservative follow up alone is sufficient for those cases but surgical treatment may be the first choice in cases with progressively worsening symptoms.

KEYWORDS: Mesenteric Panniculitis, abdominal pain, computed tomography scan

PS-0004 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A rare case of acute abdomen: Splenic infarction

Sinem Doğruyol, Burcu Azapoğlu, Meltem Çöllü, Fatma Sarı Doğan
Department of Emergency, Medeniyet University, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION: Splenic infarction is parenchymal ischemia and tissue necrosis following vascular occlusion. It is a rare cause of acute abdomen. Etiological factors are thromboembolic, hematological and vascular diseases, anatomical deformities and collagen tissue disorders. Reported cases in the literature are limited. Thus, our case is worthy of submission.

CASE: A 87-year-old female patient was admitted to the emergency department with left upper quadrant pain persisting for 2-3 hours. Patient history revealed hypertension and congestive heart failure. In physical examination general condition was fair, with a blood pressure of 130/89, a heart rate of 100/min and a fever of 36,5°C. She had left upper quadrant tenderness. Electrocardiogram was consistent with sinus rhythm. In laboratory examination hemoglobin was 9,4 g/dl, blood ure nitrogen 36mg/dL, creatinine 1 mg/dL, sodium 142 mmol/L, potassium 5,3 mmol/L and lactate dehydrogenase was 350 U/L. Abdominal ultrasonography showed no acute pathology. Further examination was done as the patient had severe abdominal pain despite

the symptomatic treatment. Computerised tomography with intravenous contrast was consistent with splenic infarction. Patient was transferred to the general surgery ward and was taken to the operation room for emergency surgery. Following a splenectomy she was taken to the intensive care unit and was discharged uneventfully. Further examination showed no pathology to clarify the present condition.

CONCLUSION: Splenic infarction is a rare cause of acute abdomen. Atrial fibrillation is the most common etiological factor, covering 22% of the cases. However, this rare entity can be encountered without any predisposing factors. Therefore, it is important to keep splenic infarction in mind in cases presenting with left upper quadrant pain.

KEYWORDS: acute abdomen, Splenic infarction

PS-0005 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Rectus sheath haematoma with low molecular weight heparin administration

Sinem Doğruyol, Burcu Azapoğlu, Cihan Büyüksütçü, Fatma Sarı Doğan
Department of Emergency, Medeniyet University, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION: Subcutaneous low molecular weight heparin (LMWH) is increasingly used in both hospitalized patients and outpatient settings. This necessitates familiarity of both health care providers and patients with such treatment and vigilance on possible complications. Causes of rectus sheath haematoma (RSH) can include trauma, surgery, vigorous muscle contractions from coughing or straining, intraabdominal injections, and pregnancy. RSH can also occur spontaneously. Risk factors include anticoagulation therapy, cough, older age, thin body habitus, central obesity, pregnancy, female gender, recent abdominal surgery, external trauma, medical conditions causing coagulopathy, patients applying multiple types of abdominal subcutaneous injections, and renal insufficiency. Here we present a case of haematoma of rectus sheath that occurred following subcutaneous injection of enoxaparin.

CASE: A 56-year-old female patient was admitted to our emergency department with nausea and weakness. History showed chronic renal failure and haemodialysis. Patient had been using subcutaneous enoxaparin sodium 60mg/day due to atrial fibrillation. In physical examination blood pressure was 110/60 mmHg, heart rate was 98/min. Tenderness and palpable mass was detected in the left lower quadrant. When the details of her history were investigated, it was found out that subcutaneous injections were applied to the abdominal region. Electrocardiogram was consistent with atrial fibrillation. Laboratory examination showed a 2gr/l reduction in her haemoglobin level comparing to her prior test. Abdominal ultrasonography showed a possible subcutaneous haematoma. Computerised tomography with intravenous contrast was consistent with rectus sheath haematoma. Patient was transferred to the general surgery ward for observation.

CONCLUSION: RSH occurs due to bleeding in the rectus sheath. This bleeding occurs either from a tear of the rectus muscle or from damage to its blood supply, including the superior and inferior epigastric arteries and branches. RSH is an uncommon but potentially serious bleeding complication that can occur spontaneously or as a result of anticoagulation administration. In patients under anticoagulant theraphy, hematoma of rectus sheath must be kept in mind. It can be misdiagnosed since it can mimic an acute abdomen and although it mainly resolves by conservative management, significant blood loss can occur mandating intervention.

KEYWORDS: Rectus sheath haematoma

PS-0006 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Acute Nontraumatic Spinal Subdural Hematoma due to Warfarin

Hakan Ak[1], Tugay Atalay[1], Yurdanur Akyüz[2], Sinan Karacabey[3]
[1]*Bozok University Faculty of Medicine Deaprtment of Neurosurgery*
[2]*Bozok University Faculty of Medicine Deaprtment of Radiology*
[3]*Bozok University Faculty of Medicine Deaprtment of Emergency Medicine*

Acute nontraumatic spinal subdural hematoma is a very rare pathology and may lead do disastrous consequences due to the compression of spinal cord and/or cauda.A 77-year-old woman attended to the emergency department with sudden onset severe back and low back pain with accompanying bilateral lower limb weakness and loss of sensation. There was no history of preceding trauma or any malignancy.. Her medical history was unremarkable except atrial fibrillation. She was using warfarin due to AF for 3.

In neurological examination, cranial nerve examinations were normal. She was agitated. There was a flaccid paraplegia. Muscle power was 1/5 in both legs. There was anesthesia below Th10 level. Knee and ankle reflexes were absent bilaterally. She had reduced perianal sensation and anal tone, as well as absent voluntary anal contraction. She also had urinary retention. Peripheral blood tests showed an INR of 1.8. Complete blood count tests, kidney and liver functions tests were in normal.

Magnetic resonance imaging (MRI) of thoracolumbar spine was planned based on the neurological examination. They revealed an hypertintense intradural lesion between Th11 and L2. Contrast enhanced images didn't reveal any intradural lesion except hematoma. Due to relatively high INR level, 3 units of fresh frozen plasma and 10 mg of vitamin K were administered intravenously. After this administration, INR was decreased to 0.9 and we planned to perform an operation. In the operation laminectomy was performed, epidural space was normal. However, dura was tense and bluish in color. After laminectomy, dura was opened from the midline and coagulated hematoma was seen. Hematoma was evacuated until spinal cord appeared normal both in cranial and caudal. Motor weakness doesn't return to the normal level in spite of efficient evacuation of the hematoma. Unfortunately, patient was referred to physical therapy and rehabilitation with the same preoperative neurological findings. Anticoagulant drugs have been identified in the etiology of acute nontraumatic spinal subdural hematoma. The number of new cases is increasing with the increased use of them around the worldwide. It is was reported that the risk of bleeding increases as INR rises for warfarin treated patients, particularly if the INR exceeds for 4. Recently, Bruce-brand et al reported a similar case whose INR was 6. However, INR was 1.8 in our patient.

We want to emphasize that spinal subdural hematoma may develop even though only a slight increase in INR.

KEYWORDS: spinal subdural hematoma, international normalized ratio, warfarin,

PS-0007 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Urological Emergency; Penile Fracture

Harun Gunes, Yasin Koksal, Ahmet Tekinsoy, Hayati Kandis
Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey

INTRODUCTION: Penile fracture is rupture of tunica albuginea and it may occur due to a rapid blunt force to an erect penis during vaginal intercourse or masturbation or falling on it. Its characteristic findings are a severe suddenly occurring pain after a cracking sound, immediate flaccidity, swelling, ecchymosis and deviation of penis to one side. It can be diagnosed with just a careful history and physical examination. Additional diagnostic studies are not needed in most cases. Surgical repair is gold standard in treatment. We presented a case taking diagnosis of penile fracture and treated with emergent surgical repair by urology department.

CASE: A46-year-old mail patient admitted to our emergency department with complaints of suddenly occurring pain and ecchymosis on his penis during sexual intercourse. He said that he heard a popping sound coming from his penis then an abrupt onset severe pain started and ecchymosis developed on his penis. A prominent tenderness was present on his penis and ecchymosis was seen throughout the penis on physical examination (Figure 1). The patient was consulted to urology department due to diagnosis of penile fracture. Cavernosography was performed due to suggestion of urology department. Penile fracture line was seen on cavernosography (Figure 2). The patient was taken to operation by urology department.

CONCLUSİON: Penile fracture is a urological emergency. It occurs as a result of the rupture of tunica albuginea due to a blunt force acting on or bending of erect penis. It should be remembered that urethral rupture may accompany in some cases. These patients should be consulted with urology department promptly because disturbances in penis shape, erection problems and pain during sexual intercourse are more commonly seen if emergent surgical treatment is not performed.

KEYWORDS: Penile fracture, emergent surgical treatment, cavernosography

POSTER BİLDİRİLER

PS-0008 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Isolated Flexor Carpi Radialis Rupture Related with Heavy Lifting

Burak Demirci, Selim İnan, Metin Özdemir, Nurullah Tarhan, Erinç Müderris, Funda Ovalı, Uğur Bal, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Injuries to the flexor tendons of the hand are common. Flexor tendons can become disrupted from either open or closed injuries. Open injuries are often associated with other neurovascular deficits. Closed injuries are frequently related to forced extension like heavy lifting during active flexion of the finger. Closed ruptures of flexör carpi radialis are rare. We describe a case which is partial rupture of flexor carpi radialis(FCR) related with heavy lifting.

CASE: A 26-year-old right-handed patient presented with acute right wrist, forearm pain and swelling after lifting a heavy file at work. On physical examination of the patient it was diffucult to flexion and radial deviation of the wrist and there was an swelling in forearm. There was tenderness over the course of flexor carpi radialis. X ray was taken and it was normal. US was performed to the patient and Diagnostic ultrasound (US) detected a partial flexor carpi radialis tear. He was consulted to plastic surgery and long arm splint was performed to the patient and recommend to come back plastic surgery clinic after 5 days. He was discharged home with close follow-up after a period of observation and was given instructions to return immediately for swelling, numbness, increasing pain, pus, redness, or weakness.

CONCLUSION: Muscle rupture may occur as a result of the heavy lifting but flexor carpi radialis rupture related heavy lifting is very rare. In most cases rupture is a clinical diagnosis. High-resolution US can identify the FCR muscle-tendon in the wrist region. Sonologists and sonographers should be aware of the US appearance of the FCRB as well as the potential for the FCRB to contribute to radial wrist pain syndromes.The treatment of the FCR rupture is mainly concervative.Partial rupture of the FCR causes only minor functional deficit and repair and reconstruction is not necessary.But complete rupture of FCR causes serious functional deficit.So we must recognize the complete rupture of FCR.

KEYWORDS: Flexor Carpi Radialis Rupture,Heavy Lifting,Wrist Pain

PS-0009 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Bilateral Peritonsillar Abscesses; A Rare Complication of Acute Tonsillitis

Burak Demirci, Selim İnan, Funda Ovalı, Erinç Müderris, Uğur Bal, Metin Özdemir, Müge Sönmez, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Peritonsillar abscesses (PTAs) are collections of purulent material that usually develop outside the tonsillar capsule near the superior pole. They develop as the most frequent complication of acute tonsillitis, when the infection spreads from the crypts to the loose alveolar peritonsillar tissues.Although unilateral peritonsillar abscess is a common complication of acute bacterial tonsillitis, bilateral peritonsillar abscesses are quite rare.We report the case of a 28-year-old women, admitted to emergency room with bilateral peritonsillar abscesses.

CASE: A 28-year-old women admitted to the emergency department with a 7-day history of worsening odynophagia, bilateral earache, difficulty in swallowing, fever, change in voice and trismus.. She had been seen by her primary care physician four day before presentation because of sore throat and fever, and had been given oral amoxicillin.Despite oral amoxicillin, her symptoms worsened in the 24 hours preceding admission. Intraoral examination revealed a diffuse erythematous soft palate and uvula, with prominent swelling and midline protrusion.Laboratory tests revealed a significant increase of white blood cells, normal electrolytes. The patient reports no significant medical history and does not take any medications except amoxicillin. Her initial vital signs were within normal values. On exam, the patient's voice was thick. The patient's lungs were clear. Her nose and tympanic membranes appear normal.There were bilateral cervical lymphadenopathy his neck. The patient had notable trismus (difficulty or inability to open the mouth). On examining his pharynx, her tonsil was bilateral swollen and tonsillar exudate was present. Based on this patient's presentation and exam, we suspect a diagnosis of peritonsillar abscess and otorhinolaryngology consultation was requested. Then She was treated in the otorhinolaryngology department with a bilateral diagnostic needle aspiration followed by bilateral incision and drainage along with intravenous antibiotics plus anti-inflammatory agents and hydration. She was discharged 24 hours later with oral antibiotic.

CONCLUSION: Bilateral peritonsillar abscess can be differentiated from other oropharyngeal pathology with a detailed physical examination and complementary imaging. Its diagnosis should always be considered in patients who have signs and symptoms that are suggestive of peritonsillar abscess but whose intraoral examination yields atypical findings, as well as in patients with marked distress or trismus..Early diagnosis, with drainage of the abscess, is crucial to prevent perforation into the parapharyngeal/retropharyngeal space and further spread along the neck vessels to the mediastinum and skull base. Possible aspiration and severe upper airway obstruction due to epiglottis or laryngeal edema may develop if treatment is delayed.

KEYWORDS: Acute tonsillitis,Airway obstruction,Peritonsillar abscesses

PS-0010 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Common Ilıac Artery Occlusion - Only Complaint is Left Leg Pain

Selim İnan, Burak Demirci, Binnur Eşfer, Mehmet Nihat Özüpek, Selçuk Akoğlu, Sercan Hastürkoğlu, Muhittin Serkan Yılmaz, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: We can rarely see acute embolic occlusion of the common iliac artery in emergency department. It is a rare medical emergency but it is not only limb-threatening, but also potentially life-threatening. Classically, the symptoms of acute limb ischemia are dominated by pain, pallor, paralysis, poikilothermia, paresthesias, and pulselessness.Surgical bypass or thrombectomy, as well as interventional treatment with thrombolysis and, usually, adjunctive angioplasty and stent placement are standard therapies.We report a case of acute embolic occlusion of the common iliac artery in a patient with left leg pain who was treated successfully using surgical thrombectomy.

CASE: An 84-year-old woman admitted to the emergency department with complaint of severe left leg pain that began 5 hours ago.The patient denied chest pain, dyspnea, or palpitations. Her past medical history included hypertension, ischemic stroke, and chronic obstructive pulmonary disease. On physical examination, she had atrophic skin changes in both feet, and the right and left foot was pale and cool to the touch. She had no palpable pulses in the right and left lower extremity on femoral artery and distal arteries. Gross motor and sensory functions were intact in the symptomatic and asymptomatic leg.Doppler ultrasound was performed bilaterally lower extremity and abdomen. Doppler signals were detected bilateral common iliac artery occlusion. Rapidly heparin infusion was started. Cardiovascular surgery consultation was requested. Dsa angiography was performed. It was also detected common iliac artery occlusion. She underwent to surgery and she was operated. Bilateral iliac arteries opened with surgical thrombectomy.

CONCLUSION: Finally we should consider acute artery occlusion in elderly patients with new onset extremity pain. Acute lower extremity ischemia due to vascular occlusion requires urgent treatment to prevent the need for amputation or possible loss of life. Rapid diagnosis is therefore vital. Patients in whom acute limb occlusion is suspected are evaluated using digital subtraction angiography (DSA), doppler ultrasonography, CT angiography, and magnetic resonance angiography.

KEYWORDS: Acute Embolic Occlusion, Common Ilıac Artery Occlusion, Left Leg Pain

PS-0011 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

The Evaluation of Patients with Acute Cholecystitis in the Emergency Department According to Neutrophil-Lymphocyte Ratio and Epidemiological Factors: 3-Year Analysis

Nurşah Başol[1], Gülşen Çığşar[2], Serhat Karaman[1], Zeki Özsoy[3], Mehmet Baki Özdemir[1]

[1] *Gaziosmanpasa University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, Tokat, Turkey.*

[2] *Kafkas University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, Kars, Turkey.*

[3] *Gaziosmanpasa University, Faculty of Medicine, Department of Surgery, Tokat, Turkey.*

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Acute cholecystitis that occurs obstruction of cystic ducts by stone and resulted inflammation of gallbladder is a common biliary tract disease. In the presented study, it is aimed to evaluation of patients with acute cholecystitis in terms of clinical and laboratory parameters.

MATERİAL- METHODS: The study was planned retrospectively and the patients with abdominal pain who diagnosed and hospitalized as acute cholecystitis in emergency department between January 2012 and January 2015 were included into the study. The patients with missing information on patient files were excluded from the study. The obtained data were analyzed by SPSS.18 package program.

RESULTS: Totally, 55 patients were included into the study. The mean age of patients was 60,5 ±16,4 and the female/male ratio was 2.93. The most common complaint was pain of right upper quadrant and the most common accompanied symptom was nausea-vomiting. The most common imaging technique was USG (60%) and the percentage of patients who received medical treatment was 42,8% and the percentage of patients with surgical treatment was 58,2%. The mean neutrophil-lymphocyte ratio (NLR) was 5,37 ±4,9. There was no statistically significant correlation between NLR and age, sex and treatment (p>0,05).

CONCLUSION: The predictors of acute cholecystitis are right upper quadrant abdominal pain, accompanied by nausea-vomiting, the positivity of Murphy sign and the elevations of white blood cell count, C-reactive protein (CRP) and NLR.

KEYWORDS: acute cholecystitis, abdominal pain, neutrophil-lymphocyte ratio, emergency

PS-0012 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Rare Cause of Respiratory Distress: A Teaspoon in the Oro-pharynx

Harun Güneş, Oguz Kagan Inceoglu, Feruza Turan Sonmez, Semih Guneysu, Ayhan Saritas
Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey

INTRODUCTION: Foreign body aspiration (FBA) is a pediatric emergency in common but it is seen in adults as well. It may be asymptomatic, but in some cases it may lead to life-threatening complications, such as severe respiratory distress, choking and even death. Approaches for the treatment of foreign bodies are endoscopy, surgery or observation. Foreign bodies are usually removed with the help of rigid bronchoscopy in children, and both rigid and fiber-optic bronchoscopy techniques are used in adult patients. We want to present a case with an unusual foreign body in his oropharynx.

CASE: A 50-year-old male patient who was confined to bed was brought to our emergency department because he aspirated a teaspoon while he was being fed orally. His vital signs were as follows; blood pressure: 135/86 mmHg, SpO2: 68%, pulse rate: 124 beat per minute, body temperature: 36.2 ºC. His serum glucose level was 104 mg/dl. It was learned that he had had both ischemic and hemorrhagic stroke and was confined to bed for a long time. A cyanotic appearance was present around his mouth and face. Supplemental oxygen was administered immediately. Lateral cervical X-ray was taken, and a teaspoon was seen on the X-ray (Figure 1). The patient was positioned as he was being endotracheally intubated, and the teaspoon was visualized to be stuck into the right side of his oropharynx. The spoon was removed by holding it with a portegue. His secretions were aspirated; his SpO2 improved to 100%, and his cyanotic appearance disappeared immediately. Relatives of the patient were informed about how to feed the patient, and he was discharged after 4 hours of observation.

CONCLUSİON: FBA is not a commonly seen condition in the emergency department but it is still an important clinical condition because it may be life-threatening. Therapeutic interventions of emergency physicians may be life-saving in those patients. Thus, emergency physicians should be familiar with that clinical entity.

KEYWORDS: foreign body, oropharynx, respiratory distress

PS-0013 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Sigmoid perforation due to compressed air from rectum

Selçuk Akoğlu, Murat Ongar, Selim İnan, Burak Demirci, Muhammed Evvah Karakılıç, İrfan Kala, Cihat Cömert
Department Of Emergency Medicine, Ankara Numune Training And Research Hospital, Ankara, Turkey

Compressed air is commonly used for general industry. First case is repoted in 1904 by Stone fatal injury of bowel caused by compressed air per rectum from a machine. Since then there have been several cases reported. In our case, sigmoid perforation detected after the nozzle of a compressed air hose directed at the rectum. This accident is the result of a prank. The rarity of the injury has prompted us to report the following case.

A 52 years old male, working in a car wash company was admitted to emergency department with a severe abdominal pain and difficulty in breathing. About an hour ago some of his co-workers held him firmly and directed the air compressor to the anal region and released the compressed air to the rectum for fun. After this incident he suddenly felt an acute abdominal pain. His blood pressure was 130/80 mmHg, pulse rate was 98/min, respiratory rate was 25/min. On physical examination there was acute generlized tenderness, rigidity and grossly distension in the abdomen with palpation. Bowel sounds were absent and examination of the perineum there was no laseration with External injury. There was no perforation in the anal canal and rectum on rectal examination. On the radiograph of the chest and abdomen there was extensive bilateral pneumoperitoneum. After initial resuscitation with intravenous fluid he consulted to general surgery and they took him emergent operation. Laparotomy carried out and revealed approximately 2 cm sigmoid colon perforation about 3 cm proximal to the rectosigmoid junction. The patient discharged 10 days after operation with colostomy.

Diagnosis of a colonic perforation is easy because of the spesific history and radiologic findings. High pressure air having entered to rectum may lead the perforation of antimesenteric wall of the rectosigmoid. Like in our case abdominal pain develop suddenly and if colon perforation also occurs, peritoneal irritation symptoms such as abdominal rigidity is also presented. Symptoms of respiratory distress are seen because of restriction of the diaphragmatic movement. Acute respiratory failure and circulatory shock can occur rarely. Because of that they should be treated immediately

KEYWORDS: sigmoid perforation, compressed air trauma, prank

PS-0014 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Periorbital Emphysema After Sneezing

Yeliz Şimşek, İbrahim Özgür Şahin, Meltem Kaplan
Emergency Medicine, Numune Education and Research Hospital, Adana, Turkey

INTRODUCTION: Subcutaneous emphysema is air deposition under the skin. It may be associated with trauma of the sinuses, airways, or direct extracorporeal exposures. This report presents a case of acute periorbital emphysema that developed immediately after sneezing.

CASE: A fifty three year old male admitted to emergency service because of periorbital swelling on the left eye after sneezing. The patient hadn't any comorbidities and there was no trauma event. In his history, he had nasal fracture after blunt trauma which have happened four years ago. In physical examination, there were periorbital oedema and crepitus on the left eye. (Figure 1)Eye movements, eye aquity and intraocullar pressure were normal. Puppillary was isochoric. Direct/indirect pupiller reflexes and fundus examination were normal. There wasn't any abnormality on the other systemic examinations. Nasal fracture, maxillar sinus lateral wall fracture, emphysema which starts on the left nasal area and extends to the periseptal area and to the inferiorly and the anteriorly maxillary sinus were seen on orbital and paranasal sinus tomography.(Figure 2) The patient was hospitalized for a day and prophylactic antibiotic therapy was started. When his symptoms regressed, the patient was discharged with the recommandations about to avoid the behaviors which increases intranasal pressure.

CONCLUSION: As periorbital emphysema may be traumatic or infectious; it may develope according to other serious complications like allerjic reactions, hematoma, anjioedema and esophagial rupture. Uncommonly, periorbital emphysema could be seen in dental procedure or after rhinoplasty. Patients' history and imaging techniques help to diagnose the etiologic diseases and differential diagnosis. In our case, there were fracture in nasal and maxillary sinus and periorbital emphysema which is related barotrauma was developed. There weren't ophthalmic complications. Periorbital emphysema is benign and usually resorbs spontanously. It must be attention for more serious complications which are orbital emphysema and ocular involvement. It must be kept in mind that periorbital ampysema may be seen on patients who had periorbital surgery and trauma history after sneezing

KEYWORDS: Periorbital Emphysem, Emergency Service, Sneezing

PS-0015 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Subdural empyema as a result of silent otitis media: Case report

Fulya YILMAZ DURAN[1], Özgür Duran[2], Birdal Güllüpınar[2]
[1]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir*
[2]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir*

INTRODUCTION: The term "silent otitis media" was first ussed by Paparella et al in 1980 to describe ongoing infection and inflammation in the tympanic cavity and mastoid cells behind a

healty tympanic membrane. Subdural empyemas constitute 15-25 % of the entire pyogenic intracranial infections. They are encountered most frequently due to retrograde spread of paranasal venous thrombophlebitis originating from sinus infections. Moreover they may develop following otitis media, head taruma and craniotomy. They may demonstrate a rapid spread and lead to sudden clinical progression. Therefore, treatment requires emergency surgical drainage. We present a casewith subdural empyema treated with antibiotics and surgical drainage.

CASE: The 25 year-old-male patient applied to emergency department with the complaints of headache, nause and vomiting, somnolence. According to the history of the patient, he had received antibotic treatment due to pain in the right ear four months earlier and due to sinusitis 10 days ago. Systemic examination was normal and neurological examination exhibited no findings other than a mild confusion and a neck stiffness. Laboratory tests showed leukocytosis of 33000/mm3. Computed tomography of the brain revealed sudural empyema and approximately8-mm midline shift to right due to the epidural empyema. The patient was consulted infectious diseases clinic and neurosurgery department. Emperical antimicrobial therapy was started with meropenem. The patient continued the empirical antibiotic therapy for 6 week. Follow up CT brain after surgery showed no residual pus. The patient was treated conservatively by the otolaryngology doctors and no signs of recurrence were detected during his follow up.

CONCLUSION: Subdural empyema is a rare, life-threatening intracranial suppuration. The diagnosis is usually delayed and initially confused with meningitis. If there is a history of otitis media with intracranial infection in the temporal area, silent mastoiditis should be suspected and the patient should be evaluated with a computed tomography.

KEYWORDS: Subdural empyema, silent otitis media, complication

PS-0016 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Rare Cause of Acute Abdomen: Perforated Jejunal Diverticula

Fatih Ekici[1], Sezgin Zeren[1], Zülfü Bayhan[1], Metin Mestan[1], Yalçın Sönmez[1], Faik Yaylak[1], Mehmet Korkmaz[2], Murat Seyit[3]

[1]*Dumlupinar University, Kutahya Evliya Celebi Training and Research Hospital, Department of Clinical General Surgery, Kutahya, Turkey*

[2]*Dumlupinar University, Kutahya Evliya Celebi Training and Research Hospital, Department of Radiology, Kutahya, Turkey*

[3]*Dumlupinar University, Kutahya Evliya Celebi Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Kutahya, Turkey*

Jejunal diverticulosis is a rare disorder, generally seen in elderly patients and it's rareley presented with acute complications. Jejunal diverticulosis is associated with small bowel obstruction, bleeding or perforations. We present a case report, 59 years old male admitted to emergency service with diverticula perforation.

CASE: A 59 years old man admitted to emergency service with a history of abdominal pain, distension and vomiting. The abdominal pain started 18 hours previously, with onset in the periumblical region. He had a diffuse abdominal tenderness, rebound tenderness, rigidity. Vital signs were normal. White bloodcell count was normal, CRP count was 95,10 mq/l.

Plain abdominal radiography was normal. CTscan revealed, millimeter- freeair density in the jejunum neighborhood and pollution are visible. After hospitalization diarrhea was started. Emergent laparotomy was planned. There were a jejunal diverticula at 50thcm distal to ligament treitz had perforated from the mesenteric face. The patient was treated with resection of perforated diverticula part of bowel and anostomosis. Postoperative period was normal. The patient was discharged a week later.

Diveticulosis of small bowel (excluding meckel'sdiverticula) is uncommon and is found in less than 5% of post-mortem examinations. İt is caused by herniation of the mucosa and submucosa throughthe muscular layer of the bowel wall (false diverticula). Diverticula are usually multi bleand occurathe mesenteric border. Seventy five percent of the diverticula in the small bowel are located in the proksimal jejenum. This condition is usually asymptomatic and founding accidentally. Most patients have chronic abdominal pain but in the elderly patients diverticulosis is associated with high morbidity and mortality secondary to complications.

Clinical diagnosis of the diverticula perforation may be difficult as the symptoms may mimic any other episode of acute abdomen. The typical presentation of jejunal diverticula is non-spesific abdominal pain a companied by distension, diarrhea or constipation. Common acute complications diverticulitis, bleeding, intestinal obstruction and perforations. 2-6 % of the diverticulitis are associated with abscess. Perforation occur in the 2,3-6,4 % of the patients with jejunal diverticulosis. İn the case of perforation, free air under the diaphragm may always be visible in the chest X-rays. Abdominal CT have been found to be helpful in the diagnosis of perforation. Small bowel resection and anostomosis can perform for diverticula. But surgeon must be cereful for short bowel syndrome after resection of diffuse diverticulosis. Jejunal diverticula are rare and often asymptomatic. Diagnosis of complicated jejunal diverticula is difficult and surgical exploration may required.

KEYWORDS: Jejunal diverticulosis, rareley,small bowel obstruction,diverticula perforation,

PS-0017 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Acute Appendicitis With Situs Inversus Totalis

Hasan Erçelik[1], Sezgin Zeren[2], Ali Egemen Türker[2], Emine Kadıoğlu[1], Zülfü Bayhan[2]

[1]*Department of Emergency Medicine, Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi*

[2]*Department of General Surgery, Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi*

INTRODUCTION: Stomachache is one of the most common cause of patients admitting to emergency departments of hospitals. The localisation of pain indicates differential diagnosis. In acute appendicitis, usually the pain is located in right lower quadrant of abdomen. In some situations as situs inversus or intestinal malrotation the appendix is generally located in left quadrant of abdomen. Diagnosis of acute appendicitis becomes more diffucult in case of these situations.

CASE PRESENTATION: A 45 years old, female patient was admitted to emergency department with stomachache lasting 10 hours and nausea. She has not any chronic illness or previous surgery. In physical examination there was rebound tenderness and pain in left lower quadrant of abdomen. In differantial diagnosis, aortic aneursym, diverticulitis, ectopic pregnancy, ovary cyst rupture, renal colic pain and PID were considered. In complecete blood count white blood cell count (wbc): 17300/mm3, C-reaktive protein: 2 mg/L, BHcg:negative and in urinary analysis there is uriner infection findings.

In radiography of chest dextrocardi was detected. After this, contrast enhanced computirized tomography of abdomen and thorax were taken. In tomography situs inversus totalis, pericecal inflammation and 10 mm diameter of inflammeted appendix is detected at left lower quadrand of abdomen. Than, the patient was operated by general surgery and discharged from hospital at the 3 th postoperative period.

CONCLUSION: The patients who apply to emergency departments for left quadrant pain should be investigated for rare situations as situs inversus. Because in this situations the appendix is located left lower quadrand of abdomen.

KEYWORDS: Acute appendicitis, left abdominal pain, situs inversus totalis

PS-0018 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Transcatheter removal of embolized port catheters from pulmonary artery: Cae report

Şener Cindoruk, Mehmet Mustafa Sunar, Behçet Al, Suat Zengin, Tufan Yıldırım
Emergency Department of Medicine School, Gaziantep University.

Port catheters provide great advantages for patients who should receive long-term intravenous treatment. Cook Vital Port vascular access catheters (Cook Canada Inc., Stouffville, ON, Canada) are usually implanted via the subclavian vein or the jugular vein. They are frequently use oncologic diseases. Like other many medical interventions, this procedure also might be dangerous and complicated side effects and risks. One of these complications is the embolization of the port catheter (1,2). This situation has significant risks. In our patients, despite the relatively long time after the embolization event (1 month and 1.5 years), catheters were successfully retrieved using a transcatheter approach.

CASE: A 42-year old male with acute lenfoblastic leukemia was performed subclavian vein port catheter for receiving long-term multiple drug infusion. The patient received stem cell transplantations three month ago with implanted port without any problem. The patient was rehospitalized for donor lenfosit infusion. During the procedures it was noticed that the port catheter didn't work and patient was dispatched to the emergency department. At admission the patient was conscious and he didn't have any complaints such as palpitation, dyspnea and chest pain. The detected parameters fever were 36,4 oC, pulse 82 beat/min, respiratation19/min, artery blood pressure 113/66 mmHg. On routine chest X-ray, it was observed that the catheter was separated from the port chamber along its whole length and fell into the right ventricle. One end of the catheter was in the right ventricle, other end was seen in right pulmonary artery

and median lob segmental by computed tomography without contrast. Subsequent to premedication and local anesthesia 7F sheath was placed to the femoral vein with percutan technical. 6F MPA catheter was pushed forward to the right atrium from vein. By this way the port catheter that was advanced to RA-MPA and RPA was detected. The port catheter was captured with snare and was withdrawn from femoral vein. The catheter length was measured as 45 cm, and there were no complications. The old catheter port chamber was surgically removed. One week later, a new port catheter was replaced.

KEYWORDS: Port catheter, pulmonary artery embolization, complication

PS-0019 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Can Neutrophil/Lymphocyte ratio a valuable parameter in the discrimination between acute appendicitis and renal colic?

Ethem Acar[1], Önder Özcan[2], Hasan Deliktaş[3], Halil Beydilli[1], İsmail Kirli[4], Ömer Doğan Alataş[1], Cem Şahin[4], Birdal Yildirim[1], Ahmet Korkut Belli[2]

[1]*Department of Emergency Medicine, Mugla Sitki Kocman Universty*

[2]*Department of General Surgery, Mugla Sitki Kocman Universty*

[3]*Department of Urology, Mugla Sitki Kocman University Medical Faculty, Mugla, Turkey*

[4]*Department of Internal Medicine, Mugla Sitki Kocman University Medical Faculty, Mugla, Turkey*

AIM: Only one diagnostic parameter is not available for acute appendicitis. For the establishment of diagnosis, combination of medical history, clinical, laboratory tests, radiological imaging modalities are used so as to decrease the rates of negative laparotomy and morbidity secondary to delay in diagnosis. In the present study, we aimed to determine haematological and inflammatory markers which will be used in the discrimination of acute appendicitis (AA) and renal colic which are the most frequent and indistinguishable causes of abdominal pain in patients who applied to the emergency service

METHODS: A total of 215 patients who presented with abdominal pain and histopathologically diagnosed as AA, and 200 patients who presented with abdominal pain and diagnosed as renal colic were included. Control group consisted of 56 patients without any complaints who came to the outpatient clinics of internal medicine only for blood counts. Analyzed blood samples were white blood cell counts (WBC), hemoglobin (Hb), neutrophil, lymphocyte, mean corpuscular volume (MCV), mean corpuscular hemoglobin (MCH), red blood cell width, mean platelet volume (MPV), platelet (plt), plateletcrit (PCT) and platelet distribution width (PDW), neutrophil/lymphocyte ratio (NLR) and platelet/lymphocyte ratio (PLR).

RESULTS: Statistically significant intergroup difference was seen between AA and renal colic groups as for age, WBC, Hb, MCV, neutrophil, lymphocyte, NLR and PLR. Statistically significant intergroup difference was seen between AA and control groups regarding age, WBC, Hb, RDW, MPV, neutrophil, lymphocyte, NLR and PLR. Statistically significant intergroup difference was seen between renal colic and control groups as for age, WBC, RDW, MPV, neutrophil and NLR. In ROC curve analysis, the area under AUCs for WBC, neutrophil, NLR and PLR were 0.896, 0.916, 0.888 and 0.725, respectively ($p \leq 0.05$).

CONCLUSION: In the discrimination between patients with renal colic and those without any illness, WBC, RDW, MPV, neutrophil and NLR; in the differentiation between the patients with AA and healthy individuals, WBC, RDW, MPV, neutrophil, lymphocyte, NLR and PLR; and more importantly in the discrimination between patients with AA and those with renal colic who presented to emergency services with abdominal pain WBC, neutrophil, lymphocyte, PLR and NLR can be useful parameters.

KEYWORDS: Neutrophil/Lymphocyte ratio;acute appendicitis; renal colic

PS-0020 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Pulmonary cystic hydatidosis

Şahin Kahramanca[1], Elnare Günal[2], Gülşen Çığşar[2], Eray Atalay[3], Murat Özdemir[2], Emsal Aydın[4], Hikmet Şencanlar[5]

[1]*Department of General Surgery, Kars State Hospital, Kars, Turkey*

[2]*Department of Emergency, Kafkas University School of Medicine, Kars, Turkey*

[3]*Department of Internal Medicine, Kafkas University School of Medicine, Kars, Turkey*

[4]*Department of Infection Diseases, Kafkas University School of Medicine, Kars, Turkey*

[5]*Department of Emergency, Kars State Hospital, Kars, Turkey*

AIM: Cystic hydatidosis which could be endemic at regions where agriculture and livestock is very common, is localized mostly in liver and lungs at adults and in lungs at children. Coughing, chest pain, dispnea, mucoprulent mucus and cyanosis could be seen in pulmonary cystic hydatidosis. In the cases that spreads in the bronchus, seeing scolex in the mucus is diagnostic. Treatment is medical and surgical. Surgery is the only option when there is superinfection or rupture. We will present you the patient with isolated giant pulmonary cystic hydatidosis that admitted to emergency department with coughing and sudden onset vomiting and no previous symptoms.

CASE: 17 year-old female patient admitted with coughing and sudden onset vomiting, she has exertional dispnea time to time and no systemic disease in her medical history. She has no fever, 100/heart rate and 90%pSO2. While examining her, she had cyanosis and vomiting, there was about 200cc vomiting material that was hemoptysic, without food particles, multiple cysts, and the largest one was 1cm in diameter. There was cystic lesion that fills almost all of the left lung at her chest radiogram. She was stabilized and transferred to a more advanced medical center with isolated giant ruptured pulmonary cystic hydatidosis diagnose.

CONCLUSION: Especially at endemic regions, pulmonary cystic hydatidosis must be kept in mind to diagnose the adult patients who admitts with coughing, chest pain, dispnea, vomiting or even abdominal pain. Therefore the mortality and morbidity rates could be decreased by early diagnose and treatment.

KEYWORDS: Pulmonary cystic hydatidosis, endemic regions, coughing

PS-0021 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

It isnot just colic attack

Gülşen Çığşar[1], Elnare Günal[1], Turgut Anuk[2], Ali Cihat Yıldırım[3], Murat Özdemir[3], Barlas Sülü[2], Bertan Küçük[4]

[1]*Department of Emergency, Kafkas University School of Medicine, Kars, Turkey*

[2]*Department of General Surgery, Kafkas University School of Medicine, Kars, Turkey*

[3]*Department of General Surgery, Kars State Hospital, Kars, Turkey*

[4]*Department of General Surgery, Melikgazi Hospital, Kayseri,Turkey*

INTRODUCTION: Urinary stones has an incidance of 1-13% all over the world. Acute renal colic is one of the most common urological emergencies. Intraluminal pressure increase after ureteral obstruction stimulates intramucosal nevre endings, therefore colic pain occurs. The pain is usually obtuse, continious and sometimes agonising, radiatesto bilateral/unilateral ureter traces and genital area from costovertebral point. Nausea and vomiting could be seen with severe side pain. The pain could mimic gastrointestinal and genital patologies which have the same innervation with urinary system. Plain urinary radiography which is one of the diagnostic tests for renal colic has a sensitivity of 45-58% and specivity of 60-77% for ureteral calculi. Therefore, when a patient applies to emergency department with renal colic history often don't have a plain radiography. We will present you the patient who applies to emergency department repeatedly with similiar renal colic pain but diagnosed with duodenal perforation.

CASE: 26 year-old male patient with nefrolithiazis history applied to emergency department with nausea and abdominal pain. He accasionally admits to emergency departments with similiar complaints. He had abdominal tenderness radiating to lower quadrants from left periumblical region, abdominal defence and rebound at his physical examination. We also learned from the patient that he had renal colic treatment from another health care center before he admitted our emergency department. Right after we detected free air at the patient abdominal radiography, emergent operation was panned for perforation, and duodenal restoration was performed.

CONCLUSİON: Patients who has urinary calculi at their medical history often admits to emergency department with renal colic pain. Before focusing the existing diagnose the physicians must

POSTER BİLDİRİLER

consider differantial diagnoses of side pain and exclude the other system diseases with similiar symptoms and findings. To have standing abdominal radiography and thorax radiography to exclude other system patologies could be lifesaving for patients with abdominal pain even if they have renal colic history.

KEYWORDS: Urinary stones, renal colic, duodenal perforation

PS-0022 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A rare metastasis of breast cancer: Bone marrow metastasis

Şahin Kahramanca[1], Hakan Güzel[2], Halil İbrahim Dural[2], Gülay Özgehan[2], İsmail Emre Gökce[2], Oskay Kaya[2], Gülşen Çığşar[3]

[1]*Department of General Surgery, Kars State Hospital, Kars, Turkey*

[2]*Department of General Surgery, Diskapi Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[3]*Department of Emergency, Kafkas University School of Medicine, Kars, Turkey*

AİM: Breast cancer is most common cancer amog the woman and 2nd leading cancer death among woman. Most common sites of lymphatic or hematogen metastasis are bone, lung and brain. Bone marrow metastasis is rare. Bone metastasis increases osteoclastic activitiy resulting in pain and fractures. In this paper a 29 years old breast cancer female with bone marrow and liver metastasiswill be presesnted who died after liver biopsy due to bleeding.

CASE: At phsical examination of a 29 years old female complaining of bone pain a suspected fixed mass was found. At ultrasonography of the right breast a 27x17mm lesion was found, tru-cu biopsy was reported as "Infiltrating ductal carcinoma". On signs of metastatic disease, bone marrow biopsy was reported as "malign epitelial tumor" (fig2), abdominal ultrasonograpy was reported as multiple liver metastasis. After ultrasonography guided liver biopsy paitent operated for hypotension and hypovolemic shock. On operation approximately 2lt of blood aspirated, no signs of bleeding found on liver but there was a non expanding retroperitoneal hematoma on needle traject. Six hours after packing the abdomen, 2.5 lt blood drained, Hb was:5.7g/dl, platelet count was 46000/mm3, ALT:1926 IU, AST:935 INR:2.95, aPtt:above limits. On re-operation afther transfusion of 10Uof Eritrosit Suspension and 6 Uof Fresh Frozen Plazma no bleeding focus found. Retroperitoneal area was not explored. The patient died on operation

RESULT: Breast cancer is the mostcommon cancer among women with increasing incidence.On diagnosis 3-10% of the cases are with distant metastasis. Distant metestasis and treatment protocols are very important on prognosis.Surgery is not the choice breast cancer with metastasis. Risk of bleeding due to bone marrow supression must be kept in mind before surgical and invasive interventions.

KEYWORDS: Advanced stage, breat cancer, metastasis, bone marrow

PS-0023 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Hypoglossal and recurrent nerve injuries

Gülşen Çığşar[1], Elnare Günal[1], Şahin Kahramanca[2], Sezgin Kurt[3], Ali Cihat Yıldırım[2], Murat Özdemir[1]

[1]*Department of Emergency, Kafkas University School of Medicine, Kars, Turkey*

[2]*Department of General Surgery, Kars State Hospital, Kars, Turkey*

[3]*Department of Otolaryngology, Kafkas University School of Medicine, Kars, Turkey*

PURPOSE: Cranial nerve injuries could be seen as complications of surgery of the neck or direct trauma to the neck. But without the effect of direct trauma and after the trauma, cranial nerve injuries due to indirect effects are very rare complications. We will present you the patient with recurrent and hypoglossal nerve disfunction due to compression of edema two days after neck trauma.

CASE: 64 year-old male patient admitted to emergency department with dysphagia and hoarseness. As we learned from the patient two days before he had an injury to the left side of his neck with a sharp object, and suturated at another health care center. 24 hours after trauma, the patient had disphagia, and hoarseness was begun 4 or 5 hours before the patients aplication to our clinic. There was swelling at the incision line. The patients left soft palate was paraliyzed and his tongue was deviated to left. At his vocal cord examination, left vocal cord was seen fixed. It was found that the patient had hypoglossal and recurrent nerve compression because of generalized edema at left anterolateral part of the neck. Proper antibiotherapy and anti-inflammatory therapy was given to the patient.

CONCLUSION: Morbidity and mortality rates of head and neck trauma and surgeries are very high. It must be kept in mind that hypoglossal and recurrent nerve injuries could be seen after trauma even if it looks like a simple obtuse or sharp objeckt trauma.

KEYWORDS: Recurrent laryngeal nerve, hypoglossal nerve, injury

PS-0024 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Effects of Boric Acid in an Experimental Rat Model of Hepatic Ischemia-Reperfusion Injury

Murat Başbuğ[1], Murat Yıldar[1], İsmail Yaman[1], Ömer Faruk Özkan[2], Hasan Akşit[3], Faruk Çavdar[1], Fatma Bahar Sunay[4], Musa Özgür Özyiğit[5], Hayrullah Derici[1]

[1]*Department of Surgery, Balikesir University, Faculty of Medicine,Balikesir, Turkey*

[2]*Department of Surgery, Onsekizmart University, Faculty of Medicine, Canakkale, Turkey*

[3]*Department of biochemistry, Balikesir University Faculty of Veterinary Medicine, Balikesir, Turkey*

[4]*Department of Histology and Embryology, Balikesir University, Faculty of Medicine, Balikesir, Turkey*

[5]*Department of Patology, Uludag University Faculty of Veterinary Medicine, Bursa, Turkey*

INTRODUCTION: Boric acid occurs in nature as a mineral. It has uses in many clinical situations, including cancer treatment (boron capture therapy). Recently, it has been shown that boric acid has protective and anti-oxidant effects. The aim of this study was to investigate the effects of boric acid in a rat model of hepatic ischemia-reperfusion injury.

MATERIAL-METHODS: 30 rats were divided into three groups: sham, ischemia reperfusion and ischemia-reperfusion+boric acid. The sham group underwent only the surgical stress procedure. In the ischemia-reperfusion group, liver ischemia was induced by clamping the hepatic pedicle for 45 minute, followed by reperfusion for 1 hour. In the ischemia-reperfusion +boric acid group, the therapeutic agent boric acid was administered intraperitoneally, 10 minute before clamping the hepatic pedicle. Serum levels of malondialdehyde, superoxide dismutase, glutathione, total antioxidant capacity, tumor necrosis factor-α, interleukin-6, aspartate aminotransferase, alanine aminotransferase, gamma-glutamyl transferase were determined. Liver tissues were taken for histopathological examination, DNA fragmentation, and TUNEL staining to determine the apoptotic index.

RESULTS: Boric acid moderately reduced serum levels of malondialdehyde, tumor necrosis factor-α, interleukin-6, aspartate aminotransferase, gamma-glutamyl transferase in the ischemia-reperfusion injury group. Superoxide dismutase and alanine aminotransferase levels were decreased significantly in the boric acid-administered group ($P < 0.05$)(Table 1,2). The histopathological injury scores and the rate of apoptosis were significantly higher in the ischemia-reperfusion group; these injuries were reduced by boric acid administration(Fig.1)(Table 3)

CONCLUSION: i.p. administration of boric acid before induction of IR protects against hepatocyte injury leading to apoptosis by reducing oxidative stress and lipid peroxidation in the liver. Boric acid can be used as an antioxidant agent against hepatic IR. This is the first report of a protective effect of boric acid against hepatic IR injury. More rigorously designed studies are required to further investigate the role of boric acid in preventing IR injury.

KEYWORDS: Hepatic Ischemia Reperfusion,Boric Acid

PS-0025 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Rare Cause of Vision Loss:Carotid-Cavernos Fistula

Uğur Bal, Fatma Yorulmaz, Burak Demirci, Erinç Müderris, Selim İnan, Metin Özdemir, Muhammed Evvah Karakılıç
Department of Emergency Medicine,Ankara Numune Training and Research Hospital,Ankara,Turkey

BACKGROUND: Carotid-cavernous fistula(CCF) is an abnormal connection between the carotid artery and the cavernous sinus. It may be traumatic or spontaneous.The exact etiology of spontaneous carotid-cavernous fistula is unknown. Hypertension, atherosclerosis, collagen-vascular disease or childbirth are risk factors for carotid-cavernous fistula. They tend to become symptomatic in middle-aged to elderly women. Common symptoms of CCFs include diplopia, red eye, headache and vision loss.We discussed a patient who applied with vision loss and diagnosed with CCF.

CASE: 58 years old female patient applied to emergency medicine because of vision loss,pain and swallow in her left eye.Her complains started few hours ago and did not happen before. She had hypertension and coronary artery disease in her medical history.She had coronary bypass operation and she was using warfarin, acetylsalicylic acid and beta blocker. Her initial vital signs were; blood pressures 130/80, pulse rates 62/min, temperature 36,6 C, respiratory rate 16 breaths/min, oxygen saturation %98.In physical examination;her general condition was good,copereted and orientaded.She had propitozis, decrased eye movements to the four winds and negative light reflex in her left eye.Right eye was normal.She did not have motor deficit.Other system exaninations were normal.Blood tests and cranial CT applied.There was not ischemia or intracranial hemorrage in CT but cavernous sinüs was larger and hyperdense in left side,extraocular muscles was larger in left and left supeior ophthalmic vein was dilated.She consulted with deparment of opthalmology,neurology and brain surgery. Digital Subtraction Angiography(DSA) was applied and carotid- cavernous fistula was detected.She hospitalized to brain surgery department for treatment.

CONCLUSION: Carotid-cavernous fistula is rare condition and must be considered in the differential diagnosis of vision loss.Patients who have risk faktors like hypertension, atherosclerosis, collagen-vascular disease or pregnancy and applied with vision loss,red eye,swallow,diplopia like symtoms must be evaluated for CCF. Cerebral arteriography is the gold standard for evaluating patients with CCF. Transarterial balloon embolization is the treatment of choice for CCF.

KEYWORDS: carotid-cavernous fistula,vision loss

PS-0026 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Can Mean Platelet Volume Value Predict Acute Appendicitis?

Feruze Turan Sönmez[1], Harun Güneş[1], Cemil Işık Sönmez[2], Hayati Kandiş[1], Ayhan Sarıtaş[1]
[1]*Duzce University Medical Faculty, Department of Emergency Medicine, Duzce- Turkey.*
[2]*Duzce University Medical Faculty, Department of Family Medicine, Duzce- Turkey.*

INTRODUCTION: Acute Appendicitis (AA) is one of the common acute abdomen causes in emergency department (ED). Even that the treatment and follow-up of it is well known, there are some challenges in diagnosing it. A delayed diagnosis may lead to perforation and other complications. Again inappropriate diagnosis goes to false laparotomy. Mostly diagnosis of AA depends on physical examination, and there are some gold standard technics, such as abdominal computed tomography scanning, but they have involve high radiation risks and are not cheap technics. Considering all these, new easily applicated, cheap effective and time-saving laboratory methods are necessary for the diagnosis of AA.

There are many inflammatory markers that are used in routine AA diagnosing. The purpose of this study was to investigate the diagnostic value of Mean Platelet Volume (MPV) in AA cases.

PATİENTS AND METHODS: In this study we retrospectively investigated the patients that apply to ED with abdominal pain, in one year period, and that had been diagnosed AA. Cases operated and having pathology diagnosis of AA were included in one group, and the control group was formed of the cases with negative sonography findings or with false laparoscopy.

There were 138 patients diagnosed with AA, 45% of them were male (63 cases), and 55% of the patients were female (75 cases). 10 patients were excluded from the study because of lack of knowledge. 27 patients were of control group.

The White Blood Cell (WBC) and MPV values were investigated in both the groups; the results were as follow:

The WBC values were significant higher in AA confirmed group than in control group, both in male and in female ($p<0.05$). But the MVP values showed no significant difference between the groups ($p>0.05$).

CONCLUSİON: There are various results about MPV predictivity of AA both in children and in adult population.

We found no relationship between AA diagnosis and MPV increasing or decreasing values in our study. Maybe some more extensive studies are need to be performed.

KEYWORDS: Acute Appendicitis, Mean Platelet Volume, diagnosing methods.

PS-0027 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

An Atypical Cause of Convulsion: Abdominal Aortic Aneurysm Rupture

Harun Gunes, Semih Guneysu, Feruza Turan Sonmez, Hamit Aykut Celme, Hayati Kandis
Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey

INTRODUCTION: Abdominal aortic aneurysm (AAA) rupture is characterized by the triad of hypotension, pulsatile abdominal mass and abdominal pain. Fifty % of AAA rupture cases may be overlooked when they do not present with the typical triad; they may be misdiagnosed as renal colic or acute abdomen. Here we presented a case of AAA rupture without the complaint of abdominal pain.

CASE: An 88-year-old female patient was brought to our emergency department due to a convulsion. Intravenous diazepam was given to control seizure activity. Her vital signs were in normal ranges after the control of seizures. Then intravenous phenytoin infusion was given to prevent recurrence of seizures. Her physical examination was totally normal except a decreased level of consciousness; she was lethargic. She complained of an abdominal pain at the 4th hour of her observation so her system examinations were repeated. Prominent guarding and rebound were detected throughout her abdomen thus intravenous contrast enhanced computed tomography of the abdomen was performed. Diameter of the abdominal aorta 2 cm above the level of iliac bifurcation was found to be 6.5 cm, and abdominal aorta was seen to be ruptured (Figure 1). The patient was consulted with the cardiovascular surgery department. Surgical treatment was planned, and she was taken to the intensive care unit of the cardiovascular surgery department.

CONCLUSİON: AAA rupture may rarely present with a convulsion. We suggest that AAA rupture should be included in the list of differential diagnosis of a first ever convulsion especially if it occurred in an elderly patient without a history of a seizure disorder. We also recommend that emergency physicians should observe cases with a first ever convulsion for a longer period in the emergency department.

KEYWORDS: abdominal aortic aneurysm, convulsion, abdominal pain

PS-0028 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Multiple Brain Abscesses in a HIV Positive Patient

Harun Gunes, Semih Guneysu, Feruza Turan Sonmez, Ayhan Saritas
Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey

INTRODUCTION: Brain abscess is a localized or unconstrained focus of puss collection in brain tissue. Headache is the most common symptom, and nausea, vomiting, convulsions and various neurologic deficits also may be seen. Brain abscesses are rarely seen, and they usually occur in patients with another disease like HIV infection and the other diseases causing immune system suppression. We want to present a case of brain abscess in a HIV positive patient.

CASE: A 34-year-old male patient was brought to our emergency department because he had had complaints of suddenly occurring change in consciousness and difficulty in walking. His vital signs were as follow; body temperature: 39 ºC, pulse rate: 120 beats/minute, blood pressure: 100/70 mmHg. His general appearance was moderate. Glasgow Coma Score was 12. Sizes of his pupils were equal. Motor muscle strength was 3/5 in both legs, and 4/5 in both arms. Computed tomography scan (CT) of his brain was performed and 5 lesions of which the biggest one

was 3X3 cm in dimensions evocating abscess formation were seen on CT (Figure 1). It was confirmed that those lesions were brain abscesses with intravenous contrast enhanced magnetic resonance imaging of the brain (Figure 2). The lesions were surgically drained by the neurosurgery department he was taken to intensive care unit for antibiotic treatment and observation.

CONCLUSİON: Brain abscess should be suspected in patients with a history of diseases causing immune system suppression when the patient has symptoms and signs implicating brain abscess, and it should be clarified whether the patient has brain abscess or not by using imaging studies.

KEYWORDS: brain abscess, HIV, difficulty in walking

PS-0029 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Rare Cause of Respiratory Distress: Teaspoon in Oro-pharynx

Harun Gunes, Oguz Kagan Inceoglu, Feruza Turan Sonmez, Semih Guneysu, Ayhan Saritas
Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey

INTRODUCTION: Foreign body aspiration (FBA) is a pediatric emergency in common but it is seen in adults as well. It may be asymptomatic, but in some cases it may lead to life-threatening complications, such as severe respiratory distress, choking and even death. Approaches for the treatment of foreign bodies are endoscopy, surgery or observation. Foreign bodies are usually removed with the help of rigid bronchoscopy in children, and both rigid and fiber-optic bronchoscopy techniques are used in adult patients. We want to present a case with an unusual foreign body in his oropharynx.

CASE: A 50-year-old male patient who was confined to bed was brought to our emergency department because he aspirated a teaspoon while he was being fed orally. His vital signs were as follows; blood pressure: 135/86 mmHg, SpO2: 68%, pulse rate: 124 beat per minute, body temperature: 36.2 ºC. His serum glucose level was 104 mg/dl. It was learned that he had had both ischemic and hemorrhagic stroke and was confined to bed for a long time. A cyanotic appearance was present around his mouth and face. Supplemental oxygen was administered immediately. Lateral cervical X-ray was taken, and a teaspoon was seen on the X-ray (Figure 1). The patient was positioned as he was being endotracheally intubated, and the teaspoon was visualized to be stuck into the right side of his oropharynx. The spoon was removed by holding it with a portegue. His secretions were aspirated; his SpO2 improved to 100%, and his cyanotic appearance disappeared immediately. Relatives of the patient were informed about how to feed the patient, and he was discharged after 4 hours of observation.

CONCLUSİON: FBA is not a commonly seen condition in the emergency department but it is still an important clinical condition because it may be life-threatening. Therapeutic interventions of emergency physicians may be life-saving in those patients. Thus, emergency physicians should be familiar with that clinical entity.

KEYWORDS: respiratory distress, foreign body, oropharynx

PS-0030 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Spontaneous Hematoma in Gastrocnemius Muscle without Any Risk Factors

Harun Gunes[1], Yasin Koksal[1], Feruza Turan Sonmez[1], Yavuz Gecer[2], Semih Guneysu[1], Ayhan Saritas[1]
[1] *Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey*
[2] *Department of Orthopedics and Traumatology, Duzce University, Duzce, Turkey*

INTRODUCTION: Gastrocnemius hematoma is bleeding into gastrocnemius muscle which usually occurs due to a trauma. It may also very rarely occur as a result of overdose of a drug which may cause bleeding. Intact fascia which is called as epimysium limits enlargement of hematoma hence intramuscular pressure increases. Therefore the patient suffers from pain and loss of muscle function. Because intramuscular hematoma may cause compartment syndrome, physicians should be very careful. We want to present a 79-year-old female patient who has no history of trauma and no drug use that may cause bleeding diathesis presenting with gastrocnemius hematoma.

CASE: A 79-year-old woman presented to our emergency department due to the complaints of pain and swelling in her left leg which had been present for 3 to 4 days. It was learned that she had neither a chronic disease nor a history of drug usage, recent trauma or a long journey. Her general condition was good, and she was conscious. Her vital signs were as follows; arterial blood pressure: 125/80 mmHg, body temperature: 36.5 ° C, pulse rate: 74 beats/min. Her pulse was found to be rhythmic. In the extremity examination; she had swelling, tenderness and widespread ecchymotic areas in her left calf, and some degree of limitation in movements of the knee joint. Her peripheral pulses were normal. Capillary refill time was under 2 seconds. Other system examinations were normal. Her laboratory test results were as follows; White blood cell count: 5740 cells/uL, Hemoglobin: 11.3 g /dL, Hematocrit: 33.9%, Platelet count: 329.000 /L, PT: 14.5 sec, INR: 1.15 and aPTT: 32.5 sec. Doppler ultrasonography of the left lower extremity showed that main femoral vein, superficial femoral vein, deep femoral vein, popliteal vein and major saphenous vein were open, and no thrombosis was detected. A heterogeneous hypo-echoic semisolid lesion which was 15x4.5x3 cm in dimensions and suggested to be a hematoma was seen in the left gastrocnemious muscle. The patient treated conservatively by recommending cold application, elevation and bed rest.

CONCLUSİON: Lots of patients present to emergency department due to limb pain. Spontaneous intra-muscular hematoma may be the cause of pain in some of those patients even in the absence of any risk factors like history of trauma and usage of a drug which may cause bleeding disorders. Hence a careful physical examination is important in the patients with limb pain. Radiological imaging may be helpful in selected cases.

KEYWORDS: hematoma, gastrocnemius muscle, conservative treatment

PS-0031 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Heavy Lifting Associated Pneumothorax: Case Report

İrfan Kala, Selim İnan, Binnur Eşfer, Nurullah Tarhan, Mehmet Nihat Özüpek, Fevzi Yılmaz
Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Presence of air or gas in the pleural cavity is called Pneumothorax. Pneumothorax can occur either spontaneous or traumatic. Risk factors include trauma, underlying lung diseases (etc. chronic obstructive pulmonary disease (COPD)) being male, smoking, age (between 20-40), genetic, mechanical ventilation. Cases with pneumothorax present to emergency departments with sudden onset of chest pain and shortness of breath. These symptoms are not specific to pnuemothorax, on the other hand, there can also be another life threatening medical problem. Plain posteroanterior chest x-ray is enough for diagnosis in daily clinical practice, even though some suspicious free air can only be detected in thorax computed tomography. We want to share our experience about a case who presented to ED with a rare cause of pneumothorax: heavy lifting.

CASE: 33 year old male patient presented to our ED with sudden of onset of chest pain and shortness of breath after lifting a heavy product in where he works. His pain was not associated with exertion. He had no medical history, but smoking history,13 pack/year. His physical examination showed decreased respiratory sounds on upper side of right hemithorax and normal vital signs were noted. He denied trauma except heavy lifting 1 hour ago before presentation to ED. ECG showed normal sinus rhythm, no ST-T changes. PA Chest X-Ray was performed to patient and there was seen free air in right hemithorax which indicated pneumothorax. Patient underwent chest-tube insertion, control x-ray showed expanded right lung and patient was hospitalised for further follow up.

CONCLUSION: Patients with chest pain presents to emergency departmants frequently, and etiology of chest pain may range from benign reasons such as myalgia, to life threatening medical problems such as acute coronary sendromes, aortic dissections, pneumothoraces etc. Our patient's history of pneumothorax was a really rare situation which happend after heavy lifting. Once there is a thin, smoking, aged between 20-40 years patient suffer from chest pain, pneumothorax must be one of differantial diagnosis and chest x-ray must be performed to every patient with such history.

KEYWORDS: pneumothorax, trauma, chest tube insertion, rare cause

PS-0032 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A rare and important fracture in childhood;Scaphoid

Tolgahan Atcı[1], Fatih Çömez[2], Hakan Özbay[1], Cihan Ergün[3], Hatice Topçu[2], Murat Carus[2]
[1] *Department of Orthopaedics and Traumatology,Bagcılar Research and Training Hospital,Istanbul,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine,Bagcılar Research and Training Hospital,Istanbul,Turkey*

[3]*Department of Orthopaedics and Traumatology,Ankara Research and Training Hospital,Ankara,Turkey*

OBJECTIVE: Scaphoid(carpal navicular) fractures are often seen in vigorous, athletic,adolescent boys and occasionally in girls.This is generally from sport or fall on an outstretched hand.Not uncommonly,there is a delay in presentation,particularly if the child is hesitant to report the injury to the family.At presentation,the classic tenderness in the anatomic snuffbox region should be evaluated.Antero-posterior,lateral and scaphoid oblique wievs are helpfull to clarify the diagnosis.Scaphoid waist fractures certainly occur in the older child and adolescent population. In addition,distal pole fractures are more than adults.Distal pole fractures can be treated in a below elbow thumb spica cast for approximately six weeks and then gentle return to activities. Waist fractures and proximal pole fractures are dangerous than distal pole fractures and sometimes they may required surgery for treatment.

CASE: An eleven years old boy was admitted in emergency department after a football match.He said that he was goalkeeper in the match and he save a speedy ballshot in the match and then the pain began.There was swelling and pain above the dorsal of elbow.Radiography showed a fracture on the distal pole of scaphoid.The patient treated with thumb spica cast for six weeks.

CONCLUSION: Osteonecrosis or avascular necrosis is a problem that is found commonly for delayed presentation of scaphoid fractures or overlooked cases.Because of these complications emergency physicians must diagnose this fracture and treated the patients immediately.

KEYWORDS: Fracture, scaphoid, snuffbox

PS-0033 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

An uncommon injury at emergency department; Pediatric elbow dislocation

Tolgahan Atcı[1], Fatih Çömez[2], Hakan Özbay[1], Cihan Ergün[3], Hatice Topçu[2], Murat Carus[2]

[1]*Department of Orthopaedics and Traumatology,Bagcılar Research and Training Hospital,Istanbul,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine,Bagcılar Research and Training Hospital,Istanbul,Turkey*

[3]*Department of Orthopaedics and Traumatology,Ankara Research and Training Hospital,Ankara,Turkey*

OBJECTIVE: In children,elbow dislocation without fracture is uncommon.Whenever you encounter an elbow dislocation,assume an associated occult fracture which may prevent reduction. The most common example is a medial epicondyle fracture which frequently becomes entrapped in the joint.The dislocation should be reduced as soon as possible to relieve pain and improve circulation.Postreduction x-rays should be performed to assess reduction and look for the medial epicondyle.After reduction of the elbow,crepitus and restricted range of motion or a non concentric reduction on the films should alert us for a trapped fragment at cartilage or small bone fragment in the joint.So contralateral films for comparison are critical.On the x-rays if the medial epicondyle is separated and outside the joint,it can be treated by casting alone with minimally displaced.If markedly displaced or trapped in the joint it should be surgically reduced immediately.

CASE: A seven years old boy was admitted in emergecy department after falling down while he was playing football.His complaints are about left elbow.There was a serious swelling and tenderness on his elbow.X-rays showed that,there was a humeroulnar joint dislocation without anyfracture on the left elbow.After reduction his range of motion was normal and on the x-rays joint was concentric.He treated with long arm splint for three weeks and then elbow exercises and physical therapies.In the our followings elbow gained functional motion.

CONCLUSION: Pediatric elbow dislocation is very important injury and must be treated immediately.Because it can be together with median,radial and ulnar nerve injury or brachial artery injury. Delayed applications to hospital after injury or delayed treatments can be cause to compartment syndrome.Its results are catastrophic.

KEYWORDS: Elbow dislocation, medial epicondyle, nerve injury

PS-0034 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Bilateral distal radius fracture concomitant with humeroulnar dislocation

Tolgahan Atcı[1], Fatih Çömez[2], Hakan Özbay[1], Cihan Ergün[3], Hatice Topçu[2], Murat Carus[2]

[1]*Department of Orthopaedics and Traumatology,Bagcılar Research and Training Hospital,Istanbul,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine,Bagcılar Research and Training Hospital,Istanbul,Turkey*

[3]*Department of Orthopaedics and Traumatology,Ankara Research and Training Hospital,Ankara,Turkey*

OBJECTIVE: Wrist injuries are common following a fall onto an outstretched hand or in individuals involved in ball and contact sports or severe injuries may occur from a more forceful injury, such as a car accident or a fall off a roof or ladder. Patients suffering from wrist pain are often seen in daily emergency department practice.One common clinical presentation of the wrist pain caused by travma is distal radius fracture.Bilateral distal radius fracture is occasionally seen after fall onto outstreched hand.Other upper limb joint injuries or fractures are rarely seen concomitant with wrist fractures.

CASE: A seventeen years old boy was admitted in emergency department after falling down from ladder.He was suffering from a vigorous pain at both wrists and right elbow.On the examination there was deformation and swelling at both wrist and right elbow.X-ray showed bilateral distal radius fracture which was angulated to dorsal of wrist and humeroulnar joint dislocation of right elbow.The patient treated with long arm cast for right upper limb and short arm cast for left wrist.After follow up his both wrists and elbow motions are normal.

CONCLUSION: After injury,in addition to examination of the radius,a thorough assessment of the affected ipsilateral shoulder and elbow is required,especially for any other fracture or injury. These injuries have significant implications regarding the high degree of energy imparted to the fracture and rehabilitation challenges with injuries to both the elbow and the wrist.At the emergency department these patients managed as only a wrist or only bilateral wrist fracture patients,If trauma mechanism is with high energy other bone,joint or any other organ injuries should be investigated.

KEYWORDS: Humeroulnar dislocation,radius,wrist

PS-0035 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

An Unexpected and Rare Injury in The Emergency Department:Bilateral Radial Head Fracture

Tolgahan Atcı[1], Fatih Çömez[2], Cihan Ergün[3], Hakan Özbay[1], Murat Carus[2], Hatice Topçu[2]

[1]*Department of Orthopaedics and Traumatology,Bagcılar Research and Training Hospital,Istanbul,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine,Bagcılar Research and Training Hospital,Istanbul,Turkey*

[3]*Department of Orthopaedics and Traumatology,Ankara Research and Training Hospital,Ankara,Turkey*

OBJECTIVE: The radial head fracture when it collides with the capitellum can occurs with a pure axial load with a posterolateral rotatory such as elbow dislocation type of load or as the radial head dislocates posteriorly as part of a posterior Monteggia fracture or posterior olecranon fracture-dislocation. The vast majority of these injuries are the result of a fall onto the outstretched hand, the higher energy injuries representing falls from a height or during sports.Even relatively minor fractures of the radial head which are radiographically occult fractures, for instance can be quite painful because the elbow joint is usually distended with blood.There is a variable amount of swelling and ecchymosis, which may correspond with the degree of associated ligament injury.The distal radioulnar joint, interosseous space and medial side of the elbow should be examined for signs of associated ligament injury.There is often crepitation of the radial head with forearm rotation and occasionally a fracture fragment will block forearm rotation.Associated injuries with radial head fractures are;rupture of medial collateral ligament,capitellum fracture,posterior dislocation of the elbow,ulna coronoid process fracture.For elbow traumas,physicians often expect associated or concomitant injury on the ipsilateral limb.

CASE: A thirtyeight years old man was admitted in the emergency department after falling down from a tree.He was complaining about pain on his right elbow.In the examination,we saw that both elbow range of motion is limited and both elbow was painful with making supination,so his x-rays wanted comparative.X-rays showed that,patient has bilateral minimal displaced radial head fractures.The patient treated with long arm splints for three weeks and followed up with elbow motion exercises.Finally both elbow supination,pronation,flexion and extension movements are functional.

CONCLUSION: Only x-ray evalution without a good examination may not disclose associated and concomitant injuries for the elbow traumas.Sometimes patients don't say anything about

POSTER BİLDİRİLER

minimal pains and sufferings,they only complain about the major pains or problems on the emergency daily practice.Physician must ask trauma mechanism and examine patients focusing with any other pain or any other problems seems like not important.

KEYWORDS: Elbow,Pronation,Radial head fracture,Supination

PS-0036 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

An important and occult fracture in childhood;Distal tibia physeal fracture

Tolgahan Atcı[1], Hakan Özbay[1], Cihan Ergün[3], Murat Carus[2], Hatice Topçu[2], Fatih Çömez[2]

[1] *Department of Orthopaedics and Traumatology,Bagcılar Research and Training Hospital,Istanbul,Turkey*

[2] *Department of Emergency Medicine,Bagcılar Research and Training Hospital,Istanbul,Turkey*

[3] *Department of Orthopaedics and Traumatology,Ankara Research and Training Hospital,Ankara,Turkey*

OBJECTIVE: Distal tibia physeal fractures are approximately %20-25 of all physeal fractures and these are most common fracture after radius physeal fractures.Approximately %60 of these injuries occurs during sportive activities and seen more commonly in boys. Patients usually suffer from pain,swelling and unable to bear weight to affected extremity.On first presentation and examination, ankle anteroposterior,lateral and ankle mortis graphies are usually needed; especially bilaterally and should be evaluated carefully in pediatric group.We should be awared of accessory ossification centers also while evaluating graphies.Nondisplaced fractures can be treated with closed reduction and casting;according to age,location of fracture and displacement level;surgery is a choice to prevent neurovascular problems or other complications.

CASE: A sixteen years old boy was admitted to emergency deparment after ankle sprain during on a kickbox match.He was suffering from pain on ankle and unable to bear weight on injured extremity.On the examination; there was a general pain in ankle and especially on lateral malleol.In graphies of the injured ankle; a distal tibia physeal occult fracture is detected and he was treated with casting for eight weeks.

CONCLUSION: Distal tibia physeal fractures are often seen with ankle injuries after sportive activities in childhood.They are very important because of their catastrophic results like physeal arrest,growth retardation or neurovascular damage like compartment syndrome on affected extremity.We should be awared of occult fractures at ankle physeal region and after a succesfull diagnosis; immediate treatment is important.

KEYWORDS: Ankle injury,Growth arrest,Physeal fracture

PS-0037 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Swollen child ankle associated with occult fracture;a distal tibia posterior epiphyseal fracture

Tolgahan Atcı[1], Hakan Özbay[1], Hatice Topçu[2], Murat Carus[2], Fatih Çömez[2]

[1] *Department of Orthopaedics and Traumatology,Bagcılar Research and Training Hospital,Istanbul,Turkey*

[2] *Department of Emergency Medicine,Bagcılar Research and Training Hospital,Istanbul,Turkey*

OBJECTIVE: Distal tibia epiphyseal fractures are uncommon and posterior distal tibial injuries are not often seen in pediatric group.These injuries are especially seen on during sportive activities.In clinical presentation;soft tissue swelling and pain are usually seen but these clinical symptoms are not localized to a specific ankle region.Comperative ankle anteroposterior,lateral and ankle mortis graphies are needed usually. In serious injuries or untreated cases;compartment syndrome, neurovascular damage or posttraumatic arthritis or other physeal arrest problems are seen.After diagnosis;nondisplaced fracture are treated with closed reduction and casting,but some of the patients need surgery because of its serious complications and its importance about growth in pediatric population.

CASE: A fourteen years old boy was admitted to emergency department after direct trauma to his ankle region medially.He complained about pain and swelling on right ankle and he was unable to bear weight on this side.On examination,there was not a localized pain or swelling and range of motion was limited.Graphies showed a right posterior distal epiphyseal fracture and we treated patient with long leg casting for eight weeks.

CONCLUSION: Admittion to emergency deparment because of ankle injuries is not uncommon and should be evaluated carefully in pediatric population because of its more serious complications compared to adults.Patient can present with minimal symptomatic problems or can not. Clinician should be careful about injuries especially in childhood problems as like our case. Growth retardation, physeal arrest and soft tissue complications (neurovascular problems or skin problems) are serious complications and should be treated immediately.

KEYWORDS: Ankle injury,Physeal arrest,Swollen ankle

PS-0038 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Rectal foregin bodies: A case report

Arif Duran[1], Bekir Barış Kurt[1], Bülent Yılmaz[2], Mansur Kürşad Erkuran[1], Serhat İldeş[1]

[1] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Gastroenterology Training Clinic, Bolu*

INTRODUCTION: Abdominal pain constitutes a large part of the admission to the emergency departmant. To find out those patients requiring urgent surgical intervention is the most important event for patients and the patients should be sent to operation immediately. Initial physical examination findings give important ideas about the patient whether be sent for surgery. x-ray imaging technique first used at the point of diagnosis for patients. Then USG and BT can be applied for imagining. During these imaginings blood tests should be performed (CBC, CRP, biochemical and coagulation tests).

CASE: 65 y male patient was admitted to the emergency department with abdominal pain started in midnight. There was widespread abdominal tenderness and rebound. Nausea + vomiting -. There was no cronic illness. When patient's relatives gone the patient said he got hemorrhoids and he used a pumpkin intra rectal for pressure to treat hemorrhoids by advice of a friend. He said a part of pumpkin stayed inside and then bleedings happened. During the rectal examination hematemesis detected. Free air was detected in the x-ray. Then we consulted general surgery for operation. Abdominal CT was applied and no significant pathology detected. During the operation rectum was tear at posterior wall and there was a piece of pumpkin at retroperitoneal area. At the end of operation colostomy was opened. There was no complication so surgery was finished. Pre-op WBC:10,7 CRP:20,8 Plt:240 Hgb: 13,7. Post-op WBC:8,3 Hgb:13,0 Plt:213.

CONCLUSION: The goals of emergency medicine physicians patient assessment are to identify the type of object retained, its location, and the presence of associated complications. Plain film radiographs and abdominal CT play an important role in the assessment of retained rectal foreign bodies.

KEYWORDS: Rectal, foregin bodies, abdominal pain

PS-0039 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Brain Stroke With Unexpectedly Symptoms of Occipitoparietal infarcts:A case report

Arif Duran[1], Enes M Demirel[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Tarık Ocak[2]

[1] AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu

[2] İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul

INTRODUCTIONS: The parietal lobe integrates sensory information among various modalities, including spatial sense and navigation (proprioception), the main sensory receptive area for the sense of touch (mechanoreception) in thesomatosensory cortex which is just posterior to the central sulcus in the postcentral gyrus, and the dorsal stream of the visual system. The major sensory inputs from the skin (touch, temperature, and pain receptors), relay through the thalamus to the parietal lobe.Several areas of the parietal lobe are important in language processing. The somatosensory cortex can be illustrated as a distorted figure in which the body parts are rendered according to how much of the somatosensory cortex is devoted to them.

The superior parietal lobule and inferior parietal lobule are the primary areas of body or spatial awareness. A lesion in the superior or inferior parietal lobule leads to hemineglect.The occipital lobe is divided into several functional visual areas. Each visual area contains a full map of the visual world. Although there are no anatomical markers distinguishing these areas (except for the prominent striations in the striate cortex), physiologists have used electrode recordings to divide the cortex into different functional regions

CASE: 91-years-old male patient was brought our emergency department as a result of fall out when praying. Although the patient's vital signs are stable (TA: 140/80, Pulse: 108 Sat: 94 Fever: 36.5, BG: 127);patients with clinically non-compliance with orders, meaningless inappropriate speech, visual field neglect and he shrugs had existed on the territory of such behavior. The patient was sedated with dormicum because it is constantly restless and moving brain CT was taken.Patient's brain CT (Figure 1 and 2) and blood count parameters was normal. (NA: 136, F: 3.9 Ca 8.3 INR 1.1 WBC: 4.7 Hgb: 10.7 Plt: 185,000 trop: 0:01 myoglobin: 70) Diffusion MR was taken to explain the patient's clinical. As a result of the patient's MRI showed occipitoparietal infarction was seen (Figure 3 and 4) and was hospitalized in the neurology department

RESULTS: Not every stroke symptom is as obvious as hemiparesis, or numbness. Some stroke symptoms show up unexpectedly, and sometimes they become completely obvious to everyone but the patient himself. This is why knowing about the symptoms of a stroke as they relate to the specific part of the brain that was affected can help patients and their families understand, and accept, many of the changes brought on by strokes.

KEYWORDS: Stroke, Symptoms, Brain

PS-0040 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Hepatic Portal Venous Gas and Pneumatosis Intestinalis

Uğur Bal, Erinç Müderris, Burak Demirci, Binnur Eşfer, Selim İnan, Hacı Mete Yüzbaşı, Fevzi Yılmaz
Department of Emergency Medicine,Ankara Numune Training and Research Hospital,Ankara,Turkey

BACKGROUND: Pneumatosis intestinalis (PI) refers to the presence of gas within the wall of the small or large intestine. Pathogenesis of PI is not clear. There are many potential causes of PI like coeliac disease, chronic obstructive pulmonary disease and post-organ transplants but when accompanied by hepatic portal venous gas (HPVG), PI is most often associated with bowel ischemia and has a very high mortality rate.In this report we discussed a patient applied with abdominal pain and have PI and HPVG in abdomen CT.

CASE: 73 years old female patient with past medical history of COPD,hypertension and urolithiazis applied to emergency department with abdominal pain and dspnea which started suddenly three days ago.She had diffuse,crampy and constant abdominal pain accompanied by nausea and vomitting.She did not have fever,diarrhea,melena or hematochezia. Her vital signs were; blood pressures 90/40, pulse rates 110/min, temperature 36,6 C, respiratory rate 20 breaths/min, oxygen saturation 90%.Her cardiac exam was normal except tachycardia and there was crackels in right basilar lung.Her abdomen was distended,she had diffuse tenderness without defense and rebound.Chest and abdomen radiographi,ECG,CBC,renal function test,liver function test,cardiac enzymes,coagulation tests and abdominal USG were planned.In results there was leukocytosis with neutrophil dominance,acute renal failure,elevation of d-dimer levels.In abdominal USG there was diffuse abdominal gas and grade III hydronephrosis in right kidney.An echocardiography was applied for suspicion of pulmoner embolism but there was no sign of embolism.An urology consultation planned for hydronephrosis.To identify her abdominal pain CT scan of the abdomen without contrast because of renal insufficiency was planned.PI and HPVG detected in abdomen CT.She was transferred to intensive care unit with acute mesenteric ischemia diagnosis after general surgeon consultation.

CONCLUSION: Although it is not a definitive rule,PI with HPVG is a radiological indicator of transmural bowel ischemia and infarction. Prompt evaluation and earyl recognition and treatment is necessary because of high mortality rates. Appropriate diagnosis and treatment depends on evaluating a patient's entire clinical picture.

KEYWORDS: hepatic portal venous gas,pneumatosis intestinalis

PS-0041 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Missed Tibial Plateau Fracture:A case report

Arif Duran[1], Musa Kaya[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Tarık Ocak[2]
[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*
[2]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

INTRODUCTION: The tibial plateau is the proximal articular surface of the tibia. It is composed of three parts: medial,central and lateral plateau. Tibial plateau fracture is a bone fracture occuring in the proximal shinbone and it affects stability and motion of knee joint. Tibial plateau fracture occurs especially in young men and older women. This type of fractures comprise 1 % of all bone fractures. This study targets to receive attention about how easy to miss tibial plateau fractures.

CASE: A 25 year old male is brought to the emergency service because of ''swelling'' includes knee joints,shinbone and ankle. He has a history of falling down from automobile truck 2 weeks ago. The patient has been brought to the emergency service because of falling down 2 weeks ago. No fracture could be seen on x-ray and the patient has been discharged by recommending Orthopedist control.Orthopedist also has not noticed any fracture and discharged the patient by prescribing NSAİD. Swelling has been occured throughout the leg and it has been increased day by day and he was brought to the hospital for the second time. History and Physical examination; No medical history, Normal vital signs, Severe pain and tenderness while palpating knee and ankle, ROM limitation is noted.

CONCLUSİON: High-energy tibial plateau fracture poses a significant challenge and difficulty for orthopaedic surgeons. Fracture of tibial plateau involves major weight bearing joint and may alter knee kinematics. Tibial plateau fracture can occur high morbidity of soft tissue injury, including meniscus and ligament disorder. X-ray and CT scan had different predicting standards. the tibial plateau was associated with meniscus and ligament injuries.

KEYWORDS: tibial, plateau, fracture

PS-0042 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Young Patient with Acute Cauda Equina Syndrome Due to Lumbar Disc Herniation after Trauma

Nurşah Başol[1], Fatih Ersay Deniz[2], Serhat Karaman[1], Fatih Şahin[1], Burak Hasgül[1]
[1]*Gaziosmanpasa University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, Tokat, Turkey.*
[2]*Gaziosmanpasa University, Faculty of Medicine, Department of Neurosurgery, Tokat, Turkey.*

INTRODUCTION: Acute cauda equina syndrome (ACES) is an acute result of compression of cauda equina which is made up nerve roots at the end of the spinal cord. The reasons of CES are epidural hematoma, lumbar anesthesia, spinal manipulation, intraspinal tumor or infection. Besides, lumbar disc herniation (LDH) can rarely be a reason for CES. The percentage of LDH is reported a range of 1% to 6% in studies. Most of the patients with CES due to LDH have a history of back pain. Acute trauma is very rare reason of CES due to LDH. Therefore in this case, a rare cause of CES is presented to draw attention on this issue.

CASE: A 20 year old, male patient came to ED with complaints of low back pain and numbness in legs. Also, he described altered urinary sensation and poor urinary stream. He told that he played football yesterday and after the match, the complaints began slowly and they progressed. He had no history of low back pain before. In ED, the vital signs were normal. In the physical examination; there was bilateral hypoesthesia in level L3-S1. Also, there was bilateral weakness on lower extremities (grade 3/5). MRI was performed and it was seen that there were right far lateral protrusion, L3-L4 posterior central protrusion, L4-L5 left foraminal far lateral protrusion (Figure 1 and 2). The patient went to emergence surgery. The disc was removed at the level of L3. The patient was discharged after 3 days with participation of the rehabilitation program.

CONCLUSİON: CES is serious clinical condition due to needing emergence neurosurgery. Rapid surgery can provide neurological recycling without any sequel. ACES should be considered in patients with low back pain regardless the acute beginning of the symptoms and the absence of the history of LDH.

KEYWORDS: cauda equina, lumbar disc herniation, emergency

POSTER BİLDİRİLER

PS-0043 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

The investigation of protocatechuic acid effect on a rat model performed Renal ischemia / reperfusion

Melih Yüksel[1], Murat Yıldar[2], Murat Başbuğ[2], Faruk Çavdar[2], Öztekin Çıkman[3], Hasan Akşit[4], Figen Aslan[5]

[1] *Department of Emergency Medicine,Balıkesir University Medical Faculty,Balıkesir,Turkey*

[2] *Department of General Surgery,Balıkesir University Medical Faculty,Balıkesir,Turkey*

[3] *Department of General Surgery,Çanakkale 18 Mart University Medical Faculty,Çanakkale,Turkey*

[4] *Department of Biochemistry,Balıkesir University Veterinary Faculty,Balıkesir,Turkey*

[5] *Department of Pathology,Balıkesir University Medical Faculty,Balıkesir,Turkey*

INTRODUCTION: Protocatechuic acid (PCA) is a simple phenol compound, which has anti-oxidants, and is commonly found particularly in green tea, nuts, almond, and many other plants, vegetables, and fruits. In this study, our aim is to investigate the effect created by PCA on kidneys having ischemia / reperfusion injury.

MATERİAL-METHODS: Sprague-Dawley rats were divided into 4 groups randomly: (1) sham, (2) Renal I / R, (3) Renal I / R + intraperitoneal with 33% polyethylene glycol saline (solvent-method), (4) Renal I / R + PCA. Renal I / R injury was induced by performing reperfusion for 3 hours after clamping left renal pedicle for 45 minutes following the application of right nephrectomy. 80 mg / kg PCA, used as therapeutic, was given intraperitoneally immediately before renal ischemia. After rats were sacrificed, in blood samples taken, Total antioxidant capacity (TAC), malondialdehyde (MDA), Superoxide dismutase (SOD), tumor necrosis factor-alpha (TNF-α), interleukin-6 (IL-6), aspartate aminotransferase (AST), and alanine aminotransferase (ALT) levels were measured, and by conducting histopathologic examination of tissue samples, histologic score was obtained. TUNEL staining was performed to view the apoptotic cells.

RESULTS: PCA was discovered to reduce serum MDA, TNF-α, and renal MDA levels significantly. On the other hand, it was found that PCA considerably increased SOD and TAS levels of serum and kidneys during I / R injury. Histopathological score was found to be significantly better in the group given PCA.

CONCLUSION: Antithrombotic, antiagregant, anti-neoplastic, anti-inflammatory and analgesic, antioxidant, and antiulcer activity were identified. PCA, which was found to reduce renal ischemia reperfusion injury and oxidative stress, can be used as an effective agent against I / R damage.

KEYWORDS: Protocatechuic acid, Oxidative stress, Renal ischemia

PS-0044 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Efficacy of Low Dose Intravenous Ketamine in Addition to Morphine for Immediate Pain Management of Opioid Abusers Presenting with Acute Osseous Fracture of Extremities

Hassan Amiri[1], Samad Shams Vahdati[2], Mohammad Javad Zarei[1], Niloofar Ghodrati[3], Paria Habibollahi[4]

[1] *Emergency Department,Iran University of medical science, Tehran/Iran*

[2] *Emergency Department, Tabriz University of medical science, Tabriz/Iran*

[3] *Hematology and oncology Department, Alborz University of medical science, Karaj/Iran*

[4] *Toxicology and Pharmacology Department, Tabriz University of medical science, Tabriz/Iran*

BACKGROUND: Immediate pain management in patients presenting to the emergency department with acute fractures is obviously of utmost importance. However, this can be extremely challenging in situations like prior history of opioid abuse.

METHODS: 128 patients with history of opioid abuse presenting to the emergency department with acute single fracture of long bones in either upper or lower extremities were included, randomized and received morphine (50μg/kg) or morphine plus Ketamine (50μg/kg morphine/100μg/kg Ketamine) intravenously after obtaining informed consent. Pain severity was assessed using visual analogue pain scale before and after receiving the pain medication at 15, 30, 60 and 90 minutes.

RESULTS: Severity of pain in treatment groups was not significantly different before treatment (7.48±1.6 vs. 8.07±1.5 for morphine and morphine/Ketamine groups, respectively, p value >0.05). The severity of pain in both groups significantly decreased following medicating but statistical analysis between 2 groups did not show any significant difference between study groups at any time point (p value >0.05). However, side effects significantly higher in the morphine/Ketamine group (82.6% vs. 46.2%, p value<0.001).

CONCLUSION: Ketamine in addition to morphine does not improve pain control in patients with acute osseous fracture of extremities and history of opioid abuse; it also results in more side effects compared to using morphine alone. Based on these findings, we recommend against cocktailing intravenous morphine with Ketamine for immediate pain relief in this patient population.

KEYWORDS: Ketamine, Morphine,Pain Management, Opioid Abusers, Acute Osseous Fracture, Extremities

PS-0045 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Dementia With Foreign Body in Anal

Behrang Khaffafi[1], Samad Shams Vahdati[1], Paria Habibollahi[2]

[1] *Emergency Department, Tabriz University of medical science, Tabriz/Iran*

[2] *Toxicology and Pharmacology department, Tabriz University of medical science, tabriz/Iran*

86 years old patients presented in emergency department, with chief complain of obstruction and constipation from last a week. Patient was known case of dementia. he transferred to X-ray room for getting erect and flat abdominal X-ray.

In the X-ray we noticed a foreign body in anal, and we suspect may be there is an elderly abuse. We complete our history and examination. we notice that the patient when he felt he could not defecate, he wanted to dilate sphincter with spray box and he could not control it and pushed it completely to his anal, because of dementia, he could not remember that this was happen with himself and after more challenge with patient in taking history we can delivered that there is not any elderly abuse and it is self-decision.

The patient was delivered to emergency operating room, and the foreign body was removed in anesthesia.

KEYWORDS: dementia, elderly, foreign body, anal

PS-0046 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Primer Giant Solitary Hydatid Cyst of the Pelvic Cavity: An Unusual Case

Serdar Yormaz[1], Ilhan Ece[1], Huseyin Yılmaz[1], Husnu Alptekın[1], Fahrettin Acar[1], Farise Yılmaz[2], Mustafa Şahin[1]

[1] *department of general surgery,selçuk university,konya,turkey*

[2] *department of nucleer medicine,selçuk university,konya,turkey*

BACKGROUND: Echinococcal disease remains a problem within some endemic areas. Echinococcal cysts usually involve the liver and lungs, but any other organ can potentially be involved. Extrahepatic localization is reported in 14%-19% of all cases of abdominal hydatid disease. This case is reported due to its giant and atypical size and feasible for Surgery.Procedure was performed succesfully without any complications.

CASE: A 58-year-old man was admitted to our department of surgery with vague, abdominal pain localized in the hypogastrium, and severe constipation, which had lasted for the previous 20 days. Abdominal USG revealed a large cystic mass (16 cm × 12 cm) in contact with the rectum and bladder. Pelvic magnetic resonance (MR) imaging confirmed the US findings. There were no cysts in any other location. The patient was underwent surgery,after the exploration of abdomen we have found a large cystic mass retroperitoneally, firmly attached to the sacrum

and in contact with the ureters and rectum. Total cystectomy was performed en block to the portion of mesosigmoid. Postoperatively, antihelminthics were administered and the patient was discharged postoperative 4th day.

CONCLUSION: A solitary cyst in the pelvic cavity can be considered primary only when no other cysts are present in the common sites of occurrence. In conclusion, hydatid cyst should always be considered in the differential diagnosis of abdominopelvic masses in endemic regions of the world. Total cystectomy when possible represents the treatment of choice for large extrahepatic echinococcal cysts.

KEYWORDS: cyst,, unusual, pelvic

PS-0047 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Attention to Pregnant Patients in ER: Pregnancy-Releated Mortality

İlknur Demir Karakılıç[1], Ender Kaya[2], M. Evvah Karakılıç[3]

[1]*Department of Gynecology and Obstetrics, Sincan Nafiz Korez StateHospital*

[2]*Department of Emergency Medicine, Sincan Nafiz Korez StateHospital*

[3]*Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Training and Research Hospital*

AİM AND INTRODUCTION: Maternal mortality rate is still a health problem in our country and the world. World Health Organisation (WHO) is studying to reduce the maternal mortality rate because of their preventable in delevoping countries. The most common causes of death are severe bleeding, infections (usually after birth), hypertension during pregnancy (preeclampsia and eclampsia), birth complications and unsafe abortion. In this case we emphasize the necessity of quickly treatment of these pregnant patients and importance of this clinical conditions for emergency physician.

CASE: 36 years old woman with gestational age of 30 weeks and 3 gravity were admitted to emergency department with consciousness after seizures. In her medical history she had no co-morbid disease except chronic headache. The patient had no regular obstetric control after 11 weeks of gestation. She had severe headache for 1 month like the previous migraines and were resting at home. On physical examination; blood pressure was 240/140 mmHg, heart rate was 86 pulse/min, glascow coma score (GCS) were 13 (E3, M6, V4) with confusion. The patient underwent to ultrasonography (USG) and showed 30 weeks live fetus. 10 mg nifedipine was administered perorally. Then 4 gr magnesium sulphate IV (loading dose)and 2 gr/hour infusion treatment were initiated. 20 minutes after the admission to emergency department, 1300 gr baby was delivered by caesarean section under general anesthesia. Postpartum period, cranial computed tomography (CT) was performed due to high levels of blood pressure and continued of consciousness. The patient was consultated to neurology and neurosurgery, transferred to intensive care unit (ICU) due to intracranial haemorhagea in CT. The patient died 15th day of follow-up in the ICU.

CONCLUSION: The patient was diagnosed quickly in emergency department and treatment was applied as soon as possible. But, the mortality didn' t prevent because of poorly obstetric follow-up and admitted to emergency department after the complications. While evaluating an eclamptic patients with consciousness in emergency department, we must recognize not only post ictal changes in consciousness but also intracranial mortal complications.

KEYWORDS: eclampsia, intracranial haemorhagea, mortality, emergency medicine

PS-0048 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Gastric Perforation in Two Patients Presenting with Abdominal Pain after Eating Cigkofte (A meal that compose of bulgur, crushed meat and hot pepper)

İrfan Aydın, Uğur Lök, Umut Gülaçtı, Mehmet Akif Dokuzoğlu
Department of Emergency Medicine, Adiyaman University Training and Research Hospital, Adiyaman, Turkey

Peptic ulcer is the most common cause of gastric perforation. Both of our two cases admitted to emergency department with nausea, vomiting and abdominal pain. They didn't have history of drug usage and peptic ulcus.

Our cases were 57 and 15 years old. They had eaten cigkofte one day and two hour before admission respectively.

The patients were diagnosed as perforation in the emergency department with X-Ray and CT. They were admitted general surgery and pediatric surgery services and went surgery.

Cigkofte is a meal that contains bulgur, crushed meat and hot pepper and widely consumed food in our region (South East Anatolia). Mainly patients who eat cigkofte admit emergency department with nausea, vomiting and abdominal pain and discharge with symptomatic treatment for peptic ulcus and vomiting. These two case showed us emergency physicians should be awake for gastrointestinal perforation in cigkofte submissions.

KEYWORDS: cigkofte, hot pepper, perforation

PS-0049 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Case Report: Abdominal Pain caused By Olive Seeds

Yahya Kemal Günaydın, Kamil Kokulu, Mehmet Yortanlı, Nazire Belgin Akıllı, Demet Acar, Ramazan Köylü, Başar Cander
Konya Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Foreign bodies which are difficult to digest such as olive or fruit seeds may accumulate in the bowels and create bezoars in combination with the stool. As a result, they may cause clinical presentations progressing to abdominal distention, constipation, dyspeptic complaints and subileus or ileus. We aimed to present a case who referred emergency department because of abdominal pain and swallowed olive seeds.

CASE: A 24 year old female patient referred our emergency department because of abdominal pain, constipation and vomiting complaints. Vital signs are stable in the physical examination; she had tenderness on left lower and upper quadrants. No defense or rebound were detected. Intestinal sounds decreased. Normal stool smear existed in the rectal examination. Examination of other systems was normal. No abnormality was detected in the blood analysis. Although hydration by 0.9% physiological saline infusion, intravenous proton pump inhibitor and antiemetic treatment were administrated, complaints did not regress. Direct abdominal graph at a standing position and computed tomography (CT) of the abdomen were taken. Multiple olive seeds were detected at ileum and caecum levels in the CT. No air-fluid level was detected. When patient investigation was enlarged, it was learned that the patient have eaten many olives with their seeds in the breakfast. During follow-up, defecation was provided with enema and complaint regression was observed. After the consultation with general surgery department, close follow-up by polyclinic control was suggested and the patient was discharged.

CONCLUSION: Indigestible substances may accumulate in the stomach or small intestines and create a massive effect like bezoars. Bezoars are important to be a rare cause for mechanical intestinal obstruction. They are not detected easily in direct graphs. By common use of CT in emergency cases, diagnosis of bezoars-dependent ileus has become possible. Bezoars should be considered for differential diagnosis of intestinal obstruction in the clinic.

KEYWORDS: Olive Seeds, Abdominal Pain

PS-0050 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

An unusual cause of sore throat and neck swelling

Süleyman Türedi, Süha Türkmen, Metin Yadigaroglu
Karadeniz Technical University, School of Medicine, Department of Emergency Medicine, Trabzon, Turkey

INTRODUCTION-AIM: Lemierre's syndrome (LS). This was first described in 1936. LS is also known as anaerobic postanginal septicemia. Mortality levels as high as 90% before the discovery of antibiotics have now fallen to 4%-18%.

CASE: A 61-year-old man presented to the emergency department with swelling on the right side of the neck. He had experienced coughing, fever and sore throat for the previous few days and had been started on URTI treatment by his GP. However, he represented when the symptoms failed to subside and when swelling on the neck appeared. At second examination a hard, mobile mass with no redness or increased temperature, 9x4 cm in size, was observed on the right side of the neck. At physical examination, temperature was 37.5 degrees, blood pressure

POSTER BİLDİRİLER

120/80 and heart rate 83/mean. The oropharynx was hyperemic. A bilateral decrease, more prominent on the right side, was observed in breath sounds. Following pulmonary x-ray, thoracic CT and USG of the neck and CT of the neck were performed to assess the mass in the neck.

CONCLUSION: The primary site of infection is the palatine tonsils and peritonsillar tissue. Other, rarer, sources of infection are the lung, middle ear, mastoid, teeth and sinuses. Local invasion and septic thrombophlebitis of the internal jugular vein are seen after primary infection. The two most commonly isolated disease agents are Fusobacterium necrophorum and Klebsialla pneumoniae. The disease most commonly manifests with sore throat, fever, chill, shivering and unilateral neck pain and swelling in young, healthy individuals. Doppler USG or contrast CT and blood culture are used in addition to clinical suspicion in the diagnosis of LS. LS is treated with antibiotics effective against anaerobes and gram-negative bacteria. Anticoagulants can be used in treatment if the clinician so wishes. Mean length of treatment is 2-6 weeks. Abscess drainage can be added to treatment in cases of abscess in the neck region.

KEYWORDS: Lemierre's syndrome, sore throat, neck swelling

PS-0051 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Ileus without air-fluid level on abdominal X-Ray

Behnan Gülünay[1], Fuat Şentürk[2], Abuzer Coşkun[1], Sedat Özbay[1], Osman Mahir Okur[1], Ziya Polat[1], Sefa Şahin[1]

[1]*Department of Emergency, Sivas Numune Hospital, Sivas, Turkey*

[2]*Department of General Surgery, Sivas Numune Hospital, Sivas, Turkey*

OBJECTIVE: Ileus is a disruption of the normal propulsive ability of the gastrointestinal tract. Decreased propulsive ability may be broadly classified as caused either by bowel obstruction or intestinal atony or paralysis.

CASE: A 37 year-old man presented with a two-day history of abdominal pain, nausea and vomiting. He had been treated in another hospital with intravenous fluids but the symptoms had not abated. There was a operation of appendektomi on his medical history. His body temperature was 36,8°C and the vital signs were stable. On his physical examination, there were abdominal tenderness-distention, rebound and increased bowel sounds in all quadrants. There was a incision scar of appendectomy. Laboratory findings, except leukocytosis (16,000 mm□), were normal. There were not air-fluid levels or dilated loops of intestine and gas under the diaphragm on his abdominal radiograph. Because of severe vomiting continued, the patient was operated with the diagnosis of pyloric perforation. In the exploration, the pylor was seen to be normal and there was a adhesion at terminal ileum.

CONCLUSION: The patient with ileus presents with the symptoms of bowel obstruction. But abdominal radiograph may not reveal dilated loops and multiple air-fluid levels. The clinician should be aware of this possibility and try to reach the diagnosis more quickly to avoid unnecessary bowel resection.

KEYWORDS: Abdominal radiograph, air-fluid levels, ileus

PS-0052 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Uncommon Reason for Flank Pain: Spontaneous Hemorrhagic Angiomyolipoma

İrfan Kala[1], Binnur Eşfer[1], Savaş Baba[2], Selim İnan[1], Metin Özdemir[1], Esma Kır[1], Sercan Hastürkoğlu[1], Muhammed Evvah Karakılıç[1]

[1]*Emergency Department, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[2]*General Surgery, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

INTRODUCTION: Renal angiomyolipomas (AML) are generally benign lesions. Perivascular epithelioid cells creates the cells of AML, which may also occur in blood vessels, smooth muscle and adipose tissue. This disease can be associated with tuberous sclerosis. Patients commonly present to emergency departments with flank pain and most of the cases creates the benign diseases such as urinary tract infection and stone. Renal AML can be severely hemorrhagic even though it is counted as benign lesion. We wanna share our experience of a patient without a medical history diagnosed hemorrhagic angiomyolipoma.

CASE: 55 year old female present to emergency department with 3 days of left flank pain resistant to analgesics which she had been using for a couple of times in a day. She had no medical history. She denies hematuria, trauma or dysuria. She admits her pain starting insidiously and then insisting though she used analgesics. Her vital signs were stable. Physical examination showed mild abdominal tenderness on left upper quadrant, a 5 cm of mass. Costovertebral angle tenderness was not noted. Renal function tests, comple blood count were normal (Cre:0.7 mg/dL, Hgb: 11.7 g/dL). But there was a mild leukocyturia in urine sample. Patient underwent renal ultrasound imaging which showed a 90x70 mm mass which locates inferior pole of left kidney and is radiologically defined as necrotic and heterogeneous. We decided to perform renal CT angiography which showed 11x8cm mass created by contrasted heterogeneous soft and adipose tissue which was defined as angiomyolipoma, mild retroperitoneal hemorrhage, 2 cm hypodense contrasted mass in liver, 1 cm of the same quality mass in T9 vertebrae. Patient was admitted to ED for further follow up, hemoglobin values didn't significantly change, vital signs were stable. So patient were discharged from our ED for further surgical follow-up and conservatively treated.

DISCUSSION: Hemorrhagic AML is uncommon in emergency departments. AML is also termed hamartoma, are created by large mature adipose, smooth muscle and thick walled blood vessels tissue. Patients without medical history may present with abdominal masses and unspecific symptoms to ED and further diagnostic evaluation must be performed due not to miss serious underlying diseases such as hemorrhagic angiomyolipomas. Our patient's hemoglobin value didn't reduce significantly but in some cases there can be serious retroperitoneal hemorrhage which leads to nephrectomy. We didn't search but patient also must be clinically followed-up for possible tuberous sclerosis.

KEYWORDS: angiomyolipoma, hemorrhage, surgery.

PS-0053 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Challenging and Rare Diagnosis: Acute Intussusception of an Adult

İrfan Kala[1], Binnur Eşfer[1], Savaş Baba[2], İremgül Güngör[1], Merve Alyamaç[1], Bilge Akdemir[1], Pınar İskender Uysal[1], Muhammed Evvah Karakılıç[1]

[1]*Emergency Department, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[2]*General Surgery, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

INTRODUCTION: Intissusception of the bowel is the herniation of the proximal segment of intestine tract into the lumen of adjacent segment. This disease is frequent in childhood and symptoms present with clasically colic abdominal pain, bloody diarrhea and a palpabl tender mass. But intussusception in adults is considered a rare disease and accounts 1 to 5% of all cases with this condition. 20% of cases are idiopathic. Diagnosed cases include malignity, surgical history existance, Meckel's diverticulum etc. Surgical intervention is needed as treatment. Intussusception of an adult is really rare disease and it is difficult to diagnose in emergency departments. Computed tomography is the choice for radiologic evaluation.

CASE: 43 year old female patient presented to our ED with 30 minutes of cramping severe epigastric pain. She denies hematemesis but says that she vomitted once before arriving to ED. She has no significant medical history. Her vital signs were stable. Physicial examination of the patient showed broad abdominal tenderness especially in epigastric area. Hematochezia was not noted in rectal examination. Patient was accepted to ED for further evaluation, IV hydration initiated and blood samples were sent to laboratory. Her laboratory tests were normal except mild leukocytosis (WBC: 13300/µl) with neutrophil dominance. IV esomeprazole, oral sucralfate didn't help the clinical symptoms of patient. Plain chest and abdominal x-ray wasn't helpful for diagnosis. Her pain was higher in the next 3 hours of follow up and control WBC level increased to 15900/µl. Control physical examination showed tenderness and rebound sign of abdomen. We decided IV and orally contrasted abdominal computed tomography for this acute situation. And we revealed out there were no oral contrast passage through jejunal segment of intestines and there were intraperitoneal free fluid. After tomographic imaging, patient admitted bloody diarrhea in emergency department at the 5th hour of ED follow-up. Patient then was admitted for surgical intervention with the diagnosis of bowel obstruction. Intraoperatively, there were a 60cm of jejunal segment telescoped into the adjacent lumen of intestine. After surgery, patient was followed-up without any complication and discharged safely from hospital.

CONCLUSION: Intussusception of the bowel in uncommon in adults and really rare in emergency departments. Our patient's diagnose initially didn't came to mind because the rarity of the case in ED. But computed tomography can be helpful with clinically undiagnosed patients whose symptoms increase and are clinically unstable.

KEYWORDS: abdominal pain, bowel obstruction, intussusception, surgery.

PS-0054 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

This Time Not IV Drugs but IV Injection Harms: Case Report

İrfan Kala, Binnur Eşfer, Sebil Merve Şen, Fevzi Bircan Özkan, Erinç Müderris, Uğur Bal, Sercan Hastürkoğlu, Muhittin Serkan Yılmaz
Emergency Department, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Deep venous thrombosis (DVT) is the thrombotic process of deep veins in lower and upper extremities due to constellation of riks factors such as malignity, immobility, major surgery history, infection, elder age and the final process is the reduced blood flow and increased blood viscosity in veins. Here we present a patient who uses illegal drugs intravenously via his femoral vein with self injection and finally faces with deep vein thrombosis. This condition can cause serious complication such as pulmonary thromboembolism if not treated and acute management is needed once a physician faces acute DVT.

CASE: 25 year old patient presented to our emergency department with left leg pain started about 3 days ago. He has no other complaints. His mother, who came to ED with her son, admitted that her son uses IV drugs illegally and couldn't stop him using. He has no other medical history such as malignity or surgery. Immobilisation in the past 72 hours was not described. His vital signs were stable. Physicial examination showed entire swelling of left lower extremity, visible nonvaricose superficial veins, tenderness on left calf, peripheric arterial pulses were diminished but palpable, homan's sign was positive, and self injection site on his left femoral artery-vein region was noted. We clinically diagnosed this condition as DVT and doppler ultrasound imaging were performed and showed acute deep vein thrombosis in common femoral vein, deep femoral vein, femoral vein, politeal vein, tibial vein. Patient was initiated bemiparin treatment. Surgical intervention was not decided by cardiovascular surgery. Patient left the hospital with his own decision and consequently, his DVT complicated by infection and superficial skin ulcers 1 month later. Patient then was hospitalised for further treatment and follow-up.

CONCLUSION: Acute deep vein thrombosis (DVT) is easily detectable in emergency departments with a good physical examination and by gathering medical history. But it can cause serious complications such as pulmonary embolism which is a life threatening condition. Our patient had classical symptoms of acute DVT and the only risk factor for him is the self injection intravenously. Classical risk factors such as malignancy, immobility and surgical history were not described by our patient. Treatment must be initiated as soon as possible and surgery must be the one of treatment option. Emergency physicians should examine patients for vascular, neurologic and motor deficits once they see a patient with extremity pain.

KEYWORDS: deep venous thrombosis, cardivascular surgery, self injection

PS-0055 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A pre-diagnosis that is easily left out in ER: Maffucci Syndrome

Serkan Doğan, Bulent Yuksel, Rabıa Yolun, Sevıl Kusku Kıyak, Tarik Ocak
Istanbul Kanuni Sultan Suleyman Education and Research Hospital Department of Emergency Medicine

INTRODUCTION: Maffucci Syndrome is a rare congenital pathology with skeletal and non-skeletal findings, which is characterized by multiple enchondromas and soft-tissue hemangiomas. Although hemangiomas frequently occur in subcutaneous tissues and extremities, they are sometimes seen in otolaryngological parts of the body as well. The purpose of this paper is to present a case of Maffucci Syndrome, who presented to the emergency room (ER) with pain below the chin in the left and in the ear. The patient had a hemangioma located in the airway and an enchondroma in the extremity.

THE CASE: A 28-year-old female patient was admitted to the ER with pain below her chin extending towards her ear. She mentioned that there was a swelling in one of her right-hand fingers, which was increasingly growing in the last month. The patient was conscious, cooperative and oriented, and had stable vital signs. The oropharyngeal examination revealed a 3x3 cm mass, which was showing characteristics of hemangioma and localized on the left pharyngeal wall (Picture 1). The autoscopic examination showed that the external auditory canal and tympanic membrane were normal. No abnormal finding was seen in the nasal examination by nasal speculum. In the examination of neck, there was no swelling, blush or pain in palpation. The swelling on the fifth finger of the right hand was firm, immobile and painless (Picture 2). The patient's anamnesis indicated that the mass in pharynx was detected beforehand and was reported to be unimportant in her visit to the hospital. Advanced tests and consultation from the department of otolaryngology were requested, considering that hemangioma and possible enchondroma were signs of Maffucci Syndrome. The patient was taken under clinical follow-up.

CONCLUSİON: As emergency physicians, we must be careful about anamnesis and physical examination in order not to leave out such problems in patients.

KEYWORDS: Maffucci Syndrome, enchondrom, hemangiom

PS-0056 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Hematoma in Lateral Abdominal Wall After Coughing

Sevil Kusku Kıyak, Serkan Dogan, Alp Yılmaz, Zeynep Saral Oztürk, Tarik Ocak
Istanbul Kanuni Sultan Suleyman Education and Research Hospital Department of Emergency Medicine

INTRODUCTION: Hematomas in abdominal walls are rarely seen, but mimic acute abdominal disorders in terms of clinical signs. They mostly occur due to traumatic causes, but are also likely to develop due to non-traumatic causes such as coughing and use of anti-coagulants. This paper presents a case of hematoma in lateral abdominal wall that developed because of coughing.

THE CASE: A 58-year-old male patient presented to the emergency room (ER) with a sudden abdominal pain and a swelling on the right side. The patient reported that he started suffering from severe pain in the right abdomen and noticed a swelling in the same location. His general health condition was good, and he was conscious, cooperative and oriented. The physical examination showed a 6x3 cm swelling on the right lateral abdominal wall. There was tenderness to palpation in this area. There was no abnormal finding in front abdominal wall. The vital signs of the patient were stable. The surficial abdominal ultrasonography showed a hypoechoic heterogeneous lesion of 6x3 cm. Complete blood count results, comprehensive biochemistry results and PT-PTT-INR levels were normal. The abdominal tomography provided results that were compatible with a lateral abdominal wall hematoma (Picture 1). Because there was no need for an emergency operation, the patient, who was prescribed analgesics, was discharged after 12 hours of follow-up. He was asked to return for a control after three days. Three days later, in the control it was found that the patient did not have pains any more, but a salient ecchymosis developed on the same area.

CONCLUSİON: As a result, patients with hematoma on abdominal wall are likely to present to the ER with acute abdominal pain. The causes of pain may not always be the ones that first come to our minds. As emergency physicians, we must consider the possibility of hematoma on abdominal wall in patients with acute abdominal pain and evaluate various causes of the pain.

KEYWORDS: Hematoma, Coughing, Abdominal Wall

PS-0057 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Don't Trust Computed Tomography That Much - Hidden Duodenal Perforation From CT: Case Report

İrfan Kala[1], Metin Özdemir[1], Fatma Yorulmaz[1], Savaş Baba[2], Ercan Özler[1], Binnur Eşfer[1], Nurullah Tarhan[1], Muhittin Serkan Yılmaz[1]
[1]*Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*
[2]*Department of General Surgery, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

INTRODUCTION: Trauma is the leading cause of death before the age of 45 years internationally. Follow up after trauma to the abdomen can be challenging due to probable insidious onset of signs of organ injury. Small perforation of organs with lumens may not cause obvious clinical symptoms and further imaging tests must be performed to rule out possible organ pathology such as contrasted computed tomography (CT) imaging. Here we share our experience about a patient facing duodenal perforation but the first CT is normal.

CASE: 20 year old football player male patient presented to our emergency department (ED) with abdominal pain starting after getting hit by one's knee to his epigastric area in a football match. He denies another trauma. His vital signs were stable except mild tachycardia (BP:123/78 mm/Hg, PR: 105/min, SaO^2: 97%, BT: 37.1°C). Physicial examination shows epigastric tenderness and there is no other pathological sign in any quadrant of his abdomen. Laboratory evaluation reveals elevated WBC (20000/µ) with dominance of neutrophils (10900/µl) and hemoglobin value was 16.5 g/dL. Other laboratory studies were normal. Plain chest x-ray and FAST were also the normal diagnostic studies. He was admitted to ED for follow up. Laboratory tests at the 4th hour were: WBC: 19000/µl, Hgb: 15.0 g/dL. Control physicial examination still showed epigastric tenderness with normal vital signs. IV contrasted computed tomography was planned due to decreased hemoglobin level and insisting leukocytosis, epigastric tenderness. Computed tomography seemed to be normal but there was still signs of trauma. Patient was followed up for about 20 hours with control laboratory tests. 10th and 20th hour laboratory tests: WBC:21000/µl, Hgb:15.2 g/dL and WBC:23000/µl, Hgb: 15.3 g/dL respectively. Epigastric

tenderness of patient never improved and vital signs of 20th hour was still normal except mild elevation of body temperature: 37.8°C. Patient was hospitalised by general surgery clinic and due to elevated leukocyte and seriousity of clinical symptoms on follow-up, patient was decided to be underwent diagnostic laparotomy which showed 2cm of perforation of duodenum's second part. Repairment of duodenum performed.

CONCLUSION: CT imaging is the most specific and sensitive test in ED which we can use but its diagnostic role in early stages of injury may not be accurate 100%. ED physicians must not trust computed tomography even though it is normally reported by radiology clinic. Control exams and tests are the life saving steps of patients like how we faced in our case.

KEYWORDS: computed tomography, duedonal perforation, surgery, trauma.

PS-0058 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A young woman with spontaneous hemothorax

Şükrü Gürbüz[1], İrfan Bayhan[1], Muhammet Gökhan Turtay[1], Hakkı Ulutaş[2], Zeynep Ayfer Aytemur[3]

[1]*Department of Emergency Medicine, İnönü University, Malatya, Turkey*

[2]*Department of Thoracic Surgery, İnönü University, Malatya, Turkey*

[3]*Department of Pulmonary Diseases, İnönü University, Malatya, Turkey*

Spontaneous hemotorax is defined as blood aggregation deuton on-traumatic causes. Pulmonary pathologies, pleural pathologies, lung tumors, stomach pathologies, blood dyscrasia and non-pulmonary intrathoracic pathologies could be the causes of spontaneous hemothorax. It could be widely seen in young ages (averagelly 22.1 and 34.0 ages) and often depends on pleural pathologies. 17-year-old female patient consulted with the complaints of chest pain on the left side and dyspnea.She did not have tachypnea and tachycardia. In the lung exam, there was no roncus but there was ral. Other system exams were normal. Lung graph findings were compatible with left unilateral hemothorax. In computerized tomography, it was cited that there were obvious pleural liquids with the depth of 5.5 cm on the left hemothorax and there were atelectecias in some areas. It was learnt that the patient did not have any diagnosed disease previously, did not use any drugs, did not complain with hemoptysis, did not have fever in that time. In addition her family did not have illness and myocardium infarction.Under the consideration of these circumstances, patient was treated to thoracic medicine services with catheter thoracostomia. With expansion deficiency and inappropriate drainagated, the patient was implemented left VATS, pleural biopsy and pleural drainage.In her VATS report, there were pleural liquids, minimal parancimal units were seperated, thorax was small and diaphragm was elevated and no substantial pleural and parancimal pathologies were not defined. The sample which were taken from the pleural biopsy was fibrinous ploritis and it was compatible with common fresh bleeding. Cytologic findings was compatible cronic inflammatory reaction. Treatment of spontaneous hemothorax differs because of the etiology and in most cases tube thoracostomia could not be enough. Recently, VATS has become popular (8-24). In this case, VATS and tube thoracostomia were deployed. In conclusion, hemohorax is an urgent situation which has to be diagnosed immediately. Awareness of causes is highly help ful to diagnose. Even though it is rarely seen in the patients with chest pain and dyspnea, spontaneous hemothorax has to be considered. Treatmen methods have to be decided up to vital indications and tube thoracostomia has to be implemented. In the elective situations in which drainage could not be used VATS would be thought as an alternative option.

KEYWORDS: spontaneous, hemotorax, VATS

PS-0059 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Deep vein thrombosis case with inguinal pain similar to renal colic

Mahmut Egemen Şenel[1], Selim Bozkurt[1], İhsan Yavuzatmaca[2], Vesile Daraoğlu[1]

[1]*Department of Emergency Medicine, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*

[2]*Department of Radiology, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*

INTRODUCTION: Deep Vein Thrombosis (DVT) is a disease developing at the large veins in the body as a result of blood coagulation. There are many risk factors of DVT having been defined of which the most can be subsumed under the headings ofVirchow's Triad; hypercoagulability, stasis or endothelium injury. However, DVT can develop in everybody and in every age, whether there is a risk factor or not and it may result in very serious complications which can range from the pulmonary thromboembolic pulmonary hypertension to sudden death.

CASE: A 19-year-old male referred to emergency service with pain that affects inguinal region and left leg that had begun 3 days ago. He had trouble with walking since two days. Previously, the patient had referred to two other health centers and been followed up for renal colic diagnosis. Because the analgesics hadn't worked, he referred to our emergency service. In physical examination; tenderness was detected in left inguinal region by palpation. Slight rubor and oedema was observed in the left leg that begins from inguinal region, increase in temperature and tenderness with motion were present. Urine analysis was normal. Lower extremity Doppler USG was performed for deep vein thrombosis confirmation. Left common iliac, external iliac, common femoral, superficial femoral and popliteal veins were observed as totally thrombosed. The patient was admitted to cardiovascular surgery clinic

CONCLUSION: Most of time, Deep Vein Thrombosis reveals itself in the emergency departments in very old patients and patients with various risk factors by pains in the legs, swelling and increased temperature. But it should not be forgotten that DVTs' extending till the proximal may cause pains in the inguinal region. As in our case particularly in young patients with no risk factors, this case can direct the doctor to the more frequent observed diseases of this age such as urinary conditions or acute abdomen. In order to prevent the serious possible morbid and mortal complications of DVT, it is important for the emergency doctors to acknowledge that the DVT can be observed in every patient covering entire age groups and to make the examination taking into consideration of that.

KEYWORDS: deep vein thrombosis, inguinal pain, young patient

PS-0060 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A case of pneumonia accompained with gastrointestinal perforation

Vesile Daraoğlu[1], Selim Bozkurt[1], Mehmet Fatih Yazar[2], Besime Utku[1], Mehmet Sertkaya[2]

[1]*Department of Emergency Medicine, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*

[2]*Department of General Surgery, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*

Peptic ulcer perforation is a frequently encountered case in surgical emergencies. Generalized peritonitis caused by perforation provokes acute abdomen in patient. Duodenal perforation is usually seen on anterior face and when retroperitoneal, it becomes harder to diagnose and can lead to sepsis. The diagnosis is also harder with immunocompromised patient. Our case is a duodenal ulcer perforation with symptoms of pneumonia.

CASE: A seventy year old male patient has been brought to our clinic with incipient dyspnea, fever and overall discomfort. Patient also had ongoing abdominal pain. Patient was being treated for stage 4 malignant neoplasm of the head of pancreas and also had a history of cerebrovascular disease. On physical examination, patient was overall unwell, conscious and had limited orientation and cooperation. Vitals were; TA:140/90, pulse 68/m, temperature 390C, oxygen saturation 91%. Patient had rales in left lung and was tachypneic and dyspneic. Abdomen was tenderness but had no defense or rebound. Lab surveys showed leucocytes 2.840 and CRP 86. Blood cell count and biochemical parameters were otherwise normal. Blood gas had respiratory alkalosis. We took PA chest x-ray and AXR. The chest radiograph showed left lower lobe pneumonia and had to be compatible with a suspicious look right pneumothorax line. Computed tomography was taken in order to clarify this. pneumonic infiltration was seen in the left side of the thorax CT, there was not pneumothorax in the right. As we were planning an admission for the patient with consults from pulmonology, in the same tomography we discovered free air in abdomen sections. Plain radiographies were reexamined however they showed no air under the diaphragm. Then patient was consulted to the general surgery. Afterwards the patient has been taken in the surgery with Duodenum Perforation diagnosis.

CONCLUSION: In cases of chronical disease and malignancy, elder patients may have atypical complaints and the existence of simultaneously developing pathologies can change the presentation of the disease. In cases like this, typical complaints draw the attention of the clinician and overshadow other pathologies causing delayed diagnosis. Because of this; as our case shows, it must be investigated if there are any additional conditions besides identified pathologies. Desired tomography should be examined as a whole, should not focus on a single point. Diagnosis must be made after considering all findings and complaints of the patient.

KEYWORDS: perforation, pneumonia, thorax CT

PS-0061 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Rare Encountered Case: Non-traumatic Gas Gangrene

Selim Bozkurt[1], Vesile Daraoğlu[1], Ökkeş Bilal[2], Mahmut Egemen Şenel[1], Selçuk Bekaroğlu[1], Mehmet Okumuş[3]

[1]*Department of Emergency Medicine, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*

[2]*Department of Orthopedics and traumatology, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*

[3]*Department of Emergency medicine, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

Spontaneous non-traumatic clostridial myonecrosis(gas gangrene) is an infectious disease caused by toxins of anaerobic clostridium bacteria. It is usually seen immunosuppressant chronical disease mediums such as malignancies, peripheral vascular disease, diabetes mellitus. Although it is seen rarely, has a high mortality rate and is characterized by necrotic ulcer with serous congestion. This is a case of gas gangrene in the leg.1

CASE: Seventy year old patient was brought to the emergency service by his relatives with complaints of not eating or speaking (since morning). Patient was treated a month ago in coronary intensive care because of pleural effusion and is immobile since. It has been learned that the patient had a history of diabetes mellitus, congestive heart failure and a brain malignancy (pathological diagnosis unknown). Patient had no history of alcohol or smoking. Patient was physically unwell, confused, disoriented and uncooperative. Vital signs were; TA: 130/90, pulse 106/m fever 37,10C, respiratory rate 24/m and oxygen saturation 88%. In auscultation, lung sound was decreasing. There were no rale, rhonchus or wheezing. Both hemithoraxes were joining equally to the respiration. Bilateral pretibial edema was three positive. We detected an erythema on left cruris proximal lateral and crepitation on the warm and swollen area. Blood work showed leucocytes 28.000 and CRP 88. ECG showed normal sinus rhythm. Anteroposterior and lateral graphs showed gas images on the swollen area. Orthopedics and infectious diseases were consulted. Patient was taken into emergency operation with a diagnosis of gas gangrene.

CONCLUSION: Gas gangrene usually is a result of a dirty penetrant injury (may be post-traumatic or post-surgery) but it can rarely manifest itself without any bacteria entry opening and it is a severe condition. In inspection, it might be confused with cellulitis but can be differentiated by the crepitation it gives. In particular, carefully making the systemic examination in the elderly and immobile patients is important. in this case through of physician's careful physical examination diagnosis was not skipped

KEYWORDS: edema, erythema, gas gangrene

PS-0062 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Typical Pneumatosis Instestinalis

Vesile Daraoğlu[1], Selim Bozkurt[1], Mehmet Fatih Yazar[2], Mehmet Akif Sarıca[3], Hakan Hakkoymaz[1], İhsan Yavuzatmaca[3], Mehmet Sertkaya[2]

[1]*Department of Emergency Medicine, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*

[2]*Department of General Surgery, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*

[3]*Department of Radiology, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*

Pneumatosis Intestinalis is a condition characterized by numerous gas filled cysts on subserous or submucosa in intestines and its pathogenesis is not clearly known. It can be seen accompanied by gastrointestinal diseases, chronical obstructive lung disease, past abdominal operation and collagen diseases. This pathology develops via the damages on the intestinal wall caused by necrosis and may threaten life. This article is a case of pneumatosis intestinalis with typical radiological images.

CASE: Sixty-eight years old who is a nursing home resident, was brought to the emergency service with complaints of stomachache and vomiting. Patient had a history of hypertension, asthma and depression and was prescribed with mirtazapine, tolterodin, diltiazem, paroxetine hydrochloride, salmeterol, tiotropium bromide monohydrate. Physically patient was agitated and overall average. Vitals were; TA 120/60, pulse 70/m, fever 360C, respiratory rate 16/m, oxygen saturation 96%. Lung sound was natural. Patient had tenderness on abdomen and defense and rebound was positive on lower left quadrant. Patient's all four extremities were restless and patient had no motor deficit. ECG rhytm was atrial fibrillation. Blood count, biochemistry and blood gas parameters were within normal limits. CRP was 288. Direct abdominal ultrasonography was taken afoot and showed extensive gas and air-fluid level. Abdominal tomography taken for a pre-diagnosis of Ileus showed a picture matching with "air densities in liver, portal vein and mesenteric vein" and also pneumatosis intestinalis on ileal loops. General surgery has been consulted and the patient was transferred to surgical intensive care.

CONCLUSION: Pneumatosis intestinalis's rarely encountered and has a high mortality rate and on top of all the condition having pathognomonic radiologic images makes it important. Early diagnosis of this kind of pathologies can be lifesaving.

KEYWORDS: ileus, pneumatozis intestinalis, abdominal pain

PS-0063 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Rectal Foreign Body - Approach and Treatment: Case Report

İsmail Ağı, İrfan Kala, Sultan Erdil Ülgen, Fatma Yorulmaz, Seval Komut, Fevzi Bircan Özkan, Ercan Özler, Tamer Durdu
Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Intrarectal foreign bodies are inserted generally because of inappropriate sexual behaviour or sexual assaults and it can stuck into rectum and may not be able to be removed out. This condition is rare but possible in emergency departments (ED) and our aim is to help guiding physicians with intrarectal foreign bodies by presenting a case who inserted water glass into his rectum.

CASE: 49 year old male patient presented to our ED with anal pain. Without a question, he admitted that he has had different sexual behaviours so that he had inserted a water glass into his rectum. Glass and another soft foreign inside of glass were detected during rectal examination (He admitted that it was lemon). There was no abdominal tenderness noted. Patient was underwent plain pelvic X-Ray which showed the intrarectal water glass of which the bottom placed proximal segment of rectum. We consulted patient to surgery who removed the glass with surgical intervention under general anesthesia. Surgical removal of glass without rectal section couldn't successfully performed so colotomy and protection colostomy was initiated to patient so the glass and the lemon could be removed. Repairment of colon was done 4 months later of removal of glass.

CONCLUSION: Our aim must be to protect the patient's anus, rectum and colon integrity as much as possible and to avoid further iatrogenic injury of these anatomic places while trying to remove rectal foreign body completely. Distally located foreign bodies can be removed without general anesthesia but superior bodies must be removed under general anesthesia by the dilatation of rectum, if this approach fails, milking the colon must be performed, if this intervention fails also, colotomy must be performed as the last choice. This patient had to undergo surgical intervention due to unsuccessful attempts during surgery with dilatation or milking, so colotomy and protective colostomy had to be initiated. Both interventions can be performed successfully by emergency surgeons.

KEYWORDS: emergency, rectal foreign body, surgery.

PS-0064 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Intestinal Perforation Associated Epileptic Seizure: An Interesting Case Report

İsmail Ağı, İrfan Kala, Fatma Yorulmaz, Sultan Erdil Ülgen, Nurullah Tarhan, Sebil Merve Şen, Selçuk Akoğlu, Tamer Durdu
Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTIOIN: Intestinal perforation is a life threatening condition in which emergent surgery must be initiated to save person's life. Neoplasia and diverticulitis are the main etiologies of colonic obstruction and generally, ileus is the clinical outcome rather than perforation. Medical treatments which increases intestinal motility may cause perforation in patients who have colonic obstruction. Clinical signs of perforation include abdominal pain, fever, constipation, consciousness but seizure like symptom is an uncommon clinical finding in patients with perforation. We want to share our experience with an interesting presentation of perforation: seizure.

CASE: 72 year old female patient presented to our emergency department (ED) by her family with the complaints of mandibular spasms and jerking extremitiy movements. Her family members said that she had convulsion like state which she had faced before when she had ischemic stroke before. Diabetes, hypertension, lung carcinoma and ischemic stroke created the

POSTER BİLDİRİLER

medical history. Physical examination showed no neurologic pathology except the sequela of ischemic stroke (right hemiparesia), abdominal tenderness and rebound sign was noted during abdominal examination. Vital signs were stable (BP:145/88 mm/Hg, BT:37.2 C, PR: 88/min, SaO2: 94%). Cranial computed tomography (CT) was performed and no acute pathology was seen to reveal out the etiology of seizure. Laboratory evaluation was resulted as leukocytosis (35000/µl) and thrombocytosis (622000/µl). Further history reveals that she had used enema for colonic cleaning so that she could have the diagnostic colonoscopy the other day to screen colonic carcinoma. Plain chest x-ray and IV contrasted abdominal CT showed the free gas inside of peritoneum and the colonic perforation. She was hospitalised by general surgery for surgical intervention.

CONCLUSION: Intestinal perforation is common in emergency departments but classical symptoms may not be seen in all of the patients like how we faced in our case who presented with epileptic seizure which makes our case interesting. Further medical history, physical examination, laboratory and radiologic studies create the entire clinical outcome and diagnosis of patient so successful prognosis can be achieved. We connect the perforation status of our patient with the increased intestinal motility with enema and the possible ileus due to colonic mass. Physicians must warn the patients not to use enema if they have symptoms of ileus before initiating screening diagnostic studies such as CT. Distal obstruction of colon may not let the passage so proximal pressure may produce perforation eventually.

KEYWORDS: enema, perforation, seizure, surgery.

PS-0065 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Intestinal Foreign Body Accumulation by Swallowing: Case Report

İrfan Kala[1], Binnur Eşfer[1], Miray Baba[1], Savaş Baba[2], Muhammed Evvah Karakılıç[1], Fevzi Bircan Özkan[1], Berkin Karapınarlı[1], Nurullah Tarhan[1], Berkay Mevlanaoğlu[1]

[1]*Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[2]*Department of General Surgery, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

INTRODUCTION: Foreign bodies are generally swallowed inadvertently by chlidren as they learn the world and most foreign bodies pass through the intestinal lumen without harm. Foreign bodies which damage, lodge or become toxic to gastrointestinal tract, they must be identified and removed. Foreign body swallowing on purpose is rare in adult population but may be possible when there is concomitant psychiatric disease. We wanna share a patient diagnosed schizophrenia presenting to our emergency department with swallowing many foreign bodies during different days.

CASE: 45 year old male patient with previous diagnosis of schizophrenia was accepted to our ED with history of swallowing spoon during dinner. His wife said that she had seen him swallowing these kind of metalic things four to five times before but never visited a physician. Patient's vital signs were stable. Hematemesis, melena, hematochezia was not described. Physical examination was normal and abdominal tenderness or abnormal feces in rectal examination was not noted. We performed plain chest and abdominal x-ray to the patient and we saw many superimposed foreign bodies collection possibly inside of gastric area. His laboratory evaluation was in normal ranges. We consulted patient to general surgery and patient was accepted as outpatient follow-up due to abcence of clinical signs of complication. Patient underwent upper gastrointestinal endoscopy during follow-up, removal of foreign bodies was tried unsuccessfully so that surgery had been decided as the treatment choice but the patient and his family didn't accept the surgery and they ended up the follow-up by themselves.

INTRODUCTION: Most patients who have swallowed foreign bodies do not require further treatment due to passage of foreign bodies generally occur spontaneously. Once there is clinical complication such as obstruction, perforation of intestines, surgical consultation must be initiated. The goal in emergecy department should be to localize the foreign body to avoid emergent complication to protect especially the airway. Clinical instruments such as radiographic and endoscopic evaluation are helpful by choosing the treatment option. Our patient didn't accept the removal of foreign bodies due to unsuccessful endoscopic attempts but we anticipate that his lodged foreign bodies will possibly cause a clinical complication and emergent surgery than will be needed. Emergency physicians should also play an active role of patient education when there is an uncomplicated patient.

KEYWORDS: abdominal x-ray, foreign body, schizophrenia, surgery.

PS-0066 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Amyand's hernia: Case report

Mustafa Gülpembe[1], Demet Acar[1], Emin Fatih Vişneci[1], Saniye Göknil Çalık[1], Can Gökay Yıldız[1], Nurser Karaçal[1], Yakup Uslu[1], Başar Cander[2]

[1]*Deparment of Emergency,Education and research Hospital,Konya, Turkey*

[2]*Department of Emergency,Necmettin Erbakan University,Konya,TURKEY*

Amyand's hernia is defined as an inguinal hernia containing the appendix within the hernial sac. It is a rare disease, reported in 1% of cases of inguinal hernia repair. The presence of the vermiform appendix without complications, in the inguinal hernia sac is a rare condition with an incidence of about 1%. The appendix can be complicated by acute appendicitis in 0.13% of cases. This disease is frequently very difficult to diagnose, and most of the time this rare condition can be confused with an incarcerated or strangulated inguinal hernia. Herein we will report an Amyand's hernia case that was diagnosed and treated promptly.

Fifty five years old male patient was admitted to the emergency department with the complaints of stomachache and loss of appetite for 2 days. His past medical history was unremarkable. Physical examination revealed defense on right lower quadrant and a swelling on right inguinal region. He denied having fever or nausea-vomiting. Laboratory examination revealed a white blood cell count of 13200/mm3 and other blood tests including renal and liver function tests and complete urinary examination were normal. In superficial tissue ultrasound to the right inguinal region; there was an aperistaltic, blunted intestinal segment on right inguinal region with minimal reactive fluid around. The patient was diagnosed with right inguinal hernia containing acute appendicitis inside named as 'Amyand's hernia'. The patient was consulted with general surgery department, and after 2 days of hospitalization following inguinal hernia repair and appendectomy; the patient was discharged.

Amyand's hernia is an extremely rare condition. The diagnosis is not easy and sometimes it can only be diagnosed during laparotomy since the clinical picture is similar to that of a strangulated hernia. Its treatment depends on the grade of inflammation of the appendix ranging from the simple repair of the abdominal defect with a prosthetic mesh, to appendectomy, small bowel resection and repair of the abdominal wall defect without a mesh. Mortality is reported with an incidence varying between 14 - 30% and is closely related to a peritoneal spread of the septic process. In our case, we have diagnosed and treated the patient promptly before the spread of infection.

KEYWORDS: Amyand's hernia appendix inguinal hernia

PS-0067 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Is it Really Beneficial ? The Evalluation Of Glacial Massage Application On Murphy's Area İn Acute Cholescystitis

Ilhan Ece[1], Serdar Yormaz[1], Huseyin Yılmaz[1], Husnu Alptekın[1], Fahrettin Acar[1], Farise Yılmaz[2], Mustafa Şahin[1]

[1]*Department Of General Surgery,Selçuk University,Konya,Turkey*

[2]*Department Of Nucleer Medicine,Selçuk University,Konya,Turkey*

BACKGROUND&AIMS: Acute cholecystitis has seen the most common acute abdomen diseases in emergency clinics and occurs most commonly due to obstruction of the cystic duct with gallstones. However, the timing of operation still remains controversial regarding the inflammation, edema, and adhesions of the acute course of disease. Nowadays, surgical process for acute cholecystitis are now performed after the acute episode happens (approximately 6 weeks), while conservative therapies, antibiotics and delayed surgery time are still common in many clinics. The purpose of this study was to present conservative treatment method as defined ice massage ın cholecystitis.

METHODS: Patients were divided into two groups equally in numerical and demographic findings in our study. Group 1(G1) included patients treated by antibiotic and applying ice on murphy' area and group2 (G2) comprised patients treated by only antibiotics. The patients were evaluated with Faces Pain Scale – Revised (FPS-R),demographic findings,length of stay in hospital,conversion to early surgery,Complete blood count and CRP results on treatment day 1 to day 7. Retrospective patient study was performed between March 2011 and November 2014 on 378 patients who treated in our clinic.

RESULTS: There were 206 females (%54.4) and 172 males (%45.6) with a mean age of 35.2years (range 18 to 82). No significant differences were found between groups in terms of gender, age and BMI. In group 1 FPS-R scores were 4.4 (range 2 to 6) on 1st day and 1.5 (range 0 to 4) on the 7th day. In group 2 FPS-R scores were 4.9 (range 2 to 8) on 1st day and 3.4 (range

2 to 6) on the 7th day. In both groups the FPS-R scores on 7th day were significantly decreased with respect to 1st day.A bit significant differences were found between groups on days 1 and 7 due to pain levels.However there were remarkable differences foundin th eother parameters.

CONCLUSIONS: We think that conservative treatment for acute cholecystitis is hoped that accelerate the recovery time and decrase the patient's pain in the future. Further studies are needed to investigate the treatment of cholecystitis preoperatively

KEYWORDS: Acute,cholecystitis,glacial

PS-0068 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Ileocecal Intussuception Due To Metastases Of Carcinoma In Older Patient

Serdar Yormaz[1], Ilhan Ece[1], Huseyin Yılmaz[1], Husnu Alptekın[1], Farise Yılmaz[2], Mustafa Sahın[1]

[1]*Department Of General Surgery,Selçuk University,Konya,Turkey*

[2]*Department Of Nucleer Medicine,Selçuk University,Konya,Turkey*

INTRODUCTION: Intussusceptions are common seen in childhood period, they are rarely in adults. Especially these cases are commonly secondary to tumoral lesions. Otherwise adhesional strips or duplications rarely could be the cause. In this case we want to present a 57 years old female with ileocecal intussusception due to a tumor metastase.

CASE: A 57 years old female presented with abdominal pain, nausea, vomiting and constipation in our clinic. She had a history of endometrium carcinoma. The computered tomography of abdomen resulted an invagination of an entire ileocecal segment with its mesentery about 20 centimeters long into the lumen of cecum. The patient operated for ilocecal intussuception. The segment of ileocecal which was obstructed by tumor resected and ileostomy procedure applied because of multipl morbidity. Postapplicative 6th day the patient discharged from the hospital.No complications seen after this procedure.

CONCLUSION: Approaching to the historical literature of intussusception cases in adults are seen rarely. The reason is oftenly malignant tumors particularly which occurs in the large intestines. Usually invaginations are as seen in our case ileocecal or sigmoidorectal invaginations. Diagnosis is hard in these kinds of patients; computered tomography has important role in diagnosis. In our case the computered tomography images were diagnostic and demonstrative. The primarily treatment is surgical and includes primary reduction. In adults despite its unoften intussusception in consequence of ileocecal neoplasm shall be considered in differential diagnosis of abdominal pain.

KEYWORDS: carcinoma, intussusception,ileocecal

PS-0069 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Are Chronic Diseases In Curriculum Vitae and Postoperative Complications A Significant Criter At Defining Surgical Performance? An Analysis of In Surgery Department

Ilhan Ece[1], Serdar Yormaz[1], Husnu Alptekın[1], Huseyın Yılmaz[1], Fahrettin Acar[1], Farise Yılmaz[2], Mustafa Şahin[1]

[1]*Department Of General Surgery,Selçuk University,Konya,Turkey*

[2]*Department Of Nucleer Medicine,Selçuk University,Konya,Turkey*

BACKGROUND: Post-operative mortality is one of the most universal and important outcomes that one can measure in surgery and it is increasingly used to measure both hospital and surgeon quality. It is important, however, that reported mortality figures are appreciated in the context of multiple confounding factors, as small sample size, low event rate, case mix and variations in reporting can often lead to inaccurate information being portrayed. Also surgical patients who die without having an operation are frequently unaccounted for in mortality statistics which can lead to the practice of defensive surgery with high risk cases. The goal of our study was to determine overall mortality rates in a surgical department and to evaluate aspects relating to operative and non-operative deaths.

METHODS: We analysed prospectively collected data detailing all surgical admissions, procedures and mortalities over a twelve year period (2000-2012) from an Irish regional hospital. We evaluated type of operation, patient factors and cause of death.

RESULTS: There were a total of 62,085 patients admitted under the care of the surgical service between the 1st of January 2000 and the 31st of December 2011. There were a total of 578 deaths during this period (0.93% overall mortality rate). 415 patients (71.8%) did not undergo any operation prior to death. Advanced cancer accounted for 36.5% of these deaths, 14.9% were due to sepsis, 13.2% due to cardiorespiratory failure and 11% were due to trauma. A total of 22,788 surgical procedures were performed in this time period with an operative mortality rate of 0.71%. The mortality rate following elective surgery was 0.17% and following emergency surgery was 1.7%. The mean age of patients who died was 73.5 years and 80.5% of patients were ASA grade 3 or higher. The main cause of post-operative death was sepsis (30.02%). Using multivariate analysis we have shown that emergency operations, increasing age and major procedures significantly increased post-operative mortality risk ($p<0.001$).

CONCLUSIONS: Post-operative deaths comprise a small proportion of overall deaths in a surgical service. A significant proportion of patients who die post-operatively are elderly, high-risk patients undergoing emergent, complex procedures.

KEYWORDS: Curriculum Vitae, Postoperative, Surgical Performance

PS-0070 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

What Is The Most Important Thing In Today's World ? Human Health Or Budget Comparison O f Clinical And Cost Analysis Outcomes Of laparoscopic Versus Open Colorectal Surgery

Serdar Yormaz[1], Ilhan Ece[1], Husnu Alptekın[1], Huseyın Yılmaz[1], Mehmet Ertuğrul Kafalı[1], Farise Yılmaz[2], Mustafa Şahin[1]

[1]*Department Of General Surgery,Selçuk University,Konya,Turkey*

[2]*Department Of Nucleer Medicine,Selçuk University,Konya,Turkey*

BACKGROUND&AIMS: Since its Introduction into clinical surgery in 1991, laparoscopic Colorectal surgery (LCS) proved to be a feasible and safe procedure and has won worldwide recognition. The clinical advantages of LCS, such as reduced length of stay,in hospital, decreasing rates in wound infection, early return to work, lesser postoperative pain and preferable cosmetic results have been demonstrated last ten years by multi studies.Colorectal surgery (CS) is one of the most seen diseases diagnosed in today's developing world.

In particular, over the last decades, the worldwide decreases the university hospital budgets due to the health policy that has hit several countries like us. The aim of our study was to compare the outcomes between laparoscopic and open surgery for colorectal surgery,surgery time, percentages of complications, length of hospital stay and costs.

METHODS: We evaulated the medical database of 164 patients who underwent colorectal surgery in our clinic during the years between October 2012 to December 2014 retrospectively. All Of the CS patient groups detected in the preapplicative period. The variables analyzed included patients demographic information, percentages of postoperative complications, surgery process period, length of stay in hospital and total costs. The patients were divided in two groups according to the surgical approaching and compared for each variable.

RESULTS: 164 patients were underwent the surgery by colorectal diseases overall 2-year period in our clinic. Laparoscopic colectomy patients were compared with the same number of open colectomy patients. Gender of the all patients were 102 (%62) males, 62 (%38) females,The mean age was 50.4 (range 27 to 87) in total group. ASA scores and body mass index were similar in both of the groups. However the length of stay in hospital and complications were significantly lesser in laparoscopic group than in open group. The mean total cost was 2107 Euro in laparoscopic group and 2412 Euro in open group, with a significant difference of 305 Euro.

CONCLUSIONS: Laparoscopic is associated with lesser complications,costs, shorter length of stay in hospital and similar in operative time compared with open procedure. Therefore laparoscopic colorectal surgery can be recommended as preferred approach these kinds of diseases.

KEYWORDS: Analysis,budget,colorectal

POSTER BİLDİRİLER

PS-0071 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

An Unusual Case Report: A Random Gastric Schwannoma

Serdar Yormaz[1], Ilhan Ece[1], Huseyin Yılmaz[1], Husnu Alptekın[1], Fahrettin Acar[1], Farise Yılmaz[2], Mustafa Şahin[1]

[1] *Department Of General Surgery,Selçuk University,Konya,Turkey*

[2] *Department Of Nucleer Medicine,Selçuk University,Konya,Turkey*

Schwannomas are often benign, slow-growing neoplasms originating from the Schwann cells, which form the neural sheath. The gastrointesital (GI) tract schwannomas originate in Schwann cells in the neural plexus of the gastrointestinal wall. Schwannomas account for 2% to 7% of the gastrointestinal mesenchymal tumors. Gastric schwannomas may present complaints of epigastric pain clinically, as well as bleeding and perforation that requires an emergency intervention. In this study, we present our case, who had admitted to our clinic with complaints of epigastric pain and diagnosed as schwannoma, with clinical and pathological data.

CASE REPORT: An 81-year-old female patient presented to our general surgery clinic with a complaint of epigastric pain. The abdomen ultrasonography (USG) revealed a well-circumscribed hypoechoic solid mass lesion of 43x40 mm in size in the epigastric region. Gastrointestinal stromal tumor (GIST) was suspected radiologically. In the upper GI tract endoscopy, a well-circumscribed semi-mobile mass lesion was identified, showing approximately 4 cm in diameter protuberance into the gastric lumen, in the submucosal gastric antrum. The abdominal computed tomography screening revealed multiloculated hypodense mass of submucosal origin. After preoperative preparation, the patient underwent a gastric wedge resection under general anesthesia. The patient had no complaints during postoperative follow-up, and she was discharged on the 4th day.

DİSCUSSİON: The gastrointestinal (GI) tract schwannomas originate in Schwann cells in the neural plexus of the gastrointestinal wall. Schwannomas constitute 0.2% of all gastric neoplasms, and 4% of all gastric benign neoplasms. GI tract schwannomas have significant histological differences than the schwannomas located in soft tissues or central nervous system. GI tract schwannomas have positive reaction for S-100 protein and they have a microtrabecular structure.

In the differential diagnosis of the mass lesions arising from the wall of the gastrointestinal tract, GISTs, which are mesenchymal neoplasms, should be considered first. The malignancy potential of GISTs increase with extragastric localization and with sizes over 5 cm; whereas, gastric schwannomas have no malignant potential, other than the rarely observed pediatric cases.

CONCLUSİON: In the differential diagnosis of the homogeneous, well-circumscribed, submucosal mass lesions arising from the gastric wall, gastric-schwannoma, which have a benign potential, should be considered. In the schwannomas arising from the gastrointestinal tract, resection performed with a safe surgical margin is adequate for the treatment, and larger resections are not necessary.

KEYWORDS: gastric,schwannom,stromal tumor

PS-0072 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Imaging in Anaphylaxis

Başar Cander[1], Muhammed Raşit Özer[2], Mehmet Kasa[1], Mustafa Kürşat Ayrancı[1], Fulya Köse[1]

[1] *Emergency Medicine Department of Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey*

[2] *Emergency Department of Konya Resarch Training Hospital, Konya, Turkey*

INTRODUCTION: Echinococcus granulosus more likely to cause cystic hydatid disease which is more commen form of hydatid disease, while Echinococcus multilocularis causes alveolar hydatid disease which is a more rare form of it. Echinococcus granulosus live in the intestinal tract of animals like cats and dogs. the last link of the parasite provides eggs. The eggs excreted in faeces are contaminats grass field and who contacts with these contaminated water, food or direct contact with the dogs are going to be the intermediate hote for larval phase of hydatid cyst. with the infected organs to be eaten by the host primary cycle is completed. with rupture of the cyst the picture can be present like simple redness on skin to anaphylactic shock as result.

CASE: 30 years old female patient admitted to the emergency department with sudden vomiting in the form of water, redness and itching while playing at the wedding. The patient's BP: 120/60 NB: 90,there were liquid coming from the mouth with couhging and had redness and itching on the arms and both lumbar side. thorax CT was taken after fixation of the liquid level on POAG. Patient was hospitalized to thoracic surgery intensive care unit with ruptured Hydatid cyst.

DİSCUSSİON: Parasitic lung Ecninococ 30-40% and more particularly settle on the the right and lower lobe. Most of the clinical findings in patients with pulmonary hydatid cyst depends on the compression that the lesion have enforce to the surrounding tissue, patients rarely may admitt with rupture into the bronchi with hemoptysis, or cough without hemoptysis. Even Antihelmitik drugs(Albendezol) in the treatment of hydatid cysts is an accepted treatment option but in patients with pulmonary hydatid disease surgical treatment is primarily recommended. in the Echinococcus granulosus endemic areas as in our country if there is certain undiagnosed pulmonary lesions hydatid cyst should be kept in mind

KEYWORDS: anaphylaxis, echinococcus

PS-0073 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Ogılvie Syndrome

Başar Cander[1], Fatih Altunay[1], Aliye Nur Gökal[1], Muhammed Raşit Özer[2]

[1] *Department of Emergency, Necmettin Erbakan University, Konya,Turkey*

[2] *Department of Emergency, Education and Research Hospital, Konya,Turkey*

INTRODUCTION: Ogilvie syndrome is a gastrointestinal system disease characterized by dilatation of colon without any mechanical reason. The pathogenesis has not clearly been identified yet but many pathologies are held responsible of this syndrome's etiology. Electrolyte imbalance, systemic infections, some drugs, and neurological diseases can be responsible from this syndrome. It is associated with degenerations of enteric nerve and muscle system. Ogilvie syndrome is a disease that can be diagnosed if only you think because there are no specific laboratory or physical examination findings. There is massive dilatation of colon at abdominal X-ray and ultrasonography. This syndrome was firstly described by Ogilvie in 1948.

CASE REPORT: Our 68-year-old male patient applied to the emergency department with dyspnea, constriction, and abdominal swelling. The patient followed up with pre-diagnosis of as chronic obstructive lung disease for 15 days was referred to our center with pre-diagnosis of chronic obstructive lung disease because he had not benefit from treatment and his abdominal swelling had increased. In his physical examination, it was determined that the patient -who had extensive distension- could not defecate and dyspnea increased with progressive abdominal swelling. There was no pathology at chest X-ray. The patient had an contrast-enhanced abdomen tomography on the purpose of advanced imaging and was hospitalized to general surgery ward with a diagnosis of Ogilvie syndrome. During the follow-up period, the patient had no defecation and he was undergone surgery. An obstructive tumour on his sigmoid colon was identified. Then total colectomy and terminal ileostomy were performed. The patient was transferred to intensive care unit and died on the 7th day of admission.

CONCLUSION: Our patient had followed up with a diagnosis of chronic obstructive lung disease for 15 days and unfortunately the obstructive intraabdominal problem could be diagnosed on the 15th day. Physicians should be aware of that intraabdominal pathologies may be presented with progressive dyspnea.

KEYWORDS: ogilvie,dyspnea,abdominal swelling

PS-0074 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Total Rectal Prolapse İrreducible Administration in the Emergency Department

Başar Cander[1], Fatih Altunay[1], Zerrin Defne Dündar[1], Aliye Nur Gökal[1], Muhammed Raşit Özer[2]

[1] *Department of Emergency, Necmettin Erbakan University, Konya,Turkey*

[2] *Department of Emergency, Education and Research Hospital, Konya,Turkey*

INTRODUCTION: Rectal prolapsus (RP) is protrusion of rectum from anus. In patients with complete or full-thickness RP, rectum wall is prolapsed by passing anal canal as full- thickness. (1) Full-thickness RP should be differ from mucosal prolapsus which is protrusion of only rectal or anal mucosa. (1,2) RP often becomes evident at later ages and %80-90 of cases are

women.(1,3) It increases in 5 decade of men, in 7 decade of women (5). A few of these theories are those sigmoid colon is taller than normal, pudendal nerve injury because of pelvic floor's recurrent distension, existence of muscular atony with lateral ligament relaxation, mobilized mesorectum. (6-9).

Rectal prolapsus is with other pelvic floor defects mostly and patients have symptoms about rectal or genital prolapsus. Rareness of patients' count, deficiency of randomized studies and difficulties of explicating about anorectal physiology make things hard to understand of this defect's mechanism. Purpose of treatment is curing the continence and constipation in addition to fixing the prolapsus. A large number of surgical procedure have been suggested to cure rectal prolapsus. These procedures are usually classified as abdominal and perineal by route of entry. However, question of ideal operation of rectal prolapsus has not been explained clearly.

CASE REPORT: Our patient was a 33 years old male patient who anus pain complaints ongoing for two days. This patient admit to the emergency with swelling on anus. Heretofore, the patient descibes that there has been swelling on anus after pushing, but it has fixed by itself. But this time, there is a pain on anus and it doesn't fix by itself. Prolapsus and defect of circulation are detected in examination. The patient consulted with general surgery and had an operation after pre-op preparations. Rectopexy was performed. Defecation was normal and there was no development of the complication, so that the patient -followed for 10 days in service- was discharged from the hospital.

CONCLUSION: Rectal prolapse is an emergent disease of the rectum. Reduction within a short time period is important in cases without ischemia to reduce complications. In the emergency department, manual reduction of a rectal prolapse can be impossible due to extreme edema and pain. Early reduction of a prolapse can reduce complication rates and enhance elective surgery. Manual reduction must not be attempted in cases with ischemia.

KEYWORDS: Rectal prolapsus,anus,emergency

PS-0075 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A strange case: Tourniquet syndrome with nylon bag

Zerrin Defne Dundar, Fulya Kose, Alpay Tuncar, Sadik Girisgin, Mehmet Gul, Basar Cander
Emergency Medicine Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Tourniquet syndrome is a rare but serious clinical condition followed by circulatory disorders of affected body part. Tourniquet syndrome occurs with tangling hair or yarn on diverse parts of body. Hair or yarn related tourniquet syndrome is usually seen in foot fingers of infants. In the literature, there are many case reports for different parts of body, including hand or foot fingers, penis, clitoris, and neck. Here, we will present a strange patient with tourniquet syndrome of multiple hand fingers.

CASE: A 62-year-old woman patient was referred to our emergency department from another hospital with a complaint of pain and deformity in her hand fingertips. She had worked in field for 8 months and fastened nylon bags to her fingers with a string because she thought her hands were very dirty. Her relatives could not convince her to remove those nylon bags from her fingers. Then, wounds and deformities occurred in course of time. There was no psychiatric disease on her past medical history. On her physical examination, there were open wounds, tissue defects and bone deformities on her 2nd, 3rd, and 4th fingers at her both hands. She was consulted with plastic surgeon and hospitalized in plastic surgery ward. After her surgery, she was evaluated by a psychiatrist. We realized that she had mental retardation and she was not aware of results of her self-harming behavior.

CONCLUSION: Our case shows that Tourniquet Syndrome can occur as a self-harming behavior in patients with mental retardation or psychiatric problems at any age. Our patient had a low sociocultural level and sought medical help very lately that lead deformities and sequels of her fingers.

KEYWORDS: tourniquet, deformity, hand, amputation

PS-0076 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A rare cause of abdominal pain: inguinoscrotal bladder hernia

Zerrin Defne Dundar, Nazli Karakus Kenan, Mehmet Ergin, Mehmet Akif Onal, Hasan Babadostu, Basar Cander
Emergency Medicine Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Herniation of bladder through inguinal canal is a rarely seen cause of abdominal pain. In different studies, it has been reported that inguinoscrotal bladder herniation is seen in 1 to 4% of all patients with inguinoscrotal herniation. Here, we will present a male patient admitted to emergency department with scrotal hernia.

CASE: A 75-year-old male patient was presented to our emergency with abdominal pain and scrotal swelling. He also had a complaint of dysuria. He had abdominal pain and scrotal swelling for 4 hours. He had hypertension, asthma and diabetes mellitus in his past medical history. On his physical examination, blood pressure was 150/80 mmHg, body temperature was 36.6°C, there were left side inguinoscrotal swelling and abdominal tenderness. His abdominal computed tomography revealed that bladder herniated through left inguinal canal to scrotum. The patient was consulted with a general surgeon and a urologist. He was admitted to general surgery ward for definite treatment.

CONCLUSION: Bladder herniation can occur as intraperitoneal, extraperitoneal, and paraperitoneal. The common seen type of extraperitoneal herniation is inguinoscrotal herniation. The clues for bladder herniation are dysuria, difficulty in micturition, scrotal swelling, and decrease of inguinal swelling after micturition. Emergency physicians should keep this rare diagnosis in mind.

KEYWORDS: hernia, bladder, inguinoscrotal, abdominal pain

PS-0077 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Ileus in abdominal plain graph and gallstone in ileum

Zerrin Defne Dundar, Nazli Karakus Kenan, Hasan Babadostu, Sadik Girisgin, Sedat Kocak, Basar Cander
Emergency Medicine Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Abdominal pain is one of the leading presentations to emergency departments. The differential diagnosis include a variety of diseases. Gallstone ileus is a rare complication of cholelithiasis. Gallstone passes into the intestine from gallbladder and leads an intestinal obstruction in anywhere from stomach to rectum. The clinical picture is due to the symptoms of obstruction including nausea, vomiting, abdominal distention.

CASE: A 68-year-old male patient admitted to emergency department with complaints of abdominal pain, nausea, vomiting, and loss of appetite. He had hypertension, congestive heart failure, and atrial fibrillation in his past medical history. On his physical examination, blood pressure was 150/80 mmHg, pulse rate was 85/min, and body temperature was 36.2°C. There were abdominal tenderness, defense and rebound signs. His white blood count was 18,000/mm3. Liver function tests were normal. The abdominal plain graph showed air-fluid levels that were in compliance with ileus. On his contrast-enhanced abdominal computed tomography, there was a 48x27 mm hyperintensity in the distal part of dilated ileal loops. The patient was admitted to general surgery ward with the diagnosis of gallstone ileus.

CONCLUSION: In most cases, gallstone that passed into the intestine is excreted with feces before stone causes intestinal obstruction. Sometimes, gallstone can be big or rough and leads to intestinal impaction and obstruction. In our case, the dimension of gallstone was huge and could not be able to pass through whole intestine. To determine the exact etiology of ileus, abdominal computed tomography is a good choice for emergency physicians.

KEYWORDS: gallstone, ileus, ultrasonography, computed tomography

PS-0078 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Spontaneous Retroperitoneal Hematoma in a Patient Without Known Risk Factors

İrfan Kala[1], Sebil Merve Şen[1], Hilmi Akdağ[2], Berkin Karapınarlı[1], Binnur Eşfer[1], Cihat Cömert[1], Uğur Bal[1], Muhammed Evvah Karakılıç[1]

[1]*Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Yıldırım Beyazıt University, Ankara, Turkey*

INTRODUCTION: Spontaneous retroperitoneal hematoma is the collection of blood in retroperitoneum and may occur without clinical symptoms or risk factors which is created by trauma, bleeding disorders, structural pathology of retroperitoneal organs. This is most commonly associated with the usage of anticoagulation therapy, bleeding abnormalities or haemodialysis. We want to share our experience about a patient diagnosed as spontaneous retroperitoneal hematoma in the absence of any of diagnosed risk factors.

POSTER BİLDİRİLER

CASE: 26 year old male patient was accepted to our emergency department with left flank pain started 3 days ago before presentation. He said that he visited two other emergency departments and discharged with analgesic injections with pre-diagnoses of urinary tract stone. He had only undescended testicles (cryptorchidism) surgery in medical history. He denies trauma. His vital signs were stable except mild tachycardia (BP:107/90 mm/Hg, PR:109/min, SaO^2:99%, BT: 36.7 °C). Initial physical examination showed left costovertebral triange tenderness. There was no other pathology noted during systemic evaluation. First of all, we pre-diagnosed again as urinary tract calculi and his renal function tests and urine sample was reported normally. (Creatinine:0.85 mg/dL, BUN: 27 mg/dL, no leukocyte or erythrocyte was noted in urine). But other laboratory tests such as leukocyte was abnormally increased and hemoglobin level decreased (WBC:15400/µl, RBC:3.91, Hgb: 10.0g/dL, INR:1.86) Hemoglobin value of 3 days earlier was 13.0 g/dL. We performed urinary tract ultrasound and plain abdominal x-ray in which pathology was not seen. Then we decided to see retroperitoneal structures for possible bleeding or mass. IV contrasted computed tomography was initiated and we saw wide retroperitoneal hematoma in left side starting from posterior of left kidney till the pelvic area. Widest diameter of hematoma was 10x8cm. Patient was hospitalised and interventional radiology was performed for drainage catheter implementation. Patient was discharged from hospital until drainage of blood ends up and stable hemoglobin value was noted. Patient was suggested of hematology follow up for his haemostasis status with outpatient treatment even though he was consulted during hospitalisation.

CONCLUSION: Flank pain is a challenging symptom in emergency departments due to pathology of the anatomic structures of this area may result insidious clinical findings mimicing the urinary tract calculi. Trauma associated flank pain's etiology may be either muscular pain or retroperitoneal hemorrhage thus origin of the pain must be searched clinically. Non-traumatic flank pain should not be underestimated and misdiagnosed as renal calculi and further investigation is needed like our patient did.

KEYWORDS: bleeding, emergency, misdiagnosis, spontaneous retroperitoneal hemorrhage.

PS-0079 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

An Uncommon Reason of Abdominal Pain: Chilaiditi Syndrome

Sebil Merve Şen, İrfan Kala, Esma Kır, Murat Ongar, Hacı Mete Yüzbaşı, Selim İnan, Uğur Bal, Muhittin Serkan Yılmaz
Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Chilaiditi syndrome is a rare clinical condition where generally transverse colon transposition occurs between diaphragma and liver due to redundancy of bowel rather than defective fixation. However, it may be located anywhere of the abdomen. This condition may be detected by plain x-rays and the gold standart instrument for diagnosis is computed tomography. Clinical symptoms is generally associated with obstruction and absence of passage of the colonic segment.

CASE: 59 year old male presented to emergency department with right upper quadrant and epigastric pain which started 24 hours ago, he said that he had diarrhea for a couple of hours followed by constipation. He also denied gas passage through the rectum, hematemesis or melena. His vital signs were between normal ranges. Physical examination showed no obvious pathology except right upper quadrant and epigastric tenderness. Murphy sign was negative. ECG: normal sinus rhythm. We ordered laboratory tests which resulted: WBC:3400/µl, Hgb: 14.6 g/dL, PLT: 106000/µl and other parameters were also between normal range. Plain abdominal and chest x-ray showed dilated colonic segments below the right and left hemidiaphragma. We initiated normal saline treatment and control x-ray showed the same radiologic findings with the same clinical status. We decided to perform computed tomography for persistant clinical and radiologic findings to reveal the diagnose and start the correct treatment. Abdominal computed tomography scanning showed the colonic segment stucked between liver and the right hemidiaphragma. Patient was hospitalised and followed up with conservative treatment without surgery which than discharged without symptoms and radiologic findings.

CONCLUSION: Chilaiditi syndrome may be without symptoms and can be detected incidentally also. Physicians should investigate once the clinical symptoms were noted because Cheliaditi syndrome frequently has benign clinical outcome and it's radiologic findings may mimic pneumoperitoneum, so further follow up and diagnostic studies must be performed to rule out another life threatening etiologies such as intestinal perforation in which existance of persistent abdominal tenderness occurs. Obstruction of bowel between liver and diaphragma creates the clinical signs thus enema or gastrokinetic treatments should be avoided due to possible complication of perforation.

KEYWORDS: abdominal pain, Chilaiditi Syndrome, perforation.

PS-0080 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Gallbladder Perforation: A Rare and Fatal Complication of Cholecystitis

İrfan Kala, Sebil Merve Şen, Binnur Eşfer, Nurullah Tarhan, Selim İnan, İsmail Ağı, Sultan Erdil Ülgen, Muhammed Evvah Karakılıç
Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Gallbladder perforation is a relatively uncommon complication that can occur in a variable of conditions but frequently from acute cholecystitis. It has high moratilty rates and an acute abdomen reason which may mimic any other organ injury such as intestinal perforation and other infectious diseases related to abdomen. Perforation can easily occur even in two days if cholecystitis misdiagnosed. Pathologic process is generally associated with obstruction of cystic duct and the enlargement of gallbladder until the perforation occurs thus a sudden onset and tearing pain occurs as clinical symptom. Here we will see a patient misdiagnosed as different disease so finally gallbladder perforation occured.

CASE: 75 year old male patient presented to our emergency department with wide abdominal pain, nausea, vomiting, mild diarrhea and fever started 3 days ago before presentation to ED. He said that he was evaluated in another clinic 1 week ago with the similar symptoms and he didn't use outpatient treatments due to absence of his symptoms. He also admitted that he visited his village 10 days ago. His vital signs were stable except moderate tachycardia and fever. (BP:132/80 mm/Hg, HR: 136/min, SaO^2:94%, BT: 39.4°C) and tachypnea. Physical examination showed wide abdominal tenderness and rebound sign. Laboratory tests resulted normally except leukopenia, elevated renal function tests and lactate. WBC:3000/µl, Creatinine: 3.86 mg/dL, BUN: 141 mg/dL, Lactate: 4.3 mmol/L. There was no free air on x-ray and no pathological finding on abdominal ultrasound performed by radiology consultation. Due to existance of history of countryside visit, fever, diarrhea, abdominal pain and acute kidney failure, patient prediagnosed as hantavirus infection with renal syndrome and hospitalised by infectious disease clinic. But patient's abdominal pain developed thrombocytopenia, leukocytosis, elevation of liver enzymes and renal function tests occured during follow-up in infectious disease clinic thus patient underwent computed tomography which diagnosed the perforated gallbladder concomitant with intraperitoneal abcess. His clinical symptoms and laboratory findings improved after cholecystectomy and drainage of abcess and cleaning intraperitoneal cavity followed by analgesics and antibiotics and finally discharged home without any symptom after 10th day of hospitalisation.

DISCUSSION: Perforation of gallbladder may occur early but may have insidious onset thus perforation will clinically be seen after several days or weeks. We connect our patient's clinical process because of perforation mimicked hantavirus infection because classical symptoms of early cholecystitis had already disappeared. We must strongly consider early abdominal CT to diagnose intraabdominal diseases before serious complications occur.

KEYWORDS: abdominal pain, cholecystectomy, fever, gallbladder perforation.

PS-0081 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A case of necrotizing fasciitis after cryotherapy

Afşin Emre Kayıpmaz[1], Elif Çelikel[1], Eray Hasırcı[2], Özlem Kurt Azap[3], Çağrı Uysal[4]
[1]*Department of Emergency, Baskent University, Ankara, Turkey*
[2]*Department of Urology, Baskent University, Ankara, Turkey*
[3]*Department of Infectious Disease and Clinical Microbiology, Baskent University, Ankara, Turkey*
[4]*Department of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, Baskent University, Ankara, Turkey*

OBJECTİVE: First described by Wilson, necrotizing fasciitis is a serious infection of subcutaneous tissue and fascia. Despite rare, it may have a high mortality rate since it usually leads to rapidly progressing fascial necrosis. Its diagnosis is particularly challenging in early stages of the infection and it may be confused with skin lesions of spider or insect bites. Surgical procedures, penetrating injuries (e.g. insect or animal bites), intravenous drug use, and minor interventional procedures such as arthrocentesis or acupuncture have all been described as potential predisposing factors for necrotizing fasciitis.

CASE REPORT: A 32-year-old man without any history of systemic disorder was admitted to our emergency department for groin swelling and burning sensation that developed 12 hours before his hospital admission. His overall status was good. Edema and hyperemia starting from the left inguinal region and extending to penis and scrotum were noted on physical examination. There was also an ecchymotic area in the left suprapubic region. His past history was notable for a cryotherapy procedure applied by the dermatology clinic of an outside center for penile condylomas 19 days prior to his present admission. An ultrasonography and abdominal computed tomography of the area of interest revealed edema of skin and subcutaneous

tissue in suprapubic region, which was accompanied by increased echogenity and vascularity consistent with an inflammatory reaction. While initially being considered a case of early stage necrotizing fasciitis and tested for it, the patient rapidly developed a bulla and entered intermediate stage. Under the light of these results, we hospitalized the patient with an initial diagnosis of necrotizing fasciitis and began dual antibiotic therapy consisting of piperacillin-tazobactam 4x4.5 g plus linezolide 2x600 mg. We also debrided the wound by making an incision from both inguinal and subinguinal regions and extending down to the fascia. We excised the left-sided necrotic tissue debris. Culture results showed proliferation of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and Streptococcus species. On 11th day, using a flap, we repaired the incision lines of the debridement area that were initially left open. We discharged the patient on oral amoxicillin-clavulonate 3x1 g and ciprofloxacin 2x500 mg on 12th day of admission. We obtained written informed consent from the patient.

CONCLUSIONS: Clinical suspicion should be high for necrotizing fasciitis in the emergency department. Starting the most appropriate medical and surgical therapy as soon as the diagnosis is made is the key for preventing mortality and morbidity.

KEYWORDS: Cryotherapy, Fasciitis, Necrotizing

PS-0082 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

BSS and BSS plus effect of corneal alkaline burns in rabbits

Arif Duran[1], Tarık Ocak[2], Mehmet Tosun[3], Elçin Hakan Terzi[4], Mesut Erdurmuş[5], Gülzade Özyalvaçlı[6], Özlem Admış[7], Mansur Kürşad Erkuran[1]

[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

[3]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Medical Biochemistry Training Clinic, Bolu*

[4]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Histology and Embryology Training Clinic, Bolu*

[5]*Hacettepe University Medical School, Department of Ophthalmology, Ankara*

[6]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Medical Pathology Training Clinic, Bolu*

[7]*Duzce University Medical School Department of Medical Biochemistry, Düzce*

PURPOSE: Ocular chemical burn is a severe injury with poor outcomes. Immediate and appropriate management is highly related to prognosis. BSS and BSS plus has long been used in emergency medicine to treat a variety of internal and external ailments. We investigated the effect of a BSS and BSS plus on experimental corneal alkaline burns in rabbits.

METHODS: Corneal neovascularization (NV) was induced by applying an 8-mm filter paper soaked in 1 N NaOH to the right central corneas of rabbits for 1 minute. Then, the rabbits were randomly divided into four groups: the alkaline burn and topical ascorbate group, the BSS group, the BSS plus group, and the BSS plus and topical ascorbate group. BSS plus solution, topical ascorbate, and BSS with pH control under both the anterior chamber and the ocular surface and below the anterior chamber and the ocular surface pH control will be carried out at least 15 minutes of sustained irrigation. Terminated when the pH of the irrigation normal value. The left eyes were used as controls. BSS plus and topical ascorbate was given 3 times a day for 14 days. On the 14th day after burns, the structural changes of the cornea were analyzed antioxidant levels biochemical. We examined the effects of BSS plus solution and BSSof corneal NV markers.

RESULTS: The alkaline burn produced significant NV and increased the corneal thickness. On day 14 after burns, the thickness, NV and opacity of the cornea were markedly decreased in the BSS and topical ascorbate group ($p<0.05$). However, the BSS group did not exhibit improvements in these clinical parameters, and there were no significant differences relative to the burn group. In addition, the use of BSS plus improved the healing of the cornea following the alkaline burn by disrupting the corneal epithelial proliferation and reducing the fibrotic changes of the stroma. The hallmarks of NV were significantly induced in the subepithelium by the alkaline burn, and these levels were also suppressed by BSS.

CONCLUSIONS: BSS was markedly effective in healing alkali-burned corneas by modulating the translocation of antoxidant levels, thereby representing a promising material for the noninvasive treatment of ocular alkaline burn disease.

KEYWORDS: BSS, BSS Plus, Burn

PS-0083 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

İsotonik Normal Salin and Ringer Lactate effect of corneal alkaline burns in rabbits

Arif Duran[1], Tarık Ocak[2], Mehmet Tosun[3], Elçin Hakan Terzi[4], Mesut Erdurmuş[5], Gülzade Özyalvaçlı[6], Özlem Admış[7], Mansur Kürşad Erkuran[1]

[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

[3]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Medical Biochemistry Training Clinic, Bolu*

[4]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Histology and Embryology Training Clinic, Bolu*

[5]*Hacettepe University Medical School, Department of Ophthalmology, Ankara*

[6]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Medical Pathology Training Clinic, Bolu*

[7]*Duzce University Medical School Department of Medical Biochemistry, Düzce*

PURPOSE: Ringer Lactate (RL) has long been used in emergency medicine to treat a variety of internal and external ailments. We investigated the effect of a Ringer Lactate (RL) and İsotonik Normal Salin (İNS) on experimental corneal alkaline burns in rabbits.

METHODS: Corneal neovascularization (NV) was induced by applying an 8-mm filter paper soaked in 1 N NaOH to the right central corneas of rabbits for 1 minute. Then, the rabbits were randomly divided into four groups: the alkaline burn and topical ascorbate group, the RL group, the İNS group, and the İNS and topical ascorbate group. İNS solution, topical ascorbate, and RL with pH control under both the anterior chamber and the ocular surface and below the anterior chamber and the ocular surface pH control will be carried out at least 15 minutes of sustained irrigation. Terminated when the pH of the irrigation normal value. The left eyes were used as controls. İNS and topical ascorbate was given 3 times a day for 14 days. On the 14th day after burns, the structural changes of the cornea were analyzed antioxidant levels biochemical. We examined the effects of İNS solution and RLof corneal NV markers.

RESULTS: The alkaline burn produced significant NV and increased the corneal thickness. On day 14 after burns, the thickness, NV and opacity of the cornea were markedly decreased in the RL and topical ascorbate group ($p<0.05$). However, the RL group did not exhibit improvements in these clinical parameters, and there were no significant differences relative to the burn group. In addition, the use of İNS improved the healing of the cornea following the alkaline burn by disrupting the corneal epithelial proliferation and reducing the fibrotic changes of the stroma. The hallmarks of NV were significantly induced in the subepithelium by the alkaline burn, and these levels were also suppressed by RL.

CONCLUSIONS: Ringer lactate was markedly effective in healing alkali-burned corneas by modulating the translocation of antoxidant levels, thereby representing a promising material for the noninvasive treatment of ocular alkaline burn disease.

KEYWORDS: Normal Saline, Ringer Laktat, burn

PS-0084 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Zamzam and Hypericum perforatum effect of corneal alkaline burns in rabbits

Arif Duran[1], Mesut Erdurmuş[2], Tarık Ocak[3], Özlem Admış[4], Mansur Kürşad Erkuran[1]

[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2]*Hacettepe University Medical School, Department of Ophthalmology, Ankara*

[3]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

[4]*Duzce University Medical School Department of Medical Biochemistry, Düzce*

POSTER BİLDİRİLER

PURPOSE: Hypericum perforatum (St. John's Wort) has long been used in traditional medicine to treat a variety of internal and external ailments. We investigated the effect of a Hypericum perforatum on experimental corneal alkaline burns in rabbits.

METHODS: Corneal neovascularization (NV) was induced by applying an 8-mm filter paper soaked in 1 N NaOH to the right central corneas of rabbits for 1 minute. Then, the rabbits were randomly divided into four groups: the alkaline burn and topical ascorbate group, the Hypericum perforatum group, the Zamzam group, and the Zamzam and topical ascorbate group. Zamzam solution, topical ascorbate, and Hypericum perforatum with pH control under both the anterior chamber and the ocular surface and below the anterior chamber and the ocular surface pH control will be carried out at least 15 minutes of sustained irrigation. Terminated when the pH of the irrigation normal value. The left eyes were used as controls. ZamZam and topical ascorbate was given 3 times a day for 14 days. On the 14th day after burns, the structural changes of the cornea were analyzed antioxidant levels biochemical. We examined the effects of Zamzam solution and Hypericum perforatum of corneal NV markers.

RESULTS: The alkaline burn produced significant NV and increased the corneal thickness. On day 14 after burns, the thickness, NV and opacity of the cornea were markedly decreased in the ZamZam and topical ascorbate group ($p<0.05$). However, the Hypericum perforatum group did not exhibit improvements in these clinical parameters, and there were no significant differences relative to the burn group. In addition, the use of Zamzam improved the healing of the cornea following the alkaline burn by disrupting the corneal epithelial proliferation and reducing the fibrotic changes of the stroma. The hallmarks of NV were significantly induced in the subepithelium by the alkaline burn, and these levels were also suppressed by ZamZam.

CONCLUSIONS: Zamzam was markedly effective in healing alkali-burned corneas by modulating the translocation of antoxidant levels, thereby representing a promising material for the noninvasive treatment of ocular alkaline burn disease.

KEYWORDS: Zamzam, Hypericium perfaratum, burn

PS-0085 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Non-traumatic acute renal infarct

Ömer Yalkin[1], Mustafa Yener Uzunoğlu[1], Güner Çakmak[1], Kemal Gündoğdu[1], Fatih Altıntoprak[2]

[1]*Sakarya University Research and Educational Hospital, Department of General Surgery*

[2]*Sakarya University Faculty of Medicine, Department of General Surgery*

INTRODUCTION AND PURPOSE: Renal infarct is a rare condition and it has non-specific clinical findings. It might therefore be diagnosed late, leading to permanent renal damage.

CASE PRESENTATION: A 43-year-old male patient referred to the emergency unit with abdominal pain and pain on the left-side that had sudden onset 3-4 hours prior that had continually increased. The patient had no history of a chronic disease, previous abdominal intervention, regular drug use, or a history of trauma and had normal hemodynamic parameters at admission. The abdominal examination showed sensitivity in the left lumbar region. Symptomatic treatment was initiated with a pre-diagnosis of urolithiasis; however, the complaints did not regress, and therefore abdominal computerized tomography was performed and arterial bleeding was observed in the left half of the kidney. Renal angiography was performed and a filling defect was noted in the posterior segmental artery. Anticoagulant therapy was initiated. An abdominal computerized tomography check-up was performed seven days later and normal circulation was confirmed. The patient was discharged with recovery.

DISCUSSION CONCLUSION: Renal infarcts are rarely observed in the emergency units and the incidence is 0.007%. Ac-cording to the frequency, the complaints of referral include side pain, abdominal pain and back pain; however, the findings are non-specific. The etiology may include factors such as atherosclerosis, polycythemia vera, lupus erythematosus, trauma, atrial fibrillation, myocardial infarction, and mitral stenosis. There is no specific method of diagnosis; however, radiological examinations including abdominal tomography with intravenous contrast agent provide rather valuable information. Treatment includes medical treatment, as well as percutaneous or surgical revascularization.

KEYWORDS: renal damage, infarct, pain

PS-0086 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Small bowel perforation due to fish bone

Ömer Yalkin[1], Mustafa Yener Uzunoğlu[1], Orhan Yağmurkaya[1], Kerem Karaman[2], Hakan Demir[1]

[1]*Sakarya University Research and Educational Hospital, Department of General Surgery*

[2]*Sakarya University Faculty of Medicine, Department of General Surgery*

INTRODUCTION AND AIM: Perforation of the gastrointestinal system due to foreign materials is a rare clinical condition. Perforation due to foreign materials can occur in any region starting from the esophagus to the rectum. However, it is seen more commonly at the ileocaecal valve and rectosigmoid junction due to sudden angulation of the bowel at these points. We aimed to present a case of a small bowel perforation that occurred secondary to fish bone.

CASE REPORT: A 55-year-old male patient presented to emergency services with complaints of abdominal pain. His anamnesis revealed that the pain was present over the last 24 hours. He had no history of trauma. His vital parameters were stable. The abdominal examination revealed tenderness, guarding, and rebound tenderness in all quadrants. Other systems examinations were unremarkable. Laboratory test results were as follows: WBC: 14400 K/uL, HB: 12.2 gr/dl, PLT: 169, AST: 14 U/L, ALT: 6U/L. PA chest x-ray was ordered for the diagnosis of acute abdomen, and it was normal. A small amount of free fluid was detected with intravenous contrast enhanced whole abdomen computed tomography. He was taken to the operating room under emergency conditions with the diagnosis of acute abdomen syndrome. Upon exploration, a foreign material adhered to the omentum was detected. A detailed exploration revealed that the foreign material was a fish bone and there was a perforation, 2 mm in diameter at the serosa level of the small bowel, 140 cm from the Treitz ligament. The small bowel was primarily repaired. Following the operation, his detailed history revealed that he had eaten fish twice in the last week. He was discharged on the fourth day without any complications.

DISCUSSION AND RESULTS: Foreign body ingestion is a commonly encountered clinical condition in emergency services. Nevertheless, it is rare for these foreign materials to cause gastrointestinal perforations; the incidence of small bowel perforations is less than 1%. The type of ingested foreign material differs according to the nutrition habits of the country being examined. Worldwide, the most common foreign material to cause small bowel perforation is a chicken bone, while it is a fish bone in Hong Kong. In addition, prisoners, psychiatric patients, carpenters, alcohol and drug addicts, and individuals who eat quickly are more prone to perforations due to foreign bodies. Clinical signs of the condition are findings of peritonitis. The treatment of the condition is surgical.

KEYWORDS: fish bone, foreign body,acute abdomen

PS-0087 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

İleus secondary to fecaloma

Ömer Yalkin[1], Mustafa Yener Uzunoğlu[1], Orhan Yağmurkaya[1], Recayi Çapoğlu[1], Fatih Altıntoprak[2]

[1]Sakarya University Research and Educational Hospital, Department of General Surgery

[2]Sakarya University Faculty of Medicine, Department of General Surgery

INTRODUCTION AIM: Fecaliths cause colonic obstruction, especially in bedridden, elderly, and needy patients with chronic diseases. Colonic obstruction due to a giant fecalith completely filling the sigmoid colon and rectum is an even rarer clinical condition. The aim of the current study is to present a case of a colonic obstruction due to an ignored giant fecalith.

CASE REPORT: A 40-year-old male patient presented to the emergency services with abdominal pain, nausea, vomiting, and abdominal distention. His anamnesis revealed that these complaints were present for the last two months and he had no passage of gas or stools in the past one week. His past medical history revealed that he had cerebral palsy, was bedridden and was staying in a nursing home for the last five years. His general condition was good with stable vital parameters. Since he had cerebral palsy, he was bedridden and was not oriented or cooperative. His abdominal examination revealed a distended abdomen with the presence of guarding and tenderness. A hardness filling the entire abdominal space was palpated (fecaloma?). A rectal examination revealed an extremely wide rectum and a fecaloma completely obstructing the lumen. Other system findings were unremarkable. His laboratory results were as follows: WBC: 18,000 K/uL, Hb: 15.9 g/dl, AST: 40 U/L, ALT: 40U/L. A complete abdominal computed tomography with intravenous contrast was ordered with the preliminary diagnoses of ileus. The images revealed that sigmoid colon and rectum were extremely dilated due to a giant fecaloma.He was taken to the operating room with the diagnosis of ileus. Upon exploration,

the sigmoid colon was observed to be extremely dilated and filled completely with a fecaloma and was found to be occupying the whole abdominal cavity. The sigmoid colon was elevated. The rectum was found to be filled with a fecaloma. A sigmoid resection with a Hartmann colostomy was performed. The fecaloma in the rectum was emptied manually and with lavage. Oral feeding was started on the first postoperative day and the patient was discharged without any complications on the fifth day.

DISCUSSION / RESULT: Ileus due to fecaloma is seen quite rarely in healthy individuals. The particularly remarkable features of all those patients are mental retardation and being bedridden. Megarectum, megacolon, abdominal compartment syndrome, colorectal necrosis, and perforations can be seen in those patients. Appropriate surgical intervention might be lifesaving. Treatment is extraction of the fecaloma with an emergency operation.

KEYWORDS: ileus, fecaloma, cerebral palsy

PS-0088 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Chronic mesenteric ischemia and diagnostic laparoscopy

Ömer Yalkin[1], Mustafa Yener Uzunoğlu[1], Fatih Altıntoprak[2], Enis Dikicier[1], Havva Belma Koçer[2]

[1]*Sakarya University Research and Educational Hospital, Department of General Surgery*

[2]*Sakarya University Faculty of Medicine, Department of General Surgery*

INTRODUCTION AIM: Chronic mesenteric ischemia is a clinical condition that causes hypoperfusion of the intestines and is manifested as intermittent or continuous insufficiency of the intestinal blood supply, which is necessary for adequate metabolic activity of the intestines. The diagnosis is made by clinical suspicion and radiological imaging. The current study aimed to present a case of a patient in whom a clear differential diagnosis could not be made and was diagnosed using diagnostic laparoscopy.

CASE REPORT: A 58-year-old male patient presented to the emergency department with complaints of abdominal pain and diarrhea. His anamnesis revealed that he had these complaints for ten days and the intensity of the abdominal pain was greater after meals. He had been using antihypertensive drugs for 12 years for hypertension. He had no previous surgical operation. His general condition was good; he was cooperative, oriented, and his vital parameters were stable. Upon abdominal examination, a diffuse tenderness in the abdomen was noted. No guarding or rebound tenderness was present. Other system examinations were unremarkable. His laboratory tests were as follows: WBC: 8500 K/uL, HB: 12.9 g/dl, PLT: 192, AST: 18 U/L, ALT: 22U/L. No abnormalities were detected in prothrombin time (PT), activated partial thromboplastin time (aPTT), and international normalization ratio (INR). The complete abdominal computed tomography with intravenous contrast enhancement obtained with the diagnosis of acute abdomen syndrome disclosed a thickening in the small intestinal wall and the passage of contrast material was found to be obstructed over a segment that was 2 cm in length, at a point 4 cm distal to the superior mesenteric artery. Contrast enhancement was positive distal to this point. Since the patient also had intestinal wall thickness, a diagnostic laparoscopy to rule out acute mesenteric ischemia was performed. Upon exploration, no signs of acute mesenteric ischemia. Medical treatment was initiated and the patient was referred to a center where endovascular revascularization was performed.

DISCUSSION / RESULT: Chronic mesenteric ischemia is a rare condition generally characterized by postprandial abdominal pain. It is also defined as abdominal angina. The diagnosis is made with clinical suspicion and radiological imaging. Diagnostic laparoscopy is the gold standard in patients in whom a clear differential diagnosis could not be made. Considering that the disease can be fatal due to the possible occurrence of intestinal necrosis, the underlying lesion should be found and treated. Treatment is open surgical or endovascular revascularization.

KEYWORDS: chronic mesenteric ischemia,diagnostic laparoscopy, postprandial abdominal pain

PS-0089 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Mesenteric panniculitis

Ömer Yalkin[1], Mustafa Yener Uzunoğlu[1], İsmail Zengin[1], Güner Çakmak[1], Necattin Fırat[1], Fehmi Çelebi[2]

[1]*Sakarya University Research and Educational Hospital, Department of General Surgery*

[2]*Sakarya University Faculty of Medicine, Department of General Surgery*

INTRODUCTION AIM: Mesenteric panniculitis is a rare disease that develops due to the nonspecific inflammation of mesenteric fatty tissue. Its etiology is not clear yet and is associated with many diseases. One of the most commonly encountered causes are past abdominal surgery and malignancy. We aimed to present a case with mesenteric panniculitis that also was detected by colonoscopy to have a mass in the ascending colon.

CASE REPORT: A 43-year-old male patient presented to the emergency department with complaints of abdominal pain and fever. His anamnesis revealed that his pain was present for two days and his fever was high for the last 24 hours. His abdominal examination disclosed right upper quadrant tenderness and guarding. Other system examinations were unremarkable. His laboratory test results were as follows: WBC: 14,000 K/uL, HB: 11.9 g/dl, PLT: 224. An abdominopelvic ultrasonography with a preliminary diagnosis of acute cholecystitis was ordered. Abdominopelvic ultrasonography revealed a normal gallbladder and a field compatible with inflammation in the colonic mesentery. A diffuse thickening at the wall of the ascending colon and a significant increase in the density of the fatty tissue of this colonic segment was observed in the complete abdominal computed tomography with intravenous contrast. These findings were interpreted as mesenteric panniculitis and medical treatment was initiated. His abdominal pain resolved on the second day of the treatment. Elective colonoscopy revealed a mass filling the lumen of a semilunar type, which was reported to be adenocarcinoma after histopathological examination. He was discharged uneventfully after oncological surgery.

DISCUSSION RESULT: Mesenteric panniculitis is a rarely seen inflammatory disease that affects the mesentery of the small intestine or colon. Its incidence was found to be 1% in a study in which 700 postmortem cases were evaluated. It can be asymptomatic, while it may also cause symptoms such as abdominal pain and distention, palpable mass and fever. The clinical history, physical examination, and laboratory tests are generally non-diagnostic. Diagnosis is generally made by abdominopelvic ultrasonography and whole abdominal computed tomography with intravenous contrast. However, a definitive diagnosis is possible with histopathological examination. Mesenteric panniculitis was found to be associated with malignancy in 38% and 69.3% in two studies in the literature, respectively. Those malignancies are most frequently lymphoma and colorectal and urogenital malignancies. The association of mesenteric panniculitis and malignancy has not been clearly defined. The possible of association of malignancy in patients with mesenteric panniculitis should be considered.

KEYWORDS: panniculitis, malignancy, pain

PS-0090 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Esophageal perforation due to nasogastric tube

Ömer Yalkin[1], Mustafa Yener Uzunoğlu[1], Hakan Demir[1], Orhan Yağmurkaya[1], Fehmi Çelebi[2]

[1]*Sakarya University Research and Educational Hospital, Department of General Surgery*

[2]*Sakarya University Faculty of Medicine, Department of General Surgery*

INTRODUCTION AIM: Esophageal perforation is a serious clinical condition that is not frequently encountered. Seventy percent of the cases esophageal perforations are iatrogenic and the majority of the iatrogenic causes are consisted of endoscopic interventions. Other causes are spontaneous perforation, foreign materials, and trauma. The current study aimed to present a case with esophageal perforation due to nasogastric tube, which is an even rarer cause.

CASE REPORT: A 21-year-old male patient presented with abdominal pain to the emergency department. His anamnesis revealed that the pain began acutely and was present for five days. His general condition was intermediate, cooperative, oriented with vital signs of BP: 70/50mmHg, pulse: 110 beats/min., respiratory rate: 18 breaths/min., and temperature: 38 C. His abdominal examination disclosed tenderness in all quadrants, guarding, and rebound tenderness. His laboratory tests were as follows: WBC: 18,000 K/uL, Hb: 12g/dl, PLT: 190. The whole abdominal computed tomography with intravenous contrast that was ordered with the preliminary diagnosis of acute abdomen revealed diffuse free fluid and free air in the abdomen. He was immediately taken to the operating room with the diagnosis of perforation. A post-pyloric perforation of 2 cm diameter was observed. Abdominal findings were compatible with delayed perforation. It was repaired using a Graham type repair. Postoperatively, the nasogastric tube was changed twice due to displacement. The patient had chest pain, fever, and dyspnea after he was started on oral nutrition on the fourth postoperative day. His WBC was 28,000 K/uL. An abdominal computed tomography with oral and intravenous contrast was ordered. Abscess fluid and contrast leakage in the left pleural space, which was compatible with distal esophageal perforation, was observed. An esophageal repair was performed through a thoracotomy. He was started on oral nutrition on the tenth postoperative day and was discharged uneventfully on day 20.

POSTER BİLDİRİLER

DISCUSSION AND RESULTS: Esophageal perforation, which most frequently occurs due to iatrogenic causes, is a serious condition with high mortality, which is around 65%. The cause of this high rate of mortality is because the organ has no serosa, has an extraordinary blood circulation, its proximity to vital organs, and difficulty of repair. The mortality might be increased due to the non-specificity of the symptoms and inexperienced clinicians by causing delays in the diagnosis. Treatment is conservative in small, self-limited, and cases that are diagnosed early and surgically in patients with a large perforation field, and delayed cases with neighboring organ symptoms.

KEYWORDS: esophageal perforation, nasogastric tube, thoracotomy

PS-0091 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Rectus sheath hematoma following coughing

Ömer Yalkin[1], Mustafa Yener Uzunoğlu[1], Enis Dikicier[1], Orhan Veli Özkan[2], İsmail Zengin[1]

[1]*Sakarya University Research and Educational Hospital, Department of General Surgery*

[2]*Sakarya University Faculty of Medicine, Department of General Surgery*

INTRODUCTION AIM: Rectus sheath hematoma is a rarely seen type of bleeding which has to be treated timely. Chronic severe cough attacks play a major role in the etiology. Hyperextension and blunt abdominal trauma can cause bleeding; however, it can be spontaneous as well. We aimed to present a case of a patient with no history of anticoagulant use and with a rectus hematoma which occurred following coughing.

CASE REPORT: A 45 year-old male patient presented to emergency service with the complaint of abdominal pain. His anamnesis revealed a suddenly starting pain following a cough 6 hours before his presentation. He had no history of trauma. He had no diseases or anticoagulant drug use in his past medical history. His general condition was good, Upon his abdominal examination, right lower and intermediate quadrant tenderness and guarding accompanied by a swelling in the abdominal wall were detected. Other system examinations were unremarkable. His laboratory test results were as follows: WBC:9200 K/uL, Hb:14.7 g/dl, Plt:198. His prothrombin time (PT), activated partial thromboplastin time (aPTT) and international normalization ratio (INR) levels were in normal ranges. Abdominopelvic ultrasonography was ordered with a preliminary diagnosis of acute abdomen syndrome. Abdominopelvic ultrasonography revealed a hypoechoic area compatible with hematoma in the right rectus abdominis muscle. Whole abdominal computed tomography with intravenous contrast disclosed a hematoma in the right rectus muscle with no communications with the abdominal cavity. He was put on medical follow-up for bleeding and no surgical operation was planned. The patient was discharged uneventfully after 24 hours since his hemodynamics were stable, his complaints regressed and the dimensions of the hematoma didn't increase.

DISCUSSION RESULT: Rectus sheath hematoma is a condition with ever increasing frequency parallel to the current common use of anticoagulants. This clinical condition which can also occur in individuals without anticoagulant use can be mixed with intra-abdominal mass or acute abdomen syndrome on physical examination. The most well-known etiologic factor is trauma. Among other conditions causing this problem are surgical operations, hematological diseases, hypertension and conditions causing increased intra-abdominal pressure such as coughing, pregnancy and excess physical exercise. Abdominopelvic ultrasonography and whole abdominal computed tomography with intravenous contrast are the most useful diagnostic tests. Refraining from surgical intervention and providing palliative support are the most appropriate options for treatment although drainage of abscesses which develop secondary to the hematoma has been recommended

KEYWORDS: rectus sheath hematoma, mass, abdominal wall

PS-0092 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Small bowel perforation due to an intramural hematoma

Mustafa Yener Uzunoğlu[1], Ömer Yalkın[1], Fatih Altıntoprak[2], Enis Dikicier[1], Kemal Gündoğdu[1]

[1]*Sakarya University Research and Educational Hospital, Department of General Surgery*

[2]*Sakarya University Faculty of Medicine, Department of General Surgery*

INTRODUCTION AIM: Anticoagulant use due to cardiac, neurological and hematological conditions is very common. Some of the clinical conditions as a result of anticoagulant overdose are hematuria, gastrointestinal bleeding, intestinal hemorrhage, epistaxis, retroperitoneal and intramural hematoma. Spontaneous intramural hematoma of the small bowel is a very rarely seen clinical condition which most frequently occurs secondarily to anticoagulant use. It most commonly develops in the jejunal segments. Here we aimed to present a case of a 77 year-old female patient who had a small bowel perforation due to an intramural hematoma.

CASE REPORT: A 77 year-old female patient presented to the emergency service with the complaints of severe abdominal pain, nausea and vomiting. Her anamnesis revealed warfarin use due to atrial fibrillation. Upon physical examination her abdomen was found to be mildly distended with signs of peritoneal irritation. Her laboratory test results were as follows: WBC: 17000/mm3 hemoglobin 8.2 g/dl, INR 7.60, aPTT: 96 sec. Abdominal computed tomography disclosed an extremely thickened small bowel wall, pollution around the mesentery and free fluid in the pelvis. The patient was taken to the operating room with the preliminary diagnosis of acute abdomen. Upon exploration, an intramural hematoma of the small bowel in a segment measuring 25~30 cm in length and a field of perforation measuring 5 cm in the midst of this segment and hemorrhagic fluid in the pelvis were noted. Intraperitoneal debridement, segmental small bowel resection and end to end anastomosis was performed and the patient was discharged uneventfully on the 8th postoperative day.

DISCUSSION CONCLUSION: Spontaneous small bowel perforation is a rare clinical condition. Recovery rate with medical treatment is high; however, surgical intervention might be necessary due to intestinal perforation, bleeding and obstruction. This clinical entity should be considered not only by general surgeons but physicians in all medical and surgical specialties since the first presentation can be to various clinics due to the nonspecific complaints which develop in the clinical picture. Early and correct diagnosis using noninvasive methods such as US and computed tomography would prevent unnecessary surgical interventions.

KEYWORDS: small bowel perforation, intramural hematoma, acute abdomen

PS-0093 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Brugada syndrome

Mustafa Yener Uzunoğlu[1], Ömer Yalkın[1], Necattin Fırat[1], Recayi Çapoğlu[1], Hakan Demir[1], Fehmi Çelebi[2]

[1]*Sakarya University Research and Educational Hospital, Department of General Surgery*

[2]*Sakarya University Faculty of Medicine, Department of General Surgery*

AIM: Brugada syndrome is an autosomal dominant genetic disease that is characterized by abnormal ECG and risk of sudden cardiac death. A typical finding of this syndrome is the presence of ST segment elevation in precordial V1, V2, and V3 leads with concomitant right bundle branch block on ECG. We aim share a typical case of Brugada syndrome.

CASE: A 64-year-old male patient was surgically treated for acute appendicitis. Four hours following the operation, the patient complained of chest pain. Upon the physical examination, blood pressure was 110/70 mm/hg. The patient and his family did not report any history of previous heart/cerebrovascular disease. CBC, biochemical tests, and cardiac markers were analyzed and no abnormalities were found. The ECG was abnormal. A consultation with the cardiology clinic was requested. On the initial ECG, rhythm was sinus with a 1st degree AV block (PR interval: 230 ms). In V1, a coved ST elevation of Brugada Type I pattern with a 6 mm J point elevation from the baseline was observed. The patient was transferred to the cardiology clinic.

CONCLUSION: Brugada syndrome is reported to be responsible for 4% of all sudden deaths and 20% of sudden deaths in those without structural heart disease and is a leading cause of death in subjects under the age of 40 years. A family history is present in approximately 20 to 30% of patients. This clinical situation is not seen only in the emergency services. It is important that this syndrome be recognized by all physicians.

KEYWORDS: Brugada syndrome, ECG, surgery

PS-0094 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Colon perforation following cesarean section

Mustafa Yener Uzunoğlu[1], Ömer Yalkın[1], Necattin Fırat[1], Recayi Çapoğlu[1], Metin Ercan[2]

[1]*Sakarya University Research and Educational Hospital, Department of General Surgery*

[2]*Sakarya University Faculty of Medicine, Department of General Surgery*

INTRODUCTION AIM: Non traumatic colon perforation is a rare clinical entity. Early diagnosis of the condition important since the cases can rapidly develop a septic clinical picture which can be fatal. Among the causes are colonic pseudoobstruction (Ogilvie Syndrome), loose cecum, colon diverticulitis, salmonella infection and antiphospholipid syndrome. We aimed to present a case of a delayed colon perforation following cesarean section.

CASE REPORT: A 28 year-old female patient presented to the emergency service with the complaints of severe abdominal pain, nausea and vomiting. Her past medical history revealed that she had undergone cesarean section 11 days ago. Upon physical examination, her abdomen was distended and signs of peritoneal irritation were positive. Her laboratory tests revealed leukocytosis (19000/mm3). Computed tomography of the abdomen disclosed diffuse air images in the abdomen and diffuse fluid image in the pelvis. She was taken to the operating room with the diagnosis of viscus perforation. Upon exploration, fecal peritonitis and foci of interloop abscesses were detected along with a perforation in the ascending colon measuring 5 cm in diameter. Intraperitoneal debridement, right hemicolectomy and end ileostomy was performed. He had ARDS during the postoperative period; however it resolved with treatment and he was discharged uneventfully on the 12th day after surgery.

DISCUSSION RESULT: Non-traumatic colon perforation, although seen rarely, is a fatal clinical picture. Mortality occurs due to septic reasons in patients with delayed diagnosis. In the etiology, decreased parasympathetic activity due to the decreased estrogen level and the paralytic effects of the anesthetic drugs have been blamed. Such a clinical picture should be considered in patients with a nonresolving abdominal pain following cesarean section.

KEYWORDS: colon perforation, cesarean, pseudoobstruction

PS-0095 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Left side appendicitis- a case report

Mustafa Yener Uzunoğlu[1], Ömer Yalkın[1], Kemal Gündoğdu[1], Yasin Alper Yıldız[1], Hakan Demir[1], Kerem Karaman[2]

[1]*Sakarya University Research and Educational Hospital, Department of General Surgery*

[2]*Sakarya University Faculty of Medicine, Department of General Surgery*

OBJECTİVE: Acute appendicitis is one of the most common causes of acute abdomen. Symptoms are most frequently right lower quadrant pain, nausea, vomiting and decreased appetite. Appendicitis can be situated at different localizations although rare. Among the causes of this condition are congenital small bowel malrotation, situs inversus totalis, very long appendix and mobile cecum. We aimed to present a case of an acute appendicitis in a different localization due to mobile cecum.

CASE: A 20 year-old male patient presented to the emergency service with abdominal pain which had started one day earlier and nausea, vomiting and decreased appetite. Physical examination of the case revealed signs of peritoneal irritation at the suprapubic region and left lower quadrant. His WBC was 17500/ mm3. Contrast enhanced computed abdominal tomography disclosed that cecum was located at the middle and to the left lower quadrant and the appendix was extended to the left lower quadrant. He underwent surgery which revealed that the appendix was in a different location compatible with the tomography images and an appendectomy was performed.

CONCLUSİON: In acute appendicitis, atypical abdominal pain or variable symptomatology may affect morbidity inevitably. Sigmoid diverticulitis, dissection of abdominal aortic aneurysm, renal colic, epididymitis, incarcerated hernia, bowel obstruction and psoas abscess are considered in the differential diagnosis of left lower quadrant abdominal pain; however, acute appendicitis should also be taken into account.

KEYWORDS: mobile caecum, left sided appendicitis, emergency

PS-0096 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Valentino's syndrome

Mustafa Yener Uzunoğlu[1], Ömer Yalkın[1], Kerem Karaman[2], Recayi Çapoğlu[1], Orhan Yağmurkaya[1]

[1]*Sakarya University Research and Educational Hospital, Department of General Surgery*

[2]*Sakarya University Faculty of Medicine, Department of General Surgery*

OBJECTİVE: Valentino syndrome is the clinical condition of a confused diagnosis of acute appendicitis and peptic ulcer perforation in which gastric and duodenal contents pass through the retroperitoneum and accumulate in the right paracolic fossa. It is one of the very rare presentations of peptic ulcer perforation. We aimed to present a case of a male patient who presented to the emergency service with the clinical picture of acute appendicitis but was diagnosed as Valentino syndrome.

CASE: A 23 year-old male patient presented to the emergency service with the complaints of abdominal pain, nausea and vomiting which started 5 hours ago. He had no known diseases. He stated that the pain started from the epigastric region and changed its localization to the right lower quadrant afterwards. His physical examination revealed a relaxed abdomen with signs of peritoneal irritation at the right lower quadrant. Obturator signs was positive and rowsing and psoas tests were negative. His WBC was 13400/mm3. Since ultrasonography revealed an appendix of 6 mm in diameter with a decreased response to compression and free fluid in the appendiceal region, the patient was taken to the operating room with the preliminary diagnosis of acute appendicitis. Operation was started through the classical McBurney incision. Appendix was identified as hyperemic and with increased wall thickness; however, presence of bile stained free fluid in the right iliac fossa led us to consider a peptic ulcer perforation. Appendectomy was completed through the McBurney incision and since stomach could not be reached through this incision, a supraumbilical midline incision was made and a postopyloric perforation of 2 mm was identified. Graham type repair was performed and operation was terminated. The patient was discharged uneventfully on the 4th postoperative day.

CONCLUSİON: Valentino syndrome is a rarely seen clinical condition. This syndrome should be considered in cases with a history of peptic ulcer and present to the emergency service with a clinical picture of acute appendicitis. Using additional imaging techniques such as computed tomography could be helpful in differential diagnosis.

KEYWORDS: perforated peptic ulcer, Valentino's syndrome, acute appendicitis

PS-0097 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Trousseau syndrome

Mustafa Yener Uzunoğlu[1], Ömer Yalkın[1], Enis Dikicier[1], Orhan Veli Özkan[2], Havva Belma Koçer[2]

[1]*Sakarya University Research and Educational Hospital, Department of General Surgery*

[2]*Sakarya University Faculty of Medicine, Department of General Surgery*

INTRODUCTION / AIM: Trousseau's syndrome is a well-known malignancy associated hypercoagulative state leading to venous or arterial thrombosis. It is a cancer-related hypercoagulability and should therefore be regarded as a paraneoplastic pro-coagulant phenomenon. Pancreatic cancer is the one of common cause of Trousseau syndrome. We report a case of Trousseau syndrome in a male patient with pancreatic cancer.

CASE REPORT: 67 year old male patient came to our emergency room with a complaint of weakness in the left arm. His general condition was good and his consciousness was clear, cooperative and oriented. His physical examination revealed 2/5 muscle power in the left arm, 5/5 muscle power in the right arm. In patient's medical history he has MI before one month. he take regularly clopidogrel and aminosalicylic acid since one month. Brain CT was normal. Patient referred to diffusion MR (DWI) showed linear diffusion limitations on the right brain area. The patient who was hospitalized in the neurology service. In neurology service patient complaint stomache, and constipation. Contrast-enhanced abdominal CT was performed. There was a infiltrative lesion of the pancreatic uncinate process,lymph nodes around the pancreas, involving the superior mesenteric vessels and thus becoming inoperable. he had an endoscopic ultrasound guided fine-needle aspiration biopsy of the pancreas that confirmed a pancreatic adenocarcinoma. He has referred to medical onchology center.

DİSCUSSİON / RESULT: Trousseau syndrome is frequently seen in cancer patients, but is rarely reported. This case is presented here oncemore to emphasize the importance of early diag-

nosis and the necessity of investigating the underlying malign diseases in case of the failure of anticoagulant treatment.

KEYWORDS: Trouseau, pancreas cancer, paraneoplastic

PS-0098 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Case of Report of Abdominal Pain With a Rare Etiology: Associated with Bug Bite?

Sultan Erdil Ülgen[1], İsmail Ağı[1], Burak Demirci[1], Binnur Eşfer[1], Fatma Yorulmaz[1], İsa Başpınar[2], Muhammed Evvah Karakılıç[1]

[1]*Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Emergency, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

OBJECTIVE: Chilaiditi syndrome is a rare clinical condition where the mobile segment of colon localizes between the diaphragma and liver, the etiology of Chilaiditi syndrom is still not understood clearly. Patients with Chilaiditi Syndrome has benign clinical outcome and it frequently can be treated without surgery. It is generally detected incidentally and not cause symptoms, but when symptoms occur, free air is seen on right upper quadrant on plain abdominal graphy and must be distinguished from intestinal perforation. Here we present an incidentally detected Chilaiditi Syndrome.

CASE: 84 year old patient presented to our hospital after a benign condition which a bug bites his hand and localizally infection occured. On the other hand he said that he had have cough for the last 3 days before presenting to hospital. Blood pressure was 135/70 mm/Hg, heart rate: 75/minutes, body temperature: 37 °C, SaO^2:93%. Physical examination showed moderate epigastric tenderness, swollen right hand. Laboratory evaluation showed: WBC:20500/µl, Creatinine value: 1.6 mg/dL. We performed Chest X-ray to patient and saw free air on right upper quadrant. This made us think it may be either perforation or other serious etiology so abdominal computed tomography was initiated in which radiologists detected colonic segment between liver and diaphragma. Normal saline treatment was enough to relieve epigastric symptoms of patient during follow-up in emergency department and no further treatment was necessary and he was accepted for another disease - bug bite - by infectious disease clinic.

DISCUSSION: Free air under diaphragma should be accounted as intestinal perforation unless it's excluded by further diagnostic studies. We connect our patient's epigastric pain with Chilaiditi Syndrome which diagnosed by computed tomography imaging. But there is an interesting situation also - the bug bite -. Chilaiditi Syndrome's etiology is still not known clearly and its association between bug bite should be further investigated by large clinical trials.

KEYWORDS: bug bite, Chilaiditi Syndrome, epigastric pain.

PS-0099 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A rare entity in acute abdomen: Gallstone ileus

Savaş Baba[1], Miray Baba[2], Bedriye Müge Sönmez[2], Fevzi Yılmaz[3], Derya Öztürk[4]

[1]*Department of General Surgery, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[3]*Department of Emergency, Antalya Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[4]*Department of Emergency, Şişli Etfal Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

OBJECTIVE: Gallstone ileus is a rare clinic entity with an incidence of 1-4% of all intestinal obstructions and increasing to 25% in the elderly and mortality rates ranges from 12-18% particularly in older patients due to the existing comorbidities and lack of spesific laboratory and clinical findings.

CASE: A 74-year old woman, presented to the Emergency Department, with a 3-day complaint of abdominal pain, vomiting, no bowel movement or pass flatus. In her history it was learned that one month ago she was hospitalized in another hospital and received medical treatment for acute cholecystitis. Physical examination revealed a body temperature of 37.4°C, pulse rate of 110 beat/ minute (bpm), blood pressure of 100/50 mm Hg and respiratuary rate of 22/minute. In abdominal examination abdomen was distended with a rigidity and rebound tenderness at right upper and lower quadrants. Laboratory findings showed hemoglobin of 10.9 g/dl, leukocytosis of 14900cells/mm^3 and a normal liver function profile. Abdominal X-ray determined small bowel air-fluid levels and abdominal ultrasonography showed dilated intestinal loops, contracted gallbladder, and pericholecystic fluid. Patient was referred to general surgery and they offered abdominal tomography which showed a 4 cm gallstone obstructing the distal ileum and distended small bowel loops proximally. The patient was taken up for surgery and 180 cm away from Treitz ligament a complete obstruction of bowel with gallstone was identified at exploration. Enteretomy was performed to relieve the obstruction and the gallstone was extracted by enterotomy and ileum was primarily repaired. The gallbladder could not be evaluated due to the intense inflammatory adhesions. No postoperative complications were observed and the patient was discharged with full recovery 7 days after operation.

CONCLUSION: Gallstone ileus should be kept in mind in differential diagnosis of patients presented as acute abdominal pain with a history of cholelithiasis. Early diagnosis and surgical intervention is lifesaving especially in the elderly population who have increased morbidity and mortality rates due to the tendency to complications of bowel obstruction.

KEYWORDS: ileus, gallstone, elderly

PS-0100 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Giant Morgagni Hernia Diagnosed at the Age of 81 Years

Savaş Baba[1], Sultan Erdil Ülgen[2], İrfan Kala[2], İsmail Ağı[2], Binnur Eşfer[2], Burak Demirci[2], Cihat Cömert[2], Muhittin Serkan Yılmaz[2]

[1]*Department of General Surgery, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

OBJECTIVE: Morgagni hernia is the malposition of gastrointestinal structures into throcic cavity via a space between congenital foramen between xiphoid and diaphragma. It is seen more rarely than Bochdalek hernia and accounts for less than 2% of all births. Clinical symptoms may not occur during life time and it may be incidentally diagnosed during another medical conditions. Obstruction of gastrointestinal lumen create the symptoms such as constipation, vomitting etc. We will present here a giant Morgagni Hernia that is diagnosed in a patient with 81 years old.

CASE: 81 year old female patient presented to ED with complaints of fever, vomitting, reduced oral intake in the last one week. She had no specific disease in her medical history except hypertension. Her vital signs were unstable: Blood pressure: 136/73 mm/Hg, Heart rate: 130/min, Respiratory rate: 35/min, Body Temperature: 38.8°C, SpO^2: 73%. Physical examination showed decreased respiratory sounds, rales and ronchi in right hemithroax. Minimal abdominal distetion was also noted during examination without evidence of abdominal tenderness. We performed a chest x-ray and detected a giant gastric hernia inright hemithorax and mild pleural effusion. Laboratory status showed minimally elevated liver enzymes, renal function tests and sodium: AST:52 U/L, Creatinine: 1.36 mg/dL, sodium: 150 mmol/L Other tests were in normal ranges. Patient underwent thoracal and upper abdominal CT evaluation to diagnose exactly the problem and giant Morgagni Hernia filling the half of the right hemithorax was seen. Patient followed up in emergency department for 2 days, she took empric antibiotic treatment and nasogastric tube placement was initiated. Proper fluid administration was also performed. She was transferred to another hospital for further treatment due to absence of free space in our intensive care units.

DISCUSSION: Morgagni Hernia is generally small and rare clinical condition. Incidence of complications associated with hernia is higher in Bochdalek Hernia. We think that our patient's clinical situation developed because of this giant gastric hernia filling the right hemithorax and of gastric obstruction thus passage through intestinal lumen stopped and she vomitted and eventually aspirated the gastric content. Her clinical septic condition improved with cessation of oral intake, IV fluid, antibiotics. Early surgical consultation is needed once life threatening conditions related to Morgagni Hernia occurs.

KEYWORDS: abdominal pain, giant, Morgagni Hernia, surgery.

PS-0101 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Vertebral Hydatid Cyst: "White Cancer"

Mustafa Çalık[1], Saniye Goknil Çalık[2], Hıdır Esme[1]

[1]*Department of Thoracic Surgery, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

Hydatid Cyst (HC) is a chronic, complex and neglected zoonotic infection caused by Echinococcus granulosus, a cestode with a worldwide distribution affecting an estimated 1.2 million people, especially in rural communities due to inadequate environmental health, preventive medicine and veterinary services. Although the most frequent localization of first two places are the liver and lungs, HC could be anywhere in the body. Vertebral involvement is uncommon entity even in endemic areas occurring in less than 1% of all HC patients and the diagnosis and treatment is quite challenging. Here; we presented a case with vertebral HC extending into the spinal canal.

64-year-old female patient was admitted to our hospital with complaints back pain radiating to the legs, progressive weakness and numbness in hands and the lower limbs, which started about 3 years ago. There was only minimal bilateral lower extremity weakness in physical examinations. Well-defined mass extending into the spinal canal in the posterior mediastinum of left hemithorax and partial destruction of the 4th thoracic vertebral body were found in in radiological studies.

Posterolateral thoracotomy was performed through the 4th intercostal space. Diagnosis was verified with pathologically. She was discharged on 9th postoperative day without any complaints and treated with albendazole (10 mg/kg/ daily) for six months. She was symptom free without complications and recurrence one year after surgery

Humans are not involved in the natural cycle of the cyst and become accidentally aberrant intermediate hosts by digesting eggs. After ingestion, HC switches to the bloodstream via portal vein. Eventually they are trapped in liver and lungs. A few HCs can escape into the systemic circulation; however, in only 10% of all cases, it is responsible for the rare localization. Vertebral involvement is quite interesting compared with the common settlements. When it occurs, marrow cavities and spongiosa of the spine is occupied by them that causes extensive bone erosion and penetrations into the spinal canal. The gradually growing is often well tolerated until it causes neurological dysfunction as extremity weakness or paralysis.

Vertebral HC is life-threatening with high mortality. Even after repeated surgery and chemotherapy it has a high recurrence rate ranging from 40% to 100% and progressive destructive nature which makes it almost impossible to treat the disease. To improve good clinical results and decrease the recurrence rate; newer surgical methods and more efficient drugs which have better penetrating to the bones are needed.

KEYWORDS: Vertebra, Hydatid Cyst, White Cancer,Unusual localization

PS-0102 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Penetrating Lung İnjury Caused By a Close-Range Blank Cartridge Pistol Shot: A Case Report

Mustafa Çalık[1], Mehmet Orkun Şahsıvar[2], Saniye Göknil Çalık[3], Hıdır Esme[1]

[1]*Department of Thoracic Surgery, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

[2]*Department of Cardiovascular Surgery, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey.*

[3]*Department of Emergency Medicine, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

Originally blank cartridges (BCs) were designed and produced for the training purposes of the Prussian army. Today, these guns or ammunitions are used for military training manoeuvres or funeral honours, in starter pistols to signal the beginning of races and entertainment industries such as in historical re-enactments, theatre and movie special effects. BC describes special type of ammunition that discharge sound and gas flares, but no bullet or shot. Contrary to their production purpose; BCs have become very popular in society and amongst criminals due to their low price, easy to provide, easy convert into firearms and obscure legal status. Therefore, morbidity and mortality affiliated to BCs are increasing. Several cases were represented in the literature since its first described in 1865 by Hamilton.

Herein, we represent penetrating lung injury due to the firing of a gun with a blank cartridge, with attempted murder.

A 17-year-old male was brought to the emergency department with chest injury by gunshot from a blank cartridge. Upon examination, a single entrance wound at the left 4th intercostal space in the midclavicular line without exit wound and subcutaneous emphysema was observed. Any projectile or fragments were seen in radiological examination of the body. CT scans revealed left hemopneumothorax, lacerations and contusion of the left lung. The patient underwent left thoracotomy along with wedge resection of lingular segment of upper lobe. She was discharged on 9th postoperative day without any complaints.

In most of the countries as in Turkey; BCs generally are not considered firearms and regarded as harmless or toys. That's why, they are sold without licensed or with few restrictions and their use is poorly supervised. BCs are generally loaded with black powder or nitrocellulose that detonates rather than burns. The gas pressure that is emerged in an explosion at the muzzle when a BC is fired acts like a bullet in close or contact range. This pressure or invisible bullets can be powerful enough to penetrate the soft tissue and even in bones. They can lead severe and fatal injuries even without any modification

Chest injuries due to blank cartridges have rarely been reported in literature. The "blank" word gives a false sense of safety to people. Although blank cartridges do not contain a bullet, precautions are still required because of the fatalities and severe injuries have resulted on occasions when blank cartridges have been fired at very close ranges.

KEYWORDS: Penetrating, Lung İnjury,Close-Range, Pistol Shot, Blank Cartridge

PS-0103 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Diaphragmatic rupture after a simple fall

Seval Komut[1], Erdal Komut[2], Savaş Baba[3], Bedriye Müge Sönmez[1], Miray Baba[1], Fevzi Yılmaz[4], Muhammet Evvah Karakılıç[1]

[1]*Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara*

[2]*Department of Radiology, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara*

[3]*Department of General Surgery, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara*

[4]*Department of Emergency, Antalya Training and Research Hospital, Antalya*

OBJECTIVE: Blunt traumatic diaphragmatic rupture is a rare incidence determined in% 0,8- 1,6 of hospitalized patients and most commonly seen in polytraumatized patients due to high-velocity impact like traffic accidents and falls from height. Because the clinical and radiological findings are obscure, difficulties are experienced in diagnosing diaphragmatic rupture thus increasing morbidity and mortality. This is a case of diaphragmatic rupture due to low-velocity fall on same level.

CASE: A 81-year-old woman was admitted to our emergency department with complaints of respiratory distress within the last 3 days. She had a history of complete left sided hemiplegia due to cerebrovascular accident 5 years ago and was on amlodipine, aspirin and metoprolol therapy. She experienced a simple fall at the same level 10 days ago and did not apply to any health care provider because of no any complaints except flank pain. On physical examination body temperature was 36.2°C, pulse rate was 85 beat/ minute (bpm), blood pressure was 145/95mm Hg, respiratory rate was 25/minute and oxygen saturation was 94%. She was conscious, oriented and neurological examination was normal except sequele paralysis on the left sided extremities. Breath sounds were decreased on the left hemithorax and abdominal examination was normal. Labaratory findings were unremarkable except for elevated white blood cell (14000/mm³). Chest X-ray showed elevated left diaphragm so a thoracic computed tomography was performed and atelectasis of the left lung and left posterior diaphragm rupture were detected. Abdominal ultrasonography was normal. The patient was consulted to general surgery and thoracic surgery departments. Emergency surgical intervention was not considered. Oxygen saturation and hematocrit were stable during the observation of patient in emergency department. There were no changes at control chest x-ray and thorax tomography and she was discharged with referral 10 days after to thoracic surgery and general surgery

CONCLUSİON: Diaphragmatic rupture eventually develops after minor blunt trauma and may not show signs and symptoms at an early stage. High clinical suspicion is essential in diagnosis and diaphragmatic injuries should be suspected in all trauma patients admitted to the emergency department.

KEYWORDS: blunt trauma,low-velocity, diaphragmatic rupture,

POSTER BİLDİRİLER

PS-0104 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Incidentally diagnosed giant meningioma in trauma patient

Canan Akman, Utku Murat Kalafat, Mustafa Basturk, Cesareddin Dikmetas, Tarik Ocak
Department of Emergency Medicine, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION: Meningiomas are most commonly seen non-glial intracranial tumors. They constitute approximately 15% to 20% of all intracranial tumors. They are frequently seen more in adults having age between forty (40) and sixty (60) and in female population. Higher frequency in females in post-menopausal period has been associated with endogenous hormone level and with exogenous hormones for therapeutic purpose. A few numbers of meningiomas are the benign extra-axial tumors which are incidentally detected. When they become symptomatic a complete cure can be ensured via total resection. The treatment of meningioma depends on the tumor size and the symptoms. In our presentation, we would point to giant meningioma case that we detected incidentally in a patient who referred to our clinic due to the head trauma.

CASE: The general status of a 48 year old female patient who referred to our Emergency Medicine Clinic due to head trauma was good and she had complaints such as nausea, vomiting and headache. She had no other systemic pathology related with the trauma and, her vital signs were stable. In her anamnesis, it was learnt that she had not any disease before the trauma and that there was no drug use. In the computerized tomography acquired for the isolated head trauma, no pathology related with the trauma was found, but, a mass with 47 x 42 x 35-millimeter dimensions following the dural tail in extra-axial localization being consistent with meningioma which was run on the duramater with its wide base in the parietal convexity level at right was detected incidentally. Since there was no mass compression, it did not made shift and there was no edema, the patient was discharged by inviting her to the control in outpatient clinic of the Neurosurgery Department electively.

CONCLUSİON: It should be keep in mind that we can diagnose non-traumatic disorders such as meningioma by means of the imaging methods performed in the patient who refer to the Emergency Medicine Clinic due to the head trauma.

KEYWORDS: Giant meningioma, incidentally, trauma

PS-0105 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Perforation and Pneumothorax after ERCP

Özgür Levent Yamanlar, Pınar Henden, Yücel Yavuz, Metin Şah, Latif Duran
Department of Emergency Medicine, Ondokuz Mayıs University, Samsun

INTRODUCTION: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is a method commonly used in diagnosis and treatment of pancreatic and biliary diseases. Although it is commonly used and considered as safe, some complications may occur rarely. We presented a case that admitted to emergency department with abdominal pain and shortness of breath developed after ERCP and having duodenum perforation and pneumothorax and taken into emergent surgery in our case.

CASE: Eighty-eight-year-old female patient was admitted to the emergency department with abdominal pain, nausea, vomiting and shortness of breath about an hour after ERCP procedure made due to koledokolitiyasiz. Billroth 2 operation depending on the ulcer surgery before about twenty years was available in the history of patient. The abdomen was very sensitive, common defense and rebound were available in patient with moderate poor general condition, clear consciousness on the physical examination. Lung sounds were decreased including more pronounced on the right in the lung examination. Hemoglobin was 10.4 g/dl, hematocrit was 34.6, WBC was 11 thousand/ul in the laboratory values of patient with normal other systems examination. Values were normal except potasyum being 5.58 mEq/L in biochemical values. pH was 7.31, pCO2 was 30 mmHg, pO2 was 30 mmHg, oxygen saturation was 57.8% in the blood gas. Free air could not be evaluated clearly except dense gas shadow in the small intestine and colon level in standing direct abdominal radiograph taken to patient. Common intraperitoneal air levels which continued from the upper left abdomen to the pelvis were seen around the liver on the right, around the intestines, in the epigastric region, between the intestine and anterior abdominal wall, perforation which arising from the jejunum level was seen in oral-iv chest and abdominal tomography taken to patient. Common pneumothorax was seen in the right lobe of the lung. The patient was taken to emergent surgery by general surgery. Tube thoracostomy procedure was applied to the left lung by thoracic surgery in the operating room. Patient who followed in the intensive care after surgery was died on postoperative eighth day.

CONCLUSION: Although ERCP is commonly used and performed in experienced hands, it rarely leads to high mortality complications. It should be careful, kept in mind that pneumothorax can develop rarely in addition to gastrointestinal perforation in patients admitted to the emergency department with abdominal pain, nausea, vomiting, shortness of breath after ERCP.

KEYWORDS: abdominal pain, ercp, perforation, pneumothorax

PS-0106 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Three cases with incarcerated and strangulated obturator hernia causing ileus

Kemal Gündoğdu[1], Enis Dikicier[1], Metin Ercan[2], Ömer Yalkin[1], Mustafa Yener Uzunoğlu[1], Necattin Fırat[1]
[1] *Sakarya Teaching and Research Hospital, Department of General Surgery, Sakarya, Turkey*
[2] *Sakarya University, Faculty of Medicine, Department of General Surgery, Sakarya, Turkey*

INTRODUCTION: Obturator hernia is a very rare type of hernia that can cause a clinical presentation of acute abdomen due to ileus.

CASE REPORT: Respectively 80, 83 and 76 year-old three female patients presenting with abdominal pain, nausea, and vomiting with no passage of gas or stools in average for a week observed. The patients had no prior operations except one for ileus. A patient had chronic obstructive pulmonary disease and had medication. The patients' average arterial blood pressure was 100/50 mmHg and pulses were 90 beats/minute. All patients had tenderness, guarding and rebound tenderness on abdomen. Mean WBC count was 16000 /mm3 and their abdominal computed tomography revealed ileus due to dilated proximal small bowel loops incarcerated at the obturator foramen. Necrotic and perforated small bowel loops strangulated at the obturator foramen were observed upon abdominal exploration These segments were reduced,resected and anastomosis was performed. Two of patients were followed up in intensive care unit and a patient died due to pulmonary complications. Other patients were discharged on the seventh and tenth postoperative day respectively.

DISCUSSION: Obturator hernia is generally seen in frail, elderly ladies. Incidence is 0.07% of all abdominopelvic hernias (1). Mostly seen in multiparous older women who have a wide pelvis and a wide obturator canal, chronic obstructive pulmonar disease, constipation, and ascites are other risk factors. The two of our cases were elderly, female and weighed less than 50 kg. One of our cases had chronic pulmonary disease history. Since it is difficult to diagnose this condition, the necessity for imaging modalities has increased. Ultrasonography should be primarily preferred but since it is experience-dependent and high subjectivity, abdominal computed tomography (CT) is more valuable in diagnosis. In the presented cases, abdominal CT was obtained in cases with risk factors and with a preliminary the diagnosis of acute abdomen due to ileus and diagnoses of obturator hernia were made. The mortality rate is high as 12-70% in strangulated obturator hernia due to the advanced age and difficulties in diagnosis.

CONCLUSION: Obturator hernias rarely cause incarceration and strangulation and result in a clinical picture of ileus causing acute abdomen and should particularly be considered in elderly and thin female patients as a rare cause of ileus and the high mortality of the condition should be kept in mind. The necessary surgical approach should be performed considering this possibility as well.

KEYWORDS: obturatuary, ileus, hernia

PS-0107 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage in A Child: A Case Report

Yılmaz Zengin, Ahmet Gündüzalp, Mustafa İçer, Ercan Gündüz, Recep Dursun, Mustafa İpek, Yenal Karakoç, Ertuğrul Kara
Department of Emergency Medicine, Dicle University, Diyarbakır, Turkey

INTRODUCTION: The term subarachnoid hemorrhage (SAH) refers to extravasation of blood into the subarachnoid space between the pial and arachnoid membranes. It occurs in various clinical contexts, the most common being head trauma. However, the familiar use of the term SAH refers to nontraumatic (or spontaneous) hemorrhage, which usually occurs in the setting of a ruptured cerebral aneurysm or arteriovenous malformation. Cerebrovascular actions such as aneurysms are rare in children than adults Signs and symptoms of SAH range from subtle prodromal events to the classic presentation. The most common premonitory symptoms are as follows: Headache (48%), dizziness (10%), orbital pain (7%), diplopia (4%), visual loss (4%).

Diagnosis of SAH usually depends on a high index of clinical suspicion combined with radiologic confirmation via urgent noncontrast CT, followed by lumbar puncture or CT angiography of the brain. By means of angiography, the neurosurgeon can define the exact location and anatomic relationships of the lesion, search for additional aneurysms, and determine. the lesion most likely to have hemorrhaged in the setting of multiple aneurysms. In most pediatric patients, the use of general anesthesia is recommended to safely conduct the procedure and make the patient as comfortable and pain free as possible. We reported a 10-year-old boy who had spontaneous SAH due to aneurysm.

CASE: 10-year-old boy that hadn't known any disease fell two days ago when he was playing game. He had eaten unwashed fruits and vegetables in the garden at the same day. He brought to the emergency department with complaints of severe headache, nausea, vomiting, altered consciousness in other centers. He was referred to ouur emergency department with the diagnosis of falls and poisoning. On physical examination; general condition was average, tend to sleep in patients with Glasgow Coma Scale (GCS) 14 (E4, V4, M6), pupillary isocoric, light reflex + / +, four limbs moving and there was no lateralization sign. Laboratory values; WBC: 18:54 K / uL HGB: 11.7 g / dl. Computed tomography revealed an image compatible with the SAH. For the etiology of SAH brain CT angiography were taken and an aneurysm was observed in the horizontal segment of the right middle cerebral artery (MCA M1). The patient was admitted to the neurosurgical intensive care unit.

CONCLUSION: When pediatric patients bring to the emergency department with complaining of headache and altered consciousness, it must be considered spontaneous SAH due to aneurysm.

KEYWORDS: child, spontaneous, subarachnoid hemorrhage

PS-0108 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Heterotopic pregnancy: A case report

Mustafa İpek, Yılmaz Zengin, Mustafa İçer, Recep Dursun, Ercan Gündüz, Hasan Mansur Durgun, Hüseyin Gürbüz, Mehmet Üstündağ
Department of Emergency Medicine, Dicle University, Diyarbakır, Turkey

INTRODUCTION: Heterotopic pregnancy is defined as multiplexing pregnancy that one of in uterine cavity, the other outside of the uterus. Although ectopic pregnancy often found in fallopian tubes in rare cases, it may be ovarian, cervical, cornual, old caesarean scar or abdominal located. 0.08% was prevalence reported in normal conception. But in infertile women who is treated with assisted reproductive techniques this ratio is as high as 1 in 100 pregnancies. In this study, we reported a patient with heterotopic pregnancy that was defined after curettage.

CASE: A female patient who was 26 year old applied to emergency department with the complaint of stomachache that had been lasted for 3 days. In her story it was learnt that she had 6 weeks and 2 days pregnancy at the level of istmus but she had been aborted due to the absence of fetal heartbeat.Because of contiuning stomachache she applied to the hospital where she was operated and in her control ultrasonography it was seen that she had 7 weeks 2 days heterotopic pregnancy in right adnekesial area so she was dispatched our emergency room.In her disease story gravidy 2 parite 0 dilatation and curettage 1 living was 0.There wasnt use of intrauterin device (IUD). At her physical examination general situation was average, she was conscious, cooperated, oriented. Her vital signs were stable. In the abdomen there was no rebond and defense. In the laboratuar values: white blood cell was 8.970 mm3 and hemoglobin was 12.2 gr/dL in the comlete blood count. In her other laboratuar values a pathological value wasn't found except that she was B-HCG 6266 mIU/ml. In her pelvic usg; right over sizes increased and there is a cystic area (35mm x 30mm) and soft tissue (6mm) was revealed in posterior wall of a cystic area size in over parenchym. It was thought that this structure was due to the ectopic pregnancy.The patient was admitted to the obstetric clinic. Metothrexate was given to the patient in her admitted clinic.On the second day of hospitalization her B-HCG started falling so she was discharged from the polyclinic with the recomendation of weekly observation.

RESULT: Heteropic pregnancy should be considered as a differential diagnosis on all female patients of reproductive age who applied to the emergency room with the complaint of stomachache after curretage and for early treatment diagnosis patients should be evaulated with a detailed abdominal pelvic ultrasonography.

KEYWORDS: ectopic pregnancy, heterotopic, multiplexing

PS-0109 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Rare Cause of Abdominal Pain: Omental Infarction

Demet Devrimsel Doğan, Muharrem Doğan, Ahmet Aykut, Şebnem Zeynep Eke, Ayşe Dilara Kocatürk, Ebru Ünal Akoğlu, Özge Ecmel Onur
Department of Emergency Medicine, Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Istanbul, Turkey

OBJECTIVE: Omental infarction is an uncommon but important cause of acute abdominal pain resulting from vascular compromise of the greater omentum and clinically can mimic other acute abdomen pathologies with nonspecific findings. We present in this case a 81 year-old female presenting with acute upper abdominal pain and diagnosed as omental infarction.

CASE: A 81 year-old female admitted to emergency department with epigastric and righ upper quadrant pain which had started an hour ago. The patient mentioned no additional symptoms like nausea, vomiting, diarrhea, coughing, dyspnea or dysuria. Her medical history includes hypertension and biliary pancreatitis. Vital signs were normal as well as the ecg at her admission. On physical examination, she had tenderness on epigastric region and right upper quadrant, murphy sign was positive. Labaratory tests showed increase in white blood cell count(12.8), biochemistry panel and urine analysis was normal. Abdominal imaging with CT showed focal area of fat stranding consistent with omental infarction and no other pathology was detected. The patient had conservative treatment and non-surgical management was performed.

CONCLUSION: Omental infarction should be considered as a differential diagnosis in the presentation of acute abdominal pain.The exact pathogenesis of omental infarction is still unknown but vascular anatomic variations, venous malformations causing stasis or trombosis and venous congestion after heavy meal are possible reasons. Mostly seen features on imaging are noncompressable, big, ovoid, hypoecoic solid lesion on ultrasonography and omental heterogeneous lesion of mixed fat and soft tissue densities with adjacent fat plan smudging, thickening of the visceral periton surrounding the lesion defined as ring sign on CT. İncreased awareness of this condition, combined with the use of ultrasonography or CT may reduce unnecessary surgery.

KEYWORDS: omental infarction, acute abdomen

PS-0110 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Togetherness of Sigmoid Volvulus and Mental Retardation: A New Syndrome?

Sultan Erdil Ülgen, İrfan Kala, Binnur Eşfer, İsmail Ağı, Sercan Hastürkoğlu, Pınar İskender Uysal, İremgül Güngör, Muhammed Evvah Karakılıç
Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

OBJECTIVE: Sigmoid and cecal volvulus are the colonic twisting on its mesentery, eventually clinical symptoms such as constipation, abdominal pain, perforation occur due to the obstruction of colonic lumen. Patients are generally elderly and bedridden, with dementia or neurophysichiatric impairment. Volvulus in patients with mental retardation has been reported in some case reports and especially 40 case reports in literature include 13 patients with mental retardation. We will here now present togetherness of mental retardation and sigmoid volvulus.

CASE: 21 year old female patient presented to our emergency department (ED) with abdominal pain, distention and inability of fecal passage in the last 7 days. Patient had congenital mental retardation in her medical history and this is the first time she faced such a disease with abdominal pain. Her vital signs were stable. Blood pressure:115/86mm/Hg, Heart rate:76/min, body temperature:37.1 °C, SpO^2:96%. Physical examination showed distended abdominal wall, mild tenderness in all quadrants and the absence of rebound sign. Rectal examination initiated that feces was not noted. Laboratory status was also normal. WBC:6000/µl, Creatinin: 0.66 mg/dL, Hgb: 10 g/dL, Sodium: 138 mmol/L. Patient underwent abdominal x-ray to reveal out the pathology and we saw distended colonic segment with 10cm diameter at the widest location. We consulted patient to general surgery who didn't think of surgical intervention thus we performed sigmoidoskopi which revealed dilated sigmoid lumen filled with feces, colonic decompression was also performed. Patient was hospitalised with IV fluids and further treatment and clinical symptoms of patient improved and discharged home without digestive impairment.

CONCLUSION: Patients with abdominal distention and constipation should be examined for underlying gastrointestinal obstruction. Rectal examination is also required. Togetherness of mental retardation and sigmoid volvulus is not well defined in literature and limited with only case reports. We also think that large clinical trials will probably define a congenital syndrome. We connect our patient's condition with previously defined risk factors of volvulus such as being bedridden and neuropsychiatric impairment history. Colonic decompression with colonoscopy, surgical intervention, IV fluids are the treatment options and we should restrict the usage of drugs which increase the gastrointestinal motility.

KEYWORDS: abdominal pain, mental impairment, volvulus.

POSTER BİLDİRİLER

PS-0111 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

High INR levels did not prevent acute mesenteric vascular event:a case report of a geriatric patient

Ali Cihat YILDIRIM[1], Şahin Kahramanca[1], Gülşen Çığşar[2], Elnara Günal[2], Mehmet Aziret[1]

[1] *Kars Harakani Devlet Hastanesi,Genel Cerrahi,Kars*

[2] *Kafkas Universitesi Tıp Fakültesi,Acil Anabilim Dalı, Kars*

Acute mesenteric ischemia is an important emergency condition that requires immediate therapy. Despite advances in the surgical and interventional therapy, the mortality of this condition remains still high. This is due to the broad variability of clinical presentations and non-specific laboratory findings, resulting in delay of the diagnosis that leads higly fatal mortality rates. Even patients with intense cardiovascular medical preventive therapy could be primary candidates to this emergency condition.

75 years old male patient presented to emergency care unit with epigastric pain and obstipation.In his medical history he had congestive heart failure,atrial fibrilation and chronic obstructive lung disease. Furthermore he regulary took 5 mg daily warfarin sodium for anticoagulant therapy daily.INR levels were weekly checked and followed by cardiology unit.He had also mild gastric complaints before. Emergency laboratory results revealed a normal white blood wells, normal biochemical parameters exept mildly elevated CRP level (4,4 mg/dL) and his INR level was significantly high as 5,1/ min. Also his troponin level was firsly measured as 0,2 ng/mL and then measured as 0,6 ng/mL.He firstly consulted to cardiology but acute coronary syndrome was excluded by normal EKG findings however abdominal physical examination revealed suspicious tenderness on epigastric quadrant and i.v contrast enhanced CT ordered by consultant general surgeon.Abdominal CT revealed mildly thickened wall of proximal jejunal segments and dirty and edomateus fatty planes. Due to technical insufficiencies iv contrast enhanced CT angiography could not be performed.Acute surgical exploration by minilaparatomy was decided and performed by an upper midline incision.Abdominal exploration revealed segmental acute mesenteric ischemia started from 30 cm distal segment of Treitz Ligament and retained 20 cm jejunum.So segmental jejunal resection and jejujejunal anastomosis was performed.There was not any necrotic intestinal segment distally.On postooperative follow-up there was not any abnormal condition so he was discharced postoperative 10 day after arrangement of blood anticoagulant therapy by cardiology.

Geriatric patients with multiple comorbid conditions should be examined carefully and emergency physicians should be aware of complications of chronic cardiovascular diseases like atrial fibrilation.Also patients with high anticoagulant levels could be primary candidates for acute mesenteric conditions with highly fatal mortality rates.So even mild abdominal discomforts of this patients should be attracted maximum attention.

KEYWORDS: acute mesenteric ischemia,INR level,atrial fibrilation.

PS-0112 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Concomitance of acute appendicitis and acute cholecystitis:laparoscopic superiority in this rare condition

Ali Cihat YILDIRIM, Şahin Kahramanca, Mehmet Aziret, Gülşen Çığşar
Kars Harakani Devlet Hastanesi,Genel Cerrahi,Kars, Kars Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi,Acil ABD,Kars

Concomitance of acute appendicitis and acute cholecystitis have been described since 1955 however a few cases were reported in literature. Physiopathologic aspects are not well understood but some underlying inflamatory processes triggers acute appendicitis in the patient with cholelithiasis

Here we report a case of 22 years old male patient with a 1-day history onset abdominal pain. Location of pain was not well described by patient but mostly radiated to epigastric, right upper and right lower quadrants. He also had mild nausea In his medical history he had often dyspeptic complaints.His white blood cell count was 17,8 K/µL. His admission chemistry was normal, but hepatic profile revealed an elevated total bilirubin of 1.45 mg/dL, a direct bilirubin of 0.56 mg/dL, and normal transaminases and alkaline phosphatase.

Intravenous contrast enhanced abdominal CT revealed cholelithiasis, as well as a 5 mm fluid filled appendix with oedema formation of mesoappendix suggesting the possibility of early appendicitis. Laparoscopic approach revealed acute oedematous cholecystitis.Further exploration showed early appendicitis formation.Firstly classic four port laparoscopic cholecystectomy and then laparoscopy assisted appendectomy was performed. Surgery time was 2 hours and 30 minutes.The patient was discharged postoperative day 3 with full recovery.

Laparoscopic surgery has superiority like abdominal pain in several areas and clinical suspicion with more than one pathological process.Although majority of patients with abdominal pain have a single diagnosis,surgeons need to be aware that multiple diagnoses can rarely coexist. In such cases, a laparoscopic approach can be an ideal approach, allowing surgical access to the entire abdomen.

KEYWORDS: acute appendicitis,acute cholecystitis,laparoscopy

PS-0113 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Rare Cause of Abdominal Pain: Splenic Infarction

Dilber Üçöz Kocaşaban, Hikmet Duymaz, Hayri Ramadan, Sertaç Güler, Yavuz Katırcı, Bahar Çat Bakır
Department of Emergency Medicine, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Splenic infarctions are rare. They can be overlooked in the emergency department as the clinical table can mimic various acute abdomen causes. They usually develop as a result of systemic thromboembolism associated with cardiovascular disorders.

CASE: A 50-year-old male presented to the emergency department with abdominal pain that had started at night. The patient had a constant pain in the left side that felt like stabbing and woke him up at night. There was nothing significant in the history. Vital signs were stable. Abdominal tenderness and guarding were noted in the left upper quadrant. Other system examinations were normal. The patient was started peripheral intravenous fluid therapy and oral feeding was discontinued. The laboratory values revealed a white blood cell count of 10.800/µL while the control value was 12.300/µL. Other laboratory values were normal. Abdominal ultrasonography revealed no pathology. The patient did not improve during follow-up and narcotic analgesics were administered. Upper and lower computed tomography with contrast was obtained when guarding in the left upper abdominal quadrant continued. The spleen was normal in size but patchy hypodense areas were observed in the parenchyma, indicating splenic infarction. A general surgery consultation was requested. The patient was hospitalized for further tests and treatment.

CONCLUSION: Splenic infarction is a rare acute abdominal pain causes and can be missed. It should definitely be considered together with underlying disease that increase the risk in the differential diagnosis in patients presenting at the emergency department with abdominal pain.

KEYWORDS: Abdominal Pain, Emergency Medicine, Splenic Infarction

PS-0114 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Review How Can Diagnosis;Posterior Shoulder Dislocation

Alev Eceviz[1], Onur İncealtın[2], Fatma Sarı Doğan[2], Mehmet Ayrancı[2], Ahmet Demir[2], Zeynep Özkök[2]

[1] *Emergency Department Of Beykoz Goverment Hospital, İstanbul, Turkey*

[2] *Emergency Department Of Göztepe Training Hospital And Medeniyet University, İstanbul, Turkey*

A posterior shoulder or glenohumeral dislocation is the posterior displacement of the humeral head relative to the glenoid. Posterior shoulder dislocations account for 4% of all shoulder dislocations. it's seen very rare and may be overlooked. in our case 52 years old male patient presented posterior shoulder dislocation. İt is dificult to recognize to emergency servise, we wanted to share this case

CASE: A 52 year old male patient presented to a walk in emergency servise after falled; with diffuse left shoulder pain, limited abduction, and arm held in slight internal rotation, with a flexed, adducted, and internally rotated position. Standard X-rays supported the diagnosis of a posterior shoulder dislocation (light bulb) and a CT scan examination revealed a defect involving %80 of the humeral head's articular surface. (figure 1, 2) He addmited orthopedic department and after conscious sedation, the dislocation was reduced.

DİSCUSSİON: Posterior shoulder dislocation is a rare injury that makes up only 1–4% of all shoulder dislocation cases. It is often secondary to electrocution or epileptic seizure, but can

also be discovered during the postoperative course following fixation of a humeral shaft fracture (1,2). In an audit of 120 dislocations, posterior shoulder dislocations were seen most often in men aged 20-49 years, and the most common causes were traumatic events (67%) and seizures (31%).(3) The diagnosis is often missed initially delayed diagnosis occurs in 50-79% of patients.(4,5) Often, only an anteroposterior view of the shoulder is ordered, without an orthogonal one; in such circumstances a posterior dislocation can look normal. Although the AP film usually shows the" light bulb" apperence of the humoral head, it is not always present. (6)

CONCLUSİON: Only 4% of all shoulder dislocations are posterior dislocations.İn our case there was posterior shoulder dislocation. This type of dislocatin may be overlooked.

Prevention is the best treatment; this requires careful reading of the X-rays in cases with suggestive circumstances, such as electrocution, epileptic seizures and anteroposterior shoulder trauma.

KEYWORDS: shoulder dislocation, ortohopedi, emergency medicine

PS-0115 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Spontaneous cervical epidural hematoma masquerading as acute cerebral ischemic stroke

Kamil Kayayurt[1], Ahmet Tufekci[2], Vaner Koksal[3], Ozcan Yavasi[1], Ozlem Bilir[1], Gokhan Ersunan[1]

[1]*Department of Emergency Medicine, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey*

[2]*Department of Neurology, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey*

[3]*Department of Neurosurgery, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey*

INTRODUCTION: Ischemic cerebrovascular accident is the most common cause of hemiparesis. Besides these, cerebral hemorrhage and space-occupying lesions such as tumors and abscesses can also cause hemiparesis. Although cervical pathologies most commonly present with tetraparesia, less frequently they may present as hemiparesis.

CASE REPORT: A 86-year-old female presented to the emergency department with complaint of weakness on right arm and leg with accompanying neck pain that started 3 hours ago. She was on treatment with methotrexate and salazopyrin due to rheumatoid arthritis. Se denied anticoagulation use. On neurological examination, she had 1/5 motor deficit on right upper and lower extremities. She underwent cranial computed tomography (CT) without contrast with the suspicion of cerebrovascular accident that was normal. Emergency physician ordered diffusion weighted cranial magnetic resonance imaging (MRI) that was almost normal. The patient was hospitalized by neurolog for follow-up and therapy. Because of diffuse neck pain, a cervical MRI was ordered that yielded epidural hematoma compressing medulla spinalis between C3-C7, measuring 17x8x48 mm in dimension. The patient was consulted with a neurosurgeon and immediate surgical decompression was performed. She was discharged at postoperative eighth day without neurological sequela.

CONCLUSİON: Spontaneous spinal epidural hematoma (SSEH) is a very rare clinical entity, necessiating emergency surgical intervention. Its incidence is estimated to be 0,1/100000 and is mostly seen over 60 year of age. Pregnancy, hypertension, neoplasms, platelet dysfunctions, vascular malformations, systemic lupus eritematosus, rheumatoid atrhritis, and medications such as antiplatelets, anticoagulants are the major predisposing factors. Administration of thrombolytics to these patients as if they have ischemic stroke may cause catastrophic outcomes. SSEH should be in mind while encountering patients with neurological deficits, with accompanying neck and back pain and surgical decompression should be performed as soon as possible.

KEYWORDS: acute ischemic stroke, hemiparesis, spontaneous spinal epidural hematoma

PS-0116 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Brain abscess complicating acute otitis media

Baris Giakoup[1], Ozcan Yavasi[2], Abdulkadir Ozgur[3], Bulent Ozdemir[4], Cinar Ozturk[5], Kamil Kayayurt[2], Ozlem Bilir[2], Gokhan Ersunan[2]

[1]*Department of Emergency Medicine, Rize State Hospital, Rize, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey*

[3]*Department of Otolarngology, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey*

[4]*Department of Neurosurgery, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey*

[5]*Department of Infectious Diseases, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey*

INTRODUCTION: Acute and chronic otitis media can cause intratemporal and intracranial complications. Intracranial complications include meningitis, brain abscess, epidural abscess, subdural empyema, and lateral sinus thrombosis. These conditions are potentially dangerous or even fatal.

CASE REPORT: A 35-year-old previously healthy male patient was transferred to our emergency department with the suspicion of meningitis. He had been suffering from headache, fever and left otalgia since 7 days. He was prescribed analgesic and antibiotic by his family physician. He had three outpatient visits because of headache and fever. At seventh day he became confused with a axillary temperature of 39 C. At presentation, he was confused with a GCS score of E3M6V4. He had a blood pressure of 110/80 mmHg, a heart rate of 122 beats/min, a respiratory rate 23 breaths/min, an oxygen saturation of 97% on room air, and a temperature of 38.5 C. He had neck stiffness but kernig and brudzinski tests were negative. His pharynx was hyperemic. He had a serous nasal discharge and a purulant secretion from left ear. Left external ear canal was edematous whereas right one was normal. Cardiac and respiratory examinations were normal. His laboratory tests were as: WBC,12.1; neutrophil, 10.7; CRP,20.05 with normal routine biochemistry. His cranial CT revealed hypodense lesion with air density in the center. Cranial MRI with contrast revealed a brain abscess at temporal lobe and mastoiditis. Parenteral antibiotherapy was started and hospitalized at intensive care unit. At 4.th day of hospitalization mastidectomy and abscess drainage were performed. At day 22 of hospitalization he was discharged for outpatient follow-up.

CONCLUSİON: Prompt recognition and treatment of patients with intracranial complications of otitis media may prevent permanent neurologic sequelae. A delay in presentation or misdiagnosis is associated with a greater rate of mortality. We suggest that clinicians should maintain a high level of suspicion in patients with recurrent or persistent otologic disease, especially those with symptoms of headache and fever.

KEYWORDS: acute otitis media, brain abscess, cholesteatoma, intracranial complications, mastoidectomy, mastoiditis

PS-0117 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Isolated abducens nerve palsy due to pituitary apoplexy following head trauma

Kamil Kayayurt[1], Omer Lutfi Gundogdu[2], Ozcan Yavasi[1], Yavuz Metin[3], Erhan Ugras[1]

[1]*Department of Emergency Medicine, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey*

[2]*Department of Neurology, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey*

[3]*Department of Radiology, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey*

INTRODUCTION: Pituitary apoplexy (PA) is a relatively rare condition. Cranial nerve palsies may develop due to compression of surrounding structures by the rapidly expanding tumor. While the most commonly affected nerve is oculomotor nerve, abducens nerve palsy may also occur less commonly.

CASE REPORT: A 68-year-old male patient was referred to emergency department by the health center that he was admitted to, with complaints of transient loss of consciousness, severe headache, nausea and vomiting, following head trauma. Vital signs of the patient, who had no previously known medical history other than his hypertension, were within normal limits. On his physical examination, no pathologic findings were found except a wound, 3 cm in length and located at the occipital region, together with left periorbital ecchymosis. Imaging by noncontrast cranial tomography was performed with the preliminary diagnosis of traumatic subarachnoid hemorrhage. Since no evidence of fracture, hemorrhage or edema was present in CT, he was taken to the observation unit with the diagnosis of cerebral concussion. When patient developed diplopia at the second hour of observation, he was reexamined and limitation of lateral gaze was detected. While the patient's fundus examination and visual field test were normal, MR imaging showed a pituitary macroadenoma, containing hemorrhagic and necrotic components, compressing left lateral side of the cavernous sinus. In laboratory examination, hematocrit, glucose, renal and liver function tests electrolytes and coagulation parameters were within normal limits. Hormone studies of the hospitalized patient, were also normal.

CONCLUSİON: Since PA has nonspecific characteristics and it is an uncommon clinical condition in emergency services, it may easily be overlooked and may have fatal outcome. Commonly,

its clinical findings are confused with diseases such as subarachnoid hemorrhage and meningitis. In patients with ophthalmoplegia, if it can not be explained by diagnoses of subarachnoid hemorrhage, ischemic stroke or meningitis with imaging methods, PA should be considered.

KEYWORDS: emergency department, ophthalmoplegia, pituitary apoplexy, trauma

PS-0118 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

An uncommon cause of breathlessness: multinodular goiter

Ceren Şen Tanrıkulu[1], Abdullah Cüneyt Hocagil[1], Hilal Hocagil[1], Ural Kaya[1], Levent Koca[1], Nejat Demircan[2]

[1] *Department of Emergency Medicine, Bülent Ecevit University, Zonguldak,Turkey*

[2] *Department of Family Practice, Bülent Ecevit University, Zonguldak,Turkey*

INTRODUCTION: Tracheal stenosis includes situations in which more than of 40% the luminal narrowing and it is quite rare. The most common reason is trauma. It can be internally such as surgery and endotracheal burns or externally such as blunt or penetrating neck trauma. Generally, it is presented with stridor and dyspnea. Giant goiters make airway obstruction due to compression and may cause sudden respiratory distress. We presented a case shortness of breath caused by the compression of multinodular goiter (MNG).

CASE: 88 years-old female patient who suffering from increased shortness of breath for the last week was admitted to the emergency department. She has got MNG. The patient's blood pressure was 90/50mmHg, pulse was 90/min, respiratory rate was 20/min and saturation was 91%. On examination, there was a mass sized 8x10 cm right of the neck, epiglottis was natural, right vocal cord was fixed median, and there were rhonchi and crackles in the lung. Other physical examination findings were normal. In arterial blood gas analysis, these results were determined; pH: 7.32, oxygen partial pressure: 33.7, carbon dioxide partial pressure: 54.4 mmHg, oxygen saturation of blood: 75%, and bicarbonate concentration: 24.5 mEq/L. Other blood tests were within normal limits. The narrowest part of the trachea was determined as 4-5 mm at the chest radiograph.

CONCLUSİON: There are many causes of acute dyspnea. Thyroid gland diseases causing dyspnea rare. But, it must be noted due to create 75% of the rare causes. Thyroid gland is mostly retrosternally extended and pushes the trachea. CT is the gold standard for diagnosis. Airway security should be quickly provided in cases of stenosis which leads to acute respiratory distress. Endotracheal intubation is difficult by the fact. So the use of fiber optic equipment by experienced personnel is the gold standard. Emergency tracheostomy is not an suitable procedure because of the giant goiter tissue prevents the attainment to the trachea. Therefore, in cases of severe stenosis, emergency surgical thyroidectomy is recommended as a priority.

Because patient had a MNG and history of intermittent shortness of breath and the typical image of the chest X-ray, acute respiratory distress related to tracheal stenosis depends on compression was considered.

KEYWORDS: Acute respiratory distress, giant goiter, fiberoptic intubation, thyroidectomy

PS-0119 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

An uncommon reason of abdominal pain: Renal infarction

Cihan Büyüksütcü[1], Zeynep Özkök[2], Meltem Çöllü[1], Mehmet Ayrancı[1], Behçet Varışlı[3], Ahmet Demir[4], Sibel Senem Baş[5]

[1] *Department of Emergency Medicine, Göztepe Training and Research Hospital,Medeniyet University,İstanbul,Turkey*

[2] *Department of Emergency Medicine, Necmettin Erbakan University,Konya,Turkey*

[3] *Department of Emergency Medicine, Çanakkale State Hospital,Çanakkale,Turkey*

[4] *Department of Emergency Medicine, Sultanbeyli State Hospital,İstanbul,Turkey*

[5] *Department of Emergency Medicine, Trakya University,İstanbul,Turkey*

İNTRODUCE: Renal infarction is rarely reason of abdominal pain and it presents emergency service with non-specific symptoms. İt is symptoms is nearly same with renal calculus disease, lumbago and the other patology of abdominal disease. Becouse of this, it is not the first diagnosis. Renal infarct is common seen that patients whose have cardiac disease and have high risk of tromboembolism.

CASE: 44 year old female patients enter an emergency service with abdominal pain. Her pain is start from the right side of abdomen and she vomited first time. She did not have medical speciality in her background.She didn't use any drug and didn't have any abdomen operation. After physical examination, she only had a defans on her right side of abdomen. Her labrotuary values and the other result was clean. Also her pain didn't regresses with analgesic drugs. Her abdominal ultrasonography was normal, after narcotic analgesic drugs was used. When the patients abdominal pain didn't regrease, we decide to see abdomen by the CT with contrast drugs. After the CT, we saw that she has a total renal infarction on her right renal arteria. Cardivascular surgery, urology and internal medicine check the patients and hospitalizated to internal medicine cervices.

DISCUSSION: Diagnosis of renal infarction is correlated with clinical experiment. In emergency cervices it is not seems rarely, but we think that the patient who have abdominal pain, side pain and lumbago, and also analgesic drug is useless, maybe this can be renal ınfarction.

KEYWORDS: Renal infarction, abdominal pain

PS-0120 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Mesenter iscemia

Cihan Büyüksütcü[1], Zeynep Özkök[2], Meltem Çöllü[1], Mehmet Ayrancı[1], Behçet Varışlı[3], Ahmet Demir[4], Sibel Senem Baş[5]

[1] *Department of Emergency Medicine, Göztepe Training and Research Hospital,Medeniyet University,İstanbul,Turkey*

[2] *Department of Emergency Medicine, Necmettin Erbakan University,Konya,Turkey*

[3] *Department of Emergency Medicine, Çanakkale State Hospital,Çanakkale,Turkey*

[4] *Department of Emergency Medicine, Sultanbeyli State Hospital,İstanbul,Turkey*

[5] *Department of Emergency Medicine, Trakya University,İstanbul,Turkey*

INTRODUCE: Acute mesenteric iscemia is rarely seen, and it can be mortal, diagnosis is so difficult. Becouse of this we must early check and treat the patient. There isn"t any relationship between the earlier symptoms and earlier abdomen physical examination. When the iscemıa is become bigger than before, the symptoms is so rijid. They have abdomen distansion, decrease or lost the intestinal motion, and become peritonitis. The most important thing is early diagnosis.

CASE: 64 year old male person present to emergency cervices with the abdominal pain. His pain started for about two hours. He have gastiritis, hypertension and achalasia ın his medical background. Physcıal examination, GKS: 14 blood prerssure:130-80 mmhg, fever: 36.6 blood glukose level: 65 mg/dl, ekg: atrial fibrilation, on his blood gase level; ph:7.28 lactat: 9.5 HCO3:20.8 mmol/l. His abdomen was touchiness. After 2 hours the patients abdomen pain become so stronge then before. Analgesic drugs is not effectual. We check the patient with abdomen CT and we found that there was a mesenteric ischemia. He hospitalized to general surgery service.

DISCUSSION: Mesenter ischemia don't have spesific sypmtoms. İf the patient is older and have cardiac problems like an atrial fibrilation, we must think mesenteric ischemia. Also on the blood gase lactat level is helpfull for diagnosis.

KEYWORDS: mesenteric ischemia,abdominal pain

PS-0121 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A case of pancreatitis secondary to ileus

Hilal Hocagil[1], Ceren Şen Tanrıkulu[1], Abdullah Cüneyt Hocagil[1], Şahabettin Mete[1], Nejat Demircan[2]

[1]*Emergency Department, Bulent Ecevit University, Zonguldak, Turkey*

[2]*Family Practice Department, Bulent Ecevit University, Zonguldak, Turkey*

INTRODUCTION-AIM: The inflammation of the gland pacreas is called pacreatitis. The activation of digestive enzymes in acinar cells because of mechanical and metabolic causes ends in the destruction of surrounding tissues and organs as well as the pacreas. A case of pacreatitis secondary to compression because of ileus, a rare situation, was presented.

CASE: 87 year old female patient with the complaints of abdominal pain, nausea and vomitting was admitted to the emergency department. In her special medical history, she had hypertension, congestive heart failure, cholecystectomy and gastrectomy. Vital signs were as follows: body temperature, 36 °C; pulse, 102 /min; respiratory rate, 20; blood pressure, 190/100 mmHg; oxygen saturation, 97%. In her physical examination, abdomen was distended, there was a mass palpated in the left hypochondrium with tenderness and rebound tenderness over the abdomen. Blood tests resulted in white blood cell count of 27300 /cc, lipase level of 10600, amylase of 3231, aspartate amino transferase of 68, alanine aminotransferase of 26, creatinin of 1.4. Pre-diagnosis of acute pancreatitis led us to have abdominal computerized tomography taken: Stomach, duodenum were grossly dilated, a mass of chymus filling the lumen was observed at duodeno-jejunal junction. After that, there were collapsed jejunal rings with edematous walls. The picture was correlating with the clinical diagnosis of ileus that was yielding pancreatic canal compressed over after which dilated. There was minimal fluid collection within abdomen. The patient was admitted to general surgery clinics with the diagnosis of pancretitis secondary to compression by dilated duodenum and ileus. After she was operated because of ileus, the clinics of pancreatitis resolved by itself.

CONCLUSION: 80-90% of all pancreatitis is caused by biliary stones. The other causes are listed as: some drugs, hyperlipidemia, hypercalcemia, surgery, autoimmune diseases, ischemia, trauma and infections. Diabetes mellitus and smoking increase the tendency. Pacreatitis secondary to ileal compression is a rare condition. Its mechanism of action resembles to those of other mechanical compressions: The blockade of exocrine secretions of pancreas because of pancreatic duct obstruction. The main treatment is the decompression of the duct, ileal rest, and supportive treatment. In our case the surgery was made primarily, oral intake was discontinued; electrolyte and drug treatments were introduced p.e. After pancreatitis, ileus secondary to abscess or pseudocyst could be encountered, but pancreatitis secondary to ileal compression is very rare. We aimed to point out the co-incidence of development of ileus and pancreatitis together.

KEYWORDS: pancreatitis, ileus, compression

PS-0122 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Post-coital Subarachnoid Hemorrhage

Erkut Erol[1], Yılmaz Aslan[2], Serdal Albayrak[3], Vedat Dağ[1], Evrim Gül[1]

[1]*Department of Emergency Medicine, Elazığ Training And Research Hospital, Elazığ, Turkey*

[2]*Department of İnternal Medicine, Elazığ Training And Research Hospital, Elazığ, Turkey*

[3]*Department of Neuro Surgery, Elazığ Training And Research Hospital, Elazığ, Turkey*

INTRODUCTION: Arterio-venous malformations that are thought to be due to rupture as a result of rising arterial pressure play a role in the pathophysiology of subarachnoid hemorrhage after sexual activity. Nontraumatic subarachnoid hemorrhage is a rare condition in younger patients. Headaches developing during intercourse constitute 2% of overall headaches and the duration may vary between one minute and one day. In this paper we presented a 39 year old male patient with subarachnoid hemorrhage (SAH), which the first symptom was headache that developed after sexual intercourse.

CASE: Thirty-nine-year-old male patient was brought to the emergency department due to loss of consciousness following severe headache began after sexual intercourse. The relatives of the patient had called 112 emergency ambulances, and the patient developed cardiac arrest in the ambulance. The patient was intubated and resuscitation was started in the emergency department. The patient's spontaneous circulation returned. Brain CT imaging was obtained after the patient was stabilized, and subarachnoid hemorrhage was detected in the tomography. The patient was hospitalized in neurosurgical intensive care unit. The patient died on the 5th day in the intensive care unit. The patient had no history of any diseases or drug use, as a risk factor he smoked one package of cigarettes a day.

CONCLUSİON: Headache associated with sexual activity is a rare and often a benign condition, but it should be noted that underlying reason these headaches may be subarachnoid hemorrhage and aneurysms may be the cause of pain. Therefore patients presenting with headache should be questioned whether the complaints have started after physical exertion and before the patients were discharged deadly secondary causes of headache, such as SAH should be excluded.

KEYWORDS: Headache, Post-coital, subarachnoid hemorrhage

PS-0123 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Scrotal cystocele - a case report

Kemal Gündoğdu[1], Ömer Yalkın[1], Kerem Karaman[2], Recayi Çapoğlu[1], İsmail Zengin[1]

[1]*Sakarya Teaching and Research Hospital, Department of General Surgery, Sakarya, Turkey*

[2]*Sakarya University, Faculty of Medicine, Department of General Surgery, Sakarya, Turkey*

INTRODUCTION: Incarcerated inguinal hernia is a condition quite frequently encountered in emergency services. Hernia contents are most commonly found in the small bowel, colon or omentum. Isolated urinary bladder herniation is a quite rare condition.

CASE: A 72-year-old male patient presented to emergency services with swelling and pain in the right inguinal region, which had been present for the last ten years, but increased in the last two days. Upon physical examination, diffuse tenderness in the abdomen, and an irreducible right inguinal hernia was present. In the arrival laboratory examination, leukocytosis (11000/mm3) was detected. He had chronic obstructive lung disease in his past medical history. Abdominal computed tomography revealed that the urinary bladder was herniated through the right inguinal canal (Figure 1) and he was taken to the operation room under emergency conditions. On exploration, the urinary bladder was observed to be herniated through the right inguinal canal; however, there was no ischemia or perforation. The urinary bladder was reduced back and a herniorrhaphy was performed (Figure 2). The postoperative period was uneventful and the patient was discharged on the fifth postoperative day.

DISCUSSION: Scrotal cystocele, first defined by Levine in 1951, is a quite rare condition. Although its incidence is reported to be 1-4%, it is reported that this condition could be seen in up to 10% of males aged above 50 years. Physiopathologically, it is characterized by herniation of the urinary bladder together with the peritoneum in the direct hernia sac. One of the most serious problems is perforation of the bladder and such cases have been reported in the literature. Diagnosis can be performed using abdominal CT or voiding cystourethrogram. Treatment is surgical and the recommended type of treatment is mesh hernioplasty following bladder reduction in cases with early diagnosis and without complications.

CONCLUSION: Since early diagnosis provides an opportunity for surgical intervention before the development of complications such as ischemia, necrosis, and perforation, its occurrence in older male patients should be kept in mind.

KEYWORDS: cystocele, hernia, acute abdomen

POSTER BİLDİRİLER

PS-0124 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A rare case report: an appendiceal mucocele mimicking mesenteric cyst

Kemal Gündoğdu[1], Ömer Yalkın[1], Havva Belma Koçer[2], Yasin Alper Yıldız[1], Enis Dikicier[1]

[1] *Sakarya Teaching and Research Hospital, Department of General Surgery, Sakarya, Turkey*

[2] *Sakarya University, Faculty of Medicine, Department of General Surgery, Sakarya, Turkey*

INTRODUCTION: Right lower quadrant pain and preliminary diagnosis of appendicitis are frequently encountered conditions in emergency surgery. We aimed to present a case that was preliminarily diagnosed with a mesenteric cyst by imaging modalities.

CASE REPORT: A 69-year-old male patient presented to emergency service with abdominal pain. The patient, had no prior operations and comorbidities, had tenderness, guarding, and rebound tenderness in right lower quadrant upon physical examination. His WBC count was 14,300 and the abdominal ultrasonography revealed no clear evaluation of intestinal structures due to bowel gas. Abdominal computed tomography revealed a cystic tubular structure measuring 3X6 cm, compatible with a mesenteric cyst next to the ceacum and a small amount of pericecal free fluid. The appendix was seen to be edematous and its lumen was seen to be full of mucin, causing to preliminary diagnosis of mesenteric cyst. Appendectomy was performed and the patient was discharged on second postoperative day without any complications. The histopathological examination revealed mucinous cystadenoma.

DISCUSSION: Mucocele is distension of the appendiceal lumen due to the accumulation of mucus secondary to narrowing or obstruction as a result of various causes such as mucosal or epithelial hyperplasia, fibrosis following inflammation, cystadenoma, cystadenocarcinoma, carcinoid tumor, and endometriosis. Mucoceles have been diagnosed in 0.1-0.3% of appendectomies, and asymptomatic in 25-50% of the cases. Complications of mucocele are intusseption, bleeding, perforation, pseudomyxoma peritonei, and peritonitis. Ultrasonography and computed tomography play a major role in the diagnosis. Upon ultrasonography, the condition is detected as a cystic lesion that can demonstrate various internal echogenity features with calcified walls. The computed tomography image is a cystic lesion with prominent borders including internal septations and mural calcifications contradictory to mesenteric cyst. Nodules with contrast enhanced walls have malignant potential. The differential diagnosis includes ovarian,mesenteric and duplication cysts and hydrosalpinx, Appendectomy is adequate in treatment of benign mucocele. Right hemicolectomy and bilateral oophorectomy are preferred in malignant mucoceles since the risk of ovarian metastasis. The standard procedure is right hemicolectomy if there is rupture or malignancy suspicion.

CONCLUSION: Appendiceal mucocele should always be considered in the diagnosis of patients presenting with right lower quadrant pain and with a mass detected as a result of imaging techniques. Each patient with a diagnosis of mucocele should be followed-up with periodic colonoscopy, taking into account the close association of appendiceal mucocele and colon cancer.

KEYWORDS: mucocele, appendix, abdominal pain

PS-0125 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

ITP collapse

İsmail Zengin[1], Ömer Yalkın[1], Orhan Veli Özkan[2], Necattin Fırat[1], Mustafa Yener Uzunoğlu[1]

[1] *Sakarya Teaching and Research Hospital, Department of General Surgery, Sakarya, Turkey*

[2] *Sakarya University, Faculty of Medicine, Department of General Surgery, Sakarya, Turkey*

OBJECTİVE: Idiopatic Trombocytic Purpura (ITP) is an autoimmun disease causing thrombocyte destruction because of autoanticors with unknown formation mechanism on thrombocyte membrane. Thrombocyte life decreases to two to three days even minutes. Active bleeding and resistance to medical treatment indicates splenectomy. We aimed to present a ITP patient with ceaseless epistaxis resistent to medical treatment and surgery in this report.

CASE: 69 years male patient examined in haematology clinic with non-traumatic ceaseless epistaxis complaint for two days. There was no trauma history and speciality in family history. Diagnosed as ITP nine months ago and had follow ups asemptomatically. In his physical examination arterial blood pressure 120/65 mmHg, 74 pulse/min, respiration rate 12/min, body temperature 36.5 C, petechial eruptions on suprabubic area. Laboratory tests revealed a WBC of 13.100 K/uL, Hb: 8.8 gr/dl, Platellet: 2000. No anormalities detected in values of Protrombin Time (pT), Active Protrombin Time (aPTT) and International Normalized Ratio (INR). After responseless IVIG, steroid and thrombocyt replacement treatment, splenectomy decision was made and after a unit thrombocyt apheresis patient was taken to the operation room with thrombocyte increase value of 2000 to 65100. After peroperative thrombocyte apheresis 157.000, in postoperative non-bleeding follow-ups thrombocyte level of 19.200 was taken. Seven units of random thrombocyte replacement, IVIG and steroid treatment was performed. In close follow ups thrombocyte level of 10.000 detected and splenectomy resistant ITP diagnosed. The patient was taken to intensive care unit and vomitted gushingly because of probable intracranial pressure due to hemorrhage.Blood pressure 145/95 mm/Hg, pulse 57/min, respiration rate 28/min and irregular and O2 saturation was 86. He had repeating cardiopulmunary arrests and no response to resuscitation.

DİSCUSSİON/ RESULT: ITP is an autoimmun disease characterized with low platellets because of thrombocyte destruction. Incidence is between 40-160 / 1.000.000. Procuring minimum level of platellets for preventing critical bleeding is the main treatment purpose. Resistance to medical treatment and ceaseless bleding indicates emergent splenectomy. However the probability of resistance to surgery together with medical resistance and life-threatening bleeding should be kept in mind.

KEYWORDS: purpura, platellet, immune

PS-0126 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Delayed presentation of diaphragmatic hernia due to blunt trauma causing gastric strangulation requiring gastric wedge resection, splenectomy and diaphragma reconstruction

Kemal Gündoğdu[1], Ömer Yalkın[1], Necattin Fırat[1], Ahmet Nasır[3], Yasin Alper Yıldız[1], Fehmi Çelebi[2]

[1] *Sakarya Teaching and Research Hospital, Department of General Surgery, Sakarya, Turkey*

[2] *Sakarya University, Faculty of Medicine, Department of General Surgery, Sakarya, Turkey*

[3] *Sakarya Teaching and Research Hospital, Department of Thorasic Surgery, Sakarya, Turkey*

INTRODUCTION: Traumatic diaphragmatic hernias (TDH) are rare conditions caused by blunt trauma. Abdominal and respiratory complications may develop if diagnosis is missing or delayed.

CASE REPORT: 25 year-old male patient referred from a district hospital examined. He had tube thoracostomy and splints on femur performed in prior clinic two days ago and had thoracoabdominal pain, vomiting and dyspnea complaints. In his physical examination tenderness, guarding and reboud-tenderness detected on abdomen. Arterial blood pressure 100/60 mmHg, heart rate 80 pulse/min, respiration rate 20 breaths/min and oxygen saturation was 90%. In laboratory tests Hb: 10.8 gr/dl, WBC 17000 K/uL examined. A chest X-ray, thoracoabdominopelvic CT which demonstrated bilateral hemothorax, pelvic, femoral and rib fractures, a left sided diaphragmatic hernia with stomach in thorax performed. Upon exploration partly necrotic stomach corpus found out in thorax because of strangulation among diaphragm defect. Spleen was fragile by pulling tension of diaphragm. Splenectomy, diaphragm reconstruction and gastric wedge resection performed respectively. The patient had no problems in follow ups and referred to orthopedy clinic for further operations.

DISCUSSION: Traumatic diaphragmatic hernia is a rare condition with 0.8-1.6% of the patients with blunt trauma and forms approximately 0.8–8% of all diaphragmatic hernias. Symptoms are abdominal pain, vomiting, dyspnea. Observing the herniation in thoracoabdominal computed tomography is the indispensable radiological method. Rare causes are vomiting, coughing, exercise, pregnancy, and iatrogenic injury. The most common site of rupture is the weakest part, embryonic fusion line, left posterolateral surface of diaphragm. Due to the buffer effect of liver, right diaphragm is relatively protected from ruptures. Left sided rupture occurs in 70%–80%, right sided rupture in 15%–24% 5%–8% cases bilaterally. The presentation of TDH was described in three phases by Grimes as acute, latent and obstructive. Acute and latent phases are characterized with injuries with multitraumas attended by shock, respiratory failure dominating the clinical picture. Obstructive phase is the period that we meet with complications as incarceration, obstruction, strangulation, or perforation because of delay in diagnosis as in our case. Thoracotomy and laparotomy is accurate approaches detected in this phase.

CONCLUSION: As shallowing symptoms are correlated with multitrauma and overlooked by clinician, TDH is often missed or delayed. If an injury goes undiagnosed, hernia can grow over time and will often lead to development of respiratory or abdominal symptoms such as in our case.

KEYWORDS: trauma, diafragmatic rupture, gastric necrosis

PS-0127 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Serebellar Hemorrhage and craniotomy indications

Serdar Özdemir, Aysel Hünük, Bahattin Onur, Tanju Biçer, Selma Damla Özalp, Taygun Baykal, Cemalettin Sakal, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Research and Education Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul,Turkey

INTRODUCTION: Spontaneous cerebellar hemorrhages represent 5 to 13% of all cases of spontaneous intracranial hemorrhages. Hypertension is the major cause of cerebellar hemorrhages. Hypertension is responsable fom 60 to 89% of cases. Cerebral amyloid angiopathy was also reported as an other cause of cerebellar hemorrhage in old age. The main prognostic factors affecting the outcome are the clinical state of the patient on admission, size and localization of hematoma, compression of brain-stem, and presence of intraventricular hematoma and hydrocephalus. Computerized tomography (CT) offers early and accurate diagnosis of intracerebellar hematoma, size and location of intracerebellar hematoma can be precisely defined.

CASE: A 81-year-old female patient presented to the Emergency Department (ED) with nausea and vomiting. The patient had a history of Type II diabetes, atrial fibrilation, hypertension, chronic obstructive lung disease. Her vital signs were: body temperature 37,3°C; blood pressure 258/125 mmHg; respiratory rate 17 per minute and heart rate 82 beats per minute. Blood sugar was 227 mg/dL. General examination was within normal limits. Laboratory studies were obtained, including hemoglobin 12,6 g/dL (normal range [NR]: 12-18), white blood cells 7,4 K/uL (NR: 4,8–10,8), platelets 142 K/uL (NR: 130-400), troponin I 0,007 ng/ml (NR: 0-0,030) and international normalized ratio 1,11. Urea, creatinine, liver function tests, urine tests were within normal limits. The patient received head CT scan. CT showed serebellar hematoma. In right cerebellar hemisphere, extending from the vermis, pressing the 4th ventricle and 32mmx44mm sized serebellar hematoma was observed. Posterior fossa craniotomy was performed. She was discharged without complications ten days later.

DİSCUSSİON: These hemorrhages are associated with high mortality rates of 20 to 75%, irrespective of the mode of treatment, with higher values being reported for the precomputed tomography era. Cerebrovascular disease affecting other areas of the brain is common. In a report a previous history of ischemic cerebral infarction was noted in 51.3% of cases and hemorrhagic infarction in 20.9% of cases. Surgical treatment indications are Glasgow coma score less than 13, hematoma diameter more than 4 cm, compression of brain-stem, and presence of intraventricular hematoma and hydrocephalus. Emergency physicians mustn't forget craniotomy indications while evaluating patients with cerebellar hemorrage.

KEYWORDS: craniotomy indications, serebellar hemorrhage, serebellar hematoma

PS-0128 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Splenic Infarctıon

Serdar Özdemir, Yasin Metiner, Bahattin Onur, Fatih Doğanay, Selma Damla Özalp, Taygun Baykal, Demet Devrimsel Doğan, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Research and Education Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul,Turkey

INTRODUCTION: Thoracoabdominal pain is a common reason for patients to seek evaluation in the Emergency Department (ED). Few chief complaints are as dependent on the use of patient demographics, history, and physical examination to narrow an otherwise broad differential diagnosis. Splenic infarction is uncommon reason of thoracoabdominal pain. Splenic infarction must be suspected in patients with known hematologic or thromboembolic conditions who develop left upper quadrant pain and signs of localized or systemic inflammation. We report a case of a patient that presenting with abdominal pain and had aortic and mitral valve replacement and hemorrhagic stroke was diagnosed splenic infarction.

CASE: A 58-year-old male patient was admitted to our ED with left chest pain and left flank pain for a week. He mentioned that he had aortic and mitral valve replacement 3years ago and he had a hemorrhagic stroke two weeks ago. He was using 40mg enoxaparin in a day for two weeks. On arrival, her vital signs were: body temperature 36,9°C; blood pressure 93/63mmHg; and heart rate 74beats per minute. Thorax examination was within normal limits. Abdomen examination was notable for a soft abdomen with normoactive bowel sounds and mild tenderness to palpation in left upper quadrant; there was no guarding or rebound. Electrocardiogram showed atral fibrilation Laboratory studies were obtained, including hemoglobin 11,7g/dL, white blood cells 14,8K/uL and international normalized ratio 0,98. Urea, creatinine, plasma glucose, liver function tests, urine tests were within normal limits. The patient received thoracoabdominal computed tomography (CT) scan. CT showed splenic infarction. Patient's symptoms were well controlled in our department in a day and he was discharged.

DİSCUSSİON: Nontraumatic splenic emergencies are encountered during the imaging of patients in ED. Patients are investigated for symptoms of suspected splenic pathology. However splenic emergencies, such as splenic infarction, are detected in patients in the ED during the evaluation of non specific abdominal pain. Contrast CT scan is currently the best test available to diagnose splenic infarction but ultimate diagnosis depends on pathologic examination of the spleen. Showing the infarction in the spleen and the other target organs is adventage of contrast CT scan. CT is also invaluable in ruling out other pathologies that may have a similar clinical presentation. CT should be considered in every patient with unexplained abdominal pain, expecially left upper quadrant and flank pain. Clinicians should specifically consider splenic disorders in patients presenting with chest or flank pain and underlying predispositions.

KEYWORDS: computed tomography, splenic infarction, valve replacement

PS-0129 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Getting Higher Than the Empire State: Pneumomediastinum and Bilateral Pneumothorax Associated with Smoking Synthetic Cannabinoid

Mustafa Çalık[1], Saniye Goknil Çalık[2], Can Gokay Yıldız[2]

[1]Department of Thoracic Surgery, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey

[2]Department of Emergency Medicine, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey

Pneumomediastinum and pneumothorax known as free air in the mediastinum and pleural space respectively, is an uncommon complication of Phytocannabinoids known as marijuana. Although it has been used for recreation and medicinal purposes for centuries, synthetic cannabinoids (SCs) have just emerged in recent years. SCs are functionally, but not structurally, similar to Δ9 tetrahydrocannabinol (THC) which is responsible for psychoactive effects such as heightened mood or euphoria and relaxation. Herein, we represent a patient with pneumomediastinum and bilateral pneumothorax occurring after the use of SC.

A 13-year-old boy was brought to the emergency department with sudden onset of chest pain, dyspnoea and fainting. An emergency oral intubation was performed and referred to ICU. The thoracic CT scan that was performed after ICU admissions revealed bilateral pneumothorax, pneumomediastinum and subcutaneous emphysema. A right tube thoracostomy was performed. No tube drainage was necessary for the left hemithorax. Air collections resolved spontaneously within days. The patient was discharged on the thirteenth day of admission without complication.

The popularity and usages of SCs are increasing exponentially due to the more powerful and longer effect, easy access, affordability, perception that these products are legal and herbal, and the undetectability in routine drug tests. SCs produce physiological and psychoactive effects similar to THC, but with greater intensity, resulting in medical and psychiatric emergencies.

SCs can cause severe and life-threatening symptoms as in our case. This case is of importance because it shows for the first time pneumomediastinum and bilateral pneumothorax secondary to the use of SCs.

KEYWORDS: Pneumomediastinum, Pneumothorax, Synthetic Cannabinoid, Bonsai, Herbal Highs, Legal Highs

PS-0130 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Case of Aorta Dissection Presented with Stroke

Besime Utku, Selim Bozkurt, Selçuk Bekaroğlu, Mahmut Egemen Şenel
Department of Emergency Medicine, Kahramanmaras Sütcü Imam Üniversity, Kahramanmaras, Turkey

INTRODUCTION: Aorta dissection is a disease that requires immediate diagnosis and treatment. Aorta dissection is one of the causes fatal chest pain. Mortality also increases when the diagnosis is delayed. Patients are often admitted with chest and back pain but also different symptoms depending on the level of vessel. Here we presented a rare aorta dissection case presented with stroke.

CASE: 67-year-old male patient was presented with transient right arm and leg weakness and slurred speech complaints for half an hour. His past history was normal. Physical and neurological examinations were normal. But he was hypotensive; TA: 80/40 mmHg (equal right arm-left arm), heart rate 80 beats/min. Cranial computed tomography was taken for the diagnosis of transient ischemic attack to the patient. Then cranial CT was normal. After arriving from the patient cranial computed tomography of the chest and back pain began. Transthorasic echocardiography was asked by a preliminary diagnosis of patients with dissection. There were aortic root dilatation and flap image. Cardio-vascular surgery consulted; on the computed tomography

angiography for aorta; aortic root dissection of the left iliac artery was found extending from the proximal portion. Then patient underwent surgery.

CONCLUSION: Aortic dissection may present with different clinical manifestations. Patients can be seen temporary improvement in symptoms when admitted to the emergency. Patients admitted to the emergency department should be monitored under close surveillance, new symptoms and signs should be considered and patients should be reassessed.

KEYWORDS: aorta dissection, chest pain, transient ischemic attack

PS-0131 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Case of Abdominal Pain; Rectus Sheath Hematoma

Mansur Kürşad Erkuran, Arif Duran
Departments of Emergency Medicine, Abant Izzet Baysal University, Bolu, Turkey

OBJECTIVE: Rectus sheath hematoma is secondary to bleeding into the sheet of the rectus abdominis and pyramidalis muscles due to the rupture of epigastric artery or veins. One of the most important predisposing factors is anticoagulation therapy. Although ultrasonography is used as a first-line diagnostic tool in the diagnosis since it is easily available, rapidly performed and provides information about the localization of the mass, tomography reveals more specific results. Surgical or conservative treatment can be chosen. We presented here a case of a rectus sheat hematoma which is one of the rare causes of abdominal pain.

CASE: A 74 year-old female patient presented to the emergency service with abdominal pain. She had no diarrhea, constipation, vomiting or nausea accompanying the abdominal pain. She had atrial fibrilation and was on oral warfarin (coumadin) sodium in a dose of 5 mg/day. Her general condition was good, conscious and cooperated and oriented. Her blood pressure was 110/70 mmHg, pulse 94 beats/min., respiratory rate 16 breaths /min. and her body temperature was 36.7 oC. Inspection of abdomen was normal and her bowel sounds were normoactive. Palpation revealed diffuse tenderness in the abdomen, voluntary guarding and a palpable mass in the left lower quadrant. Her laboratory results were as follows: WBC: 10.3 K/uL, hemoglobin: 14.2 gr/dl, platelets: 190 K/uL, urea: 84mg/dl, creatinine: 1,37mg/dl, ast: 37, U/L, alt: 22U/L, Na: 138 mmol/L, K: 3.58 mmol/L, activated partial thromboplastin time: 46.8 sec., prothrombin time: 33.6 sec., INR: 3.30. Whole abdominal ultrasonography which was obtained for diagnostic purposes demonstrated that intraabdominal organs were normal and an area of hematoma was detected left lateral to the umbilicus measuring approximately 5x12x7 cm. Computed tomography of the abdomen without contrast enhancement demonstrated an intramuscular heterogeneous mass measuring approximately 70x57 mm, at the level of pelvic intro at the left paramedian localization of the abdomen and extending through the rectus abdominis muscle in the anterior wall of the abdomen (Figure 1,2). Rectus sheat hematoma was considered as the diagnosis and a general surgery consultation was requested. Surgical intervention was not chosen and she was admitted to the hospital for the purpose of follow-up in terms of bleeding.

CONCLUSION: In conclusion, rectus sheat hematoma is a diagnosis which should be considered in patients on anticoagulant treatment who present to emergency service with abdominal pain. Although it is rare, it should be kept in mind especially in elderly women using anticoagulation.

Keywords: Anticoagulant, bleeding, woman, elderly, rectus abdominis muscle.

PS-0132 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Pneumobilia: does it have clinical significance?

Ozcan Yavasi[1], Kamil Kayayurt[1], Ozlem Bilir[1], Gokhan Ersunan[1], Erhan Ugras[1], Baris Giakoup[2]

[1]*Department of Emergency Medicine, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Rize State Hospital, Rize, Turkey*

INTRODUCTION: Pneumobilia is defined as the presence of air in the biliary system or as gas within the liver. It is usually iatrogenic and is frequently encountered following procedures such as endoscopic retrograde cholangiopancreatography, sphincterotomy or biliary surgery. It may represent a benign and clinically insignificant condition or may represent a life-threatening condition. The evaluation and treatment of pneumobilia requires early recognition and a thorough clinical history to determine when further intervention is necessary.

CASE REPORT: A 57-year-old male presented to the emergency department with complaints of crampy abdominal pain, nausea, vomiting and fever. He had a laparoscopic cholecystectomy operation 6 years ago and a percutaneous drainage operation was performed for an abscess in choleductus 2 months ago at another hospital. His vital signs were almost unremarkable except that of subfebrile fever of 37.4 C°. Her abdomen was distended and had slight tenderness on epigastrium and right upper quadrant. Laboratory results were; WBC: 15.5 K/uL, neutrophil: 14.3 K/uL, AST: 70 U/L, ALT: 469 U/L, amilase: 211 U/L, and CRP: 10.7 mg/dL. There was not any air-fluid level at his standing abdominal x-ray, but caecum and descending colon were dilated with gas. There was no free air below the diaphragma. Bedside ultrasonography yielded highly reflective linear echoes with reverberation artefacts consistent with pneumobilia. A confirmatory computed tomography with intravenous contrast revealed dilated intrahepatic bile ducts filled with air. The patient was hospitalized by general surgeon. At tenth day he was discharged without any symptoms. Pneumobilia was thougt to be the complication of abscess drainage. At his follow-up visits the patient was diagnosed as metastatic pancreatic cancer.

CONCLUSİON: Although rare, the air can remain in the biliary tree for months or even years following biliary procedures it is not significant. The key is the discrimination between pneumobilia and portal air. Because pneumobilia may represent a benign and clinically insignificant condition whereas portal venous air may be a marker of ischemic or necrotic bowel.

KEYWORDS: biliary gas, pneumobilia, portal venous air

PS-0133 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Burn cases that are hospitalized in Şanlıurfa Education & Research Hospital

Mansur Kürşad Erkuran[1], Ahmet Ceylan[2], Erhan Düzenli[2], Fatih Büyükcam[3]

[1]*Departments of Emergency Medicine, Abant Izzet Baysal University, Bolu, Turkey*

[2]*Department Of Emergency Medicine, Sanliurfa Education And Research Hospital, Sanliurfa, Turkey*

[3]*Department Of Emergency Medicine, Diskapi Yildirim Beyazit Education And Research Hospital, Ankara, Turkey*

OBJECTIVE: The aim of this study is to search the epidemiologic characteristics of burns in the patients that are admitted with burn to the emergency department and hospitalized.

METHODS: The hospital records of 636 patients that are admitted with burn to the emergency department in 2012 and hospitalized in Şanlıurfa Education and Research Hospital, were investigated. Age, sex, burn causes, burn degree, anatomic localizations of burns, burn rate, and hospitalization duration were examined.

RESULTS: 383 (60,2%) of the patients were male. The mean age was 10,8. 441 (69,4%) of the burns were aroused from hot liquids. 568 of the patients had 2 to 3 degree burns. Mean burned body area was 14.72%. The most seen burn location was upper extremities.

CONCLUSION: Burns are seen mostly in men and children. Extremities are effected more than other parts of the body. Burns are mostly caused by hot liquids and the most frequent cause of burn that should be followed in intensive care unit, was electrical injuries.

KEYWORDS: epidemiology, burn, burns in children, hospitalization

PS-0134 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Spontanous Rupture Of Splenic Artery Aneurysm During Pregnancy

Mevlana Omeroglu, Mustafa Uzkeser, Erdal Tekin, Atif Bayramoglu
Department of Emergency Medicine, Atatürk University,Erzurum, Turkey

INTRODUCTION: Considering frequency, splenic artery aneurysm (SAA) is 3rd among all intraabdominal aneurysms. (Aorta and iliac arteries are first 2). Although in general population, the incidence of SAA varies from 0,1 to 10,4%, it has a increased frequency as 60% due to all hormonal and physiological changes during pregnancy. Spontanous rupture of splenic artery aneurysm usually occurs in patients with multiparity and around 3rd trimester of pregnancy and is associated with high maternal and fetal mortality. Ruptures occur 25-85% in the third trimester, 2-12% in the first and second trimestr,13% in the labor and 6% in the puerperium. In our case, we reported a 24 weeks pregnant patient which presented abdominal distention in EMS and had hemodynamic instability in a few hours. We wanted to increase awareness of splenic artery rupture during pregnancy.

CASE: 27 year-old female, 23 weeks pregnant patient presented abdominal distention for 2 days in EMS. TA: 60/40 mmHg, Pulse: 120/min and filiform, pulse O2 saturation: 88%. İn Physical examination, electrocardiography is sinus tachycardia, respiratory system is normal. Patient had bigger abdominal distention than pregnancy week. Lab RESULTS: Hb:4.2 gr/dl Hct: 13.2% WBC:22.000/µL Plt:120.000/µL INR:2.16. Fetal Cardiac Activity was evaluated as negative on bedside USG by obstetrician. She was prediagnosed as DIC and got into operation room for Caesarean Section. During operation an active abdominal hemorrhage was remarked by obstetrician and ruptured splenic artery aneurysm was detected as source. Splenectomy was proceeded by general surgery team. Ex fetus was delivered, hysterectomy due to uterine atony was decided. The patient discharged prior to observation postoperative six days in intensive care unit.

RESULT: Rupture of splenic artery aneurysm might occur in 3rd trimester as it might occur during labour and post-partum. Rupture of splenic artery aneurysm should be considered as a differential diagnosis for a pregnant patient presenting severe, unexplained abdominal pain.

KEYWORDS: splenic artery aneurysm, pregnancy, hemodynamic instability

PS-0135 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Peptic Ulcer Perforation

Ahmet Demir[1], Mehmet Ayrancı[2], Zeynep Özkök[3], Cihan Büyüksütçü[2], Meltem Çöllü[3]
[1]*Sultanbeyli Devlet Hastanesi*
[2]*Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi*
[3]*Meram Tıp Fakültesi*

OBJECTIVE: Peptic ulcer perforation is a serious complication of peptic ulcers which affects almost 2-10% of peptic ulcer patients on the average. Globally, the incidence of peptic ulcer disease has fallen in recent years. Despite this and recent advances in both diagnosis and management of peptic ulcer disease, namely the improvement in endoscopic facilities, eradication of H. pylori and the Introduction of the proton pump inhibitors, complications such as peptic ulcer perforation remain a substantial healthcare problem. This may be due to an increase in the risk factors for peptic ulcer complications.

CASE: 27-year-old male patient was admitted to the other emergency department with abdominal pain. There treatment descending pain the patient was discharged. After discharge with increasing abdominal pain was admitted to our emergency.In the story had a stomachache that starts suddenly in the morning. Resume feature is not available in. On arrival the patient of physical examination, abdominal tenderness, rebound and defense was present. There was free air under the diaphragm in the X-ray. General surgical consultation was requested for patients with suspected peptic ulcer perforation. The diagnosis was suggested by explaining to the patient for surgery.Patient refusing treatment and separated hospital.

CONCLUSION: From patients with abdominal pain complaints also declined with treatment should be advised before to discharge. If repeated complaints patients must re-apply the emergency. Physical examination revealed the findings of acute abdomen patients must done extensive research diagnosis should be stated.

KEYWORDS: Peptic Ulcer,Perforation, abdominal pain

PS-0136 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Pneumomediastinum Due to Blunt Chest Trauma after Jumping From 1.5 M Height

Mustafa Çalık[1], Saniye Goknil Çalık[2], Atilla Cam[1], Hıdır Esme[1]
[1]*Department of Thoracic Surgery, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*
[2]*Department of Emergency Medicine, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

Pneumomediastinum is an uncommon clinical condition that occurs when air leaks into the mediastinal space from the lungs or any of the luminal organs. Pneumomediastinum can be categorized as atraumatic in around 20% or traumatic in around 80% of cases. Traumatic pneumomediastinum is caused by blunt in around 86% or penetrating trauma in around 14% of cases or by iatrogenic injury, such as that produced by mechanical ventilation or endoscopic procedures. Herein, we aim to describe a patient with pneumomediastinum due to blunt chest trauma after jumping from 1.5 m height.

A 45-year-old man referred to our emergency department of a tertiary care teaching hospital with chest pain. It began after the patient jumped from an auto lift about 1.5 meters high to the ground. Initially pain was felt in the epigastrium and retrosternal region then radiated bilaterally to the thorax. Pain was gradually increased during deep inspiration and swallowing. On the admission his medical history and physical examination were unremarkable. Although posteroanterior and lateral chest radiographs showed no signs of pneumomediastinum, it was suspected. Chest tomography revealed pneumomediastinum. He was treated conservatively. Air collections resolved spontaneously within days. The patient was discharged on the sixth day of admission without complication.

Thoracic injuries are linked to approximately 25% of all trauma deaths, and have blunt mechanism as one of most important causes. Pneumomediastinum is a rare life-threatening complication of blunt trauma if not treated properly and timely but the majority of cases are self-limiting and benign. Making the correct diagnosis can be a challenging even if experienced clinicians and unusual presentations may lead to delayed or missed diagnoses. This case shows that pneumomediastinum could be possible in a patient without any findings in physical and radiological examination. It should be kept in mind all after blunt chest trauma.

KEYWORDS: Pneumomediastinum, Blunt, Chest, Trauma

PS-0137 Kardiyovasküler aciller

The Role of Emergency Physicians on the Management of Chest Pain

Nurşah Başol[1], Gülşen Çığşar[2], Eray Atalay[3], Serpil Can[4], Elnare Gunal[2], Mehmet Tamer Özdemir[3], Özcan Keskin[3]
[1]*Gaziosmanpasa University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, Tokat, Turkey.*
[2]*Kafkas University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, Kars, Turkey.*
[3]*Kafkas University, Faculty of Medicine, Department of İnternal Medicine, Kars, Turkey.*
[4]*Kafkas University, Faculty of Medicine, Department of Physiology, Kars, Turkey.*

OBJECTIVE: Chest pain is a common and important admission complaint of patients in the emergency department (ED). The differential diagnosis especially in terms of acute coronary syndrome (ACS) should be done carefully by emergency physicians. The present study aims to identify patients with chest pain according to presence of ACS in the ED.

MATERIAL-METHODS: The patients who admitted to the ED of a university hospital in a year period with chest pain complaint were enrolled into the study prospectively. The information that include age, gender, type of chest pain, duration of pain, medical history, transporting way to the ED, duration time of electrocardiography (ECG) recording, main diagnosis, consultation status, last condition of patients and length of stay of patients were recorded. The data were analyzed by SPSS 17.0 program.

POSTER BİLDİRİLER

RESULTS: Totally 325 patients with chest pain complaint were enrolled into the study. 24.3% of patients with chest pain were diagnosed as ACS.It was found that most of the patients (42.5%) came to ED by the ambulance.110 (33.8%) of 325 patients with chest pain were consulted with cardiologists. The older age was found to be related with ACS significantly (p<0.001). Additionally; compressive, burning and squeezing types of chest pain were associated with ACS (p<0.040). The length of stay in the ED was found shorter in ACS+ group than ACS- group (p<0.001).

CONCLUSION: The presented study indicates the role of emergency physicians on the management of patients with chest pain. The early and true diagnosis of patients is very important and essential particularly for the management of ACS in the ED.

KEYWORDS: Chest pain, emergency department, acute coronary syndrome

PS-0138 Kardiyovasküler aciller

Only Refractory Hypotension: Why? Is it Anaphylaxis?

Abdussamed Vural, Fatih Tutucu, Mehmet Yılmaz, Bahadır Karaca, Mustafa Alpaslan, Avni Uygar Seyhan, İsmail Altıntop
Department of Emergency Medicine, Training and Research Hospital,Kayseri,Turkey

CASE: Forty-seven-year-old male patient was brought to the emergency department by 112 with a sudden change in consciousness. On admission, his tension arterial value was 50/30 mmHg, pulse 130 beats / min, respiratory rate 26 / min, SPO2: 70%, fever of 37.5 ° C, blood sugar: 121. General condition of the patient was poor. His Glasgow coma scale (GCS) score was 10 (E2M5V3). The other physical examination findings were normal but he had cold and pale skin. According to the family, He had no history of any allergic reactions or medical problems. Furthermore, the patient's family told us that he was likely to be lured by the wasp.

The anaphylaxis reaction was to be considered in our patient who had hypotension, tachycardia and respiratory distress although there were no any cutaneous manifestations in the skin or soft tissue edema. 0.5 mg epinephrine intramuscularly was applied to the patient. Aggressive fluid replacement therapy, antihistamines (1 ampoule), methylprednisolone (1-2 mg / kg), and oxygen (4-6 L / min) was started as supportive treatment. Intramuscular epinephrine, same dose, was repeated. The patient was intubated for airway safety. Epinephrine (1 ug / min) and dopamine (5-10 ug / kg / min) infusion support was provided because of refractory hypotension. There was no abnormality on chest radiograph. The laboratory tests were within normal limits. In the differential diagnosis in terms of the cardiac collapse and sudden loss of consciousness, further investigations were carried out. The patient's ECG showed narrow QRS, sinus tachycardia, and V4-V6 ST- segment depression. Segmental wall motion abnormality was not detected in the echo and acute coronary syndrome was ruled out. Pulmonary embolism which one of the important reasons for acute cardiopulmonary arrest was not detected. There was also no any acute brain pathology.

The patient's blood pressure and other vital signs were stabilized with the support of positive inotropic agents (epinephrine + dopamine). It was confirmed by the patient following 3 days in intensive care unit with standard treatment of anaphylaxis that the cause was wasp sting.

RESULT: This phenomenon which is due to bee stings causing cardiovascular collapse without local skin findings has been presented in order to emphasize the importance of systemic anaphylaxis and principles of clinical management of anaphylaxis.

Although skin and soft tissue reactions were seen in almost most of anaphylaxis, the possibility of occurrence of systemic reactions without cutaneous manifestations should be kept in mind.

KEYWORDS: bee stings, cardiac collapse, systemic reactions,

PS-0139 Kardiyovasküler aciller

Successful evaluation of biphasic T-wave in ED: Wellens Syndrome

Ali Attila Aydın[1], Kemal Türker Ulutaş[2], Cemile Aydin[3], Murtaza Kaya[1], Umut Akar[1], Tayfun Türe[1]
[1] *Gulhane Military Medical Academy, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey*
[2] *Kadirli State Hospital, Department of Clinical Biochemistry, Kadirli, Osmaniye, Turkey*
[3] *Ankara Etimesgut City Hospital, Department of Internal Medicine, Ankara, Turkey*

BACKGROUND: Wellens Syndrome (WS) is very important because of its diagnostic and prognostic value. If the ECG changes are not identified and intervened in time, the outcome can be ominous. It is very important not to under diagnose this condition, which has a high probability for anterior MI.

CASE: 52-years-male patient without cardiovascular disease or risk factor admitted to the emergency department (ED) suffering chest pain and syncope just after a discussion he involved in work. Chest pain was radiating to the left arm and was not precipitation by exertion. Shortness of breath was not accompanied angina. In 12 derivations ECG, he had a normal sinus rhythm and a biphasic T-waves in V2 and V3 derivations. Serially measured Troponin-I and cardiac enzyme levels were within normal range. Finally, the patient was consulted to department of cardiology because of clinical concerns with initial diagnosis of WS. Patient underwent cardiac catheterization laboratory in the cardiology

CONCLUSION: Emergency Physicians should be aware of T wave abnormalities in patients who admit to ED suffering chest pain, especially in anterior derivations of ECG. In this case we intended to say that it can cause fatal results when the recognition of ECG findings delays. We have better to keep in mind that the risk of anterior myocardial infarction gets higher by the time, which has suspicious of Wellens' Syndrome.

KEYWORDS: Biphasic, T wave, Wellen

PS-0140 Kardiyovasküler aciller

Incidental asymptomatic giant pericardial effusion detected preoperative preparation of hip fracture

Selim İnan, Burak Demirci, Erinç Müderris, Murat Ongar, Fatma Yorulmaz, Uğur Bal, Fevzi Yılmaz, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Pericardial effusion is a common finding in clinical practice either as incidental finding or manifestation of a systemic or cardiac disease. The spectrum of pericardial effusions ranges from mild asymptomatic effusions to cardiac tamponade. Moreover, pericardial effusion may accumulate slowly or suddenly.Slowly accumulated effusion can be asymptomatic. Giant pericardial effusions are usually symptomatic.now we will report an interesting case; incidental asymptomatic giant pericardial effusion detected preoperative preparation of hip fracture.

CASE: 76-year-old woman was brought to the emergency room with falling in bathroom. In the inspection the patient's left leg was shorter and external rotation. She was painfull and she had pain on her left hip. Her vital sign were respiratory rate of 18 breaths/ min, heart rate of 110 beats per/min, blood pressure of 105/65 mm Hg, and hemoglobin saturation of 90% in room air. Hip and femur radiograph was taken and the right hip fractures were seen. She was consulted to to orthopedic department and she was scheduled for emergency surgery. For preoperative preparation AP chest radiograph was taken.But on chest radiograph left lung was completely closed. Thoracic CT scans were taken with a preliminary diagnosis of space-occupying mass in the lung. But incidentally masif pericardial effusion was observed which reached to 12 mm.he was conculted to cardiology department and he was hospitalized in cardiology service for advanced research and pericardiocentesis.

CONCLUSION: Recent scientific studies showed that; in an asymptomatic patient, a pericardial effusion of less than 10 mm on the echocardiogram may be an incidental finding, especially in elderly women, In these patients, neither invasive studies nor treatment are required. A follow up echocardiogram is probably warranted to see if the echocardiographic findings are unchanged. Further investigation or treatment of these patients is not necessary if the echo findings are stable. If pericardial effusion is more than 10 mm, further investigation or treatment is necessary even though patient's asymptomatic.

KEYWORDS: Asymptomatic giant pericardial effusion,Hip fracture,Incidental

PS-0141 Kardiyovasküler aciller

A Case of Acute Myocardial Infarction Secondary to Contrast Agent Administration

Özlem Güler, Mustafa Safa Pepele, Evrim Gül, Erkut Erol
Department of Emergency Medicine, Elazığ Education and Research Hospital, Elazığ, Turkey.

INTRODUCTION: Hypersensitivity and allergic reactions are known causes of acute cardiovascular events, but reports of coronary artery spasm caused by contrast agents are rare. Only limited reports are available which suggest the exact mechanism of the occurrence of angina or myocardial infarction during severe allergic reactions. In this report we describe a case of acute inferior myocardial infarction induced by the contrast agent iohexol (Omnipaque).

CASE: An 83 year-old man was brought to emergency department for syncope after contrast tomography. His vital signs were: blood pressure 70/40 mmHg, pulse rate 77/min, pulse oximeter 95%, respiration rate 16/min. Electrocardiography was consistent with inferior myocardial infarction. His physical examination was normal. He had no complaint of chest pain. There wasn't diabetes or any other disease in his history. He had applied to emergency department three times in last fifteen days for new onset dyspnea and referred to chest disease specialist. He underwent contrast tomography for further investigation by chest disease specialist. Laboratory results including troponin-I were normal. Coronary angiography showed a stenosis of diagonal artery.

CONCLUSSİON: Although contrast agent is generally considered to dilate the coronary artery, it was shown that contrast agent has a vasoconstricting action at a high concentration, and this feature is more evident in arteriosclerotic sites. Physicians should be aware that contrast agents may cause coronary spasm and myocardial infarction.

KEYWORDS: allergy, contrast agent, myocardial infarction

PS-0142 Kardiyovasküler aciller

Case Report: Acute Myocardial Infarction After Intramuscular NSAII Injection

Yahya Kemal Günaydın, Can Gökay Yıldız, Kamil Kokulu, Nurser Muraçal, Nazire Belgin Akıllı, Ramazan Köylü, Başar Cander
Konya Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Konya, Turkey

INTRODUCTION: As is known, non-steroid anti-inflammatory drug (NSAID) is not suggested fort he patients with acute coronary syndrome. Because NSAIDs increase the mortality, re-infarction and cardiac failure. Furthermore, these agents may trigger acute coronary syndrome development. However, NSAIDs may cause allergic myocardial infarction which is also known as Kounis Syndrome. In the present case, we aimed to present an acute myocardial infarction case appeared after intramuscular NSAID injection.

CASE: A 39 year old male patient referred our emergency department because of abdominal pain for 4 days. He had asthma and opioid addiction history. He referred emergency departments of different hospitals on two subsequent days before and no pathology was detected. Blood analysis, chest x-ray and direct abdominal graph at a standing position within last 2 days and 3 electrocardiography (ECG) tests taken in different times were all normal. Vital signs are stable in the physical examination. He had suprapubic tenderness on the abdomen. Laboratory tests including cardiac enzymes were normal. ECG was on normal sinus rhythm. Chest x-ray and direct abdominal graph at a standing position were normal. No pathology was detected in abdominal ultrasound examination. Drug screen tests were normal. The patient was taken into the observation room for follow-up and intravenous fluid treatment. Abdominal pain became severe during the follow-up; because the patient had opioid addiction in his history, intramuscular diclophenac sodium was injected. Upon severe chest pain 5 minutes after the injection, ECG was taken again. ECG was consistent with acute inferior myocardial infarction. The patient was admitted to coronary intensive care unit after consultation with cardiology department.

CONCLUSION: Patients with acute coronary syndrome (ACS) or patients who are suspicious and followed-up by ACS should avoid NSAIDs. Because, NSAIDs may trigger ACS.

KEYWORDS: NSAII, Acute Myocardial Infarction

PS-0143 Kardiyovasküler aciller

A Rare Case: Post Traumatic Acute Myocardial Infarction

İsmail Ağı, İrfan Kala, Sultan Erdil Ülgen, Fatma Yorulmaz, Fevzi Yılmaz, Sebil Merve Şen, Vicdan Metin, Nurullah Tarhan
Emergency Department, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Acute myocard infarction (AMI) is the infarctus due to tissue hypoxia when there is insufficient blood supply or the increased oxygen demand of the cardiac tissue. Frequently, atherosclerotic lesions may cause AMI and end stage process of chronic diseases such as hypertension, diabetes mellitus are the risk factors. On the other hand, occasionally fever, tachycardia, thyrotoxicosis, severe anemia may be the risk factors of AMI. We present a rare case with risk factor of AMI, trauma, to be the reason of acute myocard infarction.

CASE: 75 year old male patient who is pedestrian, presented to our emergency department (ED) after a car hitting him from left side of his body. He had no medical history and no chronic use of medical treatment. He pointed out pain on his upper extremities, left side of his chest, left clavicle, left side of his pelvis. Physicial examination revealed diffuse abdominal pain, tenderness on left thorax, left clavicle. Vital signs were normal. (BP: 158/95 mm/Hg, Pulse:95/min, SaO2: 92%). Patient underwent laboratory evaluation and radiologic administration. Plain X-rays showed fracture of left clavicle, left humerus, right humerus and left ramus pubis inferior. There were no fracture on his ribs but the patient redefined pain on his chest. We the perfomed and ECG to rule out AMI but the ECG interestingly showed ST segment elevation in inferior derivations. We decided to perform PCI protocol which revealed out the occlusion inside LAD, CX and RCA. Hemoglobin levels of patient remained unchanged in the first second hour, but the clinical progress didn't improve, hypotension and tachycardia occured. Clinical stabilisation could be remained with erytrocyte suspension and crystalloid administration. After PCI, we performed abdominal computed tomography due to clinical instability which also demonstrated diaphragmatic rupture, jejunal and gastric perforation. Once the decision of surgical operation made, cardiac arrest was formed, but patient didn't respond to CPR of 45 minutes, then was accepted as exitus.

CONCLUSION: Ruling out the acute coronary syndromes of patients with chest pain is one of the most challenging and time taking in emergency departments. Trauma to the chest can be a reason of AMI and we must be aware of such coexisting diseases even though there is fracture of ribs or clavicle or other part of the upper extremities. In our case, we think that loss of blood and secreted vasoconstrictor hormones caused the increased oxygen demand of cardiac tissue, consequently AMI occured.

KEYWORDS: acute coronary syndrome, trauma, collision, ecg

PS-0144 Kardiyovasküler aciller

An Atypical Presentation of Abdominal Aortic Aneurysm Rupture: Case Report

İsmail Ağı, İrfan Kala, Fatma Yorulmaz, Sultan Erdil Ülgen, Nurullah Tarhan, Selçuk Akoğlu, Seval Komut, Binnur Eşfer
Emergency Department, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Aortic aneurysm (AA) rupture is the complication of aortic aneurysm including massive hemorrhage, mortal if not treated regardless to aneurysm location. Patient frequently present with abdominal and back pain, but atypical presentation also occurs such as gastrointestinal bleeding, syncope. Patients generally describes their pain as sudden onset, tearing and severe. We wanted the emphasize that the possible broad atypical presentation of AAA may present to emergency departments like how we faced in our case.

CASE: 69 year old patient was admitted to our ED with dysuria, hematuria and suprapubic pain. He had no medical history except hypertension which he admits he doesn't use his pills properly. Physical examination showed broad tenderness in abdomen, peripheric pulses were palpabl, no pulsatile mass and ecchymosis was noted. Vital signs were stable. Laboratory evaluation was performed and hematuria, leukocyturia were seen. Cystitis, urinary tract stone, benign prostatic hyperplasia were the first diagnosis which came to mind. Patient was admitted for follow-up due to his pain with IV hydration with normal saline. Follow up reveals out the increased abdominal pain though we expected it to reduce, control physical examination also showed weak pulses on right lower extremity and increased abdominal tenderness. We decided to perform IV contrasted abdominal computed tomography due to this acute abdomen situation which we diagnosed the abdominal aortic aneurysm rupture and free fluid inside of abdomen. Hemoglobin value of third hour did not notably changed but the patient was admitted to surgical intervention to repair aorta. Complication didn't occur during operation and post-operative follow-up, patient was discharged safely.

CONCLUSION: Clinical symptoms such as dysuria, hematuria, suprapubic pain could be the symptoms of many clinical scenarios from mild to severe diseases, These symptoms occurs mostly due to BPH, urinary tract infection and stones in daily clinical practice. But we must be aware of AAA rupture even if there are symptoms which generally counted to be not serious but even mild symptoms may point out the AAA rupture like our patient faced. Further follow-up, diagnostic studies, repeated physical examinations must be performed not to miss the diagnosis in patients with insisting symptoms.

KEYWORDS: aortic aneurysm rupture, hypertension, vascular surgery.

POSTER BİLDİRİLER

PS-0145 Kardiyovasküler aciller

A hard-to-diagnose situation in young patients: Aortic dissection

Zeynep Karakaya, Ayşen Ersan, Fatih Esad Topal, Erden Erol Ünlüer, Pınar Yeşim Akyol
Izmir Katip Çelebi University Atatürk Research and Training Hospital Department of Emergency Medicine, Izmir, Turkey

Aortic dissection (AD) is referred to as dissection of the aorta from intima layer all along the long-axis of the media layer. Requiring prompt diagnosis and treatment, AD is an emergency cardiovascular disease with high mortality, incidence of which ranges from 5 to 30 in a million. It is known that the most important risk factor in development of aortic dissection is hypertension. Beside this, frequency of aortic dissection in male patients is 2-3 times more than the female at the same age. The possibility of seeing people aged below 40 with this disease is relatively low except for susceptible family history, congenital heart diseases such as bicuspid aortic valve or coarctation of aorta, Marfan syndrome or pregnancy. Due to poor prognosis, early diagnosis of aortic dissection is of critical importance. Particularly in Acute Type A aortic dissections where ascending aorta and arcus are held, mortality is between 1-3% per hour on the first days. Therefore, Acute Type A aortic dissection (AAD) is a potentially fatal situation, requiring prompt assessment and treatment. It may not be always possible to achieve true diagnosis. It may be often mistaken for acute myocardial infarction, which may lead to late diagnosis and application of improper treatment methods, such as, of antiplatelet, antithrombin or fibrinolytic type.

A 28-year-old male patient with no recognized disease history was brought in cardiac arrest status. It was learnt that he had a complaint of chest pain before applying to emergency room. Right after a 10-minute-cardiopulmonary resuscitation (CPR), the pulse was felt. As EKG indicated ST elevation in inferior derivations, the patient was taken to coronary angiography unit for urgent coronary intervention purposes. Over the course of coronary angiography, his coronaries were normal, and there was a Type A aortic dissection originating in aortic root and progressing up to descending aorta according to aortography. The patient was assessed by cardiovascular surgery department, and urgent operation was not deemed suitable by the council. Medical treatment was initiated accordingly. At 12th hour of follow-up in intensive care unit, cardiac arrest developed, and the patient was accepted as exitus due to non-response to CPR.

It must be kept in mind that aortic dissection (notably in case of Type A AD, which holds ascending aorta as well) may be mistaken for acute myocardial infarction according to EKG findings, and that it may be encountered, even if rarely, in young patients.

KEYWORDS: aortic dissection, cardiac arrest, young patient

PS-0146 Kardiyovasküler aciller

Do not underrate leg pain!!

Ayşen Ersan, Zeynep Karakaya, Erden Erol Ünlüer, Fatih Esad Topal, Pınar Yeşim Akyol, Gülşen Barlas
Izmir Katip Çelebi University Atatürk Research and Training Hospital Department of Emergency Medicine, Izmir, Turkey

Aortic dissection (AD) is referred to as dissection of the aorta from intima layer all along the long-axis of the media layer. Requiring prompt diagnosis and treatment, AD is an emergency cardiovascular disease with high mortality, incidence of which ranges from 5 to 30 in a million. The most important risk factor in development of aortic dissection is uncontrolled hypertension.Cardiac tamponade, hypovolemic shock, stroke and myocardial infarction represent fatal complications of this disease. It is also possible to observe a rupture to pericardial, thoracic or abdominal cavity. The possibility of seeing people aged below 40 with this disease is relatively low except for susceptible family history, congenital heart diseases such as bicuspid aortic valve or coarctation of aorta, Marfan syndrome or pregnancy. These patients apply to emergency room frequently due to severe chest pain and back pain; however they may sometimes present atypical complaints. Atypical findings may include total painlessness or presence of cardiac, neurologic or extremity ischemia findings.

A 70-year-old male patient with recognized history of coronary artery disease first applied to a medical center with complaint of right lower extremities pain becoming more severe within last 2 days, and then he was referred to our hospital with the pre-diagnosis of acute artery obstruction. He was observed to have coldness and pallor in his right leg and foot according to the first examination conducted by us. Bilateral A. Femoral pulse was palpated evenly while pulse could not be palpated in Right A tibialis posterior, A.dorsalis pedis and A.tibialis posterior. The patient was then transferred by cardiovascular surgery team to urgent operation with the pre-diagnosis of acute artery obstruction. Nevertheless, acute artery obstruction was not detected during the operation. According to post-operative transthoracic echocardiography and contrast-enhanced thoracoabdominal angiography BT, the patient was determined to have Type 1 aortic dissection, as a result of which medical treatment was decided. Upon emergence of cardiac arrest on 2nd day of follow-up, the patient was taken under urgent operation, which finally resulted in death.

Reflecting itself with lower extremity ischemia, aortic dissection is a rarely-seen but frequently-missed manifestation. It should be remembered that aortic dissection may be the underlying disease in the patients who apply to emergency room with the complaint of leg and back pain, and with whom acute artery obstruction is detected in clinical terms.

KEYWORDS: aortic dissection, leg pain, acute arterial occlusion

PS-0147 Kardiyovasküler aciller

Subacute Stent Thrombosis Associated Myocard Infarctus: Case Report

Sebil Merve Şen, İrfan Kala, Selim İnan, Fatma Yorulmaz, Nurullah Tarhan, Seher Dinçer, Sultan Erdil Ülgen, Muhittin Serkan Yılmaz
Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Stent is an intravascular instrument, a life saving treatment choice of acute myocardial infractus. Thrombosis of stents may be clinically seen rarely but possible in emergency departments (ED). Acute stent thrombosis is the occlusion of stent in less than 24 hours, subacute stent thrombosis means the thrombosis occuring between 1 and 30 day. Acute and subacute thrombosis clinically indicates early thrombosis. Restenosis of stent accounts of 0.5% of all patients who undergo stent implantation during PCI and mortality rate is 45% of restenosis. Here we want to share our experience about a patient facing subacute stent thrombosis 7 days later of stent implantation.

CASE: 65 year old patient was admitted to our ED with chest pain, nause and vomitting which started 1 hour ago while sitting at home. He said that he was hospitalised 1 week ago due to acute coronary syndrome and discharged after a stent implantation. Vital signs were stable. We performed an ECG to patient and seen ST segment elevation of derivations D2-D3 and patient was accepted by cardiology for PCI in which occlusion of stent was seen and another stent was implemented. Laboratory evaluation showed elevated troponin level 0.24 ng/ml at 1st hour and 75 ng/ml at 6th hour respectively. When we checked the medical history of patient, the intervention of stent implantation of RCA 1 week ago was noted. Complication didn't occur in follow-up and patient was discharged from hospital for outpatient treatment.

DISCUSSION: Thrombosis of stent may be seen rarely in emergency departments and emergency physcians should be aware of restenosis of stents even though patient's vascular structure is reported normally. Risk factors of stent thrombosis include diabetes, STEMI history, use of multiple stents, advanced age, renal failure, slow flow, long lesions etc. We couldn't connect patient's condition with any of risk factors due to absence of any medical history. Only age could be the risk factor. Patient education will be helpful especially for patients with risk factors and should be done before discharge. Anti-thrombotic medications such as clopidogrel, ticagrelor, acetylsalicylic acid, beta blockers etc should be initiated for outpatient treatment.

KEYWORDS: acute myocardial infarction, stent, thrombosis.

PS-0148 Kardiyovasküler aciller

A 28 years-old case with throat ache; Heart failure at youth

Mahmut Egemen Şenel[1], Selim Bozkurt[1], Hüseyin Nacar[2], Vesile Daraoğlu[1]
[1] *Department of Emergency Medicine, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*
[2] *Department of Cardiology, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*

INTRODUCTION: Acute myocardial infarction is a disease that causes damage at heart muscle due to heart vessel occlusion. The most common symptom is an acute chest pain that spreads through shoulder, left arm, jaw and back. Male gender, advanced age, diabetes mellitus and smoking status, etc are the commonly known risk factors for the disease.

CASE: A 28-year-old woman had brought by 112 ambulance to emergency service with throat ache. The patient stated that her pain had started 2 hours ago and she also had chest pain. She didn't have the medical history of coronary artery disease and risk factors. In physical examination; vital findings and system examinations were normal. Myocardial infarction with acute anterolateral ST elevation was detected with 12 lead ECG. After acute myocardial infarction treatment, her pain stopped and she wanted to be discharged. Meanwhile, anterolateral ST elevation was persisting in control ECG and was same as her first ECG. The patient relatives were told that the patient had myocardial infarction and mortality risk. The patient was admitted

to coronary intensive care unit. Her initial Troponin I level was 1,092 (normal range: 0,02-0,06 ng/ml). Coronary angiography revealed total left anterior descending (LAD) artery occlusion (100%), percutaneous coronary intervention wasn't successful. Then, thrombolytic treatment was started. The echocardiography that was performed 1 day later revealed left ventricular segmental wall motion abnormality and decrease in systolic function (EF: 30%). Troponin I levels reached to 330,394 ng/ml level within 24 hours. She was hospitalized for 5 days in cardiology service and discharged following cardiac enzyme decrease and hemodynamic stability.

CONCLUSIONS: Chest pain is one of the major causes of emergency service references. When the older patients with risk factors undergo detailed tests, chest pain in younger patients without risk factors may be assumed as unrelated to cardiac disorders. Especially when the major symptom isn't chest pain and patients are young without risk factors. Emergency physician should remember that morbidity causes like heart failure due to acute myocardial infarction might cause more DALY loss on young patients.

KEYWORDS: Acute Myocardial Infarction, Heart Failure, Young Patient

PS-0149 Kardiyovasküler aciller

Kounis Syndrome Due to Scorpion Sting

Sedat Koçak[1], Kadir Küçükceran[1], Mehmet Akif Önal[2], Alpay Tuncar[1], Tamer Çolak[1], Başar Cander[1]

[1]*Emergency Medicine Department of Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey*

[2]*Emergency Department of Konya Resarch Training Hospital, Konya, Turkey*

INTRODUCTION: Kounis syndrome is defined as unstable angina or acute myocardial infarcts caused by inflammatory mediators produced during allergic reactions to various substances, especially drugs. There are some cases of kounis syndrome in the literature that were caused by bu stings. We have discussed a scorpion stinging case that developed angina in following hours.

CASE REPORT: 62 years old male patient with hypertension history had applied to our emergency department with scorpion stinging complaint. Patient had stable vital and hemodynamic parameters during the physical examination and had no other complaints except local pain and mild rash on his foot where the scorpion sting. Patient was observed for 2 hours and medically treated before his discharge with suggestions. And 6 hours later he had applied again with chest pain and palpitations. His conducted ECG revealed 2 mm ST elevation on V1 and V2 derivations. Patient was transferred to cardiology intensive care unit with prediagnosis of acute coronary syndrome. During the fallow ups for 8 hours, no increase on cardiac enzyme parameters was detected and his echocardiogram revealed no significant pathological findings and ECG changes disappeared. Type I Kounis Syndrome diagnosis was suggested regarding to these findings. Patient was discharged with suggestions after 2 days of medical treatment and clinical observation.

RESULT: There are reports of bug stinging cases that coronary vasospasm or acute coronary syndrome due to plaque rupture occurred during the apply to emergency services or even hours after the initial apply regardless of the severity of the reaction. Kounis syndrome should be remembered and these patients should be examined regarding to cardiology and observed for a sufficient time. Also these patients should be informed or sign and symptoms of acute coronary syndrome and suggested to apply if any of them occur.

KEYWORDS: Scorpion stinging, Kounis syndrome

PS-0150 Kardiyovasküler aciller

Motion artifacts in computed tomography mimicking intimal flap of aortic dissection

İbrahim Alp, Arif Selçuk, Murat Uğur, Veysel Temizkan, Alper Uçak
Department of Cardiovascular Surgery, Gulhane Military Medical Academy, Haydarpasa Teaching Hospital, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION-OBJECTİVE: Acute aortic dissection is an urgent clinical status that necessitates rapid management. The prognosis is directly related with an accurate and immediate diagnosis. The first 48 hours' mortality rate is almost 50% in acute type 1 aortic dissection if left untreated. In case of clinical suspicion, computed tomography (CT), being easily available in any emergency department, can be the initial method to reveal an aortic dissection. However, the conventional tomographic findings may not always be sufficient, and transesophageal echocardiography (TEE) or magnetic resonance imaging (MRI) may be required for an accurate diagnosis of an aortic dissection.

CASE PRESENTATİON: We are reporting a 53-year-old man who was admitted to the emergency service with typical back pain that made us suspect an aortic dissection. He had history of hypertension and his arterial blood pressure was 190/105 mmHg, and his heart rate was 96/min. Antihypertensive medication was followed by echocardiographic and computed tomographic examinations. The transthoracic echocardiogram showed minimal mitral valve insufficiency and ascending aortic dilatation (44 mm). CT images presented a view of a suspected flap in transverse scans of the ascending aorta. The blood pressure was decreased to 115/70 mmHg and the patient was relieved of the pain. We considered to perform transesophageal echocardiography as the confirming diagnostic procedure but the patient was not fast. Then we decided to perform a second CT examination. In order to eliminate motion artifacts in CT, his heart rate was dropped to 72/min and the patient was advised to hold his breath. There was not any evidence of an intimal flap in the renewed CT. The patient was discharged with antihypertensive medication and was recommended to seek follow-up care from cardiology clinic.

RESULT: In an emergency room, when there is a case of suspected acute aortic dissection, a swift diagnostic strategy is of vital importance. The patient's clinical condition and imaging procedures are both helpful in diagnosis. In circumstances where TEE or MRI cannot be performed, repeating CT under close-to-perfect conditions can be very helpful for confirming or ruling out dissection.

FİGURE: A) A view of a suspected flap of the ascending aorta in the first CT.
B) No evidence of an aortic dissection in the renewed CT.

KEYWORDS: acute aortic dissection, computed tomography, motion artifacts, intimal flap

PS-0151 Kardiyovasküler aciller

Successfully resuscitated sudden cardiac death

Aysel Hünük, Cansu Arslan, Taygun Baykal, Arzu Emecan, Ebru Ünal Akoğlu, Özge Ecmel Onur
Deparment Of Emergency Medicine, Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, İstanbul, Turkey

BACKGROUND: Electrical storm(ES), an increasingly common and life-threatining emergency, is characterized by 3 or more sustained VT or VF episodes or appropriate Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) shocks within 24 hours. The clinical presentation of ES might be very dramatic and can involve cardiac arrest or multiple episodes of potentially fatal arrhythmias requiring multiple electrical cardioversions or defibrillations. ES typically has a poor outcome.

CASE: A 67-year-old man with known coronary artery disease was admitted to our emergency deparment with head trauma after a syncope attack. At admission his Glasgow Coma Scale(GCS) was 3. He was promptly endotracheally intubated and CPR was initiated according to the Advanced Cardiac Life Support guidelines. The patient developed repetetive prolonged phases of incessant pulseless monomorhphic ventricular tachycardia or ventricular fibrillation. He received 60 DC defibrillations and intravenous amiodarone, lidocaine, metoprolol and magnesium sulphate during the first 2 hours in the emergency department. Laboratory test results were unremarkable; including normal plasma levels of potassium, magnesium, calcium, sodium, and only a small increase of plasma troponin I levels to 0.037 ng/ml (reference 0-0.030 ng/ml). After succesful resuscitation, a 12 lead ECG showed normal sinus ryhtm with left bundle branch block, and ventricular extra beats. He urgently transferred to a cardiac catheterization laboratory. Percutaneous coronary angiography was performed that revealed occlusion in left anterior descending (LAD) and circumflex arteries. On the second day of hospitalization the patient was extubated and his neurological status was normal.

CONCLUSIONS: The occurance of ES is associated with a multiple factors, including acute ischemia, an ICD, structural heart disorders and inherited channelopathies. So effective management requires knowledge of arrhytmia mechanisms, therapeutic options, ICD programming, and emerging techniques for the treatment of refractory cases. Urgent transfer to catheterization laboratory is crurial for the patients.

KEYWORDS: sudden cardiac death, electrical storm, defibrillation, cardiac arrest

POSTER BİLDİRİLER

PS-0152 Kardiyovasküler aciller

Surprising Cause of dyspnea: Left atrial thrombus mimicking myxoma

Adnan Yamanoglu[1], Nalan Gokce Celebi Yamanoglu[2], Ozcan Yavasi[3], Ismet Parlak[4]

[1]*Department of Emergency Medicine, Haseki Research and Training Hospital, Istanbul, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Beykoz State Hospital, Istanbul, Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey*

[4]*Department of Emergency Medicine, Bozyaka Research and Training Hospital, Izmir, Turkey*

INTRODUCTION: The differential diagnosis of an atrial mass includes tumor, vegetation and thrombus. Despite the availability of advanced imaging modalities, it may still be difficult to distinguish between them.

CASE REPORT: A 85-year-old female patient with a history of hypertension, diabetes mellitus and cerebrovascular disease admitted to emergency department (ED) because of shortness of breath that gradually worsened during last ten days. For the last two days cough and sputum were also added. The patient has been immobile since seven years because of ischemic cerebrovascular accident. The patient has first suffered shortness of breath 3 months ago and she visited a cardiologist. Transthoracic echocardiography (TTE) of that visit revealed a left atrial mass measuring 15x10 mm consistent with myxoma with a left ventricular ejection fraction (LVEF) of 70%. Her ECG was in sinus rhythm and her doctor prescribed acetylsalicilic acid and digoxin. Her symptoms were partially resolved.

At admission to ED, she was anxious, dyspneic, orthopneic, and her skin was dry and pale. Her vital signs were: blood pressure, 135/95 mmHg; heart rate, 105 beats/min; respiratory rate, 33 breaths/min; oxygen saturation, 82% at room air; and body temperature, 37.6 C. She had no murmur and heart sounds were normal. Bilateraly respiratory sounds were decreased and rales and rhoncus were auscultated. She had a decubitis ulcer at sacral region. Laboratory findins were: WBC: 13.7mm3, Hgb: 10 g/dL, urea: 98 mg/dL, creatinine: 0.65, AST: 49 U/L, Na:127 mmol/L, Cl: 90mmol/L, K: 6.5 mmol/L, Digoxin level: 3.56, Troponin I: 0.24, pH: 7.43, pCO2: 35.8 mmHg, pO2: 48.9 mmHg, and BNP: 509,64.

Her symptoms were partially resolved with oxygen, bronchodilator agents and CPAP. Fever, cough, purulant suputum, rales, elevated WBC and a recently reported LVEF of 70% aroused the diagnosis of pneumonia but plain radiogram was almost normal. We ordered computed tomography (CT) for the differential diagnosis. CT scan showed evidence of pulmonary edema. We decided to re-evaluate the patient with bedside transthoracic echocardiography (TTE). TTE revealed a hugo left atrial mass similar to thrombus measuring 25X18 mm in size, prolapsing into the left ventricular cavity through mitral valve with a LVEF of 56% (Video 1-2). We thought that this mass posed filling defect similar to diastolic hearth failure. After one dose of tirofiban treatment, thrombus melted away and the patient improved dramatically.

CONCLUSİON: This case report teaches us that clinicans should not rely on previous echocardiography reports in case of progressive ongoing symtoms.

KEYWORDS: dyspnea, echocardiography, myxoma, thrombus

PS-0153 Kardiyovasküler aciller

Bomb ready to explode: Aortic aneurysm

Atıf BAYRAMOĞLU[1], Murat Saritemur[1], Ayça Şahin[1], Mustafa Uzkeser[1], İhsan Yüce[2]

[1]*Department of Emergency, Ataturk University, Erzurum, Turkey*

[2]*Department of Radiology, Ataturk University, Erzurum, Turkey*

INTRODUCTION: if the aorta wall tinny and its diameter dilatation over %50 it means aortic aneurysm. It generally, seen on infrarenal position. Hypertension, aterosclerosis, connective tissue disease, kind of many infections is the most common risk factors for the aorta aneurysm.

CASE: 50 year old man patient came to emergency room with abdominal pain. Vital sign of patient as ta: 130/90 mmhg, pulse:107/minute, respiratory rate:17/minute, puls oks: 97%.his physical examination is normal, four extremity pulse are open, there is no tension difference between extremities. Laboratory tests were normal. We take abdominal computerized tomography for the retraction of mesentery ischemia. There is aortic aneurysm seen on infra renal plane which is over 140mm. After consultation, the patient admitted to cardio vascular surgery intensive care unit. The patient's aneurysm has been ruptured in 3 hour and taken emergency surgery.

RESULT: patients who came with abdominal pain should examine for aorta aneurysm even if the patient diagnosed on early time it's a mortal disease. İf it's skipped there is no life chance for the patient.

KEYWORDS: Aortic aneurysm, hypertension, atherosclerosis

PS-0154 Kardiyovasküler aciller

Atrial Myxoma with Syncope

Cihan Büyüksütcü, Meltem Çöllü, Mehmet Ayrancı, Mehmet Fatih Bulut, İsmet Doğan, Ümit Ölmez, Mehmet Akif Karadaş
Department of Emergency Medicine, Göztepe Training and Research Hospital,Medeniyet University,İstanbul,Turkey

INTRODUCTION: Syncope is an occasional global consciousness losing. There are so many reason of syncope, in emergency service we have seen that cardiac syncope is mortal and morbid for the patients rest of life.

CASE: 50 years old female patient have found lying on the floor in front of her house outside door. The patient visit the emergency service by the 112. When we examine the patient, GKS: 7-8 blood pressure:100-70 mmhg, heart rate: 98 per minute, o2 saturation level: 72 and breath is abnormal. She has got notting medical speciality on her background. She don't have any operation and never used drugs. The patient pyhical examination: pupillar light reflex -/-, pupillary anizokoria, extremite motion is limited, abdomen was distansioned, cardiac examination was normal, the ther system examination was normal. Ekg: atrial fibrilation, blood gase: ph:7.20 po2: 60 pco2:38 lactat: 6.8. After intubation; we seen the biochemical test was normal, cardiac markers was normal, however ın hematologıc test was normal detected. We check the patient to CT with contrast drugs, and cranial ct was normal, but in the abdomen there was splenıc and renal arter embolism, also we saw that there was an atrial myxoma on the torax CT. Also there were so multiple infarctions on the patient diffusion MR. And the patients send to critical care unıt.

DISCUSSION: Atrial myxoma is rarely seen in emergency service. We need to think that the patients with atrial myxoma can present the emergency service with syncope and it becomes mortal. Near the bad eco is so important and simple. By this way we earn time for diagnosis.

KEYWORDS: Atrial myxoma, syncope

PS-0155 Kardiyovasküler aciller

Wellens' syndrome associated with primary catastrophic antiphospholipid antibody syndrome

Zeynep Cakir, Atif Bayramoglu, Mevlana Omeroglu, Murat Saritemur
Atatürk Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Erzurum

INTRODUCTION: Antiphospholipid antibody syndrome (APS) is an autoimmune coagulation disorder characterized by venous and arterial thrombosis with positive laboratory tests for antiphospholipid antibodies. In this syndrome, widespread thrombosis is named catastrophic APS. APS is commanly presents with deep ven thrombosis, pulmonary thromboembolism and stroke. Acute myocardial infarction is rarely associated with this syndrome as frequency of approximately %4. We reported a primary catastrophic APS with acute coronary syndrome presenting as Wellens' syndrome.

CASE: A 49-year-old woman presented with bilateral numbness of legs to the emergency department. She had hypertension, diabetes mellitus, hypertyroidism previously. She stated having a complaint of chest pain lasting two days intermittently, but not having on admission. Her vital signs were as follow; blood pressure was 103/82 mmHg, pulse rate 70/min. and SpO2 96% (room air). On physical examination, there was no palpable pulse on tibialis artery and its branches bilaterally. She had upper abdominal and bilateral costo-vertebral angle tenderness. Rema-

ining systems examination was unremarkable. An electrocardiogram (ECG) revealed T wave invertion at precordial leads. Biochemical tests were unremarkable except lactat dehidrogenase of 446 U/L. The urinalysis revealed 361 RBC/HPF. Doppler ultrasonographic examination showed 100% femoral arterial thrombosis bilaterally. Abdominal computed tomography (CT) showed renal and splenic infarct. Because of having chest pain before admission to the hospital and not currently, Wellens' syndrome was suspected with the ECG changes. Urgent percutaneous coronary intervention (PCI) was not performed because of systemic thromboses. After five days of heparinisation, PCI was performed and demonstrated 40% plague formation in LAD. Thrombophilia screening showed only elevated anticardiolipin IgG/M and homosistein. The patient discharged with antithrombotic and anticoagulant therapy after six week hospitalization in cardiovasculer surgery clinic.

CONCLUSİON: Wellens' syndrome represents critical LAD disease requiring a rapid evaluation for an anterior wall myocardial infarction having a mean time of 8.5 days from the onset of Wellens syndrome to infarction. We reported this scenario because of rarely association with APS.

KEYWORDS: Antiphospholipid antibody syndrome, catastrophic, Wellens' syndrome

PS-0156 Kardiyovasküler aciller

A Case Report Of Acute Aortic Dissection Presenting With Atypical Symptoms

Fatih Tutucu, Abdussamed Vural, Mustafa Alpaslan, Mehtap Kaynakçı Bayram
Department of Emergency Medicine, Training and Research Hospital,Kayseri,Turkey

INTRODUCTION: Hospital mortality rate in aortic dissection is about 10%. The mortality rate increase by 1/3 when acute complications(rupture, the main vein occlusion, mesenteric ischemia) occur. The patients generally admit to the emergency services with acute onset sharp pain on sternum or interscapular region. The character of the pain usually has a sudden onset. On the other hand, The patients may apply to emergency services with atypical symptoms such as syncope, hemiparesis, hemiplegia,dysphasia or epigastric pain. We want to present a patient admitted to emergency service with aortic dissection presenting atypical symptoms.

CASE: A 65 year old male patient was admitted to the emergency department with dizziness and feeling faint about one hour before admission. The patient had also left arm numbness and unidentified chest pain. The patient's vital signs were stable.Hemogram, biochemistry, cardiac markers, coagulation, Electrocardiography (ECG), brain computed tomography (CT) scan was performed to the patient. The brain CT and brain magnetic resonance imaging(MRI) showed no acute pathology. And so, the patient was monitored for cardiac chest pain. The cardiac markers and also the other laboratory tests were normal. The predatory style chest pain emerged in the patient at 2 hours during follow-up. Therefore, the CT angiography of thorax was planned. We thought it would be an aortic dissection. The CT angiography of thorax showed an aortic dissection starting from the ascending aorta and extending into the inferior mesenteric arteries. The patient was admitted to the cardiovascular surgery intensive care unit for operation.

CONCLUSİON: The cause of sudden change in consciousness or feeling faint in patients with aortic sissection is due to cerebral hypoperfusion. Therefore, acute aortic dissection must be considered in the differential diagnosis in patients who experiencing the unexpected complaints of aort dissection suc as syncope or stroke-like symptoms. Hereby, the mortality rate can be reduced by rapid and accurate diagnosis.

KEYWORDS: Atypical symptoms, aorta, dissection

PS-0157 Kardiyovasküler aciller

Iatrogenic Postpartum Heart Failure

Emre Gökçen[1], Bülent Demir[1], İbrahim Çaltekin[1], Uğur Özkula[2], Tolga Öz[2], Çağrı Serdar Elgörmüş[2], Erdem Haytaç[2]

[1]*Department of Emergency Medicin,Malatya State Hospital,Malatya,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Atatürk Training and Research Hospital,Ankara,Turkey*

OBJECTIVE: Hypervolemia due to fluid overload is a state that there is more volume in circulatory system than hearts pumping and renal diuresis power. Usually this state is seen in elder people, patients with comorbid diseases and after major surgeries.

CASE: A 29 year old female patient (G:2 P:2) reffered to our emergency service with tachypnea, respiratory distress, paleness and hypotension from women's health hospital after her cease-rean section. Blood pressure was 80/40 mmHg pulse was 120 beat/min respiratory rate was 32 resp/min and there was ralles bilateral over lung mid zones. Her skin was pale and lips were syanotic. Her rhytm was sinus tachycardia. Her echocardiography was performed and findings was grade 1-2 mitral valve failure and her EF was %45-50. There was bilateral extensive opal glass appearance in her chest radiograph. Bilateral pleural effusion was seen in her thorax CT. Her hypervolemic state was due to fluid overload during epidural anesthesia. Patient urinated 10 liters with controlled diuresis and fluid restriction,her sypmtoms were regressed and she was discharged from emergency room after 24 hours with cardiology suggestions.

CONCLUSION: Excess fluid or blood loading can lead to hypervolemia. This state can cause heart failure, pulmonary edema and peripheral edema. This risk is much higher in elderly, patients with reanl or heart diseases and after major surgeries. Even a simple procedure like intravenous fluid resusicatation can lead to hypervolemia if it administer uncarefully.

KEYWORDS: hypervolemic heart failure, cesarean section, pleural effusion

PS-0158 Toksikoloji

Bitkisel Ürünler İlaç mı? Yoksa Zehir mi?

Mehmet Murat Oktay, Suat Zengin, Behçet Al, Şener Cindoruk, Mehmet Mustafa Sunar
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

ÖZET: Akut hepatit, hepatositlerin enfeksiyöz, toksik veya metabolik nedenlerle hasarına bağlı ortaya çıkar. Bitkisel ilaçlar, geleneksel ilaçlar ile hayal kırıklığının bir sonucu olarak dünya genelinde giderek daha popüler hale gelmektedir. Birden çok bileşimden oluşan bu ürünlerin yan etkisi konusunda literatürde yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu yazıda bitkisel ilaç kullanımına bağlı akut hepatit gelişen olgular tartışılmıştır.

GEREÇ YÖNTEM: Son 3 yıl süresince karın ağrısı, bulantı, kusma, halsizlik gibi şikayetlerle acil servise başvurup bitki kullanımına bağlı toksik hepatit tanısı konularak dosyaları ayrılan toplam dokuz hastanın verileri incelendi.

BULGULAR: Ortalama yaşları 40,4 yıl olan toplam 9 hastanın 8'i kadın idi. Temel olarak karın ağrısı, bulantı, kusma, halsizlik gibi şikayetlerle başvuran hastaların ortalama aspartat aminotransferazı 646 U/L, alanin aminotransferazı 661 U/L, gama glutamil transferazı 432 U/L, alkalen fosfatazı 196 U/L olarak tespit edildi.

SONUÇ: Nedeni bulunamayan akut hepatit vakalarında bitkisel ilaç-çay kullanımı sorgulanmalı ve muhtemel sebep olarakta düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Akut hepatit, toksik hepatit, bitkisel ilaç,

PS-0159 Toksikoloji

Nadir bir hiperkalsemi nedeni: D vitamini intoksikasyonu

Arif Hakan Önder
Aksaray Devlet Hastanesi, Iç Hastaliklari, Aksaray

AMAC: Birçok sistemi etkileyerek farklı prezentasyonlarla acil servise başvuruları olan hiperkalsemi olguları birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir. D vitamini eriskinlerde nadiren toksikasyonu neden olur. Bizde bu nadir gorulen bu olgumuzu paylaşmak istedik.

VAKA: 48 yaşında erkek hasta acil servise1 haftadır epigastirk ağrı, bulantı, yaygın kas ağrısı ve güçsüzlik ve kabızlık şikayetleri olup son 3 gündür de poliüri ve polidipsi şikayeti ile tansiyonunda yükselme olması üzerine tetkiklerini yaptırmak için başvurdu. Hastanın bakılan Ca değeri 12.9 mg/dl olarak saptandı. Hasta bilinen tansiyon hastalığı nedeniyle tiyazid grubu diüretikli antihipertansif ilaç kullandığı öğrenildi. Öyküsü derinleştirildiğinde 2 ay önce unutkanlık nedeniyle gittiği nöroloji polikliniğinde hastaya öncelikle D vitamini damla başlandığı, 1 ay sonraki kontrolünde D vitamini ampul yazıldığı, hastanında son 1 haftadır intramusküler d vitamini ve oral d vitamin damlayı birlikte kullandığı öğrenildi. Başvuru sırasında hastanın genel durumu iyi, şuruu açık oryante ve koopere idi. Tansiyonu 160/90 nabız 70/dk ve ateş 37,0 C idi. Fizik muaynesinde epigastirk hassasiyet saptandı. Diğer sistemik fizik muayne bulguları olağandı.

POSTER BİLDİRİLER

Yapılan biyokimyasall tetkiklerinde Üre:58 mg/dl, kreatinin 1.36 mg/dl, Ca: 12.9 mg/dl, Albumin:3.6 mg/dl, fosfor (P): 3.72 mg/dl ve parathormon (PTH): 15 pg/ml olarak saptandı. Çekilen EKG'sinde belirgin QT aralığında kısalma saptandı (280 ms). Hasta hiperkalsemi ve D vitamini intoksikasyonu ön tanılarıyla servise yatırıldı. Bakılan 25-OH D vitamini düzeyi 395 ng/ml (10-60 ng/ml) olarak ölçüldü.Klinik izlem sırasında tedaviye yönelik olarak olgunun, öncelikle izotonik salin infüzyonu ile hidrasyonu sağlandı (250 cc/saat). Kalsiyumun vücuttan uzaklaştırılması için intravenöz (İV) furosemid (80-160 mg/gün) ve emiliminin azaltılması için 1mg/kg/gün prednizolon tedavisi uygulandı. Tedaviyle birlikte Ca değerleri belirgin olarak 9.8 mg/dl kadar gerilemesi üzerine tedaviye ek olarak bifosfonat tedavisi eklenmesine gerek duyulmadı. Hasta tedavisinin 4. günde Ca değeri 9.6 mg/dl geriledi. Günlük EKG ve biyokimya takipleri yapılan hasta Ca:9.1 mg/dl olması klinik şikayetlerinin gerilemesi üzerine diüretikli antihipertansif tedavisi değiştirilerek taburcu edildi. Poliklinik kontrolerinde en son Ca:8.6 mg/dl 25-OH D vitamini düzeyi 85 ng/ml olarak saptandı.

SONUC: Vitamin D intoksikasyonu en sık olarak iatrojenik olarak meydana gelir. Doktorların D vitamini eksikliği olmaksızın d vitamini vermesi veya hastaların bilinçsiz ilaç kullanımına bağlı olarak gelişir. Erişkinlerde günde 100.000 Ü D vitamini kullanımı hiperkalsemiye sebep olur. Genel olarak serum 25 (OH) D3 düzeyinin 120 nmol/L'nin üzerinde olması D hipervitaminozu olarak kabul edilir. D vitamini tedavileri kullanan hastalar, mutlaka klinikolarak iyi izlenmeli, serum biyokimyası, parathormon ve gerekirse D vitamini düzeyleri ile yakından takip edilmelidir. Vakamızda olduğu gibi gelişebilecek EKG değişiklileri açısındna dikkatli olunmali, ortaya çıkabilecek ciddi aritmiler açısından hasta moniterize edilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: D vitamini, Hiperkalsemi, QT kisalma

PS-0160 Toksikoloji

Yuksek doz amitriptilin alımına bağlı zehirlenme olgu sunumu

Mehmet Ali Topal[1], Başar Cander[1], Barış Murat Ayvacı[1], Sevilay Sema Ünver[1], Ali Cimem[1], Bünyamin Gücüyener[1], Soukri Katsakoglou[2], Kasım Öztürk[1], Celal Güneş[1], Mahmut Arda Çınarlık[1]

[1] *OKMEYDANI E.A.H, ACİL TIP KLİNİĞİ, İstanbul*

[2] *Kocaeli Devlet Hastanesi Acil Servis, Kocaeli*

Yuksek doz amitriptilin alımına bağlı zehirlenme acil servise basvuru nedenleri arasında onemini korumaktadır. Ozellikle 1 gramdan daha fazla alındığında, amitriptilin zehirlenmesi hayatı tehdit eden bir durum olmaktadır. Olumlerin bircoğu alımdan sonraki ilk birkac saat icinde meydana gelir.16 yaşında bayan acil servisimize amitriptilin etken maddeli 40 adet ilacı suicid amaçlı aldığı öğrenildi Bu olgu sunumunda amitriptilinin yüksek dozda alımında hemoperfüzyon tedavisinin yüz güldürücü olabileceği vurgulanmak istenmiştir

ANAHTAR KELİMELER: amitriptilin, trisiklik antidepresan, hemoperfüzyon, acil servis

PS-0161 Toksikoloji

Paroksismal Pil Yutma Hastalığı

Şevki Hakan Eren[1], Fatma Mutlu Kukul Güven[1], İlhan Korkmaz[1], Yusuf Kenan Tekin[1], Abuzer Coşkun[2], Sedat Özbay[2], Kenan Ahmet Türkdoğan[3]

[1] *Cumhuriyet Üniversitesi Sivas*

[2] *Sivas Numune Hastanesi*

[3] *Bezmi Alem Üniversitesi İstanbul*

Yabancı cisim yutulması çocukluk çağında sık karşılaşılanbir durumdur. En sık 6 ay ile 6 yaş arası grupta görülür. Yetişkinde pil yutma daha çok psikiyatrik rahatsızlıklırda, bazen de intihar amaçlı görülebilir.En yaygın ve en tehlikeli olan pil yutma durumu civa oksit içeren alkalin pil yutmalarıdır. Civa oksit, midenin asit ortamında elemental civaya indirgenerek civa zehirlenmesine yol açabilir.

İleri yaşlarda ise morbidite ve mortalite riski daha fazladır.

Biz bu yazımızda daha önce 3 defa pil yutma şikayeti ile acil servisimize başvuran bir hastayı sunuyoruz. Son başvurusunda 12 adet kalem pil yuttuğunu ifade eden, psikolojik rahatsızlıkları olan 34 yaşındaki erkek hastada çekilen ayakta direk batın grafisinde 12 adet kalem pil görüntüsüne rastlandı. Daha önceleri üç defa aynı şikayetlerle acil servise başvuran hastanın tedaviye ve herhengi bir girişime izin vermediği için doğal yollardan pil atılımı için beklendiği öğrenildi. Son başvurusunda da hiçbir girişim ve tedaviyi kabul etmedi. Acil gözlem ünitesinde posalı diyet ve lavman tedavisi ve günlük batın muayenesi ile takip edilmeye başlandı. İlk günün sonunda çekilen batın grafisinda 5 pilin barsak seviyelerinde olduğu 7 pilin ise mide seviyesinde görüntü verdiği tespit edildi. Bakılan rutin kan tetkiklerinde patolojik bulgu gelişmedi. Yatışı esnasında hiç karın ağrısı tariflemeyen, muayeneleri normal olan hasta 10. günün sonunda tüm pilleri doğal yollardan atarak komplikasyon gelişmeden psikiyatri ile konsülte edilerek taburcu edildi.

Sonuç olarak alkalin pil yutulması sonucu gelişebilen tehlikelere karşı sağlık personelinin bilinçlendirilmesi morbidite ve mortalite oranlarının azalmasını sağlayacaktır. Bununla beraber bizim hastamızda olduğu gibi tedavi ve hiçbir girişimi kabul etmeyen hastalarda posalı diyetle birlikte günlük batın muayenesi ve günlük grafi çekilerek doğal yollardan pil atılmasını beklemek, alternatif bir tedavi yolu olarak düşünülebilir.

ANAHTAR KELİMELER: Pil yutması, psikiyatrik bozukluk, acil servis

PS-0162 Toksikoloji

Karbonmonoksit zehirlenmesine bağlı ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü

Şeref Kerem Çorbacıoğlu, Gülşah Çıkrıkçı, Yunsur Çevik

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ: Karbon monoksit (CO) zehirlenmeleri sıklıkla nörolojik ve solunumsal semptomlarla seyreden yaygın olarak karşılaşılan ciddi zehirlenmelerdir. Ancak literatürde nadiren de olsa ciddi aritmiler, myokard enfarktüsü gibi zehirlenmeye bağlı mortal olabilecek kardiyak komplikasyonlar da bildirilmiştir. CO zehirlenmelerinde kardiyak değerlendirme ve takip mortalitenin azaltılması açısından oldukça önemlidir.

VAKA: 48 yaşında bilinen bir hastalığı olmayan erkek hasta acil servise; soba zehirlenmesi sonrası ilçe hastanesinden CO toksisitesi şüphesiyle, CO düzeyi bakılamadığından, sevk ediliyor. İlk hastane başvurusundan yaklaşık üç saat sonra acilimize başvuran ve yolda oksijen alan hastanın gelir gelmez bakılan CO düzeyi %13 olarak ölçüldü. Hastanın ilk başvurduğu yerde çekilen elektrokardiyografisi (EKG) normal sinüs ritmindeydi. Göğüs ağrısı mevcut olan hastaya tekrar EKG çekildi ve D2,D3 ve AVF de 2 mm ST elevasyonu, D1 ve AVL de ise 1mm ST depresyonu saptandı. Hastanın vital bulguları sırasıyla kan basıncı: 148/75 mmHg, nabız: 78 atım/dk, oksijen saturasyonu: %98, ateş: 36.7 olarak ölçüldü. Maske ile 10 lt/dk'dan oksijen almaya devam eden hasta monitorize edildi. Hastaya 300 mg asetilsalisilik asit, 600 mg klopidogrel p.o ve 30 mg enoksaparin sodyum I.V. olarak verildi. STEMI tanısı konulan hasta troponin sonucu beklenmeden perkutan koroner girişim yapılan bir merkeze sevk edildi. Sevk edildiği merkezde yapılan primer perkütan anjiografisinde sağ ana koroner arterde %90 darlık saptanan ve stent yerleştirilen hasta üç günlük izlem sonrası medikal tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

SONUÇ: Karbon monoksit zehirlenmelerinde myokardiyal iskemi beklenen bir klinik bir durum olmakla birlikte STEMI nadir görülen bir durumdur. Genellikle karbon monoksit zehirlenmesine bağlı STEMI hastalarının anjiyografilerinde altta yatan bir koroner arter hastalığı saptansa da daha nadir durumlarda koroner anatomi tamamen normal olabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Karbonmonoksit, Zehirlenme, Myokard İnfarktüsü, Anjiyografi

PS-0163 Toksikoloji

Mantar zehirlenmesi ile acil servise başvuran hastalarda antioksidan enzim değişiklikleri

Şevki Hakan Eren[1], İlhan Korkmaz[1], Fatma Mutlu Kukul Güven[1], Yusuf Kenan Tekin[1], Veysel Kenan Çelik[1], Can Aktaş[3], Abuzer Coşkun[2], Kenan Ahmet Türkdoğan[4], Nurkay Katrancıoğlu[1]

[1]*Cumhuriyet Üniversitesi Sivas*

[2]*Numune Hastanesi Sivas*

[3]*Koç Üniversitesi İstanbul*

[4]*Bezmi Alem Üniversitesi İstanbul*

Doğadan kolay elde edilebilen bir besin maddesi olması nedeniyle doğal mantarlar tüm dünyada yaygın olarak tüketilmektedir. Bazı toksik mantar türlerinin tüketilmesi ciddi zehirlenmeye neden olabilir. Mantarlar çoğunlukla iyi seyirli ve gastrointestinal bulguların ön planda olduğu zehirlenme tablosuna neden olurlar. Mantarın türüne bağlı olarak yüksek ölüm oranına sahip farklı klinik durumlar da ortaya çıkabilir.Biz bu çalışmada mantar zehirlenmesiyle kliniğimize gelen hastalarda antioksidan enzimler (PON, ARES) ve total antioksidan kapasite (TAS), total oksidan durum (TOS), oksidatif stres indeksi (OSİ)'nde meydana gelen değişimleri inceledik.

Çalışmaya acil servise gelen ve mantar zehirlenmesi tanısı alan gönüllü erişkin hastalar dahil edildi. Hastaneye geliş anlarındaki kan değerleri çalışma için değerlendirilmeye alındı. Hastaların serumu PON, ARES ve enzim aktiviteleri ile TAS ve TOS seviyeleri çalışılana kadar -80 ºC'de saklandı.

Hasta grubunda ARES ve PON düzeyleri artmış oksidatif strese bağlı olarak anlamlı şekilde azalırken TOS düzeyleri ise hasta gruplarında artış göstermiştir. Gruplar arası farklılık OSİ yönünden karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmuştur.

İntoksikasyonlarda azalan PON ve ARES aktiviteleri ile artan OSİ düzeyi artmış oksidatif stresin bir neticesi olabilir.

Dolayısı ile, bu hastalara normal tedaviye ilave olarak antioksidan tedavinin de faydalı olabileceği kanaatindeyiz.

ANAHTAR KELİMELER: Mantar zehirlenmesi, antioksidan enzimler, acil servis

PS-0164 Toksikoloji

Metanol zehirlenmesi ve ölüm

Ertuğrul Altınbilek[1], Güleser Akpınar[1], Derya Öztürk[1], Harika Gündüz[1], Bedia Gülen[2], Afsin İpekci[3], İbrahim İkizceli[1]

[1]*Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği/İstanbul*

[2]*Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi Acil Tıp Kliniği/İstanbul*

[3]*Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Kliniği/İstanbul*

GİRİŞ: Metanol zehirlenmesi şiddetli hastalık ve ölüme sebep olabilen bir acil başvuru nedenidir. Metanol odunun distilasyonuyla elde edilen bir alkol çeşididir. Her ne kadar metanolün kendisi çok toksik değilse de metabolitleri çok toksiktir. Metil alkol antifiriz ve bazı yanıcı maddelerin yapımında kullanılan endüstriyel bir maddedir. Formaldehid ve kaçak içki yapımında da kullanılmaktadır. Özellikle ikincisi zehirlenmelerinin en sık sebebidir. Metil alkol karaciğerde formaldehit ve formik aside metabolize olur. Oksidasyonunun yavaş oluşu zehirlenme belirtilerinin saatler veya günler içinde ortaya çıkışını açıklar. Metanol zehirlenmesi santral sinir sistemi depresyonu, görme bozuklukları, karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile acil servise başvurabilir. Bu hastalarda ve artmış anyon gap'li metabolik asidoz, konfüzyon ve ciddi olgularda koma görülebilir.

OLGU: Otuzbeş yaşında erkek hasta acil servisimize bulantı, karın ağrısı ve görme bozukluğu şikayetleri ile başvurdu. Öyküsünden ara ara kolonya içimi mevcut olan hastanın yakınları tarafından acil servise getirilmeden yaklaşık 8 saat önce sarhoş olmak amacı ile 400 cc kolonya içmiş olduğu öğrenildi.. Fizik muayenesinde genel durumu kötü, bilinç konfüze idi. Kan basıncı 135/80 mmHg, nabız 90/dakika, solunum sayısı: 18/ dakika idi. Batında epigastrik hassasiyet vardı. Hasta monitörize edildi. Damar yolu açılarak %5 dextroz ve Tiamin 100 mg verildi. Hastanemizde çalışılmadığı için kan metanol düzeyi bakılamadı. Etanol düzeyi 1.7mg/dl olarak ölçüldü. Laboratuvar değerlendirmesinde; Arteryel Kan Gazında (AKG) pH: 6,62, pO2: 72.2mmHg, pCO2: 50.5mmHg, HCO3: 4.3mEq/ dL, BE: -33.9mmol/l olması nedeniyle entübe edildi. Biyokimyada: Üre:12,9 mg/dl, kreatinin:1.03 mg/ dl, beyaz küre sayısı 13500/mm3, Hemoglobin:16,7gr/dl idi. Diğer laboratuar değerleri normaldi. Hasta metanol zehirlenmesi olarak kabul edildi. %10'luk 10 ml/kg etanol yükleme dozu intravenöz (IV) olarak verildikten sonra, 1,5 ml/kg/saat'den IV infüzyon tedavisi uygulandı. Hasta takipleri sırasında tonik-klonik nöbet geçirdi. Derin asidozu olan hastaya 1 mEq/ kg'dan NaHCO3 verildi. Kontrol AKG: pH: 7,23 pO2: 102.2mmHg, pCO2: 16,5mmHg, HCO3: 6,7 mEq/ dL, BE: -18,5 mmol/l idi. Ayrıca 15 mg/kg Fomepizol yükleme dozunu takiben, 12 saatte bir 10 mg/kg' dan idame dozu başlandı. Yoğun bakıma yatırılan hastaya hemodializ uygulandı. Üç gün uygulanan hemodializ tedavisine cevap vermeyen hasta takip ve tedavisi sürerken öldü.

SONUÇ: Metanol zehirlenmesi uygun şekilde tedavi edilmediği zaman ölümcül olabilen bir zehirlenme türüdür.

ANAHTAR KELİMELER: Acil, Zehirlenme, Metanol

PS-0165 Toksikoloji

Transdermal metanol intoksikasyonu

Öner Bozan, Mustafa Varlık, Şebnem Eren Çevik, Oya Durmuş Çakır, Mehmet Gül
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Metanol zehirlenmesi ölüme sebep olabilen bir acil başvuru nedenidir. Bu olgu sunumunda sık görülmeyen metanol ile zehirlenme yollarından biri olan deri yoluyla emilim ile ortaya çıkan durumlar anlatılmıştır. Bu vaka sunumunda ki amaçlarımız, nadir olarak deri yoluyla da metanol zehirlenmesinin olabileceğini vurgulamak, alternatif tıp uygulamaların vahim olabilecek sonuçlarına dikkat çekmek (1).

OLGU SUNUMU: 77 yaşında erkek hasta bilinç bulanıklığı, bulantı ve kusma, baş dönmesi ve denge kaybı şikayetleriyle acil servise başvuruyor. Hastanın genel durum orta-iyi bilinç açık oryante koopere kan basıncı: 148/80 spo2:96 nabız:60 solunum sayısı:14 Glaskow koma skoru 15'di. Hastanın horizontal nistagmusu dışında nörolojik muayenesinde özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 14.1 gr/dl, beyaz küre 12.100/mm3, trombosit 205.000/mm3, üre 29 mg/dl, kreatinin 1.19 mg/dl AST:30 U/L, ALT: 37 U/L, glukoz:185 mg/dl, Na:139 mEq/L, K:6.4 mEq/L, Cl:105 mEq/L, Ca: 9.2 mg/dl. Hastanın kan gazı incelemesinde; pH: 7.190 pO2: 32 mmHg, pCO2: 25mmHg HCO3: 9,4 mEq/L saptandı. Anyon açığı 21'idi.

Bu değerler ile yüksek anyon açıklıklı metabolik asidoz tanısı kondu. Bilinç bulanıklığı ve denge kaybı etyolojisi araştırmak için bilgisayarlı beyin tomografi (BBT) ve Manyetik rezonans diffüzyon (MRD) tetkiki yapıldı. Tetkiklerde akut nöropatoloji saptanmadı. Böbrek fonksiyonları ve kan şekeri normal olan hasta olası intoksikasyon açısından sorgulandı. Oral alımının iyi olduğu ve aile bireyleri ile benzer yemekleri yediği öğrenildi. Yapılan muayenesinde dizlerinde mor renk dikkati çekmiş, herhangi bir travma öyküsü olmayan hastanın bir aydır bacaklarında yaygın ağrı yakınması olduğu ve bu sebeple bacağına 2-3 gündür ispirto sürüyormuş. Bu anamnezi takiben metil alkol intoksikasyonu ön tanısı ile acilen hemodiyaliz tedavisi başlandı. Kan gazı parametreleri normal seviyelere geldi. Ulusal zehir danışmayla görüşülen hasta için yoğun bakım takibi uygun görülüp, yoğun bakıma sevk edildi.

TARTIŞMA: Metanol iki mekanizma ile toksik olabilir. İlkinde, metanol (ağız yoluyla, solunum, deriden absorbe ederek vücuda alındığında), etanol zehirlenmesi gibi MSS (merkezi sinir sistemi) baskılayıcısı olarak ölümcül olabilir. İkincisi ise, toksikasyon sürecidir ve metanol formik aside metabolize olur (2). Metanol toksikasyonu, santral sinir sistemi depresyonu, görme bozuklukları, bulantı, kusma şikayetleri ile acil servise başvurabilir. Metanol toksikasyonu ile başvuran hastalarda artmış anyon gap'li metabolik asidoz görülebilir. Görme bozuklukları hastaların yaklaşık %50'sinde ortaya çıkar. Diplopi, bulanık görme, görme keskinliğinin azalması, fotofobi, görme alanının daralması ve körlüğü içeren görme bozuklukları gelişebilir (3).

SONUÇ: Ancak ayrıntılı anemnez ve tam bir fizik muayeneyle bu durumun önüne geçilebilir. Olgumuzdada görüdüğümüz üzere metanol cilde uygulanmasıyla ile dikkat çekmeyen ve ölümcül olabilen bir durum olabileceği unutulmamalıdır. Bu sebeple acil servis doktorunun transdermal metanol intoksikasyonu konusunda dikkatli olmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: transdermal, metanol intoksikasyonu, ispirto, metabolik asidoz

POSTER BİLDİRİLER

PS-0166 Toksikoloji

Deli bal zehirlenmesi olgu sunumu

Mehmet Ali Topal[1], Kasım Öztürk[1], Barış Murat Ayvacı[1], Sevilay Sema Ünver[1], Başar Cander[1], Mehmet Bünyamin Gücüyener[1], Soukri Katsakoglou[2], Ali Cimem[1], Celal Güneş[1], Evren Dal[3], Bilge Sultan Kaygılı[1], Hüseyin Sami Şahin[1]

[1] *Okmeydanı E.A.H Acil Tıp Kliniği, istanbul*

[2] *Kocaeli Devlet Hastanesi Acil Servis, Kocaeli*

[3] *Bursa Devlet Hastanesi Acil Servis; Bursa*

Turkiye'de Doğu Karadeniz bolgesinde cok eskiden beri bilinen nadir bir besin zehirlenmesi nedenidir. Alternatif tedavi amacıyla, grayanotoksin iceren Ericaceae ve Sapindaceae ailelerinin cicek ve yapraklarının polen ve nektarlarından uretilmiş balın yenilmesi ile oluşabilen klinik tablodur. İnsanda zehirlenme belirtileri doza bağlıdır ve birkaç dakika ile iki saat veya daha fazla süren latent bir periyoddan sonra ortaya çıkar. Tipik zehirlenme tablosu, hayatı tehdit edebilen bradikardi ve hipotansiyon ile santral sinir sistemi etkilenimi bulgularıyla oluşur. Tedavi semptomatiktir. İntoksikasyon genellikle 24 saatten fazla uzun sürmez ve tanınıp erken tedavi edilirse nadiren ölümcüldür.Bu vakada acil servisimize başvuran deli bal intoksikasyonun klinik seyri anlatılmaya çalışılmıştır

ANAHTAR KELİMELER: Bradikardi,Deli bal, Hipotansiyon

PS-0167 Toksikoloji

Bir Seratonin Geri Alım İnhibitörü Olan Fluoksetine Bağlı Gelişen Hiponatremi Olgu Sunumu

Mehmet Ali Topal[1], Sevilay Sema Ünver[1], Barış Murat Ayvacı[1], Mehmet Bünyamin Gücüyener[1], Kasım Öztürk[1], Başar Cander[1], Ali Cimem[1], Mahmut Arda Çınarlık[1], Celal Güneş[1], Mehmet Demir[1], Evren Dal[3], Soukri Katsakoglou[2]

[1] *OKMEYDANI E.A.H, ACİL TIP KLİNİĞİ, İSTANBUL*

[2] *Kocaeli Devlet Hastanesi Acil Servis, Kocaeli*

[3] *Bursa Devlet Hastanesi Acil Servis; Bursa*

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri klinik pratikte gittikçe artan bir kullanım ve güvenli bir yan etki profili göstermektedir. Bununla birlikte özellikle yaşlı hastalarda hiponatremi, az rastlanan fakat önemli ve ölümcül olabilen bir seçici serotonin gerialım inhibitörü (SSRİ) yan etkisi olarak öne çıkmaktadır. Bu olgu sunumunda SSRİ olan fluoksetine kullanımına bağlı gelişen hiponatremi olgu sunumu sunulmuştur. Major Depresyon hastası olan 62 yaşında erkek hasta fluoksetine kullanımına bağlı 15 gün sonra Uygunsuz Antidiüretik hormon sendromu ve buna bağlı geişen akut hiponatremi olgusu anlatılmıştır

ANAHTAR KELİMELER: Hiponatremi, SSRİ, fluoksetine, majör depresyon, Acil servis,

PS-0168 Toksikoloji

Kırmızı Adam (Red-Men) Sendromu

Hasan Gümüşboğa, Suat Zengin, Basri Can, Behçet Al, Nurcan Sağlam, Cuma Yıldırım
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

Vankomisin; MRSA başta olmak üzere Gram (+) bakteri in¬feksiyonlarında sıklıkla kullanılan bir antibiyotiktir. İV olarak kısa sürede uygulandığında, özellikle vücudun üst kısmında daha fazla olmak üzere tüm gövdede yaygın, kaşıntılı kızarıklıklar, eritematöz döküntüler ve hipotansiyona yol açabilmektedir. Bu olgu sunumunda acil servisimize sağ temporo-oksipital ve postauricular bölgede şişlik, ağrı, kızarıklık ve ısı artışı nedeniyle başvurup ön tanı olarak sellülit düşünülen hastada vankomisin tedavisi uygulanması sırasında görülen Red Man Sendromunun tartışılması amaçlandı.

ANAHTAR KELİMELER: Vankomisin, red-men sendromu, selülit

PS-0169 Toksikoloji

5-Fluorourasil'e Bağlı Koroner Vazospazm

Mustafa Sabak, Suat Zengin, Behçet Al, Hasan Gümüşboğa, Hatice Eroğlu, Cuma Yıldırım
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

5-fluorouracil gastrointestinal sistem kanserlerinin tedavisinde sık kullanılan kemoterapotik ajandır. Kardiyotoksisite 5-florourasilin (5-FU) nadir görülen önemli bir komplikasyonudur. Kardiyotoksisiteden sorumlu mekanizma 5-FU'in toksik metaboliti olan floroasetata bağlı koroner vazospazmdır. Kardiyotoksik etki görülme sıklığı doz ve veriliş yoluna göre değişmektedir. 5-FU ile ilişkili iskemik semptomlar genellikle tedavinin geç fazında görülür. İskemik kalp hastalığı olanlarda 5-FU infüzyonu esnasında dikkatli kardiyak monitörizasyon gerekmektedir. Bu vaka sunumunda, 5-FU kardiyotosisitesinin neden olduğu koroner vazospazma bağlı gelişen ve akut miyokart enfarktüsünü taklit eden vaka sunulmuştur. 5-FU uygulaması akut miyokart infaktüsünü taklit eden koroner vazospazma neden olabileceği ve bu durum nitrat ve kalsiyum kanal blokeleri ile başarıyla tedavi edilebileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: 5-Fluorourasil, koroner vazospazm, acil servis

PS-0170 Toksikoloji

Bonzai ve sonrası

Fatih Çömez[1], Emir Can Erecan[2], Engin Coşkun Aslan[1], Murat Carus[1]

[1] *Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul*

[2] *Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul*

Kannabinoidler kendilerine özgü reseptörler üzerinden beyinde nörotransmitter salınımını baskılayan çeşitli kimyasal bileşiklerin bir sınıfıdır. Doğal kanabis (Δ9-THC, tetrahidrokanabinol) hint keneviri bitkisinden (Cannabis Sativa) elde edilir. Sentetik kannabinoid laboratuar ortamında ot ve benzeri maddelerin kimyasal likitlerle spreylenmesi sonucu oluşturulur, THC maddesinin yaklaşık yüz katı daha fazla etkiye sahiptir. Son yıllarda ülkemizdeki uyuşturucu madde piyasasında bonzai ve jameika gibi isimlerle önemli bir yer tutmaktadır. Etkileri öfori, gevşeme, zaman algısında öznel yavaşlama, analjezi,bellek ve problem çözmede zorluklar, ataksi, taşikardi, sistolik hipertansiyon, postural hipotansiyon, iştah artışı, anksiyete, paranoid düşünceler ve depresyondur. Yine bu maddelerin kullanımı ile görülen daha çok olgu sunumları şeklinde akut böbrek yetmezliği, hiperglisemi, hipokalemi, pulmoner disfonksiyon, hiper ya da hipotansiyon, akut myokard infarktüsü ve nörolojik (konfüzyon, nöbet, psikoz gibi) yan etkiler de görülebilmektedir. Bu yazımızda sentetik kannabinoid kullanımı sonrası arest olan, yoğun bakım takipleri sırasında diabetik ketoasidoz ve pankreatit gelişen bir olgudan bahsedilecektir.

ANAHTAR KELİMELER: bonzai, cannabis sativa, diabetik ketoasidoz, pankreatit

PS-0171 Toksikoloji

Deli Bal

Hasan Erçelik, Emine Kadıoğlu, Hasan Aydın, Murat Seyit, Harun Yıldırım
Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Kütahya

GİRİŞ: Deli bal ülkemizde dağ gülü olarak bilinen rhododendron pontica adlı bitkiden elde edilir. Balda zehirlenmeye sebep olan grayanotoksin' in etkisi hücre membranındaki Na kanallarının geçirgenliğini arttırması ve periferik vagal tonusu artırmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Hastalarda bulantı kusma ishal gibi hafif gastrointestinal semptomların yanında daha ciddi olabilen bradiaritmiler, hipotansiyon ve senkop durumları gözlenebilir.

OLGU: 64 yaşında erkek hasta acil servisimize kısa süreli tam senkop, devam eden baş dönmesi ve bulantı şikayeti ile başvurdu. Hastanın vitallerinde tansiyonu 80/50 mmHg, nabız 45 dk, ateş 37ºC, kan şekeri 143 mg/dL 'idi. Hastanın sistemik muayenesi normaldi. Çekilen EKG de sinüs bradikardisi vardı. Hastanın anamnezi tekrar sorgulandığında Karadeniz Bölgesinden getirttiği deli baldan semptomlar gelişmeden 2 saat kadar önce 3-4 kaşık yediği öğrenildi. Hastaya sıvı tedavisi başlandı. Atropin 0,5 mg iv puşe yapıldı. Atropin tedavisinden 15 dakika kadar sonra hastanın EKG ritmi normal sinüs ritmine döndü. Tetkikleri doğal olan hasta acil servisten tam iyilik hali ile taburcu edildi.

SONUÇ: Grayanotoksinin sık görülen kardiyak etkileri %90 ile bradiaritmiler ve hipotansiyondur. Zehirlenmenin semptom ve bulguları alınan doza bağlı olarak artar ve şiddetlenir. Semptomlar genellikle ilk 24 saat içinde ortadan kaybolur. Bu sebeple acil servise bradikardi ve hipotansiyon ile başvuran hastalarda deli bal yeme öyküsü sorgulanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Bradikardi,Deli Bal,Grayanotoksin

PS-0172 Toksikoloji

Kadınların vazgeçilmezi: Bitkiseller !!!

Mehmet Ediz Sarıhan, Serhat Güney, Şükrü Gürbüz
İnönü Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Malatya

GİRİŞ: Bitkilerin ilaç olarak kullanılmaya başlanması insanlık tarihi kadar eskidir. Günümüzde ise bitkilerin içerisindeki etken maddelerden faydalanılarak ilaçların hazırlanması ile beraber doğal olarak kullanıma sunulan bazı formları vardır. Doğal kullanım başlığındaki bu formlar yetkili kurumların denetimi altında sürdürülmesi ile beraber bazı firmaların izinsiz olarak piyasaya sürdüğü ürünler de kullanılmaktadır. Bu ürünlerin ilaç olarak görülmemesi nedeni ile de alınması gereken dozun üzerine çıkmak gibi bazı yanlış davranışlar kişinin hayatına mal olabilecek kadar ciddi yan etkilere neden olabilmektedir.

OLGU: 27 yaşında bayan hasta 2 gündür olan karın ağrısı, halsizlik, tüm vücutta sararma şikayeti ile servisimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde hasta genel olarak ikterik olup batında yaygın hassasiyet vardı. Defans ve rebound yoktu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Vital bulguları TA;107/68 mmHg, nabız; 73 /dk, vücut ısısı; 36˚C ve SaO2; %94 olarak saptandı. Hastanın alınan öyküsünde ise yaklaşık 1 hafta önce zayıflama amaçlı piyasadan temin ettiği kapsül şeklindeki bitkisel ilacı günde 3x1 dozajında kullanmış. İlacı alımının 5.gününden itibaren başlayan sarılığı gitgide artmış. Kliniğimizde ki incelemeler neticesinde toksik hepatit ön tanısı düşünülerek istenen tetkiklerinde Hb;10,1 g/dl, Hct; % 30,5, Plt; 132.000 /M idi. Diğer hematolojik değerlerinden INR; 1,3, APTT; 37,7 sn, PTZ;65 % 'ydi. Kan biyokimyasında total billirubin;8,05 mg/dl, direkt bilirubin;3,24 mg/dl, AST;1548 U/L, ALT; 1661 U/L, ALP;198 U/L, GGT;198 U/L, LDH;1055 U/L, albümin; 3,7 g/dL saptandı. Çalışılan ELISA ve diğer tetkileri normal değerlendirildi. Batın USG ve direk grafileri normaldi. Hastaya genel cerrahi tarafından karaciğer nakli kararı verildi. Aynı gün yakınına yapılan testlerden sonra nakil işlemi gerçekleştirildi.

SONUÇ: Aktarlarda, özel mağazalarda ve tv kanallarında bilinçsizce satılan farklı birçok formdaki bitkisel ilaçlar insan sağlığı açısından büyük tehdit oluşturmaktadır. Genelde kilo vermek amacı ile bilinçsizce kullanılmakta olan bitkisel ilaçlar olgumuzda da olduğu gibi ciddi hayati tehlike oluşturmaktadır. Sağ kalan hastaları ise uzun süreli ve zor bir tedavi süreci beklemektedir. Ne içerdiği bilinmeden kullanılan bitkiselleri kullanmadan önce tekrar düşünülmesi gerektiği önerisinde bulunmak amacıyla karaciğer yetmezliği gelişen olgu sunuldu.

ANAHTAR KELİMELER: Karaciğer yetmezliği, bitkisel ilaç, nakil

PS-0173 Toksikoloji

Olgu: Çocukta Alkalinli Pil Yutulması

Murat Seyit[1], Bircan Savran[2], Hasan Erçelik[1]
[1]*Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kütahya, Türkiye*
[2]*Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Kütahya, Türkiye*

Alkalen pil yutulması çocuklarda giderek artan bir durumdur. Bu hastaların yuttuğu pilin cinsinin belirlenmesi, grafi ile pilin yerinin belirlenmesi ve meydana gelebilecek komplikasyonlar ve yan etkiler açıcısından ailenin bilgilendirilmesi önemlidir.

Acil servise 2 yaşında kız çocuğu ailesinin ifadesinde evde kumandanın içinden düşen pili yutması şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde ağız içinde yabancı cisim olmaması, nefes darlığı olmaması, akciğer seslerinin doğal olması üzerine hastaya PA akciğer grafisi ve Ayakta direkt karın grafisi çekildi. Ayakta direkt karın grafisinde pilin boyut olarak AAA boyutlarında kalem pil olduğu, pilin mide içerisinde bulunduğu tespit edildi. Hasta zehir danışma ile görüşüldü ve çocuk cerrahisi ile konsülte edildi. pilin özefagusu geçmiş olması, aktif semptomunun olmaması ve pilin civa içermemesi nedeni ile günlük pasajı takip açısından kontrole çağrıldı; oluşabilecek yan etkiler açısından bilgilendirildi ve günlük kontrole çağrıldı. Pilin vücuttan çıkmasının takibi açısından gaita takibi önerildi.

Aşağıdaki durumlarda pilin derhal çıkarılması gerekebilir. Bu durumda endoskopi planlanır. Eğer röntgen filmi pilin özofagusta olduğunu gösteriyorsa, eğer kişi karın ağrısı veya kan kusma gibi belirtiler gösteriyorsa, eğer pil büyükse (15.6 mm veya daha büyük) ve çocuk 6 yaşından daha küçükse ve pil 48 saat içinde mideden geçmezse endoskopi ile çıkarılması uygundur.

ANAHTAR KELİMELER: yabancı cisim, yutma, alkalin, çocuk

PS-0174 Toksikoloji

Sık Karşılaşılmayan Bir Durum: Antifriz İçimi

Murat Seyit[1], Nilüfer Araz Bayhan[2], Emine Kadıoğlu[1]
[1]*Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kütahya, Türkiye*
[2]*Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Kütahya, Türkiye*

Antifriz içimi- etilen glikol alımı çok sık karşılaşılmayan bir durum olmamasına rağmen hayatı tehlikeye sebep olabilecek bir durumdur ve yakın takip gerekmektedir.

30 yaşında hasta aracının başında iken yanlışlıkla birkaç yudum antifriz içimi sonrası gelişen sersemlik hissi, bulantı ve kusma ile acil servise 112 tarafından getirildi. Hasta zehir danışma ile görüşüldü. Hastanın etilen glikol bakılabilen bir merkeze sevk edilmesi gerektiği belirtildi. Ancak hastaya uygun yoğun bakım bulunamadığı için anestezi ve reanimasyon yoğun bakımda takibe alındı. Hastanın takiplerinde hastanın biokimyasal parametrelerinde bozulma olmaması ve endoskopisinde patoloji olmaması üzerine hasta şifa ile taburcu edildi.

Antifriz (Etilen glikol) kg başına 1.5 gr alınması bile letal olabilen, daha az dozda bile letal olduğu bildirilmiş bir kimyasaldır. Renksiz, kokusuz, tatlı ve suda çözünür. Barsaktan çabuk emildiğinden mide yıkama ancak ilk dakikalar için anlamlıdır. Antifrizin antidotu "Etanol"dur. 72 saat takip gerekir. Hasta ayakta yürüyerek gelip, sonradan komaya girebilir. Çünkü metabolitleri de toksiktir. Metabolik asidoz gelişebilir. Ölümler genellikle bu yüzden olur. Sodyum bikarbonat infüzyonu önerilir. Hipokalsemi de gelişebilir. Kalsiyum infüzyonu yapılır. Midesinde yanma hissedebilir. mide koruyucu proton pompa inhibitörü önerilir.İlk 12 saatte SSS depresyonu gelişebilir.24-72 saatte nefrotoksik belirtiler görülebilir. Nedeni etilen glikolün metabolitlerinden oksalatdır. Hasta size geldiğinde komada değilse bile yoğun bakım ve diyaliz olanakları olan bir merkeze sevkedip orada izlenmesi uygundur.

Antrifiz - etilen glikol alımının etilen glikol bakılabilen bir yoğun bakımda takip edilmesinin uygun olduğu, hastanın özellikle ilk 12 saatte kötüleşebileceği unutulmamalı ve antifriz hayatı tehtit edici bir durum olduğu unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: etilen glikol, toksite, antifriz, zehirlenme

POSTER BİLDİRİLER

PS-0175 Toksikoloji

Bilateral Parotitisin Nadir Nedeni: Mantar İntoksikasyonu

Kamil Tünay, Okay Demirkan, Zeliha Copcuoğlu, Emel Gökalp, Nermin Burcu Çoker, Talip Çevik
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilin Dalı,Afyonkarahisar

Dünyamızda yaklaşık 10000 mantar türü bulunmaktadır ve bunların 50-100 kadarının zehirli olduğu bilinmektedir. Zehirli ve zehirsiz mantar ayrımının zor olduğu bu yabani mantarların yenilmesi sonucu da alerjik gastroenteritten, ölümcül karaciğer nekrozuna kadar değişen reaksiyonlar ortaya çıkabilmektedir. Mantar alımı sonrasında ortaya çıkan zehirlenmelerde toksinin türüne göre değişen belirti ve bulgular en erken İlk 2 saatte ya da >6 saatte ortaya çıkar. Geç septomların başlaması kötü prognoza işaret eder. Bazı tür mantar intoksikasyonlarıyla birlikte kolinerjik etkiler görülür. Tükrük bezini besleyen postganglioner parasempatik sinirlerle aurikulotemporal sinirdeki deriye giden sempatik otonom lifler arasında anastomoz ve rejenerasyon vardır. Buda kolinerjik uyaranlar ile ter bezlerinde hipersensibiliteye yol açar ve hastada parotit kliniği gelişir. Tedavisi atropindir.

OLGU SUNUMU: AKÜ Tıp Fakültesi acil servisine 70 yaşında bayan hasta altı saat önce yabani mantar yemesi sonrası ağızda salya artışı,ishal, bulantı,kusma, sağ yanakta şişlik şikayetiyle başvurdu.(resim 1) TA:140/80 mmhg, nabız: 64/dk, ateş 36'C,sPO2 94 idi. Özgeçmişinde hipertansiyon ve diabetes mellitus öyküsü olan hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Genel durumu iyi,bilinci açıktı. Baş boyun muayenesinde sağ parotis lojunda palpasyonla hassasiyet ve şişlik mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hemogramında anormal bulgu saptanmayan hastanın biyokimyasında amilaz değeri 730 U/L olarak saptandı. Hastaya IV hidrasyon ve semptomatik tedavi, aktif kömür, atropin, antihistaminik, streoid, antibiotik tedavisi verildi. Pankreatiti dışlamak için batın USG çekildi. Takip esnasında parotis lojundaki şişliği,hassasiyeti artan hastaya parotis ultrasonografisi yapıldı ve parotitle uyumlu olarak raporlandı (resim 2). Dört günlük acil servis gözlemi sonrasında şikayetlerinin gerilemesi ve amilaz düzeyinin düşmesi sonucunda antienflamatuar tedavi önerileriyle taburcu edildi

SONUÇ: Mantarlar doğada yaygın olarak bulunurlar. Bazı toksik mantar türlerinin tüketilmesi ciddi zehirlenmeye hatta ölümlere neden olabilir ancak çoğunlukla iyi seyirli ve gastrointestinal bulguların ön planda olduğu zehirlenme tablosuna neden olurlar. Mantar zehirlenmesi olan hastalarda kolinerjik etkilere bağlı tükrük bezlerinde hipersensitivite ve buna bağlı özellikle bilateral parotit kliniği gelişme ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Bilateral Parotitis, mantar intoksikasyonu, atropin

PS-0176 Toksikoloji

Siyanür Zehirlenmesi

Abuzer Coşkun[1], Fikret Özkan[2], Sedat Özbay[1], Osman Mahir Okur[1], Afşin Emre Kayıpmaz[3], Behnan Gülünay[1], Şevki Hakan Eren[4], Asuman Uçar[1]

[1]*Numune Hastanesi, Acil Servis, Sivas*

[2]*Numune Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi, Sivas*

[3]*Başkent Üniversitesi, Acil Tıp AD, Ankara*

[4]*Cumhuriyet Üniversitesi, Acil Tıp AD, Sivas*

VAKA: Gümüş parlatma işi yapan 36 yaşındaki erkek hasta, yanlışlıkla parlatmada kullandıkları su karıştırılmış siyanürden yaklaşık bir yudum içtikten 20-25 dakika sonra bilincinde bozulma ve ağızdan köpük gelmesi şikayeti ile iş arkadaşları tarafından acil servisimize getirildi.

FİZİK MUAYENE: Genel durumu kötü, bilinç kapalı. Vital Bulguları: TA:80/50 mmHg, Nb: 117/dk ritmik, SS: 24/dk, A:35,1°C. Baş-boyun muayenesine hasta acile getirildiğinde pupiller izokorik iken yaklaşık 20 dakika sonra anizokorikti. Ağızda bolca köpük mevcuttu. Solunum sistemi dinlemekle yüzeyeldi, Kalp dinlemekle hafif taşikardik, Nörolojik defisit yoktu.

Hasta Acil Servise siyanür intoksikasyonu tanısıyla kabul edildi. Zehir danışmadan öneriler alındı ve Yoğun Bakım ünitesine yatırıldı. Hasta gelişinin birinci saatinde önce anizokori, ardırdan solunum yüzeyselleşti ve peşinde bradikardi gelişti. AKG alındı. pH:7,02 idi. Hasta entübe edildi ve mekanik ventilatöre bağlandı. 112 Acil Servis ile bağlantı kurulup Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesinden eş zamanlı araç çıkarılarak antidot olan Cyanokit 5gr (Hydroxocobalamin) istendi. Hasta gelişinin yaklaşık 3. saatinde antidot uygulandı. Hasta 11. saatinde extübe edildi. Vitalleri stabil hale geldi. İdrar rengi kiraz kırmızısı rengindeydi. Zehir danışma ile tekrar görüşüldü. 2. doz antidot uygulandı. Hasta yatışının 4. gününde karaciğer enzimleri normal, bilinç açık, genel durumu iyi bir şekilde önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: Siyanür bileşikleri günümüzde metal kaplamacılık, metal yüzey temizliği, kuyumculuk, plastik sanayi, madencilik, fotoğrafçılık, ziraî ilaç, gübre sanayi gibi pek çok endüstriyel alanda kullanılmaktadır. Yaklaşık 150 yıllık bir yöntem olmasına rağmen, 1980'lerden itibaren altın madenciliğinde cevherden elde edilen altını zenginleştirmede siyanür kullanımının yaygınlaşması, insan ve doğa üzerine olumsuz etkileri ile birlikte siyanürü ülke ve dünya gündemine taşımıştır. Siyanür katı, sıvı ve gaz halinde bulunabilir. Sıvı ve gaz hali (hidrojen siyanür) renksiz, katı hali (siyanür tuzları sodyum ve potasyum siyanür gibi) ise beyaz renklidir. İnhalasyon yolu ile, cilt yolu ile ya da oral yolla maruz kalınabilir(1,2,3). Olgumuz kuyumculuk işiyle uğraşıyordu ve literatür ile uyumluydu. Siyanür zehirlenmesinin tanısında hikaye ve klinik bulgular oldukça önem taşımaktadır. Çoğu zaman kan siyanür seviyesini ya da diğer laboratuar sonuçlarını bekleyecek kadar zaman olmadığı için acil hekimi hikaye ve klinik bulguları süratle değerlendirmeli, şüpheli durumda vakit geçirmeden spesifik tedaviyi başlatmalıdır. Özellikle artmış anyon açıklı metabolik asidoz ile birlikte normal PaO2 seviyelerinin olduğu durumlarda siyanür zehirlenmesi göz önünde bulundurulmalıdır(2). Acil servise bilinç bozukluğu gibi majör bir semptom ile gelen hastalarda eşlik eden minör semptomların göz ardı edilmemeli, siyanür zehirlenmesi gibi sık rastlanmayan ancak yüksek mortalite potansiyeli taşıyan bir zehirlenmede erken tanıma, erken spesifik tedavi başlatmanın mortalite ve morbidite ile yakın ilişkisi vardır ve bu oran azaltılabilir

ANAHTAR KELİMELER: Acil Servis, intoksikasyon, siyanür

PS-0177 Toksikoloji

Karanfil Yağı Kullanımına Bağlı Senkop ve Ötesi

Hüseyin Cahit Halhallı, Ali Yusuf Uyanık, Bilen Çetin, Yeliz Kocabaş, Serkan Yılmaz
Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Kocaeli

GİRİŞ: Zehirli ve yaralayıcı bitkiler yüzlercedir ve geniş bir toksisite çeşitliliğine sahiptir. Ağır yaşamı tehdit eden etkiler veya maluliyet verici yaralanmalar fazlasıyla seyrektir ve hastaların yalnızca %0.04 civarında bir kısmında meydana gelmektedir. Bitki ile ilgili maruziyetlerin çoğu tedavi gerektirmemektedir ve tedavi gerektirenler çoğunlukla alınan toksinlerin emilimini azaltmaya yönelik basit Gİ dekontaminasyon girişimleri ile yönetilebilir. Eugenia caryopyllata(karanfil), anti-inflamatuar, analjezik, antipiretik, mantar önleyici gibi özelliklere sahip olan ve peptik ülser tedavisinde kullanılan bir bitki türüdür.[2]

VAKA: 22 yaşında bayan hasta senkop, sol kolda kuvvetsizlik, parestezi ve parezi şikayetleri ile acil servisimize getirildi. Fizik muayenesinde, genel durumu orta-kötü, bilinci açık, oryantasyon ve kooperasyonu bozulmuş ve anksiyöz haldeydi. TA: 90/60 mmHg, Nb: 140, SS: 36/dk, ateş: 36,7 °C olan hastanın sistem muayenelerinde, taşikardi ve takipne dışında patolojik bir bulguya saptanmadı. Nörolojik muayenesinde patolojik olarak, sol üst ekstremitede parestezi ve parezi saptandı; kas gücü 2/5 oranında idi. Laboratuar bulgularında glukoz: 285 mg/dl, üre, WBC: 31400/µL, platelet 696000/µL, nötrofil 30200/µL(%96,1), lenfosit 1000/µL(%3,2), troponin I 0,196(0,00-0,06)ng/ml, kreatin kinaz 4267(29-168)U/L, D-dimer 100(0-400)ng/ml, kan gazı tetkiğinde pH: 7,154, laktat 12(0,5-1,6)mmol/L, HCO3 13,7, İdrar tetkiğinde keton 1+, glukoz 3+ idi. Hastanın sorgusu derinleştirildiğinde bir gün önce diş ağrısı için 'karanfil yağı'nı topikal olarak kullandığı öğrenildi. Kraniyal BT ve MR tetkiklerinde herhangi bir patoloji gözlenmedi. Takiplerinde kardiyak troponin düzeyinde yükselme saptanıdı. EKG'lerinde herhangi bir patolojik bulgu gözlenmedi.Sol üst ekstremite bulgularında değişiklik gözlenmedi. Hastanın yapılan periferik kan yaymasında blast hücresine rastlanmadı. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacı ile 'karanfil yağı'nın toksik etkisi ön tanısı ile dahiliye servisine yatırıldı.

SONUÇ: Zehirli bitkiler çok çeşitli toksisite tabloları oluşturabilmektedir. Bizim olgumuzda da mevcut bulgular ışığında, karanfil yağının yanlışlıkla ve/veya kasten aşırı kullanımına bağlı kompleks bir klinik tablonun meydana geldiği düşüncesindeyiz. Literatürde bugüne kadar karanfil yağı kullanımına bağlı gelişen bu ağırlıkta nörolojik ve metabolik bozukluklar tespit edemedik. Bu nedenle tanı konulmakta güçlük çekilen durumlarda hastanın öyküsünü derinleştirerek etken olabilecek çevresel faktörler titizlikle sorgulanmalı ve masum görülen çeşitli bitkisel ürünlerin oldukça kompleks durumlara yol açabileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Eugenia caryopyllata(karanfil) yağı, zehirli bitkiler, parezi, pleji, metabolik asidoz

PS-0178 Toksikoloji

Amitriptilin Zehirlenmesinde Terapötik Plazma Değişimi

Murat Seyit[1], Sarper Şahin[2], Mehmet Özen[3], Saime Ergen Dibeklioğlu[2]

[1]*Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kütahya, Türkiye*

[2]*Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kütahya, Türkiye*

[3]*Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Kütahya, Türkiye*

Şiddetli amitriptilin zehirlenmesi çocuklarda ve erişkinlerde kardiyak ve nörolojik toksisite hem önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir. Bizim olgumuzda başarıyla plazma değişimi ile şiddetli amitriptilin zehirlenmesi tedavi olgusu sunulmuştur. Amitriptilinin plazma proteinlerine yüksek bağlama özelliği nedeniyle, terapötik plazma değişimi tedavisi ile ciddi amitriptilin zehirlenme olgularında düşünülmelidir

OLGU: Hasta 16 yaşında bayan hasta acil servise 4 saat önce suicidal amaçlı 10 tablet 10 mg laroxyl/amitriptilin içimi ile başvurdu. Hastanın glasgow koma skoru:8 idi. Hastanın biyokimyasında glukozu: 102 mg/dl, kreatin 0.70mg/dl, venöz kan gazında Ph:7.40, parsiyel co2: 43.9, parsiyel o2:35, HCO3: 27,2idi.Hasta zehir danışmaya danışılarak yoğun bakım ihtiyacı olması üzerine pediatri ile görüşülerek hasta pediatri yoğun bakıma yatırıldı. Hastanın glasgow koma skoru:8 olması ve durumunun kötüleşmesi üzerine hasta hematoloji bölümüne plazma exchange yapılması açısından danışıldı. Hastaya yoğun bakımda 10 ünite taze donmuş plazma ile 1 saat boyunca total vücut volümü ile aralıklı akım Terapötik plazma değişimi yapıldı. Hastanın işlemden 10 saat sonra glasgow koma skoru:15 olması üzerine hasta pediatri servisinde takibe alındı. Takiplerinde metabolik ve genel durumda bozulma olmaması üzerine bireysel psikoterapi sonrası yatışının 7.gününde şifa ile taburcu oldu.

Amitriptilin toksitesi son dönemlerde daha az karılaşılan bir durum olmasına rağmen ciddi toksitelerde hastanın hayatını ciddi etkileyebien bir toksite olmasına rağmen bu hastalarda teropotik plazma değişimi hastanın mortalitesinin azalmasında oldukça yararlı bir durum olduğunun bilinmesi önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: Amitriptilin, Zehirlenme, Terapötik Plazma Değişimi

PS-0179 Toksikoloji

Çoklu İlaç İntoksikasyonunda Lipid Tedavisi

Funda Karbek Akarca[1], Ayşe Ece Tavas[2], Yusuf Ali Altuncı[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İzmir*

[2]*Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Acil Servis, Düzce*

Bu olgu sunumunda, intoksikasyon vakalarında giderek artan lipid emülsiyon (LE) terapisinin, geç dönemde de, çoklu ilaç kullanımında da etkili bir tedavi modalitesi olabileceğini vurgulamak istedik.

56 yaş erkek hasta acil servise 112 tarafından suisidal amaçlı bilinmeyen miktarda sitalopram, venlafaksin ve ketiapin alımı sonrası getirildi. 112 ekibinden alınan bilgiye göre hastanın olay yerinde hipoksik hipotansif ve uykuya meyilli olduğu, 112 ekibinin verdiği intravenöz sıvı bolusu sonrası hastanın hipotansiyonunun düzeldiği öğrenildi. Hastanın acil servise geliş vitalleri TA:132/69mmHg, KN:75/dk, SaO2:%87 ve GKS:E2M3V2 olarak saptandı. Hasta entübe edildi, laboratuar tetkikleri yollandı. Laboratuar tetkiklerinde anormal bulgu saptanmadı. Kan gazında metabolik asidoz saptandı. EKG'de geniş QRS kompleksleri saptandı. Gelişinden kısa bir süre sonra hastada sıvı, bikarbonat ve inotrop tedavisine yanıt vermeyen hipotansiyon gelişti. Hastaya gelişinin 5. Saatinde intravenöz lipid tedavisi, 1.5mL/kg %20 iv lipid bolus ardından 0.25mL/kg/dk 30 dk infüzyon olacak şekilde başlandı. İntralipid terapi sonrası hastanın hipotansiyonu düzeldi, ancak bu yanıt kalıcı olmadı ve izlemde hastanın tekrar dirençli hipotansiyonu gelişti. Acile gelişinin 24üncü saatinde tekrar 1.5mL/kg %20 iv lipid bolus ardından 0.25mL/kg/dk 30 dk infüzyon olacak şekilde intralipid tedavisi verildi ve bu kez kalıcı yanıt alındı. Hastanın hipotansiyonu düzelen hasta, izlemde tedrici olarak GKS'unun 15'e yükselmesinin ardından hasta ekstübe edildi.

İlk üretildiğinde sadece total parenteral beslenme amaçlı kullanılan intravenöz lipid emülsiyonu, lokal anestetik madde intoksikasyonunda antidot olarak kullanımının faydası keşfedildikten sonra diğer intoksikasyon vakalarında da etkileri araştırılan bir madde haline gelmiştir. Özellikle lipofilik yapıda olan lokal anestetikler, □-blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, antiaritmik ilaçlar, nöroleptikler ve SSRI, trisiklik antidepresanlar ve fenotiyazinler ile oluşan zehirlenmelerde LE tedavisi kullanımı birçok kaynakta önerilmektedir. Amerika Zehir Kontrol Merkezleri'nde yakın zamanda yapılan bir araştırma, çoğu merkezin LE terapisi için bir protokole sahip olduğunu ortaya koymuştur. Zehir Kontrol Merkezi çalışanları, tek çeşit ilaç alımına bağlı kardiyak arrest senaryolarında kendi merkezlerinin bupivakain (%96), verapamil (%80), amitriptilin (%69) ve bilinmeyen ajan (%18) zehirlenmelerinde "her zaman" veya "sıklıkla" LE terapisi önerdiklerini belirtmektedir. Zehir kontrol merkezlerinin çoğu, %20 lipid emülsiyonu için 1.5 mL/kg bolus olacak şekilde başlangıç dozu önermektedir. Bu bolus, 0.25 mL/kg/dk dozunda infüzyonla devam ettirilir.

Acil Tıp hekimleri, önceden deneysel bir tedavi kabul edilen, ancak zamanla ana akım tedavi haline gelen LE tedavisi hakkında uyanık olmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: İntralipid, Lipid emülsiyon terapisi, Toksikoloji

PS-0180 Toksikoloji

Warfarinin ciddi bir komplikasyonu: Dil hematomuna bağlı solunum yolu obstruksiyonu

Ayhan Aköz, Serhat Örün, Ali Duman, Ömer Yüceer
Adnan Menderes Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ: Warfarin karaciğerde K vitaminine bağlı pıhtılaşma faktörlerinin yapımını engelleyerek etki gösteren bir antikoagülan ajandır. Derin ven trombozu (DVT), pulmoner emboli, beyin damar tıkanıklığı, ritim bozuklukları ve kalp kapak hastalıkları gibi bir çok durumda kullanılabilir. Bu ilacı kullanan hastalar ciddi kanama komplikasyonları ile acil servislere başvurabilirler. Güvenlik aralığı çok dar olan bu ilacın yan etkileri hastalara iyi anlatılmalı ve bu hastalar çok yakından takip edilmelidir. Biz burada warfarin kullanan bir hastada dilde ani oluşan hematoma bağlı gelişen ciddi solunum sıkıntılı bir vakayı sunmayı amaçladık.

OLGU: 62 yaşında kadın hasta 2 hafta önce DVT nedeniyle warfarin kullanmaya başlamış. Bir haftadır da vücudunda morluklar oluşmaya başlamış. Aniden dilinde şişme ve morarma başlayan hasta solunum sıkıntısı şikayetiyle acil servisimize getirildi. Hastanın başvuru anındaki vital bulgularında saturasyonu % 76 idi. Fizik muayenede; hasta takipneikti, solunum güçlüğü ve stridoru mevcuttu, tüm vucutta ekimotik alanlar mevcuttu, dili yaygın ödemli görünümdeydi ve hematom mevcuttu. Hastanın yapılan tetkiklerinde Hg:9 g/dL, protrombin zamanı, INR ve Aktive parsiyel tromboplastin zamanı değerleri okunamayacak kadar yüksek tespit edildi. Hastaya oksijen desteği sağlandı, 4 ünite taze donmuş plazma (TDP), 60 ml faktör komplexi uygulandı. Kontrol koagülasyon tetkiki çalışıldı PT: 26,2 sn, INR: 2,19, APTT: 45 sn tespit edildi. Acil servis gözlem odasına yatırılan hastanın sabah kontrol kan tetkiklerinde Hg: 7,4 g/dL'ye gerilemişti, INR değeri de 3,24 e yükselmişti. Hastaya 2 ünite eritrosit süspansiyonu ve 2 ünite TDP verildi. Kontrol INR değeri 2,81 ölçüldü. Hastanın dilindeki ödem ve hematom geriledi oksijen desteği olmadan kan gazı değerleri olağandı. Yatışının 4. gününde kontrol INR değeri 1,57 ve Hg 9,6 olarak ölçülen hastanın ek şikâyeti olmadı ve poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Warfarin kullanımına bağlı olarak bazen ciltte peteşi ve ekimoz gibi basit kanamalar görülürken bazen de GIS hemoraji ve intraserebral hemoraji gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlar gelişebilir. Bizim vakamızda ise dilde kas içi kanamaya bağlı ciddi bir hematom gelişmişti ve bu hematom hava yolunu tıkayarak ciddi solunum sıkıntısına yol açmıştı. Hastalara warfarin tedavisi başlandığında, ilacın nasıl kullanılacağı, ne aralıklarla kontrole geleceği ve ilaca bağlı ortaya çıkabilecek yan etkiler konusunda eğitim verilmesi bu hayati komplikasyonların oluşmasını engelleyecektir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil, dilde hematom, warfarin intoks

POSTER BİLDİRİLER

PS-0181 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Solunum yetmezliğinin nadir bir nedeni: hiperlökositazis

Hacı Mehmet Çalışkan[1], Şeyhmus Kaya[1], Ahmet Tuğrul Zeytin[1], Filiz Baloğlu Kaya[2], Göknur Yorulmaz[3]

[1] *Eskişehir Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Eskişehir*

[2] *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Eskişehir*

[3] *Eskişehir Devlet Hastanesi, Endokrinoloji Kliniği, Eskişehir*

GİRİŞ: Hiperlökositoz akut kösemi hastalarının yaklaşık %10-20' sinde görülmektedir(1). Beyaz kan hücresi(WBC)'nin 100.000 hücre/mm3 den daha yüksek olarak ölçülmesi şeklinde tanımlanır. Pulmoner, renal ve santral sinir sitemi komplikasyonları nedeniyle erken dönemde yüksek mortaliteye sahiptir. Mortalite ve morbiditenin sebebi lökositazdır. Bu olguda acil servise nefes darlığı şikayeti ile başvuran hiperlökositoz saptandıktan hemen sonra ölen 41 yaşında bayan hasta sunulmuştur (2,3).

OLGU: Acil servisimize solunum sıkıntısı, ateş basması şikayetleri ile başvuran 41 yaşında bayan hastanın doğuştan alopesi dışında öz geçmişinde herhangi bir rahatsızlığı olmadığı ve 4 gündür hafif öksürük boğazda yanma ve nefes darlığı şikayetleri olduğu öğrenildi. Üç gün önce başka bir merkeze bu şikayetlerle başvurduğu ve orada bronşit tanısı konularak antibiyotik ve analjezik reçetesi verildiği öğrenildi, bu şikayetlerinin azalmaması nedeni ile acil servisimize başvurmuştur.

Acil servise başvuru anındaki fizik bakısında: Genel durumu orta, bilinci açık, glaskow koma skalası 15, takipneik görünümde idi. Arteryel kan basıncı 110/70 mmHg, kalp tepe atımı: 94 atım/dk, solunum sayısı 28/dk, Ateş 36,7 °C, SaO2:%82 idi. Akciğerler bilateral solunuma eşit katılıyor ve ral veya ronküs yoktu takipnesi vardı. Karnı obeziteye bağlı bombe görünümde defans ve rebaund yoktu Diğer sistem muayeneleri normaldi. EKGsinde sinüs taşikardisi vardı. Çekilen PA AC grafisinde patoloji saptanmadı.

Hastanın çalışılan laboratuar tetkiklerinde WBC: 247000/mm3, Hgb:10,2/mm3, Hct:27,7/mm3, Plt:52,6/mm3, glukoz: 244 mg/dl, Troponin: 0,151, D-Dimer:14877 ng/m (0-243)olarak ölçüldü. Kan gazında pH:7,365, pO2:61 mmHg, pCO2:35mmHg, HCO3:19,6 mmol Sat O2: %79 idi.

Hastaya nebulizatörle 0,5mg ipratropium bromür + 2,5mg salbutamol verildi beraberinde 4 lt/dk' dan O2 tedavisi başlandı ve bunun yanında 500cc izotonik 0,9 NaCl IV yoldan verildi.Hastanın şikayetlerinin azalmaması nedeni ile tekrar nebulzatörle 0,5mg ipratropium bromür +2,5mg salbutamol verildi. Hasta laboratuar sonuçları ile dahiliye uzmanına konsülte edilerek hastaya acil lökoferez yapılması için en yakın üçüncü basamak sağlık kuruluşuna sevki planlandı. Sevk işlemi yapılana kadarki sürede hastaya IV bolus izotonik %0.9 NaCl ve deksametazon 8 mg uygulandı. Sevk sonrası refere edilen merkez ile görüşüldüğünde hastanın solunum yetmezliğine bağlı olarak yaklaşık 1 saat içerisinde eksitus kabul edildiği öğrenildi.

SONUÇ: Hiperlökositoz lökositaza neden olan özellikle SSS ve akciğerleri etkileyen erken mortalite sebebidir. Ciddi kötü prognoz belirtecidir. Acil serviste tanısının hızlı olarak konulup agresiv tedaviye başlanması gerekir. Tüm amaç erken mortaliteyi azaltmaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Dispne, hiperlökositaz, solunum yetmezliği

PS-0182 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Anjioödeme yol açan akrilik resin: Olgu sunumu

Ali Gür, Muhammet Gökhan Turtay, Hakan Oğuztürk, Şükrü Gürbüz, Muhammet Ekmekyapar
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı Malatya

GİRİŞ-AMAÇ: Bu olgu sunumunda dudaklarında şişme şikayeti ile acil servisimize başvuran akrilik resine bağlı anjioödem gelişen bayan hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: Yirmi yaşında bayan hasta dudaklarında başlayan ani şişme şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın aynı gün bir diş hekiminde, diş tellerinin değişimi için tedavi aldığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde alt ve üst dudaklarında ödem, üst ve alt dudak mukozalarında yer yer veziküler lezyonlar ve minimal uvula ödemi dışında diğer fizik muayene bulguları doğaldı. Hastaya acil medikal tedavi başlandı. Daha sonra takip ve tedavi amaçlı dermatoloji kliniğine yatırıldı. Hastada allerjenin uygulanan diş teli değil bu tedavi sırasında kullanılan akrilik resin içeren ekartör olduğu düşünüldü.

SONUÇ: Acil servise, diş teli takılması sonrası anjioödem kliniği ile gelen hastalarda; allerjenin uygulanan diş teli değil de kullanılan akrilik resin olabileceği ve bu hastaların hızlı bir şekilde tedavilerinin başlanması gerektiği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Anjioödem, akrilik resin, allerji

PS-0183 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Respiratuar Alkaloza Bağlı Chovstek ve Trousseau Bulguları Pozitifliği

Mustafa Volkan Demir[1], Tuba Öztürk Demir[2], Selçuk Yaylacı[3]

[1] *Malatya Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Malatya*

[2] *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Malatya*

[3] *Rize Fındıklı Guatr Araştırma ve Tedavi Merkezi İç hastalıkları*

AMAÇ: Chvostek ve Trousseau bulgusu hipokalsemi sonucu görülen tetaninin belirtilerinden biridir. Genellikle Hipoparatiroidizm, psödohipoparatiroidizm gibi hastalıklar sonucu oluşan hipokalsemi nedeniyle sinir uyarılabilirliğinin artması sonucu görülür. Respiratuar alkaloz sonucunda iyonize kalsiyum seviyesinin düşmesi sonucunda da oluşabilir. Bu yazıda, lokal anestezi altında dış kulak yolu operasyonu olan hastada post-op gelişen hiperventilasyon sonucunda oluşan respiratuar alkaloza bağlı chovstek ve trousseau pozitifliği anlatılacaktır.

OLGU: 38 yaşında kadın hastaya KBB tarafından lokal anestezi altında dış kulak yolu operasyonu yapılan hastada post-op üst ekstremitede kasılmaları olduğu için dahiliye konsültasyonu istendi. Hasta anksiyöz görünümde idi ve solunum sayısı 18/dk idi. Özgeçmişinde herhangi bir hastalık öyküsü yoktu. Hastanın Chovstek ve Trousseau bulguları pozitifdi. Ca: 9.3 mg/dl, Albümin: 4gr/dl, P: 3.2mg/dl, Mg:2.5 olup normal aralıktaydı. Kan gazında pH:7,6 CO2: 30, HCO3:21 ve iyonize Ca: 0.8 mmol/L olup düşüktü. Hastada post-op anksiyete ilişkili hiperventilasyon sonucunda gelişen respiratuar alkaloza sekonder iyonize kalsiyum düsüklüğü geliştiği anlaşıldı. Hastaya ca replasmanı ve kese kağıdı solunumu yapılarak kasılmaları tedavi edildi ve Chovstek –Trousseau bulguları kayboldu.

SONUÇ: Hiperventilasyon sonucunda ortaya çıkan repiratuar alkaloz iyonize kalsiyum seviyesini azaltarak tetaniye ve bunun öncesinde Chovstek ve Trousseau pozitifliğine yol açabilir. Tetanisi olan hastalarda total kalsiyum normal olsa bile, iyonize kalsiyum düşüklüğüne yol açabilecek respiratuar alkalozun etiyolojide yer alabileceği unutulmamalı ve bu hastalarda kan gazı tetkiki görülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Respiratuar alkaloz, Chovstek, Trousseau

PS-0184 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Periton Tüberkülozu Olgusu

Suat Zengin, Nurcan Sağlam, Behçet Al, Mete Nail Çimen, Hakan Kürümlüoğlu, Cuma Yıldırım
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

Tüberküloz vakalarının %1-3 ünü oluşturan tüberküloz peritonit; spesifik olmayan ve değişken klinik bulguları nedeniyle abdominal kaynaklı patolojilerle karışabilmektedir. Olgular; karın ağrısı ve hassasiyet, şişkinlik, ateş, kilo kaybı, kabızlık veya ishal gibi şikâyetlerle başvurabilir. Bu çalışmada; 2 haftadır gelişen karında şişlik şikâyeti ile acil servise başvuran ve ultrasonografik görüntü ile tüberküloz peritonit tanısı konulan 27 yaşındaki bayan hasta tartışılmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Tüberküloz peritonit, ultrasonografi, acil servis

PS-0185 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Emosyonel Stres Sonrası Çatal Yutan Hasta

Ercan Özler[1], Berkay Mevlanaoğlu[1], Fevzi Yılmaz[1], Ahmet Yozgat[2], Akif Altınbaş[2], Faruk Çetin[2], İrfan Kala[1], Fevzi Bircan Özkan[1]

[1]*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara*

[2]*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji, Ankara*

AMAÇ: Yutulan yabancı cisimler genellikle gastrointestinal sistemde asemptomatik olarak seyredip vücuttan atılırlar. Ancak bazen perforasyon, obstrüksiyon gibi komplikasyonlar meydana gelebilmektedir. Bir nesne pilordan geçtiği zaman genellikle gastrointestinal sistemden de kolaylıkla geçer. Fakat, nesne eğri, keskin uçlara sahip, özellikle geniş (2.5 cm'den büyük) ya da uzunsa (6 cm'den uzunsa) pilor distaline takılabilir. Biz bu vakamızda uzun ve keskin bir cisim olan yemek çatalını yutan hastanın tanı, takip ve tedavisini sizinle paylaşmak istedik.

OLGU: 36 Yaşında erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Alınan anamnezde hastanın dün gece yaşadığı emosyonel stres sonrası yanındaki çatalın ucunu kırıp yuttuğunu beyan etmiştir. Hastanın bakılan vital değerleri TA:120/80 mm hg, nabız:78/dk, ss:16/dk, ateş:36,5 GKS:15 olup durumu stabil idi. Batın muayenesinde palpasyonla epigastrik bölgede hassasiyeti mevcuttu. Hastanın çekilen posteroanterior akciğer grafisinde epigastrik bölgeden başlayıp sol diyafram altına doğru devam eden yaklaşık 12 cm uzunluğunda çatal görüntüsü ile uyumlu olabilecek radyoopak bir yabancı cisim görüldü. Gastroenterolojiye danışılan hastaya endoskopi yapıldı. Endoskopi ile hastanın midesindeki çatal çıkarıldı. acil serviste PAAG, hemogram ve vital takiplerinde herhangi bir problem olmayınca reçete ve öneriler ile taburcu edildi.

SONUÇ: Yutulan keskin cisimler kısa süre içerisinde midenin distal kısmına geçebilir ve perforasyona neden olabilirler. Vakamızda olduğu gibi endoskopik işlemler ile gastrointestinal sistemdeki yabancı cisimler genellikle komplikasyonsuz ve hızlı bir şekilde çıkarılarak tedavi edilebilirler.

ANAHTAR KELİMELER: Çatal, Yabancı Cisim, Endoskopi

PS-0186 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Eklem ağrıları nedeniyle kullanılan kedi pençe otu (Unceria tomentosa)'nun oluşturduğu akut bobrek hasari

Arif Hakan Önder[1], Ahmet Turgut Keskin[2], Abdullah Özkaya[2]

[1]*Aksaray Devlet Hastanesi, Iç Hastaliklari, Aksaray*

[2]*Aksaray Devlet Hastanesi, Acil servisi, Aksaray*

AMAÇ: Bitkisel yöntemlerle tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çeşitli amaçlarla sıklıkla kullanılmaktadır. Ülkemizde kedi pençe otu olarak bilinen Cat's clow (Unceria tomentosa) otu özellikle Amazon yağmur ormanlarında, Orta ve Güney Amerika'nın birçok ülkesinde yetişir.Yabani bir bitki olan kedi pençesi, odunsu asma bitkisidir. Güney amerikada çok ciddi hastalıklarda dahi uzun süredir kullanılan FDA tarafından çeşitli yan etkileri nedeniyle uyarı yapılan bu bitkisel ürün ülkemizde özellikle eklem şikayetleri nedeniyle kullanılmaktadır. Bulantı, kusma, şiddetli baş ağrısı, alerjik reaksiyon, düşük ve immünsistemin aktivasyonuna bağlı altta yatan hastalıkların alevlenmesine neden olmaktadır. Bu olgumuzda Cat's clow (Unceria tomentosa) bitkisinin romatizmal eklem şikayetleri nedeniyle kullanımı sonrası renal tip akut böbrek hasarı vakasını sunmayı amaçladık.

VAKA: 44 yaşında kadın hasta, bacaklarda kramp, bulantı, kusma ve halsizlik şikayetiyle acil servisimize başvurdu.Yapılan tetkiklerinde kreatinin:2.2 mg/dl olması üzerine kliniğimizde takip edilmeye başlandı. Hasta 4 yıldır olan her iki dizindeki ağrı ve şişlik şikayetleri nedeniyle son 20 gündür yakının yurt dışından getirdiği bu bitkisel ilacı kullandığı öğrenildi. Hastanın ayrıca 5 yıldır ACE inh kullandığını belirtti. Ayrıca kullandığı bitkisel ürün nedenyle 10 gündür analjezik ilaç ihtiyacı olmadığını belirtti. Hastanın bu ürünü kullanıdğı 1. haftada 2 gün süren ekstremitelerinde döküntü olup geçtiğini bu dönemde içmediğini sonrasında da tekrar başladığını anlatan hastanın bulantı, kusma ve halsizlik şikayetleri giderek artması üzerine hastaneye başvurmuş. Laboratuar: potasyum: 5.1 mEq/L, klor: 105 mEq/L, sodyum: 131 mEq/L, kreatinin: 2.08 mg/dL, kan gazı PH: 7.28, HCO3: 11.9 mEq/L TİT' inde +(1) protein ve ++(2) eritrosit tespit edilmiştir.. Başka nefrotoksik madde kullanım öyküsü olmayan hastada kedi pençe otuna bağlı akut böbrek hasarı (akut intertisiyel nefrit,akut tübüler nekroz?, direkt tübülotoksik etki?) düşünüldü. 2000 cc/gün sıvı replasmanı yapıldı. Takipe sıvı- elektrolit dengesinde, böbrek fonksiyon testlerinde düzelme gözlendi.

SONUÇ: Bitkisel yöntemler ile şifa arayışı giderek artmaktadır. Çok önemli yan etkileri olan bu ürünlerin başta karaciğer ve böbrek üzerine oldukça toksik etkileri bulunmaktadır.Kedi pençesi otu yurt dışında romatizmal hastalıklar, siroz ve gebeliği önlemye yöenlik çok ciddi hastalıklarda da hastalar tarafından kullanılmaktadır. Literatürde sadece Peru'dan Lupuslu bir vakada kullanımına bağlı gelişen akut intertisiyel nefrit vakası mevcuttur..Ülkemizde benzer bir vaka bildirimi tespit edilmemiştir.Bitkisel ilaç kullanımı hakkında toplum bilinci oluşturulmalı gerekirse bu konuda sağlık bakanlığı tarafından yaptırımlar uygulanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Kedi pençe otu, Akut böbrek hasarı,Unceria tomentosa

PS-0187 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Plasmodium Falciparum'un Neden Olduğu Bir Serebral Malaria Olgusu

Şeref Emre Atiş, Ali Sarıdaş, Eda Özkara, Başar Cander
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Sıtma, Plasmodium ailesine ait bir enfeksiyon türüdür. Çok sayıda Plasmodium türü bulunmasına rağmen dört tanesi insan için patojendir. Bu türler: Plasmodium vivax, Plasmodium ovale, Plasmodium malaria ve Plasmodium falciparum'dur. Bulaştırılan plasmodium türüne göre değişen titremeli ve aralıklı ateş nöbetleri, anemi, splenomegali gibi önemli komplikasyonlara sebep olabilir.

Serebral malaria, Plasimodium falciparum'un neden olduğu en ağır nörolojik komplikasyondur. Mortalitesi yüksek olup yaşayan bazı hastalarda nöro-kognitif bozukluklarla ilerleyen inatçı beyin hasarı görülür. Serebral malaryanın belirleyici klinik özelliği bilinç bulanıklığı olup en ağır şekli komadır. Sebep olarak serebral mikro-sirkülasyonda kırmızı kan hücrelerinin sekestrasyonu düşünülmüştür fakat bazı yazarlar bilinç bulanıklığını metabolik faktörler ve inflamatuar mediatörlere atfetmiştir.

Bu olgu sıtmalı hastalarda bilinç bozukluğu ayırıcı tanısında serebral malaryayı da düşünmek amacıyla sunulmuştur.

OLGU: 41 yaşında erkek hasta nefes darlığı, ateş, titreme, terleme, halsizlik şikayetleriyle başvurdu. Bilinen ek hastalığı, ilaç veya alkol kullanımı olmayan hastanın 20 gündür aralıklı ateş yükseklikleri yaşadığı öğrenildi. 1 ay önce Ekvador'da bulunma öyküsü mevcuttu. Gitmeden önce herhangi bir profilaktik ilaç almadığı öğrenildi. Hastanın arteriyel tansiyonu 90/40 mm Hg, kalp tepe atımı 110 vuru/dk, solunum sayısı 21/dk, vücut ısısı 39.3 °C, kan şekeri 80 mg/dl, oksijen saturasyonu % 95'ti. Glaskow Koma Skala değeri 13(M5V4G4) olan hastanın şuuru konfüze, koopere ve dezoryanteydi. Hasta ikterik görünümdeydi.Dinlemekle solunum sesleri doğal, her iki hemotoraks solunuma eşit katılıyordu. Kariyovasküler sistem muayenesinde kalp sesleri doğal, ek ses ve üfürüm yoktu. Batın muayenesinde hassasiyet,defans,rebaund yoktu. Hastanın kas gücü normal, anizokorisi yoktu. Hastanın dizartrisi mevcuttu. Laboratuar bulgularında; lökosit 19.4, hemoglobin9.9, nötrofil %76.1, platelet 92, CRP 260, AST 142, ALT 78, LDH 823, total billirubin 4.73, direkt billirubin 1.58, sodyum 121, INR 1.19 diğer kan örnekleri normal geldi. Hastadan alınan kan örneğinin Giemsa boyası ile hazırlanan kalın damla ve ince yayma prepatlarında P.falciparum ile uyumlu muz şeklinde gametositler ve genç trofozoitler gözlendi. Hastanın beyin bilgisayarlı tomografi ve beyin difüzyon manyetik rezonans görüntülemesi yapıldı. Diffüzyon MR'ında occipital bölgede corpus callosumda difüzyon kısıtlılığı saptandı ve serebral malaria olarak değerlendirildi.

ANAHTAR KELİMELER: Ateş,Plasmodium falciparum,Bilinç bulanıklığı

PS-0188 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A Rare Case in the Emergency Department: Erdheim-Chester disease

Umut Gulacti[1], Ugur Lok[1], Irfan Aydin[1], Hasan Buyukaslan[2], Murat Celik[1], Nurettin Aktas[1], Tayfun Borta[1]

[1]*Adiyaman University, Department of Emergency Medicine, Adiyaman*

[2]*Harran University, Department of Emergency Medicine, Sanliurfa*

INTRODUCTION: Erdheim-Chester disease (ECS) is a rare form of non-Langerhans' cell histiocytosis characterized by multi-system infiltration. So far, approximately 500 cases with ECD have been reported in the literature. The etiology of this disease remains unknown, the clinical course is variable. ECD can affect organ systems, including cardiovascular, pulmonary, mus-

culoskeletal, central nervous and gastrointestinal systems. Cardiovascular system involvement arises in 40% of patients and coronary arteries, endocardium, myocardium or pericardium, cardiac valves and periaortic area may be invaded by histiocytic infiltration.

CASE: A 66-year-old woman was admitted to our emergency department complaints with vomiting and abdominal pain. She was diagnosed with ECS by Internal Medicine Department of another Hospital. On physical examination, her blood pressure was 100/70 mmHg, heart rate 98 ppm, oxygen saturation 97% and epigastric tenderness without rebound. An ECG showed acute inferior myocardial infarction. Thirty minute duration after patient was admitted to Emergency Department, the patient was exitus.

CONCLUSION: This case is the first mortal case of myocardial infarction caused by ECD in literature.

ANAHTAR KELİMELER: Erdheim-Chester disease, myocardial Infarction, mortality

PS-0189 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acil Servise Eritema Kronikum Migrans İle Başvuran İki Olgu

Onur Tokocin, Elif Demiroren, Ibrahim Ikizceli
Istanbul Universitesi, Cerrahpasa Tip Fakultesi, Acil Tip Anabilim Dali, Istanbul, Turkiye

AMAÇ: İlk olarak1972-1977 yılları arasında Lyme artriti olarak tanımlanan hastalık, sistemik bulguların olması nedeniyle Lyme Hastalığı adini almıştır. Deri, eklemler, kalp ve sinir sistemini tutan, kene ısırığı ile bulasan, multisistemik bir hastalıktır. Kırsal alanda, Haziran-Temmuz-Ağustos aylarında daha sık görülür. Tipik olarak merkezi solukluk ve bunu halka tarzında çevreleyen belirgin eritem (boğa gözü) gösteren ve Eritema Kronikum Migrans adi verilen lezyon en tipik ve tanı koydurucu bulgudur. Erken dönemde teşhis edilirse tamamıyla tedavi edilebilen bir hastalıktır. Ancak tedavi edilmezse kronik artrit ve ciddi nörolojik bulgular ortaya çıkabilir. Serolojik testler tanı için yardımcı olmak ile birlikte Eritema Kronikum Migrans lezyonlarının görülmesi kesin tanı koydurucudur. Tedavide doksisiklin kullanılır.

OLGU: Aşağıda olgu olarak sunulan her iki hasta da Ağustos 2014 yılında Acil Servise başvurmuştur.

OLGU 1: 43 yas kadın hasta, 1 hafta önce Trakya bolgesindeki bir ilde her iki el üzerinde kasıntı olması üzerine bölgedeki bir hekime başvurmuş. 2. kuşak sefalosporin, antihistaminik ve antipiretik başlanmış. Bize her iki el üzerinde yeni başlayan multiple sayıda tipik Eritema Kronikum Migrans lezyonları ile başvurdu. Hastanın vitalleri stabildi. Ateş yoktu. WBC 7400/mm³, AST 53 IU/L, ALT 70,4 IU/L, CRP 3,9 mg/L olarak saptandı. Hastadan Borrelia burgdorferi IgM-IgG istendi ve Erken (yaygın) Lyme Hastalığı tanısı ile 21 gün sure ile doksisiklin 2x100 mg başlandı. Borrelia burgdorferi IgM-IgG negatif bulundu. Takiplerinde hastanın ek patolojisi olmadı ve lezyonların kaybolduğu görüldü.

OLGU 2: 35 yas erkek hasta, ormanda piknik hikayesi mevcut. Sol bacak on yüzde 1 adet tipik Eritema Kronikum Migrans lezyonu ile başvurdu. Vitaller stabildi. Ateş yoktu. WBC 9400/mm³, AST 22 IU/L, ALT 23,1 IU/L, CRP 5,1 mg/L olarak saptandı. Hastadan Borrelia burgdorferi IgM-IgG istendi ve Erken Lyme Hastalığı tanısı ile 21 gün sure ile doksisiklin 2x100 mg başlandı. Borrelia burgdorferi IgM-IgG negatif bulundu. Takiplerinde hastanın ek patolojisi olmadı ve lezyonların kaybolduğu görüldü.

TARTIŞMA: Ülkemizde Lyme Hastalığı ile ilgili yeterli epidemiyoloji bilgisi yoktur. Seroepidemiyolojik çalışmalarda %2-35 antikor pozitifliği saptanmaktadır. Serolojik testler yanlış negatif ya da yanlış pozitif sonuç verebilir. Bu nedenle hastanın öyküsü ve klinik bulgular tanı için yeterlidir. Her iki olgumuzda da serolojik testler negatif olarak bulunmuştur, ancak hastalara kılavuzlarda yer alan tedavi başlanmıştır. Acil servise yapılan döküntülü lezyonlar değerlendirilirken kene ile karsılaşma hikayesi olmasa bile hastaların çevresel ortamları sorgulanmalı ve tipik lezyon varlığında da Lyme Hastalığı akla gelmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Eritema Kronikum Migrans, Lyme Hastalığı, Kene

PS-0190 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Nadir görülen bir asemptomatik Brugada sendromu vakası olgu sunumu

Mehmet Ali Topal, Kasım Öztürk, Barış Murat Ayvacı, Sevilay Sema Ünver, Başar Cander, Bilge Sultan Kaygılı, Ali Sarıdaş, Mahmut Arda Çınarlık, Bünyamin Gücüyener
OKMEYDANI E.A.H, ACİL TIP KLİNİĞİ, İSTANBUL

Brugada sendromu yapısal olarak normal kalpte sağ pre-kordiyal elektrokardiyografi leadlerde ST segment elevasyonu ve artmış ani kardiyak ölüm riski ile karakterizedir. Klinik olarak atipik göğüs ağrısı, çarpıntı, senkop, supraventriküler taşikardi,ventriküler taşikardi, ventriküler fibrilasyon, ani ölüm şeklinde karşılaşılabilir. Bu olgu sunumunda atipik ğögüs ağrısı ve çarpıntı şikayeti ile acil servisimize başvuran 23 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur

ANAHTAR KELİMELER: ani kardiyak ölüm, brugada sendromu, elektrokardiyografi

PS-0191 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Hıçkırık sonrası izole vertigo atağı oluşan bulbus enfarktı olgusu

Ataman Köse[1], Güllü Akdoğan Dündar[1], Seyran Bozkurt[1], Hüseyin Narcı[1], Cüneyt Ayrık[1], Arda Yılmaz[2]
[1]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D, Mersin, Türkiye*
[2]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji A.D, Mersin, Türkiye*

GİRİŞ: Bulbus lateral bölümü a.cerebellaris posterior inferior (PICA) veya vertebral arterin V4 segmenti distalinden çıkan perforan dallarla beslenir. PICA veya vertebral arterin V4 parçasının oklüzyonunda bulber infarktı görülür. Vestibüler nukleusların ve bağlantılarının iskemisine bağlı olarak şiddetli vertigo, bulantı, kusma ile başlar. Aynı nedenlerle ataksi ve nistagmus görülür. Vertigodan yakınan hastaların hemen hepsinde nistagmus vardır. Yutma güçlüğü, çatallanmış ses, dizartri, aynı tarafta farenks ve vokal kord parezisi, otonomik fonksiyon bozuklukları ile otomatik solunum yetersizliği görülebilir. Otomatik solunum yetersizliği sonucu uzun süreli apneler, hatta ölüm olabilir. Lateral medüller sendromun seyri sırasında da hıçkırık ortaya çıkabilir. Yazımızda bu bilgiler ışığında acilde nadir görülen bulbus enfarktı olgusu sunmayı amaçladık.

OLGU: 43 yaşında erkek hasta evde kısa süreli hıçkırık sonrası baş dönmesi şikayeti ile acil servise ayaktan yürüyerek geldi. Vital bulguları: kan basıncı: 160/100 mm/hg, nabız: 100/dk, ateş: 36oC, oksijen satürasyonu %98 idi. Nörolojik muayenesinde, bilinç açık, bilateral ışık reflexi mevcut, pupiller izokorik, bilateral göz hareketleri her yöne normaldi. Vertikal nistagmus mevcut. Diğer nörolojik muayenesi doğaldı. Hasta acil serviste izlenirken yaklaşık 20 dk içersinde yüzünün sağ yarısında kasılma ve yutkunma güçlüğü, morarma, nefes alamama gerçekleşti. Hastanın saturasyonu düşme başladı ve öğürme refleksi alınmadı. Hasta sedoanaljezi eşliğinde entübe edildi. Entübasyon sonrası hastanı oksijen saturasyonları düzeldi, spontan solunumu mevcuttu, gözleri açık, eller hareketli edildi, ancak oksijen verilmediği ve ambulanmadığı zaman oksijen saturasyonları tekrar düşüyordu. Extübasyon denendi ancak hasta da orofarangeal disfonksiyon, solda babinski pozitif, sağda plantar ve sol kolda kas gücü 2/5 ve bacakta 0/5 olduğu görülen hasta ekstübe edilmedi. Elektrokardiografi, hemogram, elektrolitler, karaciğer fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki, akciğer grafisi tetkiklerinde herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Çekilen kraniyal BT normaldi. Hastanın DSA cerebral tetkikinde sağ vertebral arter V4 segment düzeyinde PICA dalını verdikten sonra oklüzyon mevcuttu. İkinci gün çekilen cerebral ve difüzyon MRI'da bulbus düzeyinde akut enfarkt alanı vardı. Hastaya alteplaz tedavisi verilip nöroloji kliniğine yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hasta yaklaşık 2 ay takip sürenin sonunda kaybedildi.

SONUÇ: Hıçkırığın gastrointestinal ve nörolojik nedenleri olabilir. Nörolojik nedenler arasında serebral tümörler, menenjit, ansefalit, serebral kanamalar, medulla tümörleri ve lateral medüller sendrom (bulbus infarktı) yer almaktadır. Bu nedenle acil servise hıçkırık, baş dönmesi, nistagmus, baş ağrısı, yutma güçlüğü, solunum sıkıntısı ve siyanoz gibi yakınmalarla başvuran hastalarda vertebrobaziler sistem dolaşımında oluşabilecek oklüzyon ayırıcı tanılar arasında tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Hıçkırık, baş dönmesi, entübasyon, bulbus

PS-0192 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acil Serviste Alkol Alımı Sonrası Tirotoksik Periyodik Paralazi Olgu Sunumu

Mehmet Ali Topal[1], Kasım Öztürk[1], Barış Murat Ayvacı[1], Sevilay Sema Ünver[1], Ali Cimem[1], Başar Cander[1], Soukri Katsakoglou[2], Mahmut Arda Çınarlık[1], Emre Atış[1], Mehmet Bünyamin Gücüyener[1], Celal Güneş[1], Hüseyin Sami Şahin[1]
[1]*OKMEYDANI E.A.H, ACİL TIP KLİNİĞİ, İSTANBUL*

[2]*Kocaeli Devlet Hastanesi Acil Servis, Kocaeli*

Tirotoksik periyodik paralizi, tirotoksikoz, hipokalemi ve akut proksimal kas güçsüzlüğü ile karakterize bir tablodur. Özellikle Asya'da sık gözlenmekte olup, beyaz ırkta da olgu bildirimleri mevcuttur. Atakların süresi ortalama 2-36 saat kadar olup gerekli durumlarda Potasyum replasmanı ile bu süre daha da kısalmaktadır. Bu olgumuzda alkol alımı sonrası yaygın kas güzsüzlüğü ile acil servisimize başvuran 44 yaşında erkek hasta elle alınmıştır

ANAHTAR KELİMELER: Periyodik paralizi, Hipokalemi, Tirotoksikoz, Acil Servis

PS-0193 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Seftireaksiyona Bağlı Gelişen Ciddi Trombositopeni Olgu Sunumu

Mehmet Ali Topal, Kasım Öztürk, Başer Cander, Mehmet Bünyamin Gücüyener, Barış Murat Ayvacı, Sevilay Sema Ünver, Ali Cimem, Bilge Sultan Kaygılı, Yusuf Mıstık, Mehmet Demir, Celal Güneş, Hüseyin Sami Şahin
OKMEYDANI E.A.H, ACİL TIP KLİNİĞİ, İSTANBUL

İlaçlar, çeşitli hastalıklar, kalıtsal bozukluklar ve toksinler trombositopeni etiyolojisinde yer almaktadır. Seftriakson, birçok enfeksiyon hastalığının tedavisinde parenteral yoldan kullanılan, güçlü antimikrobiyal etkiye sahip,üçüncü kuşak sefalosporinler grubundan bir antibiyotiktir. Seftriakson ile ilişkili, ciddi trombositopeni nadir olarak görülmektedir. Bu yazıda, seftriaksona bağlı ciddi trombositopeni gelişen 22 yaşında bir kadın olgu sunulmuştur.

ANAHTAR KELİMELER: Seftriakson, trombositopeni, yan etki, acil servis

PS-0194 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Suicid Girişimi Sonrası Yüksek Anyon Açığı Olan Metabolik Asidoz::Metformin Entoksikasyonu

Mehmet Ali Topal, Barış Murat Ayvacı, Tuğba Çakmakçı, Kasım Öztürk, Sevilay Mert Ünver, Bilge Sultan Kaygılı, Mahmut Arda Çınarlık, Ali Cimem, Mehmet Bünyamin Gücüyener, Yusuf Mıstık, Tahir Talat Yurttaş, Hüseyin Sami Şahin
OKMEYDANI E.A.H, ACİL TIP KLİNİĞİ, İSTANBUL

Metformin biguanid grubundan insulin duyarlaştırıcı özelliği olan tip 2 diyabetes mellitus da sık kullanılan oral antidiyabetik ilaçtır. Yan etkileri bulantı, diyare ve laktik asidoz olmasıyle beraber laktik asidoz 9/100000 gibi nadir bir orana sahiptir. Metformin intoksikasyonu sonucu laktik asidoz gelişen bir vakayı sunuyoruz. Yirmi bir yaşında bayan hasta suicid amaçlı 90 adet metformin 1000 mg tablet aldığını belirten hastanın Kan gazında artmış anyon açıklı metabolik asidoz saptandı. Laktik asit düzeyi yüksek saptanması üzerine metformin kullanımına bağlı Tip B laktik asidoz olarak değerlendirildi. Hasta da asidozun derinleşmesi, akut böbrek yetmezliği ve hipotansiyon gelişmesi nedeni ile hemodiyalize alındı. Yatışının 5. gününde tüm kan parametreleri düzelmiş olarak şifa ile taburcu edildi. Acil serviste, suisid amaçlı ilaç alımından sonra yüksek anyon açıklı metabolik asidoz varlığı olan hastalarda metformin intoksikasyonu düşünülmelidir. Erken tanı ve hemodiyaliz veya hemofiltrasyon yöntemleri ile metabolik asidozun hızlı düzeltilmesi, destek tedavisi ve kan glukoz düzeyinin sürdürülmesi pozitif sonuçlara neden olacaktır

ANAHTAR KELİMELER: Metformin, Zehirlenme, Laktik asidoz, Hemodiyaliz, Acil Servis

PS-0195 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Nadir Bir Cilt Enfeksiyonu; Orf (Ektima Kontagiozum)

Hasan Gümüşboğa, Suat Zengin, Behçet Al, Mustafa Sabak, Gülhan Köseler, Cuma Yıldırım
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

Orf; Parapox virüsün neden olduğu, kendi kendini sınırlayan ve insanlara keçi veya koyun gibi hayvanlardan bulaşan zoonotik bir hastalıktır. Bu yazıda, parmakta ve avuç içinde hemorajik bül ile başvuran, kelle temizleme işinde çalıştığı öğrenilen, fizik muayene ve hikâye ile orf tanısı konulan bir olgu sunuldu. Lezyonun enfekte olması sebebiyle oral antibiyotik başlanan hasta 4 hafta içinde iyileşti. Virüs dünyada endemik olarak görülmektedir; ancak kendi kendini sınırlayan bir hastalık olması nedeniyle nadiren rapor edilmektedir. Diğer zoonotik hastalıklarla sık karıştırılarak gereksiz ve yanlış tedaviler uygulanabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: orf, parapox virüs, zoonotik enfeksiyon

PS-0196 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

İzotretinoin kullanımının rabdomiyoliz gelişiminde ki rolü: olgu sunumu

Serhat Örün[1], Ayhan Aköz[1], Alper Alp[2], Ali Duman[1], Ömer Yüceer[1], Yavuz Yeniçerioğlu[2], Hakan Akdam[2]

[1]*Adnan Menderes Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı*

[2]*Adnan Menderes Üniversitesi Nefroloji Ana Bilim Dalı*

GİRİŞ: Rabdomiyoliz iskelet kas liflerinin akut nekrozu ve hücresel elemanlarının dolaşıma sızmasıyla sonuçlanan klinik ve biyokimyasal bir sendromdur. Erişkinlerde en sık nedenleri arasında alkol ve madde bağımlılığı yer almaktadır. Ağır egzersizler, travma, ilaçlar, kas hastalıkları, hareketsizlik, nöbetler ve enfeksiyonlar diğer nedenleri arasındadır. Klinik olarak miyalji, ateş, koyu renkli idrar yapma gibi durumlarla karşımıza çıkabilir. Tanı için kullanılan en güvenilir parametre kreatin kinaz (CK) dır. En önemli tedavi ise erken ve etkin sıvı resüsitasyonudur. Biz burada nadir görülen aşırı egzersiz ile birlikte izotretinoin kullanımı sonrası gelişen rabdomiyoliz vakasını sunmak istedik.

OLGU: 20 yaşında erkek hasta öksürük ve yaygın kas ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Anamnezinde 1 haftadır öksürüğü ve balgamı mevcuttu. 2 gün önce kısa süreli ateşi olmuş. Yaklaşık 2 hafta önce yüzündeki akneler için izotretinoik asit içeren ilaç kullanmaya başlamış ve yine 2 haftadır da vücut geliştirme sporu yapıyormuş. Vital bulguları ateş: 36.8°C, nabız:82 atım/dakika, TA: 110/70 mmHg, solunum sayısı: 18/ dakikada idi. Fizik muayenede orofarenks hiperemikdi, diğer sistem bulguları olağandı. Laboratuar tetkiklerinde AST:121 U/L, ALT: 74 U/L, LDH: 263 U/L, CK: 4080 U/L, lökosit: 12010 tespit edildi. Hasta rabdomiyoliz tanısıyla nefroloji servisine yatırıldı. İzotretinoin kesildi ve iv hidrasyon uygulandı. 3 gün sonra kas ağrıları gerileyen ve kontrol CK değeri 761'e gerileyen hasta 1 hafta sonra poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Rabdomiyoliz akut böbrek yetmezliğine neden olabilen acil bir durumdur. Bu nedenle acil servise ateş ve kas ağrıları ile baş vuran hastalarda özellikle de hikayesinde ağır egzersiz veya izotretinoin kullanımı olan hastaların ayırıcı tanısında rabdomyolizi de düşünmek komplikasyonları azaltabileceğini düşünmekteyiz

ANAHTAR KELİMELER: İzotretinoin, Rabdomiyoliz, Nefrolojik Aciller

PS-0197 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acı düvelek, acı son

Yasemin Çelik, Fatih Çömez, Murat Carus, Engin Coşkun Aslan
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Ecballium elaterium, bir çiçekli bir bitki familyası olan cucurbitaceae içinde bulunan Ecballium cinsinin bilinen tek türüdür.Acı kavun, acıdülek, acıdüvelek, bırtlangıç, cırtlak, cırtatan, esekhıyarı, hıyarcık, ithıyarı, kargadüveleği ve acı hıyar olarak da bilinir. Meyvesi zehirli olan ve antik çağlarda hamilelikte düşük yapmak için kullanılan bu bitkinin taze sıkılmış suyu, Türkiye'de bitkisel kocakarı ilacı olarak sinüzit tedavisi için doğrudan burun deliklerine uygulandığı belirtilmiştir. 2 gramdan fazla alınan bitki dozajı, ciddi alerjik reaksiyonlardan dolayı mukoza tabakasında hasar, boğazda yanma, ani nefes durması yol açabileceğinden öldürücü etkiye sahip olup sinüzit için kullanılmamalıdır. Bu sunumda sinüzit teşhisi konulup yabani kavunla kendisini tedavi etmek isteyen ve gelişen alerjik reaksiyon sonrası acil servise başvuran bir hastadan bahsedilecektir.

ANAHTAR KELİMELER: Ecballium elaterium, acı kavun, allerjik reaksiyon

POSTER BİLDİRİLER

PS-0198 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Beyin Sapı İnfarktına Bağlı İzole Okülomotor Sinir Felci: Olgu Sunumu

Feride Sinem Akgün[1], Miraç Ayşen Çakmak[2], Fatih Öner Kaya[3], Mehmet Ediz Sarıhan[4], Sibel Karşıdağ[2]

[1] *Maltepe Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul*

[2] *Maltepe Üniversitesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul*

[3] *Maltepe Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul*

[4] *İnönü Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Malatya*

GİRİŞ: Beyin sapı infarktıyla birlikte görülen okülomotor sinir felcinde pitoz, dışa ve aşağı deviasyon, içe, yukarı ve aşağı bakış kısıtlılığı ve midriasis görülür. Pupil tutulumunun olduğu okülomotor sinir felcinin en sık ve en acil nedeni anevrizmalardır. Pupilin korunduğu okülomotor felcinin ise en sık sebebi sinirin diyabet ve hipertansiyon nedeniyle mikrovasküler iskemisidir. Biz bu olguda 50 yaşında diyabetik ve hipertansif bayan hastada gelişen beyin sapı infarktına bağlı izole okülomotor sinir felcini sunduk.

OLGU: Elli yaşında bayan hasta acil servisimize bir gün önce başlayan sağ göz kapağında düşme, baş dönmesi ve çift görme şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, diyabetes mellitus ve koroner arter hastalığı olduğu ve bu nedenle ilaçlar kullandığı öğrenildi. Acil servise geldiğinde TA: 140/60 mm-Hg, Ateş: 36°C, Nabız:110/dk; sağ gözde tam pitoz, dışa ve aşağı deviasyon, içe yukarı bakış kısıtlılığı mevcuttu. Pupiller izokorik, ışık refleksi ++/++ ve diğer nörolojik muayeneleri doğaldı. Acil serviste nöroloji ve dahiliye görüşleri alındı ve kranial diffüzyon MR çekildi. MR'da mezensefalonda sağ tarafta ve sol serebellar hemisferde infark alanları tespit edildi. Hasta okülomotor sinir felci tanısı ile ileri tetkik ve tedavi amacıyla nöroloji kliniğine yatırıldı. Takiplerinde Karotis ve Vertebral Arter Doppler USG (RDUS) ve Transtorasik Ekokardiyografi yapıldı. Hastanın medikal tedavisine coumadin eklenerek şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Etiyolojisi; anevrizma, mikrovasküler infarkt, neoplazi, migren, travma ve inflamatuvar sebepler gibi oldukça geniş olan okülomotor sinir felcinin acil servis doktorları tarafından hatırlanması ve hızlı bir şekilde tetkiklerinin yapılması önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, Diyabetes mellitus, İnfarktüs, Okülomotor sinir felci

PS-0199 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Ani başlayan bilinç değişikliğinin nadir bir nedeni; Fahr Hastalığı

Murtaza Kaya, Ali Attila Aydın, Sedat Bilge, Cengiz Kaya
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Fahr hastalığı; bazal ganglionlar, serebellar dentat nükleus ve beyaz cevherde bilateral ve hemen daima simetrik olarak kalsiyum ve diğer minerallerin depolandığı nadir bir hastalıktır. Klinik bulguları sıklıkla parkinsonizm, distoni, tremor, kore, ataksiye ek olarak demans ve duygu durum bozukluklarıdır. Genel olarak tanı kriterleri bilateral bazal ganglionlarda kalsifikasyon, progrosif nörolojik disfonksiyon, metabolik, enfeksiyon, toksik ve travma gibi nedenlerin yokluğu ile otozomal dominant kalıtım gösteren aile hikayesidir. Bu makalede ani bilinç değişikli nedeni ile başvuran ve nadir bir hastalık olan Fahr Hastalığı tanısı alan hastamız sunulmaktadır.

OLGU: 89 yaşında bayan hasta bir saat önce başlayan bilinç bulanıklığı nedeni ile acil servise getirildi. Vital bulguları TA: 122/58 Nb:79/dk. SaO2:%95 ve Ateş:36,5 C idi. HT ve DM nedeni ile takip edilen hastanın kolesistektomi ve tiroidektomi öyküsü mevcuttu. Fizik incelemede nörolojik muayenesinde şuuru açık, oryantasyon ve kooperasyon kısıtlı lateralizasyon, motor duyu defisiti yoktu. Cilt soluk renkteydi ve diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Biyokimyasal tetkiklerinde Hb:6.8 gr/dl ve Ca:5,59mg/dl olması dışında normaldi. Rektal tuşesinde melena gözlenmedi. Çekilen Beyin tomografisinde her iki sentrum semiovale ve periventriküler beyaz cevherde, bazal ganglionlar bölgesinde, her iki serebellar hemisferde simetrik yoğun kalsifikasyon ve sol parietal lob lateral ventrikül komşuluğunda kalsifik alan içerisinde minimal fokal hipodens alan olduğu ve Difüzyon MR'ında akut infarkt ve difüzyon kısıtlılığı olmadığı raporlandı. Takiplerinde klinik düzelme gözlenen, anemisi nedeni ile eritrosit süspansiyonu planlanan hasta nöroloji kliniğinin görüş ve önerileri ile poliklinik kontrolüne gelmek üzere tedavisi planlanıp taburcu edildi.

SONUÇ: Ani bilinç değişikliği olan hastalara çekilen beyin tomografileri acil serviste yorumlanırken, ilk olarak kanama odağı olarak düşünülebilir. Ancak tomografideki bulguların bilateral bazal ganglionlarda kalsifikasyon şeklinde olması, intrakraniyal kalsifikasyonun nadir nedenlerden biri olan Fahr hastalığını da ayırıcı tanıda düşünmemiz uygun olacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Fahr Hastalığı, Bilgisayarlı Tomografi, Kalsifikasyon

PS-0200 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Faktör V Leiden mutasyonu olan hastada basilic ven trombüsü

Muhammed Yaşar Sever[1], Nedim Uzun[1], Mustafa Yalımol[1], Eldar Bekeshev[2], İlker Torun[1], Orhan Kaya[1], Ramazan Ünal[1], Nuşin Yalımol[1], Fatih Büyükçam[1]

[1] *Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul*

[2] *Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ: Faktör V Leiden mutasyonu (G1691A) kalıtsal bir pıhtılaşma bozukluğudur. Protein C'nin aktivitesine direnç göstermesi patogenezde yer almaktadır. Mutasyon 506. aminoasit pozisyonundaki tek bir nükleik asitin yer değiştirmesi (G□A) sonucu oluşur. Faktör V Leiden mutasyonu ve Faktör II mutasyonu derin ven trombozunda en sık karşılaşılan kalıtsal geçişli risk faktörleri olarak belirlenmiştir Yüzeyel ven trombozuna nadir olarak neden olduğu bilinmektedir. Bu sunuda faktör V Leiden mutasyonu olan olguda saptanan basilik ven trombozu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: 42 yaşında erkek hasta sağ üst kol iç bölgede şiddetli ağrı ve nefes darlığı yakınması ile acil servisimize başvurdu. Daha önce tekrarlayan tromboemboli öyküsü nedeni ile araştırılan ve faktör V Leiden gen mutasyonu tanısı alan hasta oral antikoagülan tedavi (Warfarin sodyum) ve subkutan enoksaparin sodyum kullanmakta idi. Fizik muayenede her iki üst ekstremite arasında çap, sıcaklık, renk farkı yoktu. Diğer fizik muayene bulguları doğal olan hastanın laboratuvar tetkiklerinde D-Dimer 0.85 µg/L, INR: 1.03, kan gazında pH: 7.37, pCO2: 44.5mmHg, pO2:70mmHg, diğer biyokimyasal tetkikleri normaldi. Hastada pulmoner emboli öntanısı düşünülerek pulmoner anjiyografi ile değerlendirildi ve hastada emboli saptanmadı. Sağ kolda ağrı yakınması nedeni ile yapılan üst ekstremite doppler ultrasonografi tetkiki ile basilik ven trombüsü saptandı

SONUÇ: Faktör V Leiden gen mutasyonu tanısı almış hastalarda antikoagulan tedavi almasına rağmen INR değerinin tedavi hedefinin altında olması tekrarlayan tromboemboliye neden olmaktadır. Faktör V Leiden mutasyonu olan hastalarda üst ekstremite ağrılarında yüzeyel ven trombüsü ayırıcı tanılar arasında yer almalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: basilik ven trombüsü, faktör v leiden, tekrarlayan trombo emboli, yüzeyel ven trombüsü

PS-0201 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Genç Hastada İskemik Serebrovasküler Olay

Harika Gündüz, Ertuğrul Altınbilek, Güleser Akpınar, Derya Öztürk, Duygu Kara, Murat Bozkurt, İbrahim İkizceli
Şişli Hamidiye Etfal eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği/İstanbul

GİRİŞ: Kalp kökenli emboli (KKE) tüm iskemik serebrovasküler olayların (SVO) 1/6 ile 1/4'ünden sorumludur ve aterosklerozdan sonra en sık iskemik SVO sebebidir (1-2). KKE' nin en sık sebepleri atrial fibrilasyon, iskemik kalp hastalığı, kalp kapak protezleri ve romatizmal kalp kapağı hastalığıdır. Genç hastalarda KKE diğer nedenlere göre daha fazla ortaya çıkmaktadır

Gelişen tedavilere rağmen infektif endokarditde iskemik SVO riski %15-20 civarında seyretmektedir. İskemik SVO' nun hemen tamamı hastanın gelişinde veya endokarditin teşhisinden sonraki ilk 48 saat içerisinde gözlenir. Tedavi uygun antibiyotiklerledir. Embolinin tekrarlaması antibiyotik tedavisinin etkisizliğine işaret eder.

OLGU: 25 yaşında erkek hasta diyaliz sonrası, baş ağrısı, kusma, sol kol ve bacakta güçsüzlük ve bilinç kaybı olması nedeniyle acil servisimize gelmiştir. Öyküsünde bilinen kronik böbrek yetmezliği, haftada 3 gün diyaliz öyküsü mevcuttur. Fizik muayenesinde bilinç uykuya meyilli, anlamsız sesler şeklinde verbal çıktısı var, sol nazolabial sulkus silik, sol hemiplejik, TA: 130/100, KTA: 100/dk, Ateş: 36,5, C°, solunum sesleri doğal, S1+S2 ritmik taşikardik tüm odaklarda 5-6/6 pansistolik üfürüm mevcuttu, batın muayenesinde özellik yoktu. Laboratuar bulgularında WBC:19,07 K / uL (4-11 K / uL), HB:14 g / dL (13 to 17.5 g / dL), PLT:286 K / uL (150 – 400 K / uL), Glukoz: 152 mg/dl (82-115 mg/dl), Üre: 41,1 mg/dl (0-50 mg/dl), Kreatin:3,45 mg/dl (0-1,17 mg/dl), LDH: 351 U/L (135-214 U/L), Na:131 mmol/l (136-145 mmol/l), K:4,4 mmol/l (3,5-5,1 mmol/l), Troponin:0,189 ng/mL (<0.12 ng/mL), CK-MB:0,74 ng/mL (0-4.88 ng/ml), CRP:139,7 mg/L (0-5 mg/L) olarak izlendi. EKG: Sinüs ritminde idi. ST değişikliği yoktu. SVO ön tanısı ile çekilen kranial tomografide akut lezyon yoktu. Diffüzyon MR' da sağ MCA total infarkt ve minimal shifti mevcuttu (resim1). Nöroloji ile konsülte edilen hasta iskemik SVO tanısı aldı. Pansistolik üfürüm nedeni ile kardiyoloji ile konsülte edildi. Hastaya yapılan ekokardiyografide,

LVEF %60-65, mitral kapak kalın fibrotik anterior leaflet üzerinde yaklaşık 2x0,9 cm ebadında hareketli vejetasyon veya trombüs ile uyumlu olabilecek kitle görünümü mevcuttu. Ciddi mitral yetmezliği, aort kapak orta -ciddi aort yetmezliği, hafif triküspid yetmezliği tesbit edildi. Hasta İnfektif Endokardit ve İskemik SVO olarak değerlendirildi ve tedavisi düzenlendi.

SONUÇ: Bu tür olgularda iyi prognoz için erken ve uygun antimikrobiyal tedavinin geç kalmadan başlanılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR: 1. Aberg H. Atrial fibrillation. I. A study of atrial thrombosis and systemic embolism in a necropsy material. Açta Med Scand 1969; 185:373-379

2. Almony CT, Lefkovits), Topol E). Antiplatelet and anticoagulant use after myocardial infarction. Clin Cardiol 1996;19:357-365

ANAHTAR KELİMELER: İnfektif Endokardit, İskemik Serebrovasküler Olay, Komplikasyon

PS-0202 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Sildenafil kullanımı sonrası senkop

Emin Fatih Vişneci[1], Tevhid Aydın[1], Mustafa Gülpembe[1], Mehmet Yılmaz[1], Demet Acar[1], Başar Cander[2]

[1]*KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,ACİL TIP,KONYA*

[2]*NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ, MERAM TIP FAKÜLTESİ,ACİL TIP,KONYA*

Tadalafil ve Sildenafil erkek erektil disfonksiyon tedavisinde kullanılan bir fosfodiesteraz-5 inhibitörüdür. Fosfodiesteraz -5 inhibitörlerinin pulmoner hipertansiyon tedavisinde kullanımı açısından klinik çalışmalar hala devam etmektedir. Hiperkoagulasyon durumlarının fosfodiesteraz -5 inhibitör kullanımı ile ilişkili olduğunu gösteren bir kanıt yoktur. Fosfodiesteraz -5 inhibitörleri kullanımı sonrası en sık bildirilen yan etkileri; baş ağrısı, flushing ve dispepsidir. Bazı çalışmalar fosfodiesteraz -5 inhibitörlerinin nadiren kalp, göz, beyin ve kulakta arteryel veya venöz tromboz veya emboliye neden olabileceğini öne sürüyor. Dünyada ve ülkemizde kullanımı artan bu ilaçların hekim kontrolünde olmadan kullanılması hayati tehlikeye neden olmakta ve ciddi sağlık sorunlarına davetiye çıkarmaktadır. Biz bu yazıda 81 yaşında doktor tavsiyesi olmadan bir tanıdığından temin ettiği sidenafil i kullanımı sonrası gelişen pulmoner emboli olgusunu sunmayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELER: sildenafil,senkop,pulmoner emboli,

PS-0203 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Femurda Non Travmatik Cilt Altı Hava: Bir Olgu Sunumu

Ethem Acar, Birdal Yildirim, Ömer Alatas, Halil Beydilli

Mugla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD. Mugla,Türkiye

GİRİŞ: Nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları (NYDİ) son yıllarda nadir olarak görülen, ancak sürecin çok hızlı seyretmesi nedeniyle de takip eden hekim ve hastanın korkulu rüyası olabilen bir enfeksiyondur. Çeşitli aerobik ve anaerobik bakteriler tarafından oluşturulan, yaygın doku yıkımı, ilerleyici gangren ve bazı olgularda derin sistemik toksemi yapabilen ve ölümle sonlanabilen enfeksiyonlardır. Klinik bulgu tutulan doku tabakasına göre değişir ve selülit, myozit veya fasit vbenzeri semptomlar gösterebilir. Genellikle altta yatan travma veya cerrahi öyküsü olmaktadır. Erken dönmede müdahale edilmezse mortalite veya morbiditesi yüksektir. Travma öyküsü olmayan vakalarda sıklıkla DM hastalığı altta yatan kolaylaşıtırıcı faktör olabilmektedir. Sıklıkla cerrahi debritman gerekebilir ve debridmansız sadece antibiyoterapi başarısız olmaktadır. Biz bu olgu sunumu ile travma öyküsü olmayan bir ilerleyici yumuşak doku enfeksiyonu olgusu sunarak konuya dikkat çekmeyi amaçladık.

OLGU: 60 yaşında erkeke hasta kliniğimize uylukta şişlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde DM hastalığı vardı. Fizik muayenede sağ uylukta şişlik ve cilt altı amfizemi mevcuttu (resim 1). Öyküsünde travma ve cerrahi öyküsü olmayan hastanın tetkiklerinde glukoz 481 mg/dL, keton – PH:7,45, idrarda keton negatif, WBC 13 103 /mm3, Hb:9.77 g/dL, platelet: 466 103/mL, neutrophil: 10,5 K/mL (%80,8), CRP: 138 mg/L olduğu görüldü.Hastanın grafisinde sağ uylukta hava değeri görülmesi üzerine (resim 2) ortopedi ve enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istenen ve uyluk MRG çekilen hastanın MR'ında Sağ kalça bölgesinden başlayarak uyluk posterior lateraline doğru uzanan, yaklaşık izlenebilen 40 cm'lik segmentte en geniş yerinde 6 cm kalınlığa ulaşan, beraberinde anterior kesiminde de kısmen bu alan ile bağlantılı yaklaşık 20 cm olarak ölçülen en geniş yerinde kalınlığı yaklaşık 7 cm olarak ölçülen koleksiyon görünümleri izlenmektedir şeklinde gelmesi üzerine ortopedi tarafından apsesi boşaltılıp enfeksiyon hastalıkları tarafından antibioterapşi verilen hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: özellikle DM'li hastalarda travma veya cerrahi öyküsü olmasa bile nekrotizan hastalıklar akılda bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Diyabet, Yumuşak Doku Enfeksiyonu, Cilt Altı Amfizem

PS-0204 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Dikkatli Anamnez Hayat Kurtarır: Olgu Sunumu

Feride Sinem Akgün[1], Fatih Öner Kaya[2], Mehmet Ediz Sarıhan[3], Selim Nalbant[2]

[1]*Maltepe Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul*

[2]*Maltepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul*

[3]*İnönü Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Malatya*

GİRİŞ: Hiponatremi serum Sodyum yoğunluğunun 135 mEq/ L'den düşük olmasıdır ve günlük klinik uygulamada en sık karşılaşılan elektrolit bozukluğudur. Hiponatreminin etiyolojik nedenlerinin çoğu öykü, fizik muayene ve temel laboratuvar testleri ile saptanabilir. Sıklıkla hafif ve nispeten asemptomatik klinik gidiş gösterir. Akut ve şiddetli hiponatremi önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Biz bu olguda tek doz antihipertansif ilaç sonrası nonspesifik şikayetlerle acile başvuran ve hiponatremi tanısı konulan hastayı sunduk.

OLGU: 50 yaşında bayan hasta bugün başlayan baş dönmesi, halsizlik ve kaslarda ağrı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hastadan alınan bilgiye göre bir haftadır tansiyon ölçüm takibi yaptırmış ve bir gün önce başka bir klinikte Perindopril + İndapamid 5 mg başlandığı öğrenildi. Hastanın acil serviste ölçülen tansiyonu 140/70 mm-Hg, Nabız: 80/dk, Ateş: 36.5°C olup vitalleri stabildi. Yapılan tüm sistem muayeneleri doğal olarak değerlendirilmesine rağmen baş dönmesinin devam ettiğini söyleyen hastadan kan sayımı ve acil biyokimyasal tetkikler alındı. Kan biyokimyasında Glukoz: 184 mg/dl, BUN:10 mg/dL, Kreatin: 0.7 mg/dL, Sodyum: 119 mmol/L olarak ölçüldü. Dahiliye konsultasyonu istendikten sonra hiponatremi tanısıyla ileri tetkik ve tedavi amaçlı Dahiliye kliniğine yatırıldı. Yattığı klinikte %3'lük hipertonik tuzlu su infüzyonu uygulanan hastanın daha sonra yapılan tetkiklerinde Sodyum değeri normal seviyeye yükselince ve hastanın kliniği düzelince mevcut tedavisi tekrar düzenlenerek şifa ile taburcu edildi ve poliklinik takiplerinde hiçbir sıkıntıya rastlanmadı.

SONUÇ: Etiyolojisi oldukça geniş olan hiponatreminin tanı ve tedavisi iyi bilinmelidir. Hiponatreminin hızlı düzeltilmesi hiponatremiden daha ağır nörolojik bozukluklara ve ölüme neden olabileceği için çok yoğun olan acil servislerde dikkatli anamnez ve doğru tetkiklerle tanının konması ve ilgili klinik görüşlerinin alınması önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil Servis, Baş dönmesi, Hiponatremi, Kas ağrısı

PS-0205 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Eroin Kullanımına Bağlı Akut Stroke

Behçet Varışlı[1], Sinan Yildirim[1], Yildiray Çelenk[3], Nuran Öner[4], Fatma Sari Doğan[2]

[1]*Çanakkale Devlet Hastanesi Acil Servisi*

[2]*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği*

[3]*Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi*

[4]*Bursa İnegöl Devlet Hastanesi Acil Servisi*

Türkiye'de genç nesilde narkotik ajanların kullanımı ve buna bağlı nörotoksisite artmaktadır. Bu yazıda eroin kullanımına bağlı bir iskemik stroke olgusu sunulmaktadır.

37 yaşında eroin bağımlısı olan hasta acil servise sabah saatlerinde başlayan sol vücut yarısında güç kaybı ve şuur bozukluğu şikayetiyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde bugün sabaha kadar herhangi bir fiziksel rahatsızlığı olmadığı ve yaklaşık 3 yıldır eroin bağımlısı olduğu öğrenildi. Gelişinde tansiyon arteryal 150/90 mm Hg, nabız 87 atım dakika, glaskow koma skoru 14

POSTER BİLDİRİLER

olarak saptandı. Fizik muayenesinde sol üst ve alt ekstremite kas gücü 1/5 olarak saptandı. Kollarında bir çok yerde intravenöz ilaç kullanımına bağlı olduğu düşünülen vasküler girişim izleri izlendi. Çekilen elektrokardiyografisinde ritim sinüs ve akut iskemi yoktu. Çekilen kontrastsız beyin bt de sağ hemikraniyumda medial serebral arter sulama alanında subakut enfarkt alanı ile uyumlu görüntü izlendi (resim1). Çekilen diffüzyon mr ında aynı alanda diffüzyon kısıtlanması izlendi (resim 2). Hasta eroin kullanımına sekonder gelişen iskemik serebro vasküler hastalık tanısıyla nöroloji kliniğine interne edildi. Nöroloji kliniği yatışı sırasında yapılan ekokardiyografisinde kardiyak trombüs saptanmadı. Yapılan karotis doppler ultrasonografisi normal sınırlarda izlendi. Hasta yatışının onuncu gününde fizik tedavi kliniğine rehabilitasyon için tansfer edildi. Fizik tedavi kliniğinde 20 günlük fizik tedavi sonrası sol üst ve alt ekstremitede 3/5 kas gücü ile ayaktan fizik tedavi programına alınıp taburcu edildi.

Sonuç olarak genç hastalarda serebral enfarkt tespit edildiğinde ülkemizde de giderek artan uyuşturucu kullanımının etiyolojide rol alabileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, İnme, Eroine bağlı bozukluklar, Serebrovasküler olay

PS-0206 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Yetişkinlerde bir akut üst gastrointestinal tıkanma nedeni olan ösefageal webli bir olgunun sunumu

Halil Beydilli[1], Ömer Doğan Alataş[2], Burak Özşeker[3], Ethem Acar[1], Birdal Yıldırım[2]

[1]*Mugla Sıtkı Koçman University School of Medicine Department of Emergency Medicine, Mugla, Turkey*

[2]*Mugla Sıtkı Koçman University Education and Research hospital, Emergency Medicine, Mugla, Turkey*

[3]*Mugla Sıtkı Koçman University School of Medicine Department of Gastroenterology, Mugla, Turkey*

GİRİŞ: Acil servise başvuru şikâyetlerinden biride yutma güçlüğü ve boğazda yabancı cisim varlığıdır. Yetişkinlerde en çok gıda ve diş protezi, zihinsel engelli yetişkin hastalarda ise pikaya bağlı özefageal tıkanma daha çok görülmektedir. Özellikle özefageal web, ring veya stiktürü olan hastalarda da akut tıkanma görülmektedir. Özefageal web'ler; mukoza ve submukozanın ince yapılarıdır. Sıklıkla orta veya proksimal özefagusta görülürler. Konjenital veya akkiz olabilirler. Plummer-Vinson sendromu, demir eksikliği anemisi ile beraber sık görülürler. Tedavide en çok endoskopla dilatasyon kullanılır.

OLGU: Acil servise 7-8 saat önce yediği lokmanın boğazına takıldığını söyleyen 66 yaşındaki bayan hasta özellikle yutmada zorluk öksürük, tükürüğünü yutamama şikâyet olduğunu ifade etti. Hastanın servikal tomografisinde özefagusta yumuşak doku ile uyumlu muhtemelen yediği gıda maddesi olduğu düşünülen bir görünüm tespit edildi. Öykü¬sünde herhangi bir özellik yoktu, daha önce benzer bir hikayesi, anemi vb hastalık hikayesi yoktu. Fizik muayanede bir özellik yoktu. Sadece tüm dişleri yok ve total diş protezi kullanıyordu. Ayrıca görmesi bozuk bulanık görüyormuş, ama gözlük kullanmıyormuş.

SONUÇ: Özofagus akut tıkanıklıkları hayatı tehdit edebilecek komplikasyonlarından dolayı çok önemlidir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi gereklidir. Ayrıca literatürde yetişkinlerde izole özefageal webe bağlı tıkanıklık nadir olarak bildirildiğinden, bu olgunun sunulup literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Yutma güçlüğü, özofagial web, endoskopi

PS-0207 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acil serviste bayılan hasta

Güçlü Aydın[1], Erdem Çevik[2], İsmail Cihan Mutlu[1], Ahmet Altıntaş[1], Ali Fuat Çiçek[1]

[1]*GATA Acil Tıp AD, Ankara*

[2]*Van Asker Hastanesi, Van*

Senkop acil servis başvurularının %1-2'sini oluşturmaktadır. Yaşla birlikte görülme sıklığı artış göstermektedir. Etyolojide nedeni bilinmeyn senkoplar en sık olup daha sonra vasovagal senkop, kardiyak senkop, nöbet, nörolojik nedenler yer almaktadır. Bu olguyu sunmaktaki amacımız göğüs ağrısı senkop şikayeti ile acil servise başvuran ve kardiyak takip esnasında nörolojik semptomlar ortaya çıkan hasta ile diğer nedenlere de dikkat çekmektir.

OLGU: 61 yaşında erkek hasta acil servise 112 tarafındangöğüs ağrısı ve bayılma şikayeti ile getirildi. Hastanın göğüs bölgesinde yaklaşık 1 saat önce tam tanımlayamadığı fakat yanma veya sıkışma tarzında ağrı şikayeti olmuş ve bir süre sonra da bayılmış ve kısa süre sonra kendine gelmiş. Bayıldığında nöbet tariflenmiyor.Daha önce bilinen HT haricinde kronik hastalığı olmayan hastnın uzun süre sigara kullanımı mevcut olup bilinen coroner arter öküsü alınamadı. Fizik muayenede TA: 160/90 mmHg, Nb:92, SpO2 %95. EKG de nonspesifik ST-T değişikliği mevcut. Fizik muayenede kalp akciğer muayenesi, batın muayenesi, nörolojik muayene tabii idi. Hastaya AKS ön tanısı ile tetkik plamlanarak takibe alındı. Laboratur tetkiklerinde hafif WBC yüksekliği mevcut ve troponin normal sınırlarda idi. Takip devam edilen hastanın takip esnasında tonik klonik kasılması oldu ve nöbet spontan sonlandı. Hastaya çekilen beyin tomografisinde sağda lateral ventriküllerin üzerinden başlayan ve 7-8 kesite giren akut/subakut subdural hematom ve şift tespit edildi. Hasta beyin cerrahi yoğunbakıma yatırılarak antiödem tedavi ve takip başlandı.

SONUÇ: Senkop ve göğüs ağrısı birlikteliği özellikle ileri yaş ve risk faktörü olan hastalarda kardiyak nedenleri düşündürmekte ve hastaların acil serviste yönetimi bu yönde olmaktadır. Fakat Tüm hastalarda olduğu gibi senkop hastalarında da hastaya sistematik yaklaşmak ve diğer nedenleri de değerlendirmek unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Senkop, göğüs ağrısı, kanama

PS-0208 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acil Serviste Hiperpotasemi Tespit Edilen Hastaların Etyolojik Açıdan Değerlendirilmesi

Gonca Köksaldı Şahin, Ebru Çil Direk, Selen Sürer Ada, İsa Günaydın
Çukurova Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Adana

GİRİŞ: Potasyum denge bozukluğu hayatı tehdit eden önemli bir sorundur. Çalışmanın amacı acil serviste potasyum yüksekliği tespit edilen hastaların, hiperpotasemi etyolojilerini, tedavi yöntemlerini, elektrokardiyografik bulgularını değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Haziran 2012-2014 yılları arasında başvuran ve çalışma saatlerimizde hiperpotasemi tespit edilen on sekiz yaş üzeri yüz hasta değerlendirildi.

BULGULAR: Laboratuvar analizlerine göre hiperpotasemi tespit edilen hastaların % 49'u kadın % 51'i erkek, yaş ortalaması 65 yıl, potasyum ortalaması 6 mEq/L tespit edildi. Etyolojileri incelendiğinde sırayla kronik böbrek yetmezliği, akut böbrek yetmezliği, anjiotensin converting enzim inhibitörü ve spironolakton kullanımı saptandı. Elektrokardiyografilerinde V4-V5-V6' da T dalgası R dalgasının 2/3'ünden büyükse elektrokardiyografi bulgusu pozitif kabul edildi. Yalancı hiperpotasemisi olan hastalarda elektrokardiyografi bulgusu saptanmazken kronik böbrek hastalarının % 38,2'sinde, akut böbrek yetmezliği hastalarının % 35,3'ünde saptanmıştır.

SONUÇ: Acil serviste kronik böbrek hastalığı, kalp rahatsızlığı, diyabetes mellitusu olanlarda ve potasyum yüksekliğine neden olabilecek ilaç kullananlarda hiperpotasemi olabileceği ve hayatı tehdit edecek kadar yüksek değerlere sebep olabileceği unutulmamalıdır. Hızlıca farkaedilmeli ve erken müdahale edilmelidir. Özellikle kronik böbrek hastalığı olanlarda potasyum tutucu spironolakton ve anjiotensin converting enzim inhibitörlerini reçete ederken dikkat edilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Elektrokardiyografi, etyoloji, hiperpotasemi, spironolakton

PS-0209 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Non-Ketotik Hiperglisemi: Hemikore-Hemiballizm

Abuzer Coşkun[1], Aydın Gülünay[2], Sedat Özbay[1], Osman Mahir Okur[1], İlham Özkan[1], Asuman Uçar[1], Ziya Polat[1], Şevki Hakan Eren[3]

[1]*Numune Hastanesi, Acil Servis, Sivas*

[2]*Numune Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Sivas*

[3]*Cumhuriyet Üniversitesi, Acil Tıp AD, Sivas*

VAKA: 55 yaşında erkek hasta sol kolundan başlayıp ilerleyerek sol bacağına yayılan uyuşma ve istem dışı hareketleri nedeniyle acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde 12 yıldır diabetis mellitus nedeniyle insülin kullanımı mevcuttu

FİZİK MUAYENE: Genel durumu iyi, bilinç açık, oryante ve koopereydi. Kranial sinirler intaktı. Motor muayenesinde kas gücü kaybı yoktu. Kas tonusu normaldi. Sol kolunda daha fazla olmak üzere ve sol bacağında koreiform hareketler vardı. Derin tendon refleksleri hipoaktifti. Plantar yanıtları fleksör ve duyu ve serebellar muayenesi normaldi.

Vakamızın diğer laboratuar incelemesinde vitamin B12, folik asit düzeyi, lipid profili, tam idrar analizi ve arter kan gazı normal bulundu. Hemoglobin A1c %13,8, sodyum 122mEq/L, serum osmolaritesi 299,18mOsm/kg saptandı. Beyin CT'inde sağ kaudat nukleus ve putamen kesitlerinde hiperintensite izlendi. Bu bulgularla hastaya non-ketotik hipergliisemiye bağlı hemikore-hemiballizm tanısı konuldu. Hastaya dahiliye ve nöroloji konsultasyonu istendi. Hasta nöroloji kliniğine yatırıldı. Hastanın takip ve tedavilerinde komplikasyon gelişmedi, önerilerle taburcu edildi

SONUÇ: Hemikore vücudun bir yarısını içine alan ani, spazmodik, düzensiz, kısa süreli: parmak, el, kol, yüz, dil veya baş hareketleridir. Ballismus ise yüksek amplitüdlü, şiddetli, savurma ya da atma şeklindeki hareketleri tanımlar (1). Kore ve ballizm metabolik hastalıklara, hipoksik-iskemik olaylara, damarsal hastalıklara, travmaya, yapısal bozukluklara, immünolojik hastalıklara, infeksiyonlara, ilaçlara ve toksik maddelere bağlı gelişen bazal gangliyon hasarı sonucu ortaya çıkar (2,3,4). Hiperglisemiye bağlı hemikore genelde uzun süre kontrolsuz diyabetik hastalarda görülür(5). Olgularımızda böyle bir durum mevcuttu. Non-ketotik hiperglisemiye bağlı hemikore ve hemiballizm nasıl geliştiği tam olarak bilinmese de olguların çoğu hiperglisemininin düzeltilmesiyle şikayetleri kaybolur(6,7). Bizim olguda da hiperglisemininin düzeltilmesi sonrası hemikore hemiballizm tablosu düzeldi. Olgumuz literatür ile uyumluydu. Bu olguda, kronik hastalıklara yaklaşımda destekleyici bakımın sağlanması, erken koruyucu önlemlerin alınması, destekleyici tedavi sonrası hayat standartının sağlanması amaçlanmıştır. Bu olguda görüldüğü gibi hiperkinetik hareket bozukluklarının ayırıcı tanısında ileri yaş, risk faktörü olan diyabetli hastalarında olması gerektiğini düşündürmektedir

ANAHTAR KELİMELER: Acil Servis, hiperglisemi, hemikore, hemiballizm

PS-0210 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

İskemik inmede risk faktörleri ve etkileri

Muhammet Gökhan Turtay[1], Esra Karaman[2], Cemil Çolak[3], Hakan Oğuztürk[1], Şükrü Gürbüz[1], Suat Kamışlı[4], Emrah Çelik[5]

[1] *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Malatya*

[2] *Muş Devlet Hastanesi Acil Servis, Muş*

[3] *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Ana bilim Dalı, Malatya*

[4] *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Ana bilim Dalı, Malatya*

[5] *İzmit SEKA Devlet Hastanesi Acil Servis, Kocaeli*

GİRİŞ-AMAÇ: İnme, ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada olup uzun dönem sakatlığın da en önemli nedenlerindendir. İskemik inme en sık görülen inme tipidir. Çalışmamızda iskemik inmeye neden olan risk faktörlerinin tespit edilmesi ve birden fazla risk faktörü varlığında inme geçirme riskinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmamızda, acil serviste iskemik inme tanısı konulan 120 hasta ve kontrol grubu olarak da 140 hasta incelendi. Hasta grubunun 49'u kadın, 71'i erkek hasta, kontrol grubunun 66'sı kadın, 74'ü erkek hastalardan oluşmaktaydı. Hastaların daha önce geçirilmiş serebrovasküler hastalık (SVH), koroner arter hastalığı (KAH), diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), atriyal fibrilasyon (AF), aile öyküsü, sigara, alkol ve ilaç kullanımını içeren anamnez ve fizik muayene bilgileri elde edildi. Tüm hastaların White Blood Cell (WBC), hemoglobin, hematokrit, trombosit, glukoz, üre, kreatinin, High Density Lipoprotein (HDL), international normalized ratio (INR), C-reaktif protein (CRP), protein C, protein S ve antithrombin III (AT3) değerleri saptandı. Ayrıca elektrokardiyografileri (EKG), beyin BT ve karotiddoppler ultrasonografileri yapıldı. Kesin tanı ve ayırıcı tanı açısından gerekli görülen hastalara kranial manyetik rezonans (MR) ve diffüzyon MR tetkikleri yapıldı.

BULGULAR: Çalışmamızda KAH'ın ($p<0.001$), DM ($p<0.001$), geçirilmiş SVH öyküsünün ($p<0.001$), sigara kullanımının ($p=0.004$), karotiste plak veya plak ve/veya stenoz (≥%50) varlığının (p<0001) istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi. Çalışmamızda incelediğimiz Protein C, Protein S, AT3, CRP ve HDL düzeylerinden sadece HDL düzeyinin düşüklüğü ($p=0.014$) istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Risk faktörlerinin tek değişkenli lojistik regresyon analizinde iskemik inme için en yüksek riske sahip faktörün karotiste plak + ≥%50 stenoz varlığı [(OddsRatio/ Oranı (OR) = 32.08)] olduğu tespit edildi. Diğer risk faktörlerinin de sırasıyla HT (OR=5.96), karotisdopplerde plak varlığı (OR=5.67), geçirilmiş SVH öyküsü (OR=5.44), sigara kullanımı (OR=5.25), DM (OR=2.41), protein C düzeyi (OR= 1.02) olduğu tespit edildi. İkili risk faktörlerinden DM ile sigara birlikteliğine ait OR=18 olup tek başlarına neden oldukları riskten çok daha fazla risk oluşturdukları görüldü. Sigara kullanımı ve KAH birlikteliğine ait OR=7.72, HT ile birlikte karotisdopplerUSG'de plak varlığına ait OR=11.88, HT ile sigara kullanımının birlikteliğine ait OR=24.75 ve geçirilmiş SVH öyküsü ile KAH'ın beraber bulunduğunda OR=8.62 olarak bulundu.

SONUÇ: Bu çalışma iskemik inme risk faktörlerini ve bu faktörlerin riski artırma oranlarını, ikili risk faktörü varlığında iskemik inme geçirme riskini tek başına neden olduklarından çok daha fazla artırdıklarını ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, iskemik inme risk faktörlerinin erken dönemde tespitinin özellikle de bu risk faktörlerinin birlikteliğinde, gerekli önlemlerin ve önleyici tedavilerin erken dönemde planlanmasının önemini göstermiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Çoklu risk değerlendirme, iskemik inme, risk faktörleri.

PS-0211 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

İzole hiperamonyemi ile seyreden nadir bir postpartum koma nedeni:Üre siklus enzim defekti

Ayça Açıkalın[1], Nezihat Rana Dişel[1], Ebru Çil Direk[1], Ahmet Sebe[1], Şebnem Bıçakçı[2]

[1] *Çukurova üniversitesi Tıp Fakültesi Acil tıp AD*

[2] *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD*

GİRİŞ: Bu yazımızda doğum sonrası 5.günde nöbet geçirme nedeniyle acil kliniğimize sevkedilen, izole hiperamonyemiye ikincil gelişen postpartum komalı bir vakayı tartışmayı amaçladık.

VAKA: 23 yaşında bayan hasta miad gebeliğinin normal doğumla sonuçlanmasından 5 gün sonra konvülziyon geçirme nedeniyle eklampsi ön tanısıyla kliniğimize sevkedildi. İlk başvuru anında GKS:8, Tansiyon:100/60, Nb:120/dk, ateş:37.8, Sat:91 idi. Hastanın daha önce preeklampsi kliniği ya da bilinen bir hastalığı yoktu. Eklampsi, SVO ve SSS enfeksiyonu ön tanılarıyla tetkik edilen hastanın labaratuvar tetkikleri, tüm batın USG, Beyin BT, beyin MR gibi görüntüleme tetkikleri, lomber ponksiyonu normal bulundu. Koma ayırıcı tanısı için istenen Amonyak değeri 321 bulunan hastanın, özgeçmişinde kronik karaciğer hastalığı yoktu. Amonyak yüksekliği nedeniyle yapılan tetkiklerinde akut karaciğer yetmezliği, karaciğer sirozu bulguları saptanmadı. Hiperamonyemi+postpartum koma ön tanısıyla yoğun bakıma yatırıldı.

TARTIŞMA: Üre siklusunun enzim defektleri nadiren görülen metabolik hastalıklardır. Bu enzimlerin eksik yada aktivitesinin yetersiz olması klinikte hiperamonyenemik ensefalopati olarak karşımıza çıkar. Bu durum ölüme sebebiyet verebilir.

Postpartum dönemde sıklıkla eklempsi, hellp sendromu, emboli, kanama, sepsis vb. nedenlerle koma görülebilir. Fakat çok nadirende olsa sağlıklı genç erişkin bayanlarda daha önceden bilinen bir metabolik hastalığı olmasa da hiperamonyemiye bağlı koma görülebilir. Genellikle çoğu metabolik hastalığa erken çocukluk yada bebeklik dönemde tanı konur. Fakat çok nadiren uzamış katabolik durumlar, cerrahi, doğum gibi nedenlerle üre siklus enzim aktivitesi yetersiz(ornitin transkarbamilaz) yetişkin hastalarda açıklanamayan amonyak yüksekliği ile koma yada hayatı tehdit eden diğer durumlar ortaya çıkabilir. Literatürde bildirilen vakaların çoğu postpartum dönemde koma ile prezente olmuştur.

Sonuç olarak postpartum dönemde hayatı tehdit eden açıklanamayan koma tablosu ile gelen hastalarda bilinen karaciğer hastalığı olmasa da amonyak bakılmalı; üre siklus defekti olabileceği düşünülmeli ve tedaviye erken dönemde başlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: postpartum koma, hiperamonyemi, üre siklus enzim defekti

PS-0212 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Periferik Ödemli Hastada Jiletli Tedavi Yöntemi

Esen Doğan[1], Atakan Savrun[2], Emre Gökçen[3], Çağdaş Yıldırım[4], Uğur Özkula[4]

[1] *Edirne Devlet Hastanesi, Acil servis, Edirne*

POSTER BİLDİRİLER

[2]*Sincan Devlet Hastanesi,Acil servis, Ankara*

[3]*Malatya Devlet Hastanesi, Acil servis, Malatya*

[4]*Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil tıp Anabilim dalı,Ankara*

GİRİŞ-AMAÇ: Sistemik venöz dolgunluk, plevral effüzyon, perikardiyal effüzyon, hepatomegali, splenomegali, asit ve alt ekstremitelerde ödem sağ kalp yetmezliği bulgularındandır. Kalp yetmezlikli hastalar sıklıkla yaşlılardır ve semtomları kronik seyirlidir. Bu olgu sunumunda sağ kalp yetmezlikli 75 yaşındaki bayan hastanın yaklaşık 15 yıldır olan ayaklardaki şişlik şikayatinin medikal tedavi ile geçmediğini düşünen ve şişliğin lokal olduğunu sanan 80 yaşındaki eşi tarafından jiletle boşaltılmaya çalışılması ve buna bağlı selülit gelişen ilginç bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: 75 yaşında kadın olgu her iki ayakta ağrı, şişlik, kızarıklık ve yaklaşık 1cm 'lik cilt kesileri şikayetiyle acil servise geldi. Hastanın özgeçmişinde konjestif kalp yetmezliği olduğu ve buna yönelik medikal tedavilerini düzenli almadığı öğrenildi. Son bir haftadır ayaklarda şişliği artan hastanın yakınının bu durumdan sıkılması ve jiletle insizyon yaparak bu semptomlarının giderileceğini düşünmüş ve her iki ayak ve bilek çevresine kesi uygulamıştır. Fakat işlemden sonra şişliklerinin ilerlediği ve ek olarak kızarıklık ve hassasiyetinin eklenmesi üzerine hastayı acil servise getirmiştir.

Hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, oryante, koopere idi. Hastanın her iki ayak sırtı, perimalleolar bölgede olan yakalaşık 10 adet ve her biri 1cm'lik cilt kesileri, ısı artışı, kızarıklık ve hassasiyet mevcuttu. T.A: 115/76 mmHg, kalp tepe atımı 115 /dk, So2: % 95, ateş: 37,9 santigrat derece, solunum sayısı: 19/dakika idi.

Laboratuvar tetkiklerinde; glukoz 96 mg/dL, üre 35 mg/dL, kreatinin 1,1 mg/dL, potasyum 4,5 mEq/L, sodyum 139 mEq/L, lökosit 14,9 x 103, hemoglobin 11,9 g/dL, trombosit 241 000 ve INR 0,6 olarak saptandı.

Kesi yerlerine pansuman yapılan, tetanoz aşısı yapılan ve antibiyoterapisi düzenlenen olguya ve yakınına kalp yetmezliği ve tedavileri hakkında bilgi verilip önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: Kalp yetmezliğinde oluşan periferik ödem ve diğer semptomların kronik olduğu ve medikal tedavi ile gerileyeceği bilinmelidir. Özellikle yaşlılara da bu durum anlaşılır şekilde anlatılarak, farklı komplikasyonların azaltılabileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Kalp yetmezliği, Ödem, Jilet

PS-0213 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Warfarin tedavisine bağlı gelişen lingual hematom: Olgu sunumu

Esen Doğan[1], Atakan Savrun[2], Emre Gökçen[3], Çağdaş Yıldırım[4], Uğur Özkula[4]

[1]*Edirne Devlet Hastanesi, Acil servis, Edirne*

[2]*Sincan Devlet Hastanesi,Acil servis, Ankara*

[3]*Malatya Devlet Hastanesi, Acil servis, Malatya*

[4]*Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil tıp Anabilim dalı,Ankara*

Warfarin hem tromboembolik olayların tedavisinde hem de kardiyovasküler hastalıklar ve atriyal fibrilasyonda profilaktik amaçlı kullanılmaktadır. Warfarin tedavisinin klasik komplikasyonları genitoüriner sistem, gastrointestinal sistem, deri, santral sinir sistemi, burun, penis yâda retroperitonuma kanamalar şeklinde tanımlanabilir. Lingual hematom oral antikoagülan ilaç tedavisinin hayatı tehdit edebilen nadir bir komplikasyonudur.

Amacımız warfarin tedavisine sekonder olarak gelişen ve hayatı tehdit edebilen nadir görülen lingual hematom olgusunu sunmaktır.

OLGU SUNUMU: 60 yaşında erkek hasta yaklaşık on iki saat önce başlayan dilde şişlik, morluk ve ağrı şikâyetiyle acil servise başvurdu. Hastanın öyküsünden atriyal fibrilasyona bağlı oral antikoagülan (warfarin) 5mg/gün kullanmakta olduğu, herhangi bir travma öyküsünün bulunmadığı öğrenildi.

Hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, oryante, koopere ve solunum sıkıntısı yoktu. T.A: 125/76 mmHg, kalp tepe atımı 105 /dk, So2: % 95, ateş: 36,6 santigrat derece, solunum sayısı: 15/dakika idi. Hastanın lingual hematom haricinde ek kanama bulgusu yoktu. Sistemik muayenesi normaldi.

Laboratuvar tetkiklerinde; glukoz 106 mg/dL, üre 39 mg/dL, kreatinin 1,2 mg/dL, potasyum 4,5 mEq/L, sodyum 139 mEq/L, lökosit 7,9 x 103, hemoglobin 11,9 g/dL, trombosit 141 000 ve INR 11 olarak saptandı. Dahiliye servisine yatırılıp iki ünite taze donmuş plazma verildikten sonra yirmi dört saat takip edilen hastanın genel durumu iyi, vital bulguları stabil seyretti. Kontrol INR düzeyi 3,6 gelen hastaya iki doz ilaç almaması, sonrasında tekrar INR düzeyine baktırması önerisiyle taburcu edildi.

SONUÇ: Warfarinin terapötik kullanımından kaynaklanan kronik intoksikasyonunda; INR terapötik seviyeden yüksek fakat 5'ten az ise ve hasta kanamıyorsa warfarin 2-3 gün boyunca kesilir ve INR terapötik seviyeye ulaşınca tekrar başlanır. INR 5-9 arasında ve hastanın aktif kanaması yoksa warfarinin sonraki 1 yada 2 dozu kesilerek INR sık monitörize edilir ve INR terapötik seviyeye ulaştığında ilaca daha düşük dozdan başlanarak devam edilir. INR 9'dan büyükse ve hastanın kanaması yoksa oral K vitamini (5-10 mg) verilebilir. Aktif ciddi kanaması olan hastalar taze donmuş plazma ile tedavi edilirler.

Literatürde lingual hematomu olan olgular mevcuttur. Yine warfarin kullanımına bağlı üst hava yolu obstrüksiyonu gelişen vakalar bildirilmiştir. Ciddi havayolu kompromizasyonu olan hastalarda sublingual boşluğa hızlıca kanaması olan hastalarda olduğu gibi endotrakeal entübasyon endikedir ancak çoğu hastada entübasyon zor olabilir bunun yerine trakestomi yada krikotirotomi yapılabilir. Bizim olgumuzda hava yolu kompromizasyonu yoktu ve takibi sırasında da gelişmedi. Fakat hastanın genel durumunun her an değişebileceği hatırda tutulmalı ve hasta yakın gözlemlenmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Warfarin, lingua, hematom

PS-0214 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Warfarin Tedavisine Bağlı Gelişen Nadir Bir olgu: Rektus Kılıf Hematom

Atakan Savrun[1], Emre Gökçen[2], Esen Doğan[3], Uğur Özkula[4], Çağdaş Yıldırım[4]

[1]*Sincan Devlet Hastanesi,Acil servis, Ankara*

[2]*Malatya Devlet Hastanesi, Acil servis, Malatya*

[3]*Edirne Devlet Hastanesi, Acil servis, Edirne*

[4]*Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil tıp Anabilim dalı,Ankara*

Rektus kılıf hematomları; epigastrik damarların veya rektus kasının yırtılması ile oluşan ve nadir görülen bir durumdur. Sıklıkla infraumbikal bölgede meydana gelir.

REKTUS KILF HEMATOMU: yaşlı, obez, antikoagülan kullananlarda sıklıkla ortaya çıkar. Ayrıca travma, ateroskleroz, bronşit, karın duvarı skar dokusu, karın içi basıncındaki ani artış, abdominal cerrahi girişimi, cilt altı ilaç enjeksiyonu, öksürük, gebelik diğer predispozan faktörler arasında yer alır.

Warfarin hem tromboembolik olayların tedavisinde hem de kardiyovasküler hastalıklar ve atriyal fibrilasyonda profilaktik amaçlı kullanılmaktadır. Bu yazıdaki amacımız warfarin tedavisine sekonder olarak nadir gelişen rektus kılıf hematom olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU: Altmış altı yaşındaki erkek hasta acil servise karında ağrı ve morluk şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünde 2 gün önce baş dönmesine bağlı düşüp karnına künt travma aldığı fakat ağrı kesici almasına rağmen ağrısının ve morluklarının ilerlediği öğrenildi.

Hastanın fizik bakısında genel durumu iyi, bilinci açık, koopere ve oryanteydi, solunum sıkıntısı yoktu. T.A: 125/76 mmHg, kalp tepe atımı 105 /dk, So2: % 95, ateş: 36,6 santigrat derece, solunum sayısı: 15/dakika idi. Hastanın umblikal bölgeden başlayıp inguinal bölgeye doğru ilerleyen yaygın hematom haricinde ek kanama bulgusu yoktu. Sistemik muayenesinde batında hassasiyet mevcut iken rebound ve defans yoktu. Diğer sistemik muayenesi doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde; glukoz 96 mg/dL, üre 33 mg/dL, kreatinin 1,1 mg/dL, potasyum 4,2 mEq/L, sodyum 129 mEq/L, hemoglobin 10,9 g/dL, trombosit 391 000 ve INR 7 olarak saptandı. İlk gelişte çekilen ultrasound görüntülemesinde epigastrik bölgede orta hattın solunda rektus abdominalis kası içinde 53x34x113 mm boyutunda öncelikle organize hematomla uyumlu, düzgün konturlu hipoekoik kitle tespit edildi.

Hastanın özgeçmişinde 15 yıl önce mitral valv replasmanı olduğu ve bu nedenle 1x7.5mg coumadin, corasprin 100mg 1x1 kullandığı öğrenildi. Genel cerrahi servisinde gözlem amaçlı kırk sekiz saat takip edilen hastanın coumadini ve aspirini kesildi. Hastanın 2 gün sonraki çekilen USG sinde: epigastrik bölgede orta hattın solunda rektus abdominalıs kası içinde 72x36x121 mm

boyutunda hematomla uyumlu multiseptalar içeren semisolid yapıda kitle lezyonu saptandı. Genel durumu iyi, vital bulguları stabil seyreden ve kontrol INR düzeyi 3,6 gelen hastaya iki doz ilaç almaması, sonrasında tekrar INR düzeyine baktırması ve akut karın önerisi ile taburcu edildi.

SONUÇ: Rektus kılıf hematomunun akut karın yapan sebeplerde biri olduğunun bilinmesidir. Ve şüphelenilmediği sürece gözden kaçar ve hastaların gereksiz tetkik ve cerrahi müdahaleye maruz kalmasına neden olabilir. Bu nedenle tanı ve tedavide çok dikkatli olmak lazımdır.

ANAHTAR KELİMELER: Warfarin, rektus kılıf, hematom

PS-0215 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

18 Yaşında Akut Batından Subaraknoid Kanama

Emel Erkuş Sirkeci, Aykut Yüksel, İsmail Yeşiltaş, İsmail Fırat Arslan, Ümit Ölmez, Ersen Gündüz, Sedanur Bağdigen
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

18 YAŞINDA BAYAN HASTA BULANTI, KUSMA,KARIN AĞRISI ŞİKAYETİYLE ACİL SERVİSE BAŞVURDU. HASTANIN VİTALLERİ TANSİYONU:110/70 mm Hg, nabzı:88 dk, ateş:36 C olup hastanın fizik muayenesinde batında defansı mevcut, rebound yok. Hastanın özgeçmişinde 7 yaşında astım tanısı almış ancak düzenli ilaç kullanımı olmamış.Hasta öncelikli olarak akut batın olarak değerlendirildi.Hastaya bu ön tanıya yönelik laboratuar tetkikleri istendi.Hastanın takibinde baş ağrısı şikayeti olduğunu ifade etti ve tekrardan kusması olması üzerine hastaya kranial tomografi çekildi.Hastanın laboratuar tetkikleri normal sonuçlandı. Hastanın tomografisinde subaraknoid kanama saptandı.

SAK sıklığı, 30-59 yaş arasında 15/(100.000 kişi/yıl),60-69 yaş arasında 37/(100.000 kişi/yıl), 70-88 yaş arasında 78/(100.000 kişi/yıl) şeklinde, ilerleyen yaş ile uyumlu olarak artmaktadır (1). Genel olarak tüm yaş gruplarında kadınların yoğunluğu bulunmasına karşın, 40 yaşın altında oran K/E= 1.5/1 iken 40 yaş üstünde K/E= 4.6/1'dir(1,2,3).Yaş, SAK'lara ait kötü sonuç sebepleri içinde en önde gelenidir. International Cooperative Study of Timing of Aneurysm Surgery'e (2) göre yaş ile sonuç arasında uyum bulunmaktadır. Hastamız da 18 yaşında bayan hasta olup beklenen SAK yaş aralığının dışında bulunmaktadır.Hastanın sonuçlarıyla nöroloji kliniğine yatışı yapılmıştır.

REFERANSLAR: 1. Bonita R, Thompson S: Ssubarachnoid hemorrhage:Epidemiology, diagnosis, management, and outcome.Stroke 1985;16:591-594.

2. Kassell NF, Torner JC, Haley EC Jr, Jane JA, Adams HP, Kongable GL and participants: The international cooperative study on the timing of aneurysm surgery. PartI: Overall management results. J Neurosurg 1990; 73:18-16

3. Lanzino G, Kassell NF, Germanson TP, Kongable GL,Truskowski LL, Tomer JC, Jane JA, and participants. Age and outcome after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: why do older patients fare vorse? J Neurosurg 1996;85:410-418.

ANAHTAR KELİMELER: akut batın,subaraknoid kanama,18 yaş

PS-0216 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Ranibizumab ve Serebrovasküler Hastalık

Emel Erkuş Sirkeci, Aykut Yüksel, Onur İncealtın, İsmail Fırat Arslan, Ümit Ölmez, İsmail Yeşiltaş, İsmet Doğan
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Egitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Ranibizumab yaşa bağlı makula dejenerasyonu ve diyabetik maküler ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçlar grubundadır.(1)İlaç yan etki olarak şiddetli alerjik reaksiyonlar (döküntü, kurdeşen, kaşıntı, nefes almada zorluk, göğüste sıkışma, ağız, yüz, dudaklar, dil ya da şişmesi); göz ağrısı, basınç, kızarıklık, kanama, akıntı ya da; bayılma; ateş, titreme, veya kalıcı boğaz ağrısı; tek taraflı zayıflık; ışığa duyarlılık; nefes darlığı; konuşma bozukluğu; ani, şiddetli bulantı ya da kusma; alışılmadık terleme veya zayıflık görülebilmektedir.
OLGU: 84 yaşında bayan hasta acil servise konuşma bozukluğu ile getiriliyor.Hastanın öyküsünde beş gün önce makuler infakt nedeniyle göz kliniğinde ranibizumab uygulandığı ifade ediliyor.Hastanın diyabetes mellitus dışında ek hastalığı bulunmuyor.Hastanın vitalleri tansiyonu:110/90mmHg,nabzı:88/dk solunumu doğal oksijensaturasyonu:90
Hastanın fizik muayenesinde konuşma bozukluğu ve dezoryante olması dışında diğer sistem ve nörolojik muayenesi doğal.Hastaya kan tahlileri ile beyin tomografisi planlanıyor.Hastanın çıkan tahlil ve tetkik sonuçları klinik durumunu açıklamadığından hadstay kranial manyetik rezonans planlanıyor.Hastanın tetkikinde yaygın iskemik enfakt alanları saptanıyor.Hastanın nöroloji kliniğine yatışı yapılıyor.
Sonuç: Ranibizumab dışında bir hafta içinde başka ilaç kullanım öyküsü olmayan hastada etkenilaç olarak öncelikli olarak düşünülüyor.Ancak yan etki ve başlama süresi ile ilgili literatürde kesin bir iskemik serebrovasküler hastalık belirtilmemiştir.Bununla birlikte bazı ilaçların ranibizumab ile etkileşime girdiği bilinmektedir.

REFERANSLAR: 1. Lucentis (ranibizumab injection) package insert. South San Francisco, CA: Genentech; 2008 Apr.

ANAHTAR KELİMELER: ranibizumab,serebrovasküler hastalık,maküler dejenerasyon

PS-0217 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acilde nadir görülen bir serebrovasküler hadise: Santral pontin myelinozis

Serhat Örün, Ayhan Aköz, Ali Duman, Ömer Yüceer
Adnan Menderes Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ: Santral pontin myelinozis (SPM) beyin sapında sinir hücrelerinin myelin kılıfında hasar ile karakterize bir hastalıktır. Kliniğinde bilinç bulanıklığı, yutma güçlüğü, ajitasyon, kranial sinir tutulumuna bağlı değişiklikler olabilir. En sık nedeni hiponatreminin hızlı düzeltilmesidir. Spesifik bir tedavisi yoktur, destek tedavisi uygulanmaktadır. Bu vakayı sunmaktaki amacımız acil serviste sık karşılaşılan hiponatremin bir tedavi komplikasyonu olarak ortaya çıkan SPM'i akla getirmektir.

OLGU: 49 yaşında erkek hastanın bir hafta önce bir dış merkezde koroner anjiografi öncesi yapılan tahlillerinde sodyum değeri 101 mmol/L (referans aralığı: 135-145 mmol/L) olarak tespit edilmiş ve hospitalize edilerek sodyum replasman tedavine başlanmış. İlk gün ölçülen sodyum değeri 101 olan hastanın günlük sodyum değerleri sırasıyla; üçüncü gününde 132 mg/dl sodyum değeri ile hasta taburcu edilmiş. Aynı günün sonunda hasta ani yutma güçlüğü ve bilinç bulanıklığı ile acil servisimize baş vurdu. Hastanın vital bulguları; TA:160/40 mmHg, nabız 83 atım/dakika, ateş 36 °C, saturasyon % 98 idi. Fizik muayenede; bilinci konfü,oryantasyon ve kooperasyonu bozuktu, derin tendon refleksleri normoaktif ve hastada ataksik yürüyüş mevcuttu. Laboratuar tetkiklerinde sodyum 128 mmol/L, Hg: 8,8 gr/dL tespit edildi. Diğer laboratuar bulguları normaldi. Hastanın MR beyin görüntülemesinde bilateral periventriküler ve supraventriküler beyaz cevherde T2 flair sinyal artışı tespit edildi. SPM düşünülen hasta nöroloji servisine yatırıldı. Takibinde ensefalopati tablosu gerileyen hasta tekrar hiponatremisi oluşması üzerine nefroloji servisine devredildi. Nefroloji servisinde spot idrarda sodyum değeri <20 mmol/L tespit edildi. Hastaya sıvı kısıtlaması yapıldı ve 15 mg tolvaptan verildi. Takiplerinde sodyum değerleri stabil seyreden ve ek patoloji gelişmeyen hasta polklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: SPM kalıcı sekellere yol açabilen ciddi bir hastalıktır ve ensık sebebi hızlı tedavi edilen hiponatremidir. Baş ağrısı, bilinç bulanıklığı, denge bozukluğu ve ajitasyon gibi bulgularla acil servise baş vuran hastaların ayırıcı tanısında intraserebral hemoraji, enfarkt, menenjit, ensefalit ve kafa içi kitle gibi tanıların yanında SPM de mutlaka düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, bilinç bulanıklığı, hiponatremi tedavisi, santral pontin myelinozis

PS-0218 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Alerjik Semptomlarla Başvuran PONTİN GLİOM Olgusu

Erkan Güvenç[1], Fatih Çakmak[2], Şeyhmus Kaya[3], Ahmet Tuğrul Zeytin[3], Barış Öztürk[3], Filiz Baloğlu Kaya[4]
[1]*Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, Acil servis, İZMİR*
[2]*Balıklıgöl Devlet Hastanesi, Acil Servis, Ş.URFA*
[3]*Eskişehir Devlet Hastanesi, Acil Servis, ESKİŞEHİR*
[4]*Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, ESKİŞEHİR*

GİRİŞ-AMAÇ: Glioma; beyin veya omurgada başlayan, glial hücrelerden kaynaklanan bir tümör türüdür. Gliomalar tüm beyin ve merkezi sinir sistemi tümörlerinin yaklaşık % 30'unu ve tüm

POSTER BİLDİRİLER

malign beyin tümörlerinin % 80'ini oluşturmaktadır.[1] Gliom belirtileri, merkezi sinir sisteminin etkilenen parçasına bağlıdır. Beyin glioma kafa içi basınç artışı sonucu baş ağrısı, bulantı ve kusma, nöbet ve kranial sinir bozukluklarına neden olabilir. Optik sinir gliomu görme kaybına neden olabilir. Omurilik gliomları ekstremitelerde ağrı, güçsüzlük, uyuşmaya neden olabilir. Kranial sinir anormallikleri, spastisiteye sekonder kararsız yürüme ve bazı davranış değişiklikleri olması büyük olasılıkla bir pontin glioma işaret eder. [2]

OLGU: 37 yaşında bayan hasta acil servisimize yüzünde kızarıklık, dilinde şişlik, konuşmada bozulma ve baş dönmesi şikayeti ile başvurdu. Hastanın geliş vital bulguları TA:115/75 mmHg, Nabız:90 atım/dk, SS:22/dk, SpO2: %97, Ateş:37 °C, yapılan fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinç açık-apatik, oryante-koopere, GKS:15, IR+/+, DIR +/+, pupiller izokorik, dismetri(+), disdiokinezi(+), vücut sola ataksik bulundu. Laboratuvar sonuçları normal sınırlarda, çekilen kranial BT radyoloji tarafından normal sınırlarda olarak raporlandı. Hastamızın mevcut şikayetleri ve pozitif fizik muayene bulgularının devam etmesi üzerine istenen kranial MRG sonucunda ön tanı; beyin sapında özellikle sol kesim ağırlıklı pons ve mezensefalonu tutan diffüz pontin gliom olarak raporlandı. Hasta nörosirurji bölümüne yatırıldı.

SONUÇ: Genellikle bir fizik muayene ve hastanın tıbbi özgeçmişi öntanı için bir fikir oluşturur. Nörolojik muayenede belirlenen nörolojik defisit ve hastayı incelerken saptadığımız anormalliklerden daha sonra gerçekleştireceğimiz testler, sinir sisteminin belirli bir yönü üzerinde odaklanmak için yapılabilir. Son olarak, böyle bir sorun var ve etyolojik nedenleri araştırıyorsak olup olmadığını bulmak için uygun tetkik istenmesi veya sorgulama düşüncesini derinleştirmek gerekebilir. Günümüzde MRG santral sinir sistemi enfeksiyonlarında ve tümörlerde oluşan patolojilerin gösterilmesinde yüksek çözümleme gücü ve farklı düzlemlerde görüntü oluşturma yeteneği ile bilgisayarlı tomografiden daha yararlı bulunmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: alerji, ataksi,nörolojik bulgular,pontin gliom

PS-0219 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Normal D-dimer Düzeyine Sahip Hastalarda Pulmoner Tromboemboli Tanısı

Özlem Bilir, Gökhan Ersunan, Barış Gıakuop, Asım Kalkan, Özcan Yavaşi, Kamil Kayayurt
Department of Emergency Medicine, Recep Tayyip Erdoğan University, Rize Resarch of Training Hospital, Rize Turkey

GİRİŞ: Pulmoner Tromboembolizm (PTE), belirti ve semptomları birçok kardiyopulmoner hastalıkla örtüşen ancak tanı konulamaması durumunda mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır. PTE'yi düşündüren semptom ve bulgularla acil servise başvuran hastaların tanısında kullanılan laboratuar testleri ve görüntüleme yöntemlerinden hiç biri tek başına güvenilir değildir. Bu hasta grubunda gereksiz tanısal testlerin uygulanmasını önlemek amacıyla klinik olasılık değerlendirilmesi ve D-dimer test kombinasyonu önerilmektedir. Ancak klinik uygulamalar esnasında D-dimer düzeyi normal olmasına rağmen PTE tanısı alan olgularla da karşılaşılmaktadır. Hastaların semptomlarına, muayene bulgularına, klinik olasılığına göre değerlendirilmesi ve şüpheli olgularda daha fazla tanı testine başvurulması uygun olan yaklaşımdır. Bu çalışmanın amacı, PTE semptomlarıyla acil servise başvuran, D-dimer test değeri normal sınırlarda olan ancak PTE tanısı alan olguların özelliklerinin ortaya konmasıdır.

MATERYAL-METOD: Ocak 2011-Aralık 2013 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran, PTE tanısı alan hastaların kayıtları üniversite etik kurulundan onay alınarak retrospektif olarak incelendi. Çalışmanın planlandığı 3 yıllık dönemde Acil Serviste PTE tanısı konulan 107 hastanın kaydı değerlendirildi. Başvuru sırasında otomatik lateks, turbidimetrik kuantitative yöntemle yapılan D-dimer ölçümlerinde 500 ng/ml altında (0-450) olan 11 hastanın (%10,2) verilerine ulaşıldı.

BULGULAR: Hastaların %72.7'si (8/11) kadın ve ortalama yaş aralığı 71,5 ± 7,9 (61-84 yıl) idi. Acil servise başvuru nedenleri incelendiğinde en sık nefes darlığı (%54.5, n=6) olduğu görüldü. Olayın başlangıcından acil servise başvuru arasında ortalama 10,6 günlük (3-30 gün) bir gecikme olup hastalar özellikle dış merkezlerde nefes darlığının farklı nedenleriyle takip edilmişlerdir. Risk faktörleri değerlendirildiğinde %81,8 (9/11) hastanın 65 yaş ve üzeri olduğu görüldü. Erkek cinsiyete sahip 2 (%18,2) hastanın yaşı ise 65 altındaydı ve risk faktörü olarak maligniteleri (akciğer kanseri ve hematolojik nedenli kanser) mevcuttu. Kadın hastalarda risk faktörü olarak yaş ile birlikte özellikle kafa içi iskemik olay sonrasında ortaya çıkan immobilizasyon %54,5 oranında (6/11) ilk sırayı almaktaydı. Wells skoruna göre; %18,2'si (2/11) düşük, %72,7'si (8/11) orta ve %9'u (1/11) yüksek olasılığa sahipti. Revize Cenevre skoruna göre; %18,2'si (2/11) düşük ve %81,8'inin (9/11) intermediate olasılığa sahip olduğu görüldü. PESI'e göre ise %18,2'si (2/11) düşük ve %81,8'inin (9/11) yüksek olasılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. ESC 2014 Akut PTE tanı ve yönetim klavuzuna göre sınıflandırıldığında %81,8'i (9/11) yüksek riskli olmayan gruba dahil edilmiştir.

SONUÇ: D-dimer testi PTE tanısında kullanılan bir test olmasına rağmen tek başına hastaların dışlanmasında etkin değildir. PTE'nin nonspesifik semptomlarına sahip hastalarda semptomların başlangıç zamanıyla acil servise başvuruları arasında geçen süre önemlidir. Hastaların risk faktörleri ve test öncesi olasılıkları da bu test ile birlikte değerlendirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Pulmoner Tromboemboli, D-dimer, Normal, Test öncesi olasılık skorları

PS-0220 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Paraneoplastik Nöropati

Selen Acehan[1], Müge Gülen[2], Mustafa Sencer Seğmen[3], Akkan Avci[4]
[1]*Mersin Devlet Hastanesi*
[2]*Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi*
[3]*Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi*
[4]*Adana Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

GİRİŞ: Paraneoplastik nörolojik sendrom (PNS); kanserli hastalarda ortaya çıkan, altta yatan tümörün veya metastazının doğrudan ve lokal etkileriyle oluşmayan, toksisite, hormonların ektopik salgılanması, indüklenen koagülopati, fırsatçı infeksiyonlar veya kanser tedavisinin yan etkileri ile açıklanamayan, önemli bir kısmının otoimmün kökenli mekanizmalarla oluştuğu kabul edilen bir nörolojik tablodur. Biz bu olguda; acil servise polinöropati kliniği ile başvuran, Non-Hodgkin Lenfomaya bağlı nadir görülen paraneoplastik nörolojik sendromlu 39 yaşındaki bayan hastayı son literatür bilgileri ışığında irdelemeye çalıştık.

OLGU: 39 Yaşında bayan hasta acil servisimize bacaklarda güçsüzlük ve yüzünün sağ tarafında uyuşma şikâyeti ile 112 ambulansı tarafından getirildi. Hasta acil servise getirildiğinde şuuru açık, koopere ve Glaskow Koma Skalası: 15 (E4,M6,V5) idi. Vital bulgularına bakıldığında tansiyon arteriyel: 110/60 mmHg, nabız:78/dk, vücut ısısı: 36,7oC, solunum: 16/dk, oda havasında oksijen saturasyonu (SaO2): % 98' di. Bakılan yatak başı kan şekeri: 210 mg/ dl olarak ölçüldü. Elektrokardiografi (EKG)'si normal sinüs ritmindeydi. Nörolojik bakıda yüzde sağ periferik fasiyal paralizi mevcuttu. Motor kuvvet üst eksremitelerde 5/5 iken, bilateral alt ekstremitelerde 3/5 idi. Duyu muayenesinde alt eksremitelerde hipoestezi mevcuttu. Derin tendon reflekleri üst ekstemitelerde hipoaktifken, alt ektremitelerde alınmıyordu.

Radyolojik görüntüleme yöntemi olarak acil serviste intrakraniyal ve spinal bir patolojiyi ekarte etmek amacıyla bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT), Beyin diffüzyon manyetik rezonans (MR), servikal MR ve torakolomber MR çekildi. BBT, beyin diffüzyon MR ve servikal MR normal olarak rapor edildi. Torakolomber MR'da T12 düzeyinden L4 vertebra düzeyine dek spinal kanal kord sinyalinde proksimale göre kontrast tutulum lehine hafif derecede diffüz artış saptandı. Bası etkisi yapan herhangi bir kitle görünümüne rastlanmadı.

Hastanın Elektromiyografi (EMG) incelemesi yapıldı. EMG polinöropati ile uyumlu bulundu. Lomber ponksiyon ve beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesi hasta onamı olmadığı için yapılamadı. Hastada son gelişen nörolojik bulgular ve EMG raporu ışığında Gullien Barre Sendromu (GBS) düşünüldü. Hastanın 20 gün önce dış merkezde diş etinden kitle alındığı öğrenildi.Alınan kitlenin patoloji raporu high grade, diffüz büyük B hücreli Non-Hodgkin Lenfoma (şekil-1), CD20(+), CD38(+), Bcl-2 (-), CD34 (-), CD3: reaktif T lenfositlerde (+) olarak rapor edildi. Mevcut klinik tablo Non-Hodgkin Lenfomaya bağlı Gullien Barre Sendromu (Paraneoplastik Nöropati) olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Malign hastalığın hematolojik semptomlar başlamadan önce ortaya nörolojik semptomlarla ortaya çıkması nadirdir. PNS'nin doğru tanımlanması altta yatan tümörün tanı ve tedavisi açısından çok önemlidir Nörolojik semptomlarla gelen hastalarda altta yatan bir malignensi olduğu düşünülmesi erken tanı ve tedavi açısından önemli olup hastaların yaşam şansını arttırabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Gullien Barre Sendromu, Non-Hodgkin Lenfoma, Paraneoplastik Nöropati,

PS-0221 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Hipokalemik Paralizi: Sjögren Sendromu

Ahmet Yıldırım, Mustafa Bağcı, Serdal Balcı, Okhan Akdur
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye.

GİRİŞ AMAÇ: Sjögren sendromu, ekzokrin bezlerin tutulduğu, sistemik oto-immün bir hastalıktır. Başta kas-iskelet sistemi olmak üzere, akciğer, böbrekler (distal tubuler asidoz) karaciğer, pankreas, gastrointestinal ve sinir sistemi gibi birçok organ ve sistemi tutulabilmektedir. Hipokalemik paralizi nadirde olsa renal tubuler asidozisin bilinen bir komplikasyonudur. Sjögren send-

romunda şiddetli distal tubuler asidoz hipokalemiye, bu durumda hipokalemik paraliziye neden olabilmektedir. Bizde dramatik bir şekilde paralizi ile acil servisimize başvuran, ağır hipokalemi tespit edilen, hipokalemi düzeltildikten sonra paralizisi düzelen sjögren sendromlu bir olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU: Otuz altı yaşında bayan hasta bacaklarda ani gelişen güçsüzlük şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Güçsüzlüğünün tüm ekstremitelerde olduğu şikayetlerinin yaklaşık bir hafta önce başladığı, üst solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla tedavi başlandığı öğrenildi. Genel durum iyi, Glasgow koma skoru 15, sistolik kan basıncı 100, diyaastolik kan basıncı 50 mmHg, nabzı 84 atım/dakika, solunum sayısı 14/dk oksijen saturasyonu %99 olarak belirlendi. Nörolojik muayenede alt ekstremiteler paraplejik, üst ekstremitelerde 3/5 güç kaybı vardı. Derin tendon refleksleri alt ekstremiterlerde alınamadı. Üst ekstremitelerde hipoaktifti. Diğer fizik muayene bulguları normal idi. Kan tetkiklerinde 2.05 mmol/L (3.5-5.1), sodyum 144 mmol/L (136-145), klor 117.2 mmol/L (98-107), üre 57.3 mg/dL (0-50), kreatinin 1.43 mg/dL (0.5-09), kalsiyum 9.19 mg/dL (8.6-10.5), fosfor 1.78 mg/dL (2.5-4.5) olarak tespit edildi. Kan gazında ph 7.231 (7.35-7.46) idi. Hastada mevcut haliyle sjögren sendromuna bağlı distal tubuler asidoz ve hipokalemik paralizi düşünüldü hasta nöroloji servisine yatırıldı. Hastaya 4 saatte toplam 6 ampul KCl infüzyonu verildi. Bu tedaviden sonra alt ekstremitelerde 4/5 güç tespit edildi. Hasta destekle yürümeye başladı.

SONUÇ: Hipokalemi, paralizi ve plejinin nadir nedenlerinden biridir. Acil servise özellikle yaygın kaç güçsüzlüğ, pleji ile başvuran olguların ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir klinik durumdur. Özellikle sjögren sendromlu olgularda paralizi durumunda distal tubuler asidoz ve hipokalemi akla getirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Hipokalemi, Paralizi, Sjögren Sendromu.

PS-0222 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acil serviste nadir bir olgu: Amiloidozise bağlı adrenal yetmezlik

Ayhan Aköz, Serhat Örün, Ömer Yüceer, Ali Duman, Bekir Dağlı, Mücahit Kapçı
Adnan Menderes Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ: Amiloidozis protein benzeri amiloid maddesinin dokularda ve organlarda birikmesi ile oluşur. Başta böbrekler olmak üzere karaciğer, dalak, böbrek üstü bezi ve mide-bağırsak kanalında birikir. Birikttiği organın fonksiyonunu yitirmesine neden olabilir. Adrenal yetmezlik mortalite oranı son derece yüksek bir hastalıktır. Tanısı klinik şüphe ile başlar, adrenal bezlerin %90'ı harap olduktan sonra bulgular oluşmaya başlar. En sık klinik bulgular bulantı, kusma, hipotansiyon, hipovolemik şok, açıklanamayan hipoglisemi gibi durumlardır. Biz burada acil servisimize sürrenallerde amiloid birikimine bağlı gelişen adrenal yetmezlik olgusunu sunmak istedik.

OLGU: 44 yaşında erkek hasta 2-3 gündür olan çift görme, halsizlik ve ara ara olan bilinç bulanıklığı şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın anamnezinden ileri evre kronik obstruktif akciğer hastalığı, akdeniz ateşi(FMF) ve amiloidozise bağlı gelişen kronik böbrek yetmezliği nedeniyle takipli olduğu, haftada 3 kez hemodiyaliz uygulandığı öğrenildi. Vital bulgularında TA:90/70mmHg, nabız:88atım/dk, ateş:36°C, saturasyon:%95 tespit edildi. Fizik muayenede; bilinç açık, oryantasyon ve kooperasyon kısıtlılığı mevcuttu, meningeal iritasyon bulgusu yoktu, yukarı bakış defekti vardı, derin tendon refleksleri üst ekstremitelerde hipoaktifti, alt ekstremitelerde refleksler alınamadı. Hastanın laboratuar tahlilleri; glukoz: 45mg/dL, üre: 167mg/dL, kreatinin:7.96 mg/dL, sodyum:128 mmol/L, potasyum:6.86 mmol/L, lökosit:15,91 10^3/µL, procalcitonin: 11,18ng/mL, CRP: 168,6mg/L şeklinde sonuçlandı. Kan gazında ise pH: 7.065, HCO3: 10,5 tespit edildi. Hastanın MR beyin görüntülemesi normal olarak raporlandı. Aniden bilinci kapanan hastanın hipotansiyonu derinleşti ve kardiyak arest gelişti. Hastaya 5 dakika kardiyo-pulmoner resüsitasyon uygulandı, sonrasında spontan kardiyak atımları oluşan hasta acil yoğun bakımımızda entübe şekilde takibe alındı. Nöroloji, nefroloji ve enfeksiyon hastalıkları bölümlerinden görüş alındı. Hastaya NaHCO3, serum fizyolojik, %10 dextroz, piperasilin tazobaktam, dopamin, noradrenalin tedavileri ve parenteral beslenme başlandı, hemodiyaliz programına alındı. Takibinde hipotansiyonu ve hipoglisemisi gerilemedi. Hastada adrenal yetmezlik düşünülerek endokronoloji konsültasyonu istendi. Gün aşırı olarak 2 kez kortizol seviyesi çalışıldı ilk gün 2,2µg/dl ikinci gün 1,6µg/dl tespit edildi. Hastaya 1mg/kg metiprednisolon uygulandı. Sonrasında hipotansiyonu ve hipoglisemisi gerilemeye başladı. Bilinci açılan hastanın inotrop desteği azaltıldı. Günlük takibinde CRP, prokalsitonin ve lökosit değerleri yükselen hasta septik şok kabul edildi ve acil yoğun bakıma yatışının 5. gününde exitus oldu.

SONUÇ: Adrenal yetmezlik mortalitesi yüksek olan hastalıklardandır. Primer, sekonder ve tersiyer olarak sınıflandırılır. Primer adrenal yetmezliğin en sık nedeni otoimmün hastalıklardır. Acil servise genel durum bozukluğu, dirençli hipotansiyon ve dirençli hipoglisemi ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka adrenal yetmezlik de düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, adrenal yetmezlik, amiloidozis

PS-0223 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Metoklopramid Diyip Geçme

Mustafa Ceylan[1], Sultan Tuna Akgöl Gür[2]
[1]*Erzururm Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği*
[2]*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İlk ve Acil Yardım*

GİRİŞ-AMAÇ: Metoklopramid, dopamin reseptör antagonistidir, bulantı-kusma hallerinde, gastro-özefajiyal reflüde ve migren atak tedavisinde kullanılır. En önemli yan etkileri, acil tedavi gerektiren ekstrapiramidal semptomların varlığıdır. Metaklopiramidin migren de etkinliğini bildiren birçok çalışma vardır. Acil servislerde sık kullanılan ilaçlardan biri olan metoklopiramide bağlı distoni olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU: 32 yaşında bayan hasta, 13 yıldır miren tanısının olduğu ve düzenli ilaç kullanımı olmadığı öğrenildi. Yaklaşık 1,5 saat önce başlayan migren atağı, bulantı şikayeti ile başvurdu. Hastaya 1 doz iv deksketoprofen trematomol uygulandı. Ağrıda belirgin değişiklik olmayan ve mide bulantısı artan hastaya 10 mg iv metakloproamid uygulandı. Enjeksiyondan 2 saat sonra ağrısı belirgin rahatlayan, bulantısı olmadığı öğrenilen hasta eksterne edildi.Bir gün sonra boynunda istemsiz hareketler ile tekrar başvurdu. Hastaya 5 mg biperiden intramüsküler uygulandı ve şikayetleri düzeldi.

SONUÇ: Migren ağrısı orta ve/veya ağır şiddette olan primer baş ağrılarındandır. Atak tedavisinde steroid, nonsteroid analjezikler, kısa etkili benzodiazepinler ve metoklopramid kullanılabilir. Metoklopramid periferik ve santral antidopaminerjik etkisi olan selektif dopamin reseptör antagonistidir. Farmakolojik etki başlangıcı İv uygulanımda 1-3 dk, im uygulanımda 10-15 dk, oral kullanımda 30-60 dk dır ve etkisi 1-2 saat sürer. En sık yan etkisi halsizlik ve huzursuzluktur. En ciddi yan etkisi istemsiz hareketler ve parkinsonizm dopamin antagonisti etkisidir. Akut distonik reaksiyonlar, metoklopramid ile ilgili ekstrapiramidal yan etkiler içinde en yaygın görülenidir. Günde 30-40 mg ile tedavi edilen hastalarda yaklaşık % 0.2 oranında görülebilir. Distoni anormal postür ve sürekli tekrarlayan istemsiz hareketlerle karekterize hiperkinetik hareket bozukluğudur. Akut distonik reaksiyonların tedavisinde difenhidramin (1 mg/kg oral, intravenöz veya intramüsküler), biperiden (5 mg) ve prometazin (25-50 mg) verilmektedir. Acil servislerimiz de sık kullandığımız metoklopramidi kullanırken dikkatli olunmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Migren, Distoni, Metoklopramid

PS-0224 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Omuzda Zona

Atakan Savrun[1], Esen Doğan[2], Emre Gökçen[3], Çağdaş Yıldırım[4], Uğur Özkula[4]
[1]*Sincan Devlet Hastanesi*
[2]*Edirne Devlet Hastanesi*
[3]*Malatya Devlet Hastanesi*
[4]*Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

GİRİŞ-AMAÇ: Herpes zoster; baş ağrısı, halsizlik ve fotofobi ile başlayıp, dermatomlar boyunca tutulum yapıp ağrılı veziküllü lezyonlarla giden bir cilt hastalığıdır. Etken varisella adlı mikroorganizmadır. Çocuklukta maruz kalan bireylerde ilerleyen yaşlarda virüse karşı bağışıklık sistemi tepkisi azaldığında ortaya çıkabilir. Burada sadece omuz bölgesi tutulumu olan herpes zosterli bir olguyu sunmaktayız. Amacımız; omuz gibi atipik lokalizasyonu tutan olguyu sunmak hem de VZV enfeksiyonu ve tedavisini hatırlatmak amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU: Olgumuz 42 yaşındaki erkek hasta bir haftadır olan sol omuzda ağrı ve döküntü şikayetiyle acil servise geldi.Hastanın sol omuzunda yaklaşık 4x4 cmlik, hiperemik, veziküllü ve ağrılı lezyonu mevcuttu.Hastanın sistemik muayenesinde ek başka pozitif bulguya saptanmadı.T.A: 125/76 mmHg, kalp tepe atımı 105 /dk, So2: % 95, ateş: 36,6 santigrat derece, solunum sayısı: 15/dakika idi. Laboratuvar tetkiklerinde; glukoz 107 mg/dL, üre 30 mg/dL, kreatinin 1,1 mg/dL, potasyum 4,1 mEq/L, sodyum 136 mEq/L, hemoglobin 10,9 g/dL, trombosit 281 000 olarak saptandı.Olgu önce omzunda kaşıntı ve hafif ağrı hissettiğini sonrasında döküntü başladığını ve ağrısının arttığını söyledi. Sistem muayeneleri normal olan olguya ağrısı için analjezik uygulandı. Asiklovir 800 mg tablet 5*1 7 gün ve Asiklovir merhem 2*1 reçete edilerek poliklinik kontrolüyle taburcu edildi.

POSTER BİLDİRİLER

SONUÇ: Varisella virus damlacık yoluyla bulaşır, bölgesel lenf düğümlerinde çoğalır, nazofarenks yüzeyinde ve ciltte karakteristik döküntülere neden olur. Varisella(VZV) dorsal kök ganglionda gizli kalır ve daha sonra dermatomlar boyunca reaktive olarak zona ile sonuçlanabilir. Herpes zoster'de bir yada daha fazla dermatom içinde ağrı, kaşıntı ve parestezi vardır. Sonrasında veziküllere dönüşen makülopapüler döküntüler oluşur. En sık göğüs ve yüz tutulumu olur fakat herhangi bir dermatom da tutulabilir. Lezyonlar orta hattı geçmez. Tedavide amaç postherpetik nevraljinin şiddetini azaltmaktır. Tedaviye döküntü başladıktan sonraki 72 saat içinde başlanmalıdır. 7-10 gün süreyle Asiklovir 800 mg 5*1 po, Valasiklovir 1g 3*1 po veya Famsiklovir 500 mg 3*1 po başlanabilir. Bizim olgumuzda omuz tutulumu olup sık görülen lokalizasyonlardan farklılık göstermektedir.Bu vaka ile hem atipik lokalizasyondaki olguyu sunmak hemde VZV enfeksiyonu ve tedavisini hatırlatmak amaçlanmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: omuz,zona, atipik lokalizasyon

PS-0225 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Hipotansiyon ve Baş Ağrısı

Mustafa Ceylan[1], Sultan Tuna Akgöl Gür[2], Ömer Faruk Bayraktutan[1]

[1]*Erzururm Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği*

[2]*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İlk ve Acil Yardım*

GİRİŞ-AMAÇ: Uluslararası Baş ağrısı Komitesi (İHS), dik postürde 15 dakikadan kısa bir sürede ortaya çıkan veya şiddetlenen, yatar pozisyonda da 30 dakikadan kısa bir sürede hafifleyen veya düzelen baş ağrısını postural baş ağrısı olarak tanımlamıştır. Postural baş ağrısı, İntrakranyal Hipotansiyonun (İH) en önemli belirtisidir. Vasküler tipte olan baş ağrısına boyun ağrısı, interskapular ağrı, bulantı, kusma, baş dönmesi, horizontal diplopi, işitme değişiklikleri, görme bozuklukları ve nadiren yüzde uyuşma ve üst ekstremitelerde güçsüzlük gibi semptomlardan bir veya bir kaçı eşlik edebilir. Postural baş ağrısı frontal, oksipital veya diffüz olabilir. Ağrı şiddetli, ağırlık hissi şeklinde veya zonklayıcı natürdedir ve genellikle analjeziklere iyi yanıt vermez. Başı sallamakla, aksırmakla, öksürmekle ve juguler kompresyonla şiddetlenir. Fizik muayene genellikle normaldir, bununla birlikte bazen hafif bir ense sertliği olabilir. Şiddetli baş ağrısı ile başvuran ve spinal anesteziye bağlı İH baş ağrısı tespit edilen olguyu paylaşmayı amaçladık.

OLGU: 38 yaşında bayan hasta 2 gündür olan şiddetli baş ağrısı ve ara ara olan bulantı-kusma şikayeti ile başvurdu. Ağrının başının arkasında, boynunda ve zonklayıcı karakterde olduğu, ayakta arttığı ve yatmayla hafiflediği öğrenildi. Daha önce benzer ağrısı olmayan hastanın 5 gün önce spinal anestezi ile ürolitiazis operasyonu yapıldığı öğrenildi. Yapılan nörolojik muayenesi ve laboratuar tetkikleri normaldi. Kranial Manyetik Resonans Görüntüleme (K-MRG) (kontrastsız) çekildi: Bilateral pakimenengeal kalınlaşma görüldü (resim). Klinik ve nöro-görüntülemesi İH baş ağrısını desteklemesi üzerine hospitalize edildi.

SONUÇ: İH baş ağrısı şiddetli baş ağrısı sebeplerindir. Beyin omurilik sıvısı basıncı düşüklüğü ile karakterizdir. Sekonder ve primer olarak ikiye ayrılır. Spinal travma, operasyon ve lomber ponksiyon sonrası görülen tipine sekonder, öksürme, ıkınma ve seksüel aktivite sırası oluşan tipine primer denilir. Bazılarında etyoloji tespit edilemez. İH baş ağrısı tanısında her ne kadar ağrının ortostatik özelliği yol gösterici ise de hem kesin tanının doğrulanması hem de diğer olasılıkların ekarte edilmesinde en önemli rehber kraniyal MRG'dir. Kraniyal MRG' de tipik sayılabilecek diffüz pakimeningeal kalınlaşma ve gadolinum tutulumu görülür. Daha nadir olarak subdural koleksiyon, serebral venöz sinüslerde tıkanma, pitüiter glandda genişleme veya ventriküllerde küçülme görülebilir. Tedavide yatak istirahati, bol hidrasyon, kafein ve analjezik önerilir, medikal yaklaşımlarla rahatlamayan hastaya otolog patch uygulanabilir. Olgumuzda spinal anestezi öyküsü vardı ve K-MRG sinde pakimenengial kontrastlanma vardı. Şiddetli başğrısı olan hastalarda ağrının karakteri postürle değişiyorsa İH baş ağrısı akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Hipotansiyonun, Baş Ağrısı, Spinal Anestezi

PS-0226 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Nöroleptik Malign Sendrom

Mustafa Ceylan[1], Sultan Tuna Akgöl Gür[2], Ömer Faruk Bayraktutan[1]

[1]*Erzururm Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği*

[2]*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İlk ve Acil Yardım*

GİRİŞ-AMAÇ: Nöroleptik Malign Sendrom (NMS) nöroleptik ilaçların kullanılması ile ilişkili dopaminerjik bloğun gelişerek ortaya çıktığı kabul edilen, fatal olabilecek bir sendromdur. Nöroleptik ilaçların doz değişimi veya ilacın ani kesilmesi en önemli etyolojik faktörlerdir. Kullanılan nöroleptik doz artımıyla ortaya çıkan nöroleptik malign sendrom olgusunu paylaşmayı amaçladık.

OLGU: 18 yaşında mental retardasyonu ve epilepsi tanıları olan hasta üç yıldır ajitasyon halinde ara ara risperdon 1mg kullandığı öğrenildi. Epilepsisi için 2000mg/gün dozunda Valproik asit kullanan hastanın üç gündür yoğun ajitasyon nedeniyle yemeğine üç öğün risperdon eklendiği ve geceden gelişen ateş, halsizlik, uykuya meyil nedeniyle acil serviste değerlendirildi. Hastanın Glaskow Koma Skoru: 11, ateşi 38,7ºC, tansiyonu 125/75 mmHg, nabız 97/dk ölçüldü. Yapılan nöroloji muayenesinde; boyun ve ekstremitelerde belirgin rijidite haricinde normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde: Beyaz Küre: 14700 10^3/uL (3.7-10.1), Kreatinin Fosfokinaz (CPK): 1373 U/l (33-240) tespit edildi.

SONUÇ: NMS nadir bir komplikasyon olmakla birlikte acil tedavi gerektirir. Nöroleptik kullanan hastalarda %1 oranında görülebilir. Tanı kriterlerinde; yüksek ateş, rijidite ve diğer ekstrapiramidal bulgular ve CPK yüksekliği majör kriterler; taşikardi, takipne, lökositoz, şuur değişikliği, arteriyal kan basıncı değişiklikleri ve diaforez minör kriterler olarak belirlenmiştir. Tedavide bromokriptin ve amantadin kullanılır. Tanı için 3 majör kriter birlikteliği veya 2 majör, 4 minör kriter birlikteliği yeterlidir. Olgumuzda üç majör kriter ve iki minör kriteri karşılamaktaydı. Anamnezde risperidon dozunun artırıldığı öğrenilmesi ile tanı konuldu ve tedavi önerileri (200mg/gün amantadin, hidrasyon ve böbrek fonksiyon takibi) ile yoğun bakım ünitesi transportu yapıldı. Genel durum bozukluğu ve yüksek ateş ile başvuran hatalarda NMS akılda tutulmalı, nöroleptik kullanımı sorgulanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Nöroleptik İlaçlar, Ateş, Komplikasyon

PS-0227 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Pontoserebellar Kitle

Mustafa Ceylan[1], Sultan Tuna Akgöl Gür[2], Ömer Faruk Bayraktutan[1]

[1]*Erzururm Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği*

[2]*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İlk ve Acil Yardım*

GİRİŞ-AMAÇ: Primer beyin tümörleri acil servise farklı klinik prezentasyonarla başvurular. Klinik bulgular semptomatik tedaviye cevap verebilen baş ağrısı, baş dönmesinden, kafa içi basınç artışı ile ortaya çıkan daha belirgin nörolojik tutuluma bağlı bulgular olabilir. Son 1 haftaya kadar trigeminal nevralji tanısıyla ilaç kullanan ve acil servisimize yürürken dengesini sağlayamama ve bayılma şikâyeti ile başvuran olgumuzu paylaşmayı amaçladık.

OLGU: 56 yaşında erkek hasta iki kez bayılması üzerine acil servisimize başvurdu. İki gündür yürürken sağa düşme eğiliminde olduğu, dengesini sağlamakta zorlandığı öğrenildi. Yaklaşık 5 yıldır trigeminal nevralji tanısıyla günlük 800mg/gün karbamazepin kullandığı öğrenildi. Fakat son bir haftadır şiddetli yüz ağrısı olmaması nedeniyle ilaçlarını düzensiz kullandığı öğrenildi. Sağ kol bacakta yaklaşık 1 dakika kadar süren kasılmaların olduğu, şuurun bozulmadığı, daha kısa süreli yüzün sağ yarımında seyirmelerin olduğu öğrenildi. Yapılan nörolojik muayenesinde sağda hafif fasyal asimetri ve serebellar testlerin bozuk olduğu tespit edildi. Laboratuar tetkikleri normal tespit edildi. Konvansiyonel Manyetik Rezonans Görüntülemesi yapıldı. Sağda pontoserebellar köşede yer kaplayıcı lezyon izlendi (resim). Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla nöroloji kliniğine yatırıldı.

SONUÇ: Primer beyin tümörleri tek taraflı işitme kaybı, baş dönmesi ve vertigo, kulak çınlaması, yürüme, denge ve koordinasyon bozuklukları, yüzde duyu kusuru, güçsüzlük ve seğirme, kafa içi basıncındaki artışa bağlı bulgular (baş ağrısı, bulantı-kusma, görme kaybı, epileptik nöbet) ile başvurabilir. Olgumuz ataksi ve nöbet kliniği ile başvurdu, infratentoriyel kitle tespit edildi. Olgumuzun daha öncesinde beyin tümörü tanısı yoktu. Pontoserebellar köşe tümörlerinin ilk bulgusu trigeminal nevraljiform ağrı olabilir. İnfratenstoriyel kitlelerde epileptik nöbet görülme ihtimali supratentöriyel lezyonlardan daha düşüktür. Olgumuz trigeminal nevralji tanısıyla antiepileptik kullanmaktaydı ve 1 haftadır aksattığı öğrenildi. Geçirilen konvulzif nöbet düzensiz kullanılan karbamazepin çekilme etkisi olabileceği gibi kitle lezyona bağlıda olabilir. Primer beyin tümörlerinin farklı nörolojik prezentasyonlarla acil servise başvurabileceğini belirtmek amaçlı olgumuzu paylaşmayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELER: Pontoserebellar Kitle, Ataksi, Epileptik Nöbet

PS-0228 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acil Servise Başvuran Gebe Bilateral Periferik Fasiyal Paralizi: Guillain Barre Sendromu

Şükrü Gürbüz[1], Taner Güven[1], Suat Kamışlı[2], Muhammet Gökhan Turtay[1], Hakan Oğuztürk[1]

[1] *İnönü Üniversitesi, Acil Tıp Anabilimdalı, Malatya*

[2] *İnönü Üniversitesi, Nöroloji Anabilimdalı, Malatya*

Acil Servis (AS)'te tek taraflı Periferik Fasiyal sinir paralizisi sık görülmektedir, fakat bilateral fasiyal sinir paralizi nadir görülür. Bilateral fasiyal paralizi(BFP) yapan nedenler arasında en yaygınları; Guillain Barre sendromu (GBS), Lyme hastalığı, Bell paralizisi, kafatası fraktürü, Moebius, Multipl Skleroz, Enfeksiyoz Mononükleoz gibi birçok neden sorumlu olabilir.

Guillain-Barre Sendromu akut enfeksiyonla ilişkili demiyelizan bir polinöropatidir. Gebelikte nadir görülen bir hastalıktır. Bu olguda 30 yaşında, bilateral periferik fasiyal sinir paralizi ile başvuran 20 haftalık gebe hastada Guillain Barre olgusu sunulmuştur.

Guillain-Barre Sendromu akut inflamatuvar demiyelinizan sinir hastalığıdır, toplumda görülme insidansı 100000 de 1-2 sıklıkta olup, erkeklerde kadınlardan 1,5-2 kat fazla gö¬rülür. Yapılan retrospektif çalışmalar sonrasında gebe ve normal popülasyonda görülme oranı yaklaşık olarak aynı olsa da, doğum sonrası dönemde ilk 4 hafta içinde görülme olasılığının arttığı vurgulanmıştır.

30 yaşında 5 aylık gebe son 2 gündür kuvvetsizlik ve her iki göz kapağını kapatamama şikâyeti ile acil servise başvurdu. 2 hafta öncesinde de başlayan bel ağrısı ve her iki elde ve ayakta uyuşmaları vardı. Vücudunda yaygın güçsüzlük şikayeti olan ve merdiven çıkarken yürüyemeyen hastanın son 2 gündür her iki göz kapağını kapatamaması üzerine gittiği Kulak burun boğaz uzmanı tarafından odyometrik testleri doğal olması sebebiyle Bilateral Fasiyal Paralizi etiyolojisi açısından hastanemize yönlendirilmişti.

Hastanın başvurusundan 1 ay önce birkaç gün süren ishali olmuş ve hastanemize geldiği sırada herhangi bir enfeksiyon şikayeti yoktu.Yapılan nörolojik muayenesinde; bilinç açık oryante koopere, pupiller izokorik, Işık Refleksi +/+, Kornea Reflexi +/+, her iki üst ekstremitede kas gücü 5/5, her iki alt distalde kas gücü 4/5 her iki proximalde kas gücü 4/5, derin tendon refleksleri üst extremitelerde normoaktif, alt extremitelerde hipoaktif, duyu muayenesi ve serebellar muayenesi doğal, ataksik yürüyüş vardı ve tandemi beceriksizdi. Yapılan ENMG çalışmasında aksonal dejenerasyonla giden motor polinöropati bulgular saptandı. Hastaya 25 gr/gün Intravenöz immunglobulin (IVIG) tedavisi verildi.

Sonuç olarak; bilateral periferik fasiyal sinir paralizisi çok nadirdir. Doğru ve detaylı alınan öykü, tam fizik muayene, laboratuvar incelemeler etiyolojiyi aydınlatmak adına gereklidir ve bilateral periferik fasiyal sinir paralizisi ile gelen hastalarda GBS tanısını akılda tutmak gereklidir.

ANAHTAR KELİMELER: Guillain Barre Sendorumu, Gebe, Bilateral fasiyal paralizi

PS-0229 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Todd Paralizisi

Mustafa Ceylan[1], Sultan Tuna Akgöl Gür[2], Ömer Faruk Bayraktutan[1]

[1] *Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği*

[2] *Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İlk ve Acil Yardım*

GİRİŞ-AMAÇ: Epilepsi, dünya nüfusunun yaklaşık %1'ini etkileyen bir hastalıktır. Hastalık, erkek ve kadınlarda ırk ayrımı olmaksızın eşit olarak görülmektedir. Epilepsi nöbetleri herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir ama sıklıkla en gençler ile en yaşlılar etkilenir. Epilepsi nöbetlerinin çok değişik çeşitleri mevcuttur. Fakat temelde akılda tutulması gereken, nöbetlerin parsiyel ve jeneralize olmak üzere iki çeşit olduğudur. Acil servislere tek bir konvulzif nöbet halinden, status haline kadar farklı klinikle başvurular olur. Sıklıkla fokal nöbetlerle görülen nadir bir durum olan ve ayırıcı tanısının mutlaka yapılması gerek todd paralizili olgumuzu paylaşmayı amaçladık.

OLGU: 42 yaşında erkek hasta 25 yıldır epilepsi tanısıyla karbamazepin 1400mg/gün kullanıyormuş. Son günlerde ilacını aksatan hasta sık nöbet geçirme ve sağ kolda kuvvetsizlik nedeniyle başvurdu. Nöbetlerinde başını sağa çevirdiği ve sağ kol ve bacakta kasılma olduğu öğrenildi. Nöbet sırasında şuurun kapanmadığı fakat nöbet aktivitesi sırasında ve sonrasında 5-10 dk kadar konuşamadığı öğrenildi. Yapılan nörolojik muayenesinde sağ kolda 3/5 kuvveti mevcut, haricinde nörolojik muayenesi normal. Laboratuar tetkikleri, Diffüzyon ve Konvansiyonel Manyetik Resonans Görüntülemeleri normaldi. Kranial nöro-görüntülemeleri normal olan hastanın kuvvetsizliğinin nöbet sonrası gelişebilen Todd paralizi olduğu düşünüldü. Hasta nöroloji kliniğine yatırıldı. Yaklaşık 15 saat sonra şikâyetleri düzeldi.

SONUÇ: Epileptik nöbetler sırasında nöronların aşırı şekilde uyarılması sonucunda artmış aktivite görülür. Bu aşırı uyarılma sonucunda uyarılan beyin bölgesinin yerine göre değişen nörolojik belirtiler izlenir; örneğin bu bölge frontal lobda motor kortekste ise vücudun bir kısmının veya tümünün kasılması, görme korteksinde ise ışık çakmaları veya görsel halüsinasyonlar, koku bölgesinde ise koku halüsinasyonları, duysal kortekste ise duysal belirtiler izlenir. Epileptik nöbetler sonucu ortaya çıkan nörolojik belirtiler tipik olarak saniye-dakikalar veya saatler içinde geçer. Todd paralizisi fokal nöbeti izleyen monoparezi veya hemiparezi olarak tanımlanır. Ancak kas güçsüzlüğü ve nörolojik bulgular konvülziyonu takiben ilk 24 saat içinde sonlanır. Todd paralizisinin nedeni tam olarak bilinmemekle beraber, muhtemel nörotransmiter disfonksiyonu sonucu inhibitör bir fenomenin parezi ile sonuçlandığı düşünülmektedir. Hastamızda da tespit edilen monoparezi yaklaşık 15 saat tamamen düzelme göstermiştir. Todd paralizisini serebravasküler hastalıklardan, santral sinir sisteminin yer kaplayıcı lezyonlarından ve enfeksiyöz hastalıklarından ayırıcı tanısını yapmak gerekir.

ANAHTAR KELİMELER: Nöbet, Todd Paralizisi, Monoparezi

PS-0230 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Hipokalemiye Bağlı Paralizi

Şükrü Gürbüz[1], Serdar Derya[1], Muhammet Gökhan Turtay[1], Mehmet Ediz Sarıhan[1], Bilgehan Demir[1], İsmail Okan Yıldırım[2]

[1] *İnönü Üniversitei, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Malatya*

[2] *İnönü Üniversitei, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Malatya*

Hipokalemik paralizi (HP),potasyumun kandaki seviyesinin azalmasına bağlı olarak gelişen proksimal kas güçsüzlüğüdür. Hastanın kasılma şikayetlerinin olması nedeni ile epileptik nöbet ile karışabilir. Ayırımında daha önceden ailede ve hastada epilepsi hikayesinin olmaması nöbetlerinin kısa ve nöbet aralarındaki kan değerlerinin ve norolojik muayenenin normal olması ile ayırt edilebilir. Ailesel,tirotoksik ve sporodaik olarak üç tipi bulunmaktadır.Bizim olgumuzda herhangi bir ailede sadece annede guatr olan ve kendisinin troid ile ilgili aktif şikayeti olmayan hastada tirotoksikoza bağlı hipokalemik paralizi tespit edilmiştir.

27 yaşında erkek hasta tüm vucuta halsizlik, kolve bacaklarda kuvvet kaybı şikayeti başlamış.Yarım saat içinde şikayeti belirginleşen hasta kol ve bacaklarını hareket edemez hale gelmiş. Şikayeti devam etmesi nedeni ile acil servisimize başvurdu.

Hastanın soygeçmişinde annede guatr babada kalp yetmezliği ve göz tansiyonu mevcutmuş. Özgeçmişinde ise ortalama 2-3 ayda bir olan başının ön tarafında zonklar tarzda, ses ve ışıkla provake olan, bulantının eşlik etmediği,1-2 gün süren baş ağrısı mevcut.2-3 gün önce baş ağrısı bulantı, kendi döner tarzda baş dönmesi şikayeti olan hastanın şikayeti olmuş ve semptomatik tedavi ile düzelmiş.

Çekilen elektrokardiyografisi(EKG) si normal olarak degerlendirildi. Hastanın norolojik muaynenesinde bilinç açık,oryante kooperydi, ense sertliği ve diğer meningial irritasyon bulguları tespit edilemedi. Motor muayene de her iki üstte 3/5, her iki alta 1/5 kas gücü mevcutdu.Duyu muayenesinde yüzeyel ve derin duyu normal degerlendirildi. Derin tendon refleksleri ise hipoaktif olarak belirlendi. Hastanın kan tetkiklerinde potasyumun 2.1 olması dışında anormal bir deger tespit edliemedi.Nöbet düşüncesi ile çekilen beyin tomografisi(BT) normal olarak degerlendirildi. Tedavi esnasında potasum replasmanının yanında dikkat edilecek diğer bir husus insülin düzeyinden dolayı replasman yapılırken glukozlu mailerden uzak durulmalıdır. Ayrica beta blokür kullanan hastalarda replasman yapılırken sık kontrol yavaş infüzyon ön plandadır.Akut güçsüzlükle gelen olgularda ayırıcı tanıda periyodik paraliziler de düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: hipokalemi, paralizi, potasyum

POSTER BİLDİRİLER

PS-0231 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Nadir görülen bir vaka:17 haftalık Gebe ve Eklampsi

Esra Tunç, Latif Duran, Figen Özcan, Merve Kara
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Samsun

GİRİŞ-AMAÇ: Eklampsi gebeliğin 20. haftasından sonra görülen Tansiyon yüksekligi,proteinüri ve nöbetle seyreden klinik bir tabodur.20.gebelik haftasından önce çok nadir görülür.Bizde bu olgumuzda acil servisimize başvuran 17 haftalık gebeliği olan eklampsı vakasından bahsettik.

OLGU: Son adet tarihine göre 17 haftalık gebe 26 yaşındaki hasta son iki saattir olan epigastrik ağrı şikayeti ile dış merkeze başvurmuş.Orada tetkik edilen hasta intrauterin ex tanısıyla tarafımıza sevk edılmiş.Üçüncü gebeliği olan hastanın daha öncesinde bilinen bir hastalık öykusu yokmuş.Hastanın bize başvurusunda Fm de genel durumu orta bilinci konfü kısmi koopere ve oryante idi.vital bulgularında kan basıncı 190/110mmhg,nabız 78/dak,ateş 36'c,solunum 22/dak idi.Hasta muayne esnasında JTK tarzında nöbet geçirdi.5 mg dıazemle müdale edıldı.nobeti sonlandı.Mg ve nitrat başlandı.beş dakika sonra tekrar nöbet geçirdi.5 mg diazemle nöbeti sonlandı.Toplam 10 mg dıazemle nobet kontrol altına alındı.Labaratuvar tetkiklerinde WBC:18.26 bin/uL;hemoglobin 12.2 g/dL;trombosit 126.000 /mm3; aspartat amino-transferaz (AST) 296IU/L;alanin amino-transferaz (ALT) 274IU/L; glukoz 118 mg/dL;kan üre azotu (BUN) 13.6 mg/dL;kreatinin 1.07 mg/dL olarak tesbit edildi.Hastanın idrar tetkikinde proteinürisi mevcuttu. Hastada bilinç bulanıklığı mevcut olması nedeni iie bilgisayarlı beyin tomografisi alındı,herangi bir patoloji saptanmadı.Hastaya acil kadın doğum hastalıkları ve nörolojı konsültasyonu istendi.Nörolojı hastada eklampsi düşünüp TA regülasynu ve kadın doğum hastalıkları konsultasyonu önerdi.Kadın doğum hastayı acil serviste değerlendirip eklampsi tanısıyla acil sezeryan histeroktomi operasyonuna aldılar.Operasyon sonrası beş gün süresince takip edilen günler içinde TA ları regüle olan vitalleri stabil seyreden hasta önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: Preeklampsi ve eklampsi 20.gebelik haftasından önce çok nadir görülür ve nöbetle gelen 20 haftanın altındaki gebelerdede eklampsi tanısı aklımıza gelmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: eklampsi, gebe, nöbet

PS-0232 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Jak 2 Gen Mutasyonu ve Pulmoner Emboli

Pınar Henden, Özgür Levent Yamanlar, Yücel Yavuz, Türker Yardan
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ-AMAÇ: Genç hastalarda pulmoner emboli nadir olarak görülmektedir ve pulmoner emboli saptanan genç hastalarda genellikle tromboza eğilimi arttıran genetik anomaliler saptanmaktadır. Jak 2 gen mutasyonu daha çok polisitemia vera olmak üzere esansiyel trombositopeni ve miyelofibroplastik hastalarda gözlenen bir mutasyon olup kanama ve tromboza eğilimi arttırdığı bilinmektedir. Biz bu olguda nadir görülmesi ve sınırlı literatür bilgisi olması nedeniyle pulmoner emboli saptadığımız Jak 2 gen mutasyonu olan genç hastayı sunduk.

OLGU: Üç yıl önce meme silikon cerrahisi olan 24 yaşında kadın hasta birgün önce 1 su bardağı dolusu olan hemoptizi ve 3 aydır olan nefes darlığı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hastanın hemoptizi şikayeti son 1 yıldır ara ara mevcutmuş ve çeşitli hastanelere başvuran hastaya, astım düşünülerek inhaler tedavi verilmiş. Hafif şiddette göğüs ağrısı tarifleyen hastanın özgeçmişi sorgulandığında Jak 2 gen mutasyonu olduğu ve polisitemia vera açısından kemik iliği aspirasyonu önerildiği ama hasta kabul etmediğinden tanısının koyulamadığı saptandı. Hastanın vitallerinde kan basıncı 105/75 mmHg, nabız 108/dk, solunum 22/dk ve ateş 36°C idi. Fizik muayenesinde akciğer sesleri normaldi,çap farkı yoktu. Labaratuar tetkiklerinde WBC 15,71 bin/uL, Hemoglobin 14.2 g/dL, Trombosit 541 bin/uL, kan gazında pH 7.41, pO2 94 mmHg, pCO2 26.5 mmHg, SaO2 %97.6 idi. D dimer 879,61 ng/mL (referans aralığı:0-499ng/mL) olan hastanın biyokimyası normaldi. EKG'sinde kalp hızı 110/dk olan sinüs taşikardisi ve Q3'ü mevcuttu. Hastanın çekilen akciğer grafisinde sol diafragma eleve olup toraks BT'sinde ana pulmoner arter 33 mm, sağ pulmner arter 23 mm ve sol pulmoner arter 24 mm, sağda orta lob subsegmental, alt lob subsegmental dallarda, solda ana pulmonerde ve alt lob segmental ve subsegmental, linguler segmental ve subsegmental dallarda yaygın dolma defekti ve sol alt lobta buzlu cam alanı mevcuttu, kalpte sağ boşluklar dilateydi. EKO'sunda EF %55, PAB 60+10 mmHg, septal paradoks hareket olup sağ ventrikülü dilate olan hastanın EKO'su pulmoner emboli ile uyumlu idi. Göğüs hastalıkları ile konsulte edilen hastaya enoksaparin 2x0.6mg ve sultamisilin 4x1gr başlandı ve göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Servis takibinde trombosit yüksekliği için hidroksiüre 2x1 başlandı.

SONUÇ: Jak 2 gen mutasyonu olan hastalarda tromboza ve kanamaya eğilim, venöz ve arteryel emboli riski artmaktadır. Pulmoner emboli görülen genç hastalarda Jak 2 gen mutasyonu akla getirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: genç hasta, hemoptizi, jak 2 gen mutasyonu, pulmoner emboli

PS-0233 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

PRES Sendromu

Şükrü Gürbüz[1], Serdar Derya[1], Muhammet Gökhan Turtay[1], İsmail Okan Yıldırım[2], Ali Gür[1]
[1] *İnönü Üniversitei, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Malatya*
[2] *İnönü Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Malatya*

Posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES); son dönemlerde ortaya çıkan ve etyolojisi net bilinmeyen bir nöroradyolojik bir klinik tablodur. İlk kez 1996 yılında Hinchey ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Hipertansif ensefalopati, pre ve post eklampsi, siklosporin-A nörotoksisitesi,immün ve renal yetmezlik,hiponateremi,hiperkalsemi ve nöbeti takip eden postiktal durumlar etyolojisindeki gözlenen durumlardır.

Klinik tablo baş ağrısı görme bozukluğu mental durum değişikliğinden bilinç bozukluğuna kadar değişen durumlarla beraberdir ve geri dönüşlüdür.Spesifik bir semptomu olmadığından etyolojideki durumların varlığında klinik durumla uyumlu olması halinde tanıda düşünülmelidir.

Tansiyon yüksekliği ile beraber seyretmesinedn dolayı hipertansif ensefalopati ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.Hipertansif ensefalopatide tansiyon yüksekliğinin uzun dönemdir var olması ayırıcı tanıda önemlidir.

35 yaş bayan hasta acil servisimize gözlerde kararma ve hafıza kaybı şikayeti ile başvurdu. Hasta yakınlarını hatırlamıyordu. Geldiğinde tanisyon degerleri:125/75 nabız:75 solunum 18 idi. Bilinen hipertansiyon olan ve eklampsi sebebıyle 3 hafta once 27 haftalık gebeliği sezaryan ile sonlandırılmıştı.Hasta gebelik döneminde bir kez konvulzif nöbet geçrmişti. Post op dönemde 2 hafta reanimasyon bölümünde takıp edilmişti.Hastanın son dönmede geçmeyen ve artan şuur bulanıklığı ve oryantasyon koopersyon kısıstlılığı mevcutmuş. Yapılan norolojik muayenede genel durumu iyi bilinç açık oryante koopere pupiller ızokorık ışık refleksi +/+ Kornea refleksi +/+ tüm extrmeiteler 5/5 kas gücü tendon refleksi bilteral fleksör düz bakışta horizontal diplopi + görme alanı doğal degerlendirildi. Hastanın kan tetkiklerinde beyaz küresi hemoglobini platelet değerleri normal CRP (C reaktif protein)si 0,647 mg/dL idrar tahlili normal idi. Kan gazı degerlerinin tümü normal sınırlarda olarak ölçüldü biyokimya parametreleri elektrolitler dahil tümü normal olarak degerlendirildi.Hastanın çekilen BT sinde sol paryetooksipitalde sınırları net seçilemeyen kortikal-subkortikal hipodens enfarkt veya PRES sendromu ile uyumlu alan olduğu tespit edildi. Yapılan beyin ve difüzyon ağırlıklı magnetik rezonans incelemesinde difüzyon artışı veya kısıtlanması saptanmadı. Hasta noroloji bölümü tarafından değerlendirildi acil patoloji düşünülmedi. Reçete verilerek poliklink kontrolü önerilerek taburcu edildi.

PRES in erken tanı ve tedavisi hastalığını ilerleyişini etkilediğinden önemlidir.Tedavisi yapılamayan olgularda hastalık epilepsi ve beyin hasarlarına yol açabilir.Genelde tedavi semptomatik yaklaşımdır. Son dönemlerde yapılan çalışmalarda MRG de ki sinyal özelliklerine göre hasar geri dönüşlerinde farlılık olduğu tespit edilmiş.

Tüm tedavi şekllllerine rağmen PRES sendromu ölümlü olabilir.Bu açıdan böbrek yetmezliği veya eklampsisi olan hastalarda yada PRES etyolojisinde yatan hastalık varlığında hastanın degerlendirilmesinde PRES te olabileceği göz önünde tutularak değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: PRES sendromu, gebe, hafıza kaybı

PS-0234 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Psödobulber paralizi:OLGU ÖZETİ

Saniye Göknil Çalık[1], Demet Acar[1], Mustafa Gülpembe[1], Emin Fatih Vişneci[1], Medine Akkan[1], İsmail Aktaş[1], Nurser Muraşal[1], Başar Cander[2]
[1] *Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği*
[2] *Necmettin Erbakan Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı*

Psödobulber paralizi genellikle yüksek kan basıncı ve aterosklerozu olan kişilerde kortikospinal ve kortikobulber yollar üzerinde beynin derin bölgelerinde, iki taraflı, ufak, laküner infarktların ortaya çıkardığı bir tablodur. Hastada yutma güçlüğü, dizartri ve ufak adımlarla yürüme dikkati çeker. Tendon refleksleri artmıştır. Babinski delili görülebilir. Bunlara, sıklıkla, idrar kaçırmaları ile yersiz ağlama ve gülmeler (spastik ağlama ve gülme) eşlik eder. Demansiyel belirtiler bulunabilir.

Psödobulber paralizide yutma güçlüğü ve dizartri amiyotrofik lateral sklerozdan farklı olarak bulbustaki motor kranyal sinir çekirdeklerinin hastalanmasına değil de bu çekirdeklere gelen kortikobulber yolların bilateral lezyonuna bağlıdır. Yani bu tablo gerçek bir bulber felç değildir. Dilde atrofi ve fasikülasyon da görülmez. Psödobulber paralizi deyimi de bu özellikten kaynaklanmaktadır.

Kortikobülber yolları iki taraflı tutan başka hastalarda da psödobülber paralizi ortaya çıkabilir. Multipl skleroz bunun bir örneğidir.

66 yaşında bayan hasta acil servise dizartri ve nazonal konuşma ile başvurdu.hastanın bilinen diabet(25 yıldır) hipertansiyon,koah ve koroner arter hastalığı var. Glifor 850 mg 2*1, humalog 3*20 ü ve, levemir 2*30 ü, karvedilol 25 mg 1*1, klopidogrel 75 mg 1*1, delix plus 1*1, amlodipin 5 mg 1*1, coraspin 100 mg 1*1 kullanıyor.hastanın yapılan fizik muayenesinde GD İYİ ŞUUR AÇIK KOOPEE ORYANTE DİZARTRİ mevcut güç muayenesi normal lateralizasyon bulgusu yok babinksi negatif,akciğer sesleri doğal, batın rahat defans rebaund yoktu.

Hastaya yapılan kan tahlillerinde kan şekeri 381,wbc:8.91,hgb:13.9,hct:41.3,plt:195 idi.hastanın çekilen beyin bt normal olup diffuzyon mrda eski enfarkt ve yeni enfarkt görünümü mevcuttu. hastada psödobulber paralizi düşünüldü

Hasta nöroloji doktoru ile konsülte edildi.hasta nöroloji servisine devredildi.hasta 12 gün süreyle nöroloji servisinde yattıktan sonra şifa ile taburcu edildi.

ANAHTAR KELİMELER: Psödobulber paralizi yutma güçlüğü, dizartri

PS-0235 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acil Serviste Baş Ağrısının Nadir Bir Sebebi: Karotiko-Kavernöz Fistül

Selçuk Eren Çanakçı, Kıvanç Karaman, Yunus Emre Özlüer, Burçak Kantekin, Ahmet Tunç Deniz
Adnan Menderes Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ: Karotiko-kavernöz fistül (KKF) internal veya eksternal karotis arterle kavernöz sinüsün anormal bağlantısı sonucu oluşur. KKF travmatik veya spontan oluşabilir. Spontan KKF %75 sıklıkta görülür. Spontan fistüllerin etiyolojisi tam bilinmemekle birlikte arteriyovenöz malformasyon rüptürü sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Hastaların kliniğinde pulsatif veya nonpulsatif ekzoftalmi, kemozis, göz hareketlerinde azalma, görme bozukluğu, sekonder glokom, üfürüm, kulak çınlaması ve baş ağrısı vardır. Biz de bu posterde baş ağrısı şikayetiyle acil servise başvuran hastada saptanan KKF olgusunu anlattık.

OLGU: 23.7.2013 tarihinde 50 yaşında bayan hasta bir gün önce başlayan baş ağrısı, sağ gözde şişlik, bulantı, kusma, soğuk terleme, genel durum bozukluğu şikayetleriyle acil servisimize dış merkezden sağ orbital selülit ön tanısıyla yönlendirilmiş. Başvuru anında kan basıncı: 90/60mmHg nabız: 74/dk, ateş 36,1°C, SatO2: %98, solunum sayısı: 20/dk saptandı. Muayenesinde sağ gözde proptozis mevcuttu, sağ göz bakısında kemozis, optik diskte solukluşma, venöz pulsasyon saptandı. Nörolojik muayenesinde G3M6S5, bilinç uykuya meyilli, ense sertliği yok, sol göz bakış kısıtlılığı yok, sağ göz 4 yöne bakış kısıtlılığı var, lateralizan bulgu yok, babinski bilateral negatif, dismetri-disdiadokokinezi yoktu. Dış merkez BT ve MR görüntüleri radyoloji tarafından pons sağ kesimde difüzyon kısıtlaması, flair'da pons mezensefalon sağ serebellar, sağ serebellar pedinkülde hiperintensite şeklinde raporlandı. Sağ pons difüzyon kısıtlı alanda postkontrast seride çevresel lineer kontrastlanma bulundu. Mr anjiyoda KKF?, mr venografide sol transvers sinüs ve sol juguler akım az da olsa saptandı. Akım açısından acilde doppler yapıldı, juguler akım alındı. Laboratuar tetkiklerinde beyaz küre 11300/mm3, crp 4.4mg/L ölçüldü. Hasta radyoloji, göz hastalıkları, kulak burun boğaz hastalıkları, nöroloji bölümlerine danışıldı. Nöroloji bölümünce KKF ön tanısı ile yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Yoğun bakım yatışının 1. gününde hastanın bilinci kapandı (G2M4S2). Sağ göz ödemden açılamadı. Anti ödem mannitol 4x125ml ve lasix 4x1/2 başlandı. KKF ön tanısıyla periferik anjiyografi yapıldı. Sağ eksternal karotid arterden köken alan KKF saptandı. Embolizasyon amacıyla Ege Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisi bölümüne sevk edildi.

SONUÇ: Acil servislere görme bulanıklığı, çift görme, kızarıklık, proptozis ve/veya görme kaybı ile başvuran hastalarda acil servis hekimlerinin spontan veya travmatik KKF varlığını düşünmeleri gerektiğini vurguladığımız bu olguda olduğu gibi erken dönemde klinik şüphe sonrası hastanın gerekli radyolojik incelemesinin yapılıp gerekli konsültasyonlar istenerek hastada olası ciddi komplikasyonların gelişmesinin önüne geçilebilineceği düşünülmüştür. Bu konuda acil servis hekimlerine büyük görev düşmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: acil servis, baş ağrısı, karotiko kavernöz fistül

PS-0236 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Lokalize Büllöz Pemfigoid: Olgu Sunumu

Emine Tuğba Alataş[1], Asude Kara[2], Ethem Acar[3], Ömer Doğan Alataş[4], Ceyda Tetik Aydoğdu[1]
[1]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Muğla*
[2]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Muğla*
[3]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Muğla*
[4]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Muğla*

AMAÇ: Klasik büllöz pemfigoid (BP), normal deri üstünde ve/veya eritemli ürtikeryal plaklar üzerinde büyük, gergin büller ve kaşıntı ile seyreden deri hastalığıdır. Büller genellikle şeffaf sıvı ile doludur ancak bazen hemorajik de olabilir. Hastalığın prodromal dönemi non-büllöz, nonspesifik bulgularla seyredebilir; hafiften şiddetli dereceye varabilen kaşıntı, ekzematöz, kaşıntılı papüller veya ürtikeryal lezyonlar şeklinde haftalar, aylar sürebilir. Klasik BP lezyonlarının yanı sıra lokalize BP, veziküler BP, polimorfik BP, palmoplantar bölgede dishidroziform BP, dermatitis herpetiformis benzeri BP, prurigo nodülaris benzeri ve eritrodermik BP de tanımlanmıştır. Lokalize büllöz pemfigoidde lezyonlar pretibial bölgede, paralizi olmuş ekstremitede, palmoplantar bölgede, radyasyona maruz kalmış deride, stoma çevresinde görülebilmektedir. Ayrıcı tanıda sellülit, insect bite, travmatik bül, diyabetik bül, ikinci derece yanık, diğer büllöz dermatozlar düşünülmelidir. Burada diğer ayırıcı tanılar dışlanarak lokalize büllöz pemfigoid tanısı koyduğumuz altmış iki yaşında erkek hasta sunulmaktadır.

OLGU: Altmış iki yaşında erkek hasta, sol ayakta aniden gelişen içi su dolu lezyon şikayeti ile başvurdu. Hasta lezyonun birkaç saat içinde geliştiğini ve öncesinde fiziksel veya kimyasal bir travma olmadığını belirtti. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyonu olduğu ve aort diseksiyonu operasyonu sonrası parapleji geliştiği öğrenildi. Soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ bacakta kas kuvveti 3/5, sol bacakta 0/5 saptandı. Bilateral ayaklarda his kaybı izlendi. Yapılan dermatolojik muayenede sağ ve sol ayak plantar bölge kalkaneus üzerinde ortası krutlu ülsere lezyon görüldü. Sol ayak plantar bölgede parmak arasına uzanan sağlam büllöz lezyon izlendi. Palpasyonla ısı artışı tespit edilmeyen hastanın Nikolsky belirtisi negatif bulundu. Oral mukozada, saçlı deride ve tırnaklarda patolojik bir bulguya rastlanmadı.

Lezyondan yapılan KOH (potasyum hidroksit) inceleme ve alınan bakteriyel kültür sonucu negatif bulundu. Lezyondan yapılan Tzanck yaymada patolojik bir bulgu gözlenmedi. Laboratuvar incelemede hemogram normaldi. Rutin biyokimya tetkikinde üre:51, kreatinin:1,36 dışında patolojik bulgu izlenmedi. Yapılan arteriyel ve venöz doppler ultrasonografide (USG) sol ayak sırtında ödem dışında anormal bulgu saptanmadı.

Lezyondan alınan punch biyopsi materyalinin incelenmesi sonucu histopatolojik değerlendirme sonucunda epidermiste spongioz, subepidermal bölge içerisinde fibrin, çok sayıda eozinofil, seyrek lenfosit ve histiyositlerin yerinde blister oluşumu, üst dermiste ödem ve perivasküler eozinofilden zengin lenfohistiyositik infiltrat izlendi. Bu bulgularla hastaya lokalize büllöz pemfigoid tanısı konuldu ve oral steroid başlanarak takibe alındı.

SONUÇ: Sonuç olarak acile büllü bir dermatozla gelen yaşlı hastalarda büllöz pemfigoid ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: acil servis, lokalize büllöz pemfigoid, nikolsky

PS-0237 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Pulmoner Emboli ve Akciğer Absesi Birlikteliği: Olgu Sunumu

Hilal Irmak Sapmaz[1], Murat Uysal[1], Mehmet Baki Özdemir[2], Ali Şahingöz[1], Ayşe Duhan Taş[1], Safiye Ayan[3], Ufuk Coşkun[2]
[1]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Tokat*

POSTER BİLDİRİLER

[2]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tokat*

[3]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Tokat*

GİRİŞ-AMAÇ: Pulmoner emboli, pulmoner arterin veya dallarından birinin trombüs, hava, yağ ve benzeri durumlarla tıkanmasıyla oluşan klinik duruma verilen addır. Pulmoner emboli (PE) sık karşılaşılan bir kardiyovasküler acil durumdur. PE tanısının konması zordur ve klinik tablo her zaman spesifik bulgular vermediğinden gözden kaçabilir. Klinik spektrum çok geniş olup dispne, plöretik göğüs ağrısı,öksürük, hemoptizi, şok ve ölüm görülebilir.

Akciğer apsesi, mikrobial enfeksiyon sonucu akciğer parankiminde oluşan nekroz ve kavitasyonu tanımlamak için kullanılan bir terimdir. En sık anaerob bakteriler tarafından oluşturulur. Kliniğinde ateş, öksürük ve gece terlemeleri ön plandadır. Biz bu olgu sunumunda pulmoner emboli ve akciğer absesinin birliktelik gösterdiği bir vakayı sunmak ve böylelikle pulmoner emboli kliniğiyle başvuran hastalarda abse veya tümör gibi ek patolojilerin de atlanmaması gerektiğinin önemini vurgulamak istedik.

OLGU: 67 yaşında erkek hasta Acil servisimize hemoptizi şikayeti ile geldi. Az miktarda balgam çıkışı ve nefes darlığı eşlik eden hastanın genel durumu iyi ve GKS 15 idi. Ateş: 36.6, TA: 110/80, pH:7.48, pO2:52, pCO2:36, O2 satürasyonu: %87 geldi. Hastanın fizik muayenesinde yer yer sekretuar raller mevcuttu. Akciğer grafisinde sol hemitoraksta apse görünümü olan hasta için göğüs hastalıkları konsultasyonu istendi (Şekil 1). Laboratuar tetkiklerinde Hb: 7.9gr/dl, Htc:%22.6,WBC: 1390/mm3, Nötrofil: 150/mm3, Plt: 34.190/mm3, INR:1.57, BUN:12.2 mg/dl, kreatinin: 0.48mg/dl, D-dimer 9690 mg/ml gelmesi üzerine Bilgisayarlı Tomografi Pulmoner Anjiografisi (BTPA) çekildi. Solda pelvral mesafede yaklaşık 9x4,5cm boyutunda hava-sıvı seviyesi veren görünüm izlendi ve bu durum abse olarak değerlendirildi. Buna ek olarak, sağ ana pulmoner arter distalinden başlayıp üst lob arterine uzanım gösteren ve alt lob lober dallar düzeyinde lümen içinde olduğu düşünülen hipodens dolum defektleri izlendi. Görünüm öncelikle pulmoner emboli lehine değerlendirildi. Bunun üzerine hastadan göğüs hastalıkları ve onkoloji konsultasyonu istendi.

SONUÇ: PE, vakaların çoğunda derin ven trombozunun (DVT) bir sonucu olarak ortaya çıkar. Pulmoner embolinin DVT'ye bağlı olmadığı durumlarda, hastalığın altında yatan sebep amniyon sıvısı, yağ veya tümör embolisi olabilmektedir. Pulmoner arterin özellikle massive embolilerle tıkanması sağ ventrikül yetmezliği yaparak hastada kardiak anstabilite oluşturur ki bu durum hastada hipotansiyon gelişmesine yol açar. Hekim, bu tür hastalarda trombolitik tedavi için hızlı bir şekilde karar vermelidir.

Bazı durumlarda pulmoner emboli başka bir akciğer patolojisiyle birliktelik gösterebilir ve bu durum pulmoner emboliye bağlı kliniği ağırlaştırıp, tedaviye cevabı kötüleştirebilir. Akciğer kanseri, kist hidatik ve abse gibi patolojiler, pulmoner emboliye neden olabilen ya da birliktelik gösterebilen hastalıklardır. Bu tür kliniğe sahip olan hastalarda acil hekimlerinin, hastanın klinik semptomlarını ve radyolojik bulgularını iyi değerlendirip ek patolojileri ortaya koymaları büyük önem taşımaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Pulmoner emboli, akciğer absesi, Bilgisayarlı Tomografi Pulmoner Anjiografi

PS-0238 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Warfarin Kullanan Bir Hastada Nadir Bir Karın Ağrısı Nedeni Olarak Psoas Absesi: Olgu Sunumu

Mehmet Esen[1], Murat Uysal[2], Fitnet Sönmezgöz[3], Hilal Irmak Sapmaz[2], Nurşah Başol[1], Serhat Karaman[1], Fatih Şahin[1]

[1]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tokat*

[2]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Tokat*

[3]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Tokat*

GİRİŞ-AMAÇ: Psoas absesi (PA) nadir görülen ve ekseriyetle tanısı güç ve geç konulabilen bir hastalıktır. PA'ne çocuklarda ve gençlerde daha sık rastlanmaktadır. PA primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır. Primer PA'de etyoloji kesin olarak bilinmemektedir. Nonspesifik sinsi başlangıç ve farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilmektedir. PA'nin ayırıcı tanısında lokalize infeksiyonlar (pyelonefrit, pelvik enflamatuar hastalık, apandisit, vertebral veya pelvik osteomyelit, epidural abseler), vasküler patolojiler (femurun avasküler nekrozu, aort veya iliak arter anevrizmaları), maligniteler (retroperitoneal tümörler), enflamatuar hastalıklar, genitoüriner ve gastrointestinal patolojiler (Crohn hastalığı, gastrointestinal obstruksiyonlar, duodenal ülserler) akla getirilmelidir. Bu olgu sunumunda, psaos absesi bulunan ve warfarin kullanımı nedeniyle ayırıcı tanıda kafa karışıklığı oluşturabilecek nadir bir vakayı sunmak istedik.

OLGU: 72 yaşında mitral kapak replasmanı nedeni ile oral antikoagülan (warfarin) kullanan erkek hasta, sol bacağa vuran karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde; ateşi 38,1oC, tansiyonu 135/80 mmHg, nabzı 88 atım/dk, solunum sayısı 24/dk, barsak sesleri dinlemekle doğal, batında yaygın hassasiyet ve sol alt kadranda ribaundu mevcuttu, sol bacak ekstansiyonu ağrılıydı. Diğer sistem muayenelerinde haricen patolojik bulguya rastlanmadı. Laboratuar bulgularında patolojik olarak WBC:18300/mm3, CRP: 139 mg/l, sedimentasyon: 58 mm/h idi. Acil serviste yapılan batın ultrasonunda sol psoas kası içinde hematom, abse veya kistik lezyonla uyumlu olabilecek bir kitle saptandı. Çekilen bilgisayarlı tomografi (BT)sinde; sol psoas kası orta kesiminden başlayıp aşağı doğru uzanım gösteren yaklaşık 30x25x94 mm boyutunda psoas kasını sol posterolaterale doğru expanse eden, intravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonrası hafif periferik tarzda kontrast tutulumunun izlendiği abse lehine yorumlanan lezyon mevcuttu. Hasta genel cerrahi konsultasyonu sonrası yatırılarak tedavisine başlandı.

TARTIŞMA: Psoas absesinin tanısı genellikle öykü, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile konur. Lezyonun ağrılı ve bulgu olarak sadece yumuşak doku şişliğinin olduğu erken dönemde, tıbbi görüntüleme yöntemlerinden yararlanılabilir. Tanıda US yeterli bilgileri verebilirse de BT ve MRG ayırıcı tanı ve lezyon sınırlarını belirlemede son derece etkindir. Görüntüleme yöntemleri yol göstericiliğinde abse formasyonundan iğne aspirasyonu ile örnek almak ya da doğrudan boşaltıcı aspirasyon ile tedaviye katkı sağlayıcı girişimleri yapmak mümkündür.

Karın ağrısı ile acil servise başvuran hasta sayısı oldukça yüksektir. Warfarin kullanan hastalarda ilk akla gelebilecek karın ağrısı sebebi genellikle kanamalardır. Fakat bizim vakamızda olduğu gibi sebebin psoas absesi gibi atipik olduğu başvurularda kapsamlı anamnez, dikkatli fizik muayene ve görüntüleme yöntemlerinin etkin kullanımına özen gösterilmeli, erken cerrahi konsültasyon planlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Psoas absesi, warfarin, karın ağrısı

PS-0239 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Lavanta Yağının Renal Kolik Ağrısı Üzerine Olan Etkisinin Araştırılması

Hilal Irmak Sapmaz[1], Murat Uysal[1], Murat Ayan[2], Mehmet Esen[2], Mustafa Barut[3], Battal Tahsin Somuk[4], Tufan Alatlı[2], Ayşe Duhan Taş[1]

[1]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Tokat*

[2]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tokat*

[3]*Tokat Devlet Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Tokat*

[4]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat*

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmada lavanta yağı esansının böbrek taşı ağrısı tedavisinde ilaç tedavisine yardımcı olarak kullanılabilirliğinin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalında renal kolik tanısı konulan 20-79 yaş arası 100 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yarısına (Grup I, n=50) standart medikal tedavi (Diklofenak sodyum, 75mg im) uygulanırken diğer yarısına (Grup II, n=50) standart medikal tedaviye ek olarak aromaterapi (lavanta yağı esansı) uygulandı. Tüm gruplarda hastaların ağrı şiddeti Visual Analog Skala (VAS) kullanılarak 0 (ağrı olmaması) ile 10 (şiddetli ağrı) arasında derecelendirildi.

BULGULAR: Grup I'de başlangıç, 10. ve 30. dakikadaki VAS değerleri sırası ile 7,5±1,83, 5,0±2,19, 3,0±1,93 iken Grup II'de, 7,8±2,02, 4,4±2,46, 2,2±1,74 olduğu görüldü. Grup I ve Grup II'deki hastalar erkek ve kadın olarak ayrılıp tekrar analiz edildiğinde Grup I'deki erkekler için başlangıç, 10. ve 30. dakikadaki VAS değerleri sırası ile 7,8±1,86, 4,8±2,00, 2,6±1,74 olarak bulunurken kadınlarda 7,8±1,80, 5,4±2,41, 3,7±1,94 idi. Grup II'deki erkekler için başlangıç, 10. ve 30. dakikadaki VAS değerleri sırası ile 8,2±2,01, 4,9±2,72, 2,9±1,90 ve kadınlarda ise 7,5±1,94, 3,7±1,95, 1,2±0,91 idi. İki grubun başlangıç ve 10. dakikadaki VAS değerleri arasında anlamlı bir fark yok iken, konvansiyonel tedaviyle birlikte aromaterapi uygulanan grupta 30. dakikalardaki VAS değerleri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşüktü. Gruplardaki erkek ve kadın hastalar ayrı ayrı analiz edildiğinde erkeklerdeki başlangıç, 10. ve 30. dakikadaki VAS değerleri Grup I ve Grup II arasında fark göstermez iken kadınlarda 30. dakikadaki VAS değerleri Grup II'de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü.

SONUÇ: Non-farmakolojik bir tedavi yöntemi olan aromoterapinin özellikle kadın hastalarda geleneksel tedavilere yardımcı olarak kullanılmasının, ağrının azalmasına katkıda bulunarak opioid ve nonsteroid gibi ağrı kesici ilaçların kullanım doz ve sıklığını azaltacağı kanaatindeyiz.

ANAHTAR KELİMELER: Aromaterapi, Ağrı, Renal kolik, Visual Analog Skala

PS-0240 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Üçüncü Basamak Üniversite Hastanesinde Karbonmonoksit Zehirlenme Vakalarının Değerlendirilmesi

Serkan Doğru[1], Fatih Şahin[2], Ayşe Kevser Demir[3], Burak Hasgül[2], Safiye Ayan[4], Mehmet Baki Özdemir[2], Mustafa Barut[5]

[1]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Tokat*

[2]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tokat*

[3]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Tokat*

[4]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Tokat*

[5]*Tokat Devlet Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Tokat*

GİRİŞ-AMAÇ: Karbon monoksit, hidrokarbonların tam yanmaması sonucu ortaya çıkan yüksek düzeyde toksik bir gaz olup; intoksikasyonu, günümüzde en yaygın zehirlenme ve ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Fiziksel ve kimyasal özellikleri açısından tespit edilmesi zor ve intoksikasyonunda kendine özgü klinik bulguları yoktur. En yaygın karbon monoksit kaynakları, motorlu taşıtlar, ısınma amaçlı kullanılan kömür ve odun gibi yakıtlardır. Vücuda giren karbon monoksit, hemoglobine bağlanarak tüm dokulara oksijen sunumunu etkilemekte ve oluşan hipoksi sonucunda doku hasarı oluşmaktadır. Tedavisinde, oksijen doğal antidot olarak kabul edilmekte olup, ciddi hipoksi gelişen olgularda hiperbarik oksijen tedavisi uygulanmaktadır. Bu çalışmada, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine karbon monoksit intoksikasyonu ile başvuran hastaların retrospektif analizi yapılarak, sonuçların güncel literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Hasta kayıt veri tabanı retrospektif olarak incelenerek, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Ocak 2012 ve Aralık 2014 tarihleri arasında başvurmuş toplam 163.884 hastadan, karbon monoksit intoksikasyonu tanısı almış 70 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların, yaş, cinsiyet, acil servise başvuru şikayetleri, klinik bulguları, karboksihemoglobin düzeyleri, laktat düzeyleri, hemoglobin ve hematokrit değerleri, ortalama trombosit hacmi değerleri, troponin düzeyleri, ve elektrokardiyogram bulguları kayıt edildi. Kantitatif veriler ortalama ve standart sapma ile, kalitatif veriler sayı ve yüzde olarak gösterildi. Veriler, Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL) version 20.0 programı ile analiz edildi.

BULGULAR: Toplam 70 hastanın 40'ı kadın ve 30'u erkekti. Hastaların yaş ortalaması 42.24±19.73 idi. En sık şikayetin % 68.6 ile baş ağrısı olduğu tespit edildi. Hastaların karboksihemoglobin düzeyi ortalamaları Hastaların başvuru ve taburcu/sevk oldukları dönemde bakılan hemoglobin (12.9±2.55, 12.57±2.43, $p<0.01$), hematokrit (37.73±5.74, 37.91±5.9, $p<0.01$), ortalama trombosit hacmi (8.4±1.43, 8.26±1.38,$p=0.001$) ve laktat (2.08±1.2, 1.32±0.61, $p=0.0001$) ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Altı hastada elektrokardiogram değişiklikleri saptandı. Toplam 12 hasta hiperbarik oksijen tedavisi amacıyla sevk edildi.

SONUÇ: Karbon monokist intoksikasyonlarında meydana gelen doku hipoksisi düzeyi klinik anlamda hastanın akıbetini belirlemekle beraber, benzer seviyelerdeki karbon monoksit miktarına her bireyin verdiği yanıt farklı olabilmektedir. Bu nedenle tedavi planlanırken, en temel etken karboksihemoglobin yarı ömrününün beş saatten yaklaşık bir saate düşmesini sağlayan normobarik oksijen uygulamasıdır. Bununla beraber, karboksihemoglobin seviyeleri ile karbon monoksit zehirlenmesinin şiddeti arasında bir korelasyon olmadığı için hiperbarik oksijen uygulamasının sınırları ile ilgili halen bir fikir birliği yoktur.

Sonuç olarak, Acil servise başvuran karbon monoksit intoksikasyonlarında morbidite ve mortalitenin azaltılması açısından dikkatli bir izlem ve risk değerlendirilmesi yapılması, buna ek olarak hiperbarik oksijen tedavisi gerekli görülen hastalarda sevk kararın hızlı bir şekilde verilerek uygun merkezlere gönderilmesi büyük önem taşımaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Karbonmonoksit zehirlenmesi, hipoksi, intoksikasyon

PS-0241 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acil Serviste Karşılaşılan Nadir ve Ölümcül Bir Hastalık:Herpes Ensefaliti

Aslı Yelgin Özcan, Ayhan Aköz, Serhat Örün, Ali Duman
Adnan Menderes Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı,Aydın

GİRİŞ: Herpes simpleks virüsü ensefaliti (HSVE) beynin hemorajik nekrozu ile karakterize, mortalite oranı yüksek bir hastalıktır. Klinik olarak yüksek ateş, baş ağrısı, bilinç bulanıklığı ile karakterizedir. Ayrıca fokal ya da jeneralize nöbetlerle de karşımıza çıkabilir. Tanıda altın standart yöntem beyin omurilik sıvısında polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) yöntemiyle HSV-DNA saptanmasıdır. Tedaviye erken başlandığı durumlarda hastalığın prognozu daha iyi olmaktadır ve mortalite oranları azalmaktadır. Biz burada HSVE ile acil servisimize başvuran nadir bir olguyu sunmak istedik.

OLGU: 47 yaşında erkek hasta 3 gündür devam eden hıçkırık ve birkaç kere olan anlamsız konuşma şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın yaklaşık 10 gün önce gribal bir enfeksiyon öyküsü olmuş. Bu dönemde hastaya bir dış merkezde sefuroksim 500mg tb 2x1 tedavi başlanmış. Hasta 3 gün tedaviye devam etmiş. Şikayetlerinin gerilemesi üzerine tedaviyi bırakmış. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede vital bulguları; TA 110/70 mmHg, nabız: 100 atım/dakika, ateş: 37,5 C idi.Genel durumu iyi, bilinci açık, oryante ve koopereydi. Işık refleksleri +/+, ense sertliği yoktu, solunum sesleri hafif kabalaşmış ve bilateral bazallerde minimal ral mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Hastanın laboratuvar incelemelerinde lökosit 13.210/mm3,C-reaktif protein değeri 13,8 mg/dl,prokalsitonin değeri 0,31di.Diğer laboratuar parametreleri olağandı. Hastaya ayırıcı tanı amacı ile beyin MR görüntüleme yapıldı. MR görüntülemede sağ temporal lobda, bilateral insular kortekste, sağ talamus pulvinar çekirdeği düzeyinde, ayrıca sağda orta pedinkül düzeyinde küçük bir alanda difüzyon kısıtlaması,T2-FLAİR sinyal artış alanı ve postkontrast hafif kontrastlanma mevcuttu. Bulgular HSV ensefaliti ile uyumlu kabul edildi. Lomber ponksiyon sonrası beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde; 160 lökosit/ mm3, %90 lenfosit -% 10 PMNL görüldü. Gram boyada 1-2 alanda şüpheli gram + zincirli kok görüldü. ARB (-) idi ve BOS kültüründe herhangi bir üreme olmadı. Dış merkeze HSV –PCR bakılması için örnek gönderildi. HSV-PCR; Tip 1 POZİTİF >15.000 olarak geldi.Hasta enfeksiyon hastalıkları kliniğine konsülte edildi.Hasta enfeksiyon hastalıkları kliniğinde yatırılarak Asiklovir 750 mg intravenöz 3 x1 tedavisi başlandı.Takiplerinde ek sıkıntısı olmayan hasta 10 gün sonra hastaneden şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: HSVE mortalitesi çok yüksek bir hastalık olup acil servise bilinç bozukluğu ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında mutlaka akla getirilmelidir. Ayrıca MR görüntüleme bulgularının bilinmesi ve klinik olarak şüpheli olgularda MR beyin görüntüleme yapılması erken tanı konulmasını ve tedaviye erken başlanmasını sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: ensefalit,herpes simplex,hıçkırık

PS-0242 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Disequilibrium Sendromu: Acil Serviste nadir görülen bir bilinç bozukluğu

Erol Acar, Eren Usul, Umut Yücel Çavuş
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Acil serviste ayırıcı tanısı klinisyenleri zorlayan durumların başında bilinç bozukluğu gelir. Bunun en önemli nedenlerinden biri bilinç bozukluğunun her sistemle ilgili olabilmesidir. Ayırıcı tanıda hastanın özgeçmişi ve anamnezi çok önemli ve yol göstericidir. Kronik böbrek yetmezlikli hastalarında bilinç bozukluğunun diyalize bağlı bazı özel ve nadir görülen nedenleri vardır. Bunlardan biri disequilibrium sendromudur. Hemodiyaliz veya periton diyalizi esnasında veya sonrasında ortaya çıkan, baş ağrısı, kusma, kas krampları, irritabilite, ajitasyon, deliryum ve konvülziyonla karakterize önemli nörolojik bir komplikasyondur. Sendrom, sıklıkla hemodiyaliz tedavisine yeni başlayan, ürenin hızla düşürüldüğü hastalarda, erken dönemde görülmesine rağmen kronik diyaliz programlarını takiben de ortaya çıkabilir. Diyaliz sonucu kan üresindeki hızlı azalma, kan beyin bariyerinin özelliklerinden dolayı beyin üresindeki değişikliklere eşit olmayabilir. Bu durum kan ve beyin arasında ozmotik gradiyent farkı meydana getirir. Bu ozmotik gradiyent farkı beyine doğru sıvı hareketine neden olur. Ortaya çıkan beyin ödemi ile birlikte, kafa içi basınç artması ve papil ödemi görülür. Tedavisi daha çok önlemeye yönelik koruyucu tedavidir. Diğer merkezi sinir sistemi patolojileri ve bilinç bozukluğu nedenleri ekarte edildikten sonra hasta konservatif bir şekilde izlenebilir. Diyaliz esnasında meydana geldiyse diyaliz hemen sonlandırılır. İntravenöz mannitol faydalı olabilir. Koma durumu gelişse bile genellikle 24 saat içerisinde düzelir. Bu olgu sunumunda, kronik diyaliz hastasında gelişen diyaliz disequilibrium sendromunu hatırlatmayı amaçladık.

OLGU: 68 yaşında erkek hasta acil servisimize diyaliz sonrası kasılma, yakınlarını tanımama ve ajitasyon şikayetleriyle getirildi. Özgeçmişinde kronik böbrek yetmezliği hastası olduğu, haftada üç defa diyalize girdiği öğrenildi. Hastanın gelişinde Nabız:72/dk, Tansiyon Arteriyel:140/90 mmHg ateş:36,4 ©°, pulse O2 saturasyonu:%96 idi. Fizik muayenesinde Glasgow Koma Skalası: 15 olup herhangi bir nörolojik defisiti yoktu. Yapılan laboratuar tetkiklerinde BUN:128 mg/dl, Cr:3,65 mg/dl, Na:138mmol/l, K:4,9mmol/l ve Ph:7,35 idi. Metabolik bozukluk ve enfeksiyon bulgusu saptanmayan hastada diyaliz disequilibrium sendomu olabileceği düşünüldü. Nöroloji bölümüne konsülte edildi. Hastanın çekilen beyin tomografisi ve difüzyon MR'ında herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Acil servis takiplerinde ajitasyonları geçen ve şikayetleri düzelen hasta, nöroloji tarafından da disequilibrium sendromu olarak değerlendirilip şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Acil serviste sık karşılaştığımız bilinç bozukluğunun nadir görülen nedenleri akılda tutulmazsa gereksiz tetkik ve takiplere yol açabilmektedir. Bilinç bozukluğu ile gelen, metabolik kan

tablosu, beyin tomografi ve/veya MR gibi görüntüleme yöntemleri normal olan diyaliz hastalarının ayırıcı tanısında disequilibrium sendomu unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Disequilibrium sendromu, diyaliz, acil serviste bilinç bozukluğu

PS-0243 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acil Servise Başvuran Genç Hastada Pitozis Tanısı: Posterior Kommunikan Arter Anevrizması

Ali Aygün, Melih İmamoğlu, Sinan Paslı, Yunus Karaca, Abdülkadir Gündüz
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ-AMAÇ: Okülomotor sinir paralizisi, genellikle iskemik ya da kompresif nedenlere bağlı gelişir. İnkomplet okülomotor sinir paralizilerinde pupil dilatasyonu, zayıf pupil yanıtı ya da korunmuş pupil yanıtı gibi farklı bulgular izlenebilir. İnkomplet okülomotor sinir paralizisi sıklıkla kompresif nedenlerle ilişkilidir.

OLGU SUNUMU: Yirmi altı yaşında bayan hasta acil servise üç gün önce başlayan ve ilerleyen sağ gözde zonklayıcı tarzda ağrı, göz kapağında düşüklük ve çift görme şikayeti ile başvurdu. Travma öyküsü olmayan hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde, sağ gözde içe ve dışa bakış kısıtlılığı, pitozis ve periorbital ödem mevcuttu. Sağ göz pupil yanıtı zayıf alınmaktaydı. Sol göz hareketleri her yöne serbest ve pupil yanıtı normaldi. Diğer sistem muayenesinde patoloji yoktu. Olası bir orbital pataloji, inme, kavernöz sinüs trombozu, intrakraniyal kanama ve kitleyi ekarte etmek için çekilen orbita BT, beyin BT, beyin MR ve MR venografi normal olarak değerlendirildi. Hastaya intrakranial anevrizma ön tanısı ile çekilen kranial BT anjiografide posterior kommunikan arter lokalizasyonunda 7x4 mm boyutunda sakküler anevrizma tespit edildi. Girişimsel radyoloji tarafından coil embolizasyon işlemi yapılan hasta beyin cerrahi yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Takiplerinde problem olmayan hasta kalıcı göz kapağı düşüklüğü ile 7 gün sonra taburcu edildi.

SONUÇ: Acil servise pitozis ve diplopi şikayetiyle başvuran hastalarda intrakraniyal anevrizma olabileceği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Pitozis, Diplopi, Anevrizma, Posterior Kommunikan Arter, Okülomotor Sinir Felci

PS-0244 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Baş Ağrısı Şikayetiyle Gelen Geniş İskemik Enfarkt

Özgen Gönenç Çekiç, Burcu Sağlam, Selen Bayrak, Aynur Şahin, Süleyman Türedi
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ-AMAÇ: Akut iskemik inme acil bir durumdur. Hastalar nörolojik fonksiyonların kısmi kaybından bilincin tamamen kapandığı koma haline kadar çeşitli klinik tablolarda olabilir.

OLGU SUNUMU: Seksen yaşında hipertansiyon öyküsü olan hasta ani başlayan şiddetli baş ağrısı şikayeti ile yakınındaki sağlık kurumuna başvurdu. Başka bulgusu olmayıp Glasgow koma puanı 15 olan hastaya beyin bilgisayarlı tomografi (BT) çekilerek normal olarak değerlendirildi. Hasta analjezik tedavi verilerek taburcu edildi. Beş saat sonra baş ağrısı şiddetlenen hasta acil servisimize başvurdu. Geldiğinde genel durumu iyi detaylı nörolojik muayenesi normaldi. Konuşma bozukluğu yoktu. Hayatında yaşadığı en şiddetli baş ağrısı olduğunu ifade ediyordu. Çekilen beyin BT de sağ talamusta, sağ temporooccipital lobda, sağ frontal ve paryetal loblarda multiple geniş infarkt ile uyumlu lezyon tespit edildi. Difüzyon MR görüntülemede de aynı yerlerde akut infarkt daha net olarak görüldü.

SONUÇ: Baş ağrısı hemorajik inmelerde iskemik inmelere göre sık görülen bir semptomdur. Lateralize bulgu olmadan sadece şiddetli baş ağrısı tarifleyen hastalarda ilk planda akut kanama düşünülür. İleri yaşta serebral enfarktın atipik prezentasyonları acil serviste karşılaşılabilecek bir durumdur.

ANAHTAR KELİMELER: Akut iskemik inme, baş ağrısı, atipik prezentasyon, inme

PS-0245 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Menejit Sonucu Gelişen Bilateral Oksipital Enfarkt

Nilay Çebi, Sinan Paslı, Erkan Erdem, Yasin Erol, Yunus Karaca
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ-AMAÇ: Bakteriyel menenjitte mortalite medikal tedavide önemli gelişmeler olmasına rağmen yüksek oranlardadır. Bu da menenjitin inme ve diğer nörovasküler olayları içeren komplikasyonlarının önemi artırmaktadır. Serebral vaskülopati, bakteriyel menenjitin en önemli komplikasyonlarından biridir ve serebrovasküler komplikasyonların eşlik ettiği bakteriyel menenjitte prognoz kötüdür.

OLGU SUNUMU: Parkinson ve Diyabet Mellitus tanısı bulunan 79 yaşında hasta pnömoni sebebiyle tedavi görmekteyken ateş ve bilinç değişikliği gelişmesi üzerine acilimize sevk edildi. Çekilen diffüzyon MR grafisinde bilateral oksipital loblarda akut enfarkt tespit edildi. Yapılan lomber ponksiyon menenjit ile uuyumlu bulundu. Hastaya antibiyoterapi başlandı. Alınan BOS kültüründe S.Capitis üreyen hastaya Linezolid tedavisi eklendi ve yatışının 13. gününde genel durumu düzelen hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Serebral infarkt, toplum kökenli bakteriyel menenjitin ciddi bir komplikasyonudur ve istenmeyen klinik sonuçları beraberinde getirir. Serebrovasküler komplikasyonları önlemek, toplum kökenli bakteriyel menenjitli hastalarda morbidite ve mortaliteyi azaltmada önemli bir basamaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Bakteriyel menenjit, Serebral vaskülopati, Serebral infarkt, S.Capitis

PS-0246 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Posterior Reversible Ensefalopati Sendromu

Selen Bayrak, Erkan Erdem, Mustafa Çiçek, Metin Yadigaroğlu, Aynur Şahin
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ-AMAÇ: Posterior reversible ensefalopati sendromunun (PRES) klinik belirtileri; akut değişken mental durum, kortikal körlük, baş ağrısı ve nöbettir. Posterior reversible ensefalopati sendromuna kan transfüzyonu, elektrolit bozuklukları, immünsupresif ilaçlar, eklampsi, böbrek hastalıkları, hipertansif ensefalopati gibi bir dizi tıbbi durum neden olabilir.

OLGU SUNUMU: Yirmi yaşında primipar miad gebe evde jeneralize tonik klonik (JTK) tarzı nöbet geçirdikten sonra acil servise başvurdu. Başvuru sırasında vital bulgular stabil, oryantasyonu ve kooperasyonu yoktu. İdrar proteini 300 mg/dl bulunan hasta acil serviste JTK nöbet geçirmesi üzerine acil sezeryana alındı. Postop beyin manyentik rezonans görüntülemesinde (MRG) PRES ile uyumlu bulgular izlendi. Postop takibinde nöbet geçirmeyen hasta yatışının 5.gününde şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Posterior reversible ensefalopati sendromu klinik ve radyolojik bulgularla tanı konulabilen; erken teşhis ve tedavi edildiğinde sekel bırakmadan iyileşen bir durumdur. Eklampsi ön tanısı ile başvuran hastalarda posterior reversibl ensefalopati sendromu bulunabileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Posterior Reversible Ensefalopati Sendromu, eklampsi, proteinüri, hipertansiyon, nöbet, acil sezaryen

PS-0247 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Subaraknoid Kanama İle Karıştırılan Sinüs Ven Trombozu Olgusu

Can Ertan Argın[1], Vildan Karahan[1], Ramazan Akpınar[2], Vildan Altunayoğlu Çakmak[2], Abdülkadir Gündüz[1]
[1] *Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon*
[2] *Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Trabzon*

GİRİŞ-AMAÇ: Serebral venlerin ve sinüslerin trombozu sıklıkla gençlerde ve çocuklarda görülen bir hastalıktır. Klinikte baş ağrısı, pupil ödemi, nöbet, fokal defisit, ve komayla görülebilir.

OLGU SUNUMU: Bilinç kaybı ve kuvvet kaybı ile dış merkeze başvuran kırk üç yaşında hasta, subaraknoid kanama ön tanısı ile acil servisimize sevk edildi. Genel durumu iyi olan hastanın fizik muayenesinde sola bakış kısıtlılığı, sağ santral fasiyal paralizi, sol alt ve üst ekstremitede 2/5 kuvvet kaybı mevcuttu. Beyin BT ve BT anjiografide SAK ile uyumlu görünüm izlenmedi. Eritrositozu olan hastanın beyin BT'de venöz göllenme ile uyumlu bulguları mevcuttu. Sinüs ven trombozu düşünülerek çekilen MR venografide sagital sinüs trombozu izlendi. Hasta nöroloji

yoğun bakıma devredildi.

SONUÇ: Nörolojik defisiti olan hastalarda bilgisayarlı tomografide subaraknoid kanama görünümü izlenmesine rağmen, LP sonucunda hemoraji yoksa ve hasta polistemik ise sinüs ven trombozu ve buna bağlı konjesyon akla gelmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Sinüs ven trombozu, subaraknoid kanama, venöz konjesyon, polistemi

PS-0248 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Yüz yerleşimli erizipel olgusu

Asude Kara[1], Emine Tuğba Alataş[2], Ömer Doğan Alataş[3], Birdal Yıldırım[4]

[1]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Muğla*

[2]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Muğla*

[3]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Muğla*

[4]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Muğla*

AMAÇ: Yılancık adıyla da bilinen erizipel; lenfatik tutulumun ön planda olduğu yüzeyel dermisin tutulduğu bir selülit tipidir. Etyolojide hemen daima grup A streptokoklar suçlanır. Klinik seyrinde ateşle birlikte, sağlam deriden belirgin bir hatla ayrılan, ağrılı, parlak kırmızı, ödemli ve portakal kabuğu görünümünde bir lezyon görülmektedir. Komplikasyonları arasında; bakteriyemi, derin selülit, deri altı apseler ve nekrotizan fasiit yer alır. Ayırıcı tanıda erken herpes zoster enfeksiyonları, allerjik kontakt dermatit veya ürtiker akla gelmelidir. Erizipeli diğer deri enfeksiyonlarından ayıran en önemli fark lezyonlar çevredeki sağlam deriden daha kabarık ve tutulan ve sağlam dokuları ayıran bir demarkasyon hattı gözlenmesidir. Tedavide sistemik antibiyotikler kullanılır. Tedaviye yüksek dozda ve erken başlanmalıdır. Sık yineleyen erizipellerde bakteri giriş odakları tespit edilip tedavi edilmeli ve benzatin penisilin, depo etkisi nedeniyle ayda bir olarak kullanılması önerilmektedir. Burada acil servise yüzün sol yarısında eritem, ödem ve büllöz lezyonlar ve ateş şikayeti ile başvuran erizipel tanısı konan 59 yaşında erkek olgu sunulmaktadır.

OLGU: Elli dokuz yaşında erkek acil servise ateş, yüzde kızarıklık şişlik şikayetiyle başvurdu. Üç gün önce başlayan şikayetlerinin giderek arttığını ve beraberinde ateşin eşlik ettiğini belirten hasta bunun için herhangi bir tedavi almamıştı. Beraberinde ağrısı, yanması, kaşıntısı yoktu. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinç açık, ateş: 38.5 ºC tansiyon arteryel: 110/80 mm Hg, nabız: 100/ dakika, solunum sayısı 24/dk olarak saptanan hastanın yapılan tetkiklerinde lökosit: 12.000, CRP: 32.4 civarında olup diğer tetkikleri normaldi. Yapılan dermatolojik muayenede sol malar bölgeden başlayıp sol gözü içeren bölgede keskin sınırlı eritem, ödem, ısı artışı ve büllöz lezyon saptandı. Hastaya klinik ve laboratuvar bulgular eşliğinde, ayırıcı tanıda olabilecek hastalıklar ekarte edilerek erizipel tanısı kondu. Hastanın dermatoloji servisine yatışı yapılarak intravenöz ampisilin/ sulbaktam tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci gününde eritem ve ödemde belirgin gerileme izlenen hastanın tedavisi iki haftaya tamamlanarak taburcu edildi.

SONUÇ: Dermatolojide acil durumlara çok sık rastlanılmamaktadır. Erizipel de dermatolojik acil hastalıklardan biri olup bakteriyemi, derin selülit, deri altı apseler ve nekrotizan fasiit gibi ciddi komplikasyonların gelişebileceği mutlaka akılda tutulmalıdır. Bu yüzden dermatolojik acil hastalıkların erken tanısının konulması ve tedavisinin yapılması ölümcül sonuçlanabilecek pek çok hastalığın önlenmesini sağlamaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: acil servis, erizipel, yüz yerleşimi

PS-0249 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Apendektomi yapılmayan ailevi akdeniz ateşi olgusu

Mustafa Şahan[1], Fatih Nazmi Yaman[2], Gökmen Tanbay[2], Güven Kuvandık[1], Ali Karakuş[1]

[1]*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı- Hatay*

[2]*Devlet Hastanesi Acil Servis- Kahramanmaraş*

GİRİŞ: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) otozomal resesif, ateş ve ağrı ataklarıyla karakterize otoinflamatuar bir hastalıktır. Akut karın ve özellikle akut apandisit ayırıcı tanısında düşünülmesi gerekir. Gereksiz apendektomi hastaların %30-40'ında görülmektedir (1). Bu durum morbidite nedenleri arasında sayılmakta ve geçirilmiş apendektomi AAA tanısında kullanılan Livneh Tanı Kriterlerinin içinde destekleyici olarak sayılmaktadır (2,3). Bu yazıda 10 yıldır AAA tanısı almasına rağmen çekinceleri nedeniyle operasyonu kabul etmeyen literatürde az görülen olguyu sunduk.

OLGU: 27 yaş erkek hasta 3 saat önce başlayan karın ağrısı şikâyetiyle acil servise getirildi. Hastanın vital bulguları stabildi. Fizik muayenede karında defansı dışında diğer muayeneleri doğaldı. Hastanın öyküsünde 10 yıldır FMF tanılı ve kolşisin kullanmaktaydı. Ağrı sıklığı en sık haftada 2 kez, en az 3 ayda bir ağrı oluyordu. Laboratuar değerlerinde anormallik saptanmayan hastanın yapılan batın USG'sinde karaciğerde 1,5 cm çapında hiperekojen homojen hemanjiomla uyumlu lezyon saptandı. Hastaya semptomatik tedavi olarak ranitidin 50 mg, hiyosin N butil bromür 10mg, metoklopromid 10 mg, diklofenak Na 75mg, tramadol HCL 50mg uygulandı. Semptomatik olarak rahatlayan hasta dahiliye poliklinik kontrolü önerilerek gönderildi.

SONUÇ: AAA hastalarında apendektomi operasyonu sık görülen, tanı kriterleri ve morbitide etkeni olarak görülmektedir. Ancak nadir olgularda çekince ve isteğe bağlı olarak yapılmamaktadır.

1.Kurtuluş Ongel, Hayriye Yolcu Uludağ, Bahriye Kucukkılıc Arslan, Meral Kundakcı CASE: familial Mediterranean fever in a primary health care setting Turk Aile Hek Derg 2010; 14(2): 100-103.

2.Oktay Sarı, Alpaslan Tanoğlu, Ümit Aydoğan Birinci Basamakta Ailevi Akdeniz Ateşine Genel Yaklaşım Konuralp Tıp Dergisi 2013;5(2):75-80.

3. Turgay ALBAYRAK, İsmail KASIM, Rabia Kahveci, İrfan Şencan, Selim ÜNSAL, Ömer AKÇA. A Case of Acute Appendicitis Ankara Medical Journal, 2012;12:153-155.

ANAHTAR KELİMELER: AAA, Apendektomi

PS-0250 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Nadir Görülen Bir İntrakranial Kalsifikasyon Olgusu: Fahr Hastalığı

Abdussamed Vural, Mehmet Yılmaz, İsmail Altıntop, Mükerrem Altuntaş, Bahadır Karaca, Mustafa Alpaslan
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ: Bilateral Striopallidodentat Kalsinozis olarak da isimlendirilen Fahr Hastalığı (FH) nadir bir durumdur. Bazal gangliyonların, sentrum semiovalelerin, dentat nukleusların ve beyaz cevherin yaygın simetrik kalsifikasyonuyla karakterizedir (1,2). Fahr hastalığı gerçekte nöroradyolojik bir tanıdır. Hastadaki nöropsikiatrik semptomların nedeni araştırılırken ya da başka bir sebeple elde edilen radyolojik görüntülerde serebral ve/veya serebellar, simetrik kalsifikasyonların görülmesi ile tanınır. Fahr Hastalığı, klinikte sık olarak karşılaşılmaması nedeniyle gözden kaçabilmektedir. Hastalığın kliniğinde sıklıkla nöropsikiyatrik, ekstrapiramidal ve serebellar belirtiler, konuşma bozuklukları ve demans görülür(1). Bu olgu akut ya da ilerleyici nörolojik semptomlarla gelen hastalarda, ayırıcı tanıda Fahr Hastalığı'nın da dikkate alınması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

OLGU: 92 yaşında kadın hasta 2 gündür devam eden şuur değişikliği, yakınlarını tanıyamama, huzursuzluk ve anlamsız konuşma şikayeti ile acil servise kabül edildi. Hastanın 50 yıldır astımı, 30 yıldır esansiyel hipertansiyonu ve 2 yıl önce geçirilmiş iskemik serebrovasküler hastalığı (SVH) olduğu öğrenildi. Vital bulguları stabil olan hastanın nöropsikiyatrik muayenesinde yer ve zaman dezoryantasyonu ve psikomotor ajitasyonu mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Kan tetkiklerinde hemogramı normal olan hastanın biyokimyasal incelemesinde; anormal olarak sadece serum kalsiyum seviyesi düşük (6.5 mg/dl) saptandı. Serum glukoz düzeyi, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Ayırıcı tanıda ilk olarak serebrovasküler olay düşünülen hastanın bilgisayarlı kranial tomografisinde (BT) patolojik olarak her iki tarafta serebellumda dentat nukleus lokalizasyonunda ve bilateral bazal ganglion düzey ile periventriküler alanlarda parankimal yaygın kalsifikasyonlar saptandı (Figür -1). Hastanın difüzyon MRI (Manyetik Rezonans Görüntüleme) incelemesinde SVH lehine pozitif bir bulgu saptanmadı. Sonrasında hastanın geriye dönük hastane kayıtları incelendiğinde hastaya 3 yıl önce idiopatik hipoparatiroidizim tanısı ile kalsiyum ve kalsitriol tedavisi başlandığı bilgisine ulaşıldı. Bu bulgular eşliğinde hastanın radyolojik incelemelerinde tespit edilen kalsifikasyonların Fahr Hastalığı ile uyumlu olabileceği düşünüldü. Hastanın Acil şartlarda kalsiyum metabolizmasını düzenleyen parathormon, fosfor, vit D vb. düzeylerine bakılamadı. Hasta nöroloji ve Psikiyatri konsültasyonu sonrası oral kalsiyum replasman tedavisi ile acil servisten taburcu edildi ve klinik takibe alındı. Takipte oral kalsiyum ve kalsitriol tedavisi başlanan hastanın acil servise başvuru anındaki şikayetlerinin kaybolduğu bilgisine ulaşıldı.

SONUÇ: Ani nöropsikiyatrik bozukluklar gelişen ve altta kalsiyum metabolizması bozukluğu olan hastalarda tanımlanamayan nörolojik semptomlar geliştiğinde özellikle serebellumda,bazal ganglionlarda ve supratentoryal mesafede kranial BT ve MRI ile saptanan ve herhangi bir nedene bağlanamayan kalsifikasyonların varlığında FH ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Fahr Hastalığı, Hipoparatiroidizm, Hipokalsemi, İdiyopatik bazal ganglion kalsifikasyonu

POSTER BİLDİRİLER

PS-0251 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acil servisde başağrısı ayırıcı tanısında nadir bir olgu: TTP

Ali Karakuş, Mustafa Şahan
Mustafa Kemal Üniversitesi, Acil Tıp AD.-HATAY

GİRİŞ: Trombotik trombositopenik purpura (TTP) trombositopeni, konfüzyon, ciddi baş ağrısı, geçici iskemik atak, nöbet ve koma seklindeki nörolojik bulgular ve mikroanjiopatik hemolitik anemi ile karakterizedir. Bu bulgulara ateş yüksekliği ve böbrek etkilenimi eklendiğinde TTP desteklenir. Ancak TTP pentadı %35-40 hastada görülebilir. Klasik TTP'de: nörolojik semptomlar ön plandadır. Akut tedavisi plazma değişimi (1 plazma volüm/gün) ve glukortikoidlerdir (1 mg/kg/gün). Hastalar özellikle uzun süreli başağrısı nedeniyle acil servislerde ve nöroloji kliniğinde farklı tanılarla takip edilmekte ve tanıda gecikilmektedir. Bu yazıda başağrısı ayırıcı tanısında nadir görülen TTP vurgulanmak istendi.

OLGU: 35 yaşında erkek hastaya 10 gündür varolan başağrısı şikayetiyle farklı acil servislerde ve nöroloji kliniğinde yapılan tetkiklerle tanı konulamayınca, TTP, intrakranial olay ön tanılarıyla acil servise sevk edildi. Hasta getirldiğinde genel durumu orta –kötü, şuuru kapalı, ajite, GKS:12 idi. Ciltte yer yer purpurik döküntüleri mevcuttu. Diğer fizik bulguları normal olan hastanın çekilen beyin BT'si normal olarak değerlendirildi. İlk laboratuar değerlerinde trombositler 18 bin, BUN 18, kreatinin 1.19 tespit edildi. Hasta TTP tanısıyla yatırıldı. 13 ünite TDP ile plazmaferez ve 100mg prednizolon başlandı. 10 gün plazmeferez, 2 gün steroid tedavisine devam edildi. 13. günün sonunda kontrol trombosit değeri 90 bin olan hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Acil ve nöroloji hekimleri başağrısı ayırıcı tanısında TTP tanısını düşünüp uygun tedavinin erken dönemde başlamasına katkıda bulunabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Başağrısı, ayırıcı tanı, TTP

PS-0252 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Yutma güçlüğü ile acil servise başvuranlarda akılda tutulması gereken nadir bir durum: tetanos

Serhat Örün, Ayhan Aköz, Alev Peker Seçim, Ali Duman, Mücahit Avcil
Adnan Menderes Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ: Tetanos, Clostridium Tetani adlı basil tarafından salgılanan nörotoksinlerin neden olduğu bir enfeksiyon hastalığıdır. İnkübasyon suresi 3 gün ile 3 hafta arasında değişmekle beraber, ortalama on beş gündür. Toksinler santral sinir sistemi nöronlarını etkileyerek kaslarda ağrılı paroksismal kontraksiyonlara ve tonik spazmlara sebep olur. Tanı; öykü ve fizik muayene bulguları ile konulur. Tedavide temel yaklaşımlar destek tedavisi, toksinin nötralizasyonu ve enfekte bölgeden mikroorganizmanın temizlenmesi şeklindedir. Tetanoz insidansı ulusal aşı programlarıyla giderek azalmaktadır. Bu olguyu sunmaktaki amacımız acil servise yutma güçlüğü ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda tetanozun da düşünülmesi gerektiğini hatırlatmak ve aşı programlarına rağmen acil servislerde tetanoz profilaksisinin önemini vurgulamaktır.

OLGU: 69 yaşında bayan hasta solunum güçlüğü, boyun ve çenede kasılma şikâyetiyle acil servise başvurdu. Anamnezinde 11 gün önce leylak toplarken elini dal batması üzerine dış merkeze başvurduğu, yara yeri pansuman yapılıp kapatıldığı, ciprofloksasin ve parasetamol tedavisi başlandığı tetanos aşısı yapılmadığı öğrenildi. 10 gün sonra yutma güçlüğü başlayan hasta aynı merkeze tekrar başvurmuş nöroloji bölümünce kranial MR görüntülemesi yapılan hastanın MR'ı normal olarak raporlanınca şikâyetlerinin psikojenik olabileceği söylenerek tedavisine antidepresan ilaç eklenmiş ve taburcu edilmiş. Aynı gece şikâyetleri artan hasta acilimize başvurdu. Fizik muayenede ajite görünümde olan hastanın bilinci açıktı, tonik kasılmaları mevcuttu, sağ el 5. metakarpofalangeal eklem üzerinde 2x2 cm ebatlarında yumuşak dokuda lezyon tespit edildi diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın laboratuar tahlillerinde patoloji yoktu, MR beyin görüntülemesi normal olarak raporlandı, aniden solunum aresti olan hasta entübe edilerek acil yoğun bakımda takip ve tedavi altına alındı. Hastanın anamnezi ve kliniği de tetanosla uyumlu kabul edildi. Hasta tiopental sodyum ile sedatize edildi, enfeksiyon hastalıkları bölümünün önerisiyle tedaviye metronidazol, tetanos insan immunglobulini ve tetanos aşısı eklendi. Plastik cerrahi tarafından elindeki yara debride edildi. Hastanın tedavisine anestezi yoğun bakımda devam edilmektedir.

SONUÇ: Tetenos mortalitesi yüksek bir hastalıktır. İnsidansı aşı programları sayesinde giderek azalmasına rağmen acil servislerde halen karşılaşılmaktadır. Bu nedenle tetanos kliniği ve tedavisi bütün acil hekimlerince iyi bilinmeli, profilaksisine önem verilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, tetanos, yutma güçlüğü

PS-0253 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Ağızdan Gelen Yabancı

Hüseyin Şahin[1], Sultan Tuna Akgöl Gür[2], Özge Can[2]
[1]*Namıkkemal Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tekirdağ*
[2]*Bölgeeğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Bölümü, Erzurum*

GİRİŞ: Ascaris lumbricoides; nematodların en büyüğü ve en yaygını olup, özellikle nemli, ılıman iklim bölgelerini tercih ederler. Ascariazis; sanitasyon koşullarının uygun olmadığı yerlerde özellikle çocuklar ve gençlerde yaygın olarak rastlanan bir helmintik enfestasyondur. Türkiye'nin her bölgesinde görülmekle birlikte, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde yaşayanlarda daha fazla görülmektedir. Oral yolla alınan parazit yumurtaları, ince bağırsakta larvalara dönüşerek, kan ve lenf dolaşımıyla akciğerlere gelir. Alveol duvarını geçerek siliyer hareketlerle larinks ve trakeaya gelen larvalar, yutkunmakla tekrar gastrointestinal sisteme döner ve erişkin hale gelir. En sık jejenum ve proksimal ileumda yaşarlar. Kalın bağırsağa geçen parazit orada yaşayamaz ve dışkı ile beraber atılır. Olguların çoğu asemptomatik olup, bazen akciğerlerde Löffler sendromu'na, karaciğer apselerine, hatta biliyer ve intestinal obstrüksiyonlara sebep olabilirler. Biz burada ani gelişen gastrointestinal şikayetle acile gelen hastadan oral yoldan çıkartılan ascarisi sunmak istedik.

VAKA: 25 yaşında bayan hasta mide bulantısı ve ağzından gelen parça şikayetiyle eşi tarafından acil servisimize getirildi. Şuur açık koopere ve oryante olup, vital bulgular TA: 100/70 mmHg, Nb: 100 atım/dk, Pulse O2 saturasyonu: %95, Ateş: 36.4 °C ile stabildi. Diğer sistemik muayenesinde özellik yoktu. Ağız içerisinde beyaz renkli yumuşak doku parçaları mevcut idi. Acil serviste bu parçalar çıkarılırken hasta kusmaya başladı. Hastanın kusmakla ağız içine gelen ascaris paraziti hasta aspire etmeden, manuel olarak kontrollü bir şekilde çıkartıldı. İntaniye konsültasyonu eşliğinde acil serviste oral 400 mg albendazol ve palyatif tedavi uygulandı. Hasta rahatladıktan sonra reçete verilip, intaniye poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Sindirim sisteminin parazit enfeksiyonları hiç kuşkusuz günlük yaşamımızda hayatımızı tehdit eden unsurların başında gelmektedir. Genellikle ihmal edildiklerinden ve önceleri zararsızmış gibi göründüklerinden tehdidin büyüklüğü ancak tüm vücut ya da organlar sarılınca anlaşılmaktadır. Toplumun her kesiminde bağırsak parazitlerinin belirli bir yaygınlığa sahip olduğu ve ülkemizde risk altında bulunan gruplara yönelik eğitim seminerleri yapılmalıdır. Sağlık kontrolü sıklığının artırılması, bağırsak parazitleri ve korunma yolları hakkında broşürler, kitapçıklar ve reklamlarla da eğitimin desteklenmesi gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Oral, Ascaris, Parazit

PS-0254 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Baş ağrılı hastada unutulmaması gereken bir etyoloji: Sinüs ven trombozu

Özgür Bozkurt, Arif Karagöz, Şebnem Arslan
İzmir Karşıyaka Devlet Hastanesi Acil Servisi

GİRİŞ: Baş ağrısı, acil servise başvuru nedenleri arasında önemli bir yer teşkil etmektedir. Genellikle benign nedenlere bağlı olsa da, iskemik, hemorojik veya tromboembolik nedenlere de bağlı olarak oluşabilir. Bu tür baş ağrılarında tanı ve tedavide olabilecek yanlışlık ve gecikmeler, istenmeyen sonuçlar doğurabilir.

OLGU: Baş ağrısı nedeni ile acil servise başvuran 28 yaşında bayan hastanın öyküsünden 1 hafta önce spinal anestezi ve sezayen ile doğum yaptığı öğrenildi. Sonraki günlerde şikayeti olmayan hastanın son iki gündür olan baş ağrısı bulantı şikayeti başlamıştı. Hatanın muayenesinde bilinci açık, GKS: 15 idi, belirgin olmayan ense sertliği mevcuttu, diğer sistem muayeneleri olağandı. Vital bulgularında; kan basıncı: 120/90mmHg, Nabız: 98/dk,solunum sayısı:14/dk, pulsoksimetre ile arteryal oksijen saturasyonu: %98 idi. Hastanın hemogram ve rutin biyokimyasal tetkiklerinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Hastanın baş ağrısı ve bulantı şikayeti analjezik uygulanması ile kısmen rahatlasa da tam olarak geçmedi. Şikayetleri devam eden hastaya beyin BT tetkiki istendi (resim 1). Beyin tomografisinde sağ oksipital bölge transfer sinüs komşuluğunda hiperdens alan ve transfer sinüste genişleme saptandı. Sub-araknoid kanama ön tanısı ile Nöroloji ve Beyin Cerrahisi ile konsulte edilen hastanın yakın dönem gebelik ve doğum öyküsü nedeniyle sinüs ven trombozu olabileceği düşünüldü. Hastaya MR Venografi çekildi. MR Venografide sağ transfer sinüste dolum defekti saptandı (resim 2). Bunun üzerine hasta sinüs ventrombozu tanısıyla nöroloji kliniğine yatırıldı.

TARTIŞMA: Beyin BT görüntülemelerinde posterior fossa ve transfer sinüsün görüntülenmesinde yetersizlikler olmaktadır. Bazı olgularda hiçbir bulgu saptanamazken bazen de bizim olgu-

muzda olduğu gibi transfer sinüste doluluk ve etrafında hiperdens alanlar izlenebilmektedir. Bu hastalarda hastanın kliniği ve anamnezi de gözönüne alınarak, özellikle riskli hastalarda sinüs ventrombozu olabileceği untulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Baş ağrısı, MR venografi, Sinüs ven trombozu

PS-0255 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Nadir Görülen Bir İntrakranial Kalsifikasyon Olgusu: FAHR Sendromu

Hasan Büyükaslan[1], Ramazan Giden[1], Halil Kaya[1], Mehmet Tahir Gökdemir[1], Salim Satar[2], Uğur Lök[3], Umut Gülaçti[3]

[1]*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı*

[2]*Adana Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği*

[3]*Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı*

GİRİŞ: Fahr sendromu; etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte ilk kez 1930 yılında tanımlanmıştır. Çoğunlukla kalsiyum metabolizmasındaki değişiklikler sonucu gözlenir. Bu sendroma hipoparatiroidizm, psödohipoparatiroidizm veya hiperparatiroidizm neden olabilir. Erken tanı ve tedavisi hayati önem arz eder.

OLGU SUNUMU: Elli yedi yaşında erkek hasta acil servise bilinç bulanıklığı ve baş dönmesi kol ve bacakta yüzde uyuşma şikayetiyle başvurdu. İlk değerlendirimesinde genel durumu iyi, bilinci açık, oryante ve koopere olan hastanın, başvuru anında kan basıncı 120/80 mm Hg, nabız sayısı 72 atım/dk, solunum sayısı 16/dk ve SPO2 değeri 93 idi. Acil serviste değerlendirilen hastanın nörolojik muayenesinde Chvostek testi (+) bulundu. Bunun dışında lateralizan motor veya duyu defisiti saptnanamayan hastanın, diğer sistem muayenelerinde de ek herhangi bir patoloji saptanmadı.

Özgeçmişinde özellik yoktu. Hastanın soygeçmişi sorgulandığında ek bir hastalık bilgisine ulaşılamadı. Tetkikleri için kan örnekleri alınan hastanın tam kan sayımı normal olarak değerlendirilirken, serum biyokimyasında hipokalsemi ve hiperfosfatemi tespit edildi. Hastanın serum kalsiyum (Ca++)değeri 4.4 mg/dL (8.4-10.8 mg/dL), serum fosfor (P-) değeri ise 6.0 mg/dL (2.3-4.7 mg/ dL) olarak saptandı. Bu iki değer dışında başka bir patoloji saptanmadı. Hastanın nörolojik şikayetlerinin ayırıcı tanısı için çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde (BBT) bazal ganglion ve serebellum yerleşimli bilateral kalsifikasyonlar saptandı (Resim 1, 2). Nörolojik semptomları ve BBT bulguları nedeniyle Nöroloji bölümüyle ve semptomatik hipokalsemisi nedeniyle Endokrinoloji bölümleri ile konsulte edilen hastada mevcut bulgularla Fahr sendromu düşünüldü. Nöroloji kliniğince acil nöropatoloji düşünülmeyen hasta, kalsiyum düşüklüğü nedeniyle replasman ve ileri tetkik amaçlı Endokrinoloji servisine yatırılarak klinikde IV ve oral kalsiyum replasman tedavisi uygulandı. Yatışının beşinci gününde kalsiyum değerinin 9.6 mg/ dL düzeyine yükselmesi ve fosfor değerinin de 4.7 mg/dL düzeyine gerilemesi üzerine poliklinikten takip edilmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA: Fahr sendromunda, semptomlar çeşitlilik göstermekte olup; semptomatik olanların tedavi edilebilir alt gruplarının hızla saptanması hasta için hayati önem taşır. Klinikte sık karşılaşılmamış olması nedeniyle gözden kaçabilmektedir. Özellikle akut nöropsikiyatrik bozukluklar gelişen, altta kalsiyum metabolizma bozukluğu olanlarda, tanımlanamayan nörolojik semptomların varlığında Fahr sendromu ayırıcı tanıda akıla getirilmeli ve ileri tetkikler bu yönde yepılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Fahr sendromu, acil servis, hipokalsemi.

PS-0256 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Karın Ağrısına Bağlı Nadir Bir Olgu:Mezenterik Pannikülit

Ahmet Tunç Deniz, Selçuk Eren Çanakçı, Kıvanç Karaman, Yunus Emre Özlüer, Burçak Kantekin, Sedat Coşkun
Adnan Menderes Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ: Mezenterik pannikülit; mezenter yağ dokusunun kronik nonspesifik inflamasyonu ile karakterize ender bir hastalıktır. Biz bu olguda size karın ağrısının nadir görülen nedenlerinden olan mezenterik panniküliti anlatmak istedik.

OLGU: 82 yaşında bayan hasta acil servise 1 haftadır olan ve giderek artan bulantı, kusma, ara ara olan karın ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Aynı gün olan kusma sonrası üşüme titremesi olduğunu ifade ediyordu. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve 3 yıl önce kolesistektomi hikayesi mevcuttu.

Genel durumu iyi, oryante koopere olan hastanın vital bulguları; TA:160/100 mmHg, Nb:73/dk, SatO2:%96, ateş:39.7°C olarak saptandı.Kardiyovasküler sistem ve solunum sistemi muayeneleri olağan saptanan hastanın karın muayenesinde patolojik olarak epigastrik bölgede derin palpasyonla hassasiyet saptandı. Periferik nabızları bilateral alt ve üst ekstremitede açıktı.

Hastadan tam kan sayımı, biyokimya, TİT, abdomen BT istendi.Yapılan tetkiklerde Hgb:11.6 g/dl, Htc:%36.4, WBC:15760/mm3,

Plt:502.000/mm3 saptandı. Biyokimyasında AST:129 U/L, ALT:77 U/L, GGT:725 U/L ALP:614 U/L LDH:337 U/L Amilaz:166 U/L Lipaz:338 U/L saptandı. TİT ve koagülasyon testlerinde anormallik yoktu.

Hastanın abdomen BT tetkikinde heterojen parankimli ve boyutu artmış karaciğer bulguları, pankreas korpusundan başlayıp sol alt kadrana doğru ilerleyen mezenterik yağlı planlarda lineer dansite artışı izlendi.

Hasta Genel Cerrahi ve Gastroenterolojiye konsülte edildi. Genel Cerrahi hastada akut cerrahi patoloji düşünmedi. Hasta Gastroenteroloji tarafından mezenterik pannikülit tanısıyla, tetkik ve tedavi amaçlı hastaneye yatırıldı. İntravenöz antibiyoterapi ve kortikosteroid tedavisi yapılan hasta 6 gün sonra şifayen taburcu edildi.

SONUÇ: Karın ağrısı acil servise en sık başvuru nedenlerinden biri olup, ayırıcı tanı yelpazesi çok geniştir. Bu vakada olduğu gibi fizik muayene bulguları, laboratuar bulguları ve görüntüleme bulgularının korelasyon göstermediği durumlarda mezenterik pannikülit akılda tutulması gereken bir tanıdır.

ANAHTAR KELİMELER: karın ağrısı, mezenterik pannikülit

PS-0257 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Solunum Arrestiyle Yeni Tanı Diyabet: Nadir Bir Diyabetik Ketoasidoz Olgusu

Harika Ödemiş[1], Fatih Nazmi Yaman[1], Umut Yücel Çavuş[2]

[1]*Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Acil Servis, Kahramanmaraş*

[2]*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara*

GİRİŞ: Diyabetik ketoasidoz (DKA), diabetes mellitusun hayati risk taşıyan metabolik acil bir komplikasyonudur. DKA'daki asidoz, beta-hidroksibutirik asit ve asetoasetik asitin aşırı üretimi neticesinde ortaya çıkar. Fizyolojik pH'da ketoasitler ayrılarak, artmış hidrojen iyonu, bikarbonata bağlanarak serum bikarbonat düzeylerini azaltır. Keton cisimleri, sirkülasyonda anyonik formda bulunarak, anyon açığını arttırır. Hiperglisemi osmotik diüreze neden olarak, sıvı ve elektrolit kaybına neden olmaktadır. Sıvı kaybı DKA'da 5-7 litreye kadar olabilmektedir. Özellikle hastane başvurusunun geciktiği durumlarda tüm bu metabolik dengesizliklerle derin metabolik asidoz gelişir. Bu da bazen nadir de olsa solunum arrestiyle acil servise başvurmalarına neden olabilir. Bu yazımızda, solunum arrestine kadar ilerlemiş bir diabetik ketoasidoz olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU: 32 yaşında kadın hasta, özgeçmişinde herhangi bir özellik yok. Hasta, yakınları tarafından yerde ağzından köpükler gelmiş, şuuru kapalı, dudakları morarmış bir şekilde bulunuyor. 112 tarafından acil servisimize getirilen hastanın yapılan muayenesinde solunum arrestinin olduğu, kalp atımının mevcut olduğu, kan şekerinin 870 mg/dl olduğu tespit edildi. O2 Saturasyonu % 35 idi. Hasta crush entübasyonla entübe edildi. Çift yönlü damar yolu açıldı, idrar sondası takıldı. Bolus sıvı hidrasyonuna başlandı. Hastanın arteriyel kan gazında pH: 6.8, HCO3: 6 mmol/L olduğu tespit edildi. Metabolik asidozun diyabetik ketoasidoza bağlı olabileceği düşünüldü. İdrar çıkışı yoktu. Bu nedenle idrar ketonu açısından değerlendirilemedi, kan ketonu bakma imkanı yoktu. Osmolaritesi hesaplanarak hiperosmolar durum ekarte edildi. Diyabetik ketoasidoz ön tanısıyla tedavi başlandı. Yatırıldığı yoğun bakımda genç ve özgeçmişinde herhangi bir özellik olmaması göz önünde bulundurularak toksikolojik tarama yapıldı. Negatif sonuç alındı. Diğer tetkikleri de normal çıkan hastanın ketonu yüksek tespit edildi. Diyabetik ketoasidoz tedavisi ile tüm parametreleri düzelen hasta bir gün sonra ekstübe edildi. Endokrinoloji servisine alındı. Yeni tanı diyabet idame tedavisi başlandı. Bir hafta sonra tam şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Yeni tanı diyabetin diyabetik ketoasidoza sekonder solunum arrestiyle gelebileceği akılda bulundurulmalı, arrest etiyoloji araştırılırken kan şekeri bakılmalı, eğer kan şekeri yüksek ise keton düzeyi ve kan pH'sı mutlaka bakılmalıdır. Erken tanı ve tedavi ile tam şifa elde edilebilecek bir hasta grubu olduğu unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Solunum arresti, yeni tanı diyabet, diyabetik ketoasidoz

POSTER BİLDİRİLER

PS-0258 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Articaine bağlı tonik-klonik nöbet

Bestami Köse, Süleyman Türedi, Gürkan Altuntaş, Ayşegül Gümrükçü, Betül Abanoz
Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Trabzon

GİRİŞ: Lokal anestezik ilaçlar tıp doktorları ve diş hekimleri tarafından sıkça kullanılmaktadır. 2000 yılında The US Food and Drug Administration (FDA) tarafından articainin bu amaçla kullanımı onaylanmıştır (1). Articain lipofilik tiyofen halkasına bağlı ester yan zincir içeren amid yapılı lokal anesteziktir (1). Bizim hastamızda articaine bağlı epileptik nöbet gelişti. Bilgilerimize göre articaine bağlı nöbet daha önce bildirilmediğinden bizim vakamız önem arzetmektidir.

VAKA SUNUMU: 4 yaşındaki hasta acil servisimize nöbet nedeniyle 112 ekibi tarafından getirildi. Hasta diş ağrısı nedeniyle özel diş polikliniğine götürülmüş ve hastanın ağzında bulunan diş çürüğüne müdahale etmek için hastaya diş hekimi tarafından mandibular blok yapılmış. Mandibular blok yapmak için 40 mg/ml articain ve 0.012 mg/ml epinefrin (1:100.000) içeren ilaçtan 1ml enjekte edilmiş. Enjeksiyondan hemen sonra hasta gözlerini bir noktaya sabitlemiş, yaklaşık bir dakika süren tonik-klonik kasılması olmuş ve hastanın ağzından köpük gelmiş. Kasılmalardan sonra diş hekimi tarafından değerlendirilen hastanın vücudunda kızarıklık ve uvula ödemi saptanmamış ve 112 ile hastanemize gönderilmiş. Hasta acil servise getirildiğinde bilinci açık, oryante, koopereydi. Hastanın cilt, akciğer, nörolojik muayenesi normaldi. Ateş:36,7, oksijen saturasyonu: %97, nabız:86/dk., solunum sayısı:20/dk, tansiyon:110/70 mmHg, elektrokardiogram: normal sinüs ritminde idi. Hastanın çalışılan tahlillerinde hemogram, biyokimya ve kangazı normaldi. Hastada articaine bağlı epileptik nöbet geçirdiği düşünüldü. Elektroensefalografi (EEG) ve beyin MR'ı çektirmek amacıyla tıp fakültesine sevk edilen hastanın çekilen EEG ve beyin MR'ı normaldi. 24 saat gözlem altında tutulan hastanın vital bulguları normal seyretti, nöbet tekrarı olmayıp taburcu edildi. Hasta telefonla arandı ve üç aylık takibinde nöbet olmadı.

TARTIŞMA: Lidokain, bupivakain, mepivakain gibi amid yapılı lokal anesteziklere bağlı nöbet literatürde bildirilmiştir (2-4). Kardiyak arrest ve ölüm lidokain ve bupivakaine bağlı rapor edilmiştir (5). Articain epilepsi hastalarında önerilen lokal anesteziktir (6).

Hamed ve arkadaşları yanlışlıkla aşırı oral lidokain alımına bağlı nöbet bildirmişler. Lidokain nöronlar için toksiktir, nöbet üzerine etkisi doz bağımlıdır ve hayvan ve insan deneylerinde 15 µg/mL üzerinde alımlarda nöbet geliştiği bildirilmiştir (7).

Rita ve arkadaşları intraplevral kateterle bupivakain verilen hastada nöbet geliştiğini bildirmişlerdir. Erişkinlerde bupivakaine bağlı santral sinir sistemi toksisitesi için plasma değeri 4 µg/mL olduğu bildirilmiştir. Scott ise santral sinir sistemi toksisitesi için belirli plasma düzeyinden ziyade ilacın plasma konsatrasyonunun artış hızının daha önemli oluğunu ve artış hızı yavaş olduğunda tolere edilen seviyenin daha yüksek olduğunu vurgulamıştır(8,9).

Daubländer ve arkadaşları yaptkları çalışmada risk grubundaki hastalarda mepivakaine bağlı komplikasyonların daha sık olduğunu bildirmişlerdir(10).

Literatür taramamıza göre bizim hastamız articaine bağlı nöbet geçiren ilk vaka olması açısından önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: articaine, nöbet, epilepsi, komplikasyon

PS-0259 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Lamotrijine Bağlı Dress Sendromu

Murat Yücel, Özgür Deniz Sadioğlu, Halil İbrahim Çıkrıklar, Yusuf Yürümez
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye

GİRİŞ: DRESS Sendromu (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms); nadir görülen, ateş, deri döküntüsü, lenfadenopati, hematolojik anormallikler (eozinofili, atipik lenfositler) ve iç organ (karaciğer veya diğer) tutulumu ile karakterize olarak yaşamı tehdit edebilen, gecikmiş tip ilaç hipersensitivite reaksiyonu olarak tanımlanmaktadır. İlk defa kullandığı lamotrijine içerikli ilaca bağlı olarak gelişen DRESS Sendromu vakasını sunuyoruz.

OLGU SUNUMU: 23 yaşında bayan hasta acil servise döküntü ve ateş şikâyetleri ile başvurdu. Epilepsi tanısıyla topimarat kullandığı ancak iki hafta önce ilacının değiştirildiği ve lamotrijine geçildiği öğrenildi. İlacı kullanmaya başlamasından yaklaşık bir hafta sonra vücudunda döküntülerin oluştuğu ve ateşinin yükseldiği belirlendi. Hastanın genel durumu iyi, şuuru açık, koopere ve oryante idi. Vital bulgular; TA: 120/70 mmHg, Nabız: 90/dk, Ateş: 38 0C ve SaO2: %99 idi. Laboratuar tetkiklerinde; WBC: 10,7, Eos: % 6.9/0.741, Üre: 18, Kreatinin: 0.72, ALT: 78, AST: 45 ve K: 3.4 idi. Diğer tetkiklerde ise anormallik saptanmadı. Fizik muayenesinde yüzünde ödem, göz kapaklarında ve dudaklarda ise squam ve eritemler tespit edildi. Tüm vücudunda ise makülopapüller eritemli kaşıntılı lezyonlar saptandı. Hasta bu bulgular ile Dermatoloji bölümünce konsülte edilerek hospitalize edildi.

SONUÇ: Acil servise ateş ve döküntü şikâyeti ile gelen hastalarda DRESS Sendromu akla gelmeli ve yaşamı tehdit edebilen nadir görülen bir gecikmiş tip ilaç hipersensitivite reaksiyonu olduğu unutulmamalıdır. Hastaların son dönemlerde kullandığı ilaçlar, özellikle de antiepileptik ilaçlar da mutlaka ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Dress Sendromu, lamotrijin

PS-0260 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Baş Ağrısının Genetik Geçişli Nadir Bir Sebebi: CADASIL Hastalığı

Murat Yücel, Fatma Duran Memiş, Halil İbrahim Çıkrıklar, Yusuf Yürümez
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye

GİRİŞ: CADASIL Hastalığı (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy), klinik olarak sıklıkla migren tipi baş ağrısı, geçici iskemik atak, inme, bilişsel bozulma ve mizaç bozukluğu şeklinde karşımıza çıkabilen bir küçük damar hastalığıdır. 100 binde 2-4 oranlarında bildirilen bu bozukluğun, beyine ait herediter küçük damar hastalıklarının en sık formu olduğu, sıklıkla gözden kaçtığı ya da yanlış tanılandırıldığı düşünülmektedir. Bu vakada kolaylıkla gözden kaçabilecek olan bu hastalığa dikkat çekilmesi amaçlandı.

OLGU SUNUMU: 39 yaşında kadın hasta Acil Servise bir gün önce başlayan baş ağrısı ve kelime bulmada güçlük çekme şikâyetleriyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde uzun süredir ara ara olan baş ağrısı şikâyeti olduğu ve kardeşinin de benzer şekilde tekrarlayan baş ağrılarından yakındığı öğrenildi. Vital bulgular; TA: 120/70 mmHg, Nabız: 70/dk, Ateş: 36,6 oC, SS: 16/dk ve SaO2: % 99 idi. Fizik muayenede genel durum iyi ve bilinci açık olan hastanın kooperasyon ve oryantasyonunda azalma olduğu tespit edildi. Pupiller izokorik, ışık refleksi +/+ ve ense sertliği yoktu. Motor ve duyu muayenesi normal idi. Diğer sistemlerde herhangi bir patoloji saptanmadı. Laboratuvar testlerinde anemi (Hb: 9,3 mg/dl) dışında herhangi bir bozukluk gözlenmedi. Beyin Bilgisayarlı Tomografi görüntülemesinde trans-aksiyel alanda iskemi ile uyumlu görünüm izlendi. Nöroloji bölümü ile konsülte edilen hasta Nöroloji servisine yatırıldı. Hastadan burada istenen Magnetik Rezonans Görüntülemede subkortikal enfarktlar ve derin beyaz cevher hiperintensitelerinin görülmesi üzerine CADASIL Hastalığı tanısı konuldu. Takiplerinde genel durumu düzelen hasta öneriler ile taburcu edildi. CADASIL Hastalığının genetik geçişli bir hastalık olması nedeniyle hastanın kardeşi de tetkik edildi ve kardeşine de CADASIL hastalığı tanısı konuldu.

SONUÇ: Acil servislerde sık karşılaşılan baş ağrılı vakalarda özellikle genç erişkin hastalarda hipertansiyon ya da arteriyoskleroz gibi herhangi bir risk faktörü yok iken saptanan lakuner enfarktların varlığında CADASIL Hastalığı da akla gelmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Cadasil hastalığı, baş ağrısı

PS-0261 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Ani görme kaybının nadir bir nedeni: Non arteritik iskemik optik nöropati

Serhat Örün, Ayhan Aköz, Ali Duman, Bekir Dağlı, Mücahit Kapçı, Ahmet Tunç Deniz
Adnan Menderes Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ: Non arteritik iskemik optik nöropati (NAİON), optik disk retrolaminar kısmının enfarktüsüne yol açan kısa posterior siliyer arterlerde bir perfüzyon yetersizliği sonucu oluşan görme kaybına verilen isimdir. Altta yatan neden tam olarak bilinmemektedir. 50 yaş üstü kişilerde ve kadınlarda görülme oranı daha fazladır. İnsidansı 100000 de 2,3-10,3 arsındadır. Klinik olarak karşımıza ağrısız ani görme kaybı şeklinde çıkar, görme kaybı genellikle geri dönüşsüzdür. Bu vakayı sunmaktaki amacımız acil servisimize ani görme kaybıyla başvuran ve uzun ayırıcı tanı süreci sonrası NAİON tanısı koyduğumuz hastayla ilgili tecrübelerimizi paylaşmaktır.

OLGU: 66 yaşında kadın hasta hemodiyaliz sırasında sağ gözünde ani görme kaybı şikâyetiyle acil servisimize sevk edildi. Anamnezinden 1 ay önce de sol gözünde ani görme kaybı olduğu, bu nedenle göz polikliniğine başvurduğu ve halen net bir tanı konulamadığı öğrenildi. Özgeçmişinde 10 yıldır diyabetes mellitus (DM), kronik böbrek yetmezliği(KBY) ve hipertansiyon(HT) nedeniyle tedavi gördüğü tespit edildi. Başvuru anındaki vital bulguları TA:200/90 mmHg, nabız: 99 atım/dakika, solunum sayısı: 19/dakikada, ateş: 36C, saturasyon: %96 idi. Fizik muayenede

bilateral pupil ödemi mevcuttu, ışık refleksleri alınamadı, bilateral optik disk sınırları silik ve iğ şeklinde hemoraji tespit edildi, diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuar tahlillerinde CRP: 25,44 mg/L, Lökosit: 11,04 10^3/mkrL tespit edildi, diğer değerleri normaldi. MR beyin ve MR orbita görüntülemelerinde parsiyel boş sella dışında patoloji tespit edilmedi, temporal arter doppler ultrason görüntülemesi yapıldı, normal olarak raporlandı. Hasta göz hastalıkları servisinde takip ve tedavi altına alındı ayrıca nöroloji, nefroloji, endokrinoloji, romatoloji ve enfeksiyon hastalıkları bölümlerince de değerlendirildi. Ayırıcı tanıda hastaya vaskülit açısında Anti nükleer antikor, Anti mitokondriyal antikor, Anti düz kas antikoru, Anti ds DNA, Anti nötrofil sitoplazmik antikor profili, Somatomedin-C ve temporal arter biyopsisi, empty sella açısından synacthen testi ve lomber ponksiyon yapıldı. Ayrıca kan, idrar ve BOS kültürleri çalışıldı. Ayırıcı tanıda yapılan tahlil ve tetkiklerinde akut patoloji tespit edilmedi. Tedavi olarak pulse steroid uygulandı. DM, KBY, HT tedavileri düzenlendi. Tedaviye rağmen görme kaybında gerileme olmadı. Ek şikâyeti olmayan hasta 10 gün sonra poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: NAİON nadir fakat geri dönüşsüz görme kaybına neden olan bir durumdur. Bu hastalar acil servislere ani başlayan görme kaybı ile başvursalar da görmeyle ilgili şikâyetleri 2-3 hafta öncesinden başlamaktadır. Tam ilişkisi bulunamasa da DM, HT, hiperlipidemi gibi küçük damar hastalıklarının NAİON gelişiminde katkısı olduğu düşünülmektedir. Erken tanı konulduğunda dekompresyon cerrahisinden fayda gördüğü belirtilen olgular mevcuttur. Bizler de NAİON'un erken tanısının tedavinin prognozuna katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: acil servis, ani görme kaybı, non arteritik iskemik optik nöropati, NAİON

PS-0262 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Postpartum Hipoglisemi: Sheehan Sendromu: Bir Olgu Sunumu

Songül Araç, Yılmaz Zengin, Mustafa İçer, Ercan Gündüz, Recep Dursun, Hasan Mansur Durgun, Ferhat Çağıran
Department of Emergency Medicine,Dicle University, Diyarbakır, Turkey

GİRİŞ: Postpartum hemoraji ve hipovolemiye bağlı hipofiz nekrozuna özel olarak Sheehan Sendromu denilir. Sheehan sendromunda belirtiler, hipofizin hasar derecesine göre hemen ya da yıllar sonra ortaya çıkabilir. Tanısı anlamlı obstetrik öykü, klinik belirtiler, hipofizer hormon eksiklikleri (Serbest T3-T4, TSH, kortizol, ACTH, FSH, LH, östrojen, prolaktin ve insulin like growth factor-1), radyolojik bulgular ve hipofiz stimulasyon testleriyle konur. Manyetik rezonans görüntüleme günümüzde sellanın değerlendirilmesinde en çok tercih edilen görüntüleme yöntemi haline gelmiştir. Biz bu olgumuzda bilinci konfüze ve hipoglisemi ile gelen Sheehan Sendromlu hasta sunduk.

OLGU: Acil servise 37 yaşında bayan hasta, yakınları tarafından uykudan uyandırılamama, bilinçte bozulma ile getirildi. Anamnezde son birkaç aydır giderek belirginleşen depresif duygu durumu ve yoğun psikososyal sorunları mevcut olduğu öğrenildi. Özgeçmişte 3 yıl önce normal doğum sonrası hiç adet görmediği ve hipotroidi nedeniyle medikal tadavi aldığı öğrenildi. Fizik muayenede hastanın bilinci konfüze, oryantasyon ve kooperasyon yoktu. Pupiller izokorik ve orta hatta, ışık refleksi bilateral pozitif, fasiyal asimetri yok ve diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın vital bulguları normal sınırlardaydı. Bakılan parmak ucu kan şekeri 20 mg/ dl olarak ölçülen hastaya %20' lik dextroz solüsyonundan 50 ml intravenöz bolus yapıldı ve %5'lik infüzyon başlandı. Dextroz tedavisine yanıt alınan hastada mevcut klinik ile Sheehan Sendromu ve buna bağlı gelişen hipoglisemi olarak değerlendirildi. Endokrin bölümüne yatırılan hastanın klinik düzelmesi olduğunda tedavisinin 12. gününde hormon tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

SONUÇ: Postpartum dönemde başlayan hormonal bozukluklarda Sheehan Sendromu akılda tutulmalıdır. Uygun tetkiklerle tanısı doğrulanan hastalarda gerekli hormonal tedaviler başlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: hipoglisemi, postpartum, Sheehan Sendromu

PS-0263 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Şiddetli Karın Ağrısı İle Başvuran Epiploik Apandajit Olgusu

Esin Korkut[1], Semih Korkut[2]
[1]*Medipol Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul*
[2]*Sultanbeyli Devlet Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul*

Appendisit epiploika olarak da bilinen epiploik apandajit epiploik apendisit torsiyonu veya santral veninde ki spontan trombüs sonucu oluşan kendi kendini sınırlayan benign durumdur. Bildirimizde karın ağrısı ile başvuran epiploik apandajitli bir vakamızı sunmayı amaçladık.

OLGU: 30 yaşında bayan hasta polikliniğimize 2 gündür devam eden karın ağrısı, bulantı yakınması ile başvurdu. Fizik muayenede sağ alt kadranda derin palpasyonda hassasiyet mevcut idi. Defans, rebound yok, ateş izlenmedi. Laboratuvar değerlerinde özellik saptanmadı (Lökosit: 7900/mm3, CRP: 4,2 mg/L), ayakta direkt batın grafisinde yaygın gaz dışında özellik saptanmadı.

Hastanın çekilen batın ultrasonografisinde umblikus sağ superior lateralinde periferi hipoekoik, santrali hiperekoik nodüler lezyon izlendi. Epiploik apandajit ile uyumlu olduğu bildirildi.

Hastaya ibuprofen 600mg 2x1 konservatif tedavi başlandı. 1 hafta sonra kontrole çağrılan hastanın herhangi bir yakınmasının mevcut değildi.

SONUÇ: Apendisit epiploika akut karın ağrısı ayırıcı tanısında mutlaka akılda tutulmalıdır. Sol hemikolon yerleşimli bir epiploik apendiks enfarktı divertikülit klinik semptomlarını taklit ederken, sağ hemikolon kökenli bir epiploik apendagitis akut apandisit ile karışabilir. Ultrasonografi ve/ veya bilgisayarlı tomografi appendisit epiploikanın tanısını güvenle koyar. Takiben verilecek semptomatik tedavi hastaların gereksiz hospitalizasyonunu, antibiotik tedavisini, cerrahi müdahaleyi ortadan kaldıracaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Epiploik apandajit, Karın ağrısı, Radyoloji

PS-0264 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Menejit Nedeniyle Oluşan Spontan Pnömosefali

İsa Başpınar, Nurhayat Başkaya, Ayhan Sümer Yaman, İmran Sona Ayvalı, Nermin Taşkesen, Murat Soyuduru, Yavuz Katırcı
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Pnömosefali, serebral boşluklarda hava bulunması durumu olarak tanımlanır. Genelde dura veya kranial kemik bütünlüğü bozulduğunda, bir negatif basınç gradienti ile kafatası boşluğuna hava girmesi ile oluşur. Çoğunlukla kroniafasiyal travma, nöroşirürijikal girişim ve post- radyasyon nekrozu sonrası gelişir. Bununla birlikte, kraniofasyal travma ve nöroşirürijikal girişim yokluğunda, bakteriyel menenjit veya kranial enfeksiyonlar pnömosefalinin nadir bir nedeni olabilir. Pnömosefali, hala yüksek mortalite ve morbiditeye sahip bakteriyel menenjitin nadir bir komplikasyondur. Biz bu yazıda bakteriyel menenjitin neden olduğu sıradışı bir spontan pnömosefali olgusunu anlatmaya çalıştık.

OLGU: 72 yaşında erkek hasta 2 gündür geçmeyen şiddetli baş ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın vücut ısısı 37,1 idi diğer vital bulgular stabildi. Hastanın yapılan laboratuvar incelemesinde WBC:17,300/µL, eritrosit sedimentasyon hızı 34mm/sa ve CRP'si 32,9mg/dl idi. Hastanın çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde, sol ambien sisternde, posterior fossada ve solda tentorium komşuluğunda milimetrik serbest hava değerleri izlendi. Hastaya olası bir SSS enfeksiyonu şüphesiyle seftriakson 2x2gr IV başlandı ve yatışı yapıldı. Hastanın takiplerinde ateşi olması ve bilinç durumunda kötüleşme olması nedeniyle yapılan BOS incelenmesi; Lökosit: 2400/mm3 ve %90'ı PMNL,pandy testi++, BOS glukozu 33 mg/dl, BOS proteini 250mg/dl ve BOS glukozu/serum glukozu 0,16 olarak sonuçlandı. BOS incelemesi sonuçları bakteriyel menenjit bulguları ile uyumlu idi. Ancak BOS ve kan kültürlerinde herhangi bir üreme olmadı.Tedaviye ampisilin 6x2 gr IV eklendi. Hastanın çekilen kontrol bilgisayarlı beyin tomografisinde serbest hava değerleri izlenmedi. Hastanın tedavisi enfeksiyon hastalıkları servisinde halen sürmektedir.

SONUÇ: Pnömosefali genellikle baş ağrısı, bulantı, kusma, baş dönmesi, letarji, bilinç bozukluğu ve meningismus triyadı gibi özgün olmayan semptomlarla kendini gösterir. Lokalizasyonuna ve pnömosefalinin hacmine göre konfüzyon, dezoryantasyon, anizokori ve hemiparezi oluşabilir. Menenjitle ilişkili pnömosefali durumlarında erken süphe, doğru tanı ve uygun antibiyotik tedavisi ile beraber yeterli BOS analizi ve radyolojik tetkikler gereklidir. Tanı BBT taraması sonrası konulabilir, çünkü BBT intrakranial kompartmandaki 0,5 ml'den az havayı tesbit edebilir. Pnömosefali genellikle iyi huyludur ve hastaların %85'inde ilk bir hafta içinde intrakranial hava absorbe olur. Bu durumun tedavisi klinik duruma, hapsolunan havanın oranına ve ilerlemesine ve de etyolojiye bağlıdır. Semptomatik pnömosefali tedavisinde %100 oksijen inhalasyonu kullanılarak azotun difüzyon hızı arttırılmaya çalışılmaktadır. Hidrasyon, analjezikler, sedatifler, antiemetikler ve yatak istirahatı semptomatik pnömosefali hastalarının konservatif tedavisinde kullanılmaktadır. Hemen tüm olgularda bu tedaviler yeterli olmakta ve semptomlar 2-3 hafta içinde ortadan kalkmaktadır.

Sonuç olarak; nadir olmasına rağmen menenjit, pnömosefalinin olası bir nedeni olarak kabul edilmelidir. Fokal nörolojik defisit veya nörolojik kötüleşme gösteren hastalarda BOS analizi de dahil olmak üzere dikkatli tanı çalışmaları vazgeçilmezdir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil Servis, Bakteriyel Menenjit, Spontan Pnömosefali

POSTER BİLDİRİLER

PS-0265 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Bacakta şişlik her zaman derin ven trombozu mu?

Vermi Değerli, Gülşah Şehitoğlu, Özgür Önen, Gökhan Yılmaz, Özgür Duran
Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir

GİRİŞ: Bacakta şişlik ve ağrı şikayeti ile gelen hastaların ayırıcı tanısında genellikle ilk olarak DVT (derin ven trombozu) ve tromboflebit düşünülür. Ancak popliteal kistlerin (Baker kisti) de alt ekstremite DVT semptomlarını taklit ettiği bilinmektedir.

Baker kisti popliteal fossada en sık görülen, etkilenen bacakta hareket kısıtlılığı ve gerginliğe yol açan içi sıvı dolu avasküler bir şişliktir. Biz de ayırıcı tanıda ilk olarak DVT düşündüğümüz ancak Baker kisti tanısı alan iki olgumuzu sunacağız.

OLGU: 39 yaşında kadın hasta sol dizden itibaren sol bacakta ağrı, uyuşma, şişlik ve deride renk değişikliği ile başvurdu. Travma öyküsü olmayan hastanın özgeçmişinde bir özellik yoktu, vitalleri stabildi. Fizik muayenede sol bacakta cutis marmaratus görünümü, sağ bacağa göre çap farkı,sol diz arkasında sertlik ve hareketle ağrı mevcuttu. Periferik nabızları açık olan hastada öncelikle DVT düşünülerek dopler USG istendi. Dopler USG'de sol popliteal fossada eklem aralığı ile ilişkisi olduğu izlenen multiseptalı 34x10 mm çaplı Baker kisti ile uyumlu lezyon izlendi.

85 yaşında erkek hasta sol bacakta bir gün önce aniden olan dizden itibaren şişlik, ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın HT dışında özgeçmişinde bir özellik yoktu. Vitalleri stabildi. Fizik muayenede sol bacakta sağ bacağa göre şişlik, sol diz arkasında sertlik, diz ekstensiyonu ile ağrı vardı. Öncelikle DVT ön tanısıyla dopler USG istendi. Dopler USG'de diz altında cilt altı dokularda ödem, gastroknemius medial başı komşuluğunda 3x2 cm çaplı hipoekeoik alan (Baker kisti) izlendiği tespit edildi.

TARTIŞMA: Baker kisti ve DVT'de klinik bulguların benzer olması, ancak tedavilerinin farklı olması nedeniyle doğru tanının konulması önemlidir. Sinovyal sıvı dizin hareketli kısımları arasındaki sürtünmeyi azaltır. Çeşitli artrit durumlarında, diz enflamasyonu durumlarında, diz travmalarında aşırı sinovyal sıvı üretimi olabilir. Bu aşırı sıvı popliteal bursada şişlik oluşturur. Baker kistinin semptom ve bulguları;diz eklemi arkasında popliteal kitle, palpasyonla hassasiyet, ağrı, şişlik ve baldırda hassasiyettir. Bu semptomlar DVT ve yüzeyel tromboflebitte de görülür. Baker kistinin en yaygın komplikasyonu baldıra diseksiyon ve rüptüre olmasıdır. Şiddetli baldır ağrısı ve şişliğe neden olan akut rüptür DVT'siz pseudotromboflebit sendromu olarak bilinir. Baker kistinin en az görülen komplikasyonu ise baldırın ön veya yan tarafında kitle, periferal nöropati, ayak-ayak bileğinde ekimozlardır.

Ayırıcı tanıda DVT, tromboflebit, hematom, tümör, popliteal arter veya venöz anevrizmalar akla gelir. Tanıda USG, BT, MR ve artrografi kullanılır.

Çoğu zaman tedavi gerektirmez, takip edilir. Ancak klinik bulgular oluştuğunda nedene yönelik (artrit, menisküs yırtığı vs) tedavi olmalıdır. Kist aspire edilebilir, damar-sinir paketini etkilerse cerrahiye başvurulur.

ANAHTAR KELİMELER: derin ven trombozu,tromboflebit, Baker kisti

PS-0266 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Oksipital lob enfarktı sonucu izole görme alanı kaybı

Gürkan Altuntaş[1], Betül Abanoz[1], Ayşegül Gümrükçü[1], Faruk Özşahin[2], Süleyman Türedi[1]
[1] *Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon*
[2] *Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Giresun*

Görme alanı kayıpları, oksipital lob enfarktlarının en önemli nörolojik sekelidir. Homonim görme alanı defektleri, görme fonksiyonunu önemli ölçüde bozmaktadır. İzole sol ya da sağ göz temporal yarısında görme alanı kaybı ile başvuran ve oksipital lob enfarkt tanısı alan hasta sayısı sınırlıdır.

Yetmişiki yaşında bayan, 5 saat önce başlayan sağ gözde görme kaybı ile acil servise başvurdu. Detaylı nörolojik muayenesinde sağ homonim hemianopsi dışında patolojik bulgu tespit edilmedi. Hastanın göz hareketleri ve fundoskopik muayenesi normaldi. Yapılan kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) işleminde, sol oksipital lobda kortikal ve subkortikal alanları etkileyen erken dönem iskemik değişiklik ile uyumlu difüzyon kısıtlanması izlendi. Tedavisinin devamı için nöroloji servisine devredildi.

Acil tıp hekimleri, görme alanı defektlerinde iskemik inmeyi ekarte edinceye ön tanı olarak düşünmeli ve bu durmun tespitine yönelik uygulamalar yapmalıdırlar.

ANAHTAR KELİMELER: inme, oksipital lob enfakt, acil servis

PS-0267 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Torakal Kitle

Ömer Faruk Bayraktutan[1], Sultan Tuna Akgöl Gür[2], Mustafa Ceylan[1]
[1] *Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği*
[2] *Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İlk ve Acil Yardım*

GİRİŞ-AMAÇ: Spinal kord tümörleri ağır morbidite ve mortalite nedeniyle erken tanısı önemlidir. Yerleşim daha sık torakal olmaktadır. Spinal kord kitleleri tutulan anatomik bölgelere göre farklı klinikler ile başvurabilirler. Yapılan çalışmalarda başvuru esnasında vakaların %90' ında motor bulgular, %60' ında duyusal bulgular, %60' ında sfinkter kusuru ve %50 sinde ağrı olduğu tespit edilmiştir. Ani gelişen sağ bacak kuvvetsizliği ile acil servisimize başvuran ve torakal kitle tespit edilen olgumuzu paylaşmayı amaçladık.

OLGU: 55 yaşında bayan hasta ani gelişen sağ bacakta kuvvetsizlik şikâyeti ile acil serviste değerlendirildi, daha öncesinde diyabetes mellitus tanısıyla ve diyabetik periferik nöropatik ağrı ve idrar inkontinansı tanılarıyla ilaç kullanmakta olduğu öğrenildi. Yapılan nörolojik muayenesinde: sağ alt ekstremite 3/5 kuvvetinde, derin tendon refleksleri alınmıyor, patolojik refleks yoktu. Yapılan Laboratuvar tetkiklerinde glukoz: 268 haricinde normaldi. Öncelikle serebrovasküler hastalık ön tanısıyla beyin Bilgisayarlı Tomografisi çekildi. Normal tespit edildi. Diffüzyon Manyetik Resonans Görüntüleme (MRG) yapıldı, akut patoloji tespit edilmedi. Torakal MRG çekildi. T1-2 seviyesinde ekstradural yerleşimli kitle lezyon tespit edildi. Hasta ilgili kliniğe hospitalize edildi.

SONUÇ: Spinal kord kitle lezyonları akut, subakut, kronik semptomlarla başvurabilirler. Akut semptomlar serebrovasküler hastalıklarla, spinal kordun demiyelinizan hastalıkları ile veya akut polinöropatilerle karışabilir. Erken tanı hastanın morbiditesi açısından önemlidir. Olgumuzun ön planda motor bulgusu vardı, fakat duyusal bulgular mevcut polinöropatisi nedeniyle yeterli değerlendirilemiyordu. Nöropatik ağrı nedeniyle ilaç kullanan hasta lokalize edici ağrı tariflemiyordu. Öncelikle serebrovasküler hastalık tetkik edilen hastanın serebral nöro-görüntülemeleri normal olması üzerine spinal incelemesinde kitle lezyon tespit edildi. Olgumuzu nadir karşılaşılması nedeniyle paylamayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELER: Spinal kord, tümör, monoparazi

PS-0268 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Karın Ağrısı Olan Hastaya Paratroid Cerrahisi

Mustafa Yılmaz, Metin Ateşçelik, Mehtap Gurger, Mustafa Yildiz
Acil Tıp Kliniği, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Turkey

GİRİŞ: Ürolithiyazis oranının ülkemizde çok sık olarak görüldüğü bilinmektedir. Genellikle üreter taşının neden olduğu renal kolik ise acil servislerde sıklıkla karşılaşılan klinik bir tablodur. Acil servislerde bazen yeni tanı olarak bazen de mevcut olan taşa bağlı olarak gelişen tablo olarak renal kolik karşımıza çıkmaktadır. Akut olarak tedavisi yapıldıktan sonra genellikle ilgili klinik olarak Üroloji polikliniğine yönlendirilerek hasta taburcu edilmektedir. Bu yazımızda acil servise akut batın ön tanısıyla gönderilen ve yapılan tetkiklerinde renal kolik ve hiperkalsemi birlikteliği saptanan ve ileri araştırma sonucunda paratroid adenomu tanısı konularak cerrahi tedavisi planlanan hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: Yirmi yaşında erkek hasta karın, sağ orta- alt bölgesinde ağrı şikâyetiyle kliniğinimize geldi. Muayenesinde karında hassiyeti olan hastanın WBC: 21,6 103/mm (N: 4-10), Kalsiyum 11 mg/dl (N:8,5-10,8) olduğu tespit edildi. Batın Ultrasonugrafisinde sağ böbrekte pelvikaliektazi (pelvis AP çapı 22 mm) izlendi. Batın BT'de sağ böbrekte grade I hidroüreteronefroz ve sağ üreter mesane açılım düzeyinde 4 mm çaplı kalkül olduğu tespit edildi. Hasta renal kolik+ Hiperkalsemi tanısıyla yatırıldı. Parathormon düzeyi 208 pg/mL (N:19,8-74,9)ve 25-OH Vitamin D3 düzeyi 10,6 micgr/L (N:20-150) olan hasta primer hiperparatroidi olarak değerlendirildi. Boyun USG normal olarak değerlendirildi. Paratroid sintigrafisinde ide Sağ lob alt polde adenom olduğu tespit edilmesi üzerine hasta genel cerrahiye devredildi. Paratroid adenomu eksize edilen hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Karın ağrısı acil serviste sık rastlanan klinik bir durumdur. Karın ağrısı olan ve klinik olarak RC olarak kabul edilen hastaların ağrı takibinin ve laboratuvar tetkiklerinin dikkatle incelenmesi gerekmektedir. Paratroid adenomuna bağlı olarak yükselen parathormon ile ilişkili olarak kalsiyumun artmasına bağlı olarak üreter taşı ve RC kliniği nadir karşılaşılan fakat zamanında tedavi ile olası renal yetmezlik gelişmesi engellenebilir.

ANAHTAR KELİMELER: Hiperkalsemi, Hiperparatroidi, Karın ağrısı, Renal Kolik

PS-0269 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Konvulzif Nöbet ve Venöz Tromboz

Mustafa Ceylan[1], Ömer Faruk Bayraktutan[1], Sultan Tuna Akgöl Gür[2]

[1]*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği*

[2]*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İlk ve Acil Yardım*

GİRİŞ-AMAÇ: Toplumun %10' luk bir kesimi, hayatlarında en az bir kere nöbet geçirirler. Nöbet geçirme, acil servis başvurularının yaklaşık %0,4-0,7'sini oluşturur. Etyolojide toksikasyondan akut yapısal bir patolojiye kadar birçok neden olabilir. Belli bir algoritmaya göre incelemeler yapılmalıdır. Konvulsif nöbetle başvuran ve Serebral venöz tromboz (SVT) tanısı konulan hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: 28 yaşında 6 aylık gebe hastanın daha önce bilinen bir hastalık öyküsü yok. Birkaç gündür başının tamamında zonklayıcı vasıfta ağrı olduğu öğrenildi. İki kez şuurunda bozulma ile birlikte kol ve bacaklarında kasılmanın olduğu, gözlerinin bir noktaya sabitlendiği, dil ısırmasının ve idrar kaçırmasının olduğu 2-3 dakika süren nöbet geçirmesi üzerine acil servisimize başvuran hastanın herhangi bir ilaç-madde kullanım öyküsü yoktu, nörolojik muayenesi normaldi. Laboratuvar tetkikleri normal tespit edildi. Diffüzyon Manyetik Resonans Görüntüleme (MRG) ve MRG Venografi çekildi. Diffüzyon kesitlerde akut patoloji izlenmeyen hastanın MRG Venografisinde sağ transvers ve sigmoid sinüste trombüs lehine görüntü izlendi. Hasta sekonder epilepsi ve SVT tanısıyla hospitalize edildi.

SONUÇ: Konvulsif nöbetle başvuran hastalar sekonder epilepsi yönüyle dikkatli tetkik edilmelidir. Akut yapısal lezyonlar veya santral sinir sistemi enfeksiyonları açısından nörogörüntüleme ile değerlendirilmelidir. SVT klinik semptom ve bulgularının çeşitliliği nedeniyle ilginç ve zor bir hastalıktır. Her yaşta görülebiliir. Başlangıç aşamasında tanı koymak zordur. SVT gebelikte veya gebelik sonrası çok hafif semptomlardan koma hali gibi ağır tablolarla başvurabilirler. Erken tanı prognoz açısından çok önemlidir. Magnetik resonans ve venografi, ilk tercih edilecek görüntüleme yöntemleridir. Olgumuz 6 aylık gebeydi ve birkaç gündür daha önce yaşamadı karakterde baş ağrısı tarifliyordu. Mevcut bilgiler dahilinde SVT düşünülerek tetkik edilen hastanın nöbet etyolojisinde SVT tespit ettik. Olgumuzu gebelerde baş ağrısı veya konvülsif nöbet varlığında SVT'nin akılda tutulması gerektiğini hatırlatmak amaçlı paylaştık.

ANAHTAR KELİMELER: Serebral venöz tromboz, nöbet, gebelik

PS-0270 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Sadece Migren ?: Migren Tanılı Hastada Sakküler Anevrizma

Bilen Çetin, Bora Kaya, Tolga Yılmaz, Serkan Yılmaz
Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Baş ağrısı migren, küme baş ağrısı, sinüzit gibi sık görülen hastalıkların bir semptomu olabileceği gibi intrakraniyal kanama, intrakraniyal anevrizma, serebrovasküler malformasyonlar, subaraknoid kanama, intrakraniyal kitle gibi daha seyrek görülen fakat hayatı tehdit edici hastalıkların da semptomu olabilir. Bu tip olgularda yanlış veya eksik tanıların ölümcül sonuçları olabilmektedir. Literatürde atipik migren ataklarını intrakranial anevrizmalarla ilişkilendiren yayınlar bulunmaktadır. Migren tanısı olan ve servisimize migren atağı şikayeti ile başvuran olgumuzda rüptüre olmamış intrakranial sakküler anevrizma tanısı konulmuş olup, benzer vakalarda erken tanı konulmasına katkı sağlanması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU: 28 yaşında kadın hasta acil servise yaklaşık 6 saattir süren, giderek şiddetlenen, zonklayıcı baş ağrısı ile başvurdu. Özgeçmişinde 5 yıldır migren tanısı mevcuttu. Hikayesinde, atakları sırasında zonklayıcı, başlangıçta ışık çakmaları, bazen görme bulanıklığı ve nazal lakrimasyonun eşlik ettiği, çoğunlukla periorbital ve temporal bölgede yoğunluk gösteren ortalama 6-48 saat süren, sessiz loş ortamlarda nonsteroid analjeziklerle azalan bir başağrısı tariflemekteydi. Benzer baş ağrısı ataklarıyla acil servise başvurduğunu, bugünkü baş ağrısının önceki ağrılarına çok benzemekle beraber ışık çakması görme bulanıklığı gibi şikayetlerinin olmadığını, daha şiddetli ve ani başlangıçlı olduğunu ifade etmekteydi. Fizik muayenesinde TA:120/80 mmHg, Nabız:105/dk, Ateş:37,2°C. Nörolojik muayenesinde, GKS:15, pupiller izokorik, ışık refleksi bilateral eşit ve kranial sinirler doğal olarak saptandı. Lateralizasyon, ataksi ve meningeal irritasyon bulguları saptanmadı. Rutin laboratuar tetkikleri alınarak, ağrı karakterinde farklılık olduğundan kraniyal tomografi istemi yapıldı ve hasta aurasız migren ön tanısıyla müşahadeye alınarak klasik migren tedavisine başlandı. Hastanın laboratuar bulgularında ve kraniyal BT sinde patolojik bir özellik saptanmadı. Şikayetleri gerileyen ve aktif şikayeti olmayan hastanın taburculuk öncesi yapılan ikinci muayenesinde sol göz kapağında pitozis, sol pupilde midriazis ve sol ışık refleksinde azalma saptandı. Nöroloji ve Göz hastalıkları ile konsülte edilen hastaya kraniyal MR, diffüzyon MR ve MR anjiografi planlandı. Görüntülemede patoloji saptanmayan hastanın takibinde pitozis ve midriazisde ilerleme saptandı. Nöroşirurji ile konsülte edilen hastada BT anjiyografi sonrasında 6x3x3 mmlik sakküler intrakraniyal anevrizma tespit edilmesi üzerine operasyon amacı ile interne edildi.

SONUÇ: Baş ağrısıyla başvuran hastalarda ayrıntılı öykü alınması, sekonder ve hayatı tehdit eden baş ağrısı sebeplerini dışlamak için detaylı ve seri nörolojik muayene yapılması, şüphe halinde mutlaka ileri görüntüleme yöntemlerine başvurulması gerektiği kanaatindeyiz.

ANAHTAR KELİMELER: anevrizma atipik migren sakküler

PS-0271 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Jejunal İntusepsiyon İle Prezente Olan Eozinofilik Enterit Olgusu

Esin Korkut[1], Burçin Çakan[2], Emre Kaya[3], Semih Korkut[4]

[1]*Medipol Üniversitesi Tıp Fakultesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul*

[2]*Medipol Üniversitesi Tıp Fakultesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul*

[3]*Medipol Üniversitesi Tıp Fakultesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul*

[4]*Sultanbeyli Devlet Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul*

AMAÇ: Eozinofilik gastroenterit gastrointestinal kanalın eozinofili yapacak bir nedeni olmaksızın eozinofilik infiltrasyonu ile karakterize bir hastalığıdır. Klinik prezentasyon tutulan barsak duvarı katmanına göre farklılık gösterir. Vakamız intusepsiyon ile başvuran eozinofilik enterit vakasıdır.

OLGU: Yirmidokuz yaşında bayan hasta şiddetli karın ağrısı nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın son 2 haftadır proton pompa inhibitörlerine yanıt vermeyen epigastrik bir ağrı yakınması mevcuttu. Yapılan gastroskopik tetkikinde antrumda gastrit dışında bulgu saptanmadı. Şiddetli karın ağrısı yakınması nedeni ile hastaya ayakta direkt batın grafisi çekildi. Normal olarak değerlendirildi. Takiben çekilen abdominal tomografisinde jejunumun orta kesiminde jejunojejunal invajinasyon görünümü mevcuttu. Eşlik eden kitle formasyonu görülmedi. İnvajinasyon distaline kontrast geçişi mevcut olup, obstrüksiyon görülmedi. Hastanın inen kolon segmentinde diffüz simetrik duvar kalınlık artışı izlenmiştir. İnflamatuvar barsak hastalığı ayırıcı tanısı amacı ile yapılan kolonoskopik tetkikinde ileum ve kolon mukozası normal olarak değerlendirildi. İnvajinasyon nedeni ile genel cerrahiye danışılan hasta tanısal amaçlı laparoskopi yapılmış olup laparoskopide özellik saptanmadı. İşlem sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastanın ağrıları takibinde gerilemiştir.

HASTANIN LABORATUVARINDA CRP:12 mg/L, beyaz küre 12,05 /mm3, eozinofil:2,35 /mm3 (0-0,45) %eozinofil 19,5. (%2-4). Mide mukozasından alınan biopsi sonucunda yoğun eozinofil artışı (30/BBA), fokal eozinofilik kriptit, yoğun degranülasyon, eozinofilik gastroenterit düşünülmüştür.

Mevcut bulgularla hastada eozinofilik enterite sekonder intusepsiyon düşünülmüştür. Takiben hastaya oral prednizolon tedavisi önerildi. Ancak hasta prednol tedavisini red etti. Bunun üzerine eozinofil eliminasyon diyeti başlandı. Ağrıları tekrarlamayan hasta ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi. On gün sonra ki poliklinik kontrolünde kanda eozinofil oranı %12,3 e gerilemiş idi. 1 aydır takip edilen hastanın tekrarlayan karın ağrısı olmadı.

SONUÇ: Jejunal intusepsiyonssepsiyon erişkin karın ağrısının nadir bir nedeni olup sıklıkla adenomatoz polip, lipom, melanom gibi altta yatan patolojiye bağlı gelişir. Eozinofilik gastroenterit jejunal intusepsiyonsunun oldukça nadir bir komplikasyonu olup cerrahi tedavi gerekmeksizin destek tedavisi ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilir.

ANAHTAR KELİMELER: Jejunal intusepsiyon, Eozinofilik Enterit, Karın ağrısı

POSTER BİLDİRİLER

PS-0272 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Status Epileptikus İle Başvura Baziler Tepe Sendromu

Mustafa Ceylan[1], Sultan Tuna Akgöl Gür[2], Ömer Faruk Bayraktutan[1]

[1] *Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği*

[2] *Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İlk ve Acil Yardım*

GİRİŞ-AMAÇ: Baziler arter iskemisinin prognozu oldukça değişkenlik gösterir. Prognoz oklüzyonun yeri, yayılımı ve kollateral dolaşıma bağlıdır. Çok hafif bulgularla seyredebileceği gibi, ciddi nörolojik sekellere yol açabilir veya mortalite ile sonuçlanabilir. Baziler arterin rostral parçasının oklüzyonuna baziler tepe sendromu denilir. Acil servisimize status epileptikus ön tanısıyla sevk edilen ve baziler tepe sendromu düşünülen olguyu paylaşmak istedik.

OLGU: 36 yaşında daha önce bilenen şüpheli epilepsi öyküsü olan bayan hasta evinde baygın bulunmuş. 9 ay içinde iki kez bayılması olduğu fakat ilaç kullanmadığı öğrenilen hastanın yapılan nörolojik muayenesinde Glaskow Koma Skoru: 5, şuur koma, pupiller anizokorik, ağrılı uyarana dekortike postür. Dış merkezden status epileptikus ön tanısıyla sevk edilen hastanın anizokorisi olması üzerine Diffüzyon Manyetik Rezonans Görüntülemesi (MRG) yapıldı. Lab. Tetkikleri normal tespit edildi. MRG de pons sağında, bilateral talamik, bilateral oksipital ve sağ meziyal temporal de akut evre iskemik alan izlendi. Hasta baziler tepe sendromu tanısıyla yoğun bakım ünitesine transportu yapıldı.

SONUÇ: Baziler sistem iskemileri farklı klinik prezentasyonlar göstermektedir. Bazen silik beyin sapı bulguları ve/veya kortikal bulguların yanında koma haliyle de gelebilir. Serebrovasküler hastalıklar konvulzif nöbetlerle veya status haliyle başvurabilir. Hastanın epilepsi öyküsü olması halinde de status epileptikus etyolojisi araştırılmalı. Olgumuzda şüpheli epilepsi öyküsü vardı, laboratuvar tetkiklerimiz normaldi fakat nöro-görüntülemesi ile baziler tepe sendromu tanısı konuldu. Nadir bir vaka örneği olması nedeniyle paylaşmayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELER: Baziler sistem, epilepsi, iskemi

PS-0273 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Leriche Sendromu

Mehtap Gürger[1], Mustafa Yılmaz[1], Metin Ateşçelik[1], Mustafa Yildiz[1], İhsan Yiğit[1], Mehmet Çağrı Göktekin[2]

[1] *Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Kliniği, Elazığ, Türkiye*

[2] *Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Servisi, Diyarbakır*

GİRİŞ: Leriche sendromu infrarenal aorta veya bilateral iliak arter bifurkasyonunun tıkanması ile kendini gösteren ve oldukça nadir görülen periferik vasküler hastalıktır. Her iki alt ekstremiteyi tutarak, bir ya da iki bacakta kladikasyo, femoral nabızlarda azalma veya kaybolma ve erkeklerde erektil disfonksiyona neden olur. Alt ekstremitede güç kaybı, yürüme bozukluğu ve ağrı şikayetleri ile acil servisimize başvuran ve muayene ve tetkik sonrası leriche sendromu tespit ettiğimiz iki olguyu sunduk.

OLGU 1: Yetmişbir yaşında bayan hasta acil servise ayakta morarma ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Olgunun yaklaşık 10 saat öncesinde başlayan ve giderek artan her iki alt ekstremitede ağrı, morarma ve soğukluk şikayeti vardı. Yapılan muayenesinde her iki alt ekstremitede popliteal-dorsalis pedis ve tibialis posteriorda nabızlar hissedilmediği ve her iki alt ekstremitede soğukluk ve ekimotik alanlar olduğu tespit edildi. Her iki alt ekstremite arteryel renkli doppler incelemesinde; ana femoral arterler ve distalinde akım izlenmedi. Çekilen BT anjiografisi sonucunda ise; sağ ana internal iliak arter proksimalden itibaren kontrast dolumu olmadığı, solda ise ana internal iliak arterin acık olduğu fakat eksternal iliak arterden sonra tromboz nedeniyle kontrast dolumunun olmadığı tespit edildi.

OLGU 2: Yetmişiki yaşında erkek hasta acil servise her iki bacaklarda güçsüzlük şikayeti ile başvurdu. Son iki gündür yürümede hafif zorlanma, bacaklarda ağrı şikayetinin olduğu öğrenilen hastanın yaklaşık 1 saat önce ani başlayan ve her iki alt ekstremitede total güç ve his kaybı meydana gelmiş. Yapılan muayenesinde bilateral alt ekstremite paraplejik, derin tendon refleksleri negatif, femoral ve periferik nabızlar ise zayıf olarak alınabiliyordu. Ayrıca alt ekstremiteler soğuk ve solukluk idi. Çekilen Bt anjiografide Abdominal aorta infrarenal düzeyden başlayarak bilateral ana femoral arterlere kadar uzanan segmentlerde lümende oklüzyona yol açan trombüs formasyonları tespit edildi.

Leriche sendromu tanısı konulan iki hasta Kalp damar cerrahisi kliniği tarafından operasyona alındı. Olgu 1 embolektomi operasyonu yapılarak bir hafta sonrasında taburcu edildi, olgu 2 ise genel durumunun kötüleşmesi nedeniyle postoperatif yoğun bakımda takip edildi ve hasta ameliyattan 1 gün sonra exitus oldu.

SONUÇ: Akut gelişen Aort ve iliak damarda tromboza bağlı olarak oklüzyon gelişen Leriche sendromunda bacaklarda ağrı, nabızsızlık, parestezi, soğukluk, solukluk ve paralizi gibi periferik arterlerin akut tıkanıklığına bağlı olarak gelişen iskemik semptomlar ile seviyesine bağlı olarak intestinal ve renal arterlerde de kan akımının bozulmasına bağlı olarak semptom ve bulgular gelişebilir.

Nadir görülmesine rağmen mortalitesi yüksek olan Leriche sendromu, alt ekstremite de ağrı, güçsüzlük, yürüme bozukluğu şikayeti ile acil servise müracaat edenler olgularda ayırıcı tanıda düşülmesi gerekir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, Leriche sendromu, Tromboz

PS-0274 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Vertebral Arter Diseksiyonu

Mehtap Gürger[1], Mustafa Yılmaz[1], Metin Ateşçelik[1], Mustafa Yildiz[1], İhsan Yiğit[1], Mehmet Çağrı Göktekin[2]

[1] *Acil Tıp Kliniği, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Türkiye*

[2] *Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Servisi, Diyarbakır*

GİRİŞ: Vertebral arter diseksiyonu son yıllarda genç yaş serebrovasküler hastalık sebepleri arasında daha sıklıkla yer almaktadır. Spontan olarak yada travma sonrasında karşımıza çıkabilmektedir ve diseksiyonlar vertebro-baziler sistemde karotis arter sistemine oranla daha az oranda görülmektedir. Vertebral arter diseksiyonunda hızlı tanı ve uygun tedavi ile prognoz genellikle iyidir.

Baş dönmesi, baş ağrısı ve bulantı, kusma şikayeti ile acil servisimize başvuran ve muayene ve tetkikleri sonrası vertebral arter diseksiyonu tespit ettiğimiz olguyu sunduk.

OLGU: Atmışbeş yaşında erkek hasta acil servise baş dönmesi ve baş ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Olgunun yaklaşık 5 saat öncesinde başlayan ve giderek artan baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı ve 2 kez olan kusma şikayeti vardı. Özgeçmişinde hipertansiyon öyküsü olmakla birlikte travmatik bir durumu söz konusu değildi. Ölçülen TA: 160/100 olarak saptandı. Yapılan fizik muayenesinde hastanın şuuru açıktı. Pupiller anizokorik, sol pupil dilate ve yürüyüşte ataksi tespit edildi. Ek muayene bulgusuna rastlanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde özellik saptanmadı. Çekilen kontrastsız BT sonucunda ise özellik saptanmadı ve kontrastlı BT anjiografisinde hastanın sağ vertebral arter V2 segmentinde yaklaşık 5 mm uzunluğunda diseksiyon flebi ile uyumlu görünüm tespit edildi.

Vertebral arter diseksiyonu tanısı konulan hasta Nöroloji kliniği tarafından hospitalize edilerek antikoagulan tedavisi düzenlendi.

SONUÇ: Vertebral arterde karotis sistemine kıyasla nadir izlenen diseksiyonlar, yüksek oranlarda morbidite ve mortalite ile seyredebilmesi nedeniyle önem arz etmektedir ve erken dönemde tedavisi ile iyi sonuçlar alınabilmektedir. Vertebral arter diseksiyonlarında klinik tablo sıklıkla ani, şiddetli kranio-servikal lokalizasyonlu baş ağrısı ile başlar.

Sonuç olarak, nadir görülmesine rağmen hem travmatik hem de nontravmatik hastalarda serebrovasküler hastalık grubunda karşımıza çıkabilecek mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan ve erken tedavi ile yüz güldürücü sonuçlar elde edilen vertebral arter diseksiyonunun acil servise özellikle baş ağrısı ve boyun ağrısı semptomları ile müracaat eden olgularda ayırıcı tanıda düşülmesi gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Baş Dönmesi, Serebrovasküler hastalık, Vertebral arter diseksiyonu,

PS-0275 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Unutulan Tanı: Weil Hastalığı

Eren Usul, Ali Şahin, Uğur Kahveci, Selim Genç, Seda Özkan
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Leptospiroz Leptospira cinsi bakterilerle oluşan bir infeksiyondur. Hastalık hayvanlardan insanlara bulaşan, yaygın, genellikle teşhis konamayan ve sık rastlanan hastalıklardan biridir. Ilıman ve tropikal iklimlerde endemik olarak görülür. Klinik özellikleri hafif grip benzeri bir hastalıktan akut hayatı tehdit edici forma kadar değişir. Leptospirozun en ciddi formu olan Weil hastalığı sarılık, karaciğer ve böbrek fonksiyon bozukluğu, hemorajik diyatez ve yüksek mortalite ile karakterizedir.

OLGU: Elli iki yaşında erkek hasta bulantı, halsizlik, ateş yüksekliği, baş dönmesi şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Öyküsünde şikayetlerinin bir gündür olduğu, su ve kanalizasyon işleriyle uğraştığı ve özgeçmişinde herhangi bir hastalığı olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinci açık, oryante ve koopereydi. Tansiyonu: 80/50 mm/Hg, nabız: 110/dakika, ateş: 37,7°C, solunum sayısı: 20/dk idi. Dili kuru, cilt turgoru azalmıştı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuarda; lökosit: 1500/mm3, nötrofil: %92, trombosit: 74.000/mm3, Hb: 12,8 gr/dL, Ure:76mg/dL, kreatinin: 3,31 mg/dL, Na: 133 mEq/L, K: 4,05 mEq/L, LDH: 247 U/L, ALT: 58 U/dL, AST: 63 U/dL, Total bilirubin: 1,93 mg/dL, d. bilirubin: 1,24 mg/dL, CK:102 mg/dL, INR: 1,1 PT: 13 sn, pH: 7,47, PCO2: 25,4 mmHg, PO2:81 mm/Hg, SO2: %95, laktat: 1,5 mmol/L, HCO3: 18,4 mmol/L olarak saptandı Periferik yaymada; sola kayma, trombositopeni görüldü. Hepatit markerleri, brucella tup aglutinasyon testi negatif bulundu. Acil batın ultrasonografisi doğaldı Kültürler alınarak imipenem, teikoplanin başlandı. Bu bulgularla hasta septik şok ön tanısıyla yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Leptospiroz icin kan örnekleri dış merkeze gönderildikten sonra Weil hastalığı ön tanısı ile doksisiklin başlandı. Kliniği düzelen hasta yatışının altıncı gününde enfeksiyon servisimize alınarak takip edildi. Leptospiroz icin aglutinasyon testi 1/800 pozitif geldi ve doksisikline devam edildi. Trombositleri normale yükselen, total bilirubin 1,3 mg/dL'ye, kreatinin 1,1 mg/dL'ye duşen hasta on gün sonra poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Weil hastalığı leptospirozis olgularının %5-10'unda görülmekte olup, yüksek ateş, hipotansiyon, sarılık, kanama diatezi ve renal yetmezlikle karakterizedir. Hastalığın tropikal bölgelerdeki insidansı daha yüksek olmakla birlikte tüm dünyayı etkileyen bu zoonotik bakteriyal enfeksiyon ülkemizde de görülmektedir. Yüksek ateş, sarılık, kanama diatezi ve böbrek yetmezliği ile başvuran, şok tablosuna kadar ilerleyebilen hastalarda Weil hastalığı da akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Weil, leptospiroz, tanı

PS-0276 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Akut batında nadir bir neden: Myoma Uteri

Merve Akın, Meltem Songür Kodik, Enver Özçete, İlhan Uz, Funda Karbek Akarca, Selahattin Kıyan
Ege Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Uterus myomları, uterusun kas ve bağ dokularından kaynaklanan benign tümörlerdir.Çoğu asemptomatik olmakla birlikte en sık görülen semptomu anormal uterin kanamadır. İlaveten ağrı,mesane üretra gibi üriner sistem organlarına bası belirtileri ve infertilite diğer semptomlar arasındadır.

Tüm gebeliklerin yaklaşık %1.4-8.6'sında uterin myomlar görülür.Gebelikte myomların neden olabileceği komplikasyonlar;düşük riski (intramural ve subseröz myomu olan olgularda ilk trimester gebelik kaybı %40, ikinci trimester gebelik kaybı ise %17 olarak bildirilmiştir), preterm doğum (%15-20), intrauterin gelişme geriliği(%10), prezentasyon bozuklukları (%20), ablasyo plasenta, postpartum kanama.

OLGU: 39 yaş kadın hasta,acil servise karın ağrısı,karında şişkinlik şikayeti ile başvurdu. Alınan anamnezde kısa bir süre önce erken doğum tehditi nedeni ile opere edildiği ve prematüre doğum nedeni ile bebeğinin exitus olduğu öğrenildi. Hasta geliş vitallerinde TA: 90/60 mm Hg, HR:120/ dk idi. Fizik muayenesinde batın distandü, defans, batın ön duvarında ele gelen kitle mevcut idi. Rektal tuşesi normal olan hastanın, ayakta direkt batın grafisinde hava sıvı seviyesi yoktu. Laboratuvar değerlerinde lökositoz ve CRP yüksekliği mevcut olup, karaciğer fonksiyon testleri ve böbrek fonksiyon testleri normal idi. Hastanın karın ağrısı etyolojisine yönelik çekilen batın BT' sinde 24 cm' lik dev myom ve endometrit bulguları tespit edildi. Septik şok+ myoma uteri tanısı ile istenen kadın doğum konsültasyonu sonrası interne edildi ve operasyona alındı. Myom enükleasyonu+endometrium onarımı yapılmış olan hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Myomlarda cerrahi tedavi endikasyonları; 12 haftalık gebelik cesametinden büyük uterus, semptomatik olması (kanama,ağrı,bası), malignite şüphesi, postmenapozal büyümeye devam etmesi, infertilitenin nedeni olarak düşünülmesi ve tekrarlayan gebelik kayıplarıdır. Myomlarda sarkomatöz değişiklik %0,3-%0,7 arasında görülür. Özellikle hızlı büyüyen myomlarda (1 yıl içerisinde 6 haftalık gebelik cesameti ve daha fazla) düşünülmelidir. Acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvuran infertilite, gebelik kaybı öyküsü olan ve batında ele gelen kitlesi olan hastalarda uterin myomlar akla getirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: myoma uteri, karın ağrısı

PS-0277 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acil Servise Başvuran Serebrovasküler Hastalık Nedeni: Nörobehçet Hastalığı

Mehmet Üstündağ, Ferhat Çağıran, Recep Dursun, Yılmaz Zengin, Murat Orak
Dicle Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ: Behçet hastalığı, ilk olarak Hulusi Behçet tarafından tanımlanan, cildi, eklemleri, periferik damarları, sinir sistemini ve diğer bütün organları tutabilen sistemik bir vaskülittir. Günümüzde tanı; tekrarlayan aftöz veya herpetiform oral ve genital ülserler, üveit, eritema nodosum ve pozitif paterji testini içeren kriterlere dayanılarak konulur. Coğrafi bölgelere göre değişkenlik gösteren hastalık en sık Türkiye, yakın doğu ülkeleri ve Japonya'da görülmektedir. Behçet hastalığında nörolojik tutulum % 2,2 ile % 50 arasında değiştiği bildirilmektedir. Behçet hastalığı tanısı konulduktan ortalama beş yıl sonra nörolojik semptomlar izlenmektedir. Bu yazıda, Behçet hastalığı bulunan bir hastada serebrovasküler hadiseye ait kliniğin görülmesinin nörobehçeti tanı olarak düşündürmesi amaçlanmaktadır.

OLGU: Kırkbir yaş erkek hasta kliniğimize bir gündür devam eden konuşamama, sağ kolda 2\5 güçsüzlük şikayetiyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 10 yıldır Behçet hastalığı öyküsü bulunmaktadır. Fizik muayene; genel durum orta, şuur açık, oryante ve nöromüsküler sistem muayenesinde motor afazik, ense sertliği, sağda santral fasial paralizi, sağ kolda erken düşme bulunmaktaydı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Vital bulgular; TA: 140\90 mmHg, nabız: 110 atım\dk, vücut ısısı: 38.3 ºC, solunum sayısı: 16, nabız: 82 idi. Laboratuvar değerleri; CRP: 19, sedim: 8 ve diğer labaratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Hastanın çekilen kranial MR' da sol frontalde 48x38 mm boyutlarında keskin sınır veren hipodens kitle ile uyumlu alan izlenmekteydi (Şekil 1 ve 2). Hastaya bu sonuçlar sonrası nörobehçet düşünülerek acil serviste steroid başlandı ve hasta bu haliyle nöroloji kliniğine yatırıldı. Hastaya 16 gün steroid tedavisi verildikten sonra nörolojik bulguları gerileyen hasta, steroid tedavisi verilerek taburcu edildi. Hastaya 1.5 ay sonra bakılan kontrol kranial MR'da, ilk yapılan MR'a göre kitlesel lezyon totale yakın kayboldu (Şekil 3).

SONUÇ: Behçet hastalığı bulunan ve nörolojik bulgularla acil servise başvuran hastalara sistemik olarak yaklaşılmalı ve nörobehçet tanı olarak akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: acil servis, serebrovasküler hastalık, Nörobehçet Hastalığı

PS-0278 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

İntrakraniyal Lipomlar Her Zaman Asemptomatik mi?

Mustafa Yılmaz[1], Aytaç Dinç[2], Mehtap Gurger[1], Metin Ateşçelik[1]
[1]*Acil Tıp Kliniği, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Türkiye*
[2]*Pazarcık Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Kahramanmaraş, Türkiye*

GİRİŞ: Konjenital olarak oluştuğu kabul edilen intrakraniyal lipomlar nadir olarak görülmekte ve çoğunlukla asemptomatik olduğu içinde tesadüfen tespit edilmektedir.. İntrakraniyal lipomlar klinik olarak olguların çoğunluğu asemptomatik olmasından dolayı görülme sıklığı tam olarak tespit edilememekte ve çoğunlukla başka nedenler için yapılan görüntülemelerde tesadüfen saptanmaktadır. Semptomatik olanlar ise oldukça nadirdir ve genellikle baş ağrısı, baş dönmesi, nöbet, serebellum ve köşe lipomlarında ise, serebellar ataksi, vizyon azalması, çift görme, işitme azlığı veya kaybı gibi semptomlar ile başvurabilirler. Bu yazımızda acil servise baş ağrısı, baş dönmesi kusma gibi nonspesifik şikâyetleriyle gelen fakat muayenesinde lokal nörolojik bulgu oluşturan lipom vakasını sunmayı amaçladık.

OLGU: Elli yedi yaşında erkek hasta, 2 gündür baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, kusma şikâyetleriyle acil servisimize getirildi. Baş ağrısının özellikle başının sağ tarafında, sürekli tarzda oldu-

POSTER BİLDİRİLER

ğunu, baş dönmesinin ise gözleri açık olduğu zamanlarda arttığını, gözleri kapalıyken daha az olduğunu belirtti. Baş dönmesine günde 5-6 kez kusmalarının da eşlik ettiği öğrenildi. Nörolojik muayenesinde şuuru açık, Glaskow koma skalası 15 olan hastanın sağ gözde pitozis ve yine sağ gözde yukarı–dışa bakış kısıtlığının olduğu saptandı. Özgeçmişinde 20 yıldır Tip 2 DM olduğu, insülin kullandığı aynı zamanda kronik böbrek hastalığı olduğu öğrenildi. Kronik böbrek hastalığı için nefroroloji takibinde olduğu ve hemodiyalize girmediğini belirtti. Laboratuvar değerlerinde kan üre azotu 105 mg/dl (N:10 – 50) ve kreatin düzeyi 2 mg/dl (N:0,7 – 1,2) olarak saptanması haricinde diğer biyokimyasal değerleri normaldi. Baş ağrısına eşlik eden sürekli tarzda bulantı, kusma ve lokalize nörolojik semptomu olması nedeniyle çekilen kraniyal bilgisayarlı tomografisinde mezensefalon sağ anterior kesimde 13x9 mm boyutunda, hipodens ve mezensefalona anteriordan bası etkisi gösteren lipom ile uyumlu olabilecek lezyon saptandı. Mevcut kliniğin lipoma bağlı olup olmadığı ve olası akut serebral enfaktın dışlanması amacıyla çekilen kraniyal MR görüntülemesinde, T1A hiperintens, T2A heterojen hiperintens mezensefalona sağdan bası etkisi izlenen yağ intensitesinde lipom saptandı. Hastanın klinik tablosunu açıklayan başka bir patoloji saptanmaması üzerine hasta semptomatik intrakranial lipom olarak değerlendirildi. Cerrahi girişim düşünülmeyen hastaya semptomatik tedavi başlandı ve nöroloji takibine alındı.

SONUÇ: İntrakraniyal lipomlar genellikle asemptomatik, tesadüfen saptanan ve oldukça nadir görülen benign kitleler olarak bilinse de nadir olarak semptomatik olabileceği unutulmamalıdır. Semptomatik olan hastalarda da kliniği açıklanamayan kusmalara nörolojik defisitin eşlik ettiği hastada Beyin BT gibi ileri görüntüleme tekniklerine başvurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: İntrakraniyal lipom; Nörolojik defisit; Mezensefalon

PS-0279 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Horner Sendromunun benign bir sebebi: Multinodüler guatr

Sinan Genç, Sertaç Güler, Hikmet Duymaz, Şükrü Yorulmaz, Bahar Gülcay Çat Bakır, Fatih Alper Ayyıldız
T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Horner sendromu göze gelen sempatik sinir inervasyonun kesilmesinden kaynaklanan ve miyozis, pitozis ve hemifasiyal terleme kaybı klasik triadı ile karakterize klinik bir durumdur. Birçok etiyolojik neden Horner sendromuna yol açsa da en sık neoplaziler sorumlu tutulmakadır. Nadir olarak tiroid bezi hastalıkları da Horner sendorumuyla ilişkili olmakla birlikte çoğunluğu iyi huyludur.

OLGU SUNUMU: 66 yaşında erkek hasta 1 haftadan beri olan sol göz kapağında düşüklük nedeniyle başvurdu. Sağ akciğerde nodül nedeniyle takipli olan hastanın bilinen başka bir hastalığı ve travma öyküsü yoktu. Fizik muayenede sol pitozis ve sol pupilde miyozis saptandı. Hastanın boynunda kitle veya lenfadenopati saptanmadı. Hastanın çekilen kranial magnetik rezonans görüntülemesinde akut bir patoloji saptanmadı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde; sağ akciğer orta lob lateral segmentte 13 mm subplevral nodül, tiroid bezinin sağ lobunun retrosternal uzandığı ve sağ lobta 3 cm çaplı, çevresinde mikroklasifikasyonlar olan nodül saptandı. Hastada multinodüler guatra bağlı Horner sendromu tanısı kondu. Hasta nöroloji ve genel cerrahi bölümlerince takibine alındı.

SONUÇ: Horner sendromu göze gelen sempatik sinir inervasyonun kesilmesinden kaynaklanan ve miyozis, pitozis ve hemifasiyal terleme kaybı klasik triadı ile karakterize klinik bir durumdur. Gözün sempatik inervasyonu 3 nöronlu bir arktan oluşur. Birinci sıra nöronların etkilenmesine bağlı Horner sendromu nedenleri arasında serebrovasküler olaylar, demiyelinizan hastalıklar, bazal menenjt ve boyun travması yer alır. Pancoast tümor, aorta anevrizması veya diseksiyonu, iatrojenik nedenler (tiroidektomi, santral venöz kateter, göğüs tüpü takılması), lenfadenpatiler (Hodgkin hastalığı, lösemiler, tüberküloz) ve tiroid kitleleri ikinci sıra nöronların etkilenmesine bağlı olarak Horner sendromuna yol açabilir. Üçüncü sıra nöronların etkilenmesi karotis arter diseksiyonu, migren, herpes zosterde görülebilir. Horner sendromu en sık olarak akciğer apeksini tutan squamöz hücreli karsinom gibi genellikle altta yatan malign bir lezyon ile ilişkilidir. Tiroide ait benign veya malign kitleler retrosternal olarak uzanarak ikinci sıra nöron ve lifleri bası etkisiyle Horner sendromuna yol açabilirler. Multinodüler guatr başta olmak üzere benign kitleler Horner sendromuna malign kitlelerden daha sık yol açarlar. Horner sendromu; her ne kadar altta yatan tiroid lezyonları genellikle benign olsa da, hayatı tehdit edici malign kitlelerin bir belirtisi olabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Horner Sendromu, Multinodüler guatr, Pitozis

PS-0280 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Efektif Inr Altında Stroke

Serdar Özdemir, Tanju Biçer, Muharrem Doğan, Yasin Metiner, Fatih Doğanay, Burak Nakış, Abide Merve Manap, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Atriyal fibrilasyon (AF) günümüzde en sık gözlenen kalıcı ritim bozukluğudur. Genel popülasyonda sıklığı %1-2'dir. Nonvalvüler nedenlere bağlı AF'lu hastalarda inme riski, sinüs ritminde bulunanlara göre 4-6 kat fazladır. Kapak hastalığına bağlı AF'lu hastalarda bu risk daha yüksektir. Paroksismal ve kalıcı AF arasında tromboemboli riski bakımından fark bulunmamaktadır. Nonvalvüler atriyal fibrilasyonlu hastalarda iskemik inme ve sistemik emboli için klinik risk faktörleri belirlemiştir. Bu risk faktörleri; inme veya geçici iskemik atak (GİA) geçirilmesi, diyabetes mellitus, hipertansiyon öyküsü, koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği ve ileri yaştır.

OLGU: 81 yaşında bayan hasta 2 gündür gelişen konuşamama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta yakınlarından alınan anamnezde hastanın 4 yıl önce geçirdiği inmeden sonra AF sebebiyle warfarin kullandığı öğrenildi. Hastanın başvurusunda vital bulguları; ateş: 36.6oC, nabız:86 /dk, sO2:%96, TA: 112/59 mmHg olarak ölçüldü. Nörolojik muayenede bulunan patolojik bulgular; sağ telem silik, konuşma disartrik, sağ üst ekstermitede kas güçü 4/5 olmasıydı. Hastanın çekilen EKG'sinde AF izlendi. Rutin biyokimya ve hematoloji tetkiklerinde özellik yoktu. International Normalized Ratio (INR) değeri 2,1 olarak ölçüldü. Çekilen beyin tomografisinde hemoraji izlenmedi. Çekilen difüzyon MR'da sol lateral ventrikül frontal horn komşuluğunda, periventriküler derin beyaz cevher lokalizasyonunda yaklaşık 12x16 mm ebadında difüzyonda kısıtlılık oluşturan akut evre iskemik enfarkt odağı izlendi. Hasta nöroloji kliniğine interne edildi.

TARTIŞMA: AF tedavisinde temel prensipler sinüs ritminin sağlanması, mümkün olmuyorsa hız kontrolünün sağlanması ve tromboembolik olayların önlenmesidir. Sinüs ritmi sağlanamayan veya paroksismal AF'li hastalarda tedavide en önemli kısım antikoagulan tedaviden fayda görecek inme riski yüksek hastaların belirlenebilmesidir. İnme riskini belirlemek için değişik şemalar belirlenmesine rağmen en basit ve sık kullanılan CHADS2 skorlama sistemidir. Bu skorlama sisteminde geçirilmiş inme veya GİA 2 puan ve 75 yaş üstü olmak, hipertansiyon öyküsü, diyabet öyküsü, yakın zamanda gelişen kalp yetersizliği 1 puan ile skorlandırılmıştır. CHADS2 skorlama sistemi bütün risk faktörlerini içermemesi sebebiyle CHA2DS2-VASC skorlama sistemi geliştirilmiştir. Bu sistemde geçirilmiş inme veya GİA ve 75 yaş üstü 2 puan, 65-74 yaş arası, hipertansiyon öyküsü, diyabet öyküsü, yakın zamanda gelişen kalp yetersizliği, damar hastalığı, kadın cinsiyeti 1 puan ile skorlandırılmıştır. Antikoagülan tedavisi ile tüm inmelerin rölatif riski yıllık %2,7 oranında azaltığı gösterilmiştir. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi etkin INR değerlerinde bile tromboembolik olaylar görülebileceği acil tıp hekimi tarafından akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: antikoagülan tedavi, efektif INR, iskemik inme

PS-0281 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Atipik Hemolitik Üremik Sendrom

Serdar Özdemir, Demet Devrimsel Doğan, Elif Burcu Garda, Fatih Doğanay, Burak Nakış, Cemalettin Sakal, Özden Özlük, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Trombotik trombositopenik purpura (TTP) ve hemolitik üremik sendrom (HÜS) mikroanjiopatik hemolitik anemi, trombositopeni, nörolojik ve / veya böbrek anormalliklerine neden olan trombositten zengin trombüs ve endotel hasarı ile karakterize sistemik bir hastalıklardır. Trombotik mikroanjiopati mikroanjiopatik hemolitik anemi ve trombositopeniye sebep olur; yine hastalığın tutulumuna göre de nörolojik ve / veya böbrek anormallikleri içerebilir. TTP-HÜS bir kısım yazarlar tarafından ayrı hastalıklar olarak ifade edilde de daha çok aynı hastalığın farklı tutulumları olarak kabul edilmektedir. Nörolojik bozukluklarla gelen hastalar TTP, böbrek yetmezliği ile gelen hastalar HÜS olarak tanı alsa da hem nörolojik bozukluğu olan hem böbrek yetmezliği olan hastalar olduğu gibi hastaların yarısında her iki sistem tutulumu olmaksızın ADAMST 13 aktivitesi düşük olduğu gösterilmiştir.

OLGU: 23 yaşında erkek hasta 3 gündür olan isal ve bulantı şiakyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hastalık öyküsü yoktu. Yapılan muayenesinde cilt solukluğu dışında özellik yoktu. Nörolojik muayene olağan olarak değerlendirildi. Hastanın başvurusunda vital bulguları; ateş: 36.6oC, nabız:76 /dk, sO2:%98, TA: 114/69 mmHg olarak ölçüldü. Kan üre azotu 125 mg/dL üzerinde (normal değer[ND]: 8,9-20,6 mg/dL), kreatinin 23,65 mg/dL (ND:0,72-12,5 mg/dL), laktik dehidrogenaz (LDH): 464 U/L (ND: 125-220 U/L), hemoglobin 8,8 gr/dL (ND: 14,1-18,1 gr/dL), trombosit: 112 K/uL (ND: 142-424 K/uL), haptoglobulin: 6,5 mg/dL (ND: 14-258 mg/dL), retikülosit: % 2,95 (ND: 0,6-2,5) ölçüldü. Diğer biyokimyasal parametler normal sınırlarda değerlendirildi. Yapılan periferik yaymada parçalanmış eritrositler, akantositler, gözyaşı hücreleri ve miğfer hücreleri izlendi. Hasta iç hastalıkları kliniğine interne edildi. Yatışının birinci gününde hasta hemodiyalize alındı. Yatışının beşinci gününde hemoglobin 5,7 gr/dL, trombosit 101 K/uL ölçüldü. İki ünite eritrosit süspansiyonu replase edildi. Yatışının onuncu gününde trombosit 154 K/uL yükselmesi üzerine hastanın haftada üç kez diyaliz programı planlanarak taburcu edildi.

TARTIŞMA: Trombotik mikroanjiopatiler (TMA) trombüsler nedeniyle gelişen hemolitik anemi, trombositopeni ve değişik organ iskemi bulgularıyla seyreden bir grup hastalıktır.Hastalar başta

böbrek ve merkezi sinir sistemi olmak üzere bir çok organda iskemi bulguları ile başvururlar. Anemi ve trombositopeninin birlikte bulunması oldukça tipiktir. Periferik yaymada mikrotrombüslerin parçaladığı eritrositlerin görülmesi, direk Coomb's testi negatif iken indirek bilirubin artışı, LDH artışı, haptoglobin azalması ve retikülositoz ve rutin koagülasyon parametrelerinin normal oluşu TMA tanısını kuvvetle destekler. HÜS mikroanjiopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve böbrek yetmezliği ile tanımlanan bir tablodur. Hastalar plazmaferezden fayda görebilselerde hemodiyaliz ihtiyacı olabileceği acil tıp hekiminin aklında olmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: akut böbrek yetmezliği, atipik hemolitik üremik sendrom, hemolitik üremik sendrom

PS-0282 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Taburcu Edilebilir Basit Bir İlaç Erüpsiyonu mudur?

Mücahit Emet[1], İlker Akbaş[1], Esra Şentürk[1], Ömer Faruk Elmas[2], Şahin Aslan[1]

[1]*Atatürk Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Erzurum*

[2]*Atatürk Üniversitesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum*

GİRİŞ: Erythema Multiforme associated with Phenytoin And Cranial radiation Therapy (EMPACT) sendromu ilk kez 2004 yılında Ahmed ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Kranial radyoterapi ile birlikte fenitoin tedavisi alanlarda gelişen eritema multiforme benzeri lezyonlar ve radyoterapiye bağlı antikonvulzan yan etkisinde artma olarak tanımlanabilir. Bu sendromda hastalar eritema multiformeden, toksik epidermal nekroza (TEN) kadar geniş bir aralıkta klinik tablo ile gelebilirler. Sendromun ilaç erüpsiyonundan en önemli farkı, radyoterapi alanında başlaması ve medikasyondan 7-35 gün sonra görülmesidir. Ölümcül olabilen bu sendromda; uygulanan tedavi ve TEN ciddiyeti mortaliteyi etkiler. En sık ölüm nedeni ise sespis ve multiple organ yetmezliğidir. Bu olgu sunumu ile onkolojik vakalarda akılda bulundurulması gereken bu sendrom hakkında bir farkındalık oluşturmayı amaçladık.

OLGU: 41 yaşında erkek hasta acil servise halsizlik, ateş, ağız içinde yara ve vücutta döküntü şikayetiyle başvurdu. Hikâyesinden 3 yıl önce renal hücreli kanser tanısı konulduğu, sağ böbreğinden nefrektomi yapıldığı öğrenildi. Beyin metastazları olması nedeniyle 20 gün önce tam beyin radyoterapisi almaya başlayan hastaya, aynı dönemde nöbet profilaksisi amacıyla 300 mg/gün dozunda fenitoin sodyum başlanmış. Fenitoin kullanımından 11 gün sonra ise kafasından başlayıp tüm vücuda yayılan, giderek artan yaygın döküntüsü olmuş. Acil servise başvurusundan 3 gün önce ateşleri yükselen hastaya imipenem 500 mg/gün intravenöz başlanmış. Bunların dışında hasta hipotroidi için uzun dönemdir levotiroksin 0,1 mg/gün kullanmaktaydı. Hastanın gelişinde vital bulguları stabildi. Dermatolojik muayenesinde başında, yüzünde ve boynunda eritem mevcuttu. Baş bölgesinde yer yer deskuamatif değişikler vardı. Göğsünde, karnında, sırtında, üst ve alt kolunun fleksör yüzünde, ayrıca uyluk fleksör yüzde birleşme eğiliminde olan eritamatöz makülopapüler döküntüler mevcuttu. Dudaklarında krutlanmalar olan hastanın oral mukozası dehidrate görünümde, eritemli ve yer yer aftöz lezyonlar vardı. Laboratuar sonuçlarında bir özellik yoktu. Cildiye kliniğine konsulte edilen hasta EMPACT sendromu ön tanısıyla dermatoloji kliniğine yatırıldı. Burada fenitoin tedavisi kesilen hastaya levetirasetam 500mg/gün başlandı. Hastaya deri lezyonları açısından 80mg/gün prednizolon başlandı. Sıvı ve destek tedavisi ile yatışından 2 hafta sonra bulguları düzelen hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Her ne kadar ilk anda basit bir ilaç hipersensitivitesi gibi düşünülse de bu sendromu tanımak ve multi-disipliner yaklaşım hastanın mortalitesini azaltacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Kranial radyoterapi, fenitoin, EMPACT

PS-0283 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Hiperkapnik Solunum Yetmezliği: Santral Nedenler Unutulmamalı!

Murat Sarıtemur, Atıf Bayramoğlu, İlker Akbaş, Esra Şentürk, Abdullah Osman Koçak, Mustafa Uzkeser
Atatürk Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Santral sinir sistemi patolojilerine bağlı solunum yetmezliği klinikte az gördüğümüz olgulardandır. Direkt santral sinir sistemi patolojilerine veya indirekt kafa içi basıncı artışına bağlı olarak solunumsal merkezler etkilenir ve dakika ventilasyonu azalır. Santral solunum yetmezliği nedenleri başlıca şu şekilde sıralanabilir: Santral sinir sistemini baskılayıcı ilaçların kullanımı (barbitüratlar, trankilizanlar, narkotikler, inhalasyon anestetikleri), beyin ve beyin sapı lezyonları (travma, stroke, serebral hemoraji, beyin tümörleri, spinal kord tümörleri), uyku-apne sendromu ve uygunsuz oksijen tedavisi.

OLGU SUNUMU: 53 yaşında kadın hasta acil servise nefes darlığı şikâyetiyle başvurdu. Bilinen hiç bir sistemik hastalığı bulunmayan hastanın anamnezinden bir hafta önce başlayıp giderek artan nefes darlığı olduğu öğrenildi. Özellikle geceleri uyurken boğulma tarzında nefes darlığı olan hastanın gündüzleri de sık sık uyuklaması oluyormuş. Sigara öyküsü olmayan hastanın öksürük ve balgamı yoktu. Genel durumu orta olan hastanın kan basıncı: 148/62 mmHg, parmak ucu SpO2: %67 (oda havasında), nabız: 103/dk ve solunum sayısı 27/dk idi. Fizik muayenesinde solunum sesleri dinlemekle doğal olan hastanın diğer sistem muayenelerinde de özellik yoktu. Acil servise gelişinde alınan arteriyel kan gazında (AKG) pH: 7,38, bikarbonat: 31,6, PaCO2: 54,8 ve PaO2: 35,3 şeklindeydi. Diğer laboratuar bulgularında özellik yoktu. PA akciğer grafisi, EKG ve ekokardiyografi normal olarak değerlendirildi. Pulmoner emboli açısından BT anjiyografi çekilen hastada herhangi bir trombüs bulgusuna rastlanmadı. Hiperkapnik solunum yetmezliği araştırılması amaçlı göğüs hastalıkları kliniğine yatırılan hastaya burada NIMV başlandı. Yatışının 7. saatinde şuuru gerileyen, GKS:6 (E1,V1,M4) olan hastanın bakılan AKG'de PaCO2: 92,2 olduğu görüldü. Hasta entübe edilerek yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Çekilen beyin MR'ı "odontoid proçes chamberline hattından 20 mm inferiora ve superiora doğru yer değiştirmekte olup görünüm baziller invajinasyon lehine değerlendirildi. Kraniuma doğru yer değiştiren odontoid proçes beyin sapına bası yapmaktadır. Görüntü alanına giren üst servikal kesitlerde, servikal medulla spinaliste siringohidromyeli kavitesine ait görünüm izlendi" olarak raporlandı. İnvazif mekanik ventilasyon ve sonrasında noninvazif mekanik ventilasyon ile genel durumu düzelen hasta beyin cerrahisi poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Acil servise solunum sıkıntısı ile gelen hastalarda genellikle santral ve nöromuskuler nedenler gözden kaçmaktadır. Bu nedenle ani başlangıçlı nefes darlığı ile başvuran ve hiperkapninin eşlik ettiği olgularda santral nedenler mutlaka düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Hiperkapni, solunum yetmezliği, santral

PS-0284 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Dirençli ve Progresif Bir Epilepsi Olgusu: Lafora Hastalığı

Murat Sarıtemur, Atıf Bayramoğlu, İlker Akbaş, Abdullah Osman Koçak, Kenan Ataç, Şahin Aslan
Atatürk Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: İlk olarak 1911 yılında tanımlanan Lafora hastalığı; progresif myoklonik epilepsi olgularının %10 kadarını oluşturmaktadır. Hastalığa karbonhidrat metabolizmasındaki bozukluk sonucu Lafora cisimciklerinin birikmesi neden olur. Sıklıkla 10-18 yaş arası ortaya çıkan ve otozomal resesif olarak geçen bu hastalık tüm dünyada görülse de; en sık Akdeniz ülkelerinde ve Kanada'da rastlanmaktadır. Genellikle yaygın tonik klonik konvülziyonlar ve kısmi nöbetler ile başlar, takiben asimetrik miyoklonus, demans ve ataksi gelişir. Ayrıca okul başarısında düşme, baş ağrısı, apati ve depresyon da hastalığın erken dönemlerinde izlenen bulgulardandır. Tanı aile öyküsü, klinik bulgular, deri biyopsisinde saptanan karakteristik Lafora cisimcikleri ve genetik analiz ile konmaktadır. Spesifik bir tedavinin olmadığı ve progressif bir gidiş gösteren bu hastalıkta olgular semptomların başlangıcından 1-10 yıl sonrasında kaybedilmektedir.

OLGU: 18 yaşında kadın hasta acil servise yakınları tarafından, nöbet geçirme şikayeti ile getirildi. Hikayesinden ilk kez 3 yıl önce nöbet geçirdiği, ilk nöbeti sırasında aniden yere yığıldığı sonrasında 1-2 dk süren jeneralize tonik klonik (JTK) vasıfta nöbeti olduğu öğrenildi. O dönemde hastaya nöbetleri olması nedeniyle 1500 mg/gün sodyum valproat başlanmış ancak nöbetlerinin devam etmesi nedeniyle doz 3000 mg/gün yapılmış ve tedavisine levetirasetam 2000 mg/gün ve zonisamid 300mg/gün eklenmiş. Son 3 ay nöbet sıklığının giderek artması nedeniyle tedaviye klonazepam 1 mg/gün eklenmiş. Bundan sonra 1 ay boyunca nöbet geçirmeyen hastanın son 15 gündür ise hemen her gün nöbetleri oluyormuş. Daha önceleri okul başarısı yüksek olan hastanın son 2 yıldır okula karşı ilgisinde azalma ve mental geriliği de gelişmiş. Hastanın geliş vital bulguları stabildi. Uykuya meyili olan hastanın, somnolan hali vardı. GKS:14 (E:3, V:5, M:6). Oryantasyonu olmayan hastanın, kooperasyonu kısmiydi. Ense sertliği olmayan hastanın, dört ekstremitesi de hareketli ve lateralize edici bulgusu yoktu. Bunun dışındaki sistemik muayene normaldi. Hastanın laboratuvar bulguları normaldi. Hasta dirençli epilepsi ön tanıyla nöroloji klinğine yatıldı. Hastaya olası SSPE açısından LP yapılıp BOS kızamık IgG ve IgM değerlerine, biyokimyasına ve kültürüne bakıldı, HSV-PCR çalışıldı. Tüm sonuçlar normal olarak geldi. Hastaya lafora cisimcikli hastalık açısından axiller deri biyopsisi yapıldı. Sonuç:"PAS pozitif, diastaz resizstans PAS pozitif boyanan lafora cisimcikleri pozitif cilt biyopsi materyali olarak geldi". Levatiresetam dozu 3000 mg/gün, klonezepam 1.5 mg/güne çıkarılan hastanın genel durumu toparladı, nöbetleri azaldı. 2 hafta sonra taburcu edildi.

SONUÇ: Acil servise nöbet nedenli başvurular tüm başvuruların %1-2 sini oluşturmaktadır. Bilinen jeneralize myoklonik epilepsi olguları, uygun tedaviye rağmen hala nöbet geçiriyorsa Lafora hastalığı ön tanıda yer almalıdır. Bu hastalar mental durum, aile öyküsü ve okul başarısı yönünden sorgulanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Epilepsi, Progresif, Lafora Hastalığı

POSTER BİLDİRİLER

PS-0285 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Serebellum görüntülemesinde de tomografi öncelikli mi?

Serdar Özdemir, Gökhan İşat, Özlem Küsken, Bahattin Onur, Burak Nakış, Yılmaz Uzun, Muharrem Doğan, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Spontan serebellar hemorajiler(SSH) spontan intrakranial kanamaların %5-13' ünü oluşturmaktadır. SSH daha çok 6-8. dekadlarda görülmektedir. Hastaların %60-89' unda hipertansiyon etyolojide yer almaktadır. Bilgisayarlı tomografi(BT) öncesi dönemde mortalite oranları %20-70 iken ilerleyen teknoloji ve cerrahi tekniklere rağmen güncel kaynaklarda mortalite oranları %20-50 olarak rapor edilmektedir. Hastalarda meydana gelen bilinç değişikliği hidrosefaliye veya hemotomun ve artan ödemin beyin sapına yaptığı basıya bağlı olarak geliğir.

OLGU: 74 yaşında bayan hasta bilinç değişikliği ve kusma şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta yakınlarından alınan anamnezde özgeçmişinde hipertansiyon öyküsü bulunan hastanın 2 defa kustuğu ve 1 gündür uykuya meyilli olduğu öğrenildi. Hastanın başvurusunda vital bulguları; ateş: 36.6oC, nabız:76 /dk, sO2:%99, TA: 212/115mmHg olarak ölçüldü. Yapılan muayenede koopere, oryante olan hastanın uykuya meyilli olduğu görüldü. Kranial sinir muayenesi normal olarak değerlendirildi. Lateralizan bulgusu olmayan hastanın kas güçü tam idi. Hastanın uykuya meyilli olması sebebiyle serebellar testleri değerlendirilemedi. Rutin biyokimya ve hematoloji tetkiklerinde özellik yoktu. Hastaya çekilen beyin BT'de sol serebellar hemisferde 2,5 cm x2,1 cm hematom ve etrafında hematom izlendi. Hematom 4. Ventriküle bası yapıyordu. Hasta nöroloji ve nöroşirurji klinikleri ile konsülte edildi ve nöroloji kliniğine interne edildi.

TARTIŞMA: Spontan serebellar hemoraji acil tıp kliniklerine daha çok bilinç değişikliği ve bulantı, kusma ile başvurmaktadır. Bilinç düzeyi, hematom boyutları ve lokalizasyonu, beyin sapı bulgularının varlığı, hidrosefali, ventrikül içine kanama, beyin sapı, ambient ve kuadrigeminal sisternlere bası tedavi seçeneklerini ve prognozu belirleyen faktörlerdir. BT SSH hastalarında hematom büyüklüğünü, beyin sapı ve ventrikül ile ilişkisini göstermede ve olası cerrahi protokolün belirlenmesinde oldukça yararlıdır. SSH tedavisinde GKS 13 altında olduğunda, hematom çapı 4 cm üzerinde olduğunda, beyin sapı bası bulguları varlığında, tıkayıcı hidrosefali varlığında, ventriküle açılmış kanama varlığında cerrahi tedavi gerekirken; GKS 14-15, hemotom çapı 4 cm altında, beyin sapı bası bulguları olmadığında, tıkayıcı hidrosefali bulguları olmadığında ve ventriküle açılmış kanama yoksa konservatif tedavi edilebilir.

ANAHTAR KELİMELER: hemorajik inme, spontan serebellar hemoraji, serebellar hemoraji

PS-0286 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Bir Olgu ve Adenovirusa Bağlı Mortalitesi Yüksek Üç Hastalık

Hasan Aldinç, Cem Gün, Serpil Yaylacı, Özgür Karcıoğlu
Acıbadem Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

ARKA PLAN: Gastroenterit tüm yaş gruplarını etkileyen, uygun tedavi ile mortalitesi ve morbiditesi azalan bir hastalıktır. Gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altı çocuklar ve komorbid hastalığı olan 65 yaş üzeri insanların mortalite ve morbidite riski daha yüksektir.. Akut gastroenterit viruslar, bakteriler ve parazitler ile oluşur. Viruslardan rotavirus, norovirus ve adenovirus başlıca etkenlerdendir. Adenoviruslar vücutta faklı yerlerde farklı klinik tablolara yol açabilmektedir. Esas olarak solunum yolu hastalığına yol açsalar da, faringokonjunktival ateş, epidemik keratokonjunktivit, pnömoni, miyokardit, sistit, gastroenterit ve pankreatite sebep olabilmektedirler. Akut pankreatitte(AP) mortalite oranı yüksektir ve bu oran hastanın yaşıyla doğru orantılıdır. AP'in etiyolojisinde; enfeksiyonlardan Koksaki B,Mumps virus ve adenovirüs sıklıkla yer almaktadır. AP'in lokal ve sistemik komplikasyonları görülebilmektedir. Nekroz, hemoraji, psödokist-fistül oluşumu lokal komplikasyonlardan sayılabilir. Sitemik komplikasyonları arasında; solunum anormallikleri, kardiyak depresyon, sepsis, dissemine intravasküler koagülopati, tromboz ve yağ embolisi sayılabilir.

OLGU: 72 yaşında bayan hasta acil servise 2 gündür olan sarı su kıvamında ishal ve bulantı-kusma şikayetiyle başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde epigastrik bölgede kuşak tarzı ağrı ve barsak seslerinde artma dışında patolojik bulgu saptanmadı. Takipte hastanın dilinde peltekleşmesi başladı. Ektremite motor muayenesi normal olan hastaya acil diffüzyon kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çekildi ve MRG'den dönen hastanın konuşması düzeldi. Nöroloji ile konsülte edilen hastaya geçici iskemik atak (GİA) tanısıyla hospitalizayon planlandı. Hastanın yapılan tetkiklerinde lökositoz ve Amilaz:7167 U/L Lipaz: >3000 U/L saptandı. Gaita incelemesinde ise adenovirus antijeni pozitif bulundu. Tüm batın ultrasonografisinde safra kesesi normal olarak değerlendirildi, pankreas baş kısmında ödem, duodenal ansta duvar kalınlaşması ve ödem saptandı. Kan lipid profili ve koagülasyon parameterleri normal bulundu. Hastaya GİA, adenovirüsün sebep olduğu gastoenterit ve pankreatit tanıları konuldu. Hastaya elektrokardiyo ultrasonografi, karotis ve vertebral arter doppler ultrasonografi yapıldı, GİA'ya neden olabilecek lezyon saptanmadı. Pankreatite sekonder tromboza eğilim düşünüldü. Yatışının 5. gününde semptomları gerileyen hastanın laboratuvar testlerinin tümü normale döndü ve şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Gaitasında adenovirus tespit edilen bir gastroenterit vakasında eş zamanlı pankreatit gelişmesi ve bu pankreatitin komplikasyonu olarak GİA gelişmesi sık rastlanmayan bir durumdur. Nadir görülen bir durum olsa dahi etiyoılojisine göre anterit ve pankreatit vakalarının bunun gibi nörolojik komplikasyonlara neden olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Gastroenterit, adenovirus, pankreatit, tromboz

PS-0287 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Portal ven trombozu

Atıf BAYRAMOĞLU[1], Murat Saritemur[1], Fatma Çıtırık Tortum[1], Ihsan Yüce[2], Şahin Aslan[1]
[1]*Department of Emergency, Ataturk University, Erzurum, Turkey*
[2]*Department of Radiology, Ataturk University, Erzurum, Turkey*

GİRİŞ: Karın ağrısı nedenleri içinde portal ven trombozu nadir görülür. Etiyolojide hastaların karaciğer sirozu, maligniteler, miyeloprolif¬eratif hastalıklar ve koagülasyon bozuklukları, bir kısmında karın içi enfeksiyonlar yer almaktadır. Hastaların %8-15'inde ise herhangi bir neden ortaya konulamamıştır. Portal ven trombozu; portal vendeki kan akımının damar lümenindeki trombüse bağlı tam veya parsiyel obstrüksiyonudur. Hastalar akut portal ven trombozunda karın ağrısı, distansiyon, ishal, bulantı, kusma, kanama gibi semptomlarla başvururken kro¬nik portal ven trombozunda hastalar genellikle asemptomatik olup portal hipertansiyon bulguları ile başvurabilmektedir.

OLGU: Elli iki Yaşında bayan hasta kliniğimize 4-5 saat önce başlayan karın ağrısı ve kusma şikayeti ile başvurdu. Hastanın öz geçmişinde 4 yıl önce gastrointestinal kanama,2 yıl önce kolesistektomi,15 gün önce insizyonel herni operasyonu öyküsü mevcuttu. Hastanın öz ve soy geçmişinde başka özellik yoktu. Hastanın tansiyonu:137/86 mmHg, nabız:98/dakika, solunum sayısı:18/dakika, parmak ucu oksijen saturasyonu:%92 idi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet ve defans mevcut, rebound yoktu. Hemogramda WBC:20 000/µL başka özellik yok, biyokimyada GGT:749 U/L, ALT:196 U/L,direk billirubin:2.1 U/L,total billirubin:3.5 U/L idi. Hastaya hepatobilier USG yapıldı. Akut patoloji yoktu. Hastaya çekilen kontrastlı batın tomografide safra yollarında minimal dilatasyon, aerobilia,portal vende trombüs izlendi. Hasta akut batın ön tanısı ile genel cerrahi kliniğine yatırıldı. Daha sonraki tetkiklerinde hastanın sağ ve sol safra yolları bileşkesinde tümör (klatskin tm) olduğu görüldü.

SONUÇ: Karın ağrısı acil serviste en sık başvuru nedenlerindendir. Karın ağrısı tetkik edilirken batın içi enfeksiyonlar ile beraber vasküler patolojilerde akılda tutulmalıdır. Akut fazda portal ven trombozu nadir olarak prezente olur ve sıklıkla bu safhada hastalar asemp-tomatik olduğu için tanı konması güçtür.

ANAHTAR KELİMELER: portal ven trombozu, karın ağrısı

PS-0288 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Cavum Septum Pellisidum

Atıf BAYRAMOĞLU, Murat Saritemur, Abdullah Osman Koçak, İlker Akbaş, Zeynep Gokcan Çakır
Department of Emergency, Ataturk University, Erzurum, Turkey

Cavum septum pellisidum(CSP) ve cavum vargae(CV) beyin orta hattın gelişimsel defektleridir. Septum pellusidum lateral ventrikülleri ayıran ince bir zardır. bu zar arasında kalan bölümün anterior bölümü CSP, posterior bölümü CV olarak adlandırılır. CSP ve CV akuadukt septi olarak adlandırılan bir kanalla birbirine bağlantılıdır. Literatürde CSP'nin daha sık görüldüğü, CV ise daha az görüldüğü ve CV genellikle CSP ile birlikte bulunduğu bildirilmiştir. CSP intrauterin yaşamda ve prematürlerde % 85-100 oranında görülürken, erişkinlerde ise yapılan çalışmalarda çok farklı değerler bulunmuştur(%0.51-%20). Genellikle klinik bulgu oluşturmazlar ve nadiren genişleyerek semptomatik olurlar. En sık görülen belirti ve bulguları, baş ağrısı, kusma, bilinç ve davranış bozuklukları ve papil ödemdir.

VAKA: Seksen altı yaşında bayan hasta acil servise bilinç bozukluğu ile getirildi. Getirildiğinde bilinç kapalı, non oryante, non koopere, GKS:6 idi. hasta entübe edildi. çekilen beyin tomografisi izodens idi ve CSP mevcuttu. biyokimyasal parametreleri normal olan hastaya difüzyon MR çekildi ve difuzyon kısıtlaması tespit edildi ve iskemik stroke tanısı ile nöroloji yoğun bakıma yatırıldı.

SONUÇ: Tesadufi olarak tespit edilen CSP hastamızda herhangi bir semptom vermeden yıllarca selim seyretmiştir. Biz bu vaka ile çok nadir görülen bir durum olan CSP olan bir hastasıyı sunmayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELER: Cavum septum pellisidum, Cavum vargae,

PS-0289 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Her Trombositopeniye Trombosit Verilmez

Cem Gün, Hasan Aldinç, Nijat Najafov, Serpil Yaylacı, Özgür Karcıoğlu
Acıbadem Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Trombotik Trombositopenik Purpura(TTP); trombositopeni, mikroanjiopatik hemolitik anemi, böbrek yetmezliği, nörolojik bulgular ve ateş yüksekliğinin görüldüğü bir sendromdur. Genellikle sağlıklı genç bayanlarda görülen bu hastalığın etyopatogenezinde rol oynayan en önemli durum Von Willebrand Faktörü'nün (vWF) büyük multimerler halinde dolaşımda bulunmasıdır. Bu büyük multimerlerin trombotik aktiviteleri yüksektir ve trombositleri aktive edip koagülasyonu başlatırlar. Özellikle beyin ve böbrek arteriyollerinde-kapillerinde meydana gelen trombotik lezyonlar, iskemiye bağlı klinik bulguları oluştururlar. Günümüzde TTP'nin etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemi plazmaferezdir. Trombosit süspansiyonu verilmesi, hastalarda kliniği daha da kötüleştirebilir.

OLGU: 42 yaşında kadın hasta 1 hafta önce 2 gün süren ishal şikayeti ve konuşmada zorluk hissi ile sağlık kuruluşuna başvurmuş. Hastaya ailevi sorunlarından dolayı anksiyete bozukluğu tanısı konmuş ve tedavi başlanmış. Hastanın şikayetlerinin geçmemesi üzerine acil servisimize iç sıkıntısı ve konuşmada güçlük hissi ile geldi. Özgeçmişinde özellik saptanmadı. Vital bulguları;tansiyon arteryal: 130/60 mmHg Nabız: 84/dk Ateş: 37,9 C Solunum Sayısı: 20/dk SPO2:%99. Özellikle üst ekstremitede olmak üzere, sağ ekstremitelerde motor güç 4/5 saptandı. Yapılan Kranial Diffüzyon Magnetik Rezonans görüntülemede solda frontal konveksite düzleminde kortikal, subkortikal ve derin beyaz cevher alanlarında yerleşimli akut karakterli iskemik lezyon görüldü. Trombosit: 18,000 K/ml hemoglobin: 11,3 gr/dl, üre-kreatinin değerleri normal, LDH: 215 U/L, Protrombin zamanı, aktive parsiyel tromboplastin zamanı ve INR düzeyleri normal sınırlarda bulundu. Haptoglobulin seviyesi çok düşük olduğu için ölçülemedi. Elektrokardiyografi ve ekokardiyografide patoloji saptanmadı. Direkt-indirekt Coombs testi negatif saptandı. Takipte Trombosit sayısı 13.000K/ml'ye düştü. Klinik ve laboratuvar bulguları ile TTP tanısı konulan hastaya, taze donmuş plazma tedavisi başlandı ve plazmaferez uygulandı. Trombosit değerleri 280.000 K/ml'ye yükseldi.

SONUÇ: Yüksek mortalitesi bulunan bu hastalığın erken tanı ve tedavisi hayat kurtarıcı olduğu için bir anlamda zamanla yarışılmaktadır. Trombositopenik hastalara tekrar tekrar nörolojik muayene yapılmalı ve TTP ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Trombositopeni, Tromboz, Plazmaferez

PS-0290 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acil Serviste Tetkiklerin Etkin Kullanımı: Olgu Sunumu

Halil İbrahim Çıkrıklar, Yasemin Yıldız Kirazaldı, Murat Yücel, Yusuf Yürümez
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye

GİRİŞ: Halsizlik, acil servislere özellikle de yeşil alana başvuran hastalarda sık karşılaşılan bir şikâyettir. Benign nedenlerden kaynaklanabildiği gibi ciddi ve hızla tedavi edilmesi gereken durumlardan da kaynaklanabilir. Bu yazıda halsizlik şikâyeti ile başvuran ciddi bir hiponatremi olgusunun sunulması amaçlandı.

OLGU SUNUMU: 59 yaşında kadın hasta halsizlik şikâyeti ile acile başvurdu. Hasta yaklaşık bir aydır halsizliğinin olduğunu ve son 2 gündür halsizliğinin daha da belirginleştiğini ifade etti. Özgeçmişinde lomber fıtık operasyonu haricinde bir özellik olmayan hastanın kronik bir hastalığının ve ilaç kullanımının olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede, TA: 130/80, Nabız: 72 atım/dk ve Ateş: 36.6 C idi. Elektrokardiyografisi normal sinüs ritmindeydi. Hastanın genel durumu orta, bilinci açık, oryante ve koopere idi. Solunum sesleri doğal, ral ve ronküs yoktu. Kalpte ek ses ve üfürüm duyulmadı. Batın muayenesinde abdomen rahat, defans ve rebound yoktu. Pretibial ödem +/+ idi. Kan biyokimyasında: Na: 109 mmol/L, Cl: 81 mmol/L, Üre: 11 mg/dL, Kreatinin: 0,5 mg/dL, LDH: 233 U/L idi. Hemogramında özellik yoktu. Tam İdrar Testinde: 28 eritrosit haricinde özellik yoktu. Hastanın biyokimyasında sodyum değerinin çok düşük çıkması nedeniyle kan sodyum düzeyine yeniden bakılarak sodyum düşüklüğü doğrulandı. Hastaya dahiliye konsültasyonu istendi ve ileri tetkik ve tedavi amaçlı dahiliye servisine yatırıldı. Yatışı sonrası yapılan değerlendirmeler ile Uygunsuz ADH tanısı aldığı ve tedavi sonrasında da tedavisi planlanarak taburcu edildiği öğrenildi.

SONUÇ: Acil servis başvuru şikâyetlerinin sübjektif karakterde olması ciddi bir durum olmadığı anlamına gelmez. Bu noktada tetkik ve tahliller acil servis doktorları için doğru hasta yönetimi açısından önemlidir ve ihmal edilmemelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Sıvı- Elektrolit Bozukluğu, Hiponatremi, Uygunsuz ADH Sendromu

PS-0291 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Subaraknoid Kanama mı?

Hüseyin Şahin[1], İsmail Tayfur[1], Sultan Tuna Akgöl Gür[2], Mustafa Numan Erdem[1]
[1]*Namıkkemal Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tekirdağ*
[2]*Bölgeeğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Bölümü, Erzurum*

GİRİŞ: Fahr hastalığı bilateral simetrik intrakranial kalsifikasyon ve nör opsikiyatrik semptomlarla seyreden çok nadir bir patolojidir. İlk olarak 1930 yılında ilerleyici nörolojik semptomları olan erişkin bir hastada Fahr tarafından tanımlanmıştır. Bu sendromun etyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber kalsiyum metabolizma bozuklukları, toksinler, enfeksiyonlar, genetik faktörler, hipoparatiroidizm ve psödohipoparatiroidizm nedenler arasında gösterilmiştir.Klinik özelikleri kalsifikasyonun bulunduğu bölgenin disfonksiyonu şeklindedir. En sık klinik tablolar ilerleyici mental hasar, konvülsiyon, parkinson benzeri tablolar, nöro psikiyatrik davranış bozuklukları şeklinde olabileceği gibi herhangi bir nörolojik anormalliğin olmadığı olgular da olabilir. Fahr hastalığının tanısında en yararlı görüntüleme tekniği olarak Bilgisayarlı Beyin Tomografi (BBT) kullanılmaktadır. Bu olgular Acil servislerde subaraknoid kanama kliniği (SAK) ile karışabilmektedir. Bizde SAK nedeniyle bize sevk edilen bir hastayı sunmak istedik.

OLGU: 57 yaşında bayan hasta, son 2 gündür şiddetli baş ağrısı ve dengesizlik şikayeti ile gittiği nöroloji polikliniğinde çekilen BBT sonucuna göre SAK ön tanısı ile acil kliniğimize sevk edildi. Geldiğinde şuur açık koopere-oryante olup, Fizik muayenede TA: 140/80, nabız: 92, puls oksimetre: 95 ile vital bulgular stabil idi. Yapılan nörolojik muayenede ense sertliği, patolojik refleks ve taraf bulgusuna rastlanmadı. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Yapılan radyoloji konsültasyonu sonrası BBT de SAK benzeri görüntünün kalsifikasyon olduğu ve bunun Fahr sendromu olduğu belirtildi. Laboratuar tetkiklerinde kalsiyun düzeyi 5,5 mg/dl olması dışında anormallik yoktu. Hastaya kalsiyum replasmanı sonrası şikayetlerinin düzelmesi üzerine oral kalsiyum reçete verilip, endokrin polikliniği önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Sonuç olarak kranial BT'lerde bilateral yaygın kalsifikasyonlar bulunduğunda ve bu patolojileri herhangi bir etiyolojik nedene bağlayamadığımız durumlarda Fahr hastalığını ayırıcı tanıda mutlaka düşünmeliyiz. Genellikle rastlantısal olarak tespit edilen bu olgularda altta yatan hipoparatiroidi gibi bazı etiyolojik faktörler tedavi edilebildiği için altta yatan patolojilerinde iyi incelenmesi gerekir. İleri dönemlerde ekstrapiramidal bulgular, ilerleyici mental hasar, epilepsi, Parkinson bulguları ve serebellar semptomlar ortaya çıkabileceği için bu olguların asemptomatik olsalar bile dikkatle ve uzun dönem takipleri gereklidir.

ANAHTAR KELİMELER: Fahr, Kalsifikasyon, Subaraknoid Kanama

PS-0292 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Yaşlılık, kansızlık, antidepresan,... veya?.

Hasan Aldinç, Cem Gün, Nijat Najafov, Serpil Yaylacı, Özgür Karcıoğlu
Acıbadem Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ - AMAÇ: Senkop ve nearsenkop(NS) özellikle geriatrik hasta gurubunda dikkatle incelenmesi gereken durumlardır. Biz bu yazımızda, acil servisimize NS şikayeti ile gelen geriatrik hastayı ve bu hastada tespit edilen sürpriz patolojiyi anlatmayı amaçladık

OLGU: 68 yaşında kadın hasta, 3 gün önce yüzünde meydana gelen sıcak su yanığına pansuman yaptırmak için plastik cerrahi bölümüne geliyor. Pansuman sırasında anksiyetesi gelişen kadın

POSTER BİLDİRİLER

fenalaşıyor ve kısa bir NS geçiriyor. Hasta sağlık personelleri tarafınca acil servise getirildi. İlk bakıda vital bulguları stabil olarak değerlendirildi. Bilinen kronik hipertansiyon, anksiyete bozukluğu ve hafif anemi dışında hastalığı yoktu. Her gün düzenli anksiyolitik kullandığı öğrenildi. Nörolojik muayene dahil sistemik muayenesi olağan saptanan hastanın rektal tuşesi normaldi. Aritmi, göğüs ağrısı tariflemeyen hastanın EKG'sinde patolojik bulgu yoktu. Hemogram, elektrolit düzeyleri, kardiyak testler çalışıldı ve hafif anemi dışında anormallik saptanmadı. Normal bir süreçte 6-8 saatlik bir takibin ardından taburcu edilebilecek bu hastanın anamnezi derinleştirildiğinde 3 gün önce benzer bir göz kararması sonucunda düşünce sıcak suyun yüzüne döküldüğü ve kafasını yere çarptığı öğrenildi. Hasta sabahları yataktan kalkarken de göz kararmaları olduğunu, bunu kullandığı antidepresan ilaçlara ve kansızlığına bağladığını ifade etti. Baş dönmesi nedeniyle daha önce karotid arter ve vertebrobaziler arter doppler ultrasonografisi yapıldığı ve normal olarak raporlandığı öğrenildi. Kafa travması öyküsü üzerine hastaya kontrastsız beyin bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Hastada herhangi bir kanama saptanmadı ancak sağ vertebral arterin beyin sapının altına denk gelen bölümünde, BT'nin son kesitlerinde kalsifik bir görüntü dikkat çekti. BT anjio ile dominant vertebral arterde beyin sapına baskı yapabilecek düzeyde ilerlemiş ve kritik darlık oluşturan kalsifiye plak görüldü. Bu plağın beyin sapının alt segmentlerine yakın olmasından dolayı daha önceki doppler ultrasonografilerinde tespit edilmediği anlaşıldı. Hasta nöroloji servisine yatırılarak tedavisine başlandı.

SONUÇ: Ayrıntılı anamnez almak, özellikle fenalaşma, senkop, baş dönmesi ile gelen hastalarda sonuca ulaşmada en önemli basamaktır. Vertebral arter doppler ultrasonografinin görüntüleyemeyeceği alanlarda patoloji olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Özellikle geriatrik populasyonda senkop atakları çok geniş bir patofizyoloji yelpazesi göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: vertebral arter kalsifikasyonu, senkop, baş dönmesi

PS-0293 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Akut Transvers Miyelit: Olgu Sunumu

Halil İbrahim Çıkrıklar[1], Zeynep Münteha Polat[1], Murat Yücel[1], Bilgehan Atılgan Acar[2], Murat Gezici[1]

[1]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye*

[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye*

GİRİŞ: Akut Transvers Miyelit, spinal kordda fokal inflamasyonla karakterize, nadir görülen nörolojik bir bozukluktur. Progresif seyreden hastalıklardan olan Akut Transfer Miyelit olguları acil servise ağrı, uyuşma, kabızlık, zorlu ürinasyon ya da yürüyememe gibi şikâyetlerle başvurabilirler. Bu olguda acil serviste Akut Transfers Miyelit tanısı konan bir hastanın tanı ve tedavi sürecinin sunulması amaçlandı.

OLGU SUNUMU: 26 yaşında bayan hasta, acil servise sol yan ağrısı ve bacaklarda uyuşma ve güçsüzlük şikâyetleri ile başvurdu. Hastanın bacaklarındaki uyuşma ve güçsüzlüğün son 3-4 gündür olduğu ve ayak parmaklarından başlayıp yukarı doğru çıktığı, yan ağrısının ise sol yanında ve 5 gündür mevcut olduğu öğrenildi. İlave olarak hasta kabızlıktan şikayet etmekte idi. Günde 5 adet sigara içen hastanın özgeçmişinde başkaca bir özellik yoktu. Yakın zamanda geçirilmiş travma ya da enfeksiyon öyküsüne ise rastlanmadı. Acil servisteki ilk değerlendirmesinde; genel durumu iyi, bilinci açık, oryante ve koopere idi. Hastanın vital bulguları: TA:130/80 mmHg, Nabız: 77 atım/dk, Ateş: 36,4°C, SS: 16 soluk/dk ve SaO2: %99 olarak tespit edildi. Sol alt ekstremite proksimal ve distalinde +2/5, sağ alt ekstremitede ise diffuz +4/5 kas gücü saptandı. İlk muayenede belirgin refleks asimetrisi tespit edilmedi. Babinski refleksi yanıtı ise bilateral plantardı. Anal tonus normaldi ve priapismus yoktu. Duyu muayenesinde solda T10 seviyesinden sağda ise T6 seviyesinden itibaren seviye veren hipoestezisi mevcuttu. Diğer nörolojik muayene bulguları ise doğaldı. Tam Kan Sayımı, Biyokimyasal analizler, Bilgisayarlı Beyin Tomografisi ve Diffüzyon MRG'si normal sınırlarda idi. Hasta için Nöroloji konsültasyonu istendi. Çekilen Torakal MRG'de spinal kordda T7-8 vertebralar seviyesinde, parasantral yerleşimli T2A hiperintens lezyon saptandı ve bu bulgular Akut Transfer Miyelit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hasta takip ve tedavi amacıyla Nöroloji servisine yatırıldı. Hasta 20 gün sonra taburcu edildi. Çıkış nörolojik muayene bulguları; sol alt ekstremite proksimali ve distalinde +4/5 ve sağ alt ekstremitede +5/5 kas gücü mevcuttu.

SONUÇ: Ekstremitelerde uyuşma ve kuvvet kaybı nedeniyle acil servise başvuran olgularda Akut Transfer Miyelit aklımıza gelmelidir. İyi bir anamnez ve detaylı bir fizik muayene sonrasında Akut Transfer Miyelit düşündüren olgularda Torakal MRG gibi ileri görüntüleme yöntemleri düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Akut Transvers Miyelit, uyuşma, güçsüzlük

PS-0294 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Hipopotasemiye Dikkat!!

Cem Gün, Hasan Aldinç, Serpil Yaylacı, Özgür Karcıoğlu
Acıbadem Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ - AMAÇ: Acil servislere hipertansiyon nedeniyle başvuran hasta sayısı oldukça fazladır. Bu tansiyon yüksekliklerinin bazılarının sebebi bulunabiliyor. Bulunamayanların ise tedavisi düzenlendikten sonra kardiyoloji veya dahiliye polikliniğine ileri tetkik ve tedavi amacıyla yönlendiriliyor. Primer hiperaldosteronizm (Conn Sendromu) hipertansiyon sebeplerinden birisidir. Hipopotasemi ve bulguları karakteristiktir.

OLGU: 34 yaşında kadın hasta halsizlik ve baş ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde tansiyon arteryal 180/100 mmHg saptandı. Bunun dışında başka patolojik bulgusu olmayan hasta anamnezde son zamanlarda çok sıvı tükettiğini ve çok idrara çıktığını belirtti. Gece uykusundan 2-3 defa uyanıp idrara çıktığını belirten hastanın yapılan tetkiklerinde kan şekeri normal, böbrek fonksiyon testleri normal, kan sodyum düzeyi üst sınırlarda ve kan potasyum düzeyi 2.1 mEq/L saptandı. Conn senromu ön tanısıyla abdomen bilgisayarlı tomografi çekildi ve sol sürrenal bezde 2cm'lik adenom saptandı. Dahiliye servisine yatışı yapılan hastanın aldosteron seviyesinin yüksek tespit edilmesiyle Conn senromu tanısı kesinleşti.

SONUÇ: Acil servise başvuran orta yaş kadın hastalarda hipopotasemi saptanırsa hiperaldosteronizm açısından mutlaka araştırılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Conn Sendromu, Primer hiperaldosteronizm, Hipopotasemi

PS-0295 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Koreik ve Ballistik Hareketleri Olan Non-Ketotik Hiperosmolar Koma Olgusu

Mustafa Ceylan[1], Ömer Faruk Bayraktutan[1], Sultan Tuna Akgöl Gür[2], Hüseyin Şahin[3]

[1]*Bölgeeğitim Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği Erzurum*

[2]*Bölgeeğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Bölümü, Erzurum*

[3]*Namıkkemal Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tekirdağ*

GİRİŞ: Acil servislere hiperkinetik hareket bozuklukları ile birçok başvuru olmaktadır. Daha çok akut distoni ve koreiform hareketler görülmektedir. Koreik ve balistik hareketlerle başvuran non-ketotik hiperosmolar koma tanısı konulan olguyu paylaşmayı amaçladık.

OLGU: 63 yaşında diyabet tanısıyla ilaç kullanan hasta genel durum bzoukluğu ve sağ kol bacakta istemsiz hareketler ile acil servisimize başvurdu. Yapılan nörolojik muayenesinde Glaskow Koma Skoru 13, şuur somnole. Sağ kol ve bacakta proksimallerde yüksek amplitüdlü ve daha seyrek, distallerde kıvrılma şeklinde daha sık ve küçük amplitüdlü hareketler izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde; glukoz: 673 mg/dl, pH: 7.43, bikarbonat: 27, idrarda keton negatif tespit edildi. Diffüzyon Manyetik Resonans Görüntüleme yapıldı. Akut patoloji tespit edilmedi. Hastaya non-ketotik hiperglisemik koma tanısı konuldu. Mevcut hiperkinetik durum için önerilerde bulunularak ilgili klinikte hospitalize edildi.

SONUÇ: Kore aritmik, hızlı, sıçrayıcı veya akıcı, basit veya kompleks özellikte genellikle ekstremitelerin distalini tutan küçük amplitüdlü istemsiz hareketler olarak tanımlanır. Eğer bu istemsiz hareketin amplitüdü büyükse ve ekstremitenin proksimalini tutuyorsa buna ballizm adı verilir. Koreik ve ballistik hareketler bazen bir arada bulunurlar veya bir hastalığın seyri esnasında birbirlerini izleyebilirler. Kore-ballizmi altta yatan sebebin niteliğine göre primer ve sekonder olmak üzere iki ana gruba ayırmak mümkündür. Primer kore-ballizm doğrudan beyni tutan nörodejeneratif ya da herediter hastalıklar sonucu ortaya çıkar. Buna karşın sekonder kore-ballizm 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. Olgumuzda metabolik nedenli koreiform ve balistik hareketler tespit edildi. Nadir görülmesi nedeniyle paylaşmak istedik.

ANAHTAR KELİMELER: Diabet, Hemiballismus, Kore, Non ketotik koma,

PS-0296 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Ensedeki Baş Ağrısı

Serpil Yaylacı, Cem Gün, Hasan Aldinç, Gizem Yıldız, Özgür Karcıoğlu
Acıbadem Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ - AMAÇ: Baş ağrısı, acil servislerde dikkatlice değerlendirilmesi gereken semptomlardan biridir. Özellikle hayatında ilk defa yaşadığı, en şiddetli, nörolojik bulguların eşlik ettiği baş ağrılarında ileri tetkik gerekir. Sfenoid sinüsler, sinüs iltihaplanmalarında en nadir tutulan yerlerdir. Beyin absesi ve menenjit komplikasyon riski en yüksek olanı da yine sfenoid sinüzitlerdir.

OLGU: 31 yaşında erkek hasta occipital bölgede olan baş ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. 3 gündür ağrısı mevcut olan hastanın daha önce bu tarz ağrısı olmamış. Hasta, öksürme, hapşırma ve gülme gibi eylemlerde baş ağrısının şiddettinin arttığını ifade etti. Vital bulguları normal bulundu, fizik muayenede ise tek patolojik bulgu olarak postnazal akıntı saptandı. Yapılan kraniyal manyetik rezonans görüntülemede sfenoid sinüste hava sıvı seviyesi saptanması üzerine akut sfenoid sinüzit tanısı konuldu. Hastaya paranteral antibiyoterapi tedavisi başlandı. Tedavinin 5. gününde baş ağrısı geriledi ve oral antibiyoterapiye geçildi.

SONUÇ: Sinüzit, gelişme sıklığına göre; frontal, maksiller, ethmoidal ve sfenoid sinüslerde görülür. Sfenoid sinüzit, klinik olarak occipital bölgede baş ağrısı ile karakterizedir. Menenjit ve beyin absesi gelişmesini önlemek için hızlı ve agresif antibiyoterapi gerekir.

ANAHTAR KELİMELER: Baş ağrısı, Sfenoid sinüzit

PS-0297 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Monoparezi İle Başvuran Anterior Serebral Arter İnme Olgusu

Mustafa Ceylan[1], Ömer Faruk Bayraktutan[1], Hüseyin Şahin[2], Sultan Tuna Akgöl Gür[3]
[1]*Bölgeeğitim Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği Erzurum*
[2]*Namıkkemal Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tekirdağ*
[3]*Bölgeeğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Bölümü, Erzurum*

GİRİŞ: Anterior serebral arter (ASA) infarktları iskemik inmelerin % 0,6-3'ünü oluşturmaktadır. Klinikte karşı taraf alt ekstremitede kuvvetsizlik, akinetik mutizm, sfinkter kusurları ayrı ayrı veya birlikte görülebilir. Tedavisi diğer iskemik beyin damar hastalıklarından farklı değildir. Acil servisimize sol bacakta ani gelişen kuvvetsizlik şikayeti ile başvuran olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU: 43 yaşında erkek hasta. Sistemik hastalık öyküsü yok. 1,5 paket/gün sigara kullanıyor. Ani gelişen sol bacakta kuvvetsizlik şikayeti ile başvuruyor. Yapılan nörolojik muayenesinde sol alt ekstremite 4/5 kuvvetinde, haricinde nörolojik bulgusu yok. Laboratuvar tetkikleri ve elektrokardiyogram normal. Diffüzyon ağırlıklı Manyetik Resonans Görüntülemesi yapıldı ve sağ anterior serebral arter (ACA) sulama alanında akut evre iskemi izlendi. Hasta iskemik beyin damar hastalığı tanısıyla hospitalize edildi.

SONUÇ: Beyin damar hastalıkları tutulan nöro-anatomik bölgeye göre farklı klinik bulgularla başvurabilir. ACA iskemilerinde görülen klinik bulgular farklı hastalıklarla karışabilir. ACA iskemisi akinetik mutizm ile başvurabilir ve konversiyon ile karışabilir. Alt ekstremite monoparezisi ile başvurabilir ve akut spinal kord hastalıkları ile karışabilir. Olgumuzda akut gelişen monoparezi haricinde nörolojik patolojisi olmaması nedeniyle beyin damar hastalığı öncelikle düşünüldü. Olgumuz yaşı itibariyle spinal kordun demiyelinizan hastalıklarıda düşünülebilirdi. Olgumuzda seviye veren duyu kusuru, sfinkter kusuru olmaması nedeniyle spinal kord patolojisi düşünülmedi. İskemik beyin damar hastalıkları içinde nadir görülen ACA iskemili olgumuzu paylaşmak istedik.

ANAHTAR KELİMELER: Anterior Serebral Arter, İskemik İnfarkt, Monoparezi

PS-0298 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Sırt Ağrısı ile Başvuran Bir Multipl Miyelom Olgusu

Murat Sarıtemur, Atıf Bayramoğlu, Abdullah Osman Koçak, İlker Akbaş, Mevlana Ömeroğlu, Mustafa Uzkeser
Atatürk Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Multipl miyelom tek bir klondan köken alan plazma hücrelerinin malign proliferasyonudur. Anormal plazma hücrelerinin kemik iliğini işgal etmesi sonucunda; kemik iliği yetmezliği, kemik ağrıları ve patolojik kırıklar, hiperkalsemi, böbrek yetmezliği, hiperviskozite bulguları ve infeksiyona yatkınlık gibi miyelomanın karakteristik klinik bulguları ortaya çıkar. Uluslararası Miyelom Çalışma Grubu (IMWG)'na göre tanısı serum ve/veya idrarda M proteini ve ilikte klonal plazma hücreleri ve/veya dökümente edilmiş plazmasitom ile beraber hiperkalsemi (> 11), anemi (Hb < 10), böbrek yetmezliği (kreatin > 2), kemik hastalığı (litik lezyonlar ya da osteopeni) bulgularından bir tanesi ile konur.

OLGU: 48 yaşında erkek hasta acil servisimize sırt ağrısı ile başvurdu. Travma hikayesi olmayan hastanın uzun zamandır olan sırt ağrısı giderek artmış. Gelişinde vitalleri stabil olan hastanın yapılan muayenesinde belirgin bir özellik yoktu. EKG'si ve kardiyak enzimleri normaldi. Çekilen akciğer grafisinde kemikler dejenaratif ve yaşla uyumsuz osteopenik görünümde saptandı ve parankimal bir patoloji yoktu. Hastanın ağrısının şiddeti nedeniyle çekilen torakolomber tomografi görüntüsünde yaygın dejenaratif ve osteopenik görünüm izlendi. Laboratuar bulguları arasında anemi (Hb:8.6), hipoalbuminemi (Alb: 2,6) ve hiperkalsemi (Ca:11,5) mevcuttu. Hasta tüm bu bulgular doğrultusunda multiple myelom ön tanısı ile hematoloji kliniğimize yatırıldı.

SONUÇ: Acil serviste kronik ağrıları olan hastalarda laboratuar ve radyolojik bulgular ışığında akut olaylar dışında kronik ancak atlanmaması gereken tanılar da konabilmektedir. Bu nedenle acil serviste multidisipliner bir yaklaşımın önemi hatırlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Sırt ağrısı, Multiple Myelom, Acil Servis

PS-0299 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Kusma ve ani şuur kaybıyla gelen hastada ender akla gelen hastalık: SLE

Gülşen Çığşar[1], Elnare Günal[1], Şahin Kahramanca[2], Eray Atalay[3], Hatice Köse Özlece[4], Ali Cihat Yıldırım[2]
[1]*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Kars*
[2]*Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Kars*
[3]*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Ana Bilim Dalı, Kars*
[4]*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı, Kars*

GİRİŞ: Sistemik lupus eritematozus (SLE), kronik seyirli olan ve immünolojik, otoimmün ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan multisistemik tutulumlu bağ doku hastalığıdır. Birinci derece akrabada görülmesi halinde diğer aile bireylerinde saptanma olasılığı %5'tir. Kadınlarda daha sık görülen SLE'de klinik, tutulan sisteme bağlı değişiklik göstermektedir.

OLGU SUNUMU: Uzun süredir yemek yeme alışkanlığında değişiklik, 4 gündür süren baş ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile acil servise başvuran 22 yaşındaki bayan hastanın yapılan fizik muayenesinde glaskow koma skorunun (GKS) 13 olduğu letarjik tablo saptandı. Özgeçmiş özelliği olmayan ve gastrointestinal sistem muayenesi doğal olan hastanın çekilen kranial tomografisi normal olarak raporlandı. idi. Hipokloremik, hiponatremik meabolik asidoz ve trombositopeninin (71000/mm3) yanı sıra (+++) ketonürisi olan hasta, anoreksi nevroza tanısıyla interne edildi. Servis takiplerinde genel durumu bozulan, GKS'si 7'ye düşen ve entübe edilen hastanın mikrobiyolojik incelemesinde; Brucella (-), anti CMV IgG (+) ve anti Toxoplazma IgG (+) saptanırken, yatışının 24. saatinde çekilen kranial MR'sinde lateral ventriküllerde asimetri, periventriküler beyaz cevherde gliotik lezyonlar ve demyelinizan hastalık benzeri görünüm dikkati çekmiştir. Aile öyküsü tekrar sorgulanan hastanın, yaklaşık 1 yıl önce kendisinden 2 yaş büyük ablasının benzer tablo ile hastaneye yatırıldığını ve SLE tanısı konulduğu ancak hastanın ex olduğu bilgisine ulaşıldı. Hastanın ANA örneklemesi için kan tetkikleri alındı halen sonuç bekleniyor.

SONUÇ: SLE, klinik özellikleri ve prognozu, tutulan organa bağlı değişik varyasyonlarla karşımıza çıkan multifaktöryel ve multistemik bir hastalıktır. Özellikle aile anamnezi olan hastalarda, birden fazla sistemi etkileyen semptomlar görüldüğünde akla gelmesi gereken hastalıklardandır.

ANAHTAR KELİMELER: Sistemik lupus eritematozus, nörolojik tutulum, glaskow koma skoru, kusma

POSTER BİLDİRİLER

PS-0300 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Genç iskemik stroklu hastada hematolojik nedenler

Vermi Değerli[1], Özgür Duran[1], Fulya Yılmaz Duran[2], Orhan Şahin[2], Yasemin Uyar[2], Yılmaz Ertörer[2], Bora Karabağ[2]

[1] *Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği,İzmir*

[2] *Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği,İzmir*

GİRİŞ: Genç iskemik inmenin hematolojik nedenleri arasında, koagülasyon inhibitör proteinlerin herediter eksikliği, antifosfolipid antikorları, lupus antikoagülanı, sickl cell anemi ve esansiyel trombositoz sayılabilir. Hiperkoagülasyona yol açan hastalıklar, inmeli hastaların %1'inde görülürken bu oran genç inmeli hastalarda %1-14arasında bulunmuştur. Biz de faktör 5 leiden mutasyonu heterozigot, MTHFR gen mutasyonu homozigot olan olgumuzu sunacağız.

OLGU: 28 yaş, erkek hasta sabah saatlerinde bayılma, konuşamama, sağ beden yarısında güçsüzlük nedeniyle başvurduğu özel bir sağlık merkezinde çekilen beyin BT'de akut nöropatoloji izlenmemesi üzerine ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastanemize getirildi.

Hastanın özgeçmişinde hiperlipidemi ve sigara öyküsü mevcuttu. Vitalleri stabil, bilinç konfü, motor afazik, sağ nasolabial sulcus silik, sağ alt-üst ekstremite motor kuvvet 2/5, sağ babinski (+) saptandı. Diffüzyon MRG'de sol ICA sulama alanında temporopariyetal alanda geniş akut enfarkt ile uyumlu diffüzyon kısıtlılığı izlenmesi üzerine nöroloji kliniğine interne edildi. Ekg sinüs ritmi, TEE, carotis ve vertebral arter doppler usg, beyin MR anjio normal bulundu. Boyun MR incelemesinde diseksiyon ekarte edildi. Hastanın genç stroke açısından yapılan tarama tetkiklerinde vaskülit –serolojik testleri, Prot C, Prot S, antitrombin 3 antijeni ve enfektif markırları normaldi. Hastanın etyolojiye yönelik genetik incelemesinde faktör 5 leiden mutasyonu heterozigot, MTHFR gen mutasyonu homozigot olarak saptandı. Bu nedenle hastanın kullanmakta olduğu antiagregan tedavi kesilerek oral antikoagulan tedaviye geçildi. Fizik tedavi rehabilitasyon tedavi programına alınan hasta warfarin ve statin tedavisiyle taburcu edildi.

TARTIŞMA: Kırkbeş yaşın altında görülen inmeler genç inme olarak sınıflandırılır. Gençlerde inme insidensi 2,5 - 40/100.000 arasında değişmektedir. Bütün inmelerin % 4 -10 kadarı gençlerde görülür. Erkeklerde 30 yaşın üstünde, kadınlarda 30 yaşından genç olanlarda inme insidansi yüksektir.

Son zamanlarda, serebrovasküler hastalıkların etiyopatogenezinde etkili olabileceği düşünülen farklı protrombotik gen mutasyonları ile ilgili birçok çalışma mevcuttur.

FVL mutasyonu, Faktör V geninin 1691'inci nükleotidinde arginin yerine glutamin gelmesi ile oluşan bir nokta mutasyonudur. Türklerde FVL mutasyonu %7,1-10,4 olarak en sık mutasyonlardan birisidir. FVL mutasyonu heterezigot hastalarda tromboz riski sağlıklı bireylere göre 7, homozigotlarda ise 80 kat fazla bulunmuştur.

MTHFR geninde görülen 677. nükleotidde meydana gelen bir nokta mutasyonu sonucu sitozin yerine timidin geçmekte ve sonuçta alanin yerine valin aminoasiti sentezlenmektedir. MTHFR C677T mutasyonu taşıyıcılığı beyaz ırkta %60 olup, bunun da %5-15'i homozigot olarak bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda, iskemik stroklu hastalarda MTHFR C677T mutasyonu kontrol grubuna göre daha fazla olabileceği bildirilmektedir.

Genç iskemik inmeli hastalarda, yaşlı hastalara göre daha çeşitli, çok sayıda etyolojik faktörlerin bulunması, hastalığı tedavi ve prognozu açısından daha önemli kılmaktadır. Özellikle değiştirilebilir risk faktörlerinin belirlenip tedavi edilmesi aynı derecede önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: genç iskemik stroke, faktör 5 leiden mutasyonu, MTHFR gen mutasyonu

PS-0301 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Pres sendromu: Acil Serviste Ne Kadar Farkındayız

Esra Aşkin Baş, Erol Armağan, Suna Eraybar Pozam, Mümin Karaali, Sibel Gafuroğulları
ŞEVKET YILMAZ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ACİL TIP,BURSA

GİRİŞ: Posterior reversible ensefalopati sendromu (PRES), farklı etiyolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan, genellikle posterior parietal ve oksipital bölgelerde vazojenik ödem ile seyreden ve manyetik rezonans görüntüleme bulgularının tanısal olduğu, klinik-radyolojik bir durumdur.Bu yazıda acil servise baş ağrısı yakınmasıyla gelen bir PRES sendromu olgusu sunulmuştur.

OLGU: 23 yaşında 27 haftalık gebe acil servise baş ağrısı ve bulantı şikayeti ile başvurdu. Bilinen sistemik hastalık öyküsü olmayan hastanın bir hafta öncesinde pyelonefrit tanısıyla yatış öyküsü olduğu öğrenildi. İlk değerlendirmesinde kan basıncı 140/90 mmHg, nabız 100/dk ve ateş 37 derece saptandı.Nörolojik muayenesinde motor ya da duyu lateralizasyonu, ense sertliği saptanmadı. Monitörize edilen hastanın EKG si normal sinüs ritmi 100/dk, solunum sayısı 14/dk ve sturasyonu %99 du. Takibinde hasta acil serviste yaklaşık 1 dakika süren tonik klonik nöbet geçirdi. Magnezyum sülfat tedavisi başlandı ve antihipertansif tedavi eklendi. Hasta eklampsi ön tanısı ile kadın hastalıklarına konsülte edildi. İlk laboratuvar tetkiklerinde hemogram ve biyokimya normal iken;tam idrar analizinde ph:8.5, keton:negatif, idrar mikroskopisinde 278 eritrosit ve 670 lökosit mevcuttu. Eklampsi düşünülerek yatışı planlanan hastanın takibinde uykuya meyil gelişti. Hastaya kranial manyetik rezonans görüntülemesi yapıldı.MR tetkikinde Her iki serebral hemisferde posterior payetal loblar seviyesinde ve oksipital loblar seviyesinde konveksiteye değin uzanan korteks ve subkortikal beyaz cevher içerisinde T2 ve FLAIR sekansında sinyal intensite artımları saptandı.(şekil 1) Hastaya antiödem tedavisi başladı ve PRES sendorumu ön tanısı ile nörolojiye konsülte edildi. Kadın doğum klinik yatışı verilen hasta nöbet aktivitesinde artış sonrasında acil sezeryana alındı. Takibinin 10. gününde ek bulgu saptanmayan, semptomları gerileyen hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: PRES mental bozukluk, baş ağrısı, epilepsi ve görme bozukluğu ile karakterize olup etiyolojik nedenler oldukça geniş bir dağılım gösterir. MRG'nin T2 ağırlıklı ve FLAIR sekansları, hastanın kliniği ile altta yatan etkenin bilinmesi durumunda tanısal olabilmektedir. Bizim hastamızda da uygulandığı gibi kranial MRG ile bulgular değerlendirilebilir ve bu sayede prognoza ilişkin fikir sahibi olunabilir. Yapılan araştırmalarda MRG'de vazojenik ödem kısmen simetrik olarak oksipital ve paryetal loblarda tipik olarak subkortikal beyaz cevherde, bazen de kortekste gösterilmiştir. Klinik ve radyolojik bulgularla tanı konulabilen ve erken teşhis ve tedavi edildiğinde sekel bırakmadan geri dönüşümlü olan bir durumdur. Teşhis ve tedavide geç kalındığı durumlarda kalıcı beyin hasarına ve kronik epilepsi gibi nörolojik sekellere neden olabilir. Baş ağrısı, görme bulanıklığı gibi nörolojik semptomlarla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Posterior reversible ensefalopati, baş ağrısı, eklampsi

PS-0302 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Renal Enfakt Ve Portal Ven Trombozu Birlikteliği

Metin Ateşçelik, Mustafa Yılmaz, Mehtap Gurger, Mustafa Yildiz, İbrahim Halil Yasak
Acil Tıp Kliniği, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Türkiye

GİRİŞ: Karın ağrısı acil serviste sık karşılaşılan bir durumdur. Karın ağrısına neden olan bazı hastalıkların tanısının konulması zaman almakta ve sonuçları şaşırtıcı olabilmektedir. Bu yazımızda karın ağrısı ile acil servise başvuran hastada portal ven trombozu ve renal enfakt birlikteliğini sunmayı amaçladık.

OLGU: Yetmişüç yaşında erkek hasta yaklaşık olarak beş saat öncesinde epigastrik bölge çevresinde başlayan ve sürekli tarzda olan ve karının sağ orta-alt bölgesine doğru yayılan ağrı şikayetiyle acil kliniğine başvurdu. 3 kez sarı-yeşilimsi renkte kusması olan hastanın ishal ve ya kabızlığı olmamış. Gittiği klinikte ağrı kesici verilmesine rağmen ağrılarında azalma olmaması üzerine kliniğimize başvurmuş. Bilinen HT ve Koroner arter hastalığı olan hasta ilaçlarını düzenli olarak kullanıyormuş. Muayenesinde karında yaygın hassasiyeti olduğu fakat rebund bulgusunun olmadığı tespit edildi. Ayrıca sağ kostovertebral açı hassasiyeti de olan hastanın Solunum, kardiyak ve nörolojik muayenesinin normal olduğu tespit edildi. Başvuru anında kan basıncı 210/110 mmHg, Nabız: 92 atım/dakika, SS: 22/dk Ateş:36.6 oC, Periferik Oksijen saturasyonu %98'di. EKG'de DII, DIII ve aVF de T negatifliği ve AF'si mevcuttu. Laboratuvar değerleri normal olan hastanın ultrasonografisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Analjezik tedaviye rağmen ağrısında azalma olmayan hastanın kontrastlı batın tomografisinde portal venden sağ ana damara uzanan lineer trombus alanları izlenmekle beraber sağ böbrek üst ve orta kesimlerde kortikal alanları kapsayan belirgin hipodens alanlar tespit edildi ve renal infarkt olarak değerlendirildi. Portal ven trombozu ve renal infarkt ön tanılarıyla hasta gastroenteroloji servisine yatırıldı.

SONUÇ: Acil servise karın ağrısı şikâyetiyle başvuran hastaların klinik olarak rahatlaması hem tanı koymada hem de hastanın konforu açısından önemlidir. Tedaviye rağmen devam eden veya artan karın ağrısı olan hastalarda ileri tetkik ve görüntüleme yöntemlerine başvurarak tanının kesinleşmesi yoluna gidilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Karın ağrısı, Portal Ven Trombozu, Renal enfakt

PS-0303 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acil Serviste Nadir Görülen Hipokalemik Periyodik Paralizi Olgusu

Oya Akpınar Oruç, Yeşim İşler, Fatıma Bakan, Kamil Tünay, Şerife Özdinç
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İlk ve Acil Yardım AD, Afyonkarahisar

GİRİŞ: Ailesel hipokalemik periyodik paralizi, ağrısız kas güçsüzlüğü ataklarıyla karakterize ender görülen nöromuskuler genetik bir hastalıktır. Kas hücresinde bulunan iyon kanallarındaki bozukluk nedeniyle oluşur. Potasyumun kas hücrelerine geçmesi sonucunda serum potasyum düzeyinin 3.5mEq/l'nin altına düşmesi kas güçsüzlüğü ataklarının nedeni olarak bildirilmektedir. Atak dışı dönemde serum potasyum düzeyinin normal olması tipiktir. Genetik geçiş otozomal dominant olduğu için ailede benzer yakınmalara sahip bireylerin varlığı tanıda büyük önem taşımaktadır. Burada yaygın kas güçsüzlüğü ile başvuran bu ve ayırıcı tanıda güçlüklere sebep olabilen, nadir görülen hipokalemik periyodik paralizi tanısı almış bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: 38 yaşındaki erkek hastanın kol ve bacaklarda güçsüzlük, ellerde kasılma ve yürüyememe şikayetleri ile bir dış merkeze başvurduğu, şikayetlerinin geçmemesi üzerine acil servise yönlendirildiği öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde birkaç defa olan, 2-3 gün süren yaygın güçsüzlük şikayeti yaşadığı, soy geçmişi ile ilgili olan sorgulamasında ailesinde de benzer semptomların olduğu tespit edildi. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu iyi, şuur açık, koopere, oryante idi. Vital bulgularından Tansiyon Arteriel: 130/80 mmHg, Nabız: 85 atım/dk, Ateş:36°C, Saturasyonu:%99 idi. Sistem muayenesinde patoloji tespit edilmeyen hastanın nörolojik muayene motor sistem değerlendirilmesinde kas gücü dört ekstremitede 4/5 saptandı. Taban cildi refleksi bilateral fleksör, derin tendon refleksleri global normoaktif tespit edilen hastanın serebellar testleri iki taraflı becerikliydi.Çekilen EKG normaldi. Kranial ve servikal bölgenin radyolojik değerlendirilmesi doğal bulunan hastada Guillain Barre ön tanısıyla nöroloji kliniği ile konsülte edilerek yapılan elektronöromiyografide patoloji saptanmadı. Laboratuvar değerlendirilmesinde Potasyum: 3.31 mEq/l olması dışında değerler ve tiroid fonksiyon testleri normal aralıktaydı. Öykü, klinik ve laboratuvar bulguları ile Ailesel Hipokalemik Periyodik Paralizi tanısı düşünülen hastaya potasyum replasmanı başlanıp ileri tetkik ve tedavi amacıyla nöroloji kliniğine yatırıldı.

SONUÇ: Hipokalemik periodik paralizi (HPP) epizodik olarak serum potasyum (K) düzeyinin düşmesiyle gelişen erkeklerin daha sık etkilendiği bir hastalıktır. Duyu defekti ve mental fonksiyon bozukluğu beklenmeyen HPP' de kas güçsüzlüğü atakları birkaç saatten birkaç güne kadar sürebilir. Yapılan çalışmalarda atak süresince ciddi K düşüklüklerinin yanında sınırda olan K düşüklüklerinin de klinik semptomlara sebep olabildiği saptanmıştır. Atak süresince ortaya çıkan klinik ve nörolojik muayene bulgularının silikliği ayırıcı tanıda zorluklara sebep olabilmektedir. Bu olguda kuadriparezi ile başvuran hastalarda nadir karşılaşılan bir durum olan HPP' nin akılda tutulması gerektiğinin vurgulanması amaçlanmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Hipopotasemi, Kuadriparezi, Periyodik

PS-0304 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A Case of an Ophthalmoplegic Migraine with Third Nerve Palsy

Mansur Kürşad Erkuran, Arif Duran
Departments of Emergency Medicine, Abant Izzet Baysal University, Bolu, Turkey

OBJECTIVE: Ophthalmologic migraine is a frequently relapsing pathology characterized with cranial nerve palsy of the III, IV and/or VI. Cranial nerves following headache. IIIrd cranial nerve is most frequently inolved. The disease most commonly starts in childhoos. Attacks are generally self-limited and response to treatment is good. Ophthalmoplegia may last from hours to weeks and even to months. Although different pathogenetic mechanisms have been suggested for ophthalmoplegic migraine, its etiology is not completely known. A case with the diagnosis of ophthalmologic migraine evaluated and followed-up in the emergency service is presented here.

CASE: A 50 year-old male patient had headache and dizziness started that morning. He presented to the emergency service with the continuing symptoms. He disclosed that he had headaches due to migraine in the past. He had no other diseases in his past medical history. Upon physical examination, his general condition was good, he was conscious, his blood pressure was 110/60 mmHg, pulse was 84/min. With a body temperature of 37,2 oC. His pupillae were isochoric, his light reflex was +/+, and his cranial nerve examinations and other neurologic systems examinations were normal except limitation in the internal rotation of the left eye. Laboratory test results were in normal ranges. Computed brain tomography (Figure 1) and cranial magnetic resonance imaging (Figure 2) of the patient were evaluated to be normal. Diffusion limitation was absent in DWI. He was evaluated by ophthalmology and neurology specialists. Since no pathology was encountered following laboratory and radiological examinations and there was no underlying pathology other than migraine, he was treated with the diagnosis of oculomotor nerve palsy secondary to ophthalmoplegic migraine and was discharged.

RESULT: In conclusion, this case is reported to emphasize that ophthalmoplegic migraine which is a rare disease seen with headache should be considered after all other pathological conditions are ruled out.

ANAHTAR KELİMELER: Headache, migraine, cranial nerve palsy

PS-0305 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Karın Ağrısı ile Gelen Emboli

Bülent Demir[1], Emre Gökçen[1], İbrahim Çaltekin[1], Erdal Demirtaş[1], Çağdaş Yıldırım[2], Tolga Öz[2], Çağrı Serdar Elgörmüş[2]
[1]*Department of Emergency Medicine,Malatya State Hospital,Malatya,Turkey*
[2]*Department of Emergency Medicine, Atatürk Training and Research Hospital,Ankara,Turkey*

GİRİŞ: Pulmoner emboli; pulmoner arter veya dallarındaki kan akımının bir trombüs nedeni tam veya kısmi olarak tıkanması sonucu oluşan hayati tehdit eden bir klinik durumdur. Tanısının konması güçtür, spesifik bir tablo ile ortaya çıkmadığı için gözden kaçabilir. Büyük kemik kırıkları, majör travmalar, DVT, malignite, gebelik, uzun süreli immobilizasyon ve koagulasyona zemin hazırlayan durumlar pulmoner emboli için risk oluştururlar.

OLGU: 32 yaş erkek hasta 2 haftadır olan karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Dahiliye, genel cerrahi, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahi tarafından poliklinikte değerlendirilmiş, bir şeyinin olmadığı söylenmiş. Şikayetlerinin devam ettiğini belirten hastanın hikayesinde 6 hafta önce araç içi trafik kazası geçirdiği, yaygın SAK ve beyin ödemi nedeni ile 1 hafta entübe halde dış merkez yoğun bakımında izendiği tepit edildi. Ayrıca bel omurlarındaki çatlaklar nedeniyle o tarihten beri lomber korse kullanmaktaydı. Fizik muayene: TA: 110/65mmHg, Nb: 114/dk, solunum sayısı: 26/dk spO2:%94. Dinlemekle solda solunum seslerinde kabalaşma alındı. Batın muyanesinde özellik yoktu. Hasta özellikle derin inspiryumda sol üst kadranda barıcı ağrı tarifliyordu. EKG'de sinüs taşikardisi mevcuttu. Baldır hassasiyeti ypoktu. Pulmoner emboli düşünülen hastaya toraks BT anjiografi çekildi. Sol tarafta belirgin olmak üzere pulmoner arter uç dallarında dolum defektleri izlendi. Göğüs hastalıkları servisine yatırıldı.

SONUÇ: Pulmoner emboli her zaman özgün bulgularla karşımıza çıkmaz. PTE açısından risk grubunda bulunan hastaları değerlendirirken özgün olmayan yakınmalar da dikkate alınmalı, şüphenin devamı halinde ileri tetkik yapılmalıdır. Majör travma sonrası pulmoner emboli gelişen bu hastanın, bu özgün olmayan yakınmaları nedeni ile tanısının konması gecikmiştir. Risk faktörlerine sahip hastalarda uyanık ve tedbirli olunmasının ölümcül komplikasyonların gelişmesine engel olabileceğini düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: pulmonary embolism, major trauma, stomach pain

PS-0306 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Her Şeyin Aşırısı Zarar

Gökhan Ersunan, Özlem Bilir, Asım Kalkan, Özcan Yavaşi, Kamil Kayayurt, Aydın Çoşkun
Recep Tayyip Erdoğan Üniveritesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ: Rabdomiyoliz travmatik ve travmatik olmayan nedenlere bağlı gelişen çizgili kas yıkımı sonucu oluşan klinik bir durumdur. Travmatik nedenlerin, başında doğal afetler, yoğun spor yapılması, trafik ve iş kazaları gelirken, travmatik olmayan nedenlerin başlıcaları ise ilaç kullanımı, epileptik nöbetler, alkol kullanımı, enfeksiyonlar ve elektrolit bozukluklarıdır. Lipid düşürücü tedavi amacıyla kullanılan statinler başta olmak üzere, fibrik asit türevleri, kortikosteroidler, kolşisin, amfoterisin B gibi birçok ilaç rabdomiyolize sebep olabilmektedir. Rabdomiyoliz, ilk olarak 1881 yılında Fleisher tarafından, kas egzersizleri ile birlikte hemoglobinüri görülmesi olarak tanımlandı.. Kas yıkımı sonucu açığa çıkan Miyoglobin, "hem" içeren ve akut tubuler nekroza en sık neden olan nefrotoksindir. Nekrotik kas hücrelerinden salınan büyük miktardaki miyoglobin glomerüllerden serbestçe filtre olur ve renal tubullerden reabsorbe olarak direkt hasara yol açar. Pigment ayrıca, distal renal tubuler obstrüksiyon ile hasar oluşturabilir.Biz burada vücut geliştirmek için aşırı egzersiz yapması sonucu oluşan bir rabdomiyoliz vakasını tartışmak istedik.

OLGU: yaşında erkek hasta, acil servise kusma ve yaygın vücut ağrısı ile başvurdu. Özgeçmişinde belirgin bir özelliği olmayan hastanın öyküsünde, 10 dk önce akne tedavisi için ilk doz

POSTER BİLDİRİLER

tetradox aldığını ve kustuğu öğrenildi. Ayrıntılı anamnezde iki gün önce vücut geliştirmek için spor salonunda aşırı yük kaldırarak çalıştığı, bir gündür süren yaygın vücut ağrısının olduğu öğrenildi. Başvuru sırasında bilinci açık, koopere ve oryante idi. Vital bulguları TA: 120/80 mmHg, nabız 72 atım/dk., solunum 16 /dk., ateş 36,5 0C, SPO2 %99 idi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboatuvar sonuçlarında lökosit 7960 /UL, Hgb 17,1 gr/dL, Plt 251000/UL, glukoz 118 mgr/dL, üre 25 mg/dL, kreatinin 0,83 mg/dL, ALT 102 U/L, AST 225 U/L, GGT 25 U/L,Kreatin Fosfokinaz (CPK) 10086 U/l (Normal: 30-200), Kreatin Fosfokinaz-MB (CK-MB) 3,27 U/L potasyum (K+) 3,5 mEq/L (Normal: 3,5-5,1), idrar incelemesinde makroskopik olarak koyu sarı renkli, idrar sedimentinde eritrosit veya silendire rastlanmadı, glukoz (-), protein (-), hemeglobin(-), ph 5,5, Dansite 1023 diğer parametreler normal sınırlar içindedir. Hasta aşırı egersize bağlı rabdomiyoliz düşünüldü 150 cc/saat IV %0,9 NaCl başlandı. Oral hidrasyon alması önerildi, idrara çıkışı takibe alındı. 8 saat sonra CPK 7069 U/L olarak görüldü, 48 saat sonra CPK 1662 U/L, 4.gün CPK 410 U/L olan hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Rabdomiyoliz oluşumunda birçok neden rol oynayabilir. Aşırı egzersiz yapanlarda yaygın vücut ağrısının nedeninin rabdomiyoliz olduğu düşünülmeli ve rabdomiyolizin altta yatan sebebinin düzeltilmesi gerekliliği unutulmamalı. Rabdomiyoliz bağlı gelişebilecek akut böbrek yetmezliği olasılığı her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Bu hastalarda fizik muayene bulgularının yanı sıra biyokimya, hematolojik ve diğer laboratuar tetkikleri, anamnez ayrıntılı değerlendirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Rabdomiyoliz, Acil servis, bodybuilding

PS-0307 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Menenjit Kliniği ile Gelen Ölümcül SVO

Bülent Demir[1], Emre Gökçen[1], Erdal Demirtaş[1], Zeynep Kaplan Türker[1], Çağdaş Yıldırım[2], Teoman Erşen[2], Ramazan Avcu[2]

[1]*Department of Emergency Medicine,Malatya State Hospital,Malatya,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Atatürk Training and Research Hospital,Ankara,Turkey*

GİRİŞ: Menenjit; ateş, baş ağrısı ve ense sertliği klasik triadına sahip meninkslerin inflamasyonu ile karakterize klinik sendromdur. Bakteriyel, viral, fungal, parazitik ya da ilaçlara bağlı oluşabilir. Serebrovasküler hastalık; beyne giden damarların tıkanması veya kanaması ile oluşan lezyon alanı ile ilgili belirtiler veren bir hastalık grubudur. Ölüm nedenleri arasında tüm dünyada üçüncü sıradadır.

OLGU: 40 yaşında kadın hasta sabah saatlerinde soğuk algınlığı benzeri şikayetler ile sağlık ocağına başvurmuş. Aile hekimi tarafından değerlendirilmiş. Gribal enfeksiyon tanısı ile reçete verilerek taburcu edilmiş. Aynı gün akşam saatlerinde yüksek ateş ve şuur bulanıklığı gelişen hasta acil servisimize getirildi. Fizik muayenede hastanın şuuru konfüze idi. Ağrılı uyaranla gözlerini açıyor, ağrıyı lokalize ediyordu. Belirgin ense sertliği mevcuttu. Ateşi 39,3°C, TA: 100/60 mm/Hg idi. Solunum sesleri doğaldı. Kardiak muayenede mekanik kapak sesi, apekste 2/6 sistolik üfürüm, ritmde düzensizlik ve taşikardi tespit edildi. Antipiretik tedavi ve hidrasyon başlandı. Tetkikleri planlandı. Anamnezi derinleştirilen hastaya 6 yıl önce mitral kapak replasmanı yapıldığı, coumadinize halde izlendiği, 3 yıl önce de iskemik SVO geçirdiği öğrenildi. Beyin BT sonrası jeneralize nöbet geçiren hasta rsi protokolüne göre entübe edildi. Beyin BT'de sağ oksipitoparyetalde geçirilmiş SVO'ya bağlı ensefalomalezik alan, malezik alan içinde ve sol lateral ventrikül içinde hemoraji, beyin sapında belirgin olmak üzere yaygın beyin ödemi mevcuttu. INR değeri 12 gelmesi üzerine hastaya 4 ünite TDP ve 10 mg vitamin K verildi. Antiödem tedavi başlandı. Yoğun bakıma alınan hasta takibinde eks oldu.

SONUÇ: Basit bir ÜSYE kliniği ile gelen hastalar da dahi iyi bir anamnez almak, öyküyü derin tutmak pek çok durumda hayat kurtarıcıdır. Acil hekimlerinin malpraktisle sonuçlanabilecek durumlardan kaçınabilmesinin en pratik yolunun iyi bir anamnez ve öz geçmiş sorgulaması olduğunu düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: menenjit,svo

PS-0308 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Bilinç bulanıklığı ile başvuran Malign Hiperkalsemi olgusu

Hilmi Akdağ[1], Metin Özdemir[2], Funda Ovalı[2], Murat Ongar[2], Selim İnan[2]

[1]*Department of Anesthesiology and Reanimation,Yıldırım Beyazıt University, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Research and Training Hospital, Ankara, Turkey*

75 erkek hasta acil servise 112 aracılığı ile getirildi. Yakınları tarafınca tariflenen bilinç bulanıklığı; bugün hastanın tamamen yanıtsızlığına yol açan bir düzeye erişmiş. Hasta evde 3 gündür bulantısı varmış ve bir gün önce iki kez kusmuş.Hastanın gks:11 vital bulguları stabil. Motor yanıt tüm ekstremitelerde azalmış. Konfüze bilinç hali mevcut. EKG'de QT kısalması ve anormal QRS kompleksleri mevcut idi. Hastanın hikayesinde 3 yıldır multiple myelom tanısı ile izlendiği ve halen lenalidomid tedavisi aldığı öğrenildi. Hastanın kranial bt görüntülemesinde akut değişiklik izlenmedi. Hastanın laboratuar değerlerinde kreatinin:2,4 ve kalsiyum değerinin 20,7 mg/dl saptanması üzerine akut böbrek yetmezliği ve malign hiperkalsemi tanıları ile diyaliz kateteri takılarak acil diyalize alındı. Hasta hidrasyon ve furosemid tedavilerine ek olarak iki gün üst üste diyalize alınarak kalsiyum düzeyi 13mg/dl'ye kadar düşürüldü. Bilinci açılan ve kliniği düzelen hasta multiple myelom tedavisi düzenlenmek üzere hematoloji servisine yatırıldı.

Hiperkalsemi serum kalsiyum düzeyinin normalden (9-11 mg/dl) yüksek olduğunda meydana gelen metabolik bir durumdur. Serum kalsiyumunun 12 mg/dl üzerine çıkması ile hiperkalsemi tablosu ile karşılaşılır. Kanserli hastaların % 10 – 20'sinde görülür ve en yaygın onkolojik acildir. Hiperkalsemide mortalite oranı tedavi edilmediğinde % 50 dir. Özellikle malignite öyküsü olan yaşlı hastalarda hiperkalsemi göz ardı edilmemelidir.

ANAHTAR KELİMELER: malign hiperkalsemi, bilinç bulanıklığı

PS-0309 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Klinik Karar Verme Rehberleri Ve Uygulanması

Arif Duran, Songül Yorgun, Mansur Kürşad Erkuran, Erdoğan Şentürk, İlknur Kartaloğlu, Semahat Ahmetoğlu Duran, Elif Uysal, Seven Kazan
AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu

Bu çalışma 2013 yılında TKHK tarafından yayınlanan Acil Klinik Karar Verme Rehberlerinin acil servisinde kullanımı ve önemini belirtmek amacıyla yapılmıştır.

Acil sağlık sistemi ve çalışanları sağlık sisteminin vizyonunu oluşturur. Acil servisler de hastanelerin vitrini olarak kabul edilir. Bu yerler sağlık hizmeti verilen hedef toplumun sağlık sorunlarıyla en yoğunlaştığı alandır (Eryılmaz M.2007:1-12).

Modern tıptaki hızlı gelişim, teknolojik tıbbi cihaz olanaklarındaki artış ile birlikte, gelişen ve büyüyen toplumun acil sağlık ihtiyaçlarındaki beklentilerinin büyüklüğü, bu hizmetlerde sürekli bir iyileştirme ve geliştirme ihtiyacı doğurmaktadır (Eryılmaz M.2007:1-12).

Acil servislerin en büyük özelliği kesintisiz hizmet vermeleridir. Bu hizmeti ihtiyacı olan hastalara en kısa sure içinde vermek ve en acil olana öncelik tanımak esastır. Ancak herhangi bir acil yakınması olmayan hastalar da sıklıkla acil servise başvururlar. Bu hastaların acil servislere başvuruları birçok acil servisin aşırı hasta yoğunluğuna (overcrowding) yol açmaktadır. Böylece bekleme sureleri uzayabilmekte, ciddi hastalığı olan hastaların tedavileri gecikmekte, hasta memnuniyetsizliği artmakta, acil serviste genel bir karmaşa ve yetersizlik durumu ortaya çıkmaktadır (Ersel ve ark., 2006:25-35).(İncesu E., 2014,26)

Acil müdahalelerin yapıldığı birimlerin en iyi şartlarda hizmet vermesi büyük önem taşımaktadır. En çok görülebilecek vakalar üzerinden hazırlanmış olan Acil Karar Verme Rehberleri Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Verimlilik ve Kalite Yönetim Daire Başkanlığı tarafından Mart 2013 tarihinde yayınlandı. Algoritma balıkları; Alt ve Üst Ekstremite Travması, Çocuk Febril Nöbet, Çocuk Uzamış Epileptik Nöbet, İnme, Kafa Travması, Komaya Yaklaşım, Koroziv Madde Yanıkları, Maksillofasiyal Travma, MI Algoritması, Pnömotoraks, Yetişkin Nöbet (Epilepsi) ve Yanık Algoritmasıdır. Bu algoritmalarda özellikle önemli unsurlar, gözlem süreleri, ilk dakikalarda yapılacakların belirlenmiş olması hekim açısından son derece önemlidir. Hasta güvenliği açısından ise herhangi bir basamağın atlanmadan işlemlerin gerçekleşmesini sağlamaktadır.

Kurumumuzda branş açısından bakıldığında en çok nöroloji vakaları görülmektedir. Burada kanama, nöbet, mental durum değişikliği teşhiste son derece önemlidir. Vakaya yaklaşımda BT/MR çekilme süresi, BT sonucuna göre ilaç başlama durumu, konsültasyon için uzmanın geliş süresi, ayırıcı tanıda istenen tetkikler (glukoz, hemogram, biyokimya vb) istenmesi ve hastanın izlenmesi son derece önemlidir. Diğer bir örneğimiz ilin konumundan dolayı ortopedi /travma vakalarıdır. Alt ve üst ekstremite yaralanmalarında grafi çekimi, konsültasyon süresi, ezilme varsa uygulanan sıvı replasmanı ve ağrı kesici yapılma durumu, gerekli ise ameliyathane ile koordinasyon sağlanması, ampütasyonlar için gerekirse transfer hazırlığı son derece önemlidir. HBYS üzerinden erişim sağlandı. Algoritma uyumları değerlendirme için HBYS üzerinden tanımlanan algoritmalara veri girişi sağlandı. Verilerin kontrolü ile yaşanan sıkıntılar kısmen giderildi.

Sonuçta vakalara temel yaklaşımda algoritma uyumları önemlidir. Karar verme rehberleri acil hekimlerin eğitim programlarında yer almalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, klinik karar verme rehberi

PS-0310 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Rivaroksabana Bağlı Hemorajik Serebrovasküler Hastalık Olgusu

Pınar Henden, Özgür Levent Yamanlar, Ahmet Baydın
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ VE AMAÇ: Rivaroksaban, yeni oral antikoagülanlardan biridir ve kanama oranı gastrointestinal kanama açısından warfarine göre daha yüksekken, kafa içi kanama açısından daha düşüktür. Biz bu olguda rivaroksabana bağlı görülen hemorajik serebrovasküler hastalık (SVH) olgusunu sunduk.

OLGU: Hipertansiyon ve atriyal fibrilasyon nedeniyle takipli 74 yaşında erkek hasta sol kolda uyuşma ve yanma şikayeti ile acil servisimize kabul edildi. Hastanın şikayetlerinin 3 saat önce başladığı ve ritm bozukluğu için propafenon hidroklorür, metoprolol ve rivaroksaban kullandığı öğrenildi. Geliş glaskow koma skalası 15 olan hastanın parmak ucu kan şekeri 42 olup nörolojik muayenesinde sol üst ve sol alt extremite 4/5 kas gücünde olup sol tarafta güçsüzlüğü mevcuttu. Kan şekeri düşük olması nedeniyle dextroz yüklenen hastanın kontrol kan şekeri 110'a yükseltildi. Çekilen EKG'sinde hızı 50 /dk olan sinüs bradikardisi ve DIII ve avF derivasyonlarında T negatifliği mevcuttu. Hastanın kan basıncı 185/95 mmHg Nabız 58/dk Ateş 36,3 oC ve Solunum 20/dk idi. Labaratuar parametrelerinde WBC 4900bin/uL Hemoglobin 13.9mg/dL Trombosit değeri 163000 olup INR 1.03 idi. Hastaya uygulanan beyin tomografisinde sağda sentrum semiovale düzeyinde paryetal lobda kortikal-subkortikal derin beyaz cevhere uzanan, yaklaşık 25x17mm boyutlarında, çevresinde hipodens alan bulunan hiperdens hemorajik lezyon saptandı. Hastanın beyin magnetik görüntülemesi sağda santral sulkusta kortikal subkortikal beyaz cevherde diffuzyon kısıtlaması gösteren hemorajik lezyon ile uyumlu idi. Yeni oral antikoagülan olan rivaroksabana bağlı kanama düşünülen hasta nöroloji ile konsulte edildi ve Hemorajik SVH ön tanısı ile nöroloji yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hastanın takibinde sol kolundaki uyuşma şikayeti düzeldi. 1 hafta sonra çekilen kontrol Beyin BT'de hemorajinin hafif rezorbe olduğu görüldü. 1 hafta nöroloji servisinde takip edilen hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Rivaroksaban kullanan hastalarda intrakraniyal kanama görülebileceği akılda tutulmalı ve kanama açısından dikkatli olunmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: hemorajik serebrovasküler hastalık, intracranial kanama, rivaroksaban

PS-0311 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Hastane İçi Arrestlerde Erkenuyarı Sistemi(Eus) Ve Önemi

Arif Duran[1], Songül Yorgun[1], Akcan Akkaya[2], Ebru Duman[1], Semahat Ahmetoğlu Duran[1]
[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*
[2]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Anesthesiology and reanimation Training Clinic Bolu*

Hasta bakım sürecinde hastanın yaşam bulgularının takibi ve acil durumlarda tıbbi bilgi akışı içinde hekimin erken bilgilendirilmesi gereklidir. Bu amaçla hangi parametrelerde hekimin bilgilendirileceği ve uygun takip sürelerinin belirlenmesi önemlidir. Çalışmamız hasta müdahalesi açısından erken uyarı sisteminin önemini ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında 2009 yılından beri kurum içi arrestlerde Mavi Kod uygulamaları kullanıla gelmektedir. Özellikle kritik hastaların mavi kod tablosu gelişmeden önce fark edilmesi ve hekimin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Genelde altta yatan neden ne olursa olsun, kritik hastalıklardaki klinik belirtiler benzerdir. Çünkü bunlar solunumsal, kardiyovasküler ve nörolojik sistemdeki yetmezliklerle kendini gösterir.

Klinik durumu bozulan hastanın tanımlanmasında literatürde "ERKEN UYARI SKORLAMA SİSTEMİ" tanımlanmıştır. Burada, amaç solunum sayısı gibi değerlendirilmesi çok basit yaşamsal bulguların kullanılmasıyla solunum ve dolaşımarresti oluşma riskinin tahminini mümkün kılmaktır.. Erken uyarı skorlama sistemleri "normal" olarak kabul edilmiş bir aralığa göre, rutin yaşamsal bulgulardaki bozulmanın puanlanmasına dayanan bir sistemdir. Bu sistem dahilindeTıbbi Acil Ekip (TAE) Çağırma Kriterleri belirlenmiş olduğundan klinik hemşireleri bu konuda tereddüt yaşamayacaktır. Kritik durumdaki hastaların tümü, doğru zamanda ve gecikmesizin, ileri gözlem olanakları sunan, organ desteği ve hemşirelik bakımının daha üst düzeyde verildiği yoğun bakım alanlarına yönlendirilmelidirler.

Sonuçta Uygulamada Erken Uyarı Sistemi Mavi kod uygulamaları ile pekiştirilebilir. Bu konuda Mavi Kod Bildirim formlarında düzenlemeye gidilebilir. Özellikle mavi kod uygulamalarının belirli periyotlarla gözden geçirilmesi, uygulayıcılar ve mavi kod veren birimlerde eksikliklerin ve faaliyetlerin değerlendirilmesi uygulamaların etkinliğinin sağlanması açısından anlamlı olacaktır.

Bu konuda ilgili sağlıkçılara eğitim verilmesi sistemin işlerliği ve benimsenmesi açısından önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: Mavi kod, resusitasyon

PS-0312 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acillerde Hasta Memnuniyeti Araştırması "Bolu İzzet Baysal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği"

Arif Duran, Songül Yorgun, Elif Uysal, Erdoğan Şentürk, İlknur Kartaloğlu, Semahat Ahmetoğlu Duran, Yeşim Şahin
AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu

ÖZET: Sağlık işletmelerinde üstün bir hizmet ortamının sağlanması ve devam ettirilmesinde, müşterilerin faydalandıkları hizmete ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi ve memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi önemli bir araç olarak kabul edilmektedir (Akgün, 2002, 12-18).

Acil servisler hastanelerin en önemli giriş yerlerindendir, bu anlamda hizmet kalitesi ve içeriği itibariyle hizmetin en iyi verilmesi gereken birimlerdendir. Özellikle doğru ve zamanında yapılan tıbbi müdahale hayat kurtarmakta, en küçük gecikme ise telafisi mümkün olmayan sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle acil müdahalelerin yapıldığı birimlerin en iyi şartlarda hizmet vermesi büyük önem taşımaktadır

Memnuniyet, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekten beklentiler ve bireysel, toplumsal değerleri içeren birçok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır. Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir (Esatoğlu 1997, Demir, Eşer 2005, 31-42).

Sağlıklı birey/hasta memnuniyetinin evrensel bir tanımı yoktur. Bununla beraber hasta ya da hizmetten yararlanan kişilerin hizmetin kendisinden, sunum biçiminden, hizmet ortamından hoşnut olması ve beklentilerin gerçekleşmesi olarak tanımlanabilir (Dijk, Verbeek, 2001).

Bu çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesinde acile başvuran hastalarda "hasta memnuniyeti"nibelirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini, AİBÜ İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran ve anket çalışmasına katılmayı kabul eden toplam ….hastaoluşturmuştur. Kurum üç ayrı ünitede acil hizmeti vermektedir. Acillerden birisi seviye 1, ikisi seviye iki olarak tescillidir. Araştırmanın verileri, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı "Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi" esas alınarak yapılmıştır. Veriler1.01.2014-31.12.2014tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılım konusunda hastalardan sözlü onamları alınmıştır. Çalışmaya katılanların aylara göre memnuniyet durumları; Ocak (% 94), Şubat (%94) Mart (%95), Nisan (% 94), Mayıs (%97), Haziran (%97.4), Temmuz (%96.8), Ağustos (% 85), Eylül (%94), Ekim (%92), Kasım (% 98), Aralık (% 99.4), ortalama olarak %94.7'dir. Özellikle Devlet hastanesi ve Üniversite Hastanesi arasındaki ortak kullanım anlaşmasının ağustosta uygulamaya başlaması döneminde kısa süreli belirsizlik memnuniyette düşmeye neden olmuştur (%85).Bununla birlikte memnuniyetlerin genel olarak %90 üzerinde olması memnuniyetinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışma sonrası üst yönetime rapor sunulmuş ve gerekli çalışmalar, eğitim, fiziksel düzenlemeler şeklinde planlanmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Hasta, Memnuniyet, Acil

POSTER BİLDİRİLER

PS-0313 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

İntra Venöz Kontras Madde Sonrası Gelişen Trans İskemik Atak

Gökhan Ersunan, Özlem Bilir, Asım Kalkan, Özcan Yavaşi, Kamil Kayayurt, Aydın Çoşkun
Recep Tayyip Erdoğan Üniveritesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ: Kontrast maddeler, hem girişimsel olan hem de girişimsel olmayan tanı ve tedavi yöntemleri sırasında sıkça kullanılmaktadır. Son yıllarda acil servislerde ve diğer bölümlerde tanı yöntemlerinde intra venöz (IV) kontraslı tomografinin daha sık kullanılması dolayısıyla kontrast maddelerin klinik pratikte kullanımı da giderek artmaktadır. Ancak iyonik olsun veya olmasın tüm kontrast maddelerin basit bir alerjik reaksiyon, nefropati ve hatta ölümle sonuçlanabilen anaflaktik reaksiyonlara kadar uzanabilen geniş bir yan etki yelpazesi vardır. Biz burada IV kontraslı toraks bilgisayarlı tomografisi sonrası gelişen alerjik reaksiyon sonucu oluşan Trans İskemik Atak olgusunu tartışmak istedik.

OLGU: 42 yaşında bayan hasta acil servise IV kontraslı (ioheksol 300 mgI/mI-100cc) toraks tomografisi sonrasında gelişen kaşıntı, nefes darlığı, Sol tarfta güç kaybı, yüzünde solda hissizlik, dudakların sağa kayma şikayeti ile getirtilmiştir. Alınan anamnezde alerjik astım tedavisi gördüğü, birçok ilaca karşı alerjisi olduğu öğrenildi. Yapılan muayenesinde bilinci açık, koopere ve oryante idi. Vital bulguları TA: 110/80 mmHg, nabız 95 atım/dk., solunum 16 /dk., ateş 36,5 0C, SPO2 %91 idi. Solunum sesleri doğal ronküs ral yoktu, uvula ödemi yoktu, pupiller izokorik ışık refleksi +/+, sola alt ve üst ekstremitide 2/5 güç kaybı ve yüzde sol facial sinir inervasyon alanlarında hareket azlığı mevcuttu. Babinski solda ve sağda normaldi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastaya intramüsküler 0,5 mgr adrenalin yapıldı. 500 cc %0,09 NaCl IV başlandı, 160 mgr deksametozon, ranitidin 150 mgr, Feniramin hidrojen maleat 45,5 mg, IV yavaş infüzyon şeklinde 10 dk verildi. Hastanın genel durumu düzeldikten sonra beyin bilgisayarlı beyin tomogrofisi çekildi. Herhangi bir patolojiye rastlanmayan hastaya iskemik serebrovasküler olay düşünülüp beyin difüzyon manyetik rezonans (MR) planlandı ve 300 mg asetilsalisilik asit peroral verildi. Hastaya 60 mg enoksaparin -sodyum subkutan olarak yapıldı. Çekilen difüyon-MR da difüzyon kısıtlılığı gözlenmedi. Hasta semptomların başlangıcından itibaren 150 dk. sonra tamamen düzeldi. Hastanın yaklaşık 12 saatlik acil servis gözleminde bir problem olmaması üzerine antihistaminik tedavisi düzenlenip taburcu edilmiştir.

SONUÇ: Kontrast maddelerin İV yoldan verilmesi sonucu en sık rastlanan yan etki hafif genel bir sıcaklık veya geçici metalik tad hissidir. Abdominal ağrı, bulantı, kusma, ürtiker, eritem, gibi reaksiyonlar nadir görülür. Aşırı duyarlılık reaksiyonları anjioödem, pirurit, dispne gibi hafif solunum ve deri problemleri ile ortaya çıkabilir. Laringeal ödem, bronkospazm veya pulmoner ödem gibi ciddi yen etkiler görülebilir. Anafilaktik reaksiyonlar dozdan ve veriliş yolundan bağımsız olarak ortaya çıkabileceği unutulmamalı. Biz burada IV. kontras madde sonrası gelişen trans iskemik atak vakasına dikkat çekip IV. kontrast madde verdiğimiz hastaları belli bir süre gözlememiz gerektiğini hatırlatmak istedik.

ANAHTAR KELİMELER: kontrast madde, alerji, trans iskemik atak

PS-0314 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

yüksek riskli pulmoner tromboemboli de ekokardiografinin yeri

İnan Beydilli, Hüseyin Yüzer, Vedat Kırpat, Fevzi Yılmaz, Mustafa Keşaplı, Kamil Can Akyol, Neslihan Sayraç
Antalya eğitim araştırma hastanesi

GİRİŞ: Pulmoner tromboemboli(PTE) hipotansiyon ve şok varsa yüksek riskli, yoksa yüksek riskli olmayan PTE olarak sınıflandırılır, acil servislerde en etkin tanı yöntemi kontrastlı toraks BT anjiografidir.

OLGU: Acil servisimize 76 yaşında bayan hasta ani başlayan nefes darlığı ve bilinçte değişiklik şikayeti ile başvurdu, TA: 70/40 mmHg Nb:116/dk SPO2:85 ve konfüze idi, EKG de SIQ3T3 paterni vardı, yatak başı yapılan EKO: sağ boşlukları dilate, sag ventrikül apekse yakın bölgelerde normal hareket diğer duvarlarda akinezi (McConnel bulgusu) mevcuttu, PAB: 55 mmHg ölçüldü. Hasta yüksek riskli PTE tanısı ile 100 mg alteplaz 2 saatte olacak sekilde uygulandı. Hasta reperfüzyon tedavisinin 25. dakikasında TA:100/70mmHG,spo2: 100 ve hasta klinik olarak rahatladı ve kardiyoloji yoğunbakıma yatırıldı.

TARTIŞMA SONUÇ: ciddi unstabil hastalarda klinik olasılık yüksek olup EKO da sağ yüklenme bulguları tespit edilirse ileri tetkiğe ihtiyaç duymadan hasta PTE kabul edilip reperfüzyon tedavisine geçilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: pulmoner tromboemboli, ekokardiografi, reperfüzyon

PS-0315 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Sefuroksim İlişkili Otoimmün Hemolitik Anemi: Olgu Sunumu

Abdussamed Vural, Özlem Sönmez, Mehmet Yılmaz, Mustafa Alpaslan
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ: İlaca bağlı hemolitik anemi nadir bir klinik durumdur. Hafif düzeyden çok şiddetli düzeye kadar hatta ölümle sonuçlanan hemolitik anemi görülebilir. En sık sefalosporinlere bağlı hemolitik anemi rapor edilmiştir. En sık hemolitik anemi yapan ve ölüme neden olabilen ilaçlar sefotetan (en sık, 2. Kuşak) ve seftriaksondur (2. en sık, 3. Kuşak). Sefuroksime bağlı hemolitik anemi çok nadir rapor edilmiş olup literatürde sefuroksime bağlı ölümle sonuçlanan hemolitik anemi rapor edilmemiştir. Bu açıdan biz sefuroksim alımı çok şiddetli hemolitik anemi gelişen ve hastaneye yatışının 2. günü ölen genç erkek hastayı sunmak istedik.

OLGU: 33 yaşında erkek hasta acil servisimize 1 gündür olan baygınlık hissi, inatçı bulantı ve kusma şikayeti ile yakınları tarafından getirildi. Hastadan ve hasta yakınlarından alınan öyküye göre mevcut durum öncesinde hastanın tamamen sağlıklı olduğu ve herhangi bir kronik hastalığı olmadığı bilgisine ulaşıldı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde (patolojik olarak) hasta hipotansif (80/50 mm-Hg), taşikardik (110 atım/ dk) terli ve soluk görünümlüydü. Hastanın göz muayenesinde subkonjuktival ikteri mevcuttu. Hasta ikter etiyolojisi açısından klinik takibe alındı. Hastaya semptomatik tedavi başlandı. Laboratuar incelemelerinde; Hb 9.1gr/dL, lökosit sayısı 10570/mm3, trombosit sayısı 506000/mm3 idi. Biyokimyada glukoz 153 mg/dL, karaciğer (KCFT) ve böbrek fonksiyon testleri (BFT) normaldi. (AST: 29, ALT: 28 U/L) Total bilirubin: 5.3 mg/dl, direkt bilirubin: 0.7 mg/dl, Na: 127 mmol/L, K: 2.8 mmol/L ve LDH: 549 U/L saptandı. Hastanın koagulasyon testleri normaldi. Hepatit serolojisi normal gelen, İndirekt bilirubin hakimiyetinde olan hastanın öyküsü derinleştirildiğinde boğaz ağrısı nedeni ile 3 gündür 'sefuroksim' etken maddeli antibiyotik kullandığı ve son 1 gündür mevcut durumun olduğu bilgisine ulaşıldı. Hastada ilaç ilişkili immun hemolitik anemi düşünüldü. Buna yönelik yapılan tetkiklerde Direkt Cooms testi (IG G) pozitif (3+) saptandı. Hastanın yapılan batın ultrasonografisinde dalak normalin üst sınırında 12 cm olarak saptandı. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacı ile ilaca bağlı immun hemolitik anemi tanısı ile dahiliye yoğun bakıma yatırıldı ve steroid ve destek tedavisi başladı. Takibinin 2. gününde hemoglobin değerlerinde dramatik düşme görülen (3.5 gr/dl), LDH, WBC, AST ve ALT değerlerinde dramatik yükselme görülen, koagulasyon ve BFT değerleri bozulan, troponin düzeyi yükselen hastada multiorgan yetmezlik,sonrasında da kardiyopulmuner arrest gelişti. Hastaya uygulanan kardiyopulmuner resüsitasyona cevap alınamadı.

SONUÇ: Sonuç olarak sefuroksime bağlı akut hemolitik anemi çok nadir görülse de sefuroksim tedavisi kullanan olgularda ilaç kullanımını takiben ilk dozdan hemen sonra veya tekrarlayan dozlarda akut hemolitik anemi gelişebileceği, ciddi komplikasyonlarla ve mortal seyredebileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Hemolitik anemi,İlaçlar ve hemolitik anemi, Otoimmün, Sefalosporin, Sefuroksim

PS-0316 Acilde görüntüleme

Sub-diaphragmatic air on X-ray after a blunt trauma: Pneumo-peritoneum or Chilaiditi's Sign?

Elif Nisa Unlu[1], Ayla Buyukkaya[2], Mehmet Ali Ozel[1], Harun Gunes[3], Ayhan Saritas[3]

[1] *Department of Radiology, Duzce University, Duzce, Turkey*

[2] *Radiology Clinic, Duzce State Hospital, Duzce, Turkey*

[3] *Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey*

INTRODUCTION: When air is seen in the right sub-diaphragmatic region on X-ray, it can be difficult to discriminate between intraluminal air and pneumo-peritoneum especially in trauma patients. Computed tomography (CT) helps us in making this distinction and avoiding unnecessary surgical procedures. Chilaiditi's sign is a rare radiological finding which is seen in the case of right hepato-diaphragmatic interposition of small intestine or colon. Its frequency varies between.025% and.28% on chest radiographs. It is more common in the elderly, and four times more common in men than in women. It is usually asymptomatic thus it is commonly found incidentally on radiographs. When symptoms occur due to Chiliadit's sign, it is called Chilaiditi's syndrome. Gastrointestinal complaints such as abdominal pain, bloating, constipation and vomiting may occur in Chilaiditi's syndrome. In this report, we presented a case of Chilaiditi's sign

mimicking post-traumatic sub-diaphragmatic free air.

CASE: A 68-year-old male patient was brought to our emergency department because of a traffic accident. The patient's only complaint was chest pain. Vital signs were normal and he had tenderness on left side of his chest and left upper quadrant of his abdomen on physical examination. On posterior-anterior chest radiography, left third rib fracture and right sub-diaphragmatic air appearance which was suspected to be pneumo-peritoneum was observed (Figure 1). On CT scan of the chest and upper abdomen, fractures of left ribs from the 2nd to the 5th and intestinal segments were seen between the diaphragm and the liver (Figure 2). It was understood that the air seen in the right sub-diaphragmatic space was not pneumo-peritoneum but it was intraluminal. The possibility of gastrointestinal perforation was excluded with these findings and surgery was not considered. The patient was given rib fracture treatment only and followed up conservatively. No signs of any other organ injuries developed, vital signs stayed in normal range and the patient was discharged after the treatment.

CONCLUSİON: No treatment is needed for Chilaiditi's sign. Bed rest, fluid support, nasogastric decompression, and fiber rich diet are sufficient for the treatment of Chiliaditi's syndrome. There is generally no need for surgical treatment. Therefore it is important for emergency physicians, radiologists and general surgeons to know Chiliaditi's sign because unnecessary surgical procedures may be avoided when diagnosis of that condition is established.

KEYWORDS: Chiliaditi's sign, sub-diaphragmatic air, computed tomography scan

PS-0317 Acilde görüntüleme

A case of stroke in a patient with ulcerative colitis

Önder Yeniçeri[1], Neşat Çullu[2], Cem Şahin[3], Halil Beydilli[4]

[1]*Special Yücelen Hospital, Department of Radiology, Mugla, Turkey*

[2]*Mugla Sitki Kocman University School of Medicine, Department of Radiology, Mugla, Turkey*

[3]*Mugla Sitki Kocman University School of Medicine,Department of İnternal Medicine, Mugla, Turkey*

[4]*Mugla Sitki Kocman University School of Medicine, Department of Emergency Medicine,Mugla, Turkey*

INTRODUCTION: Ulcerative Colitis (UC) is a mucosal inflammation with unknown aetiology, characterized by crypt abscesses and ulcers in large intestine. While UC involves basically the gastrointestinal system, it can be evaluated as a systemic disease due to observations of extraintestinal involvements (1). Many organs such as joints, skin, eyes, lungs and clotting system can be involved (2). Here,we present a case of neurological involvement at UC in an adult patient.

CASE: A female patient with ulcerative colitis, at the age of 30, applied to emergency service with the complaints of dizziness, sickness and vomiting. Blur in consciousness, speech impediment, weakness and numbness at left hand and foot and central type facial paralysis started some 12 hours after the start of these complaints. Diffusion MRI was administrated to the case that is thought to be with cerebral ischemia. Areas with multiple diffusion limitation consonant to acute ischemia were observed in diffusion MR images at right caudate nucleus head region, lentiform nucleus, capsule externa and hippocampus anterior regions. It was seen that there were concentric thickening at internal carotid artery (ICA) wall and advanced narrowness at lumen with the contrast computed tomography (CT) scan towards neck and skull base. And patient's catheter angiogram was ocluded as from the right ICA outlet. Right cerebral hemisphere feeding was being provided partially from left through left anterior communicant artery. The facial paralysis was not recovered when she was discharged from the hospital on 25th day of her hospitalization. There was spasticity at left upper extremity. Isolated active movement was none available. A partial isolated movement was being observed at left lower extremity and the patient could walk waddlingly. The patient was taken to physical rehabilitation with these symptoms.

CONCLUSİON: There are very little case in neurological involvement at UC. The early realization and treatment of neurological involvement at UC are of vital importance for the prevention of major morbidity.

KEYWORDS: Ulcerative colitis, stroke, MRI, computed tomography,

PS-0318 Acilde görüntüleme

Malposition of Central Venous Catheter: a case report

Mansur Kürşad Erkuran[1], Mevlüt Engin[1], Arif Duran[1], Tarık Ocak[2]

[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

INTRODUCTION: The central venous catheter procedures are performed when acute dialysis, parenteral nutrition is required and when peripheral vascular access is necessary in an emergency situation. During the procedure, the subclavian vein or the internal jugular vein is preferred according to the anatomy of the patient. Various complications can be encountered during the procedure in relation with the experience of the staff performing the procedure, the anatomical variations, and the utilization or not of the auxiliary imaging techniques. One of these complications is malposition. In this study, we discussed about the orientation of the dialysis catheter from the right internal jugular vein to the left internal jugular vein the patient in Emergency Critical Care Unit.

CASE: 55 year old female patient who hospitalizes in thoracic surgery clinic was taken to the Emergency Critical Care Unit because of the increase of respiratory distress. She has a history of heart failure and an operation because of breast cancer. She had a chest tube and for the respiratory distress, she was intubated and mechanic ventilation managed. There was no abnormality in the patient's laboratory values except the hemoglobin value of 8.4. On the pathological examination of the pleural effusion benign cytological cells were detected. Central venous catheter was inserted in order to fluid resuscitation and CVP measurement. The chest x ray that was taken to check the location and condition of the lungs showed that the catheter is in the left internal jugular vein. After that the catheter pulled out and was inserted into the right subclavian vein.

RESULTS: As the central venous catheter rarely orientate to another way than the one planned, the after procedure controls shall be performed as firmly as before the procedure.

KEYWORDS: Catheter, Malposition, Critical Care Unit

PS-0319 Acilde görüntüleme

Abdominal pain due to Mesenteric İschemia

Mehmet Deveer[1], Halil Beydilli[2], Nesat Cullu[1], Hamdi Sozen[3], Onder Yeniceri[4]

[1]*Mugla Sıtkı Kocman University School of Medicine Deparment of Radiology*

[2]*Mugla Sıtkı Kocman University School of Medicine Deparment of Emergency Medicine*

[3]*Mugla Sıtkı Kocman University School of Medicine Deparment of İnfectious Disease*

[4]*Yucelen Private Hospital Deparment of Radiology*

Chronic mesenteric ischemia is a rare condition, generally characterized by postprandial abdominal pain. Although chronic mesenteric ischemia accounts for only a small percentage of all mesenteric ischemic events, it can have significant clinical consequences. There are multiple etiologies; however, the most common cause is atherosclerosis.

KEYWORDS: mesenteric ischemia abdominal pain CT

PS-0320 Acilde görüntüleme

Dealing with a Challenging Disease in Emergency Service: Hydatid Cyst

Mustafa Çalık[1], Saniye Goknil Çalık[2], Hıdır Esme[1]

[1]*Department of Thoracic Surgery, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

POSTER BİLDİRİLER

The hydatid cyst (HC) is a parasitosis caused by Echinococcus granulosus, a cestode which remains endemic in some parts of the world. Even though the most frequent localization of first two places are the liver and lungs, HC could be anywhere in the body. Musculoskeletal (MS) HC is extremely rare and be liable for less than 2% of all locations. We aim to describe herein patients with MSHC that is very low chance of seeing outside endemic areas by many surgeons and physicians

Case 1, 64-year-old man was admitted to our hospital with a six months history of a painless slowly enlarging mass in his left hemithorax. Upon physical examination, there was a 6 x 4.5 cm, non-tender, mobile, smoothly outlined mass on the left latissimus dorsi muscle. Laboratory tests were normal. Thorax Computerized Tomography (TCT) scans showed two cystic pulmonary nodules in the right inferior lobe. Additional radiological assessments revealed no other organ involvement.

Case 2, 40-year-old man was admitted to our hospital with left back pain. A physical examination and laboratory tests revealed no abnormality. 20 years ago, he had an operation for left pulmonary HC. TCT showed a cystic and expanding mass in the 9th and10th ribs with destruction of vertebral transverse process.

Case 3, 64-year-old female patient was admitted to our hospital with complaints back pain radiating to the legs, progressive weakness and numbness in hands and the lower limbs, which started about 3 years ago. There were no specific sigs in physical examinations except for minimal bilateral lower extremity weakness. Well-defined mass extending into the spinal canal in the posterior mediastinum of left hemithorax and partial destruction of the 4th thoracic vertebral body were found in in radiological studies.

All patients were first admitted to the ER due to their complaints and then underwent surgery. All diagnosis was verified with surgical exploration and histopathological examination. There were no postsurgical complications. Patients were treated with albendazole (10 mg/kg/ daily) for three months

MSHC is extremely rare even in endemic regions where continues to be a public health problem due to convenient circumstances that generated by human and, above all, feeding dogs with viscera of home-butchered livestock such as Turkey. Due to its rarity and unusual localization, diagnosis can be missed easily in busy and crowded ER. It should be kept in mind that HCs can cause a rare clinical presentation and locations as in our cases.

KEYWORDS: Unusual localization, Hydatid, Cyst

PS-0321 Acilde görüntüleme

Multiple Brown Tumours of the Ribs in a Patient with Secondary Hyperparathyroidism Due to Chronic Renal Failure

Mustafa Çalık[1], Saniye Goknil Çalık[2], Mihrican Yeşildağ[3], Tahir Taha Bekçi[3]

[1] *Department of Thoracic Surgery, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

[2] *Department of Emergency Medicine, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

[3] *Department of Pulmonary Medicine, Konya Education and Research Hospital, Konya, Turkey*

A "Brown Tumour" (BT) is not real a neoplasm but associated with special type of reactive benign cellular processes so-called tumour-like lesion due to secondary hyperparathyroidism (HPT) in patient with chronic renal failure (CRF) whose ranges from 1.5% to more than 13%. Although it could be found in any bone most commonly localised in long bones, pelvis, clavicle, ribs and the mandible. BT usually affects woman in the third to fourth decades of their life.

We aim to highlight a rare case of multiple BT of the ribs in a patient with secondary HPT due to CRF

A 33-year-old man had been receiving haemodialysis (three sessions of 4 hours per week) for 14 years. He was referred to our clinic for suspicion of tuberculosis. His physical and radiological examination were revealed multiple tumours in the chest wall. During follow-up, conservative treatment had failed and his hypercalcemia has worsened. He underwent subtotal parathyroidectomy and diagnosed as parathyroid hyperplasia. After the surgery, calcium and PTH level gradually decreased. He was discharged on third postoperative day without any complaints.

Multiple BTs one of the serious complications of CRF is extremely infrequent due to preventive treatment of Phosphate binders and vitamin D; and routine screening of hypercalcemia and early diagnosis of hyperparathyroidism. Total or subtotal parathyroidectomy should be considered as a treatment option because of the short recovery time especially in patients who have failed preventive therapy.

KEYWORDS: Multiple, Brown Tumours, Rib, Secondary Hyperparathyroidism, Chronic Renal Failure

PS-0322 Acilde görüntüleme

A Rare Cause of Seizure: Ruptured Intracranial Dermoid Cyst

Muharrem Doğan, Demet Devrimsel Doğan, Rohat Ak, Taygun Baykal, Tanju Biçer, Tevfik Patan, Özge Ecmel Onur
Department of Emergency Medicine, Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Istanbul, Turkey

OBJECTIVE: Dermoid cysts are benign, congenital ectodermal inclusion cysts and account for aproximately 0.5% of all primary intracranial tumours.They are usually asymptomatic but have a high morbidity and mortality risk especially when ruptured or infected. In this case, a 40 year-old male presented to emergency department with seizure and diagnosed as ruptured dermoid cyst.

CASE: A 40 year-old male admitted to emergency department with syncope after tonic-clonic seizure and urinary incontinance. As his relatives said the patient had stayed asleep aproximately 10 minutes after seizing. He had no past medical history, no drug use and on his admission vital signs, blood glucose level and neurological examination was normal. Glascow coma score was 15 and the patient was oriented, cooperated. Systemic physical examination revealed no abnormalities. To rule out intracranial pathologies, CT imaging was performed and images showed a 16*22 mm diameter solid fat density lesion on frontal lobe and fat droplets in subarachnoid space consistent with rupture. Contrast enhanced MRI precised the diagnosis.

CONCLUSION: Dermoid cysts originate from ectopic inclusion of epithelial cells during the neural tube closure in the embryonic development. They are usually non malignant lesions which tend to occur in the midline, sellar, parasellar and frontonasal regions and asyptomatic till rupture or infection.Rupture is generally spontaneous but in some cases occurs due to head trauma or surgery. Clinical symptoms of acute rupture are headache, nausea, vomiting, vertigo, vision problems, aseptic chemical meningitis, hemiplegia, hydrocephalus, vasospasm, cerebral ischemia, mental changes and coma. CT is the initial imaging method in emergency departments. On CT scans these lesions have internal density characteristics consistent with fat(negative Hounsfield units) and their wall is usually calcified. When a dermoid cyst ruptures fat droplets appear hypodense on CT within ventricular system and/or subaracnoid space. As we presented in this case, dermoid cysts should be considered for differential diagnosis of the seizure and with imaging methods they are easily recognised.

KEYWORDS: dermoid cyst, seizure, CT imaging

PS-0323 Acilde görüntüleme

Mimic of the femoral fracture

Ayşen Ersan, Fatih Esat Topal, Erden Erol Ünlüer
Izmir Katip Çelebi University Atatürk Research and Training Hospital Department of Emergency Medicine, Izmir, Turkey

INTRODUCTION: Pelvic fractures resulting in a wide range from minimally separated fractures to internal bleeding forming completely separated pelvic ring injuries that create the risk of death. Although when compared with extremity fractures it seems more rare, constitute 1-3% of all fractures. Traumatic pelvic fractures usually seem high energy traumas such as motorcycle accidents, motor vehicle accidents, crush injuries etc.

Blunt trauma injuries to the pelvis results of high-energy traumas and is usually seen in patients with multitrauma. Due to the anatomical structure of the bones forming the pelvis and rich in blood vessels, especially being in excess of retroperitoneal bleeding in unstable pelvic fractures and can cause mortality impairing the patient's hemodynamics. Accompanying injuries to the pelvis fractures increase their rate of mortality and morbidity.

CASE: A 82-year-old female patient admitted to the emergency room after falling on the left hip in home. The examination of the patient's vital signs were normal, the left thigh viewed as abduction, external rotationand shorter than the left lower extremity to the right. On the left thigh, there was a sensitivity of palpation and a Pain on thigh movement. After patient examination who a preliminary diagnosis with femoral fracture, revealed pelvic fracture which type of lateral compression on taken radiographs.

CONCLUSION: Due to the anatomical structure of the bones forming the pelvis and rich in blood vessels, especially being in excess of retroperitoneal bleeding in unstable pelvic fractures and can cause mortality impairing the patient's hemodynamics. Accompanying injuries to the pelvis fractures increase their rate of mortality and morbidity. Those patients must be stabilize

and examine in terms of interpelvic injuries rapidly in emergency department.

KEYWORDS: pelvic fracture, radiograph, intrapelvic injury

PS-0324 Acilde görüntüleme

Use of ocular ultrasound for the evaluation of retinal detachment: A case report

Meltem Songür Kodik, Gizem Altinsoy, İlhan Uz, Enver Özçete, Murat Ersel, Selahattin Kıyan
Department of Emergency Medicine, Izmir, Turkey

INTRODUCTION: Retinal detachment describes an emergency situation in which a critical layer of tissue (the retina) at the back of the eye pulls away from the layer of blood vessels that provides it with oxygen and nourishment. Diagnosis would be extremely challenging and confusing with other ocular pathology.

Ocular ultrasonography is essential to evaluate various ocular diseases and helpful under certain circumstances, that fundoscopic examination is technically difficult or impossible.

This case, demonstrates assessment of ocular ultrasonography accurately, timely diagnosis of retinal detachment and potential pitfalls in the diagnosis of intraocular pathology in ED.

CASE REPORT: A 63 year-old woman presented to ED at 08:45 am with a complaint of acute vision loss in the right eye that occurred 1 hour before presentation. Associated symptoms included sharp and stabbing pain located behind the right orbit.

Her medical history was diabetes mellitus and hypertension. Her left eye were blind for five years because of retinal detachment. She mentions that she doesn't smoke and drink alcohol and doesn't abuse drugs.

On physical examination, there were no external sing of trauma, infection, conjunctivitis or evidence of corneal abrasion. She had absent light reflex bilaterally and decreased visual acuity. Extra ocular movements were intact. Bedside ocular ultrasonography: Both eyes had hyperechoic linear densities with a funnel- shaped morphology, appearing to be related with the optic nerve posteriorly. The initial diagnosis was likely bilateral retinal detachments. Diagnosis of retinal detachment was consulted and confirmed by ophthalmologist. She was dispositioned to ophthalmology department for further treatment.

DISCUSSION: The incidence of retinal detachment in otherwise normal eyes is around 5 new cases in 100,000 persons per year.

Assessment of retinal detachment included a three-step approach. First, the emergency physician placed the 10 MHz probe on the closed eyelid of the eye of concern. Second, the EP adjusted the contrast and brightness such that small irregularities within the vitreous were visible, creating an optimal image for assessment. Third, the EP asked the patient to look left and right while the physician watched the ultrasound screen for movement patterns consistent with different intraocular diseases.

CONCLUSION: Bedside ocular ultrasound is a simple and rapid technique for the evaluation of retinal detachment. It takes about a few minutes for rapid diagnosis of retinal detachment in ED. This improves outcomes and minimizing morbidities like blindness.

KEYWORDS: ocular ultrasound, retinal detachment

PS-0325 Acilde görüntüleme

A rare diagnosis by ultrasound at emergency department: cardiac myxoma

Ceren Şen Tanrıkulu[1], Hilal Hocagil[1], Abdullah Cüneyt Hocagil[1], Şahabettin Mete[1], Nejat Demircan[2]

[1]*Department of Emergency Medicine, Bulent Ecevit University, Zonguldak, Turkey*

[2]*Department of Family Medicine, Bulent Ecevit University, Zonguldak, Turkey*

INTRODUCTION-AIM: Myxoma is a benign and the most frequently seen tumor of the heart with a prevalence of less than 5/10 000. 80-85% of all myxomas originate from left atrium. Although many symptoms they present, generally symptoms of mitral stenosis, valvular dysfunctions, blood flow obstructions and emboli could be encountered in the clinical picture. Echocardiography has been used for diagnosis. In the patient with the symptoms of fatigue and syncope, echocardiographic(ECHO) examination could let us diagnose the myxoma at emergency department incidentally.

CASE: 36 year old male patient with the symptoms of two syncope attacks and fatigue lasting for the last day was admitted to the emergency department. He had no antecedent complaint or any disease. In physical examination, blood pressure was 85/40 mmHg, heart rate was 82/min. Other systems examinations were intact. ECG yielded no pathology other than early atrial beats. No pathologic finding was encountered either in thoracal X-ray examination or blood tests. ECHO examination showed a 65*30 mm sized mass filling in the left atrium that prolobed from atrium to ventricle during diastole and hindering the flow on the left. The patient was admitted to cardiovascular intensive care unit so that myxoma was resected.

CONCLUSION: Primary heart tumors encounter almost 5-10% of all cardiac tumors. The myxomas, the most frequent cardiac tumors, constitute 50 % of all heart tumors and generally found at 30-50 years of age. They originate from left atrium in 85 % of cases. The patients might apply to health professional because of three groups of symptoms: 1- Non-spesific symptoms such as weight loss, fatigue, fever, muscle weakness, etc. 2- With regard to the location of myxoma; systemic or pulmoary embolism and related symptoms. 3- More frequently seen obstructive symptoms like dizziness, dyspnea, syncope. In the present patient, obstructive symptoms such as syncope and fatigue were found. Early diagnosis and treatment of the myxomas are important. Best way of diagnosis is trans-thoracic echocardiography. The ultrasound imaging that has been used as FAST at emergency departments is a widely used diagnostic tool that has emerging area of application. It has become an important part of diagnostic procedure not only in trauma cases but also in all patients applying to the emergency so that emergency care health professionals could gain benefits and comfort of using ultrasound imaging technique. As mentioned above we also enjoyed the privilege of using USG/ECHO in the diagnosis of the present case.

KEYWORDS: Ultrasound imaging, Emergency Department, Myxoma

PS-0326 Acilde görüntüleme

Renal Infarction

Serdar Özdemir, Yasin Metiner, Fatih Doğanay, Mazlum Kılıç, Selma Damla Özalp, Abide Merve Manap, Abdullah Taşcı, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Research and Education Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul,Turkey

INTRODUCTION: Renal colic pain due to ureteral stone is the main renal cause of acute flank pain. However, other causes may be responsible for the same clinical findings, including acute pyelonephritis, acute vascular conditions, and renal infarction. The diagnosis of acute renal infarction is often delayed or missed and needs to be diagnosed rapidly to prevent permanent loss of renal function. Renal infarction should be considered in the initial differential diagnosis of pyelonephritis and nephrolithiasis. The etiology of renal infarction often atrial fibrillation and a hypercoagulable state. If unenhanced computed tomography (CT) is negative for urinary calculi, contrast-enhanced CT of the abdomen may also be needed for early diagnosis of renal infarct and to rule out other vascular pathologies.

CASE: A 87-year-old female patient presented to the Emergency Department (ED) with right flank pain and nausea. The patient had a history of Type II diabetes and atrial fibrilation. Her vital signs were: body temperature 36,3°C; blood pressure 136/71mmHg; respiratory rate 16per minute and heart rate 73beats per minute. General examination was within normal limits but only abnormality on abdominal examination was an area of tenderness in the right upper quadrant of the abdomen. Electrocardiogram showed atral fibrilation. Laboratory studies were obtained, including hemoglobin 13,9g/dL, white blood cells 11,1K/uL, platelets 273K/uL, plasma glucose 272mg/dL, lactate 3mmol/L, lactate dehydrogenase 458U/L, troponin I 0,008ng/ml and international normalized ratio 1,02. Urea, creatinine, plasma glucose, liver function tests, urine tests were within normal limits. The patient received thoracoabdominal CT scan. CT showed renal infarction. Patient's symptoms were well controlled in our department in a day and she was discharged.

DISCUSSION: Renal infarction should be considered in the differential diagnosis of a patient presented to the emergency department with abdominal or flank pain. Renal infarction presents with abdominal pain and loin tenderness, nausea, vomiting, and fever. Hematuria, leucocytosis and an elevated LDH level are strongly supportive of the diagnosis. Most patients with renal infarct are referred by the ED physician to abdominal CT for evaluation of abdominal or flank plain. Contrast-enhanced CT gold standard for the diagnosis of renal infarction. When a patient presents to the ED with an acute flank or abdominal pain, especially in patients with risk factors for emboli such as atrial fibrillation or a hypercoagulable state, renal infarct should be considered in the differential diagnosis.

POSTER BİLDİRİLER

KEYWORDS: atrial fibrilation, computed tomography, renal infarction

PS-0327 Acilde görüntüleme

a rare cause of acute neck pain:crowned dens syndrome

Bülent Demir[1], Erdal Demirtaş[1], Emre Gökçen[1], Semih Eriten[1], Ramazan Avcu[2], Uğur Özkula[2], Teoman Erşen[2]

[1]*Department of Emergency Medicin,Malatya State Hospital,Malatya,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Atatürk Training and Research Hospital,Ankara,Turkey*

OBJECTIVE: Transverse lygament is a thick and strong band that crosses the anterior arcus of atlas and stabilizes the odontoid process. If calcium deposites accumulates in this structure, it is called Crowned Dens Syndrome. It can cause acute neck pain episodes.

CASE: A 47 year old female patient admitted to our emergency service with new onset neck pain after sudden strain. She was often suffered from similar pains at least 2 years and her pain was worsening. Her neck movements was painful and mildly restricted. There was no positive findings in her lateral cervical radiograph. A cervical CT was performed. Transverse lygament of atlas was ossificated. She was discharged from emergency service with analgesic and anti inflammatory prescription

CONCLUSION: Crowned dens syndrome especially keep in mind elder patients acute neck pain causes. This syndrome might seen younger patients like our patient. Crowned dens syndrome cause neck movement restrictions even transverse myelopathy.

KEYWORDS: ossification of transverse ligament, crowned dens syndrome, acute neck pain

PS-0328 Pediatrik aciller

A Rare Etiology Of Menengitis

Burcu Çalışkan[1], Ahmet Güzel[2], Halil Çelik[3], Fatih Çalışkan[4], Yücel Yavuz[4]

[1]*Department of Pediatry, Bafra Public Hospital, Samsun, Turkey*

[2]*Department of Pediatric Emergency Medicine, Ondokuz Mayıs University, Samsun, Turkey*

[3]*Department of Pediatry, Osmancık Public Hospital, Çorum, Turkey*

[4]*Department of Emergency Medicine, Ondokuz Mayıs University, Samsun, Turkey*

INTRODUCTION: Penetrating head injuries can be the result of numerous intentional or unintentional events, including missile wounds, stab wounds, and motor vehicle or occupational accidents. We present a case of 6 years-old girl with menengitis after transnasal penetrating head injury with a pencil.

CASE: A 6 years-old girl admitted to our pediatric emergency service with complaints of headache, fever, vomiting and newly-emerging strabismus. At the initial admision, GKS: 15 and her temperature was 36 C and the other vitals were normal. The only abnormalities in her physical examination was limited medial view in the right eye and neck stiffness. In the laboratory findings, wbc was 20.120 U/L, Hb: 11,4, Plt: 209000 u/L, CRP: 459 respectively. Electrolytes and the other tests were normal. Due to neck stiffness, elevated WBC and history of penetrating foreign body, lumbar punction was performed. CSF evaluation was compatible with bacterial meningitis. In cranial CT and MRI, there was no abnormality such as foreign body, cerebral, subdural and subarachnoid hemorrhage, CSF leakage, pneumocephalus and brain abscess. She was hsopitalized with the diagnosis of bacterial meningitis. After 15 days of the hospitalization, she was discharged with full recovery.

DISCUSSION: Long and hard objects, such as wooden sticks and ball-point pen, have also been reported as foreign bodies in the ethmoid and sphenoid sinuses going through the orbit. In our patient, a wooden pencil inserted accidentally transnasally by her sister and later pencil was removed by her sister. Serious infections such as meningitis and cerebral abscess may occur as late complications. After 3 day of pencil penetration, bacterial meningitis was found in the patient after performing lumbar punction. However, most penetrating intracranial injuries present with no or mild neurological symptoms just after the onset[2]. At the initial physical examination, altered mental status was detected in the patient. She was complaint of serious vomiting, headache, fever after the accident. Intracranial injuries can be overlooked, especially in cases of transnasal penetrating foreign bodies, because the wound is located in the nasal cavity and is not seen directly. Penetrating intracranial foreign bodies should be removed under direct vision with craniotomy to minimize cerebral hemorrhage and secure the complete removal of foreign bodies.

CONCLUSION: Transnasal penetrating foreign bodies may cause serious complications such as intracranial injury, intracranial hemorrhage and intracranial infections. This case illustruates the necessity of advanced imaging modalites and consultations of ENT and neurosurgery.

KEYWORDS: foreign body, menengitis, emergency

PS-0329 Pediatrik aciller

Peritoneal Dialysis Application Due To Persistent Metabolic Acidosis In An Infant: A Case Report

Vildan Güngörer[1], Burcu Çalışkan[2]

[1]*Samsun Maternity and Child Health Hospital*

[2]*Bafra Public Hospital, Samsun*

OBJECTİVE: Peritoneal dialysis allows the excretion of uric acid and harmful substances in the body. Infants are suitable for peritoneal dialysis, because peritoneal surface area / body weight rate is relatively high compared to adults. We aimed to present a case that admitted to our emergency department with unknown arrest undergoing peritoneal dialysis due to persistent metabolic acidosis.

CASE: A two months-sixteen days years-old, female infant who had no previous medical history was admitted to our emergency department with a sudden cyanosis. There was no spontaneous respiration and circulation in the her first physical examination. The circulation was maintained after 15 minutes of cardiopulmonary resucitation. Intubated patient was transferred to intensive care unit. Inotropic drugs were administered due to low blood pressure. There was no evidence of aspiration on chest radiography. Echocardiograms and transfontanel ultrasonography was normal. According to the laboratory analysis, pH was 7.13, pco_2 32 mmHg, HCO_3 6.7, lactat 9.6 mmol/L in blood gas and blood urea 68 mg/dL, creatine 1.4 mg/dL in serum respectively. We gave bicarbonate deficits about 3 times to maintain a rise of 10 mEq/L of bicarbonate deficit in everytime. After the replacement, pH was 7.05, pCO_2: 44 mmHg, HCO3:14 mmol/L, lactat: 12 mmol/L in blood gases and urea 62mg/dL and Cr 1.2 mg/dL respectively. The patients underwent peritoneal dialysis with containing glucose 1.36 after pediatric nephrology consultation in the 12th hour after admittance to emergency deparment. In the fourth hour of the peritoneal dialysis, pH was 7.15, pCO_2 38, $HCO_3$15mmol/L and lactat 9 mmol/L in blood gases. At the end of peritoneal dialysis in the first day, ph was 7.29, pCO_2 42 mmHg, HCO_3 21.2mmol/L, lactat:7mmol/L in blood gas and urea 52 mg/dL and Cr 0.8 mg/dL respectively. Peritoneal dialysis catheter was occluded in the second day of the dialysis and dialysis was discontinued. Patient was extubated in the 5th day of peritoneal dialysis. Before the patient's discharge, pH was 7.45, pCO_2 44 mmHg, HCO_3 26mmol/L, lactat 1.4mmol/L in blood gases. Patient was discharged with full recovery in the 12th day of hospitalization and she was referred to tertiary multidisciplinary center for a further investigation for metabolic diseases.

CONCLUSİON: Acute peritoneal dialysis is an effective method in many cases that the medical therapies are insufficient and also a practical method due to presence of a permanent peritoneal catheter in every practices.

KEYWORDS: Peritoneal Dialysis, Persistent Metabolic Acidosis, Emergency Medicine

PS-0330 Pediatrik aciller

Febrile Convulsion or Poisoning?

Serkan Dogan, Turker Karaboga, Ali Saglik, Kadir Ozsivri, Tarik Ocak
Istanbul Kanuni Sultan Suleyman Education and Research Hospital Department of Emergency Medicine

INTRODUCTION: Febrile convulsion (FC), associated with increased body temperature and caused by various environmental factors, is the most common type of convulsion (43%) in children aged between 5 months to 5 years. It is reported that FC develops as a reaction to high body temperature in extracerebral infections. CO, a colorless, odorless, tasteless and non-irritant gas, forms due to the incomplete burning of carbon-containing fuels. Acute CO intoxication shows a large clinical spectrum, including coma, respiratory depression, hypotension, confusion, convulsion and death. The purpose of this paper is to present a case, who had been administered medication and oxygen with the pre-diagnosis of febrile convulsion in a private healthcare center and was then brought to our emergency room (ER) because convulsion continued. It was then found that the patient and his family were suffering from carbon monoxide poisoning.

THE CASE: A one-year old male patient, who had continuing convulsion, was brought by 112 to our ER from a private healthcare center. The toddler's mother informed that he suddenly started having cramps at home and had a runny nose for a couple of days. The patient was evaluated in a close and mechanical monitoring area, where it was found that he did not have active convulsion. The test of consciousness demonstrated that he was somnolent. No abnormal pathology was detected in the physical examination. The vital signs were as follows: blood pressure: 90/60 mmHg, pulse: 120/minute, respiratory rate: 26/minute, body temperature: 37.1oC and SpO2:95%. The samples were sent for laboratory testing, and the patient was followed in a mechanical monitoring area. Because his mother and sister also had complaints of headache and nausea, blood tests of all family members were asked with the suspicion of poisoning. The results revealed that the whole family had CO poisoning. The laboratory results indicated that the level of COHb was 10.4% in the toddler, 37.3% in his mother and 21.7% in his sister. Immediately 100% O2 therapy was administered with the use of a reservoir mask. After four hours, control laboratory test results were normal and the patient had clinical recovery.

CONCLUSİON: As emergency physicians, we are required to consider all febrile and non-febrile causes in patients presenting to the ER with convulsion. We must always keep in mind that detailed history of a patient is likely to provide information about the causes of complaints.

KEYWORDS: Febrile convulsion, Poisoning, Carbon monoxide

PS-0331 Pediatrik aciller

Hematological indices in children with upper respiratory tract infections

Erdem Çevik[1], Kazim Kiratli[2], Serkan Kemer[3]
[1]*Department of Emergency Medicine, Van Military Hospital, Van, Turkey*
[2]*Department of Infectious Disease, Van Military Hospital, Van, Turkey*
[3]*Department of Pediatrics, Van Military Hospital, Ankara, Turkey*

BACKGROUND: Acute upper respiratory tract infections (URTIs) contribute substantially to pediatric morbidity and mortality worldwide. Prevention of these infections in childhood is a very important public health challenge. This study was performed to determine the associaiton between hematological indices and URTI.

METHODS: Thirty patients with URTI (diagnosed as tonsillitis, pharyngitis, sinusitis, otitis media) and 41 healthy controls were included to this retrospective study. Hematologic data of these subjects were obtained from their medical records. Groups were compared in terms of white blood cell (WBC) mean platelet volume (MPV), platelet distribution width (PDW) and red cell distribution width (RDW). RESULTS: Average ages of groups were 33,7±24,18 and 20,21±16,21 months in patient and control groups. Mean values of WBC, MPV, PDW and RDW were 11,5±6,08, 8,08±0,92, 12,22±1,38 and 13,39±1,14 in URTI group and 9,65±3,11, 7,35±0,88, 10,86±2,01 and 12,28±1,06 in control subjects retrospectively. Patients with URTI had higher MPV (p:0.01), PDW (p:0.02) and RDW (p<0.001) values than healthy subjects. Area under the curve (AUC) for MPV was 0,750±0,058 (0.637 – 0.863), AUC for PDW was 0,723±0,062 (0.603 – 0.844) and AUC for RDW was 0,751±0,059 (0.635 – 0.867) (Figure 1).

CONCLUSION: Our data did not support a relationship for WBC values between URTI and healthy controls. However, a statistically significant higher MPV, PDW and RDW was detected in the subjects with URTI. MPV, PDW and RDW are routinely measured parameters in complete blood count and requires no additional cost and they might be used as new and convenient markers for children with URTI.

KEYWORDS: Upper respiratory tract infection, hematologic, white blood cell

PS-0332 Pediatrik aciller

Atraumatic torticolis

Gökhan Taş[1], Hayati Kandiş[2], İlhami Demirel[1], Mustafa Ahmet Afacan[1], Abdullah İbrahim[1], Şahin Çolak[1]
[1]*Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine*
[2]*Düzce University Medical Faculty Department of Emergency Medicine*

INTRODUCTION: Atlantoaxial subluxation is a disorder whereby the upper cervical spine C1 rotates over the C2. It is one of the most important cause of acquired torticolis in children. Patients usually complain of pain, torticolis and impairement of neck motion.

CASE: A five year old girl was brought to emergency room with complaints of of pain, torticolis and impairement of neck motion. She was reported to be jumping on her bed and suddenly felt pain in her neck. She denied having any trauma to her neck. In her physical examination, the head was facing upwards to her right and there was tenderness on palpation of the paraspinal muscles. The was no motor or sensory deficits and her reflexes were normo active. Her cervical tomography showed Atlantoaxial subluxation.The patient was admitted to the neurosurgery department. Closed reduction and external fixation was done and the patient was later discharged and a week later all her symptomps completely subsided.

CONCLUSION: To differentiate atlantoaxial subluxation from other types of torticolis, a combination of the history,physical examination and radiologic imaging is required. Especially in children whereby the soft tissue elasticity has not yet developed, the presence of torticolis should alert us over the possibility of Atlantoaxial subluxation. For the Atlantoaxial subluxation to occur the presence of trauma is not mandatory.

KEYWORDS: torticolis, atraumatic, Atlantoaxial subluxation

PS-0333 Pediatrik aciller

Herpes zoster virus infection in a two-year-old healthy child

Secil Kapar Yavasi[1], Ozcan Yavasi[2], Kamil Kayayurt[2], Yucehan Albayrak[3], Zeynep Ilksen Hocoglu[4]
[1]*Department of Emergency Medicine, Rize State Hospital, Rize, Turkey*
[2]*Department of Emergency Medicine, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey*
[3]*Department of Pediatrics, Rize Sar Hospital, Rize, Turkey*
[4]*Department of Pediatrics, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey*

INTRODUCTION: Varicella zoster virus (VZV) is the causing agent of chickenpox which is common in children.Herpes zoster (HZ) is a secondary VZV disease. It is due to the reactivation of VZV that was acquired during varicella and remained latent in the cells of dorsal root ganglions. HZ occurs more commonly in elderly adults. It is rare in childhood and is especially encountered in immunosuppressed children. The diagnosis of VZV infection is usually made clinically because the signs and symptoms of varicella and HZ are characteristic and obvious. Laboratory diagnosis becomes important when the presentation of disease is confusing or in the case of immunocompromised individuals in whom drug-resistant VZV is suspected.

CASE REPORT: A 25-month old female child presented with complaint of a pruritic rash. The mother of the child initially noted the rash on the child's left scapula and she gave her topical antihistaminic. The next day she noticed that the rash spread of the rash. She denied any environmental exposure to cause contact dermatitis. The mother had twins with cessarian section.

POSTER BİLDİRİLER

The male of twins was exposed to chicken pox at two months and the female of twins (the present case) also developped varicella at age of 2.5 months after close contact with their cousin who had varicella, too. The patient was previously healthy, and fully immunized through the birth except varicella. She had normal vital signs. The rash was maculopapular with somewhere grouped small vesicular lesions commencing from the skin on the left scapula, spreading through left axilla to anterior chest wall in a dermatomal pattern. The rest of the physical examination was unremarkable. She was consulted with pediatrician for evaluation of the rash which was suspected to be HZ. His laboratory tests including white blood cell count, routine biochemistry, C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, urinanalysis and chest radiogram were almost normal. Antibodies against Herpes simplex were also negative. Varicella IgG was positive but IgM was negative. The diagnosis was established by the history and typical pattern of the rash and further diagnostic work-up was not carried out for confirmation. At first the patient was started 20 mg/kg Acyclovir po, 5 times daily. But the child developed anxiety and insomnia. The therapy was shifted to topical Acyclovir. At the end of 12th day the rash disappeared.

CONCLUSİON: HZ should be in the differantial diagnosis in children who developed VZV in early months of infancy.

KEYWORDS: children, herpes zoster, varicella zoster virus, zona zoster

PS-0334 Pediatrik aciller

A Rare Cause Of Cough: Hydatid Cyst Rupture

Dursun Odabaşı[1], Alpay Tuncar[2], Kadir Küçükceran[2], Merve Şahan[2], Mehmet Kasa[2], Başar Cander[2]

[1] *Pediatric Emergency Medicine Department of Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey*

[2] *Emergency Medicine Department of Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey*

INTRODUCTION: Hydatid cyst has still seen in many areas of the world endemically and maintained its importance as a common health problem in our country. It has still been endemic in Africa, the Mediterranean coasts of Europe, the Middle East, South America and New Zealand. This disease is zoonosis because of Echinococcus granulosus cestodes. About %50-70 of cysts are located on the liver. Although it settles in liver mainly, lung involvement is more frequent in children. The lung cysts usually settle in right lobe of the lung.

CASE REPORT: A 3 and half years old girl was brought into the emergency with complaints of cough by her family. Her general medical condition was good on presentation to the emergency department. Blood pressure was 100/60 mmHg, heart rate was 80/min, body temperature was 36.4°C, respiratory rate was 24/min. Breathing sounds were decreased on the right side of chest wall in physical examination. Foreign body aspiration was suspected, because her cough started while she was eating corns. On posterior-anterior chest X-ray graph, air-fluid level of a mass was detected on the zone compatible with right middle lobe. Then she was consulted with thoracic surgeon with a pre-diagnosis of hydatid cyst rupture. The day after she was admitted to the thoracic surgery intensive care unit, she had undergone a thoracic operation. Her pathology report was compatible with hydatid cyst, and she discharged from the thoracic surgery ward on the 9th day of her admission.

DISCUSSION: Hydatid cyst is usually diagnosed with anamnesis, ultrasonography and other radiological imaging techniques, including chest X-ray and computed tomography, serological tests, and microscopic evaluation. Although hydatid cyst settles in liver mainly, lung involvement is more frequent in children. Most of cysts are asymptomatic. Symptoms occur by expanding of cyst and involved organ. Cough was the first symptom of lung hydatid cyst in our case.

KEYWORDS: hydatid cyst rupture, lung hydatid cyst, thoracic surgery

PS-0335 Pediatrik aciller

5 Month Old And Renal Stone Disease

Serdar Özdemir, Aysel Hünük, Emre Bilgiç, Rohat Ak, Selma Damla Özalp, Aslı Bahar Uçar, Cansu Arslan, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Research and Education Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul,Turkey

INTRODUCTION: The etiology and history of renal stone disease vary in different patient populations. Pediatric and adult patients can present with the classic signs and symptoms of urolithiasis, such as flank or abdominal pain and gross hematuria. However, atypical complaints may be more common in younger children, especially those who cannot articulate the condition. Risk factors for kidney stones include metabolic disturbances, anatomical defects, genetic abnormalities in epithelial transport and urinary tract infections The epidemiology of kidney stone disease in the pediatric population has not been as well defined as it has for the adult population.

CASE: A 5 month old male patient presented to the Emergency Department (ED) with fever. Her vital signs were: body temperature 38,3°C; respiratory rate 16per minute and heart rate 83 beats per minute. General examination was within normal limits but only abnormality on abdominal examination was an area of tenderness in the lower quadrantes of the abdomen. Laboratory studies were obtained, hemoglobin 9,7g/dL,white blood cells 17,2K/uL,platelets 423K/uL, C reactive protein 9,78mg/dL. Urea, creatinine, plasma glucose, liver function tests were within normal limits. Urine tests showed urine was two possitive for leukocyte. Patients mother mentioned that this was second time he had urinary tract infection. The patient received urinery system ultrasonography. Ultrasonography showed renal calculi in right kidney. Patient was admitted to the pediatric service. Cefotaxime was administered intravenously to the patient. Oxalate was 34,06mg/gr creatinine, citrate was 387,42mg/L, calcium was less than 2mg/dL, creatinine was 42,03mg/dL in urine. Patient's symptoms were well controlled in two days and he was discharged.

DİSCUSSİON: The urinary tract is a common site of infection in the pediatric population. If urinary tract infections repeat in children etiologic research should make. With respect to the possible metabolic features behind the stone we recommend stone analysis even for the first passed calculi of a patient. Combining the results of the stone analysis are important to find out severe metabolic risk factors. In pediatric patients blood analysis should comprise phosphate, Unlike the generally benign course of urinary tract infection in the adult population, urinary tract infection in the pediatric population is well recognized as a cause of acute morbidity and chronic medical conditions, such as hypertension and renal insufficiency in adulthood. Emergency physician should redirect children with urinary calculi to pediatric nephrologists.

KEYWORDS: Child, Renal Stone Disease, Renal Calculi

PS-0336 Resüsitasyon

The Retrospective Evaluation of Patients with Considered Cardiopulmonary Resuscitation in Emergency Department of University Hospital in Tokat: Two Year Analyses

Nurşah Başol[1], Yıldıray Çelenk[2], Serhat Karaman[1], Fatih Şahin[1], Aslı Yasemen Savas[1]

[1] *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye*

[2] *Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Van, Türkiye.*

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Cardiac arrest is the cessation of functional circulation of the blood due to failure of the heart to contract effectively and it is evidenced by the absence of a palpable pulse and unresponsiveness. The early recognition and proper management is very important. It is aimed to evaluate the patients who were considered cardiopulmonary resuscitation (CPR) in emergency department (ED) of university hospital in Tokat due to raise awareness about CPR.

MATERIAL-METHODS: The patients who were considered CPR in ED from 1 January 2012 to 31 December 2013 were included in the study. Parameters like age, sex, diagnosis, medical history, heart rhythm and final status of patients were recorded. Data was summarized with frequency, percentage and graphics. In addition, categorical data were analyzed by cross tables and chi-square test.

RESULTS: In the present study, 38,5% (n=37) of the patients were women and 61,5% (n=59) were men. The most common diagnosis was acute myocardial infarction. The rate of out of hospital cardiac arrest was 79,2% and it is found that none of them was applied CPR except 112 emergency teams. 62,5% of patients were died in ED, 27% of patients were died in early stage in intensive care units and 10,5% of patients were discharged with health.

CONCLUSION: The key of whole neurological survival is early and proper management of CPR. This issue should accept as a public health problem and education programs should be increased.

KEYWORDS: arrest, out of hospital, cardiopulmonary resuscitation, dead, emergency department

PS-0337 Resüsitasyon

The validity of YouTube videos on pediatric BLS and CPR

Halil Beydilli[1], Mustafa Serinken[2], Cenker Eken[3], Hayri Elicabuk[4], Onur Dal[5], Ethem Acar[1]

[1]*Department of Emergency Medicine, Mugla Sıtkı Koçman University School of Medicine, Mugla, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Pamukkale University School of Medicine, Denizli, Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine, Akdeniz University School of Medicine, Antalya, Turkey*

[4]*Department of Emergency Medicine, Servergazi State Hospital,Denizli, Turkey*

[5]*Department of Emergency Medicine, Adnan Menderes University School of Medicine, Aydın, Turkey*

OBJECTIVE: There are few data regarding the validity of cardiopulmonary resuscitation (CPR) and basic life support (BLS) videos on YouTube in medical literature that are only analyzing the adult CPR videos. The present study aimed to determine the reliability and accuracy of pediatric CPR and BLS videos whether they are consistent with the 2010 CPR guidelines.

METHODS: Youtube was scanned in January 2015 using the keywords "Pediatric CPR and Pediatric BLS" without any filters. The raw data collected in the study included sources which uploaded the videos, the record time, the number of viewers in the study period, inclusion of human or manikins. Furhtermore, the contents of the videos were evelauated whether the are consistent with the 2010 resustication guidelines. All videos were seen by two independent researchers (emergency physicians) and scored between 0 and 8.

RESULTS: A total of 1200 videos were evaluated regarding the exclusion criteria, which yielded 232 eligible ones. Most of the videos were found to be uploaded by individual with credentials unspecified (%34.1). 15.5% of the videos have inconsistent content with 2010 guidelines. The median score of all the videos are not high enough [5 (IQR 4 to 7)] and only one third of the videos have optimal quality with score of 7 and 8. The downloaded number of videos compatible with guidelines was significantly higher according to the videos not compatible with the guidelines [15389 (IQR: 881-31515) vs 477 (IQR: 108-3797); p=0.0001]. The videos downloaded more than 10.000 times had a higher score than the others (median score of 7, and median score of 5, respectively)(p=0,0001).

CONCLUSION: Moderate number of youtube videos purporting to be about pediatric life support have optimal quality and few of them are perfect. Furthermore youtube videos uploaded by news program with an insufficient quality have the highest download rates.

KEYWORDS: Pediatric, resuscitation, basic life support, internet, Youtube

PS-0338 Resüsitasyon

Deal with two lives: a 37-week pregnant woman with cardiac arrest

Zerrin Defne Dundar, Fulya Kose, Alpay Tuncar, Elif Ozsaglam, Mehmet Ergin, Basar Cander
Emergency Medicine Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Acute myocardial infarction and cardiac arrest in pregnant patients are life-threatening clinical conditions. During the cardiopulmonary resuscitation (CPR) efforts, emergency physicians should be aware of that they are dealing with two lives, the mother and the fetus. The management of pregnant cardiac arrest patients includes effective CPR, preparation for urgency cesarean, preparation for cardiac angiography, and preparation for intensive care.

CASE: A 38-year-old and 37-week pregnant woman was admitted to our emergency department with cardiac arrest at home by 112 ambulance service. She had chest pain that began the day before, she fell to the ground, and her relatives called an ambulance. She was unconscious and had no cardiac activity when the emergency team arrived the scene. They began cardiopulmonary resuscitation (CPR), intubated her and defibrillated twice. Before arrival of the patient, 112 call center had informed our emergency department and we had got in contact with a gynecologist and a cardiologist to perform emergency angiography and caesarean. Return of spontaneous circulation (ROSC) was achieved after 3-minute CPR. On electrocardiography performed after ROSC, there were findings of acute anterior myocardial infarction. She was transferred to angiography room immediately. During the angiography procedure, she had cardiac arrest again and urgent caesarean was performed in the angiography room. Then, ROSC was achieved and the stenosis in LAD. Delivered baby died on the 4th day. The mother discharged form hospital on the 12th day of hospitalization without any significant neurological deficit.

CONCLUSION: This case regards the crucial role of prehospital and hospital emergency teams in the management of pregnant arrest patients. A multi-disciplinary approach should be followed in resuscitation room. Additionally, the life of fetus becomes important in patients after 24-week gestational age. By appropriate multi-disciplinary management, our patient was able to go home without any neurological sequel but without her baby.

KEYWORDS: pregnancy, resuscitation, cardiac arrest, acute coronary syndrome

PS-0339 Resüsitasyon

A Case Report of Anaphylaxis following 0.5% Topical Moxifloxacin Use

Abdussamed Vural, Mehmet Yılmaz, Hüseyin Çebiçci, Bahadır Karaca, Mükerrem Altuntaş, İsmail Altıntop, Mustafa Alpaslan, Mehtap Kaynakçı Bayram
Department of Emergency Medicine, Training and Research Hospital,Kayseri,Turkey

INTRODUCTION: Moxifloxacin, a fourth-generation fluoroquinolone, is an antibiotic that is widely used as a systemically and also topically in various bacterial infections (1). In ophthalmology, moxifloxacin is approved for the treatment of conjunctival infections caused by susceptible bacteria (1). Studies have demonstrated that it is relatively safe in clinical conditions. We report a case of a very rare adverse effect following its use.

CASE: A 65-year-old female admitted to our emergency service who had started 0.5% topical moxifloxacin (Vigamox®) for treatmet of acute bacterial conjunctivitis in both eyes. The patient developed anaphylactoid reaction after a few minutes following its use. She had experienced a syncopal attack and general flushing and also she had vomited 2 times prior to admission to the emergency service. On admission, she was unconsciousness and there was a widespread flushing on the patient's body. According to her baseline level of blood pressure(normally,the patient is hypertensive),the patient was hypotensive (systolic / diastolic: 120/70). In her history, it was learned that the patient showed severe reactions to certain drugs and also topical moxifloxacin for the treatment of bacterial conjunctivitis had been also used by the patient three weeks ago. The moxifloxacin was considered to be a likely allergen and the anaphylaxis was considered as a diagnosis and the patient underwent standard treatment of anaphylaxis. After the supportive treatment, the patient's consciousness and skin manifestations improved and the patient's condition was became normal. Moxifloxacin was discontinued.

COCLUSİON: This case indicates that further studies are needed to study the safety of moxifloxacin because, though rare, it can lead to severe form of anaphlaxis with a sudden loss of consciousness and also cardiac collapse.

KEYWORDS: Anaphylaxis, Fluoroquinolones, Topical moxifloxacin

PS-0340 Resüsitasyon

How Can an Airway Be More Difficult? An Approach to Difficult Airway: Case Report

İsmail Ağı, İrfan Kala, Fevzi Yılmaz, Murat Ongar, Fatma Yorulmaz, Sultan Erdil Ülgen, Cihat Cömert, Binnur Eşfer, Esma Kır
Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

OBJECTIVE: Difficult airway is the conditions when there is difficulty of intubation and ventilation of a patient. Anatomic variations may be the causes of diffucult airway. An emergency physican should have the capability of using different clinical instruments to provide appropriate ventilation of patients with difficult airway. We wanted to share our experience with difficult airway and review our knowledge about different airway techniques.

CASE: 52 year old patient was admitted to emergency department with complaints of dypnea and confusion. He had schizophrenia and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in his medical histroy. He also had the history of two weeks of intubation 2 years ago because of COPD exacerbation in intensive care unit, where during intubation period, it is learnt that tracheal stricture had occured thus a tracheal silicon stent had been initiated into trachea below the vocal cords. Vital signs: BP:119/63mm/Hg, HR:93/dk, BT:37,3oC, SaO2:%75. Physical examination showed shortness of breath with rales and ronchi bilaterally in lung examination. Blood samples were taken: PaCO2: 71 mm/Hg. We diagnosed patient as COPD exacerbation and initiated

bronchodilator and supplied oxygen with the rate of 2 liters per minute. Even though, his PaCO2 elevated. Due to the confusion of patient, we decided to intube rather than initiating CPAP. He had grade 4 mallompati with short and fat neck. Tracheal tube placement was tried to be performed several times in 30 minutes but we couldn't pass into the trachea even with pediatric tubes because of the severe striction of trachea associated with silicon stent. Laryngeal mask airway was unsuccesful and massive air leakage into the gastric area was seen. PaCO2 at the end of 30 minutes was examined as 120 mm/Hg. We consulted patient to throat and thorax specialists and surgical airway would not be succesful because of the silicon tracheal stent. We tried once again intubation with guide and then succesful intubation provided.

CONCLUSION: Difficult airway is a challenging condition in emergency departments that should be dealed with and overcame. Non-invasive, invasive and surgical airway create the options and emergency physicians should be skilled to avoid morbidity and mortality to avoid ineffective ventilation. Once unsuccesful attempts of intubation, a more experienced physician should be consultated.

KEYWORDS: airway, copd, difficult airway, tracheal stent.

PS-0341 Pediatrik aciller

2 Yaşında Akut Pankreatit: Bir Olgu Sunumu

Ethem Acar, Ömer Doğan Alatas, Halil Beydilli, Birdal Yildirim
Mugla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD. Mugla,Türkiye

GİRİŞ: Pankreasın inflamatuar hastalıkları olan pankreatitler, pediyatrik gastroenteroloji kliniklerinde seyrek görülen hastalıklar arasında yer alır. Akut pankreatit çocukluk çağında heterojen ve özgül olmayan klinik bulgularla seyreden, genellikle travma, yapısal anomaliler, ilaçlar ve kronik sistemik hastalık zeminde gelişen nadir görülen bir hastalıktır. Ancak akut pankreatit tanısı koyulan çocukların %25 kadarında altta yatan herhangi bir neden bulunamaz. Akut pankreatit, şiddetli karın ağrısı, kusma ve batın distansiyonu gibi klinik bulgulara neden olur. Klinik bulgular ile birlikte amilaz veya lipaz seviyelerinde en az üç kat artış veya pankreatitle uyumlu görüntüleme bulguları varlığında tanı konulmaktadır. Bu olgu sunumu ile özgül olmayan semptomları nedeniyle akut pankreatit tanısına dikkat çekmeyi amaçladık

OLGU: 2 yaşında erkek hasta acil servisimize karın ağrısı, bulantı kusma şikayeti ile başvurdu. Genel durumu iyi orta, ağlıyordu. Tansiyonu 110/60 mmHg, Ateş: 37.30C olarak ölçüldü. Karın muayenesinde çocuğun çok ağlamsına bağlı olarak net değerlendirilememişti. Bu nedenle tetkikleri istenip mayi replasmanına başlandı. Tetiklerinde beyaz küre 17.2 103, nötrofil: 13,1 K/mL (%76,6) hemoglobin 12.8 g/dl, platelet 438 103, glukoz: 95 mg/dl, AST: 38 U/L, ALT: 13 U/L, Amilaz: 852 U/L, bilb: 0,3 mg/dl, CRP: 0,23 mg/dl olduğu tespit edilen hastanın yapılan abdominal USG'inde: safra kesesi komşuluğunda ve pankreas lojunda ince septasyon içeren sıvı koleksiyonu tespit edildi. Çekilen kontrastlı Abdominal BT'de: pankreas kuyruk kısmı hafif kalın ve heterojen. Pelviste ve pankreas çevresinde serberst mayi olarak yorumlanması üzerene akut pankreatit tanısıyla çocuk cerrahisi konsültasyonu istendi. Hasta çocuk cerrahisi servisine yatırıldı.

SONUÇ: Pankreasın pediyatrik yaş grubunda seyrek görülen hastalıklar olduğu için akla gelmesi güçtür, anamnezi de nonspesifik olduğunda tanı koymak daha da güçleşir. Acil hekimleri karın ağrısı şikayeti ile başvuran çocuklarda akut pankreatit tanısını düşünmelidirler.

ANAHTAR KELİMELER: karın ağrısı, akut pankreatit, pediatri

PS-0342 Pediatrik aciller

Salbutamol İntoksikasyonu Ateş Yüksekliği Yapar mı

Mustafa Bolatkale[1], Çağdaş Can[2], Aytaç Bukıran[3], Aydın Sarıhan[4]
[1]*Kilis Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kilis*
[2]*Merkezefendi Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Manisa*
[3]*Manisa Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Manisa*
[4]*Medipol Üniversitesi Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ: Çocukların yanlışlıkla yuttukları bronkodilatör ilaçların başında salbutamol gelir. Zehirlenme oluşturması için yüksek miktarda alınması gereken bu ilaç, özellikle pediatrik yaş grubunda, kolaylıkla toksik düzeye ulaşır. Hipokalemi, hiperglisemi, ateş yüksekliği ve fatal disritmiler fazla doz alımının komplikasyonları olarak klinisyenin karşısına çıkar. Bu yazıda yüksek doz ventolin şurup içme sonrası acil servise başvuran üç yaşındaki çocuk hasta bildirildi.

OLGU: Üç yaşındaki kız çocuk hasta acil servise ajitasyon, titreme ve çarpıntı yakınmaları ile ailesi tarafından getirildi. Hastanın yakınmalarının dört saat önce içtiği 100cc ventolin şurup sonrası başladığı öğrenildi. Hastanın 38.4 derece ateşi, 170 vuru/dk nabzı dışındaki vital bulguları normal sınırlar içinde idi. Sistemik muayenesi olağan saptanan hastanın damar yolu açıldı, elektrokardiyografisi (EKG) çekildi. EKG'de sinüs taşikardisi saptandı (Şekil-1). Hasta monitörize edildi, gastrik lavajı yapıldı, oral yoldan aktif kömür tedavisine başlandı, ateş kontrolü sağlandı. Hemogram ve kan biyokimya değerleri normal aralıkta olan hastanın fizik muayenesinde ateş yüksekliğini açıklayacak enfeksiyon odağı saptanmadı. Hiperglisemi, hipokalemi ve QT segment uzaması açısından yakın klinik takibe alınan hasta pediatri servisine yatırıldı. Vital fonksiyonları düzelen, kan biyokimyasında patoloji saptanmayan hasta yirmi dört sonra komplikasyonsuz taburcu edildi.

SONUÇ: Salbutamol pediatrik yaş grubunda en sık yanlışlıkla fazla miktarda içilen astım ilacıdır. Ateş yüksekliği salbutamol intoksikasyonu belirtilerinden biri olabilir. Ateş yüksekliği ve sempatomimetik semptomlar ile acil servise başvuran pediatrik yaş grubu hastalarının salbutamol intoksikasyonu açısından sorgulanması gerektiği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: salbutamol, ateş yüksekliği, pediatri, intoksikasyon

PS-0343 Pediatrik aciller

Fizik muayeneden tanıya: Bronşial yabancı cisim olgusu

Ali Yusuf Uyanik, Bora Kaya
Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi

Yemeklerle oluşan yabancı cisim aspirasyonu önemli bir konu olup dünya üzerinde çoğunluğu çocuk olmak üzere her saat başı 8 kişi hayatını kaybederken, tanı ve tedavide gecikme olması ciddi sonuçlara yol açmaktadır(rizk 2011). Fatal aspirasyon ve şok tablosundan, kronik unutmaya bağlı tekrarlayan, kronik göğüs enfeksiyonlarını taklit eden durumlara kadar olan spektrumda sekeller görülebilir(sethi 2006). Bitkisel yabancı cisimlerin trakeo bronşiyal ağaca girişi ile oluşan pasaj blokajı ve kimyasal reaksiyon pnomonite yol açar(narwani 2005).

Yüzde 80-96 vakada yabancı cisimler radyolüsenttir fakat inspirasyon ve ekspirasyonda çekilen posteroanterior akciğer grafisi bronşiyal obstrüksiyonla ilişkili indirekt bulgular verebilir. En sık indirekt bulgu vakaların %17-69 akut dönemde hava hapsi ile obsturiktif amfizemdir. Radyografilerde yalancı negatifliğin yaygın olmasından dolayı havayolunda yabancı cismi dışlanamaz(bai 2011).

2 yaşında erkek hasta öksürük şikayetiyle acil servisimize getirildi.gelişinde vitaller:TA:100/50 Nabız:88 Solunum sayısı:20 Ateş:36.9

2 Gün önce badem yutma şüphesiyle dış merkezde farklı 2 pediatrist tarfından görülmüş, solunum seslerinin doğal olması ve her iki hemitoraksın solunuma eşit katılması nedeniyle normal olarak değerlendirilmiş ve taburcu edilmiş.

Bize gelişinde yapılan fizik muayenesinde sol akciğer alt zonda solunum sesleri almıştı.çekilen posteroanterior akciğer filminde sol parakardiak alanda opasite artışı ve havalanma kaybı saptandı.

Bilgisyarlı tomografide sol akciğer alt lob bronşu oblitere görünümdedir.sol akciğer alt lob atelektazik görünümdedir.sol üst lob ta havalanma artışı mevcuttu.

Hastanemiz acil servisimize başvuru yapılmadan önce gidilen merkezlerde yapılan fizik muayenede erken dönemde patolojik bulgu saptanmamış olup görüntülemeye başvurulmamıştır.fizik muayene doğal olsa bile görüntüleme yapılmasının gerekli olduğu kanaatindeyiz.

ANAHTAR KELİMELER: yabancı cisim bronşial aspirasyon çocuk

PS-0344 Pediatrik aciller

Her Kulak Ağrısı Otit Değildir

Serdar Özdemir, Yasin Metiner, Rohat Ak, Fatih Doğanay, Burak Nakış, Şebnem Eke, Yeşim Uz, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Akut mastoidit, mastoid hava hücrelerinde akut otitismediayı takiben gelişen ve sıklıkla kemikdekstrüksiyonunun eşlik ettiği enfeksiyondur. Enfeksiyon esnasında mastoid hava hücrelerinin mukoperiosteal döşemesinde inflamasyon ve ödem gelişir. Mastoid hücrelerinin havalanması bozulur ve eksuda birikmeye başlar. Eksuda biriktikçe pürülanhal alır. Sürekli devam eden inflamasyonhiperemi, pürülandebris birikimi, venözstaz nedeniyle lokalizeasidoz ve kemik septalardadekalsifikasyon meydana gelir.

OLGU SUNUMU: İki yaşında erkek hasta boğaz ağrısı, öksürük ve kulak ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Özgeçmişinde iki ay önce geçirilmiş mastloidit öyküsü mevcuttu. Fizik muayene soldapostaurikülersulkus üzerinde, lobül arkasına uyan bölgede yaklaşık 2x2 cm düzgün yüzeyli yumuşak kitle mevcuttu. Bilateral otoskopi doğaldı. Orofarinks doğaldı. Boyunda palpable lenfadenopati yoktu. Temporal kemik tomografisinde mastoid hücrelerde havalanmada hafif azalma görüldü. Boyun ultrasonografisinde büyüğü 19.8x9.4 mm boyutlu, ince yağlı ekojenhilusu izlenen ancak hafif kalın korteksli birkaç adet lenf nodu izlendi. Hasta pediyatri kliniğine yatışı yapıldı. Ampisilin sulbaktam başlanan hasta yatışının dördüncü gününde lezyonları geriledi. Antibiyotik orale geçilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Enfeksiyonun orta kulaktan, aditus ve antrum aracılığıyla mastloit hava hücrelerine yayılmasıylamastloidit gelişir. Tanı genellikle öykü ve fizik muayeneye dayalı olmasına rağmen komplikasyonların tanımlanması ve tedavi planlaması için bazı radyolojik tetkikler gerekir. Bilgisayarlı tomografi ile kemik tutulumunun yaygınlığı gösterilebilir. Mastloidit intravenöz antibiyotik tedavisi için hastane yatışı gerektirir. Timpanosentez, miringotomi gibi cerrahi tedavi seçenekleri akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: mastloidit, kulak ağrısı, otalji

PS-0345 Acilde görüntüleme

Normal fizik muayene; subdural hematom

Ahmet Tuğrul Zeytin[1], Şeyhmus Kaya[1], Hacı Mehmet Çalışkan[1], Barış Öztürk[1], Hamit Özçelik[2]

[1]*Eskişehir Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Eskişehir*

[2]*Çanakkale Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Çanakkale*

GİRİŞ: Kronik subdural hematom önemli morbiditesi olan ve sık görülen intraserebral kanamalardan biridir. Sıklığı yaşla beraber artar. En sık başvuru nedeni baş ağrısı ve onu takip eden güçsüzlüktür. Bu hastaların tedavisinde takip ya da cerrahi yer almaktadır. Bu olguda acil servislerde sık gördüğümüz kronik subdural hematom saptanan ancak normal fizik muayeneye sahip bir hasta sunulmaktadır.

OLGU: 64 yaşında erkek hasta acil servise tüm vücudunda gezici uyuşmalar şikayeti ile başvurdu. Hastanın yaklaşık 1 haftadır önce sağ ekstremitelerde olup geçen ardından sol ekstremitelerde olup geçen uyuşmaları varmış. Güçsüzlük tarif etmedi. baş ağrısı, bulantı kusma yoktu. Acil servise başvuru sırasında ise herhangi bir şikayeti yoktu. Hasta hipertansiyon dışında bir hastalık öyküsü tarif etmedi. Son günlerde travma öyküsü sorulduğunda ise olmadığı yanıtı alındı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde TA: 140/90 mmHg, Nb: 88 atım/dk, SS:14/dk, sPO2:99%, kalp ritmik normokardik, nörolojik muayene normaldi. Hasta ısrarla bilgisyarlı beyin tomografisi(BT) çektirmek istiyordu. Hastaya bu bulgularla ve şikayetinin süresi nedeniyle bir sonraki gün nöroloji polikliniğine başvurması önerildi. Ancak hasta kabul etmedi. Hastanın isteği devam etmesi üzerine hastaya BT çekildi. Çekilen BT' de parietal bölgede bilateral kronik subdural hematom ile uyumlu görünüm saptandı. Bunun üzerine hasta tekrar sorgulandı. Hastanın yaklaşık 1 ay önce araç içi trafik kazası geçirdiği ancak kazanın sonrasında herhangi bir şikayeti olmadığı için doktora başvurmadığı öğrenildi. Mevcut BT sonucu ile nöroşirurji ile konsulte edilen hasta kliniği yatırıldı. Yatış sonrası opere edilmeyen hasta 4 gün sonra hastaneden taburcu edildi.

SONUÇ: Kronik subdural hematomlar, beyinde kitle etkisi yaratmıyorlarsa ve ciddi nörolojik defisite neden olmadılar ise opere edilmeyebilirler. Tıbbi takip yeterli olabilir. Bizim hastamızda da tıbbi takip yapılmıştır. Özellikle yoğun ve doktor sayısı yeterli olmayan acil servislerde bildiğimiz ve önerilen BT çekme endikasyonları dışında da çekimler olabilmekte ve patolojik sonuçlar alınabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: acil servis, bilgisayarlı tomografi, subdural hematom,

PS-0346 Acilde görüntüleme

Baryum dispnesi

Derya Öztürk, Harika Gündüz, Ertuğrul Altınbilek, Güleser Akpınar, İbrahim İkizceli
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ: Malign bronkoözefageal fistül, özefagus ve akciğer karsinomlu hastalarda nadir görülen bir komplikasyondur. Özefagorespiratuar fistüllerin yarısı trakeada, kalan yarısı sağ ve sol ana bronkuslar arasında eşit oranda görülür (4). İlerlemiş akciğer kanserinin fatal komplikasyonlarından biridir. Bunun nedeni, yalnızca tedavisinin zorluğu değil, beslenmesini engellediği için hastanın yaşam kalitesini de bozmasıdır.

OLGU: Medikal Onkoloji Kliniğinde Akciğer kanseri tanısı ile takip ve tedavisi süren 73 yaşındaki erkek hasta yutma güçlüğü sebebiyle dahiliye polikliniğine yönlendiriliyor. Ayırıcı tanı için özefagografi çekilirken baryumun sağ akciğere gittiği görülüyor. Hasta kontrast madde aspirasyonu sonucu gelişen nefes darlığı şikayetiyle acil servisimize yönlendiriliyor. Servisimize getirilen hastanın yapılan fizik muayenesinde; şuuru açık, koopere, oryante, genel durumu orta, dinlemekle akciğer sesleri sağda kabalaşmıştı, KVS muayenesinde S1-S2 doğal, aritmik, ek ses üfürüm yok, KTA:130/dk, TA: 170/103mmHg idi. Hastanın bakılan kan gazında, SPO2 %99, pH:7,33, pCO2:39, p O2:64 idi. Göğüs cerrahisi ile konsülte edilen hastanın bronkoskopi ile sağ akciğerindeki baryum aspire edilerek temizlendi. İşlem sırasında serebrovasküler olay gelişti. Hastanın bilinci uykuya meyilli, kooperasyonu kısıtlı, sol üst ekstremitede 4/5, sol alt ekstremitede -5/5 kuvvet kaybı mevcuttu. Çekilen difüzyon MR' ında sağ MCA enfarktı mevcuttu. Hastanın troponın 5.3 ng/mL.(<0.12 ng/mL) CKMB:33 ng/mL (0-4.88 ng/mL), White blood cell: 22000 K/uL (4-11 K / uL) idi. EKG aritmik, sağ dal bloğu olan hastaya kardiyoloji konsültasyonu istendi. Yapılan ekosunda EF:% 55-60, hafif mitral ve triküspid yetmezliği, sol ventrikül dilatasyonu mevcuttu, duvar hareket kusuru olmayan hastada akut koroner sendrom düşünülmedi. Takiplerinde kardiyak enzimleri geriledi. Aspirasyon pnömonisinin proflaksisi için meronem 3*1 gr Enfeksiyon Hastalıkları tarafından önerildi. Hasta nöroloji yoğun bakımına takip ve tedavi amaçlı interne edildi. Yoğun bakım tedavisinin ardından hastaya silikon stent yerleştirilmesine karar verildi.

SONUÇ: Toplumumuzda sıklığı gittikçe artan onkolojik vakaların, acil servislere yeni gelişen dispne ve disfaji semptomları ile geldiğinde, bizim olgumuzdaki gibi özefagusa olan fistül ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: ÖZOFAGOTREKEAL FİSTÜL, AKCİĞER KANSERİ, DİSPNE

PS-0347 Acilde görüntüleme

Acil Serviste Dispneli Hastaların Ekokardiyografi ile Değerlendirilmesi

Mehmet Serkan Yurdakul[1], Muhammed Karadeniz[2], Sertaç Güler[3], İsa Başpınar[3], Murat Soyuduru[3], Sani Namık Murat[3], Yavuz Katırcı[3]

[1]*Karaman Devlet Hastanesi*

[2]*Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi*

[3]*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

AMAÇ: Acil Tıpta ultrasonografi; travma odaklı ultrasonografi değerlendirmesi ile başlamış, günümüzde geniş bir kullanım alanı bulmuştur. Her geçen gün ultrasonografinin acil servisler için cazibesi artmaktadır. Biz bu çalışma ile acil servise dispne şikâyeti ile gelen hastalarda seçilmiş transtorasik ekokardiyografi (TTE) parametreleri için, acil tıp hekimlerinin de kardiyologlar kadar iyi TTE yapıp yapamadığını göstermeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışma prospektif olarak, 01 Ocak 2014 ile 01 Temmuz 2014 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğine dispne şikâyeti ile başvuran, 18 yaş üzeri hastalar üzerinde yapıldı. Araştırmaya katılan acil tıp hekimleri 1 ay süreyle kardiyoloji kliniğince TTE eğitimine tabi tutuldular. Hastalara önce acil tıp hekimi sonra kardiyolog tarafından TTE yapıldı. Hekimler bulgularını birbirlerinden habersiz olarak kaydetti. Kardiyolog tarafından kaydedilen veriler, altın standart olarak kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya 79'u (%64,8) erkek, 43'ü (%35,2) kadın toplam 122 hasta dâhil edildi. Çalışmamızda sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, sol ventrikül sistolik ve diyastolik çap, in-

POSTER BİLDİRİLER

terventriküler septum kalınlığı, sol atriyum çapı, sol ventrikül diyastolik disfonksiyon, aort yetmezliği, mitral yetmezliği, triküspit yetmezliği, pulmoner arter basıncı, sağ atriyum ve ventrikül büyüklüğü, perikardiyal mayi, asendan aorta ölçümleri açısından kardiyolog ile acil tıp hekimi arasında anlamlı bir tutarlılık tespit edildi (p<0,001). Sol ventrikül posterior duvar kalınlığı ölçümü için ise anlamlı bir tutarlılık tespit edilemedi (p=0,415).

SONUÇ: Bu çalışma ile acil tıp hekimlerinin, seçilmiş TTE parametreleri için yatak başı TTE uygulamasını doğru ve güvenilir bir şekilde yapabileceği görülmüştür.

ANAHTAR KELİMELER: Acil Tıp, Dispne, Ekokardiyografi, Transtorasik Ekokardiyografi

PS-0348 Acilde görüntüleme

SSkafolunat koalisyonda fraktür: Nadir bir olgu

Önder Yeniçeri[1], Neşat Çullu[2], Halil Beydilli[3], Mehmet Deveer[2], Rabia Mihriban Kılınç[3]

[1]*Special Yücelen Hospital, Department of Radiology, Mugla, Turkey*

[2]*Mugla Sitki Kocman University School of Medicine, Department of Radiology, Mugla, Turkey*

[3]*Mugla Sitki Kocman University School of Medicine, Department of Emergency Medicine,Mugla, Turkey*

GİRİŞ: Karpal koalisyon tek başına veya diğer konjenital anormalliklerin bir parçası olarak görülebilen nadir bir anatomik varyasyondur. Osseöz ve nonosseöz olmak üzere iki tipi vardır. Osseöz tipte koalisyon oluşturan karpal kemikler birleşip tek bir blok kemik oluşturur. Nonosseöz tipte ise ise kemikler birbirine ya kıkırdak veya fibröz doku ya da her ikisi ile birleşmiştir. İnsidansı beyazlarda yaklaşık % 0,1 iken Afrika'nın batısında yaşayan bazı halklarda % 9,5'a kadar çıkmaktadır. Karpal koalisyonların en sık görülen tipi lunatum ile triquetrum arasında olanıdır (lunotriquetral). Bunu kapitatum ile hamatum (kapitohamat) arasındaki koalisyon takip eder. Skafoideum ile lunatum (skafolunat) arasındaki koalisyon nadir olan bir tip olup tüm karpal koalisyonların yaklaşık %2'sini oluşturur. Karpal kolisyonlar genellikle asemptomatiktir ve genelde fonksiyonel bir defisite de neden olmazlar.

OLGU SUNUMU: 21 yaşında erkek olgu el bileğini ani şekilde hiperekstansiyona zorlayan travma sonrası ağrı nedeni ile acil servisimize başvurdu. Muayenesinde skafoid kemik üzerinde hassasiyet mevcuttu. İlk grafisinde skafoid ile lunate kemik arasında inkomplete füzyonu düşündüren görünüm izlendi ve analjezik önerilerek hasta taburcu edildi. Ağrısının devam etmesi üzerine çekilen MRG'de skafoid ve lunat kemikte koalisyon ve koalisyon düzeyinde fraktür mevcuttu. Her iki kemik yapıda yaygın ödem mevcuttu. Sol el bileği atele alındı.

SONUÇ: Karpal koalisyonda fraktür ileri derecede nadir bir durumdur. Üstelik koalisyon tek taraflı ve fraktür hattı füzyon bölgesinde ise yanlışlıkla inkomplete bir koalisyon olarak değerlendirilip gözden kaçabilir. Bu tip olgularda MRG'de füzyone kemiklerde izlenen ödem inkomplete koalisyonları fraktürlerden ayırt etmede oldukça yararlıdır.

ANAHTAR KELİMELER: skafolunat fraktür, acil servis, MRI

PS-0349 Acilde görüntüleme

Kemik Pelvis Sağ Kesiminde Renal Kros Ektopili Olguda Akut Apandisit

Berrin Demir[1], Sultan Tuna Akgöl Gür[2], Muhammet Demir[3], Ahmet Yalçın[4]

[1]*Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, ERZURUM.*

[2]*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İlk ve Acil Yardım Bölümü, ERZURUM*

[3]*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Bölümü, ERZURUM*

[4]*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, ERZURUM.*

GİRİŞ-AMAÇ: Füzyonlu renal kros ektopi nadir görülen bir varyasyondur. Bu çalışmada acil servise sağ alt kadrana lokalize karın ağrısı nedeniyle başvuran ve akut apandisit tanısı alan, sağ pelvik renal kros ektopili olgu aracılığı ile, acil servise karın ağrısı şikayetiyle başvuran tüm olgularda karın ağrısı, mevcut anomaliye bağlanmamalı, ayırıcı tanıda akut apandisit tanısının mutlaka düşünülmesi gerektiğini amaçladık.

OLGU: Karın ağrısı nedeni ile acil servisimize başvuran elli iki yaşındaki erkek hasta fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Yapılan laboratuar incelemede beyaz küre 15000 ile normalin üzerinde saptanmıştı. Olguya akut apandisit ve renal kolik ön tanıları ile ultrasonografi istenmiştir. Yapılan ultrasonografi tetkikinde kemik pelvis sağ kesiminde füzyon anomalisi gösteren renal kros ektopi saptanmıştır. Ancak eş zamanlı olarak çekumda duvar ödemi ve çekumdan çıkan, retroçekal uzanım gösteren, 10 mm çaplı, aperistaltik komprese edilemeyen, duvarı ödemli tübüler yapı izlenmiştir. Olgu akut apandisit tanısı ile Genel Cerrahi klniğine yatırılmıştır. Operasyon sonrası patoloji raporu akut apandisit şeklinde belirtilmiştir.

SONUÇ: Akut apandisit genç yaşta daha sık görülmesine rağmen her yaşta ve her cinste karşılaşılabilecek önemli bir cerrahi hastalıktır. Tanısal yaklaşımda hikaye, fizik muayne, radyoloji ve laboratuar bulgularının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi son derece önemlidir. Bu olgu sonucunda karın ağrısı özellikle sağ alt kadrana lokalize karın ağrısında mevcut klinik nadir görülen sağ alt kadranda yerleşim gösteren varyasyonel oluşumlar ile ilişkilendirilmemeli mutlaka akut apandisit tanısı dışlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Apandisit, karın ağrısı, renal kros ektopi

PS-0350 Acilde görüntüleme

Öksürme Sonrası Gelişen Spontan Rektus Kası Hematomu

Süleyman Altun, Sema Avcı, Fatih Büyükcam, Ali Şahin, Nezih Kavak, Rıdvan Sarıkaya
S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Rektus kılıf hematomu akut karın ağrısının nadir bir nedeni olmakla beraber iyi bilinen patogenezi, kliniği ve tedavisi mevcuttur.Rektus kılıf hematomunun ayırıcı tanısında, akut inflamatuar karın ağrıları ve intraabdominal tümörler invaziv işlem açısından akılda tutulmalıdır. Rektus kılıf hematomu, kadınlarda, beyaz ırkta ve ileri yaşta daha sık görülmektedir. Travma, antikoagülan kullanımı, öksürük atakları, ani pozisyon değişimleri,astım-KOAH alevlenmesi, yakın zamanda geçirilmiş cerrahi,enjeksiyon ve gebelik rektus kası hematomu için bilinen risk faktörleridir. Yaşlılarda epigastrik venlerde gelişen ateramatöz değişiklikler damar cidarının elastikiyet azalmasına ve kanamaya zemin hazırlamaktadır. Rektus kası boyunca uzanan süperior ve inferior epigastrik venlerin kanaması kas içinde gelişen hematomdan sorumludur. Tedavi sıklıkla konservatif olup komplike vakalarda cerrahi, taze donmuş plazma gerekebilir.Bu olgu ile ileri yaş kadın hastada öksürük atağı sonrası gelişen rektus kılıf hematomu sunulması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU: 75 yaşında bayan hasta acil servise birkaç saattir devam eden öksürme sonrası başlayan karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Anamnezinden on yıldır diyabetes mellitus nedeniyle oral antidiyabetik kullandığı başka ek hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede genel durum iyi olan hastanın sağ alt kadranda hassasiyeti mevcut idi. Laboratuar tetkiklerinde glukoz:304 mg/Dl, üre:34 mg/Dl, kreatin:0.56 mg/Dl, wbc:12.8 10^3 mq/l, platelet:298 10^3 mq/l,INR:0.928 olan hastanın çekilen yüzeyel doku ultrasonografisinde sağ rektus kasında 110*95*43 mm boyutunda hipoekoik-heterojen görünüm izlenmesi üzerine çekilen abdomen bilgisayarlı tomografide sağ rektus kasında hematoma bağlı kalınlık ve dansite artışı izlendi. Acil serviste yapılan tetkik ve tedavinin ardından genel cerrahi servisine yatırılan hasta hemodinamisinin stabil seyretmesi üzerine yatışının dördüncü gününde şifa taburcu edildi.

SONUÇ: Acil servise akut karın ağrısı ile başvuran hastalarda akut inflamatuar hastalıklar dışlandıktan sonra ayırıcı tanıda spontan gelişen rektus kası hematomu gibi patolojiler radyolojik görüntüleme yöntemleri ile ayırt edilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: spontan, rectus kası, hematom

PS-0351 Acilde görüntüleme

Aort diseksiyonunu taklit eden nadir bir karın ağrısı sebebi: Median Arkuat Ligaman Sendromu

Sinan Genç, Hikmet Duymaz, Sertaç Güler, Hayri Ramadan, Yavuz Katırcı, Mehmet Okumuş
T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Median Arkuat Ligaman Sendromu; diyafragmanın median arkuat ligamanının çölyak trunkusun proksimaline basısı sonucu ortaya çıkan abdominal anjinayla karakterize, acil serviste nadir karşılaşılan bir karın ağrısı sebebidir. Ayırıcı tanıda aort diseksiyonu ve peptik ülser düşünülmelidir.

OLGU SUNUMU: 83 yaşında erkek hasta yemekten sonra olan şiddetli karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın travma öyküsü ve bilinen bir kronik hastalığı yoktu. Vital bulguları;

tansiyon arteryel: 95/55 mmHg, nabız: 105/dk, ateş:37,1 C°, SaO2: %97 idi. Batın muayenesinde yaygın hassasiyet saptandı, defans ve rebound hassasiyet saptanmadı. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı. Hastanın elektrokardiyogramında sinüs taşikardisi mevcuttu, ST elevasyonu veya depresyonu saptanmadı. Laboratuar tetkiklerinde: beyaz küre: 6900/µL, hemoglobin:13,3 g/dL trombosit: 300,000/µL, glukoz: 90 mg/dL, kan üre azotu: 29 m/dL, kreatinin: 0,8 mg/dL, ALT:17 U/L, AST:22 U/L, amilaz:126 U/L, troponin I:<10 ng/L olarak saptandı. Hastanın çekilen abdomen BT anjiografisinde: Çölyak trunkusta orifis düzeyinde %85 darlığa neden olan median arkuat ligaman sendromu ile uyumlu dıştan bası izlendi. Genel cerrahi ve kalp ve damar cerrahisi bölümlerine konsülte edilen hastanın takiplerinde kliniğinin rahatlaması üzerine poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi

SONUÇ: Median arkuat ligaman sendromu çölyak arter kompresyon sendromu olarak ta bilinir ve diyafragmanın median arkuat ligamanının çölyak trunkusun proksimaline basısı sonucu ortaya çıkan gastrointestinal iskemiyle karakterizedir. Ayırıcı tanıda aort diseksiyonu, peptik ülser düşünülmelidir. Median arkuat ligaman sendromu asemptomatik olabileceği gibi postprandial karın ağrısı, kusma, kilo kaybı gibi bulgulara yol açabilir. Fizik muayenede epigastrik bölgede üfürüm saptanabilir. Tanıda konvansiyonel anjiografi altın standart olmakla birlikte renkli doppler ultrasonografi, çok kesitli BT anjiografi kullanılabilir. Çok kesitli BT anjiografi hızlı, minimal invaziv oluşu ve ayırıcı tanıda diğer karın ağrısı nedenlerini ortaya koyabilmesi yönünden acil servislerde tercih edilecek tanı aracıdır. Median arkuat ligaman sendromunun tedavisinde perkutan transluminal anjioplasti veya cerrahi olarak median arkuat ligamanın kesilmesi uygulanabilir. Median arkuat ligaman sendromu acil servise karın ağrısı nedeniyle başvuran hastalarda nadir bir sebep olmakla birlikte tanısında çok kesitli BT anjografi uygun bir tetkik olarak kullanılabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Arkuat ligaman, Karın ağrısı, Mezenter iskemi

PS-0352 Acilde görüntüleme

Balık Yerken Dikkat

Serdar Özdemir, Rohat Ak, Fatih Doğanay, Gökhan İşat, Burak Nakış, Ayşe Dilara Kocatürk, Ahmet Aykut, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Özofagus besinlerin mideye geçişini sağlayan lümenli bir organ olmakla birlikte bu geçiş sırasında boyun, toraks ve abdomen olmak üzere önemli anatomik bölgelerde seyretmektedir. Bu anatomik bölgelerde hayati organlara komşulukları mevcuttur. Özofagus yaralanmaları veya özofagus bütünlüğünün bozulması sonucunda kısa sürede mediastinal ya da plevral enfeksiyonlara sebep olmaktadır. Erken tanı ve cerrahi uygulanması ile mortalite %7 olarak bildirilmiştir. İyatrojenik yaralanmalar özofagus perforasyonlarının en sık(%59) nedenidir. Ayrıca yabancı cisme bağlı, spontan, travma, kostik yaralanma, malignite ve barotravma sonucu da özofagusta perforasyonları bildirilmiştir. Yutulan yabancı cisimler içinde en çok (%59,4) inorganik maddelerdir. Organik maddeler %33,7 oranında, kemik-kıkırdak(%24), et parçası(%6,3) ve kuru yemiş(%3,4) gibi maddeler tespit edilmiştir. Bu maddeler özofagusu birkaç yolla yaralayabilir metal para veya stent gibi uzun süre özofagusta kaldıklarında duvarı erode edebilirler. Keskin ve düzensiz yüzeyli cisimler ise özofagus duvarını penetre edebilirler. Özofagus perforasyonunda en sık görülen semptom ve bulgular; ağrı, ateş, yutma güçlüğü, nefes darlığı ve cilt altı amfizemidir.

OLGU: 31 yaşında erkek hasta boğazında kılçık kalması şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta akşam yemeğinde kemikli balık yedikten sonra boğazında olan batma hissi ve katı gıda yutamama tarifliyordu. Hastanın başvurusunda vital bulguları; ateş: 36.6oC, nabız:85 /dk, sO2:%99, TA: 131/79 mmHg olarak ölçüldü. Hasta kulak burun boğaz kliniği ile konsülte edildi. Fiberoptik laringoskopi muayenesinde yabancı cisim görülmedi. Boyun ve toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Boyun BT' de proksimal özofagus düzeyinde en büyüğü 2 cm çapında bir kaç hiperdens yabancı cisim görüldü. Yabancı cisim duvara gömülü görünümdeydi. Özofagus çevresinde ekstraintestinal alanda fokal milimetrik hava lokülasyonları mevcut olup perforasyon olarak değerlendirildi. Genel cerrahi kliniği ile konsülte edilen hasta acil gastroskopiye alındı. Gastroskopide özofavus proksimalinde görülen yabancı cisim mideye itilerek midede parçalandı. Hastanın oral beslenmesi kesilerek genel cerrahi kliniğine interne edildi. Ampisilin sulbaktam günde 4 defa 1 gram başlandı. Parenteral beslenme başlandı. Hasta takibinin 8. gününde komplikasyon gelişmeksizin taburcu edildi.

TARTIŞMA: Özofagus perforasyonunun tedavisinde standart bir tedavi yaklaşımı yoktur. Tedavi seçeneği perforasyon nedeni, lokalizasyon, özofagial hastalığın varlığı, tanı zamanı, çevre organ yaralanması, hastanın genel durumu ve yaşına bağlı olarak değişir. Seçilmiş olgularda konservatif tedavi uygulanabilir. Bizim olgumuzda olduğu gibi erken tanı konulan, oral almamış, özofagus lümeninin içine drene olan perforasyonlarda, abdominal özofagus perforasyonu olmaması durumlarında konservatif tedavi seçilebilir. Mediastinal ve plevral kirlenme gelişmeden tanının konulması mortaliteyi azaltır. Acil tıp hekimi erken tanı ve yapılacak girişimin hayat kurtarıcı olabileceği unutmamalı, hastanın acil tedavisi planlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: özevagusta yabancı cisim, özevagus perforasyonu, özevagoskopi

PS-0353 Acilde görüntüleme

Akut pankreatitde görüntüleme ne zaman yapılmalı?

Serdar Özdemir, Yasin Metiner, Fatih Doğanay, Elif Burcu Garda, Burak Nakış, Demet Devrimsel Doğan, Kemal Aygün, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Akut pankreatit(AP), pankreas dokusunda gelişen ve diğer uzak organ ve sistemlerietkileyebilen enflamatuar bir süreçtir. Bu hastalık hafif derece enflamasyondan, şiddetli ilerleyici pankreas nekrozuna kadar değişebilir. Olguların çoğu hafif şiddetli geçirilirve destek tedavisi ile spontan gerileme gerçekleşir. Bir kısım olguda ise mortalitesi %20-30'a kadar yükselebilen multiorgan yetmezliğine ilerleyebilir. AP olgularında safra taşları ve alkol en sık sebeplerdir. AP, patognomonik klinik prezentasyonu olmaması ve altın standart diyagnostik testi olmaması sebebiyle tanısı zor bir hastalıktır. Tanı konulurken; karakteristik karın ağrısı, serum amilaz ve/veya lipaz değerlerinin normalin 3 katı ve üzerinde olması, akut pankreatitin ultrasunografi (USG) veya bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları kriterlerinden ikisinin bulunması kullanılır.

OLGU: 36 yaşında bayan hasta bir gündür olan kuşak tarzında karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 5 yıl önce geçirilmiş pankreas psödokisti öyküsü mevcuttu. Hastanın başvurusunda vital bulguları; ateş: 36.6oC, nabız:76 /dk, sO2:%99, TA: 118/65mmHg olarak ölçüldü. Batın muayenesinde batın her iki üst kadranda yaygın hassasiyet mevcuttu. Hidrasyona başlandı ve ağrı kontrolu narkotik analjezikler ile sağlandı. Amilaz 400 U/L (normal değer[ND]: 25-125U/L), lipaz 500U/L üzerinde (ND:8-78U/L) ölçüldü. Diğer biyokimyasal ve hematolojik parametreler normal sınırlarda olarak değerlendirildi. Abdomen BT'de 97x86 mm boyutunda pankreatik psödokist, peripankreatik yağlı dokuda yoğunluk artışı ve batın içi serbest sıvı izlendi. Hastanın operasyon amaçlı genel cerrahi kliniğine yatışı yapıldı.

TARTIŞMA: AP patognomonik kliniği olmaması, serum amilaz lipaz düzeylerinin yüksekliğinin spesivite ve sensivitesinin düşüklüğü görüntüleme yöntemlerinin önemini arttırmaktadır. Abdominal USG ödemli pankreası iyi göstermesine, etyolojiyi ortaya koyabilmesine, pankreatik psödokist ve apseyi gösterebilmesine rağmen gaz dolu barsak ansları sıklıkla USG'nin kullanılabilirliğini azaltmaktadır. Abdominal BT, AP'in erken döneminde laboratuar verilerinin güvenilirliğinin düşük olduğunda alternatif tanıları dışlamak ve komplikasyonları ortaya koymak için kullanılabilir. BT bulguları bezde izole, diffüz veya fokal genişleme, peripankreatik sıvı kolleksiyonu, ve pankreatik nekrozdur. Pankretik nekroz kontrast verilmesinden sonra parankimde kontrast tutmaması ile konulurken pankreatik apse ve psödokist tanısı kontrast tutulumu ile değerlendirilir. Erken dönemde çekilen BT (özellikle ilk üç günde çekilen) pankreatik nekrozu ve hastalığın ciddiyetini belirlemede güvenilir değildir. Hafif pankreatitli olgularda abdominal BT %15-30 olguda normal olarak değerlendirilebilir. Ayrıca tipik klinik seyir ve laboratuar verileri altında AP tanısında rutin abdominal BT önerilmemektedir. Acil tıp hekimi AP hastalarında abdominal BT gerekliliği ve zamanlaması hususunu mevcut literatür ışığında hastanın kliniğine göre karar vermelidir.

ANAHTAR KELİMELER: akut pankreatit, bilgisayarlı tomografi, psödokist

PS-0354 Acilde görüntüleme

Hemodiyalizin Nadir Bir Komplikasyonu: Alveolar Kanama

Murat Sarıtemur, Atıf Bayramoğlu, Abdullah Osman Koçak, İlker Akbaş, Erdal Tekin, Fatih Mehmet Sarı
Atatürk Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Alveoler kanama alveoler septalardaki harabiyete bağlı olarak, alveoler boşluklar içine yaygın kanama olması ve buna bağlı dispne, hemoptizi, anemi ve bilateral alveoler konsolidasyonlara yol açan bir klinik durumdur. Bağışıklığı normal olan hastalarda en yaygın nedeni otoimmün kaynaklı iken, bağışıklığı baskılanmış hastalarda en sık görülen neden altta yatan infeksiyon veya akciğer harabiyetidir. Nadir olarak hemodiyalizin bir komplikasyonu olarak da görülebilmektedir. Alveolar hemorajinin kesin tanısı pulmoner biyopsi ile konur. Ancak alveoler hemorajiyi belirlemede klinik uygulamada güncel yöntem, bronko alveolar lavajdır. Radyolojik olarak diffüz pnömoni veya pulmoner ödemden ayrılması zordur. Hemodiyaliz sonrası kanamanın nedeninin genel olarak diyaliz sırasında kullanılan antikoagülan ve üremiye bağlı trombosit fonksiyon bozukluğu olduğu düşünülmektedir.

OLGU: 70 yaşında erkek hasta acil servisimize ağızdan kan gelmesi şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde bilinen böbrek yetmezliği, diyabet ve hipertansiyonu olan hastanın 4 yıldır haftada 3 defa dialize girdiği öğrenildi. En son diyalizinden sonra öksürmeyle beraber kan gelmiş. Gelişinde genel durumu iyi olan hastanın oksijen satürasyonu dahil vital bulguları stabildi. Yapılan fizik muayenesinde solunum seslerinde dinlemekle belirgin özellik saptanamadı. Diğer sistem muayeneleri de normal sınırlardaydı. Laboratuarında kreatin 6,3, troponin: 1,3, plt: 213000, INR:

POSTER BİLDİRİLER

4,09 PT (sec): 47,9 aPTT (sec): >2 dk idi. Hastanın çekilen PA akciğer grafisinde bilateral diffüz infiltrasyonla uyumlu görünüm olması üzerine çekilen toraks tomografisi alveolar hemoraji ile uyumlu idi (Resim). Hasta göğüs hastalıkları kliniğimize yatırıldı takiplerinde alveolar hemorajiye sebep olabilecek başka patoloji saptanamadı. Hastanın kanaması hemodiyalize bağlandı. Şikayetleri gerileyen hasta dördüncü gününde taburcu edildi.

SONUÇ: Diyalizin nadir komplikasyonlarından biri olan alveolar kanama tanısı radyolojik olarak zor olabilir. Bu hastada şikayetlerin dializ sonrası başlaması, beraberinde ateş ve balgam gibi enfeksiyon belirteçlerinin olmaması ile alveolar hemoraji tanısı düşünüldü.

ANAHTAR KELİMELER: Alveolar kanama, hemoptizi, hemodiyaliz

PS-0355 Acilde görüntüleme

Baş Ağrısı ile Başvuran Olguda Beyin Tomografiside Hiperdens Lezyon: Kanama mı?

Murat Sarıtemur, Atıf Bayramoğlu, Abdullah Osman Koçak, İlker Akbaş, Erdal Tekin, Alpaslan Ünlü
Atatürk Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: İntraserebral yerleşimli vasküler malformasyonlar; arteryovenöz malformasyonlar, kapiller telenjiektazi, kavernom ve venöz malformasyonlar olarak 4 gruba ayrılır. Bu sınıflama içinden nadir olarak gözlenen kavernomlar tek tabakalı endotel hücrelerinden oluşan değişik boyutlu sinuzoidal yapılı vasküler malformasyondur. Santral sinir sistemi kavernomlarının görülme sıklığı %0,4-%0,9'dur. Kavernomların beyin sapında tespit edilme oranı ise %10 ile 23 arasında değişmekte olup en sık ponsta izlenmektedir. Baş ağrısı, epileptik nöbet, fokal nörolojik bulgu, intraserebral ve subaraknoid kanama gibi bulgulara sebep olabilir. Gerçek neoplazm özelliği göstermediklerinden metastaz eğilimleri yoktur. Bazı yazarlar kavernomlar için erken dönemde ameliyat önerirken bazıları da postoperatif dönemdeki yüksek morbidite nedeni ile konservatif yaklaşımı tercih etmektedir. Tanısı BT ve MR ile konur.

VAKA: 20 yaşında bayan hasta acil servisimize şiddetli baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Ara ara baş ağrıları olan hastanın bu defa ağrısı daha şiddetliymiş. Bilinen sistemik bir hastalığı olmayan hastanın geliş vitalleri normal ve GKS:15 idi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde, ense sertliği yok, ışık refleksi bilateral pozitif ve pupiller izokorikti. Diğer nörolojik ve sistemik muayenesi normaldi. Analjezi olarak parasetamol verilen hastanın acil serviste takibi sırasında jeneralize tonik klonik tarzda nöbeti oldu. Çekilen beyin tomografisinde ponsta düzgün sınırlı hiperdens görünüm mevcuttu (Resim 1). Lezyonun daha iyi tanımlanabilmesi için çekilen beyin MR'ı ile beyin sapında kavernom tanısı konuldu (Resim 2). Hasta operasyon amaçlı beyin cerrahisi kliniğine yatırıldı.

SONUÇ: Baş ağrısı olan hastalarda beyin tomografisinde hiperdens alan her zaman kanama lehine yorumlanmayıp özellikle kronik baş ağrısı olan hastalarda kavernom gibi tanılar da göz önünde bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Baş ağrısı, kavernom, beyin tomografisi

PS-0356 Acilde görüntüleme

Eğitici Beyin Ödemi

Erdal Demirtaş[1], Bülent Demir[1], Emre Gökçen[1], Semih Eriten[1], Uğur Özkula[2], Teoman Erşen[2], Serkan Demircan[2]
[1] *Department of Emergency Medicine,Malatya State Hospital,Malatya,Turkeye*
[2] *Department of Emergency Medicine, Atatürk Training and Research Hospital,Ankara,Turkey*

GİRİŞ: Beyin ödemi; beyin dokusunda intra veya ekstrasellüler aralığa sıvı birikmesi ile giden oldukça geniş klinik bir tanımdır. Kafa travmaları, serebrovasküler hastalıklar, intrakranial yer kaplayan lezyonlar, enfeksiyonlar ve bazı elektrolit bozukluklarında görülür.

OLGU: 68 yaşında erkek hasta acil servise sol tarafta kuvvet kaybı ve bilinç bulanıklığı şikayetleri ile getirildi. Fizik muayenede sol tarafta 2/5 kuvvet kaybı, solda TCR ekstansör, hafif dezoryante, denge kaybı ve ataksik yürüyüş mevcuttu.

BEYİN TOMOGRAFİSİ: Sağ paryetalde kitlesel lezyon, etrafında geniş iskemik alan ve sağ hemisferde beyin ödemi.

Hasta intrakranial yer kaplayan lezyon nedeni ile yoğun bakıma yatırıldı.

SONUÇ: Beyin ödemi BT'de gri-beyaz cevher ayırımının kaybolması, sulkuslarda silinme, sisternaların kaybolması gibi bulgular verebilir. Özellikle deneyimsiz klinisyenler beyin ödemini zaman zaman tanımakta güçlük çekebilirler.

Bu hastamıza ait beyin BT ve MRG görüntülerinin tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimi alan kişiler için beyin ödemini tanıma konusunda katkıda bulunabileceğini düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: cerebral edema, brain CT, education

PS-0357 Acilde görüntüleme

Subaraknoid Kanama BT mi? MRG mi?

Emre Gökçen[1], Bülent Demir[1], Erdal Demirtaş[1], Dilek Atik[1], Çağdaş Yıldırım[2], Teoman Erşen[2], Serkan Demircan[2]
[1] *Department of Emergency Medicine,Malatya State Hospital,Malatya,Turkey*
[2] *Department of Emergency Medicine, Atatürk Training and Research Hospital,Ankara,Turkey*

GİRİŞ: Subaraknoid kanama arter ven veya kapillerlerin çeşitli nedenlerle kanayarak kanın bos içine girmesi beyin parankimi içindeki bir kanamanın subarakniod aralığa, ventrikule açılması şeklinde oluşabilmektedir. Etyoloji de travma, rüptüre anevrizma, avm, hipertansif kanama tümör ve kan hastalıkları yer almaktadır.

OLGU: Bir gün önce konuşmada bozulma, peltekleşme ve kekeleme yakınması olan hastanın şikayetleri aynı gün kendiliğinden düzelmiş. Sonraki gün bulantı, kusma, baş ağrısı ve baş dönmesi yakınmaları gelişen hasta aile hekimine müracaat etmiş. Acil servisimize yönlendirilmiş. Hasta geldiğinde TA: 200/100 mmHg, EKG: NSR. Sol kolda hafif hiperestezi dışında lateralizan bulgu yoktu. Konuşması dizartrikti. Başka müspet bulgusu olmayan hastanın beyin BT'sinde sağ silvian fissürde ve hemisferik kortikal sulkuslarda silinme, sağ silvian fissürde şüpheli lineer hiperdens görünüm (SAK ?) dikkati çekti. Teşhiste şüphede kalınması nedeni ile beyin MR çekildi. MR'da sağda silvian fissür ve kortikal sulkuslarda silinmeye sebep olmuş subaraknoid kanama ile uyumlu görünüm tespit edildi. Hasta subaraknoid kanama tanısı ile yoğun bakıma yatırıldı.

SONUÇ: Radyolojik yöntemler arasında SAK tanısı için en sık kullanılan yöntem kontrastsız BT'dir. SAK'ın manyetik rezonans verileri üzerinde yapılan çalışmalar az sayıda olup BT ve MRG yöntemlerinin seçimi konusunda tartışmalar devam etmektedir. BT ile şüphede kaldığımız olguda MRG tanıyı netleştirmemizde bize çok faydalı olmuştur.

ANAHTAR KELİMELER: subaraknoid kanama

PS-0358 Acilde görüntüleme

Vakum Fenomeni

Bülent Demir[1], Emre Gökçen[1], Erdal Demirtaş[1], İbrahim Çaltekin[1], Çağdaş Yıldırım[2], Salih Kocaoğlu[2], Yunus Emre Arık[2]
[1] *Department of Emergency Medicine,Malatya State Hospital,Malatya,Turkey*
[2] *Department of Emergency Medicine, Atatürk Training and Research Hospital,Ankara,Turkey*

GİRİŞ: Vakum fenomeni normalde gaz içermemesi gereken intraartiküler alanda enfeksiyon dışı sebeplerle gaz birikimine verilen isimdir. Biriken gazı çoğu azottur. Genellikle ileri yaşta intervertebral aralıkta görülür. Çoğunlukla sebebi dejeneratif artrittir. Biriken gazın miktarı ile orantılı olarak omurga ya da diğer eklemlerde ağrı yapabilir.

OLGU: Bilinen hastalığı olmayan 87 yaşındaki kadın hasta bel ve kalça ağrısı şikayeti ile başvurdu. Uzun zamandır benzer şikayetleri olan hasta kanepeden düşme sonrası ağrılarının arttığını belirtti. Fizik muayenede alt lomber ve her iki sakroiliak alanda ağrılı hassasiyeti vardı. Kalça hareketleri doğaldı. Herhangi bir deformite izlenmedi. Çekilen bilgisayarlı tomografide intervertebral alanlarda ve özellikle sakroiliak eklem içerisinde belirgin hava dansiteri olduğu görüldü. Bir müddet izlenen hastada travmaya sekonder patoloji olmadığı kanaatine varıldı. Tedavisi düzenenerek taburcu edildi.

SONUÇ: Vakum fenomeni özellikle ileri yaş artrozu olan hastalarda omurga ve kalça ağrısının bir sebebi olabilir. Bu vakada intervertebral alandan çok sakroiliak eklemde biriken gaz dikkati çekiyordu ve hastanın kliniği bununla uyumlu idi. Enfeksiyöz sebepler dışlandığında, vakum fenomeni kronik artrozun bir sonucudur. Özel bir yaklaşım gerektirmez.

ANAHTAR KELİMELER: vacuum phenomenon, back pain

PS-0359 Acilde görüntüleme

Baş ağrısının nadir görülen sebebi: Araknoid kist

Mehtap Kaynakcı Bayram, Nurcan Günarlı, Emel Koç, Merve Gedikli, Mükerrem Altuntaş, İsmail Altuntop, Bahadır Karaca, Oğuzhan Bol
Kayseri Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ: Araknoid kistler beyin omurilik sıvısı ile uyumlu sıvı içeren kistik kavitelerdir. Beyinde yer kaplayan oluşumların %1 ini oluştururlar.Genelde asemptomatik seyrederken baş ağrısı, nöbet, fokal nörolojik bulgular, kafa içi basınç artışı gibi bulgular verebilirler. Araknoid kistler BT de sınırlı, kontrast tutmayan, subaraknoid sistemle ilişkili kitle lezyonu şeklinde görülür. Beyin MR ile neoplastik, inflamatuar, hemorajik kistlerdeki dansite farklılıkları ayırt edilebilir.Tedavide cerrahi endikayonu kafa içi basınç artışı, progressif hidrosefali, kistin yerleşim yeri ve nöral dokulara bası, EEG bulguları ile uyumlu dirençli epilepsidir.

OLGU SUNUMU: yaşında erkek hasta baş ağrısı, halsizlik, fenalaşma, baygınlık hissi nedeniyle başvurdu. Herhangi kronik hastalığı olmayan hastada 2 yıldır ara ara baş ağrısı ve baş dönmesi atakları mevcutmuş. Acil servise başvuru sırasında vitalleri stabil olan hastanın nörolojik muayenesi normaldi. Mevcut baş ağrısı önceki ağrılarından daha şiddetli olduğu için hastaya BT çekildi. Beyin BT de sol serebral hemisferde temporopaiyetal düzeyde çevre parankime hafif bası etkisi oluşturarak orta hat yapılarda yaklaşık 7 mm şift oluşturan en geniş yerinde çapı 11×4.5 cm olan araknoid kist tespit edildi. Nöroşirurji tarafından değerlendirilen hastaya semptomatik tedavi verildi ve elektif şartlarda cerrahi tedavi önerildi.

SONUÇ: Acil servise sık başvuru nedenlerinden olan baş ağrısı, migren gibi primer nedenlere bağlı olabildiği gibi, kanama veya kitle gibi başka hastalıkların belirtisi de olabilir. Araknoid kistler genelde ömür boyu aseptomatik kalırken baş ağrısından nöbete kadar semptomlar verebilir. Acil serviste baş ağrısı ayırıcı tanısı önemlidir. Bu vakada olduğu gibi şekil-şiddet değiştiren ağrılarda kranial görüntüleme gerekir.

ANAHTAR KELİMELER: araknoid kist, baş ağrısı, kranial görüntüleme

PS-0360 Acilde görüntüleme

Miyokard canlılığının belirlenmesi amacıyla yapılan PET/BT tetkikinde, kristalize insülin uygulamasının görüntü kalitesine etkisi

Serdar Savaş Gül[1], Mehmet Esen[2], Öznur Dilek Çiftçi[3], Zekiye Hasbek[4]

[1]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı/Tokat*

[2]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı/Tokat*

[3]*Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneler Birliği, İstanbul*

[4]*Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Sivas*

GİRİŞ-AMAÇ: Pozitron emisyon tomografisi / bilgisayarlı tomografi (PET/BT) tetkiki canlı miyokard dokusunun belirlenmesi ve klinik kararın verilmesi bakımından önemlidir. Hastalara cerrahi yapılması planlanırken canlı ancak non-fonksiyone dokunun tespiti gereklidir. Bu çalışmamızda revaskülarizasyon cerrahisi planlanan ve oral glikoz uygulaması sonrası yapılan PET/BT tetkikinde sağlam miyokard dokusunda aktivite tutulumu gösterilemeyen bir olgu sunulmuştur. Olgumuza bir hafta sonra yapılan intravenöz glikoz ve kristalize insülin uygulaması sonrası miyokardiyal tutulum tespit edilmiştir.

OLGU SUNUMU: Kalp krizi nedeniyle acil servisimize başvuran, tedavi uygulanan 62 yaşında erkek hastaya, Tc-99m MIBI miyokard perfüzyon sintigrafisi ve F-18 Flordeoksiglikoz PET/BT viabilite çalışması yapıldı. Hastamızın miyokard perfüzyon sintigrafisi sonucunda, apekste sabit perfüzyon kaybı ve anteroapikalde sabit hipoperfüzyon izlendi. Revaskülarizasyon cerrahisi yapılması planlanan olgumuza apekste canlı doku varlığı araştırılması amacıyla PET/BT viabilite çalışması istendi. Standart 50gr oral glikoz solüsyonu ile yapılan çalışmada, kalp kası dokusunda normal alanlarda bile aktivite tutulumu saptanamadı. Hastamıza çekim yeniden planlandı; bu kez 500cc %10 glikoz, içerisine 10U kristalize insülin katılarak bir saatte gidecek şekilde intravenöz uygulandı ve ardından 8mCi F-18 Flordeoksiglikoz enjeksiyonu yapıldı. Görüntüleme sonucunda apekste ve apikal anterior duvarda glikoz metabolizmasının bozulduğu, diğer duvarlarda ise glikoz metabolizmasının beklenen düzeyde olduğu izlendi.

SONUÇ: F-18 Flordeoksiglikoz ile yapılan PET/BT canlılık araştırmasında başlıca engel, miyokard dokusunun öncelikli olarak yağ asitlerini kullanmasıdır. Oral glikoz verilerek, kalp kası dokusunun glikoza duyarlı hale getirilmesi sağlanır. Bizim olgumuzda olduğu gibi bu durumda bile kalp kası dokusunda normal aktivite gösterilemeyebilir. Alternatif bir çözüm olarak; dengeli solüsyon olarak bilinen 500cc %10 glikoz ve 10U kristalize insülin uygulamasının, görüntü kalitesi arttırılabileceği gösterildi.

ANAHTAR KELİMELER: Akut koroner sendrom, Acil, Miyokard Viabilite, PET/BT

PS-0361 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Travmatik Arkus Aort Diseksiyonu

Faruk Özşahin[1], Ahmet Ali Top[2], Gürkan Altuntaş[2], Mücahit Günaydın[3]

[1]*Giresun Prof Dr İlhan Özdemir Hastanesi, Acil Servis, Giresun*

[2]*Trabzon Kanuni Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Trabzon*

[3]*Giresun Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Giresun*

Aort diseksiyonu, aort intimasının yırtılıp tunika mediyanın ayrılmasıyla, duvar içerisine kan dolması sonucu gelişir. Akut travma sonrası oluşan aort diseksiyonları yüksek mortalite riski taşır. Multiple travma olgularında künt aort yaralanması insidansı %3 – 17 arasındadır. Çoğunlukla yaralanma aortik istmustadır. Arkus aort ve dallarının künt yaralanmalarına daha az rastlanır. Bu olgu sunumunda literatürde oldukça seyrek rastlanan travmatik arcus aorta diseksiyon rüptürü ve radyolojik bulguları sunulmuştur. 60 yaşında erkek hasta inşaatta çalışırken yaklaşık 5 metre yükseklikten çakıl zemine düşmesi sonucu göğüs ve kafa travması ağırlıklı ambulans tarafından acil servise getirildi. Hastanın biliç açık oryante koopere geliş glaskow koma puanı 15 idi. Tansiyon arteriyel: 130/80 mmHg, Nabız: 76 /dk, Solunum sayısı 14 /dk Pulse oksimetre ile oksijen saturasyonu: %94 idi. Göğüs sağ ve sol ön tarafta palpasyonla yaygın hassasiyet ve krepitasyon saptanan hastanın, solunum ve kardiyovasküler sistem muayenesi normal idi. Hastanın çekilen akciğer grafisinde; trakeanın sağa deviye, parankimin normal, sinüslerinin açık olduğu, sağ ve solda kot fraktürleri tespit edildi. Hastanın akciğer grafi bulguları nedeni ile kontrastlı toraks ve batın tomografisi çekildi. Arcus aortada aort diseksiyonu ile uyumlu görünüm tespit edilmesi, aorta etrafında mediastinal hematom ile uyumlu yumuşak doku dansitesi görülmesi üzerine aort diseksiyonu protokolünde çekilen toraks bilgisayarlı tomografi anjiyografisinde arcus aortada rüptüre görünüm tespit edildi. Sonuç olarak künt travmalardan sonra nadir görülen hayatı tehdit eden ve acil müdahale ihtiyacı oluşturabilen aortik diseksiyon olasılığının düşünülmesi tanı ve tedavinin yönlendirilmesi açısından yaşamsal önem arzettiği unutulmamalıdır. Ayrıca tanıda travmanın oluş şekli ile ilgili alınabilenen iyi bir anamnez, hastanın fizik muayene bulguları ve görüntüleme yöntemleri bizi büyük damar yaralanması olabileceğini düşündürtmelidir

ANAHTAR KELİMELER: travma, diseksiyon, acil servis

PS-0362 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Epilepsi ve bilateral omuz çıkığı

Hacı Mehmet Çalışkan[1], Ahmet Tuğrul Zeytin[1], Şeyhmus Kaya[1], Mustafa Burak Sayhan[2]

[1]*Eskişehir Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Eskişehir*

[2]*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Edirne*

GİRİŞ: Bilateral eş zamanlı omuz eklemi çıkıkları oldukça nadir görülür ve genellikle bilateral posterior çıkık şeklindedir. Vakaların çoğu epilepsi, elektrokonvülzif tedavi ve hipoglisemi ile ilişkili nöbetlere sekonder olarak bildirilmiştir. Bilateral anteriyor omuz çıkıkları ise daha nadir olup genellikle travmaya sekonder görülür(1-4). Bu çıkıklar humerusun tüberkulum majus kırığı ve

POSTER BİLDİRİLER

plexus brakialis zedelenmesi gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir(4). Bizim sunduğumuz olgu herhangi bir travma hikayesi olmayan ve bir epilepsi nöbetine sekonder gelişen konservatif yöntemle acil serviste tedavi ettiğimiz non komplike bilateral anteriyor omuz eklemi çıkığıdır.

OLGU: Yirmi yedi yaşındaki erkek hasta her iki omzundaki ağrı ve hareketsizlik şikayetiyle acil servisimize 112 acil tarafından getirildi. Hastanın başvuru sırasındaki arteriyal kan basıncı130/80 mmHg, nabız 88/dk ve solunum sayısı 22/dk idi. Hasta ve görgü tanıklarından alınan anamneze göre hasta, hastaneye getirilmeden önce şiddetli bir kasılma nöbeti geçirmiş ve sonrasında omuzlarda düşüklük, ağrı ve kollarını oynatamama şikayetleri başlamış. Hastanın öyküsünden, 11 yıldır epilepsi nedeniyle tedavi gördüğü ve son 5 yıldır 2×1000 mg levetirasetam adlı ilaçtan aldığı ancak son aylarda ilacını düzensiz kullandığı öğrenildi. Hastanın daha önce sağ omzunun beş kez ve sol omzunun da bir kez çıktığını ve sağ omzundan çıkık nedeni ile opere olduğu öğrenildi.

Acil bölümümüzdeki fizik muayenesinde, her iki kolunun hafifçe abduksiyonda, extansiyonda ve dış rotasyon konumunda olduğu görüldü. Fizik muayenesinde, her iki tarafta da akromionun uç kısmının altında omuz eklemlerinde boşluk tesbit edildi hastada herhangi bir travma izi yoktu, nörolojik muayenesi normaldi ve periferik nabızlar alınıyordu. Çekilen radyografisinde bilateral anterior dislokasyon tesbit edildi. Hastanın epilepsi nöbeti geçirdiği de dikkate alınarak 4mg midazolam intravenöz olarak verilerek hasta sedatize edildi ve scapular rotasyon tekniği ile kapalı redüksiyon yapıldı. Hastaya bilateral velpau bandajı yapılarak epilepsi ilaçları yeniden düzenlenip ortopedi polikliniği önerilerek taburcu edildi. Üç hafta sonraki kontrolünde hasta tamamen sağlıklı idi.

SONUÇ: Bu olguda, epilepsi hastaları veya travma sonrası acile başvuran hastalarda omuz muayenesinin önemi ve travma öyküsü olmaksızın omuz çıkıklarının da olabileceğinin akılda tutulması gerekliliğine dikkat çekmek istedik. Tüm acil hekimleri epilepsi hastaları ve travma ile başvuran hastalarda bu nadir görülen bilateral çıkık açısından uyanık olmalılar çünkü erken redüksiyon ve uygun rehabilitasyon tatmin edici sonuçlara ulaşılabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Epilepsi, nöbet, omuz çıkığı

PS-0363 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Trakeostomalı olguda solunum sıkıntısına neden olan dev mukus tıkacı

Serhan Derin[1], Halil Beydilli[2], Leyla Şahan[3], Ethem Acar[2], Murat Şahan[1]

[1]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Muğla*

[2]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Muğla*

[3]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Muğla*

72 Yaşında larenks kanserine bağlı olarak total larenjektomili erkek hasta hastanemize solunum sıkıntısı şikayeti ile başvurdu. Son 2 gündür şikayetinin olduğunu hasta yakınları ifade etti. Fizik muayenesinde total larenjektomi geçirdiği ve stomasının olduğu izlendi. Yapılan endoskopik muayenede Trakea Karina düzeyinde kurumuş mukus tıkacı izlendi. Aspire edildi ancak oldukça sert olan tıkaç açılamadı. İzotonik lavaj sonrası derin trakeal aspirasyon sonrası yaklaşık 6 cm boyutunda her iki ana bronşa girmiş olan dev tıkaç trakeostomadan çıkarıldı. Hastanın solunum sıkıntısı akabinde düzeldi.

Total leranjektomiye bağlı üst havayolunun nemlendirici etkisinden yoksun kalan bu hasta gruplarında bol hidrasyon koruyucu önlemlerin başında gelirken, solunum sıkıntısı ile acil servislere başvuran bu hasta gruplarında öncelikle solunum yolu tıkaçları düşünülmeli ve buna yönelik müdahalede bulunulmalıdır. Özellikle kurumuş tıkaçların direk aspiratörle çekilemediği bu durumlarda trakeal lavajın yapılmasının tıkacın çıkarılmasında çok etkili olduğu unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Trakeostoma, acil servis, nefes darlığı, mukus tıkacı

PS-0364 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Ciddi omuz ağrısı: Subskapularis Tendonun Kalsifik Tendiniti

Ataman Köse[1], Seyran Bozkurt[1], Anıl Özgür[2], Cüneyt Ayrık[1]

[1]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D, Mersin, Türkiye*

[2]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji A.D, Mersin, Türkiye*

GİRİŞ: Kalsifik tendinit omuz ağrısının yaygın ve önemli nedenlerindendir. Daha çok omuz bölgesinde görülmesine rağmen çok farklı yerlerde de (Diz, el bilek, boyun vb.) görülebilmektedir. Omuz bölgesinin kalsifik tendiniti herhangi şikayeti olmayan erişkinlerin %7.5-20'inde ve omuz ağrısı olanların %6.8'inde rapor edilmiştir. En önemli semptomu omuz hareketlerinin kısıtlığına neden olan şiddetli omuz ağrı ve hasasiyettir. Yine de acil servise omuz ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda ayırıcı tanı da diğer nedenleri de (akut koroner sendrom, travma ve kitle vb) düşünmek gerekir. Genelikle yaygın olan ancak acil serviste daha az akla gelen ciddi omuz ağrısı nedeni olan kalsifik tendiniti vakasını sunacağız.

OLGU: 59 yaşında, erkek hasta sağ omuzda hareket kısıtlılığı ve şiddetli ağrı yakınması ile acil servise başvurdu. Öyküsünde; yaklaşık bir aydır ağrısının olduğu ve son iki gündür çok şiddetli olduğu ve bu nedenle fizik tedavi polikliniğine başvurduğu, ağrısına dayanamadığı için acil servise yönlendirildiği öğrenildi. Ayrıca, hastanın travma öyküsü yoktu. Hasta omuz ağrısı dışında herhangi yakınma (nefes darlığı, göğüs ve karın ağrısı) tariflemiyordu. Hastanın fizik muayenede sağ omuz fleksiyonu, abduksiyonu, iç rotasyonu ve dış rotasyonunda kısıtlı ve ağrılıydı. Omuz ağrısı Visual ağrı skalası (VAS)(1-10 cm) ile değerlendirildi. Sol omuz ağrısı hareketle VAS: 9 idi. Diğer tüm sistem muayenesi doğaldı. Omuz grafisinde belirgin bir pataoloji görülmedi (Şekil 1). Hastaya kas gevşetici muscoril İM (Tiyokolşikosid 4 mgl, Sanofi) ve dikloron İM (Diklofenak sodyum 25 mg, Deva) verildi. Buna rağmen ağrısı geçmeyince narkotik ajan contromal İV (Tramadol HCl 100 mg, Abdi İbrahim) verildi. Narkotik tedavi rağmen ağrısı geçmedi. Omuz tomografisinde sağ humerus başı medial komşuluğunda subskapularis tendonun bağlandığı alanda opasite ile uyumlu görünüm tespit edildi. Hasta ortopedi polikliniği önerilerek gerekli medikasyon düzenlenerek taburcu edildi.

SONUÇ: Kalsifik tendinit ortopedi ve fizik tedavi polikliniğinde çok sık tespit edilmesine rağmen acil serviste çokça akla gelmeyen veya unutulan bir tanıdır. Ya da omuz ağrısı az önemsenmektedir. Literatürde acil serviste kalsifik tendinit çok az bildirilmiştir. Şiddetli nontravmatik omuz ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda mutlaka kalsifik tendinit düşünmek gerekir. Bu nedenle tedavi vererek uygun şekilde yönlendirme yapmak önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: omuz ağrısı, tomografi, kalsifikasyon

PS-0365 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Ne İşin Var Orada ???

Fatih Çömez[1], Özlem Uzun[1], Murat Carus[1], Ozan Özışık[2]

[1]*Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul*

[2]*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Edirne*

Ektopik pankreas (EP), genellikle bulgu vermeyen ve rastlantısal olarak saptanan, ender görülen subepitelyal lezyonlardır. 23 yaşında erkek hasta dispeptik yakınlar ile acil servise başvurdu. Hastaya uygulanan iv esomeprazol (40 mg), ranitidin (50mg) ve metoklopromid (10 mg) tedavisi sonrası şikayetleri geçti. Gastrointestinal endoskopide pilor proksimalinde ektopik pankreas düşünülen kabarıklık izlenmekteydi. Mide biyopsisinde histopatolojik incelemesinde submukozada ve musküler tabakada pankreatik asinüs, duktus adacıklarının oluşlturduğu lobülüs yapısı izlendi. Ektopik pankreas dokusu, %95 oranında üst gastrointestinal sistemde; özellikle mide, duodenum ve jejunumda görülür. Bizim hastamızda da midede ektopik pankreas dokusu gösterilmiştir. Ektopik pankreas dokusu asemptomatik olduğunda klinik bir önemi yoktur ve cerrahi tedavi gerektirmez. Fakat semptomatik olduğunda veya radyolojik ve endoskopik olarak neoplastik bir durum ekarte edilemediği zaman cerrahi tedavi gereklidir. Bizim hastamıza dispeptik yakınmaları için proton pompa inhibitörü ile takip önerildi. Sonuç olarak epigastrik şikayetlerle acil servise sık başvuran hastalarda ayırıcı tanıda ektopik pankreas akla gelmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: ektopik pankreas, karın ağrısı, endoskopi

PS-0366 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Genç hastada karın ağrısının nadir bir nedeni: mezenter arter iskemisi

Hüseyin Narcı, Cumali Turan, Cüneyt Ayrık, Ataman Köse, Seyran Bozkurt, İpek Gülin Ağar
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp

Mezenter iskemi, özellikle akut geliştiğinde yüksek mortalite oranlarına sahip nadir görülen bir hastalıktır. Mortalite oranı çoğunlukla durumu etkileyen ek hastalıkların birlikte görüldüğü yaşlı popülasyonda yaygın görülür. Yüksek mortaliteyle ilişkili bir diğer durum da spesifik olmayan semptomların oluşması ve göreceli olarak benign fizik muayene bulgularının düşük şüpheye yol açması sonucunda tanıda gecikmelerin olmasıdır.

40 yaşında erkek hasta gece yarısı şiddetlenen karın ağrısı şikâyetiyle acil servisimize başvurdu. Hikâyesinde yaklaşık 1 haftadır ara ara olan, göbek çevresinde sıkıştırıcı ve kolik tarzda tariflenen karın ağrısı mevcutmuş. Bu şikâyetler ile başka bir merkeze başvurmuş. Abdominal BT'de belirgin patoloji saptanmaması üzerine semptomatik tedavi sonrası rahatlayan hasta önerilerle taburcu edilmiş.

Hasta acil servisimize başvurduğunda: kan basıncı 110/70 mm/Hg, Nabız: 70 /dk, vücut ısısı 36 0C, solunum sayısı 18 /dk, O2Sat %98 idi. Batında periumblikal bölgede palpasyonla olan hassasiyet dışında defans-rebaund yoktu. Lökosit:10.500, Hbg:15,3, kreatinin:0.62, CRP:22, amilaz:36, lipaz:21, LDH: 578, diğer kan tetkikleri de normal sınırlarda idi. Çekilen ayakta direkt karın ve PA akciğer grafisinde periumlikal birkaç adet hava sıvı seviyesi ve gaz gölgeleri dışında belirgin bir patoloji yoktu. Lavman ve destek tedavisi başlanan hasta Genel Cerrahi ile konsülte edildi. Hastada cerrahi patoloji düşünülmedi.

Karın ağrısı şiddeti artan hastaya abdominopelvik BT çekildi. BT'de süperior mezenterik vende tromboze görünüm ve abdomen sol yarısında, barsak anslarında mezenter iskemiye sekonder olduğu düşünülen değişiklikler mevcuttu. Süperior mezenterik ven trombozu olan hasta Genel cerrahi tarafından operasyona alındı. Operasyonda segmenter ince barsak rezeksiyonu (20 cm) ve uçuca anastomoz yapıldı. 1 hafta genel cerrahi servisinde takip edilen hasta her hangi bir komplikasyon gelişmemesi üzerine taburcu edildi. Hastanın Kardiyoloji ve Hematoloji poliklinik kontrollerinde yapılan ileri tetkiklerinde altta yatan bir ek patolojiye rastlanmadı.

Akut mezenterik iskemi (AMİ) seyrek görülen, genellikle güç teşhis koyulan bir akut karın ağrısı sebebidir ve ciddi sonuçlar doğurabilmesi nedeniyle erken teşhis ve uygun tedavinin uygulanması esastır. 50 yaş üzerinde, uzun zamandan beri kalp hastalığı, konjestif kalp yetersizliği, aritmi veya yeni geçirilmiş Mİ olan hastalarda veya hipotansiyonve hipovolemisi olan hastada akut karın ağrısı geliştiğinde AMİ akla gelmesi gereken tanılardan biri olmalıdır. Olgumuz genç karın ağrısı dışında herhangi bir şikâyeti ve risk faktörü yoktu. İnatçı tekrarlayan karın ağrısı nedeniyle ileri görüntüleme yapıldı.

Sonuç olarak acil servise karın ağrısı ile başvuran, ağrısı semptomatik tedaviye rağmen azalmayan, genç hastalara mezenter arter iskemisi düşünülmelidir. Hastalara ileri görüntüleme yapılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Karın ağrısı, genç hasta, mezenter arter iskemisi.

PS-0367 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Doğal bir afet: Lodos

Veysi Eryiğit[1], Ulaş Karaaslan[1], Melih Yüksel[2], Erhan Akdaş[1], Özgür Karadeniz[1], Hasan Başer[3]

[1]*Balıkesir Devlet Hastanesi, Acil Servis, Balıkesir*

[2]*Balıkesir Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Balıkesir*

[3]*Balıkesir Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahi Servisi, Balıkesir*

GİRİŞ: Doğal, insan yapımı ve teknolojik afetler; insanlar için sürekli tehdit oluşturmaktadır. Afetlerin görülme oranı ve şiddeti artmaktadır ve bu durum iklim değişikliklerine bağlanmaktadır.

OLGU: Hastanemiz acil servisine, şiddetli lodosun etkisi ile çatıdan uçan bir tahta parçası ile yaralanan 57 yaşında erkek hasta getirildi. Yapılan muayenesinde; GKS:15,dispneik, takipneik,SaO2:90, TA:110/70mmHg ve nbz:105 v/dk idi. Hastanın, boynunun sağ tarafı ile sağ omuz birleşim noktasından toraksa doğru penetre olan ve tahminen 2cm en ve 3 cm genişliğe sahip ve 70-80 cm uzunluğunda bir tahta parçası görüldü. Dinlemekle sağ akciğerde solunum seslerinde azalma vardı. Diğer sistem muayeneleri olağan idi. Alınan hemogramda Hgb:13.9 g/dL, Hct:42.2 %, Wbc:10.200 /uL idi. Hastaya toraks bt ve cervical bt çekildi. Toraks ve cervical bt'de sağ akciğere apikal düzeyden giren ve sağ hiler alana kadar uzanım gösteren, çevresinde hiperdens kontüzyo alanları içeren yabancı cisme ait hipodens görünüm izlendi. Bilateral hemitoraksta alt loblar düzeyinde pnömotoraks ile uyumlu görünüm izlendi. Sağ hemitoraksta plevral mayi izlendi(hematom).Boyunda ve sağda göğüs ön duvarında kas dokuları arasında ve cilt altı dokuda hava değerleri izlendi(amfizem). Mediastinal alanda hava değerleri izlendi(pnömomediastinum). Hasta operasyona alındı. Torakotomi uygulandı. Tahta parçası ve kopan parçaları titizlikle çıkarıldı. Sağ akciğere tüp torakostomi uygulandı ve hasta postop yoğun bakıma alındı. 5.gün tüp çıkarıldı. Hasta 6.gün servise alındı. 11.gün hasta taburcu edildi.
SONUÇ: Afetlerde yaralanmaların önüne geçmek için ciddi tedbirlere ihtiyaç vardır ve çevresel güvenliğin sağlanması çoğu zaman hayat kurtarır.

ANAHTAR KELİMELER: Hemotoraks,lodos,tahta,travma

PS-0368 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Unilateral kalsifiye kronik subdural hematom

Veysi Eryiğit[1], Ulaş Karaaslan[1], Gündüz Kadir İstan[2], Melih Yüksel[3], Ahmet Cevdet Toksöz[1], Arif Kadri Balcı[1]

[1]*Balıkesir Devlet Hastanesi, Acil Servis, Balıkesir*

[2]*Balıkesir Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Servisi, Balıkesir*

[3]*Balıkesir Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Balıkesir*

GİRİŞ: Kalsifiye kronik subdural hematom nadir görülen bir hastalıktır. Genellikle çocuklar ve genç erişkinlerde görülür. Oluş mekanizmaları halen tam olarak ortaya konamamış ve bu yüzden de tedavi yaklaşımları konusunda net bir fikir birliği sağlanamamıştır. Kronik subdural hematomların % 0,3-2,7'sinde kalsifikasyon veya ossifikasyon bulunabilir.

OLGU: 73 yaşında erkek hasta acil servise başdönmesi ve başağrısı şikayetleri ile başvurdu. Bu şikayetlerinin bir hafta-on gündür devam ettiğini belirten hastanın yapılan muayenesinde; bilinç açık, oryante, koopere, GKS:15, motor-duyu defisit yok, ateş yok, ense sertliği yok ve patolojik refleksi yoktu. Diğer sistem muayeneleri de normal olan hastanın cranial travma ve/veya operasyon öyküsü yoktu. Antikoagülan kullanımının olmadığı öğrenildi. Mevcut şikayetlerinin etyolojisine yönelik beyin bt istendi. Beyin bt'de, sağ frontoparietelde,orta hat yapılarında belirgin şifte neden olmayan dural kalsifikasyon izlendi(kalsifikiye kronik subdural hematom). Hastaya beyin cerrahi konsültasyonu istendi. Beyin cerrahi tarafından servise yatırılan hastaya operasyon planlanmadı. Hastaya serviste 3 gün boyunca semptomatik tedavi uygulandı. Hastanın şikayetlerinin gerilemesi üzerine, hasta 4.gün taburcu edildi ve poliklinik takibine alındı.

SONUÇ: Kalsifiye kronik subdural hematomlu olgularda cerrahi tedavi kararı verilmeden önce hastalar çok dikkatli değer¬lendirilmeli ve gerekli olmayan bir cerrahi girişimin yarar sağlamayacağı bilinmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: başdönmesi,hematom,kalsifiye,subdural

PS-0369 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Batında serbest sıvıyla prezente olan diyafram perforasyonu

Orhan Gözeneli[1], Yusuf Yücel[1], Hasan Büyükaslan[2], Halil Kaya[2], Mehmet Tahir Gökdemir[2], Fatih Güngörmez[2]

[1]*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD*

[2]*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD*

GİRİŞ: Acil servise başvuran kesici-delici alet yaralanmalarında yapılacak ilk işlem hastanın hemodinamik olarak stabilitesini sağlamaktır. Stabilizasyondan sonra cerrahi açısından temel prensip; yaralanmanın batına nafiz olup olmadığı, ana damarlara zarar verip vermediği, ultrasonografide serbest mayi olup olmadığı ve hemoglobin-hematokrit takiplerinde düşme olup

POSTER BİLDİRİLER

olmadığıdır. Batına nafiz olan hastalarda, ultrasonografide serbest mayi olmasa bile barsak perforasyonu açısından da 24 saat takip edilmelidir. Bu vakada acil servisimize kesici-delici alet yaralanması ile başvuran masif hemotorakslı diyaframı rüptürü tespit edilen hastanın sunumu amaçlandı.

OLGU: Acil servisimize 43 yaşında erkek hasta, kesici-delici alet yaralanması nedeniyle getirildi. Hastanın genel durumu iyi, şuuru açık ve vital bulguları stabildi. TA: 130/90 mm/Hg, Nb: 85/dk, Hb: 14gr/dl, Htc: %40 ve idrar çıkımı 100ml/h idi. Hasta hemodinamik olarak stabildi, ancak takipnesi vardı. Yapılan muayenesinde biri T7 vertebranın 1 cm sol lateral seviyesinde, diğeri T8 vertebral os üzerinde olmak üzere iki adet kesi tespit edildi. Hastanın karın muayenesinde haricen doğal olup, hassasiyet, defans, rebound yoktu. Batın ultrasonunda serbest mayiye rastlanılmadı. Çekilen postero-anterior akciğer grafisinde solda pnömotoraks saptandığından göğüs cerrahi kliniğince interne edildi.

Ertesi gün hastada Nb:120/dk, TA: 80/40 mm/Hg, Hb:8,5 gr/dl, Htc: %25 idi. Hastanın yapılan batın ultrasonografisinde tüm kadranlarda serbest sıvı görüldüğü için genel cerrahi kliniğince acil olarak operasyona alındı. Yapılan eksplorasyonda batında yaklaşık 2000 cc hemorajik mayi vardı, ancak batın içi organlarda herhangi bir kanama odağı bulunamadı. Eksplorasyonun devamında sol diyafragmada, dalak komşuluğunda bir adet perforasyon ve bu perforasyondan batına kanama olduğu tespit edildi. Perforasyon tamir edildi ve intraoperatif olarak kapalı sualtı drenaj sistemi takıldı.

TARTIŞMA: Toraks travmalarında hemotoraks sık görülmektedir. Diyaframı yaralanmalarının sadece % 43.4'ünün ameliyat öncesinde tanı aldığı bildirilmiştir. Öne geçen başka bir organ yaralanması varsa tanı daha da gecikebilmektedir. Acil servise travma, ateşli silah ve kesici delici alet yaralanması ile gelen hastalar, hemodinamik olarak stabil olsa bile, bir süre takip edilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Toraks travması, Diyaframı perforasyonu, Acil servis.

PS-0370 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Esrar kullanımı; spontan pnömotoraks ve pnömomediastinum olgusu

Erhan Durceylan[1], Ahmet Tuğrul Zeytin[2], Şeyhmus Kaya[2], Barış Öztürk[2], Filiz Baloğlu Kaya[3]

[1]*Eskişehir Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Eskişehir*

[2]*Eskişehir Devlet Hastanesi, Acil Servis, Eskişehir*

[3]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Eskişehir*

GİRİŞ: Yasa dışı ilaç kullanımı büyük bir sağlık problemidir ve hastane yatışı gerektiren solunum sistemi komplikasyonlarına neden olabilmektedir. Bu komplikasyonlar ilacın alış yoluna göre değişiklik gösterebilmektedir. İnhaler yolla alınan, özellikle kokain, opiatlar, esrar gibi yasa dışı maddelerin neden olduğu ana akut komplikasyonlar öksürük, hemoptizi, pnömotoraks, pnömomediastinum, pnömoperikardiyum, ve hemotoraks olarak sıralanabilir. İlacın alımı sırasında yapılan derin inhalasyon ve onu takip eden valsalva manevrası ve öksürük nedeni ile alveoler rüptür ve beraberinde pnömotoraks ve pnömomediastinum gelişebilir. Genellikle unilateral olan pnömotoraks nadir vakalarda bilateral olabilir. Bu yazımızda da esrar kullanımı sonrası gelişen bilatreal pnömotoraks ve pnömomediastinum olgusu sunulmuştur.

OLGU: 23 yaşında erkek hasta acil servise göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Travma öyküsü olmayan hasta 2 saat önce şikayetlerinin başladığını belirtti. Hastanın başvurudan önce yaklaşık 5-6 yıldır esrar kullanımı öyküsünün olduğu ve başvurudan önce de esrar içtiği öğrenildi. Özgeçmişinde herhangi bir hastalık öyküsü bulunmamaktaydı. Yapılan fizik muayenede TA:110/70 mmHg, Nb:95 atım/ dk, SS:18/dk, Ateş:36.5°C, sPO2:%96 olarak saptandı. GKS:15 olan hastada boyun, göğüs ön duvarı ve sağ aksiler bölgede palpasyon ile cilt altı amfizem saptandı. Oskültasyonda solunum sesleri eşit olup ral ronküs saptanmadı.Hastaya intravenöz yol açıldı ve %0.09 NaCl infüzyonu başlandı. Oksijen 4-6 lt/dk maske ile başlandı. Elektrokardiyografide özellik izlenmedi. Çekilen PAAC grafisinde boyun, göğüs bölgesinde subkutan hava dansiteleri ve kalp çevresinde kalp konturlarını belirginleştiren pnömomediastinum ile uyumlu görünüm mevcuttu(Şekil 1). Ardından çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde(BT) her iki hemitoraksta minimal pnömotoraks ve yoğun pnömomediastinum saptandı(Şekil 2). Ayrıca her iki göğüs ön duvarda ve boyunda cilt altı amfizem bulguları mevcuttu. Hasta takip amaçlı göğüs cerrahisi ile konsulte edilerek göğüs cerrahisi kliniğine yatırıldı. Pnömotoraks oranın az olması ve hastanın stabil olması nedeniyle tüp torakostomi uygulanmadı. Takibinin 3. Gününde hastanın şikayetleri azaldı ve çekilen kontrol radyografide pnömomediastinum veya pnömotorkas izlenmedi, minimal boyun ve göğüs bölgesi laterallerde cilt altı amfizem izlendi. Hasta yatışının 5. Günü sağlıklı olarak taburcu edildi.

SONUÇ: Yasa dışı madde kullanan kişilerin bu maddelere bağlı olan komplikasyonları açısından acil servis hekimleri bilgi düzeylerini güncel tutmalıdırlar. Özellikle göğüs ağrısı tarif eden hastalarda pnömotoraks ve pnömomediastinum görülme sıklığının madde kullananlarda daha fazla olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Yasa dışı ilac, pnömomediastinum, pnömotoraks

PS-0371 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Karın Ağrısı Ayırıcı Tanısında Lenfoma: Olgu Sunumu

Feride Sinem Akgün[1], Mahmut Sertan Kapaklı[2], Mehmet Ediz Sarıhan[3], Fatih Öner Kaya[4], Ebru Kızılkılıç[5], Rahmi Çubuk[6]

[1]*Maltepe Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul*

[2]*Maltepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

[3]*İnönü Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Malatya*

[4]*Maltepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul*

[5]*Maltepe Üniversitesi, Hematoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul*

[6]*Maltepe Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ: Karın ağrısı en sık acil servise başvuru şikayetlerinden birisidir. Karın ağrısının sebebinin bulunması ve tedavisi çeşitli sebeplerden dolayı karmaşıktır, bu sebeple başvuru bulgularının geniş ayırıcı tanısı çoğu kez muayeneyi ve testleri tekrarlamayı gerektirir. Bu çalışmada karın ağrısı, ishal şikayetiyle acil servise başvurup detaylı ve tekrarlı muayeneler sonrasında lenfoma tanısı alan hasta sunulmuştur.

OLGU: 21 yaşında bayan hasta bir gün önce başlayan karın ağrısı, ishal ve bulantı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde; batında barsak seslerinde artış, yaygın hassasiyet ve istemli defans mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastaya acil serviste mayi ve semptomatik tedavi başlandı. Kanda lökosit:11,65 mm³'ün dışında diğer acil biyokimya ve gaita tetkikleri normal sınırlardaydı Tekrar yapılan batın muayenesinde sol üst kadranda hassasiyetin ve defansın belirgin olduğu tespit edildi ve tüm batın USG'si istendi, Yapılan USG'da safra kesesi duvarında 4mm çaplı ekojen nodüler lezyon varlığı ve dalak kraniokaudal uzunluğunun 144 mm olduğu (artmıştır), parankimde ise çok sayıda hipoekoik nodüler lezyonların görüldüğü rapor edilmesi üzerine hastayı genel cerrahi ve hematoloji uzmanları değerlendirdi ve abdominal BT çekildi. Dalak içerinde multiple hipodens lezyonlar ve batında çok sayıda lenfadenopatiler tespit edildi. Hastada acil cerrahi bir patoloji düşünülmedi fakat lenfoproliferatif hastalıkların ekartasyonu için Hematoloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Takiplerinde lenfadenopatilerden alınan biyopsiler sonucunda Lenfoma tanısı kondu ve medikal tedavisi başlandı.

SONUÇ: Karın ağrısıyla acil servise başvuran hastanın doğru tanı ve tedavisi için öyküsünü, fizik muayene bulgularını, laboratuar ve radyolojik tetkik sonuçlarını dikkatlice değerlendirip, tekrar eden fizik muayenelerle takip etmek önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, Ayırıcı tanı, Karın ağrısı, Lenfoma,

PS-0372 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Doktor Bey anjiyomu yaparken apandisitimi de alır mısınız?

Mehmet Ediz Sarıhan, Şükrü Gürbüz, Ali Gür
İnönü Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Malatya

GİRİŞ: İskemik hastalıklar ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Miyokart enfarktüsü (MI), koroner damarlardan birinin ya da birden fazlasının tıkanması sonucunda miyokart'ın bir bölümünün beslenmesinin bozulmasıdır. Bu esnada kalbin ritminde bozukluklar ortaya çıkabilir ve kasılma gücü azalır. İskemik göğüs ağrısı, sol kola ve omuza vuran ağrı şekillerinde kendini gösterir.

OLGU: 55 Yaşında erkek hasta 2 saat önce başlayan tipik göğüs ağrısı ile servisimize müracaat etti. Bu ağrısı başlamadan yaklaşık 5 saat önce de başlayan karın ağrısı varmış. Özgeçmişinde diyabet ve hipertansiyonu vardı. Yaklaşık 8 yıldır diyabet hastasıymış ve insülin kullanmaktaymış. Son 5 yıldır da hipertansiyon görülmeye başlanmış ve bunun da düzenli olarak tedavi-

sini alıyormuş. Karın ağrısı önceleri gaz sancısı şeklinde iken sonradan rahatsız edici şekle dönüşmüş. Hastanın vital bulgularında T.A: 124/87 mmHg, Nb: 88/dk, S.S:16/dk, Ateş: 36,7 °C, SaO2: % 99'du. Kardiyovasküler sistem muayenesi normaldi. Batın muayenesinde sağ alt kadranda defans ve rebound (+)'di. EKG sinüs ritminde ve göğüs derivasyonlarında, anteroseptal bölgede (V1-V4) 1 mm ST segment yüksekliği vardı. Hemogramında Hb; 14,7 g/dl, Hct; % 45,6, Plt; 167.000 /M idi. Hastanın troponin değeri 6,8 µg/L, CK-MB 44 U/L, CK 200 U/L olarak yüksekti. Biyokimyasında glukoz: 206 mg/dL, ALP:54 U/L, GGT: 15 U/L, lipaz: 20, amilaz: 20 ve CRP: 21mg/dL olarak tespit edildi. Yapılan batın USG'sinde sağ alt kadranda, çekum medialde 10 mm büyüklüğünde akut apandisit ile uyumlu barsak segmenti izlendi. Hasta kardiyoloji ve genel cerrahiye konsülte edildi. Akut apandisit ve anterior MI düşünülen hastayla ilgili tedavi planı yapmak üzere her 2 bölüm kendi arasında görüştü. Hastaya primer PTCA uygulanarak koroner yoğun bakıma yatırıldı. Genel cerrahi ile birlikte 6 gün takibi yapılan hastanın beyaz küresi geriledi. FM'sinde defans ve reboundu kayboldu. Kontrol batın USG'si normal olan hasta cerrahi uygulanmadan taburcusuna karar verildi.
SONUÇ: MI hastalarının semptomlarının dağılımı geniştir. Göğüs ağrısı şeklinde kendini gösterebildiği gibi sadece karın ağrısı şeklinde de görülebilmektedir. Vakamızda olduğu gibi nadir de olsa MI ve akut apandisit birlikte görülebilmektedir. MI hastalarının başka tanılarla da birlikteliği göz önünde bulundurularak FM'sinin bütün olarak yapılması diğer tanıların atlanmasına engel olacaktır.
Anahtar Kelimeler: Acil servis, MI, akut apandisit

PS-0373 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

İleri yaşta görülen akut apandisit olgusu

Mehmet Ediz Sarıhan, Serdar Derya, Hakan Oğuztürk
İnönü Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Malatya

GİRİŞ: Apandisit, apendiksin iltihabi rahatsızlığıdır. Apendiks ince barsakla kalın barsağın birleştiği bölgede ortalama 10 cm uzunluğunda ve 0,8 cm çapında kör barsak ansıdır. Apendiks lümeninin obstrüksiyonu apandisitin primer nedenidir. En sık neden fekalitler olmakla beraber, lenfoid dokuda hiperplazi, tümörler, baryumlu grafi sonrası katılaşmış baryumun oluşturduğu lümen tıkanması, meyve çekirdekleri ve intestinal parazitler diğer nedenleridir. En sık semptomları; bulantı, kusma, gaz tutukluğu belirtisi, periumblikal bölgeden özellikle kusma sonrası başlayan ağrının sağ alt kadrana yayılmasıdır.

OLGU: 80 Yaşında bayan hasta, servisimize bugün başlayan karın ağrısı ve bulantı, kusma şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve diabetes mellitusu mevcuttu. Hastanın TA:120/85 mmHg, Nb:81/dk, S.S.: 24/dk, vücut ısısı: 38 °C, SaO2: %95'di. Yapılan batın muayenesinde sağ alt kadranda defans ve rebound mevcuttu.Diğer fizik muayene bulguları doğaldı. Hastanın hemogramında WBC:15500 /ML, Hb:13,1 g/dL, Htc: % 40,6 ve biyokimyasında Glukoz:144 mg/dL, ALP:152 U/L, GGT:40U/L, Na:133 mmol/L, Cl:101 mmol/L, K:3,96 mmol/L, Ca:8,9 mg/dL, CRP:13,1mg/dL, Troponin I 0,01 µg/mL idi. Hastanın çekilen EKG'sinde sinüzal aritmi mevcuttu. Hastanın USG'sinde batın sağ alt kadranda 6,5 mm çapında, etrafında minimal mayi bulunan komprese edilemeyen, duvarı ödemli aperistaltik tubuler barsak ansı izlendi. Hasta akut apandisit ön tanısı ile genel cerrahi tarafından ameliyata alındı. 4 gün takip sonrası taburcu edildi.

SONUÇ: Apandisit tüm yaş gruplarında görülebilmesine rağmen yaş ilerledikçe görülme sıklığı düşmektedir. Ülkemiz yaş ortalamasının yükselmekte olduğu düşünülecek olursa; artan yaş ortalamasına paralel olarak önümüzdeki yıllarda ülkemiz hastanelerinde de ileri yaşlarda görülen apandisit olguları ile daha sık karşılaşılacaktır. İleri yaşlarda karın ağrısı ile gelen hastalarda akut apandisit ön tanısı akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Akut apandisit, ileri yaş, cerrahi

PS-0374 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Nontravmatik Akut Karın Ağrılı Olgularda Serum Oksidatif Stres ve Prolidaz Enzim Düzeylerinin Araştırılması

Halil Kaya[1], Levent Albayrak[1], Mehmet Tahir Gökdemir[1], Hasan Büyükaslan[1], Özgür Söğüt[2], Yusuf Yücel[3], Hatice Sezen[4], Nurten Aksoy[4]
[1]*Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa*
[2]*Bezmi Alem Üniversitesi, Tıp Fakültesi,Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul*
[3]*Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa*
[4]*Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa*

AMAÇ: Bu çalışma ile travma dışı karın ağrısı (TDKA) ile başvuran hastalarda nonspesifik karın ağrısı (NSKA) ve cerrahi nedenli karın ağrısınının ayırımında serum oksidatif stres parametrelerinin ve prolidaz enzim aktivitesinin belirleyici bir değeri olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Nisan 2013 ile Mart 2014 tarihleri arasındaki yaklaşık on iki aylık sürede başvuran Travma dışı karın ağrılı 100 hasta alındı. Öncelikle 100 kişilik sağlıklı erişkinlerden kontrol grubu oluşturuldu. Hasta ve kontrol grupları karşılaştırıldı. Daha sonra hasta grubu 33'ü cerrahi, 34'ü medikal, 33'ü NSKA olmak üzere 3 gruba ayrıldı ve 34 kişilik kontrol grubu 100 kişilik sağlıklı erişkinler arasından seçilerek oluşturuldu. Gruplardan alınan venöz kan örneklerinden çalışma sonunda Prolidaz, TAS, TOS düzeyleri ölçüldü. OSİ; TOS, TAS'a oranlanarak bulundu. İstatistiksel analizler SPSS 11,5 istatistik programı ile değerlendirildi. P<0,05 değeri anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR: TAS yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak fark görülmedi (p>0,05). Prolidaz ve TOS seviyeleri cerrahi grubunda en yüksek bulundu. TOS değerleri açısından Cerrahi grup ile Medikal Grup, NSKA grubu ve Kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu. P değerleri sırasıyla; (p<0,050), (p<0,001), (p<0,001). TOS değerleri açısından Medikal grup ile NSKA Grubu ve Kontrol Grubu arasında anlamlı fark bulundu. P değerleri sırasıyla; (p<0,010), (p<0,001). TOS değerleri açısından NSKA grubu ile Kontrol Grubu arasında fark bulunamadı (p>0,05). OSİ değerleri açısından, Cerrahi grup ile Medikal Grup arasında fark bulunamadı (p>0,05). OSİ değerleri açısından Cerrahi grup ile NSKA Grubu, Kontrol Grubu arasında anlamlı fark vardır. P değerleri sırasıyla (p<0,010) (p<0,010). OSİ değerleri açısından Medikal grup ile NSKA Grubu ve Kontrol Grubu arasında anlamlı fark bulundu. P değerleri sırasıyla (p<0,010), (p<0,010). OSİ değerleri açısından NSKA grubu ile Kontrol Grubu arasında fark bulunmamıştır (p>0,05). Prolidaz değerleri açısından, Cerrahi grup ile Medikal Grup, NSKA Grubu arasında anlamlı fark bulundu. P değerleri sırasıyla (p<0,001), (p<0,001). Prolidaz değerleri açısından Medikal grup ile NSKA Grubu ve Kontrol Grubu arasında anlamlı fark bulundu. P değerleri sırasıyla (p<0,010) (p<0,010). Prolidaz değerleri açısından NSKA grubu ile Kontrol Grubu arasında anlamlı fark bulunamadı.

SONUÇ: Bildiğimiz kadarıyla çalışmamız ile literatürde ilk defa olarak TDKA'lı olgularda oksidatif parametreler ve prolidaz enzim düzeyleri birlikte çalışılmıştır. Bu çalışma ile nonspesifik karın ağrısı ve cerrahi nedenli karın ağrısının ayrımında serum oksidatif stres parametrelerinin ve prolidaz enzim aktivitesinin belirleyici bir değeri olabileceği düşünüldü.

ANAHTAR KELİMELER: karın ağrısı, prolidaz, oksidatif stres, acil servis

PS-0375 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Gebe hastada karın ağrısı

Fatih Çömez[1], Emir Can Erecan[2], Murat Carus[1], Ahmet Kutur[1], Mehmet Şam[1], Furkan Özel[1]
[1]*Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul*
[2]*Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul*

Akut pankreatit (AP), pankreatik enzimlerin hücre dışına çıkması sonucu otodigesyon ile kendini gösteren, karın ağrısı ile başlayan, kan ve idrarda pankreas enzimlerinin yüksekliği ile seyreden inflamatuvar bir durumdur. Etiyolojisinde safra taşları ve alkolizm ilk iki sırada yer almaktadır. AP özellikle de ciddi AP gebelikte nadirdir ancak pankreatit ve komplikasyonlarının gebelerde tanı ve tedavisi zordur. Gebelikte AP'in en sık 3. trimesterde (%80) görüldüğü bildirilmiştir.Gebe kadınlarda akut karın ağrısı olduğunda, erken tanı ve AP'nin ciddiyetinin saptanması çok önemlidir. Gebelikte pankreatitin en sık etyolojik nedeni safra kesesi taşı hastalığı, ikinci sıklıkla hipertrigliseridemidir. Gebelerde yüksek yağlı diyet, kolelityazisin yanı sıra daha az sıklıkla hiperkalsemi, preeklamsi gibi nedenler AP'i tetiklemektedir. AP'in gebelikte tanısı klinik prezentasyona, laboratuvar testlerine ve görüntülemeye dayanır. Gebelikte ve postpartum dönemde AP tedavisi gebe olmayan olgular gibidir. Tedavi öncelikle medikaldir, sıvı replasmanı, oksijen, analjezi, antibiyotik, nazogastrik dekompresyon, total parenteral nutrisyonu içeren destek tedavisi içerir. Bu yazımızda karın ağrısı ile acil servise başvuran ve pankreatit tanısı konulan ve tedavisi düzenlenen bir hastadan bahsedilecektir

ANAHTAR KELİMELER: pankreatit, gebelik, karın ağrısı

POSTER BİLDİRİLER

PS-0376 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Böbrek Taşı Deyip Geçme?

Ertuğrul Altınbilek, Derya Öztürk, Güleser Akpınar, Harika Gündüz, Çilem Çaltılı, Cantürk Emir, İbrahim İkizceli
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği/İstanbul

GİRİŞ: Üriner sistemde taşlar renal, üreterik, mesane ve üretra gibi değisik lokalizasyonlarda görülebilir. Üreter taşları genellikle tek ve 2 cm den küçük taşlardır. 5 cm'den büyük taşlar için dev üreter taşı terimi kullanılır (1-3).

GEYİK BOYNUZU (STAGHORN) ŞEKLİNDEKİ TAŞLAR, BÖBREK İÇİNDE GÖRÜLEBİLEN TAŞLARDIR. BÖBREK FONKSİYONLARINI, OLUŞUM VE BÜYÜME SÜRELERİ BOYUNCA KENDİLERİNİN OLUŞUMUNU ENGELLEYECEK DERECEYE KADAR BOZMAYAN VE ZAMAN İÇİNDE TOPLAYICI SİSTEMİN ŞEKLİNİ ALARAK BÜYÜYEN TAŞLAR BU GRUPTANDIR (4).

OLGU: 70 yaşında erkek hasta 3 gündür idrar yapamama şikayeti ile acil servise başvurdu. Bilinen bir kronik hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde genel durumu orta, TA: 140/90 mmHg, KTA:115/dk olarak bulundu. Solda kostafrenik açı hassasiyeti mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde bir özellik yoktu.WBC: 12,44 K / uL (4-11 K / uL), Hemoglobin:17,6 g / dL (13-17.5 g / dL), Platelet:185 K / uL (150 – 400 K / uL), Üre: 44,1 mg/dL, Kreatinin: 1,16 mg/dL (0-1,17 mg/dL), Sodyum: 143 mmol/l, K:4,4 mmol/l,AST: 16 U/L (15 – 32 U/L),ALT:18 U/L (10 – 33 U/L), LDH: 196 U/L (135-214 U/L), CRP: 19.97 mg/L (0-5 mg/L) olarak değerlendirildi. Üriner sonda uygulaması sonrasında glob olmadığı tesbit edildi. Direk üriner sistem grafisinde (DÜS) solda üreter trasesine uyan lokalizasyonda ve mesanede radyoopasite izlendi (resim 1). Çekilen batın tomografisinin radyoloji yorumu; staghorn taşları, sol toplayıcı sistemde ve mesane lümeni içerisini tamamen dolduran en büyüğü yaklaşık 3 cm çapa ulaşmış multipl sayıda kalküller gözlendi şeklinde alındı (resim 2,3,4). Üroloji ile konsülte edilen hasta ileri tetkik ve tedavi amacı ile üroloji servisine devredildi.

SONUÇ: Staghorn taşları, toplayıcı sistemde geniş yer kaplayan, tüm kaliksleri veya birçok kaliksi ve renal pelvisi dolduran taşlardır. Staghorn taşları tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarına, sepsise, uzun dönemde renal hasara neden olabileceğinden cerrahi müdahale gerekmektedir.

KAYNAK: 1. Sabnis RB, Deasi RM, Bradoo AM, Punekar SV, Bapat SD. Giant ureteral stone. J Urol 1995;148:861-863.
2. Pereira Arias JG, Catalina AJ, Gallego Sanchez JA, Gurtubay Arrieta I, et al. Multiple giant ureteral lithiasis. Arch Esp Urol 1996;49:984-986.
3. Jouini R, Maazoun K, Sahnoun L, et al. Giant ureteric stones: report of two cases. Prog Urol 2005;15:505-510.
4.Yaşar Ü, Dilli A, Aldemir M, Staghorn özellikte dev üreter taşı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2007;60(1).

ANAHTAR KELİMELER: Staghorn taşı, Uriner sistem, Ureteral taş

PS-0377 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Nadir Bir Olgu: 15 Yaşında Derin Ven Trombozu (DVT)

Murat Seyit[1], Asiye Aslı Gözüaçık[2], Hasan Erçelik[1]
[1] *Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kütahya, Türkiye*
[2] *Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Kütahya, Türkiye*

Çocukluk yaşında derin ven trombozu (DVT) sık görülmeyen bir durum olmasına karşılık düşünülmesi gereken ve atlanması gereken bir durumdur.

OLGU: 15 yaşında erkek hasta acil servise sol kasık kısmında ağrı nedeni ile başvurdu. Hastanın 2 gün önce genel cerrahi polikliniğine başvurduğu, hastadan ultrasonografi istendiği ama tam olarak ne istendiği ve düşünüldüğü hastaya anlatılmadığı ve ağrısının geçmemesi üzerine hasta tekrar muayene edildi. Muayene edilirken hastanın pantolonu tamamen çıkarıldığı için hastanın kasık bölgesinden dize kadar kızarıklık, şişliği ve ısı artışı olması üzerine hastadan DVT veya selülit ön yanısı ile dopler ve yüzeyel ultrasonografi istendi. yapılan USG'de sol inguinal bölgede yumuşak doku planında ödem saptanmış. Sol eksternal ilak vende ana-drin-yüzeyel femoral vende hunter düzeyine kadar subakut fazda derin ven trombozu izlenmiş; popliteal ve derin krural venlerin kranial segmentlerinde çap artışı ve kompresyon kaybı saptanmıştır. Hasta kalp ve damar cerrahisi ile konsülte edildi. Yatışı verildi. Trombolitik tedavi verildi ve vena cava inferior filtresi takıldı. Hastanın takiplerinde problem olmaması nedeni ile salah ile taburcu edildi.

Çocukluk çağı derin ven trombozu çok sık görülmemsine rağmen hayatı tehdit edici bir durumdur. Çocuk olmasının derin ven trombozunun olamayacağı unutulmamalıdır. Çocukluk çağında derin ven trombozu görülmesinde genellikle altta hematolojik bir patolojinin olabileceği unutulmamalı ve araştırılması gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Derin Ven Trombozu, (DVT), kalp ve damar cerrahisi

PS-0378 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Mortaliteye Sebep Olan Midede Yabancı Cisim

Yusuf Kenan Tekin, Fatma Mutlu Kukul Güven, İlhan Korkmaz, Şevki Hakan Eren, Ömer Kürklü
Cumhuriyet Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Sivas

GİRİŞ: Zihinsel özürlü ve psikiyatrik hastalığı olan kişilerde yabancı cisim yutma sık görülen bir durumdur. Yabancı cismin büyüklüğü, şekli, kimyasal özellikleri ve yutulma zamanına göre tedavi planlanır. Uygun şekilli olanlar genellikle feçesle atılır ve nadiren endoskopik veya cerrahi işlem gerektirir. Bazı yabancı cisimlerde ise tanı ve tedavinin gecikmesi barsak obstrüksiyonu, gastrointestinal sistemde perforasyona sebep olabilir ve mortal seyredebilir. Burada zımpara kağıdı yutması sonucu gastrointestinal sistemde perforasyon gelişerek peritonite sebep olan ve sonrasında exitus olan olguyu sunmayı planladık.

OLGU: Psikiyatrik hastalığı olan 42 yaşındaki erkek hasta bir aydır ara ara olan karın ağrısı, sırt ağrısı ve iki gündür olan nefes darlığı ve iki defa kusma nedeniyle dışarıda bir sağlık merkezine başvurmuş. Hastaya adını bilmediği ağrı kesici ve ajite olduğu içinde norodol ve akineton yapılmış. Hastanın BUN 31.1mg/dL, kreatinin 2.47 mg/dL ve amilaz 494U/L değerlerinin yüksek çıkması üzerine akut böbrek yetmezliği ve pankreatit ön tanısı ile acil servisimize sevk edilmiş. Hasta acil servise geldiğinde uykuya meyilli fakat basit uyaranlarla koperasyon kuruluyordu. Tansiyon 120/70 mmHg, nabız 84/dakika idi. Fizik muayene hasta izin vermediğinden suboptimaldi, karın hafif distandü olup barsak sesleri derinden alınıyordu. Ribaund ve defans yoktu. Dahiliye, psikyatri ve genel cerrahi konsültasyonları istendi. Hasta ve hasta yakınından yabancı cisim yutmaya yönelik herhangi bir öykü alınamadı. Hasta ile tam bir kooperasyon olmadığından, ayakta direkt batın grafisi çekilemediği için yatarak direkt batın grafisi çekildi ve herhangi bir patoloji saptanmadı. Hasta tetkike izin vermediğinden batın ultrasonografisi yapılamadı. Bilgisayarlı batın tomografisinde batın içinde yaygın mayi ile birlikte lümen içinde opasite veren yabancı cisim ve perforasyon bulgusu olan hava sıvı seviyeleri tespit edildi. Bu arada genel durumu bozulan hasta Genel Cerrahi tarafından değerlendirilirken arrest oldu. Postmortem otopside mide arka duvarında perforasyon ve içinde iki adet rulo halindeki zımpara kağıdı tespit edildi. Hastanın yabancı cismi ne zaman yuttuğu ile ilgili bir bilgi edinilemedi.

SONUÇ: Hastanın psikyatrik sorunun olması, yabancı cismi yuttuğuna ilişkin bilgi edinilememesi, şikayetinin tam olarak alınamaması ve yeterli kooperasyon kurulamaması hastanın tanısının gecikmesine sebep oldu. Tanısı geciken yabancı cisim yutmaları duruma göre mortal seyreden komplikasyonlara neden olabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Mide Perforasyonu, Yabancı cisim, Psikyatrik Hasta

PS-0379 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Phlegmasia Cerulea Dolens (Mavi Flebit)

Mücahit Günaydın[1], Faruk Özşahin[2], Gürkan Altuntaş[3], Yıldıray Çelenk[4]
[1] *Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Giresun*
[2] *Prof. Dr. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Acil Servisi, Giresun*
[3] *Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Trabzon*
[4] *Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Van*

GİRİŞ: Phlegmasia cerulea dolens (mavi flebit) venöz kangren, kompartman sendromu ve arteryel akım bozukluğu ile ilişkili yüksek morbiditeyle seyreden alt extremite masif venöz trom-

bozun nadir görülen bir formudur. İskemik venöz tromboz da denilen bu tablo yoğun venöz tıkanıklık ile karakterizedir. Tutulan extremitenin kangrene ilerlemesini önlemek için erken tanı ve tedavi büyük önem taşımaktadır.

OLGU: 76 yaşında erkek hasta sol ayaktan başlayan ve diz altına kadar uzanan morarma, ağrı ve şişlik şikayetleri ile acil servise başvurdu. Ağrısının sabah saatlerinde aniden başladığı akşam saatlerinde şişkinlik ve morarma oluştuğu öğrenildi. Özgeçmişinde HT ve DM mevcuttu. Hastanın başvuru sırasında kan basıncı 130/80 mmHg, nabzı 115 atım/dakika, ateşi 36.8 C, solunum sayısı 14 sayı/dakika, oda havasındaki oksijen saturasyonu % 92 olarak kaydedildi. FM'de sol alt extremite soluk, soğuk, ödemli ve siyanotik görünümde, palpasyonla belirgin ağrılıydı ve sol femoral, popliteal, dorsalis pedis ve tibialis anterior nabızları palpe edilemedi. Hastanın başvuru sırasında beyaz küre sayısı 8470/mm3, trombosit sayısı 263000/mm3, Hb 12,0mg/dl, glukoz 302 mg/dl, D-dimer 5910 mqFEM ng/ml olarak saptandı. Sol alt ekstremite arteriel ve venöz doppler ultrasonografide arteriyel trombüs yoktu fakat venöz sistemde sol ana femoral, yüzeyel femoral, derin femoral ve popliteal vende lümen içerisinde hipoekoik, akım geçişine izin vermeyen trombüs ile uyumlu görünüm mevcuttu. Kalp damar cerrahisi ile konsülte edilen hastanın yatışı yapıldı. Hastaya endovasküler olarak 15 mg İV tPA tedavisi verildi, 3 gün takibin ardından kontrol venografide tıkanıklığın açılması üzerine taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Akut derin ven trombozunun phlegmasia cerulea dolens (PCD) ve phlegmasia alba dolens (PAD) olmak üzere iki tip vardır. PAD etkilenen ekstremitenin derin ve yüzeyel venöz sisteminin masif trombozisi ile karakterize bir durumdur ancak venöz kolleterallerde tıkanıklık yoktur. Bu nedenle ölüm ve ampütasyon gibi sonuçları nadirdir. PCD'de ise kolleteral venlerin tromboziside olaya iştirak ederek venöz kangren, arteryel tıkanıklık, hipovolemik şok gibi komplikasyonlara neden olur (3). Çoğu PCD bir hiperkoagülabilite durumuyla ilişkili olmakla birlikte, malignite, gebelik, femoral ven kateterizasyonu, postoperatif ve posttravmatik koşullar, kalp yetmezliği, immun hastalık ya da ilaç reaksiyonları (öreneğin heparin kaynaklı trambositopeni) ile meydana gelebilir (2). PCD vakalarında %25-%40 oranlarında mortalite ve %20-50 oranlarında ampütasyon görülebilir. Tanı genellikle klinik muayene sırasında konur ve görüntüleme çalışmaları ile doğrulanır. Tedavi klinik duruma göre bacak elevasyona, medikal antikoagülan tedavi, intravenöz trombolitikler, trombolitikler ile perkütan girişimler ve trombektomi ya da bu tedavilerin kombinasyonunu içermektedir. Venöz kangren gelişirse ampütasyon diğer bir tedavi seçeneğidir. PCD tedavisinde kompartman sendromu gelişiminin, bacak iskemi riskindeki artışın ve tromboz yayılımının önlenmesi hedeflenir.

ANAHTAR KELİMELER: Akut derin ven trombozu, mavi flebit, phlegmasia cerulea dolens

PS-0380 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Baş Dönmesinin Nadir Bir Nedeni: Subklavian Çalma Sendromu

Kamil Tünay, Okay Demirkan, Zeliha Copcuoğlu, Emel Gökalp, Nermin Burcu Çoker, Talip Çevik
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı,Afyonkarahisar

GİRİŞ: Baş dönmesi sık karşılaşılan acil servis başvuruları arasındadır. Çoğu zaman acil serviste semptomatik tedavi ile şikayetler giderilse de ayırıcı tanı yapmak zordur. Özellikle nadir görülen hastalıklara bağlı meydana gelen baş dönmesi mevcutsa bu daha da zorlaşmaktadır. İlk kez 1961 yılında Reivich ve ark. posterior sirkülasyon iskemisi belirtileri gösteren, sol kolda kan basıncı ve pulsasyon azalması olan iki olgunun anjiografilerinde subklavian arter proksimalinde stenoz olduğunu ve kanın normal vertebral arterden beyine gidip diğer vertebral artere dönerek distal subklavian arteri doldurduğunu görmüşler ve bu durumu subklavian çalma sendromu olarak isimlendirmişlerdir. Subklavian çalma sendromlu olgular değişik semptomlar gösterirler. Baş ağrısı sık bir semptomdur. Baş dönmesi, ataksi, görme kayıpları gibi vertebrobaziler sistem yetmezliğini düşündüren semptomlar gözlenir. Serebral semptomlar saniyeler ya da dakikalar sürüp geçer. Hastalar sıklıkla halsizlik, egzersiz ile kolda güçsüzlük, soğukluk, ağrı hissi duyabilirler. Kol kalp seviyesine yükseltildiğinde siyanoz oluşabilir. Ancak bazı olgular semptomsuz olabilirler.

OLGU SUNUMU: Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine 40 yaşında erkek hasta baş dönmesi,kusma,sol kolda morarma ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Sağ kol TA:130/70 Sol kol TA:90/40 Nabız: 64/dk,solunum sayısı 16,ateş 37.3,sPO2 96 idi. Genel durumu iyi bilinci açık oryante koopereydi.Kardiak,solunum batın muayneleri olagandı.Nörolojik muayenede sol kol kas gücünün 4/5 olması dışında patolojik bulgu yoktu.Serebellar testler olağandı.Sol üst ekstremite siyanotik görünümde ve periferik nabızlar filiformdu.Laboratuar sonuçları WBC:15.000 olması dışında olağandı.Yapılan sol üst ekstemite arter doppler ultrasonografisinde sol vertebral arter flow volüm yaklaşık 70 ml/dk ölçülmüş olup simetriğine göre azalmıştır ve spektral incelemesinde sistolik pik akımı takiben akımın diastolik faza geçtiği dikkati çekmiştir ve bu bulgu subklavian çalma sendromu ile uyumlu değerlendirilmiştir. Hasta mevcut bulgularla Kalp Damar Cerrahi Kliniği'ne yatırılmıştır.

SONUÇ: Subklavian çalma sendromu olan hastalarda özellikle kolun kullanılması sırasında vertebrobaziler iskemi belirtileri gözlenir. Her iki koldan ölçülen tansiyon arteriel değerleri arasında 20 mmHg'dan fazla fark olması ya da bir kolda nabız yokluğu durumunda bu sendromdan şüphelenilir. Üst ekstremitelerinde siyanoz ve ağrı semptomları ve baş dönmesi şikayeti olan hastalarda bu tanı akılda tutulmalıdır

ANAHTAR KELİMELER: Baş Dönmesi, subklavian çalma, vertigo

PS-0381 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Nadir Bir Akut Batın Tablosu: Tubal Ligasyon Sonrası Ektopik Gebelik Rüptürü

Yeliz Kocabaş, Onur Karakayalı, Tolga Uslu, Bilen Çetin, Hüseyin Cahit Halhallı, Bora Kaya, Yavuz Yiğit
Kocaeli Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ – AMAÇ: Ektopik gebelik, maternal ölümüne neden olabilen önemli bir sağlık problemidir. Sterilizasyon sonrası görülen ektopik gebelikler, tüm ektopik gebeliklerin %12 sinden fazlasını oluşturmaktadır.Bilateral tubal ligasyon sonucu oluşan tubal ektopik gebelik oldukça nadir görülür. Özellikle cerrahi işlem üzerinden 2 yıl geçmesi ile ektopik gebelik riski daha da artmaktadır. Bu olguda nadir görülen ve gecikmiş tanı sonucu oldukça ölümcül seyredebilen, tubal sterilizasyon sonrası ektopik tubal gebeliğin tanısının zorluklarına ve doğurganlık çağında pelvik ağrı ile acile başvuran bir kadının ayırıcı tanısında akılda bulundurulması gereken bu duruma dikkat çekmek amaçlanmıştır.

OLGU: 32 yaşında bayan hasta, acil servise karın sol alt kadranında lokalize ve yayılım göstermeyen keskin vasıflı bulantının eşlik ettiği karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Eşlik eden ek ishal, kusma, üriner semptom, vajinal akıntı mevcut değildi. SAT' de 10 günlük gecikmesi olduğu ancak 2 yıl önce iki taraflı tüp ligasyonu yapıldığı öğrenildi. Vital bulgularında TA: 90/60 mmHg Nabız: 110/dk Ateş: 36.7 0C idi. Fizik muayenesinde batında sağ inguinal bölgede lokalize hassasiyet, defans ve rebound pozitif saptandı.Kostovertebral açı hassasiyeti bilateral negatif, diğer sistem muayeneleri normaldi.Laboratuvar tetkiklerinde; hemogramda lökositoz (WBC: 13.7 bin/mm3) dışında patoloji yokken biyokimya ve tam idrar tetkikleri normaldi. Alınan kan BetaHcg düzeyi 1928.5 mIU/ml gelmesi üzerine acil şartlarda yapılan transvajinal USG' de batın sağ adneksiyel alanda koagülum ile uyumlu şüpheli alan ve çevresinde serbest mai izlendi.Hastada mevcut bulgu ve tetkiklerle tubal ektopik gebelik rüptürü düşünülerek Kadın Doğum Kliniği tarafından acil operasyon planlandı.

TARTIŞMA: Yaygın bir kontraseptif yöntem olan tubal ligasyon sonrası az da olsa ektopik gebelik görülebilir. Eğer gebelik olursa bu gebeliklerin %15-20 sinin ektopik olması beklenmektedir. Bir çalışmaya göre tubal sterilizasyondan sonra 1 yıl içinde gebelik riski % 0.5, 10 yıl sonra ise bu riskin %1.3 olduğu bildirilmiştir.Tüm bu gebeliklerin 3'te 1' inde ektopik gebelik olduğu tespit edilmiştir.

Tubal rekanalizasyon ya da periton-tuba arası var olan fistül veya kullanılan cerrahi prosedür ektopik gebeliğin neden iolabilir.Tüplerde oluşan bir açıklığın, sperm için yeterli ancak fertilize ovumun geçmesi için küçük ve dar olduğu bu nedenle tubanın distal bölgesinde implantasyonun gerçekleştiği düşünülmektedir.

SONUÇ: Tubal ligasyon sonrası görülen ektopik gebelik, nadir olsa da akut batın tablosu ile başvuran reprodüktif çağdaki kadınlarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Ayrıca tubal sterilizasyon öncesi çiftlere, riskler ve komplikasyonlar hakkında bilgi verilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: akut batın, tubal ligasyon,ektopik gebelik

PS-0382 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Midgut Volvulus (Orta Barsak Volvulusu); Vaka Sunumu

Hasan Gümüşboğa, Suat Zengin, Behçet Al, Mustafa Sabak, Mustafa Boğan, Cuma Yıldırım
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

ÖZET: Midgut volvulus mezenter kökünün süperior mezenterik arter etrafında rotasyonuyla oluşan nadir görülen bir malrotasyondur. Klinik görünüm akut karın tablosu gibidir. Çoğunlukla infantlarda görülmesine rağmen nadiren de olsa erişkinlerde de görülebilmektedir. Çok kesitli bilgisayarlı tomografi başta olmak üzere, ultrasonografi, ince barsak grafisi tanıda önemli katkılar sağlamaktadır. Biz bu çalışmamızda erişkinde nadir görülen ve semptomatik olarak tedavi edilen mıdgut volvulus vakasını semptomları, bulguları, radyolojik görüntüleri ve takipleri ile sunmayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELER: Midgut volvulus, intestinal malrotasyon, bilgisayarlı tomografi

POSTER BİLDİRİLER

PS-0383 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Senkop ile gelen Spontan Dalak Rüptürü

Fatih Nazmi Yaman[1], Mustafa Şahan[2], Harika Ödemiş[1], Ali Karakuş[2]

[1] *Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Acil Servis, Kahramanmaraş*

[2] *Mustafa Kemal Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Hatay*

ÖZET: Spontan dalak rüptürü (SDR), hemodiyaliz programında olan hastalarda son derece nadir görülen ve ölümcül olabilen bir durumdur. Biz bu olguda, Kronik Böbrek Yetersizliği(KBY) nedeniyle hemodiyaliz programında olan, senkop ile acil servise başvuran SDR olan hastayı sunduk. SDR'de gecikmiş tanı ve tedavilerin mortal olabileceğini vurgulamayı amaçladık.

GİRİŞ: Dalak genellikle künt abdominal travma sonrası rüptüre olan bir organdır.Travmatik dalak rüptürünün aksine, spontan (atravmatik) dalak rüptürü nadir görülen bir durumdur. Atravmatik dalak rüptürüne enfeksiyon, neoplastik nedenler, inflamatuar nedenler, konjenital yada yapısal nedenler, iatrojenik ve idyopatik nedenler yol açar.Biz bu olguda,KBY nedeniyle hemodiyaliz programında olan, senkop ile acil servise başvuran SDR olan hastayı sunduk.SDR'de gecikmiş tanı ve tedavilerin mortal olabileceğini vurgulamayı amaçladık.

OLGU: Düzenli hemodiyaliz programında 23 yaşında erkek hasta, lavaboda ani başlayan baş dönmesi, gözlerinde kararma, bulantı ve kusma şikâyetleri sonrası yere düşmüş. Yakınları tarafından bayılma şikayetiyle acil servise getirildi.Öyküsünde yemekten sonra hastanın ani karın ağrısı olması üzerine lavaboya gittiği ve orada bayıldığı öğrenildi.Özgeçmişinde, 10 yıldır KBY nedeniyle haftada 3 kez hemodiyalize girdiği öğrenildi.Travma öyküsü ve kanama diyatezine neden olan ilaç kullanımı yoktu.

GENEL DURUMU ORTA OLAN HASTANIN, KAN BASINCI:80/55mmHg, nabız:110/dk, vücut ısısı:370C, sat:%98, solunum sayısı:18/dk olarak ölçüldü. Fizik muayenesinde hasta terli, bilinci açık, koopere, oryante, ışık refleksleri bilateral pozitif. Nörolojik defisit yoktu. Batında sol üst kadranda belirgin olmak üzere yaygın hassasiyet, istemli defans ve rebaund vardı.

EKG SİNÜS TAŞİKARDİK. HEMOGLOBİN:8,5 g/dl. Platelet:250.000/µL. PT ve aPTT normal sınırlarda.Diğer kan tetkiklerinde özellik yoktu.Bilgisayarlı Batın Tomografisinde dalakta subkapsuler kanama ve rüptür tespit edildi. Acilde 2Ü Eritrosit süspansiyonu takılıp acil ameliyata alındı. Cerrahi komplikasyon olmadan acil splenektomi yapıldı. Genel durumu tamamen düzelen hasta, postoperatif 4. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA: Dalak rüptürünün en sık nedeni travmadır. SDR son derece nadir görülen bir durumdur.

SDR olan hastalarda, travmatik dalak rüptüründeki gibi, şok bulguları öncesinde, sol üst kadranda karın ağrısı, bulantı, kusma, baş dönmesi ve senkop semptomları görülebilir. Bizim olgumuzda benzer olarak karın ağrısı,bulantı,kusma ve senkop şikayetleri ile acil servise başvurmuştur.

Literatürde hemodiyaliz esnasında kullanılan heparin ve üremik koagülopati ile ilişkilendirilmiş SDR olguları mevcuttur.Bizim olgumuza benzer olarak heparinli hemodiyaliz uygulanıyordu.

SDR olgularında çoğu zaman hemorajik şok bulguları görüldüğünden sıklıkla acil cerrahi tedavi uygulanır. Benzer olarak olgumuzda hemorajik şok bulgularının olması, hızlı resusitatif tedavi ve erken cerrahi müdahalede bulunulması hayat kurtarıcı olmuştur.

SONUÇ: Spontan dalak rüptürü, acil hekimleri için nadir görülen ve zor tanınan bir durumdur. KBY olan hastalarda, travma öyküsü olmasada, hemorajik şok bulguları varsa, SDR gelişebileceği unutulmamalıdır. Hızlı tanı, agresif resüsitasyon ve erken cerrahi hayat kurtarıcıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Spontan Dalak Rüptürü, Hemodiyaliz, Senkop

PS-0384 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Metropolde Yüksek Enerjili Travma; Bilateral Subtrokanterik Femur Fraktürü

Abdurrahman Acar[1], Ahmet Kutur[2], Emin Uysal[2], Mehmet Şam[2], Fatih Çömez[2]

[1] *Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul*

[2] *Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ: Femur subtrokanterik bölge kırıkları sıklıkla ileri yaşlarda görülmekte ve yaşla birlikte artış göstermektedir. Femur subtrokanterik bölge kırıkları genç erişkinlerde yüksek enerjili travmalardan sonra görülmekte olup özellikle trafik kazaları ve yüksekten düşme önemli nedenler arasında sayılmaktadır. Biz araç içi trafik kazası (AİTK) nedeniyle bilateral subtrokanterik femur fraktürü meydana gelen bir olguyu sunacağız.

OLGU: 39 yaşında erkek hasta AİTK iddiasıyla 112 tarafından acile getirildi. GKS:15/15 TA:100/80 mm/Hg, NDS:98/dk, DSS:20/dk olan hastanın tüm giysileri eksplore edildi. Yapılan fizik muayenede bilateral uyluk bölgesinde deformite, batın sol üst kadranda hassasiyet, solunum seslerinde azalma dışında patoloji tespit edilmedi. Hastaya pelvis ve ekstremite direkt grafikleri, kontrastlı toraks abdomen bilgisayarlı tomografi (BT), tüm spinal ve beyin BT çekildi. Hastanın yapılan görüntülemelerinde dalakta grade 1 yaralanma, akciğerlerde bilateral kontüzyon, bilateral skapula fraktürü ve bilateral subtrokanterik femur fraktürü (Şekil-1) saptandı. Acil takiplerinde patoloji gelişmeyen hasta tedavi için ortopedi ve travmatoloji kliniğine yatırıldı.

TARTIŞMA: Fielding'e göre subtrokanterik bölge, küçük trokanterin hemen üzerinden çekilen transvers çizgi ile bunun distalindeki küçük trokanterin 3 katı kadar olan bölgeyi içerir. Diğer bir tanıma göre küçük trokanter ve bunun 5 cm distalindeki bölgeyi içerir.

Femur subtrokanterik bölge kırıkları diğer trokanterik bölge kırıklarında olduğu gibi ileri yaşlarda görülmektedir. Bunun nedeni yaşla birlikte osteoporozda artıştır. Bundan dolayı yaşlı hasta grubunun neredeyse tamamında neden; basit ev içi düşmeleri gibi düşük enerjili travmalardır. Genç erişkinlerde yüksek enerjili travmalardan sonra görülmekte olup özellikle trafik kazaları ve yüksekten düşme önemli nedenler arasında sayılmaktadır. Subtrokanterik femur kırıkları femur kırıklarının % 7 ile % 20'sini oluştururlar. Subtrokanterik femur fraktürlerinin tedavisi cerrahidir. Tüm ortopedik cerrahi olgularda olduğu gibi bu vakalarda bazı komplikasyonlar açısından risk altındadır. Bu komplikasyonlar kısaca venöz tromboemboli, kaynamama, yanlış kaynama, dekubit ülseri ve enfeksiyondur.Yatağa bağımlılık süresi uzadıkça ölüm oranı artmaktadır. Birçok yayında cerrahi tedavide erken ölüm % 8-20 civarında verilmiştir. Kenzora 406 kalça kırığı olan hastada yaptığı çalışmada yıllık ölüm oranını % 14 bildirmiştir. Hastanede ölüm oranı ise % 3-8 arasındadır.

Ameliyat öncesi genel sağlık sorunları, ameliyata kadar geçen süre ve komplikasyonlar mortalite ile doğrudan ilişkilidir. Hastanın yaşıda özellikle subtrokanterik kırıklarda olmak üzere mortalite ile doğrudan ilişkilidir.

ANAHTAR KELİMELER: Travma, Metropol, Femur Fraktürü

PS-0385 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Nadir Görülen Akut Batın Nedeni: İdiyopatik Omental Nekroz

Derya Öztürk, Güleser Akpınar, Ertuğrul Altınbilek, Harika Gündüz, Hasan Cerçiz, Mehmet Serin, Mücadiye Yörük, Serdar Çaglayan, İbrahim İkizceli
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği/İstanbul

GİRİŞ: Omental infarkt, omentum majusun perfüzyonunun bozulması sonucu gelişen, klinik bulgularıyla hemen her akut karını taklit edebilen, nadir görülen bir patolojidir. Yerleşimine göre akut apandisit, akut kolesistit, renal kolik veya divertikülit ile karışabilir (1). Omental infarkt, en sık dördüncü beşinci dekadlarda görülür. Erkek-kadın oranı 2:1' dir. Olguların sadece %15'i pediatrik yaş grubundadır. Hastaların çoğu obezdir (2). Omental infarktın doğal patolojik seyri enflamatuvar sürecin retraksiyon, fibrozis ve son olarak da komplet rezolüsyon veya otoamputasyon şeklinde sonlanmasıdır. Sepsis, apse formasyonu ve adezyon gelişimi geç komplikasyonlardandır (3).

OLGU: 28 yaşında bayan hasta üç gün önce başlayan karın ağrısı şikayeti ile acil servise gelmiştir. Bilinen kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yok. Hastanın fizik muayenesinde TA:110/60 mmHg, KTA:74/dk, ateş:36.7° batın muayenesinde palpasyonla hassasiyet ve sağ alt kadranda rebond mevcuttu. Distansiyonu yok, ishal şeklinde gayta deşarjı yeni olmuş, dizüri tariflemiyor, vajinal akıntı tariflemiyordu. Laboratuarında bulgularında glukoz: 142 mg/dl (74 - 106 mg/dl), üre 17.5 mg/dl (0 - 50 mg/dl), kreatinin: 0.57 mg/dl (0 - 0.95mg/dl), SGOT: 11.8 u/l (0 - 32 u/l), SGPT: 5.9 u/l (0 - 33 u/l), LDH: 124 u/l (135 - 214 u/l), total bilirubin: 0.31 mg/dl (0 - 1.2 mg/dl), direkt bilirubin: 0.16 mg/dl (0 - 0.3 mg/dl), amilaz: 52 u/l (28 – 100 u/l), lipaz: 14 u/l (21 – 67 u/l), CRP: 57.12 mg/l (0 – 5 mg/l), WBC: 11,29 K / uL (4-11 K / uL), Hemoglobin:10 g / dL (13-17.5 g / dL), Platelet:160 K / uL (150 – 400 K / uL) olarak değerlendirildi. Elektrokardiyografi normal sinüs ritminde idi. Hastaya öncelikle tüm batın ultrasonografi yapıldı ve özellik gözlenmedi. Hastanın iv kontrastlı batın tomografisinde apendiks normal, batın alt kadranlarda omentumda enflamasyon ile uyumlu olabilecek dansite artislari izlenmektedir yorumu radyolojiden alındı. Genel cerrahi ile konsülte edilen hasta omentum infakt ön tanısıyla acil operasyona alındı.

SONUÇ: Akut batın bulguları olan hastalarda omental infakt ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAK:

1. McClure MJ, Khalili K, Sarrazin J, Hanbidge A. Radiological features of epiploic appendagitis and segmental omental infarction. Clin Radiol 2001;56:819-27.
2. Helmrath MA, Dorfman SR, Minifee PK, Bloss RS, Brandt ML, DeBakey ME. Right lower quadrant pain in children caused by omental infarction. Am J Surg 2001;182:729-32.
3. Stella DL, Schelleman TG. Segmental infarction of the omentum secondary to torsion: ultrasound and computed tomography diagnosis. Australas Radiol 2000;44:212-5.

ANAHTAR KELİMELER: Omental infarkt, omental nekroz, akut batın.

PS-0386 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Kulakta Yabancı Cisim: Sarmısak

Abuzer Coşkun[1], Sedat Özbay[1], Osman Mahir Okur[1], Behnan Gülünay[1], Afşin Emre Kayıpmaz[2], Şevki Hakan Eren[3], Asuman Uçar[1]

[1]*Numune Hastanesi, Acil Servis, Sivas*

[2]*Başkent Üniversitesi, Acil Tıp AD, Ankara*

[3]*Cumhuriyet Üniversitesi, Acil Tıp AD, Sivas*

VAKA: 40 yaşında bayan hasta, 2 gündür sol kulakta giderek artan ağrı ve duymada azalma şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Öyküsünde komşularıyla otururken, tansiyonu ilaçtan daha iyi düşürüyor iddiasıyla sol kulağına sarımsak koyduruyor.

FİZİK MUAYENE: Genel durumu iyi, bilinç açık. Vital Bulguları: TA:110/70 mmHg, Nb: 106/dk ritmik, SS: 218/dk, A:36,7°C. Baş-boyun muayenesi sol dış kulak yolunda zar ile temas eden yaklaşık 1x0,7cm büyüklüğünde yabancı cisim mevcuttu. Yabancı cisim çıkarıldığında sarımsak olduğu görüldü. Dış kulak yolu ve kulak zarı ödemli ve kızarıktı. Baş-boyun diğer yapıları doğaldı. Solunum sistemi dinlemekle doğal, ral ve ronküs yoktu. Kalp dinlemekle hafif taşikardik, ek ses ve üfürüm yoktu. Batında rebaund ve defans yoktu. Nörolojik muayenesinde defisit yoktu.

Hasta sol dış kulak yolundaki yabancı cismi acil serviste çıkarıldı. Dış kulak yolu, sarmısağın asidik yapısından dolayı yıkatıldı. Medikal olarak oral ve damla şeklinde antibiyotik başlandı. Hasta bir hafta sonra kontrole çağrıldı. Kontrolde komplikasyon gelişmeyen hasta önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: Dış kulak yolunda yabancı cisimler hastanın hayat standardını düşüren can sıkıcı bir durum olduğu kadar ciddi komplikasyonlara da yol açabilmektedir. Bu nedenle dış kulak yolundaki yabancı cismin bir an önce çıkarılması gerekmektedir(1,2,3). Dış kulak yolunda saptanan yabancı cisimler, hastanın yaşına göre değişiklik göstermekle birlikte cansız yabancı cisimler; evde bulunabilen küçük cisimler (boncuk, misket, pil, kağıt, pamuk vb.), bitkisel yabancı cisimler (fasulye, nohut, tohum vb.), dış ortamda bulunan cisimler (taş parçası, toz, cam gibi) ve canlı yabancı cisimler; canlı hayvanlar, özellikle böcekler sayılabilir(4,5)

Olgumuzda bitkisel yabancı cisim mevcuttu ve literatür ile uyumluydu. Bu olguda, dış kulak yolunda yabancı cisim bulunan hastalıklara yaklaşımda destekleyici tedavinin sağlanması ve bir an önce doğru bir teknikle yabancı cismin çıkarılması amaçlanmıştır. Dış kulak yolundan yabancı cisimler çıkartılırken çeşitli komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Ancak yaşamı tehdit eden bir durum ile genelde karşılaşılmaz. Dış kulak yolundaki yabancı cisimler kulak burun boğaz acilleri arasında sık görülen bir durumdur. Dış kulak yoluna kaçan yabancı cisimler hastayı oldukça rahatsız eder bu nedenle yabancı cismin bir an önce ve doğru tekniklerle çıkartılması gerekir. Dikkatli bir şekilde çıkarılmayan yabancı cisimlerde ciddi komplikasyonlar gözlenebilir. Sonuç olarak, bu vakada olduğu gibi nadir gözlense de acil servise atipik prezantasyonlu kulak ağrısı ve işitme azlığı şikayeti ile başvuran hastalarda alta yatan neden yabancı cisim ise hastalıklar göz ardı edilmeden yabancı cismin bir an önce doğru bir teknikle çıkarılması gerektiği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Acil, dış kulak yolu, yabancı cisim, sarmısak

PS-0387 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Obturatuar Herni

Murat Can Mollaoğlu[1], Meriç Emre Bostancı[1], Mustafa Atabey[1], Birkan Bozkurt[1], Sinan Soylu[1], Uğur Abakay[1], Abuzer Coşkun[2], Kürşat Karadayı[1]

[1]*Cumhuriyet Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Sivas*

[2]*Numune Hastanesi, Acil Servis, Sivas*

ÖZET: Obturator herni pelvik hernilerde %1 insidansda nadir görülür. Spesifik semptom ve bulgularının olmaması nedeni ile tanısı geciken, daha çok komorbiditesi olan yaşlı ve zayıf kadınlarda ortaya çıkan ve bu nedenlerle morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan bir hernidir. Mekanik barsak obstrüksiyonu olan hastaların yaklaşık % 0.4 'ünü oluşturur. Obturator herninin en sık görülen bulgusu; strangülasyonla birlikte intestinal obstrüksiyondur. Obturator herninin tedavisi acil cerrahidir. Bu çalışmada Howship-Romberg işareti pozitif olan ve bilgisayarlı tomografide tipik görüntünün olduğu obturator herni vakasını sunuyoruz

VAKA: Daha önce hiçbir şikayeti olmayan 62 yaşında bayan hasta 2 gündür gaz gayta yapamama ve karın ağrısı şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Vital bulgularında sistolik/diastolik kan basıncı 140/70mmHg nabız:95/dk solunum sayısı:20/dak ateş:37derece oksijen saturasyonu %95 idi. Genel durum iyi, bilinç açık, koopere, oryante olan hastanın fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet ve distansiyon mevcuttu. Rebound yoktu, defans pozitifti. Barsak sesleri normoaktif ve perküsyonda timpanik ses mevcuttu. Howship–Romberg bulgusu pozitifti. Rektal tuşe ve vaginal muayenede herhangi bir anormalliğe rastlanılmadı. Tüm diğer sistem muayeneleri olağandı.

SONUÇ: Obturatuar herni nadir görülen abdominal fıtık türüdür. Tüm herniler içerisinde yaklaşık olarak %1 oranında görülür. İleri yaş, düşük vücut ağırlığı, düşük vücut kitle oranı (13-19 arası), multipar kadın olma, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi karın içi basıncının artığı durumlar obturator herni gelişimine yatkınlık oluşturur. Buradan yola çıkarak obturator herni, küçük ihtiyar kadınların hernisi olarak da bilinir. Obturator hernilerin %60 'ı sağ tarafta ve % 6-15 'i ise bilateral görülür. Kadınlarda sağda, erkeklerde ise solda daha çok görüldüğü bildirilmiştir. Bizim olgumuz literatür ile uyumlu olarak ileri yaşta, zayıf ve multipar bir kadın hastaydı fakat hernisi sol tarafta idi. Daha önce batın operasyon öyküsü bulunmamaktaydı. Olgumuzda midline insizyonla laparatomi yapılıp defekt primer onarıldı. Sonuç olarak obturatuar herni tüm abdominopelvik fıtıklar arasında nadir görülmesine rağmen mekanik barsak tıkanıklığı düşünülen yaşlı zayıf kadınlarda, obturatuar herni akla gelmelidir. Doğru tanı yöntemleriyle (özellikle kontrastlı batın tomografi) erken teşhis edilip en kısa zamanda hasta opere edilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Bilgisayarlı tomografi, Howship-Romberg işareti, obturator herni, barsak obstrüksiyonu

PS-0388 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Mide Fundusunda Gastik Divertikül

Murat Can Mollaoğlu[1], Birkan Bozkurt[1], Meriç Emre Bostancı[1], Mustafa Atabay[1], Sinan Soylu[1], Uğur Abakay[1], Abuzer Coşkun[2], Kürşat Karadayı[1]

[1]*Cumhuriyet Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Sivas*

[2]*Numune Hastanesi, Acil Servis, Sivas*

ÖZET: Gastrik divertikül nadir görülen patolojik bir durumdur. Yaklaşık olarak 10.000 endoskopinin 4'ünde görülür. Büyük çoğunluğu asemptomatiktir ve bu nedenle genellikle üst gastrointestinal endoskopi esnasında rastlantısal olarak saptanırlar. Gastrik divertiküller hemen her zaman fundusun posteromedial duvarında yerleşir. Nadiren epigastrik ağrı yapabilirler. Bu yazımızda, mide büyük kurvaturda yerleşimli gastrik divertikül saptanan, 57 yaşında bayan hasta olgusu sunuyoruz.

OLGU: 57 yaşında kadın hasta, epigastrik ağrı ve şiddetli reflü yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde herhangi bir patolojik bulgu yoktu. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde retrofleksiyonda endoskop kardiyayı gevşek olarak sarıyordu. Fundusta yaklaşık 2 cm çapında divertikül izlendi. 24 saatlik ambulatuvar pH monitörizasyonunda DeMeester skoru 34 (normal<14.7), postprandial ve supin dönemlerinde reflü atakları tesbit edilen hastaya gastroözofagial reflü hastalığı tanısı ile Laparoskopik Nissen Funduplikasyon operasyonu uygulandı. Operasyon sonrası şiddetli reflü yakınmalar gerileyen hasta önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: Mide divertikülleri gastrointestinal divertiküller arasında, en seyrek görülenidir. Özofagogastroduodenoskopi, özofagus-mide-duodenum grafisi veya otopsi ile yapılan çalışmalarda mide divertikülü sıklığı %0,01 ile %0,3 arasında değişen oranlarda bulunmuştur. Mide divertikülleri genellikle asemptomatiktir. Genellikle üst GİS endoskopisinde ve baryumlu grafilerde rastlantısal olarak bulunurlar. Az bir kısmı karın ağrısı, epigastrik ağrı, göğüs ağrısı/yanması kusma veya hazımsızlığa neden olabilir. Olgumuzda nadir görülen epigastrik yakaınma şikayeti ile geldi ve literatüre uygundu. Gastrik divertiküller nadir görülen gastrointestinal hastalıklar arasında yer aldığından dikkatli olunmalıdır. Genelde asemptomatiktir. Ama şiddetli epigastrik ağrı, reflu ya da gastrointestinal kanama varsa cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Acil servislere ve cerrahi polikliniklere nonspesifik gastrointestinal sistem şikayetleri ile gelen, medikal tedaviden fayda görmemiş hastalarda gastrik divertikülde akılda tutulması, hem medikal masrafları hem de mortalite ve morbiteyi azaltacağı kanısındayız.

ANAHTAR KELİMELER: Gastrik divertikül, Karın ağrısı, Gastrik diverikülektomi

POSTER BİLDİRİLER

PS-0389 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Nadir Bir Femoral Herni Prezentasyonu ve Komplikasyonu: Enterokütan Fistül

Meriç Emre Bostancı[1], Birkan Bozkurt[1], Sinan Soylu[1], Mustafa Atabey[1], Mehmet İlker Özel[1], Uğur Abakay[1], Abuzer Coşkun[2], Mustafa Turan[1]

[1] *Cumhuriyet Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Sivas*

[2] *Numune Hastanesi, Acil Servis, Sivas*

VAKA: 75 yaşında bayan hasta, sağ kasıkta şişlik, şişliğin olduğu bölgede kötü kokulu akıntı ve karın ağrısı şikayetleri acil servise başvurdu. Yıllardır kasıkta şişlik olduğu ancak son zamanlarda bu şişliği içeri sokamadığı öğrenildi.

Muayenesinde karında hassasiyet, minimal abdominal distansiyon ve sağ inguinal bölgede strangüle femoral herni saptandı. Herni üzerinde yaklaşık 3 cm çapında fistül ağzı ve bu ağızdan intestinal içerikli akıntı mevcuttu. Fistül ağzının çevresindeki cilt dokusunun nekrotizan görünümde olduğu görüldü. Hastanın özgeçmişinde diyabet ve hipertansiyon dışında özellik yoktu.

Abdominal tomografisinde incebarsakların femoral kanaldan geçerek kasık bölgesine cilde fistülize olduğu görüldü. Hastanın ateşi 39.1 C, kalp hızı 130/dk, solunum hızı 32/dk idi. lökosit sayısı 17600 ve CRP 158 idi. Hasta kaşektik ve genel durumu kötüydü.

Hastanın septik bulguları olduğu saptandı. Hastaya kan tranfüzyonu yapıldı. Geniş spektrumlu antibiyotikler başlandı. Hasta ve yakınlarına acil laparatomi önerildi. Hasta ve yakını kabul etmedi, bilgilendirme ve operasyonu kabul etmediklerine dair onam alındı. Serviste takip edilen hasta sonraki 2 gün içerisinde genel durumu daha da bozuldu. 3. gün hasta exitus oldu.

SONUÇ: Hasta da tespit ettiğimiz herniye barsak anslarının cilde fistülize olması literatürde son derece sınırlı sayıda bildirilen nadir bir komplikasyondur. Ayrıca vakamızda yıllardır mevcut herninin zaman zaman obstrüksiyon bulgularına sebep olduğu ancak fistül oluşumu sonrası bu bulguların gerilediği ve bu bulguların sağlık kuruluşuna geç başvurmada etkisinin olduğu düşünüldü. Bu tür olgularda acil laporotomi endikasyonu olduğu kanısındayız. Hastamızdaki mevcut septik bulguların kısa süre içerisinde septik şoka ilerlemesi, septik odağın ortadan kaldırılmasına yönelik operasyonun yapılamamasından dolayı hastanın hayatını tehdit edici bir boyut kazanması bize düşüncemizin doğru olduğunu göstermiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Femoral herni, enterokütan fistül

PS-0390 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

İzole Allerjik Konjuktivite Tekrardan Bir Bakış

Esen Doğan[1], Atakan Savrun[2], Emre Gökçen[3], Çağdaş Yıldırım[4], Uğur Özkula[4]

[1] *Edirne Devlet Hastanesi, Acil servis, Edirne*

[2] *Sincan Devlet Hastanesi,Acil servis, Ankara*

[3] *Malatya Devlet Hastanesi, Acil servis, Malatya*

[4] *Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil tıp Anabilim dalı,Ankara*

GİRİŞ-AMAÇ: Vernal konjonktivit, konjonktivada etkilenen bölgeye göre palpebral, limbal ya da mixt tip olarak görülebilir. Kapak altında ya da gözün saydam tabakasına(kornea) komşu bölgelerde oluşan papiller hipertrofi (kaldırımtaşı manzarası) vernal konjonktivitin en belirgin oküler bulgusudur. Bunun yanında konjonktival hiperemi, limbal infiltrasyon ve punktat keratopati görülebilir. İlerlemiş olgularda kornea da kapaktaki kabarık bölgelerin sürtünmesi sonucu tahriş ve yaralanmalar meydana gelebilir. Vernal konjonktiviti olan çocuklarda kornea'nın yapısal bir hastalığı olan keratakonus'un gelişme riski daha yüksektirEtyolojide polenler, ev tozları, hayvan tüyleri gibi bazı alerjenler sorumlu tutulmuşlardır.Genellikle nisan ve ağustos aylarında alevlenme gösterir. Hastalık genelde 4-10 yıl sürer, ergenlik döneminin sonuna doğru %95 olguda iyleşme görülür. %5 olgu ise atopik konjonktivit şeklinde devam eder

Bu olguda; acil serviste izole allerjik konjuktivitle gelen bir olgu aracılığı ile literatür hatırlatması yapılması planlanmaktadır.

OLGU SUNUMU: 30 yaşında kadın hasta sağ gözde şişlik, batma ve kızarıklık şikayetiyle acil servise geldi. Sağ üst göz kapağında ödem ve sağ gözde konjunktivada yaygın hiperemi ve kemozis mevcuttu. Vital bulguları stabildi. Yüzün herhangi bir bölgesinde şişlik, kızarıklık veya uvula ödemi yoktu. Sistemik muayeneleri doğaldı. Anamnezde; sağ gözünde konjuktivasında birkaç saattir başlayan şişlik, batma hissi ve kızarıklık olan hastanın ilaç kullanma öyküsü veya özgeçmişinde özellik yoktu. Parenteral antihistaminik uygulandı. Acil serviste 1 saat gözlemde tutulan olgunun ek semptomu veya bulgusu olmadı, vital bulguları stabil seyretti. Allerjik konjonktivit tanısıyla oral ve topikal antihistaminik tedavi reçete edilen ve önerilerde bulunulan olgu allerji ve göz hastalıkları poliklinik kontrolüyle taburcu edildi.

SONUÇ: Hastalığın tedavisinde öncelikle hastanın alerjen maddelerden uzaklaştırılması hedeflenir. Gözü kaplayan güneş gözlükleri alerjenle direk teması azaltacağı için önerilmektedir. Soğuk kompres vazokonstriksiyon yaptığından dolayı faydalı olabilir. Bunların dışında semptomların görüldüğü süre boyunca anti allerjik, kortikosterod, asetil sistein ve siklosporin gibi topikal damlalar kullanılır.Ağır olgularda bağışılık baskılayıcı ilaçlar kullanılabilir göz kapağına steroid enjeksiyonları ya da krioterapi yapılabilir.

Acil serviste allerjik bulguların anafilaksiye gidişi işaret edebileceği her zaman akılda tutulmalıdır. Allerjik konjonktivit tedavisi planlanmalı ve hastalar göz hastalıkları kontrolü için yönlendirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Allerjik konjuktivit, göz, kızarıklık

PS-0391 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

İş Kazası Sonucu Oluşan Kimyasal Göz Yanığı: olgu Sunumu

Esen Doğan[1], Atakan Savrun[2], Emre Gökçen[3], Çağdaş Yıldırım[4], Uğur Özkula[4]

[1] *Edirne Devlet Hastanesi, Acil servis, Edirne*

[2] *Sincan Devlet Hastanesi,Acil servis, Ankara*

[3] *Malatya Devlet Hastanesi, Acil servis, Malatya*

[4] *Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil tıp Anabilim dalı,Ankara*

GİRİŞ: Gözün kimyasal yaralanmaları tüm göz travmaları arasında önemli bir yere sahiptirler. Bir hidrokarbon olan Xylene; boya gibi çeşitli endüstriyel ürünlerde bulunur. Gözle temas ettiğinde körlüğe kadar gidebilen oküler hasarlara yol açabilen toksik maddelerdendir. Gözde lokal iritasyon, yanıklar ve korneal yaralanmaya sebep olabilir. Gözün alkali kimyasallara olan yanıklarında alkali maddelerin korneaya hızı penetre olduklarında intraokuler dokular hasar vermekte iken, asit madde ile olan yanıklarda körlük yapıcı etki ile birlikte protein koagülasyonu ve derin yerleşimli hasarlar olabilmektedir. Bu olguda iş kazasına bağlı subkonjuktivaya penetre olan ve subkonjuktivası total maviye dönen hidrokarbonlu ürünlerle oluşan bir göz yaralanmasına yaklaşımını tekrar hatırlatmak planlanmaktadır

OLGU SUNUMU: Otuz yaşındaki erkek hasta sanayi bölgesinde çalışırken, işyerinde gözüne 'xylene' içeren boya sıçraması üzerine acil servise başvurmuştur. Sol gözünde yanma hisseden hastanın bulanık görme ve subkonjuktivasının tamamen mavi renge dönmesi şikayeti ile acil servise başvurdu. Etkilenen gözde üst ve alt göz kapaklarında kızarıklık, gözde sulanma ve boyanın subkonjonktival birikimi sonucu mavi renge döndüğü saptandı. Etkilenen göz hızlıca SF ile bolca yıkandı. Göz hastalıkları konsultasyonu istenen hastanın yapılan göz muayenesinde; boyanın subkonjonktival penetrasyonu olduğu ve ek yaralanma bulgusu olmadığı saptandı. Görmesi normal olan hastaya 'kimyasal konjonktivit' tanısı konuldu ve ertesi gün poliklinik kontrolüne gelmek üzere antibiyotik pomad (tobramycin göz damlası), steroidli damla (dexamethasone % 0.5) ve acetolozamid ile taburcu edildi.

SONUÇ: Hidrokarbonlu maddelerle oluşan göz yaralanmalarında korneal yaralanmalar ve görme kayıpları oluşabilir. Kimyasal madde ile göz yaralanmalarında en önemli ve öncelikle yapılması gereken gözün bolca yıkanması yöntemi ile hem kimyasal maddeyi uzaklaştırmak hem de dilüe etmeye çalışmaktır. Alkali ve asit maddelere bağlı göz yaralanmalarının yanı sıra hidrokarbonlu maddelerle oluşan göz yaralanmalarının daha nadir de olsa acil servise gelebileceği akılda tutulmalıdır ve erken müdahale komplikasyonları azaltmada çok önemli olduğu unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: iş kazası, kimyasal yanık, göz

PS-0392 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Acil serviste karın ağrısının nadir bir sebebi: Chilaiditi sendromu

Atakan Savrun[1], Emre Gökçen[2], Esen Doğan[3], Uğur Özkula[4], Çağdaş Yıldırım[4]

[1]*Sincan Devlet Hastanesi,Acil servis, Ankara*

[2]*Malatya Devlet Hastanesi, Acil servis, Malatya*

[3]*Edirne Devlet Hastanesi, Acil servis, Edirne*

[4]*Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil tıp Anabilim dalı,Ankara*

GİRİŞ: İlk olarak radyolog Demetrius Chilaiditi tarafından tanımlanan Chilaiditi bulgusu birkaç vakada tanımlanmış olup insidental olarak karaciğer ve diyaframga arasında kolon interpozisyonunun radyolojik bulgusudur. Göğüs yâda abdominal grafilerde görülen Chilaiditi bulgusunun insidansı % 0.025–0.28'dir. Chilaiditi sendromu; karın ağrısının nadir bir sebebidir ve düşünülmezse tanı konulması zor olup gereksiz tetkik ve tedaviye neden olan bir durumdur. Gelişebilecek komplikasyonlar; mekanik obstrüksiyon, volvulus, intestinal yapışıklıklardır. Burada acil servise ciddi, rekürren karın ağrısıyla gelen ve konservatif tedaviyle iyileşen bir Chilaiditi sendromu olgusu sunacağız.

OLGU SUNUMU: 26 yaşında erkek hasta; 4 aydır olan ve bugün de artış gösteren karın ağrısı, bulantı şikayetleri üzerine acil servise başvurmuştur. Hasta yaklaşık 4 aydır farklı acil servislere ve genel cerrahi polikliniğine gittiğini ve birçok tetkik yapılmasına rağmen şikayetlerinin gerilemediğini bildirdi. Hastanın özgeçmişinde ek hastalığı olmadığı öğrenildi.

Hastanın fizik bakısında; batında yaygın hassasiyet olup defans veya rebound yoktu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. T.A: 125/75, Nb: 76, solunum sayısı: 144/dk, SO2: % 98, ateş: 36,6 idi. Laboratuar incelemesinde hemogram ve biyokimyasal değerleri normaldi. Hastanın akciğer grafisinde diyaframga ile karaciğer arasında hava görüntüsü saptandı.

Çekilen ayakta direkt batın grafisinde sağ hemitoraksta kolona ait gaz imajı vardı. Hastaya perforasyon veya diyaframgatik herniyi dışlamak açısından batın BT çekildi. Batın BT'de karaciğer ve diyaframga arasında kolon görülebiliyordu ve barsak obstrüksiyon bulgusu yoktu. Chilaiditi sendromu tanısı konulan hastaya iv hidrasyon tedavisi başlandı. Acil serviste gözlemlenen hastanın şikayetleri geriledi. Oral alımı tolere edebilen ve gaz gayta çıkışı olan hasta medikal tedavi ve önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: Chilaiditi sendromunun tedavisi; yatak istirahati, iv sıvı tedavisi, barsak dekompresyonu, enema ve laksatiflerdir. Barsak dekompresyonu sonrası çekilen grafilerde subdiyaframgatik havanın kaybolması tanıyı doğruladığı gibi tedavinin de başarılı olduğunu gösterir. Hasta konservatif tedaviye cevap vermezse, obstrüksiyon çözülmez yâda barsak iskemi kanıtı varsa cerrahi girişim endikasyonu vardır. Karın ağrısı ve bulantı şikayeti ile gelen hastalarda gereksiz tetkik ve cerrahi müdahalelerden korumak için chiliaditi sendromu akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Chilaiditi Sendromu, karın ağrısı, bulantı

PS-0393 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Olgu Sunumu: Küçük Boksör

Ahmet Kutur[1], Mehmet Şam[1], Emin Uysal[1], Fatih Çömez[1], Abdurrahman Acar[2]

[1]*Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul*

[2]*Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ: Vücudumuzun en çok rastlanan kırıkları metakarp ve falanksların kırıklarıdır. Spor yaralanmalarının yaklaşık %15-30'u üst ekstremiteyi ilgilendirmektedir. Bu yaralanmaların %16-20'si ise el bölgesinde görülür. Sporcularda görülen el yaralanmaları daha ziyade travmatik kökenli olup 16 yaşın altında daha sıktır. Bu sunumuzda 6 yaşında kardeşine yumruk atarken 4. metakarp distal uç kırığı oluşan bir olgudan bahsedeceğiz.

OLGU: 6 yaşında erkek çocuğu sert yüzeye yumruk attıktan sonra el sırtında ağrı nedeniyle acile getirildi. Yapılan fizik muayenede sağ el 4. metakarp distalinde palpasyonla hassasiyet dışında bulgu saptanmadı. Hastaya tam anterior-posterior ve oblik el grafileri çekildi. (Şekil 1-2) çekilen grafide 4. metakarp distalinde palmar deplase fraktür saptandı. Olgumuzda öncelikle konservatif tedavi düşünüldü. Hastaya traksiyon ve kapalı redüksiyon uygulandı. Ulnar oluklu 2 parmağı içine alan kısa kol atel yapıldı. Kontrol grafide redüksiyonun yeterli olduğu görülen hasta yakın zaman ortopedi polikliniğine kontrole çağrıldı.

TARTIŞMA: Tüm acillerin %14'ü el kırık ve çıkıklarıdır. Ülkemizde Kaplan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 12803 kırıktan 586'sı metakarp ve 1035'i falanks kırığı olarak saptanmıştır. Buna göre el kırıkları tüm kırıkların %12'sini, üst ekstremite kırıklarının %23'ünü oluşturmaktadır. Sporcularda ise genel popülâsyondan anlamlı derecede fark yoktur. Yapılan çalışmalarda sporcularda görülen el bölgesi kırıklarının, aynı grupta görülen tüm el yaralanmalarının %20-30'unu oluşturduğu bildirilmiştir. Kınğın tedavisinin iyi yapılması iyi bir radyolojik tetkik ile mümkündür. Metakarp kırıklarının radyolojik muayenesinde üç yönlü el grafisi [posteroanterior (PA), lateral ve oblik] tanı koymak için çoğu kez yeterlidir. Böylece kırığın yeri ve şekli saptanır. Tüm kırıklann tedavisinde olduğu gibi el kırıklarında da konservatif veya cerrahi yöntemler uygulanabilir. Rettig ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada spor yaralanmaları sonrası görülen metakarp kırıklarının %80 oranında stabil olduğu ve konservatif yöntemlerle tedavi edilebildiği bildirilmiştir. Çocuk sporcuların metakarp kırıklarında ise instabilite ve uyum sorunlarının daha az görülmesi nedeniyle konservatif tedavi öncelikle tercih edilmelidir.

Metakarp ve falanks kırıkları acil serviste en sık görülen kırıklardır. Özellikle sert zemine yumruk atma ve yakın dövüş sporlarıyla ilgilenen sporcularda buna dikkat edilmeli.

ANAHTAR KELİMELER: Spor Yaralanmaları, Metakarp, Kırık

PS-0394 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Anemi Tanısından HemotoraksaGidenTanı

Emel Erkuş Sirkeci, Onur İncealtın, İsmail Yeşiltaş, Cihad Ünsal Karahaliloğlu, Cihan Büyüksütçü, Merve Konar, Fatma Ekiz Cin
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Hemoglobin konsantrasyonunun normalin altına düşmesine anemi denir. Hayatın ilk dakikalarından itibaren kemik iliği, dalak, karaciğer, gastrointestinal sistemin değişik bölümleri, kişinin beslenme özellikleri, kronik iltihabi durumlar demir döngüsü ve anemi olayına katılır. Hemotoraks plevra yaprakları arasında belirgin miktarda kan toplanması demektir. [1,2].Hemotoraks, künt ve penetran travmalar başta olmak üzere pek çok nedene bağlı olarak gelişebilir.

OLGU: 77 yaşında erkek hasta acil servise bir haftadır devam eden halsizlik ve bir kez gelişen bilinç kaybı şikayeti ile başvuruyor.Hastamızın vitalleri ta:108/70 mmHg nb:100/dk ateş:36,1C solunum sayısı:18/dk saturasyonu:88 olup hastanın muayenesinde akciğerde minimal solunum seslerinin bazalde azalması dışında diğer sistem muayeneleri normal olarak saptanıyor.Hasta da transiskemik serebrovasküler hastalık öntanısıyla hemogram biyokimya yanında beyin tomografisi ve solunum seslerinin azalması nedeniyle akciğer grafisi isteniyor.Hastanın tetkiklerinde hemoglobini 8 g/dl olması dışında normal saptanıyor.Hastanın çekilen grafisinde 7-8inci kotlarda fraktür saptanıyor.Beyin tomografisi normal saptanan hastanın öyküsü tekrar sorgulandığında onbeş gün once düştüğünü fakat herhangibir şekilde muayeneye gitmediğini ağrılarını ise önemsemediği için ifade etmediğini belirtiyor.Hastaya totaks tomografisi çekiliyor ve solda %10 hemotoraksla uyumlu görüntü saptanıyor.Hasta takip amaçlı göğüs cerrahisi kliniğine yatışı yapılıyor.

SONUÇ: Anemi, hem bir hastalık hem de bir bulgu olması nedeniyle her zaman ayrıntılı olarak ele alınmalı, nedeni mutlaka ortaya konulmalıdır.Olgumuzda da anemiden yola çıkarak hemotoraks tanısını koymuş bulunmaktayız.

REFERANSLAR:

1. Bechara R, Ernst A. Medical management of nonmalignant pleural effusions. In: Sugarbaker DJ, Bueno R, Krasna MJ, Mentzer SJ, Zellos L, eds. Adult Chest Surgery. New York: Mc Graw Hill Medical; 2009:912-6.

2. Hemothorax. In: Light RW, ed. Pleural Diseases. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001:320-5.

ANAHTAR KELİMELER: anemi,hemotoraks,anemi sebepleri

POSTER BİLDİRİLER

PS-0395 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Hipertansiyondan Akut Apandisit Tanısı Aldı

Emel Erkuş Sirkeci, Didem Ay, İsmail Yeşiltaş, Ümit Ölmez, İsmail Fırat Arslan, Meltem Çöllü, Ersen Gündüz
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Ani başlayan karın ağrısı ile karakterize, belirli ve bulguları karın bölgesinde yoğunlaşan ve travma dışındaki nedenlere bağlı olarak gelişen patolojilerin tümü "akut karın" başlığı altında incelenmektedir. Akut apandisit en sık görülen akut karındır.

OLGU: 73 yaşında erkek hasta hipertansif olduğunu ancak kullandığı ilaçlarla tansiyonunu düşüremediği için acil servise başvuruyor. Hastanın vitalleri tansiyonu:190/100 mmHg,nabzı 88/dk,oksijen saturasyonu:96 ateş:37,4C olup kan şekeri:395mg/dl olarak ölçülüyor.Hastanın bilinen tansiyon ve diyabetes mellitus dışında hastalığı bulunmuyor. Hastanın fizik muayenesinde epigastrik hassasiyeti dışında batın muayenesi doğal rebound defans yok.Sistem muayeneleri normal olarak saptanıyor. Hastaya hemogram ve biyokimya tetkikleri isteniyor ancak normal olarak geliyor.Hastanın epigastrik ağrısı pantoprazole rağmen geçmiyor ve hastada akut koroner sendromda dışlanıyor. Hastanın tekrarlayan fizik muayenesinde kan şekerri regülasyonundan sonra da değişiklik olmamasına rağmen hasta rahatlamıyor.Hastaya ultrasonografi planlanıyor.Hastanın ultrasonunda 13 mm çaplı apendiks ve perforasyon olarak raporlanıyor.Hasta genel cerrahi kliniğine yatırılıyor.

SONUÇ: Yaşlı ve diyabetik hastalarda anamnez ve fizik muayene tam net değerlendirilmediğinden hastalarda ön tanılarımızın dışında bir kesin tanıya ulaşma durumumuz olabilmektedir.Bu nedenle hastalarda laboratuar dışında klinik olarak öncelikle değerlendirme yapmalıyız.

ANAHTAR KELİMELER: hipertansiyon,akut batın,akut apandist

PS-0396 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Geriatrik Pnömotoraks

Emel Erkuş Sirkeci, Onur İncealtın, İsmet Doğan, Mehmet Akif Karadaş, Ferdi Kala, Cihad Ünsal Karahaliloğlu, Mehmet Fatih Bulut
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Pnömotoraks, plevra boşlukta hava olması olarak tanımlanır. Travma, etken ya da cerrahi müdahale olmadan gelişen pnömotorakslara 'spontan pnömotoraks' denir. Normal görünen akciğerde saptanan pnömotoraksa 'primer spontan pnömotoraks', akciğer grafisi normal olmayan hastalarda gelişen pnömotoraksa ise 'sekonder spontan pnömotoraks' adı verilir.

OLGU: 80 yaşında erkek hasta göğüste sıkışma hissi ile acil servise başvuruyor.Hastanın vitalleri tansiyonu:150/90 nabzı:88/dk,solunum sayısı 18/dk, oksijen saturasyonu 85 olup ateş:36,4C. Hastaya elektrokardiyografi çekiliyor.Hastanın ekg'sinde akut miyokard infaktüsü lehine bulgu saptanmamakla beraber iskemi bulguları saptanıyor.Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon dışında kronik hastalığı bulunmuyor.Hastanın fizik muayenesinde solunum sesleri azalmış,batın muayenesi doğal diğer sistem muayeneleri normal olarak saptanıyor.Hasta öncelikli olarak monitorize edildikten sonra maske oksijen ile saturasyonunu yükseliyor.Hastada şikayetlerinde azalma oluyor.Hastaya akciğer grafisi planlanıyor.Hastada öncelikli akut koroner sendrom düşünmemize rağmen hastanın biyokimyası normal,kardiyak markerler negatif ölçülüyor.Akciğer grafisinde hastanın minimal pnömotoraksı saptanıyor.Hsata göğüs cerrahisi servisine yatışı yapılıyor.

SONUÇ: Yaşlı hasta olduğundan ötürü öncelikli olarak ön tanımız akut koroner sendrom düşündüğümüz hasta pnömotoraks tanısını alıyor.Pnömotoraks en sık uzun ince yapılı 20 ila 40 yaş arası erkeklerde görülür.En sık olarak, hastalar, 22 Ile 26 yaşları arası sigara içen erkeklerdir.

ANAHTAR KELİMELER: geriatri,pnömotoraks,akut koroner sendrom

PS-0397 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Karın ağrısı mı bir daha düşünün

Derya Can, Cengiz Kaya, Yavuz Mercimek, Okan Çakır
Gülhane Askeri Tıp Akadamesi, Acil Tıp Ana Bilim, Ankara

GİRİŞ: Akut karın ağrısı acil servise başvurularda sık karşılaştığımız olgulardır. Bu olgularında bir kısmı cerrahi nedenli bir patolojidir. Akut batın tablosu ile başvuran olgumuzda ayırıcı tanıda aklımıza gereken, nadir bir durum olan rektus kılıf hematomundan bahsetmek istedik.

OLGU: 8 yaşında erkek olgu, 3 gündür devam eden karın ağrısı ile acil servise başvuruyor.Olgu ağrının periumbilikal bölgede başladığını daha sonra sağ alt kadranda lokalize olduğunu ifade ediyor.Ağrıya bulantı, kusma ve iştahsızlık eşlik etmiyormuş.Olgunun öz geçmişinde radial arter tromboembolisi ve faktör 5 leiden mutasyonu olduğu öğreniliyor. Anamnezinde olgunun her gün 2 saat spor yaptğı, karın ağrısının spordan 3 saat sonra başladığı ve faktör 5 leiden mutasyonu sebebi ile warfarin 5 mg kullandığı öğreniliyor. Vital bulguları; TA: 123/76 mmHg Nb: 89 vuru/dk A: 36.7 C. Fizik muayenesinde; batın tahta karın görünümünde,defans pozitif rebaund pozitif. Tam kan tetkikinde; WBC: 7200 / mikroL, Hb: 12.5 g/dl Hct:%38.6. PTZ: 19.8 sn INR: 1.69.Rutin biyokimyasında; Üre: 26 mg/dl,Kreatinin(serum): 1.34 mg/dl, Na(serum): 141 mmol/L, K(serum): 4.25 mmol/L,AST:20 U/L, ALT:19 U/L, Bilirubin Total: 0.45 mg/dl,Bilirubin Direkt: 0.11 mg/dl,Amilaz(serum): 61 U/L, GGT: 12 U/L, ALP:56 U/L. Tam idrar tetkikinde; Dansite: 1.010, pH: 8,Nitrit: Negatif, Protein: Negatif, Keton: Negatif, Eritrosit: 0.00/HS, Lökosit:0.00/HS. Olgunun Acil Tüm Batın USG Sonucu: Sağ rektus abdominis kası inferior kesimde iki farklı odakta parsiyel yırtık ve hematom mevcuttur.

SONUÇ: Acil serviste karın ağrılı olgularla sıklıkla karşılaşmaktayız. Bu olgulara yaklaşımda akut batın olguları (A.Apandisit, İleus, Volvulus vb.) gözden kaçırmamamız gereken olgulardır. Fakat bu olgumuzda olduğu gibi acil servise akut batın tablosuyla gelen fakat vital bulguların ve laboratuar değerlerinin tabloyu desteklemediği olgularda rektus kılıf hematomu aklımıza gelmesi gereken bir tanıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Rektus hematomu, karın ağrısı, akut batın

PS-0398 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Erişkinde Servikal Spinal Travma: Olgu Sunumu

Ahmet Kutur, Emin Uysal, Fatih Çömez, Mehmet Şam, Süleyman Solak
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Spinal travma başucundan ayak parmaklarının ucuna kadar tüm vücudu ilgilendiren ve yaralanma seviyesine ve boyutuna göre hayati sonuçlara neden olan, hastanın hastaneye taşınma şeklinden hastane içi ve sonrası yapılan müdahalelere göre fiziki kapasitesinde önemli sonuçlar meydana getiren bir klinik durumdur. Bu olguda servikal spinal travma nedeniyle kuadripleji ve diyafragma felcine bağlı solunum sıkıntısı gelişen bir hasta sunulmuştur.

OLGU: 24 yaşında erkek hasta 112 tarafından araç içi trafik kazası nedeniyle acil servisimize getirildi. Servikal koları takılı olan hastanın şuuru açık, koopere, vital bulgular stabildi ve ışık refleksleri bilateral normal olarak alındı. Nörolojik muayenesinde; her iki üst ve alt extremiteleri 1/5 kas gücündeydi. Duyu muayenesinde C4 dermatomunun altında hipoestezi mevcuttu. DTR (derin tendon reflexleri) hipoaktifti ve karın cildi reflexi alınamıyordu. Kraniyal sinir muayenesi normal olarak değerlendirildi. Abdominal solunumu mevcuttu. Hastanın çekilen BT'lerinde (Bilgisayarlı Tomografi) C4 vertabra fraktürü tespit edildi. Bunun dışında ek patoloji saptanmayan hastaya servikal vertebra MRG (Magnetik Rezonans Görüntüleme) planlandı. Çekilen MRG'de spinal kanala bası yapan C4 vertebra fraktürü tespit edildi (Şekil-1). Hastanın takiplerinde sPO2 % 80'e geriledi. Hasta nöroşirurji tarafından acil operasyona alındı.

TARTIŞMA: Omurga anatomik ve biyomekanik açıdan birçok klinisyen tarafından 3'e ayrılmıştır; servikal, torakal ve lomber. Servikal vertebralar ise üst servikal (C1 ve C2), alt servikal (C3-C7) olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Bazı yayınlara göre en sık görülen spinal travma servikal bölgededir. Etyolojide en çok trafik kazaları (% 50) yer almaktadır. Spinal travmaların % 50'sinde ilk yarım saatte ölüm meydana gelmekte, % 18'inin ilk yardım, % 20'sinin ile hastanede yapılan müdahale ile kurtarıldığı bildirilmiştir. Spinal travmalarda tüm dünyada kabul edilen ve ilk yapılması gereken spinal stabilizasyondur. Sonrasında ise 2 tür tedavi önerilmektedir; cerrahi ve konservatif tedavi. Son yıllarda spinal travmalarda acil cerrahi yerine elektif cerrahi önerilmekte ve acil cerrahi girişim açısından tek endikasyon olarak ilerleyici nörolojik defisit kabul edilmiştir.

Yüksek enerjili travmalarda hastanın bilinci açık olsun veya olmasın servikal travma açısından hasta mutlaka değerlendirilmeli ve spinal travma varlığında tekrarlayan muayenelerle hasta kontrol edilmelidir ve servikal kolar mutlaka takılı olmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Spinal Travma, Servikal Vertebra, Servikal Kolar

PS-0399 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Baş ağrısının ayırıcı tanısında sekonder tip baş ağrılarının önemi, olgu sunumu

Ahmet Akdoğan, Yavuz Yiğit, Onur Karakayalı, Hüseyin Cahit Halhallı, Bora Kaya, Tolga Uslu
Kocaeli Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Çocuklarda acil servise sık başvuru sebeplerinden birisi de baş ağrısıdır. Baş ağrısının başarılı bir şekilde tedavi edilmesi; doğru yönetilmesi ve doğru bir tanı almasına bağlıdır.) International Headache Society sınıflamasına göre baş ağrıları iki geniş grupta ele alınmaktadır.Bu etyolojik değerlendirmede anamnez çok önemli bir yere sahiptir.

Biz bu olguda (IHS) sınıflama sistemine göre sekonder baş ağrısı bozukluğundan şüphelenilen bir hastada anamnezin ve nörogörüntülemenin hızlı tanıda ve tedavinin şekillenmesindeki önemine değineceğiz.

OLGU: 15 yaşında kız hasta, uykudan uyandıran baş ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın öyküsünde yaklaşık 2 aydır aralıklarla devam eden bulantı, kusma ve baş ağrısı şikayetleri mevcut olup hasta başvurudan 2 saat öncesinde şikayetlerinde artma nedeniyle acile başvurdu. Eşlik eden travma, bilinç bulanıklığı,ateş ve ailede benzer şikayet öyküsü yoktu. Ayrıntılı şekilde anamnezi alınan hastada sekonder baş ağrısı bozukluğu olabileceği düşünüldü Hastanın başvuru anında genel durumu iyi, bilinç açık, vital bulguları stabil, koopere, oryante, ışık refleksi +/+, pupiller normoizokorik, motor defisit yok, ense sertliği saptanmadı. Ağrı ve bulantı kontrolü amacıyla hasta gözleme alındı ve nörogörüntüleme amaçlı beyin tomografi çekildi. Kranial BT'de triventriküler hidrosefali, 3. ventrikülde dilatasyon, aquaductus sylvi düzeyinde kalsifikasyonla uyumlu lezyon saptanmasının ardından, kontrastlı kranial MR görüntüleme yapıldı. MR'da 4. ventrikül aquaductus sylvi düzeyinde hafif kontrastlanma gösteren kitle ile uyumlu lezyon saptandı. (Epandimom?) Hasta operasyon amaçlı beyin cerrahi kliniğine devir edildi.

TARTIŞMA: Baş ağrılı bir hasta değerlendirilirken, ilk yapılması gereken sekonder bir bozukluğun dışlanmasıdır. Bu; anamneze, genel tıbbi ve nörolojik muayenelere dayandırılır. Eğer şüpheli bulgular varsa ileri tetkik ve testler yapmak gerekebilir. Sekonder başağrısı bozuklukları dışlandığında primer baş ağrısının doğru tanısını koymak gereklidir. Ülkemizde yapılan prevelans çalımalarında migren tipi başağrısı %16,4, gerilim tipi baş ağrısı %31,7 olarak belirtilmiştir. Bu kadar sık görülen hastalıklarda sekonder sebeplerin az görülmekle beraber hayatı tehdit eden durumlara yol açabileceğinden ayırt edilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu yüzden önceden primer tipte bir baş ağrısı bzukluğu tanısı konan bir hastada bile yeni tariflediği başağrısı için yeniden bilgi almak ve hastayı muayene etmek gerekir. Baş ağrısı hastalarının çoğunda tıbbi ve nörolojik muayeneler normal bulunur. Bu nedenle, doğru tanı için elimizdeki en yararlı gereç ayrıntılı öykü ve sonrasında uygun görüntüleme yöntemleridir.

SONUÇ: Genel tıbbi muayenesi ve nörolojik muayenesi normal dahi olsa anamnezde kuşkulandıracak tek bir belirti bile olması halinde görüntüleme yöntemlerine de çekinmeden başvurmak gerekir. Böylece sekonder baş ağrısı yoksa dışlanmış, varsa hastalığın erken tanısı sağlanmış, tedavisi şekillenmiş olacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: baş ağrısı, sekonder baş ağrıları

PS-0400 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Steven-Johnson Sendromlu Pankreatit

Emel Erkuş Sirkeci, Göknur Çakıcı Koç, Meltem Çöllü, Fatma Ekiz Cin, Ferdi Kala, Cihan Büyüksütçü, İsmail Fırat Arslan, Ümit Ölmez
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Steven-Johnson sendromu sıklıkla çocuklarda ve genç yetişkinlerde görülür (2. on yılda en sık).(1) Genellikle ilaçlara bağlı gelişen,deri ve mukozaların akut seyirli ve şiddetli bir grup döküntülü hastalığıdır. Belirgin bir morbiditeyle birlikte yüksek mortalite hızına sahip bu tablo, klinik olarak hızla gelişen, tipik olmayan ok atılan hedef benzeri lezyonlar, yaygın purpuralar, epidermal ayrışma ve en az 2 mukozal alanın tutulmasıyla karakterizedir(2,3)

OLGU: 53 yaşında erkek hasta acil servise karın ağrısı şikayeti ve yaygın döküntüyle başvurdu.Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon,diyabetes mellitus mevcut.Hastanın tansiyonu 160/90mm Hg,kanşekeri:230,ateş:36,5C, vücut kitle indeksi 30'un üzerinde solunumu doğal saturasyonu 98 ölçülüyor.Hastanın vücudunda fizik muayenede yaygın büllöz ve eritemli döküntüler gözleniyor.Batın muayenesinde ise yaygın defans rebound ve epigastrik ağrı tarifliyor.Hastada öncelikli akut koroner sendrom,akut batın düşünülüyor.Hastanın tahlillerinden akut nonbilier pankreatit tanısını yapılan ultrasonografi ile konuluyor.Hasta gastroenteroloji kliniğine yatırılıyor.Hastaya yapılan deri testi sonucu göküntüleri için ise Steven-Johnson sendromu tanısını alarak dermatoloji kliniği tarafından takibe alınıyor.

SONUÇ: Hastalığın şiddeti ve verilen sağlık hizmetinin kalitesi hastalığın prognozunu ve doğal olarak da mortalite oranını belirler. Mortalite oranı Steven-Johnson sendromu'nda%5'in altındadır(4).Bu nedenle acil servise karın ağrısı tanısından hem Steven-Johnson sendromu hem de akut pankreatit tanısı alan hastamız bir hafta içerisinde ilgili klinikçe takibe alınarak taburculuğu yapılıyor.

REFERANSLAR: 1.Schopf E, Stuhmer A, Rzany B, Victor N, Zentgraf R, Kapp JF: Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome. An epidemiologic study from West Germany. Arch Dermatol 1991;127:839-42.

2. Roujeau JC: The spectrum of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a clinical classification. J Invest Dermatol 1994;102:28-30.

3. Assier H, Bastuji-Garin S, Revuz J, Roujeau JC: Erythema multiforme with mucous membrane involvement and StevensJohnson syndrome are clinically different disorders with distinct causes. Arch Dermatol 1995;131:539-43

4.. Ghislain PD, Roujeau JC: Treatment of severe drug reactions: Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis and hypersensitivity syndrome. Dermatol Online J 2002;8:5.

ANAHTAR KELİMELER: steven johnson,pankreatit,akut batın

PS-0401 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Sezeryan Operasyonu Sonrası Gelişen Nekrotizan Fasiit Olgusunun İncelenmesi

Fatih Çakmak[1], Erkan Güvenç[2], Şeyhmus Kaya[3], Barış Öztürk[3], Ahmet Tuğrul Zeytin[3], Filiz Baloğlu Kaya[4]

[1]*Balıklıgöl Devlet Hastanesi, Acil Servis, Şanlıurfa*

[2]*Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, Acil servis, İzmir*

[3]*Eskişehir Devlet Hastanesi, Acil Servis, Eskişehir*

[4]*Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Eskişehir*

GİRİŞ-AMAÇ: Nekrotizanfasiit [NF], deri, subkütan dokular ve fasyaların ilerleyici nekrozu ile karakterize, yaşamı tehdit eden bir yumuşak doku enfeksiyonudur. Yumuşak doku enfeksiyonunun en ciddi formudur, potansiyel olarak ekstremiteleri ve yaşamı tehdit eder. Erken tanı ile tüm nekrotik fasya ve cilt altı dokunun agresif debridmanı prognozu belirleyici faktörlerdir, gecikme mortaliteyi arttırır. Diabetes Mellitus, ilaç kullanımı, obezite, immünsupresyon, geçirilmiş cerrahi ve travmatik yaralar risk faktörleridir.[1] 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 NF lehine bulgulardır. Her ne kadar eritem, bülformasyonu, veziküller ve nekroz gibi deri değişiklikleri hastaların çoğunda bulunsa da en hassas semptomların biri, hemen her hastada görülen lezyonla orantısız var olan ciddi ağrıdır.[2]

OLGU: 42 yaşında bayan hasta acil servisimize karnın sağ tarafında kızarıklık ve ağrı şikayeti ile başvurdu. 40 gün önce sezeryanla doğum yapan hastanın son bir haftadır insizyon yerinden başlayan ve daha sonra karnın sağ tarafına doğru yayılan hafif kızarıklık ve ısı artışının oluşması üzerine hasta acil servise başvurmuş. Hastanın geliş vital bulguları TA:95/50 mmHg, Nabız:110 atım/dk, SS:24/dk, SpO2: %97, Ateş:37.6 °C, yapılan fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinç açık, oryante-koopere idi. Hastanın taşikardisi ve batında pubik bölge sağ taraftan başlayan ve sağ flank bölgeden sırta doğru uzanım gösteren hafif hiperemik, sert ve ısı artışı olan lezyonu dışında patoloji saptanmadı. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Hastanın çalışılan laboratuar değerlerinde Wbc: 26.100, Hb:9,18 g/dl, Htc:27,3, CK:1357 U/L, Albumin:2,2 g/dl, Bun:54,9 mg/dl, Kreatinin: 1,17 mg/dl olarak saptandı, yapılan batın ultrasonografisinde karın sağ kesimde cilt altı yüzeyel dokular ödemli ve kalınlaşmış (selulit?) olarak değerlendildi. Çekilen bilgisayarlı batın tomografisinde batın ve pelvik bölge sağ kesimde yüzeyel dokularda karın duvarında yaygın ödem ve hava görünümleri (nekrotizan fasit ?) saptandı. Hasta cerrahi debridman ve tedavisinin devamı için üst merkeze sevk edildi.

SONUÇ: NF olgularında erken tanı hayat kurtarıcı olması açısından çok önemlidir. Tanı temel olarak klinik bulgulara dayanır.Laboratuar ve BT tanı koymada yardımcıdır. Cerrahi eksplorasyon ve debridman, nekrotizan enfeksiyonun kesin tanı ve tedavi yöntemidir. Antibiyotikler, gram +/- ve anaerobları kapsamalıdır. Piperasilin-tazobaktam, klindamisin ve vankomisin tedavide kullanılır.[3]

POSTER BİLDİRİLER

KAYNAKLAR: 1. Wong CH, Khin LW, Heng KS, Tan KC, Low CO (2004). "The LRINEC LaboratoryRothersofttissueinfections". Critical CareMedicine 32 (7): 1535–1541.
2. Wang YS, Wong CH, Tay YK. Stagingof necrotizingfasciitisbased ontheevolvingcutaneousfeatures.Int J Dermatol. 2007 Oct;46(10):1036-41.
3. Wall DB et al. A simple model to help distinguish necrotizing fasciitis from non necrotizing soft tissueinfection. J Am CollSurg. 2000 Sep;191(3):227-31.

ANAHTAR KELİMELER: debridman,fasiit,nekrotizan,sezeryan

PS-0402 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Renal Kolik Tanılı Hastada Ayırıcı Tanı

Erkan Güvenç[1], Hacı Mehmet Çalışkan[2], Şeyhmus Kaya[3], Ahmet Tuğrul Zeytin[3], Barış Öztürk[3], Fatih Çakmak[4]

[1] *Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, Acil servis, İZMİR*

[2] *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Acil Servis,KIRŞEHİR*

[3] *Eskişehir Devlet Hastanesi, Acil Servis, ESKİŞEHİR*

[4] *Balıklıgöl Devlet Hastanesi, Acil Servis, Ş.URFA*

GİRİŞ-AMAÇ: Aort diseksiyonları, ölümle sonuçlanabilecek acil kardiovasküler durumlardandır. Klasik olarak aort diseksiyonu ani, şiddetli, yırtıcı göğüs, sırt, bel ve karın ağrısı ile karakterizedir. Genellikle ileri yaşlarda daha sık görülmekle birlikte erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülür.[1] Hastalığın gelişimindeki en önemli risk faktörü kontrolsüz hipertansiyondur. Kardiak tamponad, hipovolemik şok, inme ve miyokard infarktüsü ölümcül komplikasyonlarıdır. Perikardiyal, torasik ya da abdominal kaviteye rüptür olabilir. Bu hastalar daha çok yırtıcı tarzda göğüs ve sırt ağrısı ile karşımıza çıkabileceği gibi atipik şikayetlerle de acil servise başvurabilirler.[2]

OLGU: 54 yaşında erkek hasta acil servisimize sol yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde renal kolik öyküsü bulunan hastanın 24 saat içinde başlayan sol yan ağrısının artması ve karın ön bölgesine yayılması üzerine acil servise başvurmuş. Acil servise geliş vital bulguları TA:125/80 mmHg, Nabız:96 atım/dk, SS:26/dk, SpO2: %97, Ateş:36,5 °C olarak saptanan hastanın, yapılan laboratuar sonuçlarında; Hb:14,9 g/dl, Htc:43,4, tam idrar tetkiki her sahada 2 eritrosit olarak değerlendirildi. İntravenöz uygulanan nonsteroid antienflamatuar ilaç ve hidrasyon sonrasında semptomları gerilemedi. Acil serviste gözlem sırasında hastanın ağrısının artması ve presenkop gelişmesi üzerine tekrarlanan vital bulgularının; TA:80/45 mmHg, Nabız: 120/ dk olması üzerine hastada abdominal aort anevrizma rüptürü düşünülerek çekilen kontrastlı batın tomografisinde Abdominal aort distalinde, pulmoner arterlerin çıkışından sonra başlayan yaklaşık 10 cm çapa ulaşan, posteriordan aktif kanaması olan rüptüre aort anevrizması mevcuttu. Hasta cerrahi tedavi için üst merkeze sevk edildi.

SONUÇ: Acil servise yan ağrısı ve bel ağrısıyla başvuran hastalarda ölümcül bir tabloyla seyreden akut aort diseksiyonu tanısı akılda tutulmalıdır. Klinik şüphe durumunda gerekli tetkikler zaman geçirilmeden yapılmalı ve tanı konulmasında geç kalındığında mortalitenin artacağı akıldan çıkarılmamalıdır. Hızlı ve doğru tanılama süreci ile erken tedavi sağlanarak mortalite oranı azaltılabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Aort Disseksiyonu, Ayırıcı Tanı,Renal Kolik,Karın Ağrısı

PS-0403 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Portakal yeme sonrası gelişen mezenter arter iskemisi

Orhan Kaya, Ali Göksu, Ramazan Ünal, Özlem Uzun, Hatice Topçu Doğan, Fatih Büyükcam
BAĞCILAR EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ, ACİL TIP KLİNİĞİ, İSTANBUL

Mezenter iskemi, genellikle barsak nekrozuna sebep olan bir akut karın nedenidir. Süperior mezenter artere tromboz ya da emboli, mezenterik venöz tromboz ve vazokonstriksiyon, düşük arteryel akım ile birlikte olan mezenterik tıkayıcı olmayan iskemi başlıca nedenleri oluşturmaktadır. 71 yaşında erkek hasta, acil servise ileus ön tanısı ile sevk sonucu getirildi. Hasta birkaç saat önce iki adet portakal yedikten sonra başlayan karın ağrısı ve ardından bulantılarının eşlik ettiğini ifade etti, aynı zamanda ishal şikâyeti de mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde bilinen KOAH ve atriyal fibrilasyon dışında hastalığı olmayan hastanın kronik ilaç kullanımı yoktu. Ayakta çekilen direk karın grafisinde yaygın hava sıvı seviyeleri olduğu tespit edildi. Kontrastlı batın tomografide süperior mezenter arter üzerine oturmuş akıma izin vermeyen trombüse bağlı sağ tarafta dalak, böbrek parankiminde hetorejen dağılımlı iskemik alanlar ve mezenter iskemisi izlendi. Acil servise karın ağrısı şikayeti ile gelen 60 yaş üstü, atriyal fibrilasyonu olan hastalarda karın ağrısı nedeninin mezenter iskemisi olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu olguda da görüldüğü gibi basit bir ishal vakasını taklit edecek şekilde olgular görülebilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: atriyal fibrilasyon, yaşlı, ishal, mezenter iskemisi

PS-0404 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Öksürük sonrası gelişen subaraknoid kanama

Orhan Kaya, Muhammed Yaşar Sever, Ali Göksu, Ramazan Ünal, Emin Uysal, Fatih Büyükcam
BAĞCILAR EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ, ACİL TIP KLİNİĞİ, İSTANBUL

GİRİŞ: Subaraknoid kanamalı hastaların %20'sinde neden saptanamaz ayrıca %20'sinde kan basıncını yükselten aktivitelerden sonra ortaya çıkar. Burada öksürük sonrası ortaya çıkan subaraknoid kanama olgusu sunuldu ve tartışıldı.

OLGU: Otuzüç yaşında erkek hasta, öksürük sonrası ani başlayan baş ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın bilgisayarlı beyin tomografisinde sağ temporoparietal bölgede subaraknoid kanama ile uyumlu alanlar tespit edildi.

TARTIŞMA: Hipertansiyon, sigara, polikistik böbrek hastalığı,aşırı alkol tüketimi, ailede subaraknoid kanama öyküsü, aort koarktasyonu, marfan sendromu ve ehlers-danlos sendromu tip 4 subaraknoid kanama için risk faktörleridir. Bizim vakamızda olduğu gibi nadir de olsa kafa içi ani basınç artışına sebep olabilecek öksürük gibi nedenlerle de SAK gelişebilmektedir. Şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, bilinç bulanıklığı, fotofobi ve iskemik inme benzeri semptomlar subaraknoid kanama ile gelen hastaların başlıca şikayetleridir.

SONUÇ: Acil servis hekimleri kafa içi basınç artışı oluşturabilecek her durum sonrası olan baş ağrılarında ayırıcı tanıda subaraknoid kanama olabileceğini düşünmelidirler.

ANAHTAR KELİMELER: öksürük, baş ağrısı, subaraknoid kanama

PS-0405 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

20 Günlük Öksürük: Acil Mi ?

Selen Acehan[1], Müge Gülen[2], Duygu Selen Cengiz[3], Mustafa Sencer Seğmen[4], Akkan Avcı[3]

[1] *Mersin Devlet Hastanesi*

[2] *Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi*

[3] *Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

[4] *Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi*

GİRİŞ: Hemoptizi; ciddi ve ölümcül bir hastalığın ilk bulgusu olabileceğinden acilen araştırılması gereken alt solunum sistemi kanamasıdır. Tüm hemoptizilerin %90' ı bronşiyal sistem, %5' i pulmoner sistem ve %5' i diğer vasküler yapılardan kaynaklanır. Biz bu yazıda nadir görülen ve fark edilmemesi durumunda mortal seyredilebilecek bronkovasküler fistülün neden olduğu hemoptizili bir olguyu sunmak istedik.

OLGU: 54 yaşında bayan hasta acil servisimize 20 gündür devam eden öksürük ve kanlı balgam şikayeti ile başvurdu. Hasta acil servise geldiğinde şuuru açık, koopere idi. Vital bulgularına bakıldığında tansiyon arteriyel: 130/75 mmHg, nabız: 63/dk, vücut ısısı: 36,7oC, solunum: 14/dk, oda havasında oksijen saturasyonu (SaO2): % 98' di. Dinlemekle akciğer sesleri solda orta zonda azalmış olarak tespit edildi. Çekilen posterior-anterior akciğer (PAAC) grafisinde, aort topuzunda genişleme ve sol akciğerde arkus aorta komşuluğunda bir opasite tespit edildi (şekil-1). Hastanın onayı alınarak hastaya kontrastlı bilgisayarlı toraks tomografisi (BT) ve anjiografi çekildi. Toraks BT; arkus aorta, desendan aorta bileşkesinde 4x4.5 mm boyutlarında anterior duva-

rında düzensizlik olan psödoanevrizma, çevresinde psödoanevrizma rüptürünü düşündüren ektravazasyon a sekonder hipodens görünüm şeklinde rapor edildi (Şekil-2). Bu bulgular ışığında hasta da psödoanevrizma rüptürü ve aorta-bronşial füstül düşünüldü. Hasta kalp damar cerrahisine konsülte edildi. Hastaya endovasküler stent greft uygulandı. Girişim sonrası hemoptizi şikâyeti geçen, takibinde komplikasyon olmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Hemoptizi şikayetiyle acil servise başvuran hastalarda aort disseksiyonu, aort anevrizması veya pulmoner emboli gibi ölümcül toraks patolojilerinin ayırıcı tanısı mutlaka uygun laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile yapılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Hemoptizi, aort anevrizmasına, aorta bronşiyal fistül

PS-0406 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Acaba bu hasta kimin?

Mehmet Serkan Yurdakul[1], Göksu Berikol[1], Tuğrul Önge[1], Nurhayat Başkaya[2], İsa Başpınar[2]

[1]*Karaman Devlet Hastanesi, Acil Servis, Karaman*

[2]*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara*

GİRİŞ-AMAÇ: Bası yaraları, yüksek morbidite ve mortalitesi ile hareket yeteneği kalmayan hastalarda gelişen, bakımı zor ve maliyeti yüksek bir patolojidir. Bu sık karşılaşılan patoloji tedavi edilmezse enfeksiyon ve sepsise, daha sonra da ölüme neden olabilir. İyileşme süreci hastanın sahip olduğu hastalıklara bağlı olarak değişiklik gösterir. Tedavisinde, multidisipliner yaklaşım önemlidir. Başarılı bir tedavi için plastik cerrah, genel cerrah, ortopedi, dahiliye, endokrinoloji, enfeksiyon, nöroloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon anabilim dallarının uyum içinde çalışması gerekmektedir.

OLGU: On beş yıl önce iş kazası sonucu parapleji gelişimi nedeni ile immobil olan elli yaşında erkek hasta; on gündür olan iştahsızlık halsizlik şikayeti ile acil servise getirildi. Sol bacak diz altından itibaren nekroze görünümdeydi. Sağ bacakta doku kaybı nedeni ile femur başı, sol dizde doku kaybı nedeni ile eklem yapıları çıplak gözle görünebilmekteydi. Penis ve skrotumda yaş nekrozu mevcuttu. Gluteal bölgede kemik yapıya kadar evre 4 dekübit ülseri mevcuttu. Laboratuvar CRP 142, WBC 18000, HB: 5, Na: 125, venöz kan gazı: pH: 7.32; HCO3: 10 olarak saptandı. Hasta debridman açısından Plastik Cerrahi ve Rekonstrüksyon bölümüne, ampütasyon açısından Ortopedi ve Travmatoloji bölümüne konsulte edildi. İlgili bölümler tarafından Enfeksiyon ve Dahiliye konsültasyonu istenen hastaya bu bölümlerce de yatış düşünülmedi. Kan transfüzyonu için kan hazırlığı yapılan hasta acil serviste konsültasyonları süresince takip edildi. Hasta ilgili bölümlere yatış amaçlı yada üçüncü basamak bir merkeze sevki amaçlı rekonsülte edildi. Rekonsültasyon sonucu, hiç bir bölüm tarafından sevk ya da yatış düşünülmedi. Hasta acil serviste yaklaşık 5 saat takip edildi. Branşlar arasındaki anlaşmazlığın çözülmesi için hastane yönetimi ile yapılan toplantı sonucu Ortopedi ve Travmatoloji bölümü tarafından hasta dış merkeze sevk edilmesine karar verildi.

SONUÇ: Multidisipliner yaklaşım gerektiren hastaların tek bir branş tarafından kabul edilmesinde büyük zorluklar yaşanmaktadır. Konsültan hekimlerin, kendi branşları dışındaki hastalıklar ile ilgilenme konusunda çekinceleri (devir alma/devretme, dış merkezin sevki kabul etmeme endişesi, tek branş tarafından tüm sorunların giderilememe durumu) olmaktadır. Tek bir hastalığa sahip olmayan hastalarda acil serviste kalış süreleri konsültan hekimlerin bu çekinceleri doğrultusunda uzamaktadır. Hospitalizasyon ve operasyon kararının önem arz ettiği, mortalitesi yüksek olan bu tarz hastalar için konsültasyonların geç sonuçlanması hastaların yoğun bakım gibi uygun şartların sağlandığı yerlerde tedavilerinin başlanması yerine acil serviste ex olmalarına yol açabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, dekübit ülseri, konsultasyon, multidisipliner

PS-0407 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Warfarin Fenitoin Birlikteliği Aorta-enterik Fistül Kanaması için Risk Faktörü müdür

Çağdaş Can[1], Mustafa Bolatkale[2], Aytaç Bukıran[3], Aydın Sarıhan[4]

[1]*Merkezefendi Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Manisa*

[2]*Kilis Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kilis*

[3]*Manisa Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Manisa*

[4]*Medipol Üniversitesi Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ: Aorta-enterik fistüller (AEF) aorta veya iliak arterlerin komşu barsak segmentleri ile anatomik ilişki kurması olarak tanımlanır. Bu durum primer veya sekonder olarak oluşabilir. AEF intestinal veya vasküler hastalıklar sonucu görülebilirken sıklıkla abdominal aort anevrizmasının komplikasyonu olarak saptanır. Bu yazıda kumadin ve epdantoin kullanan, hematokezya yakınması ile acil servise başvuran hastada saptanan aorta-enterik fistül olgusu bildirildi.

OLGU: Yetmiş iki yaşındaki erkek hasta acil servise bulantı-kusma ve makattan taze kırmızı renkte kan gelmesi yakınması ile başvurdu. Atriyal fibrilasyon ve inme öyküsü olan hasta kumadin 1x1 5 mg ve epilepsi tanısı için epdantoin 2x1 100 mg tablet kullanıyordu. Vital bulguları stabil, nörolojik bulguları eski ile uyumlu olan hastanın kan hemogram ve biyokimya analizinde INR (İnternational Normalization Ratio) 9, serum fenitoin düzeyi 32 mcg/ml, serum hematokrit düzeyi %33, diğer parametreleri ise normal aralıkta saptandı. Hastaya oral yoldan aktif kömür, intravenöz K vitamini ve taze donmuş plazma verildi. Hastanın batın muayenesindeki ele gelen kitlesel pulsatil kitleye yönelik yapılan ultrasonografide yaklaşık 6 cm uzunluğunda ve 11 cm genişliğinde abdominal aort lokalizasyonuda anevrizmatik genişleme saptandı. Hastanın çekilen intravenöz kontrastlı batın tomografisinde suprarenal düzeyden başlayıp infrarenal düzeye uzanan en geniş yerinde 12 cm olup 6 cm'lik uzanım gösteren abdominal aort anevrizması ve kolonik düzeyde aortaenterik fistül saptandı. Hasta kalp damar cerrahisi ile konsülte edildi ve hastaneye yatırıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen, serum fenitoin ve INR düzeyleri normal aralığa gelen, dirençli bulantı, kusması sonlanan hasta ilaç etkileşimi önerileri ile taburcu edildi.

SONUÇ: Warfarin ve fenitoin gibi birlikte kullanımı olası olan ilaçların etkileşime girerek birbirlerinin etkilerini potansiyalize edeceği bilinmeli, abdominal aort anevrizması olan hastalarda, özellikle gatrointestinal kanama varlığında, aorta-enterik fistüller beklenen tanılar içinde olmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: aorta-enterik fistül, warfarin, fenitoin, gastrointestinal kanama

PS-0408 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Karın Ağrıları: Akut Pankreatitle Abdominal Aort Anevrizması Birlikteliği

Müge Gülen[1], Selen Acehan[2], Davut Kaplan[1], Hayrettin Dizen[3], Mustafa Sencer Seğmen[4]

[1]*Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Acil Servis, Eskişehir*

[2]*Mersin Devlet Hastanesi, Acil Servis, Mersin*

[3]*Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Eskişehir*

[4]*Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Acil Seris, Kahramanmaraş*

GİRİŞ: Tüm acil servis başvurularının % 5-8' ini karın ağrılı hastalar oluşturmaktadır. Bu hastaların % 5' inde tedavi cerrahi iken, % 95' inde medikal tedavi uygulanır. Biz bu yazıda anamnez, fizik muayene ve laboratuvar bulguları eşliğinde akut pankreatit düşündüğümüz bir hastada radyolojik görüntüleme sayesinde akut pankreatitle beraber koinsidental saptadığımız abdominal aort anevrizmalı bir olguyu sunmak istedik.

OLGU: 69 yaşında erkek hasta, sabah başlayan karın ağrısı kusma şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Hastanın acil servise başvurusunda bilinci açık koopere, vital bulgularına bakıldığında tansiyon arteriyel: 140/100 mmHg nabız: 115/ dk, vücut ısısı: 37,8 °C, solunum: 18/dk' ydı. Fizik bakıda kalp dinlemekle ritmik taşikardikti. Ek ses, üfürüm yoktu. Tüm periferik nabazanlar palpe ediliyordu. Bilateral akciğer sesleri normaldi. Batında sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede hassasiyeti mevcuttu. Ancak dalak ve karaciğer ele gelmiyordu. Traube alanı açıktı. Nörolojik bakıda taraf bulgusuna ve patolojik reflekse rastlanmadı. Hastanın yapılan tetkiklerinden tam kan sayımında, WBC:9740/mm3,HGB: 16.2 g/dl, HCT: % 47.9, PLT: 155000/ mm3; biyokimyasal tetkiklerinde, glukoz: 100 mg/dl, üre: 17 mg/dl, kreatinin: 1.25 mg/dl, alanin aminotransferaz (ALT): 171 IU/L, aspartat transaminaz (AST): 131 IU/L, total bilirubin: 5.7 mg/dl, direkt bilirubin: 3.2 mg/dl, amilaz: 2057 IU/L, kalsiyum: 9.2 mg/dl laktik dehidrogenaz (LDH): 479 IU/L, sodyum (Na): 138. mmol/L, potasyum (K): 3.9 mmol/L, Klor (CL):103 mmol/L, idi. Tam idrar tetkikinde, idrar dansitesi:1015, pH: 6.5, protein (+), bilirubin (-), ürobilinojen (normal) olarak ölçüldü. Hastanın şikayetleri, fizik muayene bulguları ve laboratuar tetkikleri beraber değerlendirildiğinde hastada akut pankreatit düşünüldü. Oral alımı kesilip medikal tedavisi başlanan hastaya kontrastlı batın tomografisi çekildi. Batın tomografisinde intrahepatik ve ekstra-

POSTER BİLDİRİLER

hepatik safra yolları ileri derecede genişlemiş izledi. Safra kesesi hidropik olup, duvar kalınlığı 4 mm öçüldü. Peri kolesistik dansite artışı, pankreatik ödem ve peripankreatik sıvı tespit edildi. Ayrıca infrarenal düzeyden başlayan en geniş yerinde 60x58 mm boyutunda olan tromboze görünümde yalancı lümene sahip gerçek lümen boyutu 24x30 mm olan abdominal aort anevrizması tespit edildi. Akut pankreatit için medikal tedavisi düzenlenen hasta sonrasında endovasküler stent greft uygulanan üst merkeze sevk edildi.

SONUÇ: Karın ağrısının ayırıcı tanısının iyi yapılması, uygun laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin seçilmesi hastanın mevcut kliniği dışında koinsidental saptanan ancak mortalite ve morbiditesi daha yüksek hastalıklarının da tanısının konulmasına yardımcı olacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: karın ağrısı, akut pankreatit, aort anevrizması

PS-0409 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Ateşli Silah Yaralanması Sonrası Cilt Altında Kalan Mermi Çekirdeği

Bilgehan Demir, Hakan Oğuztürk, Muhammet Gökhan Turtay, Ediz Sarıhan, Şükrü Gürbüz, İrfan Bayhan
İnönü Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Malatya

Ateşli silah yaralanmaları (ASY) günümüzde, giderek artan şiddet eğilimi ve silaha ulaşım kolaylığı nedenleri ile acil servise başvurular arasında önemli bir grubu oluşturmaktadır. ASY yaralanmaları künt ve kesici alet yaralanmalarına göre farklılık gösterir. Fırlatılan materyal ile biyolojik hedef arasındaki etkileşim balistik etkiyi oluşturur. Merminin yakıcı etkisine ek olarak dokulardan geçiş hızı ve yaydığı dalga da ciddi anlamda harabiyete neden olmaktadır. Bizim hastamızda da ASY sonrası mermi çekirdeği, sol anterior inferior iliaca seviyesinden girerek yön değiştirmiş ve sağ anterior süperior ilaca seviyesinde cilt altında kalmıştır. Geçerken intestinal organlarda perforasyona yol açmıştır. Bu bilgiler ışığında kurşunun hastanın pantolon cebinde bulunan para ve anahtarlığa çarptıktan sonra yön değiştirdiği düşünüldü. Bu nedenle olgumuzda ateşli silah saldırısına uğrayan genç bir erkek hastada mermi çekirdeğinin izlediği yol ve yapmış olduğu harabiyeti vurgulamak istedik.

ANAHTAR KELİMELER: Ateşli Silah Yaralanması, Acil Servis

PS-0410 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Akut Apandisit Şüpheli Olgularda Serum Amiloid A'nın Tanısal Değeri

Faruk Çavdar[1], Murat Yıldar[1], Melih Yüksel[2], Murat Başbuğ[1], Fatma Sirer[3], İsmail Yaman[1], Hayrullah Derici[1]
[1] *Balıkesir Üniversitesi,Tıp Fakültesi,Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı,Balıkesir*
[2] *Balıkesir Üniversitesi,Tıp Fakültesi,Acil Tıp Ana Bilim Dalı,Balıkesir*
[3] *Yalova Devlet Hastanesi,Genel Cerrahi Kliniği,Yalova*

GİRİŞ: Akut apandisit (AP) en sık görülen cerrahi akut batın sebebidir. Günümüzde İleri görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar tetkiklerine rağmen akut apandisit tanısı için özgün bir tetkik hala geliştirilememiştir. Bu çalışmada akut faz reaktanı olan serum amiloid A (SAA)' nın akut apandisit tanısındaki yeri ve C reaktif protein (CRP) değeri ile kolerasyonunu araştırılmıştır.

YÖNTEM: Şubat 2014 ile Eylül 2014 tarihleri arasında Yalova Devlet Hastanesi Acil Servisine karın ağrısı ile başvurup akut apandisit ön tanısı ile yatırılan 63 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların lökosit, SAA, CRP değerleri ve preoperatif batın ultrasonografi (USG) bulguları ile apendektomi piyesinin histopatolojik inceleme sonuçları karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların 33'ü erkek 30'u kadın olup ortalama yaş 32 İdi. 55 hastaya cerrahi müdahale uygulanıp 8 hasta klinik takip sonrası batın muayene bulguları gerilediğinden konservatif olarak takip edildi. Cerrahi uygulanan 55 hastanın 7' sinde peroperatif bulgu olarak apandisit saptanmadı. Bu hastaların birinde peptik ulcus perforasyonu, birinde safra kesesi perforasyonu, birinde apendiks epiploika torsiyonu ve kalan dörtünde over kist rüptürü saptandı. Apendektomi yapılan 48 hastanın 15' inde apendiks piyesinin histopatolojik incelemesinde apandisit ile uyumlu olmadığı tespit edildi.

Çalışmaya dahil edilen tüm hastaların 48'inde SAA düzeyi yüksek iken 15 hastada düşük olarak saptandı. Bu 48 hastanın 31'inde apandisit olduğu görüldü. SAA düzeyi düşük olan 15 hastanın sadece 2'sinde apandisit saptandı. CRP düzeyi yüksek olan 40 hastanın 27'sinde apandisit saptanırken CRP düzeyi düşük olan 23 hastanın 12'sinde apandisit saptandı. USG bulguları akut apandisit ile uyumlu olan tüm hastalarda apandisit saptanırken USG bulguları nonspesisifik olan hastaların 10'nunda apandisit saptandı. SAA nın sensitivitesi %94, spesifitesi %43, pozitif prediktif değeri %65 ve negatif prediktif değeri ise %87 olarak hesaplandı. CRP nin sensitivitesi %69, Spesifitesi %45 olarak pozitif prediktif değeri %67 ve negatif prediktif değeri ise %48 olarak hesaplandı.

SONUÇ: Bu çalışmada SAA' nın akut apandisit açısından negatif prediktif değerinin yüksek olduğu görülmüştür. Bu yüzden şüpheli klinik bulguları olan hastalarda düşük SAA düzeyleri varsa apandisit tanısı dışlanabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Serum Amiloid A, Akut Apandisit, C Reaktif Protein

PS-0411 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Her Yerde Hava Var !!!

Müge Gülen[1], Hayrettin Dizen[2], Selen Acehan[3], Muhammed Semih Gedik[4], Hayri Çınar[4], Davut Kaplan[1]
[1] *Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Acil Servis, Eskişehir*
[2] *Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Eskişehir*
[3] *Mersin Devlet Hastanesi, Acil Servis, Mersin*
[4] *Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana*

GİRİŞ: Pnömomediastinum; solunum sistemi veya sindirim sistemi organlarının perforasyonu sonucunda mediastende ekstraalveoler hava varlığıdır. Biz bu yazıda özefagogastrik bileşkede perforasyon sonucunda pnömomediastinum ve cilt altı amfizem gelişen nadir görülen bir olguyu sunmak istedik.

OLGU: Kırk sekiz yaşında bayan hasta acil servise iki gündür devam eden kusma ve karında şişlik şikayeti ile ambulansla getirildi. Hastanın acil servise başvurusunda bilinci açık koopere, vital bulgularına bakıldığında tansiyon arteriyel: 70/40 mmHg nabız: 145/ dk, vücut ısısı: 36,6 °C, solunum: 32/dk' ydı. Fizik bakıda her iki gözde bifissür ödem, yüzde, boyunda ve göğüs ön duvarda ödem görüldü, cilt altı amfizem palpe edildi. Kalp dinlemekle ritmik taşikardikti. Ek ses, üfürüm yoktu. Bilateral akciğer sesleri azalmış, hasta takipneik, dispneikti. Batın distandü görünümde, tüm kadranlarda hassasiyet mevcuttu. Hastanın acil servise getirildiğinde yapılan tetkiklerinde tam kan sayımında, beyaz küre (WBC):12500/mm3, hemoglobin (HGB): 15.4 g/dl, hematokrit (HCT): % 47.7, platelet (PLT): 316000/ mm3; biyokimyasal tetkiklerinde, glukoz: 160 mg/dl, BUN: 28 mg/dl, kreatinin: 2.31 mg/dl, alanin aminotransferaz (ALT): 15 IU/L, aspartat transaminaz (AST): 40 IU/L, total bilirubin: 0.2 mg/dl, direkt bilirubin: 0.1 mg/dl, amilaz: 115 IU/L, sodyum (Na): 142. mmol/L, potasyum (K): 4.27 mmol/L, Klor (CL): 110 mmol/L idi. Hastaya çekilen posterior anterior akciğer grafisinde diyafragma altında serbest hava, ayakta direk batın grafisinde hava sıvı seviyeleri görüldü. Hastanın şikayetleri, fizik muayene bulguları ve direk grafi görüntüleri beraber değerlendirildiğinde hastada gastrointestinal traktda perforasyon düşünüldü. Oral alımı kesilip operasyon hazırlıklarına başlanan hastaya cilt altı amfizem ve batında serbest hava varlığı nedeniyle kontrastlı toraks ve batın tomografisi çekildi. Toraks tomografisinde cilt altı tüm fasial planlarda, kas planları arasında ve tüm mediasten kompartmanlarında serbest hava tespit edildi. Batın tomografisi batın içerisinde tüm kadranlarda ve retroperitoneal alanda serbest hava, batın içerisinde yaygın serbest sıvı, mide korpusundan fundusuna doğru duvar bütünlüğünde bozulma (perforasyon ?), dalakta kontrastlanma yokluğu (infarkt ?), ince barsaklarda ileus görünümü şeklinde raporlandı. Acilen operasyona alınan hastada özefagogastrik bileşkeden mide fundusuna doğru uzanan 7 santimetrelik perforasyon alanı ve kapsül bütünlüğü bozulmuş konjesyon içeren dalak saptandı. Cerrahi sonrası yoğun bakıma alınan hasta postoperatif 48. saatte extübe edildi. Böbrek fonksiyon bozukluğu kötüleşen, idrar çıkışı azalan ve metabolik asidozu olan hasta hemodiyalize alındı. Hastanın halen yoğun bakımda tedavisi devam etmektedir.

SONUÇ: Yüzde ödem ve cilt altı amfizem gastrointestinal traktda perforasyon düşünülen olgularda pnömomediastinum açısından uyarıcı olmalıdır. Uygun görüntüleme yöntemleriyle konulacak pnömomediastinum tanısı operasyon sırasında ve sonrasında gelişecek solunum ve dolaşım problemlerinin öngörülmesine ve erken destek tedavinin planlanmasına yardımcı olacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Pnömomediastinum, cilt altı amfizem, gastrointestinal trakt perforasyonu

PS-0412 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Masif Transfüzyon gerektiren ileri yaş Varis dışı Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı bir hastada başarılı Anjiyografik Embolizasyon (Coil) uygulaması

Özgür Levent Yamanlar, Pınar Henden, Celal Katı, Hızır Ufuk Akdemir, Meltem İnce
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ VE AMAÇ: Üst gastrointestinal (GİS) kanamalarında endoskopi teşhis ve tedavide birincil invaziv tekniktir. Bazı hastalar tüm medikal tedavi ve endoskopiye rağmen cerrahi yöntemler ve girişimsel anjiyografik embolizasyon ile tedavi edilebilmektedir. Özellikle 24 saatte 4 üniteden fazla kan transfüzyonu ihtiyacı olan masif kanamalar, hemodinamik açıdan stabil olmayan hastalar, endoskopik ve cerrahi işlem sonrası kanaması devam eden hastalar girişimsel anjiyografik embolizasyon için uygun vakalardır. Biz bu olguda acil servisimize masif transfüzyon gerektiren ileri yaş varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalı bir hastada anjiyografik embolizasyon (coil) uygulamasını sunduk.

OLGU: Seksen yaşında daha öncesinde mide ülseri nedeni ile medikal tedavi alan ve kalp yetmezliği olan hasta, kanlı kusma, siyah renkli dışkılama ile acil servisimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde batında hassasiyeti dışında ek bir özellik yoktu. Rektal tuşesi cıvık melena ile uyumluydu. Nazogastrik sondadan gelen aktif kanaması yoktu. Hastanın acil servise geliş hemoglobin (Hgb) düzeyi 6.0 g/dL, hematokrit (Htc) düzeyi %18 idi. Laboratuvarda diğer parametreleri normal idi. Takibinde 24 saatte 8 ünite, yatışının 4 gününde toplamda 30 ünite eritrosit transfüzyon ihtiyacı olan hastaya 2 kez endoskopi denendi. Endoskopi işlemi sırasında bulbus çıkışında lümen daralmıştı, mukoza erozyonu ve ödem nedeni ile distale geçilemedi. Hastanın gastroduedenal arterden kanadığı düşüldü. Genel cerrahi tarafından önerilen kanama cerrahisi, hasta ve ailesi tarafından kabul edilmedi. Girişimsel radyoloji tarafından kanamanın 5. gününde anjiyografik coil yöntemi ile hastaya müdahale edildi. Gastroduedenal artere başarılı coil işlemi ile kanama durduruldu. İşlem sonrası hastanın takibinde vital bulguları stabil seyretti, transfüzyon gerektiren, tekrarlayan kanaması olmadı. Hasta Hgb düzeyi 11 g/dL ve Htc % 33 düzeyi ile taburcu edildi.

SONUÇ: Varis dışı üst GİS kanama günümüzde halen önemli bir mortalite sebebidir. Yapılan seri vaka çalışmalarında anjiyografik embolizasyon yöntemleri endoskopi ile kıyaslandığında altın standart tedavi yöntemi olarak saptanmıştır. Masif transfüzyon gerektiren, hemodinamisi stabil olmayan, cerrahi yapılamayan hastalarda ilk tercih olarak düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: coil embolizasyon,gastrointestinal kanama,ileri yaş,masif transfüzyon

PS-0413 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Pelviste Kist hidatik

Serdar Derya, Şükrü Gürbüz, Muhammet Gökhan Turtay, Mehmet Ediz Sarıhan, Hakan Oğuztürk
İnönü Üniversitei, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Malatya

Kist hidatik, çok eski bir hastalık olarak tanımlanır. ilk olarak köpeğin ince barsağındaki erişkin paraziti ilk olarak 1786 yılında Batsch tarafından tanımlanmış ve granulosus adı verilmiştir. Daha sonra parazit ile kist hidatik arasında ilişki Leuckart tarafından ortaya konmuştur.Hastalığın yaşam döngüsü içinde hayvanlarında olması nedeni ile özellikle hayvancıklıkla uğraşan bölge ve iş alanlarında hastalığın görülme sıklığı artmaktadır. İnsanlara bulaş yollarında köpek,koyun,keçi,deve, büyük baş hayvanlar ve diğer otçul hayvalar rol oynar.İnsanlar tarafından tüketilen hayvanlar ara konaktır ve son konak köpeklerdir.

Hastalığın semptomları çok değişken olup tutulan organa bağlı olarak klinik bulgu verir. Çoğunluklada asemptomatik kalabilir. Sıklıkla karaciğerde olmakla birlikte %10-30 olguda akciğerde de görülebilen paraziter bir hastalıktır. Genelikle karaciğer yerleşimli olması ve akciğerde ise sıklıkla sağ alt lob yerleşimli olması nedeni ile sıklıkla aktif şikayet sağ üst kadran ağrısı ve epigastrium ağrısıdır.

39 yaşında bayan hasta acil servisimize artan mide ağrısı neden ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede epigastrium bölgesinde hassasiyet ve defans ve rebound negatif değerlendirildi. Hastanın alınan kan tetkiklerinde bilirubin değerleri dahil tüm tetkikleri normal olarak değerlendirildi.Radyoloji bölümü tarafından yapılan ultrsonografisinde karaciğer segment 3'de 8.3x7.5cm boyutta anekoik kistik lezyon izlendiği bildirildi. Klinik olarak acil müdahale gerektirecek kişisel kanaat oluşturmadığından hasta elektif şartlarda cerrahi önerilerek tedavi ile ağrıları azaltıldıktan sonra ameliyat için genel cerrahi polikliniğine yönlendirildi.Hastanın bir ay sonraki kontrollerinde pelvik bölgede kist olduğu saptandı.Hastanın radyoloji bölümü tarafından Bilgisayarlı tomografisi (BT) değerlendirildi ve önceki BT de karaciğer segment 3 komşuluğunda tariflenen kistik lezyon mevcut BT görüntülerinde kemik pelvisde benzer boyutlarda uterus anteriosuperiorunda izlenmekte (intraperitoneal yerleşimli kist hidatik) olduğu bildirildi. Genel cerrahi bölümünce cerrahisi planlanarak cerrahi yapıldı.

Kist hidatik doğru tanı ve doğru tedavi ile sağlıklı sonuçlar alınan ve insandan insana bulaş olmayan ayrıca aşısı olmayan yaygın bir hastalıktır. Hijyen koşullarının ıslahı ve kan değerlerindeki yüksek tablolarda gerekli ise cerrahi işlemin bekletilmeden yapılması hastalık eradikasyonun da son derece önemli durumlardır. Bu bağlamda temel yapılacak işlem hastalık bulaş riskleri ortan kaldırmaya çalışmak esas amaç olmalıdır.

Hastalığın tanısında BT ve MR kullanılmaktadır. Ulaşılabilirliği daha kolay olması nedeni ile USG ilk tercihtir. Bizim hastamızda da ilk etapta USG çekilmiştir. Eğer kistler safra yoluna açılmışsa tanı ve tedavi amaçlı olarak ERCP(eksternal retrograd kolonjiografi)yapılabilir.

Sonuç olarak,kist hidatik tedavisinin medikal olması ve lüzum durumunda endemik bölgeler dışında başarı şansının yüksek olan cerrahi tedavileri ile iyi sonuçlar alınan bir hastalık grubudur. Her ne kadar tedavisinin cerrahi ve eklenen medikal tedavi ile başarı şansları artmış bile olsa primer tedavi hijyen ve bulaş yollarının ıslahıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Kist hidatik, Pelvis, Karaciğer

PS-0414 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Motor Afazik Hastalarda Ani Gelişen Yutma Güçlüğü

Emrah Çelik[1], Yusuf Kenan Tekin[2], Asım Enes Öztürk[1], Esra Karaman[3]
[1]*izmit Seka Devlet Hastanesi Acil Servisi, Kocaeli*
[2]*Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Sivas*
[3]*Muş Devlet Hastanesi Acil Servisi, Muş*

AMAÇ: Yabancı cisim yutulması ülkemizde ve dünyanın her yerinde acil servise başvuru nedenleri arasındadır. Yutulan cismin yapısı, şekline ve gastrointestinal sistemde lokalize olduğu yere göre farklı bulgular verebilir ve hayatı tehdit eden sonuçlar doğurabilir.

OLGU: 68 yaşında erkek hasta acil servisimize hasta yakınları tarafından 3 gündür yemek yememe ve yutma güçlüğü şikayetleri ile getirildi. Hastanın özgeçmişinde 4 ay önce geçirilmiş SVO, hipertansiyon ve hiperlipidemi mevcuttu. Vital bulgular; TA:140/70 mmHg, nabız:76/dakika, solunum sayısı:17/dakika, ateş: 36,7 0C, Oksijen saturasyonu % 98 idi. Fizik muayenede Genel durum orta, bilinç açık, afazik, kooperasyon kısıtlı, her iki üst ve alt extremite 3/5 hemiparezik. Baş boyun muayenesinde ağız içerisinde yoğun gıda artıkları olduğu gözlendi. Oskültasyonda Akciğer sesleri doğaldı. Çekilen anteroposterior ve lateral servikal grafide posterior nazofarenks'de diş protez implantı gözlendi. Hasta KBB ile konsülte edildi ve ameliyathanede endoskopik larengoskopi eşliğinde protez çıkarıldı. İşlem sonrasında hastanın şikayetleri geriledi ve çekilen kontrol grafiler normal olarak değerlendirildi. Sonrasında hasta yakınlarından alınan öyküde 2-3 gündür üst diş protezinin kaybolduğu öğrenildi.

SONUÇ: Bu nedenle ani disfaji gelişen, özellikle ileri yaştaki hastalarda yabancı cisim yutulması ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Özellikle yutma güçlüğü, iştahsızlık, boğazda takılma hissi ile acil servislere gelen çocuk ve yaşlılarda, SVO öyküsü olan hastalarda yabancı cisim yutulması olabileceği akılda tutulmalıdır. Diş protezi gibi ağız içerisinde mobil olabilen implantların çıkarılması hayati öneme sahiptir.

ANAHTAR KELİMELER: Yutma güçlüğü, yemek yememe, SVO

PS-0415 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Anteriyor kalça çıkığı acil redüksiyon

Davut Kaplan[1], Müge Gülen[1], Ersan Tomuş[2]
[1]*Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi Acil Servis*
[2]*Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi Ortopedi Servisi*

POSTER BİLDİRİLER

GİRİŞ: anteriyor kalça çıkıkları oldukça nadir görülen yaralanmalardır. Genellikle ciddi travmalar sonrasında görülür ve fraktür ile birliktelikleri oldukça sıktır. Fraktür olmaksızın anteriyor kalça çıkığı ve acil serviste sedasyon analjezi ile redüksiyon yaptığımız nadir görülen bir olguyu sunmak istedik.

OLGU: 56 yaşında bayan hasta 112 ekipleri tarafından ev içi düşme ve sağ kalça ağrısı nedeniyle acil servise getirildi. Hasta banyoda ayağının kayması nedeniyle kalçasının üstüne düşmüş ve yürüyememiş. Acil servise başvurusunda bilinç açık koopere oryante, vital bulguları: tansiyon arteryel:120/80 mmHg, nabız:92/dk, solunum sayısı:16/dk, ateş:36,7 0C idi. Fiziki bakısında sağ kalça deforme görünümde uyluk dış rotasyon ve abduksiyonda idi. Periferik nabızlar açık motor ve duyu defisiti yoktu. Hastanın çekilen kalça grafisinde anteriyor kalça çıkığı saptandı. Herhangi bir fraktür hattı izlenmedi. Hasta acil resüsitasyon odasında alınarak sedasyon ve analjezisi sağlandıktan sonra ortopedi uzmanı ile birlikte hastanın kalçası abdüksiyon traksiyon ve dış rotasyon yapılarak redükte edildi. Çekilen kontrol grafisinde redüksiyon başarılı ve fraktür izlenmedi. Hasta gözlem amaçlı servise yatırıldı.

SONUÇ: Anteriyor kalça çıkıkları oldukça nadir görülür ve redüksiyonları zaman kaybetmeden yapılmalıdır. Acil serviste sedasyon-analjezi ile redüksiyon başarısı oldukça yüksektir.

ANAHTAR KELİMELER: kalça çıkığı redüksiyon sedasyon-analjezi

PS-0416 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

İntraserebral Hematom; Tek Ventriküle Açılmış Kanama

Mehmet Şam, Ahmet Kutur, Fatih Çömez
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Arteriyel veya venöz kanın, travma olmaksızın ani olarak beyin dokusu içine geçişi ile ortaya çıkan klinik tabloya spontan intraserebral kanama adı verilir.Klinik tablo damar dışına çıkan kan miktarı, hematomun kitlesi, yaygınlığı ve lokalizasyonu ile yakından ilişkilidir.

İyi bir nörolojik muayene ile birlikte yapılan ayrıntılı radyolojik görüntüleme tanıda önemlidir. İntraserebral hemorajinin etiyolojisinde yer alan en önemli faktörlerden biri hipertansiyondur. İntraserebral kanama, 60-70'li yaşlarda daha sık görülür, tüm SVH tiplerinin %10-20'sinden sorumludur ve mortalitesi diğer kraniyal kanamalara oranla daha yüksektir. Bu vakada unilateral 3. ventriküle açılmış olan intraserebral hemoraji saptanan hastayı sunmak istedik.

ANAHTAR KELİMELER: İntraserebral kanama, İntraserebral hemoraji, Ventrikül

PS-0417 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Hemorajik Şok Modelinde Terlipressin ve Efedrin Etkinliklerinin Analizi

Hayri Canbaz[1], Ümit Kaldırım[2], Şükrü Ardıç[3], Murat Durusu[4], Mehmet Eryılmaz[4]
[1] *Mareşal Çakmak Asker Hastanesi, Acil Servis, Erzurum*
[2] *Siirt Asker Hastanesi, Acil Servis, Siirt*
[3] *Elazığ Asker Hastanesi, Acil Servis, Elazığ*
[4] *Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara*

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmada karaciğer yaralanmasına bağlı deneysel hemorajik şok modelinde standart ringer laktat infüzyonu ile birlikte terlipressin ve efedrinin sağ kalım ve temel hemodinamik parametreler üzerine etkilerinin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM: Terlipressin, efedrin, ringer laktat ve kontrol grubu olacak şekilde 4 grupta toplam 36 rat ile çalışmayı planladık. Batın orta hatta abdominal insizyon sonrası karaciğerin median ve sol lateral loblarının yaklaşık %65'i çıkarılarak hemorajik şok modeli oluşturuldu. Gruplar 90 dakika boyunca ortalama arter basıncı, nabız, sağkalım ve arteryel kan gazı değerleri açısından gözlendi.

BULGULAR: 90 dk sonunda sağkalım oranı, terlipressin grubunda 3/9 (%33), efedrin grubunda 1/9 (%11) diğer gruplarda 0 idi. Terlipressin ve efedrin grupları arasında sağkalım açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. Yalnız terlipressin ve efedrin, ringer lakat ile kontrol grubuna sağkalım açısından üstün bulundu. Doku perfüzyonu düşünülerek karşılaştırıldığında ise, terlipressin tedavisindeki grubun OAB'nın 40 mmHg'nin üzerinde, efedrin grubunun ise altında olduğu görüldü.

SONUÇ: Trafik kazasında, afetlerde, savaşlarda meydana gelen ve direk basının, turnike uygulamasının, tahliyesinin zor, zamanın yetersiz olduğu travmalar olmaktadır. Özellikle bu travma sonrası batın içi kanamalı hastaların kanama kontrolünü sağlanmak, hastayı cerrahi tedavi göreceği hastaneye tahliyesi için zaman kazandırmak, ona cerrahi operasyon şansı tanımak, aynı zamanda 'golden hour' olarak adlandırılan sürede mortaliteyi azaltmak, kanamayı azaltmak ve vital fonksiyonları korunmak önemli amaçlarımız olmalıdır. Bu amaçlara hizmet etmek için yaptığımız çalışmamızın sonuçlarına göre, hemorajik şok tedavisinde terlipressin ve efedrin alternatif bir ilaç olabilir.

ANAHTAR KELİMELER: hemorajik şok, terlipressin, efedrin, abdominal travma

PS-0418 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

İzole Süperior Mezenter Arter Diseksiyonu: Olgu Sunumu

Erdem Aksay[1], Akkan Avci[1], Duygu Selen Cengiz[1], Muhammed Semih Gedik[1], Müge Gülen[2]
[1] *Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana*
[2] *Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Acil Servis, Eskişehir*

Akut ve kronik karın ağrısı çok farklı patofizyolojik mekanizmalar ve olaylar sonucunda oluşabilir. Tedavi edilmediğinde ölüme kadar giden ciddi komplikasyonlarına yol açabileceğinden, hekimin birçok sebep arasında barsakların vasküler hastalıklarını da düşünmesi gerekir. Etkilenen damara, etkilenen barsak segmentinin lokalizasyonuna göre çok değişik klinik şekillerde görülebilir. Biz bu yazıda fizik bakı ile uyumsuz inatçı karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvuran ve nadir görülen izole spontan süperior mezenter arter diseksiyonu tanısı konulan bir olguyu sunduk.

ANAHTAR KELİMELER: Diseksiyon, Karın Ağrısı, Süperior Mezenter Arter

PS-0419 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Truncus Coeliacus ve Arteria Ilıaca Communis'de Yerleşim Gösteren Birden Fazla Trombüse Sahip Bir Olgu

Murat Uysal[1], Hilal Irmak Sapmaz[1], Tufan Alatlı[2], Serhat Karaman[2], Tuğba Uslu[1], Songül Yaylacı[1], Mustafa Çiçek[1]
[1] *Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Tokat*
[2] *Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tokat*

GİRİŞ-AMAÇ: Truncus coeliacus, abdominal aorta'dan çıkan ilk büyük atardamardır ve kalbin pompaladığı kanı duodenum, pankreasın üst yarısı, karaciğer, mide, özefagus'un son kısmı ve dalağa taşır. Arteryel oklüzyonlar vücuttaki herhangi bir arterin trombüs, hava, tümör, yabancı cisimler (kateter parçası vb.), yağ ve amniyotik sıvı gibi nedenlerle tıkanması sonucu kan akımının ani olarak durmasıdır. Hastanın kliniği oklüze olan damarın lokalizasyonuna, oluş zamanına ve kollateral bir dal olup olmadığına göre değişiklik gösterir.

Biz bu vaka sunumunda truncus coeliacus'taki trombüs'e ek olarak sağ a. iliaca communis'de de trombüs saptanan bir olguyu sunmak ve böylelikle abdominal aorta'dan köken alan farklı damarlarda aynı anda birden fazla trombüs birlikteliğinin olabileceğine dikkat çekmek istedik.

OLGU: 66 yaşında bayan hasta, acil servise iki gündür devam eden karın ağrısı ve ishal şikayeti ile geldi. Özgeçmişinde 20 gün önce geçirilmiş iskemik inme ve hipertansiyon öyküsü vardı. Hastanın fizik muayenesinde bilinci açık, GKS'si 15 ve batın muayenesinde yaygın hassasiyet ve defans mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde Hb:15.9 gr/dl, Htc: % 49.7, Wbc: 14.4/mm3, Nötrofil: 9.1/mm3, Plt: 338.000/mm3, INR: 1.1, CRP: 45.7 mg/l, Troponin: 3.05 pg/ml, BUN: 15.1 mg/dl, Kreatinin: 0.62 mg/dl, AST: 42.5 U/L, ALT: 59 U/L, GGT: 113 U/L. EKG sinde AF mevcuttu. Hastaya çekilen batın BT'sinde truncus coeliacus orifisi düzeyinde abdominal aorta lümeni içinden başlayıp truncus coeliacus'a uzanım gösteren ve yaklaşık 11 mm'lik segmentte devam eden, kontrast madde geçişine izin veren trombüs materyali dikkati çekmekteydi. Ayrıca sağ a. iliaca communis bifürkasyon düzeyinden itibaren distale kadar total oklüde görünüm

izlendi. Bunun üzerine Kalp Damar Cerrahisi bölümüne konsulte edilen hastaya anti agregan-antikoagülan tedavi başlanarak yatırıldı. Lümende tam tıkanıklık görülmeyen hasta durumunun iyiye gitmesi üzerine medikal tedavi idamesi ile birlikte poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Akut mesenter iskemi'sinin erken teşhisinde en önemli nokta hastalığın akla getirilmesidir. Karın ağrısı akut mesenter iskemi vakalarının %75-98'inde görülür. Ağrının yeri, şiddeti ve karakteri değişik olabilir. Ağrı çok şiddetli olduğu halde karın muayenesinde genellikle fazla bir bulgu yoktur. Karın ağrısı oluşturabilecek nisbeten sık görülen sebeplerin uzaklaştırılması tanıda yardımcı olabilir. Radyolojik görüntülemeyle a.mesenterica superior ve truncus coeliacus'ta trombüs saptanan hastalarda genellikle koroner, periferik veya serebral aterosklerotik damar hastalığı bulunur. Olgumuzda olduğu gibi truncus coeliacus ya da dallarında trombüs saptanan hastalarda, abdominal aortanın başka dallarında da trombüs olabileceği akla getirilerek hastanın klinik ve radyolojik açıdan ayrıntılı olarak incelenmesi büyük önem taşımaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Truncus coeliacus, a. iliaca communis, trombüs

PS-0420 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Warfarin Kullanımına Bağlı Falx Cerebri Boyunca Subdural Hematom: Olgu Sunumu

Mehmet Esen[1], Murat Uysal[2], Tufan Alatlı[1], Hilal Irmak Sapmaz[2], Safiye Ayan[3], Ertuğrul Deniz Köse[2], Burak Hasgül[1]

[1]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tokat*

[2]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Tokat*

[3]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Tokat*

GİRİŞ-AMAÇ: İnme dünyada iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sırada gelen ölüm nedenidir. İnmelerin % 10–15'i intrakranial hemoraji sonrası oluşur. İntrakranial hemoraji serebrum, serebellum, beyin sapı içine kanamaları içeren beyin damar hastalığıdır. Beyin içine olan kanamaların klinik özellikleri kanamanın yeri, büyüklüğü, genişliğine bağlı olarak klinik bulgu verir. Tek taraflı kas parezileri, görme alanı defektleri yürüme ve koordinasyon problemlerinden komaya kadar giden bulgular ortaya çıkabilir. Beyin içi kanamalarda travmanın yanı sıra ileri yaş, hipertansiyon ve antikoagülan kullanımı kabul edilmiş risk faktörleridir. Warfarin, K vitaminine bağımlı koagülasyon faktörlerini inhibe ederek etki gösteren, tedavi ve profilaksi amacıyla yaygın olarak kullanılan antikoagülan bir ajandır. Antikoagülan ilaçlar derin ventrombozu, kapak hastalıklarında, mekanik kalp kapak operasyonu geçirenlerde ve atrial fibrilasyonda tedavi amacı ile kullanılmaktadır. Biz bu olgu sunumunda warfarin kullanımı ile ilişkili subdural hemotomu ve ventrikül içine kanaması olan bir vakayı sunduk.

OLGU: Bilinç bulanıklığı ile acil servisimize başvuran 86 yaşında erkek hastada Glasgow Koma Skalası 5 puan olarak değerlendirildi. Özgeçmişinde koroner arter hastası olduğu ve kumadin kullandığı belirlendi. Fizik muayenesinde TA; 160/80 mm/hg, Nb; 80/dk idi. Laboratuar parametreleri; Hb: 7,8g/dl Htc: % 23 Plt:132000 k/mm3, Wbc: 5500/mm3, AST: 21 u/l, ALT:9 u/l, BUN: 36 mg/dl kreatinin: 1,2 mg/dl, INR:5,3. Beyin BT'sinde lateral, üçüncü, dördüncü ventriküller ve Falx cerebri komşuluğunda kanama olduğu görüldü. Orta hatta sağa yaklaşık 18 mm şift etkisi mevcuttu. Beyin cerrahi tarafından opere edilen hasta, operasyonun 4. gününde kaybedildi.

Sonuç. Warfarin kullanan hastaların takibi international normalized ratio (INR) ile yapılır. Hedeflenen INR değeri ortalama 2-3 arasında olmalıdır. Üç'ün üstünde komplikasyonlar artmakta özellikle 4-5'in üstünde intrakranial hemoraji riski dramatik olarak artmaktadır. Acil hekimlerinin antikoagülan kullanan hastalarda mutlaka INR değerine bakmaları ve INR değeri 4-5 üstünde olan hastalarda intrakranial hadiseler yönünde dikkatli olmaları gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Warfarin, falx cerebri, subdural hematom, INR

PS-0421 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Mezenterik Ven Trombozu ile Portal Ven Trombozu Birlikteliği: Olgu Sunumu

Mehmet Esen[1], Murat Uysal[2], Tufan Alatlı[1], Ayşe Duhan Taş[2], Nurşah Başol[1], Burak Hasgül[1]

[1]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tokat*

[2]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Tokat*

GİRİŞ-AMAÇ: Karın ağrısı, acil servis başvurularının % 4.4-%7.5'unu oluşturur. Karın ağrısı yapan nedenler arasında portal ven trombozu ve mezenterik ven trombozu az rastlanan bir durumdur. Portal ven trombozu etyolojisinde kollajen doku hastalıkları, pankreatit, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, siroz, oral kontraseptif kullanımı, gebelik ve travma gibi birçok faktör rol oynamaktadır. Hastalarda klinik tablo çoğunlukla sessiz seyretmesine karşın bazı durumlarda gürültülü bir karın ağrısı şeklinde ortaya çıkar. Mezenterik ven trombozu, akut mezenter iskemisi olgularının yaklaşık %5-15'inden sorumlu olan ve nadir görülen bir durumdur. Etyolojide trombüse yatkınlık oluşturan durumlardan inflamatuvar hastalıklara kadar birçok faktör rol oynar.

Portal ven, splenik ven ve superior mezenterik venin ikinci lumbal vertebra düzeyinde ve pankreas başının arkasında birleşmeleriyle oluşur. Superior mezenterik venden farklı olarak inferior mezenterik ven, genellikle splenik ven'e veya daha az sıklıkla superior mezenterik ven'e açılır. Karaciğere gelen kanın büyük bir kısmını taşıyan portal ven, hepatoduedonal ligament içinde ana safra kanalının dorsalinde ve biraz medialinde yerleşmiş olarak 8-9 cm'lik yol katederek karaciğere gelir. Bu olgu sunumunda karın ağrısının nadir görülen iki sebebi olan portal ven trombozu ve superior mezenterik ven trombozunun birliktelik gösterdiği bir vakayı sunmak istedik.

OLGU: 63 yaşında kadın hasta, iki gündür gaz gayta yapamama ve bulantı şikayeti ile acil servise geldi. Özgeçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon ve idiopatik trombositopenik purpura tanıları bulunmaktaydı. Fizik muayenesinde TA;130/85 mmHg, Nb;78/dk, batın muayenesinde her iki alt kadranda hassasiyeti mevcut, diğer sistem muayenelerinde ek bir patoloji yoktu. Laboratuvar parametreleri: Hb: 12g/dL, Htc: % 36, PLT: 345000/mm3, WBC: 21000/mm3, AST: 22 U/L, ALT:22 U/L, BUN: 15 mg/dL, kreatinin:0,6 mg/dL, INR: 1,3. Batın BT'sinde portal ven ve distal dalları tromboze görünümdeydi (Şekil 1). Superior mezenterik vende seyri boyunca parsiyel trombuse ait olabilecek lümen içi hipodens alanlar mevcuttu (Şekil 2). Hasta genel cerrahi servisine yatırılarak enoxaparin tedavisi başlandı.

SONUÇ: Portal ven trombozu ve mezenterik ven trombozu, iskeminin nadir görülen iki nedenidir. Tanı için öncelikle dikkatli bir anamnez ve klinik şüphe gereklidir. Hem klinik hem de laboratuvar tetkiklerinin nonspesifik olması nedeniyle tanı konulması sıklıkla gecikmekte ve buna bağlı mortalite oranı halen yüksek seyretmektedir. Hastalık primer (idiyopatik) tip ve predispozan bir faktörün bulunabildiği sekonder tip olmak üzere ikiye ayrılır. Tedaviyi hidrasyon, antikoagülan tedavi, cerrahi tedavi ve bunların kombinasyonu oluşturmaktadır. Hastalığın tanısının hızlı konulması ve erken tedavisi hayat kurtarıcıdır. Olgumuzda olduğu gibi akut mesenter iskemisi bulunan olgularda, mesenterik ven trombusüne ek olarak başka bir vende de trombüs gelişebileceği akılda tutulmalı ve hastanın klinik ve radyolojik bulguları dikkatli değerlendirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Superior mezenterik ven, portal ven, trombüs

PS-0422 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

İzole Dalak Kisti: Olgu Sunumu

Murat Ayan[1], Murat Uysal[2], Hilal Irmak Sapmaz[2], Fatih Şahin[1], Ufuk Coşkun[1], Ayşe Duhan Taş[2], Mustafa Çiçek[2]

[1]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tokat*

[2]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Tokat*

GİRİŞ-AMAÇ: Kist hidatik Echinococcus granulosus ve Echinococcus multilocularis parazitlerinin neden olduğu enfeksiyöz bir hastalıktır. Kist tüm organları tutabilmekle birlikte en sık karaciğer ve akciğerde yerleşim göstermektedir. Üçüncü sırada dalakta yerleşim göstermekle birlikte izole dalak tutulum çok nadirdir (1, 2). Hastalık genellikle asemptomatik seyreder. Semptomlar genelde kistin aşırı büyümesi, organlara bası yapması veya rüptür olmasıyla oluşur. En sık şikayet karın ağrısı ve karında rahatsızlık hissidir (3). Kist hidatik tanısı, kistlerin çeşitli görüntüleme yöntemleri ile gösterilmesi ile konulur. Tanı serolojik testler ile doğrulanabilir. Biz bu olguda karın ağrısı ile gelen nadir görülen izole dalak kist hidatiği vakasını sunmak istedik.

OLGU: 71 yaşındaki kadın hasta 15 gündür karında şişlik ve ağrı şikayetiyle acil servise müracaat etti. Fizik muayenede batında yaygın hassasiyeti ve sol üst kadranda ele gelen kitlesi mevcuttu. Laboratuar parametreleri: Hb: 7 g/dL, Htc: % 26 PLT: 173000 K/mm3, WBC: 17000/mm3, AST: 16 U/L, ALT:16 U/L, BUN: 42 mg/dL, Kreatinin: 0,5 mg/dL, INR: 1.3, sedimentasyon: 63 mm/saat, CRP:135 mg/L. Hastanın BT'sinde dalak üst polden başlayıp orta segmente kadar uzanım gösteren yaklaşık 112x118 mm boyutlarında kalın cidarlı septalı heterojen kistik lezyon izlendi. Radyolojik görünüm kist hidatik lehine değerlendirildi. Hasta genel cerrahi ile konsülte edilerek elektif ameliyat planlandı.

SONUÇ: Kist hidatik, ülkemizde halk sağlığı problemi oluşturan enfeksiyöz hastalıklardan biridir. Parazitin yaşam siklusunun kırılması hastalıktan korunmada en önemli basamağı oluşturur. Kist hidatik genellikle radyolojik yöntemler ile tanınabilir. Primer tedavi, hem pediatrik hem de erişkin yaş grubunda cerrahidir.

POSTER BİLDİRİLER

Bizim vakamızda olduğu gibi kist hidatiğin özellikle izole olarak iskelet kası, pankreas ve dalak gibi akciğer dışı organları tuttuğu durumlarda hekimin, klinik bulgular ve radyolojik görünüm açısından dikkatli olması büyük önem taşımaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: İzole kist hidatik, dalak, Bilgisayarlı Tomografi

PS-0423 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Sağ Alt Kadranda Divertikülit: Bir Olgu Sunumu

Mehmet Esen[1], Murat Uysal[2], Fitnet Sönmezgöz[3], Safiye Ayan[4], Hilal Irmak Sapmaz[2], Nurşah Başol[1], Serhat Karaman[1]

[1] *Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tokat*

[2] *Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Tokat*

[3] *Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Tokat*

[4] *Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Tokat*

GİRİŞ-AMAÇ: Divertikül, kolon duvarının kese biçimindeki çıkıntısıdır. Divertiküller kolonun tüm katlarını içerebildiği gibi sadece mukoza ve submukoza tabakalarının protrüzyonu ile de oluşabilmektedir. Divertikülün inflamasyonuna divertikülit adı verilir. Hastalığın klinik spektrumu çok geniştir. İyi sınırlı hafif bir tablodan, serbest perforasyon ve jeneralize peritonitin eşlik ettiği ağır bir klinik tabloya kadar farklı formlarda görülebilir. Divertiküler hastalığı bulunan olguların %90-95'inde sigmoid kolon tutulmuştur. Olguların oldukça az bir kısmında (%2-10'unda) ise hastalık sağ kolon yerleşimlidir. Bu olgu sunumunda nadir görülen sağ paraçekal yerleşimli divertikülit vakası sunulmaktadır.

OLGU: 66 yaşında kadın hasta, karın ağrısı ile acil servise başvurdu. Şikayetlerinin ara ara tekrarladığını ancak yapılan tetkiklerinde anormal bulguya rastlanmadığını belirten hastanın fizik muayenesinde; ateşi 37,7oC, tansiyonu 125/80 mmHg, nabzı 72 atım/dk, solunum sayısı 16/dk, barsak sesleri dinlemekle doğal, batın sağ alt kadranda hassasiyeti, şüpheli ribaundu mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde haricen patolojik bulguya rastlanmadı. Laboratuar bulgularında WBC:9260/mm3, Hb: 12,69 g/dl, CRP: 16,5 mg/l, sedimentasyon: 75 mm/h idi. Acil serviste yapılan batın ultrasonunda sağda, paraçekal bölgede heterojen kitle görünümü dikkati çekmiştir. Çekilen bilgisayarlı tomografi (BT)sinde; batın sağ alt kadranda paraçekal bölgede mezenterik yağlı dokularda belirgin heterojenite, lineer ve nodüler dansite artışları izlendi ve divertikülit lehine yorumlandı. Hasta genel cerrahi konsultasyonu sonucu yatırıldı.

SONUÇ: Divertiküler hastalık kadın ve erkekte hemen hemen eşit oranda görülmektedir. Divertikülozis olarak da adlandırılan divertiküler hastalık, ikinci dekattan önce nadiren görülür ama 20 yaş sonrasında yaşla paralel olarak artar. Kolonun divertiküler hastalığı batı toplumlarında ve ileri yaşlarda sıktır, değişen diyet alışkanlığına bağlı olarak görülme sıklığı giderek artmaktadır. Divertikülozis olgularının çoğu hayat boyu asemptomatik kalır, olguların %10-25'inde divertikülit semptom ve bulguları ortaya çıkar. Hafif divertikülit atağı konservatif olarak başarı ile tedavi edilirken, serbest periton içi perforasyon halinde acil ameliyat gerekebilir, bu şartlarda mortalite oranı %20'ye yaklaşır.

Divertikülitli olguların çoğunda perforasyon perikolik yağ dokusu içine olmaktadır. Diğer abdominal organların inflamasyonu sınırlama çabası sonrası ince barsak obstrüksiyonu ve intraabdominal organlara fistülizasyon oluşur. inflamatuvar hadise ilerlerse lokalize abse gelişir. Eğer perforasyon sınırlanmazsa bu kez de jeneralize peritonite yol açan serbest perforasyon ortaya çıkar.

Divertikülitte rutin akciğer ve karın grafileri genellikle özellik göstermemekte fakat diğer hastalıkların ayırıcı tanısında yararlı olmaktadır. Günümüzde BT, akut divertikülit olgularının değerlendirmesinde rutin incelemeler arasına girmiştir. Bu nedenle akut safhada gerek kontrastlı incelemelerin gerekse kolonoskopinin yerini BT almıştır. Laboratuvar bulguları normal olmasına karşın klinik bulgular ve anamnez ışığında divertikülitten şüphelenilen hastalarda, ayırıcı tanı açısından BT gibi ileri radyolojik tetkiklerin istenmesi büyük önem taşımaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Divertikül, divertikülozis, divertikülit, karın ağrısı

PS-0424 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Post-Dural Puncture Headache Management in Emergency Department: A Case Report

Yasin Yıldız, Mine Kayacı, Şebnem Eren Çevik, Mehmet Gül
Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Klilniği, İstanbul

Post-dural puncture headache(PDPH) is one of the most common complications of diagnostic, therapeutic or inadvertent lumbar punctures.It's a kind of headache that deteriorates by standing up and dwindles with recumbency.Methylxantines are one of the treatment methods for the headache after PDPH.Returning lost cerebrospinal fluid is probable reason of the headache.It seems that Methylxantines' derivations lead to vascular contraction and can reduce the headache.Also, these drugs may decrease the headache by blocking the purine receptors.Theophylline which causes the contraction in cerebral veins has beneficial effects on PDPH treatment.In this case report; a 28-year-old female patient was presented to our emergency department with complaint of headache, on the fourth day after her caesarean section with spinal anesthesia.She was complaining of a throbbing pain in frontal localisation, which relieves when patient was in supine position and deteriorates with sitting upright.The patient had no history of any headache syndromes and was otherwise healthy.Blood pressure was 127/88mmHg, body temperature was 36,7°C and other vital signs were normal.Her Glasgow Coma Scale was 15, neurological examination was normal and she had no neck stiffness.Our initial diagnosis for patient was "possible subarachnoid hemorrhage".A noncontrast head computed tomography scan was performed and interpreted as normal.She was consulted to anesthesia clinic and they offered interovenous(IV) aminophylline therapy.The patient received 1000cc %0,9NaCl and ~3,4mg/kg aminophylline IV infusion(0,5mg/min).After the therapy, her complaint was reduced. She was discharged with a receipt of paracetamol 500mg+caffein 30mg+codein phosphate 10mg 3x1 PO and she was advised to take more oral hydration and also bed rest.The symptoms of PDPH seem to result from the loss of cerebrospinal fluid volume that triggers secondary cerebral vasodilatation and traction on pain sensitive structures of the cerebral contents when assuming an upright position.Hess et al. showed that more over IV aminophylline 5-6mg/kg per 20 min or oral theophylline 300mg each 6-8 hours can be effective in the improvement of such headaches.Sadeghi et al. showed that aminophylline administered after spinal anesthesia was effective in reducing PDPH and an arguable phenomenon is probably vasodilatation caused by aminophylline.Naghibi et al. showed that combine administration of aminophylline 1,5mg/kg plus dexamethasone 0,1mg/kg significantly reduced PDPH better than using either drug alone in patient who underwent lower extremity surgery under spinal anesthesia.This case is presented to emphasize the consideration of PDPH due to it can ocur well after hospital discharge.It is important that emergency physicians are knowledgeable of the signs, symptoms, and optimum treatment modalities for PDPH.

ANAHTAR KELİMELER: Post-dural puncture headache, aminophylline

PS-0425 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Bilindik Tedavinin Bilinçsiz Uygulaması: Soğuk Isırığı

Hikmet Duymaz, İsa Başpınar, Nurhayat Başkaya, Nermin Taşkesen, Hayri Ramadan, Yavuz Katırcı
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye

GİRİŞ-AMAÇ: Soğuğun tedavi amacıyla kullanımı antik çağ hekimliğinden beri bilinmektedir. Basit ve ucuz bir tedavi yöntemi olan soğuk uygulamalar, ağrının ilaç dışı tedavisinde önemli yer tutmaktadır. Bu uygulamaların ağrı eşiğini yükselttiği, inflamasyon ve spazmı azalttığı gösterilmiştir. Akut yumuşak doku yaralanmalarının tedavisinde yaygın olarak kullanılan bu uygulamaların, ortopedik cerrahi işlemler sonrası ağrının kontrolünde de etkin oldukları gösterilmiştir.

Soğuk ısırması dokuların donması ile karakterize soğuk ile ilişkili yaralanmalardır. Soğuk ısırması açık vücut bölgelerinde görülen basit, geri dönebilen soğuk sızısından oluşan 1. derece parsiyel ve 2. derece tam kat deri donmasından, 3. ve 4. derece prognozu oldukça kötü olan tüm katmanlarda donmaları içeren bir grup olayı tarifler. Özellikle soğukta görev yapan askerlerde, evsizlerde, kış sporları ile uğraşanlarda görülmektedir. Biz bu yazıda travma sonrası sol ayak tarsometatarsal eklemde multiple fraktürleri olan hastanın kendi başına yaptığı soğuk uygulama sonrası soğuk ısırığı gelişen bir olguyu sunuyoruz.

OLGU: 82 yaşında erkek hasta acil servise başvurmadan bir hafta önce araç dışı trafik kazası geçirme öyküsü mevcut. Hasta travma sonrası sol ayakta ağrı ve şişlik olması nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmadan sol ayak üzerine, direkt cilde temas edecek şekilde, donmuş et parçası ile soğuk uygulaması yapmış. Hastanın başvuru muayenesinde genel durum iyi, vital bulguları stabil, bilinç açık, oryante ve koopere idi. Hastanın sol ayak dorsumunda ve parmaklarında %1'lik bir alanda hemerojik büller mevcut olup, sol ayakta masif şişliği ve ayak tabanına uzanan ekimotik alanları vardı. Kapiller geri dolum doğal ve periferik nabızlar palpable idi. Hastanın çekilen x-ray'inde sol ayak tarsometatarsal eklemde multiple fraktürleri mevcut idi. Büller aspire edildi, uygun pansuman sonrası kısa bacak atele alınıp ortopedi servisine yatışı yapıldı. Ortopedi servisince cerrahi tedavi planlanmayan hasta yanık ünitesi kliniğine devredildi. Hastaya yanık ünitesi kliniğinde günlük debridman ve hametanlı pansuman yapıldı. Yanık ünitesi kliniğinde 16 günlük tedavi sonrası hasta, ayak dorsumunda yer yer epitelize olmuş geri kalan alanlarda skar gelişmiş yara ile taburcu edildi.

SONUÇ: Soğuk uygulamalarının komplikasyonları oldukça nadirdir: aşırı duyarlılık reaksiyonu, donma ve yüzeyel sinir hasarı. Soğuk uygulamalarda tedavi etkinliği ve komplikasyonlar uygula-

ma yöntemi, deri altı yağ dokusu kalınlığı, uygulama süresi, uygulanan yüzeyin genişliği ve uygulanan yüzeyin vasküler desteği ile ilişkilidir. Soğuk uygulamalarla ilgili bildirilen donma vakaları genellikle yüzeyel dokulardaki hasarla giden ve spontan iyileşme gösteren vakalardır. 40 dakikadan uzun süreli uygulamada derin dokuları içeren tam kat lezyonlu bir kaç vaka bildirilmiştir. Donmaların önlenmesi için hastanın ve sağlık personelinin eğitimi önem taşır. Uygulama süresi 45 dakikadan uzun olmamalı,soğutucu madde ile derinin direkt temasından kaçınılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: soğuk ısırığı, soğuk uygulaması, travma, acil servis

PS-0426 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Esmolol'ün Ekstravazasyonu Sonrasında Gelişen Epidermolitik ve Büllöz Lezyon

Ercan Özler, Selçuk Akoğlu, İrfan Kala, Binnur Eşfer, Selim İnan, Muhittin Serkan Yılmaz, Görkem Alper Solakoğlu, Nurullah Tarhan
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

AMAÇ: Ekstravazasyon intravenöz tedavi uygulanmasıyla ilişkili potansiyel bir komplikasyondur. Verilen ilacın istemsiz olarak perivasküler ve subkütan dokuya sızması ile meydana gelir. Bu çalışmadaki amacımız esmolol extravazasyonunun da büllöz, epidermolitik lezyonlara sebep olabileceğini göstermektir.

OLGU: 70 yaşındaki erkek hasta acil servise bulantı, kusma şikayetleri ile getirilmiştir. 7 yıl önce subaraknoidal kanama (SAK) sonrasında opere edilen ve hidrosefali nedeniyle şant takılan hasta o zamandan beri yatağa bağımlı imiş. Uzun süredir demans, inkontinans, yürüyememe şikayetleri varmış. Hastanın geliş muayenesinde bakılan vital değerleri; TA: 195/126 mmHg, Nb: 88/dk, Ateş: 36 derece olarak ölçülmüştür. Hastanın GKS: 11 idi. hastaya acil serviste bilinç bulanıklığı ve hipertansiyonu nedeniyle esmolol tedavisi başlanmıştır. Hastanın tedavisinin 10. saatinde sağ el dorsumunda periferik vende takılı olan esmolol infüzyonunun ekstravazasyonu sonrasında sağ el ve el bileğinde ödem, eritem ve büller olduğu gözlendi. Hastanın esmolol infüzyonu giden damaryolu hemen sökülüp ele uygun pozisyon verildi. Hastanın yapılan kontrol muayenesinde sağ el dorsumunda epidermoliz içeren 10x10 cm'lik alan, sağ el dorsumunda ödem, eritem ve büller olduğu gözlendi. Pasif hareket ile el bileği ve parmak eklemlerinde ağrısı yoktu ve sağ el palpasyonda gergin değildi. Parmakların kapiller refilli mevcut ve delmekle arteryel doğal dolaşımı mevcuttu. Hastanın pansumanı yapıldı. Sağ eline uygun pozisyonda elevasyon yapıldı. Hasta için plastik cerrahi ve dermatoloji kliniklerinden öneriler alındı.

SONUÇ: Kanülün dirsek ya da herhangi bir ekleme takılması, bilinçsiz, sedatize ya da konfüze hasta (kendini ifade edemeyen hastalar), frajil venler, trombositopeni, meme ya da lenf nodu diseksiyonu ameliyatı olan hastalar, vena kava süperior tıkanıklığı, kanülün yeterince sabitlenmemesi, kanül ve çevresinin yeterince gözlenememesi, duyu ya da dolaşımda azalma (DM, periferal vasküler hastalık, nöropati), kanülü yerleştirirken çok sayıda girişimin yapılmış olması, uygun olmayan kanül alanı (kemiğe yakın, elin arkasında vb.), bolus enjeksiyon, hızlı infüzyon gibi nedenler ekstravazasyon riskini artırır.

Esmolol, etkisi hızlı başlayan ve çok kısa süreli olan, beta-selektif (kardiyoselektif) adrenerjik reseptör blokeridir. Acil hipertansiyon durumlarının süratle kontrol altına alınmasında endikedir.

Ekstravazasyon için risk faktörleri taşıyan hastalara esmolol infüzyonu verilirken dikkatli olunmalı ve esmololün ciltte büllöz, epidermolitik lezyonlara sebep olabileceği akla gelmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: esmolol, ekstravazasyon, bül

PS-0427 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Karın Ağrısı ve Çölyak Arter Trombusu

Yeliz Şimşek, Mürsel Koçer, Erdem Aksay
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana

GİRİŞ: Acil serviste karın ağrısının etiyolojisi çok genis bir spektruma sahiptir. Non spesifik olabileceği gibi, olgumuzda görülen ve oldukça mortal seyreden mezenter arter trombusu gibi ciddi etiyolojilere de bağlı olabilir. Olgumuz nadir görülen, yaygın abdominal organ tutulumu ile karakterize çölyak arter trombosuna bir örnektir.

OLGU: 40 yaşında erkek hasta 2 gündür olan karın ağrısı, bulantı ve ishal şikayeti ile acil servise başvurdu. Karın ağrısı sürekli, şiddetli ve yaygındı. Hastanın öyküsünde herhangi bir komorbit hastalığı yoktu, fakat geçirilmiş kolesistektomi ve apendektomi öyküsü vardı. Hastanın vital bulguları stabildi. TA: 130/80 mmHg, nabız: 80/dk, ateş: 36.4 0C, solunum sayısı: 16/dk, O2 saturasyonu %96 idi. Abdominal muayenede sağ alt kadranda duyarlılık vardı ve rektal tuşede melana mevcuttu. Diğer sistemik muayene bulguları doğaldı. EKG'si normal sinüs ritminde, ST-T değişikliği yoktu. Yapılan kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinde; lökosit: 23000/uL, AST: 766 IU/L, ALT: 972 IU/L, LDH: 1593 IU/L, CRP: 3.9 mg/dl idi. Gaitada gizli kan pozitifti. Diğer labaratuar testleri normal idi. Ayakta direk batın grafisi, PA Akciğer grafisi ve abdominal ultrasonografide özellik yoktu. Hastaya yapılan üst gastrointestinal endoskopide eroziv antral gastrit, eroziv bulbit vardı. Çekilen abdominal tomografide, hepatosteatoz, sağ alt kadranda minimal insizyonel herni dışında özellik yoktu.

Hastanın acil servise başvurusundan 3 saat sonra karın ağrısının artması ve yapılan kontrol tetkiklerinde; AST: 1300 IU/L ve ALT: 1451 IU/L olması üzerine iskemik hepatit veya mezenter iskemi ön tanısı ile BT- Anjiografi çekildi. Süperior mezenterik arter ve çölyak trunkus proksimalinde trombus saptandı. Hastaya kalp damar cerrahisi tarafından embolektomi denendi fakat başarılı olunamadı. Yoğun bakıma yatışı yapıldıktan sonra genel durumu kötüleşti ve ex oldu.

SONUÇ: Mesenter iskemi, %40-70'lere varan bir mortaliteye sahiptir. Karın ağrısının ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken tanılar arasındadır. Obstrüktif patoloji, emboli ve ya trombusa bağlı gelişebilir. Cerrahi ve endovasküler girişim ile tedavi, iskemi gelişmeden önce yapılırsa mortalitesi azalabilir. Çölyak arter oklüzyonuna bağlı iskemi sonucu gastrik iskemi olur ve hasta peptik ülser semptom ve komplikasyonları ile başvurabilir. Olgumuzda; genç yaş, komorbit hastalığının olmaması ve gastrointestinal kanamayı taklit etmesi kafa karıştırıcı olsa da, karın ağrısının paterni ve karaciğer fonksiyon testlerinin bozuk olması bize iskemik olay için ileri tetkik yapılmasında ipucu sağladı. Karın ağrısında mortal seyreden patolojilerin erken ayırıcı tanı ve tedavilerin yapılması önemlidir. Olgumuz, mezenterik iskemide klinik tablonun oldukça hızlı ve agresif seyretmesi, diğer intra abdominal patolojileri taklit etmesi açısından ilginç bir örnektir.

ANAHTAR KELİMELER: Karın ağrısı, mezenter iskemi, çölyak arter trombus

PS-0428 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Cerrahi Yöntemlerle Tedavi Edilen Pnömotoraks Olguları: 672 Olgunun Analizi

Muharrem Çakmak[1], Mehmet Çağrı Göktekin[2], Melih Yüksel[2]
[1]*Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi Servisi*
[2]*Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi*

GİRİŞ: Pnömotoraks, plevral boşlukta hava bulunmasıdır. Çalışmamızda, cerrahi yöntemlerle tedavi edilen pnömotorakslı olguların, etiyolojik faktörlerini, klinik ve radyolojik bulgularını, tedavi sonuçlarını araştırmayı ve literatür eşliğinde tartışmayı planladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: 1 Ocak 2004 - 31 Aralık 2014 tarihlerinde pnömotoraks tanısıyla, kliniğimizde cerrahi tedavi uygulanan 672 hasta çalışmaya alındı. Hastaların dosyaları, retrospektif irdelendi. Yaşları, cinsiyetleri, şikayetleri, tanı yöntemleri, hastalığın yeri, alışkanlıkları, yandaş hastalıkları, pnömotoraks tipleri-oranları, tedaviler, yatış süreleri ve komplikasyonları değerlendirildi. İstatistiksel analizde sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma olarak, kategorik değişkenler sayı-oran olarak ifade edildi. Analiz sonuçları, Fisher's exact testi ile değerlendirildi. P değeri <0,05 olduğunda anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 34,5 (18-65) idi. 611'i (% 91) erkek, 61'i (% 9) kadındı. Hastalık, 360 hastada (% 53,57) sağ, 308 hastada (% 45,83) sol, 4 hastada (% 0,59) bilateraldi. Hastaların, 523'ü (% 77,82) spontan (primer 402, sekonder 121), 149'u (% 22,17) travmatikti (künt 46, penetran 90, iatrojenik 13). Parsiyel pnömotorakslı hastaların 188'ine (% 88) tüp torakostomi, 26'sına (% 12) torakotomi/torakoskopik cerrahi, subtotal pnömotorakslı hastaların 82'sine (% 78) tüp torakostomi, 23'üne (% 22) torakotomi/torakoskopik cerrahi, total pnömotorakslı hastaların 145'ine (% 71) tüp torakostomi, 59'una (% 29) torakotomi/torakoskopik cerrahi yapılırken, TP'lı hastaların 143'üne (% 98) tüp torakostomi, 3'üne (% 2) torakotomi yapılmıştı. TP'lı hastaların 3'üne (% 100) posterolateral torakotomi, PSP'li hastaların 40'ına (% 54) torakotomi, 34'üne (% 46) vats, SSP'li hastaların 24'üne (% 71) torakotomi, 10'una (% 29) vats yapılmıştı. SP'lı hastalardaki torakotomi/vats endikasyonları, 50 (% 46) hastada uzamış hava kaçağı, 50 hastada (% 46) 2'nci, 8 (% 8) hastada 3'üncü ataktı. Pnömotorakslı hastalarda, cinsiyet, hastalığın lokalizasyonu, yandaş hastalık, sigara içme, hastalığın subgrubu, pnömotoraks oranları göz önüne alındığında, cinsiyetin, lokalizasyonun, sigara içmenin, hastalığın subtotal ya da total olmasının torakotomi/vats yapılması üzerine etkili olmadığı, fakat yandaş hastalık varlığı (p: 0,0289), parsiyel ile kıyaslandığında subtotal olması (p: 0,0311), parsiyel ile kıyaslandığında total olması (p: 0,0001) torakotomi/vats uygulanmasında önemli derecede etkili bulundu (p<0,05).

SONUÇ: Pnömotoraks, sık karşılaşılan, uygun tanı yöntemleri ve tedavi yaklaşımları ile kontrol altına alınabilecek, tansiyon pnömotoraks ve tüp torakostomi sonrası gelişebilecek komplikasyonlarda acil müdahale gerektiren bir durumdur.

ANAHTAR KELİMELER: Pnömotoraks, Torakotomi, Tüp Torakostomi, Vats

POSTER BİLDİRİLER

PS-0429 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Toraks Travması: 433 Olgunun Analizi

Muharrem Çakmak[1], Mehmet Nail Kandemir[1], Mehmet Çağrı Göktekin[2], Melih Yüksel[2]

[1] *Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi Servisi*

[2] *Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi*

GİRİŞ: Toraks travmaları, künt ve penetran yaralanmalar olarak ikiye ayrılır. Penetran yaralanmalar daha az görülür, mortalite oranı daha azdır. Delici kesici yaralanmalarda mortalite %1-8, ateşli silah yaralanmasında %14-20'dir. Yandaş yaralanmada mortalite %25-28 civarındadır. Major cerrahi girişim, künt travmalarda %10, penetran travmalar %15-30'dir. Çalışmamızda, kliniğimize travma nedeniyle yatırılan ve cerrahi tedavi yapılan olguları, inceleyip, klinik deneyimlerimizi ve sonuçlarımızı literatür ile karşılaştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Ocak 2004-Aralık 2014 aralığında, toraks travması nedeniyle cerrahi yapılan 433 hasta retrospektif değerlendirildi. Cinsiyet, yaş, travma şekli, travma etiyolojisi, klinik bulgular, eşlik eden yaralanmalar, tanı yöntemleri, kemik patolojileri, intratorasik patolojiler, uygulanan girişimler, komplikasyonlar, yatış süresi ve mortalite oranı incelendi. İstatistiksel analizde sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma olarak, kategorik değişkenler sayı-oran olarak ifade edildi. Sonuçların anlamlılıkları Fisher's exact testiyle değerlendirildi. P değeri <0,05 olduğunda anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 44,7 (8-73) idi. Hastaların 58'i (%13) kadın, 375'i (%87) erkekti. Hastaların, 258'i (%59) penetran, 175'i (%41) künt travma idi. Penetran yaralanmaların %47'si (n: 204) kesici delici alet yaralanması (kday), %12'si (n: 54) ateşli silah yaralanması (asy) idi. Künt travmaların %18'i (n: 79) trafik kazaları (tk), %18'i (n: 76) yüksekten düşme (yd), %5'i (n: 20) darp idi. En sık görülen travma nedeni kday idi. Hastalarımızın, %33'ünde (n: 143) kosta, % 8'inde (n: 34) klavikula, % 3'ünde (n: 12) sternum, %2'sinde (n: 8) skapula fraktürü mevcuttu. Yüz otuz hastada (%30,02) pnömotoraks, 117 hastada (%27,02) hemotoraks, 61 hastada (%14,08) hemopnömotoraks, 35 hastada (%8,08), 14 hastada (%3,23) pnömomediastinum, 1 hastada (%0,23) perikardiyal tamponand görüldü. Dört yüz otuz üç hastadan 385'ine tüp torakostomi (kday: 172, asy: 48, tk: 75, yd: 70, darp: 20), diğer 48 hastadan, 41'ne torakotomi (kday: 27, asy: 4, tk: 4, yd: 6), 6'sına vats (kday: 4, asy: 2), 1'ine sternotomi (kday: 1) (yatışlarında sonraki 6 saat (1-6) içinde) yapıldığı tespit edildi. Hastalarımızdaki en sık komplikasyon %5 oranla (n: 18) atelektazi idi. Mortalite oranı %0,92 (n: 4) idi. Mortal seyreden hastaların hepsi ilk 1 saatte acil operasyona alınan, yandaş yaralanmaları olan ve hastaneye ulaşma süreleri 1 saatten fazla olan hastalardı. İstatistiksel analizde, bağımsız değişkenlerden cinsiyet (p değeri: 0,522), travma tipi (p değeri: 0.999) ve travma yerinin (p değeri: 0.1212) mortalite-morbidite ile ilişkisi bulunamadı (p>0,05). Fakat yandaş yaralanma varlığı (p değeri: 0.006) ve hastaneye ulaşım süresinin bir saatten fazla olması (p değeri: 0.0025) mortalite-morbidite ile ilişkili bulundu (p<0.05). Yatış süreleri ortalama 8 gündü.

SONUÇ: Toraks travmalı hastalarda, erken tanı ve tedavinin doğru yönetilmesi, mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Cerrahi, Toraks, Travma

PS-0430 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Dev Karaciğer Absesi

Nilay Çebi[1], Nur Banu Keha Kurt[1], Selen Bayrak[1], Umut Eryiğit[2], Aynur Şahin[1]

[1] *Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon*

[2] *Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi, Acil Tıp, Diyarbakır*

GİRİŞ-AMAÇ: Karaciğer abseleri, batın içi abselerin en yaygın tipidir. Piyojenik karaciğer abseleri ise nadir ancak hayatı tehdit eden bir durumdur. Tedavi edilmezse mortal seyrederler. Cerrahi drenaj tedavide geleneksel yöntemdir fakat yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Günümüz tıbbı ise inravenöz geniş spektrumlu antibiyotikle beraber perkutanöz iğne aspirasyonu ve perkutanöz cerrahi drenaja yönelmiştir.

OLGU SUNUMU: Atmış sekiz yaşında erkek hasta acil servise 10 güdür olan sağ üst kadranda ağrı ve şişlik şikayetiyle başvurdu. Batın tomografisinde 160x150x180 mm karaciğere bası yapıp karaciğeri posteriora yaylandıran, anteriorda cilt altına fistülize lokule apse ile uyumlu kistik yapı tespit edildi. Hastaya perkutanöz drenaj yapıldı. Cerrahi servisinde 10 gün yattıktan sonra şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Büyük, komplike karaciğer abselerinde cerrahi geleneksel yöntemdir. Son dönemde USG ve CT aracılı perkutanöz drenajın tedavide yer almaya başlaması ile karaciğer apselerinde mortalite ve morbidite önemli ölçüde azalmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Karaciğer absesi, perkütan drenaj, iğne aspirasyonu, cerrahi

PS-0431 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Nadir Görülen Karın Ağrısı Sebebi: İnguinal Mesane Herniasyonu

Melih İmamoğlu, Olgun Aşık, Ömer Bekar, Süleyman Türedi, Abdülkadir Gündüz
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ-AMAÇ: İnguinal kanala mesane herniasyonu nadir görülen bir durumdur. Fakat 50 yaş üzerinde bu oranın %10'a kadar yükselebileceği gösterilmiştir. Sıklıkla asemptomatik olan bu olgular tesadüfi olarak tanı alırlar. Mesane herniasyonlarının en sık klinik bulgusu iki fazlı ürinasyondur.

OLGU SUNUMU: Seksen üç yaşında bayan hasta iki gündür olan karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde batın sol alt kadranda ve suprapubik bölgede hassasiyet mevcuttu. Özgeçmişinde geçirilmiş SVO öyküsü mevcuttu. Hastanın diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastaya çekilen pelvik USG'de mesane sol superiorunda inguinal kanalda 1 cm'lik defektten mesanenin inguinal kanala herniye olduğu tespit edildi. Sonda ile belirli bir süre takip edilen hastanın ağrısı geriledi. Hastaya üroloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: İnguinal herni olgularında mesanenin de inguinal kanala herniasyonu nadir olarak görülür. Alt üriner sistem semptomlarının mevcudiyeti, hematüri, iki fazlı işeme bulguları herniye yapılar içerisinde ürolojik organ olabileceğini düşündürmelidir.

Anahtar Kelimeler: Mesane herniasyonu, inguinal herni, karın ağrısı,

PS-0432 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Mesanede Şaşırtıcı Bir Yabancı Cisim: Kalem

Hava Semra Vuran, Olgun Aşık, Özgen Gönenç Çekiç, Aslı Mutlu, Yunus Karaca
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ-AMAÇ: Mesanede yabancı cisimler giriş zorluğu nedeniyle nadir görülür. Mesaneye yabancı cisim girişi; kendi kendine sokma (üretradan içeri), iyatrojenik, komşu organlardan migrasyon veya penetran travma sonucu oluşur.

OLGU SUNUMU: Kırk bir yaşında bayan hasta genital bölgesine kalem batması şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın suprapubik hassasiyeti mevcuttu. Ürogenital muayenesinde herhangi bir patoloji (laserasyon, giriş deliği vs) saptanmadı. Direkt karın grafisi ve abdomen bilgisayarlı tomografide mesanede yabancı cisim tespit edildi. Sistoskopik girişimle mesaneden 10 cm boyutunda kalem çıkarıldı.

SONUÇ: Mesanede yabancı cisim olan hastalar genellikle üriner sistem semptomları ile başvurur. Cerrahi gazlı bez, intrauterin kontrasepsif araç, metal tel, bakır tel, havuç, kalem ve termometre gibi değişik cisimlere rastlanmıştır. Mesane yabancı cisimleri önemli bir ürolojik sorundur ve hızlı değerlendirme gerekir.

ANAHTAR KELİMELER: Mesane, yabancı cisim

PS-0433 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Nadir Bir Spinal Epidural Hematom Kliniği: Parapleji

Sinan Paslı, Özgen Gönenç Çekiç, Burcu Sağlam, Selen Bayrak, Süleyman Türedi
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ-AMAÇ: Spontan spinal epidural hematom seyrek görülen bir durumdur. Spontan spinal epidural hematomların en sık nedenleri arasında; koagülopatiler, antikoagülan ilaçlar, vasküler malformasyonlar, vaskülitler, hipertansiyon, ankilozan spondilit ve spinal neoplaziler yer alır. Olguların çoğunda, etkilenen spinal segmentleri ve ekstremiteyi tutan ani başlangıçlı şiddetli ağrı ve hızlı ilerleyen nörolojik defisit görülür.

OLGU SUNUMU: Aort kapak replasmanı nedeniyle kumadin kullanan elli yedi yaşında bayan hasta acil servise beş saattir devam eden şiddetli sırt ve bel ağrısı ile başvurdu. Hastanın son bir saattir her iki bacakta kuvvet ve duyu kaybı şikayeti mevcuttu. Genel durumu iyi bilinci açık olan hastanın nörolojik muayenesinde her iki alt ekstremitede 1/5 kuvveti vardı. Hastanın inguinal bölgeden itibaren her iki alt ekstremitede total duyu kaybı da mevcuttu. Hastanın lomber vertebra BT'sinde T10-L1 seviyesinde spinal kanala posteriordan bası yapan akut epidural hematom ile uyumlu görünüm izlendi. Cerrahiye alınan hastanın takibinde kuvvetinde düzelme olmadı. Postoperatif 7. gününde taburcu edildi.

SONUÇ: Spontan spinal epidural hematom nadir görülür. Servikal spinal epidural hematomlarda mortalite yüksektir. Klinik tablo, serebrovasküler infarkt ile karışabileceğinden acil servise başvuran risk faktörü yüksek olgularda spinal epidural hematom ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Spinal epidural hematom, parapleji, kumadin, serebrovasküler olay

PS-0434 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Olta İğnesi İle Göz Kapağı Yaralanması

Hava Semra Vuran, Mustafa Çiçek, Melih İmamoğlu, Metin Yadigaroğlu, Abdülkadir Gündüz
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ-AMAÇ: Olta iğnesi ile ilgili yaralanmalar yaygın görülür ve dikkatli değerlendirme gerekir. Vakaların çoğunda iğne hastaneye gelmeden saplandığı yerden çıkarılmaktadır. Büyük damar yaralanmaları, iç organ yaralanmaları, intrakraniyal yaralanmalar veya göz yaralanmalarına hastanede müdahale edilmesi gerekir.

OLGU SUNUMU: Otuz yaşında erkek hasta olta çaparisinin sol göz kapağına batması nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın sol alt ve üst göz kapakları açılamıyordu. Olta çaparisinin sol alt göz kapağından girip çıktığı ve üst göz kapağına saplanmış olduğu izlendi. Orbita BT'de bulbus okulinin sağlam olduğu tespit edildi. Acil serviste ilerletip kesme tekniği ile olta iğnesi çıkarıldı. Görme muayenesi normal olan hasta lokal antibiyoterapi ile göz hastalıkları poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Olta iğnesi ile orbita yaralanması olan hastalarda dikkatli göz muayenesi yapılmalı, orbital dokuların hasar derecesi belirlenmelidir. Orbital dokuların yaralanma durumuna göre uygun şekilde tedavi planlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: olta, göz kapağı yaralanması, çapari

PS-0435 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Periton Diyalizi Hastasında Kuadriseps Tendon Rüptürü

Selen Bayrak, Hava Semra Vuran, Vildan Karahan, Burak Katipoğlu, Abdülkadir Gündüz
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ-AMAÇ: Kuadriseps tendon rüptürü nadir görülür. Spontan rüptürler; kronik böbrek yetmezliği, romatoid artrit, diyabet, gut, steroidlerin kullanımı, kinolon kullanımı gibi predispozan faktörlerle ilişkilidir.

OLGU SUNUMU: Elli yaşında 4 yıldır periton diyalizi yapılan hasta masa tenisi oynarken aniden sol dizinde ağrı ve sol bacağı üzerine basamama şikayeti ile acile başvurdu. Sol bacakta fleksiyon vardı, ekstansiyon yoktu. Sol patella inferiora doğru yer değiştirmişti. Patella üzerinde 2 cm derinliğinde çukur mevcuttu. Palpasyonla sol dizde ağrı yoktu. İki yönlü diz grafisinde patella süperiorunda avülsiyon fraktürü izlendi. Hastada kuadriseps tendon rüptürü düşünüldü ve uzun bacak ateli yapılarak ortopedi servisine yatırıldı.

SONUÇ: Tüm belirti ve bulgulara rağmen kuadriseps tendon rüptürü atlanabilir. Ekstansiyon hareket kusuru olan hastalarda gelişmiş görüntüleme gereksizdir. Direk grafi ve fizik muayene bulguları ile tanı konulabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Kuadriseps tendon rüptürü, acil servis, periton diyalizi, direk grafi, avülsiyon fraktürü

PS-0436 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Sezaryen Skarında Oluşan Endometriozis Olgusu

Metin Yadigaroğlu, Melih İmamoğlu, Ömer Bekar, Sinan Paslı, Yunus Karaca
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ-AMAÇ: Abdominal duvar endometriozisi (ADE) nadir görülen ekstrapelvik endometriozis türüdür. ADE sıklıkla geçirilmiş obstetrik ve jinekolojik prosedürlerden sonra gelişir. Sezaryen operasyunu sonrası görülen skar endometriozisi %0.03-0.4 oranında görülür.

OLGU SUNUMU: Otuz üç yaşında kadın hasta karın ağrısı ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede, batın rahat defans rebaund yoktu. Sezaryen skarı üzerinde, ağrının lokalize olduğu kısımda ciltten kabarık, ele gelen yaklaşık 2x2 cm boyutunda lezyon tespit edildi. Menstrüel siklusu düzenli olan hastanın, her siklustan sonra göbek altında şişlik geliştiği ve bu şişliğin olduğu bölgede oluşan ağrının mestrüel kanama sonlandıktan sonra 10 gün daha devam ettiği öğrenildi. Hastada başka bir cerrahi öykü yoktu. Yapılan yüzeyel doku ultrasonografisinde karın ön duvarında skar dokusu lokalizasyonunda 25x20 mm boyutunda heterojen ekoda hipervasküler kitle tespit edildi ve endometriozis lehine değerlendirildi. Takibinde ağrısı gerileyen hasta Kadın Hastalıkları poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Abdominal duvar endometriozisi tanısı zor konulur. Siklik semptom ve bulgular ADE tanısı için klinisyeni yönlendirmelidir. Özellikle obstetrik ve jinekolojik cerrahi öyküsü olan hastalarda akla getirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Abdominal duvar endometriozisi, siklik semptom, karın ağrısı, obstetrik ve jinekolojik cerrahi

PS-0437 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Tam Kat Larenks Kesisi Olgusu

Selen Bayrak, Özgen Gönenç Çekiç, Nilay Çebi, Ömer Fazlı, Abdülkadir Gündüz
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ-AMAÇ: Boyun kesileri genellikle cinayet, intihar, nadiren de kaza sonucudur. Larenks yaralanmaları nadir fakat potansiyel olarak ölümcül yaralanmalardır. Ön boyun yaralanması olan hastalarda havayolu yaralanması ve boyun büyük damarlarının yaralanması görülebilir. Bu hastalarda riskli havayolu, aspirasyon, hipoksi veya akut kan kaybına sık rastlanır.

OLGU SUNUMU: Elli dört yaşında bilinen psikiyatrik sorunları nedeniyle takipli erkek hasta, evinin mutfağında boğazı kesik bir şekilde bulundu. Hasta yakınları tarafından acil servise getirildi. Genel durum orta, bilinç açık, sözel sorulara göz hareketleri ve mimikleri ile tepki veriyordu. Sesli yanıt yoktu. Spontan solunumu kesi bölgesindeki açıklıktan sağlanıyordu. Boyun ön yüzünde yaklaşık 12 cm uzunluğunda, kenarları keskin, tereddüt kesilerinin eşlik ettiği, epiglot petiolünden ve vokal kordların üzerinden geçen kesi mevcuttu. Arteryel kanama yoktu. Hastaya derin sedasyon sağlandı. Laringoskop kullanılmadan vokal kordlardan trakeal tüp geçirilerek entübasyon yapıldı. Hasta operasyona verildi.

SONUÇ: Boyun travmalarında havayolu güvenliği önemlidir. Hastalar gerektiğinde havayolu güvenliği sağlandıktan sonra hızlı bir şekilde operasyona verilir.

ANAHTAR KELİMELER: Larinks kesisi, boyun travması, suicid, havayolu güvenliği, entübasyon

POSTER BİLDİRİLER

PS-0438 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Yabancı Cisimle Penetran Trakea Yaralanması

Nur Banu Keha Kurt, Özgen Gönenç Çekiç, Burcu Sağlam, Yasin Erol, Süha Türkmen
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ-AMAÇ: Travmatik trakea yaralanması nadir görülen bir durumdur. Penetran trakea yaralanmalarının %75-80'i servikal trakeada görülür. Gelişebilecek havayolu komplikayonları açısından dikkatli olmak gerekir.

OLGU SUNUMU: Yirmi dört yaşında erkek hasta iş yerinde kaza sonucu boynun ön tarafından vida girmesi sonucu kurumumuza sevk edildi. Hastanın aktif şikayeti yoktu. Fizik muayenede boyun ön hatta yaklaşık 2 cm'lik düzgün sınırlı kesi izlendi. Boyun anteriorda cilt altı amfizem mevcuttu. Boyun bilgisayarlı tomografide yabancı cismin vokal kordlar altında yerleşmiş olduğu görüldü. Acil fiberoptik bronkoskopide metalik cismin trakea posterior duvarına saplanmış olduğu görüldü ve endoskopik klempler yardımıyla çıkarıldı, özefagus bütünlüğünde bozulma izlenmedi. Göğüs cerrahi servisinde gözlemde tutulan hasta ek problem gelişmemesi üzerine 3 gün sonra taburcu edildi.

SONUÇ: Penetran trakea yaralanması nadir görülmesine rağmen yüksek mortalite riski taşır. Tedavide sıklıkla cerrahi yaklaşımlar tercih edilir. Uygun hastalarda bronkoskopik tedavi yöntemleri ve konservatif yaklaşım da tercih edilebilir.

ANAHTAR KELİMELER: Trakea yaralanması, yabancı cisim, bronkoskopi

PS-0439 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Yan Ağrısı İle Başvuran Chiliaditi Sendromu

Nilay Çebi, Damla Aydın Altay, Vildan Karahan, Burcu Sağlam, Abdülkadir Gündüz
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ-AMAÇ: Chilaiditi işareti; gazla dolu kalın barsak anslarının sağ üst kadranda karaciğer ve sağ hemidiyafram arasında yer almasıdır. Hasta gastrointestinal semptomlar gösterirse Chilaiditi Sendromu adını alır. Cerrahi müdahale gerektirmez. Sağ subdiyafragmatik boşluğun genişlemesi, kolonun hipermobilitesi ya da intraabdominal basıncın artması gibi durumlar Chilaiditi Sendromu için predispoze faktörlerdir.

OLGU SUNUMU: Tıbbi öyküsünde 5 yıl önce lomber vertebra fraktürü sebebiyle operasyon ve 25 yıldır KOAH olan hasta acil servise göğüs ağrısı, nefes darlığı ve yan ağrısı şikayetiyle başvurdu. Akciğer garafisinde diyafram altı hava mevcuttu. Batın Tomografisinde kolon segmentleri karaciğer anterioru ile karın ön duvarı arasına uzanım göstermekteydi. Hastaya cerrahi müdahale gerekli görülmedi.

SONUÇ: Chiliaditi sendromu sağ üst kadranda hava kollleksiyonu nedeni ile perforasyon düşündürür. Diyafram altında serbest hava bulunan diğer durumlardan ayırıcı tanısının yapılıp, doğru tanının konulması gereksiz cerrahiden kaçınılmasını sağlar.

ANAHTAR KELİMELER: Chiliaditi sendromu, yan ağrısı, akut batın, barsak perforasyunu

PS-0440 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Sağ Yan Ağrısı: İnfrarenal Aort Diseksiyonu

Muhammed Semih Gedik[1], Müge Gülen[2], Duygu Selen Cengiz[1], Erdem Aksay[1], Selen Acehan[3], Akkan Avcı[1]
[1]*Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana*
[2]*Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Acil Servis, Eskişehir*
[3]*Mersin Devlet Hastanesi, Acil Servis, Mersin*

GİRİŞ: Aort diseksiyonu hızlı tanı ve tedavi gerektiren mortalitesi yüksek bir kardiyovasküler acildir. Hastaların geliş şikayetlerinin nonspesifik olması nedeniyle önemli olan ayırıcı tanıda aort diseksiyonunun akla getirilmesidir. Biz bu yazıda sağ yan ağrısı ile acil servise başvuran klinik şüphe neticesinde çekilen kontrastlı bilgisayarlı batın tomografisinde (BT) aort diseksiyonu tanısı alan olguyu son literatürler ışığında incelemeye çalıştık.

OLGU: 46 yaşındaki kadın hasta 3 gündür devam eden sağ yan ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Aynı şikayetle başvurduğu başka bir merkezde renal kolik tanısı aldığını, analjezi uygulanıp taburcu edildiğini ifade ediyor. Hastanın acil servise başvurusunda bilinci açık koopereydi. Vital bulgularına bakıldığında sağ kol tansiyon arteriyel 160/90 mmHg, sol kol tansiyon arteriyel 180/120 mmHg, nabız: 98/dk, vücut ısısı: 36,5 °C, solunum: 16/dk, oda havasında oksijen saturasyonu: %95 idi. Fizik bakıda kardiyak sistem muayenesi ve solunum sistemi muayenesi normaldi. Batın muayenesinde sağ üst kadranda ve sağ kostavertebral açıda hassasiyeti mevcuttu. Rebaund defans yoktu. Elektrokardiyografisi normal sinüs ritmindeydi. Periferik nabazanlar palpable ve eşit alınıyordu. Hastanın yapılan tetkiklerinden tam kan sayımında, beyaz küre: 9700/mm3, hemoglobin: 11.4 g/dl, hematokrit: % 33.4, platelet: 408000/ mm3; biyokimyasal tetkiklerinde, glukoz: 119 mg/dl, üre: 51.3 mg/dl, kreatinin: 1.03 mg/dl, alanin aminotransferaz (ALT): 15 IU/L, aspartat transaminaz (AST): 16 IU/L, total bilirubin: 0.16 mg/dl, direkt bilirubin: 0.08 mg/dl, amilaz: 59 IU/L, kalsiyum: 9.3 mg/dl, sodyum (Na): 138. mmol/L, potasyum (K): 3.8 mmol/L idi. Strip ile bakılan tam idrar tetkikinde, idrar dansitesi:1010, pH: 8.0, lökosit negatif (-), bilirubin (-), hemoglobin (-), nitrit (-), bakteri (-), kristal (-) saptandı. Hastanın özgeçmişinde koroner arter hastalığı, hipertansiyon dışında özellik yoktu. Sağ yan ağrısıyla gelen sağ-sol kol tansiyon arteriyel farkı olan hipertansif hastada anamnez, fizik muayene ve laboratuvar bulguları hastaya tanı koymada yetersiz kaldığından ve hastanın aort diseksiyonu, aort anevrizması, renal arter stenozu gibi ölümcül tanıları ekarte etmek amaçlı hastaya intravenöz (IV) kontrastlı toraks ve batın BT çekildi. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde abdominal aortanın infrarenal düzeyde kısa segmentte aort diseksiyonu saptandı. Cerrahi onarım planlanan hasta kalp damar cerrahisi yoğun bakımına yatırıldı.

SONUÇ: Sağ yan ağrılı, bilateral ekstremite arteriyel tansiyon farkı olan hipertansif olgularda klinik şüphe varlığında uygun görüntüleme yöntemleriyle mortalite ve morbiditesi yüksek hastalıkların ayırıcı tanısının yapılması gereklidir.

ANAHTAR KELİMELER: Yan ağrısı, aort diseksiyonu, hipertansiyon

PS-0441 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Furosemid Ekstravazasyonu Sonrası Gelişen Kompartman Sendromu

Hikmet Duymaz, Nurhayat Başkaya, Hayri Ramadan, İsa Başpınar, Dilber Kocaşaban, Yavuz Katırcı
Ankara Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine,Ankara-Türkiye

GİRİŞ: Intravenöz yolla uygulanabilir sıvılar veya ilaçlar perivasküler veya deri altı boşluğa nüfuz ettiği zaman ekstravazasyon veya infiltrasyon oluşur. Tüm intravenöz sıvılar ekstravazasyona bağlı doku yaralanmasına neden olabilir. Ancak, sitotoksik ilaçlar, hiperozmolar ajanlar ve vazoaktif ilaçların doku hasarı riski daha büyüktür. Ekstravazasyona bağlı doku yaralanmalarının nispeten hafif sekelle düzelirken cerrahi debridman gerektiren ciddi yaralanmalar, deri grefti, kompartman sendromu ve ampütasyon da bildirilmiştir. Biz bu yazıda furosemid'in ekstravazasyonuna bağlı gelişen kompartman sendromunu sunmayı amaçladık.

OLGU: Sol elde şişlik şikayeti ile acil servise başvuran 70 yaşında bayan hasta, üç gün önce dış merkezde sol el dorsumundan intravenöz kateterden furosemid puşe edilmiş. İşlem sırasında el dorsumunda şişlik ve ağrı olması üzerine kateter çıkarılmış. Hastanın vitalleri stabil idi. Hastanın sol el ve el bilekte ve sol ön kol distalinde ödem ve yer yer ekimotik alanlar, soğukluk ve solukluk mevcuttu. Sol dorsumunda 3x3 cm boyutunda büllöz lezyon mevcuttu. Sinir muayene doğal ancak kılcal dolum süresi uzamış ve motor muayene kısıtlı idi. Yapılan yüzeyel ultrasonografide; sol el dorsumunda en kalın yerinde 3 cm'ye ulaşan heterojen sıvı kolleksiyonu ve yumuşak doku kalınlığında artış izlendi. Yapılan sol üst ekstremite arteriyel ve venöz doppler ultrasonografisinde her hangi bir patoloji saptanmadı. Hastaya acil serviste plastik cerrahi tarafından heterojen sıvı başaltılması ile dekompresyon tedavisi uygulandı. Dekompresyon başarılı olmayınca fasyotomi uygulaması için plastik cerrahi servisine yatırıldı.

TARTIŞMA: Sıvı ekstravazasyonu sonrası doku hasarı, yerel ya da sınırlı bir enflamatuvar yanıtı içeren hafif olabilir ya da deri ve altta uzanan yumuşak doku nekrozuna neden büyük olabilir. Hasar derecesi, damar dışına kaçan maddenin miktarı, tipi ve toksisitesi kadar hastanın yaşı ve beslenme durumunu, tanı ve tedavi hızına bağlı olarak da değişmektedir. Tedavi; soğuk uygulama, elevasyon, dekompresyon, fasiyotomi, cerrahi debridmandır. Ayrıca hyaluronidaz, fentolamin enjeksiyonu ve gliseril trinitrat yamaları ilaç absorpsiyonunun arttırılması için kullanılmıştır.

SONUÇ: Hastanelerde intravenöz girişim sonrası ekstravazasyon gelişen hastalarda doku yaralanması bulguları açısından dikkatli olunmalı ve nekroz, kompartman sendromu gelişebileceğinin

akılda bulundurulmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: furosemmid, intravenöz girişim, kompartman sendromu.

PS-0442 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Dikkat! Burun akıntısı beyin omurilik sıvısı olabilir! ! !

Mustafa Şahan[1], Fatih Nazmi Yaman[2], Gökmen Tanbay[2], Ali Karakuş[1]

[1]*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı- Hatay*

[2]*Devlet Hastanesi Acil Servis- Kahramanmaraş*

GİRİŞ: Beyin omurilik sıvısı (BOS) rinoresinde %96 neden travmadır. Rinore nedeniyle başvuran hastalar uzun dönem alerjik rinit nedeniyle tedavi edilmektedir (1). BOS fistüllerinin tanısı koymak önemli bir problemdir. İlk spontan rinore tanısı 1899 da St. Clair Thompson tarafından yapılmıştır. İlk sınıflama 1937de Cairns tarafından akut (bir hafta),gecikmiş (ay-yıl), spontan, travmatik, operatif olarak 5 gruba ayrılmıştır (2). Radyoizotop sisternografi (RISA), Metramizidli BBT, beyin MR, sızıntıda B-2 transferrin spesifikliği tanıda kullanılmaktadır (3). Biz de tanı koymakta zorlanılan, acil servise gribal şikâyetle gelen berrak burun akıntılı olguda ayırıcı tanıda BOS rinoresini vurgulamayı amaçladık.

OLGU: 44 yaşında bayan hasta 2 aydır 7-8 günde bir olan ve 1 haftadır artan burundan bol berrak sıvı gelme şikâyetiyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde kafa travması ve cerrahi öyküsü mevcut değildi. Hastanın genel durumu iyi, şuuru açık, koopere tansiyonu 120/70mmHg, Nb:70/dk, Solunum:15/dk, Ateş:36 C idi. Diğer fizik muayene bulgularında da anormallik saptanmadı. Hastanın burun akıntısından örnek alınıp laboratuvara gönderildi. Acil beyin tomografide akut patoloji saptanmadı. Lomber ponksiyonda BOS basıncı 60 cm/su saptandı ve BOS da hücre görülmedi 15 cc kadar BOS boşaltıldı. Göz hastalıkları tarafından konsülte edilen hastanın bilateral optik diskinde sınırlar silik saptandı. Enfeksiyon hastalıkları tarafından LP sonucuna göre ensefalit düşünülmedi. Akıntı örneği BOS ile uyumlu olan hasta nöroloji kliniğine BOS fistülü etyolojisi, pseudotümör serebri, ensefalit ön tanılarıyla yatırıldı. Hastaya çekilen beyin MR ve venografide tromboz saptanmadı. Hastaya B-2 transferrin ve sisternografi planlandı.

SONUÇ: Acil ve KBB hekimleri uzun süredir devam eden burun akıntısı ve gribal şikayetleri olan hastalarda BOS rinoresini ayırıcı tanıda değerlendirmeyi unutmamalıdır.

1.Coşkuner T. BOS rinoreli hastaya yaklaşım. Kartal eğitim araştırma hastanesi tıp dergisi 2002;3:204-206.

2. Özlem ALKAN, Osman KIZILKILIÇ, Tülin YILDIRIM, Fulya ÖZER, Orhan ŞEN, Cem HÜRCAN. Rinoreye tanısal yaklaşım ve tedavi planlaması.www.KBB-Forum.net2008;7(1)

3.Okten AI. Travmatik BOS fistülleri(rinore/otore) (52 olgunun retrospekti değerlendirilmesi) Ulusal travma dergisi 1997;3:37-41

ANAHTAR KELİMELER: Rinore, BOS

PS-0443 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Cerrahi Yöntemlerle Tedavi Edilen Hemotoraks Olguları: 294 Olgunun Analizi

Muharrem Çakmak[1], Mehmet Nail Kandemir[1], Mehmet Çağrı Göktekin[2], Melih Yüksel[2]

[1]*Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi Servisi*

[2]*Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi*

AMAÇ: Hemotoraks, plevra yaprakları arasında kan toplanmasıdır. Spontan ve travmatik olarak meydana gelebilir. Çalışmamızda, çeşitli nedenlerle oluşan ve cerrahi yöntemlerle tedavi edilen hemotorakslı hastalara uygulanan tedavi yaklaşımları ve izlem bulguları değerlendirildi.

MATERYAL-METOD: Ocak 2004 - Aralık 2014 yılları arasında hemotoraks tanısıyla cerrahi tedavi uygulanan 294 hasta, retrospektif değerlendirildi. Hastaların, yaşları, cinsiyetleri, şikayetleri, vital bulguları, alışkanlıkları, yandaş yaralanmalar, tanı yöntemleri, hastalığın lokalizasyonu, uygulanan cerrahi yöntem (tüp torakostomi ya da torakotomi/torakoskopik cerrahi), komplikasyonlar ve yatış süreleri tespit edildi. İstatistiksel analizde sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma olarak, kategorik değişkenler sayı-oran olarak ifade edildi. Sonuçların anlamlılıkları Fisher's exact testiyle değerlendirildi. P değeri <0,05 olduğunda anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 39 idi. İki yüz altmış dört erkek, 30'u kadındı. Hastaların 133'ünde (% 45,23) yaralanma yeri sağ, 155'inde (% 52,72) sol, 6'sında (% 2,04) bilateral idi. Yetmiş üç hastada (% 24,82) künt (trafik kazası: 51, yüksekten düşme: 22), 221 (% 75,17) hastada penetran yaralanma (kesici-delici alet yaralanması: 201, ateşli silah yaralanması: 20) olduğu tespit edildi. Hastaların 249'una (% 84,69) tüp torakostomi, 38'ine (% 12,92) torakotomi, 6'sına (% 2,04) video yardımlı torakoskopik cerrahi, 1'ine (% 0,34) sternotomi yapıldı. Postoperatif en sık komplikasyon atelektazi ve ampiyem idi. Mortalite 4 (% 1,36) olguda görüldü. Yandaş yaralanma varlığı ve hastaneye ulaşım süresi, mortalite ile yakında ilişkili bulundu (p<0,05).

SONUÇ: Hemotoraks, hızlı tanı ve tedavisi gereken acil bir durumdur. Tedavi yaklaşımı fizik muayene bulgularına göre hızla, öncelikli olarak tüp torakostomi uygulamasıdır. Acil servis torakotomisi, urgent torakotomi, sternotomi ve video yardımlı torakoskopik cerrahi gerekli durumlarda tercih edilebilecek diğer tedavi seçenekleridir.

ANAHTAR KELİMELER: Hemotoraks, Torakotomi, Travma, Tüp Torakostomi,

PS-0444 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

İntrakranial Kanama, Mezenter Arter Diseksiyonu ve Mezenter Arter Trombozu Kombinasyonu

Mustafa Yılmaz[1], Fatih Nazmi Yaman[2], Alper Tanrıverdi[2]

[1]*Fırat Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Elazığ*

[2]*Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Acil Servis, Kahramanmaraş*

Altmış dört yaşında işitme ve konuşma engeli olan erkek hasta yakınları tarafından acil servise karın ağrısı şikâyetiyle getirildi. Hasta ile iletişim güçlüğü yaşanması nedeniyle hasta ile ilgili bilgiler yakınlarından alınmaya çalışıldı. Hipertansiyon hastalığı olduğu ve hangi ilacı kullandığı bilinmediği öğrenildi. Hastaneye gelmeden önce karın ağrısı olduğunu yakınlarına tarif eden hastanın aynı zamanda yürürken zorlandığı yine yakınlarından öğrenildi. Vital bulgularında ateş:36,5 0C, Nabız sayısı 65/dakika, Solunum sayısı 24 /dakika, Kan basıncı: 180/100 mmHg idi. Elektrokardiyografisinde acil patolojiyi gösteren bulgusu yoktu. Fizik muayenesinde karın sağ tarafında daha belirgin olmak üzere yaygın bir hassasiyet olduğu ve rebaund bulgusunun olmadığı anlaşıldı. Hastada huzursuzluk hali ve soğuk terlemesi mevcuttu. Yatar pozisyonda iken ekstremite hareketleri normaldi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve elektrolit değerleri normaldi. Ayrıca hemogram ve idrar testleri de normal olan, karın ağrısı ve yürümede zorlandığı tarif edilen hastanın kan basıncınında yüksek olması ve soğuk terlemesi olması nedeniyle aort diseksiyonu, serebro vasküler olay şüphesi ile beyin ve abdominal bilgisayarlı tomografisi istendi. Bilgisayarlı BT'sinde sağda paryetal lobda yaklaşık 2,5 x 4 x 2,5 cm boyutlarında hematom izlendi. Ayrıca abdominal tomografide de süperior mesenterik arter lümeninde, yaklaşık olarak 4,5 - 5 cm longitudinal aks boyunca uzanan disseksiyon flebi ile uyumlu lineer dolum defekti izlenmiş olup, disseksiyon distalinde anteriorda gerçek lümen içerisinde 7 mm kalınlığında trombüs ile uyumlu hipodens dolum defekti izlendi. Dolum defekti distaline kontrast madde geçişinin olduğu saptandı.

Mesenter arter trombüsünün distaline kontrast madde geçişinin olması nedeniyle ayrıca her ne kadar işitme ve konuşma engeli olsa da karın muayenesinde şiddetli tepki vermemesi nadeniyle mesenter arterdeki trombüsün kronik süreçte olduğunu ve hastada inrakranial kanamanın akut geliştiğini düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: İntrakranial Kanama, Mezenter Arter Diseksiyonu, Mezenter Arter Trombozu

PS-0445 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Primer Psoas Absesine Bağlı Sepsis: Bir Olgu Sunumu

Hikmet Duymaz, Nurhayat Başkaya, Hayri Ramadan, Erdal Yılmaz, Şükrü Yorulmaz, Yavuz Katırcı
Ankara Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine,Ankara-Türkiye

GİRİŞ: Psoas apsesi nadir görülen, akla getirilmediği sürece güç tanı konabilen bir klinik tab-lodur. Primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır. Sekonder psoas apsesi genellikle altta yatan hastalıkların komplikasyonu olarak görülürken, primer psoas apsesinin en yaygın etkeni Staphylococcus aereus iken ikinci sıklıkta E. Coli dir. Tedavide gecikme artmış morbidite ve

POSTER BİLDİRİLER

mortalite oranları ile ilişkilidir. Bizde burada bel ağrısı şikayeti ile gelen ve tetkikler sonucunda primer psoas absesine bağlı sepsis teşhis edilen bir olgu sunumu yaptık.

OLGU: 20 gündür ateş ve karın ağrısı olan 27 yaşında erkek hasta son bir haftadır da sağ ba-cak ağrısı yakınmasıyla acile başvurdu. Genel durumu orta, bilinci açık koopere oryante idi. Fizik muayenesinde; ateşi 38,7oC, tansiyonu 110/60 mm Hg, nabzı 117/dk, solunum sayısı 26/dk,karın sağ alt kadranda defans rebaund mevcut, lomber ve parasakral bölge palpasyonla ağrılı ve sağ kalça eklem fleksiyonu kısıtlı ve ağrılı idi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Kan tetkiklerinde; WBC: 16.000 /UL, CRP: 39.9 mg/l, sedimentasyon: 110 mm/h olarak saptandı. Batın USG' de; sağ böbrek ve sağ psoas kası yakın komşuluğunda 10*8 cm lik düzgün sınırlı hipoekoik heterojen alan görüldü. Batın BT' de; sağ psoas kası lateralinde duvarı kontrastlanan abse ile uyumlu heterojen kistik lezyon izlendi. Girişimsel radyoloji ile Perkutan drenaj uygulanarak abse örneği alındı ve drenaj katateri yerleştirldi. Antibiyotik tedavisi başlanan hasta genel cerrahi servisine yatırıldı.

TARTIŞMA: Bu vaka bel ağrısının nadir ve önemli nedenlerinden birisi olan psoas apsesinin önemini göstermektedir. Psoas apsesi altta yatan nedene göre primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır. Bu hastalığın tanısı genellikle öykü, fizik muayene ve görüntüleme yöntem-leri ile konur. Fluktuasyon veren yumuşak doku kitlesinden yapılacak iğne aspirasyon mater-yalinin mikrobiyolojik incelemesi tanıyı kesinleştirir. Erken dönemde yani ağrılı ve sadece yumuşak doku şişliğinin olduğu süreçte tıbbi görüntüleme yöntemlerinden yararlanılabilir. Tanıda US yeterli bilgileri verebilirse de BT ve MRG ayırıcı tanı ve lezyon sınırlarını belir-lemede son derece etkindir. psoas apsesinin tedavisinde uygun antibiyoterapi ve abse boşal-tılması beraber önerilmektedir. Abse boşlaltılmasında perkütan veya açık cerrahi yöntem tercih edilebilir.

SONUÇ: Acil servislere sık başvuru yakınmalarından olan karın ağrısı ve ateş psoas apsesinin iki önemli komponentidir. Bu iki bulguya kalça fleksiyonunun kısıtlı ve ağrılı olması psoas apsesini akla getirmeli ve hemen ayırıcı tanıya gidilmelidir. Karın, lomber ağrı ve ateşi olan hastada psoas apsesi mutlaka akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: acil servis, ateş, karın ağrısı, psoas apsesi

PS-0446 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Geriartri ve Giant Cell Tümör

Sultan Tuna Akgöl Gür[1], Sinan Becel[2], Özge Can[1]

[1]*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İlk ve Acil Yardım*

[2]*Bahçelievler Devlet Hastahanesi İstanbul*

GİRİŞ-AMAÇ: Kemiğin dev hücreli tümörü (Giant Cell Tümör) iyi huylu agresif seyir gösteren bir kemik tümörüdür. Sıklıkla 20-40 yaşları arasında görülmektedir. Büyüme plakları açık çocuklarda ve 65 yaş üstü hastalarda pek görülmemektedir. En sık diz ve diz çevresine yerleşmektedir. Yine uzun kemiklerin el bileği (radius alt uç), humerus üst uç, sakrum tercih ettiği diğer yerleşim bölgeleridir. Nadiren ve 10 - 15 yıl içinde habis dönüşüm ortaya çıkabilir. Hastalar tümör bölgesinde devam eden, giderek artan inatçı bir ağrı ve şişlik ile başvururlar. Bu olgu sunumunda geriartrik hastalarda nadir görülen malignitenin (Giant Cell Tümör) önemini dikkat çekmeyi amaçladık.

OLGU: 87 yaşında erkek hasta. Kolda şiddetli ağrı şikâyeti ile acil kliniğimize getirildi. Travma öyküsü bulunmamakta. Bilinci açık koopere-oryante; TA: 100/60mmHg, nabız: 70/dk idi. Hasta kaşektik görünümdeydi. Sol elde ve dirsekte ağrı, palpasyonla şişlik mevcuttu. (Resim 1-2). Direkt grafilerinde sol olecranon ve 1.metacarpal kemik görüntülenemedi (Resim3-4). Hastaya analjezik ve antienflamatuar yapıldı. Ortapedi konsültasyonu istendi. İleri tetkik ve tedavi için bir üst merkeze yönlendirildi.

SONUÇ: Geriartrik hastalarda eklem ağrıları karşımıza çok çıkmaktadır. Ağrıların nedenini yaşlılığa bağlamak bizi yanıltabilmektedir. Nedeni ne olursa olsun özellikle geriartrik hastalarda ayrıntılı fizik muayene ve inceleme gerektirmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Geriartri, malignite, eklem ağrısı

PS-0447 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Gözden kaçabilen ve ömür boyu etkileyebilen vaka: Salter –Harris Tip-3 Epifiz Kırıklı hasta

Hasan Büyükaslan[1], Halil Kaya[1], Mehmet Tahir Gökdemir[1], Ramazan Giden[1], Uğur Lök[2], Umut Gülaçti[2], Salim Satar[3]

[1]*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı*

[2]*Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı*

[3]*Adana Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği*

ÖZET: Epifizler, çocuklarda iskelet sistemi travmalarından sonra en sık yaralanan yerlerdir. Bu kırıklar büyüme bozukluğu oluşturabilme yönünden özel önem taşırlar. Acil servisimize yüksekten atlama sonucu ayak bileğinde ağrı,şişlik ve hassasiyet şikayeti ile başvuran 6 yaşında ki erkek çocuğun da tespit ettiğimiz gözden kaçabilen Salter-Harris sınıflandırması tip-3 epifiz kırıklı hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU: 6 yaşında erkek hasta, koşarken sol elinin uzerine düşme ve sonrasında başlayan bilek ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde sol el bileğinde palpasyonla hassasiyet mevcuttu. 6 yaşında ki erkek çocuğunun yapılan fizik muayenesinde sol yak bileği seviyesinde yaygın ödem ve hassasiyet tespit edildi.Distal nabazanları açık,nörolojik defisiti yok idi. Çekilen iki yönlü x-ray de sol tibia distal epifizde Salter-Harris tip-3 epifiz fraktürü tespit edildi (resim1-2). Hasta redüksiyon yapılarak atele alındı. Ortapediye konsulte edildilerek takip edildi.

SONUÇ: Çocukluk çağında oluşan tibia alt uç büyüme plağı yaralamaları gelişebilecek komplikasyonları sebebiyle ciddi yaralanmalardır. Komplikasyonları azaltmak için tanın erken konup stabil hale getirerek, ameliyata alınma süreleri kısa tutulmalı, zorlu tekrarlayan redüksiyon manevralarından kaçınılmalı, büyüme plağına en az zarar verecek şekilde tespit yapılmalı ve eklem içi kırıklar olduğu için anatomik redüksiyon elde edilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Epifiz kırığı,Salter-Harris sınıflandırması.

PS-0448 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Dikkat boyundaki penetran yaralanmalar boyuttan bağımsız mortal olabilir

Mehmet Yılmaz, Abdussamed Vural, Mustafa Alpaslan, Bahadır Karaca, Mükerrem Altuntaş
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ: Toplumsal bunalımın artmasına paralel olarak toplumsal şiddet de artmaktadır. Şiddetin artışıyla da darp mağdurlarında künt ve penetran yaralanmalar önemli oranlarda görülmekte ve önüne geçilemeyen denetimsiz silahlanma da bu yaralanmaların ciddiyetini artırmaktadır. Acil servislere bu nedenlerle başvuran mağdur hasta sayısındaki artış da biz acil hekimleri başta olmak üzere toplumun diğer fertlerini de endişelendirmektedir. Biz bu yazıda delici kesici alet yaralanmasına uğramış ve boynundan yaralanmış, karotis arter kesisi olan 52 yaşındaki erkek hastayı sunacağız.

OLGU: 52 yaşındaki erkek hasta 112 tarafından acil servisimize boynundan bıçaklanma öyküsüyle getirildi. Hastanın yaralanması boynun sol arka kesimindeydi ve zon 2b ile uyumluydu. Gelişinde genel durumu orta, bilinci açıktı. Hafif terli ve anksiyöz görünümdeydi. Hemen hızlıca ilk değerlendirme yapıldı ve boynun arka kesiminde zon 2b bölgesinde yaklaşık olarak 1 cm boyutunda kenarları düzgün sınırlı cilt ciltaltı kesi tespit edildi ve kesisinden sızıntı tarzında kanaması olduğu görüldü ve hemen kanaması kontrol altına alındı. Vital bulguları; TA:80/60, Nabız:62, solunum sayısı: 18, Sat O2: % 93 idi. Fizik muayenede yaralanma bölgesindeki patoloji hariç başka ek patolojiye rastlanmadı. Hastaya hemen bekletilmeden kontrastlı boyun tomografisi çekildi. Tomografide sol karotis internanın rüptüre olduğu ve çevresinde yaklaşık 8.5x5 cm boyutunda hematom olduğu görüldü. Hasta hemen kalp ve damar cerrahisi ile konsülte edildi ve acilen ameliyata alındı.

SONUÇ: Baş boyunun penetran yaralanmaları hayati tehdit oluşturma potansiyeli olan yaralanmalardır. Baş boyun yaralanmalarını penetran ve künt yaralanmalar olarak ikiye ayırmak mümkündür. Künt yaralanmalar daha çok yüksekten düşme ve trafik kazası gibi sebeplerle ortaya çıkarken penetran yaralanmalar kesici delici aletlerle veya ateşli silahlar sonucu ortaya çıkmaktadır. Servikal damar yaralanmaları sıklıkla penetre travmayla oluşur ve baş boyun travmalarının %25'ini oluşturur. Karotis arterinin hasarlanması bütün arteriyel yaralanmaların %5-10'unu oluşturmaktadır. Penetre travmaların %25'i servikal vasküler bir yaralanma ile sonuçlanır. Boyun bölgesi hayati öneme sahip çok sayıda anatomik yapıyı içermektedir. Büyük damarlar, larenks, trakea ve hayati pek çok fonksiyonun düzenlenmesinde rolü olan medulla spinalisin başlangıç bölümü gibi yapılar boyun yaralanmalarında tehdit altındadır. Bu sebeple diğer anatomik bölgelere göre, baş ve boyunun penetran yaralanmalarında, yaşamı tehdit eden klinik durumlar daha sık meydana gelmektedir. Bu vakalara yaklaşım da hayatta kalma şansını

artırmak açısından oldukça önemlidir. Olabildiğince hızlı davranmak ve görüntüleme açısından biraz rijit davranmak klinik tecrübelerimize göre faydalı olabilmektedir. Çünkü yukarıda da bahsettiğimiz gibi bu bölgenin anatomisi gereği küçük kesilerden bile çok önemli yaralanmalar çıkabilmektedir. Biz bu vakada kesinin küçük olması ve yaralanmanın ise çok önemli olması nedeniyle yaşadığımız bu tecrübeyi paylaşmak istedik.

ANAHTAR KELİMELER: karotis, penetran, yaralanma

PS-0449 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Akut Mekanik İntestinal Obstrüksiyonun nadir Nedenlerinden biri: Fitobezoar

Orhan Gözeneli[1], Hasan Büyükaslan[2], Yusuf Yücel[1], Halil Kaya[2], Mehmet Tahir Gökdemir[2], Fatih Güngörmez[2]

[1]*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı*

[2]*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı*

GİRİŞ: Fitobezoarlar, yutulan bitkisel gıdalardaki liflerin mide ve bağırsakta birikerek yumak oluşturması olarak bilinirler. Sıklıkla gastroduodenal ülser nedeni ile operasyon geçiren hastalardaki gastroparezis ya da fazla miktarda lifli besinlerin öğütülmeden yutulmasından kaynaklanırlar. Fitobezoarlar nadir bir şekilde ileus, perforasyon ve peritonite neden olabilirler. Bu vakada fitobezoara bağlı olarak ileus nedeniyle opere olan, daha önce operasyon öyküsü olan bir hastayı sunmayı hedefledik.

OLGU: Altmış bir yaşında erkek hasta yaklaşık 5 günden beri bulantı-kusma, karın ağrısı ve karın şişliği ile acil servise getirildi. Özgeçmişinde mide rahatsızlığı ve operasyon öyküsü mevcuttu. Hastanın batın muayenesinde orta hat göbek üstü median insizyon skarı mevcut, bağırsak sesler artmış, tüm kadranlarda yaygın hasssiyet ve sağ alt kadranda şüpheli defansı mevcut idi. Hastanın ayakta direk karın grafisinde belirgin hava sıvı seviyesi gözlendi. Laboratuvar incelemelerinde BK 16200/mm3, BUN 19 mg/dl, kreatinin 0.97mg/dl, Na 137 mEq/L, K 4.2mEq/L,Ca 10.5mg/dl, Cl 85 mEq/L, ALT 17.7 U/L, AST 11.8 U/L, Amilaz 35 U/L; CRP 0.68 mg/dl, LDH 490 U/L idi.Çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde ince bağırsak anslarının sıvı ile dolu ve dilate (ileusla uyumlu) olmasının haricinde mide ve ince barsakta fitobezoarla uyumlu görüntüler vardı. Genel cerrahi konsulte edilerek operasyon için yatışı yapıldı.

SONUÇ: Hasta aynı gün opere edidikten sonra servise alındı ve postop 5. gün şifa ile taburcu edildi.Mekanik bağırsak tıkanıklığı tablosu ile gelen hastalarda etyoloji araştırılırken fitobezoarlar akılda tutulmalıdır. Bizim sunduğumuz hastada olduğu gibi mide operasyonu öyküsü olan hastalarda intestinal obstrüksiyon nedeninin fitobezoarlar olabileceği düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: fitobezoar, ileus, acil servis

PS-0450 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Endotrekeal Entübasyon Sonrası Gelişen Trakeal Rüptür: Olgu Sunumu

Ahmet Gündüzalp, Yılmaz Zengin, Mustafa İçer, Recep Dursun, Ercan Gündüz, Mustafa Ekinci, Mahmut Yaman, Ferhat Çağıran
Department of Emergency Medicine, Dicle University, Diyarbakır, Turkey

GİRİŞ: Pnömotoraks, plevra boşluğuna hava gir¬mesi nedeniyle gelişen akciğer kollapsı olup spontan, travmatik ve iyatrojenik olarak meydana gelebilir. İyatrojenik pnömotoraks; yüksek basınçlı ventilasyon, zor entübasyon, subklavyan ven kataterizasyonu, torasentez, perkütan akci¬ğer biyopsisi, bronkoskopi ve laparoskopi gibi nedenlere bağlı olarak gelişebilir. Entübasyona bağlı trakeal rüptürler nadir olarak görülmektedir. Orotrakeal entübasyonlarda %0.005 oranında görüldüğü bildirilirken, çift lümen entübasyonlarda görülme sıklığının %0.05-0.19 arasında değiştiği bildirilmektedir. Rüptür oluşmasında; deneyimsiz hekimler, cuff'ın aşırı şişirilmesi veya cuff indirilmeden tüpün pozisyonunun değiştirilmesi, uygunsuz style kullanımı, şiddetli öksürük suçlanmaktadır. Mediastinal kitleler, konjenital trakea anomalileri, yaşlılık, geçirilmiş özefagus cerrahisi, KOAH ve kortikoterapi risk faktörleri olarak bildirilmektedir. Endotrekeal entübasyon sonrası pnömotoraks, yaygın cilt altı amfizem ve pnömomediastinum gelişen ve trakeal rüptür düşünülen bir olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU: Hipertansiyon öyküsü olan 65 yaşındaki erkek hasta acil servisimize ani gelişen şuur kaybı nedeniyle getirildi. Fizik muayende; genel durum kötü, şuur kapalı olan hastada Glaskow Koma Sklası (GKS) 4 (E1V1M2), pupiller myotik, ışık refleksi ve babinski bilateral yanıtsızdı. Hasta entübe edildi. Hastanın geliş vital bulguları; TA:180/120 mmHg, nabız:106 atım/dk, solunum sayısı:20 soluk/dk, vücut ısısı:36°C idi. Laboratuvar değerleri; WBC:20.450 K/uL, Glukoz: 229 mg/dl idi. Diğer laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Entübasyon sonrası oksijenli satürasyonu düşük olan hasta tekrar muayene edildi. Göğüs oskültasyonunda sağ tarafta solunum sesleri azalmıştı. Boyunda, yüzde ve göğüs sağ tarafta yaygın cilt altı amfizem vardı. Çekilen ak¬ciğer grafisinde sağ akciğerde pnömoto¬raks saptandı. Hastaya göğüs tüpü yerleştirildi. Hasta stabillendikten sonra çekilen bilgisayarlı tomografide beyinde yaygın kanama alanları ve bilateral frontotemporalde ve fasiyal bölgelerde yaygın cilt altı hava değerleri vardı. Nöroloji yoğun bakıma yatışı yapılan hasta ikinci günde kaybedildi.

SONUÇ: Acil serviste entübe edilen hastaların takiplerinde yeterli ventilasyona rağmen düşük oksijen satürasyonlarının olması, cilt altı amfizem gelişmesi ve solunum seslerinin azalması durumunda trakeal rüptür gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: endotrekeal entübasyon, pnömotoraks, trakeal rüptür

PS-0451 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Genç Hastada Peptik Ülser Perforasyonu

Ahmet Demir[1], Mehmet Ayrancı[2], Alev Eceviz[3], Zeynep Özkök[2], Cihan Büyüksütçü[2], Meltem Çöllü[2]

[1]*Sultanbeyli Devlet Hastanesi Acil Servis, İstanbul*

[2]*Medeniyet Üniverstesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul*

[3]*Beykoz Devlet Hastanesi Acil Servis, İstanbul*

Peptik ülser çok büyük insan topluluklarını ilgilendiren, mide asidi ve pepsin gibi agresif faktörlerle, mukozal savunma arasındaki dengesizlikten kaynaklanan bir hastalıktır

Perforasyon; gastrik, duodenal ve marjinal ülser tabanının aniden delinmesi sonucu gelişen bir akut batın tablosudur. Acil cerrahi tedavi gerektiren peptik ülserin en önemli komplikasyonudur. Günümüzde H2-reseptör blokerleri ve proton pompa inhibitörlerinin kullanımı sonucu peptik ülser hastalığında elektif cerrahi gereksinimi azalmıştır. Ancak komplikasyonlara bağlı acil cerrahi sıklığında herhangi bir değişiklik olmamıştır. Perforasyon meydana gelen hastalarda morbidite ve mortalite halen büyük bir problemdir.

Duodenal ülser perforasyonu sıklıkla ön duvarda, mide ülseri perforasyonu küçük kurvaturda oluşur. Duodenal ülser için perforasyon insidensi değişik kaynaklarda %5-10 arasında değişmektedir.Perforasyonların yaklaşık %75'i 40-50 yaşlar arasında görülmektedir.Erkeklerde kadınlara göre 4-8 kat daha sık görülür.

OLGU: Daha önceden p.ulcus öyküsü olmayan 27y E hasta Sabah saatlerinde aniden başlayan karın agrısı şikayeti ile dış merkez aciline başvurmuş. Buradaki tedavi ile ağrıları azalan hasta taburculuk sonrası agrısının artması üzerine acilimize başvurmuş. Muayenede yaygın defans ve rabaund mevcuttu. ADBG de diyaframı altı serbest hava mevcuttu. Hastadan ön planda peptik ulcus perforasyonu düşünüldü ve acil cerrahi önerildi ancak hasta başka bir merkeze başvurmak üzere hastaneden ayrıldı.

SONUÇ.: Her ne kadar genelde daha önceden p.ulcus öyküsü ile birlikte 40-50 li yaslarda sık karşılaşılsa da peptik ulcus perforasyonu genç yasta da, p.ulcus öyküsü olmadan da olabilmektedir. Ve acil serviste ani başlayan dirençli karın ağrılarında hatırlanması gereken mortalite ve morbiditesi yüksek bir akut batın nedenidir.

ANAHTAR KELİMELER: karın ağrısı, perforasyon, peptik ülser

PS-0452 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Öksürükle Gelen Tehlike; Pnömomediastinum !!!

Muhammed Semih Gedik[1], Duygu Selen Cengiz[1], Erdem Aksay[1], Müge Gülen[2], İbrahim Çelik[1], Ahmet Sönmez[1], Volkan Erdoğan[1], Gökhan Sağlamol[1]

[1]*Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana*

[2]*Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Acil Servis, Eskişehir*

GİRİŞ: Pnömomediastinum mediasten içinde hava veya diğer gazların varlığı olarak tanımlanır. Spontan pnömomediastinum, herhangi bir travma olmaksızın mediasten içinde hava bulunması olarak tarif edilir. Oldukça nadir görülen klinik bir durumdur. Biz bu yazıda şiddetli öksürme refleksi sonrası spontan pnömomediastinum ve cilt altı amfizem gelişen nadir görülen bir olguyu

POSTER BİLDİRİLER

sunmak istedik.

OLGU: 21 yaşında erkek hasta acil servise 4 gündür devam eden, öksürme sonrası gelişen nefes darlığı ve boyunda ağrı şikayeti ile yakınları tarafından getirildi. Hastanın acil servise başvurusunda bilinci açık koopere, vital bulgularına bakıldığında tansiyon arteriyel: 140/70 mmHg nabız: 80/ dk, vücut ısısı: 36,5 °C, solunum: 18/dk' ydı. Fizik bakıda yüzde, boyunda ve göğüs ön duvarında ödem görüldü, cilt altı amfizem palpe edildi. Kalp dinlemekle ritmik ve normokardikti. Ek ses, üfürüm yoktu. Bilateral akciğer sesleri azalmıştı ve hasta dispneikti. Batın rahat, defans yok rebaund yok. Hastanın acil servise getirildiğinde yapılan tetkiklerinde tam kan sayımında, beyaz küre (WBC):10300/mm3, hemoglobin (HGB): 16,5 g/dl, hematokrit (HCT): % 48.3, platelet (PLT): 224000/ mm3; biyokimyasal tetkiklerinde, glukoz: 111 mg/dl, üre: 54.8 mg/dl, kreatinin: 1.08 mg/dl, alanin aminotransferaz (ALT): 19 IU/L, aspartat transaminaz (AST): 35 IU/L, total bilirubin: 1.42 mg/dl, direkt bilirubin: 0.16 mg/dl, amilaz: 46 IU/L, sodyum (Na): 135 mmol/L, potasyum (K): 4 mmol/L, Klor (CL): 97.63 mmol/L idi. Hastaya çekilen servikal bigisayarlı tomografisinde ve toraks bigisayarlı tomografisinde cilt altı tüm fasial planlarda, kas planları arasında ve tüm mediasten kompartmanlarında serbest hava tespit edildi. Hastanın şikayetleri, fizik muayene bulguları ve bilgisayarlı tomografisi beraber değerlendirildiğinde hastaya pnömomediastinum tanısı konuldu. Hastaya oksijen desteği, intravenöz antibiyotik tedavisi(profilaktik) ve serum fizyolojik infüzyonu başlandı. Hasta göğüs cerrahisi bölümüne spontan pnömomediastinum tanısıyla takip ve tedavi amaçlı yatırıldı. Hastanın yattığı klinikte takipleri sırasında hava dansiteleri geriledi, spontan iyileşme görüldü ve şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Şiddetli öksürük refleksi sonrası gelişen boyunda ağrı, nefes darlığı, yüzde ödem, cilt altı amfizem gibi bulgular acil tıp hekimlerine pnömomediastinum açısından uyarıcı olmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Pnömomediastinum, Cilt altı amfizem, Öksürük, Boyun ağrısı

PS-0453 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Travma Sonrası Tespit Edilen Konjenital Ensefalosel

Selda Çakmak, Onur Polat, Müge Günalp, Ahmet Burak Oğuz, Serdar Gürler, İlker Yeşilkaya
Ankara Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Ensefalosel, kranyumdaki bir kemik defektten beyin dokusunun herniasyonu olarak tanımlanır. Konjenital, travmatik, tümöral ya da spontan olarak gelişebilir. Travmatik frontoethmoidal ensefalosel oldukça nadirdir. Konjenital malformasyona bağlı ensefaloseller ise %60 sıklıkla burun sırtında görülür. Bu yazıda yüksekten düşme sonrası acil servise getirilen yetişkin hastada tespit edilen konjenital frontoethmoidal ensefaloselden bahsedildi.

OLGU: 37 yaşında erkek hasta altı metre yüksekten düşme nedeni ile acil servise getirildi. Hastanın hemodinamisi stabildi. Başında, her iki üst ve alt ekstremitede çok sayıda abrazyon ve ekimozu mevcuttu. Sol hemitoraksda 5-6. kosta hizasından başlayan hassasiyet tespit edildi. Pelvik kompresyon ve dekompresyon ile hassasiyeti mevcuttu, her iki kalça eklem hareketinde hassasiyet tespit edildi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın kranial bilgisayarlı tomografisinde (BT); sağ ön frontalde frontal sinüsteki defektten sinüs içerisine herniye olan beyin parankimi (fronto-etmoid ensefalosel) tespit edildi. Torakal BT'de sol 5. kosta lateralinde ve sol 9,10,11. kostaların posteriorunda deplase kırık hatları tespit edildi. Pelvik BT'de sol iliak kemikte asetabulumdan geçen sol süperior ve inferior pubik ramuslarda deplase kırık hatları tespit edildi.

Frontoetmoidal ensefalosel açısından hasta beyin cerrahisine konsulte edildi. Rinoresi olmayan, nörolojik muayenesi normal olan hastada menenjite ait özgeçmiş sorgulandı. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın paranazal sinüs BT'si istendi. Paranazal sinüs BT'de aynı bulgular saptandı. Altı saat sonraki kontrol Kranial BT'sinde ve nörolojik muayenesinde değişiklik olmaması üzerine acil cerrahi patoloji düşünülmedi. Defektin konjenital olduğu yönünde görüş birliğine varıldı. Pelvis kırığı olan hasta operasyon için ortopedi kliniğine yatırıldı.

SONUÇ: Etmoid sinüs duvarı, ince olmasından dolayı travma sonrasında kolaylıkla zedelenebilir, meninksler ve beyin dokusu sinüs içerisine herniye olabilir. Konjenital frontal ensefaloseler genellikle kozmetik açıdan sorun oluşturarak yenidoğan döneminde tespit edilir ve herniye olan frontal lobun çıkarılması nörolojik defisit oluşturmaz. Bizim vakamızda olduğu gibi ileri yaşlar da dahi bulgu vermeyen konjenital ensefalosel tespit edilebilileceği akılda tutulmalıdır. Özgeçmiş, nörolojik muayene ve ayrıntılı görüntüleme yöntemleri ile konjenital ya da travmatik ensefalosel ayırımı yapılmalıdır. Travmatik ensefaloselde kalıcı nörolojik defisit oluşmaması için yakın nörolojik muayene ve menenjit profilaksisi unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Acil, Ensefalosel, Travma

PS-0454 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Üriner Kateter Takılırken Oluşan Rektum Perforasyonu

Murat Yücel[1], Fatma Duran Memiş[1], Halil İbrahim Çıkrıklar[1], Fikret Halis[2], Yusuf Yürümez[1]
[1] *Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye*
[2] *Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye*

GİRİŞ: Üriner kateter uygulamaları acil serviste sık yapılan girişimsel işlemler arasında yer alır ve zaman zaman ciddi komplikasyonlar ile de karşılaşılabilir. Bu yazıda üriner kateter uygulamasının nadir ancak önemli bir komplikasyonu olduğunu düşündüğümüz rektum perforasyonunun sunulması amaçlandı.

OLGU SUNUMU: 81 yaşında erkek hasta acil servise yaklaşık 12 saattir idrar yapamama şikâyeti ile başvurdu. Hastanın üç gün önce de aynı şikâyet ile acil servise başvurduğu ve üroloji uzmanı tarafından üriner kateter takıldığı öğrenildi. Vital bulguları; TA: 100/60 mmHg, Nabız: 86/dk Ateş: 36,6 0C, SS: 16/dk ve SaO2: %90 idi. Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinç açık, koopere ve oryante idi. Cildi dehidrate görünümde, karın palpasyonunda yaygın hassasiyet mevcut olan hastada defans ve rebound saptanmadı. Diğer sistem muayeneleri ise normaldi. Laboratuar testlerinde; Glukoz:125 mg/dl, Üre: 140, Cr: 1,2, WBC: 13.3, Hgb: 10.9 g/dl ve CRP: 206 olarak tespit edildi. Yapılan USG sonucunda hastanın mesanesinde üriner kateterin görülmemesi üzerine abdominal bilgisayarlı tomografi istendi. Görüntüleme sonucunda idrar kateterinin rektum içinde olduğu ve karın içinde serbest hava olduğu saptandı. Üroloji bölümü ile konsülte edilen hastanın kateteri çekildi ve sistostomi açılarak servise yatırıldı. Operasyon ihtiyacı olmayan hasta bir hafta sonra şifa taburcu edildi.

SONUÇ: Üriner kateter takıldıktan sonra kateterin yerinde olup olmadığı, idrarın akış hızı ve kateterde tıkanıklık olup olmadığı kontrol edilmelidir. Kateter takıldıktan hemen sonra veya daha geç dönemde gelişebilecek üretra ve rektum perforasyonu gibi komplikasyonlar açısından da dikkatli olunmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Üriner kateter, rektum perforasyonu, komplikasyon

PS-0455 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Propofol Kullanımına Bağlı Parotitis: Olgu Sunumu

Murat Yücel[1], Mustafa Ercan Günel[1], Candan Yılmaz Günel[2], Halil İbrahim Çıkrıklar[1], Refiye Selin Yencilek[2], Şebnem Kılıç[1], Halil İlker Yencilek[1]
[1] *Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye*
[2] *Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye*

GİRİŞ: Ameliyat sonrası parotitis oldukça nadir bir komplikasyondur. Genellikle anesthesia mumps (anestezi kabakulağı) olarak adlandırılır. Vazodilatasyon, hiperemi, stenon kanalına hava kaçması, perioperatif atropin, süksinilkolin, morfin ve propofol gibi ilaçların kullanımı sonucu oluşabilir. Postoperatif parotitis operasyondan sonra ilk iki hafta içinde ortaya çıkar. Propofol kullanımı sonrası aynı gün içinde gelişen bir parotitis olgusu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU: 43 yaşında bayan hasta acil servisimize her iki tarafta kulak arkasında ani gelişen şişlik nedeni ile başvurdu. Hastanın kronik ürtiker hastası olduğu ve sürekli antihistaminik ilaç kullandığı öğrenildi. Aynı gün sabah saatlerinde, bir ay önce nefrolitiazis nedeni ile böbreğine takılan double j kateterin çekildiğini ve bu işlem için sedasyon uygulandığını söyledi. Gün içinde başka ilaç kullanım öyküsü olmayan hastanın opere olduğu hastane aranarak, uygulanan sedasyon işlemi için propofol 200 mg haricinde herhangi bir ilaç verilmediği öğrenildi. Hastamızın yapılan laboratuar testleri normaldi. Parotis bezi USG'de sağ tarafta belirgin olmak üzere her iki parotis bezinde de ödem tespit edildi. Anestezi bölümünden konsültasyon istendi. Propofol kullanımına bağlı parotis şişmesi teşhisi konan hastaya anti alerjik tedavi ve bol hidrasyon verildi. Parotis ödemi gerileyen hasta öneriler ile taburcu edildi.

SONUÇ: Acil servise parotitis klinik bulguları ile başvuran hastalarda özellikle son iki haftada operasyon öyküsünün sorgulanması ve perioperatif dönemde kullanılan bazı ilaçlara bağlı gelişen anestezi kabakulağı tanısı aklımızda bulunmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Parotitis, propofol, anestezi kabakulağı, postoperatif komplikasyon

PS-0456 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Gastroenterit ve Ektopik Gebelik: Olgu Sunumu

Murat Yücel, Mustafa Ercan Günel, Halil İbrahim Çıkrıklar, Yusuf Yürümez
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye

GİRİŞ: Ektopik gebelik, fertilize olmuş ovumun normal yeri dışında bir yere implante olmasıdır. Tüm gebelikler içerisindeki insidansı 1/150 ve 1/1000 arasında değişmektedir. RIA kullanımı ektopik gebelik için bir risk faktördür. Biz burada besin zehirlenmesi bulgularıyla acil servise başvuran, yapılan muayene ve tetkikler neticesinde ektopik gebelik tanısı konup acil ameliyata alınan bir olguyu sunmak istedik.

OLGU SUNUMU: 27 yaşında bayan hasta acil servisimize balık yedikten 6 saat sonra başlayan bulantı, kusma, ishal ve karın ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Geldiğinde vital bulguları stabil idi. TA: 110/70 mmHg, Nabız: 95/dk ve SaO2: %98 idi. Batın muayenesinde barsak seslerinde artma ve suprapubik hassasiyet dışında başka bir özellik yoktu. Hasta gastroenterit olarak değerlendirildi. İki saat sonra hastanın tansiyonu 80/50 mm Hg ve Nabız:130/dk tespit edildi. Hastada gaita inkontinansı oldu. Bulantı ve kusma yakınmaları arttı. Laboratuar sonuçlarında Hb:12g/dl, Beta hCG:2300 mIU/ml idi. Diğer laboratuar bulguları normaldi. Hasta gebe olduğunu bilmediğini,spirali olduğunu, gebe kalma ihtimalinin olmadığını söyledi. Batın tekrar muayene edildiğinde hastada tahta karın geliştiği gözlemlendi. Gönderilen kontrol hemogramında Hb:7,7 g/dl idi. Hasta ektopik gebelik rüptürü ön tanısı ile kadın doğum kliniği ile konsülte edildi. Acilen opere edilen hasta yoğun bakıma çıkarıldı ve takip sonrasında şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Acil servise karın ağrısı yakınması ile başvuran cinsel aktif yaştaki tüm kadınlarda beta hCG bakılması ve RİA kullanımının ektopik gebelik için bir risk faktörü olduğunu unutmamalıyız.

ANAHTAR KELİMELER: Ektopik gebelik rüptürü, gastroenterit, karın ağrısı

PS-0457 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Spontan mesane rüptürü olgusu

Yalçın Gölcük, Hale Nur Can, Halil İbrahim Dayangaç, Orçun Çalışkan, Nihan Kara
Department of Emergency Medicine, Celal Bayar University, Manisa, Turkey

GİRİŞ: Spontan mesane rüptürü travmatik ve iatrojenik mesane rüptürü gibi nadir ve ölümcül bir tablodur. Genelde radyoterapi, inflamasyon, malignite, tıkanıklık gibi altta yatan bir sebebe bağlıdır. Semptomlar nonspesifik ve tanı koydurmayan özelliktedir.

OLGU: 29 yaşında kadın, 3 gündür olan, karında şişlik ve ağrı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Başvuru vitalleri: TA:115-67, NDS:86, SS:20, A:37.9C, SaO2:99 idi. Fizik muayesinde, batında özellikle suptapubik alanda yaygın hassasiyeti mevcuttu. Laboratuva sonuçlarında özellik yoktu. Yapılan batın USG' sinde batın içi yaygın sıvı tesbit edildi. Takipde karın ağrısı artan hastaya asit ön tanısı ile parasentez planlandı. Transuda mayi içeriği idrar ie uyumlu gelmesi üzerine hastaya retrograd kontrast maddeli Batın BT planlandı ve mesaneden kontrast madde kaçağı tesbit edildi. Travma öyküsü olmayan hastaya spontan mesane rüptürü tanısı konup üroloji servisine yatışı yapıldı.

TARTIŞMA: Mesane rüptürü çoğunlukla künt, penetran travmalar yada iatrojenik sebeplerden dolayı oluşmaktadır. Bu vakalar çoğunlukla alt batın ağrısı, hematüri, dizüri ve anüri ile başvururlar. Olgumuzda ise, künt batın ağrısına ve şişliğe eşlik eden üriner bir yakınmanın olmaması dikkat çekmektedir. Bu olgu ile, dikkatli klinisyenlerin akut batın tablosu ile yakalayabilecekleri nadir ve ölümcül bir durumu sunmaktayız.

ANAHTAR KELİMELER: acil, karın ağrısı, mesane rüptürü

PS-0458 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Acil Servislerde Az Görülen Ürolojik Bir Olgu: Penil Fraktür

Ahmet Ali Top[1], Bestami Köse[1], Ayşegül Gümrükçü[1], Selim Yurtsever[2], İsmet Eraydın[1], Süleyman Türedi[1]
[1]*Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon*
[2]*Artvin Arhavi Devlet Hastanesi, Artvin*

Penil fraktürü, ereksiyon halindeki penisin zorlanması ve künt travmaya maruz kalması ile içindeki basıncı artmış olan kavernöz cisimleri çevreleyen tunika albugineanın yırtılması sonucu oluşan ürolojik acil bir durumdur.

72 yaşındaki hasta penisinde ani ortaya çıkan ağrı, şişlik, eğrilik ve şekil bozukluğu şikâyetleri ile müracaat etti. Vitalleri stabil olup özgeçmişinde ek bir hastalığı bulunmuyordu. Öyküsünde bir gün önce cinsel ilişki sırasında penisinde kırılma sesi duyduğunu, takiben bahsedilen semptomların ortaya çıktığını söyledi. Penis eğri, ağrılı, şiş, ödemli, penis ve skrotumunda ekimozu vardı. Penil fraktür düşünülen hastaya üroloji konsültasyonu istendi, ek tetkik yapılmadı, üroloji kliniğince yatırılarak ameliyat planlandı.

Penil fraktürler çok sık izlenmemekle birlikte acil cerrahi müdahale gerektiren ürolojik acil bir hastalıktır. Penis fraktürünün en sık nedeni cinsel ilişki sırasındaki travmatik durumlar olduğu bildirilmektedir. Genellikle klinik olarak tanı konulur. Günümüzde önerilen tedavi şekli cerrahidir.

ANAHTAR KELİMELER: penil fraktür, künt travma, acil servis

PS-0459 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Nadir bir Senkop nedeni: Tansiyon Pnömotoraks

Fatih Nazmi Yaman
Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Acil Servis, Kahramanmaraş

GİRİŞ: Senkop acil servislere başvuruların en sık nedenlerinden biridir. Senkopun farklı birçok nedeni olmasına rağmen, tansiyon pnömotoraks gibi nadir ve hayati tehdit eden durumlar da vardır. Biz bu olguda, tansiyon pnömotoraks bağlı senkop ile gelen hastayı sunduk.

OLGU: 24 yaşında erkek hasta, yakınları tarafından evde bayılma şikâyetiyle getirildi. Hastanın dört gün önce ani başlangıçlı sol yan ağrısı ve nefes darlığı olduğu ve farklı üç hastaneye başvurduğu öğrenildi. Hastanın şikâyetlerinin geçmemesi ve baş dönmesi, göz kararması ve vazovagal senkop atağı geçirdiği öğrenildi. Travma öyküsü yoktu. Genel durumu iyi olan hastanın TA:90/60mmHg, Nb:100/dk, Sat:%90 SS:18/dk olarak ölçüldü. Fizik muayenede, solunum sesleri sol tarafta alınmıyor, perküsyonda timpanik ses vardı. Trakea orta hatta, cilt altı amfizem yoktu. Kardiyovasküler sistem taşikardik, ek ses ve üfürüm yoktu. EKG: Sinus taşikardik.

Hastaya çekilen PA AC grafisinde tansiyon pnömotoraks ve trakea ve mediasten sağa deviyasyonu tespit edildi. Hastaya acil şartlarda tüp torakostomi takıldı. Göğüs cerrahi servisine yatırıldı.

SONUÇ: Tansiyon pnömotoraks hayatı tehdit eden bir durumdur. Senkop ile başvuran hastalarda farklı birçok neden olmasına rağmen, hayati önem arz eden nedenler akılda tutulmalıdır. Bu nedenle senkop ile başvuran olgularda detaylı anamnez alınmalı ve detaylı fizik muayene mutlaka yapılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Senkop, Tansiyon Pnömotoraks, Pnömotoraks

PS-0460 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Deliryum Tablosunda Ayırıcı Tanı: Spontan Pnomosefali

Gürkan Altuntaş[1], Ayşegül Gümrükçü[1], Ahmet Ali Top[1], Hatice Bengü Çobanoğlu[2], Özgür Tatlı[1], Süleyman Türedi[1]
[1]*Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon*
[2]*Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Servisi, Trabzon*

Pnömosefali, travma, tümör, radyoterapi, infeksiyon gibi nedenlerle ve nadiren de spontan olarak intrakraniyal hava bulunmasıdır. Biz bu vakada, deliryum tablosuyla acilimize başvuran hastanın spontan pnömosefali ile ilişkisini anlatmayı hedefliyoruz.

Kırkdört yaşında bayan hasta bilinç değişikliği, uykuya meyil ve kasılma şikayetleri ile acil servise getirildi. Genel durumu orta kooperasyonu kısıtlı idi. Anamnezde travma öyküsü yoktu.

POSTER BİLDİRİLER

Detaylı nörolojik muayenesi normaldi. Beyin BT'de intraparankimal pnömosefalik alanlar izlendi. Kemik yapı intakt ve bütünlüğü sağlamdı. Hasta beyin cerahi kliniğine devredildi. Yatışının 10. Gününde şifa ile taburcu edildi.

Deliryum tablosunda bize başvuran hastaların ayırıcı tanısında düşündüğümüz intrakraniyal hadiseler arasında nadir de olsa pnömosefali de olabileceği bu vakayla ortaya konmuştur.

ANAHTAR KELİMELER: bilgisayarlı beyin tomografi, deliryum, spontan pnomosefali

PS-0461 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Warfarin Kullanımına Nağlı Spontan Dalak Laserasyonu

Mustafa Yılmaz, Mehtap Gürger, Metin Ateşçelik, Mustafa Yildiz, İbrahim Halil Yasak, Ayşe Filiz Kuzgun
Acil Tıp Kliniği, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Turkey

GİRİŞ: Oral antikoagülanların sık görülen yan etkilerinden biri spontan kanamalara neden olmasıdır. Bu yazıda, acil servisimize karın ağrısı, yan ağrısı, idrarda kanama ve yanma şikayeti ile başvuran warfarin kullanımına bağlı spontan dalak rüptürü saptanan kliniği renal kolik ile karışabilen bir olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU: Atmış iki yaşında kadın hasta acil servise karın ağrısı, yan ağrısı, idrarda kanama ve yanma şikayeti ile başvurdu. Tıbbi öyküsünde aort ve mitral kapak replasmanının yapıldığı ve warfarin tedavisi aldığı, INR takiplerini düzenli yaptırdığı ve istenen düzeyde takip edildiği öğrenildi. Hastaneye geldiğinde tansiyon arteryel: 100/60 mmHg, solunum sayısı: 24/dk, nabız: 110 atım/dk idi. EKG de atriyal fibrilasyonu mevcuttu. Fizik muayenesinde GKS 15, bilinç açık, cilt ve konjonktivalar soluk görünümde, batın sağ orta kadrandan pelvik bölgeye uzanım gösteren bölgede hassasiyeti yine sağ kostovertebral açı hassasiyeti mevcuttu. Yapılan tetkiklerde Hgb: 5,8 g/dl (N: 12,5-17 g/dl), HCT: % 19,2 (N: 37-54 %), PLT: 418.103/mm (N: 139-346.103/mm), aPTT: 53,4 sn (N: 21-36 sn), INR: 5,65 (N: 0,8-1,2) olarak tespit edildi. Karaciğer ve böbrek testleri normaldi. Stick ile yapılan idrar tetkikinde ise eritrosit +3 olması dışındaki diğer parametreler normaldi. Warfarin kullanması, INR değerinin yüksek olması, anemisinin olması ve karın ağrısının olması nedeniyle yapılan batın USG de batında yaygın mayi tespit edilmesi haricindeki solid organ değerlendirimeleri normaldi. Kontrastlı Batın BT de dalak alt uçta yaklaşık 3 cm boyuta ulaşan grade II laserasyon izlendi. Yine bu alanda ekstravazasyon ile uyumlu hiperdens görünüm tespit edildi. İlave olarak perisplenik alanda en geniş yerinde yaklaşık 4,5 cm eninde hematom saptandı. Batın sol orta kadranda en geniş yerinde yaklaşık 2×6,5 cm boyuta ulaşan hematom saptandı.

Hasta warfarin kullanımına bağlı spontan dalak laserasyonu tanısıyla genel cerrahi servisine yatırıldı. Hastaya takip edildiği süre içersinde taze donmuş plazma ve eritrosit süspansiyonu replasmanı yapıldı. Hasta yatışının 5.gününde şikayetlerinin gerilemesi ve laboratuvar değerlerinin istenilen düzeye gelmesi üzerine taburcu edildi. (Hgb: 12,7, HCT: 39,1, INR: 2)

SONUÇ: Warfarin kullanımının hayati tehlike oluşturan kanamalara neden olabileceği ve acil servis kliniğine başvuran ve warfarin kullanan hastalarda dikkatli olunmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Hematuri, Dalak rüptürü, Karın ağrısı, Warfarin,

PS-0462 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Cerrahi Tedavi Yapılan Plevral Efüzyonlu Hastaların Analizi: 345 Olgu

Muharrem Çakmak[1], Mehmet Nail Kandemir[1], Mehmet Çağrı Göktekin[2], Melih Yüksel[2]
[1] *Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi Servisi*
[2] *Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi*

AMAÇ: Plevral efüzyon, sıvının içeriğine ve altta yatan hastalığın patofizyolojisine göre transuda ve eksuda olarak sınıflandırılan sıvıların, plevral boşlukta toplanmasıdır. Benign ve malign hastalıklar plevral efüzyona yol açabilir. Konjestif kalp yetmezliğine (plevral efüzyonun en sık nedeni) bağlı efüzyonlar ve parapnömonik efüzyonlar (ikinci en sık neden) en sık benign efüzyon tipleridir. Akciğer ve meme kanseri ise malign plevral efüzyonun en sık sebebidir. Tedavi, benign efüzyonlarda etiyolojiye yönelik tedavi yapılır. Malign efüzyonlarda ise pleurocan ile drenaj, tüp torakostomi, plöredezis (yapıştırma), kronik drenaj, vats ve torakotomi+ dekortikasyon uygulanan yöntemlerdir.

Amacımız, erken teşhis ve tedavi ile ileride oluşabilecek komplikasyonların önemini vurgulamak ve sonuçlarını literatürler eşliğinde paylaşmaktır.

YÖNTEM: Ocak 2004 ile Aralık 2014 tarihleri arasında plevral efüzyon tanısıyla yatışı yapılan ve sadece cerrahi tedavi uygulanan 345 hasta çalışmaya alındı. Cerrahi tedavi uygulanmayan hastalar çalışma dışında tutuldu. Bütün hastaların dosyaları geriye dönük incelendi. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, şikayetleri, vital bulguları, hastalığın türü, hastaların alışkanlıkları, önceden var olan (altta yatan) hastalıkları, tanı yöntemleri, hastalığın lokalizasyonu, uygulanan cerrahi yöntem (pleurocan, tüp torakostomi, plöredezis, torakotomi/torakoskopik cerrahi), komplikasyonlar ve yatış süreleri tespit edildi. Elde edilen verilerin analizleri yapıldı, torakotomiye yatkınlık oluşturan parametrelerin anlamlılıkları değerlendirildi.

BULGULAR: Hastalaramızın yaş ortlaması 32,3 idi. 213'ü erkek, 132'si kadındı. Hastalık, 206 hastada sağ, 136 hastada sol, 3 hastada bilateral yerleşimliydi. Plevral efüzyon nedenleri malign mezotelyoma % 19, plevral metastazlar % 12, paramalign efüzyonlar % 8, konjestif kalp yetmezliği % 17, parapnömonik efüzyon % 13 ve ampiyem % 10 idi. Yüzde sekiz kesinleşmiş, % 13 şüpheli tüberküloz plörezi tanısı vardı. Hastaların 255'ine tüp torakostomi, 26'sına torakotomi, 64'üne vats yapıldı.

SONUÇ: Çevresel asbest maruziyeti nedeniyle bölgemizde en sık plevral efüzyon nedeni malign mezotelyoma iken, ikinci sırada kalp yetmezliği gelmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Cerrahi, Plevral efüzyon, Plörezi

PS-0463 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Spontan Üreter Rüptürü: İki Olgu

Mustafa Yılmaz, Metin Ateşçelik, Mehtap Gurger, Mustafa Yildiz, Ömer Canpolat, Feyza Aksu
Acil Tıp Kliniği, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Türkiye

GİRİŞ: Üreter veya toplayıcı sistemin nontravmatik rüptürü en sık üriner sistem taşlarına bağlı olabilir. İdrarın akışının engellenmesi veya tıkanıklığına bağlı gelişen intraluminal basınç artışı bazen toplayıcı sistemin rüptürüyle sonuçlanabilir. Bu yazımızda spontan üreter rüptürü tespit ettiğimiz iki olguyu sunmayı amaçladık

OLGU 1: Elli yaşında erkek hasta 3 günlük sağ yan ağrısı şikâyetiyle acil servise başvurdu. Travma hikâyesi olmayan hastanın idrarda ara ara kanamaları, bulantı ve kusmasının olduğunu belirtti. Hastanın, genel durumu iyi, şuuru açık,oryante koopere idi. GKS 15 olan hastanın muayenesinde sağ kosto-vertebral açı hassasiyeti ve sağ üreter trasesinde hassasiyet mevcuttu. Abdominal defans ve rebound saptanmadı. Diğer sistemlerin fiziksel incelemesi normaldi. Abdominal Ultrasoununda sağ böbrek toplayıcı sistemde grade1 hidronefroz ve sağ perirenal alanda ve morison poşunda mayi olması üzerine çekilen kontrastlı Toraks BT'sinde; Sağ pelvirenal alanda en geniş yerinde 15mm ene varan, geç faz ürografi görüntülerde kaliksiyel kontrastın ekstralüminasyonu izlenmektedir. (Kaliksiyel perforasyon? Buna sekonder ürinom?) Sol üreterin mesaneye 1cm lik mesafede kalkül ile uyumlu olabilecek kontrastsız kesitlerde 7mm lik hiperdens görünüm saptandı. Üroloji kliniğine yatış verildi, tedavisi düzenlendi. Hastaya yapılan operasyonda sağ URS taş tedavisi+sağ DJ kateter takımı+sağ retrograd pyelografitedavisi yapıldı. Komplikasyon gelişmeyen hasta ilaç verilerek önerilerle taburcu edildi.

OLGU 2: Atmış iki yaşında erkek hasta sol yan ağrısı şikâyeti ile acil servise başvurdu. Hastanın travma hikayesi yoktu. Fizik muayenede sol kosto-vertebral açı hassasiyeti ve sol üreter trasesinde hassasiyet mevcuttu. Abdominal defans ve rebound saptanmadı. Diğer sistemlerin fiziksel incelemesi normal olan hasta renalkolik olarak değerlendirildi ve tedavisi başlandı. Tedaviye rağmen şikâyetleri gerilemeyen hastanın USG si normal olarak devam etmesi ve muayenede hassasiyetinin daha da artması üzerine çekilen tomoğrafisinde sol üreter alt uçta 5mm'lik kalkül izlenmiştir. Üreter çevresinde loküle mayi alanları ve geç faz görüntülerde tanımlanan mayi lokalizasyonu içerisinde kontrast madde ekstraluminasyonu izlenmiştir. Üreter orta kesimde düzensiz görünüm rüptüre olarak değerlendirildi. Sol URS taş tedavisi+retrograd pyelografi+sol DJ kateter takımı yapıldı. Komplikasyon gelişmeyen hasta ilaç verilerek önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: Spontan üreter rüptürü oldukça nadir görülen bir durumdur ve bu yüzden sıklıkla tanıda gecikmelere neden olur. En iyi tanı yöntemi bilgisayarlı tomografidir. Tedavide öncelikle altta yatan neden ortadan kaldırılır ve sonrasındaki konservatif tedavi genellikle başarılıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Karın ağrısı, Renal kolik, Spontan üreter rüptürü

PS-0464 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Koledokokoroner Sendrom

Çağdaş Can[1], Aydın Sarıhan[2], Mustafa Bolatkale[3], Aytaç Bukıran[4]

[1]*Merkezefendi Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Manisa*

[2]*Medipol Üniversitesi Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul*

[3]*Kilis Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kilis*

[4]*Manisa Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Manisa*

GİRİŞ: Biliyer patolojiler elektrokardiyografide (EKG) akut koroner sendrom benzeri bulgular oluşturabilir. Akut kolesistit tanısı alan hastalarda geçici sol ventrikül duvar hareket kusuru saptanmıştır. Bu olgu sunumunda karın ağrısı yakınması acil servise başvuran, çekilen EKG'de bifazik T negatiflikleri olan, yapılan tetkikler sonucu biliyer pankreatit tanısı alan 68 yaşındaki bayan hasta bildirildi.

OLGU: Altmış sekiz yaşındaki bayan hasta acil servise bulantı, kusma ve epigastrik bölgede lokalize olan karın ağrısı yakınması ile başvurdu. Hastanın genel durumu iyi, vitalleri stabil idi. Kronik hastalığı olmayan, herhangi bir ilaç kullanmayan hastanın öyküsünden yakınmalarının bir hafta önce başladığı, son iki gündür artış gösterdiği öğrenildi. Fizik muayenede epigastrik bölgede derin palpasyonla ağrı saptanan hastanın diğer sistem bulguları olağan idi. Damar yolundan hidrasyon başlanan ve anti-emetik verilen hastanın EKG'si çekildi. Çekilen EKG'de bifazik T negatiflikleri saptandı. Hastanın serum hemogram, biyokimya ve troponin değerleri istendi. Serum troponin I değeri 0.08 ug/L, amilaz 712 U/L, lipaz 1440 U/L, AST 132 U/L, ALT 69 U/L olan hastanın diğer kan sonuçları normal aralıkta idi. Hasta akut koroner sendrom tanısı ile koroner yoğun bakıma yatırıldı. Yapılan ekokardiyografide sol ventrikül duvar hareket kusuru saptandı ve koroner anjiyografiye alındı. Yapılan anjiyografide patoloji saptanmayan hastaya ayırıcı tanı amaçlı batın ultrasonografi istendi. Safra kesesinde 1 adet 2x2 mm'lik kalkül saptanan, pankreası ödemli görüntülenen hasta biliyer pankreatit tanısı ile gastroenteroloji servisine devredildi.

SONUÇ: Akut biliyer pankreatit öykü, laboratuvar ve görüntüleme bulguları ile akut koroner sendromu taklit edebilir. Biliyer pankreatit tanısı alan, yapılan koroner anjiyografide patolojik bulgu saptanmayan ancak ekokardiyografide duvar hareket kusuru bulunan ve serum troponin değeri yüksek saptanan hastaların mortalitesinin yüksek olduğu bilinmeli, biliyer patolojilerde troponin değerinin tanı ve prognoz belirteci olarak kullanılabileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: akut biliyer pankreatit, akut koroner sendrom, elektrokardiyografi, ekokardiyografi

PS-0465 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Diyafram Yaralanması

Serdar Özdemir, Yılmaz Aydın, Bahattin Onur, Cansu Arslan, Fatih Doğanay, Burak Nakış, Abdullah Taşcı, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur

Fatih Sultan Mehmet eğitim araştırma hastanesi, acil tıp kliniği, istanbul, türkiye

GİRİŞ: Torakoabdominal yaralanmaların sayısı ülkemizde artan şiddet olayları ve trafik kazaları ile beraber artış göstermektedir. Torakoabdominaltravma sonrası görülen diyafram yaralanmalarının %25'i penetran travmaya bağlı iken %75'i künt travmaya bağlı oluşmaktadır. Nonpenetran yaralanmanın en sık sebebi trafik kazaları iken penetran yaralanmaları kesici delici alet yaralanmaları, ateşli silah yaralanmaları ve kırılan kotlara bağlı yaralanmalar oluşturmaktadır. Diyafram yaralanmaları sıklıkla eşlik eden yaralanmalar ile beraber klinik oluşurken izole diyafram yaralanmalarının spesifik semptom ve bulgusu yoktur. Bu nedenle tanının yıllar sonra bile konulduğu görülebilmektedir.

OLGU: 17 yaşında erkek hasta bıçaklanma şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. HastanınvitalleriTA: 124/65 mmHg, ateş:36.6 nabız:76/dk, spO2:%99 idi. Sol orta axiller hatta 9-10. kosta seviyesinde 1 cm kesi mevcuttu. Yapılan FAST USG de batın içi serbest mayi izlenmedi. Toraks ve batın bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. BTde serbest mayi izlenmemekle birlikte dalak superiorundahematomla uyumlu olabilecek 1*2*1 cm dansite artışı izlendi.Solit organ yaralanması görülmedi. Kesi primerstüre edildi. Sefazolin 1 gram (intravenöz) ve tetenozprofilaksisi uygulandı. Hastanın 6 saat arayla alınan hemoglobin değerleri 15,9 ve 16,1 gr/dL; hematokrit değerleri 48 ve 48,6 % idi. Vital parametreleri stabil seyreden hasta 12 saat sonra kontrol için kliniğimize başvurmak üzere taburcu edildi. Hastanın kontrol muayenesinde de rebond, defans yoktu. Hasta sol omuz ağrısından şikâyet ediyordu. Yapılan kontrol FAST USG de batın içi serbest mayi izlenmedi. Hastaya çekilen kontrol batın BT de özellik yoktu. Yapılan laparoskopide yaklaşık 1 cm diyafram yaralanmasından omentumun herniye olduğu görüldü. Omentum batın içersine alınarak diyafram onarıldı.

TARTIŞMA: Travmatik diyafram rüptürü hastaların acil servise travma sonrası başvurularında sıklıkla tespit edilemeyen(%90) yaralanmalardır. Eşlik eden organ yaralanmalarından dolayı sıklıkla gözden kaçabilmektedir. İzole diyafram yaralanmaları ise kliniğin asemptomatik olabilmesi sebebiyle progresif ilerleyen semptomlar herniasyon geliştikten sonra gecikmiş olarak tanı koyulabilmektedir.Herniasyon miktarı defektin büyüklüğüne, defekte yakın organların fiziksel özelliklerine ve hacmine bağlıdır. Küntyaralanmalayla oluşan defekt çapı genellikle penetrantravmadakinden büyük olmaktadır. Gecikmiş tanılarda ise mortalite yüksek seyretmektedir.Penetran yaralanmalarda diyaframın primerstürasyonu yeterli olurken; künttravmalardadefektin kapatılmasında sentetik greftler gerekebilmektedir. Acil servise torakoabdominaltravma ile başvuran hastalarda acil tıp hekimi diyafram yaralanmalarını akılda tutmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: diyafram yaralanması, penetran yaralanma, torokoabdominal yaralanma

PS-0466 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Gaz deyip geçme, komplikasyon seçme !!

Cem Gün, Hasan Aldinç, Serpil Yaylacı, Gizem Yıldız, Özgür Karcıoğlu

Acıbadem Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

ARKA PLAN: Akut appandisit, acil servislerde genel cerrahi bölmüne akut batın kliniği ile en sık konsülte edilen hastalıktır. Erken tanı ve tedavi mortalite ve morbiditeyi belirgin bir şekilde etkilemektedir. Akut appandisit ile karışan belli başlı hastalıklar; üriner sistem enfeksiyonları, ürolithiazis, gastroenterit ve adneks patolojilerdir. Gebe bir kadın akut karın tablosu ile başvurduğunda tanı konulması maalesef güçleşir. Gebelik sırasında normal olarak ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikler belki de cerrahi bir girişim gerektiren klinik tablonun hem klinik belirtilerinin, hem de fizik muayene bulgularının değişmesine yol açacaktır. Oysa ki sadece tanı koymadaki ve dolayısıyla tedavideki gecikme hem anne hem de fetus hayatını birlikte tehdit eder.

OLGU: 2 gün önce normal spontan vajinal yol ile doğum gerçekleştirmiş olan 32 yaşında kadın hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Ağrısı taburcu edilirken başlayan hastaya lavman ve laksatif tedavi önerilmiş. TA: 100/70 mmHg Nabız: 84/dakika Solunum Sayısı: 20/dakika A: 36,9 C ölçülen hastanın muayenesinde batında her kadranda yaygın hassasiyet mevcuttu, barsak sesleri artmıştı. Diğer sistem muayeneleri olağan bulunan hastanın ek olarak bulantısı vardı ancak kusması yoktu. Dışkılamakta zorlandığını belirten hastaya lavman yapıldı, lavman sonrasında gaita çıkışı oldu ve hasta ağrısının azaldığını belirtti. Kan tetkiklerinde Lökosit: 12600 µL idi. Tüm batın ultrasonografisi gaz distansiyonu nedeniyle suboptimal gerçekleşti ve patoloji saptanmadı. Gaita çıkışı olmasına rağmen ağrısı yeterince azalmayan hastaya intravenöz kontrastlı batın tomografisi çekildi. Tomografide appendikolitiazis ve appandisit ile uyumlu bulgular saptandı(resim 1-2). Genel Cerrahi ile konsulte edildi. Akut appandisit nedeniyle opere edildi, ameliyattan sonra postop 3. günde şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Yeni doğum yapmış veya opere edilmiş hastalarda konstipasyon gibi gastrointestinal yan etkiler görülebilmektedir. Hekimin şüpheci yaklaşması cerrahi acilleri zararsız yan etkilerden ayırmayı sağlayacaktır. Bu olgunun klinik tablosu acil hekimlik pratiğinde dikkat edilmesi gereken öğeler taşımaktadır. Zamanında tanı konulduğunda tedavisi kolay ve postoperatif takibinde çok az problemle karşılaşılan akut appandisitte tanı gecikmesiyle birlikte morbitide ve mortalite artmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Akut appandisit, karın ağrısı, gaz distansiyonu

PS-0467 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Derin Ven Trombozunun Nadir Bir Komplikasyonu: Masif Vulva Ödemi

Murat Sarıtemur, Atıf Bayramoğlu, İlker Akbaş, Esra Şentürk, Abdullah Osman Koçak, Mücahit Emet

Atatürk Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Gebelik sırasında her 1000 kadının 0,7'sinde venöz tromboz görülmektedir. Bu risk gebe olmayan kadına göre 6 kat daha yüksektir. Gebelikte görülen vulva ödemi, ender görülen bir deri bulgusu olup, vasküler ve/veya lenfatik sistemi etkileyen allerjik, inflamatuar, nörolojik veya travmatik etkenlerin sonucunda oluşabilir. Derin ven trombozu gelişen ve buna bağlı olarak belirgin vulva ödemi olan bir gebe hastayı sunmayı amaçladık.

POSTER BİLDİRİLER

OLGU: 29 yaşında bayan hasta acil servise sol bacakta ve genital bölgede şişlik, yürürken ağrı şikayetiyle başvurdu. Hastanın 34 haftalık ikiz gebeliği mevcuttu. Öyküsünden 5 gün önce sol bacağında şişlik nedeniyle gittiği merkezde DVT tanısı konulduğu, düşük molekül ağırlıklı heparin başlandığı, fakat şikayetlerinin gerilememesi, sol bacaktaki şişliğinin giderek artması ve genital gölgeye kadar yayılması nedeniyle acil kliniğimize gönderildiği öğrenildi. Hastanın geliş vital bulguları stabildi. Hastanın sol inguinal bölgesinden başlayıp, ayak bileğine kadar uzanan hassasiyet ve şişliği mevcuttu. Femoral, popliteal ve dorsalis pedis arter nabızları elle alınıyordu. Hastanın sol labium majus, sol labium minus, ve klitorisinde yaygın, basmakla gode bırakmayan, gergin, deri renginde ödem saptandı. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Laboratuar bulgularında belirgin anemisi (hemoglobin: 6,9 g/dL, MCV: 69,9) ve hipoalbüminemisi (albumin: 2,6 mg/dL) dışında bir özellik yoktu. Yapılan renkli dopler ultrasonografide sol eksternal iliak ven ve bu vene açılan pelvik venlerde, sol ana femoral vende lümende çap artışı ve lümeni %100 tıkayan trombüs materyali ile uyumlu heterojen hiperekoik görünüm mevcuttu. Kalp damar cerrahisi klinğine yatırılan hastaya vena cava filtresi takıldı. Daha sonra C/S ile doğum yapıldı. Hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin başlandı, bacak elevasyonu uygulandı. Takiplerinde şikayetleri düzelen hasta 2 hafta sonra taburcu edildi.

SONUÇ: Masif vulva ödemi; hastada hem fizik ve hem de psikolojik bir gerilim yaratmakta, ayrıca idrar yapma güçlüğü ve vaginal doğum ile ilgili problemler ortaya çıkarmaktadır. Gebelikte DVT normal populasyondan daha sık görülse de, nadir bir komplikasyon olarak masif labium ödemi de bu hastalarda akılda bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Derin ven trombozu, gebelik, vulva ödemi

PS-0468 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Anamnez ve fizik muayane tanı için yeterli

Cem Gün, Hasan Aldinç, Serpil Yaylacı, Gizem Yıldız, Özgür Karcıoğlu
Acıbadem Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

ARKA PLAN: Aort anevrizma rüptürü, mortalitesi oldukça yüksek ve tanı konulamaz ise kısa zamanda hastanın kaybedebilme riski olan hastalıklardandır. Genellikle rastlantısal olarak saptanan aort anevrizması kalp kapaklarında problem yapmaz veya komşu organlara bası oluşturmaz ise yıllarca semptom vermeyebilir.

OLGU: 76 yaşında erkek hasta yemek yerken ani gelişen bilinç bulanıklığı ve ardından bilinç kaybı şikayetiyle ambulansla hastanemize getirildi. Vital bulguları TA: 90/60 mmHg Nabız: 42/dk SS: 14/dk bilinç kapalı. Solunumu yüzeyel olan hasta entübe edildi. Kalp hızı 116/dk'ya yükselen hastanın QRS dalgalarında farklı morfolojiler ve 5 saniye süren nabızlı ventriküler taşikardi saptandı ardından sinüs ritmine döndü. Yakınlarından hastanın diyabetes mellitus ve koroner arter hastalığı olduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde 4 ekstremite hareketli, ışık refleksleri +/+, periferik nabızları zayıf tespit edildi. Femoral ve karotid arter palpasyonunda femoral nabızların zayıf alındığı tespit edildi. Hasta yakınlarından tekrar anamnez alındı ve 5 sene önce aortunda 4 cm'lik genişleme olduğu öğrenildi. Anamnez ve fizik muayene değerlendirilip aort anevrizma rüptürü ön tanısıyla hastaya kontrastlı toraks ve batın bilgisayarlı tomografisi çekildi. Tomografide aort anevrizma rüptürü saptanan hasta yoğun bakıma transfer edildi. Operasyon sonrası 18. günde hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Senkop hastalarında tanı yelpazesi çok geniştir. Bu vakada anamnez ve fizik muayane ile aort anevrizması rüptüründen şüphelenilmiş ve erken tanı konulmuştur. Karotis nabzının alınmasına rağmen femoral nabzın alınamaması ve hastanın öz geçmişindeki aort anevrizması öyküsü doğru tanı konulmasına yardımcı olmuştur. Senkop veya bilinç bulanıklığı ile gelen hastalarda, bilateral periferik nabızlar ayrıntılı bakılmalıdır. Hasta-hasta yakınları sabırla dinlenmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Aort anevrizma rüptürü, Vasküler aciller

PS-0469 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Warfarin Kullanımına bağlı gelişen Rektus kılıf hematomu

Selçuk Bekaroğlu[1], Selim Bozkurt[1], Emrah Cengiz[2], Mehmet Fatih Yazar[2], Mahmut Egemen Şenel[1]
[1] *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş*
[2] *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş*

GİRİŞ: Rektus kılıf heatomu, epigastrik arterlerin veya rektus kas liflerinin yırtılması nedeniyle kanın rektus kılıfının içinde toplanması sonucu gelişen karın ağrılarının nadir bir nedenidir. Rektus kılıf hematomunun uygun tedavi seçimi ve hastanın hastaneye yatırılma kararı hemodinamik bozulmanın derecesi, koagülason durumu ve abdominopelvik bilgisayarlı tomografideki hematomun yaygınlığına bağlıdır.

OLGU: 56 yaşında bayan hasta 5 gündür kabızlık ve karında şişlik şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde bilinen kalp hastalığı ve Warfarin kullanımı mevcuttu. TA:90/50, nabzı:135 Vücut ısısı: 37.2 ve Oksijen saturasyonu: %80 idi. Fizik muayenede cilt soğuk ve soluktu. Batın distandü görünümde, rebaund ve defans pozitif palpasyonda batın sol orta hatta ele gelen kitle mevcuttu. Laboratuarında tespit edilen anormal sonuçlar; hemoglobin:6.3, beyaz küre:28.140, BUN:44, kreatin:2.2, direkt bilirubin:2.5 ve INR:5.98'di. Hemoglobin düşüklüğü, BUN, kreatin ve INR yüksekliği bizi gastrointestinal hemoraji açısından alert hale getirdi. Rektal tuşenin negatif oluşu ve hikayede kabızlık nedeniyle melena tarifi olmayışı ön tanımızdan uzaklaştırdı. Yapılan batın USG sonucunda batın sol orta hatta solid kitle ve batında serbest sıvı olması üzerine çekilen kontraslı batın BT'de ek olarak rektus kılıf hematomu tespit edilidi. Hasta Genel cerrahi kliniğine aytırıldı.

SONUÇ: Rektus kılıf hematomu nadir rastlanan ancak tanısı atlandığı veya geciktiği zaman ölüm de dahil ağır klinik durumlarla sonuçlanabilecek bir durumdur. Karın ağrısı şikayeti olan ve Coumadin kullanan hastalarda akılda tutulması gereken bir tanıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Karın ağrısı, rektus kılıf hematomu, Warfarin

PS-0470 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Semptomu Sıradan, Tanısı zor bir olgu: Spontan Renal Arter Diseksiyonu

Serpil Yaylacı, Cem Gün, Hasan Aldinç, Özgür Karcıoğlu
Acıbadem Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Spontan renal arter diseksiyonu nadir görülen, klinisyen için tanı ve tedavisi güç olabilen bir durumdur. Acil servislerde sık görülen semptomlardan yan ağrısı tek semptomu olabilir ve bu semptomun hafife alınması ölümcül sonuçlar doğurabilir. Biz de bu yazıda acil servisimize yan ağrısı ve hematüri ile başvuran spontan renal arter diseksiyonu vakasınının tanı konma sürecini inceledik.

OLGU: 51 yaşında erkek hasta geceden beri devam eden sağ yan ağrısı şikayeti ve makroskopik hematüri ile acil servisimize başvurdu. Vital bulguları stabil olan ve bilinen hastalığı olmayan hastanın fizik muayenesinde sağ kostovertebral açı hassasiyeti dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Hidrasyon başlanarak takibe alınan hastanın tetkiklerinde patolojik olarak beyaz küre değeri 14.000/mm□, tam idrar tetkikinde bol lökosit ve bol eritrosit görüldü. Böbrek fonksiyonları normal bulunan hastaya non steroid antiinflamatuar analjezik uygulandı. Yapılan renal ultrasonografide böbrek boyutları normal görüldü, üreter dilatasyonu ve taş izlenmedi. Ultrasonografinin hastanın kliniğini açıklayamamasının ardından hastaya kontrastsız üriner bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi ve normal olarak raporlandı. Hastanın takibinin 3. saatinde kliniğinin rahatlamaması ve analjeziye rağmen ağrısının artması üzerine renal arter diseksiyonundan şüphelenen klinisyen tarafından hastaya kontrastlı abdomen anjio BT çekildi. Anjio BT sonucunda sağ renal arter proksimalinde erken bifurkasyon ve inferiora oryante branşın proksimalinde fokal darlık ta oluşturan diseksiyon ile uyumlu uzun segmenter intimal flep ve distalde ilgili arterin sulama alanında böbrek üst-orta zon medialinde enfarkt görüldü.

SONUÇ: Yan ağrısı ile acile başvuran hastaların renal arter diseksiyonu olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Bu ihtimalin düşünüldüğü vakalarda kontrastsız BT'nin sonuç vermeyebileceği, kontrastlı anjio BT ile ön tanının ekarte edilebileceği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Renal arter diseksiyonu, yan ağrısı, hematüri

PS-0471 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

İnternal herniasyonda girdap bulgusu

Hüseyin Narcı, Güllü Akbaydoğan Dündar, Cüneyt Ayrık, Seyran Bozkurt, Ataman Köse, İpek Gülin Ağar
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

GİRİŞ:İnternal herniasyon primer veya önceden geçirilmiş cerrahi öyküsü gibi kazanılmış nedenlere bağlı gelişen karın ağrısı nedenidir.

Yüksek mortaliteyle seyrettiği için erken ve doğru tanı önemlidir. Fizik muayenede spesifik bulgularının olmaması nedeniyle preoperatif tanı güçlükle konabilmektedir. Olgumuzda abdominal BT bulgularının erken tanıda önemini vurgulamayı amaçladık.

OLGU: Acil servise 60 yaşında erkek hasta; bulantı, kusma, karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmisinde üç gün önce GİS kanama öyküsü olup endoskopide aktif kanama olmayan hasta taburcu edilmiş. Hastanın fizik muayenesinde batında yaygın defans olup lokalize hassasiyet ve rebaund yoktu. Lökosit sayısı:15000/mm3, CRP:68 mg/L olan hastanın diğer laboratuar değerlerleri normaldı.Ayakta direkt batın grafisinde birkaç adet hava–sıvı seviyesi izlenmiştir. Abdominal USG' de minimal intraabdominal serbest sıvı saptandı. Intravenoz kontrast madde verilerek elde edilen abdomen BT kesitinde sol üst kadranda lokalize bağırsak anslarında internal herniasyon ve bu alanda mezenterik vasküler yapılar da anormal çekilme nin olduğu girdap bulgusu gözlendi (şekil 1-2). Radyolojik bulgular sonucunda hasta ya exploratif laparatomi yapıldı.

SONUÇ:İnternal herniasyonda yüksek klinik şüphe ile hızlı tanı ve tedavi sürecinde noninvaziv bir görüntüleme yöntemi abdominal BT oldukça etkin bir yöntemdir. Tanı ve tedavi de gecikme iskemiye bağlı nekroz ve perforasyonla sonuçlanan ciddi bir tablodur.

ANAHTAR KELİMELER: İnternal herni, Girdap bulgusu, Erken Tanı

PS-0472 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Şüphe Hayat Kurtarır!

Serpil Yaylacı, Hasan Aldinç, Cem Gün, Özgür Karcıoğlu
Acıbadem Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ - AMAÇ: Aort disseksiyonu yüksek mortalite oranı ile seyreden acil klinik bir durumdur. Hastaların erken teşhisi mortalite riskini azaltmaktadır. Klinik olarak çok çeşitli atipik semptomlar görülebilir. Bu nedenle hastalığın tespitinde klinisyenin hastalıktan şüphelenmesi önemli yer tutar.

OLGU: 37 yaşında erkek hasta sağ üst kadran ve yan ağrısı, 4 gündür devam eden ishal şikayetleriyle acil servise başvurdu. Vital bulguları; TA: 130/70 mmHg, Kalp Hızı: 84/dk Solunum Sayısı: 18/dk saptanan hastanın fizik muayenesinde sağ üst kadranda palpasyonla hassassiyet ve sağ kostovertebral açı hassasiyeti saptandı. Hastadan kolesistit ve ürolithiazis ön tanılarıyla hemogram, karaciğer fonsksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, tam idrar tahlili ve tüm batın ultrasonografisi istendi. Hemogram sonucunda Lökosit:19.800 µL CRP:20.5 gr/dl AST: 44 U/L ALT: 88 U/L İdrarda eritrosit 1+ keton 2+ saptandı. Tüm batın ultrasonografi sonucu normal olarak raporlandı. Hastanın şikayetlerinin devam etmesi ve anlamlı yükseklik gösteren laboratuvar bulguları nedeniyle ileri tetkik olarak IV kontrastlı bilgisayarlı tomografi çekildi. Çekilen tomografide Tip 1 Aort Disseksiyonu saptanması üzerine hasta acil olarak kardiyovasküler cerrahi tarafından operasyona alındı. Hastanın disseksiyonunun sağ eksternal iliak ve sol ana karotid artere kadar uzandığı kontrastlı tomografide tespit edildi.

SONUÇ: Aort disseksiyonu, çok çeşitli semptomlarla ve farklı yaş gruplarında kendisini gösterebilen hayati bir patolojidir. Bu çeşitlilikten dolayı acil servise başvuran hastaları değerlendirirken akılda bulundurulması hayat kurtarıcı olabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Aort Disseksiyonu, Hematüri, Yan Ağrısı

PS-0473 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Gebelik Ve Venacava İnferiora Kadar Uzanan Tromboz

Mehtap Gürger, Mustafa Yılmaz, Metin Ateşçelik, Mustafa Yildiz, Ömer Canpolat, Turgut Dolanbay
Acil Tıp Kliniği, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Türkiye

GİRİŞ: Gebelik bazı hastalıklar için risk faktörü oluşturmaktadır. Derin Ven Trombozu (DVT) ve Pulmoner Emboli gibi damar trombozları da gebelikle birlikte artmış riske neden olmaktadır. Bu yazımızda 10 haftalık gebeliği olan hastada, vena kava inferor orta kesimleri ile derin femoral venlere kadar uzanım gösteren trombüsün saptandığı hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: Yirmibir yaşında ve 10 haftalık gebe olan hasta sağ kasıkta ağrı şikâyetiyle acil servise başvurdu. Ağrısının 3-4 gün önce başladığını ve sağ kasıktan bacağa doğru ilerlediğini ve şişkinlik hissinin olduğunu belirtti. Muayenesinde sağ kasık bölgesinde daha fazla olmak üzere aşağı doğru azalan oranda hassasiyet olduğu ve diğer bacak ile kıyaslandığında yaklaşık olarak 1 cm gibi çok az bir fark olduğu tespit edildi. Homans bulgusu negatif olan hastanın bacağında kızarıklık, solukluk, ısı artışı saptanmadı. Nabızlarda azalma ve ya nabız kaybı tespit edilmedi. Solunum, kardiyak ve nörolojik muayenesi normal olan hastanın vital bulguları normaldi. Elektrokardiyografisi sinüs ritminde idi ve nabız sayısı 75 atım/dakika olarak tespit edildi. DVT ön tanısıyla doppler ultrosonografi ile değerlendirilen hastanın Sağ yüzeyel femoral ven orta kesimden vena cava inferior orta kesimine kadar uzanan alanda trombüs görünümü izlendi. Bu trombüsün sağ derin femoral ven proksimaline kadar uzandığı saptandı.. Hasta Kalp Damar Cerrahisi kliniğine yatırıldı ve düşük moleküler ağrılıklı heparin ile medikal olarak takip edilen hasta 10 gün sonra taburcu edildi.

SONUÇ: DVT gebelikte sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Fakat bizim vakamız; vena kava inferior orta kısmı ile derin femoral ven proksimaline kadar uzanan bir trombüs olması, DVT'nun sadece ekstremite sınırlı kalmayarak daha yukarı venlere kadar uzanabileceği göstermesi açısından dikkat çekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Gebelik, Derin Ven Trombozu, Vena Cava İnferior,

PS-0474 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Rotator Cuff Yırtığı Sonrası Düşük Omuz

Murat Sarıtemur[1], Atıf Bayramoğlu[1], Abdullah Osman Koçak[1], İlker Akbaş[1], Hülya Sevil[1], Sultan Tuna Akgöl Gür[2]
[1]*Atatürk Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Erzurum*
[2]*Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Erzurum*

GİRİŞ: Rotator cuff, omuz eklemine döndürme hareketi yaptıran ve omuzu stabilize eden kasların (supraspinatus, infraspinatus, subskapularis, teres minor) tendonlarının oluşturduğu humerus başını kılıf gibi saran yapıdır. Rotator cuff yırtığı genellikle ani travma sonrası ortaya çıkar. En sık 40 yaş civarında görülür ve yaşla beraber insidansı artar. Bulguları arasında kolu yukarı kaldırmada ağrı, güçlük, bir ağırlık kaldırırken hissedilen ağrı ve güçsüzlük, kolun döndürülmesi hareketi esnasında hissedilen ağrı sayılabilir. Tam yırtıklarda hastalar kollarını hiç kaldıramayabilirler. Ağrı başlangıçta sadece hareket sırasında olurken daha sonraları istirahat halinde de görülür. Özellikle ileri evrelerde hastalar yırtığın olduğu tarafta omuzları üstüne yatamazlar. Direk grafide karşımıza düşük omuz ile çıkabilir.

VAKA: 40 yaşında bayan hasta sol omuz ağrısı ile acil servisimize başvurdu. Yapılan muayenesinde sol omuz abduksiyonu başlatamıyor ancak destekle 30 dereceye kadar kaldırabiliyordu. Sol omuz rotasyonları ağrılı ve kısıtlı, fleksiyonu ve extansiyonu ağrılı 45 dereceye kadar yapabiliyordu. İnternal rotasyon 20 derece, eksternal rotasyon ise 25 derece idi. Çekilen direk omuz AP grafisinde (Resim 1) humerus başı tam olarak glenoid içerisinde olmayıp inferiorda duruyordu. Hasta düşük omuz olması nedeniyle ortopedi ile konsulte edildi. Omuz bandajı yapılarak poliklinik kontrolüne çağrıldı. Çekilen omuz MR'ında supraspinatus kasında yırtık tespit edildi ve ratotor cuff yırtığı tanısı kondu.

SONUÇ: Hastanın çekilen direk omuz grafisinde humerus başının glenoid içerisinde olmayıp inferiorda durması omuz dislokasyonu ile karıştırılabilir. Ancak rotator cuff yırtığı sonrası düşük omuz gelişebileceği akılda bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Rotator cuff yırtığı, radyografi, düşük omuz

PS-0475 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Nadir Rastlanan Bir Olgu: Renal Arter Trombozu

Halil İbrahim Çıkrıklar, Yasemin Yıldız Kirazaldı, Murat Yücel, Yusuf Yürümez
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye

GİRİŞ: Ülkemizde acil servislere karın ağrısı şikâyeti ile başvuran çok sayıda hasta mevcuttur. Karın ağrısı çok basit bir hastalığın semptomu olabileceği gibi, çok ciddi ve hatta ölümcül bir hastalığın semptomu olabilir.

OLGU SUNUMU: 50 yaşındaki erkek hasta, yaygın karın ağrısı ve bulantı şikâyeti ile acilimize başvurdu. Hastanın anamnezi kendisinden alındı. Ağrının acil servis başvurusundan yaklaşık 3-4 saat önce aniden başladığı ve uykudan uyandıracak şiddette yaygın olduğu öğrenildi. Hastanın ara sıra alevlenen mide ülseri dışında bilinen kronik bir hastalığının ve ilaç kullanım öyküsünün

POSTER BİLDİRİLER

olmadığı, soy geçmişinde ise babasında kronik böbrek yetmezliği olduğu öğrenildi. Fizik muayenesi: Kan basıncı: 150/90 mmHg, Nabız: 90 atım/dk, Solunum sayısı: 20 atım/dk ve Ateş: 36.3oC idi. Genel durumu orta-iyi, bilinci açık, oryante ve koopere olan hastanın batın muayenesinde defans ve rebound bulgularına rastlanmadı. Sadece sol kosta altında ve sol yana doğru da yansıyan bir hassasiyeti mevcuttu. Elektrokardiyografisi normal sinüs ritmi saptandı. Kan biyokimyasında sadece LDH: 251 U/L'di ve normalden yüksekti. Hemogramında hafif lökositozu (WBC: 15.7) mevcuttu. Tam idrar tahlilinde özellik yoktu. Hastanın yapılan tüm batın USG'si normal sınırlarda idi. Bunun üzerine hastaya kontrastsız batın BT'si istendi ve normal sınırlarda gelmesi üzerine de renal kolik ön tanısı ile üroloji ile de konsülte edildi. NSAİİ uygulaması ve takip kararı verildi. Ancak yapılan tedavi ve takipte hastanın ağrısında bir değişim olmaması üzerine kontrastlı batın BT'si istenen hastada sol renal arterinde tromboz olduğu saptandı ve girişimsel radyoloji için ileri bir merkeze sevk edildi.

SONUÇ: Renal arter trombozu, klinikte bulantı ve kusmanın eşlik ettiği ani başlayan şiddetli yan ağrısı ile bulgu verir. Bu klinik tablonun diğer hastalıklar ile örneğin nefrolitiyazis, lumbalji, pyelonefrit gibi benzer olması, ayrıca bu vakaların acil servislerde nadir görülmesi, tanının gecikmesine neden olabilir. Böbrek işlevlerinin korunması açısından renal arter trombozunda tanının en kısa zamanda konulabilmesi büyük önem taşır.

ANAHTAR KELİMELER: Renal arter trombozu, karın ağrısı

PS-0476 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Rüptüre Olmuş Renal Anjiomyolipom

Mehtap Gürger, Mustafa Yılmaz, Metin Ateşçelik, Mustafa Yildiz, Ömer Canpolat, İhsan Yiğit
Acil Tıp Kliniği, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Türkiye

GİRİŞ: Anjiomyolipomlar en sık görülen renal hamartomlardır. Genelde tesadüfen saptanan, semptomsuz lezyonlardır. Anjiomyolipomda hemoraji sık görülür. Bu yazımızda travma dışı abdominal vasküler acillerden olan renal anjiomyolipom olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU: Atmışyedi yaşında kadın hasta, bir saat önce aniden her iki kasık bölgesinde başlayan, sonrasında tüm karına doğru yayılım gösteren ağrısının olması ve bu ağrıyla birlikte bulantı, kusma, ishal ve idrarda yanmasının da eklenmesi üzerine acil servisimize başvurdu. Bilinen DM ve HT'nu olan hasta oral antidiyabetik ve antihipertansiflerini düzenli olarak kullandığını belirtti. Salisilik asit veya warfarin kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde batın sol tarafında hassasiyet tespit edildi. Solunum, kardiyak, nörolojik muayenesi normal olan hastanın kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinin de normal olduğu saptandı. Ağrı şiddetinin artması üzerine yapılan batın ultrasonografisinde batın sol orta kadranda, sınırları net karakterize edilemeyen kitle lezyonu izlendi. Batın tomografisinde ise sol rüptüre renal anjiyomyolipom ve buna bağlı retroperitoneal hematom alanları izlendi. Hasta retroperitoneal kanama nedeniyle ileri tetkik ve tedavi amacıyla genel cerrahi kliniğine yatırıldı.

SONUÇ: Travma dışı abdominal vasküler hastalıklardan olan renal anjiomyolipomların rüptüre olarak kanaması acil cerrahi bir gerektiren bir kliniğe neden olabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Karın ağrısı, Retroperitoneal Kanama, Renal anjiomyolipom

PS-0477 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Karın Ağrısının Nadir Bir Nedeni Akut Mezenter Ven Trombozu

Gökhan Ersunan[1], Özlem Bilir[1], Asım Kalkan[1], Özcan Yavaşi[1], Kamil Kayayurt[1], Süleyman Kalca[2], Ensar Durmuş[1]

[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniveritesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı*

[2]*Recep Tayyip Erdoğan Üniveritesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü*

GİRİŞ: mezenterik ven trombozu nadir görülen, mortaliteye yol açabilen, belirti ve bulguları nonspesifik olması nedeni ile tanı koyması zor olan, acil hekimin tanıyı klinik şüphesi ile konulan bir hastalıktır. Doğuştan veya kazanılmış protrombotik hastalıklar, diğer trombofilik faktörler veya lokal faktörler etiyolojide yer almaktadır. Mezenter venöz trombozisde abdominal Doppler ultrasonografi ve portal venöz fazda çekilmiş kontrastlı tomografi doğru tanı koyma ve hasta takibinde yardımcı yöntemlerdir. Biz burada karın ağrısı nedeni ile acil servise başvuran mezenter ventrombozu tanısını alan bir olguyu sunmak istedik.

OLGU: 47 yaşında mental retarde diabeti olan erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurmuştur. Alınan anamnezde birkaç gündür karın ağrısı olduğunu bu nedenle doktora başvurduğunu yapılan tetkiklerinde bir patoloji tespit edilmediğini hasta yakınlarından öğrenildi. Genel durumu orta şuuru açık gks.15 batın muayenesinde oskultasyonla dört kadranda bağırsak sesleri doğal, palpasyonla sağ ve sol üst kadranda hassasiyet mevcut olup rebound, defans tespit edilmedi. Rektal tuşede kitle, kanama tespit edilmedi. Ekg sinüs ritminde, nabız 73 atım/dk. Laboratuar incelemesinde lökosit 7760 /UL, Hgb 14,3 gr/dL, Plt 347000/UL, glukoz 291 mgr/dL, üre 33 mg/dL, kreatinin 0,91 mg/dL, Total bilüribin 1,08 mg/dL Direk Bilüribin 0,33 mg/dL, ALT 29 U/L, AST 22 U/L, GGT 95 U/L, Amilaz 41 U/L, idrar tetkikinde glukoz +++, protein +, keton -, diğer parametreler normal sınırlar içindedir. Çekilen ayakta direk batın grafisinde bir adet hava sıvı seviyesi mevcut idi. Muayene ile tetkiklerle uyumsuz olan karın ağrısını açıklamak için ve mezenter ater embolisini dışlamak için IV. kontraslı batın bilgisayarlı tomogrofisi istendi. Çekilen tomogrofide mezenter ven ve portal ven içinde trombüs tespit edildi. Genel cerrahi ile konsulte edilen hastaya 60 mg enoksaparin -sodyum subkutan olarak yapıldı. Hospitilize edilen hasta mezenter iskemi açısından laporotomi yapıldı. Bağırsak segmentlerinde iskemi görülmeyen hasta postop 7. günü taburcu edilmiştir.

SONUÇ: mezenter ven trombozu nadir görülen bir akut batın sebebidir. Bizim vakamızda olduğu gibi muayene ve laboratuar testleri ile uyumsuz bir akut batın nedeni olduğu için hekim düşünmedikçe tanısı zor konulur. Mezenter ven trombozu (MVT) tanısında en güvenilir yöntem, yeterli portal venöz kontrastlı bilgisayarlı tomografidir. Mezenterik venöz trombozun tomografi bulgusu; ven duvarının vasa vasorumların kontrast tutmalarıyla parlaması ve venin merkezinin trombus nedeni ile sönük görünmesidir. Bu bulguların varlığında akut MVT tanısı % 90'dan fazla doğrulukla konulabilmektedir. Barsak duvar kalınlığının 3 mm'den fazla artması, kalınlaşmış ve kirli mezenter, batın içinde serbest sıvı varlığı diğer tomografi bulgularındandır. Tanıda altın standart yöntem splanknik anjiografidir. Anjiografi ile tıkanmanın lokalizasyonu, tromboz, emboli veya non-oklüziv mezenter iskemi ayrımı da yapılabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Akut batın, Mezenter ven trombozu

PS-0478 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Böbrek Yetmezliğine Yol Açan Atnalı BöbrekleTaşın Birlikteliği

Süleyman Solak, Emin Uysal, Ahmet Kutur, Zuhal Yaldır
Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

ÖZET: Atnalı böbrek en sık gözlenen füzyon bozukluğudur. Erkeklerde iki kat daha fazla olmak üzere normal popülâsyonda %0.25 oranında bulunur. Olguların %95'inde füzyon böbreğin alt bölgesindedir. Atnalı böbreklerde gelişim sırasında rotasyon tam olarak gerçekleşmediğinden böbrek pelvisin önününde yerleşimlidir. Üreter böbrek pelvisine normal giriş yerinden daha yukarısından girmektedir. Bu anatomik farklılık böbrek içerisinde oluşan taşların kendiliğinden düşmesine genellikle engel olur. Atnalı böbrekler çoğunlukla asemptomatiktir. Semptomatik olgularda ise genellikle eşlik eden enfeksiyon, obstrüksiyon ve taş nedeniyle yakınmalar ortaya çıkar.

OLGU: 34 yaşında erkek hasta, karın ağrısı, halsizlik, bulantı, kusma, oral alımda azalma ve idrar yapamama şikâyetleri olması nedeni ile acil servise getiriliyor. FM' de genel durum orta, bilinç açık koopere oryante. TA:95/60mm/hg, Nabız:102 atım/dk, SS:18/dk, Ateş; 36,2°C batında yaygın hassasiyeti ve CVAH (+/+). Anürik hipospadiası olması nedeni ile idrar sondası takılamadı. Hastanın özgeçmişinde böbrek taşı öyküsü mevcut. EKG:NSR, Taşikardik ST-T değişikliği yok. Laboratuvar; WBC:29.2, HGB:13.47, HCT:41.16, PLT:111.800, Glukoz:92, Üre:96, Cr:5, K:4.2, Na:133, PH:7.33, INR:2.51, PTZ:27, APTT:22 olarak saptandı. Yapılan tüm batın USG'de atnalı böbrek, sol böbrekte 1 cm'lik kalkül, bilateral böbrekte grade 1-2 hidronefroz, batın BT'sinde atnalı böbrek, bilateral renal pelviste kalkül, solda grade 1 hidronefrozla uyumlu görünüm saptanan hasta postrenal ABY tanısıyla üroloji ile konsulte edildi. Hasta ileri tetkik ve tedavi için servise interne edildi. (Resim-1,2 BT görüntüsü).

SONUÇ: Atnalı böbrek hastalarında anatomik farklılıktan dolayı böbrek içerisinde eşlik eden taşların kendiliğinden düşmesi daha zordur. Bu nedenle taşa bağlı istenmeyen yan etkiler daha sık gözlemlendiğinden bu hastaları değerlendirirken daha dikkatli olmalıyız.

ANAHTAR KELİMELER: Atnalı Böbrek, Böbrek Taşı, Böbrek Yetmezliği

PS-0479 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Tek kulakta çift salyangoz

İnan Beydilli, Umut Cengiz Çakır, Mustafa Keşaplı, Fevzi Yılmaz, Kamil Can Akyol, Asım Arı, Nalan Kozacı
Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: çocuklarda dış kulak yolunda yabancı cisimlerle sık karşılaşılmaktadır özellikle 6 yaş ve altı çocuklarda sık görülmektedir, oyun çagı çocukları oldukları için çoğunlukla oynarken yabancı cisimleri kulaklarına sokmaktadırlar, genellikle oyuncak parçaları boncuk vb cansız yabancı cisimler sıklıkla olurken, nadiren de canlı yabancı cisimler görülebilmektedir.

OLGU: olgumuz 6 yaşında erkek hasta 2-3 gündür olan ateş ve kulakta akıntı şikayeti ile kliniğimize başvuruyor, yapılan otoskopik muayenesinde sağ dış kulak yolunda timpanik zarın önünü kapatan salyangoza benzeyen canlı bir yabancı cisime rastlandı. kbb uzmanı tarafından mikroskop eşliğinde yabancı cisim çıkartıldı. Dış kulak yolu ödemli ve hiperemik olana hastaya ekternal otit için antibiyoterai düzenlenerek taburcu edildi

TARTIŞMA: Temel prensip yabancı cismi tutarak ya da posterioruna geçip anteriora doğru çekerek çıkartmaktır. Bunun için alligatör forsepler, buşon küretleri, aspiratörler kullanılmaktadır. Kulak burun boğaz hekimleri yabancı cisimlerin büyük çoğunluğunu mikroskop altında çıkarmayı tercih etmektedirler Uzun süre dış kulak yolunda kalan yabancı cisimlere bağlı eksternal otit gelişebilirHastanın kendisi veya uzman olmayan kişiler tarafından yapılan çıkarma girişimleri sırasında kulak zarı perforasyonu oluşabilir.

Bizim olgumuzda nezaman oldugu belli değildi hasta otit on tanısı ile ilk olarak değerlendirildi, literatüre uyarak hasta KBB uzmanı tarafından mikroskop altında yabancı cisim çıkartıldı,

SONUÇ: yabancı cisim hikayesi olmayıp ateş ve kulakta akıntı şikayeti ile gelen oyun çağı çocuklarında yabancı cisim akla getirmeliyiz, Bu olguyu asıl paylaşma nedenimiz literatüre baktıgımızda kulakta salyangoz la ilgili yabancı cisim olgusuna rastlamamış olmamızdır.

ANAHTAR KELİMELER: yabancı cisim, timpanik zar, kbb

PS-0480 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Travmatik pneumorrhachis

İnan Beydilli, Fevzi Yılmaz, Mustafa Keşaplı, Mehmet Akçimen, Kamil Can Akyol, Ertan Ararat, Vedat Kırpat
Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Traumatic pneumorrhachis spinal kanal içine hava girmesi ile oluşan nadir bir durumdur. Eidural ve subaraknoid olarak sınıflandırılır.genellikle asemptomatik oldugundan teşhisi nadir konulan bir durumdur. Genellikle spesifik tedavi olmadan kendiliğinden düzelir.

OLGU: 23 Yaşında erkek hasta trafik kazası nedeni ile acil servisimize getirildi TA: 130/80 mm Hg, nabız: 96/dk bilinci kapalı GKS: 7 idi, hasta entübe edilde sıvı resüstasyonu yapıldı, fast USG özellik yoktu, yapılan tomografi çekimlerinde: sağ temporal alanda ve partetal kemikte fraktür,aynı alanlarda havaya ait görüntü, sağ frontalde pnomosefhali, sfenoid sinus icerisinde hemorajik görünümvardı. Akciğer tomografisinde cilt altı amfizem ve solda pnomothoraksı vardı, batın tomografisi normaldi, cervikal tomografisinde epidural alanda milimetrik hava dansiteleri vardı. hasta tüp torokostomi sonrası yogunbakıma alındı, takileri sırasında ek patoloji gelişmedi daha sonra servise alınan hasta 20 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA:bizim vakamızda literatüre uyumlu olarak multi disiliner yaklaşım gereken major taravma vakasıydı, ek olarak diger sistemlerdede ek yaralanmaları mevcuttu. Traumatic pneumorrhachis içinde ek bir tedavi ye gerek olmadan düzelme olmuştur.

SONUÇ: nadir görülen bir durum olması nedeni ile paylaştıgımız vakanın spesifik bir tedavisi olmamasına rağmen beraberinde diger sistemlerdede ciddi yaralanmalar ile birlikte olabilecegi ve bu hastalara multi disiliner yaklaşım yapmamız gerekmektedir

ANAHTAR KELİMELER: resüsitasyon, epidural, pneumorrhachis

PS-0481 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Tetraplejinin Nadir Bir Nedeni Olarak Spontan Servikal Disk Hernisi

Murat Koyun
İskenderun Devlet Hastanesi, Acil servis,Hatay

55 yaşında erkek hasta acil servise 112 ambulans servisi tarafından kaldırımda yığılmış bir biçimde bulunduktan sonra getirildi.Hastanın yapılan muayenesinde hasta koopere, oryante idi. Herhangi bir konuşma problemi olmayan hasta otoyolda karşıdan karşıya geçerken son birkaç adımını hızlı ve geniş attığını ifade etti.Her iki alt ve üst extremitelerinde duyu ve tam motor kaybı olan hastanın anemnezi derinleştirildiğinde (yakınlarının da ifadelerine başvurularak) hastanın herhangi bir kronik rahatsızlığı olmadığı, ilaç kullanmadığı fakat son zamanlarda ailevi sorunlarının olduğu öğrenildi. Vital bulguları normal olan,kan tetkiklerinde herhangi bir anormalliğe rastlanmayan hastanın çekilen bilgisayarlı beyin tomografisi de normal olarak yorumlandı. Yapılan muayenelerinde durumunda bir değişiklik olmayınca beyin ve cervikal MR çekildi.Servikal MR'ında disk hernisine rastlandı.Meydana gelen tetraplejisinin nedeni spontan servikal disk hernisi olarak tespit edilerek hasta hospitalize edildi.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, Servikal Disk Hernisi, Tetrapleji

PS-0482 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Tıptan şaşmamak!!!

Elnare Günal[1], Gülşen Çığşar[1], Şahin Kahramanca[2], Albert Çakar[3], Ali Cihat Yıldırım[2], Murat Özdemir[1]
[1]*Kafkas Universitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Kars*
[2]*Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Kars*
[3]*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Ana Bilim Dalı, Kars*

GİRİŞ: Bundan 20 sene öncesine kadar çok revaşta olan kırık çıkıkçılar, tıbbın gelişimine ters orantılı olarak popülaritesini kaybetse de halen sosyokültürel düzeyi düşük kırsal toplumlarda travmalarda ilk başvurulan kişiler olma özelliğini korumaktadır. Olgumuzda sol kolu üzerine düşme sonrası kırık çıkıkçıya götürülen ve yapılan müdahale sonrası sol kol ampütasyon riski olan hastayı sunacağız.

OLGU SUNUMU: Sol kolu üzerine düşen ve yakınları tarafından çevredeki kırık çıkıkçıya götürülerek kolu lenfovasküler akımı bozacak kadar sıkılıkta sarılan ve sol elinde şişlik şikayeti gelişerek acil servise başvuran 8 yaşındaki erkek hastanın fizik muayenesinde sol elde şişlik, morarma ve kolda soğukluk tespit edildi. Radial ve ulnar nabızları alınamayan hastada kompartman sendromu düşünülerek medikal tedavi planlandı. Hasta yatışının 15. gününde şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Yeni sosyal güvenlik paket programlarının günümüzde kullanıma girmesine rağmen, bireyleri eski alışkanlıklarından vazgeçirmenin zor olduğu günümüzde, her ne kadar düşük sosyo kültürel pozisyonda olursa olsun, toplumu, gelişen sağlık problemlerinde sağlık kuruluşlarına başvurarak sağlık hizmeti alma gerekliliğine yönlendirme biz sağlık çalışanlarının temel görevlerindendir.

ANAHTAR KELİMELER: Ortopedi, kırık, tıbbi gelişmişlik

PS-0483 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Yara iyileşmesi her zaman yüz güldürür mü?

Elnare Günal[1], Gülşen Çığşar[1], Hatice Köse Özlece[2], Murat Özdemir[1], Kadir Yıldırım[3]
[1]*Kafkas Universitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Kars*
[2]*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı, Kars*
[3]*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirurji Ana Bilim Dalı, Kars*

POSTER BİLDİRİLER

GİRİŞ: Baş bönmesi insanın hareket yapmadan hissettiği hareket algısıdır. Baş dönmesi fiziyolojik olabileceği gibi vestibular (periferik) ve santral sinir sistemi hastalıklarına bağlı da gelişebilir. Periferik baş dönmesi daha gürültülü belirtilerle hastayı rahatsız etse de hayati tehlike nadirdir. Santral baş dönmesinin belirtileri şiddetli olmasa da hayatı tehdit etme potansiyali daha fazla. Santral kaynaklı baş dönmesinin birçok sebebi mevcuttur. Bunlardan biri de vertebrabasiler arter yetmezliğidir (VBY). Vertebrobaziller yetmezliğin semptomları nonspesifik ve subjektiftir. Klinik olarak sıklıkla vertigo, dizartri, bazen de ataksi, hemiparezi gibi semptomlarla ortaya çıkar. VBY, ateroskleroz, emboli, arteriyel disseksiyon gibi intrinsik nedenlerle ya da tendinöz bantlar, osteofit basısı gibi ekstrinsik nedenlere bağlı olarak vertebral arter hemodinamisinde değişiklik oluşmasıyla ortaya çıkabilir. Servikal disk hernisi operasyonu geç komplikasyonu olarak gelişen vertebrabasiller yetmezliği sunacağız.

OLGU: Kırk yaşında bayan hasta acil kliniğine ani başlayan baş dönmesi, kekeleme şeklinde konuşma bozukluğu, yutma güçlüğü ile başvuruda bulundu. Özgeçmişinde 20gün önce servikal disk hernisinden sağ anterior servikal füzyon ile opere olmuş. Ameliyat öncesi sağ kolunda mevcut olan ağrılarının azaldığını; fakat sağ kolda kuvvet azalmasının devam ettiğini bununla beraber şikayetlerine sağ göz kapağında düşmenin eklendiğini belitti. Hastanın acil kliğindeki takiplerinde şikayetleri hızlı bir şekilde progres gösterdi ve fokal nörolojik nöbetler görülmeye başlanması üzerine yapılan görüntülemelerde Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BT) ve Difüzyon Magnetik Rezonans Grafi normal sınırlarda değerlendirildi. Serebrovasküler olay ve Guillen-Barre ön tanıları ile nöroloji kliniğine konsülte edildi. EMG çekimi sonrası Guillen-Barre dışlandı. Kliniği açıklanamayan hastaya tanı amaçlı karotis ve vertebral arter doppler USG yapıldı. USG'de sağ vertebral arterde akım izlenmedi; sağ CCA komşuluğunda SCM'in posteriorunda yaklaşık 21X19X35 mm boyutunda, hipoekojen, heterojen net sınırlandırılamayan alan izlendi. Operasyona sekonder doku değişikliği veya hematomla uyumlu olabileceği raporlandı fakat ileri takipte hematom tespit edilmedi. Supraaortik yapıları değerlendirmek amacı ile çekilen kontrastlı anjio BT'de sağ vertebral arterde akım olmamasına rağmen aktif bir ekstavasazyon ve pseudoanevrizma tespit edilmedi ve çevre doku granulasyon dokusu olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Spinal disk hernisine anterior yaklaşımlı operasyon sonrasında erken dönemde vasküler yaralanma olasılığı ve sonucunda olabilecek hematoma bağlı vertebrobasiller yetmezlik gelişebilir. Fakat geç dönemdede acil kliniğine başvuran hastalarda iyileşme döneminde oluşabilecek granulasyon dokunun neden olacağı bası sonucu vertebrobasiller yetmezlik gelişebileceği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Vertebrobaziller yetmezlik, yara iyileşmesi, servikal disk hernisi

PS-0484 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Bilateral Alt Ekstremitede His Kaybı Ve Abdominal Aort Diseksiyonu

Metin Ateşçelik, Mustafa Yılmaz, Mehtap Gurger, Mustafa Yildiz, Turgut Dolanbay
Acil Tıp Kliniği, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Türkiye

GİRİŞ: Aort diseksiyonunda klasik olarak ani başlayan ve yırtıcı karakterdeki göğüs ağrısı olan ve bu ağrı sıklıkla parçalayıcı, yırtıcı ve dayanılmaz olarak tanımlanır. Ağrı, diseksiyonun izlediği yola göre yayılabilir. Sırt, boyun, kollara, karın ve alt ekstremiteye de yayılabilir. Aort diseksiyonu klasik görüntüsünden farklı klinik tablolara da neden olabilmektedir. Acil servisimize yarım saat önce başlayan her iki uylukta ve bacakta his kaybı şikayeti olan ve aort diseksiyonu saptadığımız hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: Ellisekiz yaşında erkek hasta kliniğimize yaklaşık olarak bir saat önce başlayan ve her iki bacakta güç kaybı şikâyetiyle getirildi. Bilinen hipertansiyon hastalığı olan hastnın geldiğinde kan basıncı 150/70 mmHg, Nabız sayısı 70 atım/dakika, Solunum sayısı 20 /dakika, Periferik Oksijen saturasyonu %98 olarak tespit edildi. Fizik muayenesinde bilinci açık olan hastanın GKS skoru 15 idi. Üst ekstremitesinde güç kaybı olmayan hastanın her iki alt ekstremitesinde güçsüzlüğü mevcuttu. Periferik alt ekstremite nabızlarının bilateral zayıflamış olduğu anlaşıldı. Elektrokardiyografisi normal olan hastanın, göğüs ağrısı veya solunum sıkıntısı yoktu. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Bilinen Hipertansiyonu olan hastanın her iki alt ekstremitede nabızların zayıf olarak alınması üzerine BT-Anjiografi çekildi. Ve abdominal aorta distalinde, bifurkasyon-bilateral ana iliak arterlere uzanan, yaklaşık 6.5 cm'lik çapa ulaşan anevrizmatik dilatasyon izlendi. Ayrıca bu alan sağ lateral komşuluğunda yarım ay şeklinde 1.5 cm kalınlıkta pseudolümen ile uyumlu görünüm izlendi. Abdominal aort diseksiyonu tanısı konan hastada kardiyak arrest geliştı. Başarılı resüstasyonun ardından yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Yatışının 2. saatinde tekrar arrest olan hasta uygulanan CPR'a yanıt vermedi ve exitus oldu.

SONUÇ: Özellikle bilateral alt ekstremitede güç kaybı olan hasta, periferik nabız muayenesi dikkatle yapılmalı ve hayatı tehdit edici aort diseksiyonu olasılığı her zaman akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Abdominal aort diseksiyonu, Acil Servis, Alt ekstremitede güç kaybı

PS-0485 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Santral Kord Sendromu

Bülent Demir[1], Hasan Kılıç[1], Emre Gökçen[1], Uğur Özkula[2], Tolga Öz[2], Yunus Emre Arık[2], Erdem Haytaç[2]
[1] *Department of Emergency Medicine,Malatya State Hospital,Malatya,Turkey*
[2] *Department of Emergency Medicine, Atatürk Training and Research Hospital,Ankara,Turkey*

GİRİŞ: Genellikle servikal spondilozu olan yaşlılarda hiperekstansiyon yaralanması sonrası görülür. Kordun periferden çok merkezi kısmı etkilenir. Üst ekstremitede daha belirgin olmak üzere güçsüzlük ve daha az derecede ağrı ısı duyusunda kayıp vardır. Çoğunlukla mesane ve kalın barsak fonksiyonları korunur. Spastik paraparezi veya spastik quadriparezi görülebilir. Prognozu genellikle iyidir.

OLGU: 74 yaşında erkek hasta kanepeden düşme sonrası boyun ağrısı kollarda uyuşma ve güçsüzlük yakınmaları ile getirildi. Fizik muayenede TA: 140/90 Ateş: 36,3 Nb:82/dk servikal orta hatta palpasyonla hassasiyet var. Bilateral üst ekstremitede sağda 3/5, solda 4/5 kuvvet kaybı ve parestezi mevcut. Alt ekstremite motor ve duyu muayenesi normal. Servikal BT'de servikal lordozda artış ve yanısıra yaygın osteofitik değişiklikler izlendi. Travmaya sekonder patoloji izlenmedi. Servikal MR'da C2-7 arasında epidural yağlı dokuyu obiltere eden ve dural keseye önden bası yapan yaygın disk bulging ve prtorüzyonları izlendi. Spinal kord parankiminde C3-5 seviyesinde sinyal artışı izlendi. Anterior kord sendromu düşünülen hasta beyin cerrahi servisine takip ve tedavi amaçlı yatırıldı.

SONUÇ: İnkomplete spinal kord yaralanmaları genellikle normal röntgen ve tomografi bulguları ile birliktedir. Özellikle ileri yaş gruplarında olmak üzere tüm yaş gruplarında pleji, parezi, hipoestezi, ağrı-ısı duyusu kaybı gibi nörolojik defisiti olan hastalarda x'ray ve tomografi bulguları normal olsa dahi fizik muayenenin dikkatle yapılması, gerektiğinde MRG ile değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Bu tip hastalarda kalıcı nörolojik hasarların önüne geçilmesinde acil hekiminin bilgi ve deneyim sahibi olması krtitik bir role sahiptir.

ANAHTAR KELİMELER: central cord syndrome, incomplete spinal cord injuries

PS-0486 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Bilinç bulanıklığının nadir ve ölümcül bir nedeni: beyin apsesi

Ayhan Aköz, Serhat Örün, Alev Peker Seçim, Ali Duman, Mücahit Avcil
Adnan Menderes Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ: Orta kulak enfeksiyonu(OTİT) sık görülen ve genellikle antibiyoterapi ile kolayca tedavi edilebilen bir hastalıktır. Ancak tedavide nadiren cerrahi girişim gerekebilmektedir. Cerrahi müdahale gerektiren vakalar uygun tedavi edilmezse enfeksiyon intrakraniyal yayılım göstererek beyin apsesi gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlara neden olabilir. Bu vakayı sunmaktaki amacımız basit gibi görülen ortakulak enfeksiyonunun tedavisinin önemini vurgulamak, komplikasyonlarını hatırlatmaktır.

OLGU: Sol kulakta 2 yıldır tekrarlayan OTİT atakları olan hastanın iki ay önce de sol kulağında akıntı başlamış. Bu şikâyetlerle bir dış merkeze başvuran hastaya kulak burun boğaz(KBB) bölümünce cerrahi müdahale önerilmiş, hasta ameliyatı kabul etmemiş. İki hafta önce bilinç bulanıklığı başlayan hasta genel durumu kötüleşince yakınları tarafından acil servisimize getirildi. Vital bulgularında TA: 130/80 mmHg, nabız: 61 atım/dakika, solunum sayısı: 28/dakikada, ateş: 37,7°C idi. Fizik muayenede bilinç konfüze, oryantasyon ve kooperasyon kısıtlılığı mevcuttu, ışık refleksleri pozitifti, diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuar tetkiklerinde lökosit, CRP ve procalsitonin seviyelerinde artış tespit edildi. MR beyin görüntülemede sol fronto-parieto-temporal bölgede 4x5 cm ebatlarında apseyle uyumlu kitle görüntüsü, kitleden sağ tarafa doğru 10 mm lik shift ve mastoid sellülerin sayısında azalma tespit edildi. Hasta beyin cerrahi ve KBB bölümlerince opere edilerek apse oluşumları direne edildi. Operasyon sonrası mannitol ve steroid ile anti ödem tedavi alan hasta 21 gün sonra şifa ile poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Beyin apsesi sıklıkla komşu kemik ve cilt yapılardaki enfektif ajanların beyin parankimine doğru yayılmasıyla oluşur. Klinikte bilinç bulanıklığı, menings iritasyonu gibi nörolojik bulgularla karşımıza çıkar. Tedavide gecikilmesi ciddi komplikasyonlara hatta mortaliteye neden olabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, beyin apsesi, bilinç bulanıklığı

PS-0487 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Tip 1 Odontoid Proçes Fraktürü

Erdal Demirtaş[1], Bülent Demir[1], Emre Gökçen[1], Hasan Kılıç[1], Uğur Özkula[2], Tolga Öz[2], Ramazan Avcu[2]

[1]*Department of Emergency Medicine,Malatya State Hospital,Malatya,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Atatürk Training and Research Hospital,Ankara,Turkey*

GİRİŞ: Odontoid fraktürler genellikle şiddetli eksternal güçlere maruziyet sunucu meydana gelir. Sıklıkla beraberinde servikal omurganın başka yaralanmaları ve multisistem travma eşlik eder. Bilinçi açık olan hastalar, hareketle agreve olan kas spazmı ile birlikte şiddetli üst servikal ağrı tarif ederler, ağrı oksiputa yayılabilir. %18-25 hastada nörolojik hasar eşlik eder (minimal duyu ya da motor kayıp – kuadripleji). Odontoid kırıklar kırık düzeyine göre 3 grupta incelenir. Üst ucun avülsiyon kırığı; tip 1, odontoidin C2 ile birleştiği yer; tip 2 (en yaygın tip), dens tabanından C2 gövdesine uzanan kırıklar; tip 3. Tip 2 ve 3 kırıklar instabil kabul edilir.

OLGU: Yürüyen merdivenden düşme sonrası getirilen 77 yaşındaki kadın hastanın üst servikal orta hat hassasiyeti dışında muayene bulgusu yoktu. Nörolojik defisit tespit edilmedi. Lateral servikal grafide patoloji izlenmedi. Şiddetli üst servikal ağrısı devam eden hasta BT ile değerlendirildi. Servikal vertebra BT'de tip 1 odontoid fraktür tespit edildi. Beyin cerrahisi ile konsulte edilen hasta takip amacı ile servise yatırıldı.

SONUÇ: Odontoid fraktürler yerleşim yerine göre oldukça instabil olabilirler. Transvers ligament hasarına ve/veya kord hasarına neden olabilirler. Konvansiyonel grafilerde özellikle tip 1 ve 2 kırıkların tanınması zor olabilir. Şüphelenilen hastaların servikal BT ile değerlendirilmesi oluşabilecek hasarların önüne geçebilir.

ANAHTAR KELİMELER: odontoid process fracture, dens fracture, type 1 odontoid fracture

PS-0488 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Yan ağrısı ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında renal infarkt düşünüyoruz!

Sinan Genç, Sertaç Güler, Hikmet Duymaz, Hayri Ramadan, Dilber Üçöz Kocaşaban
T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Akut renal infarkt (ARİ) tanısı; acil servislerde hastalığın nadir görülmesi ve nonspesifik prezantasyonu nedeniyle sıklıkla atlanır veya geç konur.

OLGU SUNUMU: 34 yaşında erkek hasta 5 gündür olan sol yan ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Travma öyküsü ve kronik hastalığı yoktu. Vital bulguları: Arteryel tansiyon: 140/70 mmHg, nabız:80/dk, ateş:37,2 C° idi. Fizik muayenede sol kostovertebral açı hassasiyeti ve sol alt kadranda hassasiyet saptandı, defans ve rebound saptanmadı. Hastanın Ekg si sinüs ritminde idi. Laboratuar tetkikleri: glukoz:76 m/dL, kan üre azotu: 55 mg/dL kreatinin: 1,2 mg/dL, LDH: 378 U/L, amilaz: 78 U/L, beyaz küre:11,000/µL hemoglobin:15,1 g/dL, trombosit:141,000/µL idi. İdrarda tetkiğinde hemoglobin:1+, lökosit1+, protein:3+ olarak saptandı. Hastaya renal kolik tanısıyla deksketoprofen trometamol 50 mg iv, pethidin HCl 50 mg iv ve hidrasyon tedavisi verildi. Semptomlarında gerileme olmayan hastaya kontrastlı abdomen BT çekildi, sol böbrek orta kesimde kama şekilli kontrast tutulumu olmayan infakt alanı ve sol renal ven trasesi boyunca trombüs izlendi. Renal anjiografide renal arterde dolum defekti saptanmadı. Hasta ARİ tanısıyla ilgili bölümlere konsülte edildi. Hastanın tedavisi asetilsalisilik asit 300 mg, enoksaparin sodyum 60 mg olacak şekilde planlanarak taburcu edildi.

SONUÇ: ARİ tipik olarak bulantı, kusma ve ateşin eşlik ettiği sürekli ve sabit bel, karın veya flank ağrısı ağrısı ile prezente olur. Ancak bu semptomlar ürolitiazis, alt üriner sistem enfeksiyonları, piyelonefrit ve tümörlerde olabileceği gibi miyokard infarktüsü, akut karın, kolesistit gibi böbrek dışı nedenlerde de görülebilir. ARİ nedenleri sıklıkla atriyal fibrilasyon, ateroskleroz, kalp kapak hastalıkları gibi kardiyak nedenlere bağlı embolilerdir. Travma, renal arter anerizması ve diseksiyonu, hiperkoagülasyon durumları, kokain kullanımı diğer etiyolojik faktörlerdir. ARİ tanısı klinik şüpheye dayanır. Hematüri varlığı renal taş hastalığından ayrımda yeterli değildir. Yüksek serum LDH düzeyleri doku nekrozu için spesifik olmamakla birlikte renal taş hastalığında yükselmesi beklenmez. Serum LDH düzeyleri persistan yan ağrısı olan, hematürisi olan ve olmayan ve renal taş hastalığının kanıtlanamadığı hastalarda ARİ tanısında yardımcı olabilir. Acil servislerde ARİ tanısı için en uygun görüntüleme yöntemi kontrastlı abdomen BT dir. İnfarkt alanı kontrastlanma görülmeyen tabanı periferik yerleşimli kama şekilli lezyonlar olarak izlenir. Tromboembolektomi ve lokal trombolitik tedavisi seçilmiş hastalarda uygulanabilir. Reperfüzyon terapisi, renal iskeminin başlangıcından itibaren 12 saat içerisinde etkilidir. Tedavi ile renal fonksiyonlardaki kaybı en aza indirmek için akut renal arter tıkanıklığı hemen tanınmalıdır. Acil servise yan ağrısı şikayetiyle başvuran, ARİ için risk faktörlerine sahip, renal taş hastalığının gösterilemediği veya renal kolik tedavisinden fayda görmeyen hastaların ayırıcı tanısında ARİ düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Renal infarkt, Ürolitiazis, Yan ağrısı

PS-0489 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Akut arter tıkanıklığı için nadir bir neden: IVF tedavisi

Hilmi Akdağ[1], İrfan Kala[2], Mehmet Nihat Özüpek[2], Metin Özdemir[2], Murat Ongar[2]

[1]*Department of Anesthesiology and Reanimation,Yıldırım Beyazıt University, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Research and Training Hospital, Ankara, Turkey*

28 yaşında kadın hasta acil servise gün içinde giderek artan sol el bilek ağrısı ile başvurdu. Hastanın anamnezinde herhangi bir travma öyküsü bulunmamaktaydı. Hasta sabah saatlerinde bu şikayetle başka bir merkeze gitmiş ve ağrısı için diklofenak 75 mg intramuskuler olarak uygulanmış ama ağrısı geçmemesi üzerine hastanemize akşam saatlerinde başvurdu. Hastanın öz geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Hasta IVF için hormon tedavisi almakta ve bir gün sonrası için embriyo transferi planlanmıştı. Hastanın fizik muayenede vitalleri stabildi. Hastanın sol eli sağ eline göre soluk ve soğuktu. Motor hareketler her iki elde normaldi. Hastanın sol el bileğine yapılan arter muayenesinde radial arter pulsasyonunun olmadığı ve unlar arter nabzının filiform olduğu değerlendirildi. Hastanın brakial arter pulsasyonu normaldi. Hastaya Allen testi uygulandı, sonucunun pozitif olduğu görüldü. Hastaya üst ekstremite arteryel doppler usg uygulandı. Doppler usg'de sol brakial arterde normal hızda trifazik akım, radial arterde ise antekubital düzeyde orijininde yaklaşık 2cmlik segmentte akım mevcut iken distalinde trasesi boyunca renkli ve spektral incelemede akım izlenmediği görüldü. Ulnar arter trasesinde ise monofazik akım paterni mevcuttu. Hasta acil olarak kalp ve damar cerrahisi tarafınca operasyona alındı. Revaskülarizasyon ile 2 gün sonra tam iyileşme ile taburcu oldu.

İn vitro fertilizasyon öncesinde ovaryan stimulasyon sağlamak için hormonal tedavi uygulaması rutin olarak yapılmaktadır. Literatürde hormonal tedaviye sekonder gelişen ciddi trombotik olay gelişimleri rapor edilmiştir. Her IVF uygulaması öncesi hastalar trombotik olaylar açısından risk değerlendirmesine tabi olmalıdır. Acil servise olan başvurularda IVF için hormonal tedavi alımının tromboz açısından önemli bir risk faktörü olduğu unutulmamalı ve klinik muayene bu bilgiler ışığında dikkatle uygulanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: akut arter tıkanıklığı, in vitro fertilizasyon

PS-0490 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Özofagusta yabancı cisim

Mehtap Kaynakcı Bayram, Nurcan Günarlı, Mükerrem Altuntaş, İsmail Altıntop, Merve Gedikli, Emrah Özer, Bahadır Karaca, Yücel Mendil
Kayseri Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ: Özafagusda yabancı cisim yetişkinlerde nadir görülmesine rağmen özafagial hastalığı olanlar, mahkumlar ve psikiyatrik hastalarda sıktır. Retrosternal ağrı, disfaji, kusma ve boğulma en sık semptomlardır. Keskin ve uzun nesne yutmalarda, pil yutmalarda, perforasyon bulgusu olanlarda, çocukta krikofaringeus kası seviyesinde madeni para varsa, hava yolu obstrüksiyonu varsa acil endoskopi gerekir.

OLGU SUNUMU: Mental retarde ve bakımevinde yaşayan 33 yaşında kadın hasta yemek yerken boğazda tıkanma hissi, öğürme ve hırıltı nedeniyle getirildi. Başvuru vitalleri stabil olan hastanın orofarinks ve solunum muayenesi normaldi. Çekilen akciğer grafisi normal olan hastaya servikal ve toraks BT çekildi ve özafagus üst 1/3 kesimde kemik parçası gözlendi. Göğüs cerrahi tarafından özafagoskopi le yabancı cisim çıkarıldı ve takipte komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Özofagusta yabancı cisim olan hastalar retrosternal ağrı, disfaji,kusma,boğulma şikayetleri ile gelebilir. Yutulan nesne sıvıyla aşağı itmeye kalkışılırsa ya da yutulan sekresyonların proksimal obstruksiyona bağlı birikmesi ile öksürük ve aspirasyon oluşabilir..Radyoopak maddeler düz grafilerde görülebilir. Yutulmuş kemikler düz grafide %50 oranda görülmeyebilir. BT özafagial yabancı maddeler için oldukça verimlidir, perforasyon ve enfeksiyon tanısını da koydurur. Çoğu vakada yabancı cisim endoskopi ile komplikasyonsuz çıkarılır ve kısa takip sonrası

POSTER BİLDİRİLER

taburcu edilir. Bu vakadaki gibi yiyecekle olan tıkanmalarda sebep genelde kemikli ettir ve acil endoskopi gerekir.

ANAHTAR KELİMELER: aspirasyon, yabancı cisim, özofagus

PS-0491 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Chiliaditi Sendromu ve Gastrik Perforasyon Birlikteliği: Olgu Sunumu

Mehmet Esen[1], Emin Daldal[2], Murat Uysal[3], Fatih Şahin[1], Zeki Özsoy[2], Fatma Aktaş[4], Murat Ayan[1], Öznur Kelepçe[1]

[1]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı/Tokat*

[2]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı/Tokat*

[3]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Anatomi Anabilim Dalı/Tokat*

[4]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı/Tokat*

GİRİŞ-AMAÇ: Chiliaditi sendromu Demetrius Chialiditi tarafından 1910 yılında tarif edilmiştir. Nadir rastlanan ve sıklıkla transvers kolon ve/veya ince bağırsağın hepatodiyafragmatik mesafeye sıkışması sonucu gelişen bir sendromdur. Çoğunlukla semptom vermez ve radyolojik tetkikler esnasında saptanır. Bazen karın ağrısı, konstipasyon, bulantı ve kusma, nadirende dispne ve göğüs ağrısı semptomları tabloya eşlik edebilir. Bu olguda ise ilk planda Chialiditi saptanan, fakat ayrıntılı radyolojik inceleme sonucunda beraberinde gastrik perforasyonun eşlik ettiği farklı bir olguyu sunmak istedik.

OLGU SUNUMU: 74 yaşında erkek hasta göğüs ağrısı nedeni ile gittiği kardiyoloji polikliniğinde EKG'sinde patoloji saptanması üzerine akut koroner sendrom ön tanısı ile acil servisimize yönlendirildi. Hastanın fizik muayenesinde S1+/S2+, belirgin ek ses üfürüm yoktu. EKG'sinde V3-6 yaygın ST, T depresyonu vardı. Hastanın vital bulguları; TA:140/90 mmHg, nabız 112 atım/dk, ateş:36.7 °C. Epigastrik hassasiyeti+, istemli defans+ ve şüpheli rebaund+ saptanan hasta akut batın ön tanısı ile tetkik edildi.Hastanın iki gündür konstipe olduğu öğrenildi.

Yapılan tetkiklerinde ayakta direkt batın grafisinde sağ diafragma altında kolon gazı gözlendi. PA Akciğer grafisine dikkatlice bakıldığında ise sağ diafragma altında kolon gazının (Chialiditi bulgusu) hemen lateralinde çok ince bir hat şeklinde serbest hava olabileceği düşünülen görüntüye rastlandı. Laboratuvar bulgularında Amilaz:151 U/L, LDH:284 U/L, Lipaz:91,6 U/L idi. Hastanın çekilen batın tomografisinde karaciğer üstünde serbest havaya rastlandı ve gastrik perforasyon lehine değerlendirildi. Hasta Genel Cerrahi tarafından acil operasyona alındı.

SONUÇ: Batın içi, içi boş organ perforasyonları cerrahi acillerdendir ve önemli mortalite ve morbiditeye sahiptir. Bu vakalar bizlere göğüs ağrısı gibi atipik tablolarla başvurabilirler, bu nedenle acil hekiminin uyanık olması, erken tanı koyması gerekmektedir. Diğer yandan Chiliaditi Sendromu nadir rastlanan, sıklıkla transvers kolon ve/veya ince bağırsağın hepatodiyafragmatik mesafeye sıkışması sonucu gelişen diyafram altı serbest hava görüntüsüne neden olmasından dolayı içi boş organ perforasyonunu taklid eden bir durumdur. Çoğunlukla asemptomatik seyreder ve tedavi gerektirmez. Acil hekimleri olarak bizler karın ağrısı ile gelen her hastada ayırıcı tanıda, cerrahi aciller arasında yer alan içi boş organ perforasyonunu ekarte etmek zorundayız. Nadirde olsa, bu vakada olduğu gibi, hem Chialiditi ve hemde gastrik perforasyon birlikteliği olabilir. Bu nedenle batın içi perforasyon düşünülen hastalar ileri tetkik edilmeli ve gerekli konsultasyonlar erken istenmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Chiliaditi Sendromu,gastrik perforasyon, direkt batın grafisi

PS-0492 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Renal Kolik Kliniği Fakat Dalak Rüptürü Tanısı

Mehtap Gürger, Mustafa Yılmaz, Metin Ateşçelik, Mustafa Yildiz, Ayşe Filiz Kuzgun

Acil Tıp Kliniği, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Türkiye

GİRİŞ: Flanks bölgesinde ağrı genellikle renal koliğin bir bulgusu olarak değerlendirilir. Özellikle acil servis gibi yoğun kliniklerde daha öncesinde nefrolithiyazis öyküsü olan ve yine vücudun aynı bölgesinde ağrı şikayeti olan hastada, o taraf flans bölgesinde de hassasiyet olması renal kolik için neredeyse tipik bir tanımdır. Bu yazımızda bahsettiğimiz klasik bulgusu olan fakat acil serviste gözlem esnasında ani hipotansiyon ve soğuk terlemsi gelişmesi üzerine yapılan ileri tetkilerde spontan dalak rüptürü saptanan olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU: 32 Yaşında erkek hasta sol flanks bölgesinde yaklaşık olarak 24 saat öncesinde başlayan ve giderek artan ağrı şikâyetiyle acil servise başvurdu. İdrar yaparken çok az yanması olan hastanın aynı zamanda mide bulantısının da olduğu öğrenildi. Minör yada majör travma öyküsü olmayan hastanın daha öncesinde bilinen sol nefrolithiazisi olduğunu belirtti. Hastaneye başvuru anında kan basıncı 140/80 mmHg, Nabız sayısı 80 atım/dakika, solunum sayısı 20 /dakika, periferik oksijen saturasyonu % 98 olduğu tespit edildi. Muayenesinde karın sol üst ve orta tarafında palpasyon sırasında artan bir hassasiyet ve sol kostovertebral açıda hassasiyet tespit edildi. Karın muayenesinde rebaund bulgusu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde Kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. İdrar testinde ise 3+ eritrosit olduğu saptandı. Hasta mevcut klinik ve laboratuvar bulgularına göre öncelikli olarak renal kolik olarak değerlendirildi ve sıvı ve NSAİ ilaç ile analjezik tedavi başlandı. Ağrıları kısmen rahatlayan hastanın sonrasında baş dönmesi, soğuk terlemesi olması ve ölçülen kan basıncının 90/60 mmHG olması üzerine batın ultrasonogrofisi (USG) ile değerlendirildi. USG'de dalak boyutu 13 cm olduğu, dalak alt polde 6x4 cm hipoekoik laserasyon ile uyumlu alan ve tanımlı alan içinde 2 cm boyutlu anekoik aktif ekstravazasyon şüphesi olan alan tespit edildi. Ayrıca USG de perisplenik, sol parakolik, pelvik alanda hematomla uyumlu görünüm olduğu ve perihepatik ve sağ alt kadranda serbest mayi olduğunun tespit edilmesi üzerine acil kontrastlı Batın BT çekildi. Batın BT de dalakta alt polde multiple laserasyon, intraparankimal hematom (grade III,IV dalak yaralanması), perisplenik, sağ parakolik, pelvik hematom saptandı. Ayrıca perihepatik, pelvik serbest mayi izlenmesi sonucunda hasta genel cerrahi kliniği tarafından acil operasyona alındı ve splenektomi yapıldı.

SONUÇ: Bazı hastalık yada klinik durumlar için klasik olarak adlandırılan bulgular ile acil servise gelen hastalarda verilen tedaviye yanıt iyi değerlendirilmeli ve hastalar gözlemde tutulurken tekrarlayan muayene ile gözden kaçabilecek olası tablolar için dikkatli davranılmalıdır. Hastamızın tedavi ile tam olarak rahatlamaması ve yeni gelişen hipotansiyonunun gelişmesi bizim spontan dalak rüptürü tanısını koymamızda majör etken olmuştur.

ANAHTAR KELİMELER: Karın ağrısı, Dalak rüptürü, Renal kolik

PS-0493 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Perfore Apendisitin Neden Olduğu Pelvik Dev Abse Olgusu

Mehmet Esen[1], İsmail Okan[2], Murat Uysal[3], Emin Daldal[2], Zafer Özmen[4], Murat Ayan[1], Tufan Alatlı[1], Fatih Şahin[1]

[1]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı/Tokat*

[2]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı/Tokat*

[3]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Anatomi Anabilim Dalı/Tokat*

[4]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı/Tokat*

GİRİŞ-AMAÇ: Akut apandisit, akut batının en sık görülen nedenlerinden birisidir. Tüm yaş grupları içerisinde akut apandisit riski ortalama %7'dir. Bu oran erkeklerde %8,6, bayanlarda ise %6,7'dir. Akut apandisit etyolojisinde en önemli neden apendiks lümeninin obstrüksyonudur. Çocuklarda lenfoid hiperplazi, gençlerde fekalom, yaşlılarda ise tümör en sık lümen obstrüksyonu yapan nedenlerdir. Akut apandisit tanı ve tedavisindeki gecikmeler, perforasyon, periapendiküler ve pelvik apse gibi enfeksiyöz komplikasyonlara neden olabilmektedir. Akut apandisit ön tanısıyla operasyona alınan vakaların %16'sında perforasyon saptanmıştır. Akut apendisit düşünülüp dış merkezde takip edilen ve opere edilmeyen, taburculuk sonrası batın içi dev abse gelişen bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: 21 yaşında bayan hasta yaklaşık on gün önce şiddetli karın ağrısı nedeni ile dış merkeze başvurmuş. Hasta akut apendisit tanısı ile dış merkezde üç gün yatırılarak kliniğinin gerilemesi üzerine taburcu edilmiş. Hasta karında dolgunluk hissi, bulantı ve sağ alt kadranda ağrı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hastanın vital bulguları; TA:100/60 mmHg, nabız 102 atım/dk, ateş:37.3 °C idi. Fizik muayenesinde batın sağ alt kadranda hassasiyet (+/-), rebaund (-), defans(-) idi. Hastanın laboratuar bulgularında patoloji saptanmadı. Hasta dış merkezli takibi esnasında ağrılarının aniden kesildiğini ve rahatladığını ifade etti. Batın içi hadise düşünülen hastanın yapılan batın ultrasonunda sağ pelvik bölgede lokalize 10X20cm boyutunda abse ile uyumlu bulgu saptandı. Çekilen batın tomografisinde sağ iliak fossada yerleşmiş dev bir abse görüntüsü mevcuttu. Hasta Genel Cerrahi tarafından acil operasyona alındı. Operasyon sonrası serviste izlenen hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Akut apandisit en sık akut batın nedeni olmasına rağmen, tanı koymakta zaman zaman güçlükler çekilmektedir. Tanıda anemnez ve fizik muayene önemli bir yere sahiptir. Radyolojik tetkikler ve laboratuvar bulguları da tanıyı desteklemekte yardımcıdır. Komplike olmuş perfore akut apandisit vakaları periapendiküler, intraabdominal ve pelvik apse kliniğine yol açabilmekte-

dir. Apandisit vakalarının %8–14'ünde intraabdominal apse meydana geldiği görülmüştür. Olgumuzda akut apandisit perfore olmuş ve apseleşip pelvik bölgenin büyük bir kısmını kapsayacak şekilde lokalize olmuştu. Karın içinde serbest pü yoktu, çevre organ ve dokular perfore apandisiti çevreleyip peritonit gelişmesini önlemişti. Bu yüzden de fizik muayenede sağ alt kadranda belirgin hassasiyet dahi yoktu.

Bu nedenle, olgumuzda olduğu gibi pelvik bölgede apse kliniği olan hastalarda lokal risk faktörleri apse formasyonunu açıklamıyorsa ve özellikle fıtık, üriner ve over patolojileri ile dış gebelik gibi durumlar düşünülmediğinde intraabdominal kaynaklı bir odak mutlaka araştırılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Akut apendisit, perforasyon, abse, acil.

PS-0494 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

CO Zehirlenmesi Ön Tanısıyla Acil Servise Başvuran Hastada Aort Diseksiyonu Olgusu

İlyas Koç[1], Mehmet Esen[1], Cemal Aslan[2], Murat Uysal[3], Fitnet Sönmezgöz[4], Murat Ayan[1], İlker Akar[2]

[1]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı/Tokat*

[2]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı/Tokat*

[3]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Anatomi Anabilim Dalı/Tokat*

[4]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı/Tokat*

GİRİŞ-AMAÇ: Aort diseksiyonu aort intimasında meydana gelen yırtık sonucu kanın aort duvarı içerisine dolmasıdır. Acil servisin, tanı ve tedavi için hızlı davranması gereken yüksek mortalite ile seyreden gerçek acil durumlardandır. Sıklıkla 40-70 yaş arası erkeklerde görülür. Akut aort diseksiyonu (AAD) gelişimine neden olabilecek faktörler arasında hipertansiyon, konnektif doku hastalıkları, aterosikleroz, gebelik, iyatrojenik ve travmatik faktörler, inflamatuar ve infektif hastalıklar gibi birçok etken sayılmaktadır. CO zehirlenmesi ön tanısı ile acil servise getirilen hastada aort diseksiyonu saptanan olguyu sunmak istedik.

OLGU SUNUMU: 55 yaşında erkek hasta, banyo sonrası gelişen kısa süreli senkop ve sonrasında alt ekstremitede ani güç kaybı, ajitasyon ve kooperasyon bozukluğu nedeni ile acil servise getirildi. Hasta yakınları banyoda tüple çalışan şofben olduğunu ve hastanın şofben zehirlenmesinden etkilenmiş olabileceğini belirttiler. Hastanın hızlı birincil bakısında, kalpte ek ses üfürüm yok S1+,S2+, EKG NSR, akciğer dinlemekle doğal, batında ribaund, defans yoktu. Alt ekstremite paraparazik, hipoestezik, babinski-/-, sol femoral nabız yok, sağ femoral arterde thrill+, sağ –sol tansiyon arteryel farkı yoktu. Kan gazında patolojik bulguya rastlanmadı. Hastaya AAD ve periferik arteryel emboli ön tanıları ile Kalp Damar Cerrahisi konsultasyonu istendi. Hasta tetkik edilirken, takibinde ventriküler ekstraları ve sonrasında ventriküler taşikardisi gelişti. Yatak başı ekokardiyografisinde arkus aorta proksimalinde flep saptandı. AAD ön tanısı ile çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) anjiografisinde arkus aortadan her iki iliak artere kadar uzanan diseksiyon hattı saptandı. Hasta Kalp Damar Cerrahisi tarafından acil operasyona alındı. Yoğun bakım ve klinik takip sonrası şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: AAD tüm yaş gruplarında görülebilirken, olguların %75'i 40-70 yaş arasında ve sıklıkla erkektir. AAD tipik kliniği, yırtılma ya da parçalanma tarzında çok şiddetli göğüs ağrısı olarak tanımlanmaktadır. Aort dallarının tutulmasına bağlı olarak alt ekstremitelerde duyu ve motor değişiklikler, karın ağrısı, iki kol arası kan basıncı farklılıkları ve ani kan basıncı değişiklikleri görülebilmektedir. Göğüs ağrısı AAD'da en sık görülen başvuru şikayeti iken %10 hastada ağrı görülmemektedir. Ekstremite nabızlarında farklılık akut proksimal diseksiyon gelişen hastaların yaklaşık %60'ında saptanmıştır. Rutin laboratuvar tetkiklerinin tanıda rolü çok düşüktür ve EKG ve göğüs röntgeni tanı koymada yeterli olmaz. AAD tanısında aortografi, manyetik rezonans görüntüleme, transtorasik ve transözefajeal ekokardiografi (EKO) ve BT kullanılabilmektedir.

Olgumuzda olduğu gibi AAD'lu hastalar klasik semptomlar dışındaki nonspesifik semptomlarla hastaneye başvurdukları durumlarda tanı gecikmekte ve mortalite oranı artmaktadır. Bu nedenle tanıda klinik şüphe çok önemli rol oynamaktadır ve noninvaziv görüntüleme yöntemleriyle (Ekokardiyografi gibi) kolaylıkla tanı konulabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Aort Diseksiyonu, Acil, Ekokardiyografi, Cerrahi.

PS-0495 Resüsitasyon

Nöbet mi Kardiyopulmoner Arrest mi? Sonuç: Çoklu Kot Kırığı

Sertaç Güler[1], Hayri Ramadan[1], Selda Keskin Güler[2], Nalan Güneş[2], Burcu Gökçe Çokal[2], Tahir Kurtuluş Yoldaş[2]

[1]*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara*

[2]*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara*

GİRİŞ: Başarılı bir KPR için kardiyak arrestin (KA) hızlı bir şekilde tanınması ilk ve en önemli basamağı oluşturur. AHA'nın 2010 yılında yayınladığı KPR ve acil kardiyovasküler bakım kılavuzlarında,kollaps geliştiren veya yanıtsız duruma gelen bir kişiye şahit olan halktan kurtarıcılar için önerisi yanıtsızlığın değerlendirilmesi,yanıt alınamıyorsa yardım çağırılması,acil yanıt sisteminin aktive edilmesi ve göğüs basılarına başlanmasıdır.Halktan kurtarıcılar için normal solunum paterni yoksa hastanın soluk almadığının varsayılması önerilir.Burada arrest olmadığı halde epileptik nöbet gibi bir nedenle apneik olan veya normal solunum paterni göstermeyen hastalara,en kötüsü düşünülerek KPR başlanması gibi bir durum da ortaya çıkar.Biz de bu yazıda evde ilk epileptik nöbetini geçiren ve o esnada yanında bulunan akrabası tarafından KA kabul edilerek göğüs basısına başlanan ve bunun sonucunda çoklu kot kırığı olan 62 yaşında bir erkek hastayı sunuyoruz.

OLGU: 62 yaşında erkek hasta yemek yediği esnada gözlerde kayma,vücutta kasılma ve ağzından köpük gelme şikayetleri ve o esnada yanında bulunan akrabası tarafından yaklaşık 10 dakika göğüs basısı uygulandığı bilgisi ile acil servise getirildi.Hastanın özgeçmişinde herhangi bir hastalık ve ilaç öyküsü yoktu.Vital bulguları taşikardi (115 atım/dk) dışında stabil,bilinci açık,genel durum orta,kooperasyon ve oryantasyon tamdı.Işık refleksi bilateral pozitif,motor ve duyu defisiti yoktu.Hasta şiddetli göğüs ağrısından şikayet ediyordu.İlk nöbet tanısıyla değerlendirilen hastanın kan glukoz,böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri,elektrolit değerleri normal sınırlardaydı.Çekilen akciğer grafisinde (PAAG) bilateral kot kırığı ve ilk nöbet açısından istenen beyin BT'sinde sağ arka pariyetal bölgede ensefalomalazik alan izlendi.Göğüs Cerrahisi takip edildiği klinikte günlük PAAG ve NSAID ilaç önerdi.Hasta ilk epileptik nöbet tanısıyla Nöroloji servisine yatırıldı.Takibinde serviste tekrar nöbet geçiren,daha sonra status epileptikus kabul edilerek entübe edilen,entübasyon sonrası toraks BT çekilen ve toplam 6 günlük sonra ikili antiepileptik ilaç ve EEG kontrolü ve kot kırıkları açısından Göğüs Cerrahisi poliklinik kontrolü önerilen hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Epilepsi hastalarında nöbet ile ani KA arasında bir ilişki bulunamamış,genel kanı olarak bu grup hastalarda nöbetin arresti tetikleyebileceği düşüncesi sınırlı kalmıştır.Ancak nöbet geçiren hastalarda bunun yanlışlıkla KA olarak algılanması ile ilgili literatürde bir çalışma yoktur.KPR kalitesinin ve hızının artırılmaya çalışıldığı tüm eğitim ve programlara rağmen,halen sağlık profesyonelleri tarafından uygulanan KPR prosedürleri bile hem hastane içi hem dışı,kılavuz önerilerini karşılamaktan uzaktır.Sunulan vakada da KPR başta olumsuz gibi görünebilecek bir komplikasyona neden olmuş ve hasta arrest olmadığı halde başlanmış olsa da,sonuçta hastanın prognozunda çok önemli bir olumsuzluğa neden olmamıştır.Sağlık profesyonelleri ve halktan kurtarıcılar erken ve etkin KPR başlanması konusunda desteklenmeli ve motive edilmeli ve aslında başta olumsuz gibi görünen ancak hastaların genel prognozunu çok az etkileyen bu tip komplikasyonların negatif algılarının önüne geçilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil tıp, göğüs basısı, kaburga kırığı, kardiyopulmoner resüsitasyon (MeSH Database)

PS-0496 Resüsitasyon

Diabette korkulan, {hipoglisemi}

Fatih Çömez[1], Emir Can Erecan[2], Ahmet Kutur[1], Nuşin Yalımol[1], Murat Carus[1]

[1]*Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul*

[2]*Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç hastalıkları Kliniği, İstanbul*

Açlık kan şekerinin 126 mg/dl'nin, tokluk kan şekerinin 200 mg/dl'nin veya HbA1C'nin % 6.5'un üzerinde olması ve bu değerlerden herhangi birinin pozitifliği diabet tanısı için yeterli olmaktadır. Tip 1 diyabette insülin yokluğu, tip 2 diyabette ise insülin fazlalığı ancak vücudun bu insüline direnci söz konusudur. Kan şekerinin 70 mg/dl'nin altına düşmesine hipoglisemi denir. titreme, soğuk terleme, acıkma hissi, çarpıntı, bulantı ve endişelenme ile kendini gösterir. Hipoglisemi fark edilemeyip devam ederse veya çok ağır olursa halsizlik, baş ağrısı, konsantre olamama, sinirlilik, sersemlik, konuşmada zorluk, baygınlık hissi, şuur bozukluğu ve koma ile sonuçlanabilir. Daha çok diyabet hastalığı tedavisinde rastladığımız bu olumsuz duruma neden olan etkenler çok iyi tespit edilip ortadan kaldırılmazsa hayatı tehdit edecek olumsuzluklara yol açabilir. Hipoglisemi genelde insülin etkisinin en üst noktaya çıktığı saatlerde, yemeklerden

POSTER BİLDİRİLER

önce ve ağır egzersiz sonrasında gelişir. Hipoglisemi gelişme zamanı çok önemlidir. Bazen uyku sırasında da atak gerçekleşebilir, gece uykuda fark edilemezse beyin ölümüne, kalp ritmini bozarak ani ölümlere neden olabilir. Hipoglisemik ataklar nöronların hasarına ve ölümüne neden olabilir, bu nedenle geçirilen 3 hipoglisemik atak 50 yaş üzeri hastalarda demans riskini ikiye katlamaktadır. Bu yazımızda sabah yatağında koma halinde bulunak acil servise getirilen, hipoglisemi saptanan ve arest olmadan müdahale edilerek kan şekeri normale getirilen bir hastadan bahsedilecektir.

ANAHTAR KELİMELER: diabet, hipoglisemi, senkop

PS-0497 Resüsitasyon

Isıtmadan Sonlandırmayın !!!

Müge Gülen[1], Şeyhmus Kaya[2], Selen Acehan[3], Davut Kaplan[1], Duygu Selen Cengiz[4]

[1]*Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Acil Servis, Eskişehir*

[2]*Eskişehir Devlet Hastanesi, Acil Servis, Eskişehir*

[3]*Mersin Devlet Hastanesi, Acil Servis, Mersin*

[4]*Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana*

GİRİŞ: Hipotermi, başta beyin ve kalp olmak üzere tüm organların etkilendiği merkezi vücut sıcaklığının 35°C altına düşmesi durumudur. Biz bu yazıda şiddetli hipotermiye bağlı kardiyopulmoner arrest gelişen ve ancak ısıtıldıktan sonra resüsitasyona yanıt veren bir olguyu sunmak istedik.

OLGU: Elli bir yaşında erkek hasta acil servise soğuk ve karlı bir gecede alkol alımı ve şuur bozukluğu nedeniyle ambulans ile getirildi. Resüsitasyon odasına alınan hastanın, vital bulgularına bakıldığında tansiyon arteriyel: 70/40 mmHg, nabız:64/dk zayıf ve aritmik, solunum: 10/dk düzensiz ve apneikti. Standart klasik termometre ile vücut sıcaklığı ölçülemeyen hastanın, rektal probu bulunan elektronik termometre ile vücut sıcaklığı 24 °C bulundu. Yatak başı kan şekeri: 173 mg/ dl olarak ölçüldü. Fizik bakısında; başının sağ occipital ve sol frontal bölgesinde ve nazal septum üzerinde cilt abrazyonu mevcuttu. Her iki el, el bileğine kadar siyanoze görünümdeydi. Kardiyak muayenede kalp dinlemekle aritmik ve bradikardikti. Solunumu yüzeysel ve apneikti. Nörolojik bakıda ağrılı uyarana ekstensör yanıtı olan hastanın Glaskow Koma Skalası: 4 idi. Hasta monitörize edildi, damar yolu açıldı. Elektrokardiyografide (EKG) normal ventrikül hızlı atriyal fibrilasyon ve tüm derivasyonlarda belirgin Osborn dalgası izleniyordu. Hastanın ilk değerlendirme sonrasında entübe edildi. Islak olan tüm giysileri çıkarılarak kuru örtülerle örtüldü. Isıtıcı battaniyenin sıcaklığı 42 °C dereceye ayarlanarak eksternal ısıtma sağlandı. Nazogastrik ve foley sondadan 42 °C'ye kadar ısıtılmış kristaloidlerle aktif internal ısıtma uygulandı. Ayrıca, 42 °C'ye kadar ısıtılmış kristaloid sıvılar ile intravenöz sıvı infüzyonuna başlandı. Isıtma işlemi devam ederken hastada kardiyopulmoner arrest gelişti. İnternal ve eksternal ısıtmaya devam edildi ve derhal kardiyopulmoner resüsitasyona (KPR) başlandı. KPR' nin 30. dakikasında hasta resüsitasyona yanıt verdi. Travmaya ikincil gelişebilecek yaralanmaların tespiti için çekilen tomografilerden servikal, toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografi normal olarak rapor edildi. Beyin tomografisinde nasal kemikte ve oksipital kemikte sağda lineer fraktür mevcuttu, beyin parankim dokusu normal olarak rapor edildi.

Hasta yoğun bakıma yatırıldı. Yatışının 6. Saatinde vücut sıcaklığı 36 °C' ye yükseldi. GKS' si:10 olan ve spontan solunumu yeterli olan hasta extübe edildi. Yatışının 12. Saatinde şuuru tamamen açılan hasta evi olmadığını, kronik alkol kullanımı olduğunu, olay gecesinde de alkol alımı sonrasında parkta uyuya kaldığını söyledi. 24 saat sonra çekilen EKG' si normal sinüs ritmindeydi. Yatışının 9. Gününde medikal tedavisi tamamlanan takibinde problemi olmayan hasta Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezine (AMATEM) devredildi.

SONUÇ: Hipotermi tehlikeli fizyolojik değişikliklere ve hatta ölüme neden olabilir. Hastanın resüsitasyonunun sonlandırılıp ölüm kararını vermeden önce vücut ısısının normal düzeye getirildiğinden emin olunmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Hipotermi, osborn dalgası, kardiyopulmoner resüsitasyon

PS-0498 Resüsitasyon

Anamnezde Özel Hayat

Mehmet Şam, Şakir Ömür Hıncal, Ahmet Kutur, Fatih Çömez
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Tanısal sürecin ilk ve en önemli basamağı hastadan öykü alınmasıdır. Anamnez alırken üç önemli unsur vardır. Bunlar; hastanın asıl şikayetinin belirlenmesi, mevcut hastalık ve yaralanmasının belirlenmesi ile geçmiş tıbbi hikayesinin alınmasıdır. Hastanın şikayetinin ve hikayesinin alınması sırasında net anlaşılması açısından bazı sorular sorulur. Bütün sorular basit ve kolay anlaşılır olmalıdır. Bu sorularda cevap öneren cümle ve kelimeler kullanılmamalıdır. Hastanın cevap vermek istemeyeceği sorular sorulmamalıdır. Genellikle hastalar özel hayatları ile ilgili konuşmak istemezler. Ancak bazen bu bilgiler hayat kurtarıcı olabilir. Biz de bu duruma örnek olacak bir durumu sizle paylaşmak için hazırladık.

ANAHTAR KELİMELER: Anamnez, Özel Hayat, Sildenafil, Kardiyo-Pulmoner Arrest

PS-0499 Resüsitasyon

Kardiyopulmoner Resusitasyon Başarı Ölçütü olarak Baz Açığı ve Laktat Düzeyi

Feruze Turan Sönmez, Harun Güneş, Ayhan Sarıtaş, Hayati Kandiş
Duzce University Medical Faculty, Department of Emergency Medicine, Duzce- Turkey.

GENEL BİLGİLER: Kardiyopulmoner arrest (KPA) sonucu dokulardaki kan akımının kesilmesi ya da azalması doku düzeyinde yoğun hiperkapni ve metabolik asidoz nedenidir. Bunun temel nedeni aerobik metabolizmanın anaerobik metabolizmaya kayması sonucu biriken karbondioksit (CO2), Laktat (lac) ve hidrojen (H) son ürünleridir. Kapalı göğüs masajı uygulanmasına rağmen genelde kan akımı normalin dörtte birine ancak ulaşabilmektedir dolayısıyla doku metabolik hasarını karşılamada yetersiz kalınmaktadır.

BA ve Lac düzeyinin KPR vakalarındaki prognostik değeri yeterince çalışılmamıştır.

Materyal ve Metod: Çalışmamızda, çeşitli nedenlerle hastane öncesi KPA nedeni ile ilk önce 112 acil ekibi tarafından müdahale edilen ve acil servise getirilen vakaların kan gazı analizi ve CPR başarısı arasında korelasyon olup olmadığını değerlendirmeyi amaçladık.

Çalışma, 6 aylık süreyi kapsayan, retrospektif bir çalışmadır. 01.06.2014-31.12.2014 tarihleri arasında acil servise 112 tarafından getirilen, ilk temel yaşam desteği ve havayolu yönetimi 112 acil ekibi tarafından hastane dışında başlatılan, ileri kardiyak yaşam desteği hastane acilinde devam eden ve uygulanan kardiyopulmoner resusitasyon (KPR) sonucu eksitus (EX) kabul edilen vakalar çalışmamıza dahil edilmiştir.

Vakaların KPR başlarken alınan kan gazı değerlendirilmesinde pH, pO2, pCO2, BE ve Lac düzeyleri bakıldı.

Hastane öncesi ilk yardım ekibinin vakaya müdahale başarısını değerlendirirken kontrol grubu olarak da hastanemiz dahili yoğun bakımda yatan, havayolu korunmuş olan ve ya tanıklı arrest sonucu erken ileri yaşam desteği alan vakalar alınmıştır. Her iki vaka grubu da KPR sonucu EX kabul edilmiş olgulardan oluşmaktadır.

BULGULAR: Çalışmanın ele aldığı 6 aylık periyod içerisinde acil servise 112 ekibi tarafından arrest getirilen ve hastanedeki müdahalesi sonucunda kurtarılamayan vaka sayısı toplam 52 (33 erkek, 19 kadın vaka).

Vakaların yaş ortalaması 60 (1- 90 yaş)olarak bulunmuştur.

Kontrol grubu olarak alınan hastane dahili yoğun bakımında yatarken tanıklı arrest sonucu erken havayolu ve ileri yaşam desteği alan, ve fakat kurtarılamayan olgular toplamı 135 (55 erkek, 80 kadın vaka) idi.

Olguların yaş ortalaması 75 yaş (4-96 yaş) olarak saptanmıştır.

Veriler SPSS 15 programı ile analiz edilmiştir.

Her iki grupta bakılan pH, pO2, pCO2, BE ve HCO3 değerleri arasında anlamlı bir fark saptanmamışken ($p>0,05$), gruplar arasındaki kan Lac düzeyleri anlamlı fark göstermiştir ($p<0,05$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışmamıza dahil edilen gruplar arasında anlamlı bir laktik asit yükü farkı saptanmış ve bunun hastaya ilk müdahalede yeterli kanlanma sağlanamadığı, dolayısı ile Lac'nın dokulardan elime edilemediğini görebiliyoruz. Lac düzeyinin KPR başarısını değerlendirmek üzere kullanılabilecek bir parametre olduğu ileri sürülebilir. KPR başlanırken alınan kan

gazında BE, pH ve HCO3 değerleri bizim çalışmamızda fark göstermemişken daha ileri ve çok sayılı çalışma yapılması halinde yeni verilerin ortaya çıkması da beklenebilir.

ANAHTAR KELİMELER: Kardiyopulmoner resusitasyon, Baz açığı, Laktat.

PS-0500 Resüsitasyon

Resüsitasyonda trombolitik etkisi: olgu sunumu

Mustafa Şahan[1], Fatih Nazmi Yaman[2], Gökmen Tanbay[2], Ali Karakuş[1]

[1]*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı- Hatay*

[2]*Devlet Hastanesi Acil Servis- Kahramanmaraş*

GİRİŞ: Resüsitasyonda kullanılan ilaçların sağkalım ve taburculuk üzerine olan etkileri tam olarak bilinmemektedir. Miyokard enfarktüsünden şüphelenilen hastaların kardiyak resüsitasyonunda trombolitik tedaviden fayda sağlandığı belirtilmiştir (1,2). Ancak trombolitikler 10 dakikanın üzerindeki resüsitasyonda göreceli olarak kontrendike kabul edilmiştir (3,4). Bu yazıda miyokard infarktüsü düşünülen resüsitasyon sırasında trombolitik uygulanan olgu sunuldu.

OLGU: 75 yaş erkek hasta acil servise solunum sıkıntısı şikayetiyle getirildi. Hastanın genel durumu orta, şuuru açık koopere idi. Tansiyon arteryel 160/90mmHg, nabzı 110/dk, solunumu 30/dk, akciğerlerde dinlemekle üst zonlara uzanan krepitan ralleri ve pretibial ödemi mevcuttu. Özgeçmişinde hipertansiyon, Koroner arte hastalığı,diyabet ve 20 yıl önce bypass öyküsü vardı. PA akciğer grafisinde infitratif alanlar, EKG sinde sinüs taşikardisi tespit edildi. Ekokardiografide: ejeksiyon fraksiyonu %15-20. Sistolik fonksiyonları azalmış. Yaygın segmenter duvar hareket problemi mevcuttu. Hastaya furosemid amp 20mg dan 5 ampul, morfin amp 10mg dan 5mg, heparin sodyum 5000U-1cc, perlinganit 10mg infüzyonu başlandı. Hastanın takipleri sırasında hipotansiyonu gelişti ve kardiak ve solunumsal arrest gelişti. Entübe edilen hastada yapılan 5 dakikalık kardiak masajla ventriküler taşikardi görüldü. Kardiyoversiyon yapılan hastanın tansiyonları 80/50 mmHg, nabzı 90/dk idi ve mekanik ventilatörde solunum desteği sağlandı. Hastaya 30 cc/saat dopamin infüzyonu ve 2 flakon 50.00 mg rekombinant insan doku tipi plazminojen aktivatörü (rt-PA) = Alteplaz (INN) verildi. Hastanın kontrol EKG sinde AVRde ST elevasyonu, D2-3 de ST depresyonu tespit edildi.

Hasta koroner yoğun bakıma yatırıldı. Mekanik ventilatörde takipte oksijen saturasyonları %95 idi. Dopamin ve serum fizyolojik infüzyonu ile takip edilen hasta takibinin 3.gününde extübe edildi. Noninvaziv mekanik ventilatöre bağlanan hasta 5.gününde genel durumunun kötüleşmesi üzerine tekrar mekanik ventilatöre bağlandı. Yatışının 8. günü genel durumu kötüleşen hastada tekrar kardiak arrest gelişti. Resüsitasyona cevap vermeyen hasta exitus kabul edildi.

SONUÇ: Miyokard infarktüsü düşünülen hastaların resüsitasyonunda erken dönemde verilen trombolitik ajanlar etkili olabilir. Uzun dönemdeki etkileri yapılacak geniş çaplı çalışmalar sonrası değerlendirilmelidir.

1.Fabian Spöhra, Volker Wenzelb ve Bernd W. Böttigera Kardiyopulmoner resüssitasyonda ilaç tedavileri ve trombolitikler. Current Opinion in Anesthesiology 2006;1:1.

2.Mehmet Esen, Murat Ayan, Nurşah Başol, Aslı Yasemen Çor.Wegener Granulomatosis in A Young Adult Patient: Case Report. Çağdaş Tıp Dergisi 2012; 2(1): 38-40.

3.Nolan JP, Soar J, Zideman DA, et al.; ERC Guidelines Writing Group. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. Resuscitation. 2010;81:1219-76

4.Şevki Hakan EREN, Kerim YILMAZ, İlhan KORKMAZ, Can AKTAŞ, Hakan OĞUZTÜRK, Hakan ALAGÖZLÜ. Acil Serviste Akut Miyokard Enfarktüsü Tanısı Almış Hastalarda Trombolitik Tedavi Uygulanmasını Etkileyen Faktörler.Fırat Tıp Dergisi 2006;11(3): 163-165.

ANAHTAR KELİMELER: Arrest, trombolitik

PS-0501 Resüsitasyon

Evde intramuskuler uygulanan diazepam sonrası gelişen solunum arresti

Fatih Güngörmez[1], Halil Kaya[1], Mehmet Tahir Gökdemir[1], Hasan Büyükaslan[1], İbrahim Halil Cebe[1], Mahmut Alp Karahan[2]

[1]*Harran Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Şanlıurfa*

[2]*Harran Üniversitesi, Anestezi ve reanimasyon Anabilim Dalı, Şanlıurfa*

GİRİŞ: Diazepam benzodiazepinler grubundan sedatif bir ilaç olup benzodiazepinler anksiyolitik ve antikonvülsan olarak yaygın biçimde kullanılmaktadır. Özellikle diazepam epilepsi ve bazen deliryumun ele alınışında rutin olarak kullanılmaktadır. Diazepam alkol yoksunluk sendromu, anksiyete, epileptik bozukluklar, myoklonik nöbetler, panik atak, baş ağrısı ve titreme için de bir tedavi seçeneğidir. Diazepamın muhtemel yan etkileri, ataksi, konfüzyon, amnezi, ajitasyon, baş ağrısı, bağımlılık, hipotansiyon, sialore, kramplar, karın ağrısı, görme bozukluğu, libido azalması, idrar retansiyonu, sarılık, tromboflebit, nadiren apne ve hipotansiyondur. Bu olguda 112 ekibince intramuskuler diazepam uygulanmasına bağlı solunum depresyonu gelişen 68 yaşındaki bir erkek hasta ele alındı.

OLGU: 68 yaşında erkek hasta solunum sıkıntısı nedeniyle sabaha karşı 5 sularında112 ekibi tarafından acil servisimize getirildi. Hastanın öyküsünde epileptik nöbet geçirmesi sonrası yakınları 112 acil servise haber vermiş eve gelen 112 ekibindeki paramedik hastaya 10 mg diazepemı intramuskuler yaptıktan sonra nöbeti durmuş olan hastayı önerilerle evde bırakmış. İlaçtan yaklaşık 1 saat sonra ise hastada aniden morarma, bilinç değişikliği ve hırıltılı solunum gelişmesi üzerine sağlık çalışanı olan yakınları tarafından tekrar 112 aranmış. Ve hasta 112 tarafından hastanemize getirilmiş.

Hastanın genel durumu kötü bilinci kapalı idi. GKS:6 olup TA:170/100 mmHg, Nb:110/dk, SO2:60 mmHg idi. Pupilleri bilateral myotik olan (pint point pupil (+)), hastanın ekstremiteleri ileri derecede siyanotikti. Saniyeler içinde satürasyon değerinin 30 mmHg'a düşmesi üzerine entübasyon hazırlığı yapılırken hastanın takma dişlerini aspire etmiş olduğu fark edildi ve takma dişleri çıkarıldıktan sonra entübe edilen hastanın SO2 değerleri 95 mmHg'e çıktı. Hastada diazepama bağlı solunum arresti düşünüldü. Ve hemen flumazenil (anexate) tedavisi başlandı. Hemogram ve biyokimyasal parametreleri normal sınırlarda olan hastamızın ilk kan gazında pH:6.8, laktat: 21, bikarbonat:16 idi. Kardiyak markerları normaldi. Ayrıca pontin kanamayı ekarte etmek için hastaya BBT çekildi. BBT'si normal olarak değerlendirildi.

Hasta yoğun bakım takibine alındı.Yoğun bakımda 12 saat sonra extübe edildi. Yaklaşık 36 saatlik takip sonrası şuuru açıldı ve servise çıkartıldı. Hasta 4. gün taburcu edildi.

SONUÇ: Diazepam birçok klinik kullanım alanına sahip bir ilaç olmakla birlikte bir çok yan etki potansiyeline sahip bir ilaçtır. Ağrı ve anksiyete kontrolünde bu ajanın faydalarına rağmen, solunum depresyonu gibi yan etkileri kullanımını sınırlamaktadır. İntramuskuler uygulanmasına bağlı öngörülemeyen uzamış yan etkiler görülebilir ve de İM uygulamadaki biyoyararlanımı düşüktür. Etki süresi 32-36 saat olup özellikle intramuskuler uygulamalarda yavaş emilim nedeniyle bu süre uzar. Bu yüzden İM yolla diazepam yapılan hastalar hemen takip edilip gözleme alınmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: diazepam, intramuskuler enjeksiyon, solunum arresti

PS-0502 Resüsitasyon

Doğru Bilinen Yanlışlar

Halil İbrahim Çıkrıklar[1], Zeynep Münteha Polat[1], Murat Yücel[1], Semra Alaçam Köksal[2], Türkan Acar[2]

[1]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye*

[2]*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye*

GİRİŞ: Toplumumuzda ilkyardım ile acil yardım kavramları yanlışlıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Acil yardım, sağlık çalışanları tarafından gerekli donanımla yapılan tıbbi müdahaleleri kapsamasına rağmen; ilkyardım, yaşamı tehlikeye düşüren herhangi bir durumda, sağlık görevlilerinin yardımı sağlanıncaya kadar, bu konuda eğitim almış kişilerce olay yerinde bulunan malzemelerle ilaçsız olarak yapılan, uygulamalardır. Biz burada ilk yardım için eğitim almamış bir hasta yakını tarafından yapılan bir müdahale sonrasında acil servise getirilen bir olguyu sunmayı hedefledik.

OLGU SUNUMU: 35 yaşında kadın hasta acil servise şuur bulanıklığı şikâyetiyle getirildi. Eşinden alınan hikâyede, evinde aniden yere yığıldığı, kol ve bacaklarında yaklaşık üç dakika kadar süren kasılmasının olduğu, çenesinde kilitlenme, dilini ısırma ve aynı zamanda idrar kaçırması olduğu, takiben yine eşi tarafından yüzüne su serpildiği, kaşıkla ağzının açılmaya çalışıldığı, üç defa birkaç dakika süren kalp masajı yapıldığı öğrenildi. Acil ve ilkyardım konusunda herhangi bir eğitim almadığı öğrenilen hasta yakınının, bu müdahalelerinden hemen sonra 112 acil

POSTER BİLDİRİLER

sağlık hizmetlerine haber vermesi üzerine acil polikliniğine getirilen hastanın vital bulguları stabildi. Nörolojik muayenesinde, konfüzyonu mevcuttu. Ense sertliği yoktu, ekstremiteleri spontan hareketli ve taban cildi refleksi bilateral fleksördü. Parmak ucu kan şekeri ölçümü 92 mg/dL saptandı. Hemogram, elektrolit, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, arter kan gazı tetkikleri, bilgisayarlı beyin tomografisi normal sınırlarda idi. İntoksikasyon ve enfeksiyon öyküsü ve klinik bulgusu olmayan hastanın kraniyal difüzyon manyetik rezonans görüntülemesi de normal sınırlarda saptandı. Epileptik nöbet sonrası postiktal konfüzyon ön tanısı ile Acil Serviste takip edilen hastanın kabul sonrası 40. dakikadaki nörolojik muayenesi tamamen normal sınırlarda idi. Hasta ilk epileptik nöbet ileri tetkik ve takibi amacıyla nöroloji servisine yatırıldı.

SONUÇ: İlkyardımın temel kuralı, öncelikle hastaya zarar vermemektir. İlk yardım eğitimi almış bir kurtarıcı tarafından uygulanan ilkyardım çoğu kez yaşam kurtarıcı olurken, eğitimsiz kurtarıcıların yaptığı uygunsuz müdahaleler hasta için yaşamsal önemde komplikasyonlara neden olabilir. Bu sebeple topluma yönelik eğitim faaliyetlerinin kitle iletişim araçları da kullanılarak yapılmasının fayda sağlayacağı kanaatindeyiz.

ANAHTAR KELİMELER: İlkyardım, epileptik nöbet, resüsitasyon

PS-0503 Resüsitasyon

Kitle basısına bağlı hava yolu kollapsı

Hilmi Akdağ[1], İrfan Kala[2], Mehmet Nihat Özüpek[2], Selim İnan[2], Murat Ongar[2]

[1] *Department of Anesthesiology and Reanimation,Yıldırım Beyazıt University, Ankara, Turkey*

[2] *Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Research and Training Hospital, Ankara, Turkey*

17 yaşında kadın hasta 112 aracılığı ile arrest halde acil servise getirildi. Hastayı 112 ekibi bir aile sağlığı merkezinden almış, olay yerinde solunum arrestinde olan hastaya laringeal maske airway (LMA) uygulanmış. Hasta yaklaşık 20 dakikalık sürede KPR uygulanılarak hastanemize ulaştırılmıştı. Resüsitasyon odasında parmak ucundan saturasyonu 40 olan hastanın LMA'sı hemen çıkarılarak entübe edildi. Hasta entübe edilirken hastanın genel vücut yapısına uygun olarak 7 numara endotrakeal tüp kullanılmasına rağmen tüpün zor yerleştiği belirlendi. 2 dakikalık KPR sonrasında hastanın vital bulguları normale döndü. GKS:3 pupiller fiks dilateydi. Hastanın ailesinden öykü alındığında bir hafta öncesinde boyunda kitle nedeniyle dış merkezde eksizyonel biyopsi alındığı önerildi. Başvuru günü ise solunum sıkıntısı ile aile sağlığı merkezine gittikleri fakat muayene sırasında fenalaştığı aile tarafınca ifade edildi. Hasta yakınlarında patoloji raporu olmamasına rağmen 10 gün öncesine ait toraks bt'nin görüntüleri yanlarında mevcut idi. Hastanın kesitleri incelendiğinde trakeanın trakeal bifurkasyon proksimalinde ciddi şekilde daraldığı, normal şeklini yitirerek hilal şeklini aldığı görüldü. Hasta ileri tedavisi yönetilmek üzere yoğun bakım ünitesine alındı. Hasta 3 günlük yatışın ardından beyin ölümü ile exitus kabul edildi.

Hastamızda kitle basısına bağlı ciddi hava yolu darlığı ve bunun sonucunda solunum arresti geliştiği anlaşılmaktadır. Hastamıza olay yerinde entübasyon sağlanamadığından hava yolu kollapsı giderilememiş; hastaneye ulaşım sürecinde gelişen hipoksik beyin hasarı nedeniyle hasta kaybedilmiştir. Bu vakada görmekteyiz ki sahada görev yapan 112 ekiplerinin donanımı ve yeterliliği son derece önemlidir. Gerek okul döneminde gerek hizmet içi eğitimler noktasında; 112 ekiplerinin zorlu hava yolu yönetimi eğitimleri ve becerileri hayati önem arz etmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: malign kitle basısı, solunum arresti

PS-0504 Diğer

Bir Asker hastanesinde çalışan hemşirelerin kişisel koruyucu malzeme kullanımı bilgi düzeyleri

Bilge Gündoğdu Ceylan, Ahmet Cemil Ceylan
Şırnak Asker Hastanesi,Acil Servisi, Şırnak

BULGULAR: Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında %65,3'ünün 30 yaş üzerinde, %65,4'ünün lisans mezunu, %78,5'inin 15 yıl üstü çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin koruyucu malzeme kullanımı incelendiğinde hasta ile konuşma uygulamasında tümünün hiçbir malzeme kullanılmaması gerektiğini, vücut sıvılarına temas edilmeyen hasta muayenesine %55'inin el yıkamanın yeterli olduğunu belirttikleri bulundu. Vücut sıvılarına temas edilen hasta muayenesi (%62,9), kan alınması (%85,1), arter katater (%62,9), periferik (%77,7) ve santral (%51,8) venözkatater takılması, entübasyon (%62,9), kirli çamaşır-çöple temas (%33,3), enjeksiyon uygulaması (%70,3), ilaç hazırlama (%44,4), aspirasyon (%48,1), invaziv kardiyoloji ve radyoloji uygulamalarında (%40,7) el yıkama ve eldiven kullanılmasını gerektiğini ifade ettikleri saptandı. Vücut bakımında ise %48,1 oranı ile eldiven, el yıkama ve önlük kullanılması gerektiğini belirtikleri bulundu. Meslekte çalışma yılı 5-10 yıl arasında ve yüksek lisans mezunu olanların bilgi puanı istatistiksel olarak anlamlılık derecesinde saptandı ($p<0.005$).

SONUÇ: Hemşirelerinin kişisel koruyucu malzeme kullanımında bilgi düzeylerinin arter ve santral venözkatater takılması, entübasyon, invaziv kardiyoloji ve radyoloji uygulamaları ve ilaç hazırlama uygulamalarında yetersiz olduğu ve yanlış malzeme kullanımını tercih ettiği saptanıp bu konularda hizmet içi eğitim planlanması önerildi.

ANAHTAR KELİMELER: kişisel koruyucu malzeme,koruyucu ekipman, invaziv işlemler

PS-0505 Diğer

Non-travmatik akut flank ağrı nedeniyle acil servise başvuran hastaların klinik yönetimi

Ekrem Akdeniz[1], Turgut Topal[2], Hamit Özçelik[3], Mustafa Suat Bolat[1]

[1] *Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun*

[2] *Şırnak Devlet Hastanesi, Acil Servis Kliniği, Şırnak*

[3] *Çanakkale Devlet Hastanesi, Acil Servis Kliniği, Çanakkale*

Akut yan ağrısı acil serviste sık görülen bir klinik problemdir. En sık sebebi üriner sistem taş hastalığı olsa da bu hastaların yarısında taş dışı sebeplerden dolayı akut yan ağrısı görülür (Tablo.1). Akut yan ağrısı oluşturan sebepler ürolojik ve ürolojik dışı sebepler olmak üzere ikiye ayrılır. Ürolojik sebepler üriner sistem taş hastalığı, üriner sistem enfeksiyonları (renal abse, piyelonefrit), üretero-pelvik darlık, renal vasküler hastalıklar (renal ven trombozu, renal enfarktüs), papiller nekroz, intra-renal, peri-renal kanama, testis torsiyonu ve appendiks testis torsiyonudur. Üroloji dışı sebepler ise aort anevrizması, safra kesesi hastalıkları, gastrointenstinal hastalıkları, pankreas hastalıkları, jinekolojik hastalıklar ve kas-iskelet sistemi hastalıkları olarak sıralanabilir. Akut yan ağrısı basit bir kas-iskelet sistemi rahatsızlığı ile oluşabileceği gibi çok acil müdahale gerektirecek aort anevrizması nedeniylede oluşabilir.

KLİNİK YAKLAŞIM: Akut yan ağrısı olan hastada özgeçmiş, fiziksel muayene ve vital bulgular oldukça yararlıdır. Akut yan ağrısı acil serviste değerlendirilirken basit ve hızlı testlerle ayırıcı tanıya gitmek önemlidir (Şekil.1). Bu hastalarda idrar tahlili, hemogram ve kreatinin değerleri görülmelidir. Hastanın 38 dereceyi geçen ateşi varsa CRP istenmelidir. Hastalara ultrasonografi ve/veya kontrastsız abdomen tomografisi çekilerek radyolojik inceleme yapılmalıdır.

Ayırıcı tanı yapıldıktan sonra ağrı etkili bir şekilde kontrol altına alınmalı, üriner tıkanıklık varsa böbrek fonksiyon kaybına yol açmadan müdahale edilmeli, idrar yolu enfeksiyonu varsa tedavi edilmelidir (Şekil.2).

Acil servise başvuran akut yan ağrılı hastalarda hızlıca ayırıcı tanı yapılmalıdır. Bu hastaların yarısında taş dışı bir sebepten yan ağrısı geliştiği unutulmamalıdır. Aort anevrizması, perirenal kanama gibi acil cerrahi müdahale gerektirecek bir patoloji yoksa uygun ve etkili bir analjezik seçilerek ağrıları giderilmelidir. Analjezik olarak ilk NSAİİ'lar seçilmeli ve yeterli hidrasyon sağlanarak hasta rahatlatılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Acil müdahale, akut yan ağrısı

PS-0506 Diğer

Acil Servis çalışanlarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi

Ahmet Tuğrul Zeytin[1], Şeyhmus Kaya[1], Davut Kaplan[2], Aslı Melek Zeytin[3], Filiz Baloğlu Kaya[4]

[1] *Eskişehir Devlet Hastanesi, Acil Servis, Eskişehir*

[2] *Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Acil Servis, Eskişehir*

[3] *Eskişehir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Eskişehir*

[4] *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Eskişehir*

GİRİŞ- AMAÇ: Acil tıp fiziksel ve duygusal olarak zorlu bir tıp branşıdır. Moral bozuklukları acil servis çalışanlarında, iş tatminini, bakım kalitesini de etkileyebilecek fiziksel ve duygusal problemlere yol açabilmektedir. Sağlık çalışanlarında depresyonun topluma göre daha sık gözlemlendiği bildirilmiştir. Acil servis çalışanlarında psikolojik problemleri ve risk faktörlerini tanımlamak, ileriki dönemlerde sağlık çalışanları için yapılacak olan çalışma şartları düzenlemelerine faydalı olabilir. Bu çalışmada acil serviste çalışan sağlık profesyonellerinin anksiyete, depresyon düzeylerini ve ilişkili faktörleri tanımlamayı amaçladık.

YÖNTEM: Bu çalışma, acil serviste her biri yıllık yaklaşık 300.000 hasta başvurusu olan Eskisehir Devlet Hastanesi ve Eskisehir Yunus Emre Devlet Hastanesi acil servislerinde yapılmıştır. Hali hazırda acil serviste çalışmakta olan 75 sağlık profosyoneli(hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru ve paramedik) ile, karşılaştırma grubu olarak da daha önceden acil serviste görev yapmış ancak son 1 yıldır acil serviste çalışmayan ancak hastanede göreve devam eden 75 sağlık personeli çalışmaya dahil edildi. Veri toplaması 3 bölümden oluşan bir anket formu ile yapılmıştır: (1) demografik veriler (2) Beck anksiyete Ölçeği, (3) Beck Depresyon Ölçeği.

BULGULAR: Bu çalışmada sağlık profesyonelleri 75 vaka ve 75 karşılaştırma grubu olarak yer almıştır. Ortalama yaş aktif çalışanlarda 34,74±7,85, kontrol grubunda ise 34,28±7,62 şeklinde saptanmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri tablo 1' de sunulmuştur.

Acil servis çalışanları grubunda anksiyete düzeyleri 30(%40) katılımcıda minimal, 21(%28) katılımcıda hafif, 12(%16) katılımcıda orta, 12(%16) katılımcıda ise şiddetli düzeyde, depresyon düzeyleri de 41(%54,66) katılımcıda minimal, 20(%26,64) katılımcıda hafif, 12(%16) katılımcıda orta ve 2(%2,7) katılımcıda ise şiddetli olarak bulunmuştur. Karşılaştırma grubunda ise anksiyete düzeyleri 30(%40) minimal, 23(%30,7) hafif, 12(%16) orta ve 10(%13,3) şiddetli; depresyon düzeyleri de 46(%61,3) katılımcıda minimal, 18(%24) katılımcıda hafif, 9(%12) katılımcıda orta ve 2(%2,7) katılımcıda ise şiddetli olarak bulunmuştur.

Acil servis çalışanları grubunda çalışma şartları (fiziksel şartlar veya çalışma saatleri) açısından incelendiğinde çalışma şartlarından memnun olmayanların depresyon düzeyleri memnun olanlardan yüksek olarak saptanmıştır (p=0,024<0.05). Karşılaştırma grubunda ise anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Acil servis çalışanları grubunda sözel veya fiziksel şiddete mağruz kalanların anksiyete düzeyleri şiddete mağruz kalmayanlara göre yüksek saptanmış olup istatiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p=0,006<0,05). Aynı şekilde karşılaştırma grubunda da şiddete mağruz kalanların anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur(p=0,003<0,05).

SONUÇ: Acil servis çalışanlarında, fiziki şartlar ve çalışma saatleri, depresyon düzeylerini arttırırken, acil servisten ayrılmış olan personellerde herhangi bir etki yaratmadığı görülmüştür. Sağlık çalışanlarına karşı şiddet ise her iki grubun anksiyete ve depresyon düzeylerini arttırmaktadır. Acil servislerin fiziki şartlarının düzeltilmesi, şiddet oranının azaltılması, acil servis çalışanlarının iş doyumunu ve psikolojik dengesinin düzeltecektir

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, anksiyete, depresyon, sağlık personeli

PS-0507 Diğer

Hemoptizinin nadir bir nedeni: Swyer-James-MacLeod Sendromu

Ayşe Ece Tavas[1], Güçlü Selahattin Kıyan[2]

[1]*Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Acil Servis, Düzce*

[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir*

Bu olgu sunumunda amacımız, acil serviste nadiren rastlanabilecek bir sendromla ilgili kısa bilgi vermektir.

59 yaş kadın hasta acil servise 4 saattir devam eden hemoptizi şikayetiyle başvurdu. Bilinen MacLeod sendromu nedenilye Kalp Damar Cerrahisi ve Göğüs Hastalıkları tarafından takipli olan hasta son 6 saatte yaklaşık bir su bardağı kadar hemoptizisi olduğunu tariflemekteydi.

Hastanın acil servise geliş vitalleri TA:189/99mmHg, KN:133/dk, SS:16/dk, Ateş:37.7°C, SaO2:%97 ölçüldü. Fizik muayenede sol bazalde raller dışında özellik yoktu. Arter kan gazında pH:7,46 pCO2:36,1 pO2:77,2 HCO3:25,4 SaO2:95,9 saptandı. PAAC'de sol akciğer üst lobda hiperlusensi saptandı.

Hastanın göğüs hastalıkları servisine yatışı yapıldı.

Swyer–James–Macleod sendromu, aynı anda dünyanın 3 farklı yerindeki hekim (İngiliz Göğüs hastalıkları uzmanı William Mathiseon Macleod, Kanadalı radyolog George James ve Paul Robert Swyer) tarafından araştırılıp saptanmış nadir bir akciğer hastalığıdır. Eş zamanlı olarak Fransa'da Dr. J. Brett de bu hastalığı araştırmakta olduğundan bazen Brett Sendromu olarak da anılır.

Swyer–James –MacLeod sendromu bir çeşit postenfeksiyoz obliteratif bronşit manifestasyonudur. Akciğerin etkilenen kısmı normal gelişimini tamamlayamaz ve sağlam akciğer dokularına göre küçük kalır. Karakteristik radyografik görüntüsü, azalmış arteriyal akımla beraber aşırı distansiyona uğramış alveollerin yarattığı pulmoner hiperlusensidir ve adenovirus tip 21 ile ilişkilendirilmiştir. Hastalığın seyri hafif bronşiektazi hastalarınınkine benzerdir. Güncel tıbbi ve farmakolojik gelişmeler sayesinde genellikle iyi prognozlu seyreden bir hastalıktır.

Acil servise hemoptizi ile başvuran hastaların tıbbi öykülerinin detaylı alınması, hemoptizinin nedenini saptamakta yol gösterici olmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Hemoptizi, Swyer-James sendromu, Swyer-James-MacLeod Sendromu

PS-0508 Diğer

Hekim ve Hastane Çalışanına Yönelik Şiddet

Kamil Tünay[1], Didem Uğurlu[2], Rukiye Çaprak[2], Hakan Şimşek[2], Abdurrahman Güneş[2], Oya Oruç[1], Şerife Özdinç[1], Talip Çevik[1]

[1]*Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı,Afyonkarahisar*

[2]*Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 3.Sınıf,Afyonkarahisar*

GİRİŞ: İşyerinde şiddet istismar, korkutma, tehdit ya da saldırı olaylarıdır."(1). Değişik çalışmalarda sağlık çalışanlarının diğer kurumlarda çalışanlarına göre 16 kat daha fazla şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir(2). Hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet de günümüz Türkiye'sinin en temel sorunlarından biridir. Sağlıkta şiddetin bu düzeye gelmesi oldukça kaygı verici bir durumdur. Şiddetin önüne geçmek için önce hangi düzeyde olduğunu belirlemek gerekir.

BULGULAR: Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 27.99±6.33'dur. Çalışmaya katılan 165 kişinin 96'sı(%58.2) kadın, 69'u(%41.8)erkektir. Meslek dağılımını ise %17.6 asistan hekim, %13.3 öğretim üyesi, %8.5 hemşire,%16.4 intern, %44.3'ünü diğer personeller oluşturmaktadır. Bu katılımcılardan %30.9 temel birim, %41.8 dahili ve %27.3'ü cerrahi birimlerde çalışmaktadır ve çoğunlukla 5 yıl ve altı çalışanıdır (%61.2) (Tablo 1).

Katılımcıların %70.3'ü şiddete tavrına tanık olmuşken, %43'ü şiddete tavrına maruz kaldığını ifade etmiştir. Yine sözlü şiddete maruziyet%79.4 iken sözlü siddete tanık olma %92.7 olarak belirlenmiştir. Fiziksel şiddete maruziyet %14.4 iken fiziksel şiddete tanıklık etme %45.5 olarak belirlenmiştir. (Tablo 2).

Katılımcıların %82.4 ü toplumda şiddetin kesinlikle arttığını belirtirken sağlık çalışanına şiddetin de %83'le bu orana paralellik gösterdiği belirlenmiştir

Bu konuda alınabilecek önlemler sorgulandığında katılımcılar güvenlik kamera sayısının artırılması (%40) ve güvenlik görevlisi sayısının arttırılmasının (%70.3) yararlı olacağını düşünmektedir. Medyanın tutumunun ise şiddet olaylarını olumsuz tetiklediği %95.8 oranında belirtilmiştir.

Şiddet sonrası görev yeri değişikliği düşünen ve yapan %7.3, görevi bırakmayı düşünen %23.6 olarak belirlenmiştir. Şiddete maruz kalanların ise yalnızca %1.8'i psikolojik destek almaktadır.

TARTIŞMA: Çalışmamızda sağlık çalışanları arasında şiddete maruz kalma %43 olarak belirlenmiştir. Taşlıyan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran %24.2 olarak belirlenmiştir. Bu da göstermektedir ki gün geçtikçe sağlık çalışanına şiddet tavrı giderek ciddi oranlarda artmaktadır.(3)

Çalışmamızda bir ve birden fazla sözlü şiddete maruz kalma %79,4 oranında tespit edilmiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak Atan tarafından yapılan çalışmada da bu oran %78,8 olarak bulunmuştur (4).

Çalışmamızda birden çok sözlü siddete tanıklık etme %58,8 tespit edilmiştir. Aydın tarafından yapılan çalışmada bu oran çalışmamızla uyumlu olarak %56 belirlenmiştir (5).

Türkiye'de sağlık personelinin maruz kaldıkları şiddet durumuyla ilgili yasal düzenlemelerde ciddi eksiklikler bulunmaktadır. Hastaneler, sağlık çalışanları için belki de gün geçtikçe tehlikeli ortamlar olmaktadır. Hekimler ve sağlık çalışanları kendilerini güvende hissetmemektedirler. Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliği sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır (2, 4, 6).

POSTER BİLDİRİLER

SONUÇ: Yaptığımız çalışma sonucunda şiddetin gittikçe artarak önemli düzeylere ulaştığı ve bu konuda alınan önlemlerin yetersiz bulunduğu saptanmıştır.

Sağlıkta karşılaşılan tüm bu sıkıntılara rağmen büyük çoğunluğunun görev bırakma ve görev yeri değiştirme gibi bir düşüncesinin olmadığı gözlenmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Sağlık, Şiddet, Hastane çalışanı

PS-0509 Diğer

Helikopter Vakaları

Sultan Tuna Akgöl Gür[1], Atıf Bayramoğlu[2], Murat Sarıtemur[2]

[1]*Bölge Eğitim ve Araştırma Hastahanesi, Acil Servis, Erzurum*

[2]*Atatürk Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Erzurum*

GİRİŞ: Hava yolu ile hasta transferi acil sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır. Helikopter ya da uçakla yapılabilir. Transport öncelikli hastalarda en kısa sürede hastayı nakletmek ölümlerin ve sakatlıkların azaltılması için çok önemlidir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Bu çalışmada Doğu Anadolu Bölgesinde 2009-2012 tarihleri arasındaki hava ambulansı ile yapılan 422 uçuş retrospektif olarak demografik veriler (yaş, cinsiyet, mevsimler) açısından incelendi. Vakalar incelendiğinde 162'si kadın, 183'ü erkek hastadır. Yazın hastaların 64'ü (%35) erkek; 50'si (%30.9) kadındır. Sonbaharda hastaların 54'ü (%29.5) erkek; 34'ü (%21) kadındır. Kışın hastaların 35'i(%19.1) erkek; 44'ü (%27.1) kadındır. İlkbaharda hastaların 30'u (%16.4) erkek; 34'ü (%21) kadındır. Mevsimlere göre cinsiyet araştırıldığında anlamlı bir fark bulunamadı (p=0.099). Medikal sebeplerle gelen hastaların 82'si (%65.6) erkek, 43'ü (%34.4) kadındır. Travma sebebiyle gelen hastaların 65'i (%72.2) erkek, 25'i (%27.8) kadındır. Yeni doğan hastaların 31'i (%39.7) erkek, 47'si (%60.3) kadındır. Yanık sebebiyle gelen hastaların 4'ü (%66.7) erkek, 2'si (%33.3) kadındır. Cinsiyetle ön tanı arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p \leq 0.001$). Yaş gruplarına göre hastalar incelendiğinde 0-28 günlük yeni doğan sayısı 71 (%20.6); 28 gün-2 yaş bebek sayısı 18 (%5.2); 2-18 yaş çocuk sayısı 38 (%11); 18-65 yaş yetişkin sayısı 167 (%48.4); 65 yaş üstü yaşlı sayısı 52 (%14.8) bulunmuştur (Grafik 1).

SONUÇ: Doğu Anadolu bölgesi coğrafi koşulları ve kış mevsiminin çetin geçmesi ile diğer bölgelerden farklı özelliklere sahiptir. Taşıma öncelikli acil durumlarda hava ambulans kullanımı bu bakımdan önemlidir. Taşıma öncelikli hastaların hastaneye kısa sürede nakledilmesi mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Helikopter, transport, yaş, cinsiyet, mevsim

PS-0510 Diğer

Zeytinyağı Sadece Yemek Yapmada mı Kullanılır ?

Atakan Savrun[1], Emre Gökçen[2], Esen Doğan[3], Uğur Özkula[4], Çağdaş Yıldırım[4]

[1]*Sincan Devlet Hastanesi,Acil servis, Ankara*

[2]*Malatya Devlet Hastanesi, Acil servis, Malatya*

[3]*Edirne Devlet Hastanesi, Acil servis, Edirne*

[4]*Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil tıp Anabilim dalı,Ankara*

GİRİŞ-AMAÇ: Hidrokarbonlu bileşikler boya ve uçucu solventler gibi pek çok maddenin yapısında bulunurlar. Hidrokarbonlu maddelere deri yoluyla maruziyet sonrası lokal irritasyon ve yanıklar oluşabilir. Genellikle lokal toksisite oluşturmasına rağmen sistemik toksisite de oluşturabilirler. Deride lokal eritemden sellülit, abse, nekroz ve kompartman sendromuna kadar giden tablolar meydana gelebilir. Bu maddelere maruz kalma süresi ve maruziyet miktarı da önemlidir. Bu bildiride deri yoluyla iki farklı şekilde hidrokarbonlu maddelere maruz kalan bir olgunun yine hidrokarbon içeren basit bir madde (zeytinyağı) ile tedavisine dikkat çekilmesi amaçlandı.

OLGU SUNUMU: Beş yaşındaki erkek hastanın evde boya kutusuna düşmesi sonucu; her iki bacak ve ayaklarının kurumuş boya ile kaplanması üzerine yakınları tarafından acil servise getirildi. Hastanın yakınları tarafınca boyalı alanlar üzerine eter sürülüp çıkartılmaya çalışıldığı fakat çıkaramamaları ve boyalı alanlarda kızarıklık olması üzerine hemen acil servise geldikleri öğrenildi.

Olgunun genel durumu iyi ve vital bulguları stabildi. Her iki bacak ve ayaklarında yaklaşık 20X5 santimetrelik kurumuş boya alanları mevcut idi. Boyalı olanlar daha öncesinden eterle ovalanmasın bağlı hassasiyet mevcuttu.

Spanç üstüne zeytin yağı dökülerek boyanmış kısımlar üzerine sürülerek ovalandı ve kurumuş boyalar çıkarıldı. Boyalar ciltten çıktığında ciltte irritasyon bulgusu yoktu. Olgunun ek semptom veya bulgusu yoktu.

SONUÇ: Bizim olgumuzda; hasta yakınları deriden boyanın çıkarılması için deriye hidrokarbon içeren bir madde (eter) uygulamışlardı. Eterin yüksek uçucu özelliği olması ve uygulanan eter miktarının az oluşu dolayısıyla sistemik toksisite bulguları görülmemiştir. Zeytinyağı da hidrokarbon bir bileşiktir ve zararsızdır. Zeytinyağının kolay elde edilebilir ve pratik uygulanabilir olması hidrokarbon içeren bileşiklerin deri yoluyla maruziyetinde düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Zeytin yağı, boya, hidrokarbonlu bileşikler

PS-0511 Diğer

Acil Servise Başvuran Dilde Mukozal Kanamalı Hasta

Evren Arslan, Mustafa Burak Sayhan
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

GİRİŞ VE AMAÇ: Bilindiği üzere varfarin günümüzde sık kullanılan bir antikoagülan olup; en önemli komplikasyonu kanamadır. Kliniğimize dilde morarma yakınmasıyla başvuran ve varfarin kullanan erkek hastada gelişen nadir bir komplikasyonu paylaşmayı amaçladık.

OLGU: Yetmişbeş yaşında erkek hasta iki gün önce başlayan dilde morarma yakınmasıyla acil servise başvurdu.Dilde morarmanın ilk kez olduğu ve travma öyküsü bulunmadığını belirten hastanın özgeçmişinde kalp yetmezliği tanısı ile tedavi gördüğü ve 2 yıldır varfarin kullandığı öğrenildi. Hastanın yapılan fiziki muayenesinde dilde ki hematom dışında bulgu tespit edilmedi. Laboratuar bulgularında INR:5,3 olarak tesbit edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Varfarin günümüzde dar bir teropotik pencereye sahip olan ancak sık kullanılan bir antikoagülandır. Kanama varfarinin en sık komplikasyonu olarak bilinmekte ve birinci sırada gastrointestinal sistem kanamaları ile karşımıza çıkarken ikinci sırayıda mukozal kanama olgularıyla karşılaşılmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Varfarin, antikoagülan,acil servis, mukozal kanama

PS-0512 Diğer

Özkıyım Amaçlı Çok Sayıda Yabancı Cisim Yutulması

Sefa Özay Bakar, Mustafa Burak Sayhan
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp ad

GİRİŞ VE AMAÇ: Bilindiği üzere özkıyım amaçlı girişimler için pek çok yol bulunmaktadır. Bunlardan biriside yabancı cisim yutarak özkıyım girişiminde bulunmaktadır. Biz bu yazıda çok sayıda delici kesici özellikte yabancı cisim yutma sonucu acil servisimize başvuran bir hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: 37 Yaşında erkek hasta özkıyım amaçlı çok sayıda cisim yutma sonucu tarafımıza başvurdu. Gelişinde bilici açık kopere, vital bulguları stabil idi. Hastanın yapılan fiziki muayenesinde batın muayenesinde; defans ve rebound mevcuttu. Hastaya uygulanan ayakta direkt karın grafisinde; karın içi çok sayıda yabancı cisim tespit edildi. Karın içi organ perferasyonu tespit edilmedi. Hasta takip için dış servise transfer edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Özkıyım amaçlı çok sayıda yabancı cisim yutma genellikle zihinsel özürlü ya da psikiyatrik hastalığı olan kişilerde karşılaşılan bir durumdur. Yutulan yabancı cismin şekli, sayısı, boyutu ve olay üzerinden geçen süreye göre izlenecek tedavi yöntemleri belirlenmelidir. Tedavide üç ana prensip vardır. Endoskopik geri çıkartma, konservatif izlem ve cerrahi

girişim. En sık komplikasyon olarak perforasyonla karşılaşılır.

ANAHTAR KELİMELER: Özkıyım, yabancı cisim, acil servis

PS-0513 Diğer

Seçimlerle ilişkili acil servis başvuru profili

Hüseyin Ülger[1], Selim Çelik[2], Erdem Aksay[1], Mursel Koçer[1]

[1]*Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adana*

[2]*Sağlık Bakanlığı- Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çorum*

GİRİŞ: Genel ve yerel yönetimlerin belirlenmesi seçimle gerçekleşmektedir. Yönetim kadrolarının seçimle belirlenmesi ülkenin demokrasinin düzeyi ile yakından ilişkilidir. Bu demokratik hakkın gerçekleşmesi sırasında, özellikle mahalli seçimlerde ölümle sonuçlanabilen kavga, darp ve yaralanmalar meydana gelebilmektedir. Çalışmamızla seçimle ilişkili olan tüm acil servis başvurularını değerlendirdik.

GEREÇ VE YÖNTEM: Hastanemiz acil servisine 30 mart 2014 ve 10 Ağustos 2014 tarihlerinde seçimle ilgili şikayetler ile gelen hastalar dahil edildi.

BULGULAR: Çalışma süresince toplam 14 hastanın seçimle ilgili şikayetlerle acil servise başvurduğu tespit edildi. Olguların yaş ortalaması 51.5± 15.4 (23-77) idi. Bu olguların % 64.3'ü(9) erkek idi ve %57.1'i (8)darp ile başvurdu. Darp edilenlerin %42,8'inde kafa travması mevcuttu. Olguların % 42.9'u (6) Göğüs ağrısı ve senkopla geldi. Bunların biri oy kullanmaya giderken merdivende rahatsızlanan vatandaş, üçü sandık görevlisi ve kalp krizi geçiren iki kişiden biri seçimi kaybeden muhtar adayı diğeri ise sandıkta çıkan tartışma sonrası fenalaşan seçmen idi.

TARTIŞMA: Ülkemizde seçim günü yaşanan olaylar ile ilgili elimizde kesin veriler bulunmamaktadır. Basın yayın kanallarına yansıyanlar ise olayın gerçekliğini ortaya koymamaktadır. Seçimle ilgili başvururular en sık darp, ateşli silah ve kesici delici aletle yaralanma şeklinde olmaktadır. Darp dışı diğer başvuruların da hiç azımsanmayacak boyutta olduğu çalışmamızla görülmektedir. Seçimlerin adaylar, seçimde görevli olanlar ve seçmenler üzerinde oluşturduğu baskının ne boyutta ve yönde etkilediği bilinmemektedir.

SONUÇ: Seçimle ilgili yaralanmalar litaratüre uygun olarak en sık baş ve boyun bölgesindendir. Göğüs ağrısı ve senkop şikayeti ile gelenlerde akut myokard infarktüsü riski artmaktadır. Seçimlerin siyasi tansiyonunun yüksekliği dolaylı olarak vatandaşlarımızı, sandık görevlilerini, adayları ve seçmenleri etkileyebilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: seçim, acil servis

PS-0514 Diğer

demans ve fahr

İsmail Yeşiltaş, Fatma Sarı Doğan, Emel Erkuş Sirkeci, İsmail Fırat Arslan, Cahid Ünsal Karahaliloğlu, Sıdıka İrem Bozkurt Çakır
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis

Fahr Hastalığı serebellar dentat nükleus bazal ganglionlar beyaz cevherde bilateral ve simetrik olarak kalsiyum ve diğer minerallerin depolandığı bir hastalıktır. Klinik bulgular değişken olup psikiyatrik semptomlar, epileptik nöbetler, serebellar bulgular, ekstrapiramidal disfonksiyon ve demans ile kendini gösterebilir. Fahr paratroid bozukluklar başta olmak üzere değişik metabolik bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkabilir.

ANAHTAR KELİMELER: fahr hastalığı kalsiyum metabolizması demans

PS-0515 Diğer

Yeni Açılan 2. Düzey Çocuk Yoğun Bakım Ünitemizde Yatan Zehirlenme Vakalarının Değerlendirilmesi

Vildan Güngörer, Nurdan Kökten Yıldırım
Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Samsun

AMAÇ: Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ikinci düzey çocuk yoğun bakım servisine yatan zehirlenme olgularının demografik ve etyolojik özelliklerini, yoğun bakımdaki prognozlarını ve kalış sürelerini retrospektif olarak incelemeyi amaçladık.

YÖNTEMLER: Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ikinci düzey çocuk yoğun bakım ünitesinde 14 Mart 2014- 14 Mart 2015 yılları arasında yatan olgular dosyaları taranarak yaş, cinsiyet dağılımları, zehirlenme nedenleri, acil servise başvuru süreleri, hastanede kalış süreleri ve prognoz açısından retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Yoğun bakım ünitesine kabul edilen 82 hastanın 29'u erkek (%35,3), 53'ü kızdı (%64,6).Yaş ortalaması erkekler için 7,89+6,3, kızlar için 11,2+ 5,7, ortalama yaş dağılımı 10,04+ 6,1 idi. Kızların 21'i (%39.6) 0-14 yaş aralığında, 32'si (%60.4) 14-18 yaş aralığında idi. Erkeklerin ise 29'u (%68.9) 0-14 yaş aralığında, 9'u (%31.1) ise 14-18 yaş aralığında idi. Hastaların 64'ünde (%78) ilaç intoksikasyonu (antidepresan, antibiyotik, ağrı kesici ve diğer ilaçlar), 18'inde (%22) diğer nedenler (fare zehiri, mantar, karbonmonoksit, akrep sokması,bonzai, pestisit) tespit edildi. Tüm hastaların 38'i (%46,3) suicid amaçlı idi. Bunların 33'ü (%62.2) kız ve kızların 32'si 14-18 yaş aralığında idi. İlaç alan hastaların 40'ı (%48,7) tek ilaç, 24'ü ise (%29,2) çoklu ilaç almıştı. En sık alınan ilaç %31,2 ile antidepresanlardı. Hastaların hastaneye varış süreleri ortalama 3,41+3, yoğun bakımda yatış süreleri ise ortalama 2,89+1,04 olarak bulundu. Hastaların hiçbirinde exitus görülmedi, 30 hasta (%36,5) taburculuk sonrası ayaktan çocuk psikiyatri polikliniğine yönlendirilirken, 3 hasta (%3,6) ise AMATEM'e sevk edildi.

SONUÇ: Çocuk yoğun bakım ünitemizde zehirlenme nedeniyle yatan hastaların çoğunluğunu kızlar oluşturmakta olup yine suicid amaçlı ilaç içimlerinin %62'sini kızlar oluşturmaktaydı. En sık kullanılan ilaçların antidepresanlar, antibiyotikler ve antipsikotikler olduğunu tespit ettik. Hiçbir hastamızda mortalite görülmedi. Bu çalışma ile yeni açılan çocuk yoğun bakım ünitemizin bir yıllık zehirlenme olgularını gözden geçirerek bu konuda genel bir bakış açısı edinmiş olduk.

ANAHTAR KELİMELER: Çocuk yoğun bakım, ilaç alımı, zehirlenme.

PS-0516 Diğer

Cepheden resusitasyona cephane: olgu sunumu

Ali Karakuş, Güven Kuvandık, Mustafa Şahan
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı- Hatay

GİRİŞ: Travma resusitasyonu öncelikli olarak çevre ve kişilerin güvenliği sonrası birincil, ikincil bakı ve asıl neden yönelik tedavi bölümlerinden oluşur. Çevre ve kişilerin güvenliği afet ekipleri, itfaiye, güvenlik ekipleri tarafından sağlanmasının ardından sağlık ekiplerince birincil bakı yapılmalıdır. Birincil bakı içerisinde ABCDE prosedürü gereğince 'E' olarak kısaltılan exposure: elbiselerin soyulması işlemi mevcuttur. Hastalar güvenlik onayı alındıktan sonra elbiseler soyularak birincil bakısı tamamlanmalıdır. Bu yazıda gerek güvenlik ve gerekse birincil bakıdaki yetersizlik nedeniyle görülen eksikliği, güvenlik ve birincil bakının önemini vurgulamayı amaçladık.

OLGU: 20 yaşında erkek hasta ateşli silah yaralanması nedeniyle acil servise getirildi. Hastanın genel durumu kötü, şuuru kapalı, GKS:3 olarak tespit edildi. Tansiyonu 140-60 mmHg, nabzı:106/dk, entübe spontan solunumu yoktu. Mekanik ventilatöre bağlanan hastanın muayene amaçlı üzerindeki elbiseleri çıkarıldı. Elbise içerisinde bir adet el bombası olduğu tespit edildi. Yazılı tutanak tutularak ilgili birimlere, hastane idaresine ve 112 komuta merkeze iletildi. Muayenesinde skalpde ateşli silaha bağlı giriş deliği mevcuttu. Çekilen tomografisinde subdural hematomu tespit edilen hasta beyin cerrahisi yoğun bakıma takip ve tedavi amaçlı yatırıldı.

SONUÇ: Çevre ve çalışan güvenliği sağlanmadan hasta kabulü olmamalı. Birincil bakı ilk sağlık ekiplerince gereğince yapılarak hastaların transportu sağlanmalı. 'Yazılmamışsa yapılmamıştır' gereği tüm bulgular ve veriler tutanak altına alınmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Travma resusitasyonu, güvenlik, birincil bakı, tutanak

POSTER BİLDİRİLER

PS-0517 Diğer

Afyonkarahisar İli 112 Ambulansla Acil Servise Getirilen Hastaların Analizi

Talip Çevik[1], Mehmet Can Er[2], Nur Seher Karaşal[2], Sena Uygur[2], Yusuf Yüceer[2], Ayşe Şura Sarıhan[2], Kamil Tünay[1], Oya Oruç[1], Şerife Özdinç[1]

[1] *Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, AFYONKARAHİSAR*

[2] *Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dönem 3 Öğrencisi, AFYONKARAHİSAR*

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışmada 112 ambulans hizmeti ile üniversite hastanesi acil servisine getirilen vakaların; demografik özellikleri, ambulans ön tanıları ve hastane tanıları arasındaki ilişkinin incelenmesi ve acil servisteki sonlanımlarını ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Çalışma 2014 Aralık- 2015 Şubat tarihleri arasında prospektif olarak Afyonkarahisar il merkezindeki Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) acil servisine 112 ambulansla getirilen hastaların 112 acil komuta kontrol merkezi ve hastanedeki sisteminden hasta bilgi kayıtları incelenerek değerlendirildi.

Araştırmada; cinsiyet, yaş, geliş zaman dilimleri, 112 ve acil servis ön tanıları, istenilen konsültasyonlar ve acil serviste sonlanım durumları daha önceden oluşturulan formlara kaydedildi. Formlardaki veriler IBM SPSS ver.22 adlı standart programa kaydedildi. Analiz yöntemi olarak frekans dağılımları ve çapraz tablolar (crosstabs) kullanıldı.

BULGULAR: 2014 Aralık- 2015 Şubat tarihleri arasında 112 ambulansıyla Afyonkarahisar il merkezinde acil servise götürülen tüm vaka sayısı 5315'tir. Bu vakalardan 3529 (%66,4)'u Afyon Devlet Hastanesi ve Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastanesi'ne, 1467 (%27,6)'si Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesine, 319 (%6)'u Afyon ilindeki özel hastanelere getirildi. Hastanemize getirilen 1467 vakanın 258'i ya direk yataklı servise gönderildiğinden ya da girişi olmadığından çıkarılmıştır.

Kalan 1209 hastanın 545'i (% 45,1) kadın, 664'ü (% 54,9) erkektir. Hastaların 743'ü (%61,5) primer olay yerinden getirilmiş, 466'sı (%38,5) diğer hastanelerden sevkle getirilmiştir. Hastaların 484'ü (%40) mesai sonrası akşam saatlerinde getirilmiştir. Ambulans ön tanıları ile acil tanıları arasındaki uyum %76,4 uyum saptanmıştır (Tablo 1). Acil serviste en çok istenilen tetkiklerin hemogram (%22), biyokimya (%22) olduğu belirlenmiştir. En çok istenen konsültayonlar sırasıyla Ortopedi (%14,1), NRŞ (%13,7) ve kardiyoloji (%12,4) olarak bulundu. Vakaların acil servis sonlanımları ile yaş grupları karşılaştırıldığında 65 ve üstü yaş grubuna (%48) daha fazla yatış verilmiştir (Tablo 2). Getirilen 1209 vakanın 728'i (%60,2) taburcu edilirken, 481 (%39,8) vaka ise çeşitli servis ve yoğun bakım ünitelerine yatışı yapılmıştır.

SONUÇ: Vakaların hastaneler arasındaki dağılımlarına bakıldığında hastanemizin literatürlere göre yüksek oranda bulunması il merkezinde tek devlet hastanesinin bulunmasına bağlanmıştır. Çalışmamızda cinsiyet oranları önceki yapılan çalışmalarla benzer olduğu ayrıca kadın vakaların artmasının nedeni ise sosyal hayatta daha etkin rol alması olabilir.

Vakaların ambulansta aldığı ön tanı ile acil serviste hastalara konulan tanı arasında önemli olan farkın sebebi artık 112 ambulans sağlık hizmetlerinde doktor yer almamasına bağlanmıştır. Hastanemiz acil servisine travma başvurusu yüksek oranda olması nedeniyle ilgili cerrahi branşlardan daha fazla konsültasyon istendiği aşikardır.

Hastanemize getirilen 112 vakalarının yatış oranın yapılan çalışmalardan yüksek olması ilimizdeki tek araştırma hastanesi olmasına bağlandı.

ANAHTAR KELİMELER: Acil Servis, Ambulans, Ön tanı, Sonlanım

PS-0518 Diğer

Hastane Öncesi Acil Tıpta Triaj; Tıp Etiği Açısından Bir Değerlendirme

Hasan Erbay[1], Kamil Tünay[2]

[1] *Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Afyonkarahisar*

[2] *Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Afyonkarahisar*

GİRİŞ: Acil tıp, genel tıp uygulamaları içinde kendine özgü bir konuma sahiptir. Bu 'kendine özgü' olma hali etik konular bağlamında da ortaya çıkmaktadır. Etik konularla ilgili sorunların en önemli sebeplerinden birisi, herhangi bir etik çatışma durumunda acil sağlık profesyonelinin karar vermesi için gereken zamanın kısıtlı olmasıdır. Bu nedenle, kısıtlı zaman içinde karşı karşıya olduğu etik ikilemi bir sonuca ulaştırmak durumunda kalan sağlık çalışanının, temel etik değerler bakımından donanımlı olması gerekmektedir. Acil tıbbın temel basamaklarından birini hastane öncesi alan oluşturmaktadır. Bu alan, tıp etiği sorunları ve etik çatışmalar bakımından farklı bir yerde durmaktadır.

Bu çalışma kapsamında triaj, hastane öncesi alanda yaralı ya da hasta sayısının fazla olduğu durumlar için bu kişilerden tedavi ve nakil için öncelikli olanları belirlemek amacıyla olay yerinde yapılan seçme ve değerlendirme işlemini tanımlamaktadır.

TRİAJ VE ETİK: Kısıtlı sağlık hizmeti kaynaklarının ne şekilde dağıtılacağı ya da eşitliğin nasıl sağlanması gerektiği, tıp etiğinin ana tartışma konularından birisidir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çerçevesinde ele alınan triaj konusu ise kısıtlı kaynakların makro plandan ziyade dar kapsamlı bir alanda paylaştırılması / dağıtılması üzerine yoğunlaşmaktadır. Triajın bir diğer önemli etik boyutu ise uygulamanın temel değerlerinden birinin, eşitlik ilkesi olmasıdır.

Etik tartışmalar açısından konuyla ilgili çeşitli yaklaşımlar olmakla birlikte, temelde iki farklı yaklaşım öne çıkmaktadır. Bu yaklaşımlardan biri en çok sayıda kişinin 'yaşamını / yararını' gözetmek, diğeri ise tıbbi müdahale için her hastaya eşit şans vermektir. İlk yaklaşım sonuç odaklı, ikinci yaklaşımın ise niyet odaklıdır.

SONUÇ: Eğitim ortamlarından ve hastane şartlarından farklı olarak, olay yeri dinamikleri tiraj uygulamalarını etkilemektedir. Triaj uygulamalarına yönelik temel yaklaşım, daha çok sayıda kişiye daha çok yarar şeklinde özetlenmektedir. Bu yaklaşım, kendi içinde sorunlu tarafları bulunmakla birlikte, sağlık yöneticileri ve uygulayıcıları açısından en çok tercih edilen yaklaşımdır. Ancak bu durum, kişilere değer biçme eğilimine götürdüğü ve uygulama koşullarını basitleştirdiği eleştirilerine maruz kalmaktadır. Öte yandan, kusursuz bir triaj yaklaşımı için arayışlar devam etmektedir.

Nihayetinde sağlık çalışanları tarafından uygulanacak olan bu türden durumlar için esas olan; temel meslek felsefesini içselleştirmiş ve mesleğin etik çatışma alanlarına yönelik farkındalığa sahip acil sağlık profesyonelleridir. Bu hedefe ulaşmak için ise hastane öncesi alanda, triaj konusu başta olmak üzere etik konulara yönelik farkındalık artışını sağlayacak eğitim ve yaklaşım modellerinin benimsenmesi uygun olacaktır. Bu bağlamda, etik açıdan donanımlı ve etik duyarlılığa sahip hastane öncesi acil sağlık profesyonellerinin sunacağı sağlık hizmetinin; yalnızca tıbbi açıdan değil, sosyal, kültürel, hukuki ve insani açılardan da etkili ve tatmin edici olacağı kuvvetle muhtemeldir.

ANAHTAR KELİMELER: Hastane Öncesi Acil Tıp, Triaj, Etik

PS-0519 Diğer

Hipertrigliseridemi Varlığında Eruptif Ksantoma Ve Akut Pankreatit

Fatma Mutlu Kukul Güven[1], Yusuf Kenan Tekin[1], Ömer Kürklü[1], Zeki Doğan[2], Şevki Hakan Eren[1], İlhan Korkmaz[1]

[1] *Cumhuriyet Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Sivas*

[2] *Yalova Devlet Hastanesi, Yalova*

Eruptif ksantom hiperlipidemi özellikle hipertrigliseridemi sonucu oluşan papüler bir deri rahatsızlığıdır. Akut hiperlipideminin tipik ancak nadir bir bulgusudur. Eritematöz halo ile çevrili 1-4 mm genişliğinde sarımsı papüller görünümlüdür. Genelde kalça ve ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde yerleşimlidir. Ayırıcı tanı açısından cilt biyopsisi gereklidir. Histolojik olarak ksantomlar, özellikle trigliserid içeriği yüksek köpük benzeri histiyositlerin varlığı ile tanımlanır (1).

Akut pankreatit oluşum nedenleri farklı olmakla beraber olguların % 90'ında safra taşı ve alkol sorumludur. Akut pankreatit ağır trigliserid yüksekliğinin bir komplikasyonu olarak da karşımıza çıkmaktadır (% 2-10). Ancak patojenik mekanizma henüz net olarak bilinmemektedir.

OLGU: Daha önce tip 2 diyabetes mellitus tanısı olan 39 yaşındaki bayan hastada yüksek trigliserid düzeylerinin tetiklediği akut pankreatit ve eruptif ksantom olgusu sunulacaktır.

Karın ağrısı, bulantı ve kusma yakınması ile acil servise başvuran otuz dokuz yaşındaki bayan hastada son dört gündür karın kol ve bacaklarında döküntüler oluşmuş. Öncesinde tip 2 diyabet ve düzensiz ilaç kullanım öyküsü var. Fizik muayenede; karın üst kadranlarda daha belirgin olmak üzere yaygın hassasiyet saptandı. Rebound ve defans yoktu. Karın cildinde, kol ve bacakların ekstansör yüzlerinde sarımsı papüler döküntüler mevcuttu. Anormal laboratuvar testleri: Tam kan sayımı; lökositoz (15,11/mm³), hiperglisemi (301mg/dL),hiperlipidemi (Trigliserit: 820mg/dL, Kolesterol:337mg/dL), artmış C-reaktif protein (88,1), hiperamilazemi (1471U/L), artmış idrar amilazı (12620mg/dl). Bilgisayarlı abdomen tomografisi;pankreas boyutları artmış olup peripankreatik yağ dokuda flulaşma ve peripankreatik alanda serbest sıvı izlenmektedir. Akut pankreatit ve eruptif ksantom öntanıları ile yatışı yapılan hastaya kan şekeri regülasyonu ve akut

pankreatite yönelik tedavi ile birlikte antihiperlipidemik tedavi başlandı. Yatışının 10. gününde trigliserit: 68mg/dL, kolesterol:168mg/dL olduğu ve eruptif lezyonların azalmakla beraber devam ettiği gözlendi.

SONUÇ: Diyabette dislipidemi nedeniyle artan trigliserid düzeyleri akut pankreatit ve eruptif ksantoma neden olabilir. Bu olgu ile karın ağrısı, bulantı, kusma yakınmaları ile eruptif ksantoma uyan papüler cilt lezyonlarının varlığının akut pankreatit tanısını desteklediği hatırlatılmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: eruptif ksantom, hipertrigliseridemi, pankreatit, diyabet

PS-0520 Diğer

Nöroleptik Malign Sendrom olgusunda multidisipliner yaklaşım

Hilmi Akdağ[1], Emine Merve Akdağ[2], Metin Özdemir[3], Mehmet Nihat Özüpek[3], İrfan Kala[3]

[1]*Department of Anesthesiology and Reanimation,Yıldırım Beyazıt University, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Psychiatry, Ankara Numune Research and Training Hospital, Ankara, Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Research and Training Hospital, Ankara, Turkey*

Nöroleptik Malign Sendrom (NMS), genellikle nöroleptik ve antipsikotik ilaçların yan etkilerine bağlı olarak ortaya çıkan, mortalitesi yüksek bir sendromdur. Ölüm riski %10-30 arasında olup, ölüm nedeni ise genellikle NMS'e bağlı gelişen kardiyak, solunum ve böbrek fonksiyonlarındaki bozulmadır. NMS için risk faktörleri erkek cinsiyet, yüksek potensli antipsikotik kullanımı, hızlı doz artışı, uzun etkili ilaç kullanımı veya Parkinson tedavisinin bırakılmasıdır. Yazımızda NMS tanılı bir hastaya; acil, anestezi ve psikiyatri kliniklerince uygulanan multidisipliner yaklaşım sunulmuştur.

45 yaşında bayan hasta. Acile bilinç bozukluğu,genel durumunda kötüleşme,ateş şikayetleriyle getirildi. Yakınlarından alınan öyküye göre hastanın, yaklaşık 10 yıldır şizofreni tanısıyla risperidon consta 37,5 mg im tedavisi aldığı 3 ay önce risperidon consta dozunun 50 mg'a çıkarıldığı ve ketiyapin 600 mg eklendiği öğrenildi.

Hastada; GKSs 10, bilinç konfü, kooperasyon yoktu. Rijiditesi mevcuttu, TA: 129/73 mmHg, kalp atım hızı 118 atım/dk, ateşi: 39°C. Pupiller izokorik, ışık refleksi (+/+), ağrılı uyarana tüm ekstremitelerde çekme yanıtı mevcuttu. Kranial BT normaldi. WBC: 7000/mm3, Na: 153, K:3,3, AST: 80 U/L, ALT: 94 U/L, üre: 98 mg/dL, kreatinin: 0,97mg/dL, LDH: 296 U/L, kreatin kinaz (CK): 312 U/L bulundu. AKG'ında pH: 7,47, PaO2: 85 mmHg, HCO3: 27,8 mEq/L,sO2 %86 idi. Takiplerinde TA'de yükselme eğilimi gözlenmesi üzerine amilodipin 10 mg başlandı. Ayırıcı tanıda santral sinir sitemi enfeksiyonuna yönelik yapılan LP'si normal olarak sonuçlandı. Başka bir enfeksiyon odağı tespit edilmedi. WBC 12000, CK 710'a yükseldi. Ateş, rijidite, CK ve WBC yükselişi, otonomik instabilite bulguları olan hastada NMS ön tanısı düşünüldü. Yoğun bakıma nakledildi. Solunum desteği, intravenöz hidrasyon, NG ile beslenmesi, parasetamol uygulaması, pasif eksternal soğutma ve tedavi rejimi ilaçlarının kesilmesi gibi destek tedavi uygulaması yapıldı. 12 gün yoğun bakım takibinden sonra mental durumu, otonomik belirtileri düzelen hastanın stupor hali ve rijiditesi diazepam tedavisine rağmen devam etmekteydi. Hasta, psikiyatri servisine nakledildi. Burada 9 seans EKT tedavisi alan hastanın oral alımı tamamen açıldı, mobilize oldu, rijiditesi büyük ölçüde geriledi. Hasta 2 hafta sonra sık takip yapılmak üzere taburcu edildi.

Hastamızda yüksek potensli ve uzun ömürlü antipsikotik kullanımı, kısa süre önce dozun arttırılması ve başka bir antipsikotikle kombinasyon yapılmış olması, dehidratasyon tablosu NMS riskini artırmış olabilir. Tanı, diğer hastalıkların ekarte edilmesiyle konur. Hastamızda SSS enfeksiyonu tanısı dışlanmıştır. Nöroleptik malign sendromda, rabdomyolize bağlı böbrek yetersizliği olabilir. Hastamızda idrar çıkışı, üre ve kreatin değerleri normal seyretmiştir. Esas tedavi; destek tedavileridir. Kas sertliği olduğunda düşük doz diazepam ya da dopamin agonisti olan bromokriptin kullanılabilir. EKT'nin; NMS'in tedavisinde etkili olduğu rapor edilmiştir. Hastamız da yapılan 9 seans EKT tedavisinden oldukça fayda görmüştür.

ANAHTAR KELİMELER: antipsikotik, nöroleptik malign sendrom, rijidite

PS-0521 Travma acilleri

Travmatik Pankreatit

Kasim Turgut, Hakan Oğuztürk, Muhammet Gökhan Turtay, Şükrü Gürbüz, Taner Güven
İnönü Üniversitesi, Acill Tıp Anabilim Dalı, Malatya

Akut pankreatit çocuklarda nadir görülen ve etiyolojik açıdan da erişkinlerden farklı olan bir hastalıktır. Erişkinlerde çoğunlukla alkol ve safra taşları pankreatitin sebebi iken, çocuklarda ilaçlar, enfeksiyon, travma ve anatomik bozukluklar daha sık etiyolojik neden olabilmektedir. Bu çalışmamızda düşme sonrası karnı mezar taşına çarpan, karın ağrısı ve kusma şikayetleriyle acil servisimize başvuran ve sonrasında travmatik pankreatit tanısı alan 13 yaşındaki bir olguyu sunduk.

Acute pancreatitis is an uncommon disease seen in children. It also has different etiological factors from adults. In adults, alcohol and biliary stones are observed as the cause of pancreatitis, but in children drugs, infections, trauma and anatomical distubances are seen mostly. In this study, we presented a traumatic pancreatitis case of a 13 years old children which occured due to fall on a gravestone while running. He admitted to our emergency service for abdominal pain and emesis complaints one day later.

ANAHTAR KELİMELER: Travma, Pankreatit, Acil Servis

PS-0522 Travma acilleri

Acilde Nadir Olgu: Göze Plastik Çatal Batması Sonucu Gelişen Kanalikül Kesisi ve Alt Göz Kapağına Hava Kaçağı

Hasan Büyükaslan[1], Halil Kaya[1], Mehmet Tahir Gökdemir[1], Fatih Mehmet Adibelli[2], Fatih Güngörmez[1], Veysel Avcı[1], İbrahim Cebe[1]

[1]*Harran Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa*

[2]*Harran Üniversitesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa*

GİRİŞ: Yüzde yumuşak doku travmalarında göz kapaklarında avülsiyonlar ve kanalikül kesileri nadir değildir. Özellikle çocuklarda ve gençlerde sık görülen bu patolojiye çocuklarda; köpek ısırmaları, bisikletten düşmeler, dal çarpmaları genç erişkinlerde ise yumruklanmayla künt travma spor aktiviteleri ve trafik kazaları sebep olmaktadır

OLGU: 35 yaşında erkek hasta acil servise göz travması başvurdu. Sağ göz nazal kısmına çocuğu tarafından plastik çatal batırılan hasta burnunu kapatıp ıkındığında sağ alt göz kapağının şişmesinden yakınıyordu. Sağ alt göz kapağı iç kısmında minimal hiperemi ve avülsiyon mecuttu (şekil 1). Bu bulgular haricinde başka bir patoloji saptanmayan hastanın diğer sistemik muayeneleri doğaldı. Fizik muayenede valsalva manevrası ile sağ alt göz kapağının şiştiğini ve valsalva sonrası yavaş yavaş söndüğü izlendi(şekil 2).

SONUÇ: Acil sağlık hizmetlerine göz kökenli şikayetlerle başvurular, diğer sistemler kadar sık olmamakla birlikte önemli düzeydedir. Göz acil sorunları erkeklerde kadınlara göre 2,6 kat daha fazla görülmektedir Bu sorunlar içerisinde en önemli acil başvuru nedenini göz travmaları oluşturmaktadır.Acil servis hizmet içi eğitimlerinde göz travmaları hastalarına yaklaşıma yönelik temel bilgiler verilmesi doğru tanı ve hızlı yaklaşım açısından önem arzetmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Travma,Göz kanakülleri,Acil Servis

PS-0523 Travma acilleri

Travmatik aort yaralanması

Ataman Köse[1], Özden Vezir[2], Seyran Bozkurt[1], Hüseyin Narcı[1], Cüneyt Ayrık[1]

[1]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D, Mersin, Türkiye*

[2]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi A.D, Mersin, Türkiye*

GİRİŞ: Trafik kazalarına bağlı künt travma acil servislere çok sık başvuru olabilmektedir. Bunların çoğu ya olay yerinde yada acil serviste ölüm gerçekleşebilmektedir. Bu nedenle erken dönemde hızlı müdahale ve hızlı tanı çok önemlidir. Özellike toraks tarvmasında aort yaralanmasına erken müdahale ve erken tanı konulmazsa dakika-saatler içersinde mortalite son derece yüksektir. Biz de araç dışı trafik kazası nedeni ile acil servise başvuran bir hastada çekilen MDBT ile tanısı konulan bir travmatik aort yaralanması olgusunu sunmak istiyoruz.

OLGU: 62 yaşındaki kadın hasta araç dışı trafik kazası sonucu yaralanma nedeni ile am¬bulansla acil servisimize getirildi. Hastanın bel, kalça ağrısı ve nefes darlığı şiakyeti mevcuttu. Genel

POSTER BİLDİRİLER

durum orta, şuur açık, koopere ve oryante idi. Vital bulgularau kan basıncı: 90/50 mmHg, Nabız 100 /dk, Solunum sayısı 25 /dk idi. Kafatasında sağ zigomatik kemik bölgesinde abrazyon, sol frontal bölgede cilt ve ciltaltı şişlik mevcut idi. Göğüste solda bazalde solunum sesleri bazalde azalmış olarak değerlendirildi. Kardiyovasküler sistem muayenesinde hafif taşikardi dışında normal idi. Hastanın plevis bilgesinde ve lomber bölgede hassasiyet, sağ ve sol uyluk distalinde hassasiyet, symphisiz pubis üzeri¬nde hassasiyet, sol ayak bileğinde şişlik mevcut idi. Hastanın çekilen MSCT'de sol frontalde subgaleal hematom, posterior mediastende hematom, inen aortada ekstravazasyon ve psödoanevrizma, sol sakroiliak eklem anteriorunda parçalı kırık hatları ve solda retroperitoneal alanda hematom, pelvik kemik yapılarda tarif edilen düzeylerde parçalı deplase kırık hatları tespit edildi. Hasta aort rüptürü için kalp damar ve göğüs cerrahisi tarafından acil ameliyata alındı. Ameliyat sırasında rüptür olan yer belirlenerek 2-3 cm'lik 24 mm greft yerleştirildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Travmatik aort yaralanması oldukça nadir görülen, görüldüğü zaman son derece mortal olan bir durumdur. Bu tür hastaların çoğu ya hastane öncesi dönemde yada acil serviste tanı konulurken kaybedilmektedir. Aorta künt travması olan hastaların en az 1/3'ünde ilk fizik incelemede hiçbir eksternal torasik travma delili tespit edilemez. Çekilen X-Ray'in normal olması aort rüptürünü ekarte ettirmez. Aort yaralanma doğrudan belirtileri olmadan anstabil ve klinik şüphesi yüksek olan hastalar erken dönemde MSCT alınmalıdır.
Anahtar Kelimeler: travma, acil servis, multidedektör BT, aort yaralanması

PS-0524 Travma acilleri

Trafik Kazasının Nadir Bir Nedeni: Aort Disseksiyonu

Egemen Küçük[1], Attila Beştemir[2], Özgür Bayındır[2]
[1] *Sakarya Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Sakarya*
[2] *Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Sakarya*

GİRİŞ: Yapmış olduğumuz bu çalışmada, aort disseksiyonu sonrasında gelişen bir trafik kazası ve bunun acil servis içerisindeki yönetim şekli sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: 58 yaşında erkek araç içi trafik kazası nedeniyle 112 ambulansı ile acil servisimize getirildi. Genel durumu iyi, şuuru açık, oryante ve koopere olan hastanın, ilk başvuru esnasında GKS 15 olarak değerlendirildi. Hastada TA:110/65mmHg, nabız;81/dk ve oksijen saturasyonu %97 olarak belirlendi. Sol frontal bölgede hiperemi tespit edilen hasta baş ağrısı ve baskı tarzında olan göğüs ağrısından şikayetçiydi. Hastanın servikal, torakal ve genel sistemik muayenesi normal olarak değerlendirildi, herhangi bir torakal travma bulgusuna rastlanmadı. Hasta ve yakınından alınan ayrıntılı anamnezde, hastanın madde bağımlılığının olmadığı, 11 yıldır hipertansiyon nedeniyle diüretik kullandığı, bunun dışında bir hastalığının olmadığı anlaşıldı. Kazadan hemen önce ani gelişen şiddetli baş ağrısı ve sıkıştırıcı tarzda göğüs ağrısını takiben, yaklaşık 10 dakika devam eden şuur bulanıklığının geliştiği, kazanında bu esnada olduğu öğrenildi. Alınan elektrokardiyografide akut patolojiye rastlanmadı. Periferik nabazanları açık olup, sağ sol kan basınçları arasında belirgin fark saptanamadı. Hastadan hemogram, biyokimya, kardiyak enzim ve kan etanol ölçümleri için kan alındı. Akciğer, pelvis ve iki yönlü servikal grafileri, ayrıca beyin tomografisi ve üç boyutlu servikal tomografi çekildi. Sonrasında monitörize edilerek takibe alındı. Takipler esnasında vital bulgular, tekrarlayan muayeneler ve elektrokardiyografilerde herhangi bir değişim saptanmadı, kan örnekleri ve radyolojik görüntülemelerde de akut patolojiye rastlanmadı. Hasta takibinin ikinci saatinde yaklaşık 5 dakika devam eden ikinci bir şuur bulanıklığı daha gelişti. Bu esnada hasta terli, taşikardik(140/dk), hipotansif(80/45 mmHg) idi. GKS 11 (E3M5V3) olarak belirlendi, elektrokardiyografide değişim saptanmadı. Kardiyak enzim, hemogram ölçümleri tekrarlandı. Hemodinamik stabilizasyon sonrasında kontrastlı torako-abdominal tomografi ve kontrol beyin tomografisi çekildi. Kardiyak enzim, hemogram ölçümleri ve kontrol beyin tomografisi normal olarak değerlendirilen hastanın, kontrastlı torako-abdominal tomografisinde çıkan aortadan başlayıp iliak bufirkasyona kadar devam eden DeBakey sınıflamasına göre Tip 1 diseksiyon saptandı.

SONUÇ: Literatürde bireylerin sahip olduğu hastalıkların trafik kazalarına olan etkisini araştıran kapsamlı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Trafik kazalarının acil servis yönetiminde, aort disseksiyonu gibi altta yatan bazı ölümcül hastalıkları göz ardı etmemek için, kazanın sonuçları kadar nedeni de araştırılmalıdır. Buda ancak anamnezin ayrıntılı şekilde alınması, hasta takibi, tekrarlayan fizik muayeneler ve uygun tanısal incelemeler ile mümkündür.

ANAHTAR KELİMELER: Trafik kazası, Aort diseksiyonu, Tanı

PS-0525 Travma acilleri

Künt Göğüs Travması Sonrası Gelişen Atriyal Fibrilasyon

Kasim Turgut[1], Ali Gür[1], Zeynep Ulutaş[2], Abdulah Ercan[1], Neslihan Yücel[1]
[1] *İnönü Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Malatya*
[2] *İnönü Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Malatya*

Künt kardiyak yaralanma, göğüs travması sonrası acil servis başvurularının önemli bir nedenidir. Bu yaralanmalarda asemptomatik bir miyokardiyal kontüzyon olabileceği gibi aritmi, kardiyak şok, kapak yetmezliği veya kardiyak rüptür gibi ciddi tablolar da görülebilir. Bu çalışmamızda öncesinde kardiyak problemi olmayan hastada künt göğüs travması sonrası gelişen atriyal fibrilasyon vakasını sunmayı amaçladık.

Blunt cardiac injury secondary to chest trauma is an important applying cause of emergency service. Clinically, it can range from asymptomatic myocardial contusion to significant dysrhythmia, acute heart failure, valvular injury, or cardiac rupture.. In this study, we aimed to present an atrial fibrilation case which occured after a blunt chest trauma. Our patient has no cardiac problems before

ANAHTAR KELİMELER: travma, atriyal fibrilasyon, acil

PS-0526 Travma acilleri

Üzerime gelmeyin, kendimi bıçaklarım!!! Sağ ventrikül laserasyonu ile gelen olgu sunumu

Mehmet Ediz Sarihan, Bilgehan Demir
İnönü Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Malatya

GİRİŞ: Toraks travmaları künt ve penetran göğüs travmaları olarak 2 başlıkta toplanırken; penetran olan yaralanmalar %30 görülme oranı ile daha azdır. Penetran nesnenin toraks içerisinde ki hayati organlara yakınlığına-uzaklığına, uygulanan kinetik enerjinin miktarına, şekline, ağırlığına ve neticede yol açtığı kanama miktarına göre hayati tehlikeler belirlenir. Kendisine ve çevresindekilere zarar verme topluma oranla psikiyatrik rahatsızlığı olanlarda daha sık rastlanmaktadır.

OLGU: 27 Yaşında bayan hasta 112 acil servis ambulansı ile servisimize göğsünden yaralanma şikayeti ile getirildi. Hasta yakınları evde meyve yerken elinde ki bıçağı hiçbir sebep yokken aniden göğsüne sapladığını söylediler. Hastanın özgeçmişinde şizofreni tanısının olduğu ve tedavisine de dikkat ettiği öğrenildi. Bilinç açık, oryante ve kooperasyonu tamdı. Geliş muayenesinde sol 2. interkostal kot seviyesinde, 1/3 orta hatta yakın seviyede yaklaşık 1*2 cm boyutunda olan bir kesisi mevcuttu. Kesinin derinliği belirlenemedi. Vitalleri T.A.: 115/88 mm/hg., nabız: 65/dk, solunum sayısı: 23/dk ve SO2:98 idi. Dinlemekle her 2 akciğer sesleri doğal, ral ve ronküs yoktu. Cilt altında amfizem ve krepitasyonu yoktu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Acil servis içerisinde çekilen AP akciğer grafisinde pnömotoraksla uyumlu bulgu yoktu. Kardiyoloji tarafından yapılan hasta başı EKO'da kardiyak mayi görüldü. Hızlıca çekilen toraks tomografisinde de sol akciğerde 4 cm.lik hemotoraks ve kalp çevresinde 2 cm.lik mai tespit edildi. Laboratuar da Hb11,3 g/dL, htc: 35 % idi. Diğer labotatuar bulguları normaldi. Hasta kalp-damar cerrahi servisi ile hızlıca konsulte edildi. Radyolojik tetkikler sürerken alınan kontrol hemogramda Hb değerinin 9,6 g/dL'ye, htc'in ise 29 %'a düştüğü görüldü. Kalp damar cerrahi servisi tarafından hasta hızlıca cerrahiye alındı. Ameliyatta sağ ventrikül çıkım yolunda yaklaşık 2 cm.lik kesisi olduğu görüldü ve onarıldı. 5 gün yoğun bakım sonrasında hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Psikiatrik tanısı olan hastalar zaman zaman gerek kendilerine gerekse çevresindekilere zarar verecek davranışlar sergileyebilmektedirler. Bu zarar verici davranışlarına delici-kesici tarzdaki enstrümanlarında eklenmesi ise hem yaralayan hemde yaralanan kişinin sağkalımı halinde ömürlerinin kalanını sıkıntıya sokmaktadır. Bu tarzdaki yaralanmalar penetran toraks yaralanmaları tarzına dönüştüğünde ise hayati organların varlığı nedeni ile hızla mortaliteyle sonuçlanabilmektedir. Penetran kalp travmalı olgumuzda olduğu gibi servisinize kadar stabil bir görüntü içerisinde gelmesine aldanmayıp hızlıca değerlendirilmesi, tanı ve tedavisinin planlanması gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Göğüs travması, ventrikül laserasyonu, şizofreni, suicid

PS-0527 Travma acilleri

Perikardiosentez sonrası sternumda kitle ?

Mehmet Ediz Sarıhan, Levent Şahin, Muhammet Gökhan Turtay
İnönü Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Malatya

GİRİŞ: Perikardiosentez perikardda sıvı varlığında tanı ve tedavi amaçlı yapılan girişimsel işlemdir. Acil servislerde nadir rastlanmasına rağmen rastlanıldığı durumlarda hekimin hızlıca tanıyı koyması ve tedaviyi planlaması gereken bir durumdur. Bu olgumuzda daha öncesinde kardiak tamponad varlığında perikardiosentez yapılmış hastanın sternumunda aniden ortaya çıktığı iddia edilen kitle varlığı incelendi.

OLGU: 77 yaşında erkek hasta acil servise, taburcu edildikten sonra sternum üzerinde aniden beliren ve büyüyen kitle ile müracaat etti. Bu kitlesi ağrısız iken müracaat ettiği gün çok şiddetli ağrılarının eklendiğini belirtti. Vital bulguları; T.A: 130/96 mmHg, Nb:70/dk, S.S:16/dk, Ateş: 360C ve SaO2: % 99'du. Sternum üzerinde yer alan kitlenin büyüklüğü yaklaşık 4*6 cm büyüklüğündeydi. Hastaya 3 hafta önce kardiak tamponad nedeniyle perikardiosentez yapılmıştı. Fizik muayenede önemli bir özellik yoktu. Sternum üzerindeki kitle için yüzeyel doku USG'de 4 cm derinliğe ulaşan yer yer vaskülerize heterojen hipoekoik solid kitle lezyonu izlendi. Hasta göğüs cerrahisi ile konsülte edildi. Göğüs cerrahi servisine hastanın yatışına karar verildi. Cerrahi işlem esnasında kitle eksizyonuyla birlikte frozen inceleme sonucunda kitlenin multiple myelom ile uyumlu olarak rapor edilmesi üzerine cerrahi işlem tamamlandı.

SONUÇ: Perikardiyosentez kardiak tamponadda yaşam kurtarıcı bir işlemdir. Komplikasyonları miyokard laserasyonundan, cilt altı kitlesi, pnömotoraks, pulmoner emboli, aritmi ve pürülan perikardite kadar çok geniş bir yelpazede görülebilmektedir. Bu büyük kitle her ne kadar komplikasyon olarak ilişkilendirilmeye çalışılsa da kardiak patoloji ile eş zamanlı bir malignitesinin olduğu görüldü. Hasta ve hasta yakınlarının verdiği anamnezin doğru olmayabileceğini unutmamak gerekir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, perikardiosentez, kitle.

PS-0528 Travma acilleri

Çocuk Travma Olgularının Retrospektif İncelenmesi

Suat Yeniaras, Umut Yücel Çavuş
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

AMAÇ: Travma, gelişmiş ülkelerde 1-14 yaş grubu çocuklarda en önemli ölüm nedenidir. Bu çalışmanın amacı, bölgemizdeki çocuk travma olgularında, travma türlerinin ve sebep olduğu patolojilerin, cinsiyete, yaş gruplarına, aylara, etkilediği vücut bölgelerine göre dağılımını ve tedavi sürecini inceleyip sonuçlarını tespit ederek, çocuk travmaların yönetimi için strateji belirlenmesine, öneri geliştirilmesine katkı sunmaktır.

YÖNTEM: Bu çalışma, çocuk travma merkezi olarak da hizmet veren Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde retrospektif olarak gerçekleştirildi. 1 Temmuz 2012 ve 1 Temmuz 2013 tarihleri arasında, hastanemizin Acil Tıp Kliniği'ne başvuran 0-17 yaş arası 4564 çocuk travma hastasının dosyaları, acil servis kayıt defterleri ve hastane arşivi taranarak incelendi.

BULGULAR: Çalışmamızda tüm yaş gruplarında en çok travmaya maruz kalan cinsiyet erkekler olmuştur. Bütün travma türlerinde 0-6 yaş grubunun maruz kalış oranı en yüksek olup en fazla hastanın da Mayıs-Ekim ayları arasında başvurduğu, bu durumun Ağustos ayında zirve yaptığı izlendi. Öğleden sonraki saatlerde yoğunluğun yaşandığı saptandı. Yaralanma nedenleri arasında yüksekten düşmeler ilk sırada, trafik kazaları ise ikinci sırada yer almıştır. Çalışmamızda 4564 travma vakasından 22'sinde spinal kord hasarı (%0,48), 26 vakada (%0,5) maxillofasiyal kırık saptanmış olup bunların çoğunu nazal fraktür oluşturmuştur. Kafa kaide kırığı, hastaların %5.2 sinde, Beyin Tomografisi'nde parankimal lezyon, hastaların %2,6'sında tespit edilmiştir. Beyin parankim hasarları içerisinde ilk sırayı 50 olgu ile subdural hematom almış olup (%1,09), bunu subaraknoid kanama (%0,72) ve epidural kanama (%0,48) takip etmiştir. İntrakraniyal kanama gelişen hastalar içinde acil cerrahiye alınma yüzdesi en fazla olan kanama % 45,5'lik oranla epidural kanama olmuştur. Ardından subdural hematom (%22) ve subaraknoid kanama (%12) gelmiştir. Akciğer kontüzyonu %1, pnömotoraks %0,5, hemotoraks %0.2, karaciğer laserasyonu %0,5, dalak yaralanması %0,3 ve böbrek yaralanması %0,15'lik oranlar ile sıralanmıştır. Ekstremite yaralanmalarında, en sık humerus kırığı (%39), femur kırığı (%21) ve tibia kırığı (%19) görülmüştür. 26 (%0,6) vakada pelvis fraktürüne rastlanmış olup, 1 hasta operasyona alınmıştır. 12 vaka (%0,3) ölümle sonuçlanmıştır. Travma mortalitesinde etiyoloji olarak en büyük kısmı %70'lik oranla araç dışı trafik kazası, %20 ile yüksekten düşmeler oluşturmuştur.

SONUÇ: Bu çalışmada, çocuk travmaların en sık yaz aylarında, en tehlikeli yaralanmaların araç dışı trafik kazası ve yüksekten düşme sonucu meydana geldiği saptanmıştır. Oyun sahalarının yetersizliği, alt yapı düzenlemelerinin nüfus artış hızıyla doğru orantılı seyretmemesi, trafikte artan araç sayısı travma oluşumunu kolaylaştırmakta, adeta epidemi tarzında çocuk ölümlerine ve sakatlıklarına yol açmaktadır. Koruyucu önlemlerin arttırılması nispetinde travmaların azalacağı, çocuk travmaya müdahalede cerrahi bölümler arasında hasta yönetim algoritmalarının ve yaklaşımlarının standardize edilmesi, bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

ANAHTAR KELİMELER: Çocuk, travma, pediatrik travma

PS-0529 Travma acilleri

Frozenbite

Sultan Tuna Akgöl Gür[1], Mehmet Tort[2], Atıf Bayramoğlu[3], Murat Sarıtemur[3]
[1]*Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi, Erzurum*
[2]*Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi, Erzurum*
[3]*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Erzurum*

GİRİŞ: Hipotermi, tüm yaş gruplarını etkileyen hayatı tehdit eden bir durumdur. Yaşlıları daha fazla etkiler. Geniş bir spektrumu vardır; lokal olarak ciltte hiperemi yapabileceği gibi, tüm vücudun donması şeklinde de karşımıza çıkabilir. Etkilenmenin derecesini belirleyen faktörler şunlardır: soğuğun derecesi, soğukta kalma süresi, havanın nemi, rüzgarın hızı, vücut direnci, şahsın hareketliliği. Bu durum vazokonstrüksyona sebep olur. Vazokonstrüksyona bağlı olarak kanın akış hızı yavaşlar, viskozite artar, vasküler staz ve yaygın trombozlar oluşur.

VAKA: Yetmiş altı yaşında erkek hasta acil servisimize soğuğa maruz kalma ve her iki ayak parmaklarında morarma şikayeti ile başvurdu. Yaklaşık 10 saat kadar açık alanda kar üzerinde uyuduğunu ifade etti. Fizik muayenede genel durum orta, bilinç açık, vital bulguları olağan idi. Her iki ayak soğuk ve nörodefisit mevcuttu, parmaklarında siyanoz olan hastanın bilateral femoral ve popliteal arter nabazanları el ile palpable iken bilateral tibialis anteriyor ve posteriyor arter nabazanları el ile palpe edilemedi. Doopler USG ile bifazik akım saptandı. Her iki alt ekstremite parmaklarında proksimal ve digital nabazanları doopler ile alınamadı. (Resim 1-2).

Hasat sıcak ortamda ıslak kıyafetleri tamamen çıkartılarak battaniye ile örtüldü. Dönüşümlü olarak ısıtılmış %5 dextroz ve %09 NaCl infüzyonu başlandı. Soğuk maruziyeti sonrası periferik arteriyel tromboz tanısı konularak kalp ve damar cerrahi kliniğine yatırıldı.

SONUÇ: Soğuğa kısa süreli maruziyet sonucu meydana gelen durumlarda, kişinin ıslak giyeceklerini uzaklaştırıp ısıtmak yeterli olabilirken, uzun süreli maruziyetlerde ampütasyona kadar giden hatta ölümle sonuçlanan durumlarla karşılaşılabilir

ANAHTAR KELİMELER: hipotermi, frostbite, soğuk ısırması

PS-0530 Travma acilleri

Yüksekten Düşmeye Bağlı Lunatum Çıkığı

Kamil Tünay, Ahmet Celal Doğan, Nermin Burcu Çoker, Okay Demirkan, Zeliha Copcuoğlu, Emel Gökalp
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı,Afyonkarahisar

GİRİŞ: Lunatum çıkıları midkarpal lgament yaralanmalarına bağlı meydana gelir. Bu yaralanmalar zorlu dorsifleksiyon, kola uzamış darbe, yüksekten düşme, motorlu araç kazaları ve spor yaralanmaları sonucu oluşur. Os lunatum anterior çıkıkları genel olarak hiperekstansiyon (zorlu dorsifleksiyon) durumundaki el bileği üzerine düşmelerde meydana gelir. En sık görülen karpal kemik subluksasyonu lunat kemiktir. Olgumuzda acil servislerde ayrıntılı değerlendirilmezse sıkça atlanabilen lunatum çıkığından bahsettik.

OLGU SUNUMU: Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine 28 yaşında erkek hasta sol el bileği üzerine yüksekten düşme sonucu el bileğinde ağrı şikayetiyle başvurdu. Hastanın TA: 130/80 nabzı: 90 Solunum sayısı: 18 SPO2: 97 idi. Genel durumu iyi bilinci açıktı. Yapılan fizik muayenesinde sol el bileğinde hassasiyet ve deformite mevcuttu. Periferik nabızlar alınmaktaydı. Bunun dışında patolojik fizik muayene bulgusu yoktu. Çekilen el bileği grafisinde lunatumda anteriora deplase olarak tespit edildi (Resim 1). Ayrıntılı el bileği kemiklerini değerlendirmek

amacıyla el bileği tomografisi çekildi. Tomografisinde lunat kemik luksasyonu saptandı(Resim 2). Median sinir hasarı saptanmadı. Hastanın ortopedi servisine yatışı yapıldı.

SONUÇ: Os lunatum luksasyonu hiperekstansiyon durumundaki el bileği üzerine düşmelerde sık görülen bir durumdur. Bu patolojiye ek olarak el bileği çevresindeki kemiklerden navicular kemikte kırık ve median sinir basısı yapabilir. Median sinir basısına bağlı olarak karpal tünel sendromuna neden olabileceği de unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Düşme, Lunatum, Çıkık

PS-0531 Travma acilleri

Ev kazası nedeniyle meydana gelen bilateral skafoid kemik kırığı olgusu

Mustafa Bogan, Hasan Gümüşboğa, Basri Can, Behçet Al, Suat Zengin
Emergency department of medicine school, Gaziantep University

ÖZET: Skafoid kemik el bileğinde iki sıra halinde proximal sırada bulunan kemiklerden biridir. Lunat, kapitat, radius, trapezoid, trapezium kemikleri ve radiusla eklem yapar. En sık kırılan karpal kemik olup kırıkların yaklaşık %1 kadarı bilateraldir ve çoğunlukla sporcularda görülmektedir. Bu vakada basit bir ev kazasında meydana gelen billateral skafoid kırık tartışılmıştır.

OLGU: Özgeçmişinde herhangi bir problem olmayan 35 yaşında erkek hasta acil servisimize ev kazası sonucu getirildi. Hasta evde perde asmak sırasında dengesini kaybederek geriye doğru düşmüş. Düşme sırasında her iki el ayası açık ve arkaya sarkık bir şekilde olduğu hastadan öğrenildi. Başvuru sırasında her iki el bileklerinde ağrı ve hareket bozukluğu dışında diğer sistemik muayeneleri ve vital bulguları normal idi. Muayene sırasında özellikler enfiye çukurunda daha fazla olmak üzere her iki el bileğinde ciddi hassasiyeti vardı. Radyolojik incelemede her skafoidin redius ve kapitatum ile eklem yapan yerlerinde non-deplase kırık olduğu saptandı. Hastaya billateral kısa ön kol sirküler alçı yapıldı. İkinci ayda alçıları çıkarıldı. Olaydan altı ay sonra yapılan muayenesinde ağrı ve deformite saptanmadı. a

TARTIŞMA: Bilateral skafoid kemiğin kırıkları nadirdir, genellikle de sporcularda gözlenir. Sıklıkla dorsifleksiyonda zorlanma nedeniyle gelişir. Bilateral kırıklar çoğunlukla kronik strese bağlı gelişir. Skafoid kırığı konvansiyonal röntgen ile bazen atlanabilmektedir. Yapılan bir çalışmada 415 hastanın 60'ı uzun süre tedavisiz kalabilmişti. Skafoid kırıkların tedavisi tartışmalıdır. Cerrahi yada konservatif tedavi edilebilir.

ANAHTAR KELİMELER: Skafoid kırığı, ev kazası, tedavi, komplikasyon

PS-0532 Travma acilleri

Moral Lavelee Sendromlu Bir Olgu

Atakan Savrun[1], Emre Gökçen[2], Esen Doğan[3], Uğur Özkula[4], Çağdaş Yıldırım[4]
[1] *Sincan Devlet Hastanesi,Acil servis, Ankara*
[2] *Malatya Devlet Hastanesi, Acil servis, Malatya*
[3] *Edirne Devlet Hastanesi, Acil servis, Edirne*
[4] *Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil tıp Anabilim dalı,Ankara*

GİRİŞ: Moral Lavalee sendromu; 19. yüzyılda tanımlanmış olup travmaya bağlı olarak derinin subkutan dokudan ayrılmasıdır. Sıkı aponevrotik faysa üzerindeki deri tabakasının direkt, şiddetli, tanjansiyel güce maruz kalmasıyla trans aponevrotik damarlar çekilerek yırtılır ve çürümüş ve hasarlanmış deri dokularını içeren hematom, lenfosel ve yağ dokusu birikir. Periferik vasküler değişikliklere ek olarak kompartman sendromundan sepsise kadar farklı klinik tablolar da eklenebilir. Klinik tanıda travma bölgesinde hiperestezi, lokal hassasiyet ve fluktuasyon vardır. Tedavide; cerrahi küçük insizyonla debridman ve sıkı bandajlama uygulamaları ile tüp drenajı ve aspirasyon, sklerozan ajanların kullanımı ve cerrahi faysal fenestrasyonla yapılan internal drenajı içeren diğer bazı alternatif tedavi seçenekleri uygulanabilir. Bu olguda amacımız; acil serviste sıklıkla atlanabilen ve geç tanı konulabilen Moral Lavalee sendromu'na dikkat çekmektir.

OLGU SUNUMU: 80 yaşında olgu torunu ile şakalaşırken sol elde aniden başlayan ve ilerleyen şişlik ile acil servise geldi. Hastanın öyküsünden hipertansiyon dışında ek hastalığının olmadığı ve amlodipin 10 mg / gün kullandığı öğrenildi.Ek olarak kanama profilini etkileyecek ilaç veya bitkisel ilaç kullanmadığı öğrenildi.

Hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, oryante, koopere ve solunum sıkıntısı yoktu. Sol el dorsalinde yaklaşık 8X8 cm'lik hematomu olduğu, olgunun sol üst ekstremite nörovasküler, motor ve duyu muayenesinin normal olduğu saptandı. T.A: 125/80 mmHg, kalp tepe atımı 108 /dk, So2: % 94, ateş: 36,6 santigrat derece, solunum sayısı: 15/dakika idi.

Laboratuvar tetkiklerinde; glukoz 110 mg/dL, üre 35 mg/dL, kreatinin 1,2 mg/dL, potasyum 4,5 mEq/L, sodyum 139 mEq/L, lökosit 7,9 x 103, hemoglobin 12,9 g/dL, trombosit 341 000 ve INR 0,8 olarak saptandı.

Hastanın el dorsalindeki hematomunun ilerlemesi üzerine el dorsaline cerrahi insizyon yapıldı ve cilt altı hematom boşaltıldı, yaklaşık 15dakika sıkı kompresyon yapılması sonucu kanamsının durduğu saptandı.Hastaya profilaktik antibiyotik reçete edildi ve kanamasının artması yada elde motor- duyu muayenesi kabaca anlatılıp problem halinde acil servise tekrar başvurması önerisiyle taburcu edildi.

SONUÇ: Moral Lavalee sendromu; subkutan dokuda yumuşak doku travmasına sekonder internal ayrılma sonucu oluşan kaviteye kanlı seröz sıvının dolması ile oluşan bir tablodur. Bizim olgumuzda olduğu gibi Moral Lavalee sendromunun nadiren de olsa kompartman sendromu gelişme riski olabileceği ve erken müdahale edilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Moral Lavalee sendromu, hematom, kompartman sendromu

PS-0533 Travma acilleri

Bel Çektirme Olayı Sonrası Oluşan İzole Üreter Yaralanması

Birdal Güllüpınar[1], Sıddıka Nihal Toprak[2], Beril Köse[2]
[1] *Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Acil Tıp Kliniği,İzmir*
[2] *Toros Devlet Hastanesi,Mersin*

Üreterler, anatomik yapıları nedeniyle iyi korunurlar. Bu nedenle nadiren travmaya maruz kalırlar. Üreter travmalarının en sık sebebi iyatrojeniktir. Üreter travmalarının erken dönemde kliniği sessizdir ve genellikle tanı için şüphelenmek esastır. Üreter yaralanması, tanıda geç kalındığında mortalite ve morbiditeye neden olması nedeni ile önemlidir. Görüntüleme yöntemi olarak bilgisayarlı tomografi kullanılır. Tedavi, travmanın lokalizasyonuna göre yapılır. Yazımızda, nadir görülen ve bel çekme işlemi sonrası gelişen izole üreter yaralanması tanısını koyduğumuz olguyu sunduk.

ANAHTAR KELİMELER: Üreter Yaralanması, Bel Çekme İşlemi, Görüntüleme

PS-0534 Travma acilleri

Futbol Topunun Toraks Etkisi

Emel Erkuş Sirkeci, İsmail Yeşilyaş, Göknur Çakıcı Koç, Fatma Ekiz Cin, Meltem Çöllü, Ümit Ölmez, İsmail Fırat Arslan
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Major yaralanmaların %17-70 inde pulmoner kontüzyon tesbit edilir (1,2). Pulmoner kontüzyon çocuklarda izole yaralanmalar şeklinde iken erişkinlerde tipik olarak diğer organ yaralanmaları ile birliktedir ve mortalite oranı kontüzyonun genişliğine, şiddetine ve birlikte olduğu diğer yaralanmalara bağlı olarak %14 ile 40 arasında değişmektedir (3,4,5). Pulmoner kontüzyonlar genellikle vertebra, kotlar, karaci- ğer ve kalp gibi solid yapılara yakın alanlarda görülmektedir (5). Çarpan enerji dalgasının pozitif basıncı sonucu alveollerin gerilmesi ve yırtılması; enerji dalgasının yoğunlu- ğu farklı olan alveol ve bronşları farklı hızlarda hareket ettirmesi sonucu alveol ve bronşların ayrılması; enerji dalgasının alveol duvarındaki alveolokapiller yüzeye çarparak bu ortak yüzeyi yırtması gibi mekanizmalar sonucu kan interstiyuma ve alveolar aralığa ekstravaze olur

OLGU: 13 yaşında erkek çocuk hasta futbol maçında göğüsüne top çarpması sonrası ağrısının olması üzerine geldi.Hasta normotansif,ateşi yok,solunumu doğal solunum sayısı normal olup oksijen saturasyonu 95 olrak saptanıyor.Fizik muayenesinde solunum sesler sağ bazalde azalmış ve sırtta ekimotik topun çarpmış olduğu iz mevcut.Diğer system muayeneleri doğal.Hastaya kan tahlilleri dışında akciğer grafisi de isteniyor.Hastanın tahlilleri normal gelirken akciğer sağ bazalde infiltrasyon saptanıyor.Hastaya toraks tomografisi çekilerek sağ alt bazalde kontüzyon

saptanıyor.Hasta göğüs cerrahisine takip amaçlı yatırılıyor.

SONUÇ: Pulmoner kontüzyonlar genellikle vertebra, kotlar, karaci- ğer ve kalp gibi solid yapılara yakın alanlarda görülmektedir (5). Çarpan enerji dalgasının pozitif basıncı sonucu alveollerin gerilmesi ve yırtılması; enerji dalgasının yoğunlu- ğu farklı olan alveol ve bronşları farklı hızlarda hareket ettirmesi sonucu alveol ve bronşların ayrılması; enerji dalgasının alveol duvarındaki alveolokapiller yüzeye çarparak bu ortak yüzeyi yırtması gibi mekanizmalar sonucu kan interstiyuma ve alveolar aralığa ekstravaze olur.Major travmalarlasıklıkla meydana gelmesine ragmen sadece olgumuzda futbol topunun çarpması ile meydana gelmiştir.

REFERANSLAR:

1. Cohen MC. Pulmonary contusion: review of the clinical entity. J Trauma 1997; 42: 973-9.

2. Grene R. Lung alterations in thoracic trauma. J Thorac Imaging 1987; 2: 1-11.

3. Nakayama DK, Ramenofsky ML, Rowe MI: Chest injuries in childhood. Ann Surg 1989; 210: 770-5. 4. Stellin G: Survival in trauma victims with pulmonary contusion. Am Surg 1991; 57: 780.

5. Gavelli G, Canini R, Bertaccini P, et al. Traumatic injuries: imaging of thoracic injuries. Eur Rad 2002; 12: 1273-94.

ANAHTAR KELİMELER: futbol topu,toraks,kontüzyon

PS-0535 Travma acilleri

Epidural Bebek

Emel Erkuş Sirkeci, Aykut Yüksel, Ümit Ölmez, İsmet Doğan, Mehmet Fatih Bulut, Sedanur Bağdigen, Tuçe Düzkel, Bilginar Kovancı, Ferdi Kala
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Akut epidural hematomlar kafa travması sonrası görülen, hospitalizasyon ve cerrahi müdahalenin gerektiği, acil nöroşirürji olgularıdır. Tüm kafa travmaların %1'inden azını oluştururlar,tipik olarak bikonveks ve lentiküler karakterdedirler. Temporal veya temporoparietal bölgede olup, sıklıkla kırık kemik kenarlarının a.meningica mediayı kesmesi sonucu oluflur. Bazen kırık kemik kenarlarında olan venöz kanama sonucu da oluşur. Nadiren de olsa venöz sinüslerden kaynaklanabilir.

OLGU: 7 aylık kız bebek bir saat once pusette taşırken yaklaşık 50cm yüksekten düşmüş. Hastanın muayenesinde vitalleri stabil.Fizik muayenesinde ekstremiteleri hareketli,solunum sesleri doğal batın rahat saptanıyor.Hastanın bilinci hafif uykuya meyilli, rengi ve dolaşımı doğal.Hasta yakınının anamnezine gore bebekte gözledikleri anormal bir patoloji yok ve uyku saati olduğu için böyle olduğunu ifade ediyorlar. Bebek beslenmesi doğal ve kusması olmamış.Hasta yakınları kontrol amaçlı bebeği getirmişler.Hastaya kan tahlilleri dışında akciğer grafisi,batın ultra-sonografi ve beyin tomografisi isteniyor.Hsatnın çekilen beyin tomografisinde 3cm*9 cm ebatlarında sift etkisi yaratan epidural hematomu mevcut.Hasta beyin cerrahisine yatışı yapıldı.

SONUÇ: Epidural hematom infantlarda nadir ve klinik olarakta farklılıklar gösterebilmektedir.(1,2)Bu nedenle hastalar muayene sonrasında gözlemde mutlaka tutulmalıdır.

REFERANSLAR:

1. Choux M, Grisoli F, Peragut JC. Extradural hematomas in children. Childs Brain. 1975;1:337–47. [PubMed]

2. Dhellemmes P, Lejeune JP, Christiaenes JL, Combelles G. Traumatic extradural hematomas in infancy and childhood. J Neurosurg. 1985;62:861–4. [PubMed]

ANAHTAR KELİMELER: epidural,travma,bebek

PS-0536 Travma acilleri

Travma Sonucu Kulak Amputasyonu

Şükrü İşler[1], Yeşim İşler[2], Şerife Özdinç[2]

[1]*Afyon Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı*

[2]*Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı*

Kaza ya da avulsiyon tarzı kulak kopmalarında replantasyona uygun damar bulunması güçtür. Bu durumda, total ya da subtotal kopmaların kompozit greft olarak replante edilmesi denenebilir. Kompozit greftleme için tanımlanan birçok tekniğin temelinde kopan parçanın postauriküler bölgede paketlenmesi vardır.

38 yaşında erkek hasta, iş kazası sonucu sağ kulak kopması şikayeti ile acil servisimize geldi. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede sağ kulakta total supralobuler avulsiyon tarzı yaralanma olduğu görüldü. TA:130/80mmHg, Nabız 106/dakika, Ateş 36,5 derece, pulse oksimetre 99 idi. Genel durumu iyi, bilinç açık, koopere ve oryante idi. Laboratuar tetkiklerinde lökosit:12.200 mm3, hemoglobin 10.2 idi. Diğer laboratuar bulguları normal idi. Profilaktik antibiyoterapi ve tetanoz profilaksisi yapıldı. Hasta tedavi amaçlı Plastik Cerrahi kliniğine yatırıldı. Replantasyon amacı ile ameliyata alınan hastada kulak güdüğünde avulsiye damarlar görüldü ve kopan kulakta anastomoz yapılacak uygun vasküler yapının olmadığı gözlendi. Bunun üzerine kopan kulak, kompozit greft olarak postauriküler bölgeye 3.0 Vicryl ile bohça tarzı pansuman yardımıyla tespit edildi. Hastanın postop dönemde heliks kısmi kaybına rağmen %80 oranında doku vaskülaritesinin olduğu görüldü.

Sonuç olarak, rekonstrüksiyonu zor olacağı için damar uygunluğu olmayan replantasyon olgularında kompozit greft uygulamaları bir tedavi seçeneği olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Kaza, kulak, ampütasyon,

PS-0537 Travma acilleri

Hayvan Isırığı Yaralanması ve Onarımı

Şükrü İşler[1], Yeşim İşler[2], Oya Oruç[2]

[1]*Afyon Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı*

[2]*Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı*

Hayvan ısırıkları, özellikle kırsal bölgelerde daha sık görülen, geniş doku defektleri ve enfekte yaraların olduğu sağlık problemleridir. Hastanın yara yerlerinindeki defektlerin geniş olması, düzensiz sınırlı olması ve enfeksiyon riskleri nedeni ile tedavileri zordur. Medikal tedavi ile beraber kuduz ve tetanoz profilaksi takipleri önemlidir. Genellikle de cerrahi tedaviye gerek duyul-maktadır

42 yaşında bayan hasta sol yanak bölgesinde at ısırığı şikayeti ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde TA:130/80mmHg, Nabız 86/dakika, Ateş 38,5 derece idi.Genel durumu iyi, bilinç açık, koopere ve oryante idi. Hastanın sol yanak bölgesinde yaklaşık 5x4 cm alanında parçalı kesisi mevcut idi. Hastanın yara alanından kültür alındı. Hastaya Enfeksiyon Hastalıkları konsultasyonu istendi. Kuduz, tetanoz ve antibiyoterapi profilaksisi yapıldı. Hasta acil olarak operasyona alındı. Hastanın yapılan eksplorasyonunda kas dokusunda yüzeyel laserasyon, fasiyel sinirinin ve parotis kanalının intakt olduğu görüldü. Debridman sonrası oluşan defekt lateral bölgeden hazırlanan fasyokutanöz flep dokusu ile kapatıldı. Hasta postop 3. günde komplikasyon gelişmeden taburcu edildi.

Hayvan ısırığı sonucu oluşan geniş yaralarda medikal tedaviye ek olarak cerrahi tedavi de uygulanmaktadır. Ek olarak hastaların tedavilerine kuduz ve tetanoz profilaksileri eklenmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Hayvan ısırığı, defekt, flep

PS-0538 Travma acilleri

Blow-Out Fraktürü

Şükrü İşler[1], Yeşim İşler[2], Neşe Nur User[2]

[1]*Afyon Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı*

[2]*Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı*

POSTER BİLDİRİLER

Blow out kırığı olarak adlandırılan izole orbita taban kırıkları genellikle düşme, trafik kazası, spor kazası gibi yüz bölgesine gelen künt travmalar sonucu görülmektedir. Artmış intraoküler basınç sonucu orbita kemik duvarı kırılır ve orbita içeriği maksiller sinüs içerisine herniye olur. Bu tip kırıklarda prolabe olan orbita içeriği kırık segmentler arasına sıkışır ve böylece hem göz hareketleri kısıtlanır hem de bozulmuş kan dolaşımı sonucu doku nekrozuna sebep olur

50 yaşında erkek hasta yüksekten düşme şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hikayesinde yaklaşık 1 metre yüksekten yüzünün üstüne düştüğü öğrenildi. Fizik muayenesinde sağ gözde şişme ve morarma olduğu görüldü. Bulantı şikâyetlerinin olduğu ancak kusmadığı öğrenildi. Acile geldiğinde hastanın bilinci açıktı. Nörolojik incelemesinde herhangi bir bulgu saptanmadı. Özgeçmişinde özellik yoktu. TA:130/80mmhg, Nabız 106/dakika, Ateş 38,5 derece, pulse oksimetre 97 idi. Genel durumu iyi, bilinç açık, koopere ve oryante idi. Laboratuar tetkikleri normaldi. Hastaya profilaktik antibiyoterapi yapıldı. Çekilen beyin BT görüntülemelerinde sağ orbita tabanında kırık saptandı. Göz hastalıkları ve Plastik Cerrahi konsültasyonu istendi. Hasta tetkik ve tedavi amaçlı Plastik Cerrahi kliniğine yatırıldı. Kranial MR görüntülemelerinde inferior rektus kasının kırık segmentler arasına sıkıştığı izlendi. Hastanın orbita fraktürü bölgesindeki segment yapılar yerlerine getirilerek plak ve materyaller kullanılarak kemik fiksasyonu sağlandı. Hastanın postop dönemde ödem gerilemesi sonucu diplopisinin olmadığı ve göz hareketlerinin serbest olduğu görüldü.

Sonuç olarak travma geçiren bir hastada göz hareketlerinde kısıtlılık ve bulantı-kusma olması muhtemel bir blow-out kırığını akla getirmeli ve cerrahi girişim olabildiğince erken dönemde yapılmalıdır. Cerrahi işlemler sırasında kırık hattını desteklemek için otogreft ya da allogreft materyaller kullanılabilmektedir. Cerrahi müdahale ne kadar erken yapılırsa o kadar başarı şansı artmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Blow-out kırığı, travma, orbita

PS-0539 Travma acilleri

Gluteal Bölge Yerleşimli Hidroadenitis Supurativa

Şükrü İşler[1], Yeşim İşler[2], Talip Çevik[2]

[1] *Afyon Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı*

[2] *Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı*

Verneuil hastalığı ya da perianal hidradenitis supurativa (HS) sinüs formasyonu, fibrozis ve sklerozise eğilim ile giden kronik süpüratif bir hastalıktır. Apokrin tez bezlerinin bir hastalığı olan bu antite söz konusu bezlerin kalıcı olarak bulunmakta olduğu tüm lokalizasyonlarda gelişebilir. Bu bölgeler koltukaltı, meme başları, göbek, perine, kasıklar ve gluteadır. Medikal tedavi secenekleri arasında sistemik ve topikal antibiyotikler, intralezyonel steroid enjeksiyonu, sistemik retinoidler ve hormonal tedaviler yer almaktadır. Cerrahi tedavide ise drenajdan radikal eksizyon ve rekonstruksiyona kadar değişen bir yelpazede tedavi seçeneği vardır.

62 yaşında erkek hasta acil servise glutal bölgede akıntı şikayeti ile geldi. Hasta şikayetinin 3 yıldır aralıklarla tekrar ettiğini ve bir hafta önce yeniden şişlik ve akıntı olduğunu belirtti. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde TA:140/80, Nabız 82, Ateş 37,5 idi.Genel durumu iyi, bilinç açık, koopere ve oryante idi. Hastanın sağ gluteal bölgede 20x15 cm alanda multipl fistül ağızlarının olduğu pürülan akıntı mevcut idi. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Laboratuarda lökosit:15.200 mm3, sedimantasyon 20mm/saat, CRP 15,3 idi. Diğer laboratuar bulguları normal idi. Hastanın akıntılı yara alanından kültür alındı. Dermatoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları konsultasyonu istendi. Yara yerinde üreme olması nedeni ile hastaya 10 gün süre ile antibiyoterapi verildi. Yara yerinde akıntısı azalan, sedimantasyon ve CRP değerleri gerileyen hasta rekonstruksiyon amaçlı Plastik Cerahi Kliniğine devir alındı. Hastanın multipl fistül ağızları eksize edildi ve oluşan defekt fasyokutanöz flep ile kapatıldı.

Hidradenitis supurativa vakalarında hastalar genellikle medikal olarak tedavi edilir ve nüks oranları yüksektir. Bu olguda sağ gluteal bölge yaygın yerleşimli Hidroadenit Supurativa vakası eksizyonu ve takibinde rekonstruksiyon amaçlı cerrahi uygulanmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Hidroadenitis Supurativa, sinüs, eflamasyon

PS-0540 Travma acilleri

Multipl Fragmanlı Mandibula Fraktürü

Şükrü İşler[1], Yeşim İşler[2]

[1] *Afyon Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı*

[2] *Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı*

Maksillofasiyal kırıklar; yüz bölgesinde oluşan travmalar sonucu meydana gelir ve %60'dan fazlasında neden trafik kazalarıdır. Darp, spor yaralanmaları, iş kazaları diğer nedenlerdir1. Pediatrik yaş grubunda ise en sık düşme ve trafik kazaları karşımıza çıkmaktadır. Maksillofasiyal travma sonucu en sık nazal kemikte kırık görülmektedir. Mandibulanın kırıkları, ise nazal kemik kırıklarından sonra en sık görülen yaralanmalardandır.

45 yaşında kadın hasta araç içi trafik kazası nedeni ile acil servise getirildi. Hasta geldiğinde bilinci açık, koopere ve oryante idi. TA:130/80mmHg, Nabız 106, Ateş 36,5, pulse oksimetre 97 idi. Özgeçmişinde özellik saptanmadı. Fizik muayenede mandibula üzerinde hassasiyet dışında tüm sistem muayeneleri normaldi.Çekilen BT sinde sağ mandibula parasimfisis bölgesinde multipl fragmanlı deplase fraktür saptandı. Laboratuar tetkikleri normal idi. Plastik Cerrahi konsultasyonu istendi. Hasta tetkik ve tedavi amaçlı Plastik Cerrahi kliniğine yatırıldı. Hastaya kemik stabilizasyonu için multipl plak-vida ile fiksasyon yapıldı.

Mandibula fraktürleri pek çok yöntemle tedavi edilebilmektedir. Tedavi, geçmiş yıllara göre önemli ölçüde değişmiştir, Geçmişte kullanılan splintlerin, eksternal fiksatörlerin bugün tarihsel önemi vardır. Günümüzde ise tedavi sıklıkla mini plak ve vidalar ile fiksasyon yöntemiyle yapılmakta, intraoral, ekstraoral ve endoskopik yaklaşımlar kullanılmaktadır

ANAHTAR KELİMELER: Mandibula, fraktür, plak

PS-0541 Travma acilleri

Nadir Görülen Göğüs Acillerinden Rüptür !

Sevdegül Karadaş[1], Hatice Kara[1], Hayriye Gönüllü[1], Ramazan Duz[2], Şeyma Ağkuş[1]

[1] *Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD*

[2] *Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD*

GİRİŞ: Ösefagus perforasyonları invaziv girişimlere bağlı olarak insidansı artan, gelişen tıbbı teknoloji ve tanı yöntemlerine rağmen yüksek mortalite ile seyreden (%16-25) bir hastalıktır(1-2). Trans özefagial eko (TEE) sonrası komplikasyonlar; bronkospazm, hipertansiyon, bradikardi, özefagus perforasyonu sayılabilir. Özefagus perforasyonu % 1'den daha az görülür. Kullanılan aletin (eko, endoskopi). ösefagusun bütünlüğünü bozması sonucunda çok kısa sürede mediastinal enflamasyon ve sepsise neden olur. Ösefagus perforasyonunda ağrı, ateş, yutma güçlüğü, dispne, ciltaltı amfizem ensık görülen semptomdur. Tanı perforasyondan şüphelenilmesiyle konur.

Tedavinin esası 24 saat içinde primer onarım (pediküllü fleb) ve destek tedavisidir (3-4). Komplikasyon ve mortalitenin artışı tedaviye başlayana kadar geçen süreye bağlıdır.

Olgu; 56 yaşında erkek hasta kardiyak nedenden dolayı TEE sonrası ani gelişen dispne, yutma güçlüğü, boyunda şişlik şikâyeti ile acil servise başvurdu. Başvuru anında genel durumu orta şuuru açık, servikal bölgede yaygın cilt altı amfizemi mevcuttu. Başvuru anında TA:120/80 mmHg, ateş 36,5°C, Solunum sayısı 16/dk, nabız: 86/dk ritmik idi. Yapılan laboratuvar testlerinde wbc:9000mm3, hg:16mg/dl, plt:206000mm3, diğer biyokimyasal parametreleri normal sınırlarda idi.

Çekilen boyun ve toraks bilgisayarlı tomografide (BT): Paratrakeal, visseral, karotid, retrofarengial, posterior servikal alanlarda, mediastende yaygın hava değerleri izlenmekte idi (pnömomediastenium) (Resim1,2).

Hastanın oral alımı stoplandı ve destek tedavisine devam edildi. Hastaya hemen Ösefago-gasrtroduodenoskopi yapılarak özefagus proksimalindeki 1 cm'lik kanamalı perforasyona hemoklips uygulandı.

Sonuç olarak; Ösefagusa yapılan invaziv girişimsel işlemler sırasında komplikasyonlar azda olsa gelişebilmektedir. Komplikasyondan şüphelenmek, erken teşhis ve tedaviye erken başlamak mortaliteyi azaltmada önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: göğüs ağrısı, dispne, özefagus rüptürü

PS-0542 Travma acilleri

Travma Sonrası Spontan Pnömomediastinum

Pınar Henden, Metin Şah, Hızır Ufuk Akdemir, Celal Katı
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ: Pnömomediastinum(PM), mediasten içinde serbest hava bulunmasıdır. PM, travmatik ve spontan olarak iki şekilde meydana gelebilir. Biz bu olgumuzda travma sonrası diseksiyon olmadan gelişen bir pnömomediastinumu sunduk.

OLGU: Bilinen sistemik bir hastalığı olmayan 18 yaşında erkek hasta başvurudan yarım saat önce meydana gelen motorsiklet kazası sonrası değerlendirildi. Hastamız motorsiklet üstünde 40 km/saat hızında sürücünün arkasında seyir halinde iken motorsikletin kayması sonucu düşüp belini kaldırıma çarptığını ifade etti. Göğüs ön kısmına darbe almamıştı. Lomber bölgede hassasiyeti ve sol dizde abrazyonu mevcuttu. Nefes darlığı yoktu. Akciğer sesi olağandı. Sistemik muayenesi olağandı. Kan basıncı 120/80mmHg idi. Kan gazında pH:7,38 pCO2:41mmHg, pO2:81mmHg, HCO3:24mmol/L, SaO2:%96 ve labaratuarında WBC 7,43bin/uL Hemoglobin 14,8g/dL Trombosit 152bin/U mevcuttu. Çekilen toraks BT'de mediastende yaygın hava dansitesi dışında herhangibir yapı bozukluğu yoktu. Lomber bölgeye yönelik tomografik incelemede; L1 vertebra korpus üst yarıda korpusu önden arkaya doğru kat eden hafif yükseklik kaybına yol açan fraktür mevcuttu. Korpus süperior anteriordaki kemik yapı anteriora doğru hafif yer değiştirmişti. Fraktür hattı korpus posterior kesimine uzanmış olup korpus süperior posterior kesimin spinale doğru hafif konveksite oluşturmuştu. Posterior elemanlar intakttı.

Takip amaçlı göğüs cerrahisine yatırılan 4 gün boyunca göğüs cerrahisinde takip edilen hastaya önce sıvı gıdalar sonrasında katı gıdalara başlandı ve intravenöz antibiyotik ve analjezi tedavisi başlandı. İki yönlü servikal ve iki yönlü akciğer grafisi ile takip edilen hastada herhangi ek bir komplikasyon gelişmemesi üzerine oral antibiyotik ve lomber kırığa yönelik lumbosakral korse önerilerek hasta taburcu edildi.

SONUÇ: PM spontan olarak görülebileceği gibi travma sonrası da mediastinal yaralanma, kot kırığı olmaksızın ve göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi PM semptomları olmadan da görülebilir. Özellikle yüksek enerjili motorlu araç kazalarında akılda tutulması gereken tanılardan biridir.

ANAHTAR KELİMELER: genç hasta, spontan pnömomediastinum, travma

PS-0543 Travma acilleri

Elektrik Yanığında İlk ve Son Organ Hasarı: Cilt

Aytaç Bukıran[1], Çağdaş Can[2], Aydın Sarıhan[3], Mustafa Bolatkale[4]
[1]*Manisa Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Manisa*
[2]*Merkezefendi Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Manisa*
[3]*Medipol Üniversitesi Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul*
[4]*Kilis Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kilis*

GİRİŞ: Yanık ünitelerine yatışların %3-4'ü elektrik çarpmaları ile olmaktadır. Elektrikçiler veya elektrikli cihazlar ile çalışanlar yüksek risk grubunu oluşturur. Ölümler genellikle genç erkek hastalarda, ilkbahar ve yaz aylarında görülmektedir. Su ile temas içeren elektrik yaralanmaları yüksek mortalite içerir. Bu yazıda elektrik çarpması sonucu vücudun çeşitli yerlerinde 1. ve 2. derece yanıklar oluşan yirmi üç yaşındaki erkek hasta bildirildi.

OLGU: Yirmi üç yaşındaki erkek hasta acil servise elektrik çarpması yakınması ile başvurdu. Hastanın genel durumu kötü, vitalleri stabil, bilinci açıktı. Öyküsünde iş yerinde elektrik kablolarını kontrol ederken bir anda tüm vücudunun titrediğini, kısa süren bilinç kaybı ile birlikte kendini yerde bulduğunu ifade etti. Yaygın vücut ağrıları olan, vücudunun çeşitli yerlerinde 1. ve 2. derece yanıkları bulunan hasta acil servis resüsitasyon odasına alındı, her iki kol antekübital bölgeden iki adet 16G branül ile damar yolu açıldı, monitörize edilidi. Hidrasyon başlanan hastanın elektrokardiyografisi (EKG) çekildi. EKG'de patoloji saptanmadı, serum hemogram, biyokimya, troponin ve tam idrar tahlilleri istendi. Laboratuvar değerleri normal aralıkta olan hastaya intravenöz yoldan analjezik uygulandı, yanık pansumanı yapıldı. Acil servise başvurusunun ilk bir saati içinde sistemik antibiyotikleri intravenöz yoldan uygulanan hasta plastik cerrahisi ile konsülte edilerek hastaneye yatırıldı.

SONUÇ: Elektrik çarpmalarında, ilk şok sonrası kardiyopulmoner arrest olmaz ise, sağkalım yüksektir. Bilinç kaybının eşlik etmediği, iç organ yaralanmalarının dışlandığı ve disritmilerin oluşmadığı durumlarda sekelsiz taburuculuk olabilmektedir. Cilt tutulumu gibi izole yaralanmalarda acil serviste başlanacak doğru ve erken tedavi gelişebilecek ikincil komplikasyonları önleyecektir.

ANAHTAR KELİMELER: elektrik çarpması, cilt yanığı, acil tıp

PS-0544 Travma acilleri

Katran Karası

Sultan Tuna Akgöl Gür, Özge Can, Koray Kadam
Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Katran yol yapımı, çatı ve araç yalıtımında kullanılan petrol bazlı bir hidrokarbon bileşiğidir. Kimyasal yapısı, yüksek ısıda kullanımı, yapışkan oluşu nedeniyle hasarı ciddi olmakta ve tedavisi zorlaşmaktadır. Daha çok iş kazası olarak başvurular görülüp erkeklerde daha sık rastlanmaktadır. Tedavide ilk yaklaşım katranın vücuttan temizlenmesi olmalıdır. Literatürde katranın deriden temizlenmesinde kullanılan pek çok ajana rastlanmıştır. Aktaracağımız olgumuzda zeytinyağı kullanılmış ve etkili olduğu gözlemlenmiştir. Sık karşılaşılmayan bir termal yanık çeşidi olan katran yanıklarının tedavisini hatırlatmayı hedefledik.

OLGU: 42 yaşında karayollarında yol yapımında çalışan erkek hasta acil servisimize asfalt patlaması ve yanma şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde genel durum orta, bilinç açık, vital bulguları ve hemodinamisi stabil olarak saptandı. Hastanın sağ kol, sol el ve göbek çevresinde katran mevcuttu (Resim 1). Hastanın katranları hastanemizin mutfağından temin ettiğimiz zeytinyağı ile temizlendi (Resim 2). Pansumanları yapıldı. Hasta yanık merkezine yatış yapıldı

TARTIŞMA: Katran yanıkları termal yanıklar arasında yer almaktadır. Yaralanmalar çoğunlukla kazan patlaması, çatıdan dökülmeler, kova devrilmesi ve endüstriyel kazalar sonucu oluşmaktadır (1).

Genç erkeklerde daha sık rastlanır ve yanık yüzeyi toplam vücut yüzdesinin %10'undan azdır (2). Yapışkan yapısı ve ısı derecesini yüksek oluşu ile ağır yanıklara neden olmaktadır (3). Temas halinde ısıyı cilde aktarır ve etkilenen bölgede derin yanık meydana getirir (2,3).

İlk yaklaşım etkilenen bölgenin ısı kaynağından uzaklaştırılması olmalıdır (3). Ardından cildin katrandan temizlemesi yanık derecesinin azaltılması, irritasyon ve enfeksiyon riskinden korumak için gereklidir. Organik çözücüler olan gaz yağı, eter, aseton, alkol, aldehit, irritan özellikleri ve absorbsiyon ile sistemik toksisiteye yol açma riski nedeniyle kullanımı önerilmemektedir (2,3,4). Tereyağı, ayçiçeği yağı, bebe yağı diğer alteranatif tedavi olarak kullanılmaktadır. De-Solv-It, Lanolin, Neosporin krem, Polyoctelin sorbitan,Tween 80, vitamin E kremi hızlı etkileri ve irrritan olmamaları ile tedavide kullanılır (2,3)

Bizim olgumuzda hastanemiz acil servisinde petrol bazlı inorganik ajanlar bulunmaması nedeniyle zeytinyağı kullanılmış ve etkin bulunulmuştur.

SONUÇ: Bizim olgumuzda hastanemiz acil servisinde petrol bazlı inorganik ajanlar bulunmaması nedeniyle zeytinyağı kullanılmış ve etkin bulunulmuştur.

ANAHTAR KELİMELER: katran, yanık, zeytin yağı

PS-0545 Travma acilleri

Acemi İşçide Femur Boyun Kırığı

Hayriye Gönüllü[1], Hatice Kara[1], Sevdegül Karadaş[1], Rahmi Alkan[2], Hüseyin Baltacıoğlu[1]
[1]*Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD*
[2]*Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD*

POSTER BİLDİRİLER

Giriş; Femur boyun kırıkları (FBK) proksimal femurun intrakapsüler bölgesinde oluşur ve tüm kırıkların %1 oluşturur. FBK genellikle uyluk abduksiyonda iken bacağa uzunlamasına gelen dolaylı zorlama ya da uyluk yarı fleksiyonda iken kalça üzerine düşme çarpma sonucu oluşur.

Sıklıkla ileri yaş bayanlarda görülmekle birlikte yüksek enerjili travmalar sonrasında genç yaşlarda da görülebilir.

Femur boynunun az kanlanması ve eklem içinde kalan kısmında periost dokusunun bulunmaması kırıklarının zor iyileşmesine avasküler nekroza neden olur.

Alışık olduklarından daha fazla aktivitede bulunan gençlerde de (asker, yoğun ağır işte çalışan işçi) FBK nadirde olsa görülebilir.

FBK doğru tanı için iyi bir anamnez, klinik muayene ve tamamlayıcı görüntüleme yöntemiyle birlikte değerlendirilmelidir. Dikkatli bir anamnez ile travma öyküsü olmadan da kalçada ağrı şikayetiyle başvuran olgularda kırıktan şüphelenilmelidir. Ayrıca femur diafiz kırığında femur boyun kırığıda olabileceği akılda tutulmalıdır.

Kesin tanı radyolojik inceleme ile konur. Direk radyografinin tamamen normal olduğu, travma öyküsü tanımlamayan ve kasık ağrısı olan vakalarda ayrışmamış FBK olabileceği düşünülerek bilgisayarlı tomografi çekilmelidir. Tedavi cerrahidir.

Olgu;45 yaşında erkek hasta inşaat işinde çalışırken (çimento torbası kaldırırken) bir anda sağ kalçasında ağrı hissetmesi nedeni ile arkadaşları tarafından acil servise getirildi. Başvuru anında yapılan muayenesinde sağ kalça eklem hareketleri ağrılı ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Pelvik kompresyon testi negatif nörovaskuler defisit yoktu. Çekilen pelvik radyografiler sonrası FBK saptandı. Hastaya analjezi ve destek tedavisi uygulandı. Ortopedi bölümü ile konsulte edilen hasta cerrahi tedavi yapılmak üzere servise yatırıldı.

Sonuç olarak; ağır aktivitede de bulunan genç erişkinlerde femur boyun kırığının minör travmalarda bile gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Erken teşhis ve cerrahi uygulaması olası komplikasyonları (kaynamama, avaskuler nekroz) azaltacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: femur boyun kırığı, travma

PS-0546 Travma acilleri

Künt Abdominal Travma Sonrası Gelişen Nadir Hipovolemik Şok Nedeni.Süperior Mezenterik Arter Yaralanması

Kamil Tünay[1], Ahmet Celal Doğan[1], Ahmet Bal[2], Merve Çavuşoğlu[1], Yeşim İşler[1], Gökhan Karamişe[1], Fatma Bakan[1]

[1]*Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı,Afyonkarahisar*

[2]*Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar*

GİRİŞ: Künt Abdominal travma sonrası vasküler yaralanmalar nedir görülmektedir. Süperior Mezenterik Arter yaralanmaları daha nadir görülmekle birlikte potansiyel olarak ölümcül seyreder. Tanı koymak oldukça zor ve uzun sürebilmektedir. Tanının zor ve gecikmeli olması nedeniyle morbidite ve mortalitesi yüksektir. Künt abdominal travmalar sıklıkla motorlu araç kazaları sonucu meydana gelmektedir. Bizde olgumuzda motorlu araç kazası sonrası Acil servisimize hipovolemik şok tablosu ile getirilen ve tetkik sonucu Superior Mezenterik Arter yaralanması tespit ettiğimiz bir hastayı tartışacağız.

OLGU: Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine 58 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası nedeniyle 112 tarafından getirildi. Hastanın araç içinde sıkıştığıve 2 saat çalışma sonucu çıkarıldığı öğrenildi. Hastanın 2 saat boyunca bilincinin açık olduğu ambulansa alındıktan sonra bilincinde kötüleşme olduğu öğrenildi. TA:80/30 mmhg, nabız: 108dk, sPO2 67idi. Genel durumu kötü,bilinci letarjik, oryente koopere değildi. Hasta hemen entübe edilip sıvı resüsitasyonuna başlandı, evre 4 hipovolemik şok olarak değerlendirildi. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:18000 Hb:6.8 Htc:22 olarak ölçüldü. Kan replasmanına başlandı. Hastanın çekilen toraks tomografisinde bilateral pnömotoraks, çekilen kontrastlı batın tomografisinde kontrast maddenin batın içine exravaze olduğu ve süperior mezenterik arter yaralanması olduğu, dalakta total hipoperfüzyonun olduğu ancak dalak bütünlüğünün normal olduğu görüldü (Resim 1). Acil serviste arrest gelişen hasta CPR işleminden sonra döndürüldü ve acil ameliyata alındı.

SONUÇ: Künt abdominal travma sonrası meydana gelen Süperior Mezenterik Arter yaralanamaları ölümcül cerrahi acillerden birisidir. Tanısı geç ve zor konulmaktadır. Feliciano ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada mortalite oranı %64 olarak bulunmuştur. Bir çok çalışmada künt travma sonrası vasküler yaralanma insidansı %5-15 arasında değişmektedir. Ancak izole yaralanma insidansı %1-2 arasında değişmektedir. Hipovolemik şok ile gelen travma hastalarında nadiren rastlanan Süperior Mezenterik Arter yaralanması akılda tutulması gereken patolojilerden birisidir. Özellikle kontrastlı batın tomografisi tanısının konulmasında önemli bir yer tutmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: künt batın travması, sma yaralanması, exravazasyon

PS-0547 Travma acilleri

Right sided traumatic diaphragm rupture caused by lap belt

Onur Tokocin, Fatih Cakmak, Necati Akyilmaz, Ahmet Oluk, Ibrahim Ikizceli
Department of Emergency Medicine, Sisli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION: Traumatic rupture of the diaphragm is an uncommon condition. It occurs in 0.8 to 5% of patients admitted to hospital with thoracoabdominal trauma. The etiologic factors are blunt trauma and penetrating trauma [1]. The organs most commonly involved in right-sided diaphragmatic hernias are the colon, omentum, small intestines and liver. A systematic review of the literature by Rashid et al.[2]revealed 13 cases of right- sided diaphragmatic rupture, while herniation of the liver occurred in only six cases.[3-4] We made this case report because the right sided diaphragmatic rupture is a very rare condition.

CASE: A 5-year old female who had been involved in a motor vehicle accident was admitted to our hospital within an hour after trauma. History revealed that the car had taken a frontal impact and the patient had been sitting in the back middle seat with a fastened standart lap belt. On admission, the patient showed the signs of dyspnea, tachypnea and tachycardia. Physical examination revealed a transverse band of skin ecchymosis on the lower abdomen, corresponding to the area where the belt strap was fastened around. The abdomen was rigid on examination with guarding and rebound tenderness on palpation. The respiratory sounds were absent on the right hemithorax. A computed tomography scan of the thorax and abdomen revealed a right sided massive hemothorax, a liver laceration and free intraperitoneal fluid. After a tube toracostomy, the patient underwent a diagnostic thoracoscopy which showed a right diaphragmatic rupture and the herniation of the liver through the diaphragmatic tear. A diaphragmatic rupture repair along with a liver segmentectomy was carried out.

KEYWORDS: lap belt, trauma, diaphragm rupture

PS-0548 Travma acilleri

Approach to hypothermic patient

Erdem Aksay, Mehmet Oğuzhan Ay, Zikret Köseoğlu, Duygu Selen Cengiz, Muhammed Semih Gedik, Halit Karakısa, Mürsel Koçer, Hüseyin Ülger
Emergency Department, Adana Numune Education and Research Hospital, Adana, Turkey

BACKGROUND: Hypothermia is a condition of the body temperature falls below 35 °C. The increase of heat loss, reduction of heat generation, and underlying diseases can cause hypothermia. In mild hypothermia (34-35ºC), feeling cold in the hands and feet, mild incoordination and strong tremors are seen. As hypothermia become deeper, memory loss, slurred speech, difficulty in walking and changes of consciousness occur. Moderate hypothermia (30-33ºC) slow down the whole body energy metabolism and function. 02 consumption and CO2 production decreased in all tissues. The patient is in a stupor, tremors disappeared. During severe hypothermia (<30ºC), tremors is not seen and serious life threatening dysrhythmias are observed. Ventricular tachycardia and ventricular fibrillation are life threatening dysrhythmias occur in severe hypothermia. In treatment, patients should be taken to the resuscitation room quickly, wet clothes should be removed completely, warm windless environment should be provided. Reduction of heat loss, increasing the body temperature with external and internal methods (heated intravenous fluids up to 43ºC without potassium, moistened and heated 43-46ºC O2, peritoneal lavage, gastric lavage with heated saline up to 65ºC, extracorporeal machine heating), providing the necessary fluid and energy support are the main purposes. Hypothermic heart may not respond to cardiac drugs, pacemaker stimulation and defibrillation. CPR should be extended ın hypothermia, drug administration should be avoided below 30ºC. In this paper, we presented a patient with hypothermia and aimed to draw attention to this important issue.

CASE: A 58-year-old female patient with known dementia, hypertension, diabetes, CAD was brought to ED by 112. She had leave her house 5 days before and founded in a wooded land as unconscious. In arrival, she had poor general condition, confused, GCS was 11. Body temperature was too low to measure. Her skin was cold and wet. Arterial blood pressure: 110/60 mmHg, blood glucose:141 mg/dl. Normal ventricular response AF and Osborn waves were detected in ECG. Wet clothes were removed, external and internal heating (iv heated liquid, gastric and bladder lavage with heated saline) were performed. After heating we measured 32.9ºC rectal temaperature. Prerenal acute renal failure and rhabdomyolysis was detected. By treatment body temperature was increased to 35ºC and she was hospitalised to intensive care unit. During the follow-up, the urea and creatinine values decrease, no need for dialysis, the current situation

improved, conscious were opened and patient was transferred to service.

CONCLUSION: True rapid diagnosis and aggressive treatment in hypothermia is life-saving.

KEYWORDS: hypothermia, treatment, emergency

PS-0549 Travma acilleri

Lumbar Morel-Lavallée lesion after trauma; a report of two cases

Ayla Buyukkaya[1], Harun Gunes[2], Mehmet Ali Ozel[3], Ramazan Buyukkaya[3], Omer Onbas[3], Ayhan Saritas[2]

[1]*Radiology Clinic, Duzce State Hospital, Duzce, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey*

[3]*Department of Radiology, Duzce University, Duzce, Turkey*

INTRODUCTION: Morel-Lavallée Lesion (MLL) is a closed internal injury formed by tearing away of subcutaneous tissue, which forms a cavity filled with a serous fluid secondary to hemorrhage, from the underlying fascia through a de-gloving mechanism. Morel-Lavallée syndrome is commonly overlooked and diagnosed lately in the emergency department (ER) setting. When MLL is overlooked it may present as a painful mass lesion growing up gradually and may be confused with soft tissue tumors like hemangioma and synovial sarcoma or necrosis of adipose tissue and hematoma secondary to trauma.

CASE 1: An 18-year-old male patient was brought to ER due to a fall during a motor vehicle accident. He was discharged from the ER with recommendations because his physical examination and diagnostic tests directed towards possible traumatic lesions were all normal. The patient suffered from local pain and paresthesia in his right lumbar region and superficial ultra-sound of that region showed a linear hypo-echoic fluid accumulation with a dense interior milieu in skin and subcutaneous tissue, and between muscle fibers. A fluid 6 mm in depth, seen hyper-intense in T2-weighted images and hypo-intense in T1-weighted images on Magnetic Resonance Imaging (MRI), lasting from the level of L4 vertebra to the level of S2 vertebra within adipose tissue was detected on MRI and Computed Tomography Scan (CT). The patient, who had a history of trauma, took the diagnosis of MLL. Conservative treatment was applied.

CASE 2: A 56-year-old man was admitted to ER after a fall on his lumbar region. His physical examination showed a prominent local pain and fluctuation in lumbar region. A fluid 5X2 cm in dimensions, seen hyper-intense in T2-weighted images and hypo-intense in T1 weighted images, was found between adipose tissue and muscle planes lasting from the level of L3 vertebra to the level of S3 vertebra on MRI and CT scans. The patient, who had a history of trauma, too, took the diagnosis of MLL. The fluid collected was drained then the patient was followed up conservatively.

CONCLUSİON: MLL is a rarely seen clinical condition but emergency physicians should remember that clinical entity especially when a patient is brought to ER due to a high energy trauma, and should obtain imaging studies, of which MRI being the most important one. It should be remembered that lesions may pretend other diseases and may become complicated in late stages in the case of late diagnosis and treatment.

KEYWORDS: Morel-Lavallée lesion, trauma, magnetic resonance imaging

PS-0550 Travma acilleri

A Rare Nasal Bone Fracture: Anterior Nasal Spine Fracture

Egemen Küçük[1], Özgür Deniz Sadioğlu[2], Ümit Fikret Onur[2]

[1]*Department of Emergency Medicine, Sakarya University Training and Research Hospital, Sakarya Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Sakarya University, Sakarya Turkey*

INTRODUCTION: Nasal bone is the most affected bony structure in the facial injuries, because of the prominent posi¬tion of the nose. Anterior nasal spine (ANS) fractures are the least common type of the nasal bone fractures. Associated airway compromise, cranial and cervical spine injuries are more life threatening than facial injuries.

CASE REPORT: An 18-year-old male patient was injured in the motor vehicle accident. During this accident, patient was hit the nasolabial angle to steering wheel. At presentation, patient com¬plained of neck pain and extremely intense pain at the area of nasolabial angle. The patient's arterial blood pressure was 120 - 80 mmHg, heart rate was 82 beats/minute and saturation of oxygen was 94%. Upper lip submucosal ecchymosis, laceration and swelling of the nose were determined at the physical ex¬amination. There was a little pain on palpation of the cervical bones. Patient's systemic examination was normal and there was no another finding of trauma on the body. Palpation of nose was extremely painful and there was tenderness of nasal bones. Laboratory findings of patient were normal. Nasal cavity examination with a otolaryngologists showed nasal mucosal hiperemia and con¬gestion, there was no another pathological finding such as na¬sal septal deviation or nasal airway obstruction. There was no abnormality in the patient's brain and cervical tomography. Three-dimensional maxillofa¬cial tomography was documented fractures of the ANS. The patient was managed conservatively, with analgesic and prophylactic antibiotic coverage, because of the upper lip sub¬mucosal laceration. And then he was referred to otolaryngology and neurosurgery clinics for control with cervical collar.

CONCLUSİON: Although nasal bone is the most frequently affected bony struc¬ture in facial trauma, fractures of anterior nasal spine are quite rare. Anterior nasal spine fracture and associated cervical spine injury should be keep in mind in facial trauma.

KEYWORDS: Nasal Spine; Fracture; Cervical Spine

PS-0551 Travma acilleri

Cerabral Infarction After a Head Trauma

Harun Gunes, Yasin Koksal, Fatih Guneysu, Behic Volkan Boz, Ayhan Saritas
Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey

INTRODUCTION: Head trauma is one of the most important causes of morbidity and mortality in children and young adults. Damage occurring in brain parenchyma after head trauma are divided into 2 groups as primary and secondary injury. Primary injury includes bone fractures, contusion, subdural hematoma, epidural hematoma, intra-parenchymal hemorrhage, subarachnoid hemorrhage, diffuse axonal injury and direct parenchymal injury. Secondary injury includes increased intracranial pressure (ICP), herniation, cerebral edema, infections, hypoxia and infarction. Thrombosis of cerebral arteries and veins may also be seem after head trauma.

A thrombus may appear due to a direct trauma to carotid artery or the other arteries or secondary to intimal rupture after a blunt trauma especially in the presence of atherosclerosis. Dislocated fractures may occlude vertebral arteries in the case of cervical trauma. We want ot present a case of cerebral infarction after head trauma in a 35-year-old patient.

CASE: A 35-year-old male patient the complaints of new-onset stuttering and impediment was admitted to our emergency department. It was learned that he had a head trauma during a motorcycle accident 2 days before the admission. Computed tomography scans of his head and cervical vertebra had been found to be normal at that time. He has had no chronic illness. His arterial pressure was 130/80 mmHg, SpO2: >92% and his neurological examination was normal except the presence of aphasia. Examination of the other systems was normal, too. A hypo-dense area was detected adjacent to the right side of the splenium of corpus callosum. Diffusion magnetic resonance imaging of his brain was performed. Two small lesions (bigger one was nearly 1 cm in diameter) adjacent to the right half of the splenium of corpus callosum in mesencephalon which were hyper-intense in diffusion series and hypo-intense in apparent diffusion coefficient (ADC) images were detected (Figure 1). The patient was hospitalized by neurology department with the diagnosis of cerebral infarction.

CONCLUSİON: Infections, hypoxia, cerebral edema, ICP, herniation and cerebral infarction may be seen as a secondary injury after head trauma. Although secondary injuries are not commonly seen, it is important to be aware of those rare clinical entities because they may cause serious morbidity and mortality when they occur. We aimed to emphasize the importance of including cerebral infarction in differential diagnosis in patients with neurologic symptoms after head trauma.

KEYWORDS: head trauma, secondary injury, cerebral infarction

POSTER BİLDİRİLER

PS-0552 Travma acilleri

Unusual Dislocation Of The Shoulder(Anterior Dislocation) After Seizure;

Selim İnan, Burak Demirci, Metin Özdemir, Sercan Hastürkoğlu, Cihat Cömert, Nurullah Tarhan, Selçuk Akoğlu, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

Epileptic and other seizures can rarely cause shoulder dislocation and instability, but a characteristic pattern of instability and structural lesions is not well known. Glenohumeral instability following seizures is usually of the posterior type. Rarely patients can have anterior dislocation of the shoulder following an epileptic or an other type of seizure. We can see joint dislocations and bone fructures after seizure.Dislocation or fracture should be considered if patients admitted with limited range of motion in the limbs after seizures. We report an interesting case of anterior shoulder dislocations after seizure with no orthopaedic history.

A 88-year-old woman became hypoglycaemic and suffered a tonic-clonic seizure. Her children called 112 and her fingerstick blood glucose level was too low to register on the glucometer. He received IV glucose and was then transported to our Emergency Department (ED) for further evaluation.On arrival at the ED, she was post-ictal and unable to offer either a complaint or a history of present illness. On physical examination, her vital signs were: pulse, 86 beats/min; blood pressure, 170/92 mmHg; respirations, 21/min; temperature, 36.9°C. Initial examination of the heart, lungs and abdomen were unremarkable. A fingerstick glucose obtained on arrival in the ED was 86 mg/dl.The patient's mental status improved as his post-ictal state resolved. Her children reported a history of diabetes and HT for approximately 20 years and Alzheimer's disease for 4 years. She denied any other medical or surgical history.After post-ictal state resolved she complained that her left shoulder hurt and that she could not move it. She was unable to lift or externally rotate either arm.AP radiographs was taken and anterior shoulder dislocation was seen.She was consulted to orthopedic department and her shoulder was reducted with successfully.

Seizures in patients with epilepsy can cause shoulder instability and the recognition of anterior instability is of importance. This case report has been prepared to highlight the not so common yet not rare occurrence of anterior shoulder dislocation after a seizure, the high incidence of recurrence in these patients, the need to recognize bony lesions on the radiographs and finally specialist referral of these patients for possible skeletal reconstruction to obtain clinical stability.

KEYWORDS: Seizures, Anterior Shoulder Dislocation,Epilepsy

PS-0553 Travma acilleri

Isolated Gingivabuccal Incision After Traffic Accident - A Rare Injury Of Mouth

Burak Demirci, Selim İnan, Metin Özdemir, Erinç Müderris, Funda Ovalı, Uğur Bal, Tamer Durdu, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

Gingivabuccal incision is a technique used by plastic surgery in maxillofacial surgery.It can rarely occur as a result of beaten, bump or another accidents.Intra-oral lacerations represent a small percentage of lacerations, but the repair of them has some important differences relative to lacerations of the skin. Oral lacerations commonly occur from the impact of teeth on oral mucosa secondary to motor vehicle accidents, contact sports, industrial accidents, and personal violence; fortunately, lacerations that do not gape open often heal well without intervention. Larger, gaping oral lacerations benefit from wound closure to reduce infection and bleeding complications.There was no literature about isolated gingivabuccal incision after a traffic accident so we will report a rare case with isolated wide gingivabuccal insicion(6 cm) after a traffic acccident.

Patient was brought to the emergency department with a 112 after a traffic accident. His initial vital signs were; blood pressures 140/80, pulse rates was 96/min, temperature was 36,4 C, respiratory rate was 14 breaths/min, oxygen saturation %94. On exam,he had bleeding in his mouth. On detailed inspection of the mouth gingivabuccal incision was seen in the front side of lower jaw. There was no other lesion on the patient. No other abnormal findings on physical examination. Patient was consulted to plastic surgery. Incision was sutured with horizantal matrix suture technique. The patient was discharged with antibiotics and mouthwash liquids.

Isolated gingivabuccal incision after a traffic accident is a very rare condition. That incision's repair is difficult and requires careful.we should prefer horizontal matrix sutur for repair. Because it is more tight and less liquid-tight than other sutur techniques. Most lacerations can be repaired by the emergency clinician; however, there are some circumstances where specialist referral may be necessary.Also appropriate antibiotics should be started because oral flora is so dirty.

KEYWORDS: Oral Laceration, Gingivabuccal Incision, Traffic Accident

PS-0554 Travma acilleri

Necrotizing Fasciitis And Hand Amputation After Human Bite

Selim İnan, Burak Demirci, Binnur Eşfer, Metin Özdemir, Sercan Hastürkoğlu, Mehmet Nihat Özüpek, Oktay Hakbilir, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

Human bite is a common injury sustained during a fight, self mutilation, Human bites tend to be more serious than bites from domestic animals.The reasons are many, due to the nature of the event, location of the bite, and potential bacteria inoculated into the wound. Treatment recommendations are based on experience. All human bites should be treated as contaminated wounds. Patients with human bites often present for care late after injury. Amputation of an extremity after human bite is a rare condition. We present a case with hand amputated after human bite. We want to highlight the dangers of human bite as a potential cause of severe morbidity and mortality especially when poorly managed.

42 year old man was admitted emergency department with left hand distal forefinger bite after fight. there were superficial dermabrasion on his face and hands. Vital signs were normal on admission examination. Hand radiographs were taken. There was no fissür or fractures on the radiogram. Wound area was washed with sterile distilled water.Wound dressing was made with povidone iodine and terramycin. He was discharged with antibiotics(metronidazole and Amoxicillin-clavulanate) and patient was invited to the plastic surgery clinic for control after 3 days. he did not use antibiotics and He did not come to control after 3 days but he came after 10 days with gangrenous hand, doubt of necrotizing fasciitis on left hand.He had hospitalized on plastic surgery and surgical debridement was made. But they could not get the infection under control and left hand were amputated. Patient was discharged after 7 days.

Human bite is very important and dangerous because the risk of infection.Human bite wound infections are polymicrobial, and the most common organisms are staphylococcal and streptococcal species. Other pathogens include the species-specific gram-negative rod Eikenella corrodens. Amoxicillin-clavulanate is recommended for treatment and prophylaxis after all but the most trivial human bites. For established infections, parenteral agents of choice include ampicillin-sulbactam, cefoxitin, or piperacillin-tazobactam

KEYWORDS: Human Bite, Necrotizing Fasciitis, Amputation

PS-0555 Travma acilleri

Rectum Perforation With A Bullet Which Entrance Hole İs Front Middle Part Of The Thigh

Selim İnan, Burak Demirci, Binnur Eşfer, Metin Özdemir, Murat Ongar, Uğur Bal, Müge Sönmez, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: We see gunshot wounds in emergency room frequently. These injuries are often high mortality and morbidity. These injuries can sometimes lead to surprising injury. Direction of bullets can change when it hit the bone in the body.As a result it can sometimes cause organs injury independent of the bullet entry hole. Examination of the entire system must be made in gunshot wounds. Follow the traces of bullet in the body should be determined to find which organ damaged.Now we will report a rectum perforation with a bullet which entrance hole is front middle part of the thigh. We have to do all around the body not only for examination for entry instead of firearms.

CASE: 28-year-old male patient was brought to the emergency department by 112 ambulance because of gunshot wounds. Patients with clear consciousness, but was under the influence of alcohol. On admission in emergency room he was medically stable, but he was painfull, his vital were respiratory rate of 18 breaths/ min, heart rate of 110 beats per/min, blood pressure of 105/65 mm Hg, and hemoglobin saturation of 98% in room air. The patient was completely stripped.In inspection there were bullet entry wounds in front middle part of the right thigh, the left ankle and the left knee. There were no other injury or bullet entry in the body. There were no bullet exit hole.Also there were shape deformity in the left ankle because of fracture.On admission examination we saw a small amount of blood in the patient's underwear around anal area.But there were no bullet entry hole around this area. There was blood transmitted in digital rectal examination. The radiographs were taken from injury areas and pelvis and right femur tomography was taken. Tomography showed the trace of bullets followed in the body. As a result tomography we saw that; the bullet entered from the front middle thigh changed the direction after hit the femur and went to the pelvis so it led to the rectal perforation. He was conculted to general surgery and the patient was taken to the operating room. Patients were operated with success. Then he was operated for left ankle by orthopedic. After 16 days the

patient was discharged from hospital.

CONCLUSION: As a result it can sometimes cause organs injury independent of the bullet entry and exit hole. Examination of the entire system must be made in gunshot wounds.

KEYWORDS: Gunshot Wounds, Entrance Hole,Rectum Perforation

PS-0556 Travma acilleri

Grade 3 Splenic Laceration After Animal Kick

Selim İnan, Burak Demirci, Uğur Bal, Nurullah Tarhan, Erinç Müderris, Funda Ovalı, Müge Sönmez, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: The most common cause of injury to the spleen is blunt abdominal trauma. Blunt trauma is often caused by a direct blow to the belly, car andmotorcycle accidents, falls, sports mishaps, and fights. The spleen is the most commonly injured organ in blunt abdominal trauma; splenic injuryoccurs in nearly 25% of injuries of this type. Splenic laceration after animal repercussions a rare condition.There are only a few case report about splenic laceration after animal kick.Now we will report a case about isolated grade 3 splenic laceration after animal repercussions.

CASE: 56-year-old woman was admitted with abdominal pain after cow kick.Her family depends on livestock. Cow kicked to patient's abdomen 3 hours before admission. Her abdominal pain increased with time and she was admitted to the emergency deparment.On admission her initial vital signs were; blood pressures 90/60, pulse rates was 126/min, temperature was 36,4 C, respiratory rate was 24 breaths/min, oxygen saturation %94.There were lacerations on left upper quadrant of the abdomen with inspection. İn examination there were defense, rebound,tenderness especially on left upper quadrant.There were crepitation and tenderness in the left lower ribs. Other system examinations were normal. We provide the patient's stability. Than X-ray and abdominal ultrasonography were performed. She had grade 3 laceration on the spleen and also there were rib fructures on left 10. and 11. Ribs. First CBC results showed that the hemoglobin level was 8.2 g/dl. Patients were operated on by general surgeons. Splenectomy was performed. She discharged after 9 days from hospital.

CONCLUSİON: Abdominal trauma can be life-threatening because abdominal organs,can bleed profusely, and the space can hold a great deal of blood. Spleen is the most common damaged organ in blunt abdominal trauma. A laceration of the spleen may be associated with hematoma. Because of the spleen's ability to bleed profusely, a ruptured spleen can be life-threatening, resulting in shock. Fractures of the left lower ribs are associated with spleen lacerations in 20 percent of cases.Also we should consider intra-abdominal organ injury in patients presenting after the kick of animals.

KEYWORDS: animak kick, blunt abdominal trauma, splenic laceration,

PS-0557 Travma acilleri

Isolated Sternal Fracture With Cardiac Contusion Caused By Airbag Deployment

Selim İnan, Burak Demirci, Vicdan Koçak Metin, İrfan Kala, Cihat Cömert, Murat Ongar, Funda Ovalı, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Cardiac contusion is usually caused by blunt chest trauma. There are many blunt trauma shapes that causes cardiac contusion. Traffic accidents are the frequent cause of cardiac contusion.Airbags has had a significant impact in reducing mortality and serious injury from motor vehicle accidents. Although airbags reduce the overall risk of injury and death from motor vehicle accidents, airbag deployment can cause thoracic injuries including thoracic hemorrhage, all types of cardiac injuries, great vessel lacerations, lung injury, rib fractures, crushing chest injury, flail chest, and thoracic spine fractures with spinal cord laceration.We present a very rare case of acute isolated sternal fracture with cardiac contusion caused by airbag deployment.

CASE: 44-year-old male was brought to the emergency department after a car accident that resulted in the deployment of both front-side airbags. He was driver and restrained by seat belt. On admission his is initial vital signs were; blood pressures 156/94, pulse rates was 112/min, temperature was 36.9 C, respiratory rate was 22 breaths/min. An ECG was obtained which revealed normal sinus rhythm at a rate of 112.In the initial assessment his vital signs were normal on physical examination severe tenderness and ecchymosis over the sternum were present. A sternum x-ray was performed and there were sternal fructure in x ray, a chest computed tomography was also performed, confirming the diagnosis of haemothorax,pneumothorax and bone fracture.There were sternum fractures in chest computed tomography but there were no other visceral injury. Cardiac assessment by electrocardiogram was normal, but laboratory findings showed creatine kinase (CK) 143, CK-MB 37, and troponin I of 0.129. The patient was transferred to the intensive care unit for cardiac monitoring and follow-up serial cardiac enzymes. After four hours CK-MB level increased to 86 and a troponin to 0.954. Serial ECG monitoring was also obtained. She was consulted to the cardiologist and they thought minimal cardiac contusion and they proposed to follow ECG and enzyme.The patient was consulted to thoracic surgery and he were hospitalized with the aim of observation. He made a steady recovery and was discharged from hospital three days later.

CONCLUSION: The incidence of sternal fracture with cardiac contusion as a result of motor vehicle collisions has been reported as between 0.5-1%. Cardiac injury is a significant risk factor for cardiac dysrhythmia and myocardial injury.It can be fatal. We should follow all people with chest wall injuries with serial ECG and cardiac enzyme monitoring.

KEYWORDS: Airbag Deployment,Cardiac Contusion,Sternal Fracture

PS-0558 Travma acilleri

A Second-Degree Burn İn Neck, Chest And Belly After Air Bag Deployment And Difference İn Treatment From Thermal Burn

Selim İnan, Burak Demirci, Metin Özdemir, Uğur Bal, Erinç Müderris, Nurullah Tarhan, Muhittin Serkan Yılmaz, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: We know that air bags have been shown to reduce mortality and morbidity in motor vehicle crashes,but they are associated with specific injuries.Most common of these injuries are superficial abrasions, contusions, lacerations,chest wall injury and thermal and chemical burns.Burns due to air bag deployment account for more than 5% of all air bag injuries and typically involve upper extremities or head and neck. These are a result of the high temperature of the gases released during inflation or of direct contact with the corrosive alkaline plume created as a combustion by-product. Aside from friction burns, thermal and chemical burns are also seen resulting from the use of certain chemicals for the deployment mechanism. İn treatment irrigation with plenty of water is very important because of chemical burn. We reported a female patient who presented to the emergency department with a second-degree burn in her neck, chest and belly.

CASE: 36-year-old female patient was brought to the emergency room after a traffic accident. She was involved in a moderate speed, frontal impact traffic accident. She was restrained by a seat belt and her frontal airbag deployed appropriately in the collision. She had no serious injuries apart from second-degree burn in her neck, chest and belly. On admission her initial vital signs were; blood pressures 120/80, pulse rates was 92/min, temperature was 36,4 C, respiratory rate was 14 breaths/min, oxygen saturation %98. The patient was stripped.In inspection there were second-degree burn in her neck, chest and belly.All x-rays and other imaging methots showed no abnormal findings in patient. airbag explosion caused by a second-degree chemical burn in patient so burn area was irrigated with normal saline for 30 minutes. Despite the possibility of deepening the chemical burn and debridement may need to be, she was hospitalized. Two days later the patient was discharged on the lack of need for deepening and debridement.

CONCLUSION: In conclusion, most airbag burns are minor, superficial, and only require symptomatic treatment, but there are some reports of airbag burns that required aggressive debridement and skin grafts. After cleansing chemical and thermal burns with abundant water, treatment usually consists of topical and systemic antibiotic and corticosteroid therapy, followed by close monitoring due to the higher number of complications. Friction burns are less challenging and do not require such careful monitoring.

KEYWORDS: A Second-Degree Burn,Air Bag Deployment, Thermal Burn

PS-0559 Travma acilleri

Vertebral Artery Dissection and Cerebellar Ischemia After Assasult and Scrag

Selim İnan, Burak Demirci, Metin Özdemir, Uğur Bal, Cihat Cömert, Selçuk Akoğlu, Binnur Eşfer, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

POSTER BİLDİRİLER

INTRODUCTION: Vertebral artery injury after figth and assasult is known in the medical literature but this is a very rare condition and this is a rare cause of stroke. Pathogenetic mechanisms of vertebral artery injury after scrag to explain the brain ischemia is hemodynamic interruption of blood flow,arterial spasm,and anatomic damage to the vessels. In the medical literature only a few patients with a carotid territory stroke and signs of carotid dissection after figth,assasult and scrag have been described.Now we will will present a rare case with vertebral artery dissection and cerebellar ischemia with after assasult and scrag

CASE: 36 years old female patient, admitted to emergency department acute dizziness, nausea, vomiting, severe headache,vertigo started after assasult and scrag. The patient was no preceding history of hypertension, diabetes or any chronic illness. On admission his vital signs were; blood pressures 160/100, pulse rates was 74/min, temperature was 36.2 C, respiratory rate was 16 breaths/min. Dermabrasion and fingerprints consistent with tightening on neck and chest were seen in inspection. Examination of the patient revealed a normal cardiovascular, and abdomen examination. Neurological examination revealed nystagmus, slurred speech, decreased sensation to pain and temperature on the right side of the face and left limbs, marked dysmetria of the right limbs. Motor examination was normal. Sensory examination revealed a crossed hemianaesthesia(on the left limbs).Investigations of the patient revealed normal haemogram, renal function tests, coagulogram.ECG did not reveal any abnormality. A computed tomography (CT) scan of the brain performed. There was no pathological image in tomography. Than MRI scan of the brain performed to the patient. It revealed an acute infarct area showing diffusion restriction at the level of the right cerebellar hemisphere and right vermis. Neck-brain CT angiography was performed to make the distinction of vertebral artery dissection.There was distant dissection of the right vertebral artery between C1 and C2, which perhaps occurred as a result of compression of this region.. The patient were hospitalized in the neurology department.After nine days the patient was discharged with a few residual neurological deficit.

CONCLUCİON: In patient with, sudden dizziness,vomitting started after blunt trauma to neck with like figth,assasult and scrag is very important. These findings are significant for the vertebral artery dissection. If there are these findings brain CT, Neck-brain CT angiography and MRI scan should be performed patients to seperate vertebral artery dissection and cerebellar ischemia.

KEYWORDS: Assasult and scrag,cerebellar ischemia,vertebral artery dissection,

PS-0560 Travma acilleri

Total Nasal Amputation As A Result Of A Human Bite

Selim İnan, Selçuk Akoğlu, Burak Demirci, Erinç Müderris, Funda Ovalı, Uğur Bal, Oktay Hakbilir, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Human bite wounds are not often,it is a common injury sustained during a fight, love passion, self mutilation, cannibalism or vampirism.The human bites are reported to account for 0,2% of all visits to emergency departments. Human bites tend to be more serious than bites from domestic animals. The reasons are many, due to the nature of the event, location of the bite, and potential bacteria inoculated into the wound.In spite of the large variety of bite injuries and their localisation on the human body bites are not common and rarely affect the facial region.We did not find any case report in the literature about total nasal amputation as a result of a human bite.Herein, we present a cases of total nasal amputation as a result of a human bite.

CASE: A 38-year-old man admitted to emergency room with human bite on her nose that resulted in the complete amputation of the nose. Superiorly, the upper lateral cartilages had been avulsed just below their attachments to the caudal end of the nasal bones. The avulsed segment was composed of skin, cartilage, and vestibular mucosa. Laterally, a small alar remnant remained on each side. The entire columella was absent. 112 brought the avulsed nasal tip in cold and wet sponge properly. He was conculted to plastic surgery and the patient was taken to the operating room and the nasal tip was replanted. The patient was treated postoperatively with intravenous cefazolin sodium. The patient was discharged to home after 8 days of hospitalization. Patient was invited to the clinic control after 5 days.

CONCLUSION: Human bites to the face are very rare and there are no literature about total nasal amputation as a result of a human bite. It can cause severe, life-threatening damages of the face with huge functional and esthetic impact on the affected zone. These patients should be rapidly consulted to plastic surgery and avulsed tip should keep in cold and wet sponge properly. These wounds can be repaired primarily when treated shortly after injury. The forehead flap remains a basic tool for the reconstruction of the nose after human bite amputation and can be used at the time of primary wound repair without increased risk of infection.

KEYWORDS: Nasal Amputation, Human Bite,Replanted

PS-0561 Travma acilleri

A Case of Acute Myocardial Infarction After Blunt Chest Trauma

Feruze Turan Sönmez[1], Harun Güneş[1], Cemil Işık Sönmez[2], Hayati Kandiş[1], Ayhan Sarıtaş[1]
[1]*Duzce University Medical Faculty, Department of Emergency Medicine, Duzce- Turkey.*
[2]*Duzce University Medical Faculty, Department of Family Medicine, Duzce- Turkey.*

INTRODUCTION: Chest pain after thoracic trauma may be a symptom of a cardiac injury. Such injuries can present with various symptoms ranging from simple arrhythmias, coronary artery dissections, myocardial infarction to even fatal cardiac ruptures. Those are rare complications, and patients usually present with sudden death and the diagnosis is frequently missed.

To emphasize the importance of cardiac follow-up in chest trauma, here we present a case of progressive myocardial infarction after blunt chest trauma.

CASE REPORT: A 49-year-old male presented to emergency room after a car accident. He had a blunt chest trauma, and computed tomography scan of his chest showed displaced multiple costal fractures, minimal hemothorax and pneumothorax on the rihgt. There was minimal hemorrhage in anterior mediastinum and in pericardium.

Electrocardiography (ECG) did not reveal any diagnostic abnormalities, again echocardiography (ECO) showed no myocardial dysfunction. Blood analyses were performed; CK, CK-MB and Troponin-I levels were elevated: 254 U/L, 109 U7L and 5,6 ng/ml, respectively.

Right tube thoracostomy was performed and the patient was taken to Intensive Care Unite for the further follow-up.

About 10 hour later he complained of worsened chest pain and ECG and ECO have performed again. Subsequent ECG featured a hyperacute inferior wall myocardial infarction, and Transthoracic ECO showed moderate hypokinesis of the inferioanterior wall. The blood Troponin-I level elevated up to 17,7 ng/mL, and coronary angiography has planned. Unfortunately the patient died during the angiography.

CONCLUSİON: With this case we would like to remind that early recognition of myocardial injury in patients presenting with chest trauma and differentiating it from other causes of chest pain is critical in guiding the diagnosis and management of this rare, but potentially fatal complication.

KEYWORDS: Chest Trauma, Myocardial Infarction.

PS-0562 Travma acilleri

Don't Say 'It Won't Happen'' - Isolated Traumatic Renal Infarction: Case Report

Cihat Cömert, İrfan Kala, Selçuk Akoğlu, Murat Ongar, Binnur Eşfer, Muhittin Serkan Yılmaz, Mehmet Nihat Özüpek, Ercan Özler
Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Trauma is the leading cause of death before the age of 45 years internationally. Follow up after trauma to the abdomen can be challenging due to probable insidious onset of signs of organ injury. Especially, diagnosis of injury of retroperitoneal organs is difficult in daily clinical practice with physical examination, sonography, and plain abdominal or chest x-ray. Imaging retroperitoneal organs require computed tomography evaluation. Renal infarction due to trauma is really rare problem in ED. We want to share our experience about a patient with 3 days of trauma history, revealing out the cause of persistant pain is renal infarction.

CASE: 19 year old female patient came to emergency department with right flank pain and history of that she fell down on her right side after stumbling. She had also presented to ED 3 days ago with normal vital signs, normal laboratory and sonographic evaluation. Last time she referred, she had only right flank pain. She describes her pain started insidiously but persistently. Her vital signs were stable. Initial physical examination showed no pathology except right costovertebral angle tenderness. Abdominal tenderness was not noted. She denies hematuria. Laboratory status showed mild leukocytosis (13600/µL), Hgb: 12.8 g/dL, normal renal function tests, her urinalysis also showed positive nitrite test. FAST ultrasound was performend, there were no free fluid in abdomen, neither in pericardiac area. We decided to perform iv-oral contrasted computed tomography to reveal out the etiology of the persistant pain. Renal infarction was seen in right kidney on the upper cortical pole. There was no other pathology in CT. Patient was then hospitalised for further treatment which her clinical situation completely resolved

after 10 days of follow-up.

CONCLUSION: Renal infarction results from interruption of blood supply of renal tissue. Thromboembolism is the major cause of renal infarction. Renal trauma is also an etiology of renal infarction but the majority of renal infarction due to traume occurs after high grades of renal injury and frequently there is a concomittant injury. Isolated renal infraction due to trauma is an uncommon situation. Our patient's persistant pain was not a criteria for computed tomography imaging procedure in standart guidelines but we must strongly think about further imaging studies in such patients with persistant pain which makes patient to present ED again.

KEYWORDS: renal infarction, trauma, kidney injury

PS-0563 Travma acilleri

Non Traumatic Lumbar Fracture As A Result Of Heavy Lıftıng

Selim İnan, Burak Demirci, Şükrü Yorulmaz, Fatma Yorulmaz, Cihat Cömert, İsmail Ağı, Sultan Ülgen, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Compression fracture of the vertebral body is common, especially in older adults. Vertebral compression fractures usually are caused by osteoporosis, and range from mild to severe. More severe fractures can cause significant pain, leading to inability to perform activities of daily living, and life-threatening decline in the elderly patient who already has decreased reserves.But in a healthy human vertebral fracture as a result of the heavy lifting is a rare condition.Now we will present a patient with vertebral fractures as a result of the heavy lifting.

CASE: 38 year old female patient was admitted to the emergency department with complaints of low back pain. Patient's pain started after remove a heavy object 6 hours before the admission.İn her medical history there was no history of chronic disease and drug use. On physical examination her vital signs were; blood pressure 100/60 mmHg, heart rate 76/min, respiration rate 12/min and body temperature 36.6°C. On physical examination there were lumbar spine tenderness and waist movements restricted. Other physical examination findings were normal. A lumbar vertebra x-ray was performed to the patient and there were a Compression fructure in L3 vertebra. Lumbar vertebra computed tomography was also performed, confirming the diagnosis fracture.There were L3 fracture in computed tomography but there were no other injury. Patients was consulted orthopedics department. She was hospitalized with the aim of further investigations.

CONCLUSION: As a result nontraumatic vertebral fractures are rarely seen in young and healthy patients. But in patients presenting with severe back or vertebral pain,we should performed comprehensive physical examination.Because skip to vertebral fractures in young patients can cause serious morbidity. While the diagnosis can be suspected from history and physical examination, plain roentgenography, as well as occasional computed tomography or magnetic resonance imaging, are often helpful in accurate diagnosis and prognosis.

KEYWORDS: Heavy Lıftıng, Lumbar Fracture,Non Traumatic

PS-0564 Travma acilleri

Management of a Sever Degloving Foot Injury

Ugur Lok[1], Fatih Dogan[2], Umut Gulacti[1], Irfan Aydin[1], Nurettin Aktas[1], Hasan Buyukaslan[3]

[1]*Department of Emergency Medicine, Adiyaman University Faculty of Medicine, 02040 Adiyaman, Turkey*

[2]*Department of Plastic and Reconstructive surgery, Adiyaman University Faculty of Medicine, 02040 Adiyaman, Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine, Harran University Faculty of Medicine, Sanliurfa, Turkey*

A degloving injury is a type of avulsion of soft tissue in which shearing forces that lead to separation of the skin and soft tissues from the underlying bone cause degloving injuries. An extensive section of skin is completely torn off the underlying tissue, severing its blood supply and exposing the bone, cartilage, tendon, or nerve. We presented a case of total degloving injury of the foot to describe this rare and potentially very serious damage of the soft tissue.

CASE: A 45-years-old male was presented to emergency room after sustaining isolated left lower extremity crash injury related to occupational trauma that was occurred via falling down an blunt object. Past medical history included smoking history of one pack per day. The patient had no previous surgeries, was not taking any medications, and had no known drug allergies. The patient vital signs were as follows; blood pressure 125/76 mmHg, pulse rate 88 bpm and regular, auxiliary body temperature 37.6 Celsius and breathing rate 18/pm respectively. On physical examination, left food dorsal and plantar skin cover encircle, glove shaped, full thickness had been avulsed to medially that lead to uncovering of metatarsal and phalanxes periosteum (image 1a, 1b and 1c) The plantar fat pad was also sheared lateral and medial margin of the foot and displaced medially Extensor tendons, dorsal nerves, and bone were exposed because the dorsal foot skin was degloved distal to the mid foot level, and the great toe was completely degloved and great toe envalope was putted on second toe phalanges (image 2). Left knee distorted and eventialy dislocated (image 3). Patient's arteria tibialis anterior and arteria tibialis posterior pulses were noted strong by Doppler ultrasound method but venous return and tissue viability was compromised. Laboratory test results were all normal limits. X-ray showed left knee dislocation and proximal fibula tip fracture (caput fibula, image 3) and left foot metatarsus and phalanxes fracture (Image 4).

CONCLUSION: We discussed here a rare case in which an extensive degloving injury of the foot and combined with knee traumatic dislocation and proximal fibula tip fracture that underwent amputation. Although many methods for the repair of degloving injuries of hand and foot have been reported, none are entirely satisfactory. The authors suggested that none of treatment modalities of degloving are entirely satisfactory, so that each case must be considered independently with pros and cons.

KEYWORDS: blunt extremity trauma, degloving injury, amputation

PS-0565 Travma acilleri

Case Report: Penetrating Right Ventricle Injury Which can not be Detected in ECHO and Thorax Tomography

Yahya Kemal Günaydın, Ahmet Çağlar, Aysel Çakmak Yıldız, Mustafa Gülpembe, Nazire Belgin Akıllı, Ramazan Köylü, Başar Cander
Konya Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Penetrating cardiac injuries have a high mortality because of severe clinical outcomes. They generally require urgent surgical procedure. Immediate thoracotomy on unstable patient who can not be diagnosed by standard methods is a life saving procedure. In the present case, we aimed to present a case with penetrating right ventricle injury who could not be diagnosed with imaging methods.

CASE: A 21 year old male patient was taken to our emergency department by a 112 ambulance because of stabbing on the chest. In physical examination, arterial blood pressure (BP) was 80/50 mmHg, pulse was 100/min and he was confused. Oxygen saturation measured with pulse-oxymeter was 92. A lesion with 3 cm width and 4-5 cm depth consistent with a sharp object injury existed on 4th intercostal space on midclavicular line of left hemothorax. Both lungs participated respiration equally. Lungs were normal by asucultation. No subcutaneous hematoma or crepitating was detected. Bilateral wide lumen intravenous Access was provided and 0.9% physiological saline was infused intravenously. Hemodynamic values did not recover, therefore intravenous dopamine infusion was added into the treatment. BP increased to 100/60 mmHg and the patient's conscious became better. First, bedside echocardiography (ECHO) was performed by cardiology department. In the ECHO, 4 chambers were normal. No fluid collection around the heart and no cardiac injury were reported. Afterwards, contrast thorax tomography was performed. In the tomography, heart and mediastinal large vessels were normal; however, a high density hemorrhagic effusion with a diameter of 25 mm in the thickest site which starts from aortic adjacency in superior anterior mediastinum and extends along inferior side of the heart was noted. Pulmonary parenchyma was normal and air densities were observed on muscular tissues. The patient was consulted with cardiovascular surgery. The patient was taken into urgent thoracotomy after the consultation. The penetrating injury including the pericardium and myocardium on inferior-posterior side of the right ventricle was detected and repaired in the thoracotomy. The patient was discharged with full recovery after 4 day follow-up.

CONCLUSION: Penetrating cardiac injuries may vary from a stable hemodynamic status to cardiopulmonary arrest. Therefore, it is important to diagnose and intervene earlier. Early transport, appropriate resuscitation and urgent surgical treatment may increase survival rates of the patients with penetrating cardiac injury.

KEYWORDS: Ventricle Injury, ECHO, Thorax Tomography

POSTER BİLDİRİLER

PS-0566 Travma acilleri

Complete dislocation at the level of C2-C3 vertebra with vertebral artery rupture in a multitrauma patient

Utku Murat Kalafat[1], Hakan Topacoglu[2], Canan Akman[1]

[1] *Department of Emergency Medicine, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

[2] *Department of Emergency Medicine, Istanbul Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

INTRODUCTION: Most fatal cervical spine injuries occur in lower cervical levels. Intervertebral complete luxations always result in sudden death so no cervical imaging is performed in these cases. Here, we report the cervical computerized tomography (CT) findings including cervical (C) 2-3 vertebral seperation of a multitrauma patient who responded to early and effective cardiopulmonary ressucitation (CPR).

The most common causes of cervical fractures and dislocations are motor vehicle accidents, falls and sports activities. Cervical injuries are classified according to the mechanisms including flexion, extension, rotation, distraction and compression. Our patient had distraction trauma through the motor vehicle accident.

A cervical dislocation means there is a ligament injury in the neck and two (or more) of the adjoining spine bones have become abnormally distanced from each other, causing instability. In high energy traumas, along with dislocation, traumatic partial rupture of vertebral artery may occur. Most cervical spine fractures occur predominantly at the level of C2 and one half of injuries occur at the level of C6 or C7. We report dislocation at the level of C2-C3 vertebra with the vertebral artery rupture.

CASE REPORT: A 9-year-old boy was admitted to the emergency room as a result of a pedestrian accident. At the arrival time, he was unconscious with no pulse and breathing thus an immediate CPR has been started. Normal sinus rhythm was accomplished approximately after 7-minute CPR and then he was intubated. After the return of spontaneous circulation (RSOC), vitals signs were normal. Vertebral dislocation was observed at level of C2-C3 at lateral cervical X-Ray.

Brain CT showed brain edema with diffuse subarachnoid hemorrhage located at the basal cistern and intraventricular area. Cervical CT scan also showed C2-C3 separation with a rupture of the vertebral artery. Hematoma was observed resulting from the vertebral luxation that leads to rupture and bleeding of vertebral arteries.

The patient died within an hour after the patient was transferred to the intensive care unit.

CONCLUSSİON: Generally, high spinal vertebral traumatic dislocations result in loss of life at the scene, but here the aim is to share CT findings of a patient who survived briefly after high spinal vertebral traumatic dislocation. We could establish a return of spontaneous circulation with the aid of an effective CPR. Our case report shows that even in mortal trauma cases like this, the early and effective CPR is provided the RSOC.

KEYWORDS: Multitrauma, ressucitation, vertebra dislocation

PS-0567 Travma acilleri

An unusual complication of posterior packing for epistaxis

Engin Öztürk[1], Baris Erdogan[2], Mehmet Ozgür Erdogan[3], Sahin Colak[3], Korkut Bozan[4], Baris Alper[3]

[1] *Department of Emergency Medicine, Aydin Ataturk State Hospital, Aydin, Turkey*

[2] *Department of Otolaryngology, Medipol University Esenler Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

[3] *Department of Emergency Medicine, Haydarpasa Numune Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

[4] *Department of Emergency Medicine, Esenyurt State Hospital, Istanbul, Turkey*

Endonasal or transnasal procedures are sometimes necessary in patients with head trauma. In these procedures, the integrity of the skull base must be considered to avoid penetration of the cranial vault.

A 54-year-old man visited a district hospital following a car accident. After the initial assessment and emergency treatment, he was transferred to our emergency clinic for further investigation. Several fractures of the maxillofacial and cranial skeleton and cervical vertebrae were detected on computed tomography (CT). He also had a right haemothorax and bilateral brain contusions. The patient had massive haemorrhage from the nose. Although a Foley catheter had been placed to control posterior bleeding, CT revealed that the catheter was not positioned correctly (Figure 1,2), but was in the cranial vault.

Endonasal insertion of catheters or tubes with incomplete assessment of the skull base in trauma patients might cause serious complications.

KEYWORDS: complication, epistaxis, trauma

PS-0568 Travma acilleri

Lacrimal Canaliculus İnjury due to traffic accident

Selim Bozkurt, Mahmut Egemen Şenel, Besime Utku
Department of Emergency Medicine, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey

INTRODUCTION: Lacrimal canaliculus are two tear ducts as being the upper and the lower, connecting the lacrimal punctum to the nasolacrimal duct. The cuts in the medial of lacrimal punctum have high risks with respect to the canaliculus injuries. The lacrimal canaliculus injuries must be controlled by an ophtalmologist, in case of detection it should be mended in 36 hours by Silastic tube standing.

CASE: A 23-year-old male referred to the emergency service because of injury due to traffic accident. The patient had hit his head into the windscreen. He had wounds at the forehead and left eyelid due to glass cuts. No visual loss was detected in physical examination, the right eye was intact, upper canalicular incision and laceration in upper eyelid temporal side with the depth of 2-3 centimeters were observed in the left eye, the globe was normal. Preseptal subcutaneous emphysema was demonstrated at left medial campus level in orbital CT, no foreign body was present in the laceration. The patient was hospitalized in ophthalmology clinic.

CONCLUSION: In patients who suffered traffic accidents, the canaliculus injuries can be found especially with carefully examinaning of injuries around the eyes. It is important for the emergency doctors to evaluate the possible canaliculus injury of patient before the primary suturing of injuries in the medial of lacrimal punctum. Because in that case, the primary suturing done without Silastic Tube standing results in the development of complications like the epiphora as a consequence of duct obstruction.

KEYWORDS: lacrimal canaliculus injuries, primary suturing of eyelids, silastic tube

PS-0569 Travma acilleri

Humeral Head Fracture and Posterior Dislocation Following an Electrıc Shock

Mustafa Gülpembe, Demet Acar, Emin Fatih Vişneci, Saniye Göknil Çalık, Can Gökay Yıldız, Burak Polat, Kemal Biçer, Başar Cander
Department of Emergency,Education and Research Hospital,Konya,Turkey

Electrical burn injuries are complicated because they may result in damage to many structures including: blood vessels, muscles, nerves, tendons, bone and skin. Electrical injury ranges widely from simple shock and mild burns to more extensive superficial injury, internal injury, and mortality. Bony fracture from electrically-induced tetanic muscle contraction is a rare but documented injury. Herein we will report a case of humeral head fracture and posterior dislocation following an electric shock.

A 65 year old man was brought to the emergency department after sustaining an electric shock at home. He was repairing the bulb at the time of electrical burn. He denied falling down or any other trauma but his hand strained back at the time of accident. He did not lose consciousness and presented to the hospital complaining of a severe pain in his right shoulder. His vital signs were stable but there was a local tenderness on his right shoulder in physical examination. Routine blood tests were normal and right shoulder and humerus radiograph was obtained. There was a posterior dislocation and a fracture on the head of right humerus. The patient was consulted with Orthopedics department. Close reduction and Velpau bandage were performed and the patient was hospitalized in intensive care unit with the diagnosis of electrical burn.

Bone has the highest resistance of any body tissue, and it generates the greatest amount of heat when exposed to an electrical current. Therefore, the areas of greatest thermal injury are often the deep tissue neighboring long bones, resulting in periosteal burns, bone matrix destruction, and osteonecrosis. On the other hand, long bone fractures, vertebral compression fractures, and scapular fractures may result from electrical shock, either due to the intense muscle contraction or from secondary blunt trauma. Shoulder dislocations and fractures have rarely been described as a result of electrical injury without any other accompanying trauma and may result from tetanic spasm of rotator cuff muscles. Radiological investigation of such cases with tenderness or pain on any joint is always warranted, as unusual fractures and dislocations following electric shock are well documented.

KEYWORDS: Electrical injury electrically-induced tetanic muscle contraction humeral head

PS-0570 Travma acilleri

Mining Accident; Arm Amputation

Abdullah Sadık Girişgin[1], Fulya Köse[1], Alpay Tuncar[1], Muhammed Raşit Özer[2], Tamer Çolak[1], Başar Cander[1]

[1]*Emergency Medicine Department of Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey*

[2]*Emergency Department Konya Research and Treaning Hospital Konya, Turkey*

INTRODUCTION: Upper extremity amputations are medical conditions that mostly occur after traumas causing serious mortality and morbidity. They are mostly caused by tools such as saw, knifes, agricultural machines and seen in 3rd,4th and 5th decades (1-5). Despite all the advancements in emergency medicine, only %6 of the cardiac arrest cases can leave the hospital neurologically intact (3).

CASE: 46 years of male patient was brought to the emergency department by 112 teams after the call of his coworkers who realized that the patient was not around for some time and they found the patients' hat on the mixer giant tank. They had decided to look in and stopped the machine. They found the patient not breathing and his right arm fragmentally amputated. They had performed CPR on the patient and called 112 teams. The patient was brought to the resuscitation chamber after 1 hour of the event in cardiac arrest state. He was placed on the stretcher during active cpr and entubated. After approximately 10 minutes of CPR, patient's spontaneous circulation and respiration returned. His right arm was amputated from the humerus shaft. The surface of the patient and his mouth was covered with a grey colored dust. During the aspiration of the entubation tube, this grey dust was aspirated in large quantities. Patient's all body and his wound site was washed. He was rehydrated intravenously. Antibiotic, tetanus prophylaxis and analgesia was applied and wound site was medically dressed. Brain, cervical thorax and abdominal CT scans revealed additional liver lacerations. Erythrocyte suspension and fresh frozen plasma was requested for the patient. Central catheter was placed. Patient was admitted to reanimation department intense care unit. His BP was 118/82 mmHg and his pulse was 78/min at the transfer moment and he was actively given mechanical ventilation support.

RESULT: CPR is a life saving intervention that can be applied by an individual. A successful resuscitation can save countless of lives and doing CPR is an art.

KEYWORDS: Mining Accident, Arm Amputation, Resuscitation

PS-0571 Travma acilleri

Subdural Hematoma As A Result Of Violence To Woman

Başar Cander, Tamer Çolak, Alpay Tuncar, Fulya Köse, Hakan Güner, Mehmet Gül
Emergency Medicine Department of Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Acute subdural hematoma (ASH) is the reason of 2/3 of the deaths due to cranial traumas. ASH can occur in 5 to 22% of severe cranial traumas. They are pathologies which effect mortality and morbidity significantly. Mortality rate changes between 50 to 80%. Mortality is mostly due to the accompanied parenchymal lesions. In study that is made by Yılmaz Er et al., patients with brain injuries admitted to emergency after falling down from height (77%), traffic accident (7%), pounding and wounding (8%).

CASE: A 46-year-old woman was brought to the hospital by 112 following pounding. She pounded up with punch and kick by her husband. Her Glasgow coma score was 14, there were suborbital ecchymosis, swellings on her eyes and ecchymosis on diverse areas of her extremities. After physical, laboratory and radiological examination, acute subdural hemorrhage was detected on the right frontoparietal area. The hemorrhage was measured 1 cm on the thickest point. Brain tissue was edematous especially on right, and right lateral ventricle was depressed. There was shift on the left of midline. Because of basal cisternas were depressed on right at the level of uncus, the patient was consulted with a neurosurgeon and referred to neurosurgery intensive care unit. And than patient was operated. 20 days after the healing in hospital was tracking discharged.

CONCLUSION: In our country, violence to women has been increased, so that increase of brain injuries due to pounding in women is expected. Emergency physicians should be aware of serious brain injuries in patients with a history of pounding.

KEYWORDS: subdural hematoma, violence to woman

PS-0572 Travma acilleri

Arm Wrestling and Bone Cyst Associated Humerus Fracture: Case Report

İrfan Kala, Sercan Hastürkoğlu, Binnur Eşfer, Selim İnan, Fevzi Bircan Özkan, Uğur Bal, Tamer Durdu
Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

CASE: Humerus fractures account for around 6.9% of all fractures. It generally requires high energy in young patients to damage humeral bone. Bone fractures are frequent in emergency departments (ED) beside nontraumatic bone fractures are seen rarely but is possible with togetherness of bone cysts, metastatis of bone, Paget disease, osteoporosis, chronic kidney disease, HIV infection etc. Bone cysts make especially young patients' bones prone to be broken easily without trauma or with low energy trauma. Here we share a patient with bone cyst concomittant humerus fracture with low stress during arm wrestling with his friend.

INTRODUCTION: 18 year old male patient presented to our ED with tenderness and lack of movement of his right humerus after playing arm wrestling with his friend. He denies direct trauma to the extremities. Physical examination of upper extremities showed normal neurologic, circulation and motor condition. Tenderness of right humerus from shoulder till the elbow was noted. He had no medical history of chronic diseases or chronic drug use. We performed plain humerus two sided x-ray and seen humerus shaft fracture with decreased lucency inside of humerus which infers bone cyst. Patient was hospitalised by orthopedics clinic and underwent MR imaging before surgery which then showed bone cyst that creates more than two thirds of humerus. Internal fixation and removal of cyst was done as surgical intervention.

CONCLUSION: Non-traumatic, spontaneous and low stress fractures could be seen rarely in emergency departments. Bone cysts can be noted incidentally on x-ray or patients come to ED with bone fractures. Patients with bone cysts must be careful by their sudden movements. Low physical stress may cause fractures like the one in our case. We must be aware of fractures when there are tenderness, lack of movement, shape changes in extremity or physical stress history of young patients even though there isn't trauma sign or trauma history,

KEYWORDS: bone cyst, humerus fracture, trauma.

PS-0573 Travma acilleri

An Uncommon Condition After Trauma: Isolated Knee Dislocation

İrfan Kala, Binnur Eşfer, Selçuk Akoğlu, Mehmet Nihat Özüpek, Miray Baba, Fevzi Bircan Özkan, Muhittin Serkan Yılmaz
Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Knee dislocation is relatively rare injury but a possible serious injury with possible vascular damage which may lead to limb loss if not recognised and treated emergently. Detection of this injury may be difficult because most of the patients with knee dislocation also have concomitant multisystem trauma history or spontaneous relocation of knee. Plain x-rays, doppler ultrasound, ankle-brachial index, CT angiography are the helpful diagnostic instruments of knee dislocation. We will represent a patient with isolated knee dislocation even though this condition is seen rarely in emergency departments (ED).

CASE: 30 year old patient was accepted to our ED following a motor vehicle collision with pain and abnormal shape of right knee. He said that he stucked in the car and was removed out. He denies any other pain than on knee. Vital signs were stable. Physical examination of head, neck, thorax, abdomen and all extremities except right lower extremity was normal. There was no any sign of trauma except right knee. Peripheral pulses was palpabl and neurologic examination was normal in all four extremities. We initiated two sided knee x-ray and doppler ultrasound

imaging. FAST ultrasound and hemoglobin values were also seen due to consideration of stucking in a car was a high energy trauma. And these test were also normal. We noted laterally dislocated right knee and normal aterial flow pattern of doppler ultrasound. Patient underwent relocation of knee dislocation and was accepted in emergency department for circulation follow-up. Complication didn't occur and patient was discharged from emergency department safely for out-patient follow-up of orthopedics.

CONCLUSION: Knee dislocation is a rare condition, generally occurs with multisystem trauma but isolated knee dislocation is quite uncommon. Once it is recognised, concomitant possible vascular injury must be diagnosed to avoid limb ischemia. We must not hurry up discharging the patient but must hospitalise at least 24 hours to examine circulation status of effected limb. Vascular injury requires emergent vascular repairment. 60% or 70% of patients will have a stable and painless knee when treated appropriately. Around 20% of patients will have an unstable and painful knee even though the best approach is initiated.

KEYWORDS: knee dislocation, orthopedics, trauma, vascular injury.

PS-0574 Travma acilleri

Two Distinct Cases with Luxatio Erecta Humeri

Türker Karaboğa, Ekim Güven, Serkan Doğan, Tarık Ocak
Istanbul Kanuni Sultan Suleyman Education and Research Hospital Department of Emergency Medicine and Critical Care, Istanbul, TURKEY

INTRODUCTION: The luxatio erecta humeri is one of pathologies of the shoulder which are occasionally seen and they constitute 0.5% of all of the dislocations of shoulder. In cases of luxatio erecta, sporadic vessel and nerve injuries have been also reported. In the literature, it has been reported that the ratios of the fractures of tuberculum majus are more common compared to those of the anterior and posterior fractures. Although the incidence is lower, confronting with two cases in our clinic for the last four months can be evaluated as the surprise of ER.

CASE 1: It was leant that the forty four-year old male patient who referred as out-patient to our emergency service with his own means had pain in his left shoulder. He described that was in the elevator cage for repair purpose and that he tired to hold the walls of the cage within the elevator fast descending in an uncontrollable fashion as a result of the rope breakage, however, he didn't put down his arm after the elevator stopped suddenly and he got hurt. His general status was good and his consciousness was open. His left upper extremity was resistive against the movement and painful in the abduction position. All of his peripheral pulses were open. In his anteroposterior X-Ray graphies, left inferior shoulder dislocation (luxatio erecta) was seen. A reduction without problem was achieved in the companion of the sedoanalgesia.

CASE 2: A forty-year old male patient was brought to our ED due to the traffic accident occurred out of the vehicle. His Glaskow Coma Scale was fifteen (15) when he came to our clinic. In his primary examination, there were open tibia fracture in both lower extremities and his right upper extremity was resistive against the movement and it was painful in abduction. In his anamnesis, it was learnt that while he was pushing vehicle stuck in the snow for helping he was injured as a result crashing by another car sliding on the snowy ground. A reduction of right shoulder was achieved without problem in the companion of the sedoanalgesia.

CONCLUSİON: The clinical appearance of luxatio erecta humeri is very characteristic and the arm is observed in elevation, the forearm is observed in fixed position on the head. When the injury mechanism is examined, it has been reported that dislocation takes place after forcing the joint during the abduction of the arm.

KEYWORDS: injury mechanism, luxatio erecta humeri,trauma,

PS-0575 Travma acilleri

Facial Burns

Mehmet Gül, Fulya Köse, Hakan Güner, Elif Özsağlam, Başar Cander
Emergency Medicine Depertmant of Meram Medical Facultiy, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Face burns alone only constitutes %3-5 rate of the total yet they are categorized as important burn injuries. Although a burn this rate does not pose threat to life regarding to shock; patients with serious face burns should still be hospitalized to closely monitor and give treatment for possible eye, nose, external ear, mouth and inhalation injuries. When a patient with facial burns applies to emergency department, respiratory tract should be secured, iv catheterization should be done, range and depth of the burnt should be investigated, and fluid deficit for the first 24 hours should be calculated.

CASE REPORT: A 19 years old male patient had applied to the emergency service with burns on his face and various parts of his body after an explosion on his workplace. Patient had %1 almost circular 2nd degree burn on his right distal forearm, %3 superficial 2nd degree burns on his right shoulder and left proximal arm and 2nd degree burns on his face. Patient's hairs, eyebrows and nostril hairs and his both cornea were burnt. Burns on the patients nostrils and eyelashes were also present. Patient was entubated swiftly for closer circulation purposes as soon as the patient arrived to the emergency department. Patient's all clothing was removed and 2 vascular accesses were placed on the patient. Patient was rehydrated from these vascular accesses, medical dressing and eye irrigation was performed. Patient was applied with urinary catheterization and given tetanus and antibiotic prophylaxis and transferred to the burn center after consultations with ophthalmology and plastic surgery departments.

CONCLUSION: We observed the importance of the maintenance of the airway for patients applied to emergency service with burns. Progressive airway edema must be remembered for patients with especially head-neck burns and inhalation burns.

KEYWORDS: burn, intubation, head, neck

PS-0576 Travma acilleri

Children Age Pons Enfarct

Sedat Koçak, Fulya Köse, Alpay Tuncar, Fatih Alyunay, Elif Özsağlam, Başar Cander
Emergency Medicine Depertmant of Meram Medical Facultiy, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Post traumatic cerebral infarcts are mostly seen as a result of head traumas. Many conditions such as cerebral vasospasm, direct vascular compression due to mass effect, vascular injuries, embolisation and systemic hypoperfusion can cause cerebral infarcts in children. Despite these, in half of the cases; underlying conditions for cerebral infarcts in children cannot be defined.

CASE: our patient 16 Years old male had fallen from an approximately 5 meter higher ground 1 day before they applied to our emergency service. Right arm numbness started immediately after the fall. Patient had difficulty of talking and strength loss on the right arm the next day. Patient had come to the emergency department with these complaints and his routine assessments regarding to trauma was performed. Patient had been sent to diffusion MRI as his trauma scans were normal and speech dysfunction and right arm numbness continued. Infarct site that showed diffusion limitation was seen on the left hemisphere of his pons. MR angiography was performed as the advanced examination and resulted as normal. Patient was applied with low molecular weight heparin and transferred to pediatric neurology service from the emergency department observation unit. During the follow up from the patient in that service; the speech disorder of the patient continued and his gag reflex was nonpresent, finger-nose test was impaired on his right side. Patient was tested for blood lipid levels and hemoglobin electrophoresis was performed. Those tests had come back normal as well.

DISCUSSION: Ischemic infarcts after minor head injuries (MHI) are rare for children but also more common compared to older individuals. A detailed history should be taken for diagnosis initially and physical examination must be completed. Unenhanced brain CT (BCT) should be preferred as the initial imaging study. BCT is useful for studying minor hemorrhages. Magnetic resonance imaging is useful for clinically suspected lesions that can't be seen on BCT. As the result; ischemic infarct may occur following MHI. Traumas are reported as the cause of %22 of all ischemic infarcts (5). Obtaining the patient history first is important. BCT is the best initial test. During determination of BCT indications for children younger than 2 years, rules must be stiffer. Possible complications of MHI should be told to patients with no BCT indications or patients with BCTs without any pathological findings and the patients should be given head injury follow up forms.

KEYWORDS: Children, Enfarkt, Trauma

PS-0577 Travma acilleri

Crush Type Hand Injury

Mehmet Gül, Elif Özsağlam, Fulya Köse, Hanefi Arslan, Basar Cander
Emergency Medicine Depertmant of Meram Medical Facultiy, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Hands are the most active part of the upper extremities and the most needed organ for performing routine daily operations. Therefore it has been observed as the part of the human body that is most prone to injuries. Nowadays approximately 20% of the cases that applied to emergency services due to injuries include hand injuries. Hand injuries are seen increasing in direct proportion to industrial development level and we also had reported a case of hand injury in form of occupational accident (fan cut).

CASE: 35 years old male patient had been brought to the trauma department of our emergency service by 112 teams via ambulance with occupational accident (fan cut) complaint on his right hand.the conducted physical examination revealed that the patient had crush type injury on his right hand beginning from just under his right elbow to his fingers. Right arm ulnar and radial pulses were intact. The cleaning and the medical dressing of the wound had been done. Dual antibiotic prophylaxis and tetanus vaccination had been applied to the patient. Patient had been supplied with analgesia and fluid treatment and bilateral hand, radius-ulna x-rays, PA lung x-rays had been taken. Blood center had been contacted and 4 units of erythrocyte suspensions and 2 units of fresh frozen plasma had been prepared. Plastic surgery was consulted and patient was admitted to plastic surgery service for further treatment.

RESULT: hand injuries are commonly seen and cause significant permanent work force losses. These injuries can include skin, tendons, nerves, blood vessels and bones. Injuries are mostly seen in young males and on dominant hands. The crush type injuries occur in industrial fields are infected and unclean injuries. With the fact that hand injuries mostly do not pose thread to life, they are very important due to significant function losses, workforce losses, high cost treatment modalities and lifetime disability results. With early and sufficient fluid replacement therapies, it is possible to prevent kidney function loss in crush syndrome. The treatment results of these kinds of injuries are dependent on multiple factors. Among these factors; prehospital immediate aid, the time for arrival to the surgical center, preparation of the treatment plan according to preoperative assessment and findings, detection of the damaged structures and their repairs with appropriate order, accessibility of necessary technical equipment and feasibility of post-operative fallow up and rehabilitation programs can be counted as important ones.

KEYWORDS: crush sendromu, trauma, hand injury

PS-0578 Travma acilleri

LAD Damage Due to Firearm Injury

Başar Cander[1], Fatih Altunay[1], Aliye Nur Gökal[1], Muhammed Raşit Özer[2]
[1]*Department of Emergency, Necmettin Erbakan University, Konya,Turkey*
[2]*Department of Emergency, Education and Research Hospital, Konya,Turkey*

INTRODUCTION: Firearm injuries (FI) are high-energy traumas and constitute the majority of patients admitted to the emergency services following blunt and penetrating injuries (PI). On admission, the non-operative treatment approach used for blunt injuries is not being used for firearm injuries and patients are sent to operating room regardless of their hemodynamic stability. Among the penetrating injuries; mortality of firearm injuries are two times higher compared to the mortality of injuries caused by other penetrating objects. Mortality in penetrating thoracic injuries is lower compared to blunt thoracic traumas. This is due to affected area is smaller and coexisting organ injuries are little in number.

CASE REPORT: 60 years old male patient was brought to the emergency department by 112 teams due to firearm injury around evening hours. Initial examination of the patient consisted of Glasgow coma scale of 3 points and no spontaneous respiration and no cardiac apex beat and an approximately 1 cm wide firearm projectile entry point on upper left quadrant of the patients abdomen approximately 5 cm further from the abdominal midline. CPR was performed for approximately 15 minutes, regained spontaneous circulation afterwards, and FAST ultrasonography was performed in resuscitation room for further analysis. There was no intraabdominal free fluid. On the abdominal computed tomography (CT), metallic foreign bodies were apparent on right liver lobe at 7th segment level. Also again in right liver lobe 5th segment level; millimetric metallic foreign bodies were apparent. On thorax CT; bone destruction throughout the bullet trace on anterior thoracic wall, left parasternal area and through the skin to mediastinum and right heart neighboring was observed clearly and hemorrhagic changes in soft tissues were apparent. The patient was operated by general surgery and cardiothoracic surgery. Thoracotomy was performed on the patient under the influence of possible mediastinum injury accompanying liver injury and myocardium was observed damaged on heart apex without ventricle penetration and LAD was observed ruptured. Patient was considered exitus due to non-pulsatile haemorrhage during thoracotomy.

CONCLUSION: At the present, high-energy weapon injuries are seen common not just in battle fields but also in daily life. Therefore it is greatly important to determine the exact injuries and surgical treatment pathways for those types of injuries including heart and coronary artery injuries.

KEYWORDS: Firearm injury, Lad, coronary

PS-0579 Travma acilleri

Amputation Due to Electric Burn

Sedat Koçak[1], Hanifi Arslan[1], Fulya Köse[1], Elif Özsağlam[1], Başar Cander[1], Mehmet Dadacı[2]
[1]*Emergency Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey*
[2]*Plastic Surgery Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey*

INTRODUCTION: Electric burns are in a wide spectrum starting with simple and non-therapy dependent injuries to injuries causing extremity losses and might result with death. Electric based injuries mostly result with electric burns; however these injuries might end up with fractures and dislocations due to blunt traumas or muscle contractions. As a result, function disorders, amputations and other secondary complications from burns can occur (1). Our case is reporting the amputations of a patient due to burns and trauma caused by fall from a higher ground after electric shock.

CASE: The 21 years old patient had been brought to our emergency department after being exposed to electric shock and fall from 2 meters high. The patient was conscious at the arrival. He had 2nd and 3rd degree burns on his bilateral extremities, especially concentrated on the left side extremities, and an open bone fracture on his left tibia. Compartment syndrome had occurred oh the left arm of the patient. Fasciotomy was conducted. Patient was consulted with orthopedic surgery and general surgery departments. Left arm and leg of the patient were amputated. Burnt areas were applied with flaps.

DISCUSSION: Electric burns are commonly seen injuries in our country. Affected extremities might have wide and deep burns and compartment syndrome can occur in early hours. During the examination of compartment syndromes, peripheral pulses are mostly checked. However; serious compartment syndrome affecting muscle and nerve blood supplies might be exist without any discoloration on the fingers or extremity heat changes or even when the distal pulses present. If exists, detection of the compartment syndrome and immediate decompression are vital components to save the extremity. Therefore a detailed systematical examination during the patient's initial physical examination, cardiac monitorisation and detection of additional traumas and application of necessary interventions has vital importance.

KEYWORDS: ELECTRIC BURNS,AMPUTATION

PS-0580 Travma acilleri

Multiple vertebral fractures caused by fall from same-level

Mahmut Egemen Şenel[1], Halit Vicdan[2], Hakan Hakkoymaz[1], Selim Bozkurt[1]
[1]*Department of Emergency Medicine, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*
[2]*Department of Radiology, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*

INTRODUCTION: Lumbar vertebrae are the biggest and strongest of all vertebrae. Therefore, lumbar vertebrae fracture occur secondary to very severe trauma or diseases that weaken the bones like osteoporosis. In young individuals, it generally emerges due to severe traffic accidents or falling from a height.

POSTER BİLDİRİLER

CASE: A 38-year-old male had slipped on snow falled on his back. He was brought to the emergency service with 112 ambulance. He stated that his height was 175 centimeters and his weight was 110 kilograms. In his physical examination; his blood pressure was 130 / 70 mmHg, pulse was 85 per minute. The patient's lower extremity motor strength was bilateral 5 /5 and sensory examination was normal. There was tenderness with palpation on spinous processes of lumbar vertebrae. Therefore, the patient was kept on trauma board and lumbar vertebral CT was obtained. In CT; burst fracture at L1 and compression fractures at L2 and L3 vertebrae corpus endplate facets were demonstrated. Besides, retropulsion towards spinal canal and slight spinal cord compression secondary to burst fracture in L1 were detected. The patient was admitted to neurosurgery service.

CONCLUSION: Although lumbar vertebral compression fractures may emerge in young individuals due to high-energy traumas, its occurrence due to same-level falls in young patients as it was in our case is an unexpected condition. In our case, there wasn't any underlying disease to explain 3 lumbar fractures by a same-level fall and obesity is known to be preventive for compression fractures. It should be remembered that multiple fractures might emerge secondary to low-energy traumas as it had emerged in our case.

KEYWORDS: Low-Energy Trauma, Lumbar Burst Fracture, Lumbar Compression Fracture, Obesity

PS-0581 Travma acilleri

Traumatic dissection of aorta

Rahime Şahin Turan, Abdullah İbrahim, Harun Ayhan, Hayati Kandiş
Department of Emergency Medicine, Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital

Traumatic aortic dissection (TAD) is an uncommon but frequently emphasized entity in trauma management in the emergency department (ED). Prognosis is poor without surgical treatment especially since most patients present with severe associated injuries.

Especially in patients with hemotorax,a detailed aortic examination is required.

KEYWORDS: aorta, dissection, trauma

PS-0582 Travma acilleri

A Case of Asymptomatic Pneumocephalus after Blunt Head Trauma

Remzi Güzel[1], Erkan Günay[2], Kerim Acar[1], Faruk Öztürk[1], Gökhan Elçin[1]
[1]*Department of Emergency Medicine, Menemen State Hospital, Izmir, Turkey*
[2]*Department of Emergency Medicine, Sisli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

BACKGROUND: Presence of air within cranial cavity is defined as pneumocephalus and it is usually associated with trauma, neoplasm, infection, or surgery (1, 2). Usually small amounts of air can be absorbed by the subarachnoid space without any clinical significance (3, 4). However when tension pneumocephalus occurs clinical symptoms like headache, restlessness, confusion, disorientation, hiccups, hemiparesis, anisocoria and meningeal signs, progressive neurological deterioration can be observed and these patients need immediate medical attention including emergency surgery (3). Computed tomography can be used to diagnose these patients (1). We present a case report of asymptomatic pneumocephalus presented to our emergency department (ED).

CASE: 26 year old male patient admitted to our ED after blunt trauma to his head. He denied loss of consciousness and initially he was conscious with a Glasgow come scale of 15. He denied any previous illnesses or medication. His vitals were normal. Physical examination revealed left periorbital and frontal ecchymosis and other system examinations were unremarkable. Laboratory studies were not studied at our department. Brain CT revealed left sphenoidal fracture, left orbital free air and cranial diffuse pneumocephalus without any basis fracture or parenchymal lesions (Figure 1). Patient was given IV antibiotics, vaccination for tetanus and transferred to another hospital for neurosurgery evaluation.

DİSCUSSİON: Pneumocephalitis can be seen for 0.5% and 1% of the patients after traumatic brain injury and occurs when air becomes trapped in the intracranial space (1, 4). Mechanism of pneumocephalus can be described by two proposals. "Inverted bottle" mechanism describes cerebrospinal fluid (CSF) leak through a breach in dura which leads to a decreased CSF that pulls air into the intracranial space (1, 5). "Ball valve" mechanism describes a pressure rise that introduce air to the CSF through a dural defect that does not allow the air to escape (4).

Our patient was diagnosed after brain CT and transferred to a neurosurgery department for further evaluation and follow up. After hospital admission without the need of surgery he was discharged with neurosurgery follow up.

CONCLUSİON: Pneumocephalus is a rare diagnosis and can be seen among ED patients with head trauma without any symptoms. Emergency physicians should be aware of the possible signs and symptoms of pneumocephalus in order to inform their patients and improve management of trauma patients in the ED.

KEYWORDS: Asymptomatic Pneumocephalus, Head Trauma, Sphenoidal Fracture

PS-0583 Travma acilleri

Traumatic Pneumorrhachi

Erkut Erol, Evrim Gül, Mustafa Safa Pepele, Özlem Güler
Department of Emergency Medicine, Elazığ Training And Research Hospital, Elazığ, Turkey

INTRODUCTION: Pneumorrhachis is a rare condition and are usually detected incidentally in radiological examinations while investigating other clinical manifestations. Pneumorrhachis defined as localized air into the spinal canal; it may be localized in epidural, intradural or subarachnoid spaces.

CASE REPORT: A 44-year-old male patient was admitted to our emergency-department due to falling from height. The first findings were GCS:6points-TA:130/60-Pulse:58-SPO2:94 and multiple fractures of the skull, Pneumocephalus and subarachnoid-hemorrhage were present. The second patient was a 52-year-old male who was brought to the emergency department after a traffic-accident. The patient's GCS:4-TA:70/40-Pulse:96-SPO2:93 and skull-fracture, Pneumocephalus, subarachnoid-hemorrhage, pneumothorax, rib-fractures, and retroperitoneal-hemorrhage in the abdomen were present. CT images were obtained after both of the patients were intubated and the vitalsigns were stabilized. In the tomography images, pneumorrachis secondary to pneumocephali extending to C7 was observed in both patients. The patients were admitted to the intensive care unit and they died during the follow up.

DISCUSSION: Pneumorrhachis, can be classified as traumatic, non-traumatic and iatrogenic types depending on the etiology. Usually does not cause any symptoms and is often detected incidentally. Although it is a rare condition, pneumorrhachis secondary to trauma or intervention is seen more frequently than that is due to spontaneous pneumomediastinum or pneumothorax.

In cases of pneumomediastinum, air flows through the fascial planes in the mediastinum. The air flowing along fascial planes may pass into spinal canal through intervertebral neural foramen. There are no obstacles to prevent the air in the chest cavity to expand to the spinal canal. It can be detected in all the spinal canal.

Pneumorrhachis usually asymptomatic or clinically non-specific, and can be diagnosed primarily by diagnostic imaging and clinicians do not play any role in the diagnosis. However, several cases with sensory disturbances have been reported in the literature, although treatment processes in these cases were not different. The air within the spinal cord is prone to migration and is usually resorbed spontaneously within 2-3 weeks. Therefore, patients with pneumorrhachis can be treated conservatively.

CONCLUSİON: Pneumorrhachis is a benign condition which is diagnosed incidentally during investigation of lung or spinal pathologies. Although pneumomediastinum and subcutaneous emphysema may be diagnosed by radiography, pneumorrhachis can be diagnosed exclusively by CT. The management of pneumorrhachis is performed by conservative treatment including rehabilitation programs and medications. It is important to remember that may pneumorrhachis may develop secondary serious injury, and the treatment of primary pathology is preemptive.

KEYWORDS: pneumocephali,pneumorrhachis,trauma

PS-0584 Travma acilleri

Story Buy And Beyond: Bilateral Anterior Shoulder Dislocation A Case Report

Mehmet Ergin, Hasan Babadostu, Nazlı Karakuş Kenan, Mümüne Babadostu, Mehmet Gül
Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty of the Department of Emergency Medıcıne

Although dislocations are commonly observed on shoulder joints, bilateral shoulder dislocations are pretty rare. Neurological reasons are mostly considered for bilateral posterior dislocations and traumatic events for anterior bilateral dislocations. The trauma that caused anterior bilateral shoulder dislocations on our patient was considered as a rare cause and case reporting was seen adequate. With this opportunity we also addressed some of other bilateral shoulder dislocations and etiological causes in our report.

KEY WORDS: Bilateral anterior shoulder dislocation, trauma, intoxications.

53 years old female patient had applied to our emergency department via 112 teams with dizziness and severe pain on her both upper extremities started 30 minutes ago. Patient was very agitated during arrival. She was screaming that she can't move her arms and "I am paralyzed". Central imaging studies were conducted for the patient to eliminate central causes. No acute pathologies were detected on brain ct and diffusion mri. Then patient was send to pa lung x-ray and bilateral shoulder dislocations were seen. The knowledge of the patient that she had eaten papaver somniferum leaves after she got angry and fell due to dizziness later was obtained after the patient's general condition was improved.

DİSCUSSİON: Stability on the glenohumeral joint is ensured only by muscles, tendons and the capsula of the joint and therefore dislocations are common. Anterior shoulder dislocation is the most common and caused by overextension, overabduction and forced external rotations. Although shoulder is the site that most of the joint dislocations occur, bilateral shoulder dislocations are pretty rare. Causes for posterior bilateral shoulder dislocations are sudden seizures and convulsions after electric shocks, grand mal seizures on epileptic patients and other sudden muscle contractions due to various reasons. In 1969, Prillaman had reported a bilateral posterior shoulder dislocation case on a diabetic patient of his that occurred during a sudden consciousness loss.

RESULT: Etiology is mostly observed as traumas on bilateral anterior shoulder dislocation cases. The etiological cause in our case, fall and intoxication, is considered as a very rare cause. As a result, bilateral shoulder dislocations should be considered for patients with pain and motion restriction on both shoulders that occurred as a result of various causes and radiological assessments must be done.

KEYWORDS: Bilateral anterior shoulder dislocation, trauma, intoxications.

PS-0585 Travma acilleri

An Uncommon Presentation of Non-traumatic T1 Vertebrae Fracture: Case Report

Nurullah Tarhan, İrfan Kala, İsmail Ağı, Sultan Erdil Ülgen, Binnur Eşfer, Fatma Yorulmaz, Sebil Merve Şen, Miray Baba
Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Thoracic vertebrae is a stable structure. Strength of the thoracic vertebrae increases 3 times more due to togetherness with rib cage. Injury of thoracic vertebrae is seen rarely and requires high energy trauma. Spine passes through a narrower channel in thoracic vertebrae than in lumbar and cervical vertebrae, thus once fracture of vertebrae occurs, tendency and risk of spine injury increases. Fracure of spinous process of thoracic vertebrae is seen when hyperflexion of neck and increased tension of erector spinal muscle occur. We will present here an interesting case with nontraumatic fracture of T1 vertebrae due to sudden movement of the neck.

CASE: 27 year old patient presented to our emergency department (ED) with anxiety and conversion disorder after his wife was performed curretage and loss of his baby. He admitted that he shaked his head much and he hitted his extremities while living his pain and aggression. He denies to direct trauma to the head or neck. Vital signs were stable. (BP:155/93 mm/Hg, PR: 88/min, BT: 36.5 C, SaO2: 99%). Initial physical examination revealed out no pathology except mild tenderness located on C7 and T1 conjuction. Cervical two sided x-ray didn't show quit well the T1 and C7 vertebrae thus we performed cervical ct to patient which showed fracture of spinous process of T1. His anxious status and agression developed normally so that he was accepted for outpatient follow-up with Philadelphia cervical collar..

CONCLUSION: Emergency physicians meet the patients with anxiety, conversion and dissociative disorders and these patients generally don't require emergent treatment but detailed history and physical examination should be performed for such possible suicide attempt, trauma or other medical problems. Thoracic vertebrae fracutres should be hospitalised when corpus and spinal nerve associated injury are the clinical findings. Fractures of other parts of vertebrae should be monitored for concomitant injury of pulmonary or renal structures.

KEYWORDS: psychiatric disorder, trauma, vertebrae fracture.

PS-0586 Travma acilleri

Isolated Bilateral Humerus Fracture: Case Report

Sultan Erdil Ülgen, İrfan Kala, İsmail Ağı, Miray Baba, Fatma Yorulmaz, Vicdan Koçak Metin, Binnur Eşfer, Muhittin Serkan Yılmaz
Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Humerus fractures are the third common fractures in elderly population following hip and radius fracture respectively. It accounts 6.9% of all fractures. Proximal humeral fractures are detected more frequently in elder people than in younger population with the average age of 65. Humeral fractures generally require orthopedic consultation to obtain further treatment to avoid concomitant injury such as radial nerve palsy, the most common complication seen with humeral fracture. Bilateral humerus fractures are quite uncommon in emergency departments and it is generally associated with multisystem trauma. We want to represent here isolated bilateral humeral fracture which is not associated with any other injury following a pedestrian accident.

CASE: 58 year old male patient was presented to our emergency department (ED) by an ambulance following a car hitting him. First evaluation of patient was performed and there were no life threatening injury condition noted during primary survey. Vital signs were stable and patient was pointing out the pain of his shoulders. There was not obvious trauma sign associated with the head, neck, thorax, abdomen, pelvis and lower extremities. Blood pressure was 130/91, PR: 81/min, SaO^2: 93%, BT:36.7°C. Physical examination showed tenderness and joint movement failure of bilaterally proximal humerus. We accounted the pedestrian injury as high energy trauma thus we obtained FAST USG beside the trauma graphies in which was free fluid not seen. We detected fractures of bilateral humerus proximally located on head of humerus bilaterally. Neurologic and circulation examination of both upper extremities were normal and lack of movement of humerus was noted. Immobilisation of humerus was performed and we consulted patient to orthopedics who decided surgical intervention to maintain extremity activity and and to avoid morbidity.

CONCLUSION: Pedestrian injuries must be accounted as high energy trauma and search any other injury beside obviously detected. Bilateral humeral fracture indicated high energy trauma also but we didn't note any other concomitant injury. This condition is rare in emergency departments and it makes our case interesting. The most common complication of humeral fractures is the neuronal injury. Emergency physicians should immobilize the fractured extremitiy not to cause further vascular or neuronal injury and early orthopedic consulatation requires for further follow up and surgical treatment.

KEYWORDS: emergency department, bilateral humerus fracture, pedestrian, trauma.

PS-0587 Travma acilleri

Pneumomediastinum After Blunt Neck Trauma

Rahime Şahin Turan, Abdullah İbrahim, Harun Ayhan, Hayati Kandiş
Department of Emergency Medicine, Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital, Istanbul,TURKEY

Pneumomediastinum is a clinical state with high morbidity and mortality due to complications it causes. It should be considered that it can develop and also accompanied by pneumothorax even without trachea and esophagus injury after blunt neck, face and eye traumas.We present a patient with pneumomediastinum a result of blunt neck trauma.

KEYWORDS: chest pain, neck trauma, pnömomediastinum

POSTER BİLDİRİLER

PS-0588 Travma acilleri

Firearm injury on face and the ABC approach

Mehmet Ergin, Alpay Tuncar, Merve Güven, Elif Özsağlam, Mehmet Gül
N Erbakan Univ Meram Medicine School Emerg Med Dep - Konya / TURKEY

INTRODUCTION: Face and neck area contains a large number of vital anatomical structures. Face-neck injuries constitutes 30% of all firearm injuries. Its incidence had been reported higher in males and the black race and death due to these injuries had been reported higher among young population.

CASE REPORT: A 20 years old male patient had been brought to our emergency department by 112 teams due to firearm injury with suicidal purposes. During the initial examination, patient was unconscious, his blood pressure was 110/50 mmHg and his heart rate was 72 puls/min. Patient had a lesion on his face that started down from mandible mentum and spreads through both mandible corpus, zygoma and frontal bone that contains skin defect and segmental fractures. On the physical examination, respiratory sounds were decreased and other systems were natural. Patient was entubated during the initial examination on the resuscitation chamber. Further studies were conducted following secondary examination. CT scans revealed that frontal sinus anterior wall had been damaged but the posterior wall was intact, brain edema existed and nose was unapparent, multiple fractures on anterior of the mandible, bilateral maxillofacial and orbital regions. Patient was examined by neurosurgery, plastic surgery and ophthalmology departments and admitted to the emergency department critical care unit. Then the patient was transferred to the reanimation department intensive care unit. The patient had been operated twice by plastic surgery and his face had been reconstructed. Patient had been transferred to the plastic service after his general state had been improved. In there, the patient had been discharged.

ARGUMENT: Severity and degree of tje injury that occured in these conditions are dependent on the ballistic properties of the bullet during impact (3-4). We were unable to detect any major vascular or neural injury on our patient but just mandible and soft tissue injuries. This case had been reported as an example for emergency department approach to head-neck injuries.

Clinical appearance may not be as what is seems to be in catasthrophic injuries. In these kinds of situations emergency medicine experts must remember and apply the traditional ABCDE approach. On the other hand; airway obstruction possibility for patients send to radiology department for imaging purposes must be identified well especially on injuries involving head&neck and endotracheal intubation shouldn't be disregarded.

KEYWORDS: ABC approach, Face-neck injuries, Firearm injury,

PS-0589 Travma acilleri

Fireworks Trauma

Canan Akman, Ekim Saglam Gurmen, Serkan Dogan, Zeynep Saral Ozturk, Tarik Ocak
Department of Emergency Medicine, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION: They are known as pyrotechnic tools with low exploding effects. Their common features are the triggering operation mechanisms and the production of light, sound and smoke by moving in the air. They may have different colors and forms according to their modifications. They may lead to severe injuries and also to disablement if used out of security measures. For their safe use, an angle of 75º and a distance of 5 meters shall be respected. In our presentation, we aimed to present the case of a patient with lips and eyes trauma developed due to fireworks operated out of sufficient safety measures.

CASE: The 17 year-old patient taken to our clinic presented a pricking sensation in right eye and cyanosis in the right section of the upper lip. In his history, it has been determined that the particles of fireworks operated by his friend during entertainment have burnt his upper lip and eye pricking sensation has started at the same time. In the examination, an epithelial defect on the right cornea and a cornea damage of 03x03 cm has been observed. Ecchymosis has been observed in the mucosa of right section of the upper lip (Figure 1-2). The patient, for which a symptomatic treatment has been started, has been discharged with recommendations.

RESULT: Our aim was to Show the potential negative effects of fireworks on human health used for fun, without safety measures, due to their firing mechanisms and their gunpowder content.

KEYWORDS: Burns, fireworks, trauma

PS-0590 Travma acilleri

Tracking of the postmenapousal patients reffering with blunt chest trauma

Gökhan Taş[1], Abdullah İbrahim[1], Burhan Aydin[1], Özgür Bekar[1], Hayati Kandis[2], Rahime Şahin Turan[1], Şahin Çolak[1]
[1] *Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine*
[2] *Düzce University Medical Faculty Department of Emergency Medicine*

INTRODUCTION: Each year,the number of patients admitted to the emergency room is around 90 million in our country. 20 million of them are trauma patients. It's because of the high number of patients, tracking and counselling is of critical importance. Blunt chest injuries constitute one-quarter of all fata linjuries. Therefore postmenopausal women admitted to the emergency department with blunt chest trauma should be monitored for complications that may occur secondary to thoracic trauma.

CASE: A post menapousal woman was admitted to the emergency department with blunt chest trauma. Her physical examination did not reveal any pathology. A computer tomography (CT) of the chest taken on arrival was evaluated as normal. Two days later the patient returned to the emergency department and complained of increased chest pain.This time her physical exam showed tenderness in her right chest. Thoracic CT scans were taken again and fractures of the 7th, 8th and 9th ribs on the right side were detected. There was also pulmonary contusion on same side.

CONCLUSİONS: Rib fractures,the most common bone injuries in chest trauma, have been identified in approximately 50 percent of hospitalized patients. According to their causes bone fractures are divided into 3 groups as: traumatic, pathological and stres fractures. Most fractures are caused by significant trauma to healthy bones.Pathological fractures are usually secondary to an underlying malignancy andosteoporosis. Stress fractures can be seen as a result of repetitive trauma of the bone structure.Most of rib fractures encountered in the emergency department are post traumatic fractures. As a result, for postmenauposal women with blunt chest trauma, even if there are no pathological findings on the initial radiologic imagings, these patients should be tracked for spontaneous ribfractures and secondary lung injury.

KEYWORDS: postmenapousal, chest trauma, rib fractures.

PS-0591 Travma acilleri

Isolated femoral dislocation without fracture

Gökhan Taş[1], Ahmet Özbek[1], Abdullah İbrahim[1], Mustafa Ahmet Afacan[1], Şahin Çolak[1], Hayati Kandiş[2]
[1] *Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine*
[2] *Düzce University Medical Faculty Department of Emergency Medicine*

INTRODUCTION: Traumatic hip dislocation is a medical emergency and needs to be treated immediately, ideally within 6 hours. That is because the injury stops blood from reaching the top of the femur, depriving the bone of its vital oxygen supply. Unless the dislocated hip is replaced in its socket promptly and normal circulation is restored within the hip joint, the top part of the femur can be permanently damaged. This permanent damage is called avascular necrosis.

Because traumatic hip dislocations often occur during serious high-impact accidents, up to 50% of patients also have a fractured bone in some part of the body, particularly in the upper part of the femur.

CASE: 65 year old female patient was brought to the emergency room by 112 team after a fall. Femoral radiographs taken, showed femoral dislocation. Our patients did not reveal any problems, except for the dislocated femoral head. Femoral dislocation occurs after severe trauma. Dislocations are usually accompanied by fractures. An orthopedic consultation was done for patient with isolated femoral dislocation. The patient was operated on urgently.

CONCLUSION: Femoral dislocation that occurs after severe trauma cases are usually accompanied by fractures. The femoral head can cause severe vascular injury that can cause aseptic nec-

rosis.. Isolated femur head disloaction that is not accompanied by fractures, as in our case, are very rare. Emergency physicians should be aware of such cases as they should not be missed.

KEYWORDS: isolated femoral dislocation.trauma, femoral fracture

PS-0592 Travma acilleri

Eye trauma is not a joke

Gökhan Taş[1], İlhami Demirel[1], Abdullah İbrahim[1], Hayti Kandiş[2], Mehmet Özgür Erdoğan[1], Mehmet Koşargelir[1]

[1]*Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine*

[2]*Düzce University Medical Faculty Department of Emergency Medicine*

INTRODUCTION: Eye trauma is one of the leading cause of blindness and vision disorders that may result in low quality of life. The smallest ocular trauma, other than the pain and discomfort may also result in loss of labor force as well as financial burden in treatment. Eye trauma constitutes 7% of all body traumas and 10-15% of of all eye disorders. This is a stressfull period both for the ocular trauma patient and the physician as visual loss and the resulting blindeness may not be fully avoided.

CASE: 31 year old female patient was brought to the emergency room after a road traffic accident.

In her physical examination the patient had several cuts on her face, edema and echimosis of both eyes. The patient whose GCS was 15 was unable to open her eyes because pain and edema. A computed tomography of the orbita showed: hematoma of the right orbita wall, perforation of the right eye and nasal fracture. Ophthalmology consultation was sought and the patient underwent emergency eye operation. Right eye perforation repair, left eye conjunctiva exploration and eye lid repair was done. The patient followed up and discharged with 50-60% right sided visual loss and full blindness of the left eye.

CONCLUSION: Eye trauma is a general health problem that causes a big burden on functional, medical and socio-economical life of the person and the society as a whole. Eye trauma is important since it can be prevented. Eye injuries a very common in traffic accidents. Eye trauma patients must be quickly evaluated, the necessary imaging studies and operations carried out as soon as possible to prevent visual loss.

KEYWORDS: eye trauma,visual loss,orbita trauma.

PS-0593 Travma acilleri

A Clinical Uncommon Condition Following Ocular Trauma: Ectopia Lentis

İrfan Kala[1], Sebil Merve Şen[1], Sultan Erdil Ülgen[1], İsa Başpınar[2], İsmail Ağı[1], Binnur Eşfer[1], Metin Özdemir[1], Muhammed Evvah Karakılıç[1]

[1]*Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Emergency, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

OBJECTIVE: Ectopia lentis is a rare condition that is described as the displacement of crystalline lens of the eye (lens dislocation) following a trauma or due to hereditary systemic disease. Incidence of lens dislocation is not known but trauma accounts for the most common cause, thus males are effected more then females because males are more prone to ocular trauma. Visual problem creates the main symptom of lens dislocation. Treatment of the disease vary for etiologic changes either trauma or systemic problem. Trauma associated lens dislocation may be treated medically and surgically. We want to share our experience about a patient who had lens dislocation following a trauma.

CASE: 44 year old male patient presented with complain of lack of visual disturbance and cut of lower eyelid. He said that a metalic coil shooted out to his right eye during repairing a machine at his home.He denied any other trauma. Vital signs were stable. Physical examination showed the 3 cm of vertical laceration of lower eyelid and red eye. His visual status of left eye was normal but he said that he saw extremely blurry with right eye. Crepitation on facial bones was not noted. We performed an Orbita Computed Tomography (CT) axially and coronally to the patient. CT demonstrated the dislocation and posteriorly located of the lens of right eye (in vitreous). We consulted patient to eye surgery and he was hospitalised for surgical intervention.

DISCUSSION: Ectopia lentis is a rare and uncommon condition, must be considered in patients visiting the ED with direct ocular trauma and emergency physicians should be aware of complications of lens dislocation such as acute glaucoma. Treatment of anterior dislocation is initially medically by providing mydriasis and cycloplegia to permit posterior migration of the lens behind the iris. But treatment of the lens dislocation in vitreous requires surgery like how our patient needed thus we consultated patient to eye surgery eventually.

KEYWORDS: eye, lens dislocation, ocular trauma.

PS-0594 Travma acilleri

Isolated scapular fracture

Gökhan Taş[1], Abdullah İbrahim[1], Burhan Aydin[1], Mehmet Koşargelir[1], Mustafa Ahmet Afacan[1], Hayati Kandiş[2]

[1]*Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine*

[2]*Düzce University Medical Faculty Department of Emergency Medicine*

INTRODUCTION: Shoulder injuries are common in the emergency settings and depending on the force of trauma, farctures of the humerus, clavicular, scapular and the ribs may ocur. The common mechanism for scapular fracture can be due to direct force to scapular or to the shoulder and falling with the hands in an extended position. Isolated fracture of the scapular is an uncommon injury. The patients typically complains of localised pain on the scapular or pain on ipsilateral adduction of the shoulder.

CASE: 72 year old man presents to the emergency department after falling on his shoulder. On physical examination there was tenderness on his left shoulder, pain on shoulder adduction of the left shoulder, limitation of shoulder movement and localised tenderness on the left scapular.A thoracal computer tomography showed an isolated scpular fracture. The patient was followed up for 24 hours and discharged with velpau bandage and analgesics.

TARTIŞMA: Scapular fractures usually occurs in young patients following high energy traumas.These fractures are usually accompanied by lung and other thoracal injuries. Isolated fracture of the scapular is an uncommon injury. As in our patient we should bear in mind that old trauma patients without tenderness of the ribs or any pathologic lung signs may also have isolated scapular fracture.

KEYWORDS: scapular fracture,shoulder injuries, thorax trauma

PS-0595 Travma acilleri

Predictive Value of Neutrophil Lymphocyte Ratio and Wells Score in Patients with Pulmonary Embolism After Trauma

Yılmaz Zengin[1], Mustafa İçer[1], Hasan Mansur Durgun[1], Ercan Gündüz[1], Recep Dursun[1], Mehmet Gem[2], Mahşuk Taylan[3], Cahfer Güloğlu[1]

[1]*Department of Emergency Medicine, Dicle University, Diyarbakır, Turkey*

[2]*Department of Orthopedics and Traumatology, Dicle University, Diyarbakır, Turkey*

[3]*Department of Chest Diseases, Dicle University, Diyarbakır, Turkey*

OBJECTIVE: Trauma patients have a high risk of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. There are very few studies that apply Wells scoring, which is the most commonly used instrument for the early diagnosis of the trauma patients who are at risk of and suspected of suffering from pulmonary embolism. In recent years, the neutrophil lymphocytes ratio in peripheral blood has been suggested to be used in pulmonary embolism diagnosis as a good marker of inflammation. This study aims to investigate the efficiency of NLR and the Wells score for predicting pulmonary embolism in patients who are admitted to the emergency department due to trauma.

METHODS: In this study, 7,321 trauma patients were retrospectively examined. Following the trauma, 76 patients who were admitted to the emergency department again within one month and received computed tomographic pulmonary angiography under suspicion of pulmonary embolism were divided into two groups (i.e., a pulmonary embolism group and a non-pulmonary emboli group), according to the tomography results and after the NLR and Wells scoring were calculated and compared according to the patients' clinical findings at the time of application.

POSTER BİLDİRİLER

RESULTS: In this study, 36 people were in the pulmonary embolism group and 40 people were in the non-pulmonary embolism group. In the analysis of the receiver operator characteristics when the cut-off value was 3.2 for NLR, pulmonary embolism was detected with 94.4% sensitivity and 87.5% specificity. When the cut-off is 4 for the Wells score, pulmonary embolism was detected with 83.3% sensitivity and 100% specificity.

CONCLUSION: NLR and Wells scoring may be used to predict acute pulmonary embolism in trauma patients.

KEYWORDS: Neutrophil Lymphocyte Ratio, Pulmonary Embolism, Trauma, Well Score

PS-0596 Travma acilleri

Could ottawa criteria be used by the nurses in triage in order to reduce the crowdedness of the emergency department?

Hilal Hocagil[1], Sinan Karacabey[2], Abdullah Cüneyt Hocagil[1], Gülizar Özgan[3], Sevinç Kanat[3]

[1]*Bulent Ecevit University Faculty of Emergency Medicine, Zonguldak, Turkey*

[2]*Bozok University Research and Training Hospital, Yozgat, Turkey*

[3]*Dr. Lütfi Kırdar Kartal Research and Training Hospital, İstanbul, Turkey*

INTADUCTION: Emergency departments (ED) faces with overcrowding during rush hours. One of the reasons for this overcrowding is simple trauma patiens. Acute ankle and foot injuries are one of the reasons that appeals to ED but in most of these patients there is no fracture detected.

The Ottawa rules are to determine the possibility of fracture and reduce the number of negative radiography.

The aim of this study was to determine the Ottawa Foot Rule sensitivity and specifity when applied by the triage nurses whereby reduce the number of negative radiographies.

MATERIALS-METHODS: This prospective observational validation study designed in a training and research hospital between January 2013 and December 2013 on patients with isolated foot injury.

Triage nurses were given training about Ottawa rules, objective of the study, study protocol examination of foot and practice of Ottawa rules. Nurses independently evaluated the patients and recorded the Ottawa rules for each patient. Triage nurses ordered the radiograph if the patients met the rules. The physicians ordered radiographs that has not ordered by the nurses.

RESULT: A total of 98 patients were evaluated by the trained nurses. The 13,3% of 98 patients who applied the emergency service due to isolated feet trauma are identified with a fracture. The fracture prediction rate of the triage nurses is found to be 14.4%. The four steps criteria is found positive with the 52,9% of the patients without fractures. The sensitivity of the four steps with the fractures is 100%, the specifity is 47,1%.

CONCLUSION: If the Ottawa rules are applied by the nurses in triage, the patient would be evaluated earlier and the visualization would not be delayed, the visualization would be required only from the needed patients, the emergency service crowdedness would be reduced by addressing the patients to the polyclinic examinations who are not thought for the pathology.

KEYWORDS: ottawa rule, emergency department, triage nurses, crowded

PS-0597 Travma acilleri

Temporal bone fracture and hearing loss after motorcycle accident

Abdullah Algın, Abdullah İbrahim, Rahime Şahin Turan, Kaan Yusufoğlu, Mehmet Koşargelir, Hayati Kandiş
Department of Emergency Medicine, Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital, Istanbul,TURKEY

Temporal bone fractures occur from high-energy mechanisms, typically but not limited to motor vehicle accidents. Depending on the truama type,injuries to the cranial nerves and the blood vessels may accompany this fracture. Temporal bone fractures, especially the oblique variety, may impair hearing and cause dizziness. hemotympanum is often present. Either a conductive or sensorineural hearing loss may be present.Generally, but not always, post-traumatic hearing symptoms begin immediately after the trauma.

KEYWORDS: hearing loss,hemotympanum,trauma

PS-0598 Travma acilleri

Late Diagnosis of C1 Compression Fracture

Cihan Büyüksütcü[1], Zeynep Özkök[2], Mehmet Ayrancı[1], Meltem Çöllü[1], Ahmet Demir[4], Behçet Varışlı[3], Sibel Senem Baş[5]

[1]*Department of Emergency Medicine, Göztepe Training and Research Hospital,Medeniyet University,İstanbul,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Necmettin Erbakan University,Konya,Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine, Çanakkale State Hospital,Çanakkale,Turkey*

[4]*Department of Emergency Medicine, Sultanbeyli State Hospital,İstanbul,Turkey*

[5]*Department of Emergency Medicine, Trakya University,İstanbul,Turkey*

İNTRODUCE: C1 fracture seen %5-10 of percent about all of the cervical trauma. These trauma cannot occur a neurological symptoms, but this is unstable and becouse of this we must fasten with cervical color. About %18-25 percent of patients we see some neurological symptoms. Burst fracture makes serious neurological lesion. It must 6 week halo-vest traction, and after that patients must use hard cervical columna stabilizator for about 2-4 week.

CASE: 60 year old male patient reach the emergnecy service with neck and chest pain. He didnt have any medical specialist in his background. After we ask so many qeustion about his history, he said that 20 days ago he fell down from a tractor, and he has a neck pain for about 20 days. On his pyhical examination, he has a cervical pain, but he didnt have any neurological symptoms. we get x-ray but that was normal. After that we planed servical ct, When we see the ct, there was c1 compression fracture on the c1.

Cervical columna stabilization put the patients neck. After neurosurgery consultation, they take the patient neurosurgery service for hospitalization.

DISCUSSION: If patients has a neck pain, we must ask so many question about his history. and it is so important that if x-ray is normal we should see the patients servical ct.

KEYWORDS: C1 FRACTURE, CERVİCAL TRAUMA

PS-0599 Travma acilleri

Aort Rupture Due to Blunt Thoracic Trauma

Sedat Koçak, Hanifi Arslan, Tamer Çolak, Mehmet Akif Önal, Başar Cander
Emergency Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Acute aortic ruptures can occur after blunt thoracic traumas. Traumatic aortic ruptures are the main cause of 18% of mortalities in traffic accidents occur on roads (1). On at least 1/3rd of the patients with aortic blunt trauma do not present any external toracic trauma evidence on the initial physical examination. Our case report is about a patient aortae rupture had been detected on who applied to our emergency department after a traffic accident.

CASE: 17 years old male patient was brought to our emergency department after a traffic accident. Patient's general state was well, conscious was open. He was cooperated. Blood pressure was 110/70 mmHg, pulse rate was 92/min, respiratory rate 21/min and GCS was 14. Initial physical examination revealed tenderness on right chest and decreased respiratory sounds were present on patient's right hemi-thorax. After the imaging studies, left side of the patient was considered hemothorax and right side was as pneumothorax. During the placemet of chest tube, respiratory and cardiac arrest had occurred. He had 1600 cc hemorrhagic discharge from left chest tube. Patient had been undertaken to immediate thoracotomy by cardiovascular surgery and thoracic surgery departments and descendent aortic rupture had been detected during the surgery. Internal cardiac massage had been applied however the patient died.

DISCUSSION: Traumatic aortic rupture is a fatal damage. Autopsy studies suggest that 15% of the blunt trauma deaths occur due to aortic ruptures. Rupture occurs on aorta at isthmus level

on 90-95% of the cases (2). Sensitivity of the lung x-ray for diagnosis is 90% and specificity is 10%. Contrast aortography is the golden standard for diagnosis (3). Aortic rupture possibility for the patients applied with blunt thoracic traumas must not be missed as in our case.

KEYWORDS: Aort rupture,thoracıc trauma

PS-0600 Travma acilleri

Sternoclavicular Joint Dislocation in Older Patient

Ayşe Işık[1], Can Gökay Yıldız[1], Mustafa Öztürk[1], Bora Çekmen[1], Emin Fatih Vişneci[1], Başar Cander[2]

[1]*Department of Emergency,Konya Resarch and Education Hospital,Konya,Turkey*

[2]*Department of Emergency,Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty,Konya,Turkey*

INTRODUCTION: While the SCJ is the most frequently mobilized, non-axial joint, it is the least frequently dislocated one. This is due to stability provided by the sternoclavicular, interclavicular and costoclavicular ligaments. Although sprains of the SCJ are common, dislocations are rare because they require a complete rupture of the costoclavicular ligament. The ratio of anterior to posterior dislocations is approximately 9 to 1. Motor vehicle crashes and sports injuries are the most common causes of SCJ dislocation.

CASE: A 84-year female patient hit her shoulder after falling down and applied to our emergency department via 112 call center with pain-swelling complaints. The patient's physical examination showed swelling and sensitivity in her left clavicular proximal. Her pulses were palpable and she did not have any defects. Her lung sounds were normal. The patient had fever 36.2, blood pressure 140/90,heart rate 84, saturation 97. In her history HT was available.

As a result of imaging, the patient had luxation in her proximal clavicula. The surgical joint stabilization was not given to the patient since she did not have any extra organ damage, the patient was discharged after the velpeau bandage application.

AS A RESULT: The SCJ is infrequently dislocated, with most of these dislocations anterior. The sternoclavicular joint dislocation is a rare situation without extra organ damages in this old patient. This is not expected so after a trauma with low energy.. Posterior SCJ dislocation has the potential to include serious or life threatening associated intrathoracic injuries.

KEYWORDS: sternoclavicular joint, dislocation, older patient

PS-0601 Travma acilleri

Patella dislocation after minör trauma

Ayşe Işık[1], Mesut Yıldız[1], Nurser Muraçal[1], Medine Akkan Öz[1], İsmail Aktaş[1], Başar Cander[2]

[1]*Department of Emergency,Konya Resarch and Education Hospital,Konya,Turkey*

[2]*Department of Emergency,Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty,Konya,Turkey*

INTRODUCTION: Traumatic patellar dislocations consist of 2-3% of all knee injuries. For patellar dislocations in normal knees, very severe trauma is necessary. In these patients, the underlying dysplasia is often available like in all patellofemoral instabilities. The most frequent dislocation is lateral dislocations. The rarely seen medical dislocations are generally iatrogenic, result from inappropriate lateral relaxation or excessive medialization of tibial tubercle and reduce by itself. Traumatic patellar dislocations are one of the most important reasons of acute traumatic hemarthrosis in childhood and adolescence. In this presentation, we aimed to show the reduction of patellar dislocation resulting from minor trauma with low energy.

CASE: A 16-year male patient was brought to our emergency department by the 112 emergency call center with the reasons of pain, edema, deformation and movement defects in his left knee joint after hitting the bar with his foot and falling down. In his physical examination, lateral patellar subluxation as well as pain, edema, movement limitation with 90º flexion and extansion in his left knee were available. Crepitation was not taken during his examination. Patellar pulse, dorsalis pedis and tibialis posterior pulses were taken. In his background the patient did not have any known diseases and use any drugs. The patient was performed a closed reduction after sedoanalgesia in the emergency department and his leg was extended. His pulse was checked. Two-way direct graphy of knee joint was was done. It was seen that patella was available in the anatomic localization, any fractures were not determined. The long leg splint was applied. The patient who was suggested to have an analgesic treatment and elevation, discharged from the emergency department.

AS A RESULT; Traumatic patellar dislocations are a clinical situation which is rarely seen,mostly reducted by itself and expected after traumas with high energy. Traumatic patellar dislocations can be reduced successively when applied to the emergency department.

KEYWORDS: patellar dislocation, minör trauma, rare case

PS-0602 Travma acilleri

Blunt Thorasic Trauma Based Diafragma Rupture

Ayşe Işık[1], Can Gökay Yıldız[1], Burak Polat[1], Esma Arslan[1], Emin Fatih Vişneci[1], Bora Çekmen[1], Başar Cander[2]

[1]*Department of Emergency,Konya Resarch and Education Hospital,Konya,Turkey*

[2]*Department of Emergency,Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty,Konya,Turkey*

INTRODUCTION: Diyaphgram injuries are very rare, result from generally penetrant, less often blunt traumas. Diyaphgram injuries occur with the reasons of blunt, penetrant, iatrogenic and spontaneous injuries. 90% of diyaphgram injuries after blunt trauma consists of young adults having traffic accidents. The injury rate accompanied by intraabdominal injury is known to be 60-100%. In this case we researched a patient with diaphgram rupture accompanied by pneumothorax but no abdominal injury, who was brought to the emergency department after the traffic accident.

CASE: A 58 year female patient was brought to the emergency department via because of the traffic accident. In the patient' general systemic examination, In the lateral part of her right chest cage, pain, sensitivity and ecchymotic appearance were available. Her abdominal examination did not have any defence and rebound. Any feature was not seen in her extremity examinations. The patient was conscious, oriented and cooperative. She had Glasgow coma score 15, heart rate 84/min, O2 saturation 99, blood pressure 130/80, respiratory rate 14. Her anamnesis showed that she had crashed her right chest cage on the door of the car and she did not have any beat somewhere. The patient whose general situation was good, With the thorax BT imaging, the displaced fracture lines were followed on the right 7th, 8th, 9th, 10th and 11th ribs, appearance compatible with pneumothorax in the right hemithorax and air density compatible with subcutaneous emphysema were available. Also, the right hemidiaphragm was highly localized, in the anterior part some defects of almost 3 diameters and mesenteric fat tissue extending to heart were followed. It was in favour of traumatic diaphgram rupture. Heart and mediastinal structures were observed to shift to the left. The patient expert was inserted a thorax tube and sent to the operating room for surgical care of diaphgram rupture.

DSICUSSION: Due to the sudden pleuroperitoneal pressure gradients resulting from diaphgram injury in blunt traumas, it is considered to have acutely kinetic energy transmission to diaphragmatic cupolas and diaphragmatic lacerations. Then thoracic herniation occurs in intraabdominal organs. To determine diaphgram injury on time is problematic.

Diaphgram rupture may be ignored in the patients with blunt trauma since other organ damages may happen more seriously. Because diaphgram is closely related with intrathoracic and intraabdominal organs, the extra injuries are possible at the level of 52-100%. Focusing on the extra injuries and not ignoring diaphgram injury will reduce mortality and morbidity.

KEYWORDS: diafragma rupture, blunt toracal trauma

PS-0603 Travma acilleri

Laparotomy by the flex machine

Sedat Koçak, Alpay Tuncar, Merve Güven, Hakan Güner, Başar Cander
Emergency Medicine Department of Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Penetrating abdominal injuries mostly occur in the shape of penetrating stab wounds and firearm injuries. Workplace related injuries are less common. Organ injuries are seen at high rates such as 60% for penetrating abdominal stab wounds and 90-98% for firearm injuries. In here we reported a case of penetrating abdominal injury occurred by a tool known

as the flex machine, mostly used for metal grinding and sanding.

CASE REPORT: 50 years old male patient was brought to our emergency department by 112 teams due to abdominal cut. Patient's abdomen and left elbow had been exposed to the flex machine at his workplace. Patient was taken to emergency resuscitation chamber. His consciousness was clear, he was oriented and cooperated. During his initial physical examination, his BP was 100/60 mmHg, Pulse 103 bpm, fever 36,4 °C and he had an approximately 10 cm wide horizontally placed abdominal cut on 3-4 cm above the umbilicus and his internal organs were seen as eviscerated from the inspection angle. PA lung and standing total abdominal x-rays were considered as non-specific. Patient was consulted with general surgery during initial interventions and laboratory test requests and the patient was transferred from emergency department to operating room directly. Plastic surgery had involved to the surgery regarding to left elbow cut. Conducted surgery revealed no damage to intraabdominal organs. Abdominal wall was primarily repaired. Patient was observed for one day in general surgery intensive care unit and was discharged with control suggestions at his 2nd day of his admittance to the hospital.

DİSCUSSİON: Penetrating abdominal wounds are mostly seen with intraabdominal organ injuries, depending on the type of the wound. Therefore these patients should be cared under operating conditions. In contrast with the wide wound on the patient's abdomen, his intraabdominal organs remaining intact is a great luck for the patient. On the other hand, this case brings insight to the importance of necessary safety measurements and adequate equipment usage in workplaces.

KEYWORDS: Laparotomy, Penetrating abdominal injuries, the flex machine

PS-0604 Travma acilleri

LUCKY CASE- Lomber Vertebrae penetrating weapon injury

Abdullah Sadık Girişgin, Merve Güven, Alpay Tuncar, Mustafa Kürşat Ayrancı, Başar Cander
Emergency Medicine Department of Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Penetrating spinal injuries mostly occur due to tools such as knives, scissors, bayonets, detached metal pieces and ice picks. Clinical findings present as spinal root cut or cauda equina syndrome (1). Spinal injuries that are caused by penetrating objects approximately %70-90 consist of incomplete spinal lesions. Most of these are clinically similar to Brown-Sequard clinical state (2). At some cases, bone fragments also can cause nerve lesions and subdural, epidural hematomas can be seen on spinal tract.

CASE REPORT: 26 years old male patient came to our emergency department on foot and applied due to the stab wound on his back occurred during a fight.

Patient was monitored in the emergency service resuscitation chamber. His blood pressure was 120/90 mmHg, pulse 72/min and 36,5 degree Celsius body temperature. His initial examination was conducted and a single stab wound (knife) was observed on L1-2 level of the patients back. Patient's neurological examination revealed no abnormal findings. No defense or rebound existed during the abdominal examination. Vitally stable patient had undergone abdominal CT scan to detect vertebrae and intraabdominal organ injuries if presented. Penetrating weapon was seen entered the vertebral space. Patient was consulted with general surgery department for possible intraabdominal injury and neurosurgery for nerve and vertebrae injuries. Then, the patient was admitted to neurosurgery department for surgery. During the surgery it was observed that the penetrating object caused no damage to neural structures and just stuck into vertebrae corpus. Patient was discharged on the 3rd day of his apply to the hospital on foot.

DISCUSSION: The mechanism of affect for non-firearm weapons is mostly dependent on the sharpness of the weapon, effectiveness of the impact and the resistance of the tissue it encounters. Sharper the blade less damage it inflicts to the body. As the sharpness of the weapon decreases and tissue resistance increases, effectiveness of the impact become more important. Their incidence is lower compared to firearm injuries. The weapon from our case was quite sharp, however it had encountered with a tough surface and it stuck on vertebrae corpus and unable to cause spinal injury. Also, although these kinds of traumas mostly include (70-90%) spinal injuries, our case revealed none.

KEYWORDS: Penetrating spinal injuries, penetrating weapon injury, vertebrae injuries

PS-0605 Travma acilleri

Traumatic Pneumomediastinum in A-10-Year-Old-Girl

Sema Avcı, Eren Usul, Aynur Ecevit Kaya, Engin Deniz Arslan, Seda Özkan
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Ankara

INTRODUCTION: The mediastinum involves trachea, esophagus, heart, great vessels, lymphnodes, thoracic duct, thymus and nerves that take spart in between vertebrae and sternum. Pneumumediastinum can be secondary to astma, smoking, illicit drug using, blunt chest trauma and also can be spontaneous. Traumatic pneumomediastinum with other injuries may have many complications. Blunt chest trauma causes alveolar rupture, followed by dissectionalong the bronchoalveolar structure and air spreads to mediastinum. This pathogenesis of pneumomediastinum known as Macklin effect and can be found roughly %40 of cases. Pneumomediastinum can be asymptomatic and also chest pain, cough, stridor and voice changes can be seen. Chest CT images and anteroposterior chestradiography can be used for diagnosis of pneumomediastinum. Tracheatomy, tube thoracostomy, oxygen, antibiotics and endoscopy can be used for necessary conditions. Here in, we reported pneumomediastinum to blunt chest trauma followed by handle barstrike in a-10-year-old-girl.

CASE REPORT: 10-year-old-girl admitted to emergency department after a bicycle accident. There was no previous medical history. On examination, the patient was oriented, alert, conscious, Glasgow Coma Scale was 15, there was dermabrasion at left second anterior rib and subcutaneous emphysema in the neck and chest.The respiratory sounds were decreased and the patient had voice changes. There was no relevant pathology in other systems. The vital signs at the admission are as follow: blood pressure 110/70 mmHg, body temperature 36.7°C, respiratory rate 25 breaths/minute, and heart rate 115 beats/minute and oxygen saturation 95%. The laboratory findings were normal. Chest radiography and CT images showed that pneumomediastinum and extensive subcutaneous emphysema. The patient was kept a close watch on resuscitation room. Early surgical intervention procedures was not required for patient due to her stable vital signs. After 12 hours, pneumomediastinum regressed spontaneously.

CONCLUSİON: Emergency physicians should be aware of pneumomediastinum particularly blunt trauma to chest. In addition, physicians should be examine patients with trauma to chest attentively.

KEYWORDS: Trauma, blunt, pneumomediastinum

PS-0606 Travma acilleri

İatrogenic pneumomediastinum

Atıf BAYRAMOĞLU[1], Murat Saritemur[1], Ayça Şahin[1], Sultan Tuna Akgöl Gür[3], İhsan Yüce[2]
[1] *Department of Emergency, Ataturk University, Erzurum, Turkey*
[2] *Department of Radiology, Ataturk University, Erzurum, Turkey*
[3] *Department of Emergency, Regional Training and Research Hospital, Erzurum, Turkey*

INTRODUCTION: Air or other gas in mediastinum evaluated as pneumomediastinum. It can be spontaneous, iatrogenic or traumatic. The most common factor in adults with pneumomediastinum is mechanic ventilation. The air or gases pass from the airway or esophagus was dissected traumatically to mediastinum and subcutaneous tissue.

CASE: A 83 year-old man presenting to emergency service with shortness of breath and bleeding from the tracheostomy space. He had used sink hose for cleaning his tracheostomy. While removing the sink he had bled. Vital sign of the patient is normal except o2 saturation(%82). Trachea was on the middle line, respiratory voices decreased on the right side and he has tracheostomy on his physical examination. Pneumothorax and pneumomediastinum had seen on his thorax tomograpy. Patient was hospitalized to thorax surgery clinic.

RESULT: Emergency physician consider pneumothorax and iatrogenic pneumomediastinum in patient with tracheostomy whom was made unsuitable intervention via tracheostomy cannula. This kind of patients should observe and primer medication should give in the emergency service.

KEYWORDS: pneumomediastinum, iatrogenic, tracheostomy

PS-0607 Travma acilleri

Bullet in The Hand

Fatih Comez, Hatice Topcu, Murat Carus
Department of Emergency Medicine, Bagcilar Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

OBJECTIVE: Gunshot wounds are among the mechanisms of trauma that are one of the most frequent causes of presentation to the emergency services. Damage due to barrel product remnants, which are important elements to define the shooting distance and the entry and exit holes of wounds, should be clearly and precisely defined in both the medical records and forensic reports. The current study presents the case of a patient, who was presumed to have a cut, but actually injured at his hand due to getting caught in the crossfire between demonstrators and policemen during a street altercation.

CASE: A 41-year-old male patient presented to the emergency service stating that he had been caught in the crossfire of an altercation between demonstrators and policemen during an illegal demonstration and was hit by the demonstrators and noticed that his right hand was injured. During the examination and investigation, he stated that it was a simple cut and he considered that the problem was not important and he asked for a simple dressing to be applied. His general condition was good; he was conscious and cooperative. Vital signs were as follows: Arterial blood pressure: 140/80 mmHg, Pulse: 110 beats/min, and glucose: 187 mg/dl. Upon physical examination, the first point standing out was a linear laceration involving the skin and subcutaneous tissue measuring 1.5 cm in length at the volar side of the proximal phalanx of the first finger of the right hand and a hard foreign material was palpated at the volar side of the first metacarpal. The sensorial, motor, and circulatory examinations of the right hand were normal and other system examinations were natural. An anteroposterior-oblique direct graphy of the right hand revealed the image of a bullet from a gunshot at the volar side of the first metacarpal bone of the right hand. The region was anesthetized locally and the bullet was extracted. The wound was primarily closed, tetanus prophylaxis was administered, and the bullet was delivered to judicial authorities.

CONCLUSION: Anamnesis and present complaints of the patients presenting to the hospital due to trauma and expressions of the eyewitnesses that are able to describe the mechanism of the injury are important; however, physical examination irrespective of these factors performed using the knowledge and experience of the physician may reveal a bullet injury in a patient's hand, which was originally thought by the patient to be due to a simple cut.

KEYWORDS: Bullet, anamnesis, trauma

PS-0608 Travma acilleri

The association between blood alcohol levels and the severity of head trauma in patients with minor head trauma

Gökhan Aksel[1], Betül Akbuğa Özel[2], Sertaç Güler[3], Cemil Kavalcı[2], Nurettin Özgür Doğan[4], Şeref Kerem Çorbacıoğlu[5]

[1]*Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul*

[2]*Başkent Üniversite Tıp Fakültesi, Acil Tıp A.D., Ankara*

[3]*Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara*

[4]*Kocaeli Üniversite Tıp Fakültesi, Acil Tıp A.D, Kocaeli*

[5]*Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara*

INTRODUCTION: Alcohol intake is associated with a wide variety of traumatic hazards. Although most authors accept that head injuries are frequently sustained in the state of alcohol intoxication, contributing to major post-traumatic disability and mortality, the specific effects of alcohol exposure on injury severity and subsequent outcomes remain controversial.

MATERIALS-METHODS: This was a prospective cross-sectional study, which compared alcohol ingested and alcohol free patients presenting to the emergency department following minor head trauma according to their severity of head injury. Adult patients presenting to emergency department with minor head trauma, as defined by a GCS score of 15 and blunt trauma to the head are enrolled to the study consecutively. Patients with a blood alcohol level of ≥10mg/dL were defined as alcohol group and <10mg/dL were defined as non-alcohol group (control group). Cranial computed tomography results of two groups were compared.

RESULTS: A total number of 424 patients included in the study and 208 of them composed alcohol group and 216 non-alcohol group. There were 19 patients having (4.5%) positive findings in their cranial computed tomographies. 3 (0.7%) of them had clinically important intracranial injuries while 16 (3.8%) had clinically unimportant intracranial injuries. There was no statistically significant difference in two groups according to patients having intracranial injuries (p=0.273). 22 of the patients needed neurosurgical or non-neurosurgical interventions. Patients in alcohol group needed more operative interventions compared to non-alcohol group (p<0.001).

CONCLUSION: Alcohol did not influence the severity of head trauma while it influenced the severity of whole body trauma. Although not reaching statistical significance, both patients with positive computed tomography results and patients who needed neurosurgical intervention were higher in alcohol-intoxicated patients. We believe that patients with alcohol intoxication need more elaborative evaluation than alcohol free patients in order to detect life-threatening complications in patients with mild head injury.

KEYWORDS: Minor Head Injury, Alcohol Consumption, Emergency Medicine

PS-0609 Travma acilleri

Compartment Syndrome

Fatih Comez, Hatice Topcu, Murat Carus
Department of Emergency Medicine, Bagcilar Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

OBJECTIVE: "Compartment Syndrome" is a painful condition that occurs secondary to trauma due to the accumulation of excess pressure in the compartments of muscle tissue surrounded by the fascial tissues. The presence of systemic findings (symptoms of cardiac and respiratory failure, acidosis, hyperpotassemia, etc...) in patients with compartment syndrome is adequate for the diagnosis of crush syndrome. Dark brown colored urine and myoglobinuria in the urinalysis is practical finding for the diagnosis of rhabdomyolysis. The most practical method for diagnosis is the increase in the level of creatine phosphokinase five times or more than the normal level in laboratories. The current study reports the case of a patient who developed compartment syndrome three days after trauma and had acute renal failure and died during follow-up.

CASE: An 82-year-old male patient was presented to the emergency service with dyspnea, palpitation, and fatigue revealed bilateral crepitant rales on auscultation, edema in the right upper extremity starting from below the elbow and extending up to the fingertips, and ecchymosis. The right radial artery pulse was weak. Vital signs were as follows: Respiratory rate: 26/min, Pulse: 115 beats/min and arterial blood pressure 110/60 mmHg. Laboratory results revealed a pH: 7.22, creatinine: 3.1 mg/dl, LDH 685 U/L, creatine kinase (CK): 2440 U/L and potassium: 4.64 mmol/L. The patient's urine, which was collected by a urinary catheter, was brown in color. His anamnesis revealed a trauma history of falling on his arm three days prior. This weak pulse was attributed to the extremity edema when consulted by cardiovascular surgery. He was consulted by a plastic surgeon, since he had edema causing circulatory impairment at the distal extremity and ecchymosis. He underwent fasciotomy. He was administered serum saline infusion at a rate of 200 ml/hour and was given 4 L/min oxygen by mask. One thousand mg ampicillin sulbactam and 40 mg gentamycin was administered. During follow-up, his acidosis continued, therefore 10 ampules of 8.4% bicarbonate was administered intravenously. He had cardiac arrest during the eighth hour of his follow-up. Cardiac and circulatory functions could not be reversed in spite of 30 minutes of resuscitation and he was accepted as exitus.

CONCLUSION: Acute renal failure caused by rhabdomyolysis, cardiac failure, electrolyte imbalance, and the presence of complications such as infection determine the prognosis of such a patient. Such patients can die despite initial treatment. Early fasciotomy, fluid support, and antibiotic prophylaxis can be lifesaving.

KEYWORDS: Compartment Syndrome, rhabdomyolysis, fasciotomy

POSTER BİLDİRİLER

PS-0610 Travma acilleri

Emergency physicians and multiple trauma

Serdar Özdemir, Oktay Öcal, Tevfik Patan, Rasim Yorulmaz, Selma Damla Özalp, Emre Onur Tosun, Erdem Kurt, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Research and Education Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul,Turkey

INTRODUCTION: Multiple trauma is the major cause of mortality in children and young adults (1-44years old). Most common causes of trauma are road traffic accident, fall from height, gunshot wound. Early death during the first 24h after injury usually results from massive uncontrolled hemorrhage and less frequently fatal traumatic brain injury. Most cases of hemorrhagic deaths occur during the prehospital period. Late mortality often result from sepsis, multiple organ failure or secondary brain injury.

CASE: A 18-year-old male patient was admitted to our Emergency Department (ED) by ambulance with the complaints of blunt injury of the head, thorax and abdomen. He was hit by a car while traveling by car as a passenger. On arrival, he was unconscious (GCS:5) and had signs of respiratory distress (SpO2: 88%on room air, RR: 8/min and sometimes apneic). He was hemodynamically stable (BP: 150/65mmHg, HR:86/min). Central vein access was gained, and blood tests (complete blood count, complete blood chemistry, blood type) were obtained. Intubation was performed immediately. During the initial assessment, there was 5 cm laceration in the occipital and any other external lesions were not observed. After entubation his vital signs were: body temperature 36.1°C; blood pressure 132/72mmHg; SpO2: 98% and heart rate 91 beats per minute. The patient received whole body computed tomography(CT) scan. Right chest tube was inserted immediately. CT showed diffuse brain edema, subarachnoid hemorrhage, left pneumothorax, common lung contusion, heterogeneous appearance in the spleen. Free intra-abdominal fluid was not observed. Left chest tube was inserted. Patient was consulted with general surgery, neurosurgery, and thoracic surgery clinics. Patient was transferred ICU. He was managed conservatively. Patient was discharged with home-type ventilator after 93days.

DISCUSSION: Life-threatening multiple trauma comprises a combination of traumatic brain or spinal cord injury, major fractures, rupture of abdominal or thoracic organs, or significant soft tissue wounds. Resuscitation of a patient with multiple injuries and require appropriate, organized, aggressive approach. Communication between team members is essential. Continuous monitoring of the patient's condition is identified any deterioration early. The purpose of emergency treatment is minimizing the time it takes to provide effective interventions and definitive treatment. The most effective and well-organized trauma resuscitation is performed by teams designed. Regulation of the trauma team varies according to the current staff and the rules. Emergency physicians should be experienced in team approach and the care of trauma patients and emergency physicians should be responsible for all terms of the patient.

KEYWORDS: brain edema, common lung contusion, multiple trauma, pneumothorax, subarachnoid hemorrhage

PS-0611 Travma acilleri

Sacral fracture

Serdar Özdemir, Gökhan İşat, Fatih Doğanay, Kemal Aygün, Selma Damla Özalp, Arzu Emecan, Özden Özlük, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Research and Education Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul,Turkey

INTRODUCTION: The level of trauma has an impact on the potantial neurologic damage as it would in any other spinal injury. It expects cervical injuries to cause quadriplegia, thoracic injuries to cause paraplegia and high-level sacral injuries to cause bladder paralysis. Sacral fractures are most often the result of high-energy trauma also uncommon lesions. Most common mechanisms of sacral fractures include motor vehicle accidents and falls from an elevation. Because of that, CT scans with coronal and sagittal reconstructions have become the gold standard for the evaluation and diagnosis of sacral fractures.

CASE: A 24-year-old male patient was admited to our Emergency Department (ED) ambulance after sustaining a blunt injury of the abdomen. Mechanism of the injury was a car accident. On arrival his vital signs were: body temperature 36,3°C; blood pressure 120/72 mmHg; respiratory rate 15 per minute and heart rate 130 beats per minute. General examination was within normal limits and he was alert (GCS: 15). FAST revealed that there wasn't intraperitoneal free fluid and pneumothorax.His hemogram results were; hemoglobin 17,3 g/dL;, leukocyte 20400 K/uL, hematocrit %53. The patient received whole body CT scan. CT showed stable S1-2 sacral fracture. Six hours later his vital signs were: blood pressure 123/74 mmHg; respiratory rate 15 per minute and heart rate 73 beats per minute and hemogram results were; hemoglobin 16,2 g/dL, leukocyte 18800 K/uL, hematocrit %49,2.He was transferred to the orthopedy clinic for observational management.The patient was discharged without any complication after two days.

DİSCUSSİON: Sacral fractures often undiagnosed and untreated, result in neurologic symptoms and deficits to lower extremities and urinary, rectal and sexual dysfunction. Three different zones were identified as having characteristic clinical presentations: zone I the region of the ala, is occasionally associated with particial damage to fifth lumbar root. There are two types of zone I fractures. Alar fractures are minimally displaced in lateral comression injuries, open book deformities and vertical shear injuries. The other type of zone I fractures is sacrotuberous ligament avulsion is presented in severe pelvic instability. Zone I fractures are usually stable and treated with bed rest like our patient. But in some cases like sacrotuberous ligament avulsions patients need open reduction. Zone II region of sacral foramina assiciated with bladder dysfunction. Zone III region of sacral canal is associated with loss of sphincter function and saddle anesthesia.

KEYWORDS: Sacral fracture, trauma, open reduction

PS-0612 Travma acilleri

An Uncommon Type of Hand Trauma: Case Report of Ring Avulsion

Binnur Eşfer, İrfan Kala, Miray Baba, Fevzi Bircan Özkan, Mehmet Nihat Özüpek, Murat Ongar, Cihat Cömert, Muhammed Evvah Karakılıç
Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Ring avulsion is the severe soft tissue injury of finger varying from circumferential soft tissue laceration to finger amputation. Working with machines, getting caught in a door and having a ring are the risk factors and generally sudden pull of the ring distally creates the mechanism of avulsion thus ring can not be removed without injury because the suddenly movement. Skin, nerves and vessels injury frequntly occur. We will present a patient facing ring avulsion in this case report.

CASE: 19 year old female patient presented to our emergency department with complaints of finger pain and avulsion of left fourth finger's skin after caughting her ring finger in a door. She denied any other trauma. Vital signs were stable. Physical examination showed proximal skin avulsion which indicated staggered injury pattern and distal bone dislocation. The only amputated part of the finger was skin. We irrigated the finger with normal saline to detect the possible nerve and vessel injury that also injury of these sites was noted. Patient was hospitalised by plastic surgery for surgical intervention and patient discharged home after a successful surgery including revision of degloving skin, and with the suggest of physical therapy for at least 6 months. Discharge examination showed no circulation pathology but sensibility loss of finger was noted so that outpatient follow-up definitely required.

CONCLUSION: Ring avulsionis a replantation surgery emergency. Irrigation of injured finger, antibiotics, replantation / revision of the degloving skin / skin grafts are the treatment choices. Complications of injury and surgery include the cold intolerance (70%), revascularization or replantation failure, flexion contracture, loss of finger, hyperaesthesia. Repairment of at least 1 artery and 2 veins are needed for successful revascularization to avoid post operative complication. Emergency physicians should be aware avulsion associated medical problems such as infections, early triggering of replatation protocols. Physical therapy of avulsed finger at least 6 month require to avoid late complications.

KEYWORDS: amputation, finger avulsion, ring avulsion, skin revision.

PS-0613 Travma acilleri

Cervical Emphysema And Pneumomediastinum After Oropharyngeal İnjury

Dilber Üçöz Kocaşaban, Hayri Ramadan, Hikmet Duymaz, Nurhayat Başkaya, Bahar Çat Bakır, Yavuz Katırcı
Department of Emergency Medicine, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Deep cervical emphysema and pneumomediastinum developing after minor oropharyngeal trauma is a rare condition. The most important causes are rib fractures, pulmonary parenchymal injury, esophageal trauma, dental procedures, and oral or nasal surgery.

CASE: A 42-year-old male presented with symptoms of difficulty swallowing and chest pain. He had experienced an epileptic seizure a day ago and his dentures had moved, causing him to choke, and had been removed by his relatives. The patient had started to have stabbing chest pain today. The physical examination revealed bilateral subcutaneous emphysema and crepitation of the neck and widespread rhonchi and rales at the lower zones of the lungs. Diffuse air density was observed at the retropharyngeal area in the lateral cervical radiograph and at the upper mediastinum, superior to bilateral clavicles and the neck at the anteroposterior radiograph. Thorax CT with oral opaque media revealed an emphysematous appearance extending from the posterior parapharyngeal area to the anterior paravertebral, paratracheal, left supraclavicular distances and the subcarinal-para-aortic area at the upper and middle mediastinum together

with parenchymal consolidation of the middle lobe medial segment and lower lobe basal medial segment of the right lung. Diffuse edema and lacerations of the supraglottic larynx area and increased secretion were noted on fiberoptic laryngoscopic examination. The patient was started intravenous antibiotics and fluid therapy and oral feeding was discontinued. The patient was admitted to the pulmonary diseases department with the diagnoses of pneumomediastinum and cervical emphysema following minor minor trauma.

CONCLUCİON: Conservative treatment is appropriate for subcutaneous emphysema and pneumomediastinum if there is no life-threatening complication. The success of the treatment is depends on early diagnosis, immediate start of antibiotics and close monitoring of vital signs.

KEYWORDS: Emphysema, Oropharyngeal İnjury, Pneumomediastinum

PS-0614 Travma acilleri

Mallet Injury

Mansur Kürşad Erkuran[1], Arif Duran[1], İsmail Boyraz[2], Bünyamin Koç[2]

[1]*Departments of Emergency Medicine,Abant Izzet Baysal University, Bolu, Turkey*

[2]*Departments of Physical Therapy and Rehabilitation,Abant Izzet Baysal University, Bolu, Turkey*

OBJECTIVE: Mallet (hammer) finger is a flexion deformity of the finger which results secondary to the injury of extensor tendon which is attached to distal phalanx or avulsion fracture in the distal phalanx. Injury occurs secondary to forceful sudden flexion of the distal interphalangeal joint when the finger is in extension. The most prominent finding of mallet finger is loss of active extension in the distal phalanx. It is seen generally in keepers and most frequently in the 3rd and 4th fingers of the hand. Minimal pain, tenderness, erythema and edema are present in the distal interphalangeal joint. Conservative and surgical methods may be chosen for treatment of mallet finger deformity. Splints keeping the distal interphalangeal joint in extension is applied for 2 months continuously in patients with no bone fracture. We aimed to present a case of a mallet injury which is extensor tendon injury of the hand, rarely encountered in emergency departments.

CASE: A 37 year-old male patient presented to the emergency service with pain in his finger and reporting that he could not move his finger. He had pain in his 3rd finger in the left hand following a ball hit during a football game and he reported that he could not bring his finger to straight position. Upon physical examination, his 3rd finger of the left hand was in flexion posture, was minimally edematous and painful on palpation. He could not bring his finger to a straight position when told to; however he could make it with the help of his other hand. No fracture was seen in the anteroposterior and lateral radiographs (Figure 1). Mallet injury was considered in the patient secondary to extensor tendon injury in the distal phalanx and splint was applied to his distal interphalangeal joint.

CONCLUSION: Generally conservative treatment is selected in the treatment of mallet injuries which has two types such as tendon and bony mallet injury. The distal interphalangeal joint should be kept in a splint in extension for absolute eight weeks. Primary surgical fixation may be chosen if joint subluxation and avulsion fracture comprising at least 1/3 of the joint surface are present.

KEYWORDS: Sports injury, extensor tendon, mallet finger

PS-0615 Travma acilleri

High Grade Gliomas After Shoulder Dislocation

Ayşe Işık[1], Medine Akkan Öz[1], Aysel Çakmak Yıldız[1], Burak Polat[1], Emin Fatih Vişneci[1], Mesut Yıldız[1], Başar Cander[2]

[1]*Department of emergency, Konya resource and education hospital, Konya, Turkey*

[2]*Department of emergency, Necmettin Erbakan University Meram medicine faculty, Konya, Turkey*

INTRODUCTION: Primary brain neoplasms develop from tissues of central nervous system and involve half of intracranial tumors and metastatic tumors. Glial tumors, meningiomas, hypophysis adenomas and vestibular neurinoma include 95% of primary brain neoplasms. Glial tumors cause intracranial pressure increases depending on mass effect and focal damages depending on invasion and infiltration, and creates function disorders. These start focally and lead to epilepsy. Without recognizing attack suffers, we present a patient coming to the emergeny department with the reason of shoulder dislocation, diagnosed with high grade glial tumor.

CASE: A 17-year-old man was admitted to our emergency department with shoulder pain.He shoulder of the patient with shoulder dislocation was reduced due to fall.The patient did not have any disease history before. In accordance with the family anamnesis, his lessons were very bad in the recent times, so he was very bored and did not use any medicine before.

His physical examination was normal.

After the patient's shoulder was reduced, his imaging was taken since he had syncope history. In brain tomography, a nodular mass lesion followed in the area of almost 3.5 cm in the subcortical part of the right occipital around hypodense area and with lineer classiffication and no clear limitation was observed. In brain MRI, lobule contour mass lession was observed as subcortical positioned, supratentorial positioned in occipital on right, in occipital horn inferior neighbourhood, almost measured 28x22x17 mm, in areas related with minimal vasogenic edema were followed, izo- hypointens in T1 based imaging, T2 based imaging and FLAIR sequence hyperintense central and periphery cystic areas were chosen, intensive nodular contrasts in solid component after IV Gad injection were followed. With the diffusion MR analysis, hyperintens in the defined lession, in the diffusion based imaging, hypointens in ADC map, the situation compatible with diffussion limitation with edema area around itself was observed, the patient diagnosed with high grade glial tumor was consulted by brain surgeon and transferred to the clinics.

DISCUSSION: The patient was brought to the emergency department because of falling down, treated with the shoulder disclocation diagnosis, diagnosed with the thing mostly effective in his life as a result of the detailed anamnesis. In young patients applying to the emergency department due to trauma, about possible injuries including sport injuries, anamnesis must be done in details, syncope, vigil situation must be considered as well.

KEYWORDS: shoulder dislocation, brain tumor, atypical anamnesis

PS-0616 Travma acilleri

Nontraumatic Compression Facture of Lumber Vertebrae in a Male Patient

Binnur Eşfer, İrfan Kala, Ercan Özler, Metin Özdemir, Sercan Hastürkoğlu, Berkin Karapınarlı, Berkay Mevlanaoğlu, Muhittin Serkan Yılmaz, Miray Baba
Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Lumbar vertebraes are the strongest and the largest 5 vertebraes of the spine. Lumbar vertebraes locate from thoracolumbar juntion to sacrum. Fractures of lumbar fracture occurs because of either trauma or pathologically which occurs in osteoporotic patients especially in postmenopausal women. Ostoeporotic lumbar compression fractures are rare because of the absence of appearent trauma. Osteoporosis, malignancy and bone infections create the nontraumatic lumbar fractures.

CASE: 75 year old male patient was admiitted to our emergency department (ED) with lumbar pain for 2 days that had started after carrying his grandson for about 2 minutes or so. He presented to ED by walking. He denied any trauma, hematuria or neurologic deficit and described his pain as started suddenly while carrying. He also pointed out increased lumbar pain with movement. He had no chronic disease in his medical history. Vital signs were stable. Pathological finding during physical examination was not noted except moderate tenderness on L1, L2 and L3 vertebraes. Abdominal examination was also normal. We performed lumbar two sided radiography which showed a decreased height of corpus of L2 vertebrae. Patient then underwent lumbar computed tomography (CT) to diagnose definitely the condition and we saw compression fracture of L2 vertebrae body. Patient was hospitalised by orthopedics clinic and lumbar fixation surgery was initiated and patient was discharged without any neurologic and motor deficit.

CONCLUSION: Lumbar vertebraes are the strongest vertebraes which carry the whole body and nontraumatic fractures of the lumbar fractures are uncommon but possible in ED. Association of the weak lumber vertebrae structure and events such carrying heavy things and sudden movements of lumbar vertebraes create the main etiology of pathological fractures. We frequently treat patients with back pain thus increased age of patient with back pain should warn emergency physicians possible fractures. Two sided x-rays are helpful for diagnosis which decreased height of vertebrae should preoccupy us as fractures. 20% of all spinal fractures in radiography have concomitant another vertebrae fracture thus CT must be performed to such patients. Many of nontraumatic fractures have concomitant diseases but our patient didn't have such disease in his medical history. Osteoporosis are frequent in postmenopausal women and may be associated also with fractures but male patients didn't face such clinical nontraumatic fractures of vertebraes. This condtion makes our case uniqe and clinical trials are needed to research the etiology and risk factors of nontraumatic lumbar vertebrae fractures in male patients.

KEYWORDS: geriatrics, nontraumatic vertebrae fracture, orthopedics, vertebrae.

POSTER BİLDİRİLER

PS-0617 Travma acilleri

Post-Traumatic Isolated Bladder Rupture

Hayri Ramadan, Hikmet Duymaz, Dilber Üçöz Kocaşaban, Nurhayat Başkaya, Sinan Genç, Yavuz Katırcı
Department of Emergency Medicine, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Bladder ruptures occur in 2% of blunt abdominal traumas and 8-9% of pelvic fractures. We present a case with isolated intraperitoneal bladder rupture after blunt abdominal trauma and discuss the condition.

CASE: A 36-year-old female presented to emergency department with abdominal pain. She had been beaten and punched in the stomach two days ago. The patient described gradually increasing abdominal pain for two days. Vital signs were stable. Abdominal diffuse tenderness and guarding were present. Peripheral vascular access was secured and intravenous fluid therapy started. Laboratory tests revealed a white blood cell count of 22.900 /µL, blood glucose 170 mg/dl, BUN 101 mg/dl, creatinine 5.3 mg/dl and potassium 5.4 mmol/L. Whole abdomen ultrasonography revealed fluid levels reaching up to 8-9 cm at the Morrison pouch and between intestinal loops. Abdomen CT with contrast was requested. Contrast substance diluted with free fluid up to about 9 cm at the deepest point in the pelvis was observed, indicating bladder rupture. Retrograde cystography was performed following a urology consultation and intraperitoneal bladder rupture was demonstrated. The patient was admitted to the urology department and bladder repair was performed with laparoscopic surgery.

CONCLUSION: Intraperitoneal bladder ruptures are quite important clinically as they can cause major morbidity and mortality. These morbidity and mortality rates can be reduced with a short duration of transport to the hospital following trauma, early diagnosis, appropriate treatment following the diagnosis and good postoperative care.

KEYWORDS: bladder rupture, emergency medicine, trauma

PS-0618 Travma acilleri

Arm Amputation Due to Firearm İnjury

Sadik Girişgin, Hanifi Arslan, Fulya Köse, Mehmet Akif Önal, Elif Özsağlam, Başar Cander
Emergency Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Amputation is the medical removal of a part of or all of an extremity due to medical reasons. We can count trauma, diabetic neovascular reasons, peripheral vascular diseases, firearm injuries, chronic infections, tumors, and congenital abnormalities among the causes of amputations. Accidents take the first place among these reasons in our country (1). Diabetic amputation is seen as the most common cause in other countries during literature searches (2). We have reported an arm amputation due to firearm injury.

CASE: A 53 years old female patient was brought to our emergency service due to firearm injury. His GCS was 15 and his consciousness was clear. His vitals were normal. There were buckshot wounds on the patients neck and left shoulder and his left arm was amputated from the elbow subtotally. Patient's preoperative studies were requested. Erythrocyte suspension was prepared. The patient was consulted with plastic surgery, orthopedics, and cardiovascular surgery. Patient was urgently operated and his left arm was amputated from his left elbow.

DISCUSSION: Traumatic events that cause amputations are mostly work tool injuries, traffic accidents, construction equipment, firearm injuries, mine explosions and injuries that ara caused via falling down from height. Trautwein et al (3) had reported that almost all of the amputations they had performed on under 18 years old patients had been related to traumas. The same authors had reported firearm injuries as responsible from 8.1% of all amputations.Argan et al (4) had reported firearm injuries and mine explosions as the 3rd most common cause of all amputations. Studies regarding to reduction of amputation causes may decrease extremity loss and workforce loss rates.

KEYWORDS: ARM AMPUTATION,FIREARM INJURY

PS-0619 Travma acilleri

Evaluation of the Impact of the Month of Ramadan on Traffic Accidents

Utku Murat Kalafat[1], Hakan Topacoglu[1], Ozlem Dıkme[2], Ozgur Dıkme[1], Sila Sadillioglu[1], Mustafa Orfi Erdede[1]

[1] *Department of Emergency Medicine, Istanbul Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

[2] *Department of Emergency Medicine, Haseki Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

BACKGROUND: In the Muslim society, long periods of hunger in the month of Ramadan affect physiological and psychological performance of fasting practitioners. Most of the traffic accidents are due to human factors. This study aims to investigate the effects of the month of Ramadan on traffic accidents.

METHODS: The study was carried out based on the traffic accident reports in a period of one year using the Turkish Statistical Institute's data. In accordance with this report, the data is analyzed with respect to Ramadan and Non-Ramadan months.

RESULTS: In 2011, totally 3835 killed persons and 238074 injured persons were found in 312878 traffic accidents. Total number of traffic accidents in Ramadan was found as 28447 and non-Ramadan months average was found as 25857 (p:0.678). Statistical analysis of the number of traffic accidents within the 12 months of 2011, when used the chi-square test for goodness of fit, showed that the observed number of accidents was significantly higher ($p<0.001$) expected in June, July, August (Ramadan) and September. Total number of killed persons rate in Ramadan was found as 0.8% and non-Ramadan months rate was found as %0.7 (p:0.001).

CONCLUSIONS: There was no statistically significant relationship in terms of traffic accidents between Ramadan and non-Ramadan period. Also, there was no statistically significant difference between Ramadan and non-Ramadan summer months. In Ramadan traffic accidents resulting in death, injury and material damaged rates and total mortality rates were found as similar with non-Ramadan months and as expected drunk penalties were found less.

KEYWORDS: Ramadan, traffic accident, traffic penalty

PS-0620 Travma acilleri

Approach to Emergency and Burn Patient

Mehmet Ergin, Nazlı Karakus Kenan, Halil İbrahim Kacar, Hakan Güner, Mehmet Akif Onal, Abdullah Sadık Girisgin, Basar Cander
Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculity, emergenceny department

INTRODUCTION: burn is a common cause morbidity and mortality in all age groups and its treathment needs multidisciplinary approach. It is intended to evaluate our own burn pations and to discuss accompanied literature.

METHODS: Retrospectivly and by screening for hospital information systems, the patients admitted to emergency due to burn for lasts one year, were analyzed in term of demographic information, clinical findings and outcome.

FINDINGS: in the study process; %50,4 of 135 patients are males and average age are 21,84±19,69 years. Most common application were been in may, july, september and between 16.00 – 24.00 o'clocks. Detected most common burned area were upper extremity, lower extremity and facial region. Most common mechanism were hot water and fluid exposure.

CONCLUSION: Burn patients are special population. Emergency department physicians should have information of burn pation stabilization and advanced treatment options.

KEYWORDS: burn patient,burn,demography

PS-0621 Toksikoloji

The Velvety Poison: Mushroom

Kasım Turgut, Hakan Oğuztürk, Muhammet Gökhan Turtay, Taner Güven
Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Inonu University, Malatya, Turkey

INTRODUCTION: Mushrooms have been eaten for a long time due to containing beneficial substances so it is described as popular remedies in ancient oriental documents.

OBJECİVE: We aim to determine the demographic features, clinical features, treatments and consequences of 79 adult mushroom poisoning patients who admitted to our hospital which has a transplantation unit.

MATERIALS-METHODS: 79 patients who admitted to Inönü Univercity medical faculty emergency service between 2011 and 2014 years were evaluated retrospectively.

RESULTS: Seventy nine patients aged between eighteen to eighty five were studied. 44(55.7%) of them were female and 35(44.3%) were male. Totally 62(78.4%) poisoning cases were seen in the spring and autumn,which also rains mostly. We determined nausea in 76(%96.2), vomiting in 63(79.7%) abdominal pain in 18(22.8%) and diarrhea in 3(3.8%) patients as admission symptoms. Thirty five(44.3%) patients had toxicity symptoms within six hours after eating and fourty five(64.5%) patients had sypmtoms later. 73 patients recovered fully by medical treatment and discharged. 3 patients were performed liver transplantation,1 patient survive after transplantation. The other 3 patients died without transplantation, totally, 5 patients died.

CONCLUSION: The patients especially admit for delayed onset symptoms should be rapidly evaluated multidisciplinary and who were foreseen progression to acute liver failure, should be transfered to the hospital that have transplantation unit.

KEYWORDS: poisoning, mushroom, transplantation

PS-0622 Toksikoloji

Intoxication with hallucinogenic mushrooms

Mehmet Oğuzhan Ay, Mürsel Koçer, Muhammed Semih Gedik, Halit Karakısa, Erdem Aksay
Department of Emergency Medicine, Adana, Turkey

BACKGROUND: Mushrooms known as magic mushrooms containing psilocybin grows in warm, moist areas and they are popular among the people because of their halisünojen effects. Psilocybin is metabolized to psilocin. Serotonin, psilocin and psilocybin are structurally very similar. They interact with the 5-HT2 receptors and acts on the central nervous system. Usually their effects start 15 - 120 minutes after uptake of mushroom. They lead to LSD-like hallucinations. Tachycardia, anxiety, tremor, mydriasis, ataxia, hyperkinesia and hallucinations may occur after oral intake. Rarely, they cause kidney damage, seizures and cardiopulmonary arrest. They may cause weakness, dyspnea, headache, severe myalgia, vomiting, hyperthermia, hypoxemia and methemoglobinemia when given intravenously. Supportive treatment for hallucinations are usually adequate. If the excitation is more, benzodiazepines can be used. Effects can be completely recover within 6 - 10 hours. In this paper, we present a case intoxicated with hallucinogenic mushrooms.

CASE: A 39-year-old male patient who had a history of liver disease were admitted to hospital 2 hours after eating grilled mushrooms which were collected from mountains. Any side effects were not developed in people they eat mushrooms with. Patient was refferred to our emergency department after gastric lavage and giving activated charcoal. When the patient arrived, he was confused, his pupils were isochoric and mydriatic. He had hallucinations. Arterial blood pressure: 110/70 mm Hg, pulse rate 67 / min, respiratory rate 20 / min, SO2: was 96%. Cardiac and respiratory sounds were normal. The patient's ECG was in normal sinus rhythm, and QT interval was 0.41 ms. Hepatic and renal functional tests were normal. The patient was monitored. 4000 cc total fluid / 24 hours, 1 million units / kg / 24 h crystalline penicillin infusion and sedation with benzodiazepine were started. Patients hallucinations were continued for 48 hours. Then vital signs and general condition of the patient improved, and he was discharged with suggestions.

CONCLUSION: Toxic and eatable mushrooms can be grown in the same environment. In this case, it should be noted that even the professional mushroom pickers may make mistake. Toxic substances may cause prolonged severe intoxication even at low doses in patients with chronic diseases such as chronic liver disease. Non-cultivated mushrooms should never be consumed in these situations. People should be enlightened about the possibility of poisoning and told that fungi can not be discrimination with their macroscopic appearance.

KEYWORDS: mushroom, poisoning, psilocybin

PS-0623 Toksikoloji

Poisoning with controlled release potassium citrate

Mehmet Oğuzhan Ay, Muhammed Semih Gedik, Halit Karakısa, Erdem Aksay, Mürsel Koçer, Duygu Selen Cengiz
Department of Emergency Medicine, Adana Numune Education and Research Hospital, Adana, Turkey

BACKGROUND: Potassium citrate is a drug used for controlling the formation of new stones and the disposal of the stones. It regulates urinary pH and increases citrate which is the natural urinary inhibitor. Sustained release potassium is seldom taken in overdose; however, prompt recognition of hyperkalaemia and immediate treatment may be life-saving. Thus it helps to control the formation of new stones. Also it decreases the crystallization of urinary stone-forming salts (calcium oxalate, calcium phosphate, uric acid) by increasing urinary potassium levels. Potassium citrate is indicated for renal tubular acidosis with calcium stones, hypositraturic calcium oxalate nephrolithiasis, uric acid lithiasis with or without calcium stones and prevention of urate and calcium stones. In this paper, a rare case who admitted to our emergency department after uptake of excessive amount of potassium citrate pills for suicide is presented.

CASE: A 51 year old female patient was admitted to our emergency department with vomiting and diarrhea 3 hours after uptaking 100 units of 5 mEq potassium citrate controlled release tablets (Urocit®-K 540 mg). The patient's consciousness is clear, oriented and cooperated. Arterial blood pressure: 120/70 mm Hg, pulse rate 124 / min, respiratory rate 20 / min. Heart sounds were rhythmic and tachycardic. Respiratory system and abdominal examinations were normal. Sinus tachycardia, and T-wave spikes were detected in ECG. Gastric lavage was performed and activated charcoal was given to the patient. The patient was monitored and standard hyperkalemia treatment (calcium, furosemide, dextrose and insulin, ventolin, sodium bicarbonate) was started. Initial blood potassium level was 6.1 mmol / l. Standard treatment of hyperpotassemia was repeated many times. Despite treatment, the patient's blood potassium levels were higher for 12 hours during follow-up. Despite treatment, the patient's blood potassium levels were high for 12 hours during follow-up. After that, patient's potassium level get normal, complaints resolved, vital signs became stable, she was discharged with suggestions.

CONCLUSION: Controlled potassium citrate is seldom taken in overdose. However, prompt recognition of hyperkalaemia and immediate treatment may be life-saving.

KEYWORDS: potassium citrate, intoxication, hyperkalemia

PS-0624 Toksikoloji

Rivastigmine Intoxication

Suber Dikici[1], Guven Arslan[1], Harun Güneş[2], Ayhan Sarıtaş[2]
[1]*Department of Neurology, Duzce University, Duzce, Turkey*
[2]*Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey*

INTRODUCTION-AİM: Rivastigmine which is a cholinesterase inhibitor is used commonly in the treatment of dementia due its effect on cholinergic neurotransmission. In addition to tablet and liquid preparations which are used orally it also has trans-dermal preparations. A more stable blood level of the drug is achieved with a lower dose with transdermal forms and side effects are seen less commonly compared to usage of oral preparations. However we think that knowledge of people about usage of transdermal drugs is low. We aimed to emphasize the importance of informing patients and their relatives while prescribing transdermal rivastigmine.

CASE REPORT: A 70-year-old man was brought to our emergency department due to nausea, vomiting, abdominal pain, diarrhea, and weakness in his arms and legs. It was stated that his symptoms had been present for 6 to 7 hours and increased gradually. His arterial blood pressure was 100/60 mmHg, and pulse rate was 88 beats/minute. He had a slight abdominal tenderness. His electrocardiography, complete blood count, urine analysis, and serum levels of urea, creatinine, glucose, sodium, potassium, calcium, and magnesium were normal. It was seen that 8 patches of rivastigmine transdermal 5 mg attached on his back when his clothes were taken off to take his electrocardiogram. He only had a history of hypertension. He had been seen by a neurologist due to the complaint of amnesia. The neurologist had said that "his brain had shrunken and a little amount of water accumulated in his brain, I gave some drugs to

get rid of that water." The patient (who had a mini mental test score of 22) and his relative who may be incompetent cognitively according to us had decided to put more of those drugs to fasten the process of getting rid of the water. The patches were detached, the patient was taken to a bed in the emergency department and intravenous fluid replacement was instituted. The patient was evaluated as a case of intoxication of rivastigmine which inhibits the enzyme cholinesterase. No additional treatment was needed during his observation period. The patient and his relatives are informed and he was discharged after 48 hours of observation.

CONCLUSİON: Treatment of dementia requires integration of drug therapy, support from the family and the physician. Both the patient and a relative of him who is competent cognitively should be informed about the disease and therapy processes and the patient should be followed up regularly.

KEYWORDS: dementia, rivastigmine intoxication, transdermal

PS-0625 Toksikoloji

Permanent Neurologic Sequelae and Iscemic Brain Damage in Diffusion MR because of Carbon Monoxide Intoxication

Selim İnan, Burak Demirci, Metin Özdemir, Uğur Bal, İrfan Kala, Cihat Cömert, Muge Sönmez, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Carbonmonoxide is leading cause of poisoning death in lots of country. According to the severity of poisoning it can create a table leading up to death from from mild headache or weakness. Many individuals with acute carbonmonoxide intoxication die or survive with permanent neurologic sequelae despite adequate treatment. One third of the patients are lucid for 2–40 days and then develop encephalopathy gradually. We will present a case that developed common ischemic brain damage after prolonged exposure to carbonmonoxide.

CASE: 23-year-old woman found unconscious on the floor in the bathroom and was brought to the emergency room by relatives.Her initial vital signs were; blood pressures 90/60, pulse rates was 76/min, temperature was 36,4 C, respiratory rate was 9 breaths/min, saturation %74. She did not open eyes in response to any stimulation, she made non purposeful movement in response to noxious stimulation,she made incomprehensible sounds. Her GKS was 7.There were no signs of trauma in patients. In a detailed anamnesis there was no history of drug, agent or alcohol. The patient's breathing was shallow half an hour after arriving in hospital so the patient was intubated. İn furter investigation ECG was and Chest X-ray was normal.Blood tests were performed to patient.In arterial blood gas examination carboxyhaemoglobin levels were %64. Blood gases compatible with respiratory acidosis (ph: 7.09) creatine kinase values was higher. Other blood results were normal. Cranial CT and MRI were performed to the patient and bilaterally wide hippocampal infarction were seen.We thought ischemic brain damage related with carbon monoxide exposure. Patients were being followed in intensive care. Hyperbaric oxygen therapy was started. Patient was extubated on the sixth day of hospitalization care. Cognitive function in patients improved with near-complete. But she had a number of shortcomings in the patient's motor skills and also she had gait ataxia. She was referred to the neurology department for this reason before discharge from hospital.Neurology recommended physical therapy and she discharged from hospital.

CONCLUSION: Comatose patients presenting to the emergency service should always be considered about carbonmonoxide poisoning. We should hold fast examination and treatment for this patients.Time is important because Many individuals with acute carbonmonoxide intoxication die or survive with permanent neurologic sequelae despite adequate treatment because of long exposure. If poisoning is serious and if there was affected cognitive function in patients making imaging with diffusion MRI can be useful in showing ischemia.That may affect the decision of hyperbaric treatment

KEYWORDS: Carbon Monoxide Intoxication, Diffusion MR, Iscemic Brain Damage

PS-0626 Toksikoloji

Delirium after Usage of Rest-Harrow

Yasin Koksal, Harun Gunes, Ahmet Tekinsoy, Salih Karakoyun, Hayati Kandis
Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey

INTRODUCTION: Latin name of rest-harrow is Radix ononidix spinosa. It is a plant which grows naturally in every region of our country. Extracts of that plant contain isoflavones, glycosides, sterols, saponins, phenolic acid, lectins, essential oils, tannin, sucrose, lipids and citric acid. It is usually used due to its therapeutic effects in the treatment of urinary system infections and renal calculi. It is taken orally in the form of a tea prepared by keeping its roots and leaves in hot water for 20-30 minutes. It has been shown that rest-harrow has diuretic, anti-inflammatory, analgesic, antimicrobial effects and a prominent inhibitory effect on the enzyme acetyl-choline esterase. Delirium is an organic brain syndrome occurring suddenly and lasting not more than one month. Global cognitive impairment, disturbances of attention and consciousness, and psycho-motor abnormalities are characteristic features of delirium. Delirium may be caused by alcohol intoxication or withdrawal syndrome, cardiovascular diseases, infections, metabolic encephalopathy, cerebrovascular diseases, cerebral and extra-cranial neoplasms and some herbal products and teas. We want to share a patient who was admitted to our emergency department due to delirium occurring after usage of a tea prepared by boiling seeds of rest-harrow.

CASE: A 57-year-old male patient was brought to our emergency department due to hallucinations and un-meaningful words. He had no disease except renal calculi and was using no drugs. It was learned that hallucinations had started one day before his admission and they had not been seen before. It was also learned that he had drunk a tea prepared by boiling seeds of rest-harrow to treat his renal calculi. His physical examination was normal except the presence of hallucinations, restlessness, disturbed attention, and disturbances in cognition and speech. He was talking with un-meaningful and non-related sentences. His complete blood count and biochemistry tests were normal. Intra-venous hydration with normal saline was introduced. He was discharged after 24 hours when his symptoms disappeared.

CONCLUSİON: Herbal products are still widely used in our country. These products may cause various symptoms depending on which plant or parts of a plant are included. We aimed to emphasize the importance of asking about whether an herbal product or tea was used in patients with delirium as in the case of our patient.

KEYWORDS: rest-harrow, delirium, herbal products

PS-0627 Toksikoloji

Trancient Atrial Fibrillation Triggered By Bonzai İntake İn A Healty Young Man

Selim İnan, Burak Demirci, Binnur Eşfer, Metin Özdemir, Vicdan Koçak Metin, Cihat Cömert, Uğur Bal, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Bonzai is a synthetic cannabinoid type widely used recently. Because it is cheap and easy to reach,It is rapidly increasing use among young population. bonzai shows effects as other synthetic cannabinoids. In fact, all the effects and side effects of bonsai isn't known because it is a substance that is widely spread in recent years.After use of synthetic cannabinoids patient can admit to hospital with agitation, anxiety, emesis, hallucinations, psychosis, tachycardia, and unresponsiveness. Even if it is very dangerous and there are lots of cardiovascular, neurological, respiratory side effects. But new onset atrial fibrillation due to synthetic cannabinoids are very rare. In the literature we didn't find any case about new onset atrial fibrillation related with bonzai. We describe a case about new onset atrial fibrillation after smoking bonzai.

CASE: A 28-year-old man was brought emergency department with consciousness, aggressive movement and agitation after the use of the bonzai. In his medical record he had no prior diseases and drug use. He had a history of substance abuse and family described that he had recently been smoking increasing amounts of bonzai. On admission his vital signs were normal except blood pressures (160/100).ECG and routine blood tests was taken from the patient. He was monitorized in the observation room.After one hour an arrhythmia was detected on monitor. Second ECG was taken and it revealed atriyal fibrillation. After ten minute the rhythm back to normal sinus rhythm. This was repeated three times in 4 hours.His symptoms regressed and his consciousness opened after 6 hours. He was discharged after 16 hours observation.No arrhythmias was seen on observation.After discharge he was followed for 48 hour with holter. No arrhythmias was detected. This trancient atrial fibrillation was associated with bonzai intake.

CONCLUSION: In conclusion bonzai is a new synthetic cannabinoid type so effects and side effects is not well known. In our case we thought cardiac ischemia triggered by the bonzai and this ischemia caused the trancient atrial fibrillation.Finally we can say that patients who take synthetic cannabinoids should be kept under observation for at least 16-24 hours.

KEYWORDS: Bonzai,Trancient Atrial Fibrillation,Synthetic Cannabinoid

PS-0628 Toksikoloji

Suicide attempt with alprazolam

Özgür Duran[1], Fulya Yılmaz Duran[2], Gökhan Yılmaz[1], Volkan Gümrükçü[3]

[1]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir*

[2]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir*

[3]*Özel Medifema Hastanesi, İzmir*

INTRODUCTION: Alprazolam is commonly prescribed for the treatment of anxiety, depression and for sedation. ıt is an effective anxiolytic agent at doses of 0.75-4 mg daily and doses of 6-9 mg per day are prescribed to treat panic attacks and panic disorders. Following oral administration, it is rapidly absorbed with peak plasma concentrations occuring 1-2 hours after ingestion. Alprazolam has a short duration activity with an average plasma half-life of 11 hours. ıt is extensively metabolized by oxidation and conjugation with only 20 % of the parent drug appearing unchanged in urine. We report a case, of high dose (45 mg) alprazolam intoxication.

CASE: A thirty three year old woman was admitted to emergency department approximately an hour after ingesting 45 mg alprazolam in a suicide attempt. Her medical history was not significant. On admission her Glasgow Coma Scale score was E3M5V4 Physical examination revealed consciousness tend to fall asleep, closed eyes. Her pupils were midriatic and responsive to light. Other systemic examinations were normal. Her blood pressure was 130/80 mmHg, with regular heart rate of 77/min and respitatory rate of 25 shallow breaths/min, temperature 36.6°C and oxygen saturation 98% in room air. Laboratory findings were normal. Gatric lavage and activated chorcoal was administered. She was admitted to intensive care unit intensive monitoring of vital signs and organ functions. The results of repeat laboratory studies in intensive care unit were within the reference range. Her consciousness tended to sleep for 2 days and she has bradycardia and hypotension. Fluid therapy was performed. Total 0.5 mg flumazenil was applied. After 2 days, she was revealed consciousness, her vital parameters were within normal limits. She refused the treatment after two days. She was discharged from hospital with recommendation of psychiatric outpatient control.

CONCLUSION: Large doses of benzodiazepines can cause coma, respiratory depression and death. Severe toxicity is associated to co-ingestants, especially alcohol and opiates and advanced age is an additional risk factor for severe toxicity. Alprazolam is relatively more toxic than other benzodiazepines. The pack size and packaging of alprazolam should be reviewed to decrease the risk of it being taken for delibrate self poisoning.

KEYWORDS: aprazolam, intoxication, suicide

PS-0629 Toksikoloji

Venlafaxin intoxication: A case report

Fulya Yilmaz Duran[1], Özgür Duran[2], Vermi Değerli[2], Orhan Kılıç[1], Yasemin Uyar[2], Bora Karabağ[2]

[1]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir*

[2]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir*

INTRODUCTION: Venlafaxine is an arylalkanolamine serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor and is used primarily for the treatment of major depression, generalized anxiety disorders and panic disorders in adults. It is associated with a number of predictable adverse effects that are generally mild, including tachycardia, increased blood pressure, fatigue, headache, dizziness, sexual dysfunction, and dry mouth. Intoxication by venlafaxine may cause serotonin like syndrome (altered mental status, tremor, clonus, musculer hypertonicity and hyperthermia), seizures, rhabdomyolysis, renal failure, liver cell necrosis, cardiac conduction disturbances, arrhytmia and hypoglycemia.

CASE: A 48 year old man with a history of depression and two previous self-intoxications was admitted to emergency department after a 30 minutes after the intake of 4.5 gr velafaxin and 15 mg lorazepam. On presentation, his Glasgow Coma Scale score was E3M5V4 Physical examination revealed consciousness tend to fall asleep, closed eyes and normal-sized, normally reactive pupils. He had a blood pressure 109/83 mmHg and sinus tachycardia 110 beats per minute. Because of short delay after ingestion, gastric lavage and admimistration of activated charcoal via nasogastric tube was performed. Blood analysis showed no abnormalities. The patient was admitted to the intensive care unit for close monitoring and follow up for the probable side effects of venlafaxine. 24 hours after admitted to ıntensive care unit his consciousness tend to fall asleep. The patient was consulted with phychiatric doctors. His further course was uneventful and he was ransferred to a internal medicine ward two days after his suicide attempt.

DISCUSSION: Meertens et al reported sever hypoglycemia attributed to venlafaxine intoxication in a 29 year old man. Wilson et al reported rhabdomyolysis associated with venlafaxine ingestion in their case series. Dağtekin et al reported serotonin syndrome after intoxication with venlafaxine and treated by lipid therapy.

CONCLUSION: After venlafaxine intoxication, close monitoring of glucose levels, measuring of serum creatine kinase level at 12 hours or more after ingestion are recommended. Further work is required to elucidate the mechanisms underlying these associations.

KEYWORDS: venlafaxine, intoxication, serotonin syndrome, hypoglycemia

PS-0630 Toksikoloji

Role of Intravenous Lipid Emulsions in the Management of Calcium Channel Blocker and Beta Blocker Overdose: Three Years Experience of a University Hospital

Ahmet Sebe[1], Nezihat Rana Dişel[1], Ayça Açıkalın[1], Emre Karakoç[2]

[1]*Cukurova University, School of Medicine, Emergency Medicine, Adana, Turkey*

[2]*Cukurova University, School of Medicine, Internal Medicine, Intensive Care, Adana, Turkey*

OBJECTIVES: The objective of this study was to assess the efficacy of lipid emulsion as antidotal therapy in severe calcium channel blocker (CCB) and beta blocker (BB) intoxications.

PATİENTS AND METHODS: This is a retrospective study in which we have summarized data of patients who were admitted to a university-based emergency department in a period of 3 years and were given intravenous lipid emulsion (ILE) to manage cardiogenic shock due to CCB and BB overdose.

RESULTS: We identified 15 patients who received ILE therapy for CCB and BB toxicity. Hospitalization durations variated between 3 and 33 days (mean 7.46 ± 7.41 days). Drug exposures included CCBs (n = 8, 53.3%), CCBs and paracetamol (n = 1, 6.6%), and BBs (n = 6, 40%). ILE therapy was effective in 12 patients (80%). Three patients (20%) had resistant hypotension, one of whom progressed to pulmonary edema. Adverse effects of ILE therapy were seen in three patients (20%). Two patients underwent mechanical ventilation. Two patients developed hypoxic ischemic encephalopathy, one patient died, and 14 patients (93.3%) were discharged from hospital.

CONCLUSION: There was 93.3% survival in patients receiving ILE for drug-induced cardiovascular collapse. Clinically significant adverse effects were uncommon. We suggest ILE administration for the treatment of cardiogenic shock due to CCB and BB overdose.

KEYWORDS: Intravenous lipid therapy, calcium channel blocker overdose, b-blocker overdose, emergency, poisoning

PS-0631 Toksikoloji

Recurrent Seizures After Angiodel Overdose

Selim İnan, Burak Demirci, Uğur Bal, Erinç Müderris, Funda Ovali, Nurullah Tarhan, Selçuk Akoğlu, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Angiodel is a vasodilator agent found to be effective in a variety of peripheral circulation disorders. İt's active ingredient is Bencyclane. Angiodel is sold only Turkey. Active ingredient is sold only few countries (Turkey, Taiwan, Venezuela, Bulgaria).It has various other potentially useful pharmacological effects. Its mechanism may involve block of calcium channels. It's active ingredient is Bencyclane and it relaxes smooth muscles of vasculature and has been used in the treatment of peripheral and cerebral circulation disorders. Bencyclane penetrates the blood brain barrier and may evoke various adverse central effects, such as psychotic episodes, coma, and convulsions. It also decreases arterial pressure by vasodilatation and has negative inotropic action. The cardiodepressive action of bencyclane is caused probably by a direct calcium-channel antagonistic mechanism. In the literature we can find only a few

case report about Bencyclane overdose. Now we will present a case about recurrent seizures after Bencyclane overdose.

CASE: 32-year-old man after was brought to the emergency department after 15 tablets angiodel(1500mg) intake aim of suicide. On arrival in the emergency department, he was unconscious with a Glasgow Coma Score of 10 (eyes 3, verbal 3, motor 4). Initial vital signs were: pulse, 52 beats per minute; respirations, 22 cycles per minute; temperature, 36.8°C; and blood pressure 90/60 mmHg. He had no underlying diseases.Ecg was taken and it revealed sinus bradycardia and PR and QT interval prolongation.. Computed tomography of the brainwas taken and it did not show any lesion. The laboratory studies were normal. One hour after admission he had a generalised tonic-clonic seizure. The convulsive seizure was intervened with intravenous Diazem (5 mg).He was moniterized in the observation room. Treatment with pressure amines (dopamine), isotonic and calcium started. Hydration and forced diuresis treatment was organized. Patients were followed up for 24-hour emergency service. No cardiovascular and respiratory complications were observed but patients had generalized tonic-clonic seizures 6 times. The patient's consciousness opened after 8 hours of admission. Patient's seizures continued. He was hospitalized in intensive care unit and discharged after 3 days.

CONCLUSION: In cases of severe bencyclane intoxications most important is an intensive symptomatic treatment. In these cases extracorporeal methods of toxin elimination from the blood are probably completely inutile, because of large bencyclane volume of distribution.

KEYWORDS: Angiodel, Bencyclane,Recurrent seizures

PS-0632 Toksikoloji

Ventricular Fibrillation After Bonzai Intake

Selim İnan, Burak Demirci, Selçuk Akoğlu, Binnur Eşfer, Sercan Hastürkoğlu, Nurullah Tarhan, Fevzi Yılmaz, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Bonzai is a kind of a new generation of synthetic cannabinoids. Recently it is spreading rapidly in our country and around the world..İt is very cheap and easy to obtain. All of the common side effects are the same as synthetic cannabinoids.

Clinical presentations following the use of synthetic cannabinoids have included agitation, anxiety, emesis, hallucinations, psychosis, tachycardia, and unresponsiveness. Even if it is very dangerous and there is a the risk of death at one time smoking. But cardiac arrest due to synthetic cannabinoids are very rare.To our knowledge there are only two report about cardiac arrest related with bonzai. We describe a case of out-of-hospital cardiac arrest temporally related to abuse of the synthetic cannabinoid street drug known as bonzai

CASE: A 32-year-old man with no medical diseases of hypertension, dyslipidemia, coronary artery disease, presented to emergency service after he suffered a witnessed out-of-hospital cardiac arrest. The family described that the patient had recently been smoking increasing amounts of bonzai. Upon arrival of emergency service the patient was found to be in ventricular fibrillation and cardiopulmonary resuscitation was initiated. The patient was defibrillated twice and resuscitation was provided according to the advanced cardiac life support protocol. Despite 45 minutes active resuscitation, patients did not respond the resuscitation. Laboratory analysis at the time of admission showed elevated troponin T and elevated CKMB. Other Laboratory analysis were normal.Patient was diagnosed as sudden cardiac death due to the use of bonzai.

CONCLUSION: Most cases of sudden cardiac death occur in subjects with no prior history of heart disease. The incidence of sudden death in a general population has been shown to increase contemporaneously with substance abuse.As a result we should be noted that the risc of cardiac arrest after the use of bonzai despite normal coronary angiography.

KEYWORDS: bonzai, synthetic cannabinoids, ventricular fibrillation

PS-0633 Toksikoloji

A Rapidly Progressing Fatal Case of Mushroom Poisoning

Feruze Turan Sönmez[1], Harun Güneş[1], Cemil Işık Sönmez[2], Ayhan Sarıtaş[1], Hayati Kandiş[1]

[1]*Duzce University Medical Faculty, Department of Emergency Medicine, Duzce- Turkey.*

[2]*Duzce University Medical Faculty, Department of Family Medicine, Duzce- Turkey.*

INTRODUCTION: Poisonings are very common emergency cases. Mushroom poisoning cases are very important because they may cause multiple organ failures, and even lead to death. Mushrooms may cause varying symptoms and signs according to the type of toxins they have. The onset of the symptoms may be early (within 2 hours) or late (> 6 hours).

In this article we present an acute mushroom poisoning case.

Case: A 78-year-old female was admitted to ER at 10: 30 pm with unconsciousness. In the first examination her blood glucose level was found to be 7 mg/dl and urgent treatment for hypoglycemia started.

The patient had chronic hypertension, and no other history of disease was known, she didn't use any antidiabetic drug either.

It was learned that patient had her dinner at about 7 pm, approximately 2 hours later she complained of indigestion and vomited, and after a while she was found unresponsive in her resting place. It was learned that she had mushroom at dinner.

As the patient remained unconscious even after treatment of hypoglycemia the cranial CT was performed at about 11 pm and no abnormality was found.

The patient's vital signs were unstable: she was hypotensive, tachycardic and dyspneic.

The blood parameters were found as following; WBC: 23.000, Urea: 3.4 mg/dl, AST: 7150 U/L, ALT: > 1000 U/L, 0 direct and indirect Bilirubin levels 4.0 and 3. respectively. The coagulation functions were also affected; PT 92.0 sec and INR 8.73. There was no abnormality in electrolyte levels in blood gas analyses, but the pH was 7.055 and BE -22.

She had no urine output.

According to all this information the patient was considered to be a case of acute mushroom poisoning.

On the 2nd hour of the follow-up her clinical condition gradually worsened and she died an hour later.

CONCLUSİON: Mushroom poisoning can present with a wide clinical spectrum, and even can be fatal.

In this rapidly progressing case we wanted to emphasize the importance of mushroom poisoning again, as this patient has showed her first sign after 2 hours of oral mushroom take, and have died after 6 hour of it.

KEYWORDS: Mushroom poisoning, Acute toxicity.

PS-0634 Toksikoloji

Synthetic Cannabinoid Induced Acute Ischemic Stroke

Fatih Çalışkan[1], Latif Duran[1], Kemal Balcı[2], Türker Yardan[1], Bülent Güngörer[1], Hızır Ufuk Akdemir[1]

[1]*Emergency Department, Ondokuz Mayıs University, Samsun, Turkey*

[2]*Department of Neurology, Ondokuz Mayıs University, Samsun, Turkey*

OBJECTIVE: Increased use of synthetic cannabinoids in recent years is manifested as a new public helath problem with the increased admittance to emergency departments (ED) in our country. These agonist substances discovered during the understanding of endogenous cannabinoids are located in the most commonly used recreational drugs. It has been shown that these drugs can be precipitated to acute ischemic stroke with their direct or indirect effects in the literature. We presented a case with acute ischemic stroke developed after use of a synthetic cannabinoid.

CASE: A thirty-four years old, male patient was brought to our ED with complaints of speech disorder, facial asymmetry and gait disturbance. His complaints have started about 3 days ago. In his detailed history, we learned that his complaints started firstly about 3 days after he used a synthetic cannabinoid named as "Bonzai". In his physical examinaton, he was conscious. There were bilateral normal light reflex but minimal right deviation in his eyes. He had a santral paralysis in the left part of face. He had no drift in his left arm and his left limb can't resist against gravity. Cardiopumonary examination was normal. There was no murmur in his neck. Electrocardiography was normal at admission. In the laboratory tests, Na: 132 mEq/L, potassium:4,03

mEq/L, glucose:143 mg/dL, BUN: 9,5 mg/dL, creatine: 0,85 mg/dL, respectiely. In complete blood count, wbc:13,79 thousand/uL, hb:14,70 g/dL, platelet: 249 thousand/uL were found. In the coagulation panel was normal.In his brain CT, there was no bleeding, but there was an acute diffision limitation showing a large MCA infarction starting from the right temporal lobe and showing continuty to sentrum semiovale section in his brain diffusion MRI. He was consultated immediately to a neurologist. After neurological examinaton, he was hospitalized to the neurology critical care unit. In his further investigations, echocardiography, thyroid hormone level and thrombophilia panel were normal. In his brain-neck angio CT, the branches of artery were occluded in the distal segment after 8 milimeters from the beginning of right middle cerebral artery and bilateral caroid arteries were normal.He was discharged in the 9th day of admission.

CONCLUSION: Acute ischemic stroke related to synthetic cannabinoid can be occured through direct effects on the cerebral circulation, orthostatic hypotension, central nervous system vasculitis, vasospasm, and atrial fibrillation. However drug abuser are usually young people and so further investigations are required to determine the other causes of stroke and thrombophilic disorders.

KEYWORDS: stroke, cannabinoid, emergency

PS-0635 Toksikoloji

The Evaluation of Hemodialysis and Hemoperfusion Practices In The Patients Admitted To Emergency Department Due To Poisoning

Bülent Güngörer, Celal Katı, Türker Yardan
Emergency Department, Ondokuz Mayıs University, Samsun, Turkey

OBJECTIVE: We aimed to investigate the results and their effects to the prognosis after the examination of the demographic datas, clinical findings and laboratory findings of all the poisoning cases that underwent hemodialysis (HD) or hemoperfusion (HP) and admitted to our Emergency Department of Ondokuz Mayıs University Medicine Faculty between dates of January 2006 - December 2013.

MATERIALS-METHODS: The fourty poisoning cases that underwent HD/HP and admitted to our Emergency Department between dates of January 2006 - December 2013 screened retrospectively using the patient records and computer information system. But four cases was excluded from the study group due to multidrug poisoning. The study group was determined as thirty-six cases. Clinical status of the patients were evaluated using Glaskow Coma Scale (GCS) and Poisoning Severity Score (PSS). Statistical datas were analyzed using SPSS v.22.0.

RESULTS: The mean age of the patients was 40.1 ± 17.9 years, 20 males (%55.6). HD was performed to 27 patients (%75.0) and HP was performed to 9 patients (%25). Of the patients underwent to HD, 5 patients were poisoned with valproic asid, 1 patient (%3.7) amlodipine, 1 (%3.7) organic phosphorus, 1 (%3.7) paracetamol, 4 (%14.8) mushrooms, 2 (%7.4), ethyl alcohol, 3 (%11.2) lithium, 10 (%37.0) methyl alcohol respectively. Of the patients underwent to HP, 1 patients (%11.1) was poisoned withorganic phosphorus, 7 (%77.8) amitriptyline, 1 (%11.1) phenytoin respectively. The median of GCS was 10 (3-15) and PSS was 3 (1-3) respectively. GCS was significantly lower and PSS was significantly higher in the dead patients (p=0.011, p=0.001 respectively). The median of the passed time until the HD or HP after drug ingestion was 10 hours (4-168). Compared the living patients withdeat patients, the passed time was significantly longer in the dead patient group (p=0.001). Eleven patients (%30.6) were died and 25 patients (%69.4) were discharged with full recovery.

CONCLUSION: This study can be considered as a preliminary study in our country for this topic, that it is scrutinized the poisoning cases underwent HD or HP and showed the treatment modalities which is currently used or will be an active role in near future.

KEYWORDS: Hemodialysis, hemoperfusion, poisoning, emergency medicine

PS-0636 Toksikoloji

Carbon monoxide poisoning demographic distribution in Bolu province

Arif Duran[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Tarık Ocak[2]
[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*
[2]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

BACKGROUND: Carbon monoxide poisoning (COP) is a cause of fatalities and hospital admissions. In Bolu, studies about frequency of COP are rare. In this study, it is aimed to determine the frequency of the COP cases occurring all around the region.

METHODS: In the study, subjects who applied to Bolu Izzet Baysal AİBÜ Training and Research Hospital the emergency department due to drug overdose between 01th January 2007 and 31th December 2014 were analysed retrospectively. Data on sociodemographic features, methods used for drug overdose attempts and reasons were obtained by reviewing the medical fi les of the cases.

RESULTS: Of 703491 patients who applied to the emergency department 727 (0.103%) were found from the records to apply with COP 405 (55.7%) (33,57±20.79 year) of the subjects were females and 322(44.3%)(32.22±19.36 year) were males. COP were found to increase in the 0-40 age group (66.6%). The most commonly patients admitted to evening hour period(16-24 hour period;41.3%), month of January (22.7 %) and december (22%), seasons of winter(59.8%) and year of 2012 (19.8%) and 2013 (18.7).

CONCLUSION: COP is preventable. Compared to studies in other regions, according to our data, Turkey was faced with more frequent cases of COP. The number of cases has increased, especially during the winter months.

Keywords: Emergency, Carbon-monoxide, poisoning

PS-0637 Toksikoloji

Snakebites at fingers

Hasan Gümüşboğa, Behçet Al, Basri Can, Suat Zengin, Nurcan Sağlam
Emergency department of medicine school, Gaziantep University

Object: In present study we aimed to analyze the fingers snakebites and evaluate the complications.

METHOD: The patient admitted to Emergency Department of Medicine School of Gaziantep University due to snakebites at fingers between Mat 2014 and October 2014 were included the fingers bitted, the treatments and the complications were examined.

FİNDİNDS: Total of patients six were female, and five were male. The mean age of cases was 46.8 (range26–79 year). Of bites, five were at right hand fingers, four at left hand fingers, and two were at right foot fingers. The standard snake antivenom treatment was performed to all patients. Aphaeresis was performed to two patients. Of bites, five were at flexors side of fingers, and six were at extensors side of fingers. At six patients the second finger, at two patients the third finger, at two patients the fifth finger, and at one patient the first finger of hand were bitted. At two patients the first finger of foot were bitted. After one month at control examination the limitation of movement was recorded at three patients, and trigger finger was recorded in one patient. No complication was identified at seven patients.

CONCLUSION: The snakebites were generally identified at right hand fingers. The most common complication was limitation of movement.

KEYWORDS: Snakebite finger, complication, emergency department

PS-0638 Toksikoloji

Suicide Attempt with Intramuscular Chlorpyrifos Ethyl Injection

İrfan Aydın, Uğur Lök, Umut Gülaçtı, Mehmet Akif Dokuzoğlu
Department of Emergency Medicine, Adiyaman University Training and Research Hospital, Adiyaman, Turkey

Chlorpyrifos ethyl is an organic phosphorus derivative that used as insectiside on pests of fruit, nuts and grain. Organic phosphorus poisoning is common via oral, inhalation and dermal route but parenteral poisoning is rarely seen. Parenteral poisoning can cause local and systemic effects.

We aim to present a 21 year old male who injected intramuscular organic phosphorus. No systemic effects were seen except high WBC count. Local wound care and tetanus vaccine was applied. The patient discharged from emergency department and prescribed five days of antibiotherapy..

POSTER BİLDİRİLER

Organophosphorus poisoning can be encountered oral, inhaler, dermal or as in our case by the parenteral ways. Regardless poisoning way it should be considered systemic and local effects.

KEYWORDS: Chlorpyrifos ethyl, intramuscular, poisoning, intoxication

PS-0639 Toksikoloji

Hyponatremia Induced by Oxcarbazepine Usage

İrfan Aydın, Uğur Lök, Umut Gülaçtı, Mehmet Akif Dokuzoğlu
Department of Emergency Medicine, Adiyaman University Training and Research Hospital, Adiyaman, Turkey

We aimed to present a case admitted emergency department with syncope due to oxcarbazepine 300 mg tablets usage twice in a day, developed hyponatremia. 64 year old female patient had 121 mmol/L Na level in biochemical test. Brain CT and other laboratory tests were normal. Treatment for hyponatremia initiated and patient discharged after three days of hospitalization in nephrology service.

Patients using carbamazepine may admit to emergency department with nausea, weakness, headache, confusion and seizure. Emergency physicians should consider in these patients could develop severe hyponatremia.

KEYWORDS: Hyponatremia, oxcarbazepine

PS-0640 Toksikoloji

A Rare Form of Intoxication: Datura Stramonium Poisoning

Yahya Kemal Günaydın, Can Gökay Yıldız, Kamil Kokulu, Nazire Belgin Akıllı, Ramazan Köylü, Başar Cander
Konya Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Datura stramonium is a wild plant which is common in natural flora in Turkey and known as “thorn apple”. This plant is commonly used in consideration to be useful fort he conditions such as asthma, diarrhea, nocturia and hemorrhoid. Atropine, hyoscyamine and scopalamine which cause antichoklinergic poisoning exist as components. Major clinical presentation of the posioning include anticholinergic findings and symptoms such as visual and auditory hallucinations, agitations, delirium, urinary retention, midriasis, tachycardia and flushing.

CASE: A 67 year old male patient ate the plant named datura stramonium by advise of a relative because of burning sense during urination and frequent urination complaints for a couple of days. He referred ER upon development of exhaustion, nausea, mouth dryness, difficult urination after he ate the plant. The patient seemed agitated in his physical examination. His tongue was dry and pulse was tachycardic. Laboratory analyses were normal. Sinus tachycardia was detected in electrocardiography. The patient was admitted to toxicology department and followed-up for 1 day. Urine discharge was detected less during follow-up. Physiological saline of 0.9% and proton pump inhibitors were infused only. Complaints regressed on the other day and the patient was discharged with full recovery.

CONCLUSION: We wanted to draw attention to datura stramonium which is used for therapeutic purposes and causes severe intoxications with the present case. Consequently, wild plant poisoning should be considered for each patient referring with unexplained anticholinergic symptoms and complaints.

KEYWORDS: Datura stramonium, Anticholinergic, Poisoning

PS-0641 Toksikoloji

Easy To Misdiagnose: Carbon Monoxide Poisoning

Aslı Yasemen Savaş, Mehmet Esen, İlyas Koç, Ali Kablan
Department of Emergency Medicine,Gaziosmanpaşa University,Tokat,Turkey

INTRODUCTION: Carbon monoxide is a toxic gas, product of incomplete combustion of organic matter. It’s colorless, odorless, and initially non-irritating. Sources of carbon monoxide mostly include inadequate ventilation of heating sources (coal stove) and exposure to engine exhaust.

CASE: 70-year -old man was admitted to the emergency department with chest pain and dyspnea. He had bypass surgery five years ago. In his twelve lead electrocardiogram (ECG) atrial fibrillation and ST segment depression was detected. His blood pressure was 130/80 mmHg, pulse rate was 120 bpm. In his blood gas analysis Ph: 7.40, PO2:96mmHg, PCO2: 40mmHg, FCOHb: 9.4%. He said he was using coal stove for heating. His laboratory results including cardiac enzymes were in normal limits. He was given oxygen 10 L/dk. He was referred to cardiology and pulmonology clinic. He was advised to follow-up in emergency room and given 300 mg acetyl salicylic acid. In his control blood gas analysis, FCOHb: 4.2%. Echocardiography was taken; there was no ventricular or valve dysfunction. Despite all the risks described, he refused the treatment, signed related documents and left the emergency room.

CONCLUSION: In Turkey, coal stove is still widely used and it’s the main source of carbon monoxide poisoning. The symptoms of carbon monoxide poisoning are nonspecific and can exacerbate angina and cause cardiac injury, even in persons with normal coronary arteries. In this case the patent’s all symptoms may be explained by history of cardiac disease and carbon monoxide poisoning may be misdiagnosed. We want to emphasize the importance of blood gas analysis.

KEYWORDS: blood gas analysis. carbon monoxide poisoning,chest pain

PS-0642 Toksikoloji

A Case of Hypothermia with Osborn Waves after Use of Synthetic Cannabinoid in the ER

Serkan Dogan, Canan Akman, Alp Yilmaz, Utku Murat Kalafat, Tarik Ocak
Istanbul Kanuni Sultan Suleyman Education and Research Hospital Department of Emergency Medicine

INTRODUCTION: Hypothermia is a state in which body temperature drops below 35˚C involuntarily. In moderate hypothermia (28-32˚C), there may be severe atrial and ventricular arrhythmia together with typical Osborn waves. One of the most significant causes of hypothermia is staying in an outdoor environment unconsciously for a long time. The use of synthetic cannabinoids, increasing considerably in recent years, causes severe disorders in consciousness and perceptions. After use of these substances, people sit unconsciously in deserted parts of streets, parks or gardens. This paper intends to discuss the diagnosis and treatment process in the ER of a patient who developed hypothermia due to staying outside for a long time after using substances.

THE CASE: A 22-year-old male patient, who was found lying in a park after use of cannabinoid, was brought to the ER by 112. His general health condition was poor, and he was unconscious and had GKS:4. The following values were recorded: blood pressure: 110/60mmHg, pulse: 82/minute, respiratory rate: 22/minute, body temperature: too low that it cannot be measured, SpO2:%93, and finger-stick blood glucose:162 mg/dl. The patient was obviously cold in physical examination. His pupils were mydriatic, and he had PIR: -/-. Endotracheal intubation was performed for the safety of airway. The ECG showed atrial arrhythmia and huge Osborn waves. The patient was undressed and covered by a blanket, electric heaters were placed around him, Serum Physiologic 0.9% heated up to 40˚C was administered intravenously, and bladder irrigation was performed by Foley catheter. Heated moist O2 was given to the patient. About two hours later, his body temperature, as measured by digital thermometer, was 35.7˚C. The ECG performed for control showed that Osborn waves disappeared and the rhythm returned to normal sinus rhythm. No pathology was detected in brain tomography. The patient, transferred to intensive care unit, was extubated 24 hours later and discharged three days later.

CONCLUSİON: As a consequence, it should always be considered that hypothermia is likely to develop in patients staying outside for long hours under the influence of substances, which affect the level of consciousness. In the present case, although there are no devices in the ER measuring body temperature below 35˚C, the presence of Osborn waves in ECG led us to think that the patient’s body temperature might be 28-32˚C, as a result of which we were able to intervene early and the patient had a good prognosis.

KEYWORDS: Osborn Waves, Hypothermia, Synthetic Cannabinoid

PS-0643 Toksikoloji

Abdominal Pain: A Rare Sign of Cyanide Poisoning

Musa Dogru[1], Serkan Dogan[1], Yavuz Demiraran[2], Kadir Ozsivri[1], Tarik Ocak[1]

[1] *Istanbul Kanuni Sultan Suleyman Education and Research Hospital Department of Emergency Medicine*

[2] *Istanbul Kanuni Sultan Suleyman Education and Research Hospital Department of Anesthesiology and Reanimation*

INTRODUCTION: Cyanide has been known for long ages as a strong poison that takes effect in a very short time and causes death in minutes even when taken in small doses. Also known as "hydrocyanic acid" or "prussic acid", cyanide is found in nature either freely or in the form of compounds such as sodium cyanide, potassium cyanide and hydrogen cyanide. Cyanide poisoning particularly occurs when substances containing cyanide are incepted. Neurological, respiratory and cardiac clinical signs are frequently seen in cyanide poisoning. However, gastrointestinal signs are quite rare. This paper presents the case of a patient that took cyanide pills for suicide and was admitted to the emergency room (ER) with the complaint of abdominal pain.

THE CASE: A 27-year-old male patient who was reported to have taken cyanide pills for the purpose of suicide was brought to the ER by 112. He reported to have taken a cyanide pill, used in jewelry processing, one hour ago with one glass of water. His complaints were abdominal pain and a mild burning sensation in the chest. His general health condition was good, and he was conscious and cooperative. His vital signs were as follows: blood pressure:130/70 mmHg, pulse:115/minute, respiratory rate: 20/minute, SpO2:98% and body temperature:36.8°C. The physical examination showed flushing in the face, tenderness to palpation and increase in bowel sounds. Due to the suspicion of acute cyanide poisoning, gastric lavage was performed and active carbon was administered. 0.9% NaCl and proton pump inhibitor were administered intravenously. Hydroxocobalamin (Cyano Kit 2.5 gr) 5 gr iv was administered as an antidote. Laboratory tests were requested. No pathology was found in abdominal ultrasonography and in direct abdominal and pulmonary x-ray performed to seek the etiology of abdominal pain. The results of electrocardiogram and laboratory tests were also normal. The patient was transferred to intensive care unit for further tests and treatment.

CONCLUSİON: As emergency physicians, we must keep in mind that the immediate administration of an antidote may be lifesaving in cyanide poisoning. It must always be considered that cyanide poisoning mostly characterized by neurological, respiratory and cardiac symptoms may, although rarely, show gastrointestinal signs.

KEYWORDS: Abdominal Pain, Cyanide, Poisoning

PS-0644 Toksikoloji

A Rare Cause of Anaphylaxis: Kiwifruit (Actinidia deliciosa)

Sevil Kusku Kıyak, Serkan Dogan, Canan Akman, Bülent Yüksel, Tarik Ocak
Istanbul Kanuni Sultan Suleyman Education and Research Hospital Department of Emergency Medicine

INTRODUCTION: Food allergies are likely to cause severe and mortal reactions. Hazelnut, avocado, banana, tomato and kiwifruit are the most common types of food that cause allergies. Allergic reactions because of kiwifruit (Actinidia deliciosa) may result in a wide range of clinical conditions from simple nausea to loss of consciousness. This paper presents the case of a patient that came to the emergency room (ER) with anaphylactic reaction after eating a piece of kiwifruit.

THE CASE: A 49-year-old female patient that presented to the ER due to respiratory disorder and itchiness reported that she started having itchiness all over her body and difficulty swallowing 10-15 minutes after piece a slice of kiwifruit. In the physical examination, it was seen that she had a uvular edema as well as eruptional and itchy maculopapular lesions with clear boundaries (Pictures 1, 2). The vital signs were as follows: arterial blood pressure: 80/50 mmHg, pulse: 90 per minute, respiratory rate: 20 per minute, SpO2: 95% and body temperature: 36.7 0C. It was considered that the patient had anaphylaxis reaction since she was hypotensive and had respiratory disorder and a clear uvular edema. The patient was taken under close clinical and mechanical monitoring. She was hydrated by 0.9% NaCl 150 cc/hour, and administered 1/10.000 adrenalin 0.3 mg intravenously, pheniramine maleate 45.5 mg, ranitidine 50 mg and methylprednisolone sodium succinate 80 mg. In the 15th minute of therapy, the patient reported that she was breathing more easily. The physical examination for control indicated that uvular edema and maculopapular rashes on the skin continued decreasingly, and thus the patient was administered methylprednisolone sodium succinate 40 mg. In the first hour of therapy, the following values of vital signs were obtained: arterial blood pressure: 100/60 mmHg, pulse: 85 per minute, respiratory rate: 18 per minute, SpO2: 96%. After a follow-up of 12 hours, her complaints reduced. The patient was discharged with some recommendations and request for control.

CONCLUSİON: As emergency physicians, we should not disregard that kiwifruit, consumed increasingly in recent years for being rich in vitamin C, is likely to cause allergic reaction. In allergic reactions deriving from food, a detailed anamnesis may always be important and life-saving.

KEYWORDS: Anaphylaxis, Kiwifruit, Emergency Department

PS-0645 Toksikoloji

First Epileptic Attack: A case report

Ali Kaman[1], Arif Duran[1], Musab Medeni Zorlu[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Tarık Ocak[2]

[1] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

INTRODUCTION: The theory has long been held that the disordered wave of nerve impulses resulting in an epileptic seizure with loss of consciousness usually begins at one focal point and then spreads widely to other parts of the neopallial portion of the brain. When the spread is local, only local manifestations are experienced, such as flashes of light, hallucinations of sound, movement of muscles characterizing a "jacksonian attack," sensations of taste or smell and sensory changes, such as tingling and paresthesias. We aimed without epilepsy and cerebro vascular disease history patients of the epileptic attack.

CASE: A 74 year old male patient without epilepsy and cerebro vascular disease history was found in an unconscious, eye rolled back condition by his relatives on 14.03.2015. There was no contraction in his arms and legs. The patient was brought to AİBÜ İzzet Baysal Education and Research Hospital Emergency Service by 112 emergency service team with cerebro vascular condition suspicion. In the first medical examination, it was observed that the patient was unable to talk and move and was uncooperative - unoriented. No other abnormalities were observed during neurological examination. Brain CT, CBC, arterial blood gas, biochemical tests were claimed (diffusion MR was not claimed as the heart valves of the patient were prosthesis). A hypodense area inline with the past asymptomatic ischemia in MCA feeding area was observed in brain CT. Increase in blood gas lactate level was observed. An abnormal condition was not detected in other test results. When the patient was re-examined 30 minutes later, the patient was in a totally normal condition. Consultation was made with neurology department. The patient without an epilepsy history was hospitalized in neurology service with epilepsy diagnosis.

CONCLUSİON: Medical history is very important in neurological diseases. With a good medical history, diagnosis can be much easier. The interesting fact is that although a widely effective previous ischemia was observed in brain CT, the patient came over this situation asymptomatically.

KEYWORDS: epileptic attack, consciousness, seizure

PS-0646 Toksikoloji

New Generation Insecticide Intoxication; Imidacloprid

Mansur Kürşad Erkuran[1], Arif Duran[1], Tarık Ocak[2]

[1] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

INTRODUCTION: Imidacloprid is new generation insecticide from the chloronicotinil nitroguanidinine class with very low toxicity level for humans. In our presentation, we aimed to discuss the clinic levels of 3 cases who attempted suicide using imidacloprid at different places and times.

CASE PRESENTATİON 1: It has been determined that the 48 year-old male patient who has been taken to our emergency department drank half glass [approximately 50 cc] of agricultural product containing imidacloprid (comprador®) 4 hours ago. The patient who did not develop any pathology and who presented stable vital observations has been discharged at the end of the 4th day.

POSTER BİLDİRİLER

CASE PRESENTATİON 2: A 67 year-old male patient who was suffering from psychiatric diseases for two years has been taken to another health care institute for stomach lavage and active coal treatment after the intake of an agricultural product for suicide and then transferred to our emergency department. The agitations that developed at the 8th hour of the critical care unit have been taken under control using a single dose of midazolam 2 mg (dormicum®) intravenous. At the 4th day of the follow-up and treatment, the patient has been discharged because his general situation and his laboratory results were stable.

CASE PRESENTATİON 3: A 42 year-old male patient who took an agricultural product for suicide purpose has been transferred to us for the necessity of a follow-up in a high level health care institute. It has been determined that the patient took the agricultural product Imidacloprid (comprador®) at an unknown time and dose. The patient has been intubated and mechanical ventilator has been installed. At the 9th hour of the hospitalization, the patient underwent a cardiopulmonary arrest, and then he did not respond to a 60 seconds cardiopulmonary resuscitation and thus has been considered as exitus.

DİSCUSSİON: It has an agonist effect on the nicotinic acetylcholine receptors of insects that paralyzes them and then leads to their death. With the agonistic effect, first it stimulates the receptors and the excessive stimulation of the receptors prevents the transmission of neuronal stimuli.

In cases coming to the hospital for suspicion of organophosphate intoxication, in spite of the low toxicity, it is possible to observe death and we wanted to draw attention to imidacloprid intoxication due to the difference of the treatment approach.

KEYWORDS: Insecticide, Intoxication, Imidacloprid

PS-0647 Toksikoloji

Methemoglobinemia After Local Anesthesia With Prilocain; A Case Report

Mansur Kürşad Erkuran[1], Arif Duran[1], Bekir Barış Kurt[1], Tarık Ocak[2]

[1] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

INTRODUCTION: Local anesthetics are drugs that are commonly used by physicians in simple interventional procedures. Otolidine that is a degradation product of prilocaine- local anesthetic agent- oxidizes hemoglobin and may cause methemoglobinemia. Normally, methemoglobin is the form of 1-2% hemoglobin (Hb) in human body. In this study, we aimed to present the case of methemoglobinemia that reveals clinical findings with respiratory distress in the early period after local anesthesia with prilocain.

CASE: The 40-year old female patient who was brought to our emergency department had rashes on the face, bruising in fingers, shortness of breath complaints. Her relatives said that she had hepato cellular carcinoma diagnosis and received chemotherapy. Up to two hours before being brought to our clinic, it was found out that implanted catheter (port) was placed. 30 cc prilocaine as local anesthetic was applied (citanes 2%, R) and about 20-30 minutes after treatment, she had clinical complaints. The patient whose complaints were relatively regressive with oxygen treatment was admitted to the emergency intensive care unit for the continuation of methemoglobinemia's diagnosis, follow-up and treatment.

DİSCUSSİON: Hemoglobin is a molecule that contains iron in its ferrous (Fe ++) form, it is also responsible for carrying oxygen to the tissues and found in erythrocytes. Under normal conditions, iron that is present in hemoglobin is divalent. As a result of hemoglobin iron's being ferric (Fe+++) with oxidation, methemoglobin occurs (MetHb).

CONCLUSİON: Prilocaine that is an agent used commonly may cause methemoglobinemia. Methemoglobinemia may occur even at therapeutic doses, so an illness of the patient that may prolong the elimination of drugs should be considered and questioned in detail.

KEYWORDS: Methemoglobinemia After Local Anesthesia With Prilocain; A Case Report

PS-0648 Toksikoloji

Nasal Washings, Cucumbers, Inflammation

Canan Akman[1], Tarık Ocak[1], Murat Utku Kalafat[1], Arif Duran[2], Serkan Doğan[1]

[1] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

[2] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

INTRODUCTION: Ecballium elaterium, popularly known as squirting cucumber, from the Cucurbitaceae family is randomly used as a traditional treatment method for sinusitis infections. We aimed to study the case of a patient who extracted the nectar of squirting cucumbers and applied it directly to her nose. The treatment cannot go beyond professional experience instead of a standard treatment approach.

CASE: A 45 year-old patient has been taken to our emergency clinic with a feeling of inflammation and pain together with difficulty in breathing. The patient, who was nervous, declared she had an irresistible complaint of incapacity to breath and swallowing with a spiny and wavy voice. Moreover, there were erythematous alterations like superficial burns on the nasal wings. At the 8th hour of the monitoring and treatment, the symptoms of the patient have decreased and a treatment of oral antihistaminic and decongestant has been started and a 1 week cold liquid diet advices have been given before the discharge.

DİSCUSSSİON: Traditional treatments are widely used over the world and especially in Far East population. The different plant properties according to the regions are the cause of different treatments. The common property of plant treatment is the random nature of the application dose and way. One of these plants is squirting cucumber which is used in the treatment of sinusitis and widely observed in Mediterranean region.

As a result, the treatment of these cases cannot go beyond professional experience instead of a standard treatment approach.

KEYWORDS: Nasal Washings, Cucumbers, Inflammation.

PS-0649 Toksikoloji

Serious Orogastric Caustic Exposure with Hydrochloric Acid: Case Report

Nurullah Tarhan, İrfan Kala, Fatma Yorulmaz, Cihat Cömert, Ercan Özler, Binnur Eşfer, Muhittin Serkan Yılmaz
Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Caustics are the substances injuring functionally and histologically once exposure of body surfaces occur. Many chemical products of houses and industrial cleaners have the speciality of caustics. These chemical's pH range between 13 and 0. pH below 7 is considered to be acids, over 7 is called basic. Hydrocholoric acid products are used at houses for cleaning and it has pH between 0 and 2. In this case, we will describe a patient's exposure and injury with hydrochloric acid.

CASE: 20 year old female patient was brough to our emergency department by an ambulance by her relatives after drinking caustic substance of hydrochloric acid intentionally to commit suicide after a physicological stress. She described sore throat, cough, dyspnea, nause, vomitting and abdominal pain. Vital signs were stable: BP: 135/93 mm/Hg, PR: 88/min, BT: 36.3 C, SaO2: 92. Initial physical examination revealed oropharyngeal hyperemia. Auscultation of lungs showed mild rales and rhonci. There was abdominal tenderness in epigastric area. Plain chest x-ray showed no free subdiaphragmatic air. We decided to perform emergent upper endoscopy. Gastric mucosa was widely edematous, there was mild blood in distal part of gastric area over the surface of gastric ulceration. Occurance of wide submucosal hyperemia, edema, submucosal hemorrhage were also noted. Control hemoglobin values were stable and clinical signs of perforation didn't occur. We initiated proton pump inhibitor and symptomatic treatment. Patient was hospitalised by gastroenterelogy clinic for further follow-up and treatment.

CONCLUSION: Early bronchoconstriction, other airway complications and gastrointestinal perforation must be searched by emergency physician in the patients with caustic exposure. Long term sequela are the main complications of caustic exposure even though there may be no life threatening condition in acute phase such as perforation or severe gastric hemorrage. Especially acid exposures may cause pyloric fibrosis and gastric obstruction in long term follow-up. Early intubation to protect airway, erythrocyte suspension due to severe hemorrage must be the main choices for emergency physicians. Early gastroenterology consultation may also be the life saving move. On the other hand, psychiatry consultation is also needed for patients with intentionally exposure to commit suicide after acute phase of serious complications are over like we did in our case.

KEYWORDS: caustic, endoscopy, hydrochloric acid, upper gastrointestinal bleeding.

PS-0650 Toksikoloji

Takıng Quantit Unknown - Multidrug And Intralipid Use

Mehmet Ergin[1], Fulya Köse[1], Mehmet Akif Önal[2], Elif Özsağlam[1], Başar Cander[1]

[1]*Emergency Medicine Depertmant of Meram Medical Facultiy, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey*

[2]*Emergency Depertmant of Konya Research And Treaning Hospital, Konya, Turkey*

INTRODUCTION: Number of patients that come to the emergency with poisoning increase in recent years. Drug intake is mostly suicidal but also it can be accidentally less often in poisoning cases. 50% of adult poisonings are with agent more than one. Using intralipid is suggested in the poisonings with drug groups that are lipophilic like local anesthetics, antiarrhythmic drugs, beta blockers, calcium channel blockers, neuroleptics, serotonin-specific reuptake inhibitors, tricyclic antidepressant drugs, phenothiazines and cocaine.

CASE REPORT: 18-year-old woman patient with no psychiatric disease or taking medicine in her medical history, was taken to the emergency by her parents with suspicion of getting multidrug of her mother and spasm. Arterial pressure was 90/60 mmHg, pulse was 66/min, respiratory rate was 24/min, electrocardiogram was normal sinum rhythm, Glasgow coma score was 11 (E:3, M:5, V:3). In her arterial blood gas, pH:7.21, pCO2:41 mmHg, pO2:85 mmHg, aHCO3:16 mmol/L, sO2:95, Lactat:8, glucose:186 mg/dl, urea:14.8 mg/dl, cre:0.74 mg/dl, Na:140 mEq/L, K:4.6 mmol/L, AST:15 IU/L, ALT:17 IU/L, WBC:4.9/ mMicroL, Hb:9.9 g/dl, Plt:244.000 /mMicrol.

Urine sample was taken by using bladder catheter for multidrug test from the patient after given 1 mg/kg activated charcoal following gastric lavage. Paracetamol and tricyclic antidepressant were detected in the multidrug test result of the patient. According to anamnesis from her relatives, she had taken care of her mother in needing of nursing due to multiple sclerosis for 4 years, she saw her mother dead in her bed in the morning she took medicines when she woke up to send her brother to the school, after he went to the school, she got drugged and was found by her relatives when they got in the house, she was next to her dead mother and had spasms.

20% intralipid treatment was recommended to the patient by national drug and poisoninformation center beacuse the drugs had lipophilic characteristic and their quantify was unknown. 0,5 mL kg/hour infusion was remained following 1.5 mL/kg bolus injection. Her lactic and metabolik acidosis got better by medical theraphy without needing of hemodialysis, after 500 ml lipid infusion administration totally. The patient that recovered clinically, referred to psychiatry clinic on the 3th day of emergency follow up.

RESULT: The emergency response drugs sould include lipid solutions for the purpose of early response in the emergency services –especially resuscitation units-, because cardiotoxicity and mortality can occur in poisonings with lipophilic characterised-drugs.

KEYWORDS: multidrug, intralipid, suicid

PS-0651 Toksikoloji

Acute Nonst Myocardial İnfarction Following Carbon Monoxide Poisoning

Faruk Kurt[1], Arif Duran[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Tarık Ocak[2]

[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

INTRODUCTION: Carbonmonoxide (CO) exposure is one of the most common reasons of poisoning death. Elevated blood concentration of CO leads to reduced tissue oxygen delivery. Myocardial infarction pathogenesis during CO intoxication is complex. We have a 69 years old female who had an acute myocardical infarction after the CO exposure. We think that infarction is precipitated by CO exposure in our patient who had coronary artery disease before.

CASE: 62-year-old female patient was admitted to the emergency department with complaints of nausea and vomiting, fainting and corruption in the event of a general. The patient's glasgow coma scale was 15. It was learned that the history of bread in a wood-fired cook at home 2 hours ago. Patients had coronary artery disease and hypertension. Physical examination was blood pressure 165/90 mm/hg, heart rate 100/min, respiratory rate 20 /min and blood glucose 178 mg/dl. Electrocardiogram was normal sinus rhythm and cardiac examination was normal. There was not additional sound and murmur. The patient's arrival laboratory values troponin: 0.00 ng/ml, myoglobin: 24.5 ng/ml,ck_mb: 1.7 ng/ml. Ph 7.39, pco2:41, sao2 %93, cohb:16.5 in arterial blood gases. Patients with nasal cannulae to 10 liters / min of 100% oxygen treatment was started. Intravenous hydration started and was connected to the monitor. ECG and arterial blood gases were taken again and at ECG did not happen dynamic changes. That came after four hours in repeated cardiac enzymes was troponin 2.82ng/ml, myoglobin 830.3 ng/ml and ck_mb 71.2 ng/ml. The patient was started anti-ischemic therapy and was consulted cardiology clinic. The patient was admitted to the coronary care unit with a diagnosis of non-st elevation myocardial infarction and coronary angiography was performed.. Left main coronary artery (lmca) was normal, the left anterior descending artery (lad) was observed after d1 %80 of stent thrombosis within the proximal plate. Sirkumfleks artery (cx) and right coronary artery (rca) was normal. Follow-up without any problems in patients discharged with the recommendations.

CONCLUSION: CO intoxication may cause acute MI in those with or without preex-isting CAD,through aforementioned mechanisms.careful considerations hould be given to patients with COP.It is important to evaluate electrocardiogram and cardiac biomarkers in the first hours. Oxygen administration or hyperbaric ovygen therapy should be considered in patients with COP and cardiac toxicity. Emergent angiogram and reperfusion therapy issuitable in those with STEMI and demonstrable coronary obstruction.

KEYWORDS: Myocardial İnfarction, Carbon Monoxide, Poisoning

PS-0652 Toksikoloji

Is Squırting Cucumber Useful As Is Belived?

Başar Cander[1], Fatih Altunay[1], Aliye Nur Gökal[1], Muhammed Raşit Özer[2]

[1]*Department of Emergency, Necmettin Erbakan University, Konya,Turkey*

[2]*Department of Emergency, Education and Research Hospital, Konya,Turkey*

INTRODUCTION: Ecballium elaterium, is a herbaceous and a ruderal plant and a member of Cucurbitaceae family. It has many local names in Turkey including squirting cucumber or exploding cucumber. The usage of the juice obtained by squeezing its fruits for sinusitis is common in Anatolian geography. The precipitate that occur after the squeezing the Ecballium elaterium fruits had been shown to contain linoleic, palmitic, and stearic acids as well as enzymes including amylase, protease, and elastase.

CASE REPORT: Our patient was a 31 years old male patient who had headache and throat pain complaints ongoing for a week. He had thought and led to believe by suggestions from his relatives that he had sinusitis and he had applied his nostrils with Ecballium elaterium. He had squeezed the plant with his hands and inhaled the juice by his nose. 1 hour after his application he had admitted to our emergency department due to throat pain, fullness feeling on his throat and shortness of breath complaints. The conducted physical exam revealed that he had hyperemic oropharynx and uvula edema. Findings of systemic physical examination were normal. He had been followed up with the diagnosis of angioedema and given medical treatment including antihistaminic and steroid. The patient had been observed in the observation unit for 13 hours and had been discharged from emergency department after the regression of the uvula.

CONCLUSION: Unconscious usage of herbs as medication can lead to life-threatening complications. Those life-threatening complications of different herbal treatments are not fully known due to the lack of sufficient clinical researches. To decrease the incidence of those complications, awareness of the population must be raised and further clinical studies must be done.

KEYWORDS: Cucumber,angioedema,dyspnea

PS-0653 Toksikoloji

The Analysis Of Adult Suicide Cases Who Applied to The Emergency Service

Kerem Açıkgöz, Sertaç Güler, Murat Soyuduru, Hayri Ramadan, İsa Başpınar, Mehmet Okumuş, Yavuz Katırcı
Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

AIM: We analyzed the demographic characteristics, suicide shape, the active ingredient of the drug taken, the clinical characteristics, hospital-discharge situations of the patients who admitted to the Ankara Training and Research Hospital Emergency Medicine Clinic by taking drugs for suicide. In this way, we aimed determinating the profile of suicide cases in the emergency department and planning treatment should be done in frequent intoxications.

POSTER BİLDİRİLER

MATERIALS-METHODS: Our study was made on 1139 patients due to suicide attempt who admitted to Ankara Training and Research Hospital Emergency Medicine Clinic between 01.01.2011–31.12.2013. Demographic characteristics of the patients, known diseases, interference figure, regularly used medications, physical examination data, the drugs for suicide,drug intake time, initiation of treatment, length of stay in the emergency department, hospitalization or discharge status were recorded. Data were analyzed by using SPSS Windows 18 version. The distribution of variables was conducted by Kolmogorov Smirnov test. For the comparison of data, Student's t-test and chi-square tests were used. Significance was evaluated at $p<0.05$ level.

RESULTS: The mean age of the patients was 28.07±8.7 years old. There was no statistical correlation between the mean age of male and female patients ($p>0.05$). 96.3%of intoxication was in the city center and was increasing the frequency of interventions in the summer. 5%of patients were pregnant women and 0.9%of patients had a trace of interference. In 2.3%of patients had a history of systemic or psychiatric disorders and depression the most frequent diseases. It was determined that the most frequently attempted suicide by drug intake (%98,2) and 50.1%had a single drug. The most commonly used drugs were analgesics (29.1%) and 89,2%of patients were seen in the interference at his own medicine. Glasgow coma score of patients with drug use was lower ($p<0.05$). The kind of intoxication had no association between spontaneous breathing and vital signs. The most common presentation was between 16: 00-24:00 and at the first 3 hours after drug intake. Most of the patients were determined to be discharged within the first 6 hours. Majority of the patients underwent supportive therapy. It was detected that 49.4%of patients were consulted, %4,6 were hospitalized, %2,3 were referred, %1,7 were sent to the intensive care unit and %0,2 died in emergency department. There was no significant association between suicide form and mortality ($p>0.05$).

CONCLUSIONS: To completely remove the suicides is not an issue,but reducing the number of suicide attempts is possible by reducing the possible risk factors.

KEYWORDS: Emergency Medicine, suicide, intoxication

PS-0654 Toksikoloji

Central nervous system and cardiac effect of carbon monoxide poisoning

Mehmet İlbay, Mansur Kürşad Erkuran, Özgür Aslan, Enes M Demirel, Arif Duran
AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu

INTRODUCTION: Carbon monoxide is a colorless and odorless gas. It prevents transport of oxygen to the tissue by binding tightly to hemoglobin. It makes neuron necrosis and myocardial necrosis in the cell structure. In this case; we explain a patient have central nervous system damage and myocard damage because of carbon monoxide inhalation.

CASE: Female 81 years old, who brought to Mudurnu goverment hospital by her neighbours because of unawakened. She was shipped to bolu AİB education and research hospital with SVO initial diagnosis. She was unconscious and vital parameters, TA: 140/80mmHg, pulse:102/m, respiratory rate: 14/m. We took routine lab tests and blood gas test. We didn't see emergent pathology in brain tomography. Patient was intubated. EKG had ST depression in leads V2-6 in sinus rhythm. 6000Ü enoxaparin was injected. In blood gas test; Ph:7.47, pCO2:18.5mmHg, SaO2:98%, fCOHb:35.8%, laktat:9.5mmol/l, HCO3: 18mmol/l was seen and carbon monoxide poisoning was diagnosed. Cardiac markers was troponinI: 0.71ng/ml, CKMB:13ng/ml. EKO: left ventricular was global hipokinesia and ejection fraction was 25-30%. After consulted to reanimation specialist, was took in intensive care unit. Nextday, she was extubeted. Periventricular corticosupcortical and pontin findings were consistent with ischemic evidence in cranial MR imaging took in intensive care unit. She was took in koroner care unit in second day. She hasn't got coroner arter disease in anjiography. She was discharged in sixth day.

DISCUSSION: Carbon monoxide poisoning must be remembered in the differential diagnosis of unconsciousness patient. If we had carbon monoxide poisoning suspicion, we had to give early and high concentration oxygen. We must want a wide broad laboratory test foreach system may be affected because of carbon monoxide poisoning patient sould be unconcious.

KEYWORDS: carbon monoxide poisoning, myocard injury, unconsciousness

PS-0655 Toksikoloji

Batteries ingestion:A case report

Enes M Demirel, Arif Duran, Mehmet İlbay, Mansur Kürşad Erkuran
AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu

INTRODUCTION: Batteries power a multitude of products, such as remote control devices, calculators, watches and etc. Ingested batteries have strong potential for corrosive injury to the gastrointestinal tract with major complications, including esophageal and gastrointestinal burns, fistula, or perforation. Psychosis refers to an abnormal condition of the mind, and is a generic psychiatric term for a mental state often described as involving a "loss of contact with reality". People with psychosis are described as psychotic. People experiencing psychosis may exhibit some personality changes and thought disorder.

CASE: 20-years-old female patient diagnosed with psychosis before, was brought to the emergency room by her relatives with a history of undefinied body ingestion.Consciously, GCS 15, pupils were isochoric, BP: 110/60, pulse: 82/min., respiratory rate 16/min, sat: 96%.Having nausea, vomiting and weakness patient was abdominal sensitive. Biochemical markers; AST:22U/L, ALT:11U/L, WBC: 12.0k/uL Urea: 27mg/dl, Sodium: 139mmol/L, Potassium: 4.1mmol/L Hgb: 12.1g/dl. 4 batteries and 1 crown cap was seen in patient's X-ray. Admitted to the general surgery service operating purposes.Patient who were operated for 2 days post - op was discharged from the intensive care unit followed by 7 days post-op patient in general surgery service.

CONCLUSİON: Most ingested foreign bodies pass spontaneously, although up to 1% will result in intestinal perforation. Specific foreign bodies such as sharp, pointed, or corrosive objects have been typically associated with perforation. Most button ingestions are witnessed, and up to 80 percent of patients are asymptomatic at the time of presentation. The management of battery ingestions, including radiographic localization and removal, depends upon the location of the battery and the age of the patient. Neither battery size nor the presence of symptoms can be used to reliably predict location in patients. And psychotic patients can be used for suicidal.

KEYWORDS: Batteries, intoxication, ingestion

PS-0656 Toksikoloji

Uveitis Attack and Drug Reaction due to Cefuroxime Axetil

Canan Akman[1], Arif Duran[2], Utku M Kalafat[1], Tarık Ocak[1]
[1] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*
[2] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

INTRODUCTION: Antibiotics are natural or synthetic substances that are frequently used for infection control and that prevent the proliferation of bacteria and other microorganisms or that destroy them. Cefuroxime axetil which is a 2nd generation cephalosporin preferred for infection management are widely used for the treatment of pneumonia, tonsillitis, epiglottitis, otitis, sinusitis, urinary infections and smooth tissue infections. We aimed to discuss a drug reaction characterized by face and ear skin observations, due to uveitis after the use of antibiotics including cefuroxime axetil for acute tonsillitis.

CASE: The 30 year-old female patient applied to our emergency clinic complaining for rubor in both eyes but especially in left eye, swelling, rubor and pain in ears, eruption in lips extremities. In her anamnesis, it has been determined that she did not have any medical disease that may require the regular utilization of drugs. However, it has been determined that 7 days ago she started to use 500 mg 2x1 oral preparation containing cefuroxime axetil for throat ache. After the intake of the drug, it has been determined that, at the 3rd day she observed eruptions in lip extremities but she did not care about it; at the 5th day rubor in both eyes and especially in left eye have developed, and complaints such as incapacity to look toward light and pain have started together with swelling, rubor and pain in both ears, and that she applied to our clinic because she worried about the situation. The used cefuroxime axetil preparation has been stopped. In the 2nd day examination of the patient before her discharge, almost all the eye symptoms have disappeared, and the ear symptoms were reduced at a high level, and that at the 7th day control, total clinic health was observed.

CONCLUSİON: İt should be remembered that unwanted side effects may be observed, and even if it is rare, the development of uveitis and late or delayed excessive sensitivity reactions associated to the use of cefuroxime axetil, and the diagnosis shall be ensured by examination of side effects.

KEYWORDS: Uveitis, Drug Reaction, Cefuroxime Axetil

PS-0657 Toksikoloji

Suicide attempt with high doses of paroxetine: A case report

Abdussamed Vural, Mehmet Yılmaz, Mustafa Şimşek, Mükerrem Altuntaş, Bahadır Karaca, Ali İhsan Kilci
Department of Emergency Medicine, Training and Research Hospital,Kayseri,Turkey

INTRODUCTION: Paroxetine is an antidepressant in a group of drugs called selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). The recommendation on dosage that 20 mg paroxetine daily is the optimal therapeutic dose for most patients. It is relatively safe in overdose as compared to tricyclic antidepressants (TCAs) and is rarely fatal when taken alone (1). The intake of a large amount usually results in drowsiness, tremor, nausea, and vomiting; very high doses of SSRIs (>75 times the normal daily dose) may result in seizures, ECG changes and decreased consciousness (1). A case of paroxetine overdose (1120 mg, 56 tablets of 20 mg paroxetine) is reported in an 41-year-old female who attempted suicide and recovered without any sequelae, requiring only supportive treatment. This report highlights a case of pure paroxetine overdose and the safety profile of paroxetine in overdose.

CASE: An 41-year-old female was brought to the emergency service for attempted suicide. She had consumed 56 tablets of 20 mg paroxetine 1 hour before admission to the hospital. She had history of major depression and so she had been undergoing paroxetin treatment for a major depressive episode with suicidal ideation but she had no previous history of any suicidal attempt. On admission to the emergency service, she had severe nausea and she had an episode of vomiting. The vomitus consisted of partially dissolved tablets and watery fluid.

On admission, her vital signs were normal. Systemic examination revealed no other abnormality. On mental status examination, she was conscious, was oriented to person but there was a slight lack of attention and concentration. An ECG revealed no any abnormality such as change in the QRS complex. The supportive treatments include fluid replacement, anti-emetic was provided to the patient and also gastrointestinal decontamination was performed with gastric lavage and activated charcoal. The patient was kept under observation for the next 12 hours. Her pulse, BP and cardiovascular status were monitored during the follow-up. Her mental status condition improved within 12 hours, she had a fair level of attention and concentration.

CONCLUSİON: This case further supports the safety of paroxetine in overdose and supports the current preference for SSRIs over TCAs in the treatment of depression. Finally, and importantly for an antidepressant, paroxetine appears relatively safe in overdose.

KEYWORDS: Paroxetine, overdose, selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), suicide attempt

PS-0658 Toksikoloji

Vision Loss as a result of the chronic thinner inhalation: case report

Canan Akman, Utku Murat Kalafat, Mustafa Basturk, Tarik Ocak
Department of Emergency Medicine, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

All body systems primarily central nerve system and hematopoetic system are affected chronically in people working in painting profession and being exposed to dye and solvents (thinner, toluene, xylene etc) in the form of aerosol in the media that they work. Many manifestations can emerge from headache to consciousness loss to hearing and vision hallucinations to aplastic anemia, to hepatomegaly with exposure. It has been found that the long term use of thinner lead to schizophrenic-paranoid personality, blindness, paralysis, cerebellar degeneration, polyneuropathy, Parkinson's disease and balance problems. Time of use, frequency of use and used amount are important causes of exposure. Substances taken by inhalation such as thinner, toluene, benzene and xylene create harmful effects by increasing the formation of free radicals. In this report, a forty-two-year old case working in automobile industry using thinner as solvent is presented.

CASE: Forty-two year old male patient with complaints such as vision impairment, weakness in legs and exhaustion was brought to the emergency service by his relatives. It was learnt that he was working in automobile industry, that he made automobile painting more than twelve hours and that his current complaints begun later. In his anamnesis, he described that he was doing this jobs for fifteen years, that he experienced similar manifestations slighter than at that time one year ago however he did not go to the hospital. His vital parameters were normal. In his physical examination, his pupils were midriatic and the light reflexes were +/+. His eye coordination is not right place and he could not do color and object distinction. In his neurologic examination, there were no motor and sensory deficits. In the analysis of arterial blood gas, metabolic acidosis with wide anion gap was detected (pH:7.260, HCO3:5.7, BE:-21.4, pCO2:12.9). Other laboratory parameters were normal. No pathology was found in the computerized tomography. He was hospitalized in the intensive care unit due to the metabolic disorder triggered by thinner inhalation. Since vision loss continued in the follow-up of the patient, bilateral optic atrophy was found in the magnetic resonance imaging and he was continued to be monitored.

CONCLUSİON: We suggest that the exposure to the volatile substance due to the professional causes should be investigated in the patients referred to emergency service with vision loss.

KEYWORDS: Blindness, thinner, toxicology

PS-0659 Toksikoloji

Rhabdomyolysis after the intake of synthetic cannabinoid

Canan Akman[1], Utku Murat Kalafat[1], Serkan Dogan[1], Yakup Yesil[2], Tarik Ocak[1]

[1]*Department of Emergency Medicine, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

[2]*Deparment of Pediatrics, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

INTRODUCTION: The ever-increasing illegal supply and the use of the compounds containing cannabinoids may sometimes lead to serious complications with the intake of additional substances. Since the ingredients of the these synthetic cannabinoids cannot be known clearly, we may confront with very different clinical manifestations. Since it is easier to reach these substances, their uses with additional substances such as alcohol begin to increase among the young people. Correspondingly, the referrals to emergency services have been increased. In this case with discussed the referral of a fourteen-year old young girl to the emergency service due to the rhabdomyolysis complication developed after the use of bonsai and alcohol, the approach and the treatment after the referral to emergency.

CASE: General status disorder of a fourteen-year old female girl brought by 112 ambulance service to our emergency service developed after the alcohol intake with substance containing cannabinoid was described. His vital parameters were normal, except heart rate was tachycardic (130 per minute). GCS was 8 (E2V2M4) and her pupils were miotic. In her electrocardiography, sinus tachycardia was seen. In the laboratory examinations; Creatine Kinase (CK) was detected as 2563, electrolytes and kidney function tests were normal, Ethanol was detected as 75.2, AST was detected as 33, ALT was detected as 26 and, LDH was detected as 234. 0.9% NaCl infusion was initiated with dose of 100 cc per hour to the clinically followed symptomatic patient. In her follow-up In her follow-up, CK was observed as 2580 at the sixth hour control laboratory studies was CK was found as 9631 at twelfth hour laboratory studies. It was observed that there is darkening in the urine color and that there was 60-cc-per-hour urine output. CK was seen as 8494 in the blood values measured of the patient being monitored with current treatment. CK of the patient whose current treatment is continued and whose general status was improved was measured as 1715 three days later. The patient who had no active complaint and whose laboratory values returned to normal was discharged from the hospital.

CONCLUSİON: We should be aware of the intake of the additional substance in the patient with alcohol intake and consciousness alteration. In conclusion, as in the situation of our case, higher values of creatine kinase are valuable in terms of rhabdomyolysis and we suggest that we should keep in mind the use of cannabinoids.

KEYWORDS: Adolesan, rhabdomyolysis, synthetic cannabinoid

PS-0660 Toksikoloji

Evaluation of the Demographic Characteristics of the Cases Referring to the Emergency Service of a Training and Research Hospital After the Use of Synthetic Cannabinoids

Canan Akman[1], Utku Murat Kalafat[1], Tarik Ocak[1], Arif Duran[2]

[1]*Department of Emergency Medicine, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

[2]*Deparment of Emergency Medicine, Bolu Abant İzzet Baysal University, Bolu, Turkey*

INTRODUCTION AND OBJECTİVE: Synthetic Cannabinoids (SC) are a kind of drug which its use has become very common particularly among young people, having addiction potential and serious side effects including death. Since substance ingredient can be changed by means of chemical methods, inability of completely detecting their pharmacologic characteristics is one

of the important burdens affecting the diagnosis and the treatment.

Beside the psychiatric signs associated with the use of SC such as anxiety, paranoia, hallucination, psychosis, clinical evidence such as abdominal pain, vomiting, tachycardia, dyspnea, clouding of consciousness can be also seen.

In this study, our aim is to assess the demographic findings of the cases referring to a Training and Research Hospital in İstanbul after the use of SC.

MATERİALS AND METHODS: Eighty four (84) patients referring to the Emergency Service of Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital after the use of SC were included into the study. The age, gender, marital status, professional status, referring way, trauma history and the accompanying alcohol intake were recorded by investigating computer records retrospectively.

RESULTS: Totally eighty four (84) patients were included in our study. It was identified that the mean of ages of the patients was 25.4±7.07 and that 95.24% of them were males.

Nineteen (22.6%) of these patients were hospitalized and sixty five (77.4%) patients were discharged from the hospital following the follow-up and the observation. When the referring times of the patients were investigated, the most common referring hours were between 4 PM and 12 AM with 47.6%-ratio and the mean time spent in the emergency service was identified as 6.9±4.87 hours (min: 1, max: 24 hours). One of these patients (1.2%) was exitus.

When the treatments applied to the patients referred to the emergency service after the use of SC were examined, it was detected that hydration was applied to all of these patients, paracetamol was administrated to 6.2% of these patients, benzodiazepine was administrated to 12.5% of them and, nasal oxygen treatment was administrated to 46.9% of them.

DİSCUSSİON: In this study, it was aimed to identify the demographic characteristics of the patients referring to the emergency service after the use of SC ever-increasing in recent years in our country. It is estimated that our study can provide a foresight in the individuals in the age of risk group in which anamnesis cannot be taken due to the sudden consciousness loss and/or alterations.

KEYWORDS: Demography, synthetic cannabinoids, toxicology

PS-0661 Toksikoloji

Assessment of Blood Gas, White Blood Cell and Mean Platelet Volume of the Cases Referring to Emergency Service after the Use of Synthetic Cannabinoids?

Utku Murat Kalafat[1], Canan Akman[1], Ayse Inci[2], Tarik Ocak[1], Arif Duran[3]

[1]*Department of Emergency Medicine, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

[2]*Department of Infectious Disease and Clinical Microbiology, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine, Bolu Abant İzzet Baysal University, Bolu, Turkey*

INTRODUCTION AND OBJECTİVE: Substances containing synthetic cannabinoids (SCs) are called "Spice" in Europe, "K2" in the United State of America (USA) and "Bonsai" in Turkey. Since it has become readily available in the market, it has been popular among the people looking for winiest substances. In order to overcome the legal barriers, new canabimimetic analogues are released into the market continuously. The difficulty in the detection of the synthetic cannabinoids (SCs) makes them more attractive. Although the detection of some synthetic cannabinoids (SCs) is possible, all available chemical cannot be detected yet. Therefore, substance level screenings are not mostly possible in cases in which there is a suspicion for likely synthetic cannabinoid (SC) use referring to emergency service. The most important supportive tools of Emergency Service physicians will be the evaluation of the laboratory tests with the symptoms and the clinical monitoring. In this study, our goal is to evaluate the laboratory findings of the cases referring to a Training and Research Hospital in Istanbul after the use of synthetic cannabinoids (SCs).

MATERİALS AND METHODS: Fifty six (56) patients who referred to Emergency Medicine Clinic of Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital after the suspicion of use of Synthetic Cannabinoid (SC) were included into the study. The demographic data of the patients such as age, gender, partial oxygen pressure, pH, partial carbon dioxide pressure, bicarbonate ionized calcium values in the blood gas and white blood cell count, mean platelet volume (MPV) values in hemogram examinations were recorded by studying retrospectively computer records.

RESULTS: The mean age of fifty six (56) patients being included into our study was found as 25.74 ±7.07 and 93% of the patients were identified as males. Laboratory characteristics are seen in Table 1.

DİSCUSSİON: In recent years, this kind of cases is commonly encountered in Emergency Services with the increase in the use Synthetic Cannabinoids (SC). The individuals using Synthetic Cannabinoids may have severe clinical manifestations including death. We suggest that the monitoring of the laboratory values of these patients in relation with their clinical manifestations may ensure valuable contributions not only for helping to us as clinicians but also in reducing the mortality rates.

KEYWORDS: Blood gas, MPV, synthetic cannabinoids

PS-0662 Toksikoloji

Anaphylactic reaction as a result of using Ibuprofen

Özgür Bekar[1], Abdullah İbrahim[1], Gokhan Taş[1], Hayti Kandiş[2], Mehmet Özgür Erdoğan[1], Mehmet Koşargelir[1]

[1]*Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine*

[2]*Düzce University Medical Faculty Department of Emergency Medicine*

INTRODUCTION: Non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAID) are the second largest group of prescribed medications after the antibiotics.The most known adverse effect of this group is the gastrointestinal system problem. Unfortunately the NSAID can cause anaphylaxis and anaphylactoid reactions in patients with diseases of allergic orijin like asthma compared to the normal population. Our case is focused on a patient who developed urticaria and angioedema after using ibuprofen.

CASE: 70 year old female patient with history of asthma applied to the emergency department with complaints of pruritis and hyperemia after using ibuprofen. She did not have any history of allergic reaction to any medication. On arrival she was conscious her Sp02:88, pulse:110beat/min, BP: 90/50 mmHg. Her arterial blood gas showed: Ph:7.29 and her lactate level was 4mmol/L. Her physical examination showed extensive edema, wheezing and staphyledema. Treatment with 0.5mg adrenalin injection, steroid, antihistaminic drugs, oxygen and hydration was immediately started. The patient was followed up in the emergency department for 12 hours and no late-phase reaction was observed. She was discharged after all the symptoms subsided and her laboratory values returned to normal ranges.

CONCLUSION: Anaphylaxy is a real emergency that requires immediate medical intervention.Atopic patients are more likely to develope anaphylactic and anaphylactoid reaction after using certain medications compared to the normal population. The clinical signs deteroriate very rapidly and therefore it is very important to quickly and correctly diagnose and start emergency treatment.

KEYWORDS: Anaphylaxy, İbuprofen,anaphylactoid reaction

PS-0663 Toksikoloji

Nephropathy due to contrast media

Abdullah İbrahim[1], Hayati Kandiş[2], Özgür Bekar[1], Gökhan Taş[1], Mehmet Özgür Erdoğan[1], Mustafa Ahmet Afacan[1]

[1]*Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine*

[2]*Düzce University Medical Faculty Department of Emergency Medicine*

INTODUCTION: Contrast-induced nephropathy (CIN) has become an important cause of in-hospital acute renal failure (ARF) after the increase in the use of iodine contrast media for diagnosis and treatment. It is defined as either a greater than 25% increase of serum creatinine or an absolute increase in serum creatinine of 0.5 mg/dl within 48 hours following the use of a contrast agent. The most important risk factor in the development of CIN is the presence of renal failure.

CASE: A 70 year old female patient with previous diagnosis of metabolic syndrome and stage II renal failure was admitted to the emergency room with nausea and vomiting. In her history we learnt that two days earlier she underwent percutenous coronary angiography using contrast agent for the diagnosis of acute myocard infarctus. Her laboratory results showed a rise in creatinine level from 2.1mg/dl to 3.9mg/dl. Treatment with hydration, forced diuresis and antioxidant did not cause any change in her creatinine levels. She was admitted with the diagnosis of acute on chronic renal failure.

CONCLUSION: Contrast-induced nephropathy causes an increase in morbidity and mortality. Nevertheless the use of contrast agent especially in emergency situations is inevitable. Therefore physicians should be able to identify the possible CIN candidates and institute a prophylactic traetment. As in our case a delay in starting the necessary treatment results in acute renal failure. The initiation of prophylactic treatment before and after use of contrast agents and the follow up of patients' renal functions are the key points in reducing the morbidity and mortality.
KEYWORDS: nephopathy, contrast media,acute renal failure

PS-0664 Toksikoloji

Decompastion of renal functions after using naproxene sodium

Gökhan Taş[1], Abdullah İbrahim[1], Ece Mersin[1], Hayti Kandiş[2], Özgür Bekar[1], Mehmet Koşargelir[1]

[1]*Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine*

[2]*Düzce University Medical Faculty Department of Emergency Medicine*

INTRODUCTION: Acute renal failure (ARF) is the abrupt loss of kidney function, resulting in the retention of urea and other nitrogenous waste products and in the dysregulation of extracellular volume and electrolytes. The annual incidence is 15-20/100.000. Among the many causes of ARF are: medications especially Non steroidal anti-inflammatory Drugs (NSAID; naproxene, acetyl salicylic acid, ibuprofen), Naproxen sodium is a non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAİD) of the aril acetic acid group with analgesic and anti-inflammatory properties.

CASE: A 23 year old male patient applied to the emergency department with complaints of abdominal pain, nausea and vomiting. His physical examination was normal, his history revealed that he has been using naproxene sodium ((Voltaren tb 50 mg; Novartis, Stein-AG, Swiss) one tablet a day for three consecutive days. He had no history of any chronic disease or renal failure. His initial laboratory results were: BUN: 20 mg/dl, creatinine:2.06 mg/dl glucose:90 mg/dl, ALT:10 U/L, AST:12 U/L. After 6 hours the results were: BUN:18 mg/dl, creatinin:2.02 mg/dl, glucose 90 mg/dl, AST:12U/L, ALT:9 U/L. After 12 hours BUN: 12 mg/dl, creatinin: 1.69 mg/dl. On the 3rd day, BUN: 14 mg/dl, creatinine: 1.36 mg/dl. The patient was admitted to the nephrology department with the diagnosis of acute tubular necrosis. His renal functions improved with treatment and his final laboratory results were: BUN: 11 mg/dl, creatinine: 1.17 mg/dl on discharge.

CONCLUSİON: In a healthy patient with no history of renal disease (as in our case) the high creatinine levels were as a result of nephrotoxicity arising from naproxene sodium consumption. The renal decompesation is a result of reduction of prostoglandins' supportive effects on renal perfusion.

This effect is reversible and returns to normal when the drug is stopped. We should be careful with patients who are on NSAID as they may develop renal decompensation.

KEYWORDS: Acute renal failure. NSAID, naproxene sodium

PS-0665 Toksikoloji

İsolated leukopenia as aresult of the use of propylthiourasil

Gökhan Taş[1], Abdullah İbrahim[1], Hayati Kandiş[2], Şahin Çolak[1], Ahmet Özbek[1], Mehmet Özgür Erdoğan[1], Mustafa Ahmet Afacan[1]

[1]*Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine*

[2]*Düzce University Medical Faculty Department of Emergency Medicine*

INTRODUCTION: Propylthiouracil (PTU) or 6-n-propylthiouracil (PROP) is a thiouracil-derived drug used to treat hyperthyroidism(including Graves' disease) by decreasing the amount of thyroid hormone produced by the thyroid gland. Its notable side effects include a risk of agranulocytosis, leukopenia and aplastic anemia.

CASE: 24 year old female patient with known hyperthyroidism who has been on propylthiouracil for one and half years, was brought to our emergency department with complaints of fever, cough and body rash for about a week. Her vital signs were: temparature 38.5 C, Blood pressure: 100/60 mm/Hg. Her blood count showed WBC: 0.89, PLT: 204,000, Hgb: 11.8, Hct 36.5. She did not complain of diarrhea, nausea, vomiting, headache or sore throat. The Patients was admitted to the internal medicine service with the diagnosis of drug-induced isolated leukopenia. The blood Picture returned to normal after discontinuation of the drug and she was discharged after full receovery.

CONCLUSION: Hyperthyroidism is a disease that disrupts the quality of life significantly. Propylthiouracil cause a lot of side effects, which have an important place in the treatment of disease, even though the many effective treatments for the patient. As we saw in our case caused, side effects such as fever and rash could be reversed after discontinuation of the drug. Does not mean that these drugs should not be used. Patient in terms of side effects that may occur while using the medicine we have advised them to be careful

KEYWORDS: Propylthiouracil, isolated leukopenia, Hyperthyroidism

PS-0666 Toksikoloji

A comparison of pregnant patients with suicide attempt that admitted to the emergency department according to suicide attempt method

Yılmaz Zengin, Ercan Gündüz, Recep Dursun, Mustafa İçer, Hasan Mansur Durgun, Ertuğrul Kara, Ahmet Gündüzalp, Cahfer Güloğlu
Department of Emergency Medicine, Dicle University, Diyarbakır, Turkey

INTRODUCTION: In the pregnancy period, the incidence of suicide attempt is lower as compared to other life-periods. However, according to the recent studies, suicide attempts may lead life threatening consequences, especially in 5% of high risk pregnant women. The aim of this study is to compare pregnant patients admitted to the emergency department for suicide attempt in terms of their sociodemographic and clinical properties and suicide attempt methods.

METHODS: In this study, 2990 patient (18 years of age or older)files admitted to the emergency department of university for suicide attempt between January 1, 2009, and December 31, 2014, 56 patients were included and they were classified according to suicide attempt methods into 2 groups as violent ones (hanging, jumping, shooting) and non-violent ones (drugs). The study was a retrospective cross-sectional study. The sociodemographic, psychiatric and clinical properties of the patients were identified by patient registry system and patient files, and inter-group differences were compared.

RESULTS: In this study, 15 (26.7%) patients in the violent suicide group, and 41 (73.3%) patients in the non-violent suicide group, totally 56 patients were included. In the non-violent suicide attempt group, use of cigarette, suicide attempt due to mental depression, and live birth was significantly higher as compared to violent group, hospitalization period and fetal death was lower (p values respectively: 0.04; 0.006; 0.004; 0.004).

CONCLUSİON: Most of our pregnant suicide attempt patients are in the non-violent group, however, violent suicide attempt increased hospitalization period and fetal mortality significantly.

KEYWORDS: Emergency department, pregnant, suicide attempt, method

PS-0667 Toksikoloji

Socio-demographic and clinical factors related to mortality among the geriatric suicide attempters admitted to emergency department

Yılmaz Zengin[1], Ercan Gündüz[1], Mustafa İçer[1], Recep Dursun[1], Hasan Mansur Durgun[1], Hüseyin Gürbüz[1], Süleyman Demir[2], Mahir Kuyumcu[3]

[1]*Department of Emergency Medicine, Dicle University, Diyarbakır, Turkey*

[2]*Department of Psychiatry, Dicle University, Diyarbakır, Turkey*

[3]*Department of Anesthesiology, Dicle University, Diyarbakır, Turkey*

INTRODUCTION: The ratio of elderly people in Turkey is rapidly growing. Accordingly, psychiatric problems and suicidality among elderly people are growing concerns. In this study, we aimed to investigate the socio-demographic characteristics of older people who attempted suicide by drug and to identify risk factors affecting mortality.

POSTER BİLDİRİLER

METHODS: Between January 1, 2004, and December 30, 2014, patients who were over 65 were admitted to a university emergency department due to drug-related suicide attempt. The type of the study was retrospective cross-sectional study. Relationship between suicide attempt and mortality was investigated for socio-demographic and clinical factors. Patients were divided into two groups as survival and non-survival.

RESULTS: Of the 107 patients included in the study, 68.2% were female and 31.8% were male; 34.5% were married. Common reasons for suicide attempt were depression(34.6%) and domestic violence(30.8%). Analgesics(33.6%) were the most common drugs used in suicide attempts. Thirteen patients (12.1%) died during the follow-up period. The analysis of the relationship between suicide attempt and mortality revealed that there is a statistical correlation among loneliness, be widowed, retirement, adjustment disorder, anxiety disorder, and hospitalisation ($p < 0.001$; $p = 0.004$; $p < 0.001$; $p < 0.001$; $p< 0.001$; and $p = < 0.01$, respectively).

CONCLUSION: Loneliness, be widowed, retirement, adjustment disorder, anxiety disorder, and hospitalisation are effective risk factors affecting mortality for geriatric suicidality.
KEYWORDS: Geriatric; Mortality; Suicide

PS-0668 Toksikoloji

Beneficial Effects Of Hesperidin Following Cisplatin-Induced Damage In Heart Of Rats

Hakan Oğuztürk[1], Osman Çiftçi[1], Aslı Çetin[2], Kürşat Kaya[3], Olcay Murat Dişli[4], Muhammet Gökhan Turtay[5], Neşe Başak[1]

[1]*Department od Emergency Medicine, Inonu University, Malatya, Turkey*

[2]*Department of Medical Pharmacology, Inonu University, Malatya, Turkey*

[3]*Department of Histology and Embryology, Inonu University, Malatya, Turkey*

[4]*Department of Medical Biochemistry, Inonu University, Malatya, Turkey*

[5]*Department of Cardiovasculer Surgery, Inonu University, Malatya, Turkey*

[6]*Department of Pharmaceutical Toxicology, Inonu University, Malatya, Turkey*

BACKGROUNDS: Increased oxidative stress and histopathological damage have been implicated in the cardiotoxicity that limits the clinical therapy of cisplatin (CP) as an anti-cancer drug.

OBJECTİVES: This study aimed to investigate the protective effect of hesperidin (HP) against cisplatin-induced cardiotoxicity in rats.

MATERIAL-METHODS: Rats were divided into four groups (n=7/group), and the first group served as the control group. Animals in Group CP and Group CP + HP received a single dose of cisplatin (CP-7 mg/kg); animals in Group HP and Group CP + HP received 50 mg/kg/day HP with gavage for 14 days. At the end of day 14, cardiac tissue samples were histologically and biochemically examined.

RESULTS: In this experimental study, TBARS levels in the cardiac tissue were significantly higher in the CP group, whereas GSH, SOD, and CAT levels were significantly lower in this group. On the other hand, GSH, and SOD levels in the CP + HP group were similar to the control group. There was no significant difference in cardiac CAT levels between Group CP and Group CP+HP.

CONCLUSIONS: Hesperetin treatment leads to a decrease in oxidative stress, and associated histological damage. The findings of the current study suggest that hesperidin has a protective effect against cisplatin-induced cardiotoxicity.

KEYWORDS: Hesperidin, cisplatin, cardiotoxicity, experimental, rat

PS-0669 Toksikoloji

Coagulation disorder associated with scorpion sting

Emin Fatih Vişneci, Bora Çekmen, Saniye Göknil Çalık, Mustafa Gülpembe, Demet Acar, Medine Akkan Öz, İker Kaçer, Başar Cander
Department of Emergency,Education and Research Hospital, Konya, Türkiye

Although the scorpions live in all over the world, scorpion sting is an important problem in some regions such as African Countries, India, Egypt, Middle East and Israel where the most dangerous species in respect of human health live. Androctonus Crassicauda and Leiurus Quinquestriatus species predominate in the South and Southeastern Anatolia Regions of our country. Because the scorpion toxine which differs according to the species has a complex structure consisting of neurotoxic proteins, salts, acidic proteins and organic compounds, it may cause local and cardiovascular, neurologic, hematologic systemic symptoms. Pain, paraesthesia, hyperemia and pruritus are local findings. And systemic findings are vomiting, hypersalivation, perspiration, priapism, cold hands and feet, paleness, tachycardia, hypertension, myocardial disfunction, arrhythmia, pulmonary edema, shock, encephalopathy, convulsion, aphasia, hemiplegia, intracerebral haemorrhage, disseminated intravascular coagulopathy and respiratory insufficiency. Coagulopathy and hematological effects are found occasionally.

A 18 years old patient applied to our emergency service 2 hours ago due to scorpion sting on arm. Patient's general state of health is good, he is conscious and his vital signs were stable. In his physical examination, there was approximately 1 cm diameter of redness (rubor) and abrasion in the interior face of left wrist. Lung sounds heard were natural and there is no staphyledema. In the examinations of patient in emergency service, INR:2,3 aPTT: 68,1 PT: 24,3 were prolonged and his liver function tests and hemogram parameters were normal. Patient was hospitalized in our Toxicology ICU for the purpose of follow-up and treatment. Patient was provided fluid resuscitation and monitorization. Meanwhile, fibrinogen, peripheral smear and ammonia level, hepatitis markers, abdomen USG examinations of patient was assessed to be normal. INR follow-ups of patient in the second and third day were determined to be 2,6-2,5, respectively and Liver Function Tests progressed normally. There was no active bleeding of patient in follow-ups. Patient having no symptom was discharged by recommending ambulatory coagulation tests.

Neurologic and cardiac effects are found more frequently in scorpion stings. Findings related to hemorrhagic diathesis in literature are mainly associated with DIC table. However, high INR of our patient is associated with scorpion sting and such cases must be assessed with coagulation tests.

KEYWORDS: Scorpion sting, hemorrhagic diathesis, coagulation tests

PS-0670 Toksikoloji

Bilateral globus pallidus lesion as a result of carbonmonoxide poisoning

Emin Fatih Vişneci, Demet Acar, Mustafa Gülpembe, Saniye Göknil Çalık, Ozan Özelbaykal, Ayşe Işık Kınacı, Mesut Yıldız, Başar Cander
Department of Emergency,Education and Research Hospital, Konya, Türkiye

Carbon monoxide (CO) is a colorless, odorless, tasteless and non-irritating gas. It appears if carbon based fuels are not burned well. These substances include wood, coal, gasoline, propane, vinyl plastic. It may cause poisoning accidentally or in purpose for suicide. CO poisoning is very common in our country as a result of stove, brazier and water heater without chimney in small areas with insufficient ventilation especially during winter season and these patients refer ERs of the hospitals frequently.0 CO poisoning affects almost all organs and formations such as the brain, heart, skeletal muscles, skin, peripheral nerves. Different pathological findings appear in severe intoxications in the central imaging.

A 36 year old male patient was found unconscious by his employers in the workplace early in the morning and taken to our ER by pre-diagnosis of CO intoxication by 112 ambulances. At referral, the patient's overall status was bad, he was unconscious and intubated; he had irregular spontaneous respiration; GCS: 3; pulse:110/min, BP: 150/90 mmHg, body temperature: 36.5. In arterial blood gas analysis, the following were detected: pH: 7.21, pCO2: 52mmHg, pO2: 30mmHg, HCO3: 20.5mmol/L sO2: 46%, COHb: 9.2%, lactate: 4.38mg/dl Cranial CT and MRI were taken and the patient was admitted to emergency critical care unit and taken into respiration support in Synchronized Intermittent Mechanic Ventilation. In the CT, a hypodense area in globus pallidus bilaterally; in the MRI, bilateral symmetrical lesions which were hypointense in T1A slices and hyperintense in T2A slices corresponding to the same area.

Consequently, carbon monoxide poisoning are common during winter season.° It was shown in line with the literature that central imaging findings in the acute term is useful to predict neurological complications and prognosis.

KEYWORDS: Carbonmonoxide poisoning, globus pallidus, MRI, Central imaging

PS-0671 Toksikoloji

Sludge Syndrome Case Developing After Mushroom Poisoning

Selim Bozkurt[1], Besime Utku[1], Vesile Daraoğlu[1], Mahmut Egemen Şenel[1], Mehmet Okumuş[2]

[1]*Department of Emergency Medicine, Kahramanmaras Sütcü Imam Üniversity, Kahramanmaras, Turkey*

[2]*Department of Emergeny, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

INTRODUCTION: Mushroom poisoning is one of the urgent common in Turkey's geography. There are many different types of mushrooms in our region. Although most commonly seen early gastrointestinal tract and late gastrointestinal symptoms associated with intoxication. Patients give a history of consumption of mushrooms is important in diagnosis. We aimed to provide a mushroom poisoning patients presenting with symptoms of cholinergic poisoning.

CASE: 66-year-old male patient with excessive nausea and vomiting in our hospital were brought to the emergency department. He eat mushroom on the breakfast. Patient became excessive sweating after gastric lavage with activated charcoal. Follow-up on the development of bradycardia were managed with atropine. There were also extreme salivation and lacrimation in patients. The patient recovered after atropine for bradycardia, dried secretions. He was referred to an intensive care unit of another health care center. We learned that the patient was discharged with healing on two days.

CONCLUSION: The ingestion of mushrooms collected from the mountains in our region is a serious public health problem. Patients often is seen in other types of mushroom poisoning, as in our case, but admitted with gastrointestinal symptoms. Patients should be kept under close observation.

KEYWORDS: bradycardia, cholinergic syndrome, mushroom poisoning

PS-0672 Toksikoloji

Poisoning with Atropa Belladonna Fruit

Mansur Kürşad Erkuran[1], Arif Duran[1], Hakan Bayır[2]

[1]*Departments of Emergency Medicine, Abant Izzet Baysal University, Bolu, Turkey*

[2]*Department of Anesthesiology and Reanimation,Abant Izzet Baysal University, Bolu, Turkey*

OBJECTIVE: Poisoning occurs secondary to competitive blockage of the binding location of the muscarinic receptor, acetylcholine that is present in the central nervous system and postganglionic muscarinic parasympathetic receptors. Findings are of anticholinergic syndrome. We aimed to present emergency service and intensive care approaches to a patient with development of unconsciousness as a result of consuming a large amount of atropa belladonna fruit.

CASE: A 57 year-old male patient presented to a health institution with burning sensation in his body, dryness in his throat and dyspnea. Within hours, his complaints gradually increased and additionally he had aggressive behavior and presented to the same institution again and was referred to our hospital for advanced tests and treatment at 21:00 hours with 112 ambulance. His anamnesis obtained from his relatives revealed that he had eaten a grape like fruit, black in color and his complaints started following this event. He was confused, agitated and aggressive. His physical examination revealed a fever of 37.8, a respiratory rate of 32, pulse of 140/min, blood pressure of 145/85 mmHg and an oxygen saturation of 95%. His skin was erythematous which was more prominent in the face, dryness in his oral mucosa and dilation in pupils. Auscultation revealed that apical heart rate and respiratory rate were increased and his bowel sounds were decreased. Neurological examination was unremarkable other than his agitation and focal attack. A urinary catheter was placed since he had globe vesicle and 2000 ml of urine discharge was observed. His ECG revealed sinus tachycardia. His chest X-ray and blood tests were normal and thus a poisoning secondary to a plant with anticholinergic features was suggested in light of clinical findings. He was admitted to the intensive care unit. He was monitorized and hemodynamically observed. Intravenous hydration was started with saline solution in a rate of 100 ml/hour. Dormicum infusion in a dose of 2 mg/hour was started for his attacks and agitations. Peripheral cold applications were performed for his subfebrile fever. He was conscious at the end of the second day of the treatment. The patient was discharged in good health on the 4th day after his clinical findings were improved.

Conclusion; although it is seen more frequently in children since children fall for the beautiful black colored fruits and eat them, consumption of such fruits should always be questioned in adults presenting with anticholinergic findings in addition to anticholinergic drug use.

KEYWORDS: Poisoning, anticholinergic syndrome, atropa belladona

PS-0673 Toksikoloji

Pregabalin Intoxication

Dilek Atik[1], Bülent Demir[1], İbrahim Çaltekin[1], Emre Gökçen[1], Çağdaş Yıldırım[2], Uğur Özkula[2], Yunus Emre Arık[2], Ramazan Avcu[2]

[1]*Department of Emergency Medicin,Malatya State Hospital,Malatya,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Atatürk Training and Research Hospital,Ankara,Turkey*

OBJECTİVE: Pregabalin is a drug that has the same effect and structure with gabapentin. Both of them are GABA analog antiepileptic drugs and used in the treatment of neuropathic pain since 1999. Dizziness, headache, insomnia are common side effects. Convulsions have been reported very rarely. Very few cases are found in the literature of the pregabalin intoxication.

CASE: 15-year-old female patient, diarrhea, abdominal pain and fatigue had a seizure on the way to being brought to the hospital by his family. The patient without any known comorbid disease was brought to the emergency department in the post-ictal period and confused. Unable to retrieve history from her. Patient was in hypotensive (90/60 mmHg) and tachycardic (110/min) conditions. Patient was pale appearance. There was no hypoglycemia (blood glucose stick 110mg / dl). ECG was normal except for sinus tachycardia. Shortly after the patient had a seizure again in emergency department. the patient's confusion increased and developed respiratory acidosis (pH: 7,01 pCO2: 91mmHg HCO3: 22 mmol/L) with superficial breathing. General condition rapidly deteriorating patient was intubated. The patient's brain CT, blood count, biochemical analysis, cardiac markers, urine toxicology tests were within normal limits. Families of children examined mobile phone messages in this process. It was learned that the patient took 56 units (one box) the drug called REPAGEN 300 mg. The patient has experienced seizures were found to be associated with pregabalin. The patient was referred to another hospital with intensive care and dialysis facilities.

CONCLUSION: Pregabalin is longer than 15 years antiepileptic drugs have been used in the treatment of neuropathic pain and neuralgia postherapeutic is a drug. Available data on the intoxication is inadequate. As pregabalin treatment intoxication symptomatic and supportive treatment is recommended also has no antidote. If required hemodialysis also treated successfully. In this case, we wanted to share the issues encountered in rare pregabalin intoxication.

KEYWORDS: Convulsion, Pregabalin Intoxication, Seizure

PS-0674 Toksikoloji

An unusual etiology of digital intoxication; Oleander

Mehmet Necdet Yıldız, Hande Akbal, Gökhan Aksel, Bilge Kaan Sektioğlu, Mehmet Gül
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

INTRODUCTION: Oleander (Nerium oleander)is a poisonous flowering plant species in the Apocynaceae family which is known that this plant has several cardiac glycosides including oleanderin and neriofolin which is toxic to cardiac myocytes and autonomic nervous system. We aimed to emphasize with this case report that oleander poisoning has to be considered in the differential diagnosis in patients presenting cardiac and gastrointestinal complaints.

PRESENTATION OF CASE: Sixty-three-year-old male patient complained of nausea and vomiting was admitted to the emergency service. It was learned in the patient's history that he had drunk oleander juice. On physical examination, the patient's blood pressure was 130/70mmHg, pulse was 40/min, and oxygen saturation was determined as 99%. The patient seemed toxic. Sinus bradycardia (40/min) was determined in the electrocardiogram (ECG). Blood tests (complete blood count, biochemistry, and cardiac markers) were within normal limits. 1 amp metoclopramide in 1000 cc isotonic solution was administered to the patient. After the administration of 0.5mg of atropine, pulse 70/min was determined, but bradycardia occurred again in the patient's follow-up. The patient was accepted as digoxin poisoning depending on drinking oleander juice and was referred to the intensive care unit.

POSTER BİLDİRİLER

DISCUSSION: Fresh, dried or boiled, all components of the oleander plant, especially its dangerous seeds contain toxins. There are more than 30 cardiac glycoside in oleander such as oleanderin, oleandroside, nerioside, digitoxigenin, thevetin and thevetoxin. These cardiac glycosides lead to more cardiac symptoms compared to digoxin and irritate mucous membranes. Central nervous system symptoms such as confusion, dizziness, weakness, mydriasis is observed, too. The most serious side effects are due to cardiovascular system such as ventricular arrhythmias, bradycardia and AV block. The course of the disease is variable and there is not enough information to determine the risk groups. Death can be seen insome patients due to cardiac effects and electrolyte imbalance. The main treatment in oleander poisoning is supportive. Atropine for bradycardia, phenytoin, lidocaine for arrhythmia is often enough. However, in severe cases, temporary cardiac pacing and digibind (digoxin spesific fab antibody) may be administered. Oleander poisoning is important because even in small amounts it can be fatal. In patients administered to the emergency services with nonspecific symptoms such as nausea, vomiting, abdominal pain and dizziness, if ECG findings are determined, oleander poisoning should come to mind. In this situation, the patient should be treated as digital poisoning.

KEYWORDS: Digital intoxication, oleander poisoning, emergency medicine

PS-0675 Diğer

Analgesic effect of Apelin-13 and its mechanism over nitric oxide and serotonin pathways

Muhammet Gokhan Turtay[1], Melike Karabas[2], Hakan Parlakpinar[3], Cemil Colak[4], Mustafa Sagir[5]

[1]*Department of Emergency Medicine, Inonu University School of Medicine, Malatya, Turkey*

[2]*Inonu University School of Medicine, Under-graduated Student, Malatya, Turkey*

[3]*Department of Pharmacology, Inonu University School of Medicine, Malatya, Turkey*

[4]*Department of Statistics, Inonu University School of Medicine, Malatya, Turkey*

[5]*Department of Pharmacology, Gaziosmanpasa University School of Medicine, Tokat, Turkey*

INTRODUCTION-AIM: Apelin has various effects on a lot of systems such as central nervous system and cardiovascular system. The main objective of the present study was to investigate the possible analgesic effects of apeline-13 by using the hot-plate and tail-flick methods. Also, we evaluated the mechanisms of the analgesic effects of apeline-13 by pretreatment with Nw-nitro-L-arginine methyl ester (L-NAME) or ondansetron.

METHODS: Forty male rats were obtained. The rats were randomly divided into 5 groups on the basis of the treatment received: Group I: Control; Group II: Morphine; Group III: Apelin-13; Group IV: Apelin-13+L-NAME; Group V: Apelin-13+Ondansetron. Acute thermal pain was modeled by the hot plate and tail flick tests.

RESULTS: According to our hot-plate results; morphine and apelin-13 administration at 0. and 30. minutes had significant analgesic effects as compared to the control group. When nitric oxide pathway was inhibited by administering L-NAME with apelin-13, analgesic effect continued. When apelin-13 and ondansetron were coadministered, analgesic effects of apelin-13 at 0. and 30. minutes disappeared. According to our tail-flick results; at the measurements of 30. min both morphine group and apelin-13 group had significant level of analgesia compared to control group. L-NAME with apelin-13 administration did not change analgesic effects, apelin-13 with ondansetron administration dissolved a significant level of analgesic effect compared to other groups including control group.

CONCLUSION: In conclusion, our results demonstrated that apelin-13 has an analgesic effect and apeline-13 combination with ondansetron produces an antinociceptive corruption and this effect seems to be mediated via serotonin 5-hydroxytriptamine3 (5HT3) receptors.

KEYWORDS: Analgesic, apelin-13, nitric oxide, rat, serotonin.

PS-0676 Diğer

A Rare Cause of Subcutaneous Emphysema; Compressed Air Hammer

Yasin Koksal, Harun Gunes, Semih Guneysu, Ayhan Saritas
Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey

INTRODUCTION: Emphysema in extremities may rarely be seen as a result of accidental air injection under the skin in industrial workers although it is commonly seen secondary to severe infections like necrotizing fasciitis. Differential diagnosis is extremely important in cases with extremity emphysema because treatment strategies are totally different. It may be difficult to estimate the degree of tissue damage because there is only a small, painless lesion on injection side and the degree of injury changes according to features of injected substance in the case of injury caused by compressed air hammer. Here we present a case of subcutaneous emphysema secondary to air injection with a compressed air hammer.

CASE: A 35-year-old male patient admitted to our emergency department after he accidentally injected some air into his left hand with a compressed air hammer. There were no significant features in his past medical history. It was learned that the event had occurred 1 day ago. He stated that his hand and forearm swelled and he drained some amount of air by squeezing his forearm but he continued to feel crepitation when he touched his forearm so he admitted to our emergency department. His vital signs were normal. An 0.5 cm injection side was detected on thenar region of his hand. His hand and forearm are swollen and a crepitation was heard when his forearm was touched. His peripheral pulses were normal and capillary filling time was below 2 seconds in left upper extremity. His neuromuscular examination was normal. A subcutaneous emphysema lasting from his hand to elbow joint was detected on X-Ray. Tetanus prophylaxis and wide-spectrum antibiotic treatment were started and the patient was discharged with recommendations.

CONCLUSİON: Emphysema in extremities may rarely occur accidentally in industrial workers as a result of a work accident with a compressed air hammer though it commonly occurs secondary to infections. Results of that clinical condition forms a spectrum of complications changing from a simple subcutaneous emphysema to severe tissue necrosis leading to amputation of the extremity. These patients should be admitted to emergency department and a careful clinical evaluation should be performed in order to determine the level of tissue injury.

KEYWORDS: subcutaneous emphysema, compressed air hammer, tissue damage

PS-0677 Diğer

A Very Rare Case - Keloid Formation And Tissue Reaction Related With Disposible Skin Stapler

Selim İnan, Burak Demirci, Metin Özdemir, Cihat Cömert, Uğur Bal, Nurullah Tarhan, Muhittin Serkan Yılmaz, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

Lacerations may be closed by one of four commonly available methods or devices: sutures, staples, adhesive tapes, or tissue adhesives. Each method has advantages and disadvantages. The major advantages of staples are less tissue reactivity,their speed,cost and relative ease of use. In experimental animal models and humans, staples result in less tissue reactivity than sutures; however, infection rates and cosmetic outcome are similar to sutures in the clinical setting. Staple removal is more painful than removal of sutures. As we mentioned earlier one of the biggest advantages is less tissue reactivity than other sutures.We did not find a literature about tissue reaction related with disposible skin stapler.So we report that rare case; tissue reaction after skin stapler.

45-year-old male patient was admitted after an incision with spiral stone on his left forearm. Vital signs were normal on admission examination. There was an 10 cm incision in the dorsal part of the left forearm in the inspection. Fascia and partially muscle incision was available. There was no neurovascular injury. There was no movement deformity in his left hand and forearm. Patient was consulted to plastic surgery. They evaluate and muscle and fascia incision did not find necessary to repair. After cleanup, skin was sutured with a sterile stapler. The patient was prescribed antibiotics and discharged from hospital. Two days later the patient came up with 20*20 cm skin swelling, discoloration, keloid formation and tissue reaction. But it was no heat and no signs of infection. Tissue reaction related with stapler was considered. He was consulted on plastic surgery for receipt of staples.They also thought tissue reaction. We have received staples from the skin and two days later we call control. Swelling had decreased and discoloration was reduced after two days.

Each suture method has advantages and disadvantages. Cosmetic outcome is more closely related to practitioner technique and the patient's own healing characteristics than to any specific closure method or device. With patients at risk of keloid formation, it is best to relieve tension and minimize the amount of foreign material introduced into the wound. Use of skin tapes or tissue adhesives may be especially advantageous, as they minimize the amount of foreign material and inflammation that may increase the likelihood of excessive scar formation. Although we use skin stapler in our patient tissue reactions were observed. So we should call those patients for suture control for early detect.

KEYWORDS: Tissue Reaction,Keloid Formation,Disposible Skin Stapler

PS-0678 Diğer

An Unexpected Reason Of Orbital Emphysema; Forceful Nose Blowing

Selim İnan, Burak Demirci, Metin Özdemir, Sercan Hastürkoğlu, Nurullah Tarhan, Uğur Bal, Muhittin Serkan Yılmaz, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Orbital emphysema is the abnormal condition in which air is present within the orbital cavity and subcuteneous tissues around orbita. This is an uncommon condition in the absence of trauma is usually a benign, self-limited phenomenon. It rarely can result in irreversible ischemic visual loss. We presented an uncommon case; that the patient with no trauma history who developed orbital emphysema following strong nose blowing.

CASE: A 26-year-old man presented emergency department with sudden onset of progressive painless right periorbital swelling following after forceful blowing of nose. There was no history of operation, sinusitis, facial trauma or previous surgery. On physical examination there was massive non-tender right periorbital swelling with crackling sound on palpation suggestive of subcutaneous orbital emphysema.Also there was mild proptosis with conjunctival congestion, and ecchymosis around the right eye. Ocular movements, pupillary reactions and dilated fundus examination were normal. The visual acuity was normal. Other physical examination findings and vital signs were normal.Then patient underwent CT and x ray. CT scan revealed right orbital emphysema.There was no sign of any maxillofacial fracture including a lamina papyracea fracture or orbital fracture in the CT scan and x-ray.He was consulted plastic surgery for the treatment recommendations. Patients were called to the clinic after 3 days.Oral antibiotic, antiinflammatory treatment, nasal decongestant, ice-pack administration were given and the the patient was instructed not to blow his nose and not close his mouth while sneezing.

CONCLUSION: In conclusion, orbital emphysema, may occur spontaneously after unexpected events in the absence of trauma. In our patient, there was no fracture line seen in the CT scan and we were unable to determine whether the minor facial trauma or the strong nose blowing itself caused the orbital emphysema. In this case, we consider that the minor trauma resulted in an invisible hairline fracture, and then, increased intranasal pressure by vigorous nose blowing caused the orbital emphysema. Management of the case presented herein showed that close follow-up, ice-pack administration, nasal decongestant, and suitable lay-down position may provide effective cure in mild orbital emphysema patients. If there is any suspicion of vascular compression, invasive interventions should be considered. Immediate recognition and treatment may prevent permanent visual loss.

KEYWORDS: Nose blowing,Orbital Emphysema, Visual lose

PS-0679 Diğer

Sternocleidomastoid Muscle Hematoma After Internal Jugular Vein Catheterization

Burak Demirci, Selim İnan, Metin Özdemir, Uğur Bal, Funda Ovalı, Erinç Müderris, Tamer Durdu, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Sternocleidomastoid muscle hematoma following central venous catheterization without arterial puncture is uncommon. Airway obstruction secondary to sternocleidomastoid muscle hematoma is an emergent and potentially fatal condition. We usually find the internal jugular vein by advancing the needle along the medial border of the lateral head of the sternocleidomastoid muscle. The external jugular vein should be identified to avoid puncture. Herein, we present a patient who developed a delayed sternocleidomastoid muscle after repeated attempts at right internal jugular venous puncture.

CASE: 46 year old male patient was transferred to our emergency department with diagnosis of acute renal failure and need for dialysis from another epicentral hospital.He had headache, myalgia, impaired level of consciousness, and reduced urinary output.his initial vital signs were within normal values. Laboratory investigations upon admission showed increased levels of blood urea, serum creatinine. In arterial blood gas severe metabolic acidosis was seen. The patient was treated with intravenous bicarbonate and eventually required hemodialysis due to oliguria and severe metabolic acidosis. patients were taken to the examination room to the catheter insertion.The patient's head was turned to the left 45 degrees with a neutral neck position and internal jugular venous catheterization was attempted by approaching the apex of the triangle formed by the two heads of the sternocleidomastoid muscle and the clavicle as a landmark. An 18-gauge (G) introducer needle was successfully inserted into the jugular vein but failed to indwell the guide-wire at the first attempt. Another three attempts to puncture the right internal jugular vein failed. There was no aspiration of blood from carotid or subclavian arteries. Compression of needle puncture sites was applied for five minutes to cease potential bleeding. In addition, there was no bruising or ecchymosis in the right neck. Subsequently, a double-lumen central venous catheter was successfully inserted into the left internal jugular vein at the first attempt under ultrasound guidance. However, it was noticed that the patient developed progressive dyspnea and stridor for his right neck with massive swelling about 4 hours after catheterization. Ultrasound examination of the swollen area of the right neck showed diffuse hematoma in sternocleidomastoid muscle.Hematoma was drained by interventional radiology. Patients relieved after drainage.

CONCLUSION: In conclusion, delayed airway obstruction is a rare but potentially lethal complication in internal jugular venous catheterization, particularly. If a patient undergoing catheterization of the internal jugular vein, an anatomical landmark incorporating ultrasound guidance is highly recommended.

KEYWORDS: Airway Obstruction,Jugular Vein Catheterization,Sternocleidomastoid muscle hematoma

PS-0680 Diğer

Sensitivity of 18 F-FDG PET in Evaluation of Solitary Pulmonary Nodules

Farise Yılmaz[1], Gungor Tastekin[1], Serdar Yormaz[2], Ilhan Ece[2]
[1]*Department of Nucleer Medicine,Selçuk university,konya,turkey*
[2]*Department of General Surgery,selçuk university,konya,turkey*

BACKGROUND: The solitary pulmonary nodule (SPN) may be an early sign of lung cancer. Due to the difficulties of radiological imaging techniques in differentiation of benign/malignant nodules, functional imaging techniques like 18 F-FDG PET are required in patients diagnosed with SPN. The aim of this study was the evaluation of the role of 18 F-FDG PET in differentiation of malignant/benign SPN by some characteristic findings in 18 F-FDG PET. Moreover, among the nodules with histopathologically diagnosed as benign, malignant or metastatic, the SUVmax and Hounsfield Units (HU) of 18 F-FDG PET imaging were also aimed to be compared to assess the role of 18 F-FDG PET in discrimination of malignant/benign SPN.

MATERIAL-METHOD: Among the patients evaluated with PET-CT with the pre-diagnosis of pulmonary nodule or non-pulmonary malignancies, in Konya University Meram Medical School Nuclear Medicine Department, 241 patients (167 male, 74 female) diagnosed with pulmonary nodule were enrolled in the study. In visual evaluation of PET-CT of all patients, there was only one nodule in lung parenchyma. The diameter in cm, location as central or peripheral, regularity of borders, presence of calcification and HU and Maximum standardized uptake values (SUVmax) values with quantitative analysis of all nodules was recorded. The histopathological evaluation of nodules was 241 patients and they were also recorded.

RESULTS: In comparison of mean SUVmax values in regards to the characteristic findings of nodules in 18 F-FDG PET, the mean SUVmax value of patients was statistically significantly higher in patients with the nodule diameter ≥1cm, centrally located nodules, or nodules with irregular borders.

CONCLUSION: In malignant/benign differentiation of solitary pulmonary nodules with the diameter of higher than 1 cm, 18 F-FDG PET plays an essential role however, for the nodules smaller than 1 cm in diameter, in small, single metastatic nodules and some benign nodules with high SUVmax values, 18 F-FDG PET may be unsatisfactory. However, it is clear that, in especially undetermined nodules, 18 F-FDG PET is an important complementary tool in diagnosis.

KEYWORDS: PET,NODULES,CANCER

PS-0681 Diğer

Spontaneous pneumomediastinum after sneezing

Evrim Gül[1], Yeliz Gül[2], Mustafa Safa Pepele[1], Özlem Güler[1], Zeynep Özkan[3]
[1]*Elazığ Education and Research Hospital, Department of Emergency*
[2]*Elazığ Education and Research Hospital, Department of Radiology*
[3]*Elazığ Education and Research Hospital, Department of General Surgery*

POSTER BİLDİRİLER

Spontaneous pnuemomediastinum(SPM) is a rare entity in Emergency room, its incidence is reported 1/30000. Predisposing factors are obstructive pulmonary diseases, mechanic ventilation and drug addiction. Precipitating factors are increased air pressure causes ruptured alveoli such sneezing,valsalva maneuver, vomiting, cough.

CASE: A 19 year old woman admitted to emergency department with sudden onset chest pain and recurrent sneezing. Her previous medical history had no chronic pulmonary or systemic diseases, allergic respiratory tract problems and drug abuse. She explained that her complain began one day ago after sneezing. Her physical examination consisted of normal chest wall and neck examination. Electrocardiography and X-ray evaluated as normal. Thorax CT revealed air in the mediastinum and peritracheal space. Labaratory findings were leucocyte:12.6x10^3, hemoglobin:12,5 and platelet:357x10^3, troponin I<0.01µ/L, D-Dimer:559 g FEU/. First generation cephalosporin, analgesic and anti –allergic drugs was prescribed and patient was discharged with suggestions. After 3 days patient was checked, she has no symptom or complaint of pneumomediastinum and thorax CT was normal.

DİSCUSSİON: SPM is rarely seen in females, usually it affected young males, female/male ratio is 1/8. Accurate underlying etiology is not clear. Chest pain and dyspnea are most frequent symptoms. Chest X-ray signs defined that perimediastinal organs surrounding several thin shining bundles, pleural lifting and continuous diaphragm sign. Thorax CT which gold standart imaging method reveals free air around mediastinal. This present case is a female, she has no chronic pulmoner diseases and dyspnea. Clinical prognose of pneumomediastinum is benign, complications are rare such as tension pneumothorax and tension pneumomediastinum. Symptoms and signs relieve oxygen, antibiotics, analgesics and resting in a week. Close observation of patient is necessary.

Differantial diagnosis of pneumomediastinum is important in emergency department because of its mortality and similarity to other cardiac and pulmonary life-thereating disorders.

KEYWORDS: emergency room, spontaneous pneumomediastinum, sneezing

PS-0682 Diğer

Application of knowledge discovery process on the prediction of stroke

Cemil Colak[1], Esra Karaman[2], Muhammet Gokhan Turtay[2]

[1]*Department of Statistics, Inonu University School of Medicine, Malatya, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Inonu University School of Medicine, Malatya, Turkey*

INTRODUCTION-AIM: Stroke is a prominent life-threatening disease in the world. The current study was performed to predict the outcome of stroke using Knowledge Discovery Process (KDP)methods, Artificial Neural Networks (ANN) and Support Vector Machine (SVM) models.

METHODS: The records of 297 (130 sick and 167 healthy) individuals were acquired from the databases of the department of emergency medicine. Nine predictors (coronary artery disease, diabetes mellitus, hypertension, history of cerebrovascular disease, atrial fibrillation, smoking, the findings of carotid Doppler ultrasonography [normal, plaque, plaque + stenosis≥50%], the levels of cholesterol and C-reactive protein) were used for predicting the stroke. Feature selection based on the Cramer's V test was carried out for reducing the predictors. Multilayer perceptron (MLP) ANN and SVM with radial basis function (RBF) kernel were used for the prediction based on the selected predictors.

RESULTS: The accuracy values were 81.82% for ANN and 80.38% for SVM in the training dataset (n=209),and 85.9% for ANN and 84.62% for SVM in the testing dataset (n=78), respectively. ANN and SVM models yielded area under curve (AUC) values of 0.905 and 0.899 in the training dataset, and 0.928 and 0.91 in the testing dataset, consecutively.

CONCLUSION: The findings of the current study pointed out that ANN had more predictive performance when compared with SVM in predicting stroke. The proposed ANN model would be useful when making clinical decisions regarding stroke.

KEYWORDS: Artificial Neural Networks (ANN), Knowledge Discovery Process (KDP), Stroke, Support Vector Machine (SVM).

PS-0683 Diğer

How Urgent are Cases Brought to the Emergency Department by Ambulance?

Melih Yüksel[1], Caner Sağlam[2], Muharrem Çakmak[4], Erkan Baysal[5], Mehmet Çağrı Göktekin[2], Mehmet Emre Erimşah[3], Mahmut Taş[2], Aynur Altunbay[2], Sultan Baran[2]

[1]*Department of Emergency Medicine,Balıkesir University,Balıkesir,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine,Gazi Yaşargil Training and Research Hospital,Diyarbakır,Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine,Mehmet Akif İnan Training and Research Hospital,Şanlıurfa,Turkey*

[4]*Department of Thoracic Surgery,Gazi Yaşargil Training and Research Hospital,Diyarbakır,Turkey*

[5]*Department of Cardiology,Gazi Yaşargil Training and Research Hospital,Diyarbakır,Turkey*

OBJECTIVE: Emergency departments are the first places to which patients present with unexpected or unforeseen health problems. The purpose of this study was to assess the urgency of cases brought by ambulance to the Diyarbakır Education and Research Hospital on the basis of a three-level triage system.

MATERIALS-METHODS: This study was performed between 01.06.2013 and 31.09.2013 at the Diyarbakır Education and Research Hospital. This is a tertiary emergency department covering all adult patient groups and all pediatric traumas. Triage of patients brought to the emergency department by ambulance was performed by emergency medicine specialists. Patients' vital findings, identity data and triage categories were assessed.

RESULTS: 712 patients were included, 382 (53.7%) male and 330 (46.3%) female, with a mean age of 45. 619 (86.9%) patients were transferred from the scene and 93 (13.1) between hospitals. 483 (67.8%) patients were brought by emergency medicine technician (EMT) teams, 107 (15%) by physician-led teams, 107 (15) by paramedic teams and 15 (2.1%) by other teams. 442 (62.1%) patients were assessed as yellow, 141 (19.8%) as green and 129 (19.1%) as red zone. 580 (81.5%) patients were discharged and 115 (15.9%) were hospitalized.

CONCLUSION: Emergency health services are clearly developing rapidly in Turkey. In order for pre-hospital emergency health services not to be abused, we think that these services should be up to the standards of those in developed countries and that public awareness needs to be increased, particularly with regard to triage.

KEYWORDS: Emergency Medicine,Triage,Ambulance

PS-0684 Diğer

The effects of 2-aminoethyl diphenylborinate on L-Arginine induced acute pancreatitis in the rats

Murat Yıldar[1], Murat Basbug[1], Ömer Faruk Özkan[2], Faruk Cavdar[1], İsmail Yaman[1], Hasan Akşit[3], Musa Özgür Özyiğit[4], Figen Aslan[5], Hayrullah Derici[1]

[1]*Department of General Surgery, Balıkesir University Faculty of Medicine, Balıkesir, Turkey*

[2]*Department of General Surgery, Canakkale onsekizmart University Faculty of Medicine, Canakkale, Turkey*

[3]*Department of Biochemistry, Balıkesir University Faculty of Veterinary Medicine, Balıkesir, Turkey*

[4]*Department of Pathology, Uludağ University Faculty of Veterinary Medicine,Bursa, Turkey*

[5]*Department of Pathology, Balıkesir University Faculty of Medicine, Balıkesir, Turkey*

BACKGROUND: To investigate the protective effect of 2-aminoethyl diphenylborinate (2-APB) on an acute pancreatitis model by an experimental study.

MATERİALS AND METHODS: 30 Spraque-Dawley male rats were randomly divided into three groups: (1) Sham, (2) Pancreatitis and (3) Pancreatitis + 2-APB. Pancreatitis was induced by L-arginine administration. The therapeutic agent 2-APB was administered i.v. at a dose of 2 mg/kg 10 min before pancreatitis induction. Superoxide dismutase (SOD), malondialdehyde (MDA), total antioxidant capacity (TAS), tumor necrosis factor alpha (TNF-α), interleukin-6 (IL-6), aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT) and creatinine levels were measured from blood samples and the rats were sacrificed subsequently. Tissue samples were evaluated histopathologically. Apoptotic cells visualition was evaluated by TUNEL staining method.

RESULTS: 2-APB significantly reduced serum MDA and creatinine levels in pancreatitis + 2-APB group. Unfortunately, SOD levels reduced significantly, too. Edema and hemorrhage in

pancreatitc tissue were lower and necrosis and fibrosis were higher in the 2-APB administered group. Number of Apoptotic cells did not changed in the pancreatic tissue by TUNEL staining.

CONCLUSIONS: 2-APB reduces renal damage caused by acute pancreatitis. However, Protective effect has not been on pancreatic tissue with 2-APB administered group. Results of the present study demonstrates that 2-APB can only be used as an effective agent on kidney, however can not be on pancreas.

KEYWORDS: 2-aminoethyl diphenylborinate, acute pancreatitis, kidney, oxidative stress, antioxidants

PS-0685 Diğer

Case Report: An Interesting Foreign Body in the Abdomen

Yahya Kemal Günaydın, Ahmet Çağlar, Yakup Uslu, Ramazan Köylü, Nazire Belgin Akıllı, Mustafa Gülpembe, Başar Cander
Konya Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Swallowing foreign bodies are one of the common conditions during childhood. It is told that treatment approach may depend on shape, content and location of the foreign body swallowed and they are generally discharged in the stool. Surgical procedure is required for minority of the patients. Foreign bodies swallowed in different societies differ. For example, swallowing fish bone is considered as a regional problem in eastern Asian countries whereas cases swallowing fork, needle create a different group. We presented a 5 year old case who swallowed the spoon of a medication in syrup form.

CASE: A 5 year old child referred our emergency department because of persistent abdominal pain since morning. In the physical examination, diffuse abdominal sensibility was detected. No defense or rebound was found. Vital signs were stable. Other system examinations were normal. Laboratory analyses were normal. In radiographical examination, a foreign body in a spoon form was observed in the direct abdominal graph at a standing position. Consultation from pediatric surgery was ordered. Daily polyclinic follow-up was suggested by considering discharge of the foreign body in the stool and the patient was discharged.

CONCLUSION: Majority of the children who swallow foreign body is younger than five years. Foreign bodies swallowed generally include metal coins, pins, toy pieces, round objects, discoid batteries, lucky charms, bone pieces and other small objects. Like in the present case, spoon is a rare object to swallow. Foreign body is spontaneously discharged in the stool without any intervention in 95% of the cases.

KEYWORDS: Children, Foreign Body, Abdomen

PS-0686 Diğer

Retrospective analysis of the patients treated in the emergency intensive care unit of a university hospital for one year

Ertan Sönmez, Ali Dur, Bedia Gülen, Kenan Ahmet Türkdoğan, Cemil Civelek, Özgür Söğüt, Mehmet Yiğit, Abuzer Özkan
Department of Emergency Medicine, Bezmialem Vakif University, Istanbul, Turkey

OBJECTIVE: In our country and in the world due to the increase in elderly population the need for intensive care unit (ICU) is rising every day. Due to the reasons such as high costs and limited number of ICU's, patient triaging is gradually becoming more difficult and the demands of some patients cannot be satisfied or sometimes are delayed. These patients wait in the emergency departments where the first treatments are made until their intensive care requirements are provided. Failure in hospitalization of ICU patients, directly affect the emergency department processing and the clinics of the patients negatively.

MATERIALS-METHODS: In this study, a total of 388 patients who were treated in an emergency ICU of a university hospital for one year were screened retrospectively. The duration of hospitalization and outcomes were compared with those of other ICU patients of the hospital. The effect of emergency ICU on the number of patients sent to another hospital due to lack of empty beds in the ICU's and mortality were evaluated.

RESULTS: The ratio of the patients treated in the emergency ICU constituted 19.2% of the patients hospitalized in all ICU's of our hospital (n = 2108). The number of patients who were sent to another hospital ICU due to lack of empty beds was 374. The duration of emergency ICU stay was too long (489.49 seconds) and multidisciplinary consultations were held. The shortest length of stay was observed in coronary and neurology ICU patients (267.36 and 349.36 seconds, respectively).

CONCLUSION: Our study revealed that emergency ICU significantly reduces the number of referrals to another hospital ICU's and facilitates the processing of emergency service by providing a first-level ICU patients staying in the emergency service for a long time.

KEYWORDS: intensive care, emergency, density in the emergency service

PS-0687 Diğer

The nontraumatic rhabdomyolysis in hypothermia

Mustafa Burak Sayhan, Canan Pamuk Özveren
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

Rhabdomyolysis is a syndrome of acute necrosis of skeletal muscle associated with myoglobinuria and markedly elevated creatine phosphokinase levels. The hypothermic and prolonged exposure to cold patient is prone to rhabdomyolysis, and acute renal failure may occur because of myoglobinuria and renal hypoperfusion. Acute renal failure is a common complication of rhabdomyolysis.

This report describes two cases of acute renal failure due to nontraumatic rhabdomyolysis that developed after prolonged exposure to cold and hypothermia. Two male patients at age of 33, 30 years old walked through the terrain for about 48 hours in winter, wearing only casual clothes and shoes, at tempratures below freezing. The laboratory findings were elevated levels of serum blood urea nitrogen, creatinine, creatinine phosphokinase, and myoglobin.

KEYWORDS: Rhabdomyolysis,acute renal failure,emergency department

PS-0688 Diğer

Global Encefalopathy and Rare Withdrawal Symptoms After Cessation Of High Doses Of Midazolam And Fentanyl İnfusion

Selim İnan, Burak Demirci, Şükrü Yorulmaz, Fatma Yorulmaz, Sultan Ülgen, İsmail Ağı, Selçuk Akoğlu, Muhittin Serkan Yılmaz
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Combination of midazolam and fentanyl preferred to continue sedation especially in the pediatric patients. Despite the short-term and single use effects of these drugs well known,side effects seen in children when given high-dose and long-term infusion is not well known. ICU patients are followed in many emergency departments in Turkey. Most of these patients are intubated and in need of sedation. Long and the short term effects of agents used for the purpose of sedation is necessary to know better. Our goal to write this case is draw attention to this issue.we will report a 18 month old boy developing encephalopathy after extubation because of long-term and high-dose midazolam and fentanyl combination given to sedated.

CASE: 18 month-old boy was brought emergency room with thermal epiglottitis devoloped after hot tea in thermos poured into the mouth and had aspirated of hot tea. Despite admission vital signs were normal one hour after arrival, and 2 h after the injury, stridor, oral drooling,recurrent vomitting and pooling of saliva in his mouth was devoloped. On the lateral neck radiograph upper airway was severely narrowed.The patient was assessed by a otolaryngologist with rhinoscopy and masssive edema was seen in the epiglottis and surrounding tissues. He was intubated with to maintain the airway. Patients were given high doses of sedation against the risk of the extubation because patient was awake and it was difficult intubation.He was followed up for 8 days in intensive care.8 days after injury, a nasal flexible fiber optic laryngoscopy examination showed regressed edema. Then sedation was stopped and he was extubated. After the drugs were discontinued he became unresponsive and globally aphasic. He had very poor social interaction, decreased visual attentiveness, dystonic postures, and choreoathetosis.Also grimacing, sleep disturbance, increased muscle tension, and movement disorder, oculogyric movements, repetitive chewing movements was started 4 hours after extubation.. EEG showed moderate slow activity, without epileptiform abnormalities. Brain MRI, and blood tests yielded normal findings. He was hospitalized for 2 weeks after extubation, during which time his motor and cognitive status slowly improved, and had almost returned to baseline at time of discharge.

CONCLUSION: Prolonged use of intravenous midazolam and fentanyl sedation necessitates careful dosing, monitoring, and discontinuation, particularly in infants and young children.In patients with Long-term medication with midazolam and fentanyl should be discontinued this drugs slowly. Otherwise, withdrawal symptoms may occur as our patient.

POSTER BİLDİRİLER

KEYWORDS: Global Encefalopathy,Midazolam And Fentanyl İnfusion, Withdrawal Symptoms

PS-0689 Diğer

Tongue Hematoma Due to Warfarin Overdose: A CASE REPORT

Demet Acar, Mustafa Gülpembe, Saniye Göknil Çalık, Rasim Bilgin, Mustafa Öztürk, İlker Kaçer, Başer Cander
Department of Emergency,Education and Research Hospital,Konya,Turkey

The oral floor and tongue are both generously irrigated by branches arising from the external carotid artery. Hemorrhage and hematoma at this level are usually associated with soft tissue or bone trauma. Tongue hematoma secondary to anticoagulation therapy is a rare but fatal condition and it is a medical emergency.

A 75-year-old female patient was admitted to the emergency department with the complaint of painful swelling on the mouth for 3 days. Her medical history revealed hypertension of 15 years and cerebrovascular accident 1 year ago. She was on warfarin 5 mg and acetylsalicylic acid 100 mg once daily for 1 year. She denied recent oral trauma, epistaxis, melena or hematuria. Intraoral examination in the emergency department revealed tongue edema and a hematoma of 2x3 cm under the tongue while the uvula was normal. She was in difficulty while speaking. Her vital signs were stable as blood pressure of 120/70 mm-Hg, pulse rate of 98/min and oxygen saturation of 97%. Blood investigations revealed elevated international normalized ratio (INR) of 5,9, increased prothrombin time (54.7 s), and activated partial thromboplastin time (78 s) with normal platelet counts. In physical examination there was not an acute bleeding. The patient was immediately referred to the internal medicine ward with the diagnosis of tongue hematoma due to warfarin overdose for further treatment where the medical team temporarily stopped the warfarin for 4 days and transfused 4 units of fresh frozen plasma.

Introduction of warfarin use in prevention and treatment of thromboembolic diseases resulted in lower rates of thromboembolic complications; however, it has been associated with increased incidence of hemorrhagic complications. The overall incidence of bleeding in patients on warfarin is about 6.8% (3).

Any unrecognized oropharyngeal trauma can lead to hematoma in the oral cavity or upper airways, especially severe in patients with coagulation disorders. Especially patients under oral anticoagulation treatments, admitted to the emergency department with the oral complaints, should be examined carefully for the presence of any hematoma in oral cavity since this is an emergent condition.

KEYWORDS: Anticoagulation Therapy Tongue Hematoma Warfarin

PS-0690 Diğer

Is hypothermia a cause or a result ?

Abdullah Sadık Girişgin[1], Fulya Köse[1], Tamer Çolak[1], Mehmet Akif Önal[2], Elif Özsağlam[1], Başar Cander[1]
[1]*Emergency Medicine Department of Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey*
[2]*Emergency Department Konya Research and Treaning Hospital Konya, Turkey*

INTRODUCTION: Hypothermia is a serious life threatening condition which can affect all age groups but especially newborns and older aged patients. Hypothermia is defined as body core temperature being lower than 35˚C (<95˚F) as a result of various causes. Hypothermia is classifies into 3 group as mild, moderate and severe hypothermia regarding to body temperature. Mild hypothermia is body core temperature being between 32˚C-35˚C; moderate hypothermia 28˚C-32˚C and severe hypothermia lower than 28˚C. Clinical findings of the patients vary according to severity of the hypothermia. Hypothermia can occur due to increase in body heat loss, decrease in heat production or underlying diseases.

CASE: A 48 years old male patient with diabetes mellitus who lives alone had been discovered by his relatives lying unconsciously on the ground. The patient had been assessed by 112 team and the team realized the room temperature being low and no presence of a heater and they had transferred the patient to our clinic due to blood pressure being immeasurable and body temperature being <35˚C. The patient was admitted to the clinic and his initial examination revealed that his general medical condition was bad, conscious was nonexistent, Glasgow coma score was 10, blood pressure was unmeasurable and heart rhythm was bradycardia. Patient's temperature was measured low with clinical thermometer and measured with rectal thermometer as 25˚C and he was applied with active and passive external heating; with iv saline solution heated to 43˚C, urinary bladder catheter and gastric lavage for internal heating. Treatment for diabetic ketoacidosis was started. Bed side lung x-ray of the patient showed infiltration on the right inferior lobe of the lungs. Urinary multidrug test of the patient was negative and the patient was consulted with internal medicine, pulmonary medicine, cardiology and infectious diseases with prediagnosis of diabetic cetoacidosis, aspiration pneumonia, acute pancreatitis, acute kidney failure, hypothermia and sepsis. The patient was fallowed up in emergency department intensive care unit for 6 days and then transferred to internal medicine intensive care unit and patient was lost in the 5th day of his fallow up.

RESULT: hypothermia is an important life threatening condition that medical team should be ready for active-passive external heating and active internal heating when encountered and should not be undermined especially on older, homeless, alcoholic patients and patients with substance abuse history and additional comorbid conditions.

KEYWORDS: hypothermia, passive external heating, internal heating

PS-0691 Diğer

Subarachnoid hemorrhage and pneumocephalus due to epidural anesthesia

Murat Güzel[1], Ömer Salt[2], Ali Kemal Erenler[1], Ahmet Baydın[1], Mehmet Tevfik Demir[1], Anıl Yalçın[1], Zahide Doğanay[3]
[1]*Department of Emergency Medicine, Samsun Training and Research Hospital Samsun, Turkey*
[2]*Depatment of Emergency Medicine, Yozgat State Hospital Yozgat, Turkey*
[3]*Department of Reanimation, Samsun Training and Research Hospital Samsun, Turkey*

Epidural analgesia is an extremely effective and popular treatment for pain during labor. Subarachnoid hemorrhage and pneumocephalus is a serious but rare complication of puncture of the dura mater in epidural anesthesia. To best of our knowledge, intracranial subarachnoid hemorrhage together with pneumocephalus hasn't been reported as a complication after the lumbar puncture so far. Our purpose is to increase awareness for serious complications such as subarachnoid hemorrhage and pneumocephaly following regional procedures.Our case was a 32-years old woman. The patient presented to emergency department with severe headache 3 days after delivery with epidural anesthesia. On CT scan, pneumocephalus and subarachnoid hemorrhage were detected. Our case was discharged to home on the day 20 after presentation, although there are life-threatening complications related to epidural and/or spinal anesthesia. Clinicians should be aware that serious complications such as pneumocephalus or subarachnoid hemorrhage may present in patients presenting with headache following epidural anesthesia and these patients should be assessed by CT imaging in case of clinical suspicion.

KEYWORDS: Epidural anesthesia, subarachnoid hemorrhage, pneumocephalus, emergency medicine

PS-0692 Diğer

A Case Report of Rib Fracture Induced by Chronic Cough

Erkan Günay[1], Kerim Acar[2], Remzi Güzel[2], Faruk Öztürk[2], Gökhan Elçin[2]
[1]*department of emergency medicine, sisli hamidiye etfal training and research hospital, istanbul, turkey*
[2]*deparment of emergency medicine,menemen state hospital,izmir,turkey*

INTRODUCTION: Cough is a frequent symptom for primary care centers (1). Associated symptoms are diverse and most of the cases are self-limited but chronic cough can lead to different complications (1, 2). Rib fracture is described as a rare complication for patients with chronic cough (2, 3, 4, and 5). This case report presents an emergency department (ED) patient with spontaneous rib fracture associated with chronic cough.

CASE: A 56 year-old male presented to our ED after a sudden onset of chest pain after coughing. Patient's history revealed chronic obstructive pulmonary disease for two years and he was under investigation by his pulmonologist for pulmonary mass and pleural effusion for the last month. He was prescribed bronchodilator inhaler as treatment. He denied other chronic

illness or medication. His pain was sharp and located at left posterior thoracolumbar area. Vital signs were as follows; 91 per minute heart rate, 130/70 mmHg blood pressure, 94% oxygen saturation, 36.7 C fever. His electrocardiogram was evaluated as normal sinus rhythm without any ischemic findings. Physical examination was unremarkable except left posterior thoracic sensibility. Laboratory findings were within normal range with hemoglobin level of 13.8 mg/dL and white blood cell count of 8000/dL. Cardiac enzymes were also normal. Chest X-Ray and thoracic non-contrast computerized tomography (CT) was ordered. CT revealed left pulmonary effusion with around 20 mm mass structure at the left inferior bronchial area which were similar to his previous CT findings. CT also revealed posterior rib fracture at the seventh thoracic rib (Figure 1). Patient was discharged with oral pain killers after successful parenteral pain management at the ED and advised thoracic surgery and pulmonology follow up.

CONCLUSİON: Rib fracture is mostly described as a traumatic diagnosis but for patients with acute chest pain after coughing it should also be considered. Emergency physicians should be aware of this mechanism, for proper diagnosis and management of patients with cough associated rib fractures.

KEYWORDS: Cough,Rib Fracture, Single Fracture

PS-0693 Diğer

Norway on Track to Have Emergency Medicine as a Primary Specialty

Gayle Galletta[1], Kåre Løvstakken[1], Lars Petter Bjørnsen[2], Jostein Dale[2], Oddvar Uleberg[2], Børge Lillebo[2], Harry Achterberg[3]

[1]*Sørlandet Sykehus, Kristiansand, Norway*

[2]*St. Olavs Sykehus, Trondheim, Norway*

[3]*Telemark Sykehus, Skien, Norway*

BACKGROUND: Norway (population 5 million) has one of the world's best healthcare systems, with universal health insurance and a well-organized primary care system that functions as a "gatekeeper" to specialty care. However, Norway does not have a specialty in Emergency Medicine (EM). Patients who require inpatient treatment are referred to the hospital's Emergency Department (ED), which is primarily staffed by nurses and resident physicians with an average of 6 months experience. Adverse outcomes and complaints have occurred due to this relative lack of experience in the ED setting, resulting in political and academic criticism.

OBJECTIVES: By working on multiple fronts, could a small group of dedicated physicians with a special interest in emergency medicine influence the approval of an internationally recognized EM specialty in Norway?

METHODS: In 2010, the Norwegian Society for Emergency Medicine (NORSEM) was established to improve physician competency and presence in the ED, with the primary goal of establishing EM as a primary specialty. In 2012, St Olav's Hospital in Trondheim developed an ED with physician oversight. In 2013, Norway's largest ED, Akershus University Hospital (AHUS), began staffing the ED 24/7 with eight fulltime consultant physicians from various specialties, including three American trained EM physicians, in an attempt to improve the quality of care. Several other hospitals followed suit and began developing permanent consultant positions in their EDs. Simultaneous with the development of these programs, there was increased focus on emergency care in the media and pressure on the government.

RESULTS: The process of implementing EM in Norway met resistance from the existing, traditional specialties, much the same as occurred internationally during EM's establishment. Despite clinical success, the ED program at AHUS was shut down due to political power struggles within the hospital. Other hospitals continue to develop their departments, but are having difficulty recruiting qualified physicians due to the lack of training programs and a scope of practice that is limited by the established specialties (anesthesiologists intubate, cardiologists cardiovert, surgeons manage trauma, etc.). NORSEM continues to focus on the development of EM in Norway and, due to effective lobbying, was invited to meet with the Ministry of Health and Directorate of Health in February 2015.

CONCLUSION: In March 2015, the Minister of Health instructed the Directorate of Health, in collaboration with NORSEM, to develop an education framework and curriculum for a primary specialty in EM that would comply with EUSEM's curriculum and international guidelines.

KEYWORDS: International, Norway, Emergency Medicine specialty, NORSEM

PS-0694 Diğer

Osborn waves as a result of bonzai

Abdullah İbrahim[1], Hayati Kandiş[2], Gokhan Taş[1], Ece Mersin[1], Şahin Çolak[1], Mustafa Ahmet Afacan[1]

[1]*Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine*

[2]*Düzce University Medical Faculty Department of Emergency Medicine*

INTRODUCTION: Hypothermia is defined as a core, or internal, body temperature of less than 95 F (35 C). Normal body core temperature ranges from about 98 F to 100 F (36.6 C to 37.7 C); core temperature is best measured by a rectal thermometer; do not rely on an oral, ear, axillary (under the armpit), or skin temperature if hypothermia is suspected. Core body temperatures of 95 F (35 C) and lower can cause the heart and nervous system to begin to malfunction and can, in many instances, lead to severe heart, respiratory and other problems that can result in organ damage and death.

CASE REPORT: A 25-year-old male patient was admitted to the hospital with altered mental status. He remained unconscious, Glasgow Coma Scale (GCS) score was recorded as 13/15, and pupils were myotic. In the history, we learnt that the patient took bonzai (a synthetic cannabinoid) before coming to the hospital. His vital signs showed a heart rate of 48 beats/min, respiratory rate of 12breaths/min, blood pressure of 105/50 mm Hg, and rectal temperature of 31°C. The patient's results of blood gas analyses are; Ph: 7.25 Po2: 37 pco2: 73 lactate: 1.4 hco3: 24.4 and ethanol value was less than 10. The electrocardiography (ECG) was obtained and showed marked sinus rythm and J waves. His finger-stick glucose was 185. Meanwhile, emergency head computed tomography (CT) scan was normal.

CONCLUSION: The homeless, alcoholics, and mentally ill are prone to hypothermia because they are often unable to find adequate shelter or are unable to recognize when it is time to come in from the cold.Hypothermia has been used as a technique to help improve neurologic recovery for people in cardiac arrest.In this case we want to indicate that J waves could be due to either bonzai or hypothermia,

KEYWORDS: Bonzai, osborn waves,hypothermia

PS-0695 Diğer

HELLP Syndrome Applying The Complaint Of Lombar Pain: A Case Report

Yılmaz Zengin, Ahmet Gündüzalp, Ercan Gündüz, Recep Dursun, Mustafa İçer, Hasan Mansur Durgun, Mustafa İpek
Department of Emergency Medicine, Dicle University, Diyarbakır, Turkey

INTRODUCTION: HELLP syndrome is a preventing hardly complication of severe preeclampsia and eclampsia and which is characterized by the increasing of liver enzym and declining in the number of platelet. It is related to high morbidity and mortality of mother and baby. It was first described by Weinstein 1982 as a multisytem illness which is related to pregnancy and after pregnancy. While it is frequency is %0,2-0,8 at all pregnancies it can be seen %10(%2-20) at severe preeclampsia pregnancies. This syndrome generally occurs at 3rd trimestry of pregnancy and at a lower rate at first 48-72 hours after pregnancy. Its etiology and patogenic aren't thouroughly known. Genetical inclination, abnormal placentation, immunological pathologies, vasculer endothelid dysfunction of mother can play role in this syndrome. If hellp syndrome occurs at pregnants the pregnancy must be terminated and careful following is necessary in multidisciplinary intensive care unit. We reported a HELLP syndrome case that applied to emergency service with the complaints of swelling on body and lombar pain.

CASE REPORT: A 36-year-old female who was 28 weeks pregnant apllied to our emergency service with the complaints of swelling on her body and lombar pain for a week. At her physical examination: generality was average, she was conscious, oriented and cooperated. Except for sensivity of bilateral costovertebral angle and bilateral +2 pretibial edema, her physical examination was normal. Vital diagnosis of the patient: TA:180/120 mm/Hg, pulse:106 beat/min. respiration rate:14 resp./min, body temperature was 36ºC. Laboratuary values: WBC:16.180 K/uL, PLT:63.080 K/uL, total bilirubin:1,2 mg/dl, ALT:60 U/L, AST:98 U/L, LDH:1405 U/L, Creatinine kinaz:745 U/L, total protein:5.1 gr/dl, albumin:1.63 gr/dl. Her full urinary analysis: blood:250 mg/dl, protein:500 mg/dl, leukocyte was:500 u/L. On her ultrasonography right renal pelvis kidney was slightly dilate and in uterus fetal heart activity was positive. She was diagnosed as HELLP syndrome with available findings and and admitted to the gynecology clinic. She was given birth by cesarean section..

POSTER BİLDİRİLER

CONCLUSİON: When the pregnant patients apply emergency service with the complaints of swelling on body, consciousness disorder, high blood pressure, we must consider preeclampsia, eclampsia and HELLP syndrome.

KEYWORDS: complaint, lombar pain, HELLP syndrome

PS-0696 Diğer

A Retrospective Analysis of Work Accident Cases Admitted to Our Emergency Department during a Period of One Year

Harun Gunes, Feruza Turan Sonmez, Ayhan Saritas, Hayati Kandis
Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey

INTRODUCTION – AIM: A work accident is defined as "a discrete occurrence in the course of work which leads to physical or mental harm". Work accidents are one of the important causes of preventable morbidity and mortality of people of productive age. We aimed to investigate general characteristics of work accident cases admitted to our emergency department during a one year period.

METHODS: We retrospectively investigated records of forensic cases admitted to our emergency department between January 1, 2010 and December 31, 2010 by reading all records in forensic cases record book. We found 188 cases of work accident and recorded their characteristic features like age, gender, accident date and time, mechanism of the accident, external lesions on physical examination, findings related to internal organ systems, consultation data, diagnoses, severity of the injury (i.e. simple, serious, fatal), outcome of the patient. All the data was analyzed using SPSS software.

RESULTS: One hundred and sixty three (86.7%) patients were male. Mean age of all patients included in the study, male patients and female patients were 31.9±10.2 years, 32.3±10.6 years and 28.9±7.1 years respectively. The difference between mean ages of male and female patients was found to be statistically not significant (p=.321). It was seen that more cases were admitted in December (16.0%) than in any other month, and most of the cases occurred between 8:00 AM and 04:00 PM (58.5%). The season with the greatest number of admissions was winter (29.8%). The most common mechanism of accident was sharp object injury (34.4%). The most common site of external lesions was upper extremities (45.7%). Most of the cases did not have any abnormal findings related to any organ systems (84.6%). More than half of the patients were consulted with one department (54.8%). The most common diagnoses were stab wounds and soft tissue injuries (25.5% and 21.3% respectively). Most of the patients had simple injuries (55.3%). Only 10.1% of the patients had fatal injuries, and 1.6% of them died.

CONCLUSION: Our findings showed that work accidents mostly affect young adults so it is very important to take measures to prevent those incidents. It also is important for us, as emergency physicians, to be aware of all possible work accidents which may be seen in our region and be prepared to those unpleasant events.

KEYWORDS: work accident, emergency department, Duzce

PS-0697 Diğer

A suicide attempt by ingestion of cylindrical batteries

Afşin Emre Kayıpmaz[1], Elif Çelikel[1], Serkan Öcal[2], Ebru Bıyıklı[1], Elif Kılıçlı[1], Murat Korkmaz[2], Cemil Kavalcı[1]
[1]*Department of Emergency, Baskent University, Ankara, Turkey*
[2]*Department of Gastroenterology, Baskent University, Ankara, Turkey*

OBJECTİVE: Ingestion of foreign bodies like batteries is a common health issue during childhood. Batteries with a diameter smaller than 20 mm usually pass through the upper gastrointestinal system and are excreted in feces. Larger foreign bodies, on the other hand, may give rise to severe esophageal injury. Foreign body ingestions may also be encountered in adults with psychiatric disorders. This report aimed to present a female patient who attempted to commit suicide by ingesting batteries.

CASE REPORT: A 83-year-old woman was admitted to our emergency department after ingestion of 3 AAA type batteries of a TV remote control for suicidal purpose 25 minutes ago. Her past history was notable for diabetes mellitus, hypertension, and hyperlipidemia but no history of a psychiatric illness. Her general condition was stable and vital signs were normal. Her posteroanterior chest and abdominal x-rays were taken, the former showing 3 AAA type batteries in stomach. The patient was applied urgent endoscopy, which showed a 3-4 cm laceration at the lower end of esophagus. Three slim batteries were visualized in the gastric corpus. The gastric mucosa around the batteries was edematous, eythematous, and stained with hematin; a superficial ulcer was also observed. The batteries were removed with the help of a snare with overtube. The patient's overall hemodynamic condition and clinical course were stable after the procedure. A psychiatry consultation was obtained during hospital stay.

CONCLUSIONS: Foreign body ingestion during adulthood are rare, usually occurring as a result of comorbidities such as mental retardation, psychiatric disorders, pica, or alcholol abuse. Gastrointestinal passage of a foreign body depends on its length and diameter. It has been reported that 80% of all ingested foreign materials are discharged in feces without causing any noticable symptoms. The remaining 20%, on the other hand, require endoscopic intervention. Normally, it might be reasonable to wait for gastrointestinal passage of a single battery of this size that had already advanced past the esophagus. However, as the patient ingested three batteries at a time, and her psychiatric condition would pose a risk during follow-up of gastrointestinal passage, we opted to perform an urgent endoscopic intervention. It should be remembered that adult patients may also present to an emergency department after ingesting foreign materials like batteries. These patients should be thoroughly questioned and assessed with regard to underlying neuropsychiatric disorders as well as alcohol and drug abuse.

KEYWORDS: Foreign body; Geriatric patient; Swallowing

PS-0698 Diğer

A Rare Presentation in Acute Pancreatitis: Normal Amylase Levels

Serap Yemenici[1], Eyüp Kahya[2], Mustafa Onur Eralp[1]
[1]*Edirne State Hospital, Emergency Service, Edirne*
[2]*Edirne State Hospital, General Surgery, Edirne*

A 50 year old female patient admitted to the emergency department (ED) with abdominal pain radiating to her back since 2 days. She was presented to ED for two times before with same complaints and discharged 2 times with a diagnosis of gastritis. She had nausea and vomit. She did not have any disease or drug use in history. She was not a smoker or an alcoholic. Her vital signs were stable. On physical examination, she had epigastric tenderness without defense and rebound tenderness. Laboratory test results; WBC:18x10³,amylase, liver and renal function tests and electrolytes were normal. First admition to the ED abdominal ultrasonography revealed Grade 1 hepatosteatosis. Abdominal tomography revealed acute inflamation of pancreas and peripancreatic fat tissue. The patient was admitted to the general surgery department and treated with bowel rest, hydration and pain control. There were no complications and she was discharged on the fifth day of follow-up.

KEYWORDS: Acute Pancreatitis, Amylase,Emergency Department

PS-0699 Diğer

CO İntoxication

Cihan Büyüksütcü, Meltem Çöllü, Mehmet Akif Karadaş, Ümit Ölmez, Mehmet Ayrancı, Seda Nur Bağdigen, Tuçe Düzkel
Department of Emergency Medicine, Göztepe Training and Research Hospital,Medeniyet University,İstanbul,Turkey

İNTRODUCTION: CO intoxicatıon is comman on winter months. People are using stove, natural gas to warm theirself at their home. Sometimes this cause big problem, like co intoxication. Patients arrive to emergency service with syncope, dizziness and losing conciousness.

CASE: 67 year old male patients visit the emergency service with dizziness and losing conciousness by the 112. The patients was been the emergency service for about 20 days ago. At that time patients was co intoxication and he was sent to hyperbarıc oxygen treatment. His physical examination; GKS:13 boold pressure:130-80 heart rate: 88 breath rate: 18 fever:36.9 oxygen saturatıon level: 97, lung. Cardiac and blow sounds was normal. On neurological examination; pupıllary reflex +/+, pupıllary was ızokorıa, when we ask the patient about cooperation and orientation, he didn't recognazie their children, he remember the place and time. Only he lost the person orientation. Biochemical and hematologic tests was normal. We need to check patient

with cranial CT and MR, and there were normal.we think that is the long term causes of CO intoxication. We consultate the patient with neurology and the patients hospitalized.

DISCUSSION: CO intoxication's side effect is seen older person later. Hyperbaric oxygen treatment is so important and we must be carefull the long term causes of co ıntoxication. When we discharge the patient, we have to tell their family about neurological problems.

KEYWORDS: CO intoxication, consciousness

PS-0700 Diğer

Ureteropelvic Stenosis

Cihan Büyüksütcü, İsmail Yeşiltaş, Meltem Çöllü, Mehmet Fatih Bulut, Onur İncealtın, Ümit Ölmez, Mehmet Akif Karadaş
Department of Emergency Medicine, Göztepe Training and Research Hospital,Medeniyet University,İstanbul,Turkey

INTRODUCTION: Ureteropelvıc stenosis ıs uncomman case on emergency service. The patients who have side pain and abdominal distansion is rarely renal colic,urolithiazis, urıner system ınfectıons for urological problems. Also if ureteropelvic stenosis have early diagnosis, we can prevent the hydronephrosis.

CASE: 37 year old male person visit the emergency service with side pain and abdominal distansion. He have distansion for about 20 days. He don't have, no nausea and vomiting.On his physical examination: abdomen was distansion, don't have rebaund and sensivity. The other system examination was normal and patients vital parameters was normal. When we check laboratory values, they were normal. In the abdomen ultrasound, there was a cyst which is cover nearly all of the abdomen, is about 30*30 cm. The left kidney cannot be seen becouse of the cyst. After when we check the patient with abdomen CT,there was a hydronephrosis on left kidney, at the same time renal pelvis diameter is about 20 cm, and there was an chronic ureteropelvic stenosis. The other think was normal. We consultate the person with urology. And the patient hospitalized for surgery.

DISCUSSION: Ureteropelvic stenosis is an uncomman case in emergency service. If ureteropelvic stenosis cann't be treatment early stage, it becomes hydronephrosis. For us we must be carefull for hydronefrosis and ureteropelvic stenosis is makes serious distansion on the abdomen.

KEYWORDS: UPJ, Abdominal Distension

PS-0701 Diğer

Drownıng

Serdar Özdemir, Onur Yeşil, Yasin Metiner, Rohat Ak, Selma Damla Özalp, Yalman Eyinç, Ali Şahiner, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Research and Education Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul,Turkey

INTRODUCTION: Formerly, submersion injuries that resulted in death in <24 hours were termed drowning, and those that survived >24 hours were termed near drowning. Currently, all submersion injuries should be termed drowning. As with other causes of accidental death, submersion injuries typically involve otherwise healthy, young individuals. In freshwater aspiration, there is transient hemodilution, and if large enough volumes are aspirated, significant hemolysis and hyponatremia are possible. In seawater drowning, hemoconcentration, hypernatremia, and hyperkalemia can result. Aspiration of substances such as contaminated foreign material, bacteria, vomitus, particulate matter, or chemical irritants can affect eventual pulmonary recovery.

CASE: A 47-year-old man presented to the Emergency Department (ED) with fell into the sea while drinking. Paramedics mentioned that he was apneic when they were rescued him. He were transported by sea ambulance because of severe respiratory distress. Her vital signs were: body temperature 36,3°C; blood pressure 123/72 mmHg; respiratory rate 8 per minute and heart rate 123 beats per minute. He had rales in chest examination. Other examination was within normal limits. Central vein access was gained, and blood tests (complete blood count, complete blood chemistry, blood type, International normalized ratio[INR]) were obtained. Intubation was performed immediately. Two gram ampicillin sulbactam and 500 ml 5% dextrose intravenously administered. FAST (Focused assessment with sonography for trauma) was performed. Free intra-abdominal fluid was not observed. His laboratory results were; hemoglobin 15,5 g/dL; (normal range [NR]: 12-18), leukocyte 10,7 K/uL (NR: 4,8–10,8), hematocrit %46 (NR: 43,5-53,7), platelet 263 K/uL (NR: 142-424), serum sodium 151 mmol/L (NR: 136-145), serum potassium 4 mmol/L (NR: 3,5-5,1). INR, urea, creatinine, plasma glucose, liver function tests, urine tests were within normal limits. The patient received whole body computed tomography (CT) scan. CT showed patchy consolidation and ground-glass attenuation in both lungs. Patient was transferred ICU.

DISCUSSION: Drowning has been divided into freshwater drowning and seawater drowning. These two types of drowning have been considered to differ from each other, due mainly to the difference in the osmotic pressure between seawater containing salts and freshwater. There is little difference between freshwater drowning and seawater drowning, because water rarely enters the lungs in volumes large enough to cause electrolyte abnormalities in the living body. Lung disorders caused by drowning affect the entire lung, unlike segmental pneumonia or lobar pneumonia (community-acquired pneumonia, aspiration pneumonia, etc.), because drowning involves entry of water into the lungs during respiration movements.

KEYWORDS: drowning, near drowning, seawater

PS-0702 Diğer

Phytocontact Dermatitis due to Ranunculus arvensis Mimicking Burn Injury: A Single Case

Hayri Ramadan, Hikmet Duymaz, Dilber Üçöz Kocaşaban, Erdal Yılmaz, Sertaç Güler, Yavuz Katırcı
Department of Emergency Medicine, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Ranunculus arvensis (a member of the Ranunculaceae family) is a wild plant used in the treatment of traditional arthritis, asthma, gout, high fever and psoriasis and can be quite allergenic during the flowering period in the spring. We present a case with a chemical burn caused by Ranunculus arvensis used in mush form for treatment of knee pain.

CASE: A 65-year-old female presented at the emergency department with vesiculobullous lesions around both knees. The patient had applied a plant she gathered from the field in mush form to both knees for her osteoarthritis pain with the advice of a neighbor. She had then kept the knees wrapped with a clean cloth for 48 hours. The physical examination revealed second and third degree burns after the dead tissue and vesiculobullous lesions around both knees were removed. The vital signs were stable and other findings normal. Laboratory test results were normal. The patient was admitted to the burn unit. Following tetanus prophylaxis, the lesions were debrided and dressings applied with topical silver sulfadiazine cream wetted with saline twice daily. No infection or contraction developed as a result of the treatment and full recovery was noted after 2 weeks. Plant samples provided by the patient were determined to consist of Ranunculus arvensis.

CONCLUSION: we continue to see the development of many undesirable conditions due to plants used by the public for treatment since ancient times as a result of wrong beliefs. Plants in the form of mush can have a positive effect on dermatological and rheumatic disease but one must always remember that they can also have serious side effects such as second and third degree burns.

KEYWORDS: Burn Injury, Emergency Medicine, Phytocontact Dermatitis

PS-0703 Toksikoloji

Karbonmonoksit zehirlenmesinin neden olduğu bilateral globus pallidus lezyonu

Meltem İnce, Celal Katı, Figen Özcan, Türker Yardan, Özgür Levent Yamanlar
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Karbon monoksit (CO)renksiz, kokusuz, tatsız ve irritan olmayan bir gazdır.CO zehirlenmesi beyin, kalp, böbrek, iskelet kası, deri, periferal sinir gibi hemen hemen bütün organları ve oluşumları etkiler. CO zehirlenmesinde santral sinir sistemi histopatolojik bulguları temel olarak nekroz ve demiyelinizasyon alanlarından oluşur. Bu alanlar dört grupta incelenebilir: globus pallidus nekrozu, demyelinizasyon yada nekrozla giden beyaz cevher lezyonları,serebral korteksin süngerimsi lezyonları,hipokampusun nekrotik lezyonlarıdır. Bu bulguların hepsi akut ve subakut dönemde magnetik rezonans görüntülemede (MRG) ile bir çok olguda ortaya konmuştur. Biz beyin difüzyon MRG'de bilateral globus pallidus etkilenmesi saptanan bir karbon monoksit zehirlenmesi olgusu sunduk.

OLGU: Yetmiş iki yaşında erkek hasta acil servisimize soba dumanına maruziyeti sonrası olan bilinç durum değişikliği nedeni ile başvurdu. Genel durumu orta kötü,bilinç stupor, koopere oryante oluyor ancak uykuya dalma eğiliminde,TA.125/65 mmhg Nabız:84 atım/dk Ateş:36,50C solunum sayısı:20 dk,Glaskow koma skalası:13 idi.Arter kan gazın Ph:7,46, pO2:70mm/

POSTER BİLDİRİLER

hg, pCo2:29 mm/hg, Hco3:20mmol/L, spO2:%95, COhb:%1,1, BE:-2,5 mmol/L, Hemoglobin:13,5 gr/dl, trombosit sayısı:189.000/mm3, wbc:11090mm3, cTroponin I:1,15ng/mL, CKMB:12,13U/L, CPK:2755 U/L, EKG:V1-V6 arası yaygın T negatifliği mevcuttu. Posteroanterior Akciğer grafisinde bir özellik yoktu. Kranial bilgisayarlı tomografisinde her hangi bir özellik olmayan hastanın,Beyin diffizyon MRG de her iki globus pallidus düzeyinde,her iki lateral ventrikül komşuluğunda milimetrik simetrik DAG'de hiperintens, ADC'de izointens değişiklikler mevcuttu.Hastanın coHB düşüklüğü hastaneye geç başvurusuna bağlandı,mevcut klinik durumu ile karbonmonoksit zehirlenmesi sonrası bilateral globus pallidus tutulumu olarak değerlendirildi.

SONUÇ: CO zehirlenmesi, beyin, kalp, böbrek, iskelet kası, deri, periferal sinirler gibi hemen hemen bütün organ ve oluşumları etkiler. Beyin ve kalp, yüksek O2 tüketimi olan organlar olduğu için başlıca semptomları kardiyovasküler ve nöropsikiyatrik bulgulardır. Karbonmonoksit maruziyeti sonrası santral sistemi tutulumu olabileceği unutulmamalıdır.Sonuç olarak karbonmonoksit zehirlenmelerinin akut döneminde karşılaşılan MRG bulgularının hastalığın nörolojik komplikasyonlarını ve prognozunu öngörmede faydalı olduğuna ve literatürde de benzer görüşün hakim olduğuna dikkat çekmek istedik.

ANAHTAR KELİMELER: karbonmonoksit, magnetik rezonans, globus pallidus

PS-0704 Toksikoloji

Bonzai Kullanımına Bağlı Gelişen İskemik İnfarkt

Mustafa Öztürk, Selman Yeniocak, Demet Taş
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Bonzai (spice, K2, jamaican, black magic, black mamba, fake weed, genie, gonjah, halo, k2, k3, mr. smiley, p.e.p pouri, proze smoke, sativah, sence, skunk, smoke, spice (silver, gold and diamond), spice yucatan fire, spirit, supernova, warlock, zohai) bir sentetik kannabinoid bileşimi olup psikoaktif etkisi ve bağımlılığı en fazla olan uyuşturucu maddedir. Kendi kannabinoid reseptörlerine bağlanarak etki eder. 2010 yılından sonra yasal olarak kullanımı engellenmiştir. Bonzai kullanımına bağlı olarak bilinç değişikliği olan hastaların nörolojik muayenesi eksik olacağından kranial değerlendirmede şüpheli beyin tomografisi sonrası MR difüzyon ile konfirme edilmesi amaçlanmıştır.

OLGU: 47 yaşında erkek hasta acil servisimize bilinci konfü, ajite,halisünatif hareketli olarak getirildi. 112 nakil ekibinden öğrenildiği kadarı ile cebinde bonzai paketi bulundu. GKS:11/15 idi. İlk bakışta dikkat çeken total harekelerde sınırlı ve yavaşlama mevcuttu. Ta:150/90 mmhg kta:110/R saO2:95 kan şekeri:157 ateş:37,3 ölçüldü. Arter kan gazında Ph:7,27 PCO2:42 PO2:84 HCO3:19 BE:-2 saptandı. Fizik muayenesinde akciğerinde orta ve alt alanda ronkusleri duyuldu. Hareketlerinin sınırlı olması nedeni ile güç kaybı olabileceği düşünüldü. Beyin tomografisi çekildi. Şüpheli iskemi (hipodens alanlar) bulguları nedeni ile MR difüzyon çekildi. PİCA sulama alanında infarktı saptanan hasta nöroloji servisine yatırıldı. 1.5 aylık yatışı sonrası hastanın yatağa bağımlı hale geldi. Beslenme sorunları ortaya çıktı. Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) takıldı. Hastane sonrası Darülaceze kurumuna bakım için yatırıldı.

SONUÇ: Türkiye'de bonzai kullanımına bağlı acil servis başvuruları artmıştır. Olay yeri ve hastane sonrası döneme kadar uzayan hayati tehlikeye yol açabilecek durumlar gelişmiştir. Literatürde bonzai kullanımına bağlı gelişen iskemik serebrovasküler olaylar 2013 ve sonrası bildirilmiştir. Bonzai kullanımına bağlı gelişebilecek durumlar için iyi bir gözlem ve şüpheli beyin tomografisi sonrası MR difüzyon ile konfirme edilmesi daha uygun olacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Bonzai, İskemik infarkt, MR difüzyon

PS-0705 Toksikoloji

Sildenafil Aşırı Alımı: Mavi Renkte Görme ve Sinüs Taşikardisi

Sertaç Güler, İrfan Gökçek, İbrahim Güven, Fatih Alper Ayyıldız, Hayri Ramadan
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye

GİRİŞ: Sildenafil sitrat (SS),fosfodiesteraz tip 5 enzimini inhibe ederek etki gösteren ve erişkinde erektil disfonksiyon ve pulmoner arteriyel hipertansiyon tedavisinde kullanılan bir ilaçtır.Biz bu yazıda 50 mg'lik SS tabletlerinden (Viagra 50 mg tablet, Pfizer İlaç) suisid amaçlı 30 adet içme şikayeti ile acil servisimize (AS) başvuran ve mavi renkte görme ve sinus taşikardisi kliniği ile takip ettiğimiz 27 yaşında bir erkek hastayı sunuyoruz.

OLGU: 27 yaşında erkek hasta yaklaşık 1 saat önce intihar amaçlı 50 mg SS içeren tabletlerden (Viagra 50 mg tablet, Pfizer İlaç) 30 adet içme beyanıyla AS'ye başvurdu.Hastanın AS'ye başvurusunda çarpıntı şikayeti dışında herhangi bir yakınması yoktu.Fizik muayenede hastanın vital bulguları sırasıyla nabız 120 atım/dk ritmik,kan basıncı 140/90 mmHg,solunum sayısı 14 soluk/dk,oda havasında oksijen satürasyonu %98 ve vücut ısısı 37.1 °C olarak kaydedildi. Hastanın genel durumu iyi,Glasgow koma skalası skoru 15,bilinci açık,kooperasyon ve oryantasyonu tamdı.Hastaya yaklaşık 3 litre serum fizyolojik ile gastrik lavaj uygulanması sonrası 1 gr/kg dozundan oral aktif kömür verildi.Laboratuvar incelemelerinde kan glukoz,böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri,elektrolit değerleri normal sınırlardaydı.AS'ye başvurusunun yaklaşık olarak 4.saatinde hasta aşırı korkmuş ve şaşkın bir şekilde mavi renkte gördüğünden şikayet etmeye başladı.Hastanın bu esnada muayenesi tekrarlandı.Bilateral ışık refleksi pozitif, görme alanı tam,göz hareketleri ağrısız ve her yöne serbest olarak değerlendirildi.Göz Hastalıkları bölümünden görme alanı,göz dibi değerlendirmesi ve fundoskopik muayene açısından konsültasyon istendi.Göz hastalıkları akut girişim gerektiren bir patoloji saptamadığını ve gereği halinde rekonsültasyon önerdi. Hastanın AS'ye başvurusunun yaklaşık 6. saatinde tekrarlanan kan gazı ve metabolik panelinde patoloji saptanmadı.Hasta yaklaşık 4 saat süresince mavi görme durumundan şikayet etti ve bu süre sonunda spontan olarak normal bir şekilde görmeye başladı.Görme algısındaki bu durumun düzelmesinden sonra yaklaşık 6 saat daha gözlemde tutulan hasta Psikiyatri polikliniğine yönlendirildi.

SONUÇ: Literatürde SS aşırı alımı nedeniyle ölüm bildirilen ilk vakada kan ilaç düzeyi post-mortem olarak ölçülmüş ve 6270 ng/ml gibi yüksek bir değer bulunmuştur.Biz hastamızda kan ilaç düzeyini ölçecek teknik olanaklara sahip değildik ancak hastamız da ilacı 1500 mg gibi yüksek bir dozda almıştı.İlacın prospektüsünde SS kullanımına bağlı oftalmik yan etkilerin %10'dan daha yüksek bir oranda görülebileceği belirtilmekte ve bunlar arasında görmede renk değişiklikleri,bulanık görme veya fotofobi sayılmaktadır.Ancak literatürde SS aşırı alımına bağlı mavi renkte görmenin bildirildiği bir olgu yoktur.Sonuç olarak SS aşırı alımında hastalarda görme ile ilgili yan etkiler görülebilir.Altta yatan santral veya vasküler bir neden yoksa bu görme rengi değişiklikleri spontan gerileyebilir.Acil tıp hekimi SS aşırı alımına bağlı böyle bir yan etkiyle karşılaşırsa bunun subjektif bir şikayet olabileceğinin bilincinde olmalı,telaşa kapılmadan hastayı ve yakınlarını bilgilendirip,telkin etmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil tıp, görme algısı, ilaç aşırı alımı, intihar, Sildenafil (MeSH Database)

PS-0706 Toksikoloji

Güzel Avrat Otu İntoksikasyonu

Fatih Nazmi Yaman[1], Mustafa Şahan[2], Harika Ödemiş[1], Ali Karakuş[2]
[1]*Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Acil Servis, Kahramanmaraş*
[2]*Mustafa Kemal Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Hatay*

ÖZET:Güzel avrat otu (Atropa Belladonna) Antikolinerjik Toksik Sendroma (ATS) yol açabilen bitkilerden birisidir.Genel durum bozukluğu ve bilinç kaybı ile beraber ajitasyonun olduğu olgularda,ayırıcı tanı önem arz etmektedir.Bu nedenle hastaların detaylı fizik muayene ve ayrıntılı anamnezlerinin alınması gerekmektedir.Biz bu yazıda,güzel avrat otu meyvesini yedikten sonra ajitasyon ve bilinç bulanıklığı ile gelen bir olgu bildiriyoruz.

GİRİŞ:ATS trisiklik antidepresanlar,antihistaminikler,antipsikotikler,atropin,skopalamin gibi ilaçlara bağlı gelişebileceği gibi,bazı bitkilerin çay olarak tüketilmesi veya meyvelerinin yenilmesi yoluylada oluşabilir.Bitkinin meyve ve yapraklarında yüksek oranda atropin,skopalamin ve hyosiyamin alkaloidleri vardır.Bu bitkiler yanlışlıkla veya halüsinojenik etkisi nedeniyle alındığında,postganglionik muskarinik parasempatik reseptörleri ve merkezi sinir sisteminde bulunan muskarinik reseptörleri kompetitif bloke ederek,ATS'ye yol açarlar.Biz bu olguda,güzel avrat otu meyvesini yedikten sonra ajitasyon ve bilinç bulanıklığı ile gelen bir vaka sunmayı amaçladık.

OLGU: 40 yaşında erkek hasta bilinç bozukluğu,yerinde duramama ve huzursuzluk nedeniyle acil servise getirildi.Öyküsünde 2 saat önce ormanda dolaşırken, dağ elması sandığı meyveden yediği öğrenildi.İlaç alım ve özgeçmişinde bilinen hastalık öykusü yoktu.Genel durumu orta olan hastanın, kan basıncı:140/90mmHg,nabız:120/dk,vücut ısısı:37°C,sat:%98,solunum sayısı:20/dk olarak ölçüldü.Fizik muayenesinde bilinci kapalı,ajite,ışık refleksleri bilateral pozitif, pupiller midriyatik.Yüzde kızarıklık mevcut.Ağız mukozası kuru.Ense sertliği ve nörolojik defisit yoktu.Glob vezikale var.Diğer sistem muayneleri normal.EKG'de sinüs taşikardisi tespit edildi.QTc:0.4sn(Normal sınırlarda).Rutin kan tetkiklerinde özellik yoktu.

Hasta yakınları tarafında getirilen bitkinin,güzel avrat otu bitkisinin meyvesi olduğu tecrübeler ışığında tespit edildi.Hasta güzel avrat otu meyvesi intoksikasyonu tanısıyla yoğun bakıma alındı. Ajitasyonu devam eden hastaya benzodiazepin titre edilerek yapıldı. 4.saatte genel durumu düzelen ve hemodinamisi stabilleşen hasta, 24.saatte servise alındı.

TARTIŞMA: Atropa Belladonna zehirlenmesinin,santral etkileri, doza bağımlı olup halüsinasyon,ajitasyon,solunum yetersizliği ve kardiyovasküler disritmilerdir.Periferik etkileri ise,midriazis,müköz membranlarda kuruluk,yüksek ateş,taşikardi,kuru cilt,ileus ve idrar retansiyonu şeklinde karşımıza çıkar. Benzer olarak bizim olgumuzda da, hasta deliryum ve ajitasyon şikayetleriyle acile getirilmiştir. Beraberinde hastada, midriazis, yüzde kızarıklık, ağız mukozasında kuruluk ve idrar retansiyonunun tespit edilmiştir.

Atropa Belladonna zehirlenmesinin tedavisi konservatiftir. Yakın takip ve sessiz ortam tavsiye edilmektedir. Hava yolu açıklığının, solunum ve dolaşım desteğinin sağlanması, konservatif tedavinin temelini oluşturmaktadır. Biz de olgumuzu hemodinamik olarak yakından takip edilmiştir.

Antikolinerjik bulgulardan deliryum ve ajitasyon kontrolü için, sedasyon amaçlı benzodiazepinler önerilmektedir. Fizostigmin özgül bir antidottur, kan beyin bariyerini geçerek geri dönüşlü antikolinesteraz inhibisyonu yapar. Taşikardi, koma ve solunum durması halinde fizostigmin verilmelidir. Hastamıza, var olan ajitasyon halini önlemek amacıyla benzodiazepin titre edilerek yapıldı. Koma ve solunum yetersizliği olmadığı için, fizostigmin verilmedi.

SONUÇ: Acil servise deliryum ve ajitasyon ile başvuran hastalarda intoksikasyon olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu hastalarda ayrıntılı anamnez alınmalı, anamnezde antikolinerjik ilaç alımı yanında, özellikle bu tür bitkilerin tüketimi de mutlaka sorgulanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Güzel Avrat Otu, Atropa Bellodonna, Deliryum, İntoksikasyon

PS-0707 Toksikoloji

Freon; Buzdolabı Gazı

Sultan Tuna Akgöl Gür, Özge Can, Hüseyin Şahin
ErzurumBölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Freon, arcton, frigen olarak da bilinen kloroflorokarbon bileşiğidir. Oda ısısında renksiz, şeffaf sıvı ya da gaz halde bulunurlar. Toksik etkiler maruz kalınan bölgeye göre değişir. Freonun etkisi diğer kloroflorokarbonlu bileşiklere göre düşük olsa da akut, subakut, subkronik ve kronik etki gösterdikleri bildirilmiştir. Genotoksik, teratoksik ve karsinogenetik özellik gösterirler. Literatüre bakıldığında bu bileşikle çalışanlarda; özellikle buzdolabı tamircilerinde sık görülmüştür. Aktaracağımız olgu ev kazası sonrası acil servise başvurmuştur.

OLGU: 25 yaşında kadın hasta buzdolabı buzluğuna yapışan kıymayı temizlerken aniden yüzüne temas eden gaza maruziyet sonrası acil servisimize başvurdu. Vitallleri stabil, Oksijen Sat:%98 olan hastanın yapılan mauayenesinde yüzde yanık izine rastlanmadı. GKS 15 bilinci açıktı. Solunum ve kalp sesleri olağandı.. Hastanın karaciğer fonksiyon testlerinde anormallik saptanmadı, AKG'da pH, laktat, PaO2 normal saptandı. EKG sinüs ritminde idi. İntarvenöz hidrasyon ve 10cc/h'den oksijen tedavisi verildi. Takip amaçlı dahiliye kliniğine yatırıldı. İzlem sırasında patoloji gelişmedi. Şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: Freon, arcton, frigen olarak da bilinen kloroflorokarbon bileşiğidir (2). Oda ısısında renksiz, şeffaf sıvı ya da gaz halde bulunurlar (1).Daha çok klima, soğutucu ve deodorantlar freon içermektedir (1,2). Koloroflorokarbonlu bileşikler lipofiliktirler ve anestezik etki gösterirler (1). Küresel ısınma ve ozon tabakası etkileri nedeniyle gelişmiş ülkelerde daha az zararlı formuna dönüştürülerek kullanılmaya başlansa da gelişmekte olan ülkelerde kullanımı halen yaygındır (2). Freonun etkisi diğer kloroflorokarbonlu bileşiklere göre düşük olsa da akut, subakut, subkronik ve kronik etki gösterdikleri bildirilmiştir. Genotoksik, teratoksik ve karsinogenetik özellik gösterirler (1).

Toksik etkiler maruz kalınan bölgeye göre değişir (2). Literatürde oral alım ve inhalasyon ile toksisiteye rastlanmıştır (1). Akut toksikasyonlarda deri, göz, havayolu, solunum sistemi ve anestezik etki ile SSS depresyonu görülür (2). Cilde temas ile soğuk ısırığı etkisi, göz teması ile irritasyon, oral alım ile gastrik perforasyon, ülser ve transaminazlarda yükselme bildirilmiştir (2). Olgumuz yatışı sırasında karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma ya da solunum sıkıntısına saptanmamıştır. Toksisitenin freonun dondurucu etkisi ile oluşan doku nekrozu etkili olduğu düşünülmüştür (1). Kronik maruziyette tansiyon yüksekliği, myokard enfarktüsü, ve kardiyak elektriksel aktivitede bozulma görülmüştür (2). Kronik toksisitenin doza bağımlı ve yüksek dozlarda ortaya çıktığı saptanmıştır

SONUÇ: Freon her ne kadar masum bir bileşik gibi görülse de maruziyetin derecesine göre toksik etkilerinin ortaya çıkabileceği hatırlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Freon, toksisite,

PS-0708 Toksikoloji

Nadir Bir Suicid Girişimi: Boya İçimi

Mehmet Hilmi Höke, Eren Usul, Umut Yücel Çavuş
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Hidrokarbon içeren benzin, boya, boya çıkarıcılar, temizleyici ajanlar ve leke çıkarıcı içimleri, kazayla veya nadir de olsa intihar amaçlı görülebilmektedir. Hidrokarbon içeren bu bileşikler, doku hipoksisi, pulmoner irritasyon ve sistemik toksisite ile etkilerini gösterirler. Özellikle hidrokarbon aspirasyonu direk parankim hasarı yaparak ve sürfaktan fonksiyonunu değiştirerek kimyasal pnömoniye neden olur. İlerleyen tablolarda bakteriyel süperenfeksiyon ve akut respiratuar distres sendromuna yol açıp ölümcül olabilirler. Bu yazımızda, intihar amaçlı boya içimi sonrası pnömoni ve akut respiratuar distres sendromu gelişen bir olgu sunmayı amaçladık.

OLGU: 56 yaşında boya ustası erkek hasta, yakınları tarafından bilinç bozukluğu ve nefes darlığı şikayeti ile getirildi. Sabah saat 9.30 civarında işyerine giderken iyi olan hasta, 12.30 gibi iş arkadaşları tarafından yerde bilinci kapalı ve solunum sıkıntısı içinde bulunmuş. Bilinen herhangi bir hastalığı yokmuş. Son zamanlarda depresif olan hasta olay sabahında psikiyatri polikliniğine muayene olmuş ve hastaya major depresyon tanısı konulup antidepresan başlanmış. Gelişinde; Tansiyon Arteriyel 180/110 mmhg, Kan Şekeri:140 mg/dl, Nabız:110/dk, Saturasyon O2:%94, Solunum sayısı:26/dk olarak ölçüldü. Fizik muayenesinde; takipneik, bilateral kaba ralleri mevcuttu. Glasgow koma skalası 10 idi. Yüzde, kollarda, bacaklarda, elbiselerde boya kalıntıları mevcut. Ağız içinden gelen ağır boya kokusu fark edilen hastanın orofarenks muayenesinde ağız içinde de boya olduğu görüldü. Hastaya tanısal amaçlı ince nazogastrik tüp takıldı ve 200 cc kadar sindirilmeye başlanmış boya içeriği geldi. Bu bulgularla hasta suicid amaçlı boya içimi olarak kabul edildi. Çekilen grafilerinde; perforasyon bulgusu, mediastinal hava saptanmadı. Genel durumunun kötü olması nedeniyle endoskopi yapılamadı. Kimyasal pnömoni düşünülen hastaya Toraks tomografisi çekildi ve akciğerde bilateral infiltratif alanlar ve mide arka duvarına yapışmış boya görüldü. Takibinin 3. saatinde takipnesi artan, solunum yetmezliği bulguları gelişen ve glasgow koma skalası 8'e düşen hasta elektif entübe edilip mekanik ventilatöre bağlandı. Laboratuvar değerlerinde derin metabolik asidozu olan hastaya NaHCO3 infüzyonu başlandı. Tetanoz tek doz yapıldı. Kimyasal pnömoni için N-asetil sistein, kortikosteroid ve antibiyotik başlandı. Takiplerinin 12.saatinde hastada hipotansiyon gelişti. Sıvı resusitasyonuna cevap alınamadı ve vazopressör başlandı. Takibinin 16. saatinde INR değeri ölçülemeyecek kadar yüksek olan hastaya aralıklı olarak toplam 10 ünite TDP ve 1 amp K vitamini verildi. Yoğun bakıma alınan hasta 3. gününde kaybedildi.

SONUÇ: Acil servise bilinç bozukluğu ile gelen hastaların ayırıcı tanısında suicid amaçlı madde alımı düşünülmelidir. Nefesinde hidrokarbon kokusu bulunan, bilinci kapalı ve anamnez alınamayan hastalarda hidrokarbon içeren madde alımı akılda tutulmalı, hızlı progresyon nedeniyle erken tanı sonrası hızla tedaviye başlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Boya, suicid, hidrokarbon

PS-0709 Toksikoloji

Hiperamonyeminin Nadir Bir Nedeni: Valproik Asit Zehirlenmesi

Duygu Selen Cengiz[1], Muhammed Semih Gedik[1], Müge Gülen[2], Hayri Çınar[1], Akkan Avcı[1], Selen Acehan[3]

[1]*Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana*

[2]*Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Acil Servis, Eskişehir*

[3]*Mersin Devlet Hastanesi, Acil Servis, Mersin*

GİRİŞ: Valproik asit (VA), epilepsi tedavisinde, ruhsal durum stabilizatörü olarak psikiyatrik hastalıkların tedavisinde ve migren profilaksisinde kullanılmaktadır. Yüksek doz alımlar, letarjiden komaya kadar değişen merkezi sinir sistemi depresyonuna, solunum yetmezliğine, böbrek yetmezliğine, akut pankreatite, hepatotoksisiteye ve kemik iliği depresyonuna neden olabilmektedir. Biz bu yazıda akut masif doz VA' in neden olduğu hiperamonyemik ensefalopatili olgunun L-karnitin ile tedavisini son literatürler ışığında incelemeye çalıştık.

OLGU: 25 yaşında kadın hasta acil servise bilinç bozukluğu nedeniyle ambulansla getirildi. Hasta yakınından alınan anamneze göre, hastanın 5 saat önce epilepsi hastalığı nedeniyle düzenli olarak kullandığı enterik kaplı valproik asit (500 mg) tabletlerden 80 tanesini öz kıyım amaçlı aldığı öğrenildi. Hasta acil servise başvurduğunda fizik bakısında GKS 14 (E3M5V6), kan basıncı: 120/80 mmHg, nabız: 132/dk, solunum sayısı: 20/dk, vücut ısısı: 37,6 0C idi. Çekilen elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi vardı. Hastanın diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımında beyaz küre (WBC): 13500/mm3 hemoglobin (HGB): 13.2 gr/dl, hematokrit (HCT): %39.4 trombosit: 207000/mm3 biyokimyasal tetkik-

POSTER BİLDİRİLER

lerinde, glukoz: 108 mg/dl, kreatinin: 0.78 mg/dl, kan üre azotu (BUN): 8,8 mg/dl, aspartat transaminaz (AST): 18 U/L, alanin aminotransferaz (ALT): 11 U/L, Amilaz: 53 U/L, sodyum: 141 mmol/L, potasyum: 3.9 mmol/L idi. Arteriyel kan gazında pH: 7.253, HCO3: 16.9 mEq/L, pCO2: 36.0 mmHg, pO2: 83 mmHg laktat düzeyi: 6 mmol/L olarak tespit edildi. Hastadan valproik asit düzeyi ve amonyak düzeyi için kan örneği alındı. Arteriyel alınan kanda amonyak düzeyi 178.84 ug/dl idi. Valproik asit düzeyi dış laboratuvarda çalışıldığı için ancak 15 gün sonra değeri >150 µg/ml olarak öğrenildi. Şuur bozukluğu nedeniyle çekilen bilgisayarlı beyin tomografisi normal olarak rapor edildi. Hastaya nazogastrik sonda takılıp mide irrigasyonu yapıldı, 1 g/kg dozunda aktif kömür verildi, yoğun bakımda takibe alındı. Takibinin birinci saatinde ajitasyonlarının olması üzerine 0.05 mg/kg dozda intravenöz midazolam uygulandı. Amonyak düzeyinin yüksek çıkması üzerine hastaya 8 saat arayla 3000 mg L-karnitin infüzyonu uygulandı. Hastanın başvurusunun 24. saatinde bilinci açıldı ve bu sırada bakılan amonyak değeri 98 ug/dl idi. Hastanın 2. gün takibinde kalsiyumu 6.8 mg/dl olması üzerine kalsiyum glukonat replasmanı yapıldı, sıvı elektrolit desteği sağlandı. Yatışının 3. gününde vital bulguları stabil seyreden, bakılan tetkiklerinde problemi olmayan hasta psikiyatri poliklinik önerisiyle taburcu edildi.

SONUÇ: VA zehirlenmelerinde ciddi zehirlenme bulguları ile beraber hiperamonyemisi olan ve yüksek kan valproik asit düzeyi olan hastalarda L-karnitin uygulaması alternatif bir tedavi yaklaşımı olabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Hiperamonyemi, L-karnitin, valproik asit, intoksikasyon

PS-0710 Toksikoloji

Mianserin Zehirlenmesinin Nadir Bir Komplikasyonu: Kardiyotoksisite

Duygu Selen Cengiz[1], Müge Gülen[2], Muhammed Semih Gedik[1], Erdem Aksay[1], Akkan Avcı[1], Selen Acehan[3]

[1]*Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana*

[2]*Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Acil Servis, Eskişehir*

[3]*Mersin Devlet Hastanesi, Acil Servis, Mersin*

GİRİŞ: Mianserin major depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve diyabetik nöropatik ağrı tedavisinde kullanılan etkili bir antidepresandır. Yüksek doz alımlar sıklıkla kendini agranülositoz olarak gösteren kan diskrazilerine, konvülsiyona, hipomaniye, karaciğer fonksiyon bozukluğuna, hiperkineziye ve sedasyona neden olabilir. Biz bu yazıda mianserin aşırı alımına bağlı sayılı vakada gözlenen bradikardi ve hipotansiyon gelişen bir olguyu sunmak istedik.

OLGU: 32 yaşında kadın hasta acil servise ilaç alımı nedeniyle yakınları tarafından getirildi. Hastadan alınan anamneze göre yaklaşık 2 saat önce major depresyon nedeniyle düzenli olarak kullandığı 30 mg' lık mianserin içeren tabletlerden 15 tanesini özkıyım amaçlı içtiği öğrenildi. Hasta ve yakınlarından alınan bilgiye göre hastanın ek ilaç alımı ve evde ilaç kullanan başka kimse yoktu. Hasta acil servise başvurduğunda fizik bakısında tansiyon arteriyel (TA): 120/70 mmHg, nabız: 99/dk, solunum sayısı: 20/dk, vücut sıcaklığı: 37.5 °C GKS:15 (E4M5V6) idi. Çekilen elektrokardiyografisi (EKG) normal sinüs ritmindeydi. Tüm sistem muayeneleri normaldi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde anormal değer saptanmadı. Hastaya nazogastrik sonda takıldı, mide lavajı yapıldı. 1g/kg dozunda aktif kömür verildi. Takip amaçlı kritik yoğun bakım ünitesine yatırılıp, monitörize edildi. Takibinin 1. saatinde soğuk terlemesi, baş dönmesi, göz kararması gelişen hastanın monitörde nabzının 37/dk olduğu gözlendi. TA: 80/50 mmHg, yatakbaşı kan şekeri: 114 mg/dl olarak ölçüldü. EKG' sinde sinüs bradikardisi mevcuttu. Hastaya 1mg intravenöz puşe atropin uygulandı, 20 ml/kg dozunda hızlı kristalloid infüzyonuna başlandı. Tedavi sonrası dakikalar içinde klinik olarak düzelen hastanın nabzı 86/dk, TA: 100/60 mmHg oldu. Kritik yoğun bakım ünitesinde 24 saat monitörize izlenen hastanın takibinde vital bulguları stabil seyretti, laboratuvar değerlerinde problem olmadı. Psikiyatri poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi.

SONUÇ: Mianserinin kardiyovasküler sistem üzerine nadiren etki gösteren güvenli bir antidepresandır. Bununla birlikte sayılı vakada aşırı alıma bağlı hipotansiyon ve bradikardi gelişmesi nedeniyle mianserine bağlı zehirleme hastalarının mutlaka monitörize izlenmesi gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Mianserin, kardiyotoksisite, intoksikasyon

PS-0711 Toksikoloji

Bonzai İntoksikasyonu Sonrası Görülen ARDS ve Pnömotoraks

Ali Aygün[1], Mehmet Kılıç[2], Olgun Aşık[1], Yunus Karaca[1], Bekir Sami Karapolat[2]

[1]*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon*

[2]*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Trabzon*

GİRİŞ-AMAÇ: Sinir sisteminde bulunan CB1 ve CB2 reseptörleri üzerinden etki eden sentetik kannabinoidler genç ve erişkin populasyonda kullanımının hızla artmasıyla önemli bir halk sağlığı problemi olmuştur. Sentetik Kannabinoidler Avrupa'da ''Spice'', Amerika'da ''K2'', ülkemizde ise ''Bonzai'' ya da "Jamaika'' olarak adlandırılmaktadır.

OLGU SUNUMU: Yirmi beş yaşında erkek hasta evde yakınları tarafından baygın bulunması üzerine en yakın acil servise götürüldü ve burada solunum arresti gelişmesi üzerine entübe edildi. Bonzai intoksikasyonu, solunum yetmezliği tanılarıyla yoğun bakım ihtiyacı olması nedeniyle acil ünitemize sevk edildi. Hastanın takibinde akut respiratuar distres sendromu gelişti. Hasta yoğun bakımda mekanik ventilatöre bağlı destek tedavi verilerek takip edildi. Hastada ekstübe olduktan bir gün sonra nefes darlığı ve göğüs ağrısı gelişti. Çekilen akciğer grafisinde sol akciğerde pnömotoraks tespit edildi ve göğüs tüpü takıldı. Hasta yatışının 11. gününde şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Bonzai intoksikasyonlu hastalarda ciddi solunum depresyonu, akut akciğer hasarı yanında takipte pnömotoraks gelişebilir.

ANAHTAR KELİMELER: Bonzai, ARDS, Pnömotoraks, Sentetik Kanabinoid

PS-0712 Toksikoloji

Lityum intoksikasyonu: Olgu sunumu

Duygu Albayrak[1], Fulya Yılmaz Duran[1], Özgür Duran[2], Güney Yılmaz Ertörer[2]

[1]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir*

[2]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir*

GİRİŞ: Lityum duygu durum bozukluklarının tedavisinde kullanılan bir elementtir. Etkin ve toksik dozları arasındaki terapotik aralık dardır. Kronik kullanım sürecinde %70-90 hastada tedavinin devamı sırasında toksikasyon meydana gelebilir. Dehidratasyon, enfeksiyon gibi yandaş hastalıkların varlığında; NSAİİ, ACE inh gibi ilaçlar kullanıldığında toksikasyon riski artar. Lityum intoksikasyonunda kardiyovaskuler ve gastrointestinal sistemlerde problemler, endokrinolojik bozukluklar, nörolojik bulgular, renal tutulum gibi çeşitli patolojik tablolarla karşılaşılabilir.

OLGU: 40 yaşında bipolar hastalık tanısıyla lityum kullanan ve düzenli lityum düzeyi takibi yaptırmayan bayan hasta, hasta ellerinde titreme şikayetiyle psikiyatri polikliniğine başvurmuş. Lityum düzeyi 4.38 mmol/l olarak ölçülen hasta psikiyatri servisine interne edilmiş. Dizüri şikayeti olan hastada, ateş yüksekliği (38.1 °C) saptanmış. Enfeksiyon hastalıkları tarafından antibioterapisi düzenlenmiş. Laboratuar tetkiklerinde kreatinin düzeyi: 4.5 mg/dl, üre:74.2 mg/dl saptanmış. Eş zamanlı oligürik seyreden olgu, Nefroloji hekimlerince değerlendirilip, hemodiyaliz programına alınmış. Diyaliz bitiminden 2 saat sonra bilinci kapanan olgu entübe edilerek yoğun bakım ünitesine devralındı. Tekrarlanan laboratuar tetkiklerinde lityum düzeyi 3.6 mmol/l, kreatinin 3.5 mg/dl olarak saptandı. Yoğun bakımda izlemi sırasında tonik klonik nöbet aktivitesi saptanan olguya Nöroloji hekimleri tarafından fenitoin 250 mg 3x1 IV başlandı. Kranial BT' de jeneralize epileptojenik alanlar görüldü. Yoğun bakıma kabulünün 2. gününde bilinci açılan olgu, 3. Günde ekstübe edildi. Kontrol laboratuar tetkiklerinde lityum düzeyi 2.28 mmol/l, kreatinin düzeyi 3.1' e geriledi. Yoğun bakımda toplam 5 gün boyunca takip edilen olgu, günlük hemodiyalize alındı. Bipolar bozukluğu için Psikiatri hekimlerince ketiapin 100 mg 1x1 PO başlandı. 5 gün sonra lityum düzeyi 0.23 mmol/l, kreatinin düzeyi 2.2 mg/dl olarak ölçümlendi. Nefroloji hekimlerince kronik böbrek yetmezliği olarak kabul edilen olgu, Nefroloji servisine interne edildi.

SONUÇ: Kronik lityum tedavisi kullanımı sırasında enfeksiyon tablosunun gelişmesi toksikasyon gelişimine zemin hazırlar, toksikasyon tablosu oluştuğunda böbrek fonksiyonları takip edilmeli, uygun sıvı tedavisi ve erken hemodiyalizin önemi unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: lityum, enfeksiyon, hemodiyaliz

PS-0713 Toksikoloji

Alüminyum fosfit intoksikasyonu

Ali Karakuş, Mustafa Şahan, Güven Kuvandık
Mustafa Kemal Üniversitesi, Acil Tıp AD.-HATAY

GİRİŞ: Aluminyum fosfit yüksek insektisit gücü olan bir fumiganttır. Tablet veya granul formundadır. Sitokrom oksidaz enzimini inhibe ederek etki gösterir. Fosfin gazının inhalasyonu veya ağızdan alımı sonucu zehirlenme gelişir. Lökopeni ciddi toksisiteyi göstermektedir. Ölümcül doz 0,15-0,5 gr dır ve 3-5 tablet alımlarda dahi ölüm görülebilir. Aritmi ilk 24 saatteki ölümden sorumludur. Tedavi antidotu olmadığından tamamen destekleyici tedavidir.

OLGU: 25 yaş bayan hasta yaklaşık 5 saat önce siyah toz şeklinde fare zehiri içme nedeniyle acil servise getirildi. Hatanın genel durumu orta-kötü, şuuru konfüze idi. Fizik muayenesinde epigastrik hassasiyet dışında diğer sistem muayeneleri doğaldı. TA:100/60mmHg, Nabzı:100/dk,Ateş:37.5 C idi. İlk kan değerleri, EKG ve akciğer grafisi normaldi. Hasta acil servisde takibe alındı. 1000ml serum fizyolojik başlandı. Fosfin gazı oluşumunu azaltmak amacıyla oral bikarbonat başlandı. İlk troponin I değeri: 1,53 (0-0.06 ng/ml) idi. Yapılan ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %60 tespit edildi. Beyaz küre değerleri 11,053 (4-11 K/ml) normal aralıkta seyretti. Kontrol EKG ve EKO'sunda da anormallik saptanmadı. Yatışının 6.günü takiplerinde ve laboratuar değerleri normal olan hasta önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: Ölümcül olarak sonlanabilen son derece toksik etkili olan aluminyum fosfit zehirlenme olguları, antidotu olmaması nedeniyle semptomatik olarak yerinde ve zamanında müdahale sonucu şifa ile taburcu edilebilir.

ANAHTAR KELİMELER: Aluminyum fosfit, semptomatik tedavi

PS-0714 Toksikoloji

Metanol İntoksikasyonuna Bağlı Yaygın Beyaz Cevher İskemisi

Burçak Kantekin, Ali Duman, Ahmet Tunç Deniz, Kıvanç Karaman, Alev Peker Seçim
Adnan Menderes Üniversitesi,Acil Tıp Ana Bilim Dalı,Aydın

GİRİŞ: Metanol, etanole benzer tadı olan,renksiz,yanıcı,oda sıcaklığında sıvı halde bulunan toksik bir maddedir(1).Metanol oral,inhalasyonla ve dermal yolla çok az miktarda alımlarda dahil ciddi zehirlenmelere yol açabilir(2).Toksik doz 20-250ml olup beyin ve beyin sapı ödemi,putaminal nekroz gibi zehirlenme belirti ve bulguları en erken 12-24 saatte ortaya çıkar(3).Bu vakada MR görüntüleme yöntemiyle metil alkol intoksikasyonuna bağlı nadir görülen toksik ensefalopati-yaygın beyaz cevher hasarı saptanan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU: 55 yaşında alkolik erkek hasta dış merkezden metil alkol intoksikasyonu tanısı ile acil servisimize sevkedildi. Hastanın bilinci kapalı,glaskow koma skalası:3,entübe,kan basıncı 100/60 mm/hg,nabzı:85di.Sevk edildiği merkezde hastaya %5 dextroz,b vitamini ve sodyum bikarbonat yapıldığı öğrenildi. Hastanın ailesinden alınan hikayede; hastanın şizofreni tanısı olduğu,kronik alkolik olduğu ve kolonya ve cam sil(isopropil alkol) içtiği öğrenildi.Hasta acil yoğun bakım servisine yatırıldı. Hemodiyaliz kateteri takıldı. Hipotansiyonu olan hastaya norepinefrin infüzyonu başlandı. Fomepizol yüklemesi yapılıp idame tedavisine başlandı. Nefrolojiye konsülte edilerek 2 kez hemoperfüzyon ve hemodiyaliz yapıldı. Gelişinin 4. gününde ateş yüksekliği olan hastanın kan,idrar ve kateter kültürü alınarak enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile vankomisin başlandı.Gelişinin 8. gününde bilinci hala kapalı olan hastaya beyin tomografisi çekildi; BT sonucunun yaşla uyumsuz beyaz cevher hasarı olarak gelmesi üzerine beyin MR görüntülemesi yapıldı. Beyin MR sonucu; görüntülemesinde yaygın beyaz cevher iskemisi ve bilateral globus palliduslar düzeyinde hemoraji ile uyumlu alanlar (Resim 1-2) olarak geldi. Nörolojiye danışılan hastaya ek önerileri olmadı.Hasta gelişinin 17. gününde kardiyak arrest sonrası ex oldu.

SONUÇ: Metil alkol toksik metabolitleri olan formik asit ve formaldehite dönüşene kadar non-toksiktir.Klinik bulgulardan bu metabolitler ve özellikle formik asit sorumludur(4).Zehirlenme bulgu-belirtileri bulantı,kusmadan körlüğe ve metabolik asidoza bağlı respiratuar yetmezlik ve sonuçta komaya varan kötü bir seyirde görülebilir(5).Metanol zehirlenmesinde hastalarda beyin BT ve MR görüntülemesinde; globus pallidum ve putamende bilateral hemorajik nekroz,bilateral putaminal nekroz,bilateral bazal ganglion nekrozu,bilateral tegmental nekroz,bilateral serebral ödem,subkortikal beyaz ve gri madde nekrozu,optik sinir nekrozu,SAK,bilateral intraserebral ve intraventriküler kanamalar görülebilir(1).Bizim vakamızın beyin MR görüntülemesinde yaygın beyaz cevher iskemisi ve bilateral globus palliduslar düzeyinde hemoraji ile uyumlu alanlar vardı.Sonuç olarak metanol intoksikasyonu çeşitli beyin BT ve MR bulguları verebilmektedir,erken tanı,tedavi ve alınan miktar mortalite ve morbiditeyi etkilemektedir.

ANAHTAR KELİMELER: beyaz cevher iskemisi, metanol intoksikasyonu, putamende kanama

PS-0715 Toksikoloji

Sitalopram İntoksikasyonu

Özge Can, Koray Kadam, Sultan Tuna Akgöl Gür
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Sitalopram selektif serotonin reseptör inhibitörü (SSRI) türevi bir antidepresandır. Yan etki düzeyinin düşük olması ve az toksisitesinin az gözlenmesi nedeniyle depresyon tedavisinde sık tercih edilir.Güvenli ilaçlar olarak bilinen SSRI türevlerinin toksisk dozda alımları ile ölümler bildirilmiştir.

Sitalopram ile suisidal girişim sonucu acil servise başvuran ve hayatı tehtid edici yan etkiler gözlemlen olgumuzu aktararak SSRI alımında toksik etkilere dikkat çekmeyi hedefledik.

OLGU: 17 yaşında kadın hasta 25 adet sitalopram alımı ile acil servise getirildi. Vitalleri değerlendirilirken nöbet geçiren hastanın nöbet spontan durdu. KŞ: 150mg/dl TA: 140/80mmHg KN: 145/dk Ateş: 380C SS: 12 Sat O2: %98 saptandı. EKG de sinus taşikardisi olan hastanın PR ve QT mesafeleri normaldi. AKG'da laktik asidoz mevcuttu. İv hidrasyon ve periferik soğutma başlandı. İzlem amaçlı yoğun bakıma yatışı yapıldı.

TARTIŞMA: Sitalopram serotoninin beyinde presinaptik aralıkta geri alımını inhibe eder. Noradrenalin ve dopamin geri alımına etkisi zayıftır (1). Bu etkisi ile yan etki düzeyi düşük ve toksisite açısından geniş terapatik aralığa sahiptir(1,2). Güvenilir oldukları düşünüldüğünden depresyon tedavisinde kullanımı yaygındır (2). Genel yan etkileri ağız kuruluğu, bulantı, halsizlik, somnolans ve gastrointestinal problemlerdir (1,2). Literatürde ölümler nadir olarak bildirilmektedir (1). Toksik doz net belirlenememiştir. 600 mg altı alımlarda hafif yan etkiler, üzeri alımlarda nöbet ve EKG değişiklikleri saptanmıştır. 1900 mg üzeri alımlarda yaşamı tehtid eden yan etkiler (konvulsiyon, rabdomiyoliz, toksik serotonin sendromu) görülmüştür (1).

2007 yılında yayınlanan hastane öncesi yönetim guideline ile hafif etkilenimi olan hastaların acil serviste, asemptomatik terapötik dozun (sitalopram için 100 mg) 5 katı alımlarda evde izlemi semptom oluşması halinde başvuru önerilmiştir (3).

Tedavide ilk seçenek gsatrik dekontaminasyon ve aktif kömür verilmesidir (1,2). Bilinci kapalı veya postiktal hastalarda aktik kömür uygulaması tartışmalıdır (3). Hastamız alımdan 2 saat sonra başvuru ve postiktal olması nedeniyle gastrik dekontaminasyon ve aktif kömür uygulaması yapılmamıştır.

Nöbet tedavisi için benzodiazepin, hipertermi için periferik soğutma önerilmektedir (1,2).

SONUÇ: Acil servise başvuran ve genellikle asemptomatik veya hafif semptomu olan SSRI intoksikasyonların yanı sıra ciddi etkilenim görülebileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: SSRI, İntoksikasyon, Sitalopram

PS-0716 Toksikoloji

Karbonmonoksit zehirlenmelerinde kan copeptin düzeyi

Seda Özkan[1], Polat Durukan[2], Emre Bülbül[2], Ömer Salt[3], Ali Duman[4], Cemil Kavalcı[5]
[1]*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara*
[2]*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Kayseri*
[3]*Yozgat Devlet Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Yozgat*
[4]*Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Aydın*
[5]*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara*

GİRİŞ-AMAÇ: Çalışmamızın amacı; karbonmonoksit zehirlenmesi ile acil servise başvuran hastalarda kan copeptin düzeyinde değişiklik olup olmadığını ve kan copeptin ile COHb ve laktat

POSTER BİLDİRİLER

düzeyleri arasındaki ilişkiyi göstermektir.

HASTA-YÖNTEM: Çalışmaya karbonmonoksit zehirlenmesi ile gelen 16 yaş üstü 57 hasta alındı. Hastalardan acile gelişlerinde, 6. ve 12. saatlerinde kan copeptin, laktat, COHb düzeyleri için kan örnekleri alındı. Çalışmanın verileri SPSS-17 istatistik programı kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Karbonmonoksit zehirlenmesi ile acil servise başvuran hastaların yaş ortalaması 37.2±16.1 ve %57.9'u kadındı. Hastaların %89.5'inde semptom mevcuttu ve en sık görülen semptom %73.7 ile baş ağrısı idi. Hastaların %96.5'i maruziyet kaynağı olarak kömürlü sobayı bildirmişlerdir. Hastaların acil servise başvuru anındaki Copeptin değerleri normal sağlıklı kişilerden alınan copeptin değerleri ile karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Ancak hastaların 6. ve 12. saatlerinde bakılan copeptin değerleri ile sağlıklı kişilerin copeptin değerleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Copeptinin 0 ile 6. ve 0 ile 12. saat değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p<0.05$). Copeptinin 6 ile 12. saat değerleri arasında ise anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Kan laktat değerlerinin zamanlar arası ikili karşılaştırmalarında; 0 ile 6. saat, 0 ile 12. saat ve 6 ile 12. saatleri arasında da anlamlı fark mevcuttu ($p<0.05$). Kan COHb değerlerinin zamanlar arası ikili karşılaştırmalarında; 0 ile 6. saat, 0 ile 12. saat ve 6 ile 12. saatleri arasında da anlamlı fark mevcuttu ($p<0.05$). Copeptin, COHB ve laktat düzeyleri arasında da pozitif yönde korelasyon mevcuttu.

SONUÇ: Karbonmonoksit zehirlenmelerinde kan copeptin düzeyleri yükselmekte ve tedavi ile normal seviyelere gerilemektedir. Kan copeptin düzeyi COHb ve laktat düzeyleri ile de korelasyon göstermektedir. Sonuç olarak; kan copeptin düzeyinin karbonmonoksit zehirlenmelerinin şiddet ve prognozunda kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: Karbonmonoksit, zehirlenme, copeptin

PS-0717 Toksikoloji

Sesamin Toksik Etkisi mi ? Anafalktik Şok mu?

Mustafa Yılmaz, Mehtap Gürger, Metin Ateşçelik, Mustafa Yildiz
Department of Emergency Medicine, Firat University, School of Medicine, Elazig, TURKEY

GİRİŞ: Hipotansiyon acil serviste sıklıkla karşılaştığımız ve hayati tehlike oluşturan acil bir durumdur. Hem tedavisine hızlıca başlanmalı hem de ayırıcı tanısı hızla yapılarak tedavinin hastalığa spesifik olarak devam etmesi sağlanmalıdır. Bu yazımızda acil servise başvuran ve hipotansiyonu olan hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: Yetmiş dört yaşında kadın hasta acil servise 112 ambulansı ile hipotansiyon nedeniyle getirildi. Hastanın tıbbi öyküsünde 10 yıldır Ülseratif Kolit, HT, DM ve Guatr olduğu ve Prednol 16 mg/gün, Propranolol hidroklorür, propiltiourasil, İnsülin ve lansoprazol kulladığı öğrenildi. Prednolü son 4 gündür 16 mg/gün olarak kulladığını belirtti. Hasta hakkında, yakının verdiği bilgiye göre sabah saatlerinde hastanın kan şekerine stick ile 100 olarak ölçülmüş. 1 saat sonra hasta bir çorba kaşığı kadar kavrulmuş susam yedikten sonra hastada titreme, terleme, çarpıntı şikayeti olmuş. Bunun üzerine yakını kan şekerini ve tansiyonunu ölçmüş ve kan şekerinin 400/mg, TA ise 40/20 (elektronik tansiyon aleti ile)olduğunu görmesi üzerine ambulans ile hastanın acil servisimize naklini sağlamış. Fiziki muayenesinde genel durumu, iyi şuuru açık, GKS:15 olan hastanın TA:80/40 mmHG, Nabız:64/dk, Solunum Sayısı:22 /dk Ateş: 36 oC, Oksijen saturasyonu %90 olduğu tespit edildi. EKG de Normal sinüs ritmi + Sol Dal bloğu mevcuttu. Epigastrik bölgede hafif karın ağrısı olması haricinde bulgu saptanmadı. Ürtikeryal plak, kızarıklık gözlenmeyen hastanın kaşıntısının da olmadığı öğrenildi. Acil serviste hipotansiyonu için %0,9 NaCl infüzyonu başlandı. Daha öncesinde steroid kullanımının olması nedeniyle olası steroid yoksunluğunun oluşmaması ve öykünün ve mevcut bulguların anaflaksi ile uygun olabileceği düşünülerek 80 mg steroid verildi. Yaklaşık olarak 1500 cc mayi sonrasında TA:90/60 olarak ölçüldü ve hasta takip amacıyla yatırıldı. Kardiyak olarak enzim ve EKG takibi yapıldı. Herhangi bir EKG değişikliği veya troponin yükselmesi veya Hemoglobin de düşme olmadı. 24 saat takip sonrasında taburcu edildi.

SONUÇ:Öncelikle oral olarak susam alındıktan hemen sonra hipotansiyon gelişmesi bizde bir anaklaktik şok tablosunu düşündürmüştür. Dudaklarında, göz kapağında şişme, solunum sıkıntısı, her hangi bir vücut bölgesinde kaşıntı olmayan hastada yalnızca hipotansiyon olması bu olasılıktan uzaklaştırma eğiliminde olsa da hipotansiyon tek başına anaflaktik şok bulgusu olabileceğini bildiren yayınların olması nedeniyle, analaktik şok tanısı tam olarak dışlanamamıştır. İkinci bir olasılık olarak hastanın almış olduğu susam içerisinde bulunan Sesamin ve Sesamolin olarak adlandıran yağ içeriğinden kaynaklandığı düşüncesidir. Yapılan hayvan deneylerinde bu yağların hipertansiyon gelişmesini engelleyici etkisinin olduğunu bildirmişlerdir. Hastanın IgE düzeyinin ve Sesamin ve Sesamolin yağ seviyesinin tespit edilememiş olması vakanın etyolojisini araştırmada ve açıklamada kısıtlılığa neden olmuştur.

ANAHTAR KELİMELER: allerji, hipotansiyon, sesamin

PS-0718 Toksikoloji

Metotreksat Overdoz

İlhan Uz, Enver Özçete, Meltem Songür Kodik, Murat Ersel, Funda Karbek Akarca, Selahattin Kıyan
Ege Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Metotreksat (MTX), çeşitli malignite ve kronik inflamatuvar hastalıkların tedavisinde kullanılan antiproliferatif bir folik asit antagonistidir. Özellikle malign hastalıkların tedavisinde yüksek dozda kullanılan MTX, romatoid artrit (RA) gibi inflamatuvar hastalıkların tedavisinde ise düşük dozlarda kullanılmaktadır. MTX tedavisi alan RA'lı hastalarda lökopeni, trombositopeni, megaloblastik anemi ve pansitopeniyi içeren hematolojik toksisite prevalansı % 1-3 arasında değişmektedir.

OLGU: 75 yaşında bayan hasta, bilinen HT, HLP, RA tanıları ve metaprolol, MTX kullanım öyküsü mevcut. Acil servise bulantı, kusma ve ishal şikayeti ile geldi. FM'de ağız içinde görülen yaralar haricinde anlamlı patolojik bulgusu olmayan hastanın yapılan tetkiklerinde pansitopeni saptandı. Haftalık alması gereken MTX dozunu günlük aldığı öğrenildi. MTX: 1.35 saptandı(normali: 0,01 µmol/L'un altı). Periferik yayması hemogram ile uyumlu saptandı. İnsan granülosit koloni-uyarıcı faktörü, folik asit agonisti ve aferez trombosit replasman tedavileri başlanarak MTX alımı durdurulan hastanın MTX değerleri gerilemesi üzerine pansitopeni kliniği düzeldi. Tablo 1 ve Tablo 2 de 1. ve 5.güne ait kan sonuçları görülmektedir.

TARTIŞMA: MTX, çok yüksek selektivitesi olan bir dihidrofolat redüktaz enzim inhibitörüdür ve bu nedenle DNA ve timidilat sentezi üretimini azaltarak hızlı çoğalma özelliği olan dokulardan özellikle oral mukoza, gastrointestinal sistem ve kemik iliğini etkiler. RA hastalığında progresyonu önlemek için, öncelikle tercih edilir. MTX intoksikasyonlarında tedavi seçenekleri arasında hemofiltrasyon, folinik asit ve sodyum bikarbonat sayılabilir. MTX'a bağlı gelişen pansitopeni durumunda, tedavi seçenekleri arasında granülosit koloni stimüle edici faktör(G-CSF) kullanımı yer almaktadır. Ancak, MTX kullanan ve pansitopeni gelişen hastalarda kemik iliği biyopsisi yapıldıktan ve sekonder bir maligniteye bağlı pansitopeni ekarte edildikten sonra G-CSF başlanmalıdır. MTX ile ilişkili pansitopeni mevcutsa, G-CSF ile 3 günden sonra bile yanıt almak mümkündür. Ancak olgumuzda PY'da da malignite düşünülmediğinden, kemik iliği supresyonu ani başlangıçlı ve primer MTX`a bağlı olduğu düşünüldü. Dahiliye kliniğine yatırılan hastanın, G-CSF tedavisinin beşinci gününde lökopeni kliniği düzeldi.

Sonuç olarak; RA tedavisinde uzun süreli MTX kullanımı etkili ve güvenli olabilir. Ancak nadiren, pansitopeni ile kemik iliği baskılanması, mukoza dokularında inflamasyon, nekrotik değişiklikler, hepatik siroz, akciğer fibrozu ve böbrek fonksiyon bozuklukları gibi şiddetli yan etkilere neden olabilmektedir. MTX genellikle iyi tolere edilirse de beklenmeyen ve hayatı tehdit edebilecek intoksikasyona neden olabilir. Şiddetli bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal veya oral ülserler ile gelen ve tetkiklerinde pansitopeni saptanan hastalarda, düzenli kullandığı ilaç olsa bile MTX intoksikasyonu akla gelmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Metotreksat,overdoz, pansitopeni

PS-0719 Toksikoloji

Mestinon intoksikasyonu: Olgu sunumu

Fulya Yılmaz Duran[1], Özgür Duran[2], Gökhan Yılmaz[2], Gizem Demir Şenoğlu[1], Ozan Demir[2], Vermi Değerli[2], İsmet Parlak[2]
[1]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir*
[2]*Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir*

GİRİŞ: Myastenia gravis (MG) postsinaptik asetil kolin reseptörlerini etkileyen kronik ve otoimmun bir nöromuskuler sistem hastaldr. Nöromuskuler kavşakta asetilkolin reseptör sayısı ve tekrarlayan stimuluslara asetilkolin salınım cevabı azalmıştır. Klinik bulgular; istemli kaslarla, bulbar, okuler kaslarda güçsüzlük ve çabuk yorulmadır. Hastaların % 85'inde yaygın kas güçsüzlüğü vardır ve bu durum solunum yetersizliği ile sonuçlanabilir. Tedavide antikolinesterazlar, kortikosteroidler, immunsüpressif ajanlar kullanılmakta, plazmaferez ve timektomi uygulanmaktadır. Bu olgu sunumunda Myastenia Graves nedeniyle tedavi almakta olan hastanın, kendi ilacıyla suisid girişimi sunulmaktadır.

OLGU: 79 yaşında bayan hasta, kafa travması ve burun kanaması nedeniyle acil servise getiriliyor. Özgeçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon ve myastenia graves tanılarıyla takip edildiği, acil servise gelmeden suisid amaçlı kullanmakta olduğu pridostigminden (Mestinon 40 mg tb)60 adet aldığı, sonrasında da düşerek kafa travması hikayesi olduğu öğreniliyor. Bilinç açık,

koopere olan hasta, aşırı epistakisisinden dolayı acil serviste entübe ediliyor. Yapılan tetkiklerinde nazal fraktür tesbit edilen olguya, anterior tampon yerleştirilerek, buruna nazal atel uygulanıyor. Kanaması kontrol altına alınan olgu, ekstübe ediliyor. Yakın takip ve izlem amacıyla yoğun bakım ünitesine alındı. Bilinç açık kooopere. TA: 140/90 mmHg, nabız: 80/dk. Fizik muayene ve laboratuar tetkikleri normal seyreden olgu, 2 gün yoğun bakımda izlendikten sonra sorunsuz olarak KBB servisine devredildi. Yoğun bakımda izlemi sırasında Nöroloji doktorları tarafından konsülte edilen olgunun, Myastenia Graves nedeniyle kullanmakta olduğu idame tedavisi Mestinon 40 mg tb 2*1 PO başlandı.

SONUÇ: Mestinon ve diğer kolinesteraz inhibitörlerinin aşırı dozu sonucu kolinerjik kriz ortaya çıkabilir. Bu kriz, diğer belirtilerinin (bulantı, kusma, solukluk, terleme, diare, halsizlik) yanı sıra başlıca ileri bir kas güçsüzlüğü (yada miyasteniklerde güçsüzlüğün artması) şeklinde kendini belli eder. Bu durum ayırdedilemediği takdirde yaşamı tehdit edecek düzeyde müsküler solunum durması gelişebilir. Bradikardi, yada paradoksal olarak taşikardi, eşlik eden bulgular olabilir. Bu durumda Mestinon yada diğer kolinerjikler derhal kesilir ve 1-2 mg atropin sülfat yavaş olarak i.v. verilir. Nabız hızı cevabına göre bu doz 2-4 saatlik aralarla tekrarlanabilir. Kronik hastalığı olan hastalarda kendi ilaçlarıyla oluşabilecek intoksikasyonlar ve suisidler açısından dikkatli olmalıyız.

ANAHTAR KELİMELER: pridostigmin, epistaksis, intoksikasyon

PS-0720 Toksikoloji

Bradikardi ile Sonuçlanan Oral Bonzai Alımı

Mehmet Ünaldı[1], Saltuk Cabıoğlu[1], Birdal Yıldırım[2], Hatice Eryiğit Ünaldı[3]

[1]*Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğt ve Arş Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul*

[2]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Muğla Eğt ve Arş Hastanesi Acil Tıp Kliniği,Muğla*

[3]*Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğt ve Arş Hastanesi Göğüs Cerahisi Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ VE AMAÇ: Sentetik Kannabinoid (Bonzai) olarak adlandırılan yeni nesil uyarıcı madde uluslararası polisiye literatürde ''spice '' olarak tanımlanmaktadır.Ülkemizde hızla kullanımı artan bu madde bir toplumsal sorun olarak ilk sıralarda yer almaya başlamıştır.Bu olguda genellikle inhalasyon yoluyla alınan Bonzai'nin polisden saklama amaçlı nadiren gördüğümüz oral alınmasını sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU: 15 yaşındaki erkek hasta Bonzai oral alımı nedeniyle acil servise yönlendirilmişti. Genel durum orta, oryantasyon ve kooperasyon azalmıştı. Vital bulgulardan Ateş;36.8, Nabız:60/dk Tansiyon: 90/40 mm-Hg, Saturasyon:%98 idi. Hemogram ve biokimya değerleri normal değerlendirilen hastanın takibinin 5. Saatinde bradikardi (Nabız:40/dk) gelişti. Atropin uygulanan hasta tedaviye iyi yanıt verdi ve genel durumunun düzelmesi sonucunda acil servisden taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sentetik Kannabinoidler esrarın (marihuana) etkin maddesi olan Tetrahidrokannabinol(THC) ye benzer etkileri olması nedeniyle kuru otlara emdirilmek suretiyle esrar görünümü kazandırmaktadır. En sık fizyolojik etkisi konjoktival hiperemi ve hafif taşikardidir. Kullanım şekli sıklıkla sigara (''joints'') şeklinde sarılarak içilmesidir. Güvenlik güçlerinin imhası sırasında oral alıma bağlı intoksikasyon bulgularıda gelişebilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Bonzai, Bradikardi, Oral alım

PS-0721 Toksikoloji

Ketiapin overdozuna bağlı epileptik nöbet

Gizem Altınsoy, Meltem Songür Kodik, Enver Özçete, İlhan Uz, Yusuf Ali Altuncı, Selahattin Kıyan
Ege Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Yeni kuşak benzodiyazepin grubu antipsikotiklerden olan ketiapin günümüzde birçok psikiyatrik hastalıkta kullanılmaktadır. Buna rağman literaturde yüksek doz ketiapin alımıyla ilgili detaylı bilgiye seyrek olarak rastlanmaktadır. Ketiapinin tedavide kullanıldığı hasta gruplarının tanıları yüksek doz ilaç alımı ile intihar girişiminin sık gözlendiği psikiyatrik durumlardır.

OLGU: 44 yaşında kadın hasta acil servise yakınları tarafından suisidal amaçlı belirlenemeyen miktarda ketiapin 100mg tablet alımı sonrası bilinç değişikliği sebebiyle getirildi. Hastanın geçmiş tıbbi öyküsünde depresyon ve alkol bağımlılığı tanıları mevcut olup, daha önce 3 kez benzer şekilde suisidal girişimleri olmuş. Hasta en son hastaneye getirilişinden 7 saat önce normal olarak görülmüş. Yakınları hastayı bilinci kapalı ve yanında boş ketiapin kutusuyla bulmuş.

Hastanın ilk vital parametreleri; TA: 113/ 68 mmHg, nabız:138/dk, SS:20, Sat02: %94. Genel durumu orta- kötü, bilinci kapalı, GKS: E2 M4 V2. Diğer sistem muayeneleri olağan olup, EKG: sinus taşikardisi kalp hızı: 140 /dk, QTc: 408 ms. Arteriyal kan gazında solunumsal alkalozu mevcut idi. Hastanın ilaç alım miktarı, üzerinden ne kadar zaman geçtiğinin bilinmemesi ve aspirasyon riskinin olması sebebiyle gastrik lavaj yapılmadı. Laboratuvar bulgularında patolojik bir değer saptanmadı. Hasta gelişinden 30 dk sonra jeneralize tonik-klonik(JTK) nöbet geçirmeye başladı. Hasta 3 gün acil servisimizde takip edilmiş olup bu esnada 2 kez daha JTK nöbet gözlendi, diyazepam ile kontrol altına alındı. Hastanın 3. Günde bilinci tamamen düzeldi. Vital parametreleri stabil hale gelen hasta psikiyatri ile konsulte edildi. Ancak hasta yatışı kabul etmedi. Suisid anlaşması yapılarak taburcu edildi.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Atipik antipsikotikler grubunda bulunan ketiapin, dibenzodiyazepin sınıfı içinde yer almaktadır. Giderek artan sıklıkta reçetelenmekte olan bu ilaç depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni ve uyku bozukluğu tedavisinde kullanılmaktadır. İlaç ruhsat aldığından beri literaturde toksisitesiyle ilgili birkaç olgu sunumu yazılmış olup, bildirilen olgularda ilacın en sık yan etkileri taşikardi, QTc uzaması, somnolans, ve hipoglisemidi. Yayınlanan vakaların az bir kısmında konvulsiyon görülmüştür. Ketiapin antipsikotik etkinliğini dopamin (D2) ve seretonin(5HT2a) reseptörlerinin inhibisyonu ile sağlamaktadır. Ketiapin birçok nörotransmitter reseptöre afinite gösterir. Yüksek doz alımlarda görülen etkilerden: somnolans ve sedasyon histamin (H1) reseptör antagonizmasından, hipotansiyon ve ortostatik disregulasyon alfa 1 adrenerjik reseptör antagonizmasından kaynaklanmaktadır. Ketiapin aynı zamanda muskarinik (M1) reseptörleri antagonize ederek antikolinerjik etkiyle taşikardi yapar.

Acil serviste rastlanılan bu vakada taşikardi, hipotansiyon, koma gibi yüksek doz ketiapin alımında sık rastalanan yan etkilerin yanı sıra daha seyrek bir klinik tablo olan epileptik nöbetler gözlemlenmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: ketiapin, suisid, epileptik nöbet

PS-0722 Toksikoloji

Akut İzoniazid İntoksikasyonu

Adem Melekoğlu, Uğur Kahveci, Seda Özkan
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Ankara

GİRİŞ: İntihar amacıyla izoniazid alımı nadir görülen bir durumdur. Aşırı doz izoniazid alımlarında tekrarlayan myoklonik jerkler, konvülziyon, yüksek anyon-gap açıklı metabolik asidoz, rabdomiyoliz ve koma gibi klinik durumlar görülebilmektedir. Bu olguda yüksek doz izoniazid alımı sonrası gelişen bulantı kusma, myoklonik jerkleri ve rabdomiyolizi olan bir akut izoniazid zehirlenmesi sunduk.

OLGU: 18 yaşında bayan, intihar amacıyla sabaha karşı babasının tüberküloz tedavisi için kullandığı 250 mg'lık izoniazidten 30 tablet almış. Alımdan kısa bir süre sonra bulantı kusması olmuş. Dört defa kusan hastanın evde yaygın kasılmaları olmuş. Bunun üzerine acile getirilen hastanın bilinci açık koopere, oryante, GKS 15, kan basıncı 120/80, nabız 92/dk, pupiller izokorik ve ışık refleksi iki taraflı normal, ara ara olan şıçrayıcı tarzda kasılmaları mevcuttu. Derin tendon refleksi ve plantar refleksi normaldi. Hastanın solunum şekli spontan ve düzenliydi.

İlaç aldıktan bir saat sonra acile gelen hastaya damar yolu açıldı, gastrik lavaj yapıldı, ara ara olan sıçrayıcı tarzda kasılmaları için 5 mg diazepam damar yolundan uygulandı. Piridoksinin tek başına intravenöz ya da oral formu olmadığı için hastaya kompleks B(B1,B2,B3,B5,B6,B12) vitamin infüzyonu başlandı. Rutin laboratuar testleri gönderildi. Lökosit sayısı 16.000/ml kan laktat düzeyi 2.37 iken kan glikoz düzeyi, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, koagülasyon testleri, serum elektrolit düzeyi ve idrar analizi normaldi.

Hastaya iki saat boyunca B vitamin kompleks içinde 2.5 gram piridoksin infüzyonu yapıldı. B vitamin kompleks infüzyonu sırasında herhangi bir alerjik reaksiyon saptanmadı. Aynı gün jerkleri kayboldu. Hastanın acil servise gelişinin ikinci gününde rutin laboratuar testlerinde herhangi yeni bir anormal sonuç saptanmadı. Lökosit ve laktat düzeyi gerilemeye başladı. Vitalleri normal sınırlardaydı. Hastanın 3. gün kreatin fosfokinaz (6846 U/L), AST(96 U/L) ve ALT(26 U/L) düzeyleri yükselmeye başladı. Hastaya 250 cc/h SF infüzyonu başlandı. Beşinci günde bu düzeyler pik değerlere ulaştı (CK:9316 U/L, AST: 141 U/L, ALT: 46 U/L). Tedaviye devam edilen hastanın laboratuar değerleri 6. günden itibaren düzelmeye başladı ve hasta taburcu edildi. Hastanın taburcu sonrası kontrol koagülasyon, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinde anormallik saptanmadı.

POSTER BİLDİRİLER

SONUÇ: Tüberküloz tedavisinde ve profilaksisinde yaygın kullanılan izoniazid intoksikasyonu nadir görülen bir durumdur. Toksik dozlarda alımında bulantı kusma, myoklonik kasılmalar, nöbet, yüksek anyon açıklı metabolik asidoz, rabdomiyoliz ve nadiren ölümle sonuçlanan klinik tablolar görülmektedir. İzoniazid zehirlenmelerinin tedavisi; alınan izoniazid dozuna eşit dozda piridoksin verilmesidir. Uygun tedavi sonrasında hastaların klinik ve metabolik bozuklukları düzeltilebilmektir.

ANAHTAR KELİMELER: İzoniazid, intoksikasyon, piridoksin

PS-0723 Toksikoloji

İlaç Zehirlenmesi ile Acil Servise Başvuran Vakaların Demografik İncelenmesi

Harika Ödemiş[1], Umut Yücel Çavuş[2], Sinan Yıldırım[3], Seda Özkan[2]

[1] *Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Acil Servis, Kahramanmaraş*

[2] *Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara*

[3] *Çanakkale Devlet Hastanesi, Acil Servis, Çanakkale*

GİRİŞ-AMAÇ: İlaç zehirlenmeleri acil servis başvuruları arasında önemli bir başlığı oluşturmaktadır. Çalışmamızın amacı, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine 2011 yılı boyunca ilaç zehirlenmesi şikayetiyle başvuran 18 yaş üstü vakaların demografik ve klinik özelliklerinin tanımlanmasıdır.

YÖNTEM: Çalışmaya, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği'ne 2011 yılı boyunca ilaç zehirlenmesi şikayetiyle başvuran 18 yaş üstü vakaların dosyaları taranarak tespit edilen 552 hasta dahil edildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 552 zehirlenme vakası, yıl boyu gerçekleşen acil servis başvurularının % 0.2'sini teşkil etmektedir. Vakaların % 69.6'sı kadın, grup genelinde ortanca yaş 28 (interkartil aralık [24]: 23 – 25) yıl olarak saptanmıştır. Kadınlarda ortanca yaş 26.5 (İKA: 22 – 33) iken, erkeklerde 31 (İKA: 24 – 39) yaştır. Vakaların yıl boyunca en sık başvurduğu ay Ocak, en seyrek ise Temmuz ve Ağustos ayları olmuştur. Gün içi başvuru dağılımları incelendiğinde ise vakaların %35.7'sinin saat 20:00 ila 24:00 arasında başvurduğu görülmüş, bu saat diliminde bir plato izlenmiştir. Vakaların %65.4'ü ilaç alımını takiben iki saat içinde hastaneye başvurmuş, %71.9'unda tek çeşit ilaç alma öyküsü mevcutken %28.1'i birden fazla çeşit ilaç aldığını ifade etmiştir. Erken ve geç başvuran hastalar ile bir veya daha fazla çeşit ilaç alan vakaların laboratuvar değerleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Vakaların %76.6'sı aldığı toksik ajanı tanımlayamamış, tanımlanan ilaçlar arasında en sık bildirilenler ise analjezikler (%11.6), antidepresanlar (%3.99) ve antibiyotikler (%3.44) olmuştur. İlaç zehirlenmesi vakalarınıın %69.6'sı 24 saat içinde acil servisten taburcu edilirken %30.2'si takip için servise yatırılmış ve haliyle taburcu edilmiştir. Yalnızca bir vaka yoğun bakım ünitesine alınmış, böcek ilacı içme ifadesiyle bilinci kapalı getirilen bu vaka çalışma grubundaki mortal seyreden tek vaka olmuştur (%0.2).

SONUÇ: Çalışmamızda saptanan demografik özellikler Türkiye'deki çeşitli sağlık kurumlarından bildirilen sonuçlarla ve literatürle uyumludur. İleriye dönük planlanacak çalışmalarla, bilgilerin hasta başında toplanması, hasta özelliklerinin daha iyi kaydedilmesi ile ortaya konacak sonuçlar, toksikoloji olgularına acil tıbbi yaklaşıma yön verecektir.

ANAHTAR KELİMELER: Zehirlenme, ilaç zehirlenmeleri, toksikoloji

PS-0724 Toksikoloji

Deliryumda nadir bir neden;DATURA STRAMONİUM

Sevgi Zeybek, Egemen Küçük, Yusuf Yürümez, Murat Yücel
Sakarya Üniversitesi Acil Tıp Kliniği,Sakarya

GİRİŞ: Deliryum pek çok sistemik hastalık ve metabolizma bozukluğunun yanı sıra çeşitli ilaçlar ya da maddelerin toksik etkileri sonucu olarak da ortaya çıkabilir. Toplum içerisinde şifa amacıyla kullanılan çeşitli yabani otlar ve maddeler acil servislerde deliryum tablosu ile karşımıza çıkabilir.

OLGU: Yetmiş bir yaşında kadın hasta yakınları tarafından acil servisimize, yaklaşık bir saattir devam eden genel durum bozukluğu ve anlamsız hareketler ve konuşma şikayeti ile getirildi. Daha öncesinde hipertansiyon nedeniyle diüretik bir ajan kullanım öyküsü olan hastanın ek bir hastalık veya operasyon öyküsü yoktu. Hastanın ajite, saldırgan olduğu, anlamsız sözler söylediği ve yer zaman oryantasyonunun olmadığı anlaşıldı. Genel sistemik muayenesi normal olan hastanın Kan Şekeri 95 mg/dl, Arteryel Tansiyonu: 120/80mmHg, Nabzı:140/dakika, Ateşi: 36.7, Arteryel Oksijen Saturasyonu ise 99 olarak tespit edildi. Damar yolu açılarak serum fizyolojik infüzyonuna başlanan hastanın çekilen elektrokardiyografisinde herhangi bir anormalliğe rastlanmadı. Kalbin aksı normal, hızı 150/dakika olarak belirlendi, ST segment elevasyonu yada depresyonu yoktu. Hastadan hemogram, biyokimya, kardiyak enzim, troid fonksiyonları ve PT, INR ölçümleri için venöz, kan gazı ölçümü için de arteryel kan örnekleri alındı. Hastadan beyin tomografisi istendi ancak ajitasyonu nedeniyle çekilemedi, istenen laboratuar ölçümlerinde ise anormal bir bulguya rastlanmadı. Hasta takibe alınarak Nöroloji ve Genel Dahiliye kliniklerinden konsültasyon istendi. Hastanın klinik tablosu takibinin yaklaşık ikinci saatinde dramatik olarak düzeldi. Kendisine ne olduğunu hatırlamadığını ifade etti, hastanın tekrarlayan muayenesinde anormal bir bulguya rastlanmadı. Beyin tomografisi çekildiğinde anormal bir bulguya rastlanmadı. Hastanın kendisinden alınan ayrıntılı anamnezde hastaneye getirilmeden yaklaşık iki saat önce halk arasında "dikenli elma" olarak bilinen bir bitkinin meyvelerini, eklem ağrılarını iyileştirmek amacıyla, kaynatarak içtiği ve daha sonrasında hiçbir şey hatırlamadığını ifade etti. Hastanın gözlem amacıyla Genel Dahiliye kliniğine yatışı yapıldı.

SONUÇ: Halk arasındaк к"dikenli elma" olarak bilinen Datura Stramonium bitkisi zaman zaman şifa amaçlı olarak kullanılmaktadır. Bu bitki tehlikeli düzeylerde antikolinerjik ajanlar olarak bilinen atropin, hyosyamin ve skopalamin maddelerini içermektedir. Bu içeriklerin düzeyi bitkiden bitkiye değişmekle beraber, kullanıma bağlı ölüm vakaları literatürde bildirilmiştir.Deliryum tablosu ile acil servislere başvuran hastalarda şifa amacıyla kullanılan Datura Stramonium gibi çeşitli bitkilere bağlı zehirlenmelerde akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Datura stramonium, zehirlenme,deliryum,acil servis

PS-0725 Toksikoloji

Ksilazin intoksikasyonu

Atıf BAYRAMOĞLU, Murat Saritemur, Abdullah Osman Koçak, Mevlana Ömeroğlu
Department of Emergency, Ataturk University, Erzurum, Turkey

Ksilazin sedatif, analjezik ve myorelaksan bir ilaçtır. Bir Alfa2-adrenarjik reseptör agonistidir, santral presinaptik alfa2- adrenerjik reseptörlere inhibe ederek sinir sonundan noradrenalin ve dopamin salımını azaltır ve bu da sedasyon, kas gevşemesi ve ağrı eşiğini yükseltmesine neden olur. Ksilazin insanlarda araştırılmıştır ancak belirgin hipotansiyon yaptığı için kullanım alanı veterinerlik ile sınırlı kalmıştır. Terapötik indeksi dardır, terapötik dozun iki yada üç katı hayvanlarda ölüme yol açabilir. İnsanlarda, bradikardi, hipotansiyon, hiperglisemi, apne ve koma oluşturur. Son yıllarda keyif verici madde olarak kullanıma başlamıştır. biz bu vaka ile veteriner hekim tarafından 1 flakon(500 mg) ksilozin İV yolla suisidal amaçlı kendine enjekte eden hastayı sunmayı amaçladık.

VAKA: Yirmi dört yaşında erkek veteriner hekim, acil servisimize suisid amaçlı kendisine IV yolla 1 flokan ksilozin(500 mg) enjekte etmesi nedeni ile getirildi. Yapılan muayenesinde bilinç kapalı GKS=3(E1M1V1) tansiyon alınamıyor, nabız: 122/dk spO2: %80 idi. Muayene sırasında arrest gelişen hasta derhal entübe edilip CPR başlandı yapılan 90 dakikalık CPR sonrası sponton solunumu ve kalp tepe atımı olmayan hasta ex olarak kabul edildi.

SONUÇ: ksilozin ile suisid çok nadir görülen bir durumdur. 2014 yılında yayınlanan ksilozin intoksikasyonlarını içeren bir derlemede suisid amaçlı kullanan 5 vaka bildirilmiştir. Biz bu vaka ile bu nadir görülen durumu sunmayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELER: ksilozin, zehirlenme

PS-0726 Toksikoloji

Mantar intoksikasyonunda silibinin kullanımı

Hilmi Akdağ[1], Metin Özdemir[2], Selim İnan[2], Funda Ovalı[2], Bedriye Müge Sönmez[2], Emine Merve Akdağ[3]

[1] *Department of Anesthesiology and Reanimation,Yıldırım Beyazıt University, Ankara, Turkey*

[2] *Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Research and Training Hospital, Ankara, Turkey*

[3] *Department of Psychiatry, Ankara Numune Research and Training Hospital, Ankara, Turkey*

Amanita phalloides ölümcül mantar zehirlenmelerinin %90'nını oluşturur ve ülkemizde son yıllarda giderek artan sıklıkta görülmektedir. Amanita phalloides cinsi mantarlar amatoksin ve falloidin olmak üzere iki farklı toksin üretirler. Falloidin gastrointestinal semptomlara neden olurken amatoksinler esas morbidite ve mortalite sebebi olan hepatik, renal ve pankreatik hasardan sorumludur. Amatoksinler RNA polimeraz II'yi inaktive ederek etki gösterirler, pişirme ve gastrik enzimlerle denatüre olmazlar.

58 yaşında kadın hasta 76 yaşındaki kayınvalidesi ile beraber ormandan topladıkları mantarı akşam yemeğinde yemişler. Yaklaşık 16 saat sonra karın ağrısı, bulantı, kusma ve diyare şikayetleri başlamış. Evlerine yakın olan bölge hastanesine başvurmuşlar. Hastaların karaciğer fonksiyon testleri yüksek olduğu gerekçesi ve mantar intoksikasyonu ön tanısı ile 58 yaşındaki kadın hasta hastanemiz acil servisine sevk edilmiştir. Yapılan fizik muayenede hastanın vitalleri stabildi. Non spesifik karın ağrısı ve diyare şikayeti devam etmekteydi. Biyokimyasal parmetreleri incelendiğinde ALT:1205 AST:1410 total Bilurubin:1,6 Direk bilurubin:0,82 INR:1,74 diğer kan değerleri normal sınırlardaydı. Hasta mantar zehirlenmesine bağlı toksik hepatit kabul edilerek 1milyon ünite/kg/gün penisilin ve Legalon-SIL(silibinin) 20mg/kg/günlük toplam doz 6 saatte bir verilerek tedavi uygulandı. Tedavinin ilk gününde KCFT ve koagülasyon değerleri yükselen skleralarında ikter gelişen hastanın mevcut tedavilerine devam edildi. Hastanın sonraki iki günde laboratuvar değerleri ve kliniği hızla düzeldi. 4 günlük yatışının ardından tam iyileşme ile taburcu edildi.

Amanita phalloides zehirlenmesinden şüphelenilen durumlarda silibinin ve penisilin tedavisinin erken dönemde başlanması ile fulminan hepatit gelişimi önlenebilir. Ulusal Zehir Danışma aracılığı ile bu gibi durumlarda silibinin antidotuna ulaşılabileceği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Amanita phalloides, Silibinin

PS-0727 Toksikoloji

Kuaförün İntiharı: Hidrojen Peroksit İntoksikasyonu

Hayri Ramadan, Hikmet Duymaz, Sertaç Güler, Nurhayat Başkaya, Yavuz Katırcı
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

Hidrojen peroksit (H2O2) çeşitli amaçlar için kullanılan, oksitleyici özelliği olan, renksiz ve kokusuz bir sıvıdır. Düşük konsantrasyonlarda (%3) ev dezenfektanları ve yara bakımında kullanılırken, yüksek konsantrasyonlarda (%35) ise tekstil, kağıt endüstrisinde ve kuaförlerde ise saç rengi açıcısı olarak kullanılmaktadır. Biz bu sunumda intihar amacıyla hidrojen peroksit içen bir hastayı tartışmak istedik.

63 yaşında erkek hasta, 112 ekipleri tarafından evin banyosunda baygın halde bulunarak acil servisimize getirildi. Hastanın genel durumu kötü bilinci kapalı (GKS:4) ve ağzından köpük geliyordu. Dudakları ve ağız mukozası beyaz renkte olup yanık düşündürmekteydi. Boyunda cilt altı amfizemi mevcuttu. Hava yolunu korumak amacıyla hasta RSI uygulanarak entübe edildi. Fakat entübasyon sırasında hastanın ağzından çıkan sekresyonların (köpüklerin) acil servis personelinin ellerine ve kollarına sıçradığı ve hafif yanıklar oluştuğu gözlenince hikaye derinleştirildi. Hastanın mesleğinin kuaför olduğu ve hastanın yanında saç rengi açıcısı olarak kullanılan H2O2'den yaklaşık 1 litre içtiği anlaşıldı. Nazogatrik sonda takıldı ve mideden yaklaşık 2 litre köpüklü sıvı akışı oldu. Hastaya çekilen torako-abdominal bilgisayarlı tomografide mediastende, pankreasta ve portal sistemde hava gözlendi ve perforasyon düşünüldü. Hasta genel cerrahi ve göğüs cerrahisine konsulte edildi. Geniş spektrumlu antibiyotik IV olarak başlandı ve hasta yoğun bakıma yatırıldı fakat ameliyata alınamadan öldü.

H2O2 oral alımı sonrası ölüm de dahil çok ciddi toksisiteye sebep olur. Mideden emildikten sonra direk olarak portal vene geçer ve gaz oluşur. Üç ana mekanizma ile toksik etki gösterir; koroziv hasar, oksijen gazı oluşturma ve yağ peroksidasyonu. Düşük konsantrasyonlarda alımlarda bulantı, kusma, hematemez, ağızda köpürme ve abdominal distansiyon görülebilirken yüksek konsantrasyonlardaki alımlarda ise sistemik bulgular ve ölüm görülmektedir. %30-35'lik konsantrasyonundan 1ml, dokulardaki katalaz enzimi ile reaksiyona girer ve 100 ml kadar O2 gazı oluşur. Bu yüksek orandaki gaz birikimi kapalı vucüt boşluklarında distansiyona ve perforasyona sebep olabilir. Yüksek konsantrasyonda H2O2 içenlerde erken agresif hava yolu açmak kritik öneme sahiptir. Respiratuar sistem hasarı ve arrest hemen hemen tamamında ölümün sebebidir. %35'lik solüsyonunun yanlışlıkla içilmesi sonucu portal venöz gaz embolisinden serebral gaz embolisine kadar değişen yıkıcı sonuçlar gelişebilir. Bu durumda acil tedavi hastanın trendelenburg pozisyonuna alınarak %100 oksijen desteğinin sağlanması ve en yakın hiperbarik oksijen tedavi merkezine transportunun sağlanması olmalıdır.

Sonuç olarak, birçok alanda kullanılan H2O2 yanlışlıkla yada intihar amacıyla içilmesi sonucu portal venöz sistemde gaz oluşumuna ve/veya içi boş organlarının perforasyonuna sebep olabilir ve genellikle mortal seyreder.

ANAHTAR KELİMELER: acil servis, hidrojen peroksit, intihar

PS-0728 Toksikoloji

Ca kanal ve Beta bloker zehirlenmesinde yüksek doz insülin ile tedavi yaklaşımı

Hilmi Akdağ[1], Emine Merve Akdağ[2], İrfan Kala[3], Fatma Yorulmaz[3], Funda Ovalı[3], Tamer Durdu[3]
[1]*Department of Anesthesiology and Reanimation,Yıldırım Beyazıt University, Ankara, Turkey*
[2]*Department of Psychiatry, Ankara Numune Research and Training Hospital, Ankara, Turkey*
[3]*Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Research and Training Hospital, Ankara, Turkey*

Son yıllarda kalsiyum kanal blokerleri ve beta blokerleri ile zehirlenmelerde dekstroz ve yüksek doz insülin kullanımının olumlu sonuçları nedeniyle pratikte bu kombinasyonun kullanımında artış olmuştur. İnsülinin hemodinamik olarak yararlı olduğu ve miyokardiyal metabolizma üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle kalsiyum kanal blokerleri ve beta-blokerlere bağlı zehirlenmelerde kardiyak fonksiyon bozukluklarını düzeltmek amacıyla kullanımı gün geçtikçe artmaktadır.

32 yaşında kadın hasta hastanemize 03:00'te 112 aracılığıyla getirildi. Yakınlarının ifadesine göre 3 saat önce 30 adet dilatrend 12,5 mg ve 30 adet norvasc 10 mg alımı nedeniyle başvuruyor. Yakınlarının ifadesine göre 10 gün önce yine aynı ilaçların aşırı doz alımına bağlı; dış merkezde yoğun bakımda yatış öyküsü mevcut. Hasta geldiğinde bilinci uykuya meyilli, oryente ve koopere. Tansiyonu 70/45 nabız:73 SO2:96 EKG: normal sinüs ritminde ve QRS genişliği: normal. Hastadan rutin kan biyokimya tetkikleri istendi, bir özellik saptanmadı.

Hasta monitorize edilerek 15 dakikada bir vital bulgu ve kan şekeri takibi yapılmak üzere gözlem odasına alındı. İlk bir saat içinde 1000cc izotonik mai verildi. Hızlı sıvı resüstasyonuna rağmen hastanın tansiyonu 60/35 seviyesine gerilemesi üzerine, hastaya mai içerisinde hızlı infuzyon ile 2 ampul %10 kalsiyum glukonat verildi. Hastaya 250cc/saat izotonik ile mai desteğine devam edilirken olası insülin tedavisi olasılığı olduğundan; mai desteğine %10 dextroz eklendi. Hastanın tansiyon değerlerinin tedavinin 90. dakikasında 51/23'e düşmesi üzerine hastanın tedavisine 4mcg/dk'dan noradrenalin infuzyonu eklendi. Kan şekeri dextroz desteği ile 290 olan hastaya; kiloya 1 üniteden olacak şekilde 50 ünite kristalize insülin 500cc %10 dextroz içinde bir saatte infuzyonu planlandı. 15 dk'da bir kan şekeri ölçülen hastada hipoglisemi gözlenmedi. İlk bir saat içinde kan şekeri 320-410-312-387 şeklinde seyretti. Bu süre içinde tansiyonu 60/35 – 50/30 aralığında değişim gösterdi. Hastaya kiloya 0,5 ünite olacak şekilde; saatte 25 ünite insülin içerecek şekilde %10 dextroz içeren mai order edildi. Hastanın tansiyonu takibinin 2. saatinde 45/23 olması üzerine; ikinci kez 1 ampul kalsiyum glukonat verildi. Noradrenalin infuzyonu 8 microgram/dk'ya yükseltildi. Hastanın tedavi yanıtını değerlendirmek için ilişkili elektrolit değerlerinin kontrol tetkikleri istendi. Hastanın tansiyonları tedavinin 3.saatinde 61/35 - 61/33 - 75/37 ve 70/45 şeklinde seyretti. Takibi boyunca hastada bilinç kaybı gelişmedi. Hastanın alınan kontrol EKG'lerinde ritminde ve QRS morfolojisinde anormallik oluşmadı. Acil servisteki takibi ardından 112 aracılığıyla dış merkez yoğun bakım ünitesine nakli sağlandı.

Kalsiyum kanal blokeri ve beta bloker ilaç zehirlenmeleri yüksek hastalık ve ölüm oranı ile seyredebilmektedir. Hastalık ve ölüm oranının azaltılması için,hastaların erken ve uygun tedavi yaklaşımı ile izlenmesi gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: kalsiyum kanal blokeri, beta bloker, yüksek doz insülin, zehirlenme

PS-0729 Toksikoloji

acil serviste sentetik kannabinoid kullanımında tanısal bakış

İnan Beydilli, Ertan Ararat, Mustafa Keşaplı, Mehmet Akçimen, Arife İmak, Fevzi Yılmaz, Nuri bozdemir
Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: sentetik kannabinoidler bonzai, spice, K2 ve benzeri isimlerle piyasada bulunan maddeler genellikle nargile sıgara ve tütsü şeklinde tüketilmektedirler. ilk spice ürünleri JWH-018 ve JWH-073 içermekteydi, fakat yasal düzenlemelerden kaçmak için birçok yeni yan ürünler ortaya çıkmıştır, 2013 de avrupa birliğinde84 sentetik kannabinoid tanımlanmıstır. entoksikasyonunda en sık klinik belirtiler taşikardi ajitasyon ve kusmadır.

OLGU: kliniğimize arkadaşları tarafından bonzai aldığı idda edilen hasta konfüze TA: 120/80 mmHg Nb: 94/dk SS:16/dk spo2: 97 idi GKS: 9 İdi, yapılan rutin tetkiklerinde özellik yoktu tanısal olarak yapılan 6 lı toksik panel test negatif gelen hastada idrarda bakılan kart testte JWH-018 ve JWH-073 Pozitif geldi hasta 2 saatlik takip sırasında semptomatik tedavi sonrası bilinci açıldı

POSTER BİLDİRİLER

ve herhangi bir komplikasyon olmayan hasta şifa ile taburcu edildi

TARTIŞMA SONUÇ: sentetik kannabinoid kromotografik ve spektrofotometrik olarak dogrulama testi olsada oldukca pahalı ve yavaş bir yöntemdir, maliyet ve hız açısından ıdrarda kart test olarak bakılan immunassay yöntemi uygun gözükse de ancak cok sınırlı sayıda sentetigi tanımlamaktadır. Bu nedenle sentetik kannabinoid kullanan hastaları belirlemede acil servislerde en uygun yöntem klinik tanı anamnez yanında tütsü veya sıgara vb yöntemlerle alınmış maddenin, yapılan 6 lı toksik panel testin negatif olması bizleri yüksek olasılıkla sentetik kannabinoid alımı yönünden allert etmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: sentetik kannabinoid, spice, karttest

PS-0730 Toksikoloji

Methemoglobinemi için nadir bir neden

Hilmi Akdağ[1], Emine Merve Akdağ[2], Metin Özdemir[3], Mehmet Nihat Özüpek[3], Bedriye Müge Sönmez[3]

[1]*Department of Anesthesiology and Reanimation,Yıldırım Beyazıt University, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Psychiatry, Ankara Numune Research and Training Hospital, Ankara, Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Research and Training Hospital, Ankara, Turkey*

Methemoglobin, oksijenin taşınabilmesi için ferröz (Fe+2) şeklinde olması gereken hemoglobin demirinin ferik (Fe+3) şekle oksidasyonu sonucu oluşur. Oluşan methemoglobin molekülünün dokulara yeterli oksijen taşıyamaması sonucunda da siyanoz meydana gelir. Methemoglobinemi kalıtsal veya edinsel nedenlerle gelişebilmektedir. Edinsel methemoglobinemi birçok maddeye maruziyet sonrası bildirilmiştir. Lokal anestetik olarak kullanılan lidokainin tedavi dozuna bağlı methemoglobinemiye ise oldukça nadir rastlanmaktadır.Methemoglobinemi tedavisinde ise metilen mavisi ve askorbik asit kullanılmaktadır. Bazı durumlarda ise etken olan maddenin uzaklaştırılması tedavi için yeterli olmaktadır.

Bu yazıda vajinismus problemi yaşayan bir çiftte; ilişki öncesinde lokal lidokain sprey kullanımına bağlı olarak gelişen methemoglobinemi olgusu sunulmuştur.

38 yaşında kadın hasta 112 aracılığı ile hastanemize getirildi. Hastanın şikayetleri dispne, dudak çevresinde morluk, bulantı ve baş dönmesinden oluşmaktaydı. Hastanın tansiyonu:135/85 saturasyonu:%91 ateşi:36 C idi. Hastadan alınan bilgilerde özgeçmişinde bir özellik yoktu. Hasta ve eşi psikiyatri eşiliğinde verdikleri anamnezde başvurularından yarım saat önce vajinismusu engellemek amacıyla; vajen mukozasına lidokain %10'luk sprey kullandıklarını ifade etmekteydiler. Şikayetlerinin ise uygulamanın ardından dakikalar içinde geliştiğini söylemekteydi. Hastanın solunum sistemi muayenesi normaldi. Alınan kan gazında pH:7.36, pO2:82, pCO2:40,5, SO2:93,5 methemoglobin düzeyi:12,5 olarak bulundu. Hastada lokal anestezik maddeni mukozal emilimine bağlı olarak methemoglobinemi geliştiği düşünüldü ve gözlem odasına alınarak 4lt/dk'dan oksijen ve hidrasyon verildi. Metilen mavisi bulunamadığından uygulanamadı. Hastanın 5 saat sonra semptomları geriledi. Alınan kontrol kan gazında methemoglobin düzeyinin %1,7'ye düşmesi üzerine hasta bilgilendirilerek önerilerle taburcu edildi.

Methemoglobinemi rutinde kullanılan ilaçlarla tetiklenebilen ciddi bir durumdur. Hekimler erken tanı ve tedaviyi sağlamak adına bu komplikasyona yol açabilecek ilaçların farkında olmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: lidokain, methemoglobinemi, vajinismus

PS-0731 Toksikoloji

köle zehiri difenbahya

İnan Beydilli, Mustafa Keşaplı, Mehmet Akçimen, Arife İmak, Alper Burak Yagar, Adeviye Karaca, Kamil Can Akyol
Antalya eğitim araştırma hastanesi

GİRİŞ: Difenbahya evlerde süs amacı ile yetistirilen tropikal bir bitkidir. oküler dermal ve gastrointestinal yan etkileri vardır. bitkinin çiğnenmesi ile dilde ve dudaklarda şişlik ve yanma meydana gelebilir. hatta hava yolu tıkanıklığı ve ciddi solunum yetmezligi gelişebilir.

OLGU: 2 yaşında erkek çocuk acil servise ailesi tarafından difenbahyanın yaprağını yarım saat önce ısırdığını ve ardından ağız ve dudak çevresinde kızarıklık şişlik ve salya miktarındaki artma nedeni ile acil srvise başvuruyor. sistemik muayenesinde ek bir bulgusu olamayan çocuk semptomatik tedavi ye ek olarak 2 saat gözlem sonunda semptomları gerileyince şifayen taburcu edildi.

TARTIŞMA SONUÇ: literatürde difenbahya yapragını yuttuktan sonra gelişen havayolu tıkanıklığı nedeni ile trakeostomi açılan hastanın yanında aorta-ozefagial fistül gelişen olgular yer almaktadır sonuç olarak geçmişte köleleri cezalandırmak için kullanılan bu bitki basit semptomların yanında nadirde olsa hayatı tehtit eden komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu nedenle bu tür bitkiler küçük çocuk olan evlerde yetistirilmemelidir.

ANAHTAR KELİMELER: difenbahya, şişlik, süs

PS-0732 Toksikoloji

Hamam otuna (sülfüred arseuie) bağlı gelişen fitokontakt dermatit

Emine Tuğba Alataş[1], Ömer Doğan Alataş[2], Mustafa Yilmaz[3], Metin Ateşçelik[3], Mehtap Gürger[3], Mustafa Yıldız[3]

[1]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Muğla*

[2]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği Muğla*

[3]*Fırat Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı Elazığ*

AMAÇ: Alternatif tedaviler yıllar boyunca tıbbi tedavilerden fayda göremeyenler tarafından lokal veya sistemik olarak uygulanmıştır. Son zamanlarda bitkisel tedavilerin yaygın olarak kullanıma girmesiyle, fitokontakt dermatit olgularının sayısı artmıştır. Hamam otu (sülfüred arseuie) zırnık otu da denilen sarı renkli tabii arsenik sülfür mineralidir. Zırnık otu önceleri kral sarısı adı ile renklendirme maksadı ile kullanılırken son dönemlerde sık olarak vücuttaki kılları uzaklaştırmak için çamur kıvamına getirilip sürülen toz olarak uygulanmaktadır. Fitodermatit bitkilerde bulunan kimyasal maddelere bağlı oluşan bir dermatozdur. Burada hamam otuna bağlı yaygın olarak gelişen fitokontakt dermatit olgusu sunulmaktadır.

OLGU: Kırk beş yaşında erkek hasta acil servise vücutta yaygın kızarıklık, kaşıntı şikayetiyle başvurdu. Bu şikayetlerinin vücudundaki kılları uzaklaştırmak için hamam otu denilen bir tozu çamur haline getirip vücuda sürdükten yarım saat sonra başladığını ifade etti. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinç açık, ateş: 37,0ºC tansiyon arteryel: 110/80 mmHg, nabız: 85/dakika, solunum sayısı 22/dk olarak saptanan hastanın yapılan tetkikleri normaldi. Dermatolojik muayenesinde gövde ön ve arka yüzde yaygın eritem, ödem ve yer yer veziküler lezyonları mevcuttu. Hastaya klinik bulgular eşliğinde, fitokontakt dermatit tanısı kondu. Tedavide sistemik antihistaminik, topikal steroid ve epitelizanlar başlandı. İki hafta sonra şikayetlerinde belirgin gerileme gözlenen hasta takibe alındı.

SONUÇ: Ülkemizde alternatif tedaviler yaygın olarak kullanılmakta olup, birçok kişi tarafından bilinçsizce uygulanmaktadır. Dolayısıyla hastalara uyguladıkları bitkisel veya diğer ajanlar açısından çok iyi sorgulanmalıdır ve bu konuda hastalar bilinçlendirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: hamam otu, fitodermatit, toksik

PS-0733 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A rare cause of dyspnea in the emergency admitted: Hereditary angioedema

Hasan Büyükaslan[1], Uğur Lök[2], Halil Kaya[1], Mehmet Tahir Gökdemir[1], Umut Gülaçtı[1], Veysel Avcı[1], Fatih Güngörmez[1], İbrahim Halil Cebe[1]

[1]*Harran University School of Medicine, Emergency Medicine, Sanliurfa, Turkey.*

[2]*Adıyaman University School of Medicine, Emergency Medicine, Adıyaman, Turkey.*

OBJECTIVE: Hereditary angioedema complement C1 esterase inhibitor is the result of decreased levels or function. Although the whole body edema in the left laryngeal edema require urgent intervention.

CASE: 50 years old male patient with recurrent intermittently for about 25 years all of a sudden in the body along with edema and was admitted with complaints of shortness of breath.

Swelling of the entire body although it is 2-3 times over the years, especially in the hands and feet, so if turns out to be even more pronounced. Anaphylaxis, angioneurotic edema, acute urticaria patients antihistamines in mind, though being treated with corticosteroids. Applicant when the blood pressure 80/40 mmHg, pulse: 121/dak and filiformik fire: 37.5 C respiration rate: 27/dak, had tachypnea. Had stridor. Mucosa, lips and tongue swollen appearance. Skin cold, pale, respectively. Percent lower and üstekstremite, housing and uvula edema was present in the sacral region. Lung findings of wheezing, heart examination was unremarkable except tachycardia. Anamnesis was found to be hereditary angioedema.Intravenous volume expanders, SC 0.25 mg epinephrine and antihistamines IV and 60 mg IV methylprednisolone was administered. Dermatology was consulted with the diagnosis of hereditary angioedema was admitted to the intensive care unit. Other findings were unremarkable.

CONCLUSION: Hereditary angioedema developing laryngeal edema can cause asphyxiation in a short time and require urgent intervention.

KEYWORDS: Shortness of breath, Hereditary angioedema, Emergency Service

PS-0734 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Early diagnosis and treatment of Neuroleptic Malignant Syndrome related to withdrawal of antiParkinsonian medication

Onur Tokocin[1], Elif Demiroren[1], Leyla Kose[2], Gunes Kiziltan[2], Ibrahim Ikizceli[1]

[1]*Department of Emergency Medicine, Istanbul University, Cerrahpasa Medical Faculty, Istanbul, Turkey*

[2]*Department of Neurology, Istanbul University, Cerrahpasa Medical Faculty, Istanbul, Turkey*

BACKGROUND: Neuroleptic malignant syndrome is an uncommon but dangerous complication of antipsychotic and antiparkinsonian drugs, characterized by clinical symptoms that include hyperthermia, severe muscle rigidity, autonomic dysfunction, and altered mental state. The incidence of NMS is estimated to be between 0.07 and 2.2% among patients receiving neuroleptic agents,3with a mortality of 11%.4

CASE: A 57-year-old male patient presented with fever (38,1°C), tremor, muscular rigidity and altered consciousness who had a history of parkinson's disease and being treated with levodopa-benserazide, amantadine, ropinirole and apomorphine after his antiparkinsonian medication was discountinued. He had elevated CK levels and high fever resistant to antipiretics. He was diagnosed with neuroleptic malignant syndrome and treated with internel body cooling and replacement of his antiparkinsonian medications.

CONCLUSION: The treatment of NMS depends on early recognition. General treatment, including hydration, nutrition and reduction of fever, is essential; and secondary complications must be treated aggressively. Replacement of the discontinued neurologic agent is crucial. In our case, NMS was doubted in 2nd day, NMS treatment suggested by literature was initiated, and the diagnosis was confirmed in 3rd day of the admittion. Neuroleptic malignant sydrome is a rare condition which requires early diagnosis and treatment. Our reason to introduce this case is to emphasize the importance of early onset treatment in neuroleptic malignant sydrome for rapid regression.

KEYWORDS: Early diagnosis,early treatment, Neuroleptic Malignant Syndrome

PS-0735 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Epileptic seizure associated with rapid ventricular rate acute atrial fibrillation

Erdem Aksay, Mehmet Oğuzhan Ay, Ayşe Sıdıka Akyol, Duygu Selen Cengiz, Muhammed Semih Gedik, Mürsel Koçer, Halit Karakısa
Department of Emergency Medicine, Adana Numune Education and Research Hospital, Adana, Turkey

BACKGROUND: Epileptic seizures are often associated with changes in cardiac autonomic functions including sinus tachycardia and sinus bradycardia. Atrial fibrillation following epileptic seizures has only rarely been reported in the literature. There are several risk factors for atrial fibrillation such as male gender, family history of atrial fibrillation, obesity, alcohol consumption, sports activity, concealed cardiac dysfunction, history of sleep apnea and intracranial surgery. In this paper, we presented a rare case who admitted with epileptic generalized tonic-clonic seizures associated with rapid ventricular rate acute atrial fibrillation.

CASE: A 32-year-old male patient was brought to our emergency department with complaints of tonic-clonic seizures lasted 10 minutes. He had been operated due to intracranial tumor 3 months ago. Phenytoin sodium and levetiracetam has been prescribed when patient was discharged. The patient did not use his drugs for the last 3 days. The patient was post-ictal. Patient's arterial tension was 130/80 mmHg, pulse rate: 146 / min. The patient had generalized tonic-clonic seizures during the examination, and it was stopped with diazepam. Levetiracetam infusion was began. Atrial fibrillation with rapid ventricular response was detected on ECG. Amiodarone loading and infusion therapy was performed. Midazolam and haloperidol were given to patient for his agitation, respectively. Patient's agitation could be sedated only with propofol. There was no feature in the serebral computerized tomography. Patient was consulted to neurology, neurosurgery and cardiology. Normal sinus rhythm was observed during the fourth hour of cordarone infusion, and consciousness of the patient was fully opened after this. The patient was discharged with outpatient cardiology and neurology control proposals.

CONCLUSION: It should be considered that acute atrial fibrillation could be occured secondary to an epileptic seizure. Patients with epileptic seizures must be closely monitored.

KEYWORDS: seizure, acute atrial fibrillation, epilepsy

PS-0736 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis

Mehmet Oğuzhan Ay, Mürsel Koçer, Erdem Aksay, Muhammed Semih Gedik, Halit Karakısa, Duygu Selen Cengiz
Department of Emergency Medicine, Adana Numune Education and Research Hospital, Adana, Turkey

BACKGROUND: Thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis (TPP) is a rare complication of hyperthyroidism. It is most frequently seen in Asian and men. Paralysis occurs with periodic attacks. Attacks are seen with thyrotoxicosis and hypokalemia. Person is completely healthy except paralysis attacks. TPP is emerging between the ages of 20-30 and is not showing genetic predisposition. It usually occurs after intake of intense carbohydrate foods and in the rest period following excessive exercise, or it can be seen spontaneously. Paralysis attacks tends to at night. Paralysis holds lower limbs and proximal muscles. Even if paralysis is not treated, attacks automatically recover after average 3-48 hours. In this paper, a rare case with thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis was presented.

CASE: A 29-year-old male patient was brought to our emergency department with complaints of weakness in his arms and legs after excessive carbohydrate intake. He had no known illness. It was learned that he had once similar complaints and revovered. The patient was conscious, and he had muscle weakness in all extremities, especially more pronounced in lower extremities. There was no sensorial defect. Arterial blood pressure: 130/80 mm Hg, pulse rate 107/min, respectively. U waves were detected on ECG. The patient was monitored. Potassium level was 1.4 mmol/l in the blood gas. Iv potassium replacement therapy was started. Laboratory potassium level was 1.8 mmol/l. Oral and iv potassium replacement therapy was continued. After patient's potassium level increased to 3.1 mmol/l during follow-up, his muscle weakness recovered. T3: 7.98 pg/ml (normal: 2.0 to 4.4), T4: 1.45 ng/dL (normal: 0.93 to 1.7), TSH: 0,005 UI/ml (normal: 0, from 27 to 4.2). In thyroid ultrasound, thyroid gland had large size, decreased parenchymal echogenicity and it was heterogeneous. There was no obvious nodules. Diffuse hyperplastic thyroid gland which had increased uptake (Graves?) was determined in Tc99m pertechnetate thyroid scintigraphy. Methimazole was started as antithyroid drug and the patient was discharged with endocrinology clinic control proposal.

CONLUSİON: Thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis should be considered in all young male patients admitted with acute periodic motor paralysis. Early diagnosis and appropriate antithyroid treatment can provide the prevention of attacs and muscle weakness.

KEYWORDS: thyrotoxicosis, hypokalemia, paralysis

PS-0737 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A Retrospective Analysis of Patients Admitted to Our Emergency Department with Spontaneous Intracerebral Hemorrhage

Harun Güneş, Ayhan Sarıtaş, Hayati Kandiş
Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey

INTRODUCTION-AİM: Intracerebral hemorrhage is an important cause of morbidity and mortality. It constitutes 8-18 % of all strokes. We decided to perform this study to add some information about intracerebral hemorrhage in our country.

POSTER BİLDİRİLER

METHODS: Medical records of 321 patients who admitted to our emergency department in the year of 2010, and took the diagnosis of cerebrovascular disease were evaluated retrospectively. We saw that 16 patients were new intracerebral hemorrhage cases. All records of those patients were investigated in detail, and information about some significant points such as patient age, sex, complaints on admission, history of hypertension, history of anti-aggregating or anti-coagulant agent usage, physical examination findings, important time intervals related to intracerebral hemorrhage, and outcome of patients were noted.

RESULTS: Nine of 16 patients who were included in our study were female, and 7 were male. Mean age of our patients was 70,69±67,21. Mean age of our male patients was 73,43 ±13,57 and that of our female patients was 68,56±16,21. Five of our patients were using an anti-aggregating agent and 2 were using an anticoagulant agent. Thirteen of our patients (81%) had a history of hypertension. There were no significant differences between genders in terms of all parameters like age, medical history parameters, physical examination findings, and outcomes. When our patients were compared in terms of outcome statistically significant differences were found between Glasgow Coma Score and V (verbal response) component of that score of the surviving group and those of the dying group.

CONCLUSİON: It may be helpful to treat patients with decreased Glasgow Coma Score and/or V component of that score more cautiously in decreasing the mortality rate related to intracerebral hemorrhage.

KEYWORDS: Glasgow Coma Score, retrospective, spontaneous intracerebral hemorrhage

PS-0738 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Ischemic Stroke With 8,4 INR Level

Selim İnan, Burak Demirci, İsmail Ağı, Sultan Ülgen, Fatma Yorulmaz, Muhittin Serkan Yılmaz, Metin Özdemir, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: The role of anticoagulation in the treatment of cerebral ischemia has changed. For many years, it was used routinely in acute ischemic stroke. Current data do not support routine use of anticoagulation for acute ischemic stroke. However, anticoagulation continues to be recommended for some specific clinical situations like atrial fibrillation (AF). The vitamin K antagonist warfarin greatly reduces the risk of stroke and is the most commonly used therapy to prevent stroke and stroke recurrence in patients with AF. It has narrow therapeutic window so warfarin requires frequent monitoring of its anticoagulant effect as reflected by the international normalized ratio (INR). We can frequently see hemorrhagic stroke in patients with high ınr levels, ischemic stroke is very rare with high ınr levels.we will report a rare case; ischemic stroke with 8,4 INR levels.

CASE: 66-year-old male patient was brought to the emergency service with consciousness,nausea, vomiting, loss of power to the right. These complaints had started two hours ago.In his medical record he had a ischemic stroke history 4 years ago. Patients were healed without any sequelae. He had a history of aspirin and warfarin use.Warfarin was started for AF 4 years ago. His vital signs were; blood pressures 210/100, pulse rates was 74/min, temperature was 36.2 C, respiratory rate was 20 breaths/min. Initial examination showed global aphasia, right hemiplegia, and hemisensory loss. Cranial CT were taken and noncontrast CT showed decreased attenuation along the left temporal lobe, consistent with an acute infarct. Left MCA were hyperdense, consistent with thrombus. In laboratory tests ınr level was 8,4.He was consulted to neurology department. He was hospitalized in neurology intensive care. second day of hospitalization bleeding around the ischemia, edema and shift was devoloped and patient was ex.

CONCLUSION: Finally warfarin use and high INR levels may not be protective for recurrent ischemic stroke. So warfarin use and high levels of INR should not remove us from the diagnosis of ischemic stroke.

KEYWORDS: anticoagulation, ischemic stroke, warfarin

PS-0739 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Two Cases of Pulmoner Embolism With Negative D-dimer

Özlem Güler, İlhami Adsız, Evrim Gül, Mustafa Safa Pepele
Department of Emergency Medicine, Elazığ Education and Research Hospital, Elazığ, Turkey

INTRODUCTION: Clinical presentations of pulmoner thromboembolism (PE) are nonspesific and require urgent diagnosis and treatment to avoid related complications. D-Dimer is used as an initial screening test in the emergency department to diagnose patients who have signs, or symptoms suggestive of PE. Many previous studies have shown that a low clinical probability (a score of ≤ 4 on the Wells rule) plus a negative D-dimer test exclude PE. In this report we present two cases of PE with negative D-Dimer.

CASE 1: A 36 year-old man applied to the emergency departmant for unexplained cough and weakness. He had no common cold symptoms, chest pain or dyspnea. His vital signs were: blood pressure 130/90 mmHg, pulse rate 100/min, pulse oximeter 88% on room air, respiration rate 16/ min, axillary temperature 38.1 °C. Systemic examination of the patient revealed no additional abnormality. He had had an operation for inguinal hernia two months ago. Right bundle brunch block was seen in his EKG. Laboratory studies showed: WBC 10.550, troponin I 0.01 ng/dL, D-Dimer 325 ng FEU/ml. Blood gase showed: pH 7.43, pCO2 44.5, pO2 49.9. X-ray was normal. Patient underwent CT angiogram which revealed PE in bilateral segmental and subsegmental pulmoner arteries.

CASE 2: A 19 year-old woman applied to the emergency departmant for pleuritic chestpain which had continued for two months. She had worsened since yesterday. Blood pressure was 110/70 mmHg, pulse rate 135/ min, pulse oximeter 98% on room air, temperature 37 °C and respiration rate 20/ min. There was 1 mm ST segment depression in DII, DIII, aVF and V3, V4, V5, V6 derivations of ECG. Blood gase showed pH 7.49, pCO2 21.9, pO2 67.9. Other laboratory studies including troponin I were normal range. D-dimer was 160 ng FEU/ml. CT angiogram revealed PE in bilateral distal lober pulmoner arteries. Both of the patients had normal venous duplex ultrasound and echocardiography findings.

CONCLUSION: A negative D-dimer in patients with low and intermediate clinical probability doesn't exclude PE. In order to set a diagnosis it is necessary to visualize a blood clot by CT pulmonary angiography. We don't know number of missed patients with PE in this category and it may be higher than expected. Because of its high mortality doctors do not always get another chance if it is misdiagnosed. If clinical signs and symptoms suggests PE more likely than alternative diagnosis, we may use imaging tests.

KEYWORDS: pulmonary embolism, D-dimer, computerized tomography pulmonary angiography

PS-0740 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Periorbital Cellulitis After Pop A Pimple(Squeeze Acne)

Selim İnan, Burak Demirci, Uğur Bal, Metin Özdemir, Binnur Eşfer, Cihat Cömert, Fevzi Yılmaz, Muhammed Evvvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Periorbital cellulitis, also known as preseptal cellulitis, is an inflammation and infection of the eyelid and portions of skin around the eye, anterior to the orbital septum. It may be caused by breaks in the skin around the eye, and subsequent spread to the eyelid; infection of the sinuses around the nose (sinusitis),or from spread of an infection elsewhere through the blood. And rarely Periorbital cellulitis can seen as a complication of acne. Here, we report a case of periorbital cellulitis after pop a pimple(tightening acne).The aim of reporting this case is to draw attention to the possible complications tightening acne.

CASE: 24-year-old previously healthy male patient was admitted with swelling, pain, and redness on the left periorbital region. His admittance to our clinic was the first time of medical admittance. The patient declared the presence of only an acne until four days ago. However, he had a history of pop to pimple four days ago. He had no other disease and was using neither a systemic nor a topical treatment for acne and did not use any medication for any other reason. Three days prior to his admission, left side of her face and periorbital region got edematous and followed by increasing redness, swelling, and pain which spread to her eye and face. Physical examination revealed unilateral diffuse edema including periorbital region, erythema on the left side of the face. Palpation was painful and there were lymphadenopathies in the anterior cervical and submandibular chains. He had mild fever as 38.1 C. Laboratory tests showed elevated C Reactive Protein and white blood cells (14.800/uL). His blood glucose, Blood Urea Nitrogen (BUN), creatinine, and liver tests were in normal ranges. Patients was consulted to infectious diseases. He was diagnosed as facial-periorbital cellulitis and antibiotherapy was planned. After 10 days of antibiotic regimen, her facial edema, erythema, and purulent lesions were recovered.

CONCLUSİON: Whether severe or not, acne should only be treated by medical doctors. Because serious infections can be seen after pop to pimples.Especially squeeze facial acne can cause permanent damage to the patients face. İn emergency service we should recognize periorbital cellulitis and begin quickly antibiotherapy. İf we dont recognize periorbital cellulitis it progresses orbital cellulitis and we are led to serious morbidity.

KEYWORDS: Acne,Periorbital cellulitis,Pop a pimple

PS-0741 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Spontan Pyomyositis and Abscess Formation in Sternocleidomastoid Muscle

Selim İnan, Burak Demirci, Selçuk Akoğlu, İrfan Kala, Binnur Eşfer, Uğur Bal, Muhittin Serkan Yılmaz, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Pyomyositis is a primary bacterial infection of skeletal muscle and it is usually caused by staphylococcus infection. It mostly affect immunocompromised patient such as those with HIV infection, haematological disorder, patient on chemotherapeutic drug and diabetes but rarely we can see pyomyositis in healthy person. The pathogenesis of pyomyositis is multifactorial.However, the exact pathogenesis of pyomyositis is unknown.Intact skeletal muscle is generally resistant to infection; however the mechanism of bacterial invasion not really understood.We report a 26 year old man presenting with swelling of left angle of mandible which mimicking left parotid abscess. Later on, imaging and operative findings proved it to be an intramuscular sternocleidomastoid abscess

CASE: A 26-year-old man admitted to emergency servise presenting with a 4-day history of a tender swelling in the right neck. On presentation the patient was tachycardic and febrile (39°C). On physical exam a hyperemic, hard and tender swelling was observed in his right neck from the lateral cervical to the mental region. No other lymphadenopathy was identified. Oral cavity exam revealed good dentition. Also he had right facial paresis and trismus. The patient experienced dysphagia to solids as well as subjective fever accompanied by chills. He denied any trauma to the neck. He did not have any recent dental pain or dental work. 2 years ago he had undergone surgery due to myelomeningocele.He had no premorbid conditions and risk factors of deep neck infection. Initial laboratory studies revealed a white blood cell count of 11500/dL, with 83% polymorphonuclear leukocytes, and serum glucose of 180 mg/100 mL. Chest X-ray demonstrated clear lung fields. USG was performed to patient. Abscess formation was seen on ultrasound in the sternocleidomastoid muscle. Abscess was drained by needle aspiration with ultrasound guided. IV antibiotics treatment were started to patient.

CONCLUSION: In conclusion, the diagnosis of pyomyositis require high index of suspicious, and any painful swelling in head and neck region, pyomyositis should be considered as one of the differential diagnosis, even in the presented case which clinically mimic a parotid abscess.

Pyomyositis has a mortality rate between 0.89% and 14%, generally when treatment is inadequate or delayed. Pyomyositis should be included in the differential diagnosis of patients with symptoms such as progressive muscle pain, low-grade fever, and overlying skin changes, because early diagnosis and appropriate therapy can diminish its mortality rate

KEYWORDS: Abscess,Pyomyositis,Sternocleidomastoid Muscle

PS-0742 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Stroke Presented With Only Confusion and Amnesia No Other Sign of Stroke

Uğur Bal, Selim İnan, Burak Demirci, Erinç Müderris, Funda Ovalı, İrfan Kala, Nurullah Tarhan, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Stroke is one of the common causes of emergengy department admission. It may present various symptoms depending affected part of the brain. Hemiplegia, hypoesthesia, afasia, disartria,vertigo,cranial nevre deficits are the most frequent symtoms seen in stroke. Change in level of consciousness mostly seen with other symptoms.In this case we discussed a patient who had confusion and amnesia without any motor deficit or hypoesthesia and had large infarct area in diffusion MRI.

CASE: 69 years old female patient admitted to emergency room because of altered level of consciousness. Her son told that she did not remember her children, did not know where she is and asked same things again and again. Her symptoms started suddenly and has never happened before. She had no chronic disease or chronic drug use history. Her initial vital signs were; blood pressures 148/98, pulse rates 88/min, temperature 36,6 °C, respiratory rate 13 breaths/min, oxygen saturation %97. In her neurological examination she is conscious, partial cooperative, her motor, sensorial and cerebeller examinations were normal, pupils were isochoric, pupillary light reflex was normal. The laboratory tests were within the standard range. There wasn't any acute pathology in her cranial CT. We performed difusion MRI and a diffusion restriction in left temporoparietal lobe, extending insular cortex inferiorly and postsantral gyrus superiorly and settled cortical gray matter and subcortical white matter, was detected. The patient hospitalized by neurology department for treatment and observation.

CONCLUSION: Transient as well as persistant amnesia may be the sole manifestation of strokes that are limited to the hippocampus or thalamus. However, amnesia in stroke generally accompany other symptoms acorrding to effected area. For example; in posterior cerebral artery pathologies visual field defects can be seen with amnesia. In paramedian arter or tuberothalamic artery pathologies somnolence, hemiparesis, hemiataxia, visuospatial deficits and aphasia are the symtoms may accompany with amnesia. In our case isolated amnesia was seen in a stroke patient with ischemia in temporoparietal lobe. Acute ischemic stroke is important for the clinicians to keep in mind during the evaluation the patient with acute amnesia.

KEYWORDS: amnesia, confusion, stroke,

PS-0743 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Simultaneous Developing Ischemic and Hemorrhagic Stroke

Burak Demirci, Selim İnan, Erinç Müderris, Sercan Hastürkoğlu, Nurullah Tarhan, Selçuk Akoğlu, İrfan Kala, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Ischemic strokes are caused by blood clots and are far more common than the hemorrhagic variety, accounting for 80 percent of all strokes. The clot is either classified as a cerebral thrombosis or a cerebral embolism. Cerebral thrombosis, the more common cause of ischemic stroke, is caused by a blood clot formed in an artery in or leading to the brain, usually the result of fatty plaque build up in the arteries. A cerebral embolism is caused by a wandering clot that makes its way to the brain, usually from the heart. It occurs more suddenly than a thrombosis, which builds up over time. Hemorrhagic stroke accounts for about 20 percent of stroke cases. It results from a weakened vessel that ruptures and bleeds into the surrounding brain. The blood accumulates and compresses the surrounding brain tissue. The two types of hemorrhagic strokes are intracerebral (within the brain) hemorrhage or subarachnoid hemorrhage.

CASE: 35 year old female patient suddenly developed left arm numbness and weakness on the left arm was admitted to the emergency department. Her vital signs revealed a temperature of 36°C, blood pressure of 198/112 mmHg, respiratory rate of 18/min, pulse rate of 88/min, and pulse oximetry reading of 94% on room air. She has no known history of disease. On physical examination, there was weakness in the left upper extremity. Left nasolabial fold was disappeared. In addition, other system examinations were normal. The patient's electrocardiogram was sinus rhythm and laboratory results were normal. As a result of neurology and neurosurgery consultations, cranial CT and diffusion MRI were planned for the patient. Subarachnoid hemorrhage was seen on kranial CT and acute restriction was seen on diffusion MRI. It was understood that the patient had simultaneous ischemic and hemorrhagic stroke. So, the patient's hospitalization was planned

CONCLUSION: Intracerebral hemorrhage may be clinically indistinguishable from ischemic stroke, and a thorough history and physical examination are important. An acute onset of neurologic deficit, altered level of consciousness/mental status, or coma is more common with hemorrhagic stroke than with ischemic stroke. A history of trauma, even if minor, may be important, as extracranial arterial dissections can result in ischemic stroke. But simultaneous ischemic and hemorrhagic stroke incidence is very rare. In this case we have told you this rare condition.

KEYWORDS: ischemic stroke, hemorrhagic stroke, simultaneously

PS-0744 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A pulmonary embolism case presenting with lower abdominal and flank pain

Makpere Delikanlı[1], Cihan Bedel[1], Önder Tomruk[1], Abdülkerim Şalkacı[2], Zekiye Kula[3]

[1]*Suleyman Demirel University Faculty of Medicine,Emergency Department,Isparta,Turkey*

[2]*Suleyman Demirel University Faculty of Medicine,Radiology Deparment,Isparta,Turkey*

[3]*Suleyman Demirel University Faculty of Medicine,Chest Disease Deparment,Isparta,Turkey*

BACKGROUND: Pulmonary embolism (PE) is a potentially fatal disease that can be effectively treated once diagnosed. The clinical manifestations of pulmonary thromboembolism are nonspecific, which makes this condition difficult to diagnose. Due to insidious and often cryptogenic presentations, the diagnosis of this disease can easily elude clinicians. In addition, the widespread use of CT to investigate other complaints such as flank and abdominal pain could theoretically result in radiographic findings not previously identified that could point to the diagno-

sis of PE. A case of helical computerized tomography angiographically documented pulmonary thromboembolism, which initially presented as lower abdominal and flank pain, is described.

CASE: A 31-year-old female presented to the emergency department with a right flank pain and right lower quadrant abdominal pain. He had been seen by his primary care physician 3days earlier for the same pain. The physician said that she had renal colic. Today the pain became acutely worse. The patient was no smoker. She take oral contraceptive. His abdominal examination was remarkable for severe right upper quadrant pain to palpation without guarding or rebound. There was a costovertebral angle tenderness on the right.There was nausea and vomiting. His lung sounds were clear bilaterally. The patient remarked that the abdominal pain was made worse with deep inspiration. His cardiac exam was tachycardia

His general condition was good. Blood pressure 140/90 mmHg, body temperature 36.4 ℃,heart rate: 102/min, respiratory rate: 20 /min Laboratory analysis revealed a normal complete blood count, complete metabolic profile. She had (2+) hematuria in urine analysis.There was no acute pathology on ultrasound. Abdominal CT was performed.There was no acute pathology on abdominal CT. A chest radiograph was significant for a right lower lobe infiltrate in the lung. However, the patient had a low pre-test probability for having a PE. A d-dimer test was:1298 ng/ml (normal ≤243ng/ml) A computed tomography angiogram (CTA) of the chest was performed. On CT a large central PE was identified in the right main pulmonary artery.She was admitted to the chest disease for further evaluation and treatment

CONCLUSION: The pathogenesis of the pain in the flank and lower abdomen is not known in this case. Unexplained lower abdomen and flank pain in a patient with risk factors for pulmonary thromboembolism, such as using oral contraceptive, should be investigated to rule out this treatable but potentially fatal condition.

KEYWORDS: pulmonary embolism, flank pain, computed tomography scan

PS-0745 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Middle Cerebral Artery Infarction Presenting with Visual Loss

Yasin Koksal, Harun Gunes, Oguz Kagan Inceoglu, Feruza Turan Sonmez, Behic Volkan Boz, Hayati Kandis
Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey

INTRODUCTION: Middle Cerebral Artery (MCA) is the most frequently affected vessel in cerebral infarction. Clinical presentation may differ depending on the localization of lesion and whether dominant hemisphere is affected or not. Contralateral hemiparesis, facial hemiplegia and sensory loss are seen in MCA infarctions. The deficits affect the face and upper extremity more prominently than the lower one at various degrees. Aphasia is usually present when the dominant hemisphere is affected. When non-dominant hemisphere is affected; decreased attention, ignorance, decreased ability in two point discrimination, dysarthria without aphasia and contralateral apraxia may develop. Homonymous hemianopsia unrelated to infarction side and eye deviation towards the site of infarction may be seen. We want to present a 72-year old female patient admitted to our emergency department due to visual loss, and took the diagnosis of MCA infarction.

CASE: A 72-year-old female patient was admitted to our emergency department due to visual loss in her left eye-field. Her past medical history was normal except the presence of glaucoma, and she was taking no medicines. Her blood pressure was 170/90 mmHg; pulse rate was 76 beats per minute; body temperature was 36.5 ºC. She was conscious, and had complete cooperation with us; her neurological examination was totally normal but her light reflex and corneal reflex could not be evaluated due to presence of cataracts bilaterally. Her electrocardiogram and laboratory test results were normal. Density abnormalities implicating acute infarction were detected in right temporal lobe and posterior watershed localization, and a cortical infarction appearance was seen in right temporofrontal junction on computed tomography scan (Figure 1). A pathologic appearance which is hyper-intense on B1000 images and hypo-intense on apparent diffusion coefficient (ADC) series was detected in right temporal lobe and posterior watershed zone on diffusion magnetic resonance imaging of her brain (Figure 2). She had some degree of agitation during her observation in the emergency department. MCA infarction was diagnosed, and the patient was hospitalized by the neurology department.

CONCLUSİON: Cerebrovascular diseases are a group of diseases commonly encountered in emergency department, and they have a high rate of morbidity and mortality. They may present with various clinical symptoms. Clinical presentation may not correlate to the expected symptoms of affected brain area as it is in the case of our patient. Emergency physician should be careful while evaluating these patients and should use imaging studies while establishing the diagnosis.

KEYWORDS: infarction, middle cerebral artery, visual loss

PS-0746 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Association between Red Blood Cell Distribution Width and Acute Pancreatitis

Keziban Uçar Karabulut[1], Hüseyin Narcı[2], Yıldız Uçar[3], Mehmet Uyar[4]

[1]*Department of Emergency Medicine, Baskent University Konya Hospital, Konya,*

[2]*Department of Emergency Medicine, Mersin University, Mersin, Turkey*

[3]*Department of Pulmonary Diseases, Memorial Hospital, Diyarbakır, Turkey*

[4]*Department of Public Health, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey*

BACKGROUND: We aimed to determine whether there are any alterations in red blood cell width in patients diagnosed with acute pancreatitis.

MATERİAL/METHODS: This was a retrospective study of records of patients treated in emergency units and diagnosed with acute pancreatitis between January 2011 and April 2013. Records were investigated regarding patient age, sex, and causes of acute pancreatitis. Red blood cell width and amylase values obtained from the patients during diagnosis and after a full recovery from acute pancreatitis were added to the records.

RESULTS: Recorded red blood cell width and amylase values of 104 patients diagnosed with acute pancreatitis were statistically compared according to the time of sample collection. Samples were collected in the post-diagnostic period and after full recovery. Values of red blood cell width and amylase were found to be significantly higher in samples collected during hospital admission in comparison to those obtained from patients after fully recovering from acute pancreatitis ($p<0.05$).

CONCLUSIONS: An increase in red blood cell width value is a marker of acute pancreatitis; therefore, we suggest that red blood cell width can be used as a tool for the early diagnosis and assessment of disease progression

KEYWORDS: Acute Abdomen, Erythrocyte Volume, Pancreatic Inflammation, Alpha-Amylases

PS-0747 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

The Significance of Mean Platelet Volume in Acute Pancreatitis

Keziban Uçar Karabulut[1], Yıldız Uçar[2], Hale Turan[3], Hüseyin Narcı[4]

[1]*Department of Emergency Medicine Baskent University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Pulmonary Dissease Diyarbakır Memorial Hospital, Diyarbakır, Turkey*

[3]*Department of İnfection Dissease Baskent University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey*

[4]*Department of Emergency Medicine Mersin University Faculty of Medicine, Mersin, Turkey*

OBJECTIVE: Acute pancreatitis (AP) is a high-mortality disease carrying significant risks of complications and characterized by intra-acinar cell activation of digestive enzymes followed by a subsequent response via the release of proinflammatory cytokines. Here, we aimed to investigate the development of mean platelet volume (MPV) in patients diagnosed with AP.

METHOD: The study was performed in patients admitted to the emergency room with the complaint of abdominal pain and diagnosed with AP. A total of 104 patients were included into the study. MPV, leucocytes or white blood cells (WBC), amylase and lipase values were investigated and compared after all patients had been diagnosed with AP and gained good health. Also, the values of MPV, WBC and lipase were recorded twice after all patients had been diagnosed with of AP and were in good health.

RESULTS: After the diagnosis and complete treatment, MPV, WBC and lipase values of 104 AP patients were statistically compared and found that the values on admission were higher than those after the treatment.

CONCLUSION: MPV is an increased indicator in AP. So, we consider that MPV may be beneficial in the diagnosis and course of AP.

KEYWORDS: Acute pancreatitis, mean platelet volume, leucocyte, lipase

PS-0748 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

The demographic characteristics of patients admitted to the emergency due to low back pain

İsmail Boyraz[1], Arif Duran[2], Bünyamin Koç[1], Mansur Kürşat Erkuran[2], Hakan Sarman[3]

[1]*Physical Therapy and Rehabilitation of Department, Medicine School, Abant Izzet Baysal University, Bolu*

[2]*Emergency Department,Medicine School Traning and Research Hospital, Abant Izzet Baysal University, Bolu*

[3]*Orthopeadics Traumatology Department, Medicine School Traning and Research Hospital, Abant Izzet Baysal University, Bolu*

OBJECTIVE: To examine the demographic characteristics of patients admitted to the emergency department due to waist complaints between 2007-2015 years

MATERİALS-METHODS: Records of the patients presented to the emergency with low back pain emergency services of Abant Izzet Baysal University Medical Faculty and Public Hospitals affiliated Public Hospitals Alliance between 2007-2015 years were analyzed retrospectively. The demographic characteristics of patients and information were obtained from the records. The patients diagnosed low back pain at the time they admitted to emergency were included in the study. The patients undergoing trauma or accident and diagnosed acute fracture were excluded from the study. The patients elaborated in terms of age, gender, admission time at which clock, day, month, year, and season, how to remain in emergency and if referred to another service, to which department was referred and how many days they were admitted. If referred to one of the surgical departments, they were recorded to undergo surgery.

RESULTS: Total number of patients diagnosed low back pain and received treatment in emergency was 43233. Of these, 22372 patients were male, 20861 patients were female. 11 patients were admitted to general surgery, 14 patients to the Orthopedics and Traumatology service, 3 patients to Obstetrics and Gynecology, 1 patient to Urology, 1 patient to Thoracic Surgery, 699 patients to Neurosurgery service. 5 patients were admitted to algology, 3 patients to Pediatrics, 20 patients to Infectious Disease, 89 patients to Physical Therapy, 9 patients to Internal Medicine, 5 patients to Cardiology, 11 patients to Neurology, 1 patient to Intensive Care Unit.

CONCLUSION: If the patient's anamnesis and physical examination is done very well, it will prevent unnecessary tests and treatments. Paradigm about diagnose and treatment strategies for the patients with low back pain that emergency doctors can follow when they encounter can be created through extensive studies.

KEYWORDS: low back pain, emergency department, demographic characteristics

PS-0749 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Spinal Cord Ischemia Cases with Risk Factors And MRI Findings

Mustafa Çetiner[1], Sibel Canbaz Kabay[1], Kazım Ekmekçi[1], Emine Mestan[1], Bekir Şanal[2], Selahattin Selahattin Ayas[1], Murat Seyit[3]

[1]*Dumlupinar University, Kutahya Evliya Celebi Training and Research Hospital, Department of Clinical Neurology, Kutahya, Turkey*

[2]*Dumlupinar University, Kutahya Evliya Celebi Training and Research Hospital, Department of Radiology, Kutahya, Turkey*

[3]*Dumlupinar University, Kutahya Evliya Celebi Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Kutahya, Turkey*

Spinal cord infarction, is a clinically condition with sudden onset symptoms characterized with motor and sensory loss. Spinal cord infarcts are approximately 1% of all ischemic strokes.We aimed to present two cases of spinal cord ischemia with risk factors and MRI findings.

CASE REPORT1: 84 years old women admitted to the hospital with sudden onset weakness in his left leg, following right leg and left arm. She had pitosis of the left eye and urinary retantion. Her neurological examination revealed left Horner syndrome, and triparesis. Bilateral Babinski's sign were positive. Deep tendon reflexes were hypoactive, under the C5 dermatome there were'nt any sense. Brain MR imaging were normal,Spinal cord MRI showed theT2W hyperintense lesion concordant with ischemia. It was apparent centraly, and expanding the cord. No contrast enhancement were detected. There were'nt any dissection findings of either aorta or vertebral artery on the angiographic images. Atrial fibrillation detected on ECG. Anticoagulation planned for the future therapy.

CASE REPORT2: 55 years old women hospitalized with the sudden onset pareparesis which had began 24 hour ago. She had a history of severe abdomen and back pain beginning with the paresis. Neurological examination revealed paraparesis. Bilateral Babinski's sign were positive. Deep tendon reflexes were normoactive, under the T8 dermatome there were superficial sensory deficit. She had hypertension and diabetes before. Aorta and vertebral artery angiographic images, abdomen BT, brain MRI were normal. On the spinal MRI we detected the T2W hyperintense lesion which localized posteriorly and concordant with ischemia between T8-9 vertebra levels. Also she had diabetes and hypertension.

We wanted to discuss these cases in the light of literatüre as spinal infarcts are rare conditions.

KEYWORDS: Spinal Cord Ischemia, Ischemia,Neurology, ischemic stroke

PS-0750 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Emphysematous Gangrene

Emsal Aydın[1], Şahin Kahramanca[2], Gülşen Çığşar[3], Elnare Günal[3], Ali Cihat Yıldırım[2], Murat Özdemir[3]

[1]*Department of Infection Diseases, Kafkas University School of Medicine, Kars, Turkey*

[2]*Department of General Surgery, Kafkas University School of Medicine, Kars, Turkey*

[3]*Department of Emergency, Kafkas University School of Medicine, Kars, Turkey*

AİM: Emphysematous gangrene is a mortal infectious disease that can be seen with various clinical features. Mostly caused by spreading of Clostridium Perfringens (CP) to the wound after major trauma or surgery, or rarely spontaneous spread of Clostridium Septicum (CS) after colonic malignancy, colonic diverticulum, intraabdominal abscess and diabetes. Pathogenesis continues with decrease of tissue perfusion and oxigenation after capillary injury. Pyruvate accumulates in muscular tissue because of decrease in oxygen pressure. Pyruvate transforms into lactate and pH decreases. Proteolytic enzymes starts autolysis after devoloping acidosis and anaerobic infection begins. Gas and edema caused by CP/CS fully decreases the perfusion. In time, systemic toxicity, myocardial depression and hypotension, shock and if not treated death occurs. We will present you the patient with no etiological factors that refused treatment.

CASE: 68 year-old female patient admitted to emergency department with pain and rash at suprapubic area for 3 days, nausea for 24 hours and nigrescence at the skin of suprapubic area for 5 hours. At the patients examination there was foud 20x10 cm area of induration and 4x3 cm of necrotic area on the middle of induration at suprapubic region. The patients lab results were WBC: 16520/mm3, Urea: 112 mg/dl, Creatinine: 4mg/dl, CRP: 47,5 mg/L, Platelet: 124000/mm3. The patient had macroscopic hematuria that has no history of trauma, surgery or systemic disease. The patient was diagnosed emphysematous gangrene and urgent surgery was planned, but the patient and her relatives refused surgery with their own requests and the patient was discharged.

CONCLUSİON: Mortal diseases if not treated like emphysematous gangrene and fournier must be considered from the patients that has rapidly progressive rash and nigrescence even if they have no etiological factors. The importance of the disease must be explained to the patient and the treatment must begin immediately.

KEYWORDS: Emphysematous gangrene, mortality, Clostridium Perfringens, Clostridium Septicum

PS-0751 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Survive Life With 2,2 Hemoglobin And 6.8 Hematocrit Level

Selim İnan, Burak Demirci, Mehmet Nihat Özüpek, Vicdan Koçak Metin, Nurullah Tarhan, Sercan Hastürkoğlu, Müge Sönmez, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Anemia is usually defined as a decrease in the amount of red blood cells or the amount of hemoglobin in the blood. It can also be defined as a lowered ability of the blood to carry oxygen. When anemia comes on slowly as our patient the symptoms are often vague and may include: feeling tired, weakness, shortness of breath or a poor ability to exercise. There

needs to be significant anemia before a person becomes noticeably pale..We will present a case; survive life with 2,2 hemoglobin and 6.8 hematocrit level.

CASE: 46 years-old woman was brought to the emergency department because of syncope by 112.

She had complaints of eating disorder, dizziness, feeling weak, or tired more often than usual. these complaints were started 3 months ago and increased with time. There was no history of chronic disease and drug use. Her vital signs was temperature of 36°C, blood pressure of 90/60 mmHg, respiratory rate of 18/min, pulse rate of 124/min,and pulse oximetry reading of 96% on room air. Her ECG showed sinus tachycardia. At physical examination the patient was conscious, oriented, neurological examination was normal. She was cachectic and had a pale skin color. Capillary refill time was prolonged, The digital rectal examination was normal. Routine blood tests were studied. In results the hemoglobin level was 2.2 g/dl, hematocrit level was % 6.8, MCV was 87.2 fl, MCH was 28.2 pg, RDW was %14.4, PLT was 60000. Other results were normal. Against the possibility of laboratory error blood taken from the patient again.The blood was sent to the labratory again but the results are as the same as first blood results. Patients were consulted to internal medicine and patients was hospitalized for detailed tests and treatment. As a result of research patient was diagnosed with MDS.

COCNLUSION: Treatments for anemia are also varied and which one is right for you depends on what is causing the anemia. Patients with mild or moderate anemia may not have any anemia related symptoms or only a few signs of tiredness. when anemia becomes severe – generally when hemoglobin drops to or below 7-8 g/dL – transfusions are often used to quickly raise hemoglobin levels to a normal range and reduce symptoms like significant fatigue and dizziness. Because anemia in chronic processes, symptoms may be delayed. In this case, our patient stayed alive with 2,2 hemoglobin and 6.8 hematocrit level.

KEYWORDS: Low Hematocrit,MDS,Severe anemia

PS-0752 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Extreme Hypernatremia - Survive Life With Sodium Value Of 198 Mmol/L

Selim İnan, Burak Demirci, Murat Ongar, Cihat Cömert, Selçuk Akoğlu, Metin Özdemir, Fatma Cesur, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Hypernatremia is a common electrolyte disturbance, most often caused by volume depletion. Hypernatremia due to sodium excess occurs less frequently. Hypernatremia associated with high mortality is defined by plasma sodium level > 145 mmol/L. It is seen in %0,3-3,5 of patients who are hospitalized. Hypernatremia is generally observed in elderly and newborn population. Manifestations of hypernatremia vary, from nonspecific central nervous system changes of nausea, vomiting, muscle weakness, restlessness, irritability, and lethargy to central nervous systemic symptoms of confusion, nystagmus, seizures, myoclonic jerks, and even death. Severe hypernatremia is defined as serum sodium > 160 mmol/L and extreme hypernatremia as > 190 mmol/L.

CASE: 82-year-old female patient was brought to the emergency department because of increasing weakness, slurred speech and confusion for one week. That had occurred for 7 days and slurred speech and consciousness for 2 day prior to presentation. It is learned that she had oral intake disorder 2 week because of urinary tract infection. The patient has a history of hypertension, diabetes mellitus and prior stroke(12 years ago).She was using ARB, hydrochlorothiazide and ecopirin 100mg. Her vital signs were temperature 37,3°C, blood pressure 110/60 mmHg, respiratory rate 18/min, pulse rate 112/min, and pulse oximetry reading of 93% on room air. On examination she had decreased skin turgor and dry mucous membranes and she had no postural drop. She had no fever and no signs of increased intracranial pressure. Results of further physical and neurological examination were unremarkable. Laboratory tests of the patient was planned. In the results her creatinine was 2,8 mg/dL, urea was 160 mg/dL, sodium level was 198 mmol/L, potassium level was 6,2 mmol/L and chlorine level was 176 mmol/L. Her ECG showed sinus tachycardia. Her treatment was started and consulted intensive care unit. She was hospitalized for 3 week and discharged in a healthy way.

COCNLUSION: It is important to identify the cause of consciousness disturbance. Severe hypernatremia with a serum sodium level of 198 mmol/L was documented upon our patient's admission. The age of the patient and the initial serum sodium concentration is the most important prognostic indicators.Finally electrolyte abnormalities should be noted under the disorders of consciousness in the elderly population.

KEYWORDS: Elderly population, Extreme Hypernatremia, Survive Life

PS-0753 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Secret Cause Of Recurrent Seizures - Bonzai

Selim İnan, Burak Demirci, Metin Özdemir, Sultan Ülgen, Fatma Yorulmaz, İsmail Ağı, Tamer Durdu, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Bonzai is a kind of of synthetic cannabinoid and it's inhalation has been associated with an increasing number of toxic side effects resulting in emergency department visits. These side effects including psychosis, tachyarrhythmia, and seizures are not typically seen with bonzai use but we can see these side effects some of the patient who use synthetic cannabinoid. We report a 24 years-old man with no prior history of neurological disease and seizures that experienced recurrent generalized tonic–clonic seizure after smoking Bonzai.

CASE: 24-year-old male patient was brought to the emergency department after generalized tonic–clonic seizure by 112.He was postictal on admission. He had no history of prior disease, seizure or drug use. It was learned from his brother that the patient uses the bonzai for 3 months.His initial vital signs were within normal values on admission, on examination he was postictal, there were no lateralization deficit,no pathological reflexes, no head injury. Laboratory tests and ecg was normal.Cranial ct was performed and there was no pathology in ct.The patient experienced second generalized tonic–clonic seizure after one hour of hospitalization.

We were studied ürine in the urine toxicology kit.At the results bonzai was positive and other toxic agents was negative. In 3 hours, he had 4 seizures.we thought bonzai related recurrent seizures in patient. He was hospitalized for 24 hours.He had no more seizures last 16 hours.He was discharged with a healty way.

CONCLUSION: Initial evaluations of a first generalized seizure are commonly performed in the emergency department. Drug toxicity is a common cause for provoked seizures. A wide variety of illicit drugs induce seizure, such as phencyclidine, inhalants, cocaine, and psychostimulants. Also in patients presenting with recurrent seizures,we should remember synthetic cannabinoids that are widely used today.

KEYWORDS: Bonzai,Seizures,Synthetic cannabinoid

PS-0754 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Pulmonary Embolism Presenting With Right Flank Pain

Uğur Bal, Fevzi Bircan Özkan, Burak Demirci, Erinç Müderris, Selim İnan, Muhittin Serkan Yılmaz
Department of Emergency Medicine,Ankara Numune Training and Research Hospital,Ankara,Turkey

BACKGROUND: Pulmonary embolism is common fatal condition which can present variety of symptoms. Dyspnea, tachypnea, and pleuritic chest pain are classical symptoms.Large embolism which located centrally may lead alteration in vital signs,syncope and hypoxia.Small emboli to distal parts of pulmonary circulation may only cause pleuritic chest pain.A patient who applied with right flank pain and mild dyspnea and was diagnosed with pulmonary embolism was discussed in this case report.

CASE: 61 years old male patient applied to emergecy room with right flank pain started the day before.his pain started sharply and did not happen before.He did not have dysuria,hematuria,abdominal pain or chest pain but mild dyspnea started with his pain.there was any chronic disease or any drug usement in his medical history. His initial vital signs were; blood pressures 130/85, pulse rates 69/min, temperature 36,6 C, respiratory rate 16 breaths/min, oxygen saturation %92.In physical examination;abdominal examination was normal,there was no tenderness,rebound and defense.In respiratory system examination,respiratory sounds were decreased in lower part of right side.Other system examinations were normal. Urine test,cbc,liver function tests,renal function tests,arterial blood gases,ekg,lung x-ray and abdominal USG were applied for diagnosis.There was microscopic hematuria in urine test and mild hypoxia in arterial blood gases test.other tests were normal.A pulmonary CT angiography applied because of hypoxia and decreased lung sounds.An embolism in the lower lobar and segmental branches of right pulmonary artery was detected in the ct angiography.He hospitalized to internal medicine service for treatment.

CONCLUSION: Pulmonary embolism (PE) is a potentially fatal disease that can be effectively treated once diagnosed.Most often patients have risk factors like immobilization,comorbid diseases,deep venous trombosis,cancer or trauma and present with classical symptoms like dyspnea,syncope,hemoptysis,tachypnea or chest pain.Atypical presentations of patients without any risk factors make it difficult to diagnose and cause misdiagnosis.Flank pain is one of the atypical symtom of pulmonary embolism.Although renal pathologies are the major cause of flank pain,clinicans must consider pulmonary and cardiovascular pathologies in the differential diagnosis.

KEYWORDS: embolism,flank,pain,pulmonary

PS-0755 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A Systemic Cause of Pruritus: Polycythemia

Uğur Bal, Burak Demirci, Erinç Müderris, Selim İnan, İrfan Kala, Murat Ongar, Muhittin Serkan Yılmaz
Department of Emergency Medicine,Ankara Numune Training and Research Hospital,Ankara,Turkey

BACKGROUND: Pruritus is a common cause of emergency visits.It is mostly caused by skin disorders like urticeria,dermatitis,infectious diseases,psoriasis or scabies and treated with antihistamines,steroids or antimicrobials.It may be one of the symptoms of renal, cholestatic, hematologic, endocrine diseases and need treatment of underlying conditions.In this case report we discussed a petient who applied because of pruritus with any past medical history and diagnosed with polycythemia.

CASE: 26 years old male patient applied to emergency room with pruritus for four hours.He had generalized pruritus in all of his body and hyperemia especially in his face.He did not have any other symptom other than pruritus.There was not any allergy history,comorbid diseases or chronic drug usement in his past medical history.He was a cigarette smoker for ten years. His vital signs were; blood pressures 140/90 mmHg, pulse rates 72/min, temperature 36,8 C, respiratory rate 14 breaths/min, oxygen saturation %99. In physical examination;he had generalized hyperemia but he did not any skin eruption like petechia or plaque.he did not mucosal edema. Other system examinations were normal.cbc,renal function tests and liver function tests applied for systemic causes of pruritus and treatment with antihistamines and hydration was started.In his blood tests Hbg:20,2 g/dL,Hct:56,7% and RBC:6,27 10 ˆ6/L.Other blood tests were normal. He consulted with hematology department.250 mg acetylsalicylic acid treatment started.He was invited to hematology policlinic for investigation.

CONCLUSION: The management of pruritis in emergency services is not a difficult problem for clinicians.But,systemic causes of pruritus may be neglected especially in young and healthy appearing patients.Simple blod tests can identify these causes. Pruritus is a defining feature of polycythemia and it may be only symtom.Detection of patients who undiagnosed before may can prevent developing of complications

KEYWORDS: polycythemia,pruritus,systemic

PS-0756 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A Rare Case in Emergency Service: Biliary Pseudolithiasis

Feruze Turan Sönmez[1], Deniz Özkan[3], Harun Güneş[1], Cemil Işık Sönmez[2], Ayhan Sarıtaş[1], Hayati Kandiş[1]

[1]*Duzce University Medical Faculty, Department of Emergency Medicine, Duzce- Turkey.*

[2]*Duzce University Medical Faculty, Department of Family Medicine, Duzce- Turkey.*

[3]*Aksaray State Hospital, Department of Radiology, Aksaray- Turkey*

INTRODUCTION: Acute cholecystitis and cholelithiasis cases are of substantial proportion among the patients admitted to the emergency department with abdominal pain.

Drug side effects may cause cholelithiasis and it is mostly overlooked. Ceftriaxone is a drug that have cholestatic side effects. Other cephalosporin derivatives don't have such a side effect. Biliary pseudolithiasis refers to an unusual complication of ceftriaxone where the drug complexes with calcium and mimics gallstones. It was first described in 1986 by Schaad et al. as "reversible ceftriaxone-associated biliary pseudolithiasis".

Some of these patients become symptomatic. It is reversed when ceftriaxone administration is stopped. Sonographic abnormalities begin to appear between days 2-22 (median 9 days) after startingceftriaxone treatment, and spontaneously regress 2-63 days after stopping treatment (average 15 days). Complete regression of sonographic findings after discontinuation of therapy helps to differ the pseudocalcules from typical gall stones.

CASE REPORT: A 30-year-old female patient with right upper quadrant pain refers to the emergency department. It becomes clear that the patient's pain had started 2 days ago. The patient had been operated for acute appendicitis 1 week ago, and is using Ceftriaxone 1 gr every 12 hours for 5 days. Blood WBC and CRP levels were found to be 14000 and 22 respectively, no other abnormality was found, including hepatobiliary functions.

On examination murphy sign was observed and the patient underwent sonography, a 14 mm hyperecogenity compatible with stones was found.

Because there was no pathology in the gall bladder according to the patient's preoperative abdominal ultrasound, the diagnosis of biliary pseudolithiasis was confirmed.

After symptomatic treatment and pain control, the patient was discharged. She was recommended to discontinue the drug and out-patient follow up by general surgery department.

No inflammation findings and no hepatobiliary damage signs were observed on blood samples on the follow-up visits on day 7 and 20. The hepatobiliary ultrasound performed by the same radiologist reported no abnormality in the gall bladder.

CONCLUSİON: Biliary pseudolithiasis related to ceftriaxone therapy is not a rare side effect. In most of the studies pseudolithiasis incidence was found to be approximately 25%, and it is more common in children.

Awareness of this complication may prevent unnecessary surgical interventions.

We would like to state once more the importance of history taking in patients

Emergency physicians should be aware of biliary pseudolithiazis which may also be seen as a side effect of ceftriaxone treatment.

KEYWORDS: Biliary pseudolithiazis, Ceftriaxone, Cholelithiasis.

PS-0757 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Cerebral Venous Sinus Thrombosis after Spinal Anesthesia: Case Report

Semih Guneysu, Harun Gunes, Fatih Guneysu, Feruza Turan Sonmez, Hayati Kandis
Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey

INTRODUCTION: Cerebral venous sinus thrombosis (CVST) is the presence of thrombosis in the dural venous sinuses, which drain blood from the brain. Symptoms may include headache, abnormal vision, any of the symptoms of stroke such as weakness of the face muscles and limbs on one side of the body, and seizures. Headache is the most common symptom of CVST, and it may also be seen after spinal anesthesia. Here, we presented a patient admitting to our emergency department due to headache occurring after application of spinal anesthesia and lasting for one week.

CASE: A 25-year-old female patient was admitted to our emergency department due to headache starting after application of spinal anesthesia for cesarean section operation, not responding to analgesic medications and lasting for one week. She stated that her headache worsened 2 days before. Her vital signs and neurological examination were normal. Intravenous normal saline infusion and analgesics were instituted. Because no improvement was seen in her symptoms cranial computed tomography scan (CT) was performed. No pathological finding was detected on the CT then magnetic resonance venography was performed. A thrombus was detected in the superior sagittal sinus, and the patient was consulted with the neurology department. Anticoagulant treatment was started with heparin, and the patient was hospitalized by the neurology department.

CONCLUSİON: CVST is a rarely seen clinical condition, and it may also be very rarely seen after spinal anesthesia. Most of the headaches occurring after spinal anesthesia respond to intravenous hydration and analgesic treatment very well. Changes in characteristics of headache and a headache unresponsive to standard treatment should alert the physician as in the case of our patient, and radiological imaging should be taken to find out the exact cause of the pain.

KEYWORDS: spinal anesthesia, headache, cerebral venous sinus thrombosis

POSTER BİLDİRİLER

PS-0758 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A Case of Neuropsychiatric Systemic Lupus Erythematosus

Harun Gunes[1], Ahmet Tekinsoy[1], Burcin Camusoglu[2], Yasin Koksal[1], Hayati Kandis[1]

[1] *Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey*

[2] *Department of Neurology, Duzce University, Duzce, Turkey*

INTRODUCTION: Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus (NPSLE) refers to neurologic, psychiatric and behavioral abnormalities seen in patients with systemic lupus erythematosus (SLE). NPSLE affects 13-75% of SLE patients. Diffuse or local involvement of nervous system may cause transient neurologic deficits or trigger a severe chronic injury. NPSLE shortens life time, and may be one of the most common and important causes of death in SLE; the other important cause is infections. The diagnosis of NPSLE is difficult, and it actually depends on clinical findings. We want to present a patient who was admitted due to various neuropsychiatric symptoms, and took the diagnosis of NPSLE.

CASE: A 66-year-old female patient was admitted to our emergency department due to complaints of headache, dizziness, chills and a feeling of sadness. Her vital signs were as follows; blood pressure: 135/79 mmHg, SpO2: 94%, pulse rate: 92 beats/minute, body temperature: 36.6 ºC. Her serum glucose level measured with a finger stick was 105 mg/dL. She had had SLE for 5 years. She was using dexamethasone, hydroxychloroquine sulfate and olmesartan medoxomil. She was confused, and partially cooperative and oriented on admission. Her Glasgow Coma Score was 11 (E2V4M5). Muscle strength examination was normal. Computed tomography scan (CT) of the brain was performed. A hypo-dense area (mass?) was present in right frontal lobe and in posterior part of right parietal lobe. The patient was considered to have NPSLE, and was hospitalized by the neurology department. Magnetic resonance imaging (MRI) of her brain was performed during her follow-up in the neurology service; the lesion seen on CT as a hypo-dense area was seen to be enlarged on MRI, and the diagnosis of NPSLE was confirmed. Unfortunately, patient's clinical condition worsened gradually, and she has died a few days later.

Conclusion: Lots of patients with neuropsychiatric symptoms admit to emergency departments every day. Some additional diagnostic test should be considered in patients with a history of SLE who admit to emergency department with such neuropsychiatric symptoms, and it should be remembered that those patients may have NPSLE which is the most common and important cause of death in patients with SLE.

KEYWORDS: systemic lupus erythematosus, neuropsychiatric symptoms, death

PS-0759 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

An Uncommon Condition in Emergency Department: Budd-Chiari Syndrome

İrfan Kala[1], Cihat Cömert[1], Pınar Cömert[2], Fevzi Bircan Özkan[1], Miray Baba[1], Fevzi Yılmaz[1]

[1] *Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[2] *Department of Internal Medicine, Ankara Ataturk Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

INTRODUCTION: Budd-Chiari syndrome obstruction of hepatic venous outflow and characterized by hepatomegaly, ascites, and abdominal pain. It can be induced by thrombotic or nonthrombotic. Malignancy is one of the etiology of thrombotic events and accounts for most of the thrombotic cases as a diagnostic criteria. Prognonsis of Budd-Chiari Syndrome is poor when untreated and with comorbid diseases. Clinical presentation vary, acute, subacute, chronic or fulminant form are the clinical types of this syndrome. In this case, we will present 42 year old woman with metastatic breast cancer diagnosed with an uncommon disease: Budd-Chiari Syndrome with acute form.

CASE: 42 year old woman presented to ED with abdominal pain which had started 2 days ago. She describes her pain initiating on epigastric area, then effects all quadrants of abdomen. Her medical history revealed nothing specific except metastatic breast cancer, operated before metastasis. Her initial vital signs were stable: BP: 105/70 mm/Hg, PR:104, RR:14-16, Temp: 37.6 °C. Physical examination showed abdominal tenderness especially on right upper quadrant and hepatomegaly on percussion. Laboratory evaluation also revealed elevated liver enzymes (ALT:143, AST:815, GGT:1164), and other elevated biochemistry parameters: LDH:8940, CK:297, Direct bilirubin: 1.25 (N:0-0.2). White blood cells: 5200/µl, serologic parameters were normal. She had no surgical history for hepatobiliary system. Patient underwent hepatobiliary sonography examination which showed dilated intrahepatic veins and hepatomegaly, which all caused by thrombosis in hepatic vein seen on sonographic evaluation. Patient was consultated to internal medicine and general surgery. Enoxaparin treatment was the primary choice of treatment, patient was hospitalised for further treatment and follow-up. She did not require surgical intervention during follow-up, symptoms resolved and her laboratory parameters were normal at the end of 5th day of treatment.

CONCLUSION: Patient with malignancy history can present to emergency departments with thrombotic events, Symptoms which require doppler ultrasound evaluation must be asked to such patients. Hepatic vein thrombosis is an uncommon presentation. Patient with jaundice, ascites, splenomegaly, hematomegaly, right upper quadrant pain, ankle edema, stasis ulcerations must anticipate hepatobiliary diseases: etc Budd-Chiari Syndrome like in our case. Our patient's symptoms occur suddenly so acute form was the diagnostic choice. Fulminant form is the occurance of end organ perfussion failure and hepatic failure, treatment can be challenging, so early diagnosis and treatment is needed for patient survival.

KEYWORDS: budd-chiari syndrome, hepatic vein thrombosis, enoxaparin, malignancy

PS-0760 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Kounis Syndrome Associated With Bee Sting: A Case Report

Arif Duran[1], Meftun Hayrettin Kaptan[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Tarık Ocak[2]

[1] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

INTRODUCTION: Kounis Syndrome (KS) is characterized by the occurrence of acute coronary syndrome (ACS) with mast cell activation that is induced by inflammatory mediators released during allergic reaction. KS was first described by Kounis as an allergic angina syndrome progressing to allergic myocardial infarction. Several causes of KS have been reported.are include a number of drug treatment (antibiotics, analgesics), various medical conditions (angioedema, bronchial asthma), and environmental exposure (ant, bee, and wasp stings).1

Benzathine penicillin G is one of the most widely used antibiotics in clinical practice, but can enhance both allergic and hypersensitivity complications.

CASE: In this report we presented, describe the case of a 53-year-old male patient admitted to our hospital who presented with shock after bee sting accompanied by angioneurotic edema, hypotension, chest pain, and electrocardiographic variations. The patient was diagnosed anaphylaxis with and treated with intravenous antihistamines and prednisolone and anticoagulant for the acute coronary syndrome. In the fallowing blood test the value of troponin marker increased. In the angiography there was no occlusion is determined in coronar blood vessels He was discharged a complete recovery and regression of electrocardiographic abnormalities within 72 hours.

Results.Kounis syndrome (KS) is a life-threatening medical condition that causes severe allergic reaction and acute coronary syndrome (ACS).

KEYWORDS: Bee sting, emergency service, Kounis syndrome

PS-0761 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Anaphylaxis Due to Hydatid Cyst Rupture: A case report

Mansur Kürşad Erkuran, Serhat İldeş, Arif Duran, Musab Medeni Zorlu
AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu

INTRODUCTION: Cystic hydatid is an important common diseases in society are inadequate environmental health and preventive medicine services in livestock is widespread. In our country, the incidence of hydatid disease in 2/100 000, prevalence of 100,000 at 50. The most common factor in disease Echinococcus Granulosus. The liver is the most commonly affected organ(%70). Echinococcus granulosus lives in the dog, intermediate hosts are often sheep and cattle. Humans are usually infected by the oral administration of eggs shed by the feces of dogs.

CASE: 3 days ago 29 year old male patient with fatigue, anorexia, malaise, periumblikal and nonspecific abdominal pain in the epigastric region improved. Day cases loss of consciousness of the patient, foaming in the mouth, urinary incontinence, convulsions, seizures like symptoms developed. Providing patients with oropharyngeal intubation was brought to us by. When the

patient was unconscious, spontaneous respiratory effort, extremity ends of the cold and cyanotic, missed urine, pulse filiformik, pupillary miotics and isochoric, light reflex was in bilateral cases can be as direct and indirect. Vital signs, arterial blood pressure: 70/40 mm Hg, pulse 77 / min-rhythmic, O2 Saturation: 100%, fever it was 36.1 degree. Abdominal examination, there was no evidence of peritonitis, there was no rigidity, there was no distension, Traube was open, the spleen was nonpalpable. Examination of the liver; 4th and 5th intercostal space submatit, while waiting for the dullness, we found 6th space in sonorite. Abdomen USG, edges approximately 60x30 mm in the right lobe of the liver tissue formation and anechoic cystic areas containing limited meandering, we met a formation. The patient's hemogram was WBC: 22.3 MONO: 6 NEU: 12.5 BASO: 1, other values came to be normal. We transport the patient to a general surgical ward. In pathological examination of liver sections after surgery came as eosinophilic germinative membrane of hydatid cyst

RESULTS: A simple redness, rash, urticarial lesions, itching, we bring our mind anaphylactic shock cases of hydatid cyst. In the same way, we should not forget this kind of hydatid cysts can progress to allergic cases.

KEYWORDS: Anaphylaxis, Hydatid Cyst, Rupture

PS-0762 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Demographic Characteristics Of The Patients That Have Applied To An Emergency Department With The Chest Pain Complaint

Arif Duran[1], Musab Medeni Zorlu[1], Ali Kaman[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Tarık Ocak[2]

[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

OBJECTIVE: Chest pain is a very important symptom that can indicate very severe pathologies. Patients with fatal conditions such as acute coronary syndrome, pulmonary embolism, pneumothorax, aortic dissection, esophageal rupture can attend to the emergency department with the chest pain complaint. Chest pain is one of the most significant and serious pathologies that should be evaluated immediately in the emergency departments. It is seen frequently in the Bolu region, so it could not be neglected. In this retrospective study, we evaluated the demographic characteristics of patients that had attended to the emergency department with chest pain in Bolu.

MATERIALS-METHODS: We evaluated 34,955 patients who had admitted to Bolu AIBU Izzet Baysal Research and Education Hospital Emergency Department in the time period of 01/01/2007-09/01/2015 with chest pain complaint. Patient files were examined and some characteristics such as age, gender, time zone of registration in a day, the registration day in a week, month, season and year were evaluated.

RESULTS: 57.1% of the patients were male (mean age 48.3±28.0), and 42.9% of them were female (mean age 50.3±30.8). The most common age range was 41-60 (32.4%), and it was followed by 61-80 (25.8%) and 21-40 (25.7%) respectively. The registrations was mostly in between 4 PM-11 PM time interval (44.8%), it was followed by 8 AM-3 PM time interval (39.3%). There was no significant difference between the days of the week, Monday was the most common day of application (15.7%), and Sunday was the least one (13.1%). We notice that applications were most frequent in March (9.3%) and December (9.3%), and infrequent in September (6.9%). By the comparison of the seasons, we find out that spring (March, April, May) was the holder of the most registrations (26.6%), the remaining seasons were similar in frequency (24.1%-24.5%-24.8%). When we look at the years of the registrations, 2014 (17.3%) and 2013 (16.2%) were the leading years, 2007 (4.1%) and 2009 (10.0%) were coming from behind with the least applications.

CONCLUSION: In connection with the development of emergency medicine unit and emergency departments, most frequent reasons of the applications should be evaluated in a detailed way and should be analyzed carefully. The analysis of the demographic characteristics of the chest pain patients will contribute to the studies in the future which will aim to reduce the morbidity and the mortality originating from the related illnesses.

KEYWORDS: Angina, emergency medicine, seasons

PS-0763 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Demographic evaluation of emergency department patients with mushroom poisoning

Bülent Yılmaz[1], Arif Duran[2], Mansur Kürşad Erkuran[2], Ertuğrul Karğı[3], Güray Can[2], Tarık Ocak[4], Uğur Korkmaz[2], Mevlüt Kurt[2]

[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Gastroenterology Training Clinic, Bolu*

[2]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medicine Training Clinic, Bolu*

[3]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Generel Surgery Training Clinic, Bolu*

[4]*Istanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medicine Training Clinic,Istanbul*

OBJECTIVE: This study aimed to assess the demographic characteristics and complaints of patients who presented to the emergency department due to mushroom poisoning.

METHOD: The study was conducted on patients who presented to the emergency department with mushroom poisoning between 2007 and 2014. The patient's demographic characteristics, complaints and seasonal variation of mushroom poisoning cases were evaluated.

RESULTS: Mushroom ingestions accounted 13% (648 cases of 4975) of all poisonings were reported to emergency department, where 60% of them were female. Mean age of female and male were 39.7 ± 18.7 and 41.3 ± 19.4 years, respectively. Most of the poisonings occurred in autumn (51.4%). Abdominal pain was the most common sign (44.4%) followed by diarrhea (30.6%), nause (9.3%), anorexia (9.3%), vomiting (5.6%) and weakness (0.9%)

CONCLUSION: Mushroom poisoning still remains as an important public health problem. Mushroom poisoning in Bolu and envira were mostly diagnosed in patients younger than 40 years and in autumn. Most of the patients recovered without any problems

KEYWORDS: Emergency unit, mushroom, demographic

PS-0764 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Nursing in the intensive care unit of emergency department

Arif Duran[1], Elif Uysal[2], Mansur Kürşad Erkuran[1], Musab Medeni Zorlu[1], Tarık Ocak[3]

[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Critical Care Unit, Bolu*

[3]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

OBJECTIVE: Intensive care units of emergency departments are very new in intensive care medicine in our country. In this study, our aim was to increase the productivity and the service quality of an emergency department ICU.

MATERIALS-METHODS: We evaluated the hospitalized patients at the Bolu Public Hospitals Association Bolu Abant Izzet Baysal University Izzet Baysal Research and Education Hospital Emergency Department Intensive Care Unit in the time period of 01/09/2014-25/02/2015. Patient characteristics such as age, gender, application time, length of stay in hospital, the need for mechanical ventilation and the way of discharge from hospital were evaluated statistically.

RESULTS: There was 158 patients who were hospitalized at Bolu Public Hospitals Association Bolu Abant Izzet Baysal University Izzet Baysal Research and Education Hospital Emergency Department Intensive Care Unit in the time period of 01.09.2014-25.02.2015 for their complaints. 68 (43,03%) of the patients were male (mean age 61,36±23,27), and 90 (56,97%) of them were female (mean age 61,36 ±23,27). Mean length of hospitalization in the emergency department ICU was 7,58±12,73 (min 1;max:84) days. Most common diagnosis was respiratory illness (30 patients), and the second one was poisoning (28 patients). When we look at the discharge ways of these patients from the ICU, 48 of them were sent to other wards, 74 of them discharged from the hospital, 28 of them became exitus and 8 of them are still staying in our intensive care unit. Tracheostomy has been performed to 11 patients by the help of bronchoscopy. 34 patients in the ICU has been sent to other clinics.

CONCLUSION: In intensive care units, the productivity and the quality of the service are essential in the range of admission, observation, treatment and discharge from the hospitals.

KEYWORDS: Emergency, intensive care, patient follow-up.

POSTER BİLDİRİLER

PS-0765 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

The Effect of Non Invasive Ventilation Application to the Hypercapnic COPD Patients on the Cost in an Emergency Department

Arif Duran[1], Tarık Ocak[2], Özlem Kar Kurt[3], Abdullah Demirhan[4], Fahrettin Talay[3], Mansur Kürşad Erkuran[1]

[1] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

[3] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Chest DiseaseTraining Clinic, Bolu*

[4] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Anesthesiology and Reanimation Training Clinic, Bolu*

OBJECTIVE: The main cause of the increase in COPD assessment cost in hospital is acute exacerbations. While treating the acute hypercapnic respiratory failure in asociation with the acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), non-invasive ventilation is more efficious than standardized medical therapy in a several aspects. In this study, we evaluated the relationship between the hospitalization costs of patients who were applied NIMV and who were not applied.

MATERIALS-METHODS: 69 patients who have applied to Abant Izzet Baysal University Faculty of Medicine Emergency Department and whom age range was between 30 and 80 were included in this study. Standardized traetment protocol was applied to the patients. After that, necessary time interval were determined in the pressure range of 8 cmH2O in inspirium and 5 cmH2O in expirium according to patient needs, by the help of standardized BIPAP "Sullivan Nasal VPAP (Variable Positive Airway Pressure) and nasal mask, and BIPAP was applied. The costs during discharge were examined.

RESULTS: We evaluated 69 cases who have applied with an acute exacerbation of COPD. All the cases were in a hypercapnic situation (PaCO2>45 mmHg). 35 cases were applied a standardized medical treatment, and the remaining 34 cases were applied a noninvasive positive pressure ventilation (NPPV) with bilevel ventilation in addition to the standardized medical treatment. In the COPD patients who were applied NPPV, the hospitalization costs were less than the costs of patients who were not applied NPPV in a statistically signficant degree (p<0,05).

CONCLUSION: Noninvasive positive pressure ventilation usage in patients who are applied to the emergency room with COPD acute exacerbation is found to be effective in reducing the hospitalization length and hospitalization costs.

KEYWORDS: COPD, NPPV, Cost effectivite

PS-0766 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Novel Hematologic Markers in the Determination of COPD Treatment Protocol in Emergency Department

Arif Duran[1], Tarık Ocak[2], Zehra Yaşar[3], Mansur Kürşad Erkuran[1], Fahrettin Talay[3]

[1] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

[3] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Chest DiseaseTraining Clinic, Bolu*

OBJECTIVE: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patients applying to the emergency rooms are usually in an unstable position, and it is usually accompanied with the fear of death. Despite the treatment of COPD acute exacerbations, 25% of the cases requires mechanical ventilation. The aim of our study is the investigation of PLT and MPV value usefullness in the treatment of COPD acute exacerbation in emergency department.

MATERIALS-METHODS: In this study, we evaluated the patients that have applied to Abant Izzet Baysal University Emergency Department in the age range of 30 to 80 years old. 35 patients were discharged after their primary treatment. 34 patients were applied NIMV in addition to their primary treatment. The patients were applied standardized treatment protocol. Before their treatment protocols, hemogram values were checked. After that, necessary time interval were determined in the pressure range of 8 cmH2O in inspirium and 5 cmH2O in expirium according to patient needs, by the help of standardized BIPAP "Sullivan Nasal VPAP (Variable Positive Airway Pressure) and nasal mask, and BIPAP was applied.

RESULTS: Totally 69 patients were included in this study. In group 1, there was 35 patients who have discharged after their primary treatment. Group 1 had 12 female and 23 male patients with the mean age of 69,31±10,63. In group 2, there was totally 34 patients containing 12 female and 22 male with the mean age of 72,17±7,93. There was no statistically significant age and gender difference between the groups. In a similar way, there was no statistically significant difference between MPV, RDWCV, RDWSD, PCT and PDW values.

CONCLUSION: While we are determining the treatment protocol of COPD patients in emergency departments, some forgotten values in hemogram results should be evaluated in an another aspect, so it can be used more advantageously.

KEYWORDS: KOAH, hemogram, marker

PS-0767 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

MCV and MPV values in the determination of COPD treatment protocol in emergency department

Arif Duran[1], Tarık Ocak[2], Zehra Yaşar[3], Mansur Kürşad Erkuran[1], Fahrettin Talay[3]

[1] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

[3] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Chest DiseaseTraining Clinic, Bolu*

OBJECTIVE: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patients applying to the emergency rooms are usually in an unstable position, and it is usually accompanied with the fear of death. Despite the treatment of COPD acute exacerbations, 25% of the cases requires mechanical ventilation. The aim of our study is the investigation of PLT and MPV value usefullness in the treatment of COPD acute exacerbation in emergency department.

MATERIALS-METHODS: In this study, we evaluated the patients that have applied to Abant Izzet Baysal University Emergency Department in the age range of 30 to 80 years old. 35 patients were discharged after their primary treatment. 34 patients were applied NIMV in addition to their primary treatment. The patients were applied standardized treatment protocol. Before their treatment protocols, hemogram values were checked. After that, necessary time interval were determined in the pressure range of 8 cmH2O in inspirium and 5 cmH2O in expirium according to patient needs, by the help of standardized BIPAP "Sullivan Nasal VPAP (Variable Positive Airway Pressure) and nasal mask, and BIPAP was applied.

RESULTS: Totally 69 patients were included in this study. In group 1, there was 35 patients who have discharged after their primary treatment. Group 1 had 12 female and 23 male patients with the mean age of 69,31±10,63. In group 2, there was totally 34 patients containing 12 female and 22 male with the mean age of 72,17±7,93. There was no statistically significant age and gender difference between the groups. In a similar way, there was no statistically significant difference between MPV, RDWCV, RDWSD, PCT and PDW values.

CONCLUSION: While we are determining the treatment protocol of COPD patients in emergency departments, some forgotten values in hemogram results should be evaluated in an another aspect, so it can be used more advantageously.

KEYWORDS: KOAH, hemogram, MCV

PS-0768 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Demographic Characteristics of the Patients Suffering from Mushroom Poisoning in Bolu

Arif Duran[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Bülent Yılmaz[2], Tarık Ocak[3], Musab Medeni Zorlu[1]

[1] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Gastroenterology Training Clinic, Bolu*

[3] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

OBJECTIVE: City of Bolu has a lot of greenery places and it gets frequent rains. This frequent rains give rise to an increase in the diversity of mushrooms in a year. It can not be neglegted that this diversity is essential commercially. In this study, we aimed to evaluate the demographic characteristics of poisoning cases due to highly preferred mushrooms.

MATERIALS-METHODS: We evaluated the patients who had admitted to Bolu Abant Izzet Baysal University Izzet Baysal Research and Education Hospital Emergency Department in the time period of 01/01/2007-31/12/2014. Patient characteristics such as age, gender, length of stay in hospital and the way of discharge from hospital were evaluated statistically.

RESULTS: There was 648 patients who were applied to Bolu AIBU Izzet Baysal Research and Education Hospital Emergency Department in the time period of 01/01/2007-31/12/2014 with mushroom poisoning. 257 (39.7%) of the patients were male (mean age 41,32 ± 19,44), and 391 (60.3%) of them were female (mean age 39,6854 ± 18,7). Most of the patients are in the age range below 40 (351 patients, 53.4%). The most common application complaint was abdominal pain (288 patients, 44.4%), and the remaining ones are diarrhea (198 patients, 30.6%), nausea (60 patients, 9.3%), lack of apetite (60 patients, 9.3%), severe vomiting (36 patients, 5.6%) and weakness (6 patients, 0.9%) respectively. Most common applications were in the evening hours (16-24 time interveal: 53.7%) and in the months of November (15.6%) and June (14.8%). In the season of autumn (51.4%) and in the years of 2014 (29.3%) and 2010 (25.3%), registrations in the emergency department are higher than the remaining time periods. Most discharges were from the observation room of emergency department (64%), and the remaining part from the intensive care units (51 patients, 7.9%) and inpatient clinics (182 patients, 28.1%). 26 of the patients in intensive care units were sent to other medical centers.

CONCLUSION: It is obviously seen that poisoning from the mushrooms are increasing in the seasons of high mushroom growing. Most of the patients require hospitalization. If the intensive care unit observation is not enough and there is a necessity of liver transplantation, patients are sent to other medical centers.

Keywords: Emergency Service, mushrooms, poisoning,

PS-0769 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

The Effect of Non Invasive Ventilation Application to the Hypercapnic COPD patients in an Emergency Department on Blood Gases and Length of Stay in Hospital

Arif Duran[1], Tarık Ocak[2], Özlem Kar Kurt[3], Mansur Kürşad Erkuran[1], Fahrettin Talay[3]

[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

[3]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Chest DiseaseTraining Clinic, Bolu*

OBJECTIVE: Dyspnea is an uncomfortable feeling that occurs during inspiration and expiration, and it is the most important complaint of the chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. Mechanisms of the dyspnea indicates that there are a lot of underlying causes. The aim of this study is evaluation of the mechanisms of dyspnea in COPD patients and investigation of the connection between functional parameters, dyspnea scales and life quality questionnaires.

MATERIALS-METHODS: 40 patients who have applied to Abant Izzet Baysal University Faculty of Medicine Emergency Department and whom age range was between 30 and 80 were included in this study. Standardized traetment protocol was applied to the patients. Blood gas values were checked in these patients before and after the procedure. After that, necessary time interval were determined in the pressure range of 8 cmH2O in inspirium and 5 cmH2O in expirium according to patient needs, by the help of standardized BIPAP "Sullivan Nasal VPAP (Variable Positive Airway Pressure) and nasal mask, and BIPAP was applied.

RESULTS: We evaluated 40 cases who have applied with an acute exacerbation of COPD. All the cases were in a hypercapnic situation (PaCO2>45 mmHg). 20 cases were applied a standardized medical treatment, and the remaining 20 cases were applied a noninvasive positive pressure ventilation with bilevel ventilation (B□PAP Vision, Respironics Inc. Murrayville PA. ABD) in addition to the standardized medical treatment. In the COPD patients who were applied NPPV, there was a meaningful increase in pH and decrease in PaCO2, length of stay in hospital and mortality in the hospital.

CONCLUSION: Noninvasive positive pressure ventilation in an acute pulmonary failure originating from COPD

KEYWORDS: Hypercapnic, COPD, patients

PS-0770 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

During the syncope attack, asystole rythm:A case report

Arif Duran[1], Yakup Kale[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Tarık Ocak[2]

[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

INTRODUCTION: Syncope is a transient and abrupt loss of consciousness with complete return to preexisting neurologic function. It is classified as neurally mediated (i.e., carotid sinus hypersensitivity, situational, or vasovagal), cardiac, orthostatic, or neurogenic. Neurally mediated syncope is the most common and is seen primarily in young adults (%24) Cardiac syncope is the second most common type of syncope.(%18). It results from arrhythmias, mechanical abnormalities, or structural abnormalities, and is generally seen in older adults. Other causes are neurogenic (%10), orthostatic (%8), psychogenic (%2). %34 of syncope causes are unknown.

CASE: 71 years old male patient admitted to emergency department because of fainting. Fainting has occured several times before the patient has arrived to emergency department. The duration of the faint is about 20-30 seconds. Patients blood pressure is 127/82, heart rate 81, sPO2:% 94, fever 36,5 The neurological and cardiological examination is normal. Patients blood gas, electrolyte parameters are also normal. There is no sign of hemorrhage or ischemia in the brain CT. Neurology and cardiology consultations are arranged. There is no abnormality in ecocardiography and EEG. After hours of admition to the emergency department patient has another syncope attack that lasts 8-10 seconds. During the syncope attack, asystole rythm has been observed. Patient has been consulted again with cardiology. Patient has been hospitalized in the coronary intensive care unit with diagnosis of ''Sick Sinus Syndrome''.

CONCLUSİON: In the diagnosis of the syncope, examination,blood tests, ECG, radiology, are important. However in many cases, these parameters are completely normal. Evaluation and monitorization during the syncope attack could lead us to diagnosis.

KEYWORDS: Syncope, Fainting, asystole

PS-0771 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

An Unusual Presentation of Deep Anemia; PICA

Selim İnan, Burak Demirci, Şükrü Yorulmaz, Fatma Yorulmaz, İrfan Kala, Selçuk Akoğlu, Nurullah Tarhan, Muhammed Evvah Karakılıç
Ankara Numune Training and Research Hospital,Emergency Medicine,Ankara,Turkey

INTRODUCTION: Pica is characterized by an appetite for substances that are largely non-nutritive, such as paper, clay, metal, chalk, soil, glass, or sand.There are different variations of pica, as it can be from a cultural tradition, acquired taste, or a neurological mechanism such as an iron deficiency or a chemical imbalance. Worldwide, 25% to 33% of all pica cases involve small children, 20% are pregnant women, and 10% to 15% are individuals with learning disabilities. A small percentage of patients have iron deficiency anemia.

CASE: 63-year-old female patient was admitted to the emergency department with request of eating soil and sand. She had the desire to eat soil for one year. She says that this desire of eating soil and sand recently further increase. She had a history of partial gastrectomy 30 years ago and had a history of iron use. But she disused iron 2 years ago. On admission her vital signs were respiratory rate of 18 breaths/ min, heart rate of 96 beats per/min, blood pressure of 105/60 mm Hg, and hemoglobin saturation of 96% in room air. On physical examination she appeared to have a normal nutritional condition but her skin was pale and she had brittle nails. Her hemoglobin level was 4.4 g/dl, mean corpuscular volume (MCV) was 56.9 fl, mean corpuscular haemoglobin concentration (MCHC) 30.8 g/litre (normal range 320 to 360 g/litre) and serum ferritin was 1.5 ng/ml. Her peripheral blood smear revealed poikilo and microcytosis. Iron deficiency was the most likely cause, but further investigations (occult stool blood test, gastroscopy, colonoscopy, gynaecological examination) did not show an obvious bleeding source or abnormal Hb. 3 units of red blood replacement was received and patients were hospitalized in the internal medicine service for further investigation. After five days hospitalization, oral iron absorption tests were normal. She was discharged with starting treatment with an oral iron preparation.

CONCLUSION: We want to emphasize the importance and diagnostic utility of pica symptoms associated with iron deficiency, as well as the evolution of its symptoms. In the presence of

pica, the physician is obligated to evaluate the patient for occult blood loss and iron deficiency.Adult pica should be considered for differential diagnosis of chronic iron deficiency anaemia, particularly if other causes of abnormal iron absorption have been excluded. Finally we should consider the iron deficiency anemia in a patient with signs of pica.

KEYWORDS: Anemia, pica,sand

PS-0772 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Skin Lesion Developed Due to the Use of Allium Sativum for the Palliation of Pain in the Degenerative Osteoarthritis

Ekim Saglam Gurmen, Zeynep Saral Ozturk, Canan Akman, Ali Saglik, Tarik Ocak
Department of Emergency Medicine, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

INCLUSION: Degenerative osteoarthritis is a most commonly seen chronic rheumatismal arthritis which is revealed due to the interactions of the genetic factors, local inflammation, joint immobility, mechanical forces and biochemical mechanisms and which is characterized by the softening and destruction in the joint cartilage. It is seen very commonly in ages greater than fifty years old. Its incidence in the population is gradually increasing due to the reasons such as prolongation in the mean lifetime, increase in obesity and sedentary lifestyle which becomes prevalent. Due to the fact that the basic complaints in the osteoarthritis are pain and the restriction of function related with this pain, the first objective of the treatment is the reduction of the pain and the retrieval of the mobility. It has been focused on the antibiotic effect, antiviral, antifungal, antiprotozoon and antibacterial characteristics either of the consumption of AlliumSativum (garlic) in raw form or those of the use of its oil. The presence of sulfur compounds in higher ration in the structure of the garlic may lead to some allergic reactions. In this case, we aimed to present skin lesion developed due to the use of allium sativum for the palliation of osteoarthritis pain.

CASE: Fifty five-year old male patient referred to our emergency service due to the skin lesion complaint in both lower extremities. In the anamnesis taken from the case, it has been learnt that he applied externally extract of A. Sativum on his both lower extremities for his pain of degenerative osteoarthritis. In his physical examination, bullous-erythematous skin lesions beginning from the knee in both extremities were detected (Figure 1-2). When we considered the vital signs of our case; blood pressure was 110/0 mmHg, pulse was 78 beats per minute, respiration rate was 22 per minute and oxygen saturation was 98% and, body temperature was 36.3 0C. Consultation of the Dermatology clinic was done for the wound care of the patient and, the patient was discharged from the hospital with recommendations.

CONCLUSION: Since the main problems in the osteoarthritis are pain and restriction in mobility, the applied treatments contain solutions for these problems. The palliation of the patient is important. We suggest that the correct orientation of the patient in the pain control will prevent our patients to prefer herbal treatments such as AlliumSativum which their medical doses and their administration routes are not still clarified.

KEYWORDS: allium sativum,degenerative osteoarthritis, pain, skin lesion

PS-0773 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Sometimes Solving The Cause Of Arrest Is Like Solving The Puzzle

Aslı Yasemen Savaş[1], Süheyla Kaya[2], Tuğba Arslan Şen[2], Halil İbrahim Akdoğan[1], Özgür Demir[3]
[1] *Department of Emergency Medicine,Gaziosmanpaşa University,Tokat,Turkey*
[2] *Department of Internal Medicine,Gaziosmanpaşa University,Tokat,Turkey*
[3] *Department of Neurosurgery,Gaziosmanpaşa University,Tokat,Turkey*

INTRODUCTION: There are many causes of cardiopulmonary arrest. According the patient's history, laboratory and electrocardiogram (ECG) we may make a conclusion but sometimes it's difficult to find the answer.

CASE: 64-year-old male patient was brought to emergency department with impaired consciousness, nausea, vomit and diarrhea. He was somnolent, disorientated. His general condition was bad. He was dehydrated. His vital findings were; Glasgow coma scale score was 9, blood pressure: 110/60 mmHg, pulse rate 130 beats/min, temperature: 36.7 °C. His blood glucose level was 107 mg/dl. His arterial blood gas findings were; pH: 7.23, PaO2: 55 mmHg, PaCO2:95 mmHg, bicarbonate:19 mmol/L. In his standard twelve lead electrocardiograph there were 1 mm ST segment depressions in V4, V5 and V6 segments. His troponin level was103 ng/ml, CK-MB 11,3 ng/mL. He had been operated for laryngeal cancer for 4 years ago and tracheostomy was present. Other examination findings were normal. He was given oxygen and saline. While waiting lab test results he had first a respiratory arrest then a cardiac arrest. Cardiopulmonary resuscitation (CPR) was performed for 35 minutes by the way his tracheostomy cannula was checked and cleaned by otorhinolaryngologist. His cardiac ritm returned to sinus as 125 beats/min. Echocardiography was performed and left ventricular hypokinesia was detected. He was taken to intensive care unit and low molecular weight heparin was given twice a day with other essentials. His cardiac enzymes were detected significantly high following hours and got higher unrelated to CPR (troponin:1118 ng/ml,CK-MB:34). On the second day of hospitalization, despite not giving any hypnotic agents, he didn't wake up and to exclude any neurological event he was taken to computerized brain tomography. Subarachnoid hemorrhage (SAH) and cerebral edema was detected. Anticoagulant agents were stopped and he was referred to neurosurgery. Mannitol therapy was started. The patient died on the13th day of hospitalization.

DISCUSSION: There could be many reasons of SAH. Sometimes it's difficult to consider that is SAH the cause or the outcome. If we had a brain imaging when the patient was stabilized, we could say the cause of arrest is about central or not. Even to connect the cardiopulmonary arrest to other causes, neuroimaging shouldn't be postponed, especially as soon as the patient is stabilized.

KEYWORDS: cardiac arrest, neuroimaging, subarachnoid hemorrhage

PS-0774 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Young Patient With Esophageal Bleeding

Aslı Yasemen Savaş[1], Süheyla Kaya[2], Abdullah Özgür Yeniova[2], Umut Bingöl[2], Burak Hasgül[1]
[1] *Department of Emergency Medicine,Gaziosmanpaşa University,Tokat,Turkey*
[2] *Department of Internal Medicine,Gaziosmanpaşa University,Tokat,Turkey*

INTRODUCTION: Esophageal varices are abnormal, enlarged veins especially in the lower part of the esophagus, most often occurs in people with serious liver disease.

CASE: 30-year old woman was admitted to the emergency department with vermilion bloody vomiting two times. This is the second attack since 2008. She was diagnosed in another central as she had esophageal varices due to portal vein hypertension. She had no family and alcohol use history. She was checked for Wilson disease, but it was negative. She didn't use any drug except beta blocker that was given after she was diagnosed. She had a miscarriage and two healthy pregnancies after her first attack. Her vital signs were normal. Her blood pressure was 110/80 mmHg, pulse rate was 78/min. Her diagnostic markers of viral hepatitis were all negative and also she had a result of liver needle biopsy was totally normal. The laboratory results were; Hgb:11.9gr/dL, Hct:33.62%, Plt: 84000, INR: 1.7, PTZ: %64.63, PTZsn: 18.8,total biluribines: 1.87mg/dL,direct biluribines: 0.7mg/dL, ALT:23U/L, AST:20U/L, GGT:13U/L, ALP:55 U/L. In her hepatobiliary ultrasound her liver was in lobule view, but in normal size, and also her spleen was in normal size,too. Portal vein diameter was 12 mm. She had portal hypertension related to onset of cryptogenic cirrhosis. In her upper gastrointestinal endoscopy grade D esophageal varices was detected. She was taken to intensive care unit. Proton pump inhibitor and okreotid were given. Endoscopic Band Ligation was performed. She was discharged from the hospital after six days.

CONCLUSION: Esophageal varices due to portal hypertension most often occurs in people with serious liver disease. We wanted to present this rare case.

KEYWORDS: esophageal bleeding,serious liver disease, young patient

PS-0775 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A Case of a Half Dose Thrombolytıc Admınıstered to Pregnant Pulmonary Embolısm

Özgür Levent Yamanlar[1], Türker Yardan[1], Pınar Henden[1], Elif Sürmeli[1], Nurhan Köksal[2], Ayşenur Gök[2]

[1]*Department of Emergency Medicine, Ondokuz Mayıs University*

[2]*Department of Pulmonary Diseases, Ondokuz Mayıs University*

INTRODUCTION: Pulmonary embolism (PE) is a common vascular emergency and may lead to acute life-threatening right ventricular failure. Thrombolytic therapy is relatively contraindicated in the treatment of pregnant PE due to the risks of maternal hemorrhage and fetal loss. We presented a pregnant patient who was diagnosed with PE and a half dose thrombolytic therapy was administered in the our emergency department in this case.

CASE: Thirty-four-year-old female patient was admitted to the emergency department with complaints of progressive dyspnea and chest pain in recent days. Dyspnea was increased on exertion and there were no cough, fever. Chest pain was on the left side of her chest and sinking in breathing. The patient has experienced 1-2 minutes fainting a few hours before admitting to the emergency department. It was learned that the patient was 11 weeks pregnant.

Pulse was 140/min, blood pressure was 140/90 mmHg, fever was 36.2 ° C and respiratory rate was 30/min on physical examination at admission. Lung sounds was coarse by listening. WBC was 24260 thousand/uL Hemoglobin was 12.3 mg/dl and platelet count was 298 thousand in laboratory examination. pH was 7:32, pCO2 was 22 mmHg, pO2 was 78 mmHg, HCO 3: 11 mmol/L and oxygen saturation was 94% in blood gase analysis. D-dimer was over 10,000 (reference range: 0-499 ng/mL). The protected chest X-ray was taken by taking approval of the patient. The cardiothoracic ratio was over 0.5, right diaphragma was elevated on the chest radiograph. right ventricular diameters were significantly dilated, pulmonary artery pressure was 45 mmHg, septum was flattened and a paradoxical movement was present in echocardiography applied to the patient. The patient was hospitalized to chest disease intensive care unit with a diagnosis of pulmonary embolism with the current findings. Oxygen saturation decreased at the fourth hour of follow-up. A half dose thrombolytic therapy (Actilyse 50 mg) was administered by taking approval to patient whose sinus tachycardia was continuing and blood pressure was 90/60 mmHg. 2x0.6mg enoxaparin was administered in patients with no complication after thrombolytic therapy. The patient was discharged with 2x0.6 mg enoxaparin treatment and control recommendation on the seventh day of follow-up.

CONCLUSION: PE diagnosis should be considered in pregnant patients admitted to the emergency department for dyspnea, chest pain or syncope. The use of half dose thrombolytic therapy with less complications in pregnant patients can reach to a successful clinical outcome.

KEYWORDS: pregnant, pulmonary embolism, thrombolytıc

PS-0776 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Myelin Basic Protein and Ischemia Modified Albumin Levels in Acute Ischemic Stroke Cases

Serdar Can[1], Okhan Akdur[1], Ahmet Yıldırım[1], Gürhan Adam[2], Dilek Ulker Cakır[3], Handan Isın Ozısık Karaman[4]

[1]*Canakkale Onsekiz Mart University Faculty of Medicine, Departments of Emergency Medicine, Canakkale, TURKEY.*

[2]*Canakkale Onsekiz Mart University Faculty of Medicine, Departments of Radiology, Canakkale, TURKEY.*

[3]*Canakkale Onsekiz Mart University Faculty of Medicine, Departments of Biochemistry, Canakkale, TURKEY.*

[4]*Canakkale Onsekiz Mart University Faculty of Medicine, Departments of Neurology, Canakkale, TURKEY.*

OBJECTIVE: To investigate early diagnostic effects of serum myelin basic protein (MBP) and ischemic modified albumin (IMA) levels in patients with ischemic stroke

METHODS: In 50 patients whom presented to an emergency service with acute ischemic stroke patients evaluated with the National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) and diffusion-weighted magnetic resonance imaging (MRI). 34 healthy case included to study as control group. All patients' serum IMA and MBP level were assessed.

RESULTS: Mean IMA value was 0.52±0.25 cases with acute ischemic stroke and serum IMA levels were significantly higher than the control group ($p<0.01$). No statistical significance was observed between acute ischemic stroke group and control group related to the MBP serum levels ($P>0.05$). Statistically significant correlation was detected between the volumes of diffusion restriction on MRI and NIHSS score ($P=0.002, r=0.43$) and IMA ($P=0.015, r=0.344$) levels.

CONCLUSIONS: We have found that serum IMA levels are elevated in acute ischemic stroke cases and these levels are correlated with the ischemic tissue volume. MBP levels do not increase in early period of stroke cases.

KEYWORDS: Acute Stroke, Cerebral Ischemia, Ischemia-modified serum albumin,

PS-0777 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Case Report: Idiopathic Acute Ischemic Stroke Observed on a 19 year Old Patient

Yahya Kemal Günaydın, Aysel Çakmak Yıldız, Ramazan Köylü, Nazire Belgin Akıllı, Demet Acar, Başar Cander
Konya Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Acute ischemic stroke is a neurological disorder which appears acutely by decrease of cerebral blood flow in a certain area of the brain due to a vascular damage. This condition is the third amongst the most common diseases which cause death worldwide. It is also an important cause for morbidity in living patients. Only 4% of all stroke cases are observed between 15 and 45 years of age and some underlying causes such as drug use, protein c and s deficiency, lupus, auto-antibodies increasing the tendency to thrombosis, cocaine use exist. To present a 19 year old case with idiopathic acute ischemic stroke who do not have any cause in the etiology.

CASE: A 19 year old male patient who do not have any disease or drug use in his history referred our emergency room because of headache for 1 day. The patient referred 2 different ERs before and he was discharged after intramuscular analgesic injection. In the physical examination, he was conscious; he has orientation and cooperation. Glascow coma score was 15. Vital signs were stable. Neurological examination was normal. Systemic examination was nonspecific. Vomiting and bradycardia develop while tests and treatment of the patient was planned in the ER. He had a sinus bradycardia with a rate of 50 per minute in electrocardiography. Cardiac enzymes, laboratory tests and cerebral tomography were normal. Since vomiting and headache persisted upon analgesic and antiemetic treatment, diffusion magnetic resonance (MR) imaging was performed. Diffusion MRI showed multiple infarction sites with the largest size of 1 cm were in both cerebral hemisphere, adjacent to cerebral fourth ventricle and in left temporal area. Neurology department was consulted and the patient was admitted. There was not any underlying cause found as a result of investigations for etiology. The patient was discharged as cured 15 days after.

CONCLUSION: Although cerebrovascular events are commonly observed in middle and advanced age, it may be observed in younger age even rare. Therefore, acute ischemic stroke should be considered for young patients referring by complaints such as headache and vomiting which are unresponsive to analgesics.

KEYWORDS: Idiopathic, Ischemic Stroke, Younger patient

PS-0778 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Multifocal ischemic stroke case: right thalamic region and left cerebellum with contralateral localisation

Utku Murat Kalafat, Canan Akman, Serkan Dogan, Tarik Ocak
Department of Emergency Medicine, Kanunı Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION: Cerebrovascular disease, one of the most common cause of death in the world, has usually ischemic origin. As can be unifocal, can be seen multifocally located as well. Acute multifocal localisation ischemic infarct was found in 29 % of all stroke cases.

According to the research; vertebrobasillar artery stenosis or occlusion were detected more frequently in patients who are over 60 years of age. It was reported that vertebrobasillar artery stenosis or occlusion was more in patients who were identified infarcts in the brain stem or cerebellum and in the thalamus, medial temporal lobe or in the occipital lobe.

In our case the occlusion has been identified in the vertebral artery Color Doppler Ultrasonography (USG) which is performed in emergency services. It supports the brain diffusion magnetic resonance imaging (MRI) data of our patients. In addition, in 25 of 39 atherosclerotic disease cases which had hypertension in 85%, diabetes in 23% in past; multifocal localisation with cerebral infarction was detected. Isolated thalamic infarction was not observed in any of these cases.We aimed to present a rare right thalamic region and left cerebellum with contralateral localisation, multifocal ischemic stroke case.

CASE REPORT: 60-year-old female patient with a history of hypertension and DM, was brought up with a loss of strength on the left side, dizziness and slurred speech to the emergency medicine department. Vital signs; blood pressure was 180/90 mm/Hg and heart rate was 80/min. Her ECG revealed a normal sinus rhythm. She was conscious, cooperative and oriented in

neurological evaluation. The left upper and lower extremity muscle strength was detected 3/5. It was detected no acute pathology except chronic ischemic changes in the head tomography. Restricted diffusion; which was consistent with acute infarction; up 3.5x2.5 cm in diameter at the subcortical area of left cerebellar hemisphere, 4 mm diameter at anterior cerebellar lob level, up to the level of hippocampus in the thalamus and medial temporal lobe at right, was observed in the brain diffusion MRI. Color doppler USG of blood vessels in the neck was demonstrated bilateral vertebral arteries occlusion. Thrombus was not observed in echocardiography. She was admitted to the neurology department for follow-up and treatment.

CONCLUSİON: Consequently, ischemic lesions can be seen multifocally located both in the cerebrum and the cerebellum in cardioembolic stroke. These symptoms should make us to consider bilateral vertebral artery occlusion as well as embolic stroke.

KEYWORDS: Contralateral localisation, ischemic stroke, multifocal

PS-0779 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A rare case of multicentric ischemic stroke induced in Mobitz type II atrioventricular block

Utku Murat Kalafat, Canan Akman, Turker Karaboga, Tarik Ocak
Department of Emergency Medicine, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION: Ischemic stroke is defined as any damage to the central nervous system that is caused by interruption of blood flow. Over 730,000 new stroke cases occur in the United States annually, of which 27% result in death. The reason for ~50% of cardiovascular-based embolic strokes is atrial fibrillation (AF). However, stroke might cause cardiac arrhythmias such as atrial tachycardia, ventricular tachyarrhythmia, atrioventricular (AV) conduction disturbances, and QT anomalies. Here, we present a multicentric ischemic stroke that was induced by Mobitz type II AV block.

ACUTE STROKES CAN BE CLASSİFİED İNTO TWO GENERAL SUBTYPES: ischemic (80–85%) and hemorrhagic (15–20%). Atherothrombosis, embolism, and hypoperfusion are among the most frequent reasons for ischemic strokes. Iscehmic stroke is often observed together with cardiac arrhythmias such as AF, sick sinus syndrome, and sinus tachycardia. However, a proportion of acute ischemic stroke patients might have cardiac complications such as systolic dysfunction, troponin elevation, AF, or ischemic changes on ECG. Several conditions including atrial tachycardia, QT anomalies, early repolarization findings, supraventricular tachycardia, and torsades de pointes, which is caused by cerebral ischemia, have been encountered in observed cases.

CASE REPORT: A 60-year-old male presented with back pain and lower extremity weakness. He had diabetes mellitus type 2, hypertension, and four lumbar disc hernia. He had normal vital parameters. His electrocardiography (ECG) revealed a normal sinus rhythm. Laboratory analyses revealed that his blood electrolytes were normal. When he was observed in the emergency department, his consciousness and orientation were deteriorated. His vital signs changed to a blood pressure of 120/80 mmHg and a heart rate of 40 beats per mınute. His ECG demonstrated a Mobitz type II AV block. The strength in the patient's lower extremities and Babinski reflex were normal, but deep tendon reflexes were decreased. No acute pathology was detected in a head tomography. Brain diffusion magnetic resonance imaging (MRI) data revealed multiple nodular and linear hyperdensity lesions that were evaluated as acute ischemia. He was hospitalized to the intensive care unit for observation by a neurologist and cardiologist after a transcutaneous cardiac pacemaker had been applied.

CONCLUSSİON: Stroke patients who are admitted to the emergency department should be observed clinically and undergo continuous cardiac monitoring. We suggest that this positively affects mortality and morbidity by allowing the early diagnosis and treatment of serious heart rhythm abnormalities.

KEYWORDS: Ischemia, Mobitz type 2 AV block, multicentric

PS-0780 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Is It Carbon Monoxide Poisoning?

İbrahim Çaltekin, Bülent Demir, Erdal Demirtaş, Hasan Kılıç, Emre Gökçen, Dilek Atik, Sevgi Yumrutepe
Department of Emergency, Malatya State Hospital, Malatya, Turkey

OBJECTIVE: Hypoglycemia is a syndrome characterized by a falling plasma glucose concentrations up to create symptoms. Glucose threshold contacts between the plasma glucose values is very variable but < 50 mg / dl is considered to be a threshold value for hypoglycemia. Whipple trilogy presence is essential in the diagnosis of hypoglycemia. The three criteria for the diagnosis of hypoglycemia should be determined once. Whipple trilogy: low blood sugar levels, presence of clinical symptoms and serum blood sugar symptoms of hypoglycaemia normals updated (sugar is received).

CASE: A 68 years old female patient was brought to emergency department as a CO poisoning by ambulance nurses. Her clinic was consciousness, nausea and vomiting. Patient relatives found the patient lying unconscious on the floor. They said that food was burned out. Her vital signs were; 110/70 blood pressure, 104 pulse, 98 saturation of oxygen and 30mg/dl stick blood glucose. Also a blood gas analysis was checked and the results were; 7.31 pH, 32 PO2, 42 PCO2, 22 HCO3, and 1 carboxyhemoglobin. Patient's symptoms improved after treatment with dextrose. After 8 hours of observation the patient was discharged in a healthy way.

CONCLUSION: Hypoglycemia imitate many clinics is an insidious condition that can result in death. Making the blood sugar control of all patients admitted to the emergency department with the blurring of consciousness provides the detection of a serious condition such as hypoglycemia.

KEYWORDS: Consciousness, Emergency Department, Hypoglicemia

PS-0781 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Sildenafil Associated Ischemic Stroke: An Interesting Case Report

İrfan Kala[1], Binnur Eşfer[1], Özkan Özmuk[2], Berkin Karapınarlı[1], Berkay Mevlanaoğlu[1], Seher Dinçer[1], Ercan Özler[1], Muhittin Serkan Yılmaz[1]
[1]*Emergency Department, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*
[2]*Neurology Department, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

INTRODUCTION: Sildenafil is prescribed for millions of males all around the world with erectile dysfunction. Risk for cardiovascular events with sildenafil use is well studied before but there are not enough reports for stroke risk associated with sildenafil. Stroke is the ischemia of the brain tissue due to insufficient blood supply caused by either thromboembolism or intracranial hemorrhage and common in emergency departments. We want to share our experience with an interesting case who used 150mg of sildenafil and then faced ischemic stroke.

CASE: 59 year old male patient was presented to our emergency department by his housemates with the symptoms of weakness of right side of body and disability to talk. Patient has no medical and no chronic treatment history. His housemates said that he was alone at home and used 3 pills (sildenafil). After they left home, he had been alone for the next 24 hours, occasionally they met the patient at home with his weakness of right side of his body and disability of talk. His initial physical examination showed right hemiparesis (motor strength 2/5) and dysarthria. Patient's cooperation was lacking and unconscious. There were no traumatic sign during examination. ECG demonstrated normal sinus rhythm. Vital signs were stable (BP:145/80 mm/Hg, PR: 70/min, SaO^2: 97%). He underwent CT imaging study and we showed wide subacute ischemic area on his temporo-occipital. Patient was hospitalised in neurology department for further treatment and follow-up, enoxaparin, acetylsalicylic acid, mannitol, so that the patient were discharged after 10 days with mild sequelae of dysarthria and 4/5 motor strength of ride side of his body.

CONCLUSION: Sildenafil use is a risk factor for cardiovascular events, its role in ischemic stroke is not yet known enough. There are case reports of ischemic stroke associated with sildenafil use. However, sildenafil use in treatment of ischemic stroke of rats also was reported. Our patient had no medical history for the risk factors of ischemic stroke so the only factor caused this situation seemed to be sildenafil. Physicians should be careful while prescribing sildenafil to the patients with ischemic stroke and cardiovascular risk factors and patients should be warned not to use over 50 mg which is the dose for initial treatment for erectile dysfunction. Our patient used 150mg of sildenafil which is excessive and it is the only risk factor for his condition. But, more studies needed to say exactly that sildenafil is associated with stroke.

KEYWORDS: sildenafil, stroke, neurology

PS-0782 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Abscess Invasion to Entire Right Lung

Selcuk Coskun, Gulhan Kurtoglu Celik, Cagdas Yıldırım, Ferhat Icme, Gullu Ercan Haydar, Servan Gokhan
Department of Emergency Medicine, Ankara Ataturk Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: A lung abscess is a pus-filled cavity in the lung surrounded by inflamed tissue and caused by an infection. The infection causes tissue to die, and pus collects in that space. Abscesses rupture into an airway and ruptured abscess leaves a cavity in the lung that is filled with fluid and air. Computed tomography is helpful in the detection of lesion or for differential diagnosis of abscess. It is very rarely spreading of abscess nearly whole lung. Herein we report abscess invading entire right lung.

CASE PRESENTATİON: A 42-year-old man with the complaints of cough, sputum, fever was admitted to our emergency department. In his past medical history; he was under the treatment of clarithromycin for a week. On physical examination, he had diminished breath sounds, rales and bronchial sounds in right lung. On laboratory, he had 18000 white blood cell per microliter of blood and CRP 28 mg/dl (0-0,5 Normal reference range). Other blood parameters were normal. Radiography was obtained and revealed a cavity in the lung that is filled with fluid and air. Performed tomography scan was showed the abscess overlaying entire right lung (fig1, 2). He was consulted with pulmonologists and thoracic surgeon and admitted to chest disease ward.

CONCLUSION: Lung abscess can spread to the entire one lung. In this circumstance, it can be misdiagnosed as diaphragm herniation, empyema and necrotizing tumor. Computed tomography is helpful in the detection of lesion or for differential diagnosis of abscess.

KEYWORDS: Abscess, Abscess Invasion, Lung, Lung Abscess

PS-0783 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Massive Bullous Lung Associated with Acute Respiratory Distress

Selcuk Coskun, Gulhan Kurtoglu Celik, Yavuz Otal, Ferhat Icme, Gullu Ercan Haydar, Ayhan Ozhasenekler
Department of Emergency Medicine, Ankara Ataturk Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Bullous lung disease is an uncommon cause of respiratory distress. In patients with severe emphysema, discrete emphysematous bullae have been shown to functionally impair pulmonary mechanics and result in diminished exercise capacity and even acute respiratory distress. Bullae which enlarge enough to compress adjacent lung tissue are best diagnosed by CT. A "double-wall sign" on chest CT, demonstrating air on both sides of the bulla wall, signifies an associated pneumothorax with the bulla.

CASE PRESENTATİON: A 60-year-old man with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) presented to the emergency department (ED) complaining of worsening shortness of breath and respiratory distress. He has had multiple prior hospital admissions for respiratory failure for COPD exacerbation.

On physical examination, the patient had diminished breath sounds and diffuse expiratory wheezing. An arterial blood gas (ABG) in the ED revealed a pH 7,186, PaCO2 77,5 mm Hg, PaO2 75,5 mm Hg and SaO2 89. On laboratory biochemical parameters are normal except CRP 2 mg/dl (0-0,5 Normal reference range), blood glucose 171 mg/dl. On admission chest radiography was obtained and revealed bilateral lucency without evidence of pneumothorax. Chest computed tomography (CT) demonstrated multiple massive bullae formation (fig1-2). He was consulted with pulmonologists and thoracic surgeon and admitted to chest disease ward.

CONCLUSION: Bullous lung disease is one of the rare causes of shortness of breath and COPD can be the underlying disease. It can be misdiagnosed as pneumothorax and differential diagnosis can be made via thorax tomography. pneumonectomy is a treatment option in patients with early stage, although advanced cases as in our patients are at the forefront of medical approaches.

KEYWORDS: Bullous Lung, Respiratory Distress, Massive Bullous Lung, Respiratory Distress syndrome, lung

PS-0784 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Diagnosis in the Patient Referring to Emergency Service with Low-Back-Hip Pain: Inflammatory Myopathy

Ekim Saglam Gurmen, Turker Karaboga, Utku Murat Kalafat, Rabia Yolun, Tarik Ocak
Department of Emergency Medicine, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION: Inflammatory myopathies are a rare group of acquired muscle diseases. The most common subtypes are dermatomyositis, polymyositis and inclusion body myositis. While Polymyositis are seen in adults, Dermatomyositis is seen either in adults or in children. Dermatomyositis and polymyositis give sign with symmetric muscle weakness where as inclusion body inclusion myositis give with asymmetric muscle weakness. Patients complain of problems in the activities concerning upper arm and upper leg such as inability of standing up (e. g. from chair, armchair), difficulty in ascending a ladder or in climbing, difficulty in reaching down to something, difficulty in combing hair. On the other hand, in inclusion body myositis, fall with flexion of knee due to the involvement of quadriceps muscle is seen in higher ration in the earlier stage. In this case, we aimed to present the diagnosis of inflammatory myopathy detected in a patient referred to emergency service due to low-back pain.

CASE: A thirty-year old male case referred to our emergency clinic due to low-back and hip pain complaint. In the anamnesis, he described weakness at the right leg persisting for two last days. In the physical examination, the dorsiflexion and the plantar flexion of the right leg were detected in 1/5 force. His vital signs were stable. Neurology consultation was requested for the case with the pre-diagnosis of inflammatory myopathy and sciatic neuropathy. In the acquired Magnetic Resonance Imaging examination of the pelvic-lumbar region, signal alterations in favor of inflammatory myopathy were detected in right gluteal muscles, in ileopsoas muscle, in the inferior portion of the internal pudental muscles, in anterior and posterior group thigh muscles. Electromyography (EMG) and administration of cefuroxime axetil were recommended for the patient while assessing the patient by the Neurology Department. The patient was discharged from the hospital with the recommendation of prescription of cefuroxime axetil and that of control of outpatient clinic.

CONCLUSION: Clues against this group of diseases that are seen occasionally can be found by means of detailed physical examination and anamnesis that will be performed in due to referrals to emergency services with the detected low-back and hip complaints. Muscle weakness complaint that begins at the later periods in the patients and, that can be progressive may be signs suggesting inflammatory myopathies.

KEYWORDS: Myositis, dermatomyositis, polymyositis, myositis, inclusion body

PS-0785 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Trauma due to Mobitz Type 2 Atrioventricular Block

Harun Gunes, Ozlem Akman, Feruza Turan Sonmez, Ayhan Saritas
Department of Emergency Medicine, Duzce University, Duzce, Turkey

INTRODUCTION: Trauma cases including both falls and falls from a height are responsible for a significant portion of emergency department admissions. Although falls may occur due to some simple causes like inattention, they may also occur as a result of syncope. Additionally, syncope may be seen after a fall. Syncope is a transient, self-limited loss of consciousness with an inability to maintain postural tone followed by spontaneous recovery. Syncope accounts for 2% of emergency department admissions and 6% of hospitalizations. Although syncope is commonly a benign vasovagal event, it may also point out a life-threatening dysrhythmia such as a sustained or non-sustained ventricular tachycardia. It may less commonly be caused by neurologic problems and other cardiovascular pathologies like pulmonary embolism, aortic dissection or ruptured abdominal aortic aneurysm. It may also very rarely be seen secondary to an atrioventricular (AV) conduction defect like Mobitz Type 2 AV block and complete AV block. We want to present a case of syncope occurring due to a Mobitz Type 2 AV block.

CASE: A 55-year-old male patient was brought to our emergency department after a fall. He was confused on admission and stated that he did not feel his body. He did not have any obvious external lesions. X-rays for trauma, computed tomography scan (CT) of the brain and cervical, thoracic and lumbar vertebrae, ultrasonography of the abdomen and complete blood count, serum biochemistry tests and cardiac marker levels were all seen to be normal. While his diagnostic tests have been continuing his level of consciousness became totally normal, and it was learned he had been suffering from dizziness for approximately one month. His neurologic examination was repeated, and no pathological findings were detected. Because his brain CT, cardiac marker levels and the other laboratory test results were normal, too, his electrocardiography (ECG) was taken, and Mobitz Type 2 AV block was diagnosed (Figure 1). The patient was consulted with Cardiology Department, and hospitalized for further evaluation and treatment.

CONCLUSİON: Syncope may be the causative agent in some of the patients admitting to emergency department due to a trauma like a fall. A detailed history of the chief complaint and past-

medical history, a detailed physical examination with special attention on cardiovascular and neurologic abnormalities and ECG are very important in the differential diagnosis of syncope. The patient should carefully be evaluated for possible cardiovascular etiologic factors, and patients at risk should be hospitalized.

KEYWORDS: syncope, fall, Mobitz Type 2 AV block

PS-0786 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Togetherness of Sexual Assault and Acute Kidney Failure: Case Report

İrfan Kala[1], Mehmet Nihat Özüpek[1], Nazlı Aksoy Kala[2], Binnur Eşfer[1], Nurullah Tarhan[1], Miray Baba[1], Fevzi Yılmaz[1], Cihat Cömert[1]

[1] *Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[2] *Department of Obstetrics and Gynecology, Zekai Tahir Burak Women's Health Care, Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

INTRODUCTION: Sexual assualt is inappropriate sexual behaviour against a person and it is distinguished from other assaults by the mechanism of force. Injury associated with sexual assault vary by the extend of force, from mild symptoms to life threatening multiorgan system trauma. Signs of sexual assault include presence of blood or sperm, lacerations, contusions, abdominal trauma, joint dislocation, mechanical back pain and the lesions of genital organs caused by sexually penetration. Wide skin lesions such as ecchymosis may be the signs of crush injury of patient and here we present a patient facing acute kidney failure after sexual assault.

CASE: 22 year old female patient presented to our emergency department (ED) after a sexual assault about 12 hours ago before arriving to ED. She had complains with wide joint and extremities pain and emotional stress. She said that she was assaulted by three males with sticks and hands to abuse her sexually and that she resisted not to let them abuse so that they got angry and started torturing. She seemed to be crying with stable vital signs. At once, it is though to be a criminal situation only beside a medical problem. Once the patient was undressed completely due to note the skin lesions, wide ecchymosis through all over the body were seen. Physicial examination revealed out mild abdominal tenderness with mild costovertebral angle tenderness, joint tenderness, edema and ecchomosis of four extremities. She denied genital trauma. Vital signs were stable (BP:110/60mm/Hg, PR:98/min, SaO^2:96%, BT:36.7°C). Laboratory evaluation was decided to be performed due to presence of abdominal and costovertebral angle tenderness. WBC:14900/µl, Creatinine:3.25 mg/dL, BUN:111 mg/dL, Sodium:126mmol/L, and mild hematuria in urine sample test. Other evaluations (Liver enzymes, cardiac enzymes, other electrolytes) were normal. She denied having a medical history such as chronic kidney disease. Patient was hospitalised and followed-up for acute kidney failure condition. Her creatnine value at the 6th day of hospitalisation was 0.98 mg/dL, BUN:18 mg/dL.

CONCLUSION: Multiorgan system trauma associted with sexual assaults is uncommon in emergency departments but it is one of the conditions that an ED physcian must be aware alongside genital trauma. We connect the acute kidney failure of our patient with the wide trauma to the extremities followed by collection of myoglobin into glomerules so the filtration of plasma decreased. Appropriate IV fluid treatment shows improvement of kidney functions so creatinine level turns to be normal.

KEYWORDS: acute kidney failure, sexual assault, woman.

PS-0787 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acute Demyelinating Motor Neuropathy: Case Report

Metin Özdemir, İrfan Kala, Sercan Hastürkoğlu, Binnur Eşfer, Murat Ongar, İsmail Ağı, Fatma Yorulmaz, Sultan Erdil Ülgen, Muhammed Evvah Karakılıç
Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTIOIN: Acute inflammatory demyelinating polyneuropathy (AIDP) is an autoimmune process followed by progressive weakness and mild sensory changes. This inflammatory process effects directly myelin components which results in clinical symptoms. Both cellular and hormonal mechanism play role in this condition. Demyelinisation of neurons especially occurs in motor neurons and motor symptoms are the dominant situation clinically. Subacute ascending paralysis creates the majority of cases. The incidence is 0.6-1.7/100,000 cases per year. Cerebrospinal fluid evaluation may show albuminocytologic dissociation, i.e: Guillain Barre. Electromyography is the helpful tool of diagnosing the conditions created acute demyelinating neuropathies.

CASE: 48 year old male patient with complaints of weakness on upper extremities presents to ED. He admits that he faced the weakness of lower extremities and couldn't be able to walk 1 week ago and that he presented to another emergency department either. He denies infection, trauma or orther medical history such as chronic diseases. His vital signs were stable. Initial physicial examination showed motor strength 5/5 in both lower extremities and 2/5 in moth upper extremities. Sensory examination was normal in all four extremities. Cerebellar tests were also normal. Neither urine nor fecal incontinence was described. Bilaterally pupil light reflexes, gag reflex, cranial nerve examination were normal except the weakened deep tendon reflexes in upper extremities. Patient underwent servical and diffusion MR imaging and there was no pathologic finding. Patient was hospitalised by neurology clinic for further evaluation and treatment. Electromyography was performed to patient which showed motor function loss in upper extremities. It was thought to be demyelinisating motor neuropathy. Patient's symptoms improved spontaneously without a treatment and need for ventilation support or other medical support didn't occur. He was discharged from neurology clinic 10 days later without any sequela.

DISCUSSION: Patients with ascending paralysis of the extremities with a history of infection generally 7-10 days before clinical appearance of weakness occur must be accepted as Guillain Barre and further tests and treatment must be performed to avoid clinical complications such as respiratory failure. Our patient's symptoms clinically resolved spontaneously so that cerebrospinal fluid evaluation was not considered by neurology clinic to avoid complications of lumbar puncture. Electromyography and symptoms described by patient were the diagnostic clues. Once the patient develops serious symptoms, we must think also other diseases such as from poliomyelitis, the most common acute paralytic syndrome so that aggressive treatment may be initiated.

KEYWORDS: demyelinating neuropathy, neurology, weakness

PS-0788 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A Rare Cause of Fever in Emergency Department; Falciparum Malaria

Pınar Henden, Özgür Levent Yamanlar, Latif Duran, Celal Katı, Hızır Ufuk Akdemir
Department of Emergency Medicine, Ondokuz Mayıs University, Samsun

INTRODUCTION: One of the most frequent presenting complaints to the emergency department (ED) is fever. Malaria is a parasitic disease which causes disease in an estimated 250-500 million people per year and the death of more than 1 million people a year in tropical countries. Although plasmodium vivax malaria is seen most often in our country, plasmodium falciparum malaria is more common in patients with a history of overseas travel. We aim to present a malaria case admitted to the emergency department with high fever and altered mental status.

CASE: Fifty-two-year-old male patient was brought to the ED by relatives due to the headache, chills, fever and change of consciousness during periods of febrile. It was stated that patient's this complaints had started five days ago and increased progressively without any inconvenience in the past. It was learned that the patient had lived for six months in Africa and returned to Turkey ten days ago.

The patient's general condition was medium, the patient's consciousness was confused, the patient was cooperative and oriented. Blood pressure was 150/90 mmHg, pulse was 110/min, fever was 39°C, respiration was 26/min. Systemic examination was normal and organomegaly or icterus could not be determined. Neurological examination was normal. In laboratory tests, hemoglobin was 12.2 g/dL, hematocrit was %35, platelet was 23,000/mm^3, aspartate amino-transferase was 69 IU/L, alanine amino-transferase was 34.6 IU/L, total bilirubin was 2.32 mg/dL, direct bilirubin was 1.48 mg/dL, C reactive protein was 195, lactate dehydrogenase was 607 IU/L.

Computerized brain tomography (CT) which was applied to the patient due to the clouded consciousness was normal. Falciparum malaria was diagnosed by which the patient's laboratory and radiological not to explain patient's clinic, the occurrence of multiple rings forms and gametocytes in an erythrocyte in the patient's peripheral blood smear thick drops preparations prepared due to travel history to risky region. Atovaquone proguanil 1x1 g (3 days) treatment was started and the patient was hospitalized to service of infectious diseases. The patient's fever was decreased, the patient's consciousness was improved, the patient was mobilized in the third day of hospitalization. Doxycycline treatment was startedat the end of the third day and this treatment has been given for seven days. The patient was discharged with suggestions as healthy.

CONCLUSION: Malaria is an important disease that responds well to treatment and can be mortal when untreated, early diagnosis and treatment are very important.

KEYWORDS: falciparum,fever,malaria

PS-0789 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Postpartum Psycosis On The First Day of Puerperıum

Mustafa Gülpembe, Demet Acar, Saniye Göknil Çalık, Can Gökay Yıldız, Kamil Kokulu, Nurser Muraçal, İsmail Aktaş, Başer Cander
Department of Emergency,Education and Research Hospital,Konya,Turkey

Postpartum psychosis is a severe psychiatric disease which occurs in the early postpartum period after 1 - 2 per 1000 deliveries.The most common symptoms include auditory or visual hallucination associated with grandiose or paranoid delusions that are mainly focused around the newborn infant. It presents within 2 weeks postpartum, and most commonly within the first 2–3 days postpartum. Herein we will report a case of postpartum psychosis developed in the first 24 hours after delivery.

A 26-year-old female presented to the emergency department with the delusions about the wellbeing of her and her child and was afraid that something bad would happen to the child. Her gynecological history revealed 3 gravids with 1 parity and 1 living baby. She had a cesarean section about 22 hours ago and was discharged from the hospital a few hours ago. But when she went out from the hospital her delusions started and her husband brought her back. She was alert and aware of her surroundings with mild motor aggression. She was trying to protect her baby from all surroundings. Past medical history was unremarkable without any previous psychiatric or medical illness. She denied alcohol consumption or any illicit drug use. Her physical examination including a complete neurological examination and laboratory tests were within normal limits. She was consulted with obstetrics and gynecology and psychiatry departments and hospitalized in psychiatry department with the diagnosis of 'postpartum psychosis'.

Postpartum psychosis is a rare condition presenting mainly in first 2-3 days after delivery. Our case is curious since the postpartum psychosis was developed in the first 24 hours after delivery. Patients with a history of postpartum psychosis are at extreme high risk of relapses.This was the first living child in our case. Although with adequate treatment, almost all patients achieve complete remission and the prognosis is good; screening for somatic co-morbidity is essential in patients with postpartum psychosis. It develops in early postpartum periods which may be as early as the first day of delivery.

KEYWORDS: Postpartum psychosis 24 hours visual hallucination

PS-0790 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Posterior reversible encephalopathy syndrome developing in the postpartum period

Ayşen Ersan, Zeynep Karakaya, Fatih Esad Topal, Erden Erol Ünlüer, Pınar Yeşim Akyol
Izmir Katip Çelebi University Atatürk Research and Training Hospital Department of Emergency Medicine, Izmir, Turkey

Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) is a clinical picture characterized by headache, altered mental status, epilepsy, visual impairments, and typically by temporary alterations in occipitoparietal circulation area of the brain. PRES can be caused by several conditions such as hypertensive encephalopathy, preeclampsia-eclampsia, cyclosporine A neurotoxicity, acute glomerulonephritis, thrombotic thrombocytopenic purpura, organ transplantation, autoimmune diseases, porphyria and systemic inflammatory response syndrome.

Cranial magnetic resonance imaging (MRI) of bilateral parietooccipital region typically indicates hyperintensity in T2A and FLAIR sequences compatible with vasogenic edema. As a result, PRES can be diagnosed on the basis of clinical and radiological findings, and can be treated without leaving behind any sequela in the presence of early diagnosis and treatment. In cases where early diagnosis and treatment cannot be achieved, it may give rise to permanent brain damage and neurological sequelae such as chronic epilepsy.

The patient on 4th day of her postpartum period, who has no recognized systemic disease history, has had a trouble-free gestation, was brought to emergency room by her relatives due to the episode of Generalized Tonic-Clonic seizure manifested by deviation of eyes to the right for a period of 10-15 minutes, shivering and contraction. On admission to the emergency department, she has postictal sleepiness and her vital signs were stable. As she experienced an attack in nature of Generalized Tonic-Clonic seizure once more time during follow-up, the seizure was brought under control by using diazepam. No pathologic finding was detected as a result of neurological examination performed during the seizure and cranial MR did not indicate any finding of mass; however, upon determination of non-contrast hyperintensive bilateral symmetric frontoparietal and parietooccipital cortical lesions in T2 and FLAIR, the patient was hospitalized in neurology clinic for further examination and treatment with the pre-diagnosis of Posterior reversible encephalopathy syndrome. During the period she stayed in neurology department, her treatment was maintained with Keppra 500mg (2x1), and her lesions regressed according to the cranial MR taken after 1 month.

It is important to note that the above-presented case, which is totally recoverable by way of medical treatment in clinical and radiological terms in the patient applying with the complaint of seizure, and whose cranial MR indicates typical bilateral symmetric parietooccipital cortical hyperintensity in in T2A and FLAIR sequences without any hypertension or preeclampsia-eclampsia history, may interestingly draw attention to Posterior reversible encephalopathy syndrome, even if it is not the distinct etiology.

KEYWORDS: PRES, pregnancy, seizure

PS-0791 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Mean platelet volume in brucellosis patients

Ayse Inci[1], Utku Murat Kalafat[2], Canan Akman[2], Tarık Ocak[2]

[1]*Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

BACKGROUND AND AIM: Brucellosis is a worldwide disease. Specific diagnosis of brucella is performed by culture, serological, and molecular tests. Serological tests are most commonly used in the diagnosis because of the difficulty in bacterial growth in culture. The present study aimed to identify the relation between brucellosis and mean platelet volume (MPV), as well as to investigate the correlation with other parameters used to determine the activation of the disease.

MATERIALS-METHODS: Forty-eight brucellosis patients and 30 age- and gender-matched controls were enrolled. Patient group was determined based on standard tube agglutination test as well as concurrent MPV, thrombocyte count, erythrocyte sedimentation rate (ESR), and C-reactive protein (CRP).

RESULTS: There was no significant difference between the patients and controls in terms of age and gender. Significant differences were observed between the groups in terms of MPV, thrombocyte count, ESR and CRP. While no significant correlation was determined between MPV and ESR, there was a significantly negative but weak correlation with CRP and thrombocyte count.

CONCLUSION: MPV may be a low-cost indicator for brucellosis when together with other parameters. However, further studies are needed to evaluate the relation between MPV and brucellosis.

KEYWORDS: Brucellosis, CRP, platelet count

PS-0792 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A Wolfin Sheep's Clothing

Abdullah Sadık Girişgin[1], Fulya Köse[1], Hakan Güner[1], Muhammed Raşit Özer[2], Elif Özsağlam[1], Başar Cander[1]

[1]*Emergency Medicine Department of Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey*

[2]*Emergency Department Konya Research and Treaning Hospital Konya, Turkey*

INTRODUCTION: Acute urticarias are short term purplish-red skin lesions with clear borders tend to unite. They cause the feeling of itchiness. Fading of the color of the lesion with pressure is typical. Basophile and mast cells are the key immune cells responsible for the clinic presentation of acute urticaria. They are the source of histamine intermediators that play an important role in urticaria pathogenesis. Following the release of the mediators; local vasodilatation (erythema), vascular permeability increase (edema) and axone reflex occurs and as a result; acute urticaria state takes place. Henoch-schönlein purpura (HSP) is a IgA mediated systemic vasculitis with unknown etiology that effects skin, joints, renal and gastrointestinal systems (GIS). Palpable purpuric rash on the skin is usually its first observed symptom. GIS complaints mostly begin in the period of 1 week after the purpuric rash. Vomiting, intense abdominal pain, hemorrhage varying from fecal occult blood to massive hemorrhage or intestinal obstruction may present. GIS complaints may decrease spontaneously or respond to steroid treatment (1-2 mg/kg). Resistant cases may require immunosuppressive treatments. We are reporting a case of urticaria with abdominal pain, vomiting accompanied by itchiness and palpable lower

extremity rashes that had been investigated and treated regarding to HSP many times without decrease in the patient's complaints.

CASE: 44 years old female patient had applied to the emergency department with intense itching, rash, abdominal pain and vomiting complaints. Patient had rashes oh her body especially on the lower extremity for 3 weeks. The patient had been investigated and followed by a nephrology department of an epicenter and treated with steroids with HSP prediagnosis. Patient's initial examination revealed abdominal tenderness and rebound and palpable common lower extremity rashes. Due to itchiness of the lesions; patient was given antihistaminic, prednol and H2 receptor blocker and consulted with internal medicine and dermatology departments. Abdominal ultrasonography resulted normal after being performed with HSP GIS involvement, acute abdomen prediagnosis. The patient was followed up in the observation unit for one day and treated for urticaria. Her lesions decreased and faded after the treatment and the patient was discharged with dermatology and internal medicine policlinic suggestions.

CONCLUSION: The view was put forward in this case we can mislead. It should be noted that in the case of occasional atypical ways.

KEYWORDS: Acute urticaria, Henoch-schönlein purpura, rash

PS-0793 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Nightmare Collection: Sinus Venous Thrombosis, Pregnancy, Seizure and Emergency Birth

İrfan Kala, Cihat Cömert, Binnur Eşfer, Ercan Özler, Nurullah Tarhan, Fatma Yorulmaz, Tamer Durdu
Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Cerebral venous sinus thrombosis (CVST) is presented rarely and with clinical symptoms which may vary such as headache, unconsciousness state, seizure. It is much less seen than ischemic stroke and an important diagnostic challenge because of nature of disease may lead serious morbidity and mortality. It generally effects young population. Risk factors of CVST includes sinusitis, trauma, surgery, hypercoagulable states such as pregnancy, intracranial hypotension and medications such as oral contraceptives and corticosteroids. We want to share our experience about a patient with togetherness of CVST, seizure and pregnancy.

CASE: 20 year old female pregnant patient with complaint of headache which had insidiously started 5 days ago before presentation to emergency department had been taken to our ED by her family with new onset of epileptic seizure. Her family said that seizure occurred three times that day. Physical examination showed postictal state with anisocoric pupils, tachypnea and GCS:9 (E:3,V:2,M:4). She was described her headache didn't relief even though using oral acetaminophen. Vital signs were stable (BP:115/70 mm/Hg, BT:36.5 C, PR:97/min, SaO2:94%). Laboratory evaluation was normal, urine sample didn't show proteinuria. Togetherness of headache, seizure and pregnancy made us think the CVST to be the first diagnosis causing this condition and we performed mr venography which showed venous thrombosis. Obstetric ultrasound was also performed and 32 week intrauterine baby was noted. She developed seizure once again during follow-up, IV diazepam and enoxaparin treatment was initiated. We consulted patient to Obstetrician and Neurology clinics. Obtetrician of our hospital said that the patient has 2 cm of cervical openness with more than 3 uterine contractions in 5 minutes. Non-stress test showed abnormality so the patient was decided to be performed cesarean operation. Baby could be delivered successfully by hospitalising it in newborn intensive care unit and patient's unconsciousness state improved, clinical follow up showed improvement so that she was discharged 8 days later.

CONCLUSION: Diagnosis of cerebral venous sinus thrombosis especially in pregnancy is challanging situation but important because of high morbidity and mortality if not treated emergently. CVST in our patient could be misdiagnosed, discharged with analgesics due to his age and normal examination clinically. Our patient's pregnancy situation, headache and seizure are the clinical clues which directed us to diagnose CVST. Repeated seizures leaded to uterin contraction and birth activity. Fortunately, the baby and the mother are safe now without sequela.

KEYWORDS: birth, pregnancy, sinus venous thrombosis, seizure

PS-0794 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Two Case Presentation with Chilaiditi Syndrome

Mehmet Ergin[1], Muhammet Raşit Özer[2], Fatih Altunay[1], Nazlı Karakuş Kenan[1], Abdullah Sadık Girişgin[2], Başar Cander[1]
[1]*Department of Emergency, Necmettin Erbakan Univercity Konya, TURKEY*
[2]*Deparment of Emergency, Education and Research Hospital, Konya, TURKEY*

Chilaiditi syndrome is a situtiation as an anatomical anomaly that is seen accidentally by replacing colon (usually transverse colon or hepatic flexura) or intestinal structures between liver and diaphragm. It is a rare anomaly and often detected by radiological examination. It is seen in general population between %0.003-0.025 at random. Its incidence increases by age. Men/Women ratio is 4/1. It is frequently asymptomatic, it can make a range of symptoms as mild stomachache as acute intermittent intestinal obstruction. İt can be the reason of atypic complaints like dyspnea and chest pain besides stomachache, nausea, emesis and constipation.

CASE REPORT-1: 83 year-old man patient admitted to the emergency with generalised pain that had remained for two days. There was no pathology in his abdomen examination. Clumn rank was seen under right diaphragm on his lung graphy which was taken for pre-diagnosed of upper respiratory tract viral infection. Acute pathology wasn't detected in his repeated abdomen examination and chilaiditi syndrome was thought. Any add on therapy was not for the asymptomatic patient, so that he discharged from the hospital with suggestions of outpatient followup.

CASE REPORT-2: 50 year-old man patient. He applied to the hospital with stomachache, back pain and burning sensation during urination. There was periumbilical tenderness in his examination. Colon rank and air fluid level on right side were seen on his abdminal raiograph. Elevation of amylase-lipase and bilirubin were also detected. Thereupon, abdominal ultrasonography and abdominal CT with diagnosed of necrosis pancreatitis were taken. He was hospitalized to gastroenterology service with diagnosises of symptomatic chilaiditi and acute pancreatitis.

CONCLUSION: After all, patients with stomachache can admit to the emergency with many different clinical pictures. Chilaiditi syndrome should be thought while doing the differential diagnosis and researching of stomachache.

KEYWORDS: generalised pain, stomachache, Chilaiditi syndrome

PS-0795 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

I have itching, do I have acute renal failure?

Mehmet Ergin, Mustafa Kürşat Ayrancı, Hakan Güner, Ercan Başoğul, Abdullah Sadık Girişgin, Başar Cander
Emergency Medicine Department of Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey

Acute renal failure is defined as internal hemostasis dysfunction and toxicant accumulation as a result of deterioration in renal function day by day. Prerenal acute renal failure is the most common presentation in the emergency departments. Mortality is quite high (%40-60) although improvement in diagnosis and therapy. The cases present mostly with frequent symptoms like nausea, throwing up, lethargy, weakness, confusion, coma, polydipsia, orthostatic hypotension and oliguria. However others can admit with infrequent symptoms. A 69 year old male patient came to ED due to intractable pruritus and diffuse erythema in skin though medical treatment for dermatologic causes. Before he admitted, the amount of urine in a day just had started to diminish. Although patients can reach primary and secondary health care facilities easier than before, some patients with ARF can present with uremic signs and symptoms. Our aim is to present a case who admitted to the ED with rare symptoms of ARF like dermatologic signs. Acute renal failure, which has high mortality, can be early diagnosed with a well anamnesis and physical examination, and also basic biochemistry analyses.

KEYWORDS: acute renal failure, itch, urticaria

PS-0796 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Hyperosmolar Hyperglycemic Nonketotic State: A case report

Serhat İldeş, Mansur Kürşad Erkuran, Arif Duran, Musab Medeni Zorlu
AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu

INTRODUCTION: Hyperosmolar hyperglycemic nonketotic state characterized by severe hyperglycemia (plasma glucose ≥ 600 mg / dL) in the absence of significant ketoacidosis, hyperosmolarity (Eosm ≥ 320 mOsm/l) and dehydration. Blood pH above 7.3, serum bicarbonate above 15 mEq/l and anion gap is normal (<14 meq/l)

CASE: 28 year old male patient was admitted to the emergency department complaining of diarrhea continued for 2 days. It was learned that patient is diagnosed with type 1 diabetes mellitus and he receives a total of 120 units daily insulin therapy. Also patient were in intravenous heroin use for 6 years. In the physical examination of the patient, vital signs; arterial blood pressure: 110/60 mmHg, pulse 95/min- rhythmic, body temperature: 36.4 degrees and oxygen saturation: 98%. The patient's general condition was good, he was conscious, oriented and cooperative. The patient's other systemic examination were normal and his glasgow coma score was 15. The blood sugar measured by stripline was high. In the blood tests performed; complete blood count was in normal limits, blood sugar in biochemistry 1090 mg/dL, sodium 112 mmol/l and other values were within normal limits.In urinalysis, glucose (++++), ketone (+). Arterial blood gas pH 7.38, HCO3: 21.5, other values were normal. The patient's blood osmolarity values calculated 327 mOsm/l and the hyperosmolar hyperglycemic nonketotic state was considered. The patient that initiated appropriate therapy was consulted to internal medicine clinic. Patient has the indication for intensive care and he refused treatment and voluntarily left the hospital.

RESULT: Hyperosmolar hyperglycemic nonketotic state, usually seen in older people with type 2 diabetes mellitus. Precipitating factors include frequent hypothermia, acute pancreatitis, and glucocorticoid treatment of thyrotoxicosis, diphenylhydantoin, thiazid diuretics, diazoxide, propranolol, cimetidine, furosemide, calcium channel blockers and enkainid usage.

KEYWORDS: Hyperosmolar, hyperglycemia, patient

PS-0797 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Gitelman Syndrome

Hasan Babadostu, Mümüne Babadostu, Nazlı Karakuş Kenan, Mehmet Ergin, Basar Cander
Emergency Medicine Department of Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Gitelman syndrome is an autosomal recessive familial syndrome with hypokalemia, metabolic alkalosis, hypocalcaemia and hypomagnesaemia. It is usually diagnosed at the adult ages. It is as a result of mutation of SCL12A3 gene that codes thiazin sensitive Na/Cl cotransport in distal tubule of kidneys. Na/Cl cotransport system becomes inactive due to the mutation. This situation makes sodium and chlor lost. In the end, hypovolemia and metabolic alkalosis occur. Renin-angiotensin-aldosterone system become active and increases sodium load in cortical collecting drains cause of hypovolemia. At the same time, it causes hypokalemia and metabolic alkalosis by increasing excretion of potassium and hydrogen.

CASE REPORT: A 36-year-old woman admitted to the emergency with pins and needles on her face and hands. In her physical examination, blood pressure: 120/80 mmHg, pulse:72/min, respiratory rate:16/min. There were positive chvostek's sign and midwife hand. Other system findings were normal. She had Gitelman syndrome, total thyroidectomy and panic disorder ın her medical history. She had been taking spironolactone (Aldactone), sertraline (Lustral), potassium citrate and potassium bicarbonate (Kalinor). There were sinus rhythm and QT interval was normal on her electrocardiogram. The biochemical parameters; blood urea nitrogen (BUN): 38.4 mg/dl (normal interval: 15-44 mg/dl), creatinine: 0.7 mg/dl (normal interval: 0.72-1.25 mg/dl), sodium: 139 mmol/L (normal interval: 136-145 mg/dl), potassium: 3.4 mmol/L (normal interval: 3.5-5.1 mg/dl), calcium: 8.36 mg/dl (normal interval: 8.4-10.2 mg/dl), magnesium:.97 mg/dl (normal interval: 1.6-2.6 mg/dl). Intravenous 1 ampoule calcium gluconate and 2 mg magnesium replacement was performed. She was taken to observation unit to follow up. She then was transferred to the endocrine service and electrolyte replacement was planned. When she become better, she discharged from the hospital on the 3th day with suggestion for foolow up at outpatient clinics.

CONCLUSION: Electrolyte abnormalities are one of the critical reasons of admitting to the emergency departments. Gitelman syndrome that is a familial hypokalemic alkalosis syndrome, besides of diuretic addiction and chronic emesis should be considered as a differential diagnosis in the adult-patients with metabolic alkalosis, hypokalemia and normal blood pressure.

KEYWORDS: gıtelman syndromu, hypokalemia, metabolic alkalosis

PS-0798 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

How Can Anemia Be The Most Severe? Fight Till The Last Drop Of Blood: Case Report

İrfan Kala, Sebil Merve Şen, Binnur Eşfer, Nurullah Tarhan, Esma Kır, Seher Dinçer, Muhittin Serkan Yılmaz
Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Anemia is defined as the reduction of red blood cell mass. The hemoglobin value must be under 12 g/dL for diagnosis. Anemia is a clinical symptom like how we name high body temperature as fever. Blood loss, destruction of red blood cells and decreased production of red blood cell create the etiology of anemia. We will present here a patient who was diagnosed anemia with hemoglobin level 2.0 g/dL.

CASE: 45 year old patient diagnosed as schizophrenia presented to our emergency department (ED) with symptoms of fatigue, unconsciousness state, nausea and vomitting started in the last 3 days before visiting ED. His mother admits that he had diagnoses of schizophrenia and that he didn't use his medical treatment properly and also that stopped eating much in the last couple of months and had weight loss. Physical examination showed sleepery status of patient vith tachycardia and low blood pressure. (BP:78/45, PR: 135/min, SaO2:92, BT:37.1). He had dry mucous membranes and melena wasn't noted in rectal examination. Laboratory evaluation was shocking and we have seen hemoglobin level as 2.0 g/L (N: 14-18 g/dL). Other laboratory values: RBC:1.27 x10^6/µL, HCT: 7.2%, MCV:58.6 fL, MCH: 15.7 pg, RDW: 31.9% (N:11,5-14,5). We sent control sample to recheck hemoglobin value and result was the same. Biochemistry evaluation was in normal ranges. ECG showed sinus tachycardia without acute coronary syndrome signs and lactate level was also in normal range. We administered erythrocyte suspension to patient and he was hospitalised by internal medicine clinic for futher treatment and evaluation. His ferritin value resulted as 1.7 ng/mL (N:23.9-336.2 ng/mL), transferrin saturation was under 1% (N:20-50%), peripheral blood smear showed hypochromia, microcytosis, agranulocytosis. Patient was diagnosed as severe iron deficiency anemia and treatment was initiated so that he was discharged home without symptoms with outpatient treatment with hemoglobin value 7.9 g/dL.

CONCLUSION: Symptomatic anemia is a clinical challenge which emergency physicians should search the etiology that can be either destruction-reduction of red blood cells or underlying hemorrhage condition. Once we exactly diagnose symptomatic anemia, we have to administer erythrocyte suspension whatever the hemoglobin level is. Severe iron deficiency anemia can complicate because of tissue hypoxia until shock, hypotension, coronary or pulmonary insufficiency occur. Our goal in ED must be avoiding the life threatening complications of severe anemia explained above.

KEYWORDS: anemia, blood, erythtocyte suspension, tissue hypoxia.

PS-0799 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

An Unpleasant Sense: HEMICHOREA

Başar Cander[1], Fatih Altunay[1], Aliye Nur Gökal[1], Muhammed Raşit Özer[2]
[1]*Department of Emergency, Necmettin Erbakan University, Konya,Turkey*
[2]*Department of Emergency, Education and Research Hospital, Konya,Turkey*

INTRODUCTION: Chorea is identified as involuntary movements that are arhythmic, fast, leaper or fastmoving, basic or complex, and usually in distal extremities. Choreiform movements come up with putamen, globus pallium and subthalamic nucleus. Chore can occur with metabolic and vascular diseases, neuro-degenerative or hereditary illnesses. Hemichorea is a very rare symptom during transient ischemic attacks. Vascular etiologic factors that are seen with involuntary movements, are malformations like ischemia, hemorrhage, arteriovenous malformation, venous angioma and cavernous angiomas. Hyperglycemia and hypoglycemia can be the reason of hemichorea, hemibalismus, generalized chorea and paroxysmal chorea by vascular mechanism.

CASE REPORT: Our patient, 81-year-old woman, admitted to emergency department with choreiform involuntary movements on her left arm, left leg and neck for 4 to 5 days. The patient had diabetes mellitus, hypertension, cerebrovascular accident in her medical history. She had admitted to the emergency department with hypertensive attack 5 days ago and her complaints were recovered with medical treatment. Suspicious aneurysm was detected on left inferior thalamus at central nervous system imaging of the patient who has been followed because of dizziness for 8 years. Hemorrhage sequel was observed on the same area in 2010. In her neurological examination, she was consciousness, oriented, and cooperated. There was no neck stiffness. Cranial nerve examination was normal. Muscle strength was 4/5 on the left side and 5/5 on the right side. Deep tendon reflexes were normal and there was positive babinski sign on the left. There were choreiform involuntary movements on neck, left arm and left leg. Cranial computed tomography was normal and there was no acute ischemic lesion at diffusion-weighted MRI. Bilateral carotid and extracranial segment of vertebral artery were normal at cranial color doppler ultrasonography. Signal changes matching ischemia are observed in brain MRI at corpus segment of corpus callosum and periventricular white matter areas of both of frontal-parietal lobes. The patient was discharged from hospital with full recovery after a 10-day follow-up period in neurology ward.

POSTER BİLDİRİLER

CONCLUSION: The patients admitted to the emergency department with atypical neurologic complaints and risk factors for cerebrovascular diseases should be considered as serious and managed with detailed imagining modalities.

KEYWORDS: choreiform,neurologic,Hemichorea

PS-0800 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Hemorrhagic stroke in pregnancy: a case report

Zerrin Defne Dundar, Alpay Tuncar, Elif Ozsaglam, Sedat Kocak, Mehmet Gul, Basar Cander
Emergency Medicine Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey

INTRODUCTION: The most common causes of ischemic and hemorrhagic stroke seen during pregnancy and the postpartum period are preeclampsia, eclampsia, and HELLP syndrome. About half of hemorrhages in pregnancy are seen in this period. Uncontrolled hypertension and caesarean section also increase the risk of hemorrhagic stroke in the postpartum period.

CASE: A 30-year-old 37-week pregnant woman admitted to our emergency department with headache and loss of consciousness. She had headache for a few hours, drank a glass of ayran with garlic, and then she fell to the ground. Her husband called 112 ambulance service, 112 team intubated her and measured her blood pressure as 240/120 mmHg. She was referred our emergency department with a diagnosis of eclampsia. She had two live births and had no prior complication related to her pregnancies. On her physical examination, blood pressure was 255/145 mmHg, pulse rate was 51/min, Glasgow coma score was 4 and Babinski signs were positive bilaterally. In bed-side abdominal ultrasonography, there was no fetal heartbeat and no placental hemorrhage. There was sinus bradycardia in electrocardiography. Echocardiography showed that ejection fraction was 65% and the wall motion was normal. In brain computed tomography, it was detected that the patient had hemorrhagic stroke at brainstem level. Elective cesarean was preformed and she followed up in intensive care unit. She died on the 10th day of admission to intensive care unit.

CONCLUSION: Almost all doctors come to mind eclampsia in pregnant patients those taken to the emergency department with loss of consciousness, seizures, and hypertension. As is seen from this case, detailed neurological examination and appropriate diagnostic procedures can guide emergency physicians to determine whether the problem is related to pregnancy or not.

KEYWORDS: pregnancy, hemorrhage, stroke, hypertension

PS-0801 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Thrombotic Thrombocytopenic Purpura: a case report

Başar Cander, Elif Özsağlam, Hanifi Arslan, Fulya Köse, Mustafa Altınışık
Emergency Department, Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) is a rare disease presented with fever, renal failure, microangiopathic hemolytic anemia and neurological defects with fluctations. Frequency of the disease is 4-11/1.000.000. The illness remains at the forefront of women, although it is frequent at age of 30-40. In the patients with TTP, decrease of ADAMTS13 levels, which is a metalloproteinase that digests Von Willebrand factor in circulation, has been detected.

CASE REPORT: A 86-year-old woman patient admitted to the emergency department with loss of consciousness. There was no known disease and medications in her past medical history. In her physical examination, she was unconscious, Glasgow coma score was 5, arterial blood pressure was undetectable, pulse rate was 80 respiratory rate was 32, and body temperature was 36,7. The patient was intubated immediately and hydrated with normal salin. Her electrocardiogram was normal. There was no pathology at her brain and abdomen computed tomography. In her laboratory tests, it was detected that she had pancytopenia and acute renal failure. The patient was diagnosed as TTP and was consulted with internal medicine physician. She was admitted to intensive care unit. Plasmapheresis was done but she didn't respond to the treatment. She died 14 days after admission to the intensive care unit.

CONCLUSION: Neurological symptoms, thrombocytopenia, microangiopathic hemolytic anemia, fever, and defects of renal function are leading symptoms of TTP. Thrombocytopenia that can not attribute to another reason but microangopathic hemolytic anemia is enough for diagnosis of TTP. In our case, there were thrombocytopenia, renal failure and coma. Plasmepheresis is the only treatment modality with proved efficacy. Plasmaphresesis should be continued until platelets are over 150x109/l, LDH returns to normal and afocal neurological defects rally. Antiaggregant treatment is not recommended. Corticosteroid theraphy should be decided by responding to the treatment or patient's clinical situation. Treatment should be started as soon as possible after initiation of the symptoms. Early suspicion and diagnosis of TTP is crurical. In our case, plasmapheresis was performed but she did not respond to the treatment.

KEYWORDS: thrombotic thrombocytopenic purpura

PS-0802 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Sodium level is High but How Much?

Selim Bozkurt[1], Mahmut Egemen Şenel[1], Orçun Altunören[2], Vesile Daraoğlu[1], Mehmet Okumuş[3]
[1]*Department of Emergency Medicine, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*
[2]*Department of Nephrology, Medical Faculty of Kahramanmaras Sutcu Imam University, Kahramanmaras, Turkey*
[3]*Department of Emergency Medicine, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

INTRODUCTION: Hypernatremia is defined as the exceeding of the plasma sodium over 150 mEq/L level. This condition usually occurs due to decrease in total body water or less commonly, due to salt overconsumption. Major defense mechanism against hypernatremia is thirst. Hypernatremia may exist in individuals with inadequate hydration or without the sense of thirst. It is known that when plasma osmolality was above 350 mosm/kg level, morbidity and mortality risk reached above 50% in cases with hypernatremia. In this report a case with severe hypernatremia is presented.

CASE: A 70-year-old female patient referred to the emergency service with poor general condition and fever. He had been hospitalized 3 times with cerebro vascular accident(CVA) diagnosis within 1 year, in last time; he had been hospitalized for 20 days because of CVA about 1, 5 months ago. He was fed by a half glass of water and two packs of feeding solution since then. His urination has been decreasing during last two weeks, his oral intake has been completely inadequate in last 1-2 days and he couldn't recognize his relatives. In physical examination; general condition was poor and oral mucosa was dry. Arterial blood pressure was 90/60 mmHg, pulse was 120 per minute. His chest radiograph was normal and nitrite was + in urine analysis. He was considered as dehydrated, in blood analysis it was measured that; Cre: 3, 1 mg/dl, Na: 188 mEq/L, glucose: 118 mg/dl, BUN: 122 mg/dl. Plasma osmolality was calculated as 426 mOsm/kg. He was admitted to nephrology intensive care unit with acute renal failure due to oral intake inadequacy and urinary tract infection diagnosis.

CONCLUSION: Hypernatremia symptoms are directly associated with plasma osmolality level. Levels of osmolallty between 400-430 mOsm/kg cause spasticity, hyperreflexia and myoclonus, levels above 430 mOsm/kg may cause seizure and death. In patients with an underlying disease like CVA that caused impaired consciousness and sense of thirst, deep hypernatremia may develop in a long time period and may exist with fewer findings, as it had developed in our case. In these cases, it is hard to evaluate the early symptoms of hypernatremia. Early diagnosis by emergency physicians is important and this could prevent hypernatremia to deepen to mortal level.

KEYWORDS: Cerebrovascular accident, hypernatremia, loss of thirst sensation

PS-0803 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Investigating the Effect of Rose Essential Oil in Patients with Primary Dysmenorrhea

Murat Uysal[1], Hatice Yılmaz Doğru[2], Emrah Sapmaz[3], Ufuk Taş[1], Bülent Çakmak[2], Asker Zeki Özsoy[2], Fatih Şahin[4], Safiye Ayan[5]
[1]*Gaziosmanpaşa University, Faculty of Medicine, Department of Anatomy, Tokat*
[2]*Gaziosmanpaşa University, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Tokat*
[3]*Gaziosmanpaşa University, Faculty of Medicine, Department of Ear, Nose and Throat Diseases, Tokat*
[4]*Gaziosmanpaşa University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, Tokat*

[5]*Gaziosmanpaşa University, Faculty of Medicine, Department of Medical Biochemistry, Tokat*

INTRODUCTION: Dysmenorrhea is one of the most common gynecological problems of women, which described as painful menstruation with undesired symptoms such as abdominal cramps, back pain, nausea, vomiting, and fatigue. Several studies showed that there has been an evident effect of dysmenorrhea on quality of life. Various techniques have been widely used to cope with menstrual pain including non-steroidal anti-inflammatory drugs, oral contraceptives, and analgesics those showed a failure rate of 25% in the management of pain. In relation, recent studies demonstrated that complementary alternative therapies may be effective for pain relief. Rose oil is one of the most popular herbal oil, is reported to have analgesic, hypnotic and antispasmodic effects. Therefore the present study is aimed to determine the effects of rose oil on dysmenorrhea.

MATERIALS-METHODS: A total of 100 patients whose admitted to the Gaziosmanpasa University, Medical Faculty, Emergency department and diagnosed as primary dysmenorrhea, were included in this study. Subjects were randomly divided into two groups; patients received diclofenac sodium 75 mg intramuscular defined as Group D, and patients administered diclofenac sodium 75 mg intramuscular with aromatherapy (2% rose essential oil) as Group A. Medications were performed in seperate rooms where Group A received rose essential oil via an electronic vaporizer, and Group D received saline. The visual analog scale scores, respiratory rates, mean arterial blood pressures, and heart rates in all subjects at baseline, 10th min and 30th min were recorded on a standardized data sheet. All analyses were performed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL) version 20.0. The statistical significance was set at $p<0.05$.

RESULTS: The mean age of subjects was 20.74±2.41 in Group A, and 20.59±2.13 in Group D. The baseline heart rate was significantly higher in Group A (p=0.039), since the baseline diastolic blood pressure, baseline respiratory rate, 10th min respiratory rate, and 30th min respiratory rate were higher in Group D compared to Group A (p=0.048, p=0.000267, p=0.001, p=0.001, respectively). The 30th min mean visual analog scale value in Group D was higher than in Group A (p=0.019).

DISCUSSION: The present study suggested that rose essential oil may be beneficial for pain relief in individuals with primary dysmenorrhea. Nevertheless, aromatherapy has currently become a part of medical field to support the use of pharmacological treatment modalities. However, further studies are required to enlighten the mechanism behind the effects.

KEYWORDS: Primary dysmenorrhea, pain, rose essential oil, visual analog scale

PS-0804 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Demographic and Clinical Examination of the Patients Admitted to the Emergency Department Because of Pancreatitis

Kevser Demir[1], Serhat Karaman[2], Mehmet Baki Özdemir[2], Hilal Irmak Sapmaz[3], Murat Uysal[3], Ufuk Coşkun[2], Safiye Ayan[4], Ayşe Duhan Taş[3]

[1]*Gaziosmanpaşa University, Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine, Tokat*

[2]*Gaziosmanpaşa University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, Tokat*

[3]*Gaziosmanpaşa University, Faculty of Medicine, Department of Anatomy, Tokat*

[4]*Gaziosmanpaşa University, Faculty of Medicine, Department of Medical Biochemistry, Tokat*

OBJECTIVE: To identify demographic, clinical and laboratory characteristics of patients who presented to the emergency department (ED) with acute pancreatitis.

METHODS: The retrospective study was conducted on patients who presented to the ED with acute pancreatitis between January 2010 and December 2014. Demographic variables, likely etiology, and laboratory findings were registered. Abdominal ultrasonography, computerized tomography and magnetic resonance imaging were performed in all patients.

RESULTS: A total of 52 patients (23 women and 29 men) with a mean age of 59±8 years were included the study. Of them, 22 (42.3%) patients were over 70 years old. Etiology was identified as gallstones in 28 (53.8%), alcohol in 2 (3.9%), metabolic syndrome in 2 (3.9%), duodenal diverticulum in 2 (3.9%), pancreas divisium in 1 (1.9%), and idiopathic causes in 17 (32.7%). Simultaneously acute cholecystitis was found in 12 (23.1%) patients. Serum mean amylase and mean lipase levels were 868 IU/L and 642 IU/L respectively. However, serum amylase levels of 5 patients and serum lipase levels of 4 patients were in normal limits. None of the patients the lipase/amylase ratio was not above 3 except for patients who use alcohol.

CONCLUSIONS: Acute pancreatitis is a sudden inflammation of the pancreas with severe complications and high mortality despite timely treatment. It is shown in this study that approximately half of the patients who presented to the ED with acute pancreatitis are above 70 years old and gallstones were the leading etiologic factors for acute pancreatitis.

KEYWORDS: Pancreatitis, cholecystitis, emergency department, lipase/amylase ratio

PS-0805 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

The retrospective research of the efficacy of GGK, PT-APTT in patients with gastrointestinal bleeding who resorted to the emergency room

Ekim Sağlam Gürmen, Mücahit Avcıl, Bekir Daglı, Kıvanc Karaman
Department of Emergency Medicine, Adnan Menderes Üniversity Medical Faculty, Aydın,Turkey

Upper GI bleedings arise from the proximal of the Treitz ligament and are usually due to gastric and duodenal ulcers. Upper GI bleeding is an important cause of mortality and morbidity in patients who present with complaints of hemoptysis, occult blood in the stool or blackening of the stool. In this thesis, we tried to determine the efficiency of the values of FOB and PT, aPTT, INR retrospectively in patients that presented to the ER with GI bleeding symptoms who were also endoscopically examined.

274 patients (105 female, 169 male) who are 18 years old and above that presented to the Emergency Deparment of Adnan Menderes University with complaints of GI bleeding between 1 August 2012-1 August 2013 were included in the study. 22 of the patients were GI bleeding melena +, 19 of them were upper GI bleeding endoscopy + melena -, 81 of them were upper GI bleeding endoscopy + melena +, 11 of them had clinical diagnosis of upper GI bleeding, whereas 23 of them of lower GI bleeding, 13 of them had Crohn – Ulcerative Colitis and 105 of them were the other group of patients who did not have GI bleeding.

The sensitivity of the FOB test was calculated as 83.91%, the specificity was 78.26%, PPV was 92.30%, NPV was 61.10%. When statistically analyzed, there was a significant relationship between FOB and GI bleeding (p:<0.05). The sensitivity of the PT test was calculated as 19.37%, specificity 84.14%, PPV 70.45% and NPV was 34.84%. There was no statistically significant relationship between PT and GI bleeding (p=0.97). The sensitivity of the aPTT in detecting the GI bleedings was 14.19%, specificity 89.02%, PPV 71.87% and NPV was 34.43%. There was no statistically significant relationship between aPTT and GI bleeding (p=0.30). The sensitivity of the INR test was 26.25% and NPV was 32.95%. There was no statistically significant relationship between INR and GI bleeding (p=0.83).

In conclusion, in the patients who present to the ER with GI bleeding, the FOB test supports the diagnosis of the GI bleeding but it does not seem suitable for use with the aim of exclusion. In the patients who are thought to have GI bleeding in emergency rooms, the routine tests of PT, APTT, INR are not considered to have contribution in the patient management.

KEYWORDS: GI bleeding, emergency room, PT, APTT, INR, FOB, RT, Endoscopy

PS-0806 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Alcohol Withdrawal That Contains Severe Mental And Nervous System Changes: A Case Report

Musa Kaya[1], Arif Duran[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Tarık Ocak[2], Mehmet İlbay[1]

[1]*AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2]*İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

INTRODUCTION: Delirium Tremens is an alcohol withdrawal that contains severe mental and nervous system changes. It occurs acutely. Delirium Tremens follows sudden alcohol withdrawal after prolonged intake of it. It is possible to precipitated by external factors like infections,injury. Symptoms usually begin early after reduction of alcohol intake and peak at 24 – 48 hours but may last up to 2 weeks. Major symptoms are tremors,hallucinations and seizures. Other symptoms are malaise,weakness, nausea,vomitting, anxiety and fear.

CASE: Patient is 43 year old male with a history of reduction alcohol after prolonged intake. The patient had no current medical history of epilepsy and had no any medication. He had a history of approximately twenty-year alcohol drinking. He was brought to our emergency service intractable seizures. The patient was monitorized and airway was ensured. Vital signs were noted as;BP:80/40 mmHg, Temperature: 37.5 °C, RF: 20/min, Heart Rate: 177/min, Blood Glucose: 144 mg /dl and SpO2: 95 %. GCS was counted as 7 (E2V2M3). We recognized agitation,autonomic hyperactivity and non-generalized convulsions. There was no focal abnormality or papilloedema. The patient was hydrated for fluid loss and hypoglycemia and diazepam

was given to reduce agitation and to promote sleep. 100 mg of Thiamine was given as IV in case of Wernicke – Korsakoff Syndrome. 1000 mg of Phenytoin was applied as IV infusion to stop ongoing seizures. Dextrose 10 % was used as iv infusion to prevent hypoglycemia. The Psychiatrist also recommends hospitalization to Intensive Care Unit. The next day in the morning patient was administered CPR because of sudden cardiac arrest and he responded in 7 minutes after CPR. The patient was admitted to Intensive Care Unit. The patient died after a two-day follow-up due to a large number of metabolic disorders.

CONCLUSION: Delirium Tremens is a toxic state that occurs withdrawal from alcohol after chronic intake. Mental status change is the result of DTs. Tremor, seizures, hallucinations, agiation and autonomic hyperactivity like tachycardia and diaphoresis are frequently seen symptoms and all these are caused by overstimulation of nervous system. DTs can easily progress to cardiovascular collaps and mortality rate is high. Early recognition and treatment is essential. İn this case report, it seems obviously that DTs has a high risk of mortality despite intervention.

KEYWORDS: Withdrawal, Chronic İntake, Delirium

PS-0807 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Hand-foot-mouth disease in an immunocompetent adult: A case report

Kazim Kiratli[1], Serkan Kemer[2], Bulent Saat[3], Yusuf Topal[4], Erdem Çevik[5]

[1]*Department of Infectious Disease, Van Military Hospital, Van, Turkeyy*

[2]*Department of Pediatrics, Van Military Hospital, Van, Turkey*

[3]*Department of Ear Nose Throat, Van Military Hospital, Van, Turkey*

[4]*Department of Dermatology, Van Military Hospital, Van, Turkey*

[5]*Department of Emergency Medicine, Van Military Hospital, Van, Turkey*

BACKGROUND: Hand, foot, and mouth disease (HFMD) is a highly infectious childhood disease and mostly caused by coxsackievirus A16 and enterovirus 71. It is a benign self-limiting disease and characterized by mild clinical symptoms including fever with typical erythematous papules on the hands, feet, and oral cavity. This disease is rarely seen in healthy adults.

CASE PRESENTATİON: A 39-year-old Turkish male applied with fever, sore throat, malaise and multiple vesicles on both palms and soles. His 5-year-old son had same symptoms and had been diagnosed with HFMD 7 days ago. The patient was diagnosed with HFMD based on history, characteristic skin lesions and PCR analysis and was treated symptomatically. The lesions resolved spontaneously in 10 days without any complications during a 3-month follow-up.

CONCLUSION: In this report, we describe a case of HFMD caused by coxsackievirus A16 in an immunocompetent adult. Although HFMD is rarely seen in healthy adults, the disease should always be kept in mind in patients who present with fever, malaise and maculopapular rashes.

KEYWORDS: Hand-foot-mouth disease, adult, infectious

PS-0808 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Witnessed cardiac arrest who administered trombolytic: A case report

Mehmet İlbay, Mansur Kürşad Erkuran, Kaan Çelik, Hayrettin Meftun Kaptan, Arif Duran
AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu

INTRODUCTION: One of the diagnosis is witnessed cardiac arrest, which determine the cause and the treatment is begin, is necessary in emergency room. Sudden cardiac death due to ventricular tachyarrhythmia s is a leading cause of death in the United states(1). This phenomenon is associated with coronary artery disease, valvular heart disease, non ischemic cardiomyopathies, congenital heart disease, primary electrical abnormalities, autonomic nervous system abnormalities, and other less common disorder(1). Patient with cardiac arrest have 60% survival who have witnessed, rapid initiation of CPR and defibrillated(2). In this case; we describe a patient with chest pain, who become witnessed cardiac arrest during the examination in emergency room.

CASE: 48 years old, DM, male. Four times admitted to the emergency room last 40 days. Reason of two application is chest pain which are discharged after enzyme monitoring with the advise of cardiology clinic control. The patient was admitted for 30 minutes of chest pain and fainted while examining. Subsequently, suspiration without breathing. Cardiac compression is suddenly started after not sense of carotid pulse. İntubated in two minutes, couldn't sense pulse and defibrillated with 150 joule after seeing VF on monitor. After,resuscitation was continued according to the 2010 AHA guidelines. Therefore couldn't sense pulse in 12th minute of resuscitation, we decide to give alteplase; 15mg/5m, 35mg/20 m. Pulse is taken in 20. minute. Meanwhile; TA:90/50mmhg, pupil isochoric, LR(+,+), unconsciousness and ventricular rhythm on monitor. First EKG; ventricular rhythm, wide QRS, I-AVL ST elevation, V1-4 ST depression, V5-6 ST elevation. Patient remained hemodynamically stable after 80-90 minute without inotrope support. When GKS:15 and decided complete cooperation we extubated the patient and shipped by ambulance to the coronary intensive unit. Same day, %90 stenosis was seen and was treated with stents in the proximal LAD in coronary angiography. Third day discharged.

DISCUSSION: Cardiac and pulmonary thromboembolic disease is the most common cause of sudden cardiac arrest due to ventricular tachyarrhythmias. Especially in young population, resuscitation should be initiated early, considering this situation. We remind that, thrombolytic treatment should be used in resuscitation.

KEYWORDS: resuscitation, thrombolytic, cardiac arrest.

PS-0809 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Hypersensitivity Reaction to Kiwi Fruit: A Case Report

Hayrettin Meftun Kaptan, Arif Duran, Mansur Kürşad Erkuran, Kaan Çelik
AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu

INTRODUCTION: Hypersensitivity reaction is an altered reactivity in which the body mounts an amplified and aberant or excessive immun response to foreign antigens and substances. Allergy to kiwi fruit was first described in 1981 presenting with a wide range of symptoms from localizede oral allergy sendrome (OAS) to life-threatening anaphylaxis.

CASE: İn this case report our patient had hipersensitivity symptoms 1 minute after eating kiwi fruit who had eat before many times. 21 year old female patient admitted to our emergency service with numbedness and edema in lips. She did not have anaphylactic symptoms like hypotension, bronchospazm and uvula edema. The patient diagnosed as OAS and treated with intravenous antihistamines and prednisolone. She was discharged after 2 hours with recovery.

RESULTS: Hypersensitivity reactions are occurs after foreign antigens with local symptoms to life threatening anaphylaxis.

KEYWORDS: allergy, hypersensitivity, kiwi fruit

PS-0810 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A Case of Community-Acquired Pneumonia With Pneumothorax

İbrahim Çaltekin, Sevgi Yumrutepe, Emre Gökçen, Bülent Demir, Dilek Atik, Erdal Demirtaş, Hasan Kılıç, Ömer Özbakan
Department of Emergency, Malatya State Hospital, Malatya, Turkey

OBJECTIVE: Nearly every lung disease can be complicated by secondary spontaneous pneumothorax, although the most commonly associated diseases are chronic obstructive pulmonary disease, cystic fibrosis, primary or metastatic lung malignancy, and necrotizing pneumonia (eg, bacterial or fungal pneumonia, Pneumocystis jirovecii pneumonia, tuberculosis). The delay in the treatment of pneumonia is known to increase morbidity and mortality. Today, despite the advanced diagnostic facilities in more than half of community-acquired pneumonia microorganism can not be determined. Due to the loss of time is required to introduce empirical antibiotic therapy.

CASE: A 48-year-old sequelae of cerebrovascular disease bedridden man patient was admitted to the emergency department with complaints of dyspnea, cough and fever. The dyspnea and fever worsened in the following two days. The patient's vital signs were normal except for 38 degrees of fever and 86 arterial oxygen saturation. Lung sounds were diminished in the right upper lobe and other lobes bilaterally was rough. In computed tomography bilateral pneumonia and pneumothorax was detected in the right lung. He was hospitalized for follow-up and

treatment. Empirical antibiotic therapy was started after the patient sputum culture. However, no significant growth in the sputum culture was seen.

CONCLUSION: Consequently, the two pathologies of the lungs that can occur simultaneously should be kept in mind. While primarily goes to recognize a systematic evaluation will ensure not overlooked another concomitant pathology.

KEYWORDS: Emergency Department, Pneumonia, Pneumothorax

PS-0811 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Thyroid Mass Presenting With Dyspnea

Sultan Erdil Ülgen[1], İrfan Kala[1], Nurullah Tarhan[1], Miray Baba[1], Pınar İskender Uysal[1], İsa Başpınar[2], Muhammed Evvah Karakılıç[1]

[1]*Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Emergency, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

INTRODUCTION: Usually, patients with thyroid mass present to the emergency department with a swelling in the neck. Most thyroid nodules don't cause signs or symptoms. Sometimes thyroid masses reaching larger sizes can cause dyspnea. Occasionally, however, some nodules become so large that they can be felt, be seen, often as a swelling at the base of neck and press on patient's windpipe or esophagus, causing shortness of breath or difficulty swallowing. Tumors originating in the neck are well-known causes of progressive dysphagia and dyspnea.

CASE: A 63-year-old female was admitted with dyspnea and weakness by the emergency service. Her vital signs revealed a temperature of 37°C, blood pressure of 165/95 mmHg, respiratory rate of 20/min, pulse rate of 96/min, and pulse oximetry reading of 68% on room air. No known illness other than schizophrenia. On physical examination, she had bilateral wheezing and rales in the basal minimal. She had bilateral pretibial +1/+1 edema. Heart sounds were normal. Neurological examination was normal, glasgow coma score was 15. ECG had sinus tachycardia. The patient was scheduled for blood tests and x-ray. Hemogram, electrolytes, renal and liver function tests, cardiac enzymes were normal. The patient's blood gas SaO2: 67 PO2: 40 PCO 2: 62, respectively. The patient's chest X-ray, right paratracheal increased opacity was present. And computed tomografy was planned. On tomografy report: Right lobe of the thyroid was large and showed severe intrathoracic extension. Right lobe size was 68x60 mm in axial section and 71 mm in craniocaudal section. And it causes compression of the trachea and main bronchi. The patient was consulted about clinical thyroid mass causing compression.

RESULTS: There are many applications to the emergency department with dyspnea. Physical examination and imaging is very important in these patients. The causes compression of the trachea and bronchi should be considered in patients presenting with dyspnea. Although thyroidal masses are rare, theyshould be noted in the differential diagnosis.

KEYWORDS: Thyroid, Dyspnea, Mass

PS-0812 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Montelukast Associated Familial Mediterrian Fever Episode, An Uncommon Trigger

İsmail Ağı[1], İrfan Kala[1], Sultan Erdil Ülgen[1], Merve Alyamaç[1], Pınar İskender Uysal[1], Sebil Merve Şen[1], İremgül Güngör[1], İsa Başpınar[2]

[1]*Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Emergency, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

OBJECTIVE: Familial mediterrian fever (FMF) is also known as recurrent serositis. Pathophysiology of FMF includes uninhibited chemotactic factors of C5a and IL8 thus inflammation process of peritoneum, pleura, and joints create the clinical symptoms. Trigger factors of FMF episode is still not well described and individuals have mutations in MEFV gene. Almos all patients experience peritoneal inflammation symptoms and it can mimic acute abdominal diseases that requires surgical interventions. Montelukast is a treatment option of asthma and we will present here a patient with chronic diseases asthma and FMF that montelukast treatment initiated and faced FMF episode.

CASE: 36 year old male patient presented to our hospital with abdominal pain started 2 hours ago after using a newly prescribed medicine for asthma: Montelukast. He had asthma and FMF, and also appendectomy in his medical history. He described the pain as the previous FMF episode but didn't relieve with anti-inflammotry or colchicine. Vital signs were normal. Physical examination showed abdominal tenderness and rebound sign. Neither rales or ronchi was noted in auscultation of lungs. PA Chest x-ray was normal, no free air detected subdiaphragmatic location. It was also noted that 16300/µl leukocytosis as the only laboratory finding. We initiated normal saline infusion as treatment and his symptoms relieved in 6 hours without analgesics. Control WBC value resulted as 10600/µl and we discharged patient with suggestions for outpatient follow up.

DISCUSSION: We connect this FMF episode with the usage of montelukast. Mechanism of action is probably associated with that montelukast triggered inflammatory process by leukotriens in which the inflammotry process is the main pathophysiology of FMF. Half life of montelukast is between 2.7 to 5.5 hours and the relief of symptoms occured in 6th hour of normal saline treatment. We also think that even though normal saline infusion was not initiated, patient's symptoms would have improve without any treatment due to possible inflammatory effect of montelukast would end at the end of half-life time. It needs more studies with FMF patients to say exactly that montelukast is a triggering factor of FMF.

KEYWORDS: abdominal pain, FMF, montelukast.

PS-0813 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Urinary Retension May Indicate That You Have Pancoast Tumor!

Sultan Erdil Ülgen[1], İrfan Kala[1], İsmail Ağı[1], Sebil Merve Şen[1], Binnur Eşfer[1], Bilge Akdemir[1], İsa Başpınar[2], Muhammed Evvah Karakılıç[1]

[1]*Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Emergency, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

OBJECTIVE: Pancoast tumors are the neoplasm originating from apex of the pulmonary structures and may complicate as serious morbities such as pancoast syndrome: Horner syndrome, severe shoulder pain, compression of vessels, atrophy of arm and hand muscles. The diagnosis of pancoast tumor may be estimated by the clinical symptoms of pancoast syndrome frequently after obtaining plain chest x-ray but the first symtpom may be unspecific like that we now will present our patient here having the first symptom urinary retension.

CASE: 50 year old male patient without known medical history presented to our emergency department (ED) with complaint of diffuculty of urinating and right leg weakness for the last 1 week before visiting. Vital signs were stable as blood pressure:144/80 mm/Hg, heart rate:80/min, body temperature: 37.2°C, SaO^2: 97%. Physicial examination showed decreased sounds of right lung by auscultation, glob vesicale, 3/5 motor strength on his right lower extremity. Peripheric pulses were palpable and circulation problem or abdominal pulsatile mass weren't noted during examination. His cranial nerve and upper extremity examination also showed no pathology. He denied using any previous chronic medical treatment. Back pain was not described by patient. Plain chest and lomber vertebrae x-ray was performed and we noted consolidation indicating mass on right upper portion of lung. Patient then underwent CT imaging of thorax and lomber vertebrae for further evaluation and a newly diagnosed pancoast tumor and metastasis were seen on surrenal glands, lomber spine.

He was hospitalised for treatment of this neoplastic structure and to avoid further complications.

DISCUSSION: Pancoast tumor can complicate and morbidity of this condition is high. Nonsmall cell carcinoma create 95% of pancpast tumors and invasion of adjacent structures may occur and horner syndrome or other pathologic conditions associated with compressions are the clinical outcomes. We connect our patient's weakness and urinary retention with spinal metastasis and neurosurgical consultation requires for treatment. As emergency physicians, tumor associated airway obstruction must be detected in patients with newly diagnosed neoplasms.

KEYWORDS: airway, extremity weakness, pancoast tumor, urinary retention.

PS-0814 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A diagnostic challenge in emergency room: Guillain-Barre Syndrome

Bedriye Müge Sönmez[1], Miray Baba[1], Fevzi Yılmaz[2], İrfan Kala[1], Seval Komut[1], Muhammet Evvah Karakılıç[1], Derya Öztürk[3]

[1]*Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara*

[2]*Department of Emergency, Antalya Training and Research Hospital, Antalya*

POSTER BİLDİRİLER

[3]*Department of Emergency, Şişli Etfal Training and Research Hospital, Istanbul*

OBJECTIVE: Guillain-Barre syndrome (GBS) is an acute, idiopathic, inflammatory, and autoimmune-demyelinating polyneuropathy which usually occurs after a precipitating event such as infection and frequently seen between the ages of 30-50 years. Clinical features range from symmetrical muscle weakness and reduced deep tendon reflexes (DTR) to sensory and/or autonomic dysfunction. To avoid misdiagnosis and delayed treatment, a high clinical suspicion must be maintained in patients with acute weakness and paresthesias. Herein we report a case of GBS diagnosed with clinical findings and confirmed with lomber punction (LP) and electromyography (EMG).

CASE: A 37-year-old woman was presented to our emergency department with a complaint of numbness in hands and feet, pain and difficulty in walking within the last 3 days. Two weeks prior to presentation she had flu with accompanying gastroenteritis and received symptomatic treatment for influenza. Her medical history was unremarkable and she was on no regular medications. On physical examination vital signs were normal. Neurological examination revealed a muscle strength of 3/5 in bilateral upper extremities, 3/5 in bilateral proximal lower limbs and 2/5 in distal lower limbs. There was a stocking-and-glove pattern of sensory impairment and deep tendon reflexes were absent in all four extremities. Vibration and joint position sense tests were normal. Other system examinations revealed no any pathology and labaratory findings were in normal limits. Unenhanced brain computed tomography did not show any intracranial pathology. LP was performed with a preliminary diagnosis of GBS and cerebrospinal fluid protein levels were high (78 mg/dl), oligoclonal bands were positive and there were no any white cells on examination. The patient was referred to neurology department and hospitalized with the diagnosis of GBS. Intravenous immunglobulin (IVIg) therapy started and motor polyneuropathy was detected on EMG performed by neurology department. Patient was discharged 20 days after admission with substantially improved motor deficit and referred to physical therapy.

CONCLUSION: GBS should be considered in the differential diagnosis of patients presented with acute peripheral neurological symptoms. A thorough medical assessment of patient with early diagnosis and treatment prevents complications and sequelaes of GBS.

KEYWORDS: Guillain-Barre syndrome, diagnosis, management

PS-0815 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

HBsAg in Patients who Use Bonsai

Ayse Inci[1], Canan Akman[2], Ozal Adiyeke[3], Utku Murat Kalafat[2], Yavuz Demiraran[3], Tarik Ocak[2]

[1]*Department of Infectious Disease and Clinical Microbiology, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, IStanbul, Turkey*

[3]*Department of Anesthesiology and Reanimation, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, IStanbul, Turkey*

INTRODUCTION: People who have drug abuse can be under the risk of either sexually transmitted diseases or blood-borne disease and they play role in the contamination of the public. They lead to contaminate Hepatitis B virus (HBV) and Hepatitis C (HCV) virus, progressive hepatic disease and hepatocellular cancer.

Bonsai is synthetic cannabinoid (SC) which its abuse has become more common particularly among the young people and it is a narcotic substance which has an addiction potential and some serious side effects. Clinical manifestations such as abdominal pain, vomiting, tachycardia, dyspnea, clouding of consciousness beside the psychiatric signs such as anxiety, paranoia, hallucination, psychosis, clouding of consciousness. In a study done to obtain hepatitis results of the patient the HBsAg, Anti-HBs and Anti-HCV ratios were identified as 4.05%, 38.42% and 0.66% respectively.

In this study, our objective was to investigate HBsAg, Anti-HBs and Anti-HCV in the patients using Bonsai and to compare this ratio with seropositivity ratios of the patients referring to our hospital

MATERİALS AND METHODS: In our study, one hundred four (104) patients who had history of Synthetic Cannabinoids (SC) use referring to Kanuni Sultan Süleyman Hospital on 2014 were assessed by examining retrospectively file records. The ages, the genders and HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV results of the patients were recorded. The serum specimens of the patients were studied through ELISA method with Cobas E601 (Roche, Germany).

RESULTS: The mean age of twenty four (24) patients in which ELISA was studied was 27.9 and 96.3% of these patients were males. The comparison HBsAb, Anti-HBs, Anti-HCV ratios in patients using Synthetic Cannabinoids (SC) in all patients referring to our hospital is seen in Table 1

DİSCUSSİON: Since the number of our patients was low, this study was assessed as a preliminary study. In conclusion, neither HBV nor HCV infection has been detected in the patients using Bonsai in our study. This situation may be related to the fact that our patients constitute a group which abused drug firstly beside the lower mean age of our patients. Moreover we suggest that the use of Synthetic Cannabinoids (SCs) per oral route may be the cause of observing hepatitis infection transmitted via blood less commonly in these patients.

Table 1. The comparison of HBsAg, Anti-HBs and Anti-HCV ratios either in patients using Synthetic Cannabinoids (SCs) or in patients referring to our hospital

	Patients using Synthetic Cannabinoids (SCs) (%)	All Patients (%)
HBsAg	0/0	4.05
Anti-HBs	7/29	38.42
Anti-HCV	0/0	0.66

KEYWORDS: HBsAg, synthetic cannabinoids, toxicology

PS-0816 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Portal Vein Thrombosis Without a Known Risk Factor: An Interesting Report of a Case

Sultan Erdil Ülgen[1], İrfan Kala[1], Erdal Komut[3], Binnur Eşfer[1], İsmail Ağı[1], İsa Başpınar[2], Seval Komut[1], Muhittin Serkan Yılmaz[1]

[1]*Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[2]*Department of Emergency, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey*

[3]*Department of Radiology, Kazan Hamdi Eriş Hospital, Ankara, Turkey*

OBJECTIVE: Portal vein thrombosis (PVT), even though uncommon in emergency departments, is the most common cause of portal vein occlusion and thrombotic occlusion of portal vein following association with acquired or congenital risk factors of hypercoagulability. Reduced of blood flow in portal vein is the major pathophysiologic mechanism of thrombosis and it is frequently assoicated with hepatic parenchymal disease or abdominal sepsis such as infectious or ascending thrombophlebitis. Cirrhosis accounts for around 30% of all individuals with portal vein thrombosis. Usage of ultrasound is cheap and time saving diagnostic study and can easily diagnose the portal vein thrombosis. Treating the underlying etiology, surgery and thrombolysis create the treatment options in clinical practice. We will present here a patient diagnosed portal vein thrombosis without known risk of hypercoagulability.

CASE: 36 year old male patient without previous medical history presented to our emergency department with abdominal pain especially on right upper quadrant. He said that this pain started suddenly 24 hours ago. He denied having any chronic disease before. Physical examination showed right upper quadrant and epigastric tenderness. Vital signs were stable. Laboratory evaluation didn't reveal any pathology except mild leukocytosis and mild elevation of bilirubin value: WBC:12800/µl, ALT: 25U/L, AST:16U/L, Creatinine: 0.8mg/dL, total bilirubin: 2.5mg/dL (cutoff value:1.2mg/dL), direct bilirubin:0.53mg/dL (cutoff value:0.2mg/dL). We decided to perform hepatobiliary ultrasound imaging due to right upper quadrant tenderness and we detected thrombosis of portal vein. Hepatic structures' echogenicity were homogeneous, gall bladder was also in normal physiology. Patient underwent IV contrasted computed tomography to reveal out the exact diagnosis that thrombosis and total occlusion of portal vein were seen and patient was hospitalised for further treatment without surgery but with antithrombotic treatment.

CONCLUSION: Emergency physicians should examine for portal vein thrombosis in patients with complaints of abdominal pain and with concomitant hypercoagulability risk factors. We frequently and easily may consider PVT in cirrhosis which accounts most of the cases. Bleeding, ascites, mesenteric infarction, hypersplenism, hepatic encephalopathy, worsening hepatic functions and death are the major and serious complications of PVT. We must be aware of these complications and treatment must not be only aimed at thrombosis but concomitant life threatening bleeding and acute hepatic failure. Our patient didn't have hepatic disorder in his medical history so variceal bleeding was not primarily clinical condition. We connect his abdominal pain with the occlusion of portal vein and reduced blood flow in mesenteric area so particularly ischemia occured.

KEYWORDS: abdominal pain, portal vein thrombosis, risk factors

PS-0817 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Mesencephalon infarct T

Abdullah İbrahim[1], Gökhan Taş[1], Gözde Aktekin[1], Hayati Kandiş[2], Şahin Çolak[1], Mustafa Ahmet Afacan[1], Mehmet Koşargelir[1]

[1]*Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine*

[2]*Düzce University Medical Faculty Department of Emergency Medicine*

INTRODUCTION: Isolated mesencephalon infarct is a very rare disease. The reason for this is thecomplexity of the blood supply to the mesencephalon. Supply to the mesencephalon is provided by posterior cerebellar artery, basilar artery, and superior cerebellar artery. Therefore, the mesencephalon infarction often accompanied by infarction of the neighboring structures.There are some examples such as; Weber Syndrome(characterized by ipsilateral 3rd cranial nevre palsy and contralateral hemiparesis as a result of mesencephalon ischemia) Claude Syndrome(Ipsilateral oculomotor palsy and contralateral tremor ataxia ares een.) Benedikt Syndrome (oculomotor palsy, contralateral hyperkinesia, ataxia, intentional tremor that only affecting the arm and contralateral hemiparesis).

CASE REPORT: 20 -year-old male patient.There is no specific disease in his medical history. He was admitted to hospital complaining of dizziness aggrevated with eye movements, headaches and double vision.The neurological examination: He was conscious, cooperative, oriented, pupils were isochoric, and the pupillary light reflex (PLR) both sides are positive.The convergence of theleft eye is limited. Lower and upper extremity muscle strength was measured bilaterally 5/5. The head CT was normal. MRI revealed mesencephalon infarction.

CONCLUSİON: Mesencephalon infarct is quite rare, and especially it is expected in the elderly. However, as in our CASE: it can be seen at young age,only with the eye gaze limitation. In those patients with limited point of view, we must also consider the mesencephalonin farction.

KEYWORDS: mesecephalon, infarct, Benedikt Syndrome

PS-0818 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Affecting Factors on Early Mortality in Elderly Patients Diagnosed with Pulmonary Embolism in Emergency Department

Yılmaz Zengin[1], Ercan Gündüz[1], Recep Dursun[1], Mustafa İçer[1], Hasan Mansur Durgun[1], Mahşuk Taylan[2], Cahfer Güloğlu[1]

[1]*Department of Emergency Medicine, Dicle University, Diyarbakır, Turkey*

[2]*Department of Chest Diseases, Dicle University, Diyarbakır, Turkey*

INTRODUCTION: The ratio of elderly people in Turkey is rapidly growing. It is known that pulmonary embolism and venous thrombolysis incidence increases with age. Despite the major advances in pulmonary embolism diagnosis and treatment, pulmonary embolism leads to higher mortality rates in the elderly. In the present study, evaluation of socio-demographic and clinical characteristics of elderly patients diagnosed with pulmonary embolism in the emergency department and determination of factors that affect early mortality have been targeted in order to decrease mortality.

MATERIALS-METHOD: Between January 1, 2009, and September 30, 2014, patients who were 65 years of age and older who had been admitted through the emergency department with suspected pulmonary embolism and whose pulmonary embolism diagnosis was finalized via computerized tomographic pulmonary angiography.

RESULTS: In the study, 87(61.8%) were female and 52(38.2%) were male. Thirteen patients(9.4%) died during the follow-up period. The analysis of the relationship between pulmonary embolism in elderly patients and early mortality revealed that there is a statistical correlation among immobility, syncope, tachycardia, hypotension, elevated Troponin-T, coronary arterial disease, cerebrovascular disease, pulmonary embolism with massive dimension, bilateral pulmonary embolism, Wells-likely pulmonary embolism, and modified Geneva-likely pulmonary embolism were statistically related factors(p values, respectively, were 0.002; 0.033; 0.000; 0.000; 0.000; 0.037; 0.011; 0.000; 0.030; 0.023; 0.018).

CONCLUSION: Immobility, syncope, tachycardia, hypotension, elevated Troponin T, coronary arterial disease, cerebrovascular disease, pulmonary embolism with massive dimension, bilateral pulmonary embolism, Wells-likely pulmonary embolism, and modified Geneva-likely pulmonary embolism were determined as effective risk factors affecting the early mortality of elderly patients with pulmonary embolism.

KEYWORDS: Aged; mortality; pulmonary embolism

PS-0819 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Sporadic Hypokalemic Periodic Paralysis: A Case Report

Yılmaz Zengin, Ahmet Gündüzalp, Ercan Gündüz, Mustafa İçer, Recep Dursun, Mahmut Yaman, Murat Orak, Cahfer Güloğlu
Department of Emergency Medicine, Dicle University, Diyarbakır, Turkey

INTRODUCTION: Hypokalemia periodic paralysis(HPP) was first described by Causot in 1887. In later research conducted by Aitken in 1937, it was identified that weakness was improved by the application of potassium. HPP is an ion canal disease characterized by attacks of paralysis in skeleton muscles because of declining serum potassium level. The major cause of HPP is autosomal dominant inherited familial periodic paralysis. Thyrotoxic periodic paralysis and sporadic periodic paralysis are the other causes of HPP. During the attack periods paralysis occurs because of deficiency in potassium level. Between the attacks both the potasium level and neurological examinations are normal. HPP treatment can be symptomatic and etiologic oriented. We reported a HPP case that applied with the complaint of weakness in lower exteremity.

CASE REPORT: A 30-year-old male applied emergency service with complaints of numbness in his hands and feet, inability to walk. The patient who hadn't any known disease occasionally had similar complaints before but they weren't very disturbing. At his examination: generality was average, he was conscious, oriented and cooperated. His deep tendon reflexs diminished, there was 3/5 muscle strength in both lower limbs. His sensory examination and cranial nerve examination was evaluated normally. His other systematic examinations were also normal. Vital findings of patient: TA:140/80 mm/Hg, pulse:100 beat/min, respiratory rate:16 resp/min, body temperature:36.4ºC. Laboratuary RESULTS: potassium:2,6 mmo/L, AST:81 U/L, WBC was 16,49 K/uL. The patient's TSH, free T3, free T4, EKG, EMG, computed tomography of the brain were within normal limits. Intravenous 40 mEq potassium chloride was given to the patient for four hours. After replacement a dramatic improvement in the patient's muscle strength was observed. Although the patient couldn't walk when he applied to our emergency service he began to walk. With available clinical, laboratory and radiological findings the patient was considered sporodic hypokalemic periodic paralaysis and admitted to the neurology clinic.

CONCLUSİON: A rare disease named HPP must be considered at differential diagnosis in patients who applying emergency service with sudden muscle weakness and paralysis.

KEYWORDS: hypokalemia, periodic paralysis, sporadic

PS-0820 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Acute Myeloid Leukemia That Occurs With The Complaints Of Diarrhea And Weakness

Yılmaz Zengin, Ahmet Gündüzalp, Mustafa İçer, Ercan Gündüz, Recep Dursun, Hasan Mansur Durgun, Mustafa İpek, Mehmet Üstündağ
Department of Emergency Medicine, Dicle University, Diyarbakır, Turkey

INTRODUCTION: Acute myeloid leukemia (AML) is a clonal, heterogeneous, neoplastic disease that characterized by uncontrolled proliferation of myeloid precursor cells of which differantation features impaired. Epidemiological studies shows that enviromental, occupational and genetic factors play role in the pathogenesis of acute myeloid leukemia (AML).Although leukemia can occur at any age;it is often an adulthood disease. AML constitues approximately eighty percent of acute leukemias which was seen in adults. Symptoms such as fatigue, fever, nasal bleeding, bruises on body occur suddenly within 6 to 8 weeks often without prodromal period. We reported a diagnosis of AML-M2 case that applied with the complaints of weakness and diarrhea.

CASE REPORT: A woman patient aged 20 who hadnt been any known disease applied to emergency service with complaints of fatigue, weakness, diarrhea, chills and shivering that had been lasted for 2 days. At her physical examination: generality was average-bad, she was conscious, looking pale, tachycardic,and there was common abdominal sensivity. Another system examinations were natural. Vital diagnosis: TA:90/60 mmg/hg, pulse:140 beat/min, respiratory rate:20 resp/min, body temperature was 40ºC. Laboratory paramters: WBC:0,84 K/uL, NEU:0,42 K/uL, PLT:7,58 K/uL, HGB:4,22 g/Dl, HTC:% 12.92, Glucose:113 mg/dL, LDH:312 U/L Amylase was 356 U/L. Her abdomen ultrasound was normal except for mild hepatomegaly. She was admitted to the hematology clinic to search of pancytopenia. A s a result of clinical research the patient was diagnosed with AML-M2. In her clinical follow ups ischemic cerebrovasculer

events, typhlitis, ischemic areas occured in spleen and kidneys. She died after 33 days from her admission.

CONCLUSİON: In order not to overlook an important underlying disease the patients who apply emergency service with complaints of fatigue, fever diarrhea must be treated with appropriate technics, detailed story, careful physical examination. At differantial diagnosis it must be considered that there may be hematologic disease like AML/M2.

KEYWORDS: acute myeloid leukemia, diarrhea, neoplastic disease, weakness

PS-0821 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Dramatic, Sequel Free Recovery From Acute Ischemic Stroke with Thrombolytic Treatment in Emergency Service: Two case reports

Sedat Koçak[1], Mehmet Akif Önal[2], Kadir Küçükceran[1], Muhammet Raşit Özer[2]

[1] *Department of Emergency Medicine, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey*

[2] *Department of Emergency Medicine, Konya Training and Research Hospital, Konya, Turkey*

BACKGROUND: Intravenous thrombolytic treatment is the only proven method for acute ischemic stroke patients arrived within first 3 hours. After thrombolytic treatment; 50% of the patients survive as independent for their daily activities,15% as moderately dependant and 15% of the patients survive as dependent for their daily activities whereas 20% die.In here we report two dramatic recovery cases of acute ischemic stroke with thrombolytic treatment in emergency department.

CASE 1: A 72 years old female patient with hypertension in her medical history was transferred from an epicenter to our emergency department with complaints of speech disorder, collapsing, weakness on right arm and leg and left MCA infarct diagnosis. During the neurological examination;general condition was moderate, consciousness was clear, cooperation was limited due to motor aphasia- patient responded to auditory commands,neck rigidity was not detected,eyes were on the mid line in primary position,pupils were isochoric,light reflex was bilaterally positive (+).Muscle strength was 5/5 for the left upper and lower extremity, right upper extremity 1/5, right lower extremity was 2/5 and NIHSS score was detected as 12.Imaging studies had shown acute diffusion limitation on MCA supply zone.Patient was applied with iv rtPA (Alteplase) according to guides as there was no contraindication for thrombolytic treatment. During the first hours after the completion of the treatment, a sequel free, full neurological recovery was seen on motor deficit and aphasia.

CASE 2: A 70 years old male patient with history of diabetes had applied to our emergency department with speech disorder and weakness on the left side of his body.Patient was cooperative and experiencing somnolence.Neurological findings were as miotic pupils horizontal movement restriction on the right eye, no ptosis, cornea reflex was (+/+) no detectable facial paralysis, tongue was at midline, gag reflex was decreased and the muscle strength was detected as 2/5 for left upper and lower extremities and 5/5 for right upper and lower extremities, babinski was (+) on the left and NIHSS score was 8.Imaging studies revealed acute diffusion limitation superiorly located on the left side of cerebellum. The patient who had developed no complications after the thrombolytic treatment and recovered from the motor deficit discharged with no sequels.

CONCLUSION: Thrombolytic treatment applications in emergency departments are giving promising results for acute ischemic stroke patients.Therefore providing an environment that enables thrombolytic treatment for the pre-hospital ambulances and emergency services seems like a good idea which can improve neurological recovery of these patients.

KEYWORDS: Emergency department, Ischemic stroke, thrombolytic therapy,

PS-0822 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Presented to emergency servıces clınıcal oncology patıents and demographıc features

Şükran Koca, Ceren Şen Tanrıkulu, Abdullah Cüneyt Hocagil, Levent Koca, Ural Kaya, Hilal Hocagil

Bulent Ecevit University Faculty of Medicine, Emergency Department

AİM: Deaths due to cancer are the second ranks after heart disease. Along with an increase in the elderly population and the number of cancer cases in the light of new information, increasing the possibilities for early diagnosis, treatment follow-up period was extended with the change. In our study, we aimed to improve the quality of care for this group of patients in the emergency department who constitute significant portion of emergency room admissions of oncology patients by defining the clinical and demographic characteristics

METHOD: Bülent Ecevit University, Faculty of Medical Hospital Emergency Department 01.10.2012 - 01.10.2013 between the applicant has been diagnosed or newly diagnosed patient were analyzed retrospectively. The patients' clinical and demographic characteristics were evaluated.

FINDINGS: There have been 1472 times application by the 593 of cancer patient.262 of the patients were admitted once, while the remaining 371 patients had recurrent applications existing. 59,2% of the patients were male and 40,8% were female. The average of age was 62.07 ± 14.007 old years. The most common complaint 'dyspnea' and 14.26% was present in the application. As the most common seen cancer in the Emergency Department is 19,73% patients with lung cancer, the most common seen system of cancer was the gastrointestinal tract system with 31,3% patients. In our study, where the most common seen parts of metastases was the lung in 24,19% patients. 33,8% of the patients were hospitalized. The most common seen diagnosis of admission was impaired general condition (%27,71).

RESULT: Oncologic patients constitute an important part of who patients admitted to the emergency department. Physicians who work in the Emergency Department must get to know about oncologic emergencies and other emergency responders and must be quick.

KEYWORDS: Cancer, Demographic Features, Emergency Service

PS-0823 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Lipoid pnemunia after diesel fuel aspiration: A case report

Mustafa İpek, Yılmaz Zengin, Ercan Gündüz, Recep Dursun, Hasan Mansur Durgun, Ahmet Gündüzalp, Ertuğrul Kara, Murat Orak

Department of Emergency Medicine, Dicle University, Diyarbakır, Turkey

INTRODUCTION: Lipoid pnemunia is a disease that occurs as a result of accumulating lipids which may be endogenic or exogenic on alveoli. Endogenic lipoid pneumonia is a case occurring because of accumulating lipids in lung as a result of airway obstruction with tumours or radiotheraphy and chemotheraphy. Exogenic lipoid pneumonia is hydrocarbon pneumonia which generally occurs both with the ones who perform fire shows with liquid volatile hydrocarbons and as a result of the aspiration of petroleum products(diesel fuel,gas oil,gasoline…etc),animal or vegetable oil. In this study, we reported a patient with lipoid pneumonia after the aspiration of diesel fuel orally.

CASE: A 23 years old male patient applied to the emergency department with the complaint of shortness of breath and chest pain that had been lasted for three days. In his history it was learnt that 3 days ago he had aspirated fuel while he was drawing fuel from the canister so he applied to the emergency department and then discharged from there with the recommendation of prophylactic antibiotic. In his physical examination it was observed that his general situation was average, he was concious,cooperated and oriented. Crepitan crackles were heard in the lower lobe of the right lung in the respiratory system examination. In his laboratuary tests white blood cell was 15.91 K/uL C-reactive protein was 13.0 mg/dL. In other laboratuary tests any pathological value wasnt found. There was no significant pathologic findings in chest X-ray. In his chest computed tomography there were focal areas of consolidation showing affinity in the middle lobe and lower lobe of the right lung. This areas were evaulated in favor of pneumonia. The patient was admitted to the chest diseases clinic with the preliminary diagnosis of aspiration pneumonia. Biteral 500 mg 2x1 IV and Desefin 1 gr 2x1 IV treatment began to the patient. When his clinical situation improved on the 8th day of hospitalization he was discharged from clinic with the outpatient control purposes suggestion.

RESULT: It should be kept in mind that lipoid pneumonia may develop in patients who applied to the emergency department with the complaint of aspiration of hydrocarbon-like substance.

KEYWORDS: aspiration, diesel fuel, Lipoid pnemunia

PS-0824 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

An endemic disease in the emergency department; Bruscellosis

Kazim Kiratli[1], Erdem Çevik[2]

[1]*Department of Infectious Disease, Van Military Hospital, Van, Turkeyy*

[2]*Department of Emergency Medicine, Van Military Hospital, Van, Turkey*

INTRODUCTION: Brucellosis is a worldwide zoonotic disease; associated with many complications, which still remains as a major health problem in many developing countries around the world and transmitted to humans by consumption of unpasteurized animal milk, or through direct contact with infected animals. Skeletal system involvement is the most common source of complaints in brucellosis, Laboratory diagnosis often requires specialist microbiology investigations that are not widely available, and serology tests that only become positive during convalescence, Optimal clinical management requires a good history, awareness of local endemic diseases, an understanding of the features that may help distinguish different causes and appropriate use of empirical antibiotics. In this report, we describe a case with acute brucellosis who was referred to our emergency department.

CASE: A 35 year old male patient who was admitted with high fever, night sweating, fatigue and arthralgia for a period of three weeks. The symptoms was refractory to NSAIDs or other analgesics. There was history of consumption herby cheese (called "Otlu peynir" in Turkish) which is widely produced and consumed in eastern parts of Turkey. At physical examination, he seemed a little exhausted and his fever was 38.7°C. Laboratory evaluation; which included the presence of anemia (hemoglobine;12.8 g/dL), Leukopenia (3.4 × 103/µL), elevated C-reactive protein (4.420 mg/dl) and sedimentation rate (22 mm/h), there was also hepatomegaly (159 mm) in abdominal USG, Rose Bengal test was positive, Wright test positive at 1/320. The patient was admitted to infectious disease clinic with diagnosis of acute brucellosis. The patient was treated with doxycycline, rifampicin, streptomycin and indometacin successfully.

CONCLUSION: The potential for brucellosis should always be kept in mind in patients who present with fever, malaise, sweating, arthralgia, and joint swelling especially those living in areas where brucellosis is endemic.

KEYWORDS: Bruscellosis, endemic disease, emergency department

PS-0825 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

bilateral intracranial hemorrhages caused by hypertansion

Ahmet Demir[1], Mehmet Ayrancı[2], Alev Eceviz[3], Cihan Bütüksütçü[2], Zeynep Özkök[2], İsmet Doğan[2]

[1]*sultanbeyli state hospital,istanbul,turkey*

[2]*department of emergency medicine, medeniyet universty,istanbul,Turkey*

[3]*beykoz state hospital,istanbul,Turkey*

Bilateral simultaneous hypertensive intracerebral hemorrhages are extremely rare. The predisposing factors and pathophysiological mechanisms leading to the development of this picture are not well known. Possible mechanisms of simultaneous multiple hemorrhages include concomitant primary hemorrhages in two or more regions, or development of a second hemorrhage in another region shortly after the primary hemorrhage. The etiology of the cases presenting with bilateral simultaneous intracranial hemorrhage include migraine, lightning stroke, hyperglycemic hyperosmolar coma, hypertension and diabetic ketoacidosis coma. Bilateral simultaneous hemorrhage has a poor prognosis.

CASE: A 70-year-old man,who is syrian and can not speak turkish, suddenly developed loss of consciousness and was transferred to our hospital within 30 minutes after the onset of symptoms. He had a history of hypertension but was not receiving medication regularly.

On admission, his blood pressure was 220/120 mmHg,GCS:10(E4M5V1) The patient was stuporous. His pupils were isochoric and only slightly reactive to light.. He had monoplegia of the left arm, but other extremities showed withdrawal response to painful stimuli. Routine hematologic and biochemical tests were normal (platelet count: 182.000, hemoglobin: 14,5 g/dL, international normalized ratio (INR):1.09, activated partial thromboplastin time (aPTT): 29,3 seconds (s), prothrombin time (PT): 14,2 (s). A non-contrast cranial computed tomography (CT) scan revealed high density areas in the both capsula externa (at right 4,5cmx1,5cm,at left 3cmx1cm). he admitted to the critical care.Our patient had no history of asphyxia, neoplasia or coagulopathy, and there was no sign of cerebral venous thrombosis or metastatic tumor in either the CT.

DISCUSSION: bilateral intracranial hemorrhages are extremely rare, and long-standing uncontrolled hypertension has an important role in the etiology. The patients may have a better prognosis than with other multiple ICHs with differentlocalizations, if the hypertension is controlled properly

KEYWORDS: hypertension, intrakranial hemorrhage

PS-0826 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Efficiency of Neutrophil / Lymphocyte Ratio for predicting morbidity and mortality in Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Mehmet Erdem Ağca[1], Umut Yücel Çavuş[1], Melike Ağca[2]

[1]*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara*

[2]*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara*

INTRODUCTION-AIM: Research for new risk scoring methods which can achieve better results than clinical assessment in disease risk classification for predicting morbidity and mortality in acute exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Emergency Department (ED) and in managing discharge from ED are needed. Risk scoring methods contain complicated and highly varying parameters. In this perspective, risk scoring methods need to develop with new and more practical parameters. Neutrophil/Lymphocyte Ratio (NLR) which is measured by differential Wight Blood Cell count (WBC) in admission to ED can be a helpful parameter in daily clinical judgement in ED. In this paper, we tried to assess the predictional value of NLR in patient morbidity and mortality which was measured in admission of patients diagnosed with COPD in ED.

METHOD: 461 patients with COPD who were admitted to ED of Diskapi Yildirim Beyazit Training and Research Hospital and diagnosed with acute exacerbation of COPD between march 2011-july 2013 were included to study. Patients were evaluated as 4 groups which were ambulatory treatment and discharge in ED, admission to other services, admission to intensive care unit and exitus in ER. Findings and laboratory values of patients during admission to ED were recorded NLR values were compared statistically between these four groups.

RESULTS: Mean age of patients who were included to study were 68.5. There was a statistically significant difference between groups in respect of mean ages (p=0,005), higher mean age of cases with exitus than with group discharged from ED (p=0,004) or with group admitted to other services (p=0,011) caused this significant difference. Dispersion of male or female gender in groups were found to be statistically similar (p=0,871). There was a statistically significant difference between groups in respect of median NLR (p=0,015). Median NLR value was significantly higher in group of exitus than in group of discharge (p=0,002), in group admitted to services (p=0,008) and than in group admitted to intensive care unit (ICU) (p=0,003). No difference was detected in NLR levels between groups with admission to other services and with admission to ICU.

CONCLUSION: Although no difference was detected between groups admitted to ED with acute exacerbation of COPD and admitted to ICU, significant corelation was found between groups discharged from ED and exitus in ED, in terms of NLR levels. We conclude that NLR values can be useful in predicting prognosis acute exacerbation of COPD.

KEYWORDS: Acute exacerbation, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Neutrophil/Lymphocyte Ratio

POSTER BİLDİRİLER

PS-0827 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Excess Factor VIII: An Uncommon Cause Cause of Hypercoagulability in Emergency Department

İrfan Kala, Sultan Erdil Ülgen, İsmail Ağı, Binnur Eşfer, Nurullah Tarhan, Esma Kır, Merve Alyamaç, Muhittin Serkan Yılmaz
Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

OBJECTIVE: Elevation of coagulation factor 8 has been lately described patients with hypercoagulability. Before recognising excessive factor 8 value, generalised venous and arterial thromboembolic events thought to be idiopathic. Venous thromboembolism is seen frequently in emergency departments (ED). Idiopathic thrombotic disease generally have an underlying coagulation disorder. Although the heritable factor V Leiden mutation has been known to be the most common with 5% percentage of all individuals with coagulation abnormalities, increased activity of factor 8 has recently been an identifiable cause of hypercoagulability. We will present here now a patient without known diagnosed coagulation history presenting to our ED with mesenteric ischemia.

CASE: 39 year old patient was admitted to our emergency department with abdominal pain which started suddenly after eating dinner 3 hours ago. She had been prescribed oral contraceptive drug for menstrual irregularity and antidiabetics for previous diabetes mellitus. Her medical history also revealed splenectomy following splenic infarct by thrombosis of splenic artery. Her vital signs were stable. Blood pressure:110/87 mm/Hg, Heart rate:105/min, body temperature: 37.0 °C, SaO^2:95%. Physical examination showed wide abdominal tenderness and mild rebound sign in all quadrants, rectal examination was normal initially. Peripheral arterial pulses were normal except mild weakness of left femoral artery but signs of ischemia weren't noted in lower extremities. Laboratory status resulted as: WBC: 12800/µl, Hgb:10.6g/dL, Lactate: 5.6 mmol/L (N:0.5-2.2 mmol/L). We accepted her in ED for follow-up with IV fluids but her clinical symptoms developed and control laboratory tests showed elevated leukocyte and lactate levels as: 15600/µl and 6.1 mmol/L respectively. Abdominal USG showed free fluid intraperitoneally especially between intestinal segments. We decided to perform contrasted abdominal computed tomography (CT) that showed thrombotic occlusion partly in iliac arteries, abdominal aorta and superior mesenteric artery. Patient was hospitalised by general surgery clinic but then hematology consultation was provided to patient to diagnose thrombotic event's etiology and factor 8 activity was shown to be 300% (N:60-150%). Cessation of oral contraceptive drug was done and she was initiated anticoagulant, antithrombotic treatment during follow-up.

CONCLUSION: Patients with coagulation disorder may present to ED with various thrombotic diseases such as myocardial ischemia, pulmonary thromboembolism, mesenteric ischemia etc. Excessive activity of Factor VIII has been being described as case reports and more clinical trials are required in patients with hypercoagulability conditions. Emergency physicians treat many patients with thromboembolism and etiology of thromboembolism should be discovered beside treating the life threatening disorder.

KEYWORDS: anticoagulation, factor VIII, thromboembolism.

PS-0828 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

An Atypical Presentation of Stroke: Isolated Palilalia

İsmail Ağı, İrfan Kala, Sultan Erdil Ülgen, Fatma Yorulmaz, Vicdan Metin, Fevzi Bircan Özkan, Binnur Eşfer, Selçuk Akoğlu
Department of Emergency, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

OBJECTIVE: Palilalia is a speech disorder in which the involuntary repetition of syllables, words or phrases. It is generally seen in patients with psychiatric disorders and been described as complex tic. Etiology of palilalia also include neurodegenerative diseases (e.g Alzheimer), genetic disorders (e.g fragile x, asperger's syndrome), decreased dopamin levels in basal ganglias. Here we want to emphasize palilalia as the only and atypical symptom in a patient presenting with stroke.

CASE: 60 year old male patient was admitted to our emergency department with repetition of the same words fort he last one hour and his wife called an ambulance due to this symptom insisted. He has diabetes and hypertension in his medical history and that he used his medical treatment properly. His wife denied any phychiatric or neurologic disease history. Vital signs were stable. ECG:Normal sinus rhythm. Neurologic examination showed no motor-sensory deficit, cranial nerve and cerebellar examination were also normal. The only pathologic finding during examination was the repetition of the same words. Once a question was asked, he answered correctly followed by repeating the same words of his previously answer. Cranial CT was performed but ischemic or hemorrhagic changes were not noted. Patient underwent diffusion MR imaging which showed diffusion restriction on left temporoparietal location. He was hospitalised by neurology clinic for further treatment and follow-up.

CONCLUSION: Palilalia is either neurological or sometimes psychiatric disorder without a known etiology and pathophysiology. Emergency physicians treat patients with isolated palilalia uncommonly and it must not be defined as a psychiatric disorder only but also an organic cause of this disease should be examined. If there can not be an exact etiology of palilalia revealed out, hospitalisation and further investigation require to avoid morbidity or possible mortality of patients.

KEYWORDS: atypical symptom, palilalia, stroke.

PS-0829 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Utilization Of Copeptin Level And Rapid Emergency Medicine Score In Cerebrovascular Diseases

Fayza Aksu[1], Mehtap Gürger[1], Mustafa Yılmaz[1], Metin Ateşçelik[1], Mustafa Yıldız[1], Nevin İlhan[2], Selçuk İlhan[3]

[1]*Department of Emergency Medicine, Firat University, School of Medicine, Elazig, TURKEY*

[2]*Department of Biochemistry, Firat University, School of Medicine, Elazig, TURKEY*

[3]*Department of Pharmacology, Firat University, School of Medicine, Elazig, TURKEY*

AIM: Investigating the relationship between REMS scoring system and Copeptin level and NIHSS, ICH, BHHS scales in cerebrovascular diseases.

MATERIALS-METHODS: A total of 200 patients, including 150 patients with cerebrovascular disease and 50 healthy controls, were evaluated. Patients with detected CVD diagnosis-specific special scores, GCS, REMS score and Copeptin levels were divided into two groups, as dead and living. The difference between groups and correlation were evaluated.

RESULTS: It was observed that Copeptin levels and REMS scores were significantly increased and GCS score was significantly lower in dead patients. Copeptin level was 2.17 ± 1.01 ng\ dl in control group, 5.90 ± 4.9 ng\ dl in discharged patients and 10.21 ± 5.5 ng\ dl in dead patients. Negative correlation was found between REMS and GCS and positive correlation was found between Copeptin levels and REMS. Positive correlation was determined between REMS and NIHSS score, ICHS score and BHHS score, which are diagnosis-specific scoring systems in CVD. Increased in-hospital mortality was found with increased REMS score.

CONCLUSION: As REMS has positive correlation with CVD diagnosis-specific scoring systems such as NIHSS, BHHS, ICHS scoring systems and Copeptin levels, we believe that REMS scoring and Copeptin levels can be used to determine in-hospital mortality and severity of the disease.

KEYWORDS: Cerebrovascular Disease, Rapid Emergency Medicine Score, Copeptin, Emergency Service

PS-0830 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

İnsulin Allergy

Cihan Büyüksütcü[1], Zeynep Özkök[2], Meltem Çöllü[1], Mehmet Ayrancı[1], Ahmet Demir[4], Behçet Varışlı[3], Sibel Senem Baş[5]

[1]*Department of Emergency Medicine, Göztepe Training and Research Hospital,Medeniyet University,İstanbul,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Necmettin Erbakan University,Konya,Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine, Çanakkale State Hospital,Çanakkale,Turkey*

[4]*Department of Emergency Medicine, Sultanbeyli State Hospital,İstanbul,Turkey*

[5]*Department of Emergency Medicine, Trakya University,İstanbul,Turkey*

İNTRODUCE: Insülin has been started to diabetic patients, if oral anti-diabetic drugs is useless. When diabetic patients start to use insulin,alllergy can be seen. İnsülin allergy has been seen less than the high level purified insülin, for about %1 percent. Allergic symtoms maybe simple but it gone be fatalıty.

CASE: 84 year old male patiets, visit the emergency service with dizziness and nausea. İn his medical specialist this symptoms has been start for abuot one day. On his medical background,

he have diabetes mellitus, hypertension, eusophageal varices,HBV and cirrhosis. He use oral anti-diabetic drugs, his blood glukose level:455 mg/dl and the other pyhsical examination was normal. There was an acidosis in his blood gas. We start to treatment for diabetic ketoacidosis. When we push the iv insulin, 2 minutes later the patient become dyspnea and ıtchıng. Then we check on control physical examination, he has flushing, hyperemia on his body, and he was a bronchospasm on their lung. This situation was considered ınsulin allergy, and stop the insulin treatment. We push iv steroids for allergic reaction. After 2 hours later his symptoms complaints become less than before. The patients has admitted to internal medicine cervices for hospitalization. When they use ınsulin another time on internal medicine service, all of the allergıc symptoms seen again. When they stop the insulin, all of the symtoms had lost and started to use new oral antidiabetic drugs.

DISCUSSION: Alergic reactions is so dangreous for patients. We must think taht so many drugs or any other things start the reactions.İnsulin allergy is uncomman. But we must be carefull that if patients use insülin first time like so many drugs, we can see the allergıc reactions, becouse of this we need to remember insulin allergy on diabetic patients in emergency service.

KEYWORDS: İnsülin allergy, Diabetes mellitus

PS-0831 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Meteorological Parameters And Migraine Headache: Emergency Department Study

Mustafa Yılmaz, Mehtap Gürger, Metin Ateşçelik, Mustafa Yildiz
Department of Emergency Medicine, Firat University, School of Medicine, Elazig, TURKEY

AIM: Migraine is common in society and is one of the primary causes of chronic headache with episodes. In this study, we aimed to determine the role of meteorological parameters and moon phase on triggering migraine attacks and effects on the number of patients presenting to the emergency department with migraine headaches.

MATERIALS-METHODS: Patients admitted to the emergency department due to a migraine headache during one year were studied retrospectively. Correlation between moon phases, pressure, temperature, humidity, wind speed values of meteorological observation and recording station located in the same city and daily number of patients was analyzed.

RESULTS: 3491 patients, of whom 72% (n = 2518) were women, were enrolled. The average daily number of patients was 9.6 ± 4 (3-24). Statistically significant correlation was found between the number of daily patients and daily maximum temperature (p = 0.005), mean temperature (p = 0.013), minimum temperature (p = 0.041) and daily temperature change (p = 0.003).

In addition, a negative correlation was found between the daily number of patients presenting to the emergency department and daily relative humidity (%) (p = 0.031). No significant relationship was found between moon phases and the number of patients.

CONCLUSION: We have determined that the number of patients admitted to the emergency department with migraine headache has increased with high temperature and low humidity and that there is no relationship between the number of patients and moon phases.

KEYWORDS: Emergency Service, Meteorological parameters, Migraine, Moon phases

PS-0832 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

The Effect Of Meteorological Parameters On Number Of Renal Colic Patients

Metin Ateşçelik, Mustafa Yılmaz, Mehtap Gurger, Mustafa Yildiz
Department of Emergency Medicine, Firat University, School of Medicine, Elazig, TURKEY

AIM: In this study, we investigated the effect of meteorological parameters on the number of renal colic patients who admitted to the emergency department regarding patients' gender, patients' age and season.

MATERIALS-METHODS: Patients who admitted to the emergency department with renal colic during a year were studied retrospectively. Daily number of patients was divided into groups according to gender, age and seasons and correlation between the daily meteorological parameters were examined.

RESULTS: In our study, a total of 1890 patients were enrolled and of those, 64.9% (n = 1227) were male. The mean age of the patients was 38 ± 14.7 / years (18-94). Number of daily patients was 5 ± 2.9 / patients (1-18).

Positive correlation was found between the daily number of patients and daily maximum temperature (p <0.001, r = 0.212), daily minimum temperature (p = 0.003, r = 0.160) and daily temperature difference (p <0.001, r = 0.218). Additionally, a negative correlation with the daily relative humidity (P = 0.001, r = -0.169) was detected. Based on the results of linear regression analysis; patient's age, time of arrival at the hospital, average temperature and the temperature difference were found to be together effective in RC.

Negative correlation was found between relative humidity and female patients, patients in the 30-39 years of age group, the daily number of RC patients who admitted in spring. We found positive correlation between temperature and the number of patients under the age of 39, but we concluded that the daily number of patients above the age of 40 is not significantly correlated with temperature rise.

CONCLUSION: In our study, we have determined that meteorological parameters have effect on renal colic and that this effect varies depending on the patients' age, patients' gender and season.

KEYWORDS: Emergency services, daily relative humidity, maximum temperature, meteorological parameters, renal colic

PS-0833 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

An uncommon reason of delirium: Insülin intoxication

Zeynep Özkök[1], Cihan Büyüksütcü[2], Meltem Çöllü[2], Mehmet Ayrancı[2], Behçet Varışlı[3], Ahmet Demir[4], Sibel Senem Baş[5]

[1]*Department of Emergency Medicine, Necmettin Erbakan University,Konya,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Göztepe Training and Research Hospital,Medeniyet University,İstanbul,Turkey*

[3]*Department of Emergency Medicine, Çanakkale State Hospital,Çanakkale,Turkey*

[4]*Department of Emergency Medicine, Sultanbeyli State Hospital,İstanbul,Turkey*

[5]*Department of Emergency Medicine, Trakya University,İstanbul,Turkey*

INTRODUCTION: Patients who use insülin for decrease the blood glukose level, sometimes use much more than the normal dose. After this time blood glukose level decrease more than normal level, and insülin overdose becomes fatality. Low blood glukose level make patients; cold sweating,shaking hands, feel him/herself badly, uneasiness and after this position patients go to loss of consciousness, and coma.

CASE: 52 year old male patients has rendered to emergency service with loss of consciousness.He said to family wanted to sleep after workkoffice.4-5 hours later his family wanted to awake, but the patient didnt have any response and his familiy called 112 and reach to emergency service. Patiens have hypertension and diabetes mellitus in his medical speciality. His physical examination GKS:5, breating was superficial, Blood pressure:165/75 mmhg, heart rate: 55 per minute, blood glukose level: 16 mg/dl, fever:36,6 oxygen saturation level: %93, and other physical findings was normal. We push iv dextrose. Patients blood glukose level increase but his consciousness was not normal. He had metabolic acidosis in his blood gase. The other laboratory tests was normal. We get his brain CT and MR becouse of his mental position. But they were normal. Patients consultation with neurology, internal medicine and anesthesia. We has been done iv flumazenil. But we didnt see any recovery about his mental situation, and his GKS was stell 8, and we decided to intubation under sedation. His familiy look for any toxicological agents in his house, they only found insülin injectors near his bed. Patient received to ınternal medicine critical care unıt, with pre-diagnosis delirium,hypoglycemia and intoxication. After 2. Day his consciousness become normal and ex-tube from mechanical ventilation. When the patient become normal, he said that, he drunk beer before going to home, he made insülin and retired to rest. After that he didn't remember what happened. He pushed all of the insulin in the insulin auto-injeciton, when he was under effect of alcohol.

DISCUSSION: Patients must have eat something, after they used insülin. The numbers on the injectors is so small,sometimes the older patients cannot read the number, and they push overdose insülin. We must be carefull, if older patients who have diabates mellitus and use insulin, comes to emergency service with loss of consciousness, we must remember the insulin overdose and remember not eaten anything after using insülin.

KEYWORDS: İnsülin overdose, diabetes mellitus, intoxication,delirium

POSTER BİLDİRİLER

PS-0834 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

ARDS

Atıf BAYRAMOĞLU[1], Murat Saritemur[1], Ayça Şahin[1], İhsan Yüce[2]

[1] *Department of Emergency, Ataturk University, Erzurum, Turkey*

[2] *Department of Radiology, Ataturk University, Erzurum, Turkey*

INTRODUCTION: ARDS is a acute lung damage which is cause of alveolocapiller permeability increased. İt is an acute clinic syndrome result of many airway or lung circulation problems. The patients should hypoxemic and lung compliance decreased. Bilateral diffuse infiltration can be seen on poster anterior lung graphy. Mechanical ventilation support should necessary.

CASE: A 31 years-old woman admitted to emergency service with shortness of breath. She has a history of normal vaginal delivery two weeks ago. She has shortness of breath for 2 days and bilateral swelling on her legs. The blood pressure was 130/85mmhg, pulse: 117/minute, respiratory rate:37/minute, pulse oks: 40%. Respiratory voice was bilateral decreased. There were diffuse crackles in the lungs by listening on her physical examination. There were +++ pretibial edema bilaterally and homans sign was negative. There was biphasic T wave on ECG. Laboratory tests were as follows: WBC: 14600/µL, HGB: 12,7G/DL, PLT: 305000/µL, AST:99 U/L, ALT: 80 U/L, LDH:466 U/L, PO2:30.2%.There were pleural fluid bilaterally on antero posterior lung graphy and bilateral lung edema on her thorax computerized tomography. Ejection fraction was 60%, PAB was 40mmhg and right heart chambers were dilate on her echocardiography. Patient was admitted to intensive care unit.

RESULT: Most common risk factors about mortality due to ARDS are liver dysfunction, sepsis, organ transplantation, HİV infection, active malignancy, right ventricular dysfunction. Our patient complaints stemmed from acute heart failure.

KEYWORDS: ARDS, acute hearth failure

PS-0835 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Pulmonary embolism on trauma patient

Cihan Büyüksütcü[1], Zeynep Özkök[2], Meltem Çöllü[1], Mehmet Ayrancı[1], Behçet Varışlı[3], Ahmet Demir[4], Sibel Senem Baş[5]

[1] *Department of Emergency Medicine, Göztepe Training and Research Hospital,Medeniyet University,İstanbul,Turkey*

[2] *Department of Emergency Medicine, Necmettin Erbakan University,Konya,Turkey*

[3] *Department of Emergency Medicine, Çanakkale State Hospital,Çanakkale,Turkey*

[4] *Department of Emergency Medicine, Sultanbeyli State Hospital,İstanbul,Turkey*

[5] *Department of Emergency Medicine, Trakya University,İstanbul,Turkey*

İNTRODUCE: Pulmonary embolism is a cardiovascular emergency.This starts with the stenosis on pulmonary artery and become mortal. İf we diagnosis on the acute phase, pulmonary embolism is become reversible. Diagnosis is difficult becouse there is not any spesific symptoms. We must know pulmonary embolism and need clinical suspect. Recently pulmonary embolism diagnosis is so many then before, this is the result of emergency medicine doctors is suspect and diagnosis so many patient.

CASE: 83 year old female patient present the emergency medicine with dizziness and after fell down, by the 112. Pyhical examination; there was sensivity on gluteus maxımus, cardiac and breath sounds normal,bowel sounds was normal. There was nor a neurological problems. GKS:15 Blood pressure:140-80 mmhg heart rate:78 saturation:98 and fever:36.8. Patient check by the brain and spinal CT and X-ray for trauma. There wasn"t any problem. After 2 hour, when we check the patient, she said that, at first she had dizziness and dyspnea. We check the patient for dsypnea. After two hours later, she had dyspnea and agitation. GKS:15 Blood pressure:170-80 mmhg heart rate: 102 per minute. o2-saturation:90, on the blood gase level: ph:7.54 pO2:60 pCO2:28 lactat:6.8, on biochemical test K:4.7 mg/dl, troponin: 1.1 mg/dl, ddimer: 80 mg/dl (0-0.5) EKG: left bundle branch block. After we check torax ct and minör pulmonary embolism was seen. The patient consultate with cardiology and hospitalized for DVT and pulmonary embolism.After the patient hospitalized to cardiology services.

DISCUSSION: Reason is so important on trauma. If the patient have clinical symptoms, we check them after trauma examination. We need to think that so many reason about the trauma especially older patient. Symptoms is not clear on older patient, becouse of this we must be so carefull.

KEYWORDS: Pulmonary embolism, trauma

PS-0836 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Behçet and Hemoptisis: What We Expended What We Found

Ayşe Işık[1], Abidin Baran[1], Burak Polat[1], İsmail Aktaş[1], Mustafa Öztürk[1], Emin Fatih Vişneci[1], Başar Cander[2]

[1] *Department of Emergency, Konya Resarch and Education Hospital,Konya, Turkey*

[2] *Department of Emergency,Necmettin Erbakan Universty Meram Medicine Faculty, Konya, Turkey*

INTRODUCTION: Behçet disease (BH) is a widely distributed vasculitis with musculoskeletal, neurologic and gastrointestinal system (GIS) involvements as well as recurrent oral aphtous, genital ulcers and eye symptoms. It is an inflammatory response which involves underlying pathologic arteries and veins. It is known that the disease is more severe in young male cases. In our country it has a high incidence. In less than 5% patients, pulmonary involvement occurs as pulmonary artery aneurysm, pulmonary artery or vein occlusion, pulmonary infarction, pleural fluid and fibrosing alveolitis. Clinically, it causes complaints such as recurrent hemoptysis, cough and side pain. This study presents us a patient with Behçet disease for 10 years who applied to our emergency department for a massive hemoptysis

CASE: A 35-year patient applying to our emergency department suffered from bleeding from his mouth and nose while coughing for 2 days, and increasing hemorrhage for last 1 hour. The patient with blood pressure 100/70 mmHg, heart rate 100/min, fever 36.5 0C, O2 saturation 75% was monitorized. His lung sounds decreased bilaterally, his sclerotic breath and icteric, other system examinations were normal. The patient did not have deep vein thrombosis (DVT) history and active DVT. Due to a pre-diagnosis with Behçet disease based pulmonary involvement and bronchial artery aneurysm, his pulmonary angiography was taken. In his angiography, thrombus before right atrial junction in vena cava superior, thrombosis in the distal part of subclavian vein, filling defects compatible with emboly in lower lobe segment of right lung were observed. As a result of erythrocyte suspension, noninvasive mechanical ventilation, fluid-electrolyte treatment, the patient who had stabilised vital findings, was transferred to the chest diseases service to plan an advanced treatment.

DISCUSSION: In less of than 5% patients with Behçet disease, pulmonary involvement occurs as pulmonary artery aneurysm, pulmonary artery or vein occlusion, pulmonary infarction, pleural fluid and fibrosing alveolitis. This situation leads to complaints such as recurrent hemoptysis, cough and side pain. Since pulmonary thromboembolism is a clinical situation with a high mortality and morbidity, even if low clinical possibility is available, it must be always considered in the patients with Behçet diagnosis.

KEYWORDS: Behçet, Hemoptizi, Pulmonary Emboly

PS-0837 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Methemoglobinemia after using local anestesia

Cihan Büyüksütcü[1], Zeynep Özkök[2], Meltem Çöllü[1], Mehmet Ayrancı[1], Behçet Varışlı[3], Ahmet Demir[4], Sibel Senem Baş[5]

[1] *Department of Emergency Medicine, Göztepe Training and Research Hospital,Medeniyet University,İstanbul,Turkey*

[2] *Department of Emergency Medicine, Necmettin Erbakan University,Konya,Turkey*

[3] *Department of Emergency Medicine, Çanakkale State Hospital,Çanakkale,Turkey*

[4] *Department of Emergency Medicine, Sultanbeyli State Hospital,İstanbul,Turkey*

[5] *Department of Emergency Medicine, Trakya University,İstanbul,Turkey*

INTRODUCE: Hemoglobin, have +2 iron on normal status.If this iron reacted with oksidation, it become methemoglobinemia. This is serious hematologıc disease. Methemoglobinemia occurs on normal person who touch the oxidan materials like drugs, foods, chemeical agents vs… It's consantration level is under %1 by the systm sit.b5 reductaz. There are so many agents showed that makes hemoglobinemia. There are; sulfonamids, local anestesıc agents and foods which have nitrate in their inside. Methemoglobinemia, that occurs after usıng chemical agents, we must get ride of the agent from the body. It become normal level without doing anything, if the blood level of met-hb is under %20.

CASE: 58 year old female patient is presented to emergency medicine with dark skin and stomachache. Hypertension and chronic renal failure in her background. Physical examination; fever:38.5 blood pressure:140-80 heart rate:98 and abdominal defans. Lab values: wbc:10400 mg/dl and on blood gase met-hb:4.7. The other examination was normal. When we check the patient history, she went to dentist and tooth extractıon. When the dentist do this operation,he used local anestesia. The patient consultated to internal medicine,they think that is methemoblobinea, but we didn't have antidote.(metilen blue) The patient reached to another hospital by the 112, for treatment with antidot

DISCUSSION: Methemoglobinema is most comman result of using local anestesia for minor surgery operation. At this time we must be carefull to side effect. Sudden skin color change, stomachache and vomiting maybe occurs. Their antidotes can not find hospitals.

KEYWORDS: Methemoblobinemia, abdominal pain,local anesthesia

PS-0838 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Persistent hypercalsemia in adults: A case report

Meltem Songür Kodik, Merve Akın, Enver Özçete, İlhan Uz, Murat Ersel, Selahattin Kıyan
Department of Emergency Medicine, İzmir, Turkey

INTRODUCTION: Hypercalcemia is a disorder that most commonly results from malignancy or primary hyperparathyroidism. Among less common causes of elevated calcium include: increased intake or absorption, granulomatous disease, immobilization, and thiazide diuretic use, vitamin A- D intoxication.

Mean serum calcium level is 8.7-10.4 mg/dL. During the hypercalcemic crisis the serum calcium levels are usually more than 14 mg/dL.

Symptoms of hypercalcemia depend on the underlying cause of the disease. Mild elevations in calcium levels are usually asymptomatic, as calcium levels increase, the following symptoms may occur: Nausea, vomiting, alterations in the mental status, abdominal or flank pain (The workup of patients with a new kidney stone occasionally reveals an elevated calcium level.), constipation, lethargy, depression, weakness and vague muscle/joint aches, polyuria-polydipsia-nocturia, headache, confusion, cardiac irritability (spesfic ECG finding is short QT,in severe hypercalcemia Osborne wave,ventriculer irritability and VF arrest). Severe elevations in calcium levels may cause coma.

CASE REPORT: This is a report of a case of hypercalcemia, an elderly patient due to vitamin D intoxication. The case is 88-years-old female was referred to our department with symptoms of general fatigue and chilling. Her history includes Alzheimer disease and osteoporosis. Recently she had an injection of vitamin D.

On admittion she were hypotansif, tachicardic and GKS score was:9. On blood test her calcium was found 22 mg/ dL. Iniatilly she started IV infusion of SF. After a while inotropics and diuretics added. After a reasonable period the calcium levels were stil high. And nephrological consultation realized. And the decision of hemodialysis given.

CONCLUSION: The initial step in the care of severely hypercalcemic patients is hydration and forced calciuresis. Because most of these patients are profoundly dehydrated, rehydration with 0.9 normal saline is the crystalloid of choice. Hydration helps decrease the calcium level through dilution. The expansion of extracellular volume also increases the renal calcium clearance. Patients with renal failure or heart failure may not be able to tolerate fluid hydration or some of the other medications. There is urgent dialysis indication in such cases with persistant hypercalcemia.

KEYWORDS: hypercalcemia, vitamin D toxicity, dialysis

PS-0839 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

The Sign Of The Beginning Thrombolytic Treatment (Hiperdense MCA)

Murat Orak, Nazlı Görmeli Kurt, Yılmaz Zengin, Recep Dursun, Mehmet Üstündağ
Department of Emergency Medicine, Dicle University, Diyarbakır, Turkey

INTRODUCTION: There is increased attenuaion of the hiperdense MCA on the non-contrast CT scan of the brain. It is often indicator of the acute thrombus of the cerebral vessel and the immadiate sign of the ischemic stroke (hyperacute phase). It is visible long before paranchymal changes. Hiperdense MCA (HMCA) seen in 90 minutes of the stroke, is not a chance?

CASE: This 75 year old male with no history was found unconscious at home. On admission his GKS was E1 M4 V2 with right hemiplegia, pupils were equalan reactive to light, motor examination was right 0/5 left 5/5. We planned non contrast CT scan of the brain. Brain CT demonstrated us left hiperdense MCA and normal brain paranchym (Figure 1). He consultated by neurologist. There was no contraindication to use intravenous thrombolytic treatment. NIHSS:18. We treated with the intravenous thrombolytic therapy in the intensive care unit of emergency department (0,9 mg/kg IV rt-PA (alteplaz)), at the same time we saw the increase of GKS E3 M5 V2 and patient was transferred to neurology ICU.

CONCLUSION: It is very important for emergency specialists to recognize the HMCA, it can give a chance to patients in golden hour of thrombolytic treatment.

KEYWORDS: hiperdense, sign, thrombolytic treatment, MCA

PS-0840 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A real emergency condition in mine workers; Weil's dısease

Hilal Hocagil[1], Abdullah Cüneyt Hocagil[1], Ceren Şen Tanrıkulu[1], Şahabettin Mete[1], Nejat Demircan[2]
[1]*Department of Emergency Medicine, Bülent Ecevit University, Zonguldak,Turkey*
[2]*Department of Family Practice, Bülent Ecevit University, Zonguldak,Turkey*

INTRODUCTION: Weil's disease is a severe form of a leptospirosis. Leptospirosis, created by Leptospira interrogans, is a zoonotic infectious disease that can affect humans and animals

Leptospirosis is spread to humans by contact with soil or water contaminated with the urine and any tissue of infected animals

We aimed to remind the weil disease that may be at risk for miners.

CASE: A 34 year-old man with no medical history presented in to our hospital for sore throat, fatigue, stomachache, jaundice. He worked as a mine worker.

VİTAL SİGNS İN THE EMERGENCY DEPARTMENT WERE NOTABLE FOR A TEMPERATURE: 36.7°C, pulse: 95 beats/min and blood pressure: 100/53 mm Hg. The patient was alert and oriented. The ocular examination was notable for scleral icterus, conjunctival hyperemia. The skin appeared jaundiced, there were petechiae on the skin and lips. Other examination findings were normal.

INİTİAL LABORATORY STUDY RESULTS WERE NOTABLE FOR A CREATİNİNE: 6.6 mg/dL, platelets: 60,000cells/mm3, hemoglobin: 12.5G/dL, white blood cell count: 8.4 × 103cells/mm3, total bilirubin:10.46mg/dL, direct bilirubin:7.16mg/dL, aspartate aminotransferas (AST):95U/L, alanine aminotransferase(ALT): 46U/L, and creatine kinase:1398U/L. The urine analysis showed moderate hematuria and proteinuria.

The patient was admitted to the intensive care unit for sepsis and multiorgan dysfunction.

On the third day, the patient's acute renal failure worsened. Patient underwent dialysis. Patient that still lies in infectious disease service.

CONCLUSION: Leptospirosis can lead to varying clinical presentation from flu-like symptoms to organ failure. 90% of patients is non-icteric form. Severe infections, which are referred to as Weil's disease, only occured in about 5-10 percent of cases, include symptoms like jaundice, bleeding diathesis and fulminant hepatorenal failure. Weil's disease can be mortal in about 5-40%.

Clinical and routine laboratory tests for diagnosis are typically nonspecific. The diagnosis can be made only if clinician is suspected fron the history of patient. To confirm the diagnosis is made serological test, leptosipirosis culture and microscopic agglutination test(MAT).

POSTER BİLDİRİLER

Our patient had acute jaundice, acute renal failure and thrombocytopenia. A lot of tests were made for diagnosis. Our patients known who was mine worker had a risk factor weil's disease. MAT was positive.

Weil's disease should be considered in patients presenting with Jaundice, acute renal failure, bleeding diathesis in the presence of environmental risk factors like mine worker.

KEYWORDS: Mine worker, Weil's disease, Leptospira interrogans

PS-0841 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Severe hypocalcemia associated with zoledronic acid

Emin Fatih Vişneci, Levent Oktar, Mustafa Gülpembe, Demet Acar, Saniye Göknil Çalık, Sevil Fişekçi Oktar, Rasim Bilgin, Başar Cander
Department of Emergency,Education and Research Hospital, Konya, Türkiye

Bone metastasis formation in Prostate Cancer Patient is the reason of serious morbidity and mortality. The case associated with bone and developing dependent to bone metastasis cause serious health problems in patients. Zoledronic acid is the first treatment method applied in order to get bone metastasis under control in metastatic prostate cancer patients. Bisphosphonates are used for hypercalcemia treatment in metastatic bone disease. Zoledronic acid is a bisphosphonate which is proven to reduce development of some complications such as pathologic fracture, spinal cord compression, hypercalcemia. On the other hand, side effects might be experienced in patient using zoledronic acid. Osteonecrosis of the jaw, symptomatic hypercalcemia, impairment in kidney function tests are some of those side effects. In this paper, we attempted to present the case of symptomatic hypercalcemia developed depending on zoledronic acid.

As a result of loss of consciousness, an 86 years old male patient was brought to the emergency service/department by the means of 112 ambulance team. He had contraction complaints on his body for a couple of days. He has a history of known coronary artery disease, hypotension and prostate cancer. Patient's general state of health is bad and he is unconscious. He has TA:100/60mmhg, pulse:60/min, Blood glucose: 120, respiration: superficial, o2sat:%60, pretibial edema +++/+++, and is an obese patient. Patient for whom the glasgow coma scale:6 is assessed was intubated. Patient who developed cardiac arrest in follow-ups was applied CPR up to 10 minutes and spontaneous circulation was provided. He was hospitalized at emergency critical care unit.

WBC:12,19 Hb:8,8 HCT:29,2 GLUCOSE: 151 UREA:113 CREATININ:2,57 ALT:40 AST: 109 CA:4,1mg/dl Na:132 K:5,6 CRP:49,7 pH:7.18 HCO3:15 Lac:3,59 pCO2:41,2

Inotropic treatment was started for the patient whose hypotension developed in the intensive care unit follow-ups. Calcium infusion was initiated and control was observed to be ca:6,63. There was no recovery in patient's general state of health. Patient who developed cardiac arrest did not response to the medical intervention and considered to be died.

Hypocalcemia making affect of bisphosphonates especially used intravenously is known due to hypercalcemia. Before starting bisphosphonate treatment, 25-oh vitamin d3, calcium, phosphor, pth and urinary ca excretion and bft must be assessed and closer follow-up must be made in necessary patients.

KEYWORDS: Hypocalcemia, Zoledronic acid, Bisphosphonates, Prostate Cancer

PS-0842 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Generalised weakness in a young patient: hypokalemic nonperiodic paralysis

Utku Murat Kalafat[1], Canan Akman[1], Turker Karaboga[1], Arif Duran[2], Tarik Ocak[1]

[1]*Department of Emergency Medicine, Kanuni Sultan Suleyman Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Bolu Abant Izzet Baysal University, Bolu,Turkey*

INTRODUCTION: Hypokalemia of clinical significance, severe enough to cause cardiac dysrhythmias and paralysis, is a rare life-threatening medical disorder. Hypokalemic periodic paralysis (HPP), where an abrupt intracellular shift of potassium has occurred, must be distinguished from hypokalemic non-periodic paralysis (non-HPP), where a total body potassium deficit exists. Hypokalemic nonperiodic paralysis represents a group of heterogeneous disorders with a large potassium (K+) deficit. Rapid diagnosis of curable causes with appropriate treatment is challenging to avoid the sequelae of hypokalemia.

Our aim in this report, in healthy youung male with clinical findings that sudden weakness in both legs to mention the cases of hypokalemic periodic paralysis.

CASE REPORT: A 24-year-old man patient admitted to emergency department with bilateral extremities weakness. His physical examination was normal except upper and lower extremities weakness. Laboratory analyses revealed that his serum K+ level was 1.9 mmol/L, magnesium level was 1.8 mmol/L, creatine kinase level was 2665 U/L, renal, kidney and thyroid function tests were normal and pH of blood gas was 7.478. In emergency room, we started K+ replacement to 40 meq/hour via intravenously. He was hospitalized to the internal medicine department for observation and further research.

CONCLUSİON: Patients with muscle weakness that admitted to emergency medicine may have usually neuromuscular and endocrine disorders. However, hypokalemia can also cause in patients with muscle weakness.

KEYWORDS: hypokalemia, nonperiodic, paralysis

PS-0843 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

bılateral mıddle cerebral artery ınfarctıon

Yahya Akalın[1], Bülent Demir[2], Emre Gökçen[2], Erdal Demirtaş[2], Yunus Emre Arık[3], Çağdaş Yıldırım[3], Salih Kocaoğlu[3]

[1]*Department of Neurology,Malatya State Hospital,Malatya,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine,Malatya State Hospital,Malatya,Turkey*

[3]*Department of Emergenct Medicine,Ataturk Training and Research Hospital,Ankara,Turkey*

OBJECTIVE: Cerebrovascular disease is a group of diseases caused by reasons that affect cerebral blood flow. Generally studied in four groups; hemorrhagic or ischemic stroke, transient ischemic attack, subarachnoid hemorrhage and vascular dementia. Strokes are usually caused by ischemia and mostly one of the cerebral hemisphere is affected. Ischemic strokes that affect both cerebral hemisphers are seen very rare.

CASE: A 68-year-old male patient brought to the emergency department with respiratory arrest. He was intubated in emergency room. Blood pressure was 180/110 mmHg, pulse was 105 beat/min. The patient was unconscious. pupils were isochoric, placed at midline, direct and indirect light reflexes were diminished bilaterally. There was no response to painful stimuli. His rhythm was sinus tachycardia. There was no evidence of acute coronary syndrome in his ECG. Blood biochemistry and cardiac markers were normal. There was no acute pathology detected in his first brain CT. No change in the general condition of patient follow-up. GCS continued as 2E. Anesthesia was admitted to the intensive care unit with the prediagnosis of cerebrovascular disease. The control brain CT was taken on the second day of admission. Showing hemorrhagic transformation subacute total infarcts (MCA, PCA, ACA) and diffuse brain edema were detected in both cerebral hemispheres.

CONCLUSION: Bilateral MCA infarctions are very rare. The prognosis is poor with a high mortality. We wanted to share this rare case.

KEYWORDS: bilateral middle cerebral artery stroke, CVD, cerebrovascular disease, stroke

PS-0844 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A cade of amnesia in emergency department: Transient Global Amnesia

Mansur Kürşad Erkuran, Arif Duran
Departments of Emergency Medicine, Abant Izzet Baysal University, Bolu, Turkey

OBJECTIVE: Transient global amnesia which is generally seen as a clinical picture of episodes of amnesia with preserved personal identity and awareness is seen more commonly in middle aged males. The individual is confused but awake during the episode and generally can't record new information. Patients cannot recall what had happened in the last few minutes and

past memories may largely be vivid at the same time. The individual asks the same questions over and over at the time of amnesia. He/she knows himself/herself and close family. It most commonly lasts less than 24 hours. Various triggering events such as emotional stress, heavy physical activity and diving into cold water are present in a part of the cases with transient global amnesia. Its etiology is unknown; however, ischemia, migraine, epileptic attack and psychological disorders are considered. Her we aimed to present a rare case of a transient global amnesia seen in the emergency service.

CASE: A 46 year-old male patient presented with forgetfulness to the emergency service of our hospital. The patient who came to the city for a weekend symposium of his company had called his friend and said that he did not feel well. The patient had no complaints before and asked his friend where he was and how long he had been in that place and was repeating the same words continuously to his friend. He presented to a health institution at 23:00 hours with these complaints. He was first evaluated there and then was referred to our hospital. Upon his physical examination he was conscious, cooperated and had normal personal orientation but he had place and time disorientation. His ECG was normal sinus rhythm and his laboratory tests were in normal ranges. Brain tomography and diffusion MRI of the patient were evaluated to be normal. His condition improved and complaints resolved during the observation period in the emergency department and was discharged with recommendations.

CONCLUSION: In conclusion, transient global amnesia should be considered in patients with sudden amnesia in otherwise healthy adults following a detailed anamnesis, physical examination and neuroimaging are performed.

KEYWORDS: Amnesia, stress, male patient

PS-0845 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Patient Safety In Emergency Departments

Arif Duran, Songül Yorgun, Semahat Ahmetoğlu Duran, Erdoğan Şentürk
AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu

In this study, we evaulated the effectivenesses of patient safety studies in the emergency departments which were started in the hospitals. The main factors in the patient safety studies are; clinical correction, medication arrangements, accuracy of the name of medicine, application type, dose, time and duration of delivery, regulations to prevent interference of medications (making a list of medications), storing of these medications, availability of medicines in the emergency departments, definition of high risk medications, regulations for pediatric medicine usage, caring medical devices and inventory applications (medical devices are essential for the safety of patients and health personel, and it is important the accuracy of the diagnosis), hand hygiene etc.

In addition, the endurance of stretchers in emergency departments, complete definition of lab values and appropriate transfer of them, care and calibration of bedside medical devices, determination of communication type with foreign patients, precautions for patient transfer are essential for patient safety.

In the institution, periodic patient safety trainings are performed and emergency department personels are attending these trainings.

In the institution, physical elements and materials are full in the self assessments and central assessments in the year of 2014. In these assessments, the most evident defect was the uncertainty of the duration of medication delivery.

It can be said that, studies to evaluate patient safety in yhe institution are enough and effective.

KEYWORDS: Patient Safety, Emergency Service

PS-0846 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Comparison of interrater reliability and predictive validity of FOUR score and Glasgow Coma Scale in multi traumatic patients

Samad Shams Vahdati[1], Jafar Ghobadi[2], Mina Darei[3], Sarah Pourhasan[4], Fatemeh Seifar[5], Paria Habibollahi[6]

[1]*Assistant professor of emergency medicine, Road Traffic Injury Research Center, Emergency department, Tabriz University o medical science, Tabriz/Iran*

[2]*Assistant professor of emergency medicine, emergency department, Ardabil University of medical science, Ardabil/Iran*

[3]*medical student, Tabriz University o medical science, Tabriz/Iran*

[4]*medical physician, Road Traffic Injury Research Center, Emergency department, Tabriz University of medical science, Tabriz/Iran*

[5]*Medical student, neuroscience research center, students research committee, Tabriz University of medical sciences, Tabriz/Iran*

[6]*PhD student of Toxicology, Toxicology and pharmacology department, Pharmacy faculty,Tabriz University of medical sciences, Tabriz/Iran*

BACKGROUND: Multi traumatic injuries impose health care concern and major burden for society. The Glasgow Coma Scale (GCS) is a routine scale for assessing levels of consciousness and prognosis of traumatic patients. The Full outline of unresponsiveness (FOUR) score is a new coma scale developed to overcome the limitations of GCS. In this prospective study, we aimed to compare the predicting outcomes and inter-rater reliability of the GCS and FOUR score in a group of multi traumatic patients.

METHOD AND MATERİAL: 96 consecutive multi trauma patients admitted in emergency departments were enrolled in the study. GCS and FOUR score were documented on arrival to the emergency room. Their correlation with patients 'outcomes was analyzed. Inter-rater reliability was also assessed using κ.

RESULTS: In terms of predictive power for in-hospital mortality, calculated mortality rate was 33.1 for FOUR score and 30.21 for GCS. Mean value of GCS and FOUR score were 14.83 and 13.68, respectively. The mortality rate was determined 9.3% and mean duration of hospitalization was 7.86±8.73 days. In addition, inter-rater reliability was determined κ = 0.84 ± 0.01 for GCS score and κ = 0.86 ± 0.01for FOUR score rating.

CONCLUSION: Inter-rater reliability and outcome predictability for FOUR score was superior to the GCS in this study, therefore FOUR score can be considered as a viable alternative to the GCS in the emergency department by accurately predicting outcome and improving the quality of management in trauma patients.

KEYWORDS: Interrater reliability, Prediction, Glasgow Coma Scale, FOUR score, trauma

PS-0847 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

A Uniqe and Extremely Rare Disease: Hypokalemic Periodic Paralysis

Miray Baba, İrfan Kala, Binnur Eşfer, İsmail Ağı, Sultan Erdil Ülgen, Berkin Karapınarlı, Seval Komut, Bedriye Müge Sönmez, Oktay Hakbilir
Department of Emergency Medicine, Ankara Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Familial hypokalemic periodic paralysis is a congenital, neuromuscular genetic disease which painless weakness of muscles creates the clinical symptoms. It is passed down through familiy member as an autosomal domintant disorder. Periodic weakness of muscles are seen due to the decreased value of blood potassium value. Serum potassium value is generally normal between episodes. We will share our experience about a 18 year old male patient diagnosed as periodic hypokalemic paralysis.

CASE: 18 year old male patient presented to emergency department (ED) with the weakness of lower extremities started and developed after playing a football match 24 hours ago. His medical history revealed out that the same clinical symptoms of muscle weakness episode occured after making sports or walking long distances. He also admitted the relief of the weakness generally occurs by resting. He denied visit history of doctor about this issue before. His dad and uncle also had the same condition in his family history. Vital signs were stable: Blood pressure:110/65 mm/Hg, heart rate: 85/min, body temperature: 36.1 C, SpO2: 99%. Physical examination was normal except the motor weakness of lower extremities bilaterally. Neurologic examination showed 3/5 of motor strength in lower extreties. Sensory and circulation examination was also normal. ECG was initiated and depression of ST segment and U wave were the noted signs. Laboratory evaluation showed normal status of serum electrolytes such as calcium, clor, phosphorus and magnesium. But his potassium level was reported as 2.2 mEq/L (N: 3.5-5.5 mEq/L). His further laboratory evaluation showed normal PTH, Aldosterone and renin activity. We replaced the potassium intravenously thus the clinical signs improved and patient was hospitalised by internal medicine clinic.

CONCLUSION: Togetherness of peridically symptoms of muscle weakness and hypokalemia and the absence of any other clinical findings and also the family history (father and uncle) of the same symptoms, made us diagnose familial periodic hypokalemic paralysis (FPHP). As a result, periodic hypokalemic paralysis is an emergent neuromuscular disease. Young patients presenting to ED with the extremity weakness should be investigated about family history and be examined for the secondary etiologies of muscle weakness, once other diagnoses excluded,

POSTER BİLDİRİLER

FPHP disease should come to mind. We presented this case to make emergency physicians pay attention on FPHP.

KEYWORDS: familial hypokalemic periodic paralysis, hypokalemia, muscle weakness.

PS-0848 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Endoscopic evaluation of the patients who have applied with epigastric abdominal pain to emergency department

Arif Duran[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Bülent Yılmaz[2], Tarık Ocak[3]

[1] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Gastroenterology Training Clinic Bolu*

[3] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

OBJECTIVE: Epigastric region is one of the most important places in the patients applied to emergency department with abdominal pain complaint. There is a connection between the epigastric pain and benign and severe pathologies. In this study, we evaluated the previous endoscopic results of the patients who applied to an emergency department with epigastric abdominal pain.

MATERIALS-METHODS: We evaluated the patients who have applied to Bolu Public Hospitals Association Bolu Abant Izzet Baysal University Izzet Baysal Research and Education Hospital Emergency Department in the time period of 01.01.2007-31.12.2014. Patients are statistically evaluated according to gender, age, registration time and endoscopic diagnosis.

RESULTS: There were 3407 patients who have applied to Bolu Public Hospitals Association Bolu Abant Izzet Baysal University Izzet Baysal Research and Education Hospital Emergency Department in the time period of 01.01.2007-31.12.2014 with the complaint of epigastric abdominal pain. There were 31034 patients who were evaluated by gastroscopy. There was no statistical difference between the registration day and season of patients with epigastric abdominal pain complaint. There were 251 (%61.8) female (mean age:44,53±18,76) and 155 (%38,2) male (mean age:52,10±18,7) patients who have applied to emergency department and have been evaluated by endoscopy. The frequency of the diagnoses can be shown in this order: Gastritis 283 (%69,7), GERD 51 (%12,6), gastroduodenitis 22(%5.4), peptic ulcer 17(%4,2), duodenitis 7(%1.7), esophagitis7(%1.7), duodenal ulcer 6(%1.5), gastric ulcer 45 (%1.9).

CONCLUSION: Endoscopic evaluation of the epigastric pain patients is not an emergent situation. Suggestion of gastroenterology outpatient clinic evaluation and treatment by this department is essential for these patients.

KEYWORDS: Endoscopi, epigastric abdominal pain

PS-0849 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Endoscopic evaluation of the patients who applied to Emergency Department with Nausea and Vomiting

Arif Duran[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Bülent Yılmaz[2], Tarık Ocak[3], Musab Medeni Zorlu[1]

[1] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Gastroenterology Training Clinic Bolu*

[3] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

OBJECTIVE: Nausea is a tendency of the stomach toward to emptying itself. Vomiting is a emtying of the stomach by the inverse contraction of muscles surrounding the stomach. Retching is a vomiting tendency of clear secretions when there is no content in the stomach. Vomiting is not a disease, but usually is an indicator of a disease. In this study, we evaluated the previous endoscopic results of the patients who applied to an emergency department with nausea and vomiting.

MATERIALS-METHODS: We evaluated the patients who have applied to Bolu Public Hospitals Association Bolu Abant Izzet Baysal University Izzet Baysal Research and Education Hospital Emergency Department in the time period of 01.01.2007-31.12.2014. Patients are statistically evaluated according to gender, age, registration time and endoscopic diagnosis.

RESULTS: There were 33841 patients who have applied to Bolu Public Hospitals Association Bolu Abant Izzet Baysal University Izzet Baysal Research and Education Hospital Emergency Department in the time period of 01.01.2007-31.12.2014 with the complaint of nausea and vomiting. There were 31034 patients who were evaluated by gastroscopy. There was no statistical difference between the registration day and season of patients with nausea and vomiting complaint. There were 1721(%73,7) female (mean age: 40,56±24.67) and 615 (%26.3) male (mean age: 45,51±21.09) patients. The frequency of the diagnoses can be shown in this order: Gastritis 1518 (%65), GERD 310 (%13.3), gastroduodenitis 145 (%6.2), peptic ulcer 95 (%4.1), corrosive item ingestion 50 (%2.1), gastric ulcer 45 (%1.9), duodenitis 43 (%1.8), esophagitis 35 (%1.5), duodenal ulcer 31 (%1.3), malign neoplasm of the stomach 25 (%1.1).

CONCLUSION: Although the antiemetic medications are the main treatment modality, there are other modalities for the nausea and vomiting which can be estimated before. Gastritis should be considered priorly in the reasons derived from stomach, and it will guide effective treatment and diagnosis in the emergency department.

KEYWORDS: Endoscopic evaluation, Nausea and Vomiting

PS-0850 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Endoscopic evaluation of the patients who have applied with diffuse abdominal pain to emergency department

Arif Duran[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Bülent Yılmaz[2], Tarık Ocak[3], Musab Medeni Zorlu[1]

[1] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Gastroenterology Training Clinic Bolu*

[3] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

OBJECTIVE: Abdominal pain has very important place in the application reasons of emergency department patients. There are a lot of internal and surgical reasons of abdominal pain. In this study, we evaluated the previous endoscopic results of the patients who applied to an emergency department with epigastric abdominal pain.

MATERIALS-METHODS: We evaluated the patients who have applied to Bolu Public Hospitals Association Bolu Abant Izzet Baysal University Izzet Baysal Research and Education Hospital Emergency Department in the time period of 01.01.2007-31.12.2014. Patients are statistically evaluated according to gender, age, registration time and endoscopic diagnosis.

RESULTS: There were 50543 patients who have applied to Bolu Public Hospitals Association Bolu Abant Izzet Baysal University Izzet Baysal Research and Education Hospital Emergency Department in the time period of 01.01.2007-31.12.2014 with the complaint of diffuse abdominal pain. There were 31034 patients who were evaluated by gastroscopy. There was no statistical difference between the registration day and season of patients with epigastric abdominal pain complaint. There were 3035 (%65.2) female (mean age:45.12± 32.04) and 1622 (%34.8) male (mean age:51.61±24.93) patients who have applied to emergency department and have been evaluated by endoscopy. The frequency of the diagnoses can be shown in this order: Gastritis 3090 (%66,4), GERD 536(%11,5), gastroduodenitis 285(%6,1), peptic ulcer 207(%4,4), gastric ulcer 101(%2,2), malign neoplasm of the stomach 100(% 2,1), duodenal ulcer 90 (%1,9).

CONCLUSION: Endoscopic evaluation of the epigastric pain patients is not an emergent situation. Consultation with gastroenterology is essential for the effective treatment of these patients after their stabilization.

KEYWORDS: Endoscopic evaluation, diffuse abdominal pain

PS-0851 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Evaluation of the MI probability of the patients who have applied to emergency department with chest pain complaint

Arif Duran[1], Mansur Kürşad Erkuran[1], Serkan Öztürk[2], Tarık Ocak[3], Musab Medeni Zorlu[1]

[1] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*

[2] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Cardiology Training Clinic Bolu*

[3] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

OBJECTIVE: Togetherness of the chest pain complaint and the acute myocardial infarction as a coronary pathology occupying emergency departments. We evaluated our patients to answer some questions. Are the patients who were applied with chest pain complaint sent to the coronary intensive care unit with AMI diagnosis after their some monitarisation in emergency department, and how much should we pay our attention for them?

MATERIALS-METHODS: We evaluated the patients who have applied to Bolu Public Hospitals Association Bolu Abant Izzet Baysal University Izzet Baysal Research and Education Hospital Emergency Department in the time period of 01.01.2007-31.12.2014. Patients are statistically evaluated according to their gender, age and registration time.

RESULTS: There were 34955 patients who have applied to Bolu Public Hospitals Association Bolu Abant Izzet Baysal University Izzet Baysal Research and Education Hospital Emergency Department in the time period of 01.01.2007-31.12.2014 with the complaint of chest pain. 3081 patients were sent to coronary intensive care unit with the diagnosis of acute myocardial infarction. 1819 patients who have applied with chest pain complaint were admitted to coronary intensive care unit with AMI diagnosis in different times. There was no statistical difference between the registration day and season of patients with chest pain complaint and AMI diagnosis. 550 of chest pain patients were hospitalized with AMI diagnosis, 57.5 median (1min-2373max) days after their application. 607 of chest pain patients have been hospitalized 370 median (1min-2770max) day before their AMI diagnosis. 662 patients with chest pain complaint were admitted to coronary intensive care unit within the same day of their applicaion.

CONCLUSION: 5% of the patients with chest pain complaint are under the risk of AMI. Approximately 35% of patients, who have applied to emergency department with chest pain complaint and AMI diagnosis, were hospitalized within the same day.

KEYWORDS: chest pain, Acute Myocard Infarction, emergency department

PS-0852 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Analysis of injection applications to emergency department in the aspect of nursing services

Arif Duran, İlknur Kartaloğlu, Mansur Kürşad Erkuran, Semahat Ahmetoğlu Duran, Musab Medeni Zorlu
AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu

OBJECTIVE: Injections are common reason of application to emergency departments, causing crowded environment. Intramuscular injection is one of the most common type of injections in emergency departments of our country. In this study, we evaluated the distribution of the types of medications and observation of their contraindications after their applications, retrospectively.

MATERIALS-METHODS: We evaluated the patients who have applied to Bolu Public Hospitals Association Bolu Abant Izzet Baysal University Izzet Baysal Research and Education Hospital Emergency Department in the time period of 01.02.2015-28.02.2015. These patients were applied for their injections which were prescribed before. Patients are statistically evaluated according to their application count, gender, the type of prescribed medicine and feedbacks after their injections.

RESULTS: There were 6283 patients who have applied to Bolu Public Hospitals Association Bolu Abant Izzet Baysal University Izzet Baysal Research and Education Hospital Emergency Department in the time period of 01.02.2015-28.02.2015 for the application of their injections. 92% of patients were applied intramuscular injection and 8% of patients were applied subcutaneous injection. There were 3486 (%55,5) female and 2797 (%44,5) male patients. The frequency of the medications can be shown in this order: Antibiotics 38.9%, pain killers 26.4%, vitamin complexes 25%, anticoagulants 8% and others 1.7% (hormones, antihistamines). There was no negative feedback after injection applications.

CONCLUSION: Intense environment in the emergency department, diversity of injection types and application types are essential for evaluation of injection in emergency departments. Lack of feedback after injections may show us that health personel should be professional in their duty, and success of in-service educations are very important for their job.

KEYWORDS: Injection applications, emergency department

PS-0853 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Effect on mortality in hospitalized patients with APACHE II scores Intensive Care Unit

Mansur Kürşad Erkuran[1], Arif Duran[1], Elif Uysal[1], Tarık Ocak[2], Semahat Ahmetoğlu Duran[1]
[1] *AİBÜ İzzet Baysal Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, Bolu*
[2] *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital Emergency Medical Training Clinic, İstanbul*

AIM: There are many factors affecting the mortality of Intensive care unit (ICU) hospitalized patients. Intensive care patients made the first entry in the APACHE II scoring system impact on mortality of the determination were investigated retrospectively.

METHODS: Bolu Izzet Baysal State Hospital Emergency Department (ED) Between 16.02.2009 and 23.08.2011 date for information, emergency contact when the hospitalization of patients diagnosed with ICU, were examined seasons and standby times. Data Package for the Social Sciences version 17.0 for Windows were evaluated using statistical software. Percentage distribution and chi-square were used in determining the significance 2 test and $p < 0.05$ was considered significant.

RESULTS: Bolu Izzet Baysal AİBÜ Education and Research Hospital Between 01.01.2013 and 31.12.2014 date, 1, 2. Step 3 patients were enrolled in the study in 1527 and the admission to the intensive care unit. Step 1 269 general ICU, ICU and step 2 652 Total 606 Total Step 3 was admitted to ICU. The total number of days of hospitalization of patients was the 9658g and the total number of 269 billion US Dollars.1 died. Step expected ICU mortality stood at 0.312% on average, while 61.56%. In Step 2. The expected average ICU mortality stood at 47.14%, while 61.56%. 3. The average expected mortality in the ICU Step totaled 61.56%, while 28.61%.

CONCLUSION: According to the clinical status of the patients should be admitted to the ICU. In this case, knowing the patient's expected mortality rates are in addition to warning us. The actual mortality rate is lower than expected, although partially constitute failure in the calculation appears to be sufficient in our hospital quality of care.

KEYWORDS: mortalite, APACHE II, Intensive care unit

PS-0854 Kardiyovasküler aciller

Nefes Darlığından Trifasiküler Bloğa

Mehmet Taylan Koçer, Şeref Emre Atiş, Onur Yücesoy, Başar Cander
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Acil kliniklerinde neredeyse her hastaya çektirilen EKG'lerde sıkça aritmilere rastlanmaktadır. Bu aritmilerden bazıları klinik olarak anlamsızken, bazıları ivedi bir biçimde tanı alıp tedavi edilmelidir. Trifasiküler blok da bu aritmilerden biridir. Bu aritmi çeşidinde ventriküler ileti sisteminin her iki dalında ileti defektiyle birlikte atriyoventriküler bloklarda eşlik eder. İnkomplet ve komplet olarak ayrılan bu aritmi çeşidinde tanı hemen konulup hasta güvenlik çemberi içinde Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde takip edilmelidir. Bizde bu olgu sunumumuzda bu konuya dikkat çekmek istedik.

OLGU: 82 yaşında bayan hasta hastanemiz Acil Tıp Kliniği'ne yeni başlangıçlı nefes darlığı şikayeti ile ayaktan başvurdu. Hastanın alınan kısa anamnezinde nefes darlığının 7-8 saattir olduğu öğrenildi. Hastamızın bilinen iskemik serebrovasküler hastalığı mevcuttu. Hastanın başvuru anında arteryel tansiyonu 140/90 mm Hg, nabız:79 atım /dk, solunum sayısı: 19/dk, oral olarak ölçülen ateşi:36.7 C, O2 saturasyonu:98 % olarak saptandı. Başvuru anında yapılan fizik muayenesinde hastanın her iki hemitoraksı solunuma eşit katılıyor, bazallerde ince ralleri vardı. Kardiyak oskültasyonda S1, S2 doğal, ek ses veya üfürüm duyulmuyordu. Yapılan batın muayenesi normaldi. Tüm ekstemitelerde nabızlar palpabl ve karşılıklı eşit olarak alınıyordu. Alt ekstremiteler arasında çap veya ısı farkı bulunmuyordu. Nörolojik muayenesi doğaldı.

Hastadan tetkik olarak hemogram, biyokimya, kardiak markerlar istendi. Hastanın EKG'si çekildi. Çekilen EKG'sinde trifasiküler blok saptanan hasta müşahade alanında monitörize olarak takibe alındı. Kan örneklerinde hemogramı normaldi. Biyokimya parametrelerinde herhangi bir anormallik saptanmayan hastanın kardiyak markerlarından kütle CK-MB 3.83 (en üst değer 3.77), Troponin-T 0.083 (en üst değer 0.014) saptandı. Hasta mevcut bulgularla trifasiküler blok + akut koroner sendrom tanılarıyla Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'ne sevkedildi. Oradaki izlemlerinde kardiyak markerlarında yükselme olmayan hastanın mevcut durumunun kalp kapak problemleri sebebiyle olduğu söylenip, kapak replasmanı ve pace-maker açısından Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde takibine karar verildi.

POSTER BİLDİRİLER

ANAHTAR KELİMELER: EKG,trifasiküler blok,aritmi

PS-0855 Kardiyovasküler aciller

Genç Hastada Atipik Prezentasyonla Birlikte Yaygın Anterior Myokart Enfarktüsü

Hasan Büyükaslan[1], Halil Kaya[1], Mehmet Tahir Gökdemir[1], Halil Altıparmak[2], Emre Erkuş[2], Fatih Güngörmez[1], İbrahim Cebe[1], Ahmet Can Deniz[1]

[1]*Harran Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı,Şanlıurfa.*

[2]*Harran Üniversitesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı,Şanlıurfa.*

GİRİŞ:Dünyada olduğu gibi ülkemizde de olüm nedenlerinin başında kardiyak iskemik hastalıklar gelmektedir. Miyokart enfarktüsü (MI) ileri yaş grubunda sık olmakla beraber gençlerde az oranda görülmektedir. Bu olguda birkaç hastane dolaştıktan sonra acil servisimize başvuran, genç yaşta MI tanısı konulmuş bir hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: 22 yaşında erkek hasta üç gündür süren atipik karekterde göğüs ağrısı ile acil servisimize başvurdu. Ağrısının son birkaç saattir şiddetlendigini söyleyen hastanın vital bulguları stabil olup TA:125/65mmHg SAT: %98 NBZ: 90/dk idi. Fizik muayenesi doğal olan hastanın sigara ve alkol kullanım öyküsü mevcuttu. Hastanın bunun haricinde özgeçmiş soygeçmişinde bir özellik yoktu.

Çekilen EKG sinde V2-3-4-5-6 ve D1, AVL de ST segmentelevasyonu olan hastanın D2-3 ve AVF derivasyonlarında resiprok ST çökmeleri mevcuttu. Biyokimya sonucunda CK-MB ve troponin değerleri yüksek bulunan hastayı akut ST elevasyonlu myokard enfarktüsü tanısıyla perkütan koroner girişim yapılmak üzere kardiyoloji bölümüne yatırdık.Hastanın yapılan anjiosunda LAD proksimalinde % 100 akut (tromboze)tıkanıklık tespit edildi. Başarılı stent implantasyonu yapılan hasta 5 gün sonra aspirin 100 mg/gün, klopidogrel 75 mg/gün ve metoprolol 100 mg/gün reçete edilerek sekelsiz taburcu edildi.

SONUÇ: Acil servise göğüs ağrısı ile başvuran genç hastalarda non-kardiyak nedenler hızlı bir şekilde ekarte edildikten sonra akut koroner olaylar da göz önünde bulundurulmalı ve gerekli tanısal yaklaşımlarda bulunulmalıdır. Genç hastalardaki atipik uzun süreli göğüs ağrılarındada myokart enfarktüsü olabileceği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Miyokart Enfarktüsü, Genç Hasta, Acil Servis.

PS-0856 Kardiyovasküler aciller

Acil Servis'te Ölümcül Bir Tanı: Renal Kolik

Egemen Küçük
Sakarya Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Sakarya

GİRİŞ: Aort diseksiyonu, nadir görülen, semptom ve bulguları farklı hastalıkları taklit edebilen ölümcül bir hastalıktır, bu nedenle tanısı sıklıkla gecikir veya gözden kaçar. Vakaların %90'nında yırtıcı vasıfta, ani ve şiddetli başlangıçlı ağrı bulunur. Ağrı lokalizasyonu sıklıkla lezyonun yerini ve kliniğini işaret eder, distal aortik diseksiyonlarda, böbrek, alt ekstremite iskemileri, mezenterik iskemiler ve bunlara bağlı abdominal ağrı, sırt ağrısı, bel ağrısı görülebilir. Aort diseksiyonu, renal kolik ayırıcı tanısında yer alan ölümcül bir hastalıktır. Renal kolikte ağrı, üreter obstrüksiyonundan kaynaklanır, genellikle ani, künt flank ağrısı olarak başlar.

OLGU SUNUMU: Altmış sekiz yaşında erkek hasta, şuuru kapalı olarak 112 ambulans ekibi tarafından acil servisimize getirildi. GKS'si 3 olarak değerlendirilen hastaya, KPR uygulanmaya başlandı. Devam eden KPR'nin 35. dakikasında kalp tepe atımı elde edildi. Resusitasyon sonrası kan basıncı 110/70 mmHg, nabız 115 vuru/dakika olarak saptandı, entübe olan hastanın oksijen saturasyonu %96 olarak belirlendi. Sağ ve sol kolda kan basınç farkı ve nabız defisiti alınamayan hastanın, çekilen EKG'sinde; akut patoloji saptanmadı. Genel sistemik muayenesi normal olan hastanın, istenen biyokimyasal parametrelerinde herhangi bir anormalliğe rastlanmadı. Hasta yakınlarından alınan detaylı anamnezde, 15 yıllık hipertansiyon hastası olduğu, ilaçlarını düzenli kullanmadığı, 40 paket/yıl sigara kullanımı olduğu, madde kullanımı, geçirilmiş ameliyat ve travma öyküsünün olmadığı öğrenildi. Hastanın aynı gün sabah saatlerinde, ani başlayan sağ yan ağrısıyla uykusundan uyandığı, başvurduğu özel hastanede, böbrek taşı tanısıyla hastaya intramusküler enjeksiyon yapıldığı ve taburcu edildikten yaklaşık 2 saat sonra odasında şuuru kapalı şekilde bulunduğu öğrenildi. Resusitasyon sonrasında tanısal amaçlı çekilen beyin tomografisinde akut patoloji saptanamayan hastanın, kontrastlı torako-abdominal tomografisinde abdominal aortta Stanford tip B diseksiyon saptandı. Sağ renal perfüzyonun bozulduğu, kontrastlanmanın olmadığı tespit edildi.

SONUÇ: Aort diseksiyonu anatomik yerleşimine göre, değişik semptom ve bulgularla karşımıza çıkabilir. Özellikle yoğun olan acil servislerde, bu ölümcül hastalık gözden kaçırılabilir veya yanlış tanı alabilir. Acil Tıp hekimleri, özellikle ileri yaştaki hastalara renal kolik tanısı koyarken dikkatli olmalı, altta yatan aort diseksiyonu gibi ölümcül bir hastalığı göz ardı etmemelidirler.

ANAHTAR KELİMELER: Aort disseksiyonu, Renal kolik, Ayırıcı tanı

PS-0857 Kardiyovasküler aciller

Akut anterior miyokard infarktüsü ve AV tam blok birklikteliği olan ilginç bir vaka:

Alper Buğra Nacar[1], Mustafa Şahan[2], Ali Erayman[1], Mehmet Fatih Karakaş[1], Mustafa Kurt[1], Nihat Şen[1], Eyüp Büyükkaya[1], Barış Kavasoğlu[1], Adnan Burak Akçay[1]

[1]*Mustafa Kemal Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Hatay*

[2]*Mustafa Kemal Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Hatay*

GİRİŞ: Sıklıkla AV tam blok gibi ileti sistemini ilgilendiren bozukluklar İnferior miyokard infarktüsü (MI) ile birlikte görülür. Nadir de olsa diğer MI türlerinde de görülebilmektedir. Biz bu vakada Akut anterior MI ve AV tam blok birlikteliğini ilginç bir şekilde göstermek istedik.

OLGU: 60 yaşındaki erkek hasta acil kliniğimize göğüs ağrısı ve baş dönmesi şikayetleri ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde sigara, koroner arter hastalığı (stent) ve HT mevcut idi. Yapılan fizik muayenesinede tansiyonu 120/80 kalp atımı 37 atım/ dk idi. Çekilen elektrokardiyografisinde (EKG) V1 – V6 arası yaygın ST elevasyonu olduğu ve P ile QRS arasında bir ilişki bulunmadığı saptandı. Hastaya Akut anterior MI ve AV tam blok tanısı kondu ve acil kateter laboratuarına alındı. Hastanya işlem öncesi 300 mg asetil salisilik asit-600mg klopidogrel ve 5000 Ü unfraksiyone heparin verildi. Yapılan koroner angiyografisinde sol ön inen arterinde (LAD) %95 ve sağ koroner arterinde (RCA) daha önce takılan stent öncesinde %100 darlık saptandı. Sorumlu lezyon LAD ' deki olduğu düşünüldü ve müdahale edildi. LAD ' deki darlığa stent takıldı. Hasta göğüs ağrısı ve baş dönmesi şikayetleri kalmadığını söyledi ve işleme son verildi. Ancak EKG' sinde AV tam bloğun devam ettiği izlendi. Hastanı yapılan kontrollerinde 48 saat sonrasına kadar baş dönmesi ve göğüs ağrısı şikayeti olmamasına rağmen EKG' de AV tam blok görünümü devam etti. Hastanın bu ileti probleminin RCA' daki lezyondan kaynaklanabileceği düşünüldü ve hasta 48 saat sonra tekrar kateter laboratuarına alındı. RCA ' daki stent öncesi %100 darlık açıldı ve distal kanlanma sağlandı. Hastanın işlem sonrası yapılan kontrollerinde AV tam bloğunu ikinci işlemden sonra ortadan kalktığı görüldü. Hasta medikal tedavi ve takip önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Bazen koroner damarlarda ki sorumlu lezyonlar öncelikli olarak düşünülsede, hastayı semptom ve bulgularıyla birlikte değerlendirmek gerektiği unutulmamalıdır. Bu vakada olduğu gibi hasta kalp krizi geçiriyor olsa bile sorumlu lezyonu açtıktan sonra diğer koroner damarların semptom ve bulgular eşliğinde iyi bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

ANAHTAR KELİMELER: Miyokard infarktüsü, AV tam blok, Koroner angiyografi.

PS-0858 Kardiyovasküler aciller

Bomba sonrası gelişen A-V tam blok vakası

Alper Buğra Nacar[1], Mustafa Şahan[2], Ali Erayman[1], Ali Cüvitoğlu[1], Mehmet Fatih Karakaş[1], Mustafa Kurt[1], Nihat Şen[1]

[1]*Mustafa Kemal Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Hatay*

[2]*Mustafa Kemal Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Hatay*

GİRİŞ: A-V (Atriyoventriküler) tam blok sıklıkla koroner iskemik kalp hastalıklarında, elektrolit dengesizliklerinde ve doğumsal sebeplere bağlı olarak gelişir. Genellikle insanoğlu heyecanlandığında ya da korktuğunda sempatik sistem aktive olur. Böylece kalp hızı ve kasılması artar. Biz bu vakada yakınlarına bomba düşen bir hastada bomba sonrası gelişen A-V tam blok olgusunu paylaşmak istedik.

OLGU: Hastanemiz aciline Suriye sınırına yakın bir yerde yakınlarına uçaktan atılan bir bomba düşen Suriyeli hasta getirildi. Hastanın geliş fizik muayenesinde herhangi bir anormallik ve de tramvatolojik bir hadise izlenmemişti. Hastanın kan basıncı 100/60, kalp atımı 45-50 atım/dk idi. Şuuru açık olan hastanın sadece hafif mide bulantısı ve baş dönmesi vardı. Hastanın çekilen elektrokardiyografisinde A-V tam blok ile uyumlu görünüm izlendi. QRS' ler kendi arasında ve P dalgaları kendi aralarında uyumlu ancak birbirlerinde bağımsız idi. Normalde böyle bir travma

sonrası sempatik sistemin aktive olup hastada taşikardi olmasını beklenirdi ancak bu hastada tam tersi oldu. Hasta için hemen kardiyoloji konsültasyonu istendi. Kardiyoloji konsültasyon sonucunda hastaya femoral girişim ile geçici kalp pili takılmasına ve iskemik bir olay olup olmadığı anlamak için koroner anjiyografi yapılmasına karar verildi. Hastaya femoral yol ile geçici pil takıldı. Yapılan koroner anjiyografisinde herhangi bir patoloji ya da anlamlı darlık saptanmadı. 3 gün boyunca hastanın kalp atımları geçici pil desteği ile 80-90 atım/dk arasında tutuldu. 3. günün sonunda kalp pili kapatılıp elektrokardiyografi çekildiğinde hastanın normal sinüs ritmine döndüğü gözlendi. Birkaç gün daha takip edilen hasta kalp hızı 75 atım/dk ve normal sinüs ritmi olarak taburcu edildi.

SONUÇ: Biz bu vakada nadir de olsa korku ve panik anından sonra sempatik sistemin aktive olup kalp hızının artması yerine, tam tersi bir şekilde düşebileceğini de göstermek istedik. Böyle vakalarda hemen kalıcı tedaviler yerine geçici tedaviler ile müdahale etmenin hem hastanın gelecekteki yaşamı ve yaşam konforu hem de gereksiz girişimsel işlemlerden kaçınılması adına önemini vurgulamak istedik.

ANAHTAR KELİMELER: A-V tam blok, sempatik sistem, geçici kalp pili.

PS-0859 Kardiyovasküler aciller

Mitral Kapak Replasman' lı gebe bir bayanda kapak trombozu vakası:

Alper Buğra Nacar[1], Mustafa Şahan[2], Ali Erayman[1], Cuma Kurtdere[1], Eyüp Büyükkaya[1], Adnan Burak Akçay[1]

[1]*Mustafa Kemal Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Hatay*

[2]*Mustafa Kemal Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Hatay*

GİRİŞ: Protez kapaklar üzerinde trombüs oluşumu kapak replasmanı sonrası hayatı tehdit eden en ciddi komplikasyonlardan biri olarak kabul edilmektedir. Protez kapaklar üzerinde trombüs gelişme sıklığı protez kapak tipine, kullanılan protez kapağın jenerasyonu ve trombojenitesine ve de özellikle antikoagulasyon durumuna göre %0.05 ile 8% arasında değişmektedir. Ayrıca mekanik kapağa sahip birey gebe ise trombüs görülme riski, aynı yaş grubundaki sağlıklı gebelere oranla 10 kat fazla olup, ortalama %7,5-23' dir. Biz bu vakada 2 aylık gebeliği bulunan mitral kapak replasmanlı (MVR) bir hastada gelişen kapak trombozu vakasını sunmak istedik.

OLGU: 28 yaş bayan hasta acil kliniğimize nefes darlığı, çarpıntı ve halsizlik şikayeti ile başvurdu. Hasta 2 aylık gebe ve MVR' li idi. Hasta warfarin tedavisini doktora danışmadan bırakmıştı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde tansiyonu 100/70 mmHg, kalp atımı 113 atım/dk idi. Hastanın yapılan kalp oskültasyonunda S1-S2 normal, metalik ses ve mitral odakta 2/6 üfürüm mevcuttu. Hastanın INR değeri 1.1 ölçülmüştü. Hastanın yapılan elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi mevcuttu. Hastanın yapılan ekokardiyografisinde metalik mitral kapak gradiyentleri artmış, kapak hareketleri zayıf ve kapakçıklar üzerinde 1.2x2.1x1.4 cm boyutlarında kapakçığa geniş yüzeyle tutunmuş bir trombüs saptandı. Hasta kateter labaratuarına alınarak kapak hareketleri scopy altında izlendi ve kapakçıklardan birinin hiç hareket etmediği, diğerinin ise hareketlerinin aşırı derecede kısıtlı olduğu görüldü. Hastaya metalik kapak trombozu tanısı kondu. Kadın hastalıkları ve doğum bölümünden istenen konsultasyon sonucu anne karnındaki çocukta konjenital anomaliler saptanması üzerine gebelik sonlandırıldı. Hastanın genel durumu bu işlemden sonra değişmedi. Yapılan kardiyoloji ve kalp ve damar cerrahisi konseyi sonucu hastaya trombolitik tedavi verilmesi kararlaştırıldı. Hastaya t-pa (doku tipi plazminojen aktivatörü) düşük doz ve yavaş infüzyon (25 mg ve 6 saat (1)) ve beraberinde sürekli heparin infüzyonu verildi. Hastaya toplam 50 mg t-pa verildi. Hastanın yapılan kotrol ekokardiyografisinde kapak hareketlerinin arttığı, kapakçık üzerindeki trombüsün eridiği ve kapak gradiyentinin düşerek normal seviyeye geldiği görüldü. Yapılan scopy görüntülemede kapakçıkların normale yakın bir şekilde hareket ettiği görüldü. Hastada herhangi bir nörolojik olay ve kanama komplikasyonu gelişmedi. Hastaya tekrar warfarin başlandı, dozu ayarlandı ve hastaya medikal tedavi ve takip önerilerek taburcu edidi.

SONUÇ: Metalik kapağı bulunan kişilerin gebe kalması çok risklidir. Eğer bir kardiyoloji kliniğine danışmadan gebelik durumu oluşursa, anne ve çocuk açısından hayati risk taşıyan durumlar olabilir. Biz bu vakada metalik kapağı olan bir gebede gelişen kapak trombozuna uygulanan trombolitik tedaviyi ve buna hastanın cevabını paylaşmak istedik.

1 Özkan M. et al. Intravenous Thrombolytic Treatment of Mechanical Prosthetic Valve Thrombosis: A Study Using Serial Transesophageal Echocardiography. JACC 2000; Vol 35, No:7.pp: 1881-1889

ANAHTAR KELİMELER: Mitral Kapak Replasman, kapak trombozu, antikoagulasyon, gebelik, trombolitik tedavi.

PS-0860 Kardiyovasküler aciller

Heparin ile eriyen sol atriyal trombüs vakası

Alper Buğra Nacar[1], Mustafa Şahan[2], Ali Erayman[1], Raşit Tanırcan[1], Mehmet Fatih Karakaş[1], Eyüp Büyükkaya[1], Mustafa Kurt[1], Adnan Burak Akçay[1], Barış Kavasoğlu[1], Nihat Şen[1]

[1]*Mustafa Kemal Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Hatay*

[2]*Mustafa Kemal Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Hatay*

GİRİŞ: Sol atriyumda (SA) yer alan trombüs varlığı sıklıkla altta yatan mitral kapak hastalığı (MKH), ritim bozukluğu ya da metalik protez kapakların varlığını düşündürmelidir. Genellikle bu vakaların tedavisi cerrahi olarak trombüsü çıkarmaktır. Heparin tedavisi ile bu tür kitlelerin biraz küçüldüğünü gösteren vakalar vardır ve bu erime bizlere kitlenin trombüs lehine olduğunu düşündürür. Biz bu vakada heparin ile tamamen eriyen sol atriyum duvarına bağlı sol atriyal trombüs vakasını sunmak istedik.

OLGU: Hasta acil bölümümüze halsizlik, nefes darlığı ve baş dönmesi semptomları ile başvurdu. Hasta 57 yaşında sigara, ritim bozukluğu ve mitral yetmezliği öyküsü olan bir bayandı. Hastanın tansiyonu 100/70 ve kalp atımı 80-90 dk/atım idi. Hastanın fizik muayenesinde apekste 3/6 sistolik üfürüm mevcut ve aritmik idi. Hastanın istenen kardiyoloji konsültasyonu sonucunda yapılan ekokardiyografisinde SA ' da SA duvarına bağlı bir kitle (trombüs ?) görüntüsü saptandı. Ayrıca hastanın ekokardiyografisinde hafif derece aort yetmezliği ve orta-ciddi mitral yetmezlik saptandı. Hastaya yatış verilip heparin infüzyonu ve diğer medikal tedavileri başlandı. 24 saat sonra yapılan kontrol ekokardiyografisinde kitlenin tamamen eridiği ya da SA duvarına bağlı olduğu yerden koptuğu görünümü saptandı. Ancak hastanın yatış boyunca ve taburculuk sonrasında yapılan takiplerinde hiçbir nörolojik hasara rastlanılmadı. Trombüsün tamamen eridiği düşünüldü.

SONUÇ: Biz bu vakada SA' da sol atriyum duvarına bağlı olan bir trombüsün beklenmedik bir şekilde heparin ile tamamen yok olduğunu göstermek istedik. Ancak çok riskli olan böyle bir durumda sistemik embolizasyon sonucu nörolojik hasar gelişmemesi hem hasta hem de bizim adımıza sevindirici bir durumdu. Böyle hastalara çok sıkı ve yakın takip gerektiğide unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Heparin, sol atriyal trombüs, ekokardiyografi, ritim bozukluğu.

PS-0861 Kardiyovasküler aciller

Bir hastada iki tanı ikilemi

Güleser Akpinar, Harika Gündüz, Ertuğrul Altınbilek, Derya Öztürk, Harun Şahin, İbrahim İkizceli
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

AKUT MİYOKARD İNFAKTÜSÜ VE MİYOKARDİT İKİLEMİ

GİRİŞ: Akut miyokard infaktüsü ve miyokardit ayrımı hikaye, fizik muayene, elektrokardiyografi, ekokardiyografi ve kardiyak-spesifik enzimlerle yapılır. Bu iki hastalığın tedavi ve prognozu birbirinden tamamen farklıdır. Ayrıcı tanıya varmak ve koroner anjioğrafi kararı verebilmek hayat kurtarıcıdır. Bu iki hastalığın ayrımında elektrokardiyografi çok önemlidir. Elektrokardiyografi bulguları farklı olmasına rağmen, bazen akut miyokard infaktüsü ve miyokardit birbirini taklit edebilir.

OLGU: 49 yaşındaki bayan hasta acil servisimize göğüs ağrısı şikayeti ile başvurmuştur. Öyküsünden daha önce sağlıklı olduğu öğrenilen hastanın ilaç ve sigara kullanımının olmadığı öğrenil¬di. Aile öyküsünde babasında iskemik kalp hastalığı öyküsü mevcuttu. Hastanın bilinci açıktı, oryante ve koopereydi. TA:140/70 mmHg, Nabız:90/dk Ateş:37 C°, Saturasyon: % 95 olarak tespit edildi.. Sistemik fizik muayenesi normal bulundu. Kardiyak muayenesinde kardiyak üfürüm veya frotman duyul¬madı. Göğüs ağrısı ayırıcı tanısı için hastadan hemogram, biyokimya, kangazı ve EKG çalışıldı. White blood cell:6.86 K / uL (4-11 K / uL), Hemoglobin:12.5 g / dL (13-17.5 g / dL), Platelet:208 K / uL (150 – 400 K / uL), Aspartat transaminaz: 29 U/L (15 – 32 U/L), Alanin Transaminaz:29 U/L (10 – 33 U/L), LDH: 201 U/L (135-214 U/L), Troponin3.87 ng/mL.(<0.12 ng/mL) CKMB:1.19 ng/mL (0-4.88 ng/mL), PH:7.44, PCO2:36.2, PO2:88.5, SO2:97.1, CRP: 20.97 mg/L, hastaya çekilen 12 lead EKG' de normal sinüs ritminde idi DII, DIII ve aVF derivasyonlarında 1 mm'nin üzerinde ST yükselmesi V1-3' de T negatifliği saptandı, resiproğu yoktu. (Resim 1). PA akciğer grafisi nor-mal olarak değerlendirildi. Yapılan ekokardiyografisinde bölgesel duvar hareket bozukluğu yoktu, perikardiyal efüzyon saptanmadı. EF%60 sağ kalpde hafif dilatasyon ve PAB:30-35 mmHg izlenmesi üzerine pulmoner emboli ekartasyonu için kontrastlı toraks tomoğrafisi çekildi ve çekilen kontrastlı toraks tomoğrafisinde pulmoner emboli yoktur yorumu radyolojiden alındı. Altı saat sonra bakılan kardiyak enzimleri troponin:3.35 ng/mL (<0.12 ng/mL), CKMB:0.96 ng/mL (0-4.88 ng/mL)idi. Hastanın EKG'de

POSTER BİLDİRİLER

resiproğunun olmaması, EKO'da duvar hareket kusurunun bulunmaması, kardiyak panelde ilerlemenin olmaması nedeniyle MI-myokardit ön tanılarıyla kardiyoloji ile konsülte edildi ve koroner yoğun bakıma alındı. MI ekarte edemedikleri için plavix, clexane, beloc, aspi¬rin, NSAİ ile tedavi başlanmış ve koroner anjiografi planlanmış. Anjiografide koro¬ner arterler normal olarak değerlendirilmiş. Koroner arter anomalisi ve koroner yavaş akım saptanmaması üzerine myokardit tedavisine devam edilmiş. Hasta kardiyak enzimler negatifleşmesi ve genel durumunun düzelmesi üzerine önerilerle taburcu edilmiş.

SONUÇ: Özellikle göğüs ağrısı yakınması olan ve kardiyak enzimlerde yükseklik saptanan hastalar¬da akut koroner sendrom ayırıcı tanısında akut miyo¬kardit her zaman düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Miyokardit, miyokart infarktüsü,

PS-0862 Kardiyovasküler aciller

Peripartum Kardiyomyopati

Güleser Akpınar[1], Harika Gündüz[1], Derya Öztürk[1], Ertugrul Altınbilek[1], Bedia Gülen[2], Afsin İpekci[3], İbrahim İkizceli[1]

[1]*Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği/İstanbul*

[2]*Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi Acil Tıp Kliniği/İstanbul*

[3]*Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Kliniği/İstanbul*

GİRİŞ: Kadınlarda kalp yetersizliğinin sık görüldüğü bir dönemde, gebeliğin son ayları ile doğumdan sonraki ilk aylardır. Peripartum kardiomyopati terimi, nedeni tam olarak bilinememekle birlikte, peripartum gelişen kalp yetersizliği olgularını tanımlamak için kullanılmaktadır, idyopatik dilate kardiomyopatiyi anımsatan bu tablonun sadece gebeliğe özgü bir antite olarak tanımlanıp tanımlanamayacağı halen tartışma konusudur.

OLGU: 36 yaşında daha önce iki normal doğumu olan hasta spontan üçüz gebelik nedeniyle 35 haftalık iken sectio yapılmış. Hasta iki gün önce başlayan ortopne ve dispne nedeniyle servisimize başvurdu. Bilinen hipertansiyon, preeklemsi, kardiyak hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde genel durumu orta, kan basıncı 140/90 mmHg, KTA:115/dk olarak bulundu. Oskültasyonda akciğer alanlarında bileteral orta zonlara kadar krepitan raller saptandı. Bilateral alt ekstremitede +3 pozitif gode bırakan ödem izlendi. Arteryel kan gazı analizinde pH 7.39, pO2 49, pCO2 29.5 ve O2 satürasyonu % 85.4 idi. White blood cell:21.79 K / uL (4-11 K / uL), Hemoglobin:12 g / dL (13-17.5 g / dL), Platelet:647 K / uL (150 – 400 K / uL), Aspartat transaminaz: 41 U/L (15 – 32 U/L), Alanin Transaminaz:21 U/L (10 – 33 U/L), LDH: 370 U/L (135-214 U/L), Troponin: 0.354 ng/mL.(<0.12 ng/mL) CKMB:24.54 ng/mL (0-4.88 ng/mL), CRP: 23.97 mg/L, Ekokardiografi incelemesinde sol ventrikül çapları sınırda dilate, EF% 35, ileri sistolik disfonksiyon mevcuttu. Anterior duvar ve septum ileri hipokinetik idi. PA akciğer grafisinde bilateral plevral mayi mevcut olan hasta kardiyoloji ile konsülte edildi (Resim-1). İleri sistolik disfonksiyon ve dekompanse kardiyomyopati tanıları ile koroner yoğun bakım ünitesine alındı. Koroner yoğun bakım ünitesinde dekompanse kardiyomyopati tedavisi alan hasta ilaçları düzenlenerek taburcu edilmiş.

SONUÇ: Peripartum kardiomyopati ender rastlanan bir dilate kardiomyopati tipi olup, tanı konulmadan önce peripartum dönemdeki potansiyel kalp yetersizliği nedenleri ekarte edilmelidir. Yoğun bakım izlemi ve invaziv monitörizasyon, tedavinin en önemli unsurlarıdır. Prognoz, tedavi yaklaşımına ve altta yatan nedenlere bağlı olarak değişmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: peripartum, kardiyomiyopati

PS-0863 Kardiyovasküler aciller

İnferior MI sonrası gelişen ventriküler taşikardi

Halil Kaya, Hasan Büyükaslan, Mehmet Tahir Gökdemir, Fatih Güngörmez, İbrahim Halil Cebe
Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi,Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

GİRİŞ: Kalp hızının 100-120/dk'nın üzerinde olduğu, 30 saniye ve üzerinde süren ya da hemodinamik kollapsa neden olan 30 saniyenin altındaki ventrikül kaynaklı taşikardi atağı ventriküler taşikardi olarak tanımlanır. Geniş QRS'li düzenli bir taşikardi atağı saptandığında aksi kanıtlanıncaya kadar VT olarak kabul edilmelidir. Sürekli VT'nin en sık nedeni iskemik kalp hastalığıdır. AMİ'nin erken fazında (ilk 48 sat) VT/VF gelişmesi hastane içi artmış mortalite ile ilişkili iken uzun dönemde mortalite ile ilişkili değildir. Bu vakada 62 yaşında VT atağı ile acil servise başvuran inferior MI tespit edilen bir erkek hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: 62 yaşında erkek hasta acil servisimize 1 saat önce başlayan göğüs ağrısı sonrası gelişen taşikardi şikayeti ile başvurdu. Bilinci konfüze olan ve göğüs ağrısı ve taşikardisi bulunan hastanın TA:120/80 SO2:%95, Nb:130/dk idi. EKG'sinde geniş kompleks taşikardi saptanan hasta ventriküler taşikardi olarak değerlendirildi. 300 mg amiadaron verilen hasta VT ritminde devam etti. Takip esnasında oksijen satürasyonunda düşme ve hipotansiyon gelişen hasta sedatize edildi. 100 joule ile elektriksel kardiyoversiyon uygulanınca normal sinüs ritmine döndü. Hastanın kardiyoversiyondan sonra çekilen EKG'sinde II, III, avF derivasyonunda elevasyon I, avL derivasyonunda çökme görüldü. Hasta PCI için kardiyoloji yoğun bakıma yatırıldı.

TARTIŞMA: Geniş QRS kompleksli taşikardilerin tanısının bir an önce konulması uygun tedavi yönlendirilmesi amacıyla önem taşımaktadır. Geniş QRS kompleksli taşikardilerin büyük çoğunluğu VT'dir. Geniş QRS kompleksli taşikardilerin yaklaşık %25-30'nu oluşturan, aberan iletili supraventriküler taşikardiler (SVT) ve antidromik atriyoventriküler reentrant taşikardiler de ayrıcı tanıda düşünülmelidir. Hastanın öncelikle klinik özelliklerinin ve fizik muayene bulgularının değerlendirilmesi yol gösterici olabilir. Yaşlı bir hastada VT, otuzbeş yaş altı bir hastada ise SVT ön planda düşünülmelidir. Hemodinamisi bozuk olan VT hastalarında acilen elektriksel kardiyoversiyon uygulanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: ventriküler taşikardi, kardiyoversiyon, anstabil

PS-0864 Kardiyovasküler aciller

Deli bal kullanımına bağlı nodal ritm…

Hacı Mehmet Çalışkan[1], Ahmet Tuğrul Zeytin[1], Şeyhmus Kaya[1], Barış Öztürk[1], Murat Çilekar[2]

[1]*Eskişehir Devlet Hastanesi, Acil Servis, Eskişehir*

[2]*Eskişehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Eskişehir*

GİRİŞ: Deli bal genellikle alternatif tedavi amaçlı kullanılan, grayanotoksin içeren, rhododendron polen ve nektarlarından üretilmiş olan bir bal çeşididir. Bu balın tüketilmesi sonucu hayatı tehdit edebilecek hemodinamik instabiliteye neden olabilir. Deli bal bradikardi, atriyoventriküler blok ve hatta hatta asistoli gibi durumlara neden olabilir. Ancak henüz literatürde deli bal zehirlenmesine bağlı ölüm henüz bildirilmemiştir. Ölüm görülmemesinin nedeni olarak da hipotansiyonun intravenöz sıvı tedavisine, bardikardinin ise atropine büyük bir oranda yanıt vermesi olabilir. Bu yazımızda da Orta Anadolu'da görülen ve nodal ritm ile başvuran bir deli bal zehirlenmesi olgusu sunulmuştur.

OLGU: 82 yaşında bayan hasta acil servise fenalık hissi, bayılayazma ve baş dönmesi şikayetleri ile başvurdu. Hastanın acil servise başvurmasından yaklaşık 3-4 saat önce, sabah kahvaltı yaptıktan sonra başlayan şikayetleri mevcuttu. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında bir özellik yoktu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde TA:90/50 mmHg, Nb:45/dk, SS:16/dk, Ateş:36.6°C, sPO2:95%, GKS:14(E3M6V5), kalp ritmik bardikardik ve hastada lateralizon motor duyu defisiti saptanmadı. Çekilen elektrokardiyografide(EKG) yaklaşık 40 atım hızında nodal ritm saptandı(Şekil 1). Hasta monitorize edildi. Serum fizyolojik intravenöz olark infüzyona başlandı. Bradikardi etyolojisi açısından çalışılan kan gazında asidoz saptanmadı ve potasyum, sodyum ve klor seviyeleri normal sınırlardaydı. Hastaya 0,5 mg atropin IV uygulandı. Hastanın nabzında bir artış olmadı. Bu arada anamnez derinleştirildiğinde hastanın sabah kahvaltıda komşularının getirdiği Karadeniz balından yediği öğrenildi. Bunun üzerine atropin 0.5 mg IV tekrarlandı ve kardiyoloji konsultasyonu istendi. Yatışından hemen önce TA:110/70 mmHg ve çekilen EKG' de 60 atım hızında sinüs ritmi saptandı(Şekil 2). Hasta takip amaçlı kardiyoloji yoğun bakıma yatırıldı. 24 saatlik yoğun bakım takibinde hastada sinüs ritminden başka bir ritm saptanmadı ve en düşük kalp hızı 55 atım/dk oldu. Hasta 2 gün sonra normal kan basıncı ve EKG bulguları ile taburcu edildi.

SONUÇ: Deli bal zehirlenmelerinin sadece üretiminin olduğu bölgelerde değil, birçok farklı bölgelerde de görülebileceği, özellikle fenalaşma, baş dönmesi, bradikardi, hipotansiyon gibi belirtileri olan hastaların ayırıcı tanısında deli bal zehirlenmesinin düşünülmesi gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Bradikardi, Deli bal, intoksikasyon

PS-0865 Kardiyovasküler aciller

Olgu sunumu: ST segment elevasyonlu inferior MI ile gelen çift kapak değişimi olan hastada koroner emboli

Ali Gür, Mehmet Ediz Sarıhan, Serkan Bican, Hakan Oğuztürk

İnönü Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Malatya

GİRİŞ: Bu olgu sunumunda acil servise göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran inferior derivasyonlarda ST segment elevasyonu olan aort ve mitral kapak değişimi yapılmış koroner emboli tesbit edilen hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: Yirmi beş yaşında erkek hasta göğüs ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hastanın ani başlayan sıkıştırır tarzda göğüs ağrısı mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde 2 yıl önce aort ve mitral kapak değişim öyküsü vardı. Bu nedenle düzenli olarak varfarin kullanıyormuş. Hastanın fizik muayenesi doğaldı. Hastanın çekilen elektrokardiyogramında (EKG) inferior derivasyonlarda 1 mm ST segment elevasyonu mevcuttu. Hastanın troponin değeri 6,8 µg/L, CK-MB 159 U/L, CK 1225 U/L olarak yüksek çıkmıştı. Hastanın INR değeri ise varfarin kullanımına rağmen 1,2 idi. Hastanın medikal tedavisi acil serviste başlanarak kardiyoloji konsültasyonu istendi. Kardiyoloji tarafından hasta acil koroner anjiyografiye alındı. Hastanın yapılan koroner anjiografisinde a.sirkümfleksteki Om2 sonrası %99 trombüs tespit edildi. Hastaya trombüs aspirasyonu uygulandı ve medikal tedavisine koroner yoğun bakımda devam edildi. Hastanın takiplerinde kan tetkiklerinin ve kliniğinin düzelmesi üzerine şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Acil servise göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran, kapak değişim öyküsü bulunan, elektrokardiyogramında ST segment elevasyonu tespit edilen hastalarda koroner emboli olabileceği ve medikal tedavisinin acil serviste bir an önce başlanması gerektiği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Koroner emboli, MI, kapak replasmanı, göğüs ağrısı

PS-0866 Kardiyovasküler aciller

Nadir ikili: pulmoner tromboemboli ve renal infakt

Harika Gündüz, Güleser Akpınar, Derya Öztürk, Ertuğrul Altınbilek, Duygu Kara, Hüseyin Ergenç, İbrahim İkizceli
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği/İstanbul

GİRİŞ: Arteryel ve venöz tromboembolizm yaş, obezite, diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), hiperlipidemi (HL) gibi risk faktörleri bulunması halinde daha sık görülmektedir. Ayrıca antifosfolipit sendromu, hiperhomosisteinemi, malignite, enfeksiyon, hormon replasman tedavisi ve oral kontraseptif kullanımı gibi durumlarda da hem arteryel hem de venöz tromboz görülmüş, her iki sistemde de venöz tromboemboliye neden olan koagülasyon faktörlerinin aktivasyonunda rol oynayan biyolojik tetikleyici faktörlerin aynı olduğu düşünülmüşür (1,2). Pulmoner tromboemboli (PE) ve renal infakt birlikteliği nadir görülmektedir.

OLGU: 66 yaşında bayan hasta nefes darlığı ve karın ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvurmuştur. Öyküsünde HT, DM, serebrovasküler infakt tanıları mevcuttu. Nefes darlığı iki gündür, karın ağrısı ise 12 saat önce başlamış olan hastanın fizik muayenesinde hastanın genel durumu iyi bilinci açık, koopere, oryanteydi. TA:165/70 mmHg, Nabız:98/dk Ateş:37 C°, Saturasyon: % 88 olarak tespit edildi. Sistemik fizik muayenesinde solunum sesleri bilateral kabalaşmış alt zonlarda alınmıyordu. Kardiyak muayenesinde S1+S2 ritmik ve normokardikti, kardiyak üfürüm veya frotman duyulmadı. Ayrıcı tanı için hemogram, biyokimya, arteral kan gazı, tam idrar tahlili, D-dimer çalışıldı. WBC:19,34 K / uL (4-11 K / uL), Hemoglobin:13,9 g / dL (13 to 17.5 g / dL), Platelet:368 K / uL (150 – 400 K / uL), Glukoz: 469 mg/dL, (10 – 40 U/L), LDH: 307 U/L (135-214 U/L) Troponin:0,20 ng/mL (.(<0.12 ng/mL), CKMB:5,96 ng/mL (0-4.88 ng/m), CRP:21,96, D-dimer: 5410 ug/L (0-654ug/L), PH:7,33, PCO2:14,5, PO2:61,5, SO2:88.1 olarak tesbit edildi. Tam idrar tetkikinde: +3 pozitif keton, +3 pozitif glukoz mevcuttu. Solunum sıkıntısı devam etmekte olan hastaya pulmoner emboli ön tanısı ile pulmoner bt anjio çekilme kararı alınmış olup karın ağrısı da mevcut olduğundan batın içi patoloji ekartasyonu amaçlı tetkiklere batın bt anjio da eklenmiştir. Radyoloji yorumu pulmoner trunkus belirgin izlenmekte olup, bifurkasyon düzeyinde, her iki pulmoner arterde ve pulmoner arter dallarında yaygın trombüs ile uyumlu dolum defekti izlenmekte, sol renal arterde kontrastlanma izlenmedi, sağ böbrek alt polde muhtemel enfarkt olduğu düşünülen alan izlenmektedir şeklinde alınmıştır (resim1-2). Hasta PE, bilateral renal infakt ve diabetik ketoasidoz tanılarını alan hasta kardiyovasküler cerrahi ile konsülte edildi ve yoğun bakım ünitesine devredildi.

SONUÇ: Klinik olarak tüm hastalıkların ayırıcı tanısına girebilen tromboembolinin saptanmasında en önemli faktörün düşünmek olduğunu vurgulamak istedik.

KAYNAK:

1. Prandoni P, Bilora F, Marchiori A, Bernardi E, Petrobelli F, Lensing AW, et al. An association between atherosclerosis and venous thrombosis. N Engl J Med 2003;348(15):1435-41.

2. Prandoni P. Venous and arterial thrombosis: two aspects of the same disease? Eur J Intern Med 2009;20(6):660-1.

ANAHTAR KELİMELER: Pulmoner tromboemboli, renal infakt, trombus

PS-0867 Kardiyovasküler aciller

Akut İnferiyor Miyokard Enfarktüsü İle Prezente Olan Kist Hidatik Rüptürü

Nezihat Rana Dişel[1], Ayça Açıkalın[1], Çağlar Emre Çağlıyan[2], Onur Sinan Deveci[2]
[1]*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Adana, Türkiye*
[2]*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD, Adana, Türkiye*

GİRİŞ: Bu olguda acil serviste senkop ve şok nedeniyle değerlendirilen, kist hidatik (KH) rüptürüne bağlı anafilaktik şokun yol açtığı inferiyor MI ile prezente olmuş bir hasta tartışılmaktadır.

OLGU: Bayılma sonrası acil servisimize 112 tarafından getirilen 53 yaşında erkek hastanın göğüs ağrısı mevcuttu. Koroner arter hastalığı nedeniyle ismini bilmediği ilaçlar kullanan hastanın madde alımı ya da travma öyküsü yoktu. Hastanın genel durumu kötü, bilinç konfüze ve ajite, pupilleri normoizokorik ve ışık refleksleri mevcuttu. Cildi soluk ve nemli, geliş TA:80/40 mmHg, N: 106/dk, SS: 20/dk, O2 sat: %95, kapiller dolum süresi >2 sn.idi. Fizik muayenesinde eksternal kanama görülmedi. Kalp ve solunum sesleri doğal, batını serbestti. Rektal muayenede rektum boştu. Nörolojik defisiti yoktu. Periferik nabızlar eşit, palpabl ancak filiform idi.Hastanın ambulansta çekilen 6 derivasyonlu ilk EKG'sinde inferior derivasyonlarda 1 mm ST elevasyonu mevcuttu. Güvenlik çemberine alınan hastaya antekübital bölgeden geniş bir damaryolu açılıp izotonik infüzyonu ve 6 L/dk nazal oksijen başlandı. Akut inferiyor MI'a ikincil kardiyojenik şok düşünüldü. İlk bulgusunun senkop olması nedeniyle şok nedenlerini ekarte etmek amacıyla RUSH protokolü uygulandı. Hastanın sağ ventrikülünde dilatasyon, perikard effüzyonu veya tamponat bulgusu yoktu. Karaciğerinde KH ile uyumlu, her biri 10X8 cm 2 adet dev kisti mevcuttu. Kistlerden birinin duvarı düzensizdi ve perikistik serbest mayi mevcuttu. Batında veya plevral sıvı kolleksiyonu yoktu. Abdominal aorta normal genişlikteydi. Acil serviste çekilen 12 derivasyonlu 2. EKG'de inferiyor derivasyonlarda ST yüksekliği devam etmekle birlikte azalmış olarak görüldü. Hastanın KH rüptürüne ikincil anafilaktik şoku olduğu, gelişen hipotansiyon nedeniyle bozulan koroner perfüzyon sonucu inferiyor MI geçirmiş olabileceği düşünüldü. Sıvı resüsitasyonu ile kan basıncı 100/50 mmHg'ye yükseldi, düşük molekül ağırlıklı heparin ve aspirin verildi. Tansiyonu yükseldiği ve inferiyor MI düşünüldüğü için adrenalin verilmedi. Steroid ayrıntılı EKO sonrasına ertelendi (serbest duvar rüptürü riski nedeniyle), antihistaminik (H1RB ve H2RB) verilen hasta koroner yoğun bakıma yatırıldı. Seri EKG takiplerinde ST elevasyonu düzelen, göğüs ağrısı geçen hastanın yatışının ikinci gününde yapılan koroner anjiografisinde görülen sağ ana koroner lezyonuna stent konuldu. Genel Cerrahi konsültasyonunda elektif perkütan drenaj planlanarak kardiyak açıdan stabil hale geldiği yatışının 3. günü taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Acil pratiğinde karşılaşılan semptomlar bazen tek bir nedene bağlanamaz. Olgumuz, inferiyor MI ile prezente olsa da, RUSH protokolü uygulanmasa kist hidatik rüptürü ve anafilaksi tanısı alamayabilirdi. Dahası, hastanın EKG'den önce rüptüre kisti görülerek adrenalin yapılabilir ve miyokard hasarlanması artırılabilirdi. Hastaların en olası tanılarını yönetmek ve tedavi etmekle birlikte ek patolojiler ve nedenlerden şüphe ederek yaklaşmak, şok ve senkop ayırıcı tanısında RUSH protokolünden yararlanmak hayat kurtarıcı olabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Akut inferiyor miyokard enfarktüsü, kardiyojenik şok, kist hidatik rüptürü, RUSH protokolü

PS-0868 Kardiyovasküler aciller

Göğüs Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Spontan Pnömomediastinum

Kamil Tünay, Okay Demirkan, Zeliha Copcuoğlu, Emel Gökalp, Nermin Burcu Çoker, Oya Oruç
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı,Afyonkarahisar, Türkiye

GİRİŞ: Spontan pnömomediatinum daha çok genç hastalarda görülen ve çok kez kendi kendine iyileşme eğilimi gösteren bir klinik durumdur. 1939 yılında Hamman ilk defa oskültasyonda krepitasyonlar duymuş ve bu tespitin ardından, oskültasyonda kalbin apeksinde duyulan, inspiryumda ve sol lateral dekübit pozisyonda artan, kalp sesiyle senkronize krepitasyonlar şeklinde tanımlanan bu işarete 'Hamman Sign' denilmiştir. Spontan pnömomediastinumda hastalar herhangibir travma tanımlamaz. Astımlı inhale ilaç kullanan olgularda, aşırı öksürük, yoğun egzersiz, zorlama, Valsalva manevrası, özofagusun aşırı zorlanmasına bağlı ikincil gelişebileceği gibi vaginal doğum esnasında veya sarkom komplikasyonu olarak da görülebilir.

OLGU: Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine 27 yaşında bayan hasta iki gündür devam eden göğüs ağrısı ve boğazda dolgunluk hissi şikayetiyle başvurdu. TA:130/80 mmhg,nabız: 88dk,solunum sayısı 12 ateş 36'C,sPO2 97idi. Genel durumu iyi,bilinci açık,oryente koopereydi. Baş boyun muayenesinde boyun da şişlik, palpasyonla da krepitasyon mevcuttu,

POSTER BİLDİRİLER

travma izine rastlanmadı. Toraks muayenesinde normaldi. Diğer fizik muayene bulguları olağandı. EKG normal sinüs ritminde kalp hızı 75/dk idi. Laboratuar sonuçlarında kardiak marker ve D-dimer dahil hiçbir patolojik bulguya rastlanmadı. Çekilen PAAC grafisinde anormal bir bulguya rastlanmazken servikal grafide serbest hava değerleri saptandı (Resim 1). Çekilen toraks tomografisi pnömomediastinumla uyumlu şeklinde raporlandı (Resim 2). Hastada spontan pnömomediastinum tanısı konulması üzerine Göğüs Cerrahisi kliniğine takip amaçlı yatırıldı.

SONUÇ: Spontan pnömomediastinum nadir görülen bir klinik durum olsa da vakalarının çoğunun dikkatli bir muayene ve basit akciğer ve servikal grafi ile tanı alabileceğini görülmektedir. Tanı alamayan ama klinik bulgulardan özellikle boyun ağrısı ve cilt altı krepitasyonu olan hastalarda tomografi ile ileri tetkik yapılmalıdır.

Sadece göğüs ağrısı olan bir hastada bu tanı kolaylıkla atlanabileceği göz önünde bulundurulmalı ve spontan pnömomediastinum olabileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Göğüs Agrısı, Spontan Pnömomediastinum, Servikal

PS-0869 Kardiyovasküler aciller

Senkopta Nadir Tanı: Tip 2 Brugada Sendromu

Sertaç Güler, Çağrı Çaylı, Erdal Yılmaz, Hayri Ramadan
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye

GİRİŞ: Brugada sendromu (BS) otozomal dominant geçişli genetik bir hastalık olarak kardiyak sodyum kanal genlerinde mutasyonlarla karakterize, elektrokardiyografide (EKG) karakteristik değişikliklerin izlendiği ve artmış ventriküler aritmi ve ani kardiyak ölüm riski ile ilişkili bir bozukluktur.Klasik EKG bulgusu olarak V1-V3 derivasyonlarında yalancı bir sağ dal bloğu paterni ile birlikte kalıcı bir ST segment elavasyonu izlenir.Klasik veya tip 1 BS'de yüksek ST segmenti ters T dalgasının üzerine yukarı doğru bir konveksite ile iner (''coved-type'').Tip 2 BS de ise,ST segmenti eyer tipi bir dalga konfigürasyonuna sahiptir ve yüksek ST segmenti aşağı doğru inerken T dalgasına doğru tekrar bir yükselme gösterir.BS daha çok Asya ırklarını etkilemekte,prevalansı farklı toplumlarda değişkenlik göstermektedir.Japonya'da prevalansı 0.7-1.0,Amerika'da 0.012-0.4'tür.Nadir bir hastalık olmakla birlikte acil servise (AS) senkop şikayeti ile başvuran hastalarda düşünülmelidir.Yapılan bir çalışmada BS'li hastaların %28'inde ana başvuru şikayetinin senkop olduğu gösterilmiştir.Biz de burada AS'ye senkop şikayetiyle başvuran ve BS tanısı alan 19 yaşında bir erkek hastayı sunuyoruz.

OLGU: 19 yaşında erkek hasta AS'ye senkop şikayetiyle yakınları tarafından getirildi.Hasta otururken aniden yanıtsız hale gelmiş ve yakınlarının ifadesiyle bu durum 2-3 dakika sürmüş.Hastanın herhangi bir hastalık,ilaç,madde,alkol kulanımı öyküsü yoktu.Fizik muayenede kan basıncı 130/70 mmHg,nabız 83 atım/dk,solunum sayısı 16/dk,oksijen satürasyonu %98 ve vücut ısısı 36.8 °C olarak saptandı.Hasta biraz yorgun ve halsiz görünümdeydi.Nörolojik muayenesi doğal, GKS skoru 15'ti.Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı.Yatak başı parmak ucu kan şekeri 105 mg/dL,COHb değeri 2.3'tü.EKG de tip 2 BS paterni izlendi (Şekil 1).Rektal tuşede normal gayta bulaşı olan hastanın,Hb değeri,serum elektrolitleri ve kardiyak belirteçleri normal sınırlardaydı.Hasta monitorize edilerek,semptomatik tip 2 BS tanısı ile Kardiyoloji ile konsülte edildi.Hastaya Kardiyoloji tarafından yapılan ekokardiyografide patoloji saptanmadı.Hasta gözlem ve implante edilebilir kardiyoverter defibrillator (ICD) ihtiyacının değerlendirilmesi amacıyla Kardiyoloji servisine yatırıldı.

SONUÇ:BS erkeklerde daha sık görülmekte ve erkekler daha sıklıkla senkop veya ani kardiyak arrest ile başvurmaktadırlar.Hastaların ortalama tanı alma yaşı 41'dir.Sağ ventrikül anormalikleri,kardiyak sodyum kanal gen mutasyonları,ateş ve kokain veya bazı psikotrop ilaçların kulanımı BS'nin klinik belirtilerinin ortaya çıkışına katkıda bulunabilir.BS tanısı,tipik EKG bulgularının ve ventriküler aritmiyi düşündüren bir başvurunun kombinasyonuyla konur.Ani kardiyak arrest BS'li hastaların yaklaşık 1/3'ünün ilk başvuru şekli olabilir.Yine bir kısım hasta ise senkop ile başvurabilir.BS yönetiminde ana tedavi antiaritmik ilaç tedavisinden ziyade,oluşabilecek bir ventriküler taşiartimiyi sonlandırmak amacıyla ICD implantasyonudur.Bu tedavi en güvenli,yüksek etkinlikli ve ana tedavidir.Sonuç olarak BS'ye sahip hastaların neredeyse 1/3'ünde ilk başvuru şekli ani kardiyak arrest olabilmektedir.Kalan şanslı grupta ise ana başvuru şikayeti senkoptur.Senkop şikayeti ile AS'ye başvuran hastalarda mutlaka EKG görülmeli ve bu EKG BS'nin karakteristik özelikleri açısından da değerlendirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil tıp, ani kardiyak ölüm, brugada sendromu, senkop (MeSH Database)

PS-0870 Kardiyovasküler aciller

Kalp Yetmezliği Tanısında Atriyal Septal Defektin Yeri

Mustafa Bolatkale[1], Çağdaş Can[2], Aytaç Bukıran[3], Aydın Sarıhan[4]
[1]*Kilis Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kilis*
[2]*Merkezefendi Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Manisa*
[3]*Manisa Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Manisa*
[4]*Medipol Üniversitesi Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul*

GİRİŞ: Atriyal septal defekt (ASD) konjenital kalp hastalıkları arasında en sık görülen anomalilerden biridir. Doğumsal kalp hastalıklarının %10-15'nden ASD sorumludur. Tedavi edilmemiş ASD azalmış egzersiz toleransı, dispne ve disritmiler ile klinik sergileyebilir. Bu yazıda bilinen ASD'si olup acil servise nefes darlığı yakınması ile başvuran hastada saptanan yeni tanı kalp yetmezliği bildirildi.

OLGU: Bilinen ASD'si olan ve herhangi bir tedavi almayan 16 yaşındaki erkek hasta acil servise nefes darlığı yakınması ile başvurdu. Anksiyetik görünümlü, solunum açlığı içinde olan hastanın acil servise geliş vitallerinde tansiyon arteriyel değeri 110/70 mmHg, nabız 110 vuru/dk, solunum 30 kez/dk, ateş 36,5°C ve oda havasında satürasyonu %89 olarak saptandı. Nazal kanül ile 5 lt/dk oksijen başlanan hastanın fizik muayenesinde bilateral alt zonlarda kaba ralleri mevcuttu. Hastanın elektrokardiyogarfisi (EKG) çekildi (Şekil-1). EKG'sinde hızlı ventrikül yanıtlı atriyal fibrilasyon saptanan hastaya intravenöz yoldan diüretik verildi. Hastanın yerinde PA-akciğer garfisi istendi. Çekilen PA-akciğer grafide kardiyotorasik oranda genişleme, bilateral bronkovasküler gölgelenmelerde artış saptandı (Şekil-2). Hemogram ve kan biyokimyası normal sınırlarda saptanan hasta, kardiyoloji ile ASD zemininde yeni tanı kalp yetmezliği ön tanısı ile konsülte edildi. Yapılan yatak başı ekokardiyogarfide ejeksiyon fraksiyonu %35 saptanan hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı kardiyoloji servisine yatırıldı.

SONUÇ: Medikal ve cerrahi tedavi ile kalıcı hemodinamik stabilite sağlanabilen ASD, kalp yetmezliği ve geriye dönüşsüz pulmoner vasküler hastalık gibi komplikasyonları beraberinde getirebileceğinden tanı konulduğu anda evrelenmeli, erken tedavi yaklaşımları ile oluşturabileceği komplikasyonlar önlenmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: atriyal septal defekt, kalp yetmezliği, dispne

PS-0871 Kardiyovasküler aciller

Perikard İçi Kist Hidatik

Mustafa Sabak, Suat Zengin, Behçet Al, Şener Cindoruk, Cuma Kılıçoğlu, Cuma Yıldırım
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

ÖZET: Kist hidatik ülkemizde endemik görülen bir hastalıktır. En sık tutulan organ karaciğerdir. Kardiyak ekinokok ise çok nadir görülen ve genellikle de multisistemik kist hidatik enfeksiyonunun nadir bir komplikasyonudur. Yazımızda Echinococcus granulosis tarafından oluşturulan ve kalpte oldukça nadir yerleşen paraziter birenfeksiyon olan kist hidatik in klinik bulgu ve sonuçları sunulmaktadır. Bu yazıda göğüs ağrısı şikâyeti ile gelen ve perikard içi yerleşimi tespit edilen bir kist hidatik olgumuzu bildirmeyi amaçladık.

ANAHTAR KELİMELER: Kist hidatik, ekokardiyografi, perikard

PS-0872 Kardiyovasküler aciller

Sağ Hemiparezi ile gelen Aort Diseksiyonu

Fatih Nazmi Yaman[1], Mustafa Şahan[2], Harika Ödemiş[1], Ali Karakuş[2], Mustafa Sencer Seğmen[1], Gökmen Tambay[1], Alper Tanrıverdi[1]
[1]*Karamanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Acil Servis, Kahramanmaraş*
[2]*Mustafa Kemal Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Hatay*

ÖZET: Aort diseksiyonu(AD) tanı konulmadığında mortal seyreden ve acil tedavi gerektiren bir hastalıktır.AD nin en sık semptomları ani göğüs veya sırt ağrısıdır.Bazı vakalar ağrısız olabileceği gibi bazılarda akut inme,mezenter iskemisi,miyokard enfarktüsü,renal yetmezlik gibi atipik bulgularla gelebilmektedir.Biz bu olguda, aort diseksiyonunun atipik klinikle yani iskemik inme ve mezenter emboli ile başvurduğu bir olgu bildiriyoruz.

GİRİŞ: AD, tunika medianın yüksek kan basıncı ile seperasyonu olup kanın lümen dışında, aort duvarının tabakaları arasında bulunması olarak tanımlanır.AD ani başlangıçlı, yırtıcı tipte göğüs, sırt,bel ve karın ağrısı ile karakterizedir. Hastalar ayrıca senkop, hemiparezi-hemipleji, paraparezi-parapleji gibi nörolojik belirtilerle, miyokard enfarktüsü bulguları ile disfaji,yan ağrısı ve gastrointestinal yakınmalarlada başvurabilirler.Biz bu olguda, sağ hemiparezi ve mezenter arter embolisi semptomları ile gelen ve AD tanısı konan hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: 78 yaşında erkek hasta, 2 saat önce başlayan konuşmada peltekleşme,sağ kol ve bacakta kuvvet kaybı, karın ve sağ bacakta ağrı şikayetleriyle ilçe hastanesi acil servise başvuruyor. İskemik inme düşünülen hasta, ilçe hastanesinden ambulans ile acil servisimize sevk edildi. Öyküsünde 5 yıldır hipertansiyonu olduğu ve düzenli ilaç kullanmadığı öğrenildi.

Genel durumu orta olan hastanın,kan basıncı:sağ 80/60mmHg,sol 180/100mmHg,nabız:90/dk,vücut ısısı:37°C,sat:%98,solunum sayısı:15/dk olarak ölçüldü.Fizik muayenesinde bilinci açık, koopere,oryante,ışık refleksleri bilateral pozitif. Sağ hemiparezik ve dizartrikti. Batında yaygın hassasiyeti vardı.Diğer muayene bulguları normaldi.

EKG'de atrial fibrilasyon ve sol dal bloğu vardı.Hastada atrial fibrilasyon zemininde,iskemik inme ve mezenter arter embolisi düşünüldü. Bilgisayarlı Beyin Tomografisinde kronik iskemik değişiklikler vardı.Çekilen torakal ve abdominal BT anjiyografide mezenter arter okluzyonu yoktu ancak çıkan aortadan başlayıp sağ karotis artere uzanan,torasik ve abdominal aortadan iliac arterlere kadar devam eden diseksiyon saptandı.Ayrıca sağ external iliac arterde nodüler dolum izlendi.Kalp damar cerrahi kliniğine yatan hasta medikal tedavi ile izlendi.Yatışının 2. Günü ex oldu.

TARTIŞMA: AD,yaşamı tehdit eden,ani göğüs ve sırt ağrısı ile karakterize bir hastalıktır. Olguların %10-%55'inde AD'nin ağrısız olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu vakalar sıklıkla inme,koma veya spinal kord iskemisi,akut renal yetmezlik,miyokard enfarktüsü, mezenterik iskemi bulguları ile gelebilir. Bizim olgumuzda da, AD için tipik olan akut göğüs veya sırt ağrısı yoktu ancak hastanın karın ve sağ bacak ağrısı ve sağ hemiparezi bulguları vardı. Olgumuzda iskemik serebrovasküler hastalık ve mezenter arter embolisi ön planda düşünüldü.Ancak çekilen BT anjiografi ile aort diseksiyonu tanısı kondu. Hastanın tedavisi tamamen değişti.

SONUÇ: Akut AD tanısında en önemli faktör diseksiyonun akla gelmesidir.Acil servise açıklanmayan senkop ve bilinç değişikliği, atipik karın ağrısı, ekstremitelerde güç kaybı gibi bulgular ve bu bulguların kombinasyonu şeklinde bir klinikle başvuran hastalarda,AD tanısı akılda tutulmalıdır. Aort diseksiyonu tanı konulmadığında mortal seyreden ve acil tedavi gerektiren bir hastalıktır.

ANAHTAR KELİMELER: Aort Diseksiyonu, Hemiparezi, Mezenter Emboli

PS-0873 Kardiyovasküler aciller

Pulmoner Tromboemboli'de Humpton Hörgücü Bulgusu

Mehmet Çağrı Göktekin[1], Melih Yüksel[2], Caner Sağlam[1]

[1]*Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi*

[2]*Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı*

GİRİŞ: Pulmoner tromboemboli (PTE) acil serviste sık karşılaşılan ve tanısı zor konulan pulmoner acil olguların başında gelir. Tanısı konup tedavi edilen hastalarda mortalitenin düştüğü görülmektedir. PTE tanısı için rutinde kullanılan tanısal testler laboratuar ve görüntüleme yöntemleri olarak iki temel başlıkta gruplandırılabilir. PTE tanısında akciğer grafisinin duyarlılığı ve özgüllüğü düşük olup, asıl faydası PTE'yi taklit edebilecek diğer tanıları dışlamaktır. PTE'nin başlıca akciğer bulgusu etkilenmiş akciğer dokusunda azalmış vaskülarite (Westermark bulgusu), plevra tabanlı radyoopak görünüm (Humpton hörgücü) beraberinde ipsilateral diyafram elevasyonu ve ana pulmoner arterde genişlemedir (Fleischner bulgusu). Hilusa doğru konveks bir şekil gösteren kama şeklinde homojen bir opasite olan Humpton hörgücü plevrada kosta frenik açıya ait periferik bir görüntüdür ve pulmoner infarktüs bulgusudur. Pulmoner infarkta sekonder gelişen ve geniş tabanıyla plevraya oturan bir opasitedir. Akciğer parankiminin bronşial arterlerden de beslenmesi nedeniyle lezyonun apeksi konveks görünümdedir. Opafikasyonun nedeni ise pulmoner infarkta sekonder gelişen alveolar hemorajidir. Genellikle alt loblarda görülür ve lineer skar oluşumuyla düzelir.

OLGU: Kırk dört yaşındaki bayan hastanın yaklaşık iki gündür olan nefes darlığı yakınması vardı. Özgeçmişinde üç hafta önce fıtık operasyon öyküsü, oskültasyonda sol alt zonda akciğer seslerinin azalmış olması, hastanın vital bulgularında nabız: 110/dk, oksijen saturasyonu:%93, ateş:36,5ºC ve tansiyon arteryel:80/50 mm-Hg ile taşikardik ve hipotansif olan hastamızda ön tanılarımızdan PTE'ye yaklaşırken kardiyak patolojiyi ekarte etmek için çektiğimiz elektrokardiyografisinde normal sinüs ritmi olan hastamıza hemogram, biyokimya, D-dimer ve posteroantero akciğer grafisi (PAAG) istendi. Elimize ilk ulaşan tetkik PAAG oldu, sol alt zondaki radyoopak görüntüyü Humpton hörgücü olarak değerlendirdik. Bu sırada hastanın PTE'ye yönelik tedavisini gecikmeden başladık. Hastanın hemogram ve biyokimya sonucunda anormal bulgu yoktu. D-dimer sonucu 2910 µg/L (referans aralığı 0-583) idi. Hastaya pulmoner bilgisayarlı tomografi (BT) anjiografi çekildi. Hastanın çekilen pulmoner BT anjiografisinde sol ana pulmoner arter distalinden sol alt lob segmental-subsegmental dallara uzanım gösteren sol akciğer bazalinde yaygın atelektazi alanlarının eşlik ettiği emboli ile uyumlu parsiyel dolum defektleri izlendi. Göğüs hastalıkları ile konsülte edilen hasta yatırıldı.

SONUÇ: PTE göğüs ağrısı ve nefes darlığı ile acil servise başvurularda en sık saptanan tanılardan biridir. PTE mortalite ve morbiditeyi azaltmada en önemli faktör hızlı ve doğru tanı koymaktır. Bizde olgumuzda hastanın PAAG'de Humpton hörgücünü tanıyarak hastanın tedavisini gecikmeden başladık, tanı için en sık kullanılan görüntüleme yöntemi BT anjiografi olsa da, PAAG'de PTE için nadir görülen klasik bulguları Westermark bulgusu ve Humpton hörgücünü görüp hastaların tedavisini gecikmeden başlamak hastaların mortalitesi ve morbiditesi üzerinde olumlu etkileri olacağı kanaatindeyiz.

ANAHTAR KELİMELER: Acil Servis, Humpton Hörgücü, Pulmoner Tromboemboli

PS-0874 Kardiyovasküler aciller

Spontan Pnömoperikardiyum

Esra Karaman, Birgül Ülger, Osman Kendir
Muş Devlet Hastanesi

Göğüs ağrısı şikayeti, acil servise başvuruların önemli bir kısmını oluşturur. Pnömoperikardiyum, göğüs ağrısının nadir nedenlerinden biridir. Pnömoperikardiyum perikard boşluğu içinde hava bulunmasıdır. Sıklıkla travma ve cerrahiye sekonder veya komşu organ hastalıklarının perikardı etkilemesine bağlı gelişmektedir. Biz vakamızda 50 yaşında, iki üç güdür devam eden göğüs ağrısı şikayetiyle acil servise başvuran, kontrastlı toraks tomografisinde pnömoperikardium tespit edilen ve etyolojide herhangi bir sebep olmaması nedeniyle spontan pnömoperikardiyum tanısı alan hastayı sunmayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELER: spontan pnömoperikardiyum, göğüs ağrısı, toraks tomografisi

PS-0875 Kardiyovasküler aciller

Sağ Üst Kadran Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Pulmoner Tromboemboli

Muhammed Semih Gedik[1], Erdem Aksay[1], Müge Gülen[2], Hayri Çınar[1], Akkan Avcı[1], Selen Acehan[3]

[1]*Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana*

[2]*Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Acil Servis, Eskişehir*

[3]*Mersin Devlet Hastanesi, Acil Servis, Mersin*

GİRİŞ: Pulmoner tromboemboli (PTE), gelişen görüntüleme yöntemleriyle tanı alma sıklığı giderek artan, asemptomatik olgulardan ani ölüme kadar geniş bir klinik spektruma sahip, mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Biz bu yazıda sağ üst kadran ağrısı ile acil servise başvuran anamnez, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri ağırlıklı olarak desteklemese de, klinik şüphe neticesinde çekilen kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) masif pulmoner emboli tanısı alan olguyu son literatürler ışığında incelemeye çalıştık.

OLGU: 84 yaşındaki erkek hasta 2 gündür devam eden epigastrik ağrı ve sıkıntı hissi ile acil servise başvurdu. Hastanın acil servise başvurusunda bilinci açık koopereydi. Vital bulgularına bakıldığında tansiyon arteriyel: 80/50 mmHg nabız: 95/ dk, vücut ısısı: 36,5 °C, solunum: 18/dk, oda havasında oksijen saturasyonu: %95 idi. Fizik bakıda kalp dinlemekle ritmik normokardikti. Ek ses, üfürüm yoktu. Her iki akciğer solunuma eşit katılıyordu. Bilateral akciğer sesleri normaldi. Batında sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede hassasiyeti mevcuttu. Ancak dalak ve karaciğer ele gelmiyordu. Traube alanı açıktı. Elektrokardiyografisi normal sinüs ritmindeydi, iskemi lehine bulgu yoktu. Hastanın yapılan tetkiklerinden tam kan sayımında, beyaz küre: 9860/ mm3, hemoglobin: 12.3 g/dl, hematokrit: % 37.4, platelet: 168000/ mm3; biyokimyasal tetkiklerinde, glukoz: 131 mg/dl, üre: 69.4 mg/dl, kreatinin: 1.75 mg/dl, alanin aminotransferaz (ALT): 25 IU/L, aspartat transaminaz (AST): 31 IU/L, total bilirubin: 0.7 mg/dl, direkt bilirubin: 0.2 mg/dl, amilaz: 98 IU/L, kalsiyum: 9.1 mg/dl, sodyum (Na): 138. mmol/L, potasyum (K): 4.1 mmol/L kardiyak belirteçlerden CK-MB: 2.0 ng/ml, Troponin I: 0.072 ng/ml idi. Hastanın venöz kan gazında; ph:7.31, pCO2:39.8 mmHg, pO2:31.6 mmHg laktat:6.4 mg/dl, HCO3: 18 mmol/L saptandı. Hastanın özgeçmişinde koroner arter hastalığı dışında özellik yoktu. Epigastrik ağrı ve sıkıntı hissiyle gelen hipotansif hastada anamnez, fizik muayene ve laboratuvar bulguları hastaya tanı

POSTER BİLDİRİLER

koymada yetersiz kaldığından ve hastanın mayi replasmanına rağmen hipotansiyonu devam ettiğinden aort diseksiyonu, pulmoner emboli, pnömotoraks gibi ölümcül tanıları ekarte etmek amaçlı intravenöz (IV) kontrastlı toraks ve batın BT çekildi. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde bilateral ana pulmoner arterlerin lümeninde trombüs ile uyumlu dansiteler izlendi. Ekokardiyografisinde sağ ventrikül disfonksiyonu, 2. derece triküspit yetmezliği olan ve mayi replasmanına rağmen hipotansiyonu devam eden hasta masif pulmoner emboli tanısı ile koroner yoğun bakıma yatırıldı. Yatışının 11. saatinde hastada kardiyopulmoner arrest gelişti. Kardiyopulmoner resüsitasyon' a yanıt vermeyen hasta yatışının 12. saatinde exitus kabul edildi.

SONUÇ: PTE tanısı koymak zordur ve hastalar her zaman spesifik klinik bulgularla gelmediğinden gözden kaçabilir. Sıvı tedavisine dirençli hipotansif olgularda klinik şüphe varlığında uygun görüntüleme yöntemleriyle mortalite ve morbiditesi yüksek hastalıkların ayırıcı tanısının yapılması gereklidir.

ANAHTAR KELİMELER: Pulmoner emboli, karın ağrısı, acil

PS-0876 Kardiyovasküler aciller

Brugada Sendromu: olgu sunumu

Mürsel Koçer, Erdem Aksay, Halit Harakısa
Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adana

AMAÇ: Brugada Sendromu, ilk kez 1992 yılında yapısal kalp hastalığı olmayan hastalarda ventriküler aritmiye ve ani kardiyak ölüme neden olan nadir görülen bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Patofizyolojisinde kalpte sodyum iyon kanallarını kodlayan SCN5A geninde mutasyon sorumlu tutulmaktadır. Brugada sendromunun 3 tip EKG bulgusu olup, klinik olarak genellikle asemptomatik veya senkop ya da ani kardiyak ölüm şeklinde de görülebilmektedir. Bu olgu sunumunda acil servise senkop nedeniyle getirilen hastalarda brugada sendromunun ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiği vurgulanmaya çalışılmıştır.

OLGU: 47 yaşında erkek hasta yakınları tarafından senkop nedeniyle acil servise getirildi. Öyküsünde Parkinson hastalığı dışında özellik bulunmayan hastanın genel durumu iyi, şuuru açık, oryante, koopere, TA: 120/80 mmHg, Nb: 89 atım/dk, Ateş:36,7°C, Kan şekeri:125mg/dl, SatO2: %96 idi.

Sistem muyenesinde herhangi bir patoloji tespit edilmeyen hastanın rektal tuşesi de negatifti. Hastanın çekilen EKG'si NSR, sağ prekordiyal derivasyonlarda ≥2 mm ST segment elevasyonu ve takip eden bifazik T dalgası (saddleback tip) görülmüştür. Bunun üzerine kardiyoloji kliniği ile konsulte edildi. Kardiyak enzim ve EKG takiplerinde değişiklik olmadı. Kardiyoloji kliniği tarafından yatırılan hasta yatışının 2. gününde ajmalin testi planlanarak taburcu edildi.

SONUÇ: Brugada sendromunun tipik EKG bulguları bilinmeli, bu hastaların acil servise çarpıntı, senkop ya da ani kardiyak ölümle gelebileceği unutulmamalıdır. Brugada sendromunda etkinliği gösterilmiş tek tedavi ICD (intracardiac cardioverter defibrilatör) implantasyonu olup semptomatik olan hastalarda önerilmektedir. Asemptomatik hastalarda ise provakasyon testi ve elektrofizyolojik çalışmalar yapılır. Provakasyon testi olarak ta sodyum kanal blokajı yapan ajanlar (ajmalin gibi) kullanılır.

ANAHTAR KELİMELER: Brugada Sendromu, EKG bulgusu, Senkop

PS-0877 Kardiyovasküler aciller

Ayırıcı Tanıda Senkop: İlginç Bir Vaka

Hayri Canbaz[1], Ali Rıza Sonkaya[2], Mehmet Ak[3]
[1] *Mareşal Çakmak Asker Hastanesi, Acil Servis*
[2] *Mareşal Çakmak Asker Hastanesi, Nöroloji Servisi*
[3] *Mareşal Çakmak Asker Hastanesi, Radyoloji Servisi*

GİRİŞ-AMAÇ: Bayılma acil servise sık başvuru nedenlerinden biridir. Ayırıcı tanı kardiyak, nörolojik ve psikojenik vb. olarak ayrılmalı ve alt grupları irdelenmelidir. Yazımızda hayatında ilk bayılma ile acil servisimize başvuran olguyu paylaşmak istedik.

OLGU: 21 yaşında erkek hasta, yaklaşık 30 dakika önce olan bayılma yakınması ile acil servisimize getirildi. Anamnezinde hastanın şuur kaybıyla beraber yere düştüğü, kısmen kasılmalarının olduğu, idrar kaçırması olduğu ve 3-4 dakika içinde kendisine geldiği öğrenildi. Vital bulguları normal olan hastanın yapılan muayenesinde; şuur açık, koopere, oryante, pupiller izokorik, DIR/IIR +/+. Lateralizasyon bulgusu yoktu. TCR bilateral fleksördü. Ense sertliği yoktu. Kalp sesleri ritmik, ek ses - üfürüm yoktu. Solunum sesleri tabii, ral-ronkus yoktu. Hastanın ayrıntılı inspeksiyonunda boyun sol tarafında, çene altında, SCM kasının ön tarafında yaklaşık 3x4 cm boyutunda belirgin bir şişlik göze çarptı. Hastaya sorulduğunda şişliğin 2 gündür olduğu ve son 12 saattir büyüdüğü ve şişliğe bastırdıktan sonrasını hatırlamadığını ifade etti. Vasküler patoloji ihtimali düşünülerek yapılan boyun USG 'si sialadenit ile uyumlu bulunuldu. Senkop nedeninin; sialadenite bağlı olan mevcut ödemin ya karotis artere direk basısı ya da kemoreseptöre etkisi ile olduğunu düşündük.

SONUÇ: Senkop, acil servis başvurularının %3'ünü, hastane yatışlarının %1-6'sını oluşturmaktadır. Bu olguların %1'inden daha azında karotis sinüs senkopu bulunmuştur. Ayırıcı tanıda karotis sinüs senkopuna yol açabilecek nedenler de düşünülmelidir. Yazımızda bayılma şikayetiyle gelen hastada ayrıntılı anamnez ve fizik bakı yapılmasının önemini bir kez daha vurgulamak istedik.

ANAHTAR KELİMELER: sialadenit, karotis sinüs senkopu

PS-0878 Kardiyovasküler aciller

Kesesi de en az kalp kadar önemli

Emin Uysal, Ahmet Kutur, Süleyman Solak, Zuhal Yaldır
Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Perikard; kalbin dış yüzeyini kaplayan ince, iki tabakalı ve sıvıyla dolu bir kesedir. Kalbi enfeksiyon ve maligniteden korur ve kalbin göğüs duvarı içinde kalmasını sağlar. Ayrıca kan hacmi artınca kalbin aşırı genişlemesini engelleyerek, kalbin etkili bir şekilde fonksiyonuna devam etmesini sağlar. Perikardit, kalp zarı iltihaplanmasıdır ve kalbin inflamatuar patolojileri içinde sık görülen hastalıklardan birisidir. Başta enfeksiyöz ajanlar olmak üzere pek çok patojen etken perikard içinde inflamasyon yoluyla perikardite neden olabilir. Akut perikarditlerin %80'inde etyolojide bir etken bulunmamakla birlikte kalan %20'sinde ise enfeksiyöz ajanlar, özellikle virüsler en önemli etkenlerdir. Çoğu akut perikardit vakası 20-50 yaş arası erkeklerde meydana gelir. Ancak kadınlarda da görülebilmektedir. Pozisyonel göğüs ağrısı, akut perikarditin en belirgin klinik bulgusudur. Acil servisimize göğüs ağrısı şikâyeti ile gelen genç erkek hastada saptanan akut perikardit olgusunu sunduk.

OLGU: 19 yaşında erkek hasta 2 haftadır geçmeyen batıcı tarzda göğüs ağrısının derin nefes aldığında veya öksürdüğünde daha şiddetli olması nedeniyle acil servisimize başvurdu. Hastanın vitallerinde ve fizik muayenesinde özellik yoktu. Çekilen EKG'sinde D2, D3 ve aVF'de ST elevasyonu dışında bulgu yoktu (Figür-1). Hastaya kardiyoloji konsültasyonu istendi. Çekilen ekokardiyografisinde patoloji yoktu. Hasta akut perikardit tanısıyla Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'ne (YBÜ) yatırıldı. Laboratuar tetkiklerinde Troponin I 0,257 ng/mL (negatif< 0,014), CK 653 U/L (20-190), CK-MB 17 U/L (<25), CRP 21,65 mg/L (negatif<5) saptandı. Hastaya elektif şartlarda koroner anjiografi çekildi ve patoloji saptanmadı. PAAC grafisinde de özellik olmayan hastaya ibuprofen 400 mg p.o başlandı. 2 gün Koroner YBÜ'de takip edilen hasta, mevcut tedavi devam ettirilerek taburcu edildi ve kardiyoloji polikliniğine kontrole çağrıldı.

SONUÇ: Acil servislere en sık başvuru nedenleri arasında göğüs ağrısı yer almaktadır. Özellikle genç hastalarda göğüs ağrısına dikkat edilmeli, ölümcül aritmi ve tamponada neden olabilen akut perikardit, ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Acil Servis, Göğüs Ağrısı, Genç Hasta, Akut Perikardit

PS-0879 Kardiyovasküler aciller

Acil servisde güvenlik çemberinin önemi

Ali Karakuş[1], Mustafa Şahan[1], Güven Kuvandık[1], Fatih Nazmi Yaman[2], Gökmen Tanbay[2]
[1] *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı- Hatay*
[2] *Devlet Hastanesi Acil Servis- Kahramanmaraş*

GİRİŞ: Acil servislerin yoğunluğu, anamnez ve fizik muayenenin eksikliği veya ayırıcı tanının yetersizliği gerçek acil hastalar olarak kabul edilen hayatı tehdit eden, müdahale edilmediğinde ölümle sonuçlanan ani solunum, kalp durması, koma ve şok tanılı hastaların atlanmasına veya tanını gecikmesine neden olabilmektedir. Acil hekimi bu durumlarda hastaları güvenlik çemberi olarak kabul edilen oksijen, damar yolu, vital bulgu ve kardiyak takip için triajını yaparak uygun ortama almalıdır.

OLGU 1: 45 yaşında erkek hasta 2 saat önce başlayan göğüs ağrısı şikâyeti ve miyokard infarktüsü ön tanısıyla sevk edildi. Hasta acil servisde koroner arter hastalarının takibinin yapıldığı odaya alınıp monitorize edildi. Takibinin 15. dakikasında yakınları hastalarının kötülendiğini belirtti. Hasta görüldüğünde monitorde ventriküler fibrilasyon mevcuttu. Resusitasyon odasına alınan hastaya 3 joule/kg dan defibrilasyon işlemi uygulanarak sinüs ritmi sağlandı.

OLGU 2: 42 yaşında erkek hasta göğsünde hafif şekilde olan ağrı şikâyetiyle acil servise ayaktan geldi. Hastaya çekilen EKG de akut miyokard infarktüsünü düşündürecek EKG değişikliği yoktu. Hastaya kardiak enzimler istendi. Kendini iyi hissettiğini söyleyen hasta monitorizasyonu kabul etmedi. Acil servisde sonuç beklenirken 30. dakikada hastanın aniden yere yığılıp şuurunun kapandığı belirtildi. Müdahale odasına alınan hastanın monitöründe ventriküler fibrilasyon tespit edildi. Defibrilasyon uygulanan hastaya acil primer koroner girişim uygulandı.

SONUÇ: Olgularda da belirtildiği gibi hastalar uygun triaj yapılıp ilgili alanlara yönlendirilmelidir. Hastalar sık aralıklarla vital bulguları değerlendirilerek monitorizasyon ile güvenlik çemberine alınmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, Triaj, Monitorizasyon

PS-0880 Kardiyovasküler aciller

Total Abdominal Aort Oklüzyonu Olan İki Farklı Klinik Prezentasyon: 2 Olgu Sonumu

Ahmet Gündüzalp, Yılmaz Zengin, Mustafa İçer, Recep Dursun, Ercan Gündüz, Hasan Mansur Durgun, Mustafa Ekinci, Abdullah Şen
Department of Emergency Medicine, Dicle University, Diyarbakır, Turkey

GİRİŞ: Total abdominal aort oklüzyonu, Leriche sendromu olarak da bilinen kronik oklüzif aortoiliak hastalık nedeniyle opere edilen hastaların yaklaşık %10'unda görülmektedir. Bu hastaların %50-60'ında oklüzyon renal arterlerin seviyesine kadar uzanabilmektedir. Emboli ve tromboz aort oklüzyonunun başlıca iki nedenidir. Aortik oklüzyonları % 35 oranında mortalite ve % 74 oranında morbidite ile seyreder. Tüm arteryel iskemilerde kliniğe yansıyan bulgular; iskeminin şiddeti, süresi ve kollateral dolaşımın ne kadar iyi olduğu ile ilişkilidir. Arteryel oklüzyon gelişen hastaların muayenesinde genellikle etkilenen bölgede ağrı, solukluk, soğukluk, nabızsızlık, paralizi ve parestezi tespit edilir. Literatürde abdominal aortanın tıkanma seviyesine bağlı olarak parapleji, idrar kaçırma, yan ağrısı gibi bulgularla acil servise gelen hastalar bildirilmiştir. Bu yazıda acil servisimize farklı şikayetlerle başvuran ve total abdominal aort oklüzyonu saptanan iki olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU-1: KOAH öyküsü olan 71 yaşındaki erkek hasta acil servisimize bacaklarda güçsüzlük, ağrı ve solukluk şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenede; genel durum orta, şuur açık, alt ekstremitelerde kas gücü 2/5 ve babinski bilateral yanıtsızdı. Alt ekstremite nabazanları nonpalpable ve periferik siyanozu vardı. Hastanın geliş vital bulguları; TA:140/70 mmHg, nabız:92 atım/dk, solunum sayısı:14 soluk/dk, vücut ısısı:36.3°C idi. Laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Hastanın beyin BT normaldi. Kontrastlı batın-pelvik BT; abdominal aorta L3 vertebra düzeyinden itibaren oklüde görünümde olup lümeni tamamen kaplayan trombüs ile uyumlu dolum defekti bilateral ana iliak arterler eksternal ve internal iliak arterler boyunca devam etmektedir. Kalp damar cerrahisi kliniğine yatırılan hastaya aortobifemoral by-pass operasyonu yapıldı.

OLGU-2: Safra kesesinde taş öyküsü olan 75 yaşında erkek hastanın 3 aydır karın ağrısı varmış. Son 3 gündür karın ağrısı artan hasta acil servisimize başvurdu. Batın muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyet ve defans vardı. Hastanın alt ekstremite nabazanları palpe edilemiyordu. Hastanın bacakları ayak bileklerine kadar sıcaktı ve ayaklar soğuktu. Hastanın geliş vital bulguları; TA:130/80 mmHg, nabız:82 atım/dk, solunum sayısı:16 soluk/dk, vücut ısısı:37°C idi. Laboratuvar değerleri normal sınırlarda idi. Hastanın batın ultrasonografisinde; safra kesesinde büyüğü 16 mm çapında 6-7 adet taş izlendi. Koledok çapı 12 mm olarak rapor edildi. Kontrastlı batın-pelvik BT; abdominal aorta L2 vertebra düzeyinden itibaren oklüde görünümde olup lümeni tamamen kaplayan trombüs ile uyumlu dolum defekti bilateral ana iliak arterler eksternal ve internal iliak arterler boyunca devam etmektedir. Her iki femoral arter kollateral ile dolmaktadır şeklinde raporlandırıldı. Hasta mevcut haliyle kalp damar cerrahisi kliniğiyle konsülte edilen hasta poliklinik takibi önerisiyle taburcu edildi.

SONUÇ: Total abdominal aort oklüzyonu genellikle alt ekstremitelerde iskeminin başlıca bulguları ile kendini gösterir. Aynı tanıyı alan hastaların acil servise farklı semptomlarla başvurabilecekleri akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: total, abdominal, aort oklüzyonu

PS-0881 Kardiyovasküler aciller

Karın Ağrısıyla Başvuran Aort Diseksiyonu: Olgu Sonumu

Ahmet Gündüzalp, Yılmaz Zengin, Ercan Gündüz, Recep Dursun, Hasan Mansur Durgun, Mustafa İçer, Ertuğrul Kara, Mehmet Üstündağ
Department of Emergency Medicine, Dicle University, Diyarbakır, Turkey

GİRİŞ: Aort diseksiyonu, aortik intimada meydana gelen yırtılma ve bu yırtılmayı takiben ilerleyen kan akımının, aortun uzun aksı boyunca media tabakasını ayırması ve yalancı lümen oluşturması ile karakterizedir. Aort diseksiyonu; yaşamı tehdit eden kardiyovasküler hastalıklar içerisinde ilk sırada olup, tanısının konulabilmesi için en önemli basamak klinik şüphedir. Aort diseksiyonunda karekteristik bulgu, yırtılma ya da parçalanma tarzında çok şiddetli göğüs ağrısıdır. Aort dallarının tutulması durumunda alt ekstremitelerde duyu ve motor değişiklikler, karın ağrısı, kollar arası kan basıncı farklılıkları ve ani kan basıncı değişiklikleri gözlenebilmektedir. Ancak aort diseksiyonlu olgular, beklenen semptomlar dışında spesifik olmayan semptomlarla hastaneye başvurduklarında tanı gecikmekte ve mortalite oranı artmaktadır. Bu yazıda acil servisimize karın ağrısı şikayetiyle başvuran ve aort diseksiyonu tanısı konulan bir olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU: 41 yaşında erkek hastanın 2 haftadır şiddetli karın ağrısı şikayeti varmış. Dış merkezde birkaç sağlık kuruluşuna başvuran hastaya dispeptik yakınmalarının olduğu şöylenmiş ve reçete düzenlenip her defasında taburcu edilmiş. Şikayetleri geçmeyen hasta acil servisimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde, genel durum orta-kötü, şuuru açık, oryante-koopere idi. Batında yaygın hassasiyet vardı. Her iki üst ekstremite arteryel tansiyon farkı yoktu. Hastanın geliş vital bulguları; TA:210/110 mmHg, nabız:110 atım/dk, solunum sayısı:20 soluk/dk, vücut ısısı:36.6°C idi. Laboratuvar değerleri; WBC:18.610 K/uL, PLT:527.1 K/uL, üre:64 mg/dl, kreatinin:1.16 mg/dl idi. Diğer laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. EKG normaldi. Hastanın çekilen kontrastlı bilgisayarlı tomografisinde, subklaviyan arter distalinden başlayarak abdominal aorta kadar uzanım gösteren diseksiyon flebine ait görünüm izlenmekteydi. Kalp damar cerrahi kliniğine yatırılan hasta takibinin 8. gününde kaybedildi.

SONUÇ: Karın ağrısı şikayetiyle başvuran hastalarda aort diseksiyonu da ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Acil, servis, aort diseksiyonu, karın ağrısı

PS-0882 Kardiyovasküler aciller

"Bağrım yanıyor": Atipik prezentasyonlu Akut Miyokard Enfarktüsü Olgusu

Harika Ödemiş[1], Fatih Nazmi Yaman[1], Umut Yücel Çavuş[2]
[1]*Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Acil Servis, Kahramanmaraş*
[2]*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara*

GİRİŞ: Acil serviste yaşanan güçlüklerden birisi ve belki en hayati olanı, atipik semptom ve anamnezlerle gelen akut koroner sendromlu (AKS) hastaların tanısının konulmasıdır. Hastaların AKS açısından değerlendirilmesinde, anamnez, koroner arter hastalığı için risk faktörlerinin sorgulanması ve fizik muayene yardımcıdır. Bunlarla beraber; EKG çekilmesi, troponin ve CK-MB gibi kardiyak belirteçlerin bakılması ile tanıya gidilir. Ancak özellikle yaşlı, kadın, diyabetik gibi hasta gruplarında atipik prezentasyon daha sık görülmekte, 80 yaş üzerinde AKS'lerin yaklaşık % 50'sinde göğüs ağrısı bulunmamaktadır. Beklenmedik popülasyonda atipik prezentasyon ise klinisyen için son derece riskli bir hasta grubudur. Bu olgu sunumunda, genç ve diyabetik olmayan bir akut miyokard enfarktüsünün (AMI) oldukça ilginç ve aldatıcı prezentasyonunu paylaşmayı amaçladık.

OLGU: 32 yaşında polis memuru erkek hasta, son derece öfkeli, önüne çıkan herkesle kavga ettikten sonra acil servisimize başvurdu. "Benim her yerim ağrıyor, bağrım yanıyor" diyerek sağlık personeliyle tartışmaya devam etti. Hastada öncelikle konversif bozukluk, anksiyete düşünüldü. Anamnez derinleştirildi. Ağrılarının 3 gündür olduğunu, özel hastanelere gittiğini, sürekli iğne yapıp gönderdiklerini ve ağrısının hiç geçmediğini söyledi. 3 ay önce eşinden boşandığını ifade etti. Hastanın soygeçmişinde; babasının AMI'den 45 yaşında iken vefat ettiği öğrenildi. Vital bulguları stabildi. Özellikle "Bağrım yanıyor" ifadesi, aşırı emosyonel stresi ve soygeçmişi dikkate alınarak EKG çekildi. İnferior derivasyonlarda >2 mm ST elevasyonu tespit edildi. Akut infe-

POSTER BİLDİRİLER

rior MI tanısı konuldu. Hastanın acil tedavisi başlanıp Koroner anjiyografi laboratuarına gönderildi. Yapılan anjiyografisinde LAD %100 tıkalı çıktı. Hastaya stent takıldı. Şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Atipik prezentasyon ve aldatıcı klinik tablo olsa da organik patolojilere göre daha zararsız olan konversif bozukluk, anksiyete gibi psikiyatrik ön tanılar ikinci planda düşünülmeli, öncelikle organik ve ölümcül durumlar mutlaka ekarte edilmelidir. Özellikle emosyonel stresin yoğun olduğu hastalarda AMI'nin tetiklenebileceği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Akut Miyokard İnfarktüsü, konversiyon, anksiyete, atipik prezentasyon

PS-0883 Kardiyovasküler aciller

Glukoz 6-Fostaf Dehidrogenaz Eksikliğinde Göğüs Ağrısına Yaklaşım

İlker Özterlemez, Müge Günalp, Nimet Gülen, Serdar Gürler, İlker Yeşilkaya, Onur Polat
Ankara Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Glukoz 6 fosfat dehidrogenaz (G6PD) eksikliği en sık görülen eritrosit enzim eksikliğidir ve X'e bağlı resesif kalıtım gösterir. G6PD geni X kromozomunun subtelomerik yöresinde q28 lokusunda yerleşmiştir. G6PD eksikliğinin ana tedavisi; ilaçlar, bakla ve enfeksiyon gibi oksidan strese neden olabilecek durumlardan kaçınmaktır. Göğüs ağrısı ve troponin yüksekliği olan bu olguda acil müdahalede kullanılacak ilaç seçiminde dikkat edilecek noktalar belirtilmiştir.

OLGU: 17 yaşındaki erkek hasta gece saat 03.30 sularında başlayan göğüs ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın 30-45 dakikadır olan, sternumun üzerinde baskı tarzında ağrısı olduğu öğrenildi. Son iki gündür süren halsizlik ve ishali olan hastanın ateşi olduğu ancak kendisi tarafından ölçülmediği bilgisi alındı.

Özgeçmişinde G6PD eksikliği mevcut olduğu öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu.

Tansiyon arteriyel: 120/70 mmHg, Nabız:110/dakika, Ateş: 36,1 C. Genel durumu orta, bilinç açık oryante, koopere. S1,S2 ritmik, ek ses üfürüm yok, boyun venöz dolgunluğu yok, hepatoluguler reflü yok, pretibial ödem-/-, periferik damarlar bilateral palpable, solunum sesleri doğal ral yok ronküs yok, her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyordu.

Hastanın laboratuar sonuçlarında: Troponin I: 1,08, CK-MB:8,8, Lökosit: 15100 (%76,1 nötrofil hakimiyeti), CRP:51,7 Hemoglobin:12,9 Total bilirubin:1,90 (indirekt: 1,70). Hastanın çekilen EKG'sinde İnferior derivasyonlarda ve V5-V6'da ST elevasyonu saptandı.

Hemolizi tetiklememek için hastaya herhangi bir ilaç verilmedi. Yakın vital takip yapıldı. Miyokardit ön tanısı ile hasta kardiyolojiye danışıldı. Koroner yoğun bakım ünitesine yatırılarak takibine başlandı. Hastaya EKO yapıldı. Kalp boşlukları normal boyutta, kapakların açılmaları iyi olarak tespit edildi. Sol ventrikül duvar hareketlerinde belirgin bir bozukluk, perikardiyal sıvı izlenmedi. Hastanın Troponin I takibi yapıldı, yavaş yükselmeler izlendi. Yatıştan sonraki ikinci günün sonunda Troponin I: 6,33 yükseldi. Bu süre içinde EKG değişikliği olmadı. Sonrasında düşme eğilimine giren Troponin I değeri 5.günün sonunda 0,15 olarak ölçüldü. Troponin I değeri gerilemeye başladıktan sonra EKG kontrollerinde inferior ve V5-V6 derivasyonlarında olan ST elevasyonları izoelektrik hatta döndü.

Hastaya koroner yoğun bakım ünitesinde kaldığı süre içinde Kolşisin 0,5 mg 1X1, Metoprolol 25mg 1X1 dozunda verildi. Başka bir ilaç kullanılmadı. Yakın vital takibi yapılan hastanın hemoglobin değeri stabil seyretti. Hasta poliklinik kontrol önerisiyle taburcu edildi.

SONUÇ: Hastaların acil servise başvuru yakınmaları iyi analiz edilmeli, tıbbi özgeçmişi özenle sorgulanmalıdır. Tanısı konup tedavisine başlanacak hastalarda verilecek tedavinin kar zarar hesabı iyi yapılmalıdır. Bu olguda olduğu gibi göğüs ağrısı ve Troponin I yüksekliği ile seyreden G6PD eksikliği olan hastalarda asetilsalisilik asit hemolizi arttıracağı için kullanılmayabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil, Glukoz 6-Fostaf Dehidrogenaz Eksikliği, Göğüs Ağrısı

PS-0884 Kardiyovasküler aciller

Nonsteroid Antienflamatuar İlaçlara Bağlı Gelişen Kounis Sendromu

Sevdegül Karadaş[1], Hatice Kara[1], Hayriye Gönüllü[1], Mahmut Özdemir[2]
[1] *Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Van*
[2] *Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Van*

Kounis sendromu (KS), alerjik akut miyokart infarktüsü (MI) olarak adlandırılan ve mast hücrelerinin etkinleşmesi ile alerji, anaflaksi veya anaflaktoid reaksiyonlarla ilişkili olarak akut koroner sendrom (AKS) gelişmesi durumudur. İlk olarak 1991 yılında Kounis ve Zarvas tarafından tanımlanmıştır.

Patofizyolojisinde, alerjik reaksiyonlar sırasında açığa çıkan histamin, H1 ve H2 reseptörler aracılığı ile kalp ve koroner arterler üzerine etki etmekte ve koroner arter spazmına neden olmaktadır. Böylece koroner arter hastalarında anjina pectoris veya akut miyokardiyal enfarktüs, akut alerjik reaksiyon ile oluşabilir. Klinik ve laboratuvar bulguları eşliğinde klasik anjina pektoris ve alerjik reaksiyon, alerjik angina sendromunu oluşturur. Alerjik anginanın klinik semptomları arasında göğüs ağrısı, dispne, baygınlık, bulantı, kaşıntı ve ürtiker sayılabilir. Bunlara hipotansiyon, terleme, solukluk ve bradikardi eşlik edebilir. Aynı zamanda miyokard iskemisi (özellikle inferior duvarla ilişkili), aritmi ve iletim bozukluklarını gösteren elektrokardiyografi(EKG) bulguları da vardır.

İlaçlar, yiyecekler, çevresel etkenler (arı sokması, polenler, lateks teması gibi) alerjik reaksiyonu tetikleyen neden olabilir.

Sistemik alerjik reaksiyon alerjenle karşı karşıya kaldığında, dakikalar -saatler içinde cildi, mukozayı, solunum, kardiyovaskuler ve gastrointestinal sistemi tutar. Cilt ve mukozada kızarıklık-ödem, bronkospazm, diyare, pelvic ağrı, göğüs ağrısı oluşabilir. Hastalarda steroid ve antihistaminik ile koroner vazo spazm gerileyebilmektedir.

OLGU: 61 yaşında erkek hastaya gribal enfeksiyon nedeniyle bir sağlık kurumunda, NSİİ (Arveles®) intravenöz yapılmıştı. Enjeksiyonun yapılmasından 1- 2 dk sonra yüzünde, dudaklarında ödem-kızarıklık ve tüm vücudunda kaşıntı – kızarıklık oluşmuş ve göğüs ağrısı başlamıştı. Tansiyon arteryal (TA):80/50 mmHg, nabız 60/dk ve çekilen EKG'sinde D2,3, AVF derivasyonlarında ST elevasyonu saptanması üzerine, akut koroner sendrom olarak değerlendirilmiş ve acil servise sevk edilmişti.

Başvuru anında hastanın genel durumu orta, bilinç açık, koopere, solunum sesleri bilateral bazallerde azalmış ve tüm vücut bölgelerinde basmakla solan kızarıklık mevcuttu. TA:90/60 mmHg, ateş: 36,5 °C, nabız: 60/dk, SO_2:%95 idi. 30 yıldır günde yarım paket sigara kullanımı vardı. Özgeçmişinde özellik yoktu. Çekilen EKG'de normal sinus ritmi, inferior derivasyonlarda ST elevasyonu mevcuttu. Laboratuar parametrelerinde; CK-MB:55 U/L, AST:50 U/L, Troponin I: 0,02 µg/L saptandı.

Hastaya hızlı (2000cc/h %0.9 NaCl İV) sıvı replasmanı, 80 mg steroid (metilprednizolan - 1mg/kg), antihistaminik (feniramin maleat 45,5mg) ve H2 resptör blokörü(ranitidine 50 mg) uygulandı. Bronkospazm için nebul-salbutamol uygulandı. 1 Saat içerisinde kaşıntısı ve kızarıklığı gerileyen hastanın kardiyak enzim takibinde troponin I ve CK-Mb yükselmesi izlenmedi. Oral antihistaminik reçete edilen hastaya kardiyoloji poliklik kontrolü önerildi.

Sonuç olarak, akut alerjik reaksiyon geçiren hastalarda göğüs ağrısı gelişmesi durumunda kounis sendromu hatırlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Elektrokardiyografi, histamin, Kounis sendromu

PS-0885 Kardiyovasküler aciller

Trakeostomi Sonrası Nadir Bir Komplikasyon: Trakeoinnominat Arter Fistülü

Songül Araç, Yılmaz Zengin, Recep Dursun, Ercan Gündüz, Mustafa İçer, Hasan Mansur Durgun, Abdullah Şen
Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Dicle University, Diyarbakır, Turkey

GİRİŞ: Trakeostomi hava yolu açıklığı sağlanması için uygulanan cerrahi bir yaklaşımdır. Trakeostomi endikasyonları, üst solunum yolu obstrüksiyonu, uzun süreli mekanik ventilatasyon ihtiyacı ve pulmoner bakım şeklinde sınıflandırılabilir. Trakeostomi komplikasyonları arasında kanama, yara yeri enfeksiyonu, subkutanöz amfizem, tüp obstrüksiyonu ve tüpün erken yer değiştirmesi gibi erken komplikasyonlar ve yutma problemleri, trakeal stenoz, trakea-innominate arter fistülü, trake- özofagial fistül, granülom formasyonu ve persistan stoma gibi geç komplikasyonlar yer almaktadır. Trakeostomili hastalarda mortalite % 0.5-3 olarak bildirilmektedir. Öncelikli mortalite sebepleri arasında ani dekanülasyon ve trakeostomi kanülünün tıkanması yer alır. Ancak %0,3 oranında trakeoinnominat arter fistülü gelişimi gibi bazı nadir sebeplere bağlı da mortalite görülebilmektedir. Trakeoinnominat arter fistülü en korkulan komplikasyonlardan biri olup vakaların %75'inde kanül yerleşiminin ilk 3-4 haftasında görülür. Sıklıkla trakeostomi sonrası 7 ila 14. günler arasında oluşur. İnnominate arter veya brachiosefalic trunkus, sternumun altında yer alır ve süperior toraks girişinde trakeayı anteriorda 9. halka seviyesinde soldan sağa çaprazlar. Trakeoinnominat arter fistülü gelişiminde; kanülün aşağı yerleşimli olması, çok hareketli olması ve kafının çok şişirilmesi risk faktörleridir. Bu olgu ile trakeostomi işleminden 1,5 yıl sonra trakeoinnominat arter fistülü gelişen bir hasta sunulmuştur.

OLGU: Acil servise 82 yaşında bayan hasta yakınları tarafından ani başlayan ağızdan kan gelme şikayetiyle getirildi. Özgeçmişte yaklaşık 1,5 yıl önce larinks kanseri nedeniyle trakeostomi yapıldığı öğrenildi. Hastanın genel durumu orta, şuuru açık, pupiller izokorik, GKS 15 idi. Vital bulguları; kan basıncı 100/65 mmHg, kalp tepe atımı 102/dk, oksijenli saturasyonu: %92 olarak ölçüldü. Yapılan fizik muayenesinde orofarenks doğal olup, kanül etrafında sızıntı tarzda kanama saptandı. Yapılan laboratuvar testlerinde hemogram ve biyokimyasında özellik yoktu. Hb:12 gr/dl(12,2-18,1), Htc: 37.21%(37,7-53,7) idi. Rektal tuşe: kolik gaita mevcuttu. Üst gastrointestinal sistem kanaması ön tanısı ile endoskopi sonrası ekarte edildi. Bronkoskopi öncesi kafı indirilen trakeostomiden trakea içine ve ağız içine abondan kanama görüldü. Trakeal lavaj yapılarak kaf şişirildi ve kanamanın durduğu görüldü. Mevcut bulgular eşliğinde hastada Trakeoinnominat arter fistülü tanısı konularak kardiyovasküler cerrahi kliniğine endovasküler girişim amaçlı yatırıldı. Ancak yatışının ikinci gününde kardiak arrest sonrası hasta eksitus oldu.

SONUÇ: Trakeostomili hastalarda ani başlayan ağızdan kan gelme durumlarında Trakeoinnominat arter fistülü ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Trakeostomi, Komplikasyon, Trakeoinnominat Arter Fistülü

PS-0886 Kardiyovasküler aciller

Elektrokardiyografide T Dalga Değişikliği Her Zaman Kardiyak İskemiyi Göstermez

Mustafa Yılmaz[1], Metin Ateşçelik[1], Şükrü Ardıç[2], Mustafa Yildiz[1]

[1]*Department of Emergency Medicine, Firat University, School of Medicine, Elazig, TURKEY*

[2]*Acil servis, Elazığ Asker Hastanesi, Elazığ, TURKEY*

GİRİŞ: Acil servisler akut koroner sendromdan şüphe edilen hastalarda seri EKG değerlendirmesinde T dalgası değişiklikleri kardiyak iskemi açısından uyarıcıdır. Fakat V1-V4 derivasyonunda yeni gelişen T dalga negatifliği olması Pulmoner Emboli (PE) tanısında oldukça önemlidir. Biz bu yazımızda AKS ön tanısıyla seri EKG takibi yapılan ve V1-V4 de T negatifliği gelişmesi ile Pulmoner Emboli (PE) tanısına yönlendiğimiz hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: Atmışaltı yaşında kadın hasta kliniğimize iki gündür olan karın ağrısı ve ara sıra ağızda ekşi tat alma şikâyetiyle geldi. Özgeçmişinde Tip 2 DM ve HT olduğu öğrenildi. Muayenesinde genel durumu iyi, şuuru açık, kooperasyonu ve oryantasyonu tam olan hastanın GKS 15 idi. Kan Basıncı 90/60 mmHg, Nabız: 90 atım/dakika, Solunum sayısı: 22 /dakika, Periferik kapiller oksijen saturasyonu (sPO2) %97 olarak tespit edildi. EKG'sindee DIII derivasyonda T dalgası negatifliği ve bir adet Ventriküler ekstra sistol haricinde patolojik bulguya rastlanmadı (Şekil 1). İlk tetkiklerinde; Troponin I: 0,10 ng/mL (N: 0,02 – 0,06), LDH: 498 u/L (N: 120-246), Glukoz 182 mg/dl (N: 75-115), CK-MB 59,85 U/L (N: 0,25) olduğu tespit edildi. Kan gazı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve hemogram değerlerinin normal olduğu saptandı. Hasta Akut koroner sendrom olarak yatırıldı. Hastanın yatış sonrası çekilen EKG'de V1-V4'de T dalgalarının negatifliği tespit edildi (şekil 2). Solunum sıkıntısın başlaması, EKG'de V1-V4 de T dalga negatifliğinin olması ve D-Dimer seviyesinin 1,604 mg/L (N:0-0,55) olması üzerine Toraks BT çekildi ve PE olduğu belirlendi.

SONUÇ: EKG'de V1-V4 derivasyonlarındaki yeni T dalgası negatifliğinin özellikle PE için daha spesifik olduğu kabul edilmektedir. Bu durum PE akla gelmeli ve dışlanmaldır.

ANAHTAR KELİMELER: Akut koroner sendrom, Pulmoner emboli, T dalgası değişikliği

PS-0887 Kardiyovasküler aciller

ST-Elevasyonlu Myokard Enfaktüsünde Salusin Düzeyleri

Mehtap Gürger[1], Mustafa Yılmaz[1], Metin Ateşçelik[1], Mustafa Yildiz[1], Şükrü Ardıç[2]

[1]*Acil Tıp Kliniği, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Turkey*

[2]*Acil servis, Elazığ Asker Hastanesi, Elazığ, TURKEY*

AMAÇ: Akut olarak ortaya çıkan ve oluşumunda aterosklerozun etkili olduğu STEMI olan hastalarda Salusin alfa ve salusin betanın acil servise kabul edildiği andaki ve tedavi sonrası düzey değişiminin tespit edilmesi amaçlandı.

MATERYA VE METOD: Acil serviste STEMI tanısı konan 50 hasta ile 50 sağlıklı gönüllü birey çalışmaya dâhil edildi. Hastalardan STEMI tanısı konduğu anda ve MI sonrası 7. Günde Salusin düzeyleri tespit edildi. Verileri analiz edildi.

BULGULAR: STEMI hastalarında, sağlıklı kontrol grubundaki kişilere göre Salusin alfa değerinin anlamlı oranda azalmış olduğu (P<0,001) ve Salusin beta değerinin artmış olduğu (P<0,001) tespit edildi. STEMI sonrasındaki 7. Günde ölçülen salusin alfa değerinin sağlıklı bireylere göre daha düşük oranda olduğu, salusin beta değerinin ise daha yüksek düzeyde olduğu tespit edildi. (p<0,01). STEMI hastaları ile sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında Salusin Alfa için cut off değerinin 12,52 olarak kabul ettiğimizde, spesifite %88, sensitivite ise %60 olarak tespit edildi (AUC 0,798, p<0,001, 95% CI:0,710-0,886). Salusin beta için cut off değerinin 17,36 olarak kabul ettiğimizde, spesifite % 74, sensitivite ise %92 olarak tespit edildi(AUC:0,873 p<0,001, 95% CI:0,806-0,940).

SONUÇ: Kronik olarak ateroskleroz üzerine salusin alfanın koruyucu, salusin betanın ise aterosklerozu arttırıcı etkisine ilave olarak STEMI gibi akut durumda da salusin alfa düzeyinin düştüğü, salusin beta değerinin ise arttığının tespit edildi.

ANAHTAR KELİMELER: Salusin alpha, salusin beta, STEMI

PS-0888 Kardiyovasküler aciller

Ailevi Akdeniz Ateşi ve Akut Koroner Sendrom Birlikteliği: Olgu Sunumu

Muhammet Murat Çelik[1], Mustafa Şahan[2], Eyüp Büyükkaya[3], Ali Karakuş[2]

[1]*Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Hatay*

[2]*Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Hatay*

[3]*Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Hatay*

GİRİŞ VE AMAÇ: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) otozomal resesif geçişli herediter bir hastalık olup, tekrarlayan ataklar halinde seyreden, kendi kendini sınırlayan, ateş, peritonit, artrit ve plevrit gibi seröz zarların tutulumuyla karakterize otoinflamatuvar hastalıktır. Hastalığın patogenezinde artmış sitokin yapımının rolü olabileceğini gösteren veriler mevcuttur. Atak döneminde TNF-α düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. TNF düzeyindeki yükselme ile akut faz reaktanları olan lökosit sayısı, sedimantasyon hızı, fibrinojen ve CRP arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. AAA ile ilişkili olduğu bilinen ve MEFV olarak adlandırılan bir gen izole edilmiştir. MEFV geninin "pyrin" isimli proteini kodladığı ve bu proteinin inflamasyonu baskıladığı gösterilmiştir. MEFV genindeki mutasyon anormal pyrin sentezine neden olmakta ve bunun sonucunda inflamasyon baskılanamamaktadır. Endotelyal disfonksiyonun önemli sonuçlarından biri olan aterosklerozun inflamatuar bir hastalık olduğunu ve bu inflamasyonun göstergesi olan CRP yüksekliğinin koroner ateroskleroz için bir ön belirleyici olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. İnflamasyonun, aterosklerozun kötüleşmesi sonucu plak destabilizasyonuna neden olan potansiyel bir faktör olduğu bilinmektedir. Bu olgunun sunumu ile AAA ve Akut Koroner Sendrom (AKS) arasındaki ilişkiye dikkat çekilmek istenmiştir.

OLGU: Yaklaşık 10 yıl önce AAA tanısını almış olan 55 yaşında erkek hasta göğüs ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Hasta efordan bağımsız olarak istirahat esnasında gelişen, yaklaşık 5-10 dakika süren, özellikle retrosternal bölgede hissedilen baskı yapıcı tarzda ağrıdan bahsetmekteydi. Ayrıca hastanın 2 gün önce başlayan, şiddeti giderek azalan ve önceki ağrı nöbetlerine benzer nitelikte karın ağrısı ve hafif ateşi mevcutmuş. Detaylı öyküde, hasta kolşisin tedavisini düzensiz olarak kullandığını bildirdi. Özellikle son aylarda sık peritonit atağı geçirdiğini ve bu ataklara ateşin eşlik ettiğini söylemekteydi. Hastaya son 10 yıl içinde 2 kez koroner anjiyografi yapıldığı öğrenildi. Hastanın kan basıncı 120/70 mmHg, nabzı 80/dk, ateşi 37C olarak ölçüldü. Göğüs ağrısı döneminde çekilen EKG'sinde V1-V6'da belirgin T negatifliği ve minimal ST depresyonu izlenmekteydi. Tekrarlanan Troponin-I testleri pozitif (0.40 ng/mL ve 0.48 ng/mL) olarak geldi. Sedimantasyon hızı 15 mm/saat, Lökosit 12500/mm3, CRP 85 mg/L, fibrinojen 475 mg/dL olarak ölçüldü. Akciğer grafisi ve batın USG'si normal sınırlardaydı. Hastaya yapılan koroner anjiyografide, LAD proksimalinde kenar düzensizliği gösteren aterosklerotik plak izlendi. LAD, D1 sonrası %40-50 darlık mevcuttu. Bu bulgular doğrultusunda hastaya AAA+AKS tanısıyla medikal tedavi planlandı.

SONUÇ: AAA inflamatuar ataklarla seyreden ve atak sonrası subklinik düzeyde inflamasyonun devam ettiği kronik bir hastalıktır. Aterosklerozun da inflamatuar bir hastalık olduğuna ilişkin güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Dolayısıyla inflamatuar ataklarla seyreden AAA hastalığının koroner kalp hastalığı riskini arttırabileceği akılda tutulmalıdır. Sonuç olarak, AAA atakları sırasında göğüs ağrısı mevcut olan hastalarda AKS ve diğer kardiyak patolojilerin dışlanması gerektiği hususu vurgulanmak istenmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Ailesel Akdeniz Ateşi, Akut Koroner Sendrom

POSTER BİLDİRİLER

PS-0889 Travma acilleri

Klivus Fraktürü; Ne Kadar Acil?

Mehmet Çağrı Göktekin[1], Bora Tetik[2]

[1]Dİyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis

[2]Dİyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi Beyin Cerrahi

GİRİŞ: Genellikle trafik kazası, yüksekten düşme gibi yüksek enerjili travma sonrasında bildirilen klivus fraktürü oldukça nadir görülmektedir. Klivus kafa tabanında beyin sapı ve beyin sapındaki vasküler yapılar için mekanik destek sağlayan derin yerleşimli kompleks bir yapıdır. Travmatik klivus fraktürlerinde klivusun yerleşim yeri ve komşulukları nedeni ile kranial sinir felci, vertebrobaziler sistem yaralanması, endokrinolojik yetmezlik, rinore, enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülebilir. Daha mortal seyreden longitüdinal klivus fraktürlerinde vertebrobaziler sistemde tıkanma, travmatik anevrizma, kırık hattında tuzaklanma ve daralma görülebilir. Transvers fraktürlerde ise 6. ve 7. kranial sinir felçleri ve ön dolaşım yaralanmaları görülebilir. Bununla birlikte şiddetli travmalarda endokrinolojik yetmezlik, rinore ve enfeksiyon bildirilmiştir. Bilgisayarlı tomografinin yaygın kullanıma girmesi sonrasında tanı alan hasta sayısında artış izlenmekle beraber literatürde ciddi kafa travmalı hastalarda klivus fraktürü görülme oranı yaklaşık %0,55 olarak bildirilmiştir. Çok nadir görülmekle birlikte vertebrobaziler sistem, beyin sapı ve kranial sinirlere anatomik yakınlığı nedeniyle klivus fraktürü ciddi nörolojik defisitlere ve erken dönemde mortaliteye neden olabilmektedir. Bizim olgumuz da hafif şiddetteki bir travmadan bir saat sonra boyun ağrısı şikayeti ile başvuran nörolojik defisiti olmayan transvers klivus fraktürü tespit ettiğimiz bir hastaydı.

OLGU: 6 yaşında erkek hasta akşam saatlerinde kendisinden bir yaş büyük kardeşiyle oyun oynarken kardeşinin itmesi sonucu düşmüş. Düşmesinden yaklaşık bir saat sonra boyun hareketlerinde kısıtlılık ve ağrı olması üzerine hasta acil servise başvurdu. Acil serviste ilk muayenesinde GKS: 15, bilinç açık ve nörolojik defisiti yoktu. Hastanın boyun hareketlerinde kısıtlılık ve ağrı şikayeti mevcuttu. Hastaya Philedelphia boyunluk takıldı. Acil serviste çekilen bilgisayarlı beyin ve boyun tomografisinde klivusta transvers kırık saptandı. Parankimde ve spinal kanalda patoloji görülmedi. Beyin cerrahi konsültasyonu istenen hastaya klivus fraktürü nedeniyle kranial ve servikal MR çekildi. MR incelemesinde spinal kanalda, parankimde ve vasküler yapılarda patoloji saptanmadı. Beyin cerrahi tarafından acil cerrahi müdahale düşünülmeyen hastaya, radyolojik tetkiklerinde vasküler yapılarda yaralanma olmaması üzerine Philedelphia boyunluk ve beyin cerrahi poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Sonuç olarak hafif kafa travmalarından sonra nörolojik defisiti olmayan vakalarda da klivus fraktürü görülebilmektedir. Travma sonrasında boyun ve başın hareketlerinde ağrı ve kısıtlılık olan vakalarda klivus fraktürü ve kafa tabanı fraktürü düşünülmeli; bu şikayetle başvuran hastalarda yüksek çözünürlüklü kemik pencere tomografi, multiplanar rekonstriksiyon yöntemleri ile kafa tabanı ve klivus fraktürü değerlendirilmelidir. Klivusun anatomik komşulukları ve komplikasyonları nedeniyle Serebral BT, MR ve MR anjiografi ile vasküler yaralanmalar ve beyin sapı yaralanmalarına yönelik ileri incelemeler yapılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Acil, Fraktür, Klivus

PS-0890 Travma acilleri

Boyun Bölgesinde Ateşli Silah Yaralanmasına Bağlı Spinal Kord Hasarı: Olgu Sunumu

Murat Uysal[1], Mehmet Esen[2], Battal Tahsin Somak[3], Emrah Sapmaz[3], Murat Zümrüt[4], Burak Hasgül[2], Mehmet Baki Özdemir[2]

[1]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Tokat*

[2]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tokat*

[3]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat*

[4]*Mevlana Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Konya*

GİRİŞ-AMAÇ: Ateşli silah yaralanmaları mortalite ve morbiditesi fazla olan yüksek enerjili bir travma şeklidir. Özellikle boyun bölgesinde larinks, trakea, medulla spinalis ve büyük damarların olması nedeniyle bu bölgedeki yaralanmalar klinik açıdan farklı bir yere sahiptir. Ateşli silah ve delici-kesici alet yaralanmaları gibi özellikle boyun bölgesinin penetran yaralanmalarında vertebral kanalda medulla spinalisin hasarlanmasına bağlı olarak değişik seviyelerde yüzeyel duyu kaybı, motor güç kaybı, propriyosepsiyon ve vibrasyon duyularında kayıp ortaya çıkabilmektedir. Bu vakada biz, boyun bölgesi ateşli silah yaralanması sonrası quadripleji olan hastada anatomik oluşumlarda gelişebilecek hasarlara dikkat çekmek istedik.

OLGU: 18 yaşındaki kadın hasta ateşli silah yaralanması nedeniyle acil servise getirildi. Yapılan fizik muayenede TA:110/70 mmHg, Nb:90/dk, oksijen saturasyonu % 88, bilinci açık, genel durumu kötü olan hastanın sol kulak altında giriş ve sağ omzunda çıkış olmak üzere iki adet kurşun deliği mevcuttu. Hastadan istenen boyun BT'sinde C4.-7. vertebralar düzeyinde çeşitli kırıklar ile C5-C6 seviyesinde daha belirgin olmak üzere spinal kanal içerisinde kemik fragmanlar ve milimetrik boyutlu hava dansiteleri izlendi. Nörolojik muayenesinde ekstremitelerde motor fonksiyon kaybı bulunan hasta quadriplejik olarak kabul edildi. Hastaya spinal travma olması nedeniyle 30 mg/kg prednol başlandı, saatlik 5.4 mg/kg idame prednol tedavisine devam edildi. Beyin cerrahisine yatırılan hasta opere edildi. Mikrodiskektomi ve parsiyel korpektomi işlemleri uygulandı. Bir ay yoğun bakımda yatan hasta fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alındı.

SONUÇ: Penetran boyun yaralanmalarında en çok etkilenen yapıların karotis arterleri ve juguler venler olduğu bildirilmektedir. Olgumuzda ise kurşun, servikal vertebralar ve medulla spinalis'te hasara neden olmuş ancak yaşamı tehlikeye sokacak bir vasküler yaralanma gerçekleşmemiş, buna ek olarak risk altında bulunan farinks ve larinks gibi organlarda herhangi bir yaralanmaya rastlanmamıştır.

Olgumuzda C4'den C7'ye kadar boyun bölgesinde bulunan dört adet vertebranın processus transversus, processus spinosus ve corpuslarında birçok kırık meydana gelmesine rağmen boyundaki büyük damarlar ile larinks, farinks ve trakeada hasar oluşmaması ilginçti. Özellikle kurşunun 4 vertebrada parçalı kırıklar yapıp medulla spinalisi parçalamasına rağmen a.vertebraliste yaralanmaya neden olmaması vakamızı daha da ilginç kılmaktaydı.

ANAHTAR KELİMELER: Ateşli silah yaralanması, medulla spinalis, servikal vertebra

PS-0891 Travma acilleri

Acil Servise Travma Nedeniyle Başvuran Hastalarda Vertebra Kırıklarının Değerlendirilmesi

Murat Uysal[1], Murat Zümrüt[2], Tufan Alatlı[3], Hilal Irmak Sapmaz[1], Mehmet Esen[3], Kürşad Aytekin[4], Ayşe Duhan Taş[1]

[1]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Tokat*

[2]*Mevlana Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Konya*

[3]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tokat*

[4]*Giresun Üniversitesi, Ömer Hekim Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Giresun*

GİRİŞ-AMAÇ: Vertebra kırıkları travmaya maruz kalan hastalarda genel olarak yaralanmanın sadece ufak bir kısmını temsil ediyor olsa da, sosyal ve finansal iyi hal üzerine olan etkisi diğer yaralanmalara göre daha önemlidir. Spinal travmaya maruz kalan popülasyonun demografik özelliklerini ve travmayla ilgili etkenleri anlamak, bu konuda önleyici tedbirlerin alınmasında ve sağlık bakımı planlamalarında bize doğrudan yardımcı olacaktır. Biz bu çalışmada acil serviste vertebra kırığı tanısı alan hastaların demografik değerlendirmelerini yaparak elde ettiğimiz veriler doğrultusunda, spinal travmalarda daha akılcı koruyucu tedbirler alınması için toplumumuza özgü öncelikleri belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Bu çalışmaya 01 Ocak 2013-31 Aralık 2014 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil servisine travma nedeniyle başvuran 2560 hastadan vertebra kırığı tanısı almış olan 52 tanesi dahil edildi. Kırığın yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı, anatomik lokalizasyonu, kırık tipi ve kırığa yol açan nedenler araştırıldı.

BULGULAR: Hastaların 25'i erkek, 27'si ise kadındı. Erkek ve kadın hasta sayısı arasında istatistiksel olarak farklılık yoktu (p=0.782). Hastaların yaş ortalaması 47 olup, kadınların yaş ortalaması 45 erkeklerin yaş ortalaması 50 idi. Travmanın en sık oluş mekanizması % 61,5 oranla düşme iken bunu % 26,9 ile araç içi trafik kazası (AİTK), % 11,5 ile araç dışı trafik kazası (ADTK) izliyordu. Çalışmada yer alan 52 hastada, direkt grafi ve BT yardımıyla toplam 68 adet vertebra kırığı saptandı. 68 adet kırıktan 10 tanesi servikal, 21 tanesi torakal ve 37 tanesi lumbal vertebradaydı. En sık görülen vertebra kırıkları L1 (%13,2), L4 (%13,2), T12 (%10,2) ve L2 (%10,2) vertebra seviyeleri şeklindeydi. Anatomik lokalizasyon olarak kırıklar en çok corpus (%65) yerleşimliydi. Corpus kırıklarını sırasıyla proc. transversus (%22) ve proc. spinosus (%13) kırıkları izliyordu. Corpus kırıklarının %61,9'u lineer kırık, %35,7'si kompresyon kırığı ve sadece %2,4'ü burst kırığı tipindeydi.

SONUÇ: Çalışmamızın verileri incelendiğinde vertebra kırıklarının hemen hemen tamamının yüksekten düşme, AİTK, ADTK gibi yüksek enerjili travmalardan kaynaklandığı görüldü. Yüksek enerjili travma nedeni ile acil servise başvuran hastalara aksi ispatlanana kadar vertebra kırığı muamelesi yapılmalıdır. Tanı için rutin iki yönlü direkt vertebra grafileri yanında özellikle corpus kırıklarının atlanabileceği düşünülerek Bilgisayarlı Tomografi çekilmesi ve bütün spinal bölgenin baştan sona değerlendirilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

ANAHTAR KELİMELER: Vertebra kırığı, Bilgisayarlı Tomografi, travma

PS-0892 Travma acilleri

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisinde Tetanoz Aşısı Yapılan Hastaların Analizi

Mehmet Esen[1], Murat Ayan[1], Murat Uysal[2], Fatih Şahin[1], Ayşe Duhan Taş[2], Safiye Ayan[3]

[1]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tokat*

[2]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Tokat*

[3]*Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Tokat*

GİRİŞ VE AMAÇ: Tetanoz, clostridium tetani'nin neden olduğu kas spasmı ile karakterize bir sinir sistemi hastalığıdır. İnkübasyon süresi ortalama 2 haftadır. Jeneralize, lokal, sefalik ve neonatal olmak üzere 4 klinik formda görülür. Jeneralize form hastalığın en sık görülen formudur. Kliniğinde ciddi kas spazmları ile birlikte kardiyovasküler sisteme ve solunum sistemine ait belirtiler ön plandadır. Aşılama tetanoza karşı korunmada en etkili yoldur. Tetanoz insidansı toplumda aşılanmayla ters orantılıdır. Tetanoz açısından yaşlılar ve yeterli dozda aşılanmayanlar, immünsüpresif hastalar yüksek risk altındadırlar. Türkiye'de aşılama programı 2., 4. ve 6. aylarda yapılmakta daha sonra ise 18. ayda ve ilkokul birinci sınıfta rapelleri yapılmaktadır. Tanı esas olarak öykü ve fizik muayene bulgularıyla konulur. Çalışmamızda profilaksi ile önlenebilen tetanozda aşılamaya alınan hastaların sosyodemografik özelliklerini ortaya koyarak literatüre sunmak ve hekimlerin tetanoz proflaksisine dikkatlerini çekmek amaçlandı.

YÖNTEM: Haziran 2013- Aralık 2014 tarihleri arasında acil servisimize başvuran hastalar tarandı. Tarama Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Enlil sistemi, hasta dosyaları ve hemşire enjeksiyon kayıt formları taranarak gerçekleştirildi. 18 aylık veriler tarandı. Toplam 89000 hasta incelendi. Bu hastalardan tetanoz aşısı yapılan 576 hasta tespit edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, travmanın oluş şekli ve yaralanmanın gerçekleştiği vücut bölgesine göre tetanoz aşısı yapılan hasta sayıları belirlendi. Elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programına yüklendi. Örneklemi betimlemek için parametrelerin frekans ve yüzde değerleri sunuldu.

BULGULAR: 576 hastanın 427'si erkek ve 149'u kadındı. Erkek ve kadınların yaş ortalaması sırasıyla 35 ve 36 idi. Hastaların yaklaşık üçte ikisi 1.-3. dekatta yer almaktaydı. Delici-kesici cisim yaralanması bulunan hastaların sayısı AİTK, yüksekten düşme, mesleki gereklilik, ADTK ve motosiklet kazası geçiren hasta sayısından belirgin olarak daha fazla sayıdaydı (bütün karşılaştırmalar için $p<0.0001$). AİTK grubundaki hasta sayısı yüksekten düşme, mesleki gereklilik, ADTK ve motosiklet kazası grubundaki hastalara oranla fazlaydı (bütün karşılaştırmalar için $p<0.0001$). Üst ekstremite, baş ve alt ekstremite bölgelerinde yaralanması bulunan hastaların sayısı, diğer bölgelere göre anlamlı derecede yüksekti (bütün karşılaştırmalar için $p<0.0001$). Ayrıca üst ekstremite yaralanmasına sahip olan hastalar, baş ve alt ekstremite yaralanmasına sahip olanlardan belirgin olarak daha fazla sayıdaydı (sırasıyla $p=0.004$ ve $p<0.0001$).

SONUÇ: Türkiye'deki yetişkin tetanoz olgularının çoğunluğu minör travmaları takiben gelişmekte ve önceden uygun immünizasyon uygulanmamış olması esas risk faktörünü oluşturmaktadır. Bu nedenle Acil servise travma nedeniyle başvuran hastalarda tetanoz aşısı yapılması büyük önem taşımaktadır. Acil servis hekimlerinin minör veya major travmalı her hastada bağışıklamayı unutmayarak tetanoz toksoidi ile aşılama yapması ve bu konuda son derece dikkatli ve özenli olması, tetanoza bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılmasına belirgin katkıda bulanacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Tetanoz, proflaksi, travma, Acil servis

PS-0893 Travma acilleri

Trafik kazasına bağlı sol paryetal kemik atipik kırığı olan vakamız

Mehmet Yılmaz, Abdussamed Vural, Bahadır Karaca, Mustafa Alpaslan, Mükerrem Altuntaş
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ: Motorlu taşıt kazaları 2000'li yılların başından bu yana ölüm nedenleri arasında önemli bir yere sahiptir ve ne yazık ki gittikçe üst sıralara doğru tırmanmaktadır. Bu kazalara bağlı ölüm oranlarının artması yanında kazaya bağlı oluşan yaralanmalar da aynı oranda artmakta ve önemli oranda sakat kalmalara ve iş gücü kaybına neden olmaktadır.Bizim vakamızda araç dışı trafik kazasına bağlı kafa travması mevcuttu ve kafa kaidesinde kırık tespit ettik. Bu kırığın daha önce gördüğümüz kırıklardan farklı olduğunu düşündük. Literatürü taradığımızda da böyle bir vakaya rastlamadık. Bu yüzden bu vakayı sunmak istedik.

OLGU: 46 yaşında erkek hasta 112 tarafından araç dışı trafik kazası nedeniyle acil servisimize getirildi. Gelişinde bilinci açık, oryente ve koopereydi. GKS:15 ' di. Konuşmasından hafif derecede alkollü olduğu anlaşıldı. Hemen vitalleri alındı.Tansiyonu:138/76, nabzı:78, oksijen satürasyonu:96 idi. Fizik muayenesinde kafada sol oksipitoparyetal bölgede hafif derecede şişlik, hassasiyet ayrıca sağ diz lateral kesimde ağrı ve hassasiyet mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Vitalleri stabil olan hasta bekletilmeden görüntülemeye alındı ve kafa travmasına yönelik beyin bilgisayarlı tomografisi (BT) ve dizine yönelik de direk grafi istendi. Beyin BT' de sol paryetal kemikte internal tabulada minimal intrakranial alana deplase olmuş fraktür tespit edildi. Ayrıca serebral parankim alanları tabiiydi.Tüm görüntüler tarandığında o bölgede yaklaşık 5 mm'lik skalp altı hematom vardı ve dış tabulada da objektif fraktür bulgusu saptanmadı. Bu yüzden bu görüntünün travma sonrası kafa kaidesinde sol paryetal bölgede oluşan izole iç tabula kırığı olduğu düşünüldü.Direk grafide de sağ dizde fibula proximal uçta non-deplase fraktür tespit edildi. Fraktüre yönelik uzun bacak atel yapıldı.Hasta beyin cerrahisi ile konsülte edildi.Takip amaçlı beyin cerrahi yoğun bakıma yatışı yapıldı. Yaklaşık 1 gün yoğun bakım bir gün de beyin cerrahi servisinde takip edilen hastada ek problem olmaması üzerine önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: Trafik kazalarına bağlı gelişen kafa travmalarının mortalite ve morbiditesi diğer kafa travmalarına oranla daha fazladır ve bir çok klinik prezentasyonla karşımıza çıkmaktadır. Bunlar içerisinde subdural hematom, subaraknoid hematom, epidural hematom, kafa kaidesinde oluşan kırıklar sayılabilir.Kafatası kırıkları çeşitli biçimlerde sınıflandırılabilir. Bunlar; kapalı veya açık kırık, lineer, ışınsal ve separe kırık, depresse veya nondepresse kırık. Tüm kafatası kırıkları intrakraniyal patoloji riski taşıdıkları için takip edilmelidir. Bizim vakamızda kafatasında çökme yoktu ve biz bu kırığı herhangi bir sınıflandırmaya tabi tutamadık.Yaş grupları ve oluş mekanizması açısından kafa travmalarına bağlı mortalite ve morbiditeyi önlemek için gerekli önlemler alınmalıdır. Böylelikle oluşabilecek sağlık sorunlarının, sosyal ve ekonomik sorunların önüne geçilmiş olacağı kanaatindeyiz.

ANAHTAR KELİMELER: kafa kırığı, kaza, trafik

PS-0894 Travma acilleri

Kayak Yaralanmasına Bağlı (Düş)me Sonucu gelişen çift (eş) kırıklar: Düş-eş

Ahmet Köse[1], Sultan Tuna Akgöl Gür[2], Aytel Korkmaz[1]

[1]*Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Erzurum*

[2]*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İlk ve Acil Yardım*

GİRİŞ: Radius distal uç kırıkları erişkinlerde sık izlenen kırıklardır. Sıklıkla açık el üzerine düşme nedeniyle gerçekleşir. Tedavide genellikle kapalı redüksiyon ve uzun kol alçı yeterli olmaktadır. Ancak eklem içi uzanım gösteren kırıklarda cerrahi tedavi önerilmektedir. Genellikle sportif aktiviteler esnasındaki torsiyonel kuvvetler ve düşme sonucu meydana gelen tibia diafiz kırıkları çocuklarda uzun kemik kırıkları arasında 3. sıklıkta izlenir. Erişkin yaş grubunun aksine kapalı redüksiyon ve alçı ile tedavi edilebilir. Hem erişkin radius distal uç hem de pediatrik yaş grubu tibia diafiz kırıklarının bilateral görülme sıklığı nadirdir.

OLGU 1: 43 yaşında bayan hasta kayak yaralanmasına bağlı düşme sonucu her iki el bileğinde şişlik, hareket kısıtlılığı ve ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede deformasyon ve krepitasyon mevcut olan hastada nörovasküler hasar saptanmadı. Hastada ek olarak sol kaşta longitudinal 3 cm lik açık yara mevcuttu. Direk grafilerinde bilateral radius distal uç kırığı mevcuttu (figür 1). Kesi sütüre edildikten sonra sedo-analjezi altında her iki distal radius kırığına kapalı redüksiyon ve alçı uygulandı. Takip amaçlı ortopedi servisine yatırıldı.

OLGU 2: 6 yaşında kız çocuğu kayak yaralanmasına bağlı düşme sonucu sağ bacakta ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayeti ile acil servise başvurdu. İlk değerlendirmede sağ tibiada ekimoz ve deformasyon mevcuttu. Nörovasküler hasar izlenmedi. Direk grafide deplase, oblik tibia kırığı mevcuttu (figür 2). Acil şartlarda kapalı redüksiyon ve elastik çivi uygulanan hasta bir gün sonra taburcu edildi. Ameliyattan 12 gün sonra sol bacağında ağrı ve hassasiyet nedeniyle tekrar acil servise başvuran hastanın direkt grafisinde nondeplase, spiral seyirli fissür hattı izlendi (figür 3). Uzun bacak alçı uygulanarak taburcu edildi.

SONUÇ: Kayak yaralanması gibi yüksek enerjili travmalar sonrası başvuran hastalarda bilateral kırık olabileceği akılda tutulmalı, fizik muayene daha ayrıntılı yapılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Spor yaralanması, radius, tibia, bilateral fraktür.

POSTER BİLDİRİLER

PS-0895 Travma acilleri

Yumuşak Dokuda Yabancı Cisim: İğne Batması

Pınar Henden, Özgür Levent Yamanlar, Latif Duran, Hızır Ufuk Akdemir, Merve Kara
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ VE AMAÇ: Çocukluk çağında minör travmalara sık olarak rastlanmakla birlikte travma sonrası yumuşak dokuda yabancı cisim görülmesi nadirdir. Yabancı cisim çıkarılmadığında bir takım komplikasyonlar gelişebilmekte ve apse oluşumu görülebilmektedir. Biz bu olguda sol ayak bölgesinde saptadığımız yabancı cisim olgusunu sunduk.

OLGU: Beş yaşında çocuk hasta evde oyun oynarken ayağına iğne batması şikayeti ile acil servisimize kabul edildi. Genel durum iyi olan hastanın sol ayak tabanı üzerinde kızarıklık, palpasyonla hassasiyet, ayak tabanı topuk bölgesinde giriş deliği mevcut olup sol ayak medial malleol inferolateraline kadar gözle görülen elle palpe edilebilen iğne mevcuttu. Ayak hareketleri ağrılı ve kısıtlı idi. Çekilen 2 yönlü ayak grafisinde iğne olduğu düşünülen yabancı cisim saptandı. Ortopedi ile konsulte edilen hastanın yabancı cismi çıkarmak için hasta monitorize edildi, oksijen desteğinde 20 mg ketamin ile hafif sedatize edildi. Sol topuk bölgesinde yabancı cisim giriş deliği alanına bistüri ile 1cm cilt- ciltaltı kesi yapılarak yabancı cisim çıkartıldı ve iğne olduğu görüldü. Kontrol ayak grafisinde yabancı cismin çıkartıldığı teyit edildi. Primer sütürasyon yapıldı, sedasyon etkisi geçene kadar acil serviste takip edildi. Takibinde bilinci açılan vital sıkıntısı olmayan hasta antibiyotik ve analjezi reçete edilerek ortopedi polikliniğine kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Travma sonrası başvuran çocuk hastalarda direkt grafi yabancı cisim açısından değerlendirilmeli ve yabancı cisim çıkarılarak apse oluşumu engellenmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Çocuk, iğne batması, yumuşak doku travması

PS-0896 Travma acilleri

3 Ölümcül Tanının Nadir Birlikteliği

Ahmet Tunç Deniz, Kıvanç Karaman, Selçuk Eren Çanakçı, Burçak Kantekin, Yunus Emre Özlüer, Çağaç Yetiş
Adnan Menderes Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ: Subaraknoid kanama kanın subaraknoid aralığa dağıldığı patolojik bir durumdur ve orta-ileri yaş grubunda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Subdural kanama ise dura ve araknoid zar arasında olan orta-ileri yaşta sıklıkla travmaya bağlı olan kanamalardır. Biz bu olgumuzda subdural-subaraknoid ve buna bağlı intraparankimal kanaması olan ve Acil Servise bilinç bozukluğu sebebiyle başvuran bir hastayı anlatmak istedik.

OLGU: 66 yaşında bayan hasta Acil Servise aynı gün öğleden sonra başlayan uyku hali ve genel durum bozukluğu nedeniyle 112 tarafından getirildi. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve kronik böbrek yetmezliği olan hastaya 15 yıldır hemodiyaliz tedavisi uygulanmaktaydı. Oryante koopere olmayan hastanın yakınlarından öğrenilen hikayesinde, hastanın dün diyalizden çıktıktan sonra bayıldığı ve düşüp kafasını çarptığı ardından aynı gün öğleden sonra bir anda uyku hali başlaması ve dışarıdan verilen tepkilere cevap verememesi olduğunu öğrendik.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde bilinç kapalı, GKS:3 olarak değerlendirildi. TA:140/80 mm Hg, Nb:91/dk, SatO2:%96, ateş:36.7 °C, parmak ucu kan şekeri:98, solunum sayısı:20/dk ölçüldü. Pupiller anizokorik, sol pupil midriyatikti. Bilateral Babinski pozitifti. Alt ve üst ekstremitelerde derin tendon refleksleri alınamıyordu. Kafasında travmaya ait bir bulguya rastlanmadı. Bunun dışında KVS:S1+ S2+ ritmik, solunum sistemi her iki akciğer eşit havalanıyor, ral-ronküs yok, karın muayenesi olağan defans-rebound yoktu.

Hastadan tam kan, biyokimya, kan gazı, beyin BT ve beyin MR-Diffüzyon tetkiki istendi.Kan tetkiklerinde biyokimyasında Üre:92 Kre:5.12 dışında tüm tetkikleri normal geldi.

Beyin BT ve beyin MR-Diffüzyon tetkiklerinin ortak değerlendirilmesi sonucu hastada sol frontal lopta yaklaşık 10 mm lik intraparankimal kanama, sol frontotemporoparyetal bölgede subdural kanama ile uyumlu alan, 3. ve her iki lateral ventrikülde kanamayla uyumlu alanlar saptandı. Kanamaya bağlı intraparankimal alanda vazojenik ödem mevcuttu.

Hastaya antiödem tedavisi başlandı, entübe edildi. Beyin Cerrahisi ve Nöroloji konsültasyonu istendi.Beyin Cerrahisi akut cerrahi girişim düşünmedi. Nöroloji yoğun bakım şartlarında takip önerdi. Hasta Nöroloji Yoğun Bakım ünitesine yatırılarak takibe alındı.

SONUÇ: Her biri nadir ölümcül durumlar olan subaraknoid kanama, subdural kanama ve intraparankimal kanamayı bu olgumuzda birarada gözlemledik. Bu ölümcül birlikteliğin sebebinin ileri yaş, hemodiyaliz esnasında uygulanan antikoagülan tedavi ve minör kafa travması olduğu düşüncesindeyiz. Acil servise bilinç problemi ile başvuran yaşlı ve kronik hastalığı olan olgularda acil servis hekimleri ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve laboratuar-görüntüleme tetkikleri ile en uç tanıları bile ayırıcı tanıda düşünmelidirler.

ANAHTAR KELİMELER: subdural kanama, subaraknoid kanama,

PS-0897 Travma acilleri

Nadir bir akut batın nedeni: Mesane Rüptürü

Mustafa Zeybeker, Meltem Songür Kodik, İlhan Uz, Enver Özçete, Funda Karbek Akarca, Selahattin Kıyan
Ege Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Travmatik mesane perforasyonu travma hastalarında cok silik bulgularla seyredebilen ve erken dönemlerde vital bulguların stabil olabildiği bir tanıdır. Her zaman makroskopik hematüriye sebep olmayabilir. Travma hastalarının tanısında çok sık kullanılan BT' de saptanamayabilir. Mortal seyredebilen bir tanıdır.

OLGU: 21 yasında erkek hasta 5 saat önce başlayan karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. İlk fizik muayenesinde batında hassasiyet saptanmayan hastanın anamnezinde 5 saat önce top oynarken karnına tekme geldiği ve batın alt kadranlarda ağrısı olduğu öğrenildi. Takibinde 2 saat sonraki fizik muayenesinde alt kadranlarda hassasiyet saptanan hastanın rebound ve defansı yoktu. Yapılan batın ultrasonunda bilateral grade 2-3 hidronefroz ve pelviste serbest sıvı saptandı. Foley sondasında makroskopik hematürisi oldu. Takibinde tekrar hematürisi olmadı. Hasta hidrate edildi. Biyokimyasında üre: 51 mg/ dL, kreatinin 2 mg/ dL ve CK: 230 IU/ L CK-MB: 39 IU/ L saptandı. Batın tomografisinde pelviste yaygın serbest sıvı dışında bulguya rastlanmadı. Hasta genel cerrahi ve üroloji ile konsülte edildi. Ultrason eşliğinde alınan batın içi serbest sıvıda şüpheli hematürik mayi tesbit edildi. Mesane perforasyonu ön tanısıyla opaklı üretrosistografi çekildi. Verilen opak madde geri alındığında grafisinde belirgin kontrast tutulumu gözlendi. Foley sondasından verilen opaklı maddeyle çekilen alt batın BT' sinde mesanede ve mesane dışında belirgin kontrast tutulumu saptandı. Mesane rüptürü tanısı ile üroloji bölümüne yatırıldı ve postop. takibinde exitus olmuştur.

TARTIŞMA: Mesane yaralanmaları künt batın travması olgularının yaklaşık %2' sinde oluşmaktadır ve % 80' i pelvik kırıklarla ilişkilidir. Alt kadranlarda hassasiyet ve hematüri olması yaygın klinik prezentasyonudur. Ayrıca üriner asite bağlı batında şişme, üriner kaçağa bağlı perine ve scrotumda ödem ve idrar yapamama mesane perforasyonunun muayenesindeki yaygın bulgulardır. Retrograd sistografi mesane rüptürü için altın standart görüntüleme yöntemidir. Tanı kontrast maddenin peritona yada mesaneyi çevreleyen retroperitoneal alana yayılması ile konur. Bu çalışma düz grafilerle veya tomografi ile yapılabilir

SONUÇ: Travma hastalarında mekanizmanın düşük enerjili olması genel durumunun ilk fizik muayene bulgularının ve vital bulguların normal olması, aşikar hematürinin olmaması bu hastaların taburcu olabileceği anlamına gelmemektedir. Bu hastaların acil servis yoğunluğuna rağmen ultrasonlarının, takip ve tekrar muayenelerinin ve ileri tetkiklerinin yapılması gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: mesane rüptürü, üretrosistografi

PS-0898 Travma acilleri

Acil servise düşme şikayeti ile başvuran 65 yaş üstü hastalarda düşme nedenlerinin incelenmesi

Tuba Cimilli Öztürk, Rohat Ak, Ebru Ünal Akoğlu, Özge Ecmel Onur, Damla Özalp
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Geriatrik hastalar, tüm acil servis başvurularının önemli bir grubunu oluşturmaktadırlar. 65 yaş üstündeki bireylerin üçte birinin yılda en az bir kez düştüğü ve bu oranın 80 yaş üzerinde %50'lere ulaştığı gösterilmiştir. Geriatrik hastalarda düşme mekanizması çoğunlukla düşük enerjili olduğundan %5-10 oranında ciddi yaralanmalarla sonuçlanmaktadır. Ancak yapılan çalışmalar göstermiştir ki düşme sonucunda yaşlıların fonksiyonelliği azalmakta ve bakım evine yerleştirilme ihtimalleri ile hastane başvuru sıklıkları artmaktadır. Biz bu çalışmada hastanemiz acil servisine başvuran geriatrik hastalardaki düşme nedenlerini belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamızda 01.05.2014-31.10.2014 tarihleri arasında acil servisimize düşme şikayeti ile başvuran 65 yaş üstü hastalara ve/veya yakınlarına anket metodu ile sorular yöneltilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılmaya kabul edenlerin tıbbi dosyaları incelenmiştir. Ankette hastalara; aylık gelir düzeyi eğitim durumu, düşme öncesi genel durumu, yaşam yeri, düşme mekanizması, son bir yılda kaçıncı defa düştüğü, düşme yeri, komorbid hastalıkları, kullandığı ilaçlar ve düşme sonrası yaralanma bulguları soruldu.

BULGULAR: Toplam 308 hasta çalışmaya dahil edildi. Yüzde 70.1'i kadın ve yaş ortalaması 78.5 bulundu. Hastaların %73.1'inin 1. derece yakını ile beraber yaşadığı %16.9'unun ise yalnız yaşadığı öğrenildi. Olguların 5'i hariç gerisi aynı seviden düşmelerdi. Düşme mekanizması olarak en fazla kazara takılarak düşme tarif edildi (n=223). Bunun haricinde 51 hastanın başı döndüğü için, 24 hastanın senkop sonrası ve 5 hastanın ise svo geçirerek düştüğü tespit edildi. Hastaların %49.7'sinin odada, %18.8'inin ise banyoda düştüğü öğrenilmiştir. Olguların özgeçmişlerinde en fazla kardiovasküler sistem hastalıkları ve metabolik hastalıkları olduğu görüldü. En sık kullanılan üç ilaç sırasıyla antihipertansifler, anti-diyabetik ve SSRI olarak tespit edildi. Hastaların %45,8'inde (n=141) birden fazla düşme olduğu saptanmıştır. KVS hastalığı olan olgularda üçten fazla düşme görülme oranının KVS hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,049). Nörolojik hastalığı olan olgularda üçten fazla düşme görülme oranının nörolojik hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,024). Benzodiazepin kullanan olguların düşme sayıları arasında anlamlı farklılık görülmektedir (p<0,05); düşme sayısı 3 ve 4 olan olguların benzodiazepin kullanımları yüksek bulunmuştur. Diğer ilaçlar ile düşme sayıları arasında bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Düşme sonrasında en sık yaralanma minör kafa travması olarak bulundu.

SONUÇ: Yaşlı hasta grubunda düşmelerin önlenebilmesinin en önemli çözümü düşme nedenlerini ortaya koymaktır. Bizim hasta grubumuzda da en fazla düşme sebebi takılarak düşmeler olduğu ve bunların sıklıkla ev içerisinde olduğu göz önünde bulundurulduğunda ev içerisinde yaşlılar için düşme riski oluşturacak unsurların ortadan kaldırılması gerektiği sonucuna varılabilir. Ayrıca kardiovasküler sistem hastalığı olanlar ile nörolojik hastalıkları olanların daha riskli oldukları görülmektedir. Bunun yanında benzodiazepin kullanımının da başlı başına bir risk oluşturduğunu söylemek mümkündür.

ANAHTAR KELİMELER: düşme, geriatrik, 65 yaş üstü, düşme nedenleri

PS-0899 Travma acilleri

Odontoid Prosesin Anomalisi: Os Odontoideum

Eren Usul, Kerim Abatay, Sema Avcı, Engin Deniz Arslan, Seda Özkan
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Os odontoideum hipoplastik odontoid prosesten ayrı, oval veya yuvarlak kemik parçasıdır. Ender fakat odontoid prosesin en sık izlenen anomalisidir. Atlantoaksiyel instabilite ve myelopatiye neden olabilir. Bu anomali tip 1 ve tip 2 odontoid fraktürleri taklit edebilir. Doğru olarak tanımlanması olası tedavi yanlışlıklarını önlemek için önemlidir. Bu olgumuzda yüksekten düşme nedeniyle acil servisimize başvuran hastanın çekilen servikal tomografide saptanan os odontoideum olgusunu anlattık.

OLGU: 15 yaşında erkek hasta acil servisimize yaklaşık 2 metre yüksekten düşme sonrası baş ağrısı, sol el ve sol bacakta topuğa kadar uzanan ağrı şikayetleriyle getirildi. Hastanın gelişinde Nabız:72 atım/dk, TA:120/70 mmHg, ateş:36,4 SO2: 96 idi. Fizik muayenesinde genel durum iyi, şuur açık, oryante ve koopereydi. GKS:15 olup herhangi bir nörolojik defisiti yoktu. Hastanın çekilen beyin tomografisinde herhangi bir patolojiye rastlanmazken, servikal tomografisinde os odonteium görüntüsü saptandı. Klinik takibinin ardından hasta önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: Os odontoideum nadir olmasına karşın odontoid prosesin en sık izlenen anomalisidir. Çeşitli semptomlara neden olabilmektedir ve akut servikal spinal yaralanması olan hastalarda os odontoideumun dens kırığından ayırt edilmesi gerekir.

ANAHTAR KELİMELER: Os odontoideum, travma, fraktür

PS-0900 Travma acilleri

Travma sonrası iskemik serebral infarkt

Sema Avcı, Eren Usul, Uğur Kahveci, Engin Deniz Arslan, Seda Özkan
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Post-travmatik serebral infarkt, şiddetli kafa travması sonucu ortaya çıkan sıklığı %1.9-%10.4 arasında değişen travmatik beyin hasarının iyi bilinen bir komplikasyonudur. Post-travmatik serebral infarkt uygun cerrahi ve medikal tedavilere rağmen halen yüksek bir mortalite oranına sahiptir. Bu hastalık, kortikal ve subkortikal bölgelerin infarktı venöz drenajın kesintiye uğraması veya arterial akımın sınırlanması sonucu ortaya çıkmakta olup, travma sonrası anjiografik vazospazm oranı insidansı %2-41 oranındadır. Travma sonrası hastaneye başvuru Glasgow Koma Skoru 3-5 olan, post-travmatik infarktı olan hastalarda mortalite oranı daha yüksek olup bu hastalarda beyin ödemi ve artmış intrakranial basınç artışı mortalitenin majör prediktörleridir. Bu hastalarda tedavide acil dekompresif cerrahi ve duroplasti metodları düşünülmelidir. Bu olgu ile motorlu taşıt kazası sonrası gelişen post-travmatik serebral infarkt olgusu sunulması amaçlanmıştır.

OLGU: 34 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası sonrası acil servise getirildi. Bilinen bir hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü mevcut değildi. Genel durum orta, bilinç uykuya meyilli ve kooperasyonu kısıtlı olan hastanın gözleri sağa konjuge olma eğiliminde, sol nazolabial oluk silik, sol üst extremite -3/5, sol alt extremite +3/5 olup, sağ alt ve üst extremitede motor defisit saptanmadı. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı. Laboratuar etanol 0 mg/dl, glikoz:149 mg/dl, hgb:15.1 g/dl, htc:45 %, üre:36 mg/dl, kreatin:1.11 mg/dl, AST:37 U/l, ALT 61 U/l, INR:1.081 idi. Çekilen bilgisayarlı beyin ve servikal tomografisinde patoloji saptanmadı. Mevcut kliniğinin devam etmesi üzerine çekilen difüzyon MRG'de sağ talamik bölgede akut difüzyon kısıtlaması izlendi. Hasta travmaya sekonder iskemik serebrovasküler olay düşünüldü ve acil serviste tedavisine başlanan hasta Nöroşirurji yoğun bakıma devredildi.

SONUÇ: Acil servise travma sonrası gelen hastalarda mevcut bilinç değişikliği bilgisayarlı beyin tomografisi ile açıklanamadığında difüzyon MRG gibi ileri görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır. Travma sonrası bilinç değişikliği olan hastalarda serebrovasküler olay ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Travma, serebral, iskemik infarkt

PS-0901 Travma acilleri

Travmatik Kist Hidatik Rüptürü

Enver ÖZÇETE, İlhan Uz, Meltem Songür Kodik, Selahattin Kıyan, Murat Ersel
Ege Üniversitesi Tıp fakültesi Acil Tıp AD

GİRİŞ: Hidatik kist genellikle asemptomatik kronik bir latent bir hastalıktır. Rutin klinik muayene ve seroloji, radyolojik veya ultrasonografik tarama sırasında bulunabilir. klinik belirti ve bulguları Kist hidatiğin konum, boyut, komşu organlar ile olan ilişkisi ve kist yırtılması gibi komplikasyonlara bağlıdır. Kistler travma sonrası veya artmış intrakistik basınç sonucunda spontan olarak rupture olabilir. Bu vakada, karın travması sonrasında rüptüre olan karaciğer kist hidatiği olan olgu sunulmaktadır.

VAKA: 42 yaşında erkek hasta inşaat çukuru içinde çalışırken üzerine beton blok düşmesi sonucunda acil servise getirildi. Hastanın Tansiyonu 133/69 mmHg, Nabzı:76/dakika, Solunum sayısı:20/dakika ve saturasyonu%97 idi. Fizik muayenesinde Şuuru açık koopere Glaskow Koma Skoru 15 olan hastanın. Batında yaygın hassasiyeti, sağ hemitoraksta hassasiyeti vardı, diğer system muayeneleri olağan olarak değerlendirildi. Hastanın Çekilen IV opaklı Toraks+Batın BT sinde Karaciğerde kist hidatik lezyonları(18*12 cm, 17*9,5cm, 2cm)- kistlerden birinde duvar bütünlüğünde bozulma kist hidatik rüptürü- karaciğerde aynı zamanda 15 cm laserasyon, dalakte laserasyon-hematom, batın içi yaygın serbest sıvı ve sağ scapula, sol 10-11 kot fraktürü tespit edildi. Genel cerrahi konsültasyonu sonrasında hasta acil ameliyata alındı.

TARTIŞMA: Periton boşluğuna karaciğer kist hidatik rüptürünün bildirilen sıklığı% 1 - % 16 arasında değişmektedir. Kistler travma sonrası veya artmış intrakistik basınç sonucunda spontan olarak rupture olabilir. Kist rüptürüne zemin hazırlayan başlıca risk faktörleri; genç yaş, kist çapının 10 cm olması, ve yüzeysel kist konumunu içerir. Kist çapı arttıkça, kistin geriliminin artması ve yüzeyel yerleşimli kistlerde minor travma dahi rüptür için önemli risk faktörüdür. Kist hidatik rüptürüne bağlı belirti ve bulgular ciddi değildir, ama hidatik sıvı ya da serbest safra peritonite neden olabilir. Ayrıca semptom ve bulgular erkenden ortaya çıkabilir ve enfekte kiste yada safra sızıntısı olması durumunda bulgular şiddetli olabilir. Cilt üzerinde ürtiker ve makülopapüler döküntüler kist içeriğinin alerjik reaksiyon oluşturması sonucu olabilir. Hastada yaşamı tehdit eden anafilaktik şok dahil, anafilaksi gelişebilir. Kist hidatiğin travmatik veya spontan rüptür sonrası minör alerjik reaksiyonların sıklığı% 16.7-% 25 arasında bildirilmesine rağmen, daha ciddi reaksiyonların sıklığı % 1-% 12,5 arasındadır. Anaflaktik şok nadir de olsa hiçbir ruptur bulgusu olmadan gelişebilir. Bu durum travmatik yada spontan olarak kistin bilyer kanala açılması yada kist içeriğinin indirek olarak kan dolaşımına girmesiyle açıklanabilir. Anaflaktik reaksiyon nadir olarak görülse de bu hastalar da tedbirli olunmalı, hastaların yakın vital ve bilinç takibi yapılmalıdır. Hastalara alerjik reaksiyonlar için acil tıbbi tedavi tavsiye edilir.

Travmaya bağlı kist hidatik rüptürü nadir görülür. İntraperitoneal kist hidatik rüptürünün ana tedavisi acil cerrahi ve postoperatif medikal tedavidir.

ANAHTAR KELİMELER: Travma, Kist Hidatik, Akut Batın

POSTER BİLDİRİLER

PS-0902 Travma acilleri

Emniyet kemeri gerçekten korur mu ?

Sinan Genç, Ayla Mollaoğlu, Sertaç Güler, Hayri Ramadan, Yavuz Katırcı
T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Emniyet kemeri kullanımının trafik kazalarına bağlı ölümleri azalttığı iyi bilinmektedir. Çocuklarda uygun olmayan emniyet kemerlerinin kullanımı hayatı tehdit edici şekilde yaralanmalara sebep olabilir.

OLGU SUNUMU: 11 aylık erkek çocuk araç içi trafik kazası sonrası acil servisimize getirildi. Trafik kazası yaklaşık 30 km/h hızla önden çarpışma şeklinde, çocuk ön yolcu koltuğunda oturtulmuş ve emniyet kemeri kalçasının üzerinden bağlıyken gerçekleşmişti. İlk değerlendirmede hasta ajite ve ağlamaktaydı. Vital bulguları; nabız: 135/dk, arteryel tansiyonu:100/65 mmHg, oksijen saturasyonu: %99 idi. Sağ uyluk orta 1/3 kesiminde şişlik ve hassasiyet saptandı, distal nabızları palpabl idi ve dolaşım bozukluğu bulgusu saptanmadı. Sistemik muayenlerinde belirgin bir patoloji saptanmadı. Hastanın bilgisayarlı beyin tomografisi, tüm abdomen ultrasonografisi, posterior-anterior akciğer grafisi ve vertebra grafilerinde travmaya bağlı patoloji saptanmadı. Sağ femur grafisinde femur diafiz orta hatta kortekste fraktür saptandı. Kırık redüksiyonunu takiben hastaya pelvipedal alçı uygulandı. Acil serviste takiplerinde problem saptanmayan hasta önerilerle taburcu edildi. Hastanın 3 hafta sonra yapılan kontrolünde alçı çıkarıldı ve komplikasyon saptanmadı.

SONUÇ: Çocuklarda uygun olmayan emniyet kemerlerinin kullanımı hayatı tehdit edici şekilde yaralanmalara sebep olabilir. Standart emniyet kemerleri erişkinlerde kuşak şeklinde pelvis düzeyinde ağırlık merkezinin hemen altında bir sabitleme yaparak koruma sağlar. On yaşından küçük çocuklarda pelvis immatür anatomisi nedeniyle emniyet kemeri için yeterli desteği sağlamaz. Baş-boyun ve ekstremiteler trafik kazalarında emniyet kemeri takan ve takmayan çocuklarda en sık yaralanma bölgeleri iken abdominal yaralanmalar emniyet kemeri takan çocuklarda daha yüksek oranda görülür. Emniyet kemeri sendromu; çocuklarda erişkin tipi emniyet kemerlerinin uygunsuz kullanımı sonucu ciddi servikal ve lumbal spinal yaralanmaya intraabdominal yaralanamaların eşlik ettiği klinik durumu ifade eder. Femoral şaft kırıkları çocuklarda en sık görülen alt ekstremite kırıklarındandır ve trafik kazaları, çocuk istismarı, oyun alanında düşme ve uyluğa direkt darbe alma en sık sebepleri arasındadır. Çocukluk çağı femur fraktürlerinin tedavisi çocuğun yaşı, büyüklüğü ve kırık patternine göre belirlenir. Acil servis doktorları trafik kazası nedeniyle başvuran çocuk hastaların değerlendirilmesinde emniyet kemerlerinin uygunsuz kullanımına bağlı yaralanmaları da akılda tutmalıdır. Çocuğun büyüklüğüne uygun şekilde çocuk koltukları,omuz bandı destekli emniyet kemerleri, yükseltici koltukların kullanılması trafik kazalarına bağlı yaralanmaların sayısını ve ağırlığını azaltabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Çocuk travma, Emniyet kemeri, Trafik kazası

PS-0903 Travma acilleri

Batın içi hematomu mu?

Atıf BAYRAMOĞLU[1], Murat Saritemur[1], Fatma Çıtırık Tortum[1], Ihsan Yüce[2]
[1]*Department of Emergency, Ataturk University, Erzurum, Turkey*
[2]*Department of Radiology, Ataturk University, Erzurum, Turkey*

GİRİŞ: künt yada penetran batın yaralanmalarında batın değerlendirilmesi için acil serviste en sık kullandığımız görüntüleme şekli kontrastlı batın tomografisidir. Batın tomografisi değerlendirilirken batında serbest mayi, içi boş organ perforasyonu, parankimal organ yaralanması açısından değerlendirme acil servisteki travma hastası için hayati önem taşır. Travma hastası için batın tomografisinde kontrast tutmuş serbest mayi hepimizin aklına batın içi kanama getirir. Aklımızda bulunması gereken diğer bir durum ise batın içine sızan idrarın da kontrast tutan serbest mayi olabileceği.

OLGU: Elli altı yaşında erkek hasta yaklaşık 1 ay önce ateşli silah yaralanması geçirmiş. Hasta batına nafiz yaralanma nedeni ile laparaskopik olarak değerlendirilmiş ve üriner sistem yaralanması nedeni ile opere edilmiş. Öz ve soygeçmişinde başka özellik olmayan hasta operasyon yerinden akıntı ve kanama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde batın sağ alt kadranda kolostomi mevcut, batında yaygın hassasiyet mevcut. rebound ve defans yoktu. Sol lomber bölgede operasyon yerinden kötü kokulu pürülan akıntı mevcuttu. hastanın ateşi:37c°,tansiyon:107/56 mmhg, nabız:89/dakika,parmak ucu oksijen saturasyonu:%92idi. Sistemik muayenesinde başkaca özellik yoktu. Hastanın rutin hemogram, biyokimya, idrar, ayakta boş batın ve tele radyografileri istendi. Hemogramda hemoglobin:10,8mg/dL idi. Rutin tetkiklerinde başka özellik yoktu. Hastaya batın içi apse, batın içi kanama öntanısı ile kontrastlı batın tomografisi çekildi. Batın da kontrast tutan serbest sıvı görüldü. Lomber bölgede paravertebral kas fiberleri arasında postkontrast kesitlerde periferal kontrast tutulumu gösteren, 2,5x6 cm ebatlarında apse formasyonu ile uyumlu lezyon alanı izlendi. Hastanın hastanemize sevkinden önce kontrastlı batın tomografisi çekildiği öğrenildi. Yara yerinden alınan akıntı örneğinde Kreatinin: 28mg/dL, BUN: 334mg/dL olarak geldi. Akıntının ve serbest sıvının idrar olduğuna karar verildi. Hasta üroloji kliniğine yatırıldı.

SONUÇ: acil serviste değerlendirilen hastalarda özellikle üriner travma mevcut ise kontrastlı batın tomografisinde kontrast tutan serbest sıvının idrar olabileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Batın travması, kontrastrast

PS-0904 Travma acilleri

Açık Tibiotalar Kırıklı Çıkık

Serdar Özdemir, Mazlum Kılıç, Oktay Öcal, Yasin Metiner, Rohat Ak, Burak Nakış, Tuba Cimilli Öztürk, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Research and Education Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul,Turkey

GİRİŞ: Ayak bileği dislokasyonu genellikle tibianınposterior kısmı ya da malleol kırığı ile birlikte görülür. Çünkü ayak bileğindeki ligamentlerin yapısı kemik yapıdan daha sağlamdır. Dislokasyon ile beraber kırık olduğu vakalarda genellikle ciltte de yırtılmalar gözlenir. Bunun nedeni malleolleri örten derinin ince yapıda olmasıdır.Ayak bileği dislokasyonları sıçrama gibi sportif faaliyetlerden ziyade genelde yüksek güçlü bir travma sonrasında gerçekleşir Bu nedenle klinisyen ilave yaralanma açısından uyanık olmalıdır.

OLGU: Özgeçmişinde bipolar bozukluk tanısı olan hasta suisid amaçlı yüksekten atlamaşikâyeti ile başvurdu. Hastanın muayenesinde ateş: 36,4, nabız: 99 /dk, spO2: %96, TA:121/83 mmHg ölçüldü. Fizik muayenede her iki omuzda hassasiyet, sağ kolda eklem hareket kısıtlılığı, sağ el 5. Parmakta hassasiyet, lomber hassasiyet, lombervertebrada hassasiyet, sağ ayak bileğinde kemik fragmanın göründüğü iki adet kesi ve ayak bileğinde deformite mevcuttu. Batın muayenesinde rebound, defansyoktu. Yapılan FAST USG de batın içi serbest mayi izlenmedi. Ayak bileği 10 litre serum fizyolojik ile yıkandı. Tüm vücutbilgisayarlıtomografisi (BT) ve ekstemitegrafileri çekildi.Sefazolin 1 gram, gentamisin 80 mg intravenöz (IV) ve tetenozprofilaksisi uygulandı. BT de batın içi solid organ yaralanması, serbest mayi izlenmedi. L3 kompresyon fraktürü, transversprosesfraktürü, sağ humerusproksimal uç kırığı, sağ tibiotalar açık kırıklı çıkık görüldü. Çıkık redükte edildi. Kesiler primerstüre edildi. Hasta ortopedi ve travmatoloji kliniğine yatırıldı. Lumbosaksal korse uygulandı. Yatışı sırasında yara yerinden kötü kokulu akıntı başladı. Yara yeri ameliyathane şartlarındaüç defa debride edildi. Enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edilen hastanın antibiyoterapisiciprofloksasin, sefazolin şeklinde düzenlendi. Hastanın sağ ayak bileğindeki akıntısı debritmanlardan sonra geriledi. Sağ humerus açık redükte edildi. Plak vida uygulandı. Hasta yatışının 34. gününde taburcu edildi.

TARTIŞMA: Ayak bileği travmaları ortopedi ve travmatolojide sık karşılaşılan travmalardır. İzole ayak bileği çıkıkları nadir görülmekte ve genellikle çıkıklara ayak bileğini oluşturan kemik yapının kırıkları eşlik etmektedir.Ayak bileği dislokasyonlarının çoğunda kapalı redüksiyon yeterli olurken, literatürde %2-38 arasında açık redüksiyon gerektiği belirtilmektedir. Yumuşak doku hasarı ile birlikte redislokasyon riski bulunan hastalarda cerrahi ve sonrasında 6-8 haftalık immobilizasyon önerilmektedir. Cilt bütünlüğünün bozulduğu açık kırıklı çıkık olgularında enfeksiyon ilişkili komplikasyon riski akılda tutulmalıdır. Erken profilaksi ve erken uygun antibiyotik uygulanmalıdır. Yara yeri enfeksiyonu gelişen hastalarda medikal tedaviye cerrahi tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir. Debritman ve yara yerinden alınan kültür takipte etkili olacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: açık kırıklı çıkık, ayak bileği eklemi, tibiotalar eklem

PS-0905 Travma acilleri

Nadir Bir Vaka: Kırıksız Açık Dirsek Çıkığı

Hasan Aldinç, Cem Gün, Serpil Yaylacı, Özgür Karcıoğlu
Acıbadem Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Dirsek çıkıkları, çocukluk çağının en sık görülen çıkıkları arasındadır. Bu vakalara oluş mekanizmasına bağlı olarak kırık eşlik edebilir ve açık yaraya dönüşebilir. Biz bu yazımızda kırık olmaksızın açık dirsek çıkığı olan bir çocuk hastayı inceledik.

OLGU: 9 yaşında erkek hasta parkta oynarken yüksekten dirseğinin üzerine düşmesi sonucunda acil servisimize getirildi. Yaklaşık 2 metre yükseklikten dirseği hiperekstansiyon halde iken

kolunun üzerine dik biçimde düştüğü öğrenildi. Hastanın vital bulguları stabil olup fizik muayenesinde antekübital bölgeden cilt dışına çıkmış olan humerus distali görünmekteydi. Aktif kanaması olmayan olgunun nabızları açık, nörolojik değerlendirmesi olağan bulundu. Hastanın açık yarası nemli steril örtü ile kapatılıp iki yönlü dirsek grafisi çekildi, fraktür saptanmadı. Hastaya genel anestezi altında redüksiyon işlemi gerçekleştirildi.

SONUÇ: Künt travma olgularında açık yaralanma oluşması için her hastada cilt bütünlüğünü bozacak keskin kenarlı bir fraktür hattı gerekmemektedir. Belli açılarda meydana gelen künt travmalarda eklem bölgesinde oluşacak basınç artışı cildi patlatıp bütünlüğünü bozabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Dirsek çıkığı, Çocuk travma

PS-0906 Travma acilleri

Sternoklavikular eklem çıkığı ile birlikte klavikula fraktürü

Atıf BAYRAMOĞLU[1], Murat Saritemur[1], Fatma Çıtırık Tortum[1], İhsan Yüce[2]

[1]*Department of Emergency, Ataturk University, Erzurum, Turkey*

[2]*Department of Radiology, Ataturk University, Erzurum, Turkey*

GİRİŞ: sternoklavikular eklem çıkığı büyük eklem çıkıklarının oldukça nadir görülenlerindendir. Sternoklavikular eklem çıkığı anterior ve posterior olabilir. Anterior çıkıklar posterior olanlardan daha sıktır ve toraksa anterolateralden gelen travmalar sonucu oluşur. Posterior çıkıklar mediastinal vasküler yaralanmalarla birlikte olabileceği için daha tehlikelidir. Sternoklavikular eklem çıkıları genelde motorlu araç kazaları sonucu oluşur. Klavilula kırıkları çocukluk çağında daha sık görülür ve %80 orta hatta,%15 distal uçta,%5 medial uçta görülür.

OLGU: elli sekiz yaşında erkek hasta acil servisimize araç içi trafik kazası olarak getirildi. Hastanın tansiyon 170/90 mmhg, nabız:80 dakika, parmak ucu saturasyonu %96,ateş:37 idi. Fizik muayenede nazal bölgede hassasiyet, sağ omuzda ve sağ hemitorax 1.-2. Kotlar üzerinde hassasiyet mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Akciğer sesleri dinlemekle bilateral eşit ve doğaldı. Akciğer grafisinde kot fraktürü,hemo-pnömotorax gözlenmedi. Çekilen torax tomografisinde sağ sternoklavikular eklemde anterior dislokasyon ve klavikula medialde fraktür görüldü. Fraktür alanı altında hematom mevcuttu. Hasta bu hali ile ortopedi kliniğine yatırıldı.

SONUÇ: yüksek enerjili travmaya maruz kalmış hastalarda omuz ve torax yaralanmaları da düşünülmeli. Tetkik sırasında sternoklavikular eklem dislokasyonu akılda tutulmalıdır. Posteror olan dislokasyonların büyük vasküler yapılarda,mediastende yaralanma nedeni olabileceği ve mortal olabileceği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: sternoklavikuler eklem çıkığı, klavikula kırığı

PS-0907 Travma acilleri

Oküler Travma Sonrası Görme Kaybı: Berlin Ödemi

Murat Sarıtemur, Atıf Bayramoğlu, Abdullah Osman Koçak, İlker Akbaş, Alpaslan Ünlü, Ayşe Şenyurt
Atatürk Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Kommosyo retina, doğrudan gözü hedef alan özellikle futbol, golf, beyzbol topunun direkt çarpması gibi yüksek enerjili künt travmalar sonrası görülür. İlk defa 1873 yılında Berlin tarafından tarif edilmiştir ve bu nedenle Berlin ödemi olarak da adlandırılır. Oküler künt travma sonrası gözün arka kısmına mekanik olarak sarsıcı kuvvet iletilir ve retina boyunca aşırı baskı üretir. Histolojik olarak genellikle diğer retina katmanlarına zarar vermeden, fotoreseptör dış segmentlerinin bütünlüğünün bozulması ile karakterizedir. Retinanın en dış katmanları (fotoreseptör dış segment ve retinal pigment epiteli) hasara karşı en savunmasız bölgeleridir. Kommosyo retina (Berlin ödemi) vakalarının çoğu geçici olarak gri-beyaz renkte lekelenme görür ve bu durum kolayca klinik olarak teşhis edilir.

OLGU: 30 yaşında bayan hasta acil servisimize sağ gözde görme azalması şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde üç gün önce 4 yaşındaki çocuğunun gözüne vurduğu ancak bu zamana kadar bir şikayetinin olmadığı öğrenildi. Hastanın bilinen bir sistemik hastalığı yoktu. Gelişinde vitalleri stabil olan hastanın sağ gözde pupil çapı artmış, ışık refleksi bilateral pozitif ve görme azalması mevcuttu. Yapılan nörolojik muayenesi normaldi. Hastanın yapılan detaylı göz muayenesi sonrası kommosyo retina (Berlin ödemi) tanısı konuldu. Hastaya poliklinik kontrol önerilerek taburcu edildi. Daha sonraki takiplerinde hastanın görmesi normale döndü.

SONUÇ: Berlin ödemi genellikle yüksek enerjili travma sonrası ortaya çıkmaktadır. Bizim vakamız minor travmaya bağlı olarak birkaç gün sonra ortaya çıkmış ve tipik beyaz leke görülmesi olmamıştır. Acil servise görme kaybı ile başvuran hastalarda Berlin ödemi de göz önünde bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Oküler travma, görme kaybı, Berlin ödemi

PS-0908 Travma acilleri

Dadı Dirseği

Fatih Nazmi Yaman
Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Acil Servis, Kahramanmaraş

GİRİŞ: Dadı dirseği (Radius başı çıkığı), kol ve ele uygulanan çekme kuvvetini takiben çocuklarda ağrı, ağlama ve kolunu kıpırdatmama ile karekterize bir durumdur. Çocukluk çağında özellikle 1-5 yaşları arası sık görülen ortopedik acillerdendir. Biz bu olguda, radius başı çıkığı ile başvuran olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU: 2 yaşında erkek çocuk sağ kolunu oynatmama ve kolda ağrı şikayetiyle acile getirildi. Hastanın öyküsünde çocuğun zeminde oynarken sol dirsek üzeri düştüğü ve babası tarafından sağ elinden çekerek kaldırıldığı öğrenildi. Daha sonra çocuğun sağ kolunu kaldıramadığı öğrenildi. Başvurdukları başka acil serviste sağ-sol dirsek AP ve lateral grafilerinde fraktür olmadığı sölenmiş. Yumuşak doku travması tanısıyla ağrı kesici ile taburcu edilmiş. Şikayetleri geçmeyen hasta 2 saat sonra acil servisimize getirildi. Genel durumu iyi olan hastanın kafa, toraks, batın muayenesi normaldi. Sağ kolunu başının üzerine kaldıramıyordu.

Hastada radius başı çıkığı düşünülerek, sağ dirsek hafif traksiyona alınıp el ve ön kol önce supinasyona sonra dirsek fleksiyona getirildi. Radius başının redüksiyon sesi alındı. 5 dk sonra hasta kolunu kaldırıp oynamaya başladı.

SONUÇ: Radius başı çıkığında çocuk kolunu başının üzerine kaldıramaz ve dirsek hareketlerinde ağrı duyar. X-Ray da fraktür görülmemesi dirseğin normal olduğu anlamına gelmez. Böyle durumlarda dirseğe uygun manevranın yapılması ile hem tanı konulmuş hem de tedavi yapılmış olur. Radius başı çıkığı kolay atlanabilen ancak tedavisi basit bir durumdur.

ANAHTAR KELİMELER: Dadı Dirseği, Radius Başı Çıkığı, Çocuk Travma

PS-0909 Travma acilleri

Bilateral Travmatik Anterior Omuz Çıkığı

Fatih Tutucu, Abdussamed Vural, Mahmut Kızılet, Mustafa Alpaslan, Halil Gürler
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ: Omuz ekleminin en sık çıkığı anterior çıkıklardır. Omuz ekleminin bilateral eş zamanlı çıkıkları çıkığı oluşturan kuvvetlerin her iki eklemde, benzer biçimde ve aynı anda etkili olması gerekliliğinden dolayı nadir görülen klinik bir durumdur. Bunun yanında bilateral omuz çıkıkları çok nadiren meydana gelmekle beraber hemen her zaman posteriora olmaktadır. Bilateral anterior omuz çıkıkları çok daha nadir olarak görülür Bu nedenle biz de acil travma ünitemize düşme sonrası gelen ve bilateral anterior omuz çıkığı saptanan olgumuzu sunmak istedik.

OLGU: 30 yaşında Suriyeli erkek hasta şiddetli omuz ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Vital bulguları stabil olan hastanın tercüman vasıtasıyla alınan anamnezinde hastanın arkadaşlarıyla şakalaşırken elleri üzerine arkaya doğru düştüğü, daha sonrasında ise iki omzunda ağrı meydana geldiği bilgisinine ulaştık. Hastanın fizik muayenesinde her iki kolun abduksiyon ve dış rotasyonda olması ayrıca iki taraflı 'apolet belirtisi' nin görülmesi ve her iki üst ekstremitenin hareket ettirilememesi üzerine çekilen direkt omuz AP grafide iki taraflı öne doğru omuz çıkığı tespit edildi. (Resim 1). Hastaya sedo-analjezi eşliğinde kocher tekniği ile omuz redüksiyonu yapıldı. Hastanın redüksiyon sonrası çekilen kontrol omuz eklem grafisinde her iki omuz eklemininde yerinde olduğu görüldü (Resim-2). Hastanın kontrol nörolojik muayenesi doğaldı. Hastaya bilateral velpau bandajı yapıldı. 3 hafta immobilizasyon önerildi.

SONUÇ: Sonuç olarak, omuz ekleminin bilateral çıkıkları nadir olarak görülür. Tedavide genel anesteziye ihtiyaç duyulmadan sedo-analjezi yardımı ile kapalı redüksiyon çoğu vakada yeterli olmaktadır. Bu olgu sunumu ile acil servislerde sık karşılaşılan bir klinik durumun, nadir görülen formuna dikkati çekmek istedik.

ANAHTAR KELİMELER: Anterior çıkık, bilateral, omuz, travmatik

POSTER BİLDİRİLER

PS-0910 Travma acilleri

Travmasız Vertebra Fraktürü

Hasan Aldinç, Cem Gün, Nijat Najafov, Serpil Yaylacı, Özgür Karcıoğlu
Acıbadem Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ - AMAÇ: Uzun süreli steroid kullanımının sistemik yan etkilerinden biri de osteoporoz gelişmesidir. Hastalar minör travmalarda dahi fraktürler ile karşılaşabilmektedirler.

OLGU: 25 yaşında kadın hasta hastanemize kasılma ve sonrasında başlayan sırt ağrısı şikayeti ile geldi.2 saat önce evde jeneralize tonik klonik nöbet geçirdiği tariflenen hastanın travma öyküsü bulunmamakta. Özgeçmişinde İdiopatik trombositopenik purpura (ITP) tanısı bulunan hastanın 5 senedir steroid tedavisi kullandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde T10-L1 spinöz çıkıntı üzerinde hassasiyet saptandı. Majör travması olmamasına rağmen steroid kullanım öyküsü göz önünde bulundurularak hastaya vertebral bilgisayarlı tomografi çekildi. Tomografi sonucunda T12 vertebrada çökme fraktürü saptandı. İlk defa nöbet geçiren hasta takip ve tedavi amacıyla nöroloji servisine yatırıldı.

SONUÇ: Travma öyküsü olmasa dahi uzun süreli steroid tedavisi alan hastalarda kolaylıkla kemik patolojisi olabileceği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Steroid kullanımı, vertebra fraktürü

PS-0911 Travma acilleri

Multi travmaya yaklaşımda ikincil bakının önemi

Aysel Hünük, Özlem Küsken, Damla Selma Özalp, Ebru Ünal Akoğlu, Özge Ecmel Onur
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Multipl travma (çoklu travma) birden fazla büyük organ sistemini ya da bir organ sistemi ile en az iki büyük kemiği ilgilendiren belirgin travmadır. Travmalar, 18-44 yaş arası sağlıklı genç erişkinlerdeki ölümlerin birinci sebebidir ve travmaya sebep olan en sık etkenlerden biri motorlu taşıt kazalarıdır. Multipl yaralanmış bir hastanın resusitasyonu organize ve uygun agresif yaklaşımları gerektirir. Birincil bakıda ani gelişen ve yaşamı tehdit eden durumlar engellenmeye, ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır, ölümcül olabilecek yaralanmaların tanısı konulduğu anda müdahale edilmelidir. İkincil bakıda da tüm yaralanmalar için tam ve eksiksiz bir muayene yapılmalı ve kesin tedaviler uygulanmalıdır.

OLGU: 24 yaşında erkek hasta acil servisimize araç içi trafik kazası nedeniyle 112 tarafından getirildi. Hastanın geliş GKS:15, TA: 96/58mmHg, spo2: %96, nabız:106/dk, ateş:36,6 C, solunum sayısı:25/dk idi. Fizik muayenede batında yaygın hassasiyet dışında diğer sistem muayenelerinde bir özellik saptanmadı. İlk kan tetkikleri sonuçlarında patoloji saptanmayan hastanın; batın BT görüntülemesinde sağ böbrek orta-alt pol düzeyinde lateralde kortikomeduller alana toplayıcı sisteme uzanım gösteren renal hematom,laserasyon alanı, perirenal alanda genişliği 9mm.ye ulaşan kaudale uzanan perirenal hematom alanı izlendi. Hastanın stabilizasyonu sonrası yapılan ikincil bakıdan sonra istenen görüntülemelerinde C2 vertebra düzeyinde Tip 3 dens fraktürü, sağ akciğerde antero ve posterobazal segmentlerde pulmoner kontuzyon ile uyumlu buzlu cam tarzında dansite artışı, sağ apeksde ve sağ orta lob düzeyinde,sol linguler düzeyde mediastinal plevral yüze uzanan minimal pnömotoraks alanları, L4 vertebra korpusu sağ transvers proçesinde posteriore hafif deplase fraktür, solda ala sakrumda sakral foramen düzeyine uzanan nondeplase lineer fraktür izlendi. Sıkı takip ve kontrol muayeneleri sonrası gerekli konsultasyon ve müdahaleleri tamamlanan hasta birinci basamak yoğun bakım hizmeti verilebilen üroloji servisine devredildi.

SONUÇ: Multipl travma yaklaşımı hızlı bir şekilde yapılan birincil bakıyı takiben hasta stabilize edildikten sonra ikincil bakının yapılmasını içerir. İkincil bakıda vital bulguların sürekli yakın takibi dahil, tepeden tırnağa prensibi vardır, ek yaralanmaları aramak için ayrıntılı muayene yapılmalı ve anamnez alınmalıdır. Hayatı tehdit edici yaralanmalar sonradan da ortaya çıkabileceği için travma hastaları devamlı takip edilmeli ve sık değerlendirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: multi travma, ikincil bakı, multi travmalı hastaya yaklaşım

PS-0912 Travma acilleri

Travmatik Pankreas Yaralanması

Elif Sürmeli[1], Özgür Levent Yamanlar[1], Hızır Ufuk Akdemir[1], Gökhan Selçuk Özbalcı[2], Esra Tunç[1], Merve Kara[1]
[1] *Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Samsun*
[2] *Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun*

GİRİŞ: Tüm karın yaralanmalarının %2'sinden azını oluşturan künt pankreas yaralanmaları nadir görülür. Pankreasın retroperitoneal yerleşimli olması, yaralanma kliniğinin nonspesifik olabilmesi sebebiyle tanı konulması oldukça güçtür. Ultrasonografi (USG) tanı koymada çoğu zaman yetersizdir. Bu nedenle pankreas yaralanmalarının tanısında bilgisayarlı tomografi (BT) majör görüntüleme yöntemidir. Pankreas yaralanmalarının 2/3'ü gövde kesiminde, geriye kalanı ise eşit olarak baş, boyun ve kuyruk kesiminde izlenir. Bu yazıda nadir görülen travmatik pankreas başı yaralanmasının klinik ve radyolojik bulguları ile takip sonuçları sunulmuştur.

OLGU: Otuz iki yaşında erkek hasta acil servise araç içi trafik kazası nedeni ile getirildi. Hastadan, yaklaşık bir saat önce şoförü olduğu araçla seyir halinde iken başka bir araca çarptığı, emniyet kemerinin takılı olduğu ve karnını direksiyona çarptığı öğrenildi. Şiddetli karın ağrısı ve sağ el bileğinde ağrı dışında yakınması yoktu. Fizik muayenede bilinci açık, koopere ve oryante [Glaskow Koma Skalası (GKS) skoru: 15] idi. Kan basıncı: 100/65 mmHg nabız: 66/dk idi. Batında periumblikal ve epigastrik bölgede daha şiddetli olmak üzere yaygın hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Sağ el bileğinde ise hassasiyet ve hareket kısıtlılığı olup, diğer fizik muayene bulguları normaldi. Laboratuar tetkiklerinde WBC: 15 bin/uL, Hb: 14.8 g/dl, AST/ALT: 180/121 U/L, pankreatik amilaz: 585 U/L, lipaz: 524 U/L idi. Çekilen batın BT'de kanama ile uyumlu yüksek yoğunluklu sıvı değerleri ve pankreas başı lokalizasyonunda laserasyon tespit edildi. Ek olarak dalakta 1 cm'i geçmeyen grade 1 yaralanma saptandı. Çekilen el bilek grafisinde ise sağ radiusta intraartiküler parçalı kırık tespit edildi. Pankreas yaralanması ve batın içi kanama nedeni ile genel cerrahi tarafından acil ameliyata alınan hastanın eksplorasyonunda pankreas başında baş-gövde bileşkesinde tam kat yaralanma ve koledokta kuşgözü yaralanma tespit edildi, pankreas başında ve distal koledokta primer onarım ve pankreatikojejunostomi yapıldı. İzleminde genel durumu ve laboratuar değerleri düzelen hasta sağ el bileğindeki kırık sebebiyle de ortopedi tarafından opere edilerek şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Uygun radyolojik yöntem seçimi ile erken tanı konulması ve pankreas yaralanmasının derecelendirilmesi, gelişebilecek komplikasyonlar ve mortalitenin tahmini ve önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: bilgisayarlı tomografi, künt travma, pankreas yaralanması

PS-0913 Travma acilleri

Penetran Kalp Yaralanmasi: Olgu Sunumu

İlyas Koç[1], Cemal Aslan[2], Mehmet Esen[1], Murat Uysal[3], İlker Akar[2], Murat Ayan[1], Tufan Alatlı[1]
[1] *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı/Tokat*
[2] *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı/Tokat*
[3] *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Anatomi Anabilim Dalı/Tokat*

GİRİŞ-AMAÇ: Göğüste meydana gelen delici yaralanmalarda, kalbin yaralanma oranı % 10 civarındadır. Ancak bu düşük orana rağmen kalp yaralanmaları, göğüs yaralanmaları nedeniyle oluşan tüm ölümlerin % 40'ını oluşturmaktadır. Penetral kalp yaralanması, ateşli silahla veya delici-kesici aletle meydana gelen, en az perikardı ve genellikle myokardı içeren yaralanmalardır. Penetran kalp yaralanmasında hayatı tehdit eden unsur direkt koroner arter yaralanması, büyük kapak yaralanmaları ve kalpteki yaranın yeri ve büyüklüğüne bağlı olarak hipovolemi ve/ veya akut kalp tamponadıdır. Bu olgu sunumunda acil servise başvuran ateşli silah yaralanmasına bağlı penetran kalp yaralanmalı bir hastayı sunmak istedik.

OLGU SUNUMU: Yirmi bir yaşında erkek hasta acil servisimize pompalı tüfek ile yakın mesafeden atış sonrası, penetran toraks travması ile başvurdu. İlk fizik bakısında genel durumu orta, şuuru açık, oryante koopere idi. Kan basıncı: 130/85 mmHg, kalp hızı: 110 atım/dk, S1+/S2+ idi, belirgin ejeksiyon üfürümü saptanmadı. Alt torakal ve üst abdominal bölgede saçılma tarzında multiple küçük çaplı milimetrik lezyonlar vardı. Sol kol dirsek üstünde deri, deri altı dokusu ve kas dokusunu içeren 10x20 cm boyutlarında ateşli silah yaralanmasına bağlı, doku kaybının eşlik ettiği lezyon bulunmaktaydı. Hastaya acil KDC, Göğüs Cerrahisi,Genel Cerrahi ve Ortopedi konsultasyonları istendi. Yatak başı ekokardiyografisinde perikardiyal mai saptandı. Hasta kısa süre içerisinde anstabil hale (TA:80/55, nabız:132 atım/dk, şuur bulanıklığı+) gelince acil olarak operasyona alındı. Operasyonda kalpte sol ventrikül duvarına nafiz 4 adet ateşli silah yaralanmasına

ait olduğu düşünülen lezyonlar primer onarıldı. Hasta yoğun bakım ve klinik takipleri sonrası şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Göğüse penetran yaralanmaların yaklaşık %10'u kalbe rastlamaktadır. Buna karşın kalp yaralanmaları göğüs yaralanmaları nedeniyle ölümlerin %40'ını oluşturmaktadır. Kalp yaralanmaları hastane öncesi yüksek mortalite ile seyretmekle beraber, hastaların büyük çoğunluğu 10 dk'dan fazla bir yaşam göstermektedirler. Penetran kalp yaralanması olan bir hastanın uygun ekiplerce hızlı transportunun hayat kurtacı etkisi kabul edilmektedir. Hastane öncesi önlemlerin de dahil edildiği bir çalışmada mortalite oranının helikopter ambulansı ile hastaneye getirilen hastalarda %33, ambulansla getirilen hastalarda %76, niteliksiz araçlarla getirilen hastalarda %100 bulunduğu belirtilmektedir.

Akut kalp tamponadında; normalde perikard boşluğunda bulunan 30-50 ml sıvının kanamayla 150-200 ml'ye çıkması kalbin işlevlerini bozar. Perikarddaki sıvının giderek artmasıyla end diastolik basınç artar ve venöz dönüş ve kardiak output azalır. Bunun sonucu olarak koroner akım azalır. Koroner akımın azalması başlangıçta subendokardial kanamaya, daha sonra aritmilere ve kardiak arreste yol açar.

Penetran kalp yaralanmaları hastaneye getirilirken yüksek mortalite riski olan yaralanmalardır. Hastaların kısa sürede hastaneye taşınması, erken teşhis ve gerekli resüssitasyonu takiben cerrahi ameliyatın en kısa sürede yapılması hayat kurtarıcıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Ateşli silah yaralanması, penetran, kalp, acil

PS-0914 Travma acilleri

Konservatif Dekstrokardi

Bülent Demir[1], Hasan Kılıç[1], Emre Gökçen[1], Erdal Demirtaş[1], Uğur Özkula[2], Erdem Haytaç[2], Salih Kocaoğlu[2]

[1]*Department of Emergency Medicine,Malatya State Hospital,Malatya,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Atatürk Training and Research Hospital,Ankara,Turkey*

GİRİŞ: Dekstrokardi kalbin konjenital olarak sağda yerleşmiş olmasıdır. İzole olabileceği gibi situs inversus şeklinde de görülebilir. Hemotoraks plevral boşlukta kan birikmesidir. Künt ya da penetran yaralanmalar sonucu oluşabilir. Masif seyrettiğinde ciddi hayati tehlike oluşturur.

OLGU: 39 yaş erkek hasta işyerinde yüksekten düşme sonrası multipl kot fraktürü ve dalak laserasyonu nedeni ile hospitalize edilmiş, genel cerrahi ve göğüs cerrahi tarafından 10 gün boyunca konservatif olarak izlenip taburcu edilmiş. Taburculuğundan iki gün sonra nefes darlığı, çarpıntı, soğuk terleme şikayetleri ile acil servisimize başvurdu.

Fizik muayene: TA: 70/40 mmHg. Nb: 130/dk spO2: %80, solunum sayısı 35/dk. Görünümü soluk, jvd (+), kalp sesleri derinden işitiliyor, sol hemitoraksta solunum sesleri azalmış. EKG: Sinüs taşikardisi, tüm derivasyonlarda R progresyon kaybı.

Sıvı resussitasyonuna rağmen şok durumu devam eden hastaya tamponad açısından ekokardiografi yapıldı. Ancak kalp görüntülenemedi. Daha sonra kardiyoloji hekimi tarafından görüntüleme denendi, ancak başarılı olunamadı.

Çekilen toraks BT'de solda masif hemotoraks, mediastinal şift izlendi. Kalp görüntüsü tamamen sternum arkasında sağ yerleşimli olarak izlendi.

Toraks tüpü takıldı, 1100 cc hemorajik geleni oldu. Hasta hemodinamik takip açısından yoğun bakıma yatırıldı.

SONUÇ: Travma hastaları acilin rutinidir. Multipl travma hastalarında görüntüleme ve klinik deneyim hasta yaklaşımında en önemli iki unsurdur. Şüpheci ve uyanık olmak travma hastasının takibinin en önemli parçasıdır ve hayat kurtarıcıdır. Vakamızdaki gibi hasta uzun süre hastanede yatırılıp, şifaen taburcu olmuş olsa dahi travmanın komplikasyonlarına karşı daima tetikte olmak gerekir.

ANAHTAR KELİMELER: dekstrokardi,hemotoraks

PS-0915 Travma acilleri

Spinal şok mu? Konversiyon mu?

Mehtap Kaynakcı Bayram, Nurcan Günarlı, Lütfullah Başköy, İsmail Altıntop, Mükerrerm Altuntaş, Bahadır Karaca, Emel Koç, Merve Gedikli
Kayseri Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ: Omurga travması sonrası kemik yapılarda ya da nöral yapılarda hasar oluşabilir. Bunlardan farklı olarak spinal şok meydana gelebilir. Spinal şok tam veya kısmi omurilik travması sonrası spinal reflekslerin geçici olarak azalması veya kaybını ifade eder. Spinal şok döneminde nörolojik fonksiyonların tamamen kaybolması, kısmi bir omurilik yaralanmasının tam yaralanma sanılmasına neden olabilir. Bu yüzden spinal şok tamamen düzelene kadar omurilikdeki lezyonun derecesi anlaşılamaz.

OLGU: 15 yaşında bayan hasta lomber travma sonrası yürüyememe şikayetiyle getirildi. Bilinen herhangi hastalığı yoktu. Şakalaşma esnasında arkadaşı hastanın sırtına düşmüş ve sonrasında hastada bel ağrısı ve yürüyememe gelişmişti. Hastaneye başvuru sırasında vitalleri normal olan hastanın nörolojik muayenesinde alt ekstremitede 5/5 güç kaybı ve duyu kaybı mevcut ve patolojik refleks yoktu. Çekilen vertebra BT leri normal olan hastaya ligaman kararlılığı açısından servical MRG istendi. Servical MRG de normal olan hastaya spinal şok açısından 30mg/kg 1 saatte, 5,4 mg/kg/23 saat metilprednizolon yapıldı. Takip süresince nörolojik fonksiyonları düzelen hasta acil servisten yürüyerek ayrıldı.

TARTIŞMA: Tam veya kısmi omurilik yaralanması sonrası geliişen spinal şok nörolojik fonksiyonların geçici azalması veya kaybını ifade eder. Spinal şok döneminde nörolojik fonksiyonlar tamamen kaybolabilir ve bu nedenle mevcut kısmi yaralanma tam yaralanma sanılabilir. Spinal şok dönemi günler ya da haftalar sürebilir. Hastamızda mevcut olan paraplejiyi spinal şoka bağladık. BT ve MRG si tamamen normal olan hastanın şikayetlerinin steroid tedavisi sonrası tamamen düzelmesi tanıyla ilgili şüphelere yol açtı.

ANAHTAR KELİMELER: Genç hasta, travma, parapleji, spinal şok

PS-0916 Travma acilleri

Travmasız Tansiyon Pnömotoraks

Serpil Yaylacı, Hasan Aldinç, Cem Gün, Gizem Yıldız, Özgür Karcıoğlu
Acıbadem Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Malignite hastalarında gelişebilecek komplikasyonlar, genelde kanser hücrelerinin vücudun neresinde bulunduğuna bağlıdır. Özellikle terminal dönem hastalarında, sistemik komplikasyonlar sık görülür.

OLGU: 74 yaşında kadın hasta ateş yüksekliği, nefes darlığı ve hırıltılı solunum nedeniyle acil servise getirildi. Hastanın oksijen saturasyonu 72 saptandı. Primeri akciğer malignitesi olan hastanın, beyin ve karaciğer başta olma üzere multipl metastazı mevcut. 2 hafta önce öksürük ateş nedeniyle getirilen hasta, apirasyon pnömonisi tanısı ile hospitalize edilip, tedavisi verilmiş. Tekrar benzer şikayetleri ile getirilen hastada, aspirasyon pnömonisi düşünüldü. Fakat fizik muayenesinde sol akciğerde solunum sesi alınamaması üzerine göğüs grafisi çekildi. Göğüs grafisinde sol hemitoraksta pnömotoraks saptandı ve mediasteni sağa doğru itilmiş durumdaydı. Tansiyon Pnömotoraks tanısı konulan hastaya acil olarak toraks tüpü takıldı ve oksijen saturasyonu 91 e yükseldi. Yoğun bakımda ileri tetkik ve tedavi amacıyla takip altına alındı.

SONUÇ: Tansiyon pnömotoraks genelde travma sonucu oluşur. Akciğer maligniteli hastalarda da dikkat edilmesi gerekir. Fizik muayane; bir hekimin tanı koymasındaki en önemli silahıdır, gereksiz tetkik istemeyi ve zaman kaybını önler

ANAHTAR KELİMELER: Tansiyon Pnömotoraks, Malignite

PS-0917 Travma acilleri

Yüksekten Düşmeden Calcaneus Kırığı

Emre Gökçen[1], Bülent Demir[1], Erdal Demirtaş[1], Ömer Özbakan[1], Uğur Özkula[2], Teoman Erşen[2], Serkan Demircan[2]

[1]*Department of Emergency Medicine,Malatya State Hospital,Malatya,Turkey*

[2]*Department of Emergency Medicine, Atatürk Training and Research Hospital,Ankara,Turkey*

POSTER BİLDİRİLER

GİRİŞ: Kalkaneus kırıkları hemen daima yüksekten düşme sonucu, aksiyal yüklenmeye bağlı oluşan, görece nadir görülen bir kırık çeşidir.

OLGU: 24 yaşında erkek hasta karlı düz zeminde kayma sonucu ayaklarının duvara çarpması şeklinde olan bir travma beyanı ile acil servise başvurdu. Her iki topukta ağrı ve üzerine basamama şikayetleri vardı. Fizik muayenede topuk bölgesinde şiddetli hassasiyeti vardı. Görüntüleme sonucu her iki kalkaneusta parçalı fraktür tespit edildi. Hasta operasyon amaçlı ortopedi servisine yatırıldı.

SONUÇ: Kalkaneus kırıkları hemen daima yüksekten düşme sonucu oluşmaktadır. Vakamızda olduğu gibi minör sayılabilecek bir travma gibi farklı mekanizmalarla da kırıklar oluşabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Calcaneus, fracture, trauma

PS-0918 Travma acilleri

Radyografide Saptanamayan Femur Boyun Fraktürü

Fatih Nazmi Yaman
Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Acil Servis, Kahramanmaraş

GİRİŞ: Femur boyun kırığı genç yetişkinlerde sıklıkla yüksek enerjili travma sonrası karşımıza çıkarken, ileri yaşta düşük enerjili travma sonrası hatta spontan olarakta görülmektedir. Yaşlılarda görülen kalça kırıklarının %90'ı basit düşme sonucu olmaktadır. Bu kırıklar yüksek insidansda avasküler nekroz ve kaynamama oranlarıyla ilişkilidirler. Komplikasyonların önlenmesi için erken teşhis vazgeçilmezdir. Biz bu olguda basit düşme sonucu femur boyun kırığı olan hastayı sunduk.

OLGU: 80 yaşında erkek hasta banyoda düşme sonucu sağ kalça ağrısı şikayetiyle acil servise getirildi. Genel durumu iyi olan hastanın hemodinamisi stabildi. Fizik incelemede sağ kalçada hassasiyet ve sağ alt extremitede dış rotasyon harici başka patolojik bulgusu yoktu. Çekilen AP pelvis ve sağ kalça grafisinde fraktür izlenmedi. Hastanın mobilize olamaması üzerine çekilen Pelvis Bilgisayarlı Tomografisi'nde femur boyun kırığı tespit edildi. Hastaya operasyon planlanarak ortopedi servisine yatırıldı.

SONUÇ: Femur boyun kırıklarında doğru tanı için tam bir anamnez, eksiksiz klinik muayene ve tamamlayıcı görüntüleme yöntemleri birlikte değerlendirilmelidir. Düz radyografilerde femur boyun hattında kırık görülebilmektedir. Ancak acil servislerde çekilen travma grafilerinde alt ekstremite genellikle dış rotasyonda olduğundan femur boynu ideal pozisyonda görüntülenemez. Bu da yanlış tanı koymaya neden olabilir. Bu yüzden, kalça travması olan ve mobilize olamayan hastalarda, düz radyografiler normal yorumlansa bile hastaya femur boyun fraktürü açısından bilgisayarlı tomografi mutlaka çekilmelidir. Erken ve doğru tanı, tedavide en önemli aşamayı oluştur.

ANAHTAR KELİMELER: Femur Boyun Fraktürü, Travma, Düz Radyografi, Bilgisayarlı Tomografi

PS-0919 Travma acilleri

Acil Servisde Toraks Penetran Yaralanmaları:2 yıllık Değerlendirme

Mehmet Ünaldı[1], Hatice Eryiğit Ünaldı[2], Hakan Sönmez[2], Attila Özdemir[2], Kadir Burak Özer[2], Birdal Yıldırım[3]
[1] *Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğt ve Arş Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul*
[2] *Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğt ve Arş Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, İstanbul*
[3] *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Muğla Eğt ve Arş Hastanesi, Acil Tıp Kliniği,Muğla*

GİRİŞ VE AMAÇ: Toraks travmaları tüm travma olguları içinde kafa ve ekstremite travmalarından sonra 3. Sırada yer almaktadır. Toraks yaralanmaları içerisinde künt travmalar daha yüksek oranda görülmekle birlikte toraksa nafiz kesici delici alet yaralanmaları acil servisde çok yüksek oranlardadır. Bu çalışmada acil servisde iki yıllık süreçte kesici delici aletle toraks yaralanması olan vakaları gözden geçirmeyi ve toplumsal önemine dikkat çekmeyi amaçladık.

MATERYAL VE METOT: Şubat 2012 Mart 2014 tarihleri arasında hastanemiz acil servisinde toraksa nafiz delici kesici alet yaralanması olan toplam 45 OLGU: yaş, cins, klinik ve radyolojik bulgular, tedavi yaklaşımları açısından hasta kayıtları gözden geçirilerek değerlendirilmişir.

BULGULAR VE SONUÇLAR: Vakalar 16-59 yaş arasında, yaş ortalaması 30,29 idi.41'i Erkek, 4'ü Kadın'dı.Toraksdaki kesi uzunlukları 1-10 cm arasındaydı ve ort 2,62 idi. Olguların 32'si sol, 11'i sağ, 2'si bilateral'di. 20 vaka 5. İnterkostal aralıkta,9'u 4. İnterkostal aralığa nafiz olmak üzere en fazlaydı. Ön aksiller (n=15), orta aksiller (n=10), midskapular (n=7) bölgeler en sık yaralanan alanlardı. 21 olguda hemopnömotoraks, 13 olguda pnömotoraks, 11 olguda hemotoraks vardı. 35 olguda tüp torakostomi, 10 olguda konservatif yaklaşım 2 vakada torakotomi uygulandı.

TARTIŞMA: Toraks yaralanmaları hayati önemi olan organ yaralanmaları içerdiğinden hızla tedavi edilmeli ve bozulan kardiopulmoner sistem dinamiği acilen düzeltilmelidir.Toraks yaralanmaları izole organ yaralanmaları olmayıp diğer organ yaralanmalar ile birlikteliği sıktır.Bu nedenle diğer sistem yaralanmaları mutlak gözden geçirilmelidir. Tüm toraks yaralanmalı olgularda olduğu gibi toraks delici kesici alet yaralanmalı olgularda acil servislere hızlı transportun sağlanması ve hastaneye ulaşan olgularda erken tanı ile birlikte uygun ve hızlı tedavi sağlanması mortalite ve morbidite oranlarını düşürmede katkı sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Penetran, Toraks, Yaralanma

PS-0920 Travma acilleri

Torakta penetran kesici delici cisim yaralanması ile birlikte medulla spinalis yaralanması: olgu sunumu

Mümin Karaali
Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Çocuklarda görülen travmaların büyük çoğunluğunu (% 80-90) künt ve (% 10-20) penetran travmaları oluşturmaktadır. Çocuklarda Penetran medula spinalis ve toraks yaralanmaları birlikteliği çok nadir görülmesine (%0,4) rağmen, çok yüksek ölüm oranlarına sahiptir. Nadir görülmesi nedeniyle bu olguyu sunmak istedik.

OLGU: 10 yaşında çocuk hasta, inşaat alanında oynarken yüksekten düşme sonrası 1 cm kalınlığında delici cisim yaralanması bağlı giriş deliği sol hemitoraks bölgesinde cisim de ucundan kesilmiş olarak çıkarılmadan acile getirildi. Genel durumu orta, KB: 110/70, N: 104, A: 36.7, SS:13, Glaskow Koma Skalası:15 idi. Fizik muayenede, giriş deliği sol posterior aksiller çizginin hemen anteriorunda inferior hemitoraks 8-9 interkostal aralıktan olup çıkış deliği yoktu. Hasta paraplejik, Th4 dermatom seviyesinden sonrası hipostezik, periferik nabızlar normal. Anal tonusta azalma. Toraksta delici cisme bağlı yaralanma nedeniyle Toraks BT çekildi. "Sol Hemitoraksta pnömotoraks, 8-9 interkostal aralıktan girerek akciğer ve intertorasik kaviteyi geçip T5 hizasında spinal kanalı posteriordan geçerek sağ supraklavikular fossada sonlanan metalik cisim izlenmektedir" şeklinde raporlandı. Bunlara ek olarak "3 cm kalınlığında pnömoperikardiyum" tespit edildi. Hastanın acilde takibi sırasında sıvı replasmanı ve analjezik haricinde ek bir tedavi uygulanmadı. Hasta tetkik aşamasından sonra takip ve tedavi amacıyla bir üst merkeze sevk edildi. Hasta bulunduğu merkezde opere edilerek, şu an paraplejik ve fizik tedavi programına alınarak tedavisi devam etmekte.

SONUÇ: Torasik travma pediatrik travma merkezlerinde bulunan pediyatrik hastaların %4 ile %6'sında görülür. Penetran yaralanmalar ateşli silah ve delici kesici aletlerle meydana gelirken, künt göğüs yaralanmaları başlıca trafik kazaları sonucu meydana gelir. İzole göğüs travmalarında mortalite oranları%4-12 arasında değişirken, eşlik eden organ yaralanmalarının varlığında bu oran artmaktadır. Bu vakamızda da travma materyalinin izlediği yol üzerinde akciğer dokusu ile medulla spinalise verdiği zarar dışında büyük damarlara zarar vermemesi bağlı hasta yaşabilmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, kesici delici alet yaralanması, toraks yaralanması, spinal kord yaralanması, parapleji.

INDEX

BİLDİRİLER / PRESENTATIONS INDEX

A

ABAKAY Uğur PS-0387, PS-0388, PS-0389
ABANOZ Betül PS-0258, PS-0266
ABATAY Kerim PS-0899
ACAR Abdurrahman PS-0384, PS-0393
ACAR Bilgehan Atılgan PS-0293
ACAR Demet SS-051, SS-052, SS-054, SS-066, SS-078, SS-080, SS-082, SS-104, PS-0049, PS-0066, PS-0202, PS-0234, PS-0569, PS-0669, PS-0670, PS-0689, PS-0777, PS-0789, PS-0841
ACAR Erol PS-0242
ACAR Ethem SS-001, PS-0001, PS-0019, PS-0203, PS-0206, PS-0236, PS-0337, PS-0341, PS-0363
ACAR Fahrettin PS-0046, PS-0067, PS-0069, PS-0071
ACAR Kerim PS-0582, PS-0692
ACAR Tarik SS-044, SS-045
ACAR Türkan PS-0502
ACEHAN Selen PS-0220, PS-0405, PS-0408, PS-0411, PS-0440, PS-0497, PS-0709, PS-0710, PS-0875
ACHTERBERG Harry PS-0693
AÇIKALIN Ayça PS-0211, PS-0630, PS-0867
AÇIKGÖZ Kerem PS-0653
ADAM Gürhan PS-0776
ADİBELLİ Fatih Mehmet PS-0522
ADİYEKE Ozal PS-0815
ADMIŞ Özlem PS-0082, PS-0083, PS-0084
ADSIZ İlhami PS-0739
AFACAN Mustafa Ahmet PS-0332, PS-0591, PS-0594, PS-0663, PS-0665, PS-0694, PS-0817
AĞAR İpek Gülin PS-0366, PS-0471
AĞCA Mehmet Erdem PS-0826
AĞCA Melike PS-0826
AĞI İsmail PS-0063, PS-0064, PS-0080, PS-0098, PS-0100, PS-0110, PS-0143, PS-0144, PS-0340, PS-0563, PS-0585, PS-0586, PS-0593, PS-0688, PS-0738, PS-0753, PS-0787, PS-0812, PS-0813, PS-0816, PS-0827, PS-0828, PS-0847
AĞKUŞ Şeyma PS-0541
AHMETOĞLU DURAN Semahat PS-0309, PS-0311, PS-0312, PS-0845, PS-0852, PS-0853
AHN Su Youn SS-021
AK Ahmet SS-052
AK Hakan PS-0006
AK Mehmet PS-0877
AK Rohat SS-105, SS-106, PS-0322, PS-0335, PS-0344, PS-0352, PS-0701, PS-0898, PS-0904
AKALIN Yahya PS-0843
AKAR İlker PS-0494, PS-0913
AKAR Umut PS-0139
AKBAL Hande PS-0674
AKBAL KAHRAMAN Hande SS-011
AKBAŞ Ilker SS-087
AKBAŞ İlker PS-0282, PS-0283, PS-0284, PS-0288, PS-0298, PS-0354, PS-0355, PS-0467, PS-0474, PS-0907
AKBAYDOĞAN DÜNDAR Güllü PS-0471
AKÇA Hatice Şeyma SS-095
AKÇAY Adnan Burak PS-0857, PS-0859, PS-0860
AKÇİMEN Mehmet PS-0480, PS-0729, PS-0731
AKDAĞ Emine Merve SS-023, PS-0520, PS-0726, PS-0728, PS-0730
AKDAĞ Hilmi SS-023, PS-0078, PS-0308, PS-0489, PS-0503, PS-0520, PS-0726, PS-0728, PS-0730
AKDAM Hakan PS-0196
AKDAŞ Erhan PS-0367
AKDEMİR Bilge PS-0053, PS-0813
AKDEMİR Hızır Ufuk PS-0412, PS-0542, PS-0634, PS-0788, PS-0895, PS-0912
AKDENİZ Ekrem PS-0505
AKDOĞAN Ahmet SS-123, PS-0399
AKDOĞAN Halil İbrahim PS-0773
AKDUR Okhan SS-112, PS-0221, PS-0776
AKGÖL GÜR Sultan Tuna PS-0223, PS-0225, PS-0226, PS-0227, PS-0229, PS-0253, PS-0267, PS-0269, PS-0272, PS-0291, PS-0295, PS-0297, PS-0349, PS-0446, PS-0509, PS-0529, PS-0544, PS-0606, PS-0707, PS-0715, PS-0894
AKGÜN Feride Sinem PS-0198, PS-0204, PS-0371
AKILLI Nazire Belgin SS-018, SS-019, SS-086, SS-095, PS-0049, PS-0142, PS-0565, PS-0640, PS-0685, PS-0777
AKIN Merve PS-0276, PS-0838
AKKAN Medine SS-051, PS-0234
AKKAN ÖZ Medine SS-054, PS-0669
AKKAYA Akcan PS-0311
AKMAN Canan PS-0104, PS-0566, PS-0589, PS-0642, PS-0644, PS-0648, PS-0656, PS-0658, PS-0659, PS-0660, PS-0661, PS-0772, PS-0778, PS-0779, PS-0791, PS-0815, PS-0842
AKMAN Ozlem PS-0785
AKOĞLU Selçuk PS-0010, PS-0013, PS-0064, PS-0144, PS-0426, PS-0552, PS-0559, PS-0560, PS-0562, PS-0573, PS-0631, PS-0632, PS-0688, PS-0741, PS-0743, PS-0752, PS-0771, PS-0828
AKÖZ Ayhan PS-0180, PS-0196, PS-0217, PS-0222, PS-0241, PS-0252, PS-0261, PS-0486
AKPINAR Güleser PS-0164, PS-0201, PS-0346, PS-0376, PS-0385, PS-0862, PS-0866
AKPINAR Ramazan PS-0247, PS-0861
AKPINAR ORUÇ Oya PS-0303
AKSAY Erdem PS-0002, PS-0418, PS-0427, PS-0440, PS-0452, PS-0513, PS-0548, PS-0622, PS-0623, PS-0710, PS-0735, PS-0736, PS-0875, PS-0876
AKSEL Gökhan PS-0608, PS-0674
AKŞİT Hasan PS-0024, PS-0043, PS-0684
AKSOY Nurten PS-0374
AKSOY KALA Nazlı PS-0786
AKSU Fayza PS-0829
AKSU Feyza PS-0463
AKTAS Nurettin PS-0188, PS-0564
AKTAŞ Can PS-0163
AKTAŞ Fatma PS-0491
AKTAŞ İsmail SS-066, SS-078, PS-0234, PS-0601, PS-0789, PS-0836
AKTEKİN Gözde PS-0817
AKYİLMAZ Necati PS-0547
AKYOL Ayşe Sıdıka PS-0735
AKYOL Kamil Can PS-0314, PS-0479, PS-0480, PS-0731
AKYOL Pınar Yeşim PS-0145, PS-0146, PS-0790
AKYÜREK Fikret SS-052
AKYÜZ Yurdanur PS-0006
AL Behçet SS-028, SS-044, SS-041, SS-045, SS-088, SS-100, SS-109, SS-111, SS-114, SS-115, SS-126, PS-0018, PS-0158, PS-0168, PS-0169, PS-0184, PS-0195, PS-0382, PS-0531, PS-0637, PS-0871
ALAÇAM KÖKSAL Semra PS-0502
ALATAS Ömer PS-0203
ALATAŞ Emine Tuğba PS-0236, PS-0248, PS-0732
ALATAŞ Ömer Doğan PS-0019, PS-0206, PS-0236, PS-0248, PS-0341, PS-0732
ALATLI Tufan PS-0239, PS-0419, PS-0420, PS-0421, PS-0493, PS-0891, PS-0913
ALBAYRAK Duygu PS-0712
ALBAYRAK Levent PS-0374
ALBAYRAK Serdal PS-0122
ALBAYRAK Yucehan PS-0333
ALBEN Fulya SS-109
ALDİNÇ Hasan PS-0286, PS-0289, PS-0292, PS-0294, PS-0296, PS-0466, PS-0468, PS-0470, PS-0472, PS-0905, PS-0910, PS-0916
ALGIN Abdullah PS-0597
ALINCAK Zehra SS-072
ALKAN Rahmi PS-0545
ALP Alper PS-0196
ALP İbrahim PS-0150
ALPARSLAN Mustafa SS-062, SS-063, SS-067, SS-068, SS-069, SS-070, SS-072, SS-073
ALPASLAN Mustafa SS-059, SS-074, SS-098, SS-103, SS-120, SS-121, PS-0138, PS-0156, PS-0250, PS-0315, PS-0339, PS-0448, PS-0893, PS-0909
ALPER Baris PS-0567
ALPTEKIN Husnu PS-0046, PS-0067, PS-0068, PS-0069, PS-0070, PS-0071
ALTINBAŞ Akif PS-0185
ALTINBİLEK Ertuğrul PS-0164, PS-0201, PS-0346, PS-0376, PS-0385, PS-0861, PS-0862, PS-0866
ALTINIŞIK Mustafa PS-0801
ALTINSOY Gizem PS-0324, PS-0721
ALTINTAŞ Ahmet PS-0207
ALTINTEPE Lütfullah SS-018
ALTINTOP İsmail SS-016, SS-074, SS-103, SS-120, PS-0138, PS-0250, PS-0339, PS-0490, PS-0915
ALTINTOPRAK Fatih PS-0085, PS-0087, PS-0088, PS-0092
ALTIPARMAK Halil PS-0855
ALTUN Süleyman PS-0350
ALTUNAY Fatih SS-061, SS-129, PS-0073, PS-0074, PS-0578, PS-0652, PS-0794, PS-0799
ALTUNAYOĞLU ÇAKMAK Vildan PS-0247
ALTUNBAY Aynur PS-0683
ALTUNCI Yusuf Ali PS-0179, PS-0721
ALTUNÖREN Orçun PS-0802
ALTUNTAŞ Gürkan PS-0258, PS-0266, PS-0361, PS-0379, PS-0460
ALTUNTAŞ Mükerrem SS-016, SS-059, SS-062, SS-063, SS-067, SS-068, SS-069, SS-070, SS-071, SS-072, SS-073, SS-074, SS-103, SS-120, SS-121, SS-128, PS-0250, PS-0339, PS-0359, PS-0448, PS-0490, PS-0657, PS-0893, PS-0915
ALTUNTOP İsmail PS-0359
ALYAMAÇ Merve PS-0053, PS-0812, PS-0827
ALYUNAY Fatih PS-0576
AMİRİ Hassan PS-0044
ANUK Turgut SS-010, PS-0021
ARAÇ Songül PS-0262, PS-0885
ARARAT Ertan PS-0480, PS-0729
ARDIÇ Şükrü PS-0417, PS-0886, PS-0887
ARGIN Can Ertan PS-0247
ARI Asım PS-0479
ARIK Yunus Emre PS-0358, PS-0485, PS-0673, PS-0843
ARMAĞAN Erol PS-0301
ARSLAN Cansu PS-0151, PS-0335, PS-0465
ARSLAN Engin Deniz PS-0605, PS-0899, PS-0900
ARSLAN Esma PS-0602
ARSLAN Evren PS-0511
ARSLAN Guven PS-0624
ARSLAN Hanifi PS-0577, PS-0579, PS-0599, PS-0618, PS-0801
ARSLAN İsmail Fırat PS-0215, PS-0216, PS-0395, PS-0400, PS-0514, PS-0534
ARSLAN Şebnem SS-107, PS-0254
ARSLAN ŞEN Tuğba PS-0773
ARZİMAN Ibrahim SS-044, SS-045
AŞIK Olgun SS-102, PS-0431, PS-0432, PS-0711
AŞKIN BAŞ Esra PS-0301
ASLAN Cemal PS-0494, PS-0913
ASLAN Engin Coşkun PS-0170, PS-0197
ASLAN Figen PS-0043, PS-0684
ASLAN Özgür PS-0654
ASLAN Şahin PS-0282, PS-0284, PS-0287
ASLAN Yılmaz PS-0122
ATABAY Mustafa PS-0388
ATABEY Mustafa PS-0387, PS-0389
ATAÇ Kenan PS-0284
ATALAY Eray PS-0020, PS-0137, PS-0299
ATALAY Tugay PS-0006
ATCI Tolgahan PS-0032, PS-0033, PS-0034, PS-0035, PS-0036, PS-0037
ATEŞÇELİK Metin SS-036, PS-0268, PS-0273, PS-0274, PS-0278, PS-0302, PS-0461, PS-0463, PS-0473, PS-0476, PS-0484, PS-0492, PS-0717, PS-0829, PS-0831, PS-0832, PS-0886, PS-0887
ATEŞÇELİK Metin PS-0732
ATİK Dilek PS-0357, PS-0673, PS-0780, PS-0810
ATIŞ Emre PS-0192
ATİŞ Şeref Emre PS-0187, PS-0854
AVCI Akkan PS-0405, PS-0440, PS-0709, PS-0710, PS-0875
AVCI Sema PS-0350, PS-0605, PS-0899, PS-0900
AVCI Veysel PS-0522, PS-0733
AVCİ Akkan SS-118, PS-0220, PS-0418
AVCİL Mücahit SS-044, SS-045, PS-0252, PS-0486, PS-0805
AVCU Ramazan PS-0307, PS-0327, PS-0487, PS-0673
AVŞAROĞULLARI Levent SS-098
AY Didem PS-0395
AY Mehmet Oğuzhan PS-0002, PS-0548, PS-0622, PS-0623, PS-0735, PS-0736
AYAN Murat SS-043, PS-0239, PS-0422, PS-0491, PS-0493, PS-0494, PS-0892, PS-0913
AYAN Safiye PS-0237, PS-0240, PS-0420, PS-0423, PS-0803, PS-0804, PS-0892
AYAZ Ahmet Faik SS-021
AYDIN Ali Attila PS-0139, PS-0199
AYDIN Emsal PS-0020, PS-0750
AYDIN Güçlü PS-0207
AYDIN Hasan PS-0171
AYDIN İrfan PS-0048, PS-0564, PS-0638,PS-0639
AYDIN Tevhid PS-0202
AYDIN Yılmaz PS-0465
AYDİN Cemile PS-0139
AYDİN Burhan PS-0590, PS-0594
AYDIN ALTAY Damla PS-0439

AYDOS Tolga Reşat SS-014
AYGÜN Ali SS-021, PS-0243, PS-0711
AYGÜN Kemal PS-0353, PS-0611
AYHAN Harun PS-0581, PS-0587
AYKUT Ahmet PS-0109, PS-0352
AYRANCI Mehmet SS-064, SS-076, SS-077, SS-083, SS-092, PS-0114, PS-0119, PS-0120, PS-0135, PS-0154, PS-0451, PS-0598, PS-0699, PS-0825, PS-0830, PS-0833, PS-0835, PS-0837
AYRANCI Mustafa Kürşat PS-0072, PS-0604, PS-0795
AYRANCİ Mehmet SS-044, SS-045
AYRIK Cüneyt PS-0191, PS-0364, PS-0366, PS-0471, PS-0523
AYTAR Halit SS-027
AYTEKİN Kürşad PS-0891
AYTEMUR Zeynep Ayfer PS-0058
AYVACI Barış Murat PS-0160, PS-0166, PS-0167, PS-0190, PS-0192, PS-0193, PS-0194
AYVALI İmran Sona PS-0264
AYYILDIZ Fatih Alper PS-0279, PS-0705
AZAP Özlem Kurt PS-0081
AZAPOĞLU Burcu PS-0004, PS-0005
AZİRET Mehmet PS-0111, PS-0112

B

BABA Miray SS-040, PS-0065, PS-0099, PS-0103, PS-0573, PS-0585, PS-0586, PS-0612, PS-0616, PS-0759, PS-0786, PS-0811, PS-0814, PS-0847
BABA Savaş PS-0052, PS-0053, PS-0057, PS-0065, PS-0099, PS-0100, PS-0103
BABADOSTU Hasan PS-0076, PS-0077, PS-0584, PS-0797
BABADOSTU Mümüne PS-0584, PS-0797
BACANLI Didem SS-014
BAĞCI Mustafa PS-0221
BAĞDİGEN Sedanur PS-0215, PS-0535, PS-0699
BAKAN Fatma PS-0303, PS-0546
BAKAR Sefa Özay PS-0512
BAL Ahmet SS-031, PS-0546
BAL Uğur SS-024, SS-026, SS-034, SS-039, PS-0008, PS-0009, PS-0025, PS-0040, PS-0054, PS-0078, PS-0079, PS-0140, PS-0553, PS-0555, PS-0556, PS-0558, PS-0559, PS-0560, PS-0572, PS-0625, PS-0627, PS-0631, PS-0677, PS-0678, PS-0679, PS-0740, PS-0741, PS-0742, PS-0754, PS-0755
BALCI Arif Kadri PS-0368
BALCI Kemal PS-0634
BALCI Serdal SS-112, PS-0221
BALOĞLU KAYA Filiz PS-0181, PS-0218, PS-0370, PS-0401, PS-0506
BALTACIOĞLU Hüseyin PS-0545
BARAN Abidin SS-104, PS-0836
BARAN Sultan PS-0683
BARLAS Gülşen PS-0146
BARUT Mustafa PS-0239, PS-0240
BAŞ Sibel Senem SS-083, PS-0119, PS-0120, PS-0598, PS-0830, PS-0833, PS-0835, PS-0837
BAŞAK Neşe PS-0668
BASBUG Murat
BAŞBUĞ Murat PS-0024, PS-0043, PS-0684, PS-0410
BAŞER Hasan PS-0367
BAŞKAYA Nurhayat SS-027, PS-0264, PS-0406, PS-0425, PS-0441, PS-0445, PS-0613, PS-0617, PS-0727
BAŞKÖY Lütfullah SS-072, SS-073, PS-0915
BAŞOĞUL Ercan PS-0795
BAŞOK Banu İşbilen SS-077
BAŞOL Nurşah SS-043, PS-0011, PS-0042, PS-0137, PS-0238, PS-0336, PS-0421, PS-0423
BAŞPINAR İsa SS-027, PS-0098, PS-0264, PS-0347, PS-0406, PS-0425, PS-0441, PS-0593, PS-0653, PS-0811, PS-0812, PS-0813, PS-0816
BASTURK Mustafa PS-0104, PS-0658
BAYDIN Ahmet PS-0310, PS-0691
BAYHAN İrfan PS-0058, PS-0409
BAYHAN Nilüfer Araz PS-0174
BAYHAN Zülfü PS-0016, PS-0017
BAYINDIR Özgür PS-0524
BAYIR Hakan PS-0672
BAYKAL Taygun PS-0127, PS-0128, PS-0151, PS-0322
BAYRAK Selen SS-102, PS-0244, PS-0246, PS-0430, PS-0433, PS-0435, PS-0437
BAYRAKTAR Nilüfer SS-014
BAYRAKTUTAN Ömer Faruk PS-0225, PS-0226, PS-0227, PS-0229, PS-0267, PS-0269, PS-0272, PS-0295, PS-0297
BAYRAM Hasan SS-028
BAYRAM Mehtap Kaynakçı SS-063, PS-0156, PS-0339
BAYRAMOĞLU Atıf SS-032, SS-044, SS-045, SS-055, SS-087, SS-093, PS-0134, PS-0153, PS-0155, PS-0283, PS-0284, PS-0287, PS-0288, PS-0298, PS-0354, PS-0355, PS-0467, PS-0474, PS-0509, PS-0529, PS-0606, PS-0725, PS-0834, PS-0903, PS-0906, PS-0907
BAYSAL Erkan PS-0683
BECEL Sinan PS-0446
BEDEL Cihan PS-0744
BEGGİ Halil SS-112
BEKAR Ömer PS-0431, PS-0436
BEKAR Özgür PS-0590, PS-0662, PS-0663, PS-0664
BEKAROĞLU Selçuk PS-0061, PS-0130, PS-0469
BEKÇİ Tahir Taha PS-0321
BEKESHEV Eldar PS-0200
BELLİ Ahmet Korkut PS-0019
BENLİ Sibel SS-014
BERİKOL Göksu PS-0406
BEŞTEMİR Attila PS-0524
BEYDİLLİ Halil SS-001, PS-0001, PS-0019, PS-0203, PS-0206, PS-0317, PS-0319, PS-0337, PS-0341, PS-0348, PS-0363
BEYDİLLİ İnan PS-0314, PS-0479, PS-0480, PS-0729, PS-0731
BIÇAKÇI Şebnem PS-0211
BİCAN Serkan PS-0865
BİÇER Kemal SS-018, SS-078, SS-080, SS-104, PS-0569
BİÇER Tanju PS-0127, PS-0280, PS-0322
BİLAL Ökkeş PS-0061
BİLGE Adnan SS-079, SS-081
BİLGE Sedat PS-0199
BİLGİÇ Emre PS-0335
BİLGİN Rasim PS-0689, PS-0841
BİLİR Özlem SS-009, SS-113, SS-122, PS-0115, PS-0116, PS-0132, PS-0219, PS-0306, PS-0313, PS-0477
BİNGÖL Umut PS-0774
BIYIKLI Ebru PS-0697
BJøRNSEN Lars Petter PS-0693
BOĞAN Mustafa SS-028, SS-100, PS-0382, PS-0531
BOL Oğuzhan SS-062, SS-063, SS-067, SS-068, PS-0359
BOLAT Mustafa Suat PS-0505
BOLATKALE Mustafa PS-0342, PS-0407, PS-0464, PS-0543, PS-0870
BOLEKEN Mehmet Emin SS-099
BORTA Tayfun PS-0188
BOSTANCI Meriç Emre PS-0387, PS-0388, PS-0389
BOYRAZ İsmail PS-0614, PS-0748
BOZ Behic Volkan PS-0551, PS-0745
BOZAN Korkut PS-0567
BOZAN Öner PS-0165
BOZDEMİR Nuri PS-0729
BOZKURT Birkan PS-0387, PS-0388, PS-0389
BOZKURT Murat PS-0201
BOZKURT Özgür PS-0254
BOZKURT Selim SS-050, PS-0059, PS-0060, PS-0061, PS-0062, PS-0130, PS-0148, PS-0469, PS-0568, PS-0580, PS-0671, PS-0802
BOZKURT Seyran PS-0191, PS-0364, PS-0366, PS-0471, PS-0523
BOZKURT ÇAKIR Sıdıka İrem PS-0514
BUKIRAN Aytaç PS-0342, PS-0407, PS-0464, PS-0543, PS-0870
BUKULMEZ Aysegul SS-031
BÜLBÜL Emre PS-0716
BULUT Mehmet Fatih PS-0154, PS-0396, PS-0535, PS-0700
BÜTÜKSÜTÇÜ Cihan PS-0825
BÜYÜKASLAN Hasan SS-003, SS-036, SS-099, PS-0188, PS-0255, PS-0369, PS-0374, PS-0447, PS-0449, PS-0501, PS-0522, PS-0564, PS-0733, PS-0855, PS-0863
BÜYÜKÇAM Fatih SS-056, PS-0133, PS-0200, PS-0350, PS-0403, PS-0404
BUYUKKAYA Ayla PS-0003, PS-0316, PS-0549
BUYUKKAYA Ramazan PS-0003, PS-0549
BÜYÜKKAYA Eyüp PS-0857, PS-0859, PS-0860, PS-0888
BÜYÜKSÜTCÜ Cihan SS-064, SS-076, SS-083, PS-0005, PS-0119, PS-0120, PS-0135, PS-0154, PS-0394, PS-0400, PS-0451, PS-0598, PS-0699, PS-0700, PS-0830, PS-0833, PS-0835, PS-0837

C-Ç

CABIOĞLU Saltuk PS-0720
ÇAĞIRAN Ferhat PS-0262, PS-0277, PS-0450
ÇAĞLAR Ahmet SS-082, PS-0565, PS-0685
ÇAGLAYAN Serdar PS-0385
ÇAĞLIYAN Çağlar Emre PS-0867
ÇAKAN Burçin PS-0271
ÇAKAR Albert PS-0482
ÇAKICI KOÇ Göknur PS-0400, PS-0534
CAKIR Dilek Ulker PS-0776
ÇAKIR Okan PS-0397
ÇAKIR Oya Durmuş PS-0165
ÇAKIR Umut Cengiz PS-0479
ÇAKIR Zeynep Gokcan PS-0155, PS-0288
CAKMAK Fatih PS-0547
ÇAKMAK Bülent PS-0803
ÇAKMAK Fatih PS-0218, PS-0401, PS-0402
ÇAKMAK Güner PS-0085, PS-0089
ÇAKMAK Miraç Ayşen PS-0198
ÇAKMAK Muharrem PS-0428, PS-0429, PS-0443, PS-0462, PS-0683
ÇAKMAK Selda PS-0453
ÇAKMAK YILDIZ Aysel SS-051, SS-054, SS-066, PS-0777
ÇAKMAKÇI Tuğba PS-0194
ÇALIK Mustafa SS-053, SS-096, PS-0101, PS-0102, PS-0129, PS-0136, PS-0320, PS-0321
ÇALIK Saniye Göknil SS-051, SS-053, SS-054, SS-066, SS-078, SS-080, SS-082, SS-096, SS-104, PS-0066, PS-0101, PS-0102, PS-0129, PS-0136, PS-0234, PS-0320, PS-0321, PS-0569, PS-0669, PS-0670, PS-0689, PS-0789, PS-0841
ÇALIŞKAN Burcu PS-0328, PS-0329
ÇALIŞKAN Fatih PS-0328, PS-0634
ÇALIŞKAN Hacı Mehmet PS-0181, PS-0345, PS-0362, PS-0402, PS-0864
ÇALIŞKAN Orçun PS-0457
ÇALTEKİN İbrahim PS-0157, PS-0305, PS-0358, PS-0673, PS-0780, PS-0810
ÇALTILI Çilem PS-0376
CAM Atilla PS-0136
CAM Osman SS-001
ÇAMLIBEL Mehpare SS-075
CAMUSOGLU Burcin PS-0758
CAN Atilla SS-053
CAN Basri PS-0168, PS-0531, PS-0637
CAN Çağdaş PS-0342, PS-0407, PS-0464, PS-0543, PS-0870
CAN Derya PS-0397
CAN Güray SS-017, PS-0763
CAN Hale Nur PS-0457
CAN Özge PS-0253, PS-0446, PS-0544, PS-0707, PS-0715
CAN Serdar PS-0776
CAN Serpil PS-0137
ÇANAKÇI Selçuk Eren PS-0235, PS-0256, PS-0896
CANBAZ Hayri PS-0417, PS-0877
CANBAZ KABAY Sibel PS-0749
CANDER Başar SS-018, SS-019, SS-020, SS-022, SS-030, SS-046, SS-051, SS-054, SS-066, PS-0075, PS-0076, PS-0077, SS-078, SS-080, SS-082, SS-086, SS-089, SS-090, SS-091, SS-094, SS-095, SS-104, SS-124, SS-125, PS-0049, PS-0066, PS-0072, PS-0073, PS-0074, PS-0142, PS-0149, PS-0160, PS-0166, PS-0167, PS-0187, PS-0190, PS-0192, PS-0193, PS-0202, PS-0234, PS-0334, PS-0338, PS-0565, PS-0569, PS-0570, PS-0571, PS-0575, PS-0576, PS-0577, PS-0578, PS-0579, PS-0599, PS-0600, PS-0601, PS-0602, PS-0603, PS-0604, PS-0615, PS-0618, PS-0620, PS-0640, PS-0650, PS-0652, PS-0669, PS-0670, PS-0685, PS-0689, PS-0690, PS-0777, PS-0789, PS-0792, PS-0794, PS-0795, PS-0797, PS-0799, PS-0800, PS-0801, PS-0836, PS-0841, PS-0854
CANPOLAT Ömer PS-0463, PS-0473, PS-0476
ÇAPOĞLU Recayi PS-0087, PS-0093, PS-0094, PS-0096, PS-0123
ÇAPRAK Rukiye PS-0508
CARUS Murat SS-056, PS-0032, PS-0033, PS-0034, PS-0035, PS-0036, PS-0037, PS-0170, PS-0197, PS-0365, PS-0375, PS-0496, PS-0607, PS-0609
ÇAT BAKIR Bahar Gülcay PS-0113, PS-0279, PS-0613
ÇAVDAR Faruk PS-0024, PS-0043, PS-0410, PS-0684
ÇAVUŞ Umut Yücel SS-117, PS-0242, PS-0257, PS-0528, PS-0708, PS-0723, PS-0826, PS-0882
ÇAVUŞOĞLU Merve PS-0546
ÇAYLİ Çağrı PS-0869
CEBE İbrahim Halil PS-0501, PS-0522, PS-0733, PS-0855, PS-0863
ÇEBİ Nilay PS-0245, PS-0430, PS-0437, PS-0439
ÇEBİÇCİ Hüseyin SS-016, SS-057, SS-059, SS-062, SS-070, SS-128, PS-0339
ÇEKMEN Bora SS-086, PS-0600, PS-0602, PS-0669
ÇELEBİ Fehmi PS-0089, PS-0090, PS-0093, PS-0126
CELEBİ YAMANOGLU Nalan Gokce SS-008, PS-0152
ÇELENK Yıldıray PS-0205, PS-0336, PS-0379
CELİK Murat PS-0188

ÇELİK Emrah	PS-0210, PS-0414
ÇELİK Gülhan Kurtoğlu	SS-119
ÇELİK Halil	PS-0328
ÇELİK İbrahim	PS-0452
ÇELİK Kaan	PS-0808, PS-0809
ÇELİK Muhammet Murat	PS-0888
ÇELİK Selim	PS-0513
ÇELİK Veysel Kenan	PS-0163
ÇELİK Yasemin	PS-0197
ÇELİKEL Elif	SS-025, SS-040, PS-0081, PS-0697
CELME Hamit Aykut	PS-0027
CENGİZ Duygu Selen	PS-0405, PS-0418, PS-0440, PS-0452, PS-0497, PS-0548, PS-0623, PS-0709, PS-0710, PS-0735, PS-0736
CENGİZ Emrah	PS-0469
CERÇİZ Hasan	PS-0385
CESUR Fatma	PS-0752
ÇETİN Aslı	PS-0668
ÇETİN Bilen	SS-123, PS-0177, PS-0270, PS-0381
ÇETİN Faruk	PS-0185
ÇETİNER Mustafa	PS-0749
ÇEVİK Erdem	PS-0207, PS-0331, PS-0807, PS-0824
ÇEVİK Şebnem Eren	PS-0165
ÇEVİK Talip	PS-0175, PS-0380, PS-0508, PS-0517, PS-0539
ÇEVİK Yunsur	PS-0162
CEYLAN Ahmet Cemil	PS-0133, PS-0504
CEYLAN Mustafa	PS-0223, PS-0225, PS-0226, PS-0227, PS-0229, PS-0267, PS-0269, PS-0272, PS-0295, PS-0297
ÇİÇEK Ali Fuat	PS-0207
ÇİÇEK Mustafa	SS-102, PS-0246, PS-0419, PS-0422, PS-0434
ÇİFTÇİ Osman	PS-0668
ÇIĞŞAR Gülşen	SS-010, PS-0011, PS-0020, PS-0021, PS-0022, PS-0023, PS-0111, PS-0137, PS-0299, PS-0482, PS-0483, PS-0750
ÇIKMAN Öztekin	PS-0043
ÇIKRIKÇI Gülşah	PS-0162
ÇIKRIKLAR Halil İbrahim	SS-116, PS-0259, PS-0260, PS-0290, PS-0293, PS-0454, PS-0455, PS-0456, PS-0475, PS-0502
ÇİL DİREK Ebru	PS-0208, PS-0211
ÇİLEKAR Murat	PS-0864
CİMEM Ali	PS-0160, PS-0166, PS-0167, PS-0192, PS-0193, PS-0194
ÇİMEN Mete Nail	SS-100, PS-0184
CİMİLLİ ÖZTÜRK Tuba	SS-065, SS-105, SS-106, PS-0127, PS-0128, PS-0280, PS-0281, PS-0285, PS-0326, PS-0335, PS-0344, PS-0352, PS-0353, PS-0465, PS-0610, PS-0611, PS-0701, PS-0898, PS-0904
ÇINAR Hayri	PS-0411, PS-0709, PS-0875
ÇINARLIK Mahmut Arda	SS-118, PS-0160, PS-0167, PS-0190, PS-0192, PS-0194
CİNDORUK Şener	SS-041, SS-088, SS-100, SS-109, SS-111, SS-114, SS-126, PS-0018, PS-0158, PS-0871
ÇITIRIK TORTUM Fatma	PS-0287, PS-0903, PS-0906
CİVELEK Cemil	PS-0686
ÇOBAN Hikmet	SS-012
ÇOBANOĞLU Hatice Bengü	PS-0460
ÇOKER Nermin Burcu	PS-0175, PS-0380, PS-0530, PS-0868
ÇOLAK Cemil	PS-0210, PS-0675, PS-0682
ÇOLAK Şahin	PS-0332, PS-0590, PS-0591, PS-0567, PS-0665, PS-0694, PS-0817
ÇOLAK Tamer	SS-020, SS-094, PS-0149, PS-0570, PS-0571, PS-0599, PS-0690
ÇÖLLÜ Meltem	SS-076, SS-083, PS-0004, PS-0119, PS-0120, PS-0135, PS-0154, PS-0395, PS-0400, PS-0451, PS-0534, PS-0598, PS-0699, PS-0700, PS-0830, PS-0833, PS-0835, PS-0837
CÖMERT Cihat	PS-0013, PS-0078, PS-0100, PS-0340, PS-0552, PS-0557, PS-0559, PS-0562, PS-0563, PS-0612, PS-0625, PS-0627, PS-0649, PS-0677, PS-0740, PS-0752, PS-0759, PS-0786, PS-0793
CÖMERT Pınar	PS-0759
ÇÖMEZ Fatih	SS-056, PS-0032, PS-0033, PS-0034, PS-0035, PS-0036, PS-0037, PS-0170, PS-0197, PS-0365, PS-0375, PS-0384, PS-0393, PS-0398, PS-0416, PS-0496, PS-0498, PS-0607, PS-0609
COPCUOĞLU Zeliha	PS-0175, PS-0380, PS-0530, PS-0868
ÇORBACIOĞLU Şeref Kerem	PS-0162, PS-0608
COSKUN Selcuk	PS-0782, PS-0783
COŞKUN Abuzer	PS-0051, PS-0161, PS-0163, PS-0176, PS-0209, PS-0386, PS-0387, PS-0388, PS-0389
COŞKUN Fatih	SS-124, SS-125
COŞKUN Sedat	PS-0256
COŞKUN Ufuk	PS-0237, PS-0422, PS-0804
ÇOŞKUN Aydın	PS-0306, PS-0313
ÇUBUK Rahmi	PS-0371
ÇULLU Neşat	PS-0317, PS-0319, PS-0348
CUMAOĞLU Mustafa Oğuz	SS-057, SS-063, SS-069, SS-071
CÜVİTOĞLU Ali	PS-0858
D	
DADACI Mehmet	PS-0579
DAĞ Vedat	PS-0122
DAGLI Mustafa	SS-096
DAĞLI Bekir	PS-0222, PS-0261, PS-0805
DAL Evren	SS-118, PS-0166, PS-0167
DAL Onur	PS-0337
DALDAL Emin	PS-0491, PS-0493
DALE Jostein	PS-0693
DARAOĞLU Vesile	PS-0059, PS-0060, PS-0061, PS-0062, PS-0148, PS-0671, PS-0802
DAREİ Mina	PS-0846
DAYANGAÇ Halil İbrahim	PS-0457
DEĞERLİ Vermi	PS-0265, PS-0300, PS-0629, PS-0719
DELİKANLI Makpere	PS-0744
DELİKTAŞ Hasan	PS-0019
DEMİR Ahmet	SS-064, SS-076, SS-077, SS-083, SS-092, PS-0114, PS-0119, PS-0120, PS-0135, PS-0451, PS-0598, PS-0825, PS-0830, PS-0833, PS-0835, PS-0837
DEMİR Ayşe Kevser	PS-0240, PS-0804
DEMİR Berrin	PS-0349
DEMİR Bilgehan	PS-0230, PS-0409, PS-0526
DEMİR Bülent	PS-0157, PS-0305, PS-0307, PS-0327, PS-0356, PS-0357, PS-0358, PS-0485, PS-0487, PS-0673, PS-0780, PS-0810, PS-0843, PS-0914, PS-0917
DEMİR Hakan	PS-0086, PS-0090, PS-0093, PS-0095
DEMİR Mehmet	PS-0167, PS-0193
DEMİR Mehmet Tevfik	PS-0691
DEMİR Muhammet	PS-0349
DEMİR Mustafa Volkan	PS-0183
DEMİR Ozan	PS-0719
DEMİR Özgür	PS-0773
DEMİR Selim	SS-101
DEMİR Süleyman	PS-0667
DEMİR KARAKILIÇ İlknur	PS-0047
DEMİR ŞENOĞLU Gizem	PS-0719
DEMİRARAN Yavuz	PS-0643, PS-0815
DEMİRCAN Nejat	PS-0118, PS-0121, PS-0325, PS-0840
DEMİRCAN Serkan	PS-0356, PS-0357, PS-0917
DEMİRCİ Burak	SS-007, SS-015, SS-024, SS-026, SS-027, SS-034, SS-038, SS-039, SS-047, SS-048, PS-0008, PS-0009, PS-0010, PS-0013, PS-0025, PS-0040, PS-0098, PS-0100, PS-0140, PS-0552, PS-0553, PS-0554, PS-0555, PS-0556, PS-0557, PS-0558, PS-0559, PS-0560, PS-0563, PS-0625, PS-0627, PS-0631, PS-0632, PS-0677, PS-0678, PS-0679, PS-0688, PS-0738, PS-0740, PS-0741, PS-0742, PS-0743, PS-0751, PS-0752, PS-0753, PS-0754, PS-0755, PS-0771
DEMİREL Enes M	PS-0039, PS-0654, PS-0655
DEMİREL İlhami	PS-0332, PS-0592
DEMİREL İmran Sona	SS-033
DEMİRHAN Abdullah	PS-0765
DEMİRKAN Okay	PS-0175, PS-0380, PS-0530, PS-0868
DEMİROREN Elif	SS-035, PS-0189, PS-0734
DEMİRTAŞ Erdal	PS-0305, PS-0307, PS-0327, PS-0356, PS-0357, PS-0358, PS-0487, PS-0780, PS-0810, PS-0843, PS-0914, PS-0917
DENİZ Ahmet Can	PS-0855
DENİZ Ahmet Tunç	PS-0235, PS-0256, PS-0261, PS-0714, PS-0896
DENİZ Fatih Ersay	PS-0042
DERİCİ Hayrullah	PS-0024, PS-0410, PS-0684
DERİN Serhan	SS-001, PS-0001, PS-0363
DERYA Serdar	PS-0230, PS-0233, PS-0373, PS-0413
DEVECİ Onur Sinan	PS-0867
DEVEER Mehmet	PS-0319, PS-0348
DEVRİMSEL DOĞAN Demet	PS-0109, PS-0128, PS-0281, PS-0322, PS-0353
DİBEKLİOĞLU Saime Ergen	PS-0178
DİKİCİ Suber	PS-0624
DİKİCİER Enis	PS-0088, PS-0091, PS-0092, PS-0097, PS-0106, PS-0124
DIKME Ozgur	PS-0619
DIKME Ozlem	PS-0619
DİKMEN Onur	SS-081
DİKMETAS Cesareddin	PS-0104
DİLEK ÇİFTÇİ Öznur	PS-0360
DİNÇ Aytaç	PS-0278
DİNÇER Seher	PS-0147, PS-0781, PS-0798
DİŞEL Nezihat Rana	PS-0211, PS-0630, PS-0867
DİŞLİ Olcay Murat	PS-0668
DİZEN Hayrettin	PS-0408, PS-0411
DOGAN Fatih	PS-0564
DOGAN Serkan	PS-0056, PS-0330, PS-0589, PS-0642, PS-0643, PS-0644, PS-0659, PS-0778
DOĞAN Ahmet Celal	PS-0530, PS-0546
DOĞAN Esen	PS-0212, PS-0213, PS-0214, PS-0224, PS-0390, PS-0391, PS-0392, PS-0510, PS-0532
DOĞAN Fatma Sarı	SS-077, SS-092, PS-0114
DOĞAN Hatice Topçu	PS-0403
DOĞAN İsmet	SS-064, PS-0154, PS-0216, PS-0396, PS-0535, PS-0825
DOĞAN Mehmet	SS-088
DOĞAN Muharrem	PS-0109, PS-0280, PS-0285, PS-0322
DOĞAN Nurettin Özgür	PS-0608
DOĞAN Serkan	PS-0055, PS-0574, PS-0648
DOĞAN Zeki	PS-0519
DOĞANAY Fatih	PS-0128, PS-0280, PS-0281, PS-0326, PS-0344, PS-0352, PS-0353, PS-0465, PS-0611
DOĞANAY Zahide	PS-0691
DOGRU Musa	PS-0643
DOĞRU Serkan	PS-0240
DOĞRUYOL Sinem	PS-0004, PS-0005
DOKUZOĞLU Mehmet Akif	PS-0048, PS-0638, PS-0639
DOLANBAY Turgut	PS-0473, PS-0484
DOLU Zafer	SS-033
DÖRTERLER Mustafa Erman	SS-099
DUHAN TAŞ Ayşe	PS-0237, PS-0239, PS-0421, PS-0422, PS-0804, PS-0891, PS-0892
DUMAN Ali	PS-0180, PS-0196, PS-0217, PS-0222, PS-0241, PS-0252, PS-0261, PS-0486, PS-0714, PS-0716
DUMAN Ebru	PS-0311
DUNDAR Zerrin Defne	SS-020, SS-022, SS-044, SS-045, PS-0075, PS-0076, PS-0077, PS-0338, PS-0800
DÜNDAR Güllü Akdoğan	PS-0191
DÜNDAR Zerrin Defne	SS-061, SS-089, SS-090, SS-091, SS-094, SS-129, PS-0074
DUR Ali	PS-0686
DURAL Halil İbrahim	PS-0022
DURAN Arif	SS-017, SS-042, SS-049, PS-0038, PS-0039, PS-0041, PS-0082, PS-0083, PS-0084, PS-0131, PS-0304, PS-0309, PS-0311, PS-0312, PS-0318, PS-0614, PS-0636, PS-0645, PS-0646, PS-0647, PS-0648, PS-0651, PS-0654, PS-0655, PS-0656, PS-0660, PS-0661, PS-0672, PS-0748, PS-0760, PS-0761, PS-0762, PS-0763, PS-0764, PS-0765, PS-0766, PS-0767, PS-0768, PS-0769, PS-0770, PS-0796, PS-0806, PS-0808, PS-0809, PS-0842, PS-0844, PS-0845, PS-0848, PS-0849, PS-0850, PS-0851, PS-0852, PS-0853
DURAN Latif	PS-0105, PS-0231, PS-0634, PS-0788, PS-0895
DURAN Özgür	SS-110, PS-0015, PS-0265, PS-0300, PS-0628, PS-0629, PS-0712, PS-0719
DURAN MEMİŞ Fatma	PS-0260, PS-0454
DURCEYLAN Erhan	PS-0370
DURDU Tamer	PS-0063, PS-0064, PS-0553, PS-0572, PS-0679, PS-0728, PS-0753, PS-0793
DURGUN Hasan Mansur	SS-044, SS-045, PS-0108, PS-0262, PS-0595, PS-0666, PS-0667, PS-0695, PS-0818, PS-0820, PS-0823, PS-0880, PS-0881, PS-0885
DURMUŞ Ensar	PS-0477
DURSUN Recep	PS-0107, PS-0108, PS-0262, PS-0277, PS-0450, PS-0595, PS-0666, PS-0667, PS-0695, PS-0818, PS-0819, PS-0820, PS-0823, PS-0839, PS-0880, PS-0881, PS-0885
DURUKAN Polat	PS-0716
DURUSU Murat	PS-0417
DUYMAZ Hikmet	PS-0113, PS-0279, PS-0351, PS-0425, PS-0441, PS-0445, PS-0488, PS-0613, PS-0617, PS-0702, PS-0727
DUZ Ramazan	PS-0541
DÜZENLİ Erhan	PS-0133
DÜZKEL Tuçe	PS-0535, PS-0699
E	
ECE Ilhan	PS-0046, PS-0067, PS-0068, PS-0069, PS-0070, PS-0071, PS-0680
ECEVİZ Alev	SS-064, SS-076, SS-077, SS-092, PS-0114, PS-0451, PS-0825
ECMEL ONUR Özge	SS-065, SS-105, SS-106, PS-0109, PS-0127, PS-0128, PS-0280, PS-0281, PS-0285, PS-0322, PS-0326, PS-0335, PS-0344, PS-0352, PS-0353, PS-0465, PS-0610, PS-0611, PS-0701, PS-0898, PS-0904
EKE Şebnem Zeynep	PS-0109, PS-0344
EKEN Cenker	PS-0337

EKİCİ Fatih PS-0016
EKİNCİ Mustafa PS-0450, PS-0880
EKİZ CİN Fatma PS-0394, PS-0400, PS-0534
EKMEKÇİ Kazım PS-0749
EKMEKYAPAR Muhammet PS-0182
ELÇİN Gökhan PS-0582, PS-0692
ELGÖRMÜŞ Çağrı Serdar PS-0157, PS-0305
ELİÇABUK Hayri SS-037, SS-075, PS-0337
ELMAS Ömer Faruk PS-0282
EMECAN Arzu PS-0151, PS-0611
EMET Mücahit SS-093, PS-0282, PS-0467
EMİR Cantürk PS-0376
ENGİN Mevlüt PS-0318
ER Mehmet Can PS-0517
ERALP Mustafa Onur PS-0698
ERAYBAR POZAM Suna PS-0301
ERAYDIN İsmet PS-0458
ERAYMAN Ali PS-0857, PS-0858, PS-0859, PS-0860
ERBAY Hasan PS-0518
ERCAN Abdulah PS-0525
ERCAN Metin PS-0094, PS-0106
ERCAN HAYDAR Gullu PS-0782, PS-0783
ERÇELİK Hasan PS-0017, PS-0171, PS-0173, PS-0377
ERDEDE Mustafa Orfi PS-0619
ERDEM Erkan PS-0245, PS-0246
ERDEM Mustafa Numan PS-0291
ERDİL ÜLGEN Sultan PS-0063, PS-0064, PS-0080, PS-0098, PS-0100, PS-0110, PS-0143, PS-0144, PS-0147, PS-0340, PS-0585, PS-0586, PS-0593, PS-0787, PS-0811, PS-0812, PS-0813, PS-0816, PS-0827, PS-0828, PS-0847
ERDOGAN Baris PS-0567
ERDOĞAN Mehmet Özgür PS-0567, PS-0592, PS-0662, PS-0663, PS-0665
ERDOĞAN Volkan PS-0452
ERDUR Bülent SS-037, SS-075
ERDURMUŞ Mesut PS-0082, PS-0083, PS-0084
ERECAN Emir Can PS-0170, PS-0375, PS-0496
EREN Şevki Hakan PS-0161, PS-0163, PS-0176, PS-0209, PS-0378, PS-0386, PS-0519
EREN ÇEVİK Şebnem PS-0424
ERENLER Ali Kemal PS-0691
ERGENÇ Hüseyin PS-0866
ERGİN Ahmet SS-037, SS-075
ERGİN Mehmet SS-020, SS-022, SS-044, SS-045, SS-061, SS-089, SS-090, SS-094, SS-129, PS-0076, PS-0338, PS-0584, PS-0588, PS-0620, PS-0650, PS-0794, PS-0795
ERGİN Mehmet PS-0797
ERGÜN Cihan PS-0032, PS-0033, PS-0034, PS-0035, PS-0036
ERİMŞAH Mehmet Emre PS-0683
ERİTEN Semih PS-0327, PS-0356
ERKANLI Korhan SS-008
ERKURAN Mansur Kürşad SS-017, SS-042, SS-049, PS-0038, PS-0039, PS-0041, PS-0082, PS-0083, PS-0084, PS-0131, PS-0133, PS-0304, PS-0309, PS-0318, PS-0614, PS-0636, PS-0645, PS-0646, PS-0647, PS-0651, PS-0654, PS-0655, PS-0672, PS-0748, PS-0760, PS-0761, PS-0762, PS-0763, PS-0764, PS-0765, PS-0766, PS-0767, PS-0768, PS-0769, PS-0770, PS-0796, PS-0806, PS-0808, PS-0809, PS-0844, PS-0848, PS-0849, PS-0850, PS-0851, PS-0852, PS-0853
ERKUŞ Emre PS-0855
ERKUŞ SİRKECİ Emel PS-0215, PS-0216, PS-0394, PS-0395, PS-0396, PS-0400, PS-0514, PS-0534, PS-0535
EROĞLU Hatice SS-114, PS-0169
EROL Erkut PS-0122, PS-0141, PS-0583
EROL Yasin PS-0245, PS-0438
ERSAN Ayşen PS-0145, PS-0146, PS-0323, PS-0790
ERSEL Murat PS-0324, PS-0718, PS-0838, PS-0901
ERŞEN Teoman PS-0307, PS-0327, PS-0356, PS-0357, PS-0917
ERSUNAN Gökhan SS-009, SS-113, PS-0115, PS-0116, SS-122, PS-0132, PS-0219, PS-0306, PS-0313, PS-0477
ERTOK İlyas SS-119
ERTÖRER Güney Yılmaz PS-0712
ERTÖRER Yılmaz PS-0300
ERYİĞİT Umut PS-0430
ERYİĞİT Veysi SS-108, PS-0367, PS-0368
ERYİĞİT ÜNALDI Hatice PS-0720, PS-0919
ERYILMAZ Mehmet PS-0417
ESEN Mehmet PS-0238, PS-0239, PS-0360, PS-0420, PS-0421, PS-0423, PS-0491, PS-0493, PS-0494, PS-0641, PS-0890, PS-0891, PS-0892, PS-0913
ESER Şeyda SS-030
EŞFER Binnur SS-007, SS-015, SS-026, SS-038, SS-039, SS-047, SS-048, PS-0010, PS-0031, PS-0040, PS-0052, PS-0053, PS-0054, PS-0057, PS-0065, PS-0078, PS-0080, PS-0098, PS-0100, PS-0110, PS-0144, PS-0340, PS-0426, PS-0554, PS-0555, PS-0559, PS-0562, PS-0572, PS-0573, PS-0585, PS-0586, PS-0593, PS-0612, PS-0616, PS-0627, PS-0632, PS-0649, PS-0740, PS-0741, PS-0781, PS-0786, PS-0787, PS-0793, PS-0798, PS-0813, PS-0816, PS-0827, PS-0828, PS-0847
ESKİÇAKIT Mehtap SS-065
ESME Hıdır SS-053, PS-0101, PS-0102, PS-0136, PS-0320
EYİNÇ Yalman PS-0701

F

FAZLI Ömer SS-101, PS-0437
FIRAT Necattin PS-0089, PS-0093, PS-0094, PS-0106, PS-0125, PS-0126
FİŞEKÇİ OKTAR Sevil PS-0841

G

GAFUROĞULLARI Sibel PS-0301
GALLETTA Gayle PS-0693
GARDA Elif Burcu SS-105, SS-106, PS-0281, PS-0353
GECER Yavuz PS-0030
GEDİK Muhammed Semih PS-0002, PS-0411, PS-0418, PS-0440, PS-0452, PS-0548, PS-0622, PS-0623, PS-0709, PS-0710, PS-0735, PS-0736, PS-0875
GEDİKLİ Merve SS-068, SS-072, PS-0359, PS-0490, PS-0915
GEM Mehmet PS-0595
GENÇ Selim PS-0275
GENÇ Sinan PS-0279, PS-0351, PS-0488, PS-0617, PS-0902
GENÇER Emin Gökhan SS-058, SS-127
GEZİCİ Murat PS-0293
GHOBADİ Jafar PS-0846
GHODRATİ Niloofar PS-0044
GIAKUOP Barış PS-0116, PS-0132, PS-0219
GİDEN Ramazan PS-0255, PS-0447
GİRAY Tufan Akın SS-014, SS-025
GİRİŞGİN Abdullah Sadık SS-089, SS-090, SS-094, PS-0075, PS-0077, PS-0570, PS-0618, PS-0604, PS-0620, PS-0690, PS-0792, PS-0794, PS-0795
GÖK Ayşenur PS-0775
GÖKAL Aliye Nur SS-061, SS-129, PS-0073, PS-0074, PS-0578, PS-0652, PS-0799
GÖKALP Emel PS-0175, PS-0380, PS-0530, PS-0868
GÖKCE İsmail Emre PS-0022
GÖKÇE ÇOKAL Burcu PS-0495
GÖKÇEK İrfan PS-0705
GÖKÇEN Emre PS-0157, PS-0212, PS-0213, PS-0214, PS-0224, PS-0305, PS-0307, PS-0327, PS-0356, PS-0357, PS-0358, PS-0390, PS-0391, PS-0392, PS-0485, PS-0487, PS-0510, PS-0532, PS-0673, PS-0780, PS-0810, PS-0843, PS-0914, PS-0917
GÖKDEMİR Mehmet Tahir PS-0255, PS-0369, PS-0374, PS-0447, PS-0449, PS-0501, PS-0522, PS-0733, PS-0855, PS-0863
GOKHAN Servan PS-0782
GÖKSU Ali PS-0403, PS-0404
GÖKTEKİN Mehmet Çağrı SS-036, PS-0273, PS-0274, PS-0428, PS-0429, PS-0443, PS-0462, PS-0683, PS-0873, PS-0889
GOLCUK Yalcin SS-044, SS-045
GÖLCÜK Burcu SS-079, SS-081
GÖLCÜK Yalçın SS-079, SS-081, PS-0457
GÖNENÇ ÇEKİÇ Özgen PS-0244, PS-0432, PS-0433, PS-0437, PS-0438
GÖNÜLLÜ Hayriye PS-0541, PS-0545, PS-0884
GÖRMELİ KURT Nazlı PS-0839
GOZENELİ Orhan SS-003
GÖZENELİ Orhan PS-0369, PS-0449
GÖZÜAÇIK Asiye Aslı PS-0377
GÜCÜYENER Bünyamin ,
GÜCÜYENER Mehmet Bünyamin PS-0160, PS-0166, PS-0167, PS-0190, PS-0192, PS-0193, PS-0194
GÜL Evrim PS-0122, PS-0141, PS-0583, PS-0681, PS-0739
GÜL Mehmet SS-031, PS-0075, SS-089, SS-090, SS-094, SS-129, PS-0165, PS-0424, PS-0571, PS-0575, PS-0577, PS-0584, PS-0588, PS-0674, PS-0800
GÜL Serdar Savaş PS-0360
GÜL Yeliz PS-0681
GÜLAÇTI Umut SS-036, PS-0048, PS-0188, PS-0255, PS-0447, PS-0564, PS-0638, PS-0639, PS-0733
GÜLALP Betül SS-025
GÜLEÇ Ali SS-052
GÜLEN Bedia PS-0164, PS-0686, PS-0862
GÜLEN Müge PS-0220, PS-0405, PS-0408, PS-0411, PS-0415, PS-0418, PS-0440, PS-0452, PS-0497, PS-0709, PS-0710, PS-0875
GÜLEN Nimet SS-029, PS-0883
GÜLER Özlem PS-0141, PS-0583, PS-0681, PS-0739
GÜLER Sertaç SS-027, PS-0113, PS-0279, PS-0347, PS-0351, PS-0488, PS-0495, PS-0608, PS-0653, PS-0702, PS-0705, PS-0727, PS-0869, PS-0902
GÜLLÜPINAR Birdal PS-0015, PS-0533
GÜLOĞLU Cahfer PS-0595, PS-0666, PS-0818, PS-0819
GÜLPEMBE Mustafa SS-051, SS-054, SS-066, SS-078, SS-080, SS-082, SS-104, PS-0066, PS-0202, PS-0234, PS-0565, PS-0569, PS-0669, PS-0670, PS-0685, PS-0689, PS-0789, PS-0841
GÜLÜNAY Aydın PS-0209
GÜLÜNAY Behnan PS-0051, PS-0176, PS-0386
GÜMRÜKÇÜ Ayşegül PS-0258, PS-0266, PS-0458, PS-0460
GÜMRÜKÇÜ Volkan PS-0628
GÜMÜŞBOĞA Hasan SS-111, SS-115, SS-126, PS-0168, PS-0169, PS-0195, PS-0382, PS-0531, PS-0637
GÜN Cem PS-0286, PS-0289, PS-0292, PS-0294, PS-0296, PS-0466, PS-0468, PS-0470, PS-0472, PS-0905, PS-0910, PS-0916
GÜNAL Elnare SS-010, PS-0020, PS-0021, PS-0023, PS-0111, PS-0137, PS-0299, PS-0482, PS-0483, PS-0750
GÜNALP Müge SS-029, PS-0453, PS-0883
GÜNARLI Nurcan PS-0359, PS-0490, PS-0915
GUNAY Samil SS-003
GÜNAY Erkan PS-0582, PS-0692
GÜNAYDIN Gül Pamukçu SS-119
GÜNAYDIN İsa PS-0208
GÜNAYDIN Mücahit PS-0361, PS-0379
GÜNAYDIN Yahya Kemal SS-018, SS-019, SS-086, PS-0049, PS-0142, PS-0565, PS-0640, PS-0685, PS-0777
GUNDOGDU Omer Lutfi PS-0117
GÜNDOĞDU Kemal PS-0085, PS-0092, PS-0095, PS-0106, PS-0123, PS-0124, PS-0126
GÜNDOĞDU CEYLAN Bilge PS-0504
GÜNDÜZ Abdulkadir
GÜNDÜZ Abdülkadir SS-021, SS-101, PS-0243, PS-0247, PS-0431, PS-0434, PS-0435, PS-0437, PS-0439
GÜNDÜZ Ercan PS-0107, PS-0108, PS-0262, PS-0450, PS-0595, PS-0666, PS-0667, PS-0695, PS-0818, PS-0819, PS-0820, PS-0823, PS-0880, PS-0881, PS-0885
GÜNDÜZ Ersen PS-0215, PS-0395
GÜNDÜZ Harika PS-0164, PS-0201, PS-0346, PS-0376, PS-0385, PS-0861, PS-0862, PS-0866
GÜNDÜZALP Ahmet PS-0107, PS-0450, PS-0666, PS-0695, PS-0819, PS-0820, PS-0823, PS-0880, PS-0881
GÜNEL Mustafa Ercan PS-0455, PS-0456
GÜNER Hakan PS-0571, PS-0575, PS-0603, PS-0620, PS-0792, PS-0795
GUNES Harun PS-0003, PS-0007, PS-0012, PS-0026, PS-0027, PS-0028, PS-0029, PS-0030, PS-0316, PS-0499, PS-0549, PS-0551, PS-0561, PS-0624, PS-0626, PS-0633, PS-0676, PS-0696, PS-0745, PS-0737, PS-0756, PS-0757, PS-0758, PS-0785
GÜNEŞ Abdurrahman PS-0508
GÜNEŞ Celal PS-0160, PS-0166, PS-0167, PS-0192, PS-0193
GÜNEŞ Nalan PS-0495
GÜNEY Hülya SS-043
GÜNEY Serhat PS-0172
GÜNEYSEL Özlem SS-058, SS-127
GUNEYSU Fatih PS-0551, PS-0757
GUNEYSU Semih PS-0012, PS-0027, PS-0028, PS-0029, PS-0030, PS-0676, PS-0757
GÜNGÖR İremgül PS-0053, PS-0110, PS-0812
GÜNGÖRER Bülent PS-0634, PS-0635
GÜNGÖRER Vildan PS-0329, PS-0515
GÜNGÖRMEZ Fatih PS-0369, PS-0449, PS-0501, PS-0733, PS-0855, PS-0863
GÜNGÖRMEZ Fatih PS-0522
GÜR Ali PS-0182, PS-0233, PS-0372, PS-0525, PS-0865
GÜR Sultan Tuna Akgöl PS-0474
GÜRBÜZ Hüseyin PS-0108, PS-0667
GÜRBÜZ Şükrü PS-0058, PS-0172, PS-0182, PS-0210, PS-0228, PS-0230, PS-0233, PS-0372, PS-0409, PS-0413, PS-0521

GÜRGER Mehtap PS-0268, PS-0273, PS-0274, PS-0278, PS-0302, PS-0461, PS-0463, PS-0473, PS-0476, PS-0484, PS-0492, PS-0717, PS-0732, PS-0829, PS-0831, PS-0832, PS-0887
GÜRLER Halil SS-068, SS-072, PS-0909
GÜRLER Serdar SS-029, PS-0453, PS-0883
GÜRSOY Olcay SS-088
GÜVEN Ekim PS-0574
GÜVEN İbrahim PS-0705
GÜVEN Merve PS-0588, PS-0603, PS-0604
GÜVEN Mevlüt SS-080
GÜVEN Taner PS-0228, PS-0521, PS-0621
GÜVENÇ Erkan PS-0218, PS-0401, PS-0402
GÜZEL Ahmet PS-0328
GÜZEL Hakan PS-0022
GÜZEL Murat PS-0691
GÜZEL Remzi PS-0582, PS-0692

H

HABİBOLLAHİ Paria PS-0044, PS-0045, PS-0846
HAKBİLİR Oktay SS-038, PS-0554, PS-0560, PS-0847
HAKKOYMAZ Hakan PS-0062, PS-0580
HALHALLI Hüseyin Cahit SS-123, PS-0177, PS-0381, PS-0399
HALİS Fikret PS-0454
HARAKISA Halit PS-0876
HASBEK Zekiye PS-0360
HASGÜL Burak PS-0042, PS-0240, PS-0420, PS-0421, PS-0774, PS-0890
HASIRCI Eray PS-0081
HASTÜRKOĞLU Sercan SS-038, PS-0010, PS-0052, PS-0054, PS-0110, PS-0552, PS-0554, PS-0572, PS-0616, PS-0632, PS-0678, PS-0743, PS-0751, PS-0787
HAYRAN Mustafa SS-079
HAYTAÇ Erdem PS-0157, PS-0485, PS-0914
HENDEN Pınar PS-0105, PS-0232, PS-0310, PS-0412, PS-0542, PS-0775, PS-0788, PS-0895
HINCAL Şakir Ömür PS-0498
HOCAGİL Abdullah Cüneyt PS-0118, PS-0121, PS-0325, PS-0596, PS-0822, PS-0840
HOCAGİL Hilal PS-0118, PS-0121, PS-0325, PS-0596, PS-0822, PS-0840
HOCOGLU Zeynep Ilksen PS-0333
HÖKE Mehmet Hilmi PS-0708
HÜNÜK Aysel SS-065, PS-0127, PS-0151, PS-0335, PS-0911

I-İ

İBRAHİM Abdullah PS-0332, PS-0581, PS-0587, PS-0590, PS-0591, PS-0592, PS-0594, PS-0597, PS-0662, PS-0663, PS-0664, PS-0665, PS-0694, PS-0817
İÇER Mustafa PS-0107, PS-0108, PS-0262, PS-0450, PS-0595, PS-0666, PS-0667, PS-0695, PS-0818, PS-0819, PS-0820, PS-0880, PS-0881, PS-0885
ICME Ferhat PS-0782, PS-0783
İKİZCELİ İbrahim SS-002, SS-035, PS-0164, PS-0189, PS-0201, PS-0346, PS-0376, PS-0385, PS-0547, PS-0734, PS-0861, PS-0862, PS-0866
İLBAY Mehmet PS-0654, PS-0655, PS-0806, PS-0808
İLDEŞ Serhat PS-0038, PS-0761, PS-0796
İLHAN Nevin PS-0829
İLHAN Selçuk PS-0829
İMAK Arife PS-0729, PS-0731
İMAMOĞLU Melih SS-102, PS-0243, PS-0431, PS-0434, PS-0436
İNAN Selim SS-007, SS-015, SS-024, SS-026, SS-034, SS-038, SS-039, SS-047, SS-048, PS-0008, PS-0009, PS-0010, PS-0013, PS-0025, PS-0031, PS-0040, PS-0052, PS-0079, PS-0080, PS-0140, PS-0147, PS-0308, PS-0426, PS-0503, PS-0552, PS-0553, PS-0554, PS-0555, PS-0556, PS-0557, PS-0558, PS-0559, PS-0560, PS-0563, PS-0572, PS-0625, PS-0627, PS-0631, PS-0632, PS-0677, PS-0678, PS-0679, PS-0688, PS-0726, PS-0738, PS-0740, PS-0741, PS-0742, PS-0743, PS-0751, PS-0752, PS-0753, PS-0754, PS-0755, PS-0771
İNCE Abdulkadir SS-118
İNCE Meltem PS-0412, PS-0703
İNCEALTIN Onur SS-077, SS-092, PS-0114, PS-0216, PS-0394, PS-0396, PS-0700
INCEOGLU Oguz Kagan PS-0012, PS-0029, PS-0745
INCİ Ayse PS-0661, PS-0791, PS-0815
İPEK Mustafa PS-0107, PS-0108, PS-0695, PS-0820, PS-0823
İPEKCİ Afsin PS-0164, PS-0862
İRİK Mehmet SS-079, SS-081
IRMAK SAPMAZ Hilal PS-0237, PS-0238, PS-0239, PS-0419, PS-0420, PS-0422, PS-0423, PS-0804, PS-0891
İŞAT Gökhan SS-065, PS-0285, PS-0352, PS-0611
İŞIK Ayşe SS-030, PS-0600, PS-0601, PS-0602, PS-0615, PS-0836
IŞIK Bahattin SS-040
IŞIK KINACI Ayşe SS-095, PS-0670
İSKENDER UYSAL Pınar PS-0053, PS-0110, PS-0812
İŞLER Şükrü SS-060, PS-0536, PS-0537, PS-0538, PS-0539, PS-0540
İŞLER Yeşim SS-060, PS-0303, PS-0536, PS-0537, PS-0538, PS-0539, PS-0540, PS-0546
İSTAN Gündüz Kadir PS-0368
İSTANBULLUOĞLU Rabia SS-052

K

KABLAN Ali PS-0641
KACAR Halil İbrahim PS-0620
KAÇER İlker SS-078, SS-104, PS-0669, PS-0689
KADAM Koray PS-0544, PS-0715
KADIOĞLU Emine PS-0017, PS-0171, PS-0174
KAFALI Mehmet Ertuğrul PS-0070
KAHRAMANCA Şahin PS-0020, PS-0022, PS-0023, PS-0111, PS-0112, PS-0299, PS-0482
KAHRAMANCA Şahin PS-0750
KAHVECİ Uğur PS-0275, PS-0722, PS-0900
KAHYA Eyüp PS-0698
KALA Ferdi PS-0396, PS-0400, PS-0535
KALA İrfan SS-007, SS-015, SS-023, SS-048, PS-0013, PS-0031, PS-0052, PS-0053, PS-0054, PS-0057, PS-0063, PS-0064, PS-0065, PS-0078, PS-0079, PS-0080, PS-0100, PS-0110, PS-0143, PS-0144, PS-0147, PS-0185, PS-0340, PS-0426, PS-0489, PS-0503, PS-0520, PS-0557, PS-0562, PS-0572, PS-0573, PS-0585, PS-0586, PS-0593, PS-0612, PS-0616, PS-0625, PS-0649, PS-0728, PS-0741, PS-0742, PS-0743, PS-0755, PS-0759, PS-0771, PS-0781, PS-0786, PS-0787, PS-0793, PS-0798, PS-0811, PS-0812, PS-0813, PS-0814, PS-0816, PS-0827, PS-0828, PS-0847
KALAFAT Utku Murat PS-0104, PS-0566, PS-0619, PS-0642, PS-0648, PS-0656, PS-0658, PS-0659, PS-0660, PS-0661, PS-0778, PS-0779, PS-0784, PS-0791, PS-0815, PS-0842
KALCA Süleyman PS-0477
KALDIRIM Ümit PS-0417
KALE Yakup PS-0770
KALENDER Mehmet SS-096
KALKAN Asım SS-009, SS-113, SS-122, PS-0219, PS-0306, PS-0313, PS-0477
KALKAN Yıldıray SS-009
KAMAN Ali SS-042, PS-0645, PS-0762
KAMIŞLI Suat PS-0210, PS-0228
KANAT Sevinç PS-0596
KANDEMİR Mehmet Nail PS-0429, PS-0443, PS-0462
KANDİŞ Hayati PS-0007, PS-0026, PS-0027, PS-0626, PS-0332, PS-0499, PS-0561, PS-0581, PS-0587, PS-0590, PS-0591, PS-0592, PS-0594, PS-0597, PS-0633, PS-0662, PS-0663, PS-0664, PS-0665, PS-0694, PS-0696, PS-0737, PS-0745, PS-0756, PS-0757, PS-0758, PS-0817
KANTEKİN Burçak PS-0235, PS-0256, PS-0714, PS-0896
KAPAKLI Mahmut Sertan PS-0371
KAPAR YAVASİ Secil PS-0333
KAPÇI Mücahit PS-0222, PS-0261
KAPLAN Davut PS-0408, PS-0411, PS-0415, PS-0497, PS-0506
KAPLAN Meltem PS-0014
KAPTAN Hayrettin Meftun PS-0808, PS-0809
KAPTAN Meftun Hayrettin PS-0760
KARA Asude PS-0236, PS-0248
KARA Duygu PS-0201, PS-0866
KARA Ertuğrul PS-0107, PS-0666, PS-0823, PS-0881
KARA Hasan SS-052
KARA Hatice PS-0541, PS-0545, PS-0884
KARA Merve PS-0231, PS-0895, PS-0912
KARA Nihan PS-0457
KARAALİ Mümin PS-0301, PS-0920
KARAASLAN Ulaş SS-108, PS-0367, PS-0368
KARABAĞ Bora PS-0300, PS-0629
KARABAS Melike PS-0675
KARABOĞA Türker PS-0330, PS-0574, PS-0779, PS-0784, PS-0842
KARACA Adeviye PS-0731
KARACA Bahadır SS-016, SS-057, SS-059, SS-062, SS-063, SS-067, SS-068, SS-069, SS-070, SS-071, SS-072, SS-073, SS-074, SS-103, SS-120, SS-121, SS-128, PS-0138, PS-0250, PS-0339, PS-0359, PS-0448, PS-0490, PS-0657, PS-0893, PS-0915
KARACA Yunus SS-021, SS-101, SS-102, PS-0243, PS-0245, PS-0432, PS-0436, PS-0711
KARACABEY Sinan SS-058, PS-0006, PS-0596
KARAÇAL Nurser PS-0066
KARADAŞ Mehmet Akif PS-0154, PS-0396, PS-0699, PS-0700
KARADAŞ Sevdegül PS-0541, PS-0545, PS-0884
KARADAYI Kürşat PS-0387, PS-0388
KARADENİZ Muhammed PS-0347
KARADENİZ Özgür PS-0367
KARAGÖZ Arif PS-0254
KARAGÜN Özlem SS-025
KARAHACIOĞLU Berkay SS-084, SS-085
KARAHALİLOĞLU Cihad Ünsal PS-0394, PS-0396, PS-0514
KARAHAN Mahmut Alp PS-0501
KARAHAN Vildan PS-0247, PS-0435, PS-0439
KARAKAŞ Mehmet Fatih PS-0857, PS-0858, PS-0860
KARAKAYA Ali Erdal SS-050
KARAKAYA Zeynep SS-031, PS-0145, PS-0146, PS-0790
KARAKAYALI Onur SS-119, SS-123, PS-0381, PS-0399
KARAKILIÇ M. Evvah
KARAKILIÇ Muhammed Evvah SS-007, SS-015, SS-024, SS-026, SS-034, SS-038, SS-039, SS-047, SS-048, PS-0008, PS-0009, PS-0010, PS-0013, PS-0025, PS-0047, PS-0052, PS-0053, PS-0065, PS-0078, PS-0080, PS-0098, PS-0103, PS-0110, PS-0140, PS-0552, PS-0553, PS-0554, PS-0555, PS-0556, PS-0557, PS-0558, PS-0559, PS-0560, PS-0563, PS-0593, PS-0612, PS-0625, PS-0627, PS-0631, PS-0632, PS-0677, PS-0678, PS-0679, PS-0738, PS-0740, PS-0741, PS-0742, PS-0743, PS-0751, PS-0752, PS-0753, PS-0771, PS-0787, PS-0811, PS-0813, PS-0814
KARAKISA Halit PS-0548, PS-0622, PS-0623, PS-0735, PS-0736
KARAKOÇ Emre PS-0630
KARAKOÇ Yenal PS-0107
KARAKOYUN Salih PS-0626
KARAKUŞ Ali PS-0249, PS-0251, PS-0383, PS-0442, PS-0500, PS-0516, PS-0706, PS-0713, PS-0872, PS-0879, PS-0888
KARAKUŞ KENAN Nazlı PS-0076, PS-0077, PS-0584, PS-0620, PS-0794, PS-0797
KARAMAN Esra PS-0210, PS-0414, PS-0682, PS-0874
KARAMAN Handan Isın Ozısık PS-0776
KARAMAN Kerem PS-0086, PS-0095, PS-0096, PS-0123
KARAMAN Kıvanç PS-0235, PS-0256, PS-0714, PS-0805, PS-0896
KARAMAN Serhat PS-0011, PS-0042, PS-0238, PS-0336, PS-0419, PS-0423, PS-0804
KARAMERCAN Mehmet Akif SS-044, SS-045
KARAMİŞE Gökhan PS-0546
KARAPINARLI Berkin PS-0065, PS-0078, PS-0616, PS-0781, PS-0847
KARAPOLAT Bekir Sami PS-0711
KARAŞAL Nur Seher PS-0517
KARBEK AKARCA Funda PS-0179, PS-0276, PS-0718, PS-0897
KARCIOĞLU Özgür PS-0286, PS-0289, PS-0292, PS-0294, PS-0296, PS-0466, PS-0468, PS-0470, PS-0472, PS-0905, PS-0910, PS-0916
KARĞI Ertuğrul PS-0763
KARŞIDAĞ Sibel PS-0198
KARTAL Şahin SS-088
KARTALOĞLU İlknur PS-0309, PS-0312, PS-0852
KASA Mehmet PS-0072, PS-0334
KATI Celal PS-0412, PS-0542, PS-0635, PS-0703, PS-0788
KATİPOĞLU Burak PS-0435
KATIRCI Yavuz SS-027, SS-033, PS-0113, PS-0264, PS-0347, PS-0351, PS-0425, PS-0441, PS-0445, PS-0613, PS-0617, PS-0653, PS-0702, PS-0727, PS-0902
KATRANCIOĞLU Nurkay PS-0163
KATSAKOGLOU Soukri SS-118, PS-0160, PS-0166, PS-0167, PS-0192
KAVAK Nezih PS-0350
KAVALCI Cemil SS-014, SS-025, SS-040, PS-0608, PS-0697, PS-0716
KAVALCI Gülsüm SS-040
KAVASOĞLU Barış PS-0857, PS-0860
KAYA Aynur Ecevit PS-0605
KAYA Bora SS-123, PS-0270, PS-0343, PS-0381, PS-0399
KAYA Cengiz PS-0199, PS-0397
KAYA Emre PS-0271

KAYA Ender	PS-0047
KAYA Fatih Öner	PS-0198, PS-0204, PS-0371
KAYA Halil	PS-0255, PS-0369, PS-0374, PS-0447, PS-0449, PS-0501, PS-0522, PS-0733, PS-0855, PS-0863
KAYA Kürşat	PS-0668
KAYA Murtaza	PS-0139, PS-0199
KAYA Musa	PS-0041, PS-0806
KAYA Orhan	PS-0200, PS-0403, PS-0404
KAYA Oskay	PS-0022
KAYA Şeyhmus	PS-0181, PS-0218, PS-0345, PS-0362, PS-0370, PS-0401, PS-0402, PS-0497, PS-0506, PS-0864
KAYA Süheyla	PS-0773, PS-0774
KAYA Ural	PS-0118, PS-0822
KAYACI Mine	PS-0424
KAYAYURT Kamil	SS-008, SS-122, PS-0115, PS-0116, PS-0117, PS-0132, PS-0219, PS-0306, PS-0313, PS-0333, PS-0477
KAYGILI Bilge Sultan	PS-0166, PS-0190, PS-0193, PS-0194
KAYIPMAZ Afşin Emre	SS-014, SS-025, SS-040, PS-0081, PS-0176, PS-0386, PS-0697
KAYNAKCI BAYRAM Mehtap	SS-117, PS-0359, PS-0490, PS-0915
KAZAN Seven	PS-0309
KEHA KURT Nur Banu	PS-0430, PS-0438
KELEPÇE Öznur	PS-0491
KEMER Serkan	PS-0331, PS-0807
KENDİR Osman	PS-0874
KEŞAPLI Mustafa	PS-0314, PS-0479, PS-0480, PS-0729, PS-0731
KESKİN Ahmet Turgut	PS-0186
KESKİN Özcan	PS-0137
KESKİN GÜLER Selda	PS-0495
KHAFFAFİ Behrang	PS-0045
KİLCİ Ali İhsan	SS-062, SS-070, SS-071, SS-073, SS-098, SS-128, PS-0657
KILIÇ Hasan	PS-0485, PS-0487, PS-0780, PS-0810, PS-0914
KILIÇ Mazlum	SS-105, PS-0326, PS-0904
KILIÇ Mehmet	PS-0711
KILIÇ Orhan	PS-0629
KILIÇ Şebnem	PS-0455
KILIÇASLAN İsa	SS-084, SS-085
KILIÇLI Elif	PS-0697
KILIÇOĞLU Cuma	SS-115, PS-0871
KILINÇ İbrahim	SS-020, SS-089, SS-090
KILINÇ Rabia Mihriban	PS-0348
KİM Suncheun	SS-021
KIR Esma	PS-0052, PS-0079, PS-0340, PS-0798, PS-0827
KİRATLİ Kazim	PS-0331, PS-0807, PS-0824
KİRLİ İsmail	PS-0019
KIRPAT Vedat	PS-0314, PS-0480
KIYAN Güçlü Selahattin	PS-0276, PS-0324, PS-0507, PS-0718, PS-0721, PS-0838, PS-0897, PS-0901
KIZILET Mahmut	SS-071, PS-0909
KIZILKILIÇ Ebru	PS-0371
KİZİLTAN Gunes	PS-0734
KOÇ Bünyamin	PS-0614, PS-0748
KOÇ Emel	PS-0359, PS-0915
KOÇ İlyas	PS-0494, PS-0641, PS-0913
KOCA Levent	PS-0118, PS-0822
KOCA Metin	SS-052
KOCA Şükran	PS-0822
KOCABAŞ Yeliz	SS-123, PS-0177, PS-0381
KOCAK Sedat	PS-0077, PS-0800
KOÇAK Abdullah Osman	PS-0283, PS-0284, PS-0288, PS-0298, PS-0354, PS-0355, PS-0467, PS-0474, PS-0725, PS-0907
KOÇAK Sedat	SS-046, SS-061, SS-089, SS-090, SS-091, SS-094, SS-129, PS-0149, PS-0576, PS-0579, PS-0599, PS-0603, PS-0821
KOÇAK METİN Vicdan	PS-0586
KOCALAR Ümmü Gülsüm	SS-014, SS-025
KOCAOĞLU Salih	PS-0358, PS-0843, PS-0914
KOCAŞABAN Dilber	PS-0441
KOCATÜRK Ayşe Dilara	PS-0109, PS-0352
KOÇER Havva Belma	PS-0088, PS-0097, PS-0124
KOÇER Mehmet Taylan	PS-0854
KOÇER Mürsel	PS-0002, PS-0427, PS-0513, PS-0548, PS-0622, PS-0623, PS-0735, PS-0736, PS-0876
KOKEN Tulay	SS-031
KOKSAL Vaner	PS-0115
KOKSAL Yasin	PS-0007, PS-0030, PS-0551, PS-0626, PS-0676, PS-0745, PS-0758
KÖKSAL Nurhan	PS-0775
KÖKSALDI ŞAHİN Gonca	PS-0208
KÖKTEN YILDIRIM Nurdan	PS-0515
KOKULU Kamil	SS-078, SS-082, PS-0049, PS-0142, PS-0640, PS-0789
KÖMÜRCÜ Özkan	PS-0002
KOMUT Erdal	PS-0103, PS-0816
KOMUT Seval	PS-0063, PS-0103, PS-0144, PS-0814, PS-0816, PS-0847
KONAR Merve	PS-0394
KORKMAZ Ayhan	SS-079
KORKMAZ Aytel	PS-0894
KORKMAZ İlhan	PS-0161, PS-0163, PS-0378, PS-0519
KORKMAZ Mehmet	PS-0016
KORKMAZ Murat	PS-0697
KORKMAZ Uğur	PS-0763
KORKUT Esin	PS-0263, PS-0271
KORKUT Semih	PS-0263, PS-0271
KOŞARGELİR Mehmet	PS-0592, PS-0594, PS-0597, PS-0662, PS-0664, PS-0817
KOSE Fulya	PS-0075, PS-0338
KOSE Leyla	PS-0734
KÖSE Ahmet	PS-0894
KÖSE Ataman	PS-0191, PS-0364, PS-0366, PS-0471, PS-0523
KÖSE Beril	PS-0533
KÖSE Bestami	PS-0258, PS-0458
KÖSE Ertuğrul Deniz	PS-0420
KÖSE Fulya	SS-091, PS-0072, PS-0570, PS-0571, PS-0575, PS-0576, PS-0577, PS-0579, PS-0618, PS-0650, PS-0690, PS-0792, PS-0801
KÖSELER Gülhan	SS-109, PS-0195
KÖSEOĞLU Zikret	PS-0548
KOVANCI Bilginar	PS-0535
KÖYLÜ Öznur	SS-086, SS-095
KÖYLÜ Ramazan	SS-018, SS-019, SS-086, SS-095, PS-0049, PS-0142, PS-0565, PS-0640, PS-0685, PS-0777
KOYUN Murat	PS-0481
KOZACI Nalan	PS-0479
KÜÇÜK Bertan	PS-0021
KÜÇÜK Egemen	SS-004, SS-005, SS-006, SS-012, SS-013, SS-097, PS-0524, PS-0550, PS-0724, PS-0856
KÜÇÜK Irfan	SS-004, SS-013
KÜÇÜKCERAN Kadir	SS-094, PS-0149, PS-0334, PS-0821
KUKUL GÜVEN Fatma Mutlu	PS-0161, PS-0163, PS-0378, PS-0519
KUL Seval	SS-028
KULA Zekiye	PS-0744
KÜRKLÜ Ömer	PS-0378, PS-0519
KURT Bekir Barış	PS-0038, PS-0647
KURT Erdem	PS-0610
KURT Faruk	SS-049, PS-0651
KURT Mevlüt	PS-0763
KURT Mustafa	PS-0857, PS-0858, PS-0860
KURT Özlem Kar	PS-0765, PS-0769
KURT Sezgin	PS-0023
KURTDERE Cuma	PS-0859
KURTOGLU CELİK Gulhan	PS-0782, PS-0783
KURTULMUŞ Yusuf	SS-079
KÜRÜMLÜOĞLU Hakan	PS-0184
KÜSKEN Özlem	PS-0285, PS-0911
KUSKU KIYAK Sevil	PS-0055, PS-0056, PS-0644
KUTUR Ahmet	PS-0375, PS-0384, PS-0393, PS-0398, PS-0416, PS-0478, PS-0496, PS-0498, PS-0878
KUVANDIK Güven	PS-0249, PS-0516, PS-0713, PS-0879
KUYUMCU Mahir	PS-0667
KUZGUN Ayşe Filiz	PS-0461, PS-0492
LİLLEBO Børge	PS-0693
L	
LÖK Uğur	SS-036, PS-0048, PS-0188, PS-0255, PS-0447, PS-0564, PS-0638, PS-0639, PS-0733
LøVSTAKKEN Kåre	PS-0693
M	
MANAP Abide Merve	PS-0280, PS-0326
MELEKOĞLU Adem	PS-0722
MEMİŞ Barış	SS-065, SS-106
MEMİŞ Murat	SS-119
MENDİL Yücel	SS-128, PS-0490
MENTEŞE Ahmet	SS-101
MERCİMEK Yavuz	PS-0397
MERSİN Ece	PS-0664, PS-0694
MESTAN Emine	PS-0749
MESTAN Metin	PS-0016
METE Şahabettin	PS-0121, PS-0325, PS-0840
METİN Vicdan Koçak	SS-015, SS-047, PS-0143, PS-0557, PS-0627, PS-0751, PS-0828
METİN Yavuz	PS-0117
METİNER Yasin	SS-105, PS-0128, PS-0280, PS-0326, PS-0344, PS-0353, PS-0701, PS-0904
MEVLANAOĞLU Berkay	PS-0065, PS-0185, PS-0616, PS-0781
MISTIK Yusuf	PS-0193, PS-0194
MOLLAOĞLU Ayla	PS-0902
MOLLAOĞLU Murat Can	PS-0387, PS-0388
MÜDERRİS Erinç	SS-024, SS-026, SS-034, SS-039, PS-0008, PS-0009, PS-0025, PS-0040, PS-0054, PS-0140, PS-0553, PS-0556, PS-0558, PS-0560, PS-0631, PS-0679, PS-0742, PS-0743, PS-0754, PS-0755
MURAÇAL Nurser	SS-030, SS-054, SS-019, PS-0142, PS-0234, PS-0601, PS-0789
MURAT Sani Namık	PS-0347
MUTLU Alparslan	SS-127
MUTLU Aslı	PS-0432
MUTLU İsmail Cihan	PS-0207
N	
NACAR Alper Buğra	PS-0857, PS-0858, PS-0859, PS-0860
NACAR Hüseyin	PS-0148
NAJAFOV Nijat	PS-0289, PS-0292, PS-0910
NAKIŞ Burak	SS-105, PS-0280, PS-0281, PS-0285, PS-0344, PS-0352, PS-0353, PS-0465, PS-0904
NALBANT Selim	PS-0204
NARCI Hüseyin	PS-0191, PS-0366, PS-0471, PS-0523, PS-0746, PS-0747
NASIR Ahmet	PS-0126
NOGAY Suleyman	SS-041
O-Ö	
OCAK Tarık	SS-017, SS-042, SS-049, PS-0039, PS-0041, PS-0055, PS-0056, PS-0082, PS-0083, PS-0084, PS-0104, PS-0318, PS-0330, PS-0574, PS-0589, PS-0636, PS-0642, PS-0643, PS-0644, PS-0645, PS-0646, PS-0647, PS-0648, PS-0651, PS-0656, PS-0658, PS-0659, PS-0660, PS-0661, PS-0760, PS-0762, PS-0763, PS-0764, PS-0765, PS-0766, PS-0767, PS-0768, PS-0769, PS-0770, PS-0772, PS-0778, PS-0779, PS-0784, PS-0791, PS-0815, PS-0806, PS-0842, PS-0848, PS-0849, PS-0850, PS-0851, PS-0853
ÖCAL Oktay	SS-106, PS-0610, PS-0904
ÖCAL Serkan	PS-0697
ODABAŞI Dursun	PS-0334
ÖDEMİŞ Harika	PS-0257, PS-0383, PS-0706, PS-0723, PS-0872, PS-0882
OFLAZ Ali	SS-096
OĞUZ Ahmet Burak	SS-029, PS-0453
OĞUZTÜRK Hakan	PS-0182, PS-0210, PS-0228, PS-0373, PS-0409, PS-0413, PS-0521, PS-0621, PS-0668, PS-0865
OKAN İsmail	PS-0493
OKTAR Levent	SS-051, SS-082, SS-114, PS-0841
OKTAY Mehmet Murat	SS-028, PS-0158
OKTAY Mehtap	PS-0003
OKUMUŞ Mehmet	SS-033, PS-0061, PS-0351, PS-0653, PS-0671, PS-0802
OKUR Osman Mahir	PS-0051, PS-0176, PS-0209, PS-0386
ÖLMEZ Ümit	PS-0154, PS-0215, PS-0216, PS-0395, PS-0400, PS-0534, PS-0535, PS-0699, PS-0700
OLTULU Pembe	SS-020
OLUK Ahmet	PS-0547
OMEROGLU Mevlana	PS-0134, PS-0155
ÖMEROĞLU Mevlana	SS-032, PS-0298, PS-0725
ÖNAL Mehmet Akif	SS-022, SS-046, SS-089, SS-090, PS-0076, PS-0149, PS-0599, PS-0618, PS-0620, PS-0650, PS-0690, PS-0821
ONBAS Omer	PS-0549
ÖNDER Arif Hakan	PS-0159, PS-0186
ÖNEN Özgür	PS-0265
ÖNER Nuran	PS-0205
ONGAR Murat	SS-015, SS-034, PS-0013, PS-0079, PS-0140, PS-0308, PS-0340, PS-0489, PS-0503, PS-0555, PS-0557, PS-0562, PS-0612, PS-0752, PS-0755, PS-0787
ÖNGE Tuğrul	PS-0406
ONUR Bahattin	SS-105, SS-106, PS-0127, PS-0128, PS-0285, PS-0465
ONUR Mehmet Ruhi	SS-036
ONUR Özge Ecmel	PS-0151, PS-0911
ONUR Ümit Fikret	PS-0550
ORAK Murat	PS-0277, PS-0819, PS-0823, PS-0839
ORUÇ Oya	PS-0508, PS-0517, PS-0537, PS-0868
ÖRÜN Serhat	PS-0180, PS-0196, PS-0217, PS-0222, PS-0241, PS-0252, PS-0261, PS-0486
OTAL Yavuz	PS-0783
OVALI Funda	SS-024, SS-026, SS-039, SS-047, PS-0008, PS-0009, PS-0308, PS-0553, PS-0556, PS-0557, PS-0560, PS-0679, PS-0726, PS-0728, PS-0742
OVALİ Funda	PS-0631
OYMACI Erkan	SS-110
OZ Gurhan	SS-031
ÖZ Medine Akkan	SS-030, PS-0601, PS-0615
ÖZ Tolga	PS-0157, PS-0305, PS-0485, PS-0487
ÖZALP Damla	PS-0898

ÖZALP Damla Selma	SS-065, SS-106, PS-0127, PS-0128, PS-0326, PS-0335, PS-0610, PS-0611, PS-0701, PS-0911
OZAYDİN Ismet	PS-0003
ÖZBAKAN Ömer	PS-0810, PS-0917
ÖZBALCI Gökhan Selçuk	PS-0912
ÖZBAY Hakan	PS-0032, PS-0033, PS-0034, PS-0035, PS-0036, PS-0037
ÖZBAY Sedat	PS-0051, PS-0161, PS-0176, PS-0209, PS-0386
ÖZBEK Ahmet	PS-0591, PS-0665
ÖZCAN Figen	PS-0231, PS-0703
ÖZCAN Önder	PS-0019
ÖZÇELİK Hamit	PS-0345, PS-0505
ÖZÇETE Enver	PS-0276, PS-0324, PS-0718, PS-0721, PS-0838, PS-0897, PS-0901
OZDEMİR Bulent	PS-0116
OZDEMİR Cigdem	SS-031
ÖZDEMİR Alper Tunga	SS-079
ÖZDEMİR Attila	PS-0919
ÖZDEMİR Mahmut	PS-0884
ÖZDEMİR Mehmet Baki	PS-0011, PS-0237, PS-0240, PS-0804, PS-0890
ÖZDEMİR Mehmet Tamer	PS-0137
ÖZDEMİR Metin	SS-007, SS-023, SS-024, SS-026, SS-038, SS-039, SS-047, SS-048, PS-0008, PS-0009, PS-0025, PS-0052, PS-0057, PS-0308, PS-0489, PS-0520, PS-0552, PS-0553, PS-0554, PS-0555, PS-0558, PS-0559, PS-0593, PS-0616, PS-0625, PS-0627, PS-0677, PS-0678, PS-0679, PS-0726, PS-0730, PS-0738, PS-0740, PS-0753, PS-0787
ÖZDEMİR Murat	PS-0020, PS-0021, PS-0023, PS-0482, PS-0483, PS-0750
ÖZDEMİR Serdar	SS-065, SS-105, SS-106, PS-0127, PS-0128, PS-0280, PS-0281, PS-0285, PS-0326, PS-0335, PS-0344, PS-0352, PS-0353, PS-0465, PS-0610, PS-0611, PS-0701, PS-0904
ÖZDEMİR Metin	PS-0752
ÖZDİNÇ Şerife	SS-031, PS-0303, PS-0508, PS-0517, PS-0536
OZEL Furkan	SS-056
OZEL Mehmet Ali	PS-0316, PS-0549
ÖZEL Betül Akbuğa	SS-025, PS-0608
ÖZEL Furkan	PS-0375
ÖZEL Mehmet İlker	PS-0389
ÖZEL ERKAN Deniz	SS-009
ÖZELBAYKAL Ozan	SS-019, SS-066, SS-080, SS-104, PS-0670
ÖZEN Mehmet	PS-0178
ÖZER Emrah	SS-073, PS-0490
ÖZER Ender	SS-009
ÖZER Kadir Burak	PS-0919
ÖZER Muhammed Raşit	SS-061, SS-129, PS-0072, PS-0073, PS-0074, PS-0570, PS-0578, PS-0652, PS-0792, PS-0799
ÖZER Muhammet Raşit	SS-046, SS-089, SS-090, PS-0794, PS-0821
ÖZER Nejla	SS-089, SS-090
ÖZGAN Gülizar	PS-0596
ÖZGEHAN Gülay	PS-0022
OZGONUL Abdullah	SS-003
OZGUR Abdulkadir	PS-0116
ÖZGÜR Anıl	PS-0364
OZHASENEKLER Ayhan	PS-0783
ÖZIŞIK Ozan	PS-0365
ÖZKAN Abuzer	PS-0686
ÖZKAN Deniz	PS-0756
ÖZKAN Fevzi Bircan	PS-0054, PS-0063, PS-0065, PS-0185, PS-0572, PS-0573, PS-0612, PS-0754, PS-0759, PS-0828
ÖZKAN Fikret	PS-0176
ÖZKAN İlham	PS-0209
ÖZKAN Ömer Faruk	PS-0024, PS-0684
ÖZKAN Orhan Veli	PS-0091, PS-0097, PS-0125
ÖZKAN Seda	PS-0275, PS-0605, PS-0716, PS-0722, PS-0723, PS-0899, PS-0900
ÖZKAN Zeynep	PS-0681
ÖZKARA Eda	PS-0187
ÖZKAYA Abdullah	PS-0186
ÖZKÖK Zeynep	SS-064, SS-076, SS-083, SS-092, PS-0114, PS-0119, PS-0120, PS-0135, PS-0451, PS-0598, PS-0825, PS-0830, PS-0833, PS-0835, PS-0837
ÖZKULA Uğur	PS-0157, PS-0212, PS-0213, PS-0214, PS-0224, PS-0327, PS-0356, PS-0390, PS-0391, PS-0392, PS-0485, PS-0487, PS-0510, PS-0532, PS-0673, PS-0914, PS-0917
ÖZLECE Hatice Köse	PS-0299, PS-0483
ÖZLER Ercan	PS-0057, PS-0063, PS-0185, PS-0426, PS-0562, PS-0616, PS-0649, PS-0781, PS-0793
ÖZLÜER Yunus Emre	PS-0235, PS-0256, PS-0896
ÖZLÜK Özden	PS-0281, PS-0611
ÖZMEN Zafer	PS-0493
ÖZMUK Özkan	PS-0781
ÖZSAĞLAM Elif	SS-091, PS-0338, PS-0575, PS-0576, PS-0577, PS-0579, PS-0588, PS-0618, PS-0650, PS-0690, PS-0792, PS-0800, PS-0801
ÖZŞAHİN Faruk	PS-0266, PS-0361, PS-0379
ÖZŞEKER Burak	PS-0206
OZSİVRİ Kadir	PS-0330, PS-0643
ÖZSOY Asker Zeki	PS-0011, PS-0491, PS-0803
ÖZTERLEMEZ İlker	PS-0883
OZTURK Cinar	PS-0116
ÖZTÜRK Asım Enes	PS-0414
ÖZTÜRK Barış	PS-0218, PS-0345, PS-0370, PS-0401, PS-0402, PS-0864
ÖZTÜRK Derya	PS-0099, PS-0164, PS-0201, PS-0346, PS-0376, PS-0385, PS-0814, PS-0861, PS-0862, PS-0866
ÖZTÜRK Engin	PS-0567
ÖZTÜRK Faruk	PS-0582, PS-0692
ÖZTÜRK Kasım	PS-0160, PS-0166, PS-0167, PS-0190, PS-0192, PS-0193, PS-0194
ÖZTÜRK Mustafa	PS-0600, PS-0689, PS-0704, PS-0836
ÖZTÜRK Serkan	PS-0851
ÖZTÜRK DEMİR Tuba	PS-0183
ÖZÜÇELİK Doğaç Niyazi	SS-118
ÖZÜPEK Mehmet Nihat	SS-023, PS-0010, PS-0031, PS-0489, PS-0503, PS-0520, PS-0554, PS-0562, PS-0573, PS-0612, PS-0730, PS-0751, PS-0786
ÖZÜPEK Nihat	SS-015
ÖZVEREN Canan Pamuk	PS-0687
ÖZYALVAÇLI Gülzade	PS-0082, PS-0083
ÖZYİĞİT Musa Özgür	PS-0024, PS-0684
P	
PARLAK İsmet	PS-0152, PS-0719
PARLAKPİNAR Hakan	PS-0675
PASLI Sinan	PS-0243, PS-0245, PS-0433, PS-0436
PATAN Tevfik	PS-0322, PS-0610
PEKER SEÇİM Alev	PS-0714
PEPELE Mustafa Safa	PS-0141, PS-0583, PS-0681, PS-0739
POLAT Burak	PS-0569, PS-0602, PS-0615, PS-0836
POLAT Onur	SS-029, PS-0453, PS-0883
POLAT Zeynep Münteha	PS-0293, PS-0502
POLAT Ziya	PS-0051, PS-0209
POURHASAN Sarah	PS-0846
R	
RAMADAN Hayri	SS-033, PS-0113, PS-0351, PS-0425, PS-0441, PS-0445, PS-0488, PS-0495, PS-0613, PS-0617, PS-0653, PS-0702, PS-0705, PS-0727, PS-0869, PS-0902
REİS KÖSE Gökşen Derya	SS-101
S-Ş	
SAAT Bulent	PS-0807
SABAK Mustafa	SS-041, SS-114, SS-115, PS-0169, PS-0195, PS-0382, PS-0871
SADİLLİOGLU Sila	PS-0619
SADİOĞLU Özgür Deniz	SS-116, PS-0259, PS-0550
SAGİR Mustafa	PS-0675
SAĞLAM Burcu	PS-0244, PS-0433, PS-0438, PS-0439
SAĞLAM Caner	SS-108, PS-0683, PS-0873
SAĞLAM Nurcan	PS-0168, PS-0184, PS-0637
SAĞLAM Sıtkı Sarper	SS-127
SAĞLAM GÜRMEN Ekim	PS-0589, PS-0772, PS-0784, PS-0805
SAĞLAMOL Gökhan	PS-0452
SAGLİK Ali	PS-0330, PS-0772
ŞAH Metin	PS-0105, PS-0542
ŞAHAN Leyla	PS-0001, PS-0363
ŞAHAN Merve	PS-0334
ŞAHAN Murat	SS-001, PS-0001, PS-0363
ŞAHAN Mustafa	PS-0249, PS-0251, PS-0383, PS-0442, PS-0500, PS-0516, PS-0706, PS-0713, PS-0857, PS-0858, PS-0859, PS-0860, PS-0872, PS-0879, PS-0888
SAHIN Mustafa	PS-0068
ŞAHİN Ali	PS-0275, PS-0350
ŞAHİN Aynur	PS-0244, PS-0246, PS-0430
ŞAHİN Cem	PS-0019, PS-0317
ŞAHİN Fatih	PS-0042, PS-0238, PS-0240, PS-0336, PS-0422, PS-0491, PS-0493, PS-0803, PS-0892
ŞAHİN Hüseyin	PS-0253, PS-0291, PS-0295, PS-0297, PS-0707
ŞAHİN Hüseyin Sami	PS-0166, PS-0192, PS-0193, PS-0194
ŞAHİN İbrahim Özgür	PS-0014
ŞAHİN Levent	PS-0527
ŞAHİN Mustafa	PS-0046, PS-0067, PS-0069, PS-0070, PS-0071
ŞAHİN Orhan	PS-0300
ŞAHİN Sarper	PS-0178
ŞAHİN Sefa	PS-0051
ŞAHİN Taner	SS-057, SS-062, SS-063, SS-070, SS-103
ŞAHİN Yeşim	PS-0312
ŞAHİN Ayça	SS-055, SS-093, PS-0153, PS-0606, PS-0834
ŞAHİN Harun	PS-0861
ŞAHİN TURAN Rahime	PS-0590
ŞAHİNER Ali	PS-0701
ŞAHİNER ÖNAL Gülay	SS-046
ŞAHİNGÖZ Ali	PS-0237
ŞAHSIVAR Mehmet Orkun	PS-0102
SAKAL Cemalettin	PS-0127, PS-0281
ŞALKACI Abdülkerim	PS-0744
SALT Ömer	PS-0691, PS-0716
ŞAM Mehmet	PS-0375, PS-0384, PS-0393, PS-0398, PS-0416, PS-0498
ŞANAL Bekir	PS-0749
SAPMAZ Emrah	PS-0803, PS-0890
SARAL OZTURK Zeynep	PS-0589, PS-0772
SARAL OZTÜRK Zeynep	PS-0056
SARI Fatih Mehmet	SS-087, PS-0354
SARI DOĞAN Fatma	PS-0004, PS-0005, PS-0514
SARİ DOĞAN Fatma	PS-0205
SARICA Mehmet Akif	SS-050
SARICA Mehmet Akif	PS-0062
SARIDAŞ Ali	PS-0187, PS-0190
SARIHAN Aydın	PS-0342, PS-0407, PS-0464, PS-0543, PS-0870
SARIHAN Ayşe Şura	PS-0517
SARIHAN Ediz	PS-0409
SARIHAN Mehmet Ediz	PS-0198, PS-0204, PS-0230, PS-0371, PS-0413, PS-0865
SARIHAN Mehmet Ediz	PS-0172, PS-0372, PS-0373, PS-0527
SARİHAN Mehmet Ediz	PS-0526
SARIKAYA Rıdvan	PS-0350
SARIKAYA Ümmühan	SS-091
SARITAŞ Ayhan	PS-0003, PS-0012, PS-0026, PS-0028, PS-0029, PS-0030, PS-0316, PS-0499, PS-0549, PS-0551, PS-0561, PS-0624, PS-0633, PS-0676, PS-0696, PS-0737, PS-0756, PS-0785
SARITEMUR Murat	SS-032, SS-055, SS-087, SS-093, PS-0153, PS-0155, PS-0283, PS-0284, PS-0287, PS-0288, PS-0298, PS-0354, PS-0355, PS-0467, PS-0474, PS-0509, PS-0529, PS-0606, PS-0725, PS-0834, PS-0903, PS-0906, PS-0907
SARMAN Hakan	PS-0748
SATAR Salim	PS-0255, PS-0447
SAVAŞ Aslı Yasemen	SS-043, PS-0336, PS-0641, PS-0773, PS-0774
SAVRAN Bircan	PS-0173
SAVRUN Atakan	PS-0212, PS-0213, PS-0214, PS-0224, PS-0390, PS-0391, PS-0392, PS-0510, PS-0532
SAYHAN Mustafa Burak	PS-0362, PS-0511, PS-0512, PS-0687
SAYRAÇ Neslihan	PS-0314
SEBE Ahmet	PS-0211, PS-0630
SEÇİM Alev Peker	PS-0252, PS-0486
SEĞMEN Mustafa Sencer	PS-0220, PS-0405, PS-0408, PS-0872
ŞEHİTOĞLU Gülşah	PS-0265
SEİFAR Fatemeh	PS-0846
SEKER Ahmet	SS-003
SEKTİOĞLU Bilge Kaan	PS-0674
SELAHATTİN AYAS Selahattin	PS-0749
SELÇUK Arif	PS-0150
ŞEN Abdullah	PS-0880, PS-0885
ŞEN Nihat	PS-0857, PS-0858, PS-0860
ŞEN Sebil Merve	PS-0054, PS-0064, PS-0078, PS-0079, PS-0080, PS-0143, PS-0147, PS-0585, PS-0593, PS-0798, PS-0812, PS-0813
ŞENCANLAR Hikmet	PS-0020
ŞENEL Mahmut Egemen	SS-050, PS-0059, PS-0061, PS-0130, PS-0148, PS-0469, PS-0568, PS-0580, PS-0671, PS-0802
ŞENTÜRK Erdoğan	PS-0309, PS-0312, PS-0845
ŞENTÜRK Esra	PS-0282, PS-0283, PS-0467
ŞENTÜRK Fuat	PS-0051
ŞENYURT Ayşe	PS-0907
SERİN Mehmet	PS-0385
SERİNKEN Mustafa	SS-044, SS-045, PS-0337
SERTKAYA Mehmet	PS-0060, PS-0062
SEVER Muhammed Yaşar	PS-0200, PS-0404
SEVİL Hülya	PS-0474
SEVİM Merve	SS-084, SS-085
SEYHAN Avni Uygar	SS-121, PS-0138
SEYHANLİ Eyyup Sabri	SS-036

SEYİT Murat	PS-0016, PS-0171, PS-0173, PS-0174, PS-0178, PS-0377, PS-0749
SEZEN Hatice	PS-0374
SHAMS VAHDATİ Samad	PS-0044, PS-0045, PS-0846
ŞİMŞEK Hakan	PS-0508
ŞİMŞEK Mustafa	SS-073, PS-0657
ŞİMŞEK Yeliz	PS-0014, PS-0427
SİRER Fatma	PS-0410
SÖĞÜT Özgür	PS-0374, PS-0686
SOLAK Okan	SS-031
SOLAK Süleyman	PS-0398, PS-0478, PS-0878
SOLAKOĞLU Görkem Alper	PS-0426
SOMAK Battal Tahsin	PS-0890
SOMUK Battal Tahsin	PS-0239
SONGÜR KODİK Meltem	PS-0276, PS-0324, PS-0718, PS-0721, PS-0838, PS-0897, PS-0901
SONKAYA Ali Rıza	PS-0877
SONMEZ Feruza Turan	PS-0012, PS-0027, PS-0028, PS-0029, PS-0030, PS-0696, PS-0745, PS-0757, PS-0785
SÖNMEZ Ahmet	PS-0452
SÖNMEZ Bedriye Müge	PS-0099, PS-0103, PS-0726, PS-0730, PS-0814, PS-0847
SÖNMEZ Cemil Işık	PS-0026, PS-0561, PS-0633, PS-0756
SÖNMEZ Ertan	PS-0686
SÖNMEZ Hakan	PS-0919
SÖNMEZ Müge	PS-0009, PS-0555, PS-0556, PS-0625, PS-0751
SÖNMEZ Özlem	SS-069, PS-0315
SÖNMEZ Yalçın	PS-0016
SÖNMEZGÖZ Fitnet	PS-0238, PS-0423, PS-0494
SOYLU Sinan	PS-0387, PS-0388, PS-0389
SOYUDURU Murat	SS-027, PS-0264, PS-0347, PS-0653
SOZEN Hamdi	PS-0319
SÜLÜ Barlas	PS-0021
SUNAR Mehmet Mustafa	SS-126, PS-0018, PS-0158
SUNAY Fatma Bahar	PS-0024
SÜRER ADA Selen	PS-0208
SÜRMELİ Elif	PS-0775, PS-0912
SUTASİR Necmettin	SS-002
T	
TALAY Fahrettin	PS-0765, PS-0766, PS-0767, PS-0769
TAMBAY Gökmen	PS-0249, PS-0442, PS-0500, PS-0879, PS-0872
TANIRCAN Raşit	PS-0860
TANRIKULU Ceren Şen	PS-0118, PS-0121, PS-0325, PS-0822, PS-0840
TANRIVERDİ Alper	PS-0444, PS-0872
TARHAN Nurullah	SS-038, SS-048, PS-0008, PS-0031, PS-0057, PS-0064, PS-0065, PS-0080, PS-0143, PS-0144, PS-0147, PS-0426, PS-0552, PS-0556, PS-0558, PS-0585, PS-0631, PS-0632, PS-0649, PS-0677, PS-0678, PS-0742, PS-0743, PS-0751, PS-0771, PS-0786, PS-0793, PS-0798, PS-0811, PS-0827
TAŞ Demet	PS-0704
TAŞ Gökhan	PS-0332, PS-0590, PS-0591, PS-0592, PS-0594, PS-0663, PS-0664, PS-0662, PS-0665, PS-0694, PS-0817
TAŞ Mahmut	PS-0683
TAŞ Ufuk	PS-0803
TAŞCI Abdullah	PS-0326, PS-0465
TAŞDEMİR Şener	SS-032
TAŞKESEN Nermin	PS-0264, PS-0425
TASTEKİN Gungor	PS-0680
TATLI Özgür	PS-0460
TAVAS Ayşe Ece	PS-0179, PS-0507
TAYFUR İsmail	PS-0291
TAYLAN Mahşuk	PS-0595, PS-0818
TEKİN Erdal	PS-0134, PS-0354, PS-0355
TEKİN Yusuf Kenan	PS-0161, PS-0163, PS-0378, PS-0414, PS-0519
TEKİNSOY Ahmet	PS-0007, PS-0626, PS-0758
TEMİZKAN Veysel	PS-0150
TERZİ Alpaslan	SS-003
TERZİ Elçin Hakan	PS-0082, PS-0083
TETİK Bora	PS-0889
TETİK AYDOĞDU Ceyda	PS-0236
THET Myat Soe	SS-084, SS-085
TOKOCİN Onur	SS-002, SS-035, PS-0189, PS-0547, PS-0734
TOKSÖZ Ahmet Cevdet	PS-0368
TOMRUK Önder	PS-0744
TOMUŞ Ersan	PS-0415
TOP Ahmet Ali	PS-0361, PS-0458, PS-0460
TOPACOGLU Hakan	PS-0566, PS-0619
TOPAL Fatih Esad	PS-0145, PS-0146, PS-0790
TOPAL Fatih Esat	PS-0323
TOPAL Mehmet Ali	SS-118, PS-0160, PS-0166, PS-0167, PS-0190, PS-0192, PS-0193, PS-0194
TOPAL Turgut	PS-0505
TOPAL Yusuf	PS-0807
TOPBAŞ Murat	SS-102
TOPÇU Hatice	PS-0032, PS-0033, PS-0034, PS-0035, PS-0036, PS-0037, SS-056, PS-0607, PS-0609
TOPRAK Sıddıka Nihal	PS-0533
TORT Mehmet	PS-0529
TORUN İlker	PS-0200
TOSUN Emre Onur	PS-0610
TOSUN Mehmet	PS-0082, PS-0083
TUFEKCİ Ahmet	PS-0115
TÜNAY Kamil	SS-060, PS-0175, PS-0303, PS-0380, PS-0508, PS-0517, PS-0518, PS-0530, PS-0546, PS-0868
TUNÇ Esra	PS-0231, PS-0912
TUNCAR Alpay	SS-022, SS-094, PS-0075, PS-0149, PS-0334, PS-0338, PS-0570, PS-0571, PS-0576, PS-0588, PS-0603, PS-0604, PS-0800
TURAN Cumali	PS-0366
TURAN Hale	PS-0747
TURAN Mustafa	PS-0389
TURAN Rahime Şahin	PS-0581, PS-0587, PS-0597
TURAN SÖNMEZ Feruze	PS-0026, PS-0499, PS-0561, PS-0633, PS-0756
TÜRE Tayfun	PS-0139
TÜREDİ Süleyman	SS-021, SS-101, PS-0050, PS-0244, PS-0258, PS-0266, PS-0431, PS-0433, PS-0458, PS-0460
TURGUT Kasım	PS-0521, PS-0525, PS-0621
TÜRKDOĞAN Kenan Ahmet	PS-0161, PS-0163, PS-0686
TÜRKER Ali Egemen	PS-0017
TÜRKER Zeynep Kaplan	PS-0307
TÜRKMEN Süha	SS-021, SS-101, SS-102, PS-0050, PS-0438
TURTAY Muhammet Gökhan	PS-0058, PS-0182, PS-0210, PS-0228, PS-0230, PS-0233, PS-0409, PS-0413, PS-0521, PS-0527, PS-0621, PS-0668, PS-0675, PS-0682
TUTUCU Fatih	SS-016, SS-057, SS-059, SS-071, SS-073, SS-098, SS-120, SS-121, PS-0138, PS-0156, PS-0909
U-Ü	
UÇAK Alper	PS-0150
UÇAR Aslı Bahar	SS-065, PS-0335
UÇAR Asuman	PS-0176, PS-0209, PS-0386
UÇAR Yıldız	PS-0746, PS-0747
UÇAR KARABULUT Keziban	PS-0746, PS-0747
ÜÇÖZ KOCAŞABAN Dilber	PS-0113, PS-0488, PS-0613, PS-0617, PS-0702
UGRAS Erhan	PS-0117, PS-0132
UĞUR Murat	PS-0150
UĞURLU Didem	PS-0508
ULEBERG Oddvar	PS-0693
ÜLGEN Sultan	PS-0563, PS-0688, PS-0738, PS-0753
ÜLGER Birgül	PS-0874
ÜLGER Hüseyin	PS-0002, PS-0513, PS-0548
ÜLGER Zekeriya	SS-084, SS-085
ULUTAŞ Hakkı	PS-0058
ULUTAŞ Kemal Türker	PS-0139
ULUTAŞ Zeynep	PS-0525
ÜNAL Ramazan	PS-0200, PS-0403, PS-0404
ÜNAL AKOĞLU Ebru	PS-0109, PS-0151, PS-0898, PS-0911
ÜNALDI Mehmet	PS-0720, PS-0919
ÜNER Can	SS-058
UNLU Elif Nisa	PS-0316
ÜNLÜ Alpaslan	PS-0355, PS-0907
ÜNLÜER Erden Erol	PS-0145, PS-0146, PS-0323, PS-0790
ÜNVER Sevilay Mert	PS-0194
ÜNVER Sevilay Sema	PS-0160, PS-0166, PS-0167, PS-0190, PS-0192, PS-0193
ÜNVER Sevilay Sema Mert	SS-124, SS-125
US ALTAY Diler	SS-101
USER Neşe Nur	PS-0538
USLU Tolga	SS-123, PS-0381, PS-0399
USLU Tuğba	PS-0419
USLU Yakup	PS-0066, PS-0685
ÜSTÜNDAĞ Mehmet	PS-0108, PS-0277, PS-0820, PS-0839, PS-0881
ÜSTÜNER Mehmet Akif	SS-110
USUL Eren	PS-0242, PS-0275, PS-0605, PS-0708, PS-0899, PS-0900
UTKU Besime	PS-0060, PS-0130, PS-0568, PS-0671
UYANIK Ali Yusuf	SS-123, PS-0177
UYANİK Ali Yusuf	PS-0343
UYAR Mehmet	PS-0746
UYAR Yasemin	PS-0300, PS-0629
UYGUR Sena	PS-0517
UYSAL Çağrı	PS-0081
UYSAL Elif	PS-0309, PS-0312, PS-0764, PS-0853
UYSAL Emin	PS-0384, PS-0393, PS-0398, PS-0404, PS-0478, PS-0878
UYSAL Murat	PS-0237, PS-0238, PS-0239, PS-0419, PS-0420, PS-0421, PS-0422, PS-0423, PS-0491, PS-0493, PS-0494, PS-0803, PS-0804, PS-0890, PS-0891, PS-0892, PS-0913
UYSAL Pınar İskender	PS-0811
UZ İlhan	PS-0276, PS-0324, PS-0718, PS-0721, PS-0838, PS-0897, PS-0901
UZ Yeşim	PS-0344
UZKESER Mustafa	PS-0134, PS-0153, PS-0283, PS-0298
UZUN Nedim	PS-0200
UZUN Özlem	SS-056, PS-0365, PS-0403
UZUN Yılmaz	PS-0285
UZUNKOY Ali	SS-003
UZUNOĞLU Mustafa Yener	PS-0085, PS-0086, PS-0087, PS-0088, PS-0089, PS-0090, PS-0091, PS-0092, PS-0093, PS-0094, PS-0095, PS-0096, PS-0097, PS-0106, PS-0125
V	
VARIŞLI Behçet	SS-083, SS-092, PS-0119, PS-0120, PS-0205, PS-0598, PS-0830, PS-0833, PS-0835, PS-0837
VARLIK Mustafa	SS-011, PS-0165
VEZİR Özden	PS-0523
VİCDAN Halit	PS-0580
VİŞNECİ Emin Fatih	SS-054, SS-078, SS-080, SS-082, SS-104, PS-0066, PS-0202, PS-0234, PS-0569, PS-0600, PS-0602, PS-0615, PS-0669, PS-0670, PS-0836, PS-0841
VİŞNESCİ Emin Fatih	SS-066
VURAL Abdussamed	SS-016, SS-059, SS-062, SS-063, SS-067, SS-068, SS-069, SS-070, SS-071, SS-072, SS-073, SS-074, SS-098, SS-103, SS-120, SS-121, SS-128, PS-0138, PS-0156, PS-0250, PS-0315, PS-0339, PS-0448, PS-0657, PS-0893, PS-0909
VURAN Hava Semra	PS-0432, PS-0434, PS-0435
Y	
YADİGAROĞLU Metin	SS-102, PS-0050, PS-0246, PS-0434, PS-0436
YAGAR Alper Burak	PS-0731
YAĞMURKAYA Orhan	PS-0086, PS-0087, PS-0090, PS-0096
YALÇIN Ahmet	PS-0349
YALÇIN Anıl	PS-0691
YALDIR Zuhal	PS-0478, PS-0878
YALIMOL Mustafa	PS-0200
YALIMOL Nuşin	PS-0200, PS-0496
YALKIN Ömer	PS-0092, PS-0093, PS-0094, PS-0095, PS-0096, PS-0097, PS-0123, PS-0124, PS-0125, PS-0126
YALKİN Ömer	PS-0085, PS-0086, PS-0087, PS-0088, PS-0089, PS-0090, PS-0091, PS-0106
YAMAN Ayhan Sümer	SS-117, PS-0264
YAMAN Fatih Nazmi	PS-0249, PS-0257, PS-0383, PS-0442, PS-0444, PS-0459, PS-0500, PS-0706, PS-0872, PS-0879, PS-0882, PS-0908, PS-0918
YAMAN İsmail	PS-0024, PS-0410, PS-0684
YAMAN Mahmut	PS-0450, PS-0819
YAMANLAR Özgür Levent	PS-0105, PS-0232, PS-0310, PS-0412, PS-0703, PS-0775, PS-0788, PS-0895, PS-0912
YAMANOGLU Adnan	SS-008, PS-0152
YARDAN Türker	PS-0232, PS-0634, PS-0635, PS-0703, PS-0775
YASAK İbrahim Halil	PS-0302, PS-0461
YAŞAR Zehra	PS-0766, PS-0767
YAVASİ Ozcan	SS-008, SS-009, SS-044, SS-045, SS-122, PS-0115, PS-0116, PS-0117, PS-0132, PS-0152, PS-0219, PS-0306, PS-0313, PS-0333, PS-0477
YAVUZ Erdal	SS-111, SS-126
YAVUZ Yücel	SS-044, SS-045, PS-0105, PS-0232, PS-0328
YAVUZATMACA İhsan	PS-0059, PS-0062
YAYLACI Selçuk	PS-0183
YAYLACI Serpil	PS-0286, PS-0289, PS-0292, PS-0294, PS-0296, PS-0466, PS-0468, PS-0470, PS-0472, PS-0905, PS-0910, PS-0916
YAYLACI Songül	PS-0419
YAYLAK Faik	PS-0016
YAZAR Mehmet Fatih	PS-0060, PS-0062, PS-0469
YELGİN ÖZCAN Aslı	PS-0241
YEMENİCİ Serap	PS-0698
YENCİLEK Halil İlker	PS-0455
YENCİLEK Refiye Selin	PS-0455
YENİARAS Suat	PS-0528
YENİÇERİ Önder	PS-0317, PS-0319, PS-0348
YENİÇERİOĞLU Yavuz	PS-0196
YENİOCAK Selman	PS-0704
YENİOVA Abdullah Özgür	PS-0774
YESİL Yakup	PS-0659

YEŞİL Onur PS-0701
YEŞİLAĞAÇ Hasan SS-025
YEŞİLDAĞ Mihrican PS-0321
YEŞİLKAYA İlker SS-029, PS-0453, PS-0883
YEŞİLTAŞ İsmail PS-0215, PS-0216, PS-0394, PS-0395, PS-0514, PS-0534, PS-0700
YETİŞ Çağaç PS-0896
YİĞİT İhsan PS-0273, PS-0274, PS-0476
YİĞİT Mehmet PS-0686
YİĞİT Yavuz SS-058, SS-119, SS-123, PS-0381, PS-0399
YILDAR Murat PS-0024, PS-0043, PS-0410, PS-0684
YILDIRIM Ahmet SS-112, PS-0221, PS-0776
YILDIRIM Ali Cihat SS-010, PS-0021, PS-0023, PS-0111, PS-0112, PS-0299, PS-0482, PS-0750
YILDIRIM Birdal PS-0206, PS-0248, PS-0720, PS-0919
YILDIRIM Çağdaş PS-0212, PS-0213, PS-0214, PS-0224, PS-0305, PS-0307, PS-0357, PS-0358, PS-0390, PS-0391, PS-0392, PS-0510, PS-0532, PS-0673, PS-0782, PS-0843
YILDIRIM Cuma SS-028, SS-041, SS-088, SS-100, SS-109, SS-111, SS-115, PS-0168, PS-0169, PS-0184, PS-0195, PS-0382, PS-0871
YILDIRIM Halil SS-119
YILDIRIM Harun PS-0171
YILDIRIM İsmail Okan PS-0230, PS-0233
YILDIRIM Kadir PS-0483
YILDIRIM Sinan SS-117, PS-0723
YILDIRIM Sonay Ezgi SS-011
YILDIRIM Tufan SS-088, PS-0018
YILDIRIM Türker SS-068, SS-069, SS-128
YİLDİRİM Birdal PS-0019, PS-0203, PS-0341
YİLDİRİM Sinan PS-0205
YILDIZ Aysel Çakmak SS-030, PS-0565, PS-0615
YILDIZ Can Gökay SS-018, SS-051, SS-078, SS-080, SS-082, PS-0066, PS-0129, PS-0142, PS-0569, PS-0600, PS-0602, PS-0640, PS-0789
YILDIZ Gizem PS-0296, PS-0466, PS-0468, PS-0916
YILDIZ Mehmet Necdet PS-0674
YILDIZ Mesut PS-0601, PS-0615, PS-0670
YILDIZ Mustafa SS-036, PS-0268, PS-0273, PS-0274, PS-0302, PS-0461, PS-0463, PS-0473, PS-0476, PS-0484, PS-0492, PS-0717, PS-0732, PS-0829, PS-0831, PS-0832, PS-0886, PS-0887
YILDIZ Yasin PS-0424
YILDIZ Yasin Alper PS-0095, PS-0124, PS-0126
YILDIZ KIRAZALDI Yasemin SS-013, PS-0290, PS-0475
YILMAZ Alp PS-0056
YILMAZ Arda PS-0191
YILMAZ Atakan SS-037
YILMAZ Bülent SS-017, PS-0038, PS-0763, PS-0768, PS-0848, PS-0849, PS-0850
YILMAZ Erdal SS-027, PS-0445, PS-0702, PS-0869
YILMAZ Farise PS-0046, PS-0067, PS-0068, PS-0069, PS-0070, PS-0071, PS-0680
YILMAZ Fevzi SS-040, SS-047, SS-048, PS-0031, PS-0040, PS-0099, PS-0103, PS-0140, PS-0143, PS-0185, PS-0314, PS-0340, PS-0479, PS-0480, PS-0632, PS-0729, PS-0740, PS-0759, PS-0786, PS-0814
YILMAZ Gökhan SS-110, PS-0265, PS-0628, PS-0719
YILMAZ Huseyin PS-0046, PS-0067, PS-0068, PS-0069, PS-0070, PS-0071
YILMAZ Mehmet SS-016, SS-057, SS-059, SS-062, SS-063, SS-067, SS-068, SS-069, SS-070, SS-071, SS-072, SS-073, SS-074, SS-098, SS-103, SS-120, SS-121, SS-128, PS-0138, PS-0202, PS-0250, PS-0315, PS-0339, PS-0448, PS-0657, PS-0893
YILMAZ Muhittin Serkan SS-007, PS-0010, PS-0054, PS-0057, PS-0079, PS-0100, PS-0147, PS-0426, PS-0558, PS-0562, PS-0573, PS-0586, PS-0616, PS-0649, PS-0677, PS-0678, PS-0688, PS-0738, PS-0741, PS-0754, PS-0755, PS-0781, PS-0798, PS-0816, PS-0827
YILMAZ Mustafa PS-0268, PS-0273, PS-0274, PS-0278, PS-0302, PS-0444, PS-0461, PS-0463, PS-0473, PS-0476, PS-0484, PS-0492, PS-0717, PS-0829, PS-0831, PS-0832, PS-0886, PS-0887
YILMAZ Serkan SS-040, SS-119, SS-123, PS-0177, PS-0270
YILMAZ Tolga PS-0270
YİLMAZ Alp PS-0642
YİLMAZ Mustafa PS-0732
YILMAZ DOĞRU Hatice PS-0803
YILMAZ DURAN Fulya SS-110, PS-0015, PS-0300, PS-0628, PS-0712, PS-0719
YİLMAZ DURAN Fulya PS-0629
YILMAZ GÜNEL Candan PS-0455
YOLDAŞ Tahir Kurtuluş PS-0495
YOLUN Rabia PS-0055, PS-0784
YORGUN Songül PS-0309, PS-0311, PS-0312, PS-0845
YORMAZ Serdar PS-0046, PS-0067, PS-0068, PS-0069, PS-0070, PS-0071, PS-0680
YORTANLI Mehmet PS-0049
YÖRÜK Mücadiye PS-0385
YORULMAZ Fatma SS-007, PS-0025, PS-0057, PS-0063, PS-0064, PS-0098, PS-0140, PS-0143, PS-0144, PS-0147, PS-0340, PS-0563, PS-0585, PS-0586, PS-0649, PS-0688, PS-0728, PS-0738, PS-0753, PS-0771, PS-0787, PS-0793, PS-0828
YORULMAZ Göknur PS-0181
YORULMAZ Rasim PS-0610
YORULMAZ Şükrü PS-0279, PS-0445, PS-0563, PS-0688, PS-0771
YOZGAT Ahmet PS-0185
YÜCE İhsan SS-055, SS-093, PS-0153, PS-0287, PS-0606, PS-0834, PS-0903, PS-0906
YÜCEER Ömer PS-0180, PS-0196, PS-0217, PS-0222
YÜCEER Yusuf PS-0517
YUCEL Yusuf SS-003
YÜCEL Murat SS-116, PS-0259, PS-0260, PS-0290, PS-0293, PS-0454, PS-0455, PS-0456, PS-0475, PS-0502, PS-0724
YÜCEL Neslihan PS-0525
YÜCEL Yusuf PS-0369, PS-0374, PS-0449
YÜCESOY Onur PS-0854
YUKSEL Bulent PS-0055
YÜKSEL Aykut SS-077, PS-0215, PS-0216, PS-0535
YÜKSEL Bülent PS-0644
YÜKSEL Melih SS-108, PS-0043, PS-0367, PS-0368, PS-0410, PS-0428, PS-0429, PS-0443, PS-0462, PS-0683, PS-0873
YULUĞ Esin SS-101
YUMRUTEPE Sevgi PS-0780, PS-0810
YURDAKUL Mehmet Serkan SS-027, PS-0347, PS-0406
YURTSEVEN Aynur SS-117
YURTSEVER Selim PS-0458
YURTTAŞ Tahir Talat PS-0194
YÜRÜMEZ Yusuf SS-116, PS-0259, PS-0260, PS-0290, PS-0454, PS-0456, PS-0475, PS-0724
YUSUFOĞLU Kaan PS-0597
YÜZBAŞI Hacı Mete PS-0040, PS-0079
YÜZER Hüseyin PS-0314

Z

ZAREİ Mohammad Javad PS-0044
ZENGİN İsmail PS-0089, PS-0091, PS-0123, PS-0125
ZENGİN Suat SS-028, SS-041, SS-088, SS-100, SS-109, SS-111, SS-114, SS-115, SS-126, PS-0018, PS-0158, PS-0168, PS-0169, PS-0184, PS-0195, PS-0382, PS-0531, PS-0637, PS-0871
ZENGİN Yılmaz PS-0107, PS-0108, PS-0262, PS-0277, PS-0450, PS-0595, PS-0666, PS-0667, PS-0695, PS-0818, PS-0819, PS-0820, PS-0823, PS-0839, PS-0880, PS-0881, PS-0885
ZEREN Sezgin PS-0016, PS-0017
ZEYBEK Sevgi PS-0724
ZEYBEKER Mustafa PS-0897
ZEYTİN Ahmet Tuğrul PS-0181, PS-0218, PS-0345, PS-0362, PS-0370, PS-0401, PS-0402, PS-0506, PS-0864
ZEYTİN Aslı Melek PS-0506
ZİYAN Murat SS-113
ZORLU Musab Medeni SS-042, PS-0645, PS-0761, PS-0762, PS-0764, PS-0768, PS-0796, PS-0849, PS-0850, PS-0851, PS-0852
ZÜMRÜT Murat PS-0890, PS-0891