



10 – 13
KASIM 2024



Concorde
Luxury Resort,
KKTC



11. ULUSLARARASI
**ACİL TIP VE
İÇ HASTALIKLARI
KONGRESİ**

5. **TÜBİKON**
TÜRKİYE
**AİLE HEKİMLİĞİ VE
KORUYUCU HEKİMLİK
TIP KONGRESİ**

BİLDİRİ KİTAPÇIĞI

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Başar CANDER
Mehmet GÖKHAN KARA
Zeynep ÇAKIR
Mehmet GÜL
Latif DURAN
Engin ÇAPAR
Can AKDUMAN
Esin TOKAT
Özlem BİLİR
M. İkbāl ŞAŞMAZ
Behçet AL
Fatma ÇAKMAK
Turgut DOLANBAY
Gökhan TURTAY
Serhat ÖRÜN
Sema AYTEN
Bora ÇEKMEN
Ali GÜR
İskender AKSOY
Fatih ÇALIŞKAN

Trafik kazası sonrası nadir görülen bir olay: İzole pankreas yaralanması

Fatma Çakmak¹, Erdal Tekin², Ali Gür², Ahmet Kayhan Şen³

^{1,3}Atlas Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Özet

Travmaya bağlı izole pankreas yaralanmaları nadir görülen bir durumdur ve bütün travmaların %5'inden az görülmektedir. Pankreas yaralanmaları sıklıkla çoklu travma bağlamında, motorlu taşıt çarpışmaları, düşmeler ve bisiklet kazaları sonucunda ortaya çıkmaktadır. Ayrıca pankreas yaralanması genellikle hafif ve spesifik olmayan semptom ve bulgularla karakterizedir. Bu nedenle tanı ve tedavide gecikmeye yol açarak morbidite ve mortalite oranlarında artışa neden olur. Biz de bu vakada herhangi bir semptomu ve bulgusu olmayan trafik kazası sonucu pankreas yaralanması olan hastayı tartışmayı amaçladık.

Giriş

Travmaya bağlı izole pankreas yaralanmaları nadir görülen bir durumdur ve bütün travmaların %5'inden az görülmektedir (1, 2). Pankreas yaralanmaları sıklıkla çoklu travma bağlamında, motorlu taşıt çarpışmaları, düşmeler ve bisiklet kazaları sonucunda ortaya çıkmaktadır. Pankreas retroperitoneal yerleşimli olduğu için yaralanması genellikle yüksek enerjili travma sonucu meydana gelmektedir. Ayrıca pankreasın diğer yapılara yakınlığı nedeniyle nadiren izole yaralanması ortaya çıkmaktadır. Genellikle pankreasla birlikte duodenum, transvers kolon ve böbrek gibi diğer yapılar da hasar görür (3, 4).

Pankreas yaralanması genellikle hafif ve spesifik olmayan semptom ve bulgularla karakterizedir. Bu nedenle tanı ve tedavide gecikmeye yol açarak morbidite ve mortalite oranlarında artışa neden olur (5). Hastanın yaşı, yaralanmanın şiddeti, amilaz seviyesi, şokun süresi, tanı ve tedavide gecikme süreci önemli ölçüde morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir. Ayrıca pankreas yaralanması hafife alınırsa veya uygun şekilde tedavi edilmezse ciddi sekeller ortaya çıkarabilir. Pankreas travmasında erken ölümlerin nedeni genellikle majör splanknik peripankreatik venlerden kaynaklanan kontrol edilemeyen kanamalar veya ciddi bitişik solid organ yaralanmalarıdır. Gecikmiş ölüm nedeni ise, intraabdominal sepsis ve çoklu organ yetmezliğinin sonuçlarından kaynaklanmaktadır (3, 6). Biz de bu vakada trafik kazası sonucu herhangi bir semptom ve bulgu vermeyen izole pankreas yaralanmasını sunmayı amaçladık.

Vaka

52 yaşında erkek hasta trafik kazası geçirmesi sonucu başının sol kısmında kanama ve göğüs bölgesinde ağrı şikayeti ile 112 tarafından acil servise getirildi. Hastanın genel durumu orta, şuuru açık, oryante ve koopere idi. Hastanın vital bulguları normaldi. Dinlemekle solunum sesleri normaldi. Acil serviste çekilen EKG'si doğaldı. Batın muayenesinde özellik yoktu. Sol frontal bölgesinde ki abrazyonun pansumanı ve tetanoz aşısı yapıldı. Hastanın laboratuvar testleri ve görüntülemeleri yapıldı. Göğüs alt bölgesinde hassasiyet olduğu için batın BT görüntülemesi de yapıldı. Laboratuvar testlerinden beyaz kan hücresi sayısının (nötrofillerin %80,4'ü ile 13.570) arttığı görülmüştür. Diğer laboratuvar testlerinde özellik yoktu (Amilaz, lipaz ve troponin değerleri normal aralıkta idi). Hastanın BT görüntülemesinde beyin ve toraks BT'de özellik yoktu. Batın BT'de pankreas korpus kesiminde laserasyon ve peripankreatik

alandan sıvama tarzı mayi tespit edildi. Bunun üzerine hasta genel cerrahi kliniğine yatırıldı. Medikal olarak takip edilen hastanın kliniğinde anormallik olmaması üzerine taburcu edildi.

Tartışma

Pankreasın travmatik yaralanmaları, künt karın travmalarında penetran yaralanmalara göre üç kat daha fazla görülmektedir (1). Literatüre bakıldığında pankreas yaralanmaları %45-50 oranında morbidite ve mortalite ile karakterizedir ve bütün batın yaralanmalarının %3-15'inde görülür. Ancak izole travmatik pankreasın yaralanmaları nadirdir ve vakaların %50-98'inde dalak, karaciğer, böbrek, kalın/ince bağırsak ve vasküler gibi diğer organlardaki yaralanmalarla ilişkilidir (1, 4, 6).

İzole pankreas yaralanmalarının tanısı, spesifik semptom veya belirtilerin olmaması nedeniyle zordur. Ancak bizim vakamızda göğüs ile birlikte göğüs alt bölgesinde de ağrısı olduğu için batın BT çekilmesi sonucu tanısı konulabildi. Böylece erken tanı ile hastada mortalite ve morbidite önlenmiş oldu. Aksi takdirde gecikmiş tanılarda %60 oranında mortalite ve morbidite görülebilir. Travma sonrası pankreas yaralanmasının tanısının tanısını koymadaki en önemli nokta, sırtta yayılan nonspesifik epigastrik karın ağrısı ve hiperamilazemidir. Lökositoz bu hastalarda bazen bulunmayabilir. Batın BT ise altın standarttır ve pankreastaki yapısal değişikliklerini tespit etmedeki duyarlılığı %71,4'tür (7, 8). Batın BT pankreas hasarının tespitinde hem duyarlılığı hem de özgüllüğü oldukça yüksektir ve non invaziv bir yöntemdir. Buna rağmen literatürde travmanın başlangıç aşamasında batın BT'nin hasarın ciddiyetini gözden kaçırabileceği veya hafife alabileceği belirtilmiştir (9). Travma hastalarında başlangıç döneminde batın BT bulguları normal de olsa pankreas hasarını dışlamaz ve devam eden semptomlar ışığında tekrarlanan BT tanısall etkinliği artırabilir (9).

Bradley ve ark 400'den fazla künt pankreas hasarı vakasını incelemişler ve pankreas hasarı belgelenmiş hastaların %82'sinde serum amilaz düzeylerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır ve künt karın travması olan hastalarda olası pankreas hasarının bir işareti olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (10). Ancak bizim olgumuzda kan serum amilaz ve lipaz değerleri normal aralıklarda idi.

Sonuç

Künt batın travmalarında pankreas yaralanmasını erken dönemde teşhis etmek çok önemlidir. Hastaların kan serum biyobelirteçleri ve BT bulguları normalde olsa klinisyenler bu tür vakalarda yüksek bir şüphe indeksine sahip olmalıdır. Tekrarlayan fizik muayene ve hastanın semptomlarına göre vakayı yönetmek önemlidir.

Referanslar

1. Craig MH, Talton DS, Hauser CJ, Poole GV. Pancreatic injuries from blunt trauma. Am. Surg. 1995;61:125–128.
2. Lin BC, Chen RJ, Fang JF, Hsu YP, Kao YC, Kao JL. Management of blunt major pancreatic injury. J. Trauma. 2004;56:774–778.
3. Akhrass R., Yaffe M.B., Brandt C.P., Reigle M., Fallon W.F., Malangoni M.A. Pancreatic trauma: a ten-year multi-institutional experience. Am. Surg. 1997;63(7):598–604.
4. Addison P., Iurcotta T., Amodu L.I., Crandall G., Akerman M., Galvin D., et al. Outcomes following operative vs. Non-operative management of blunt traumatic pancreatic injuries: a retrospective multi-institutional study. Burns Trauma. 2016;4.

5. J.P. Sharpe, L.J. Magnotti, J.A. Weinberg, B.L. Zarzaur, S.M. Stickley, S.E. Scott, et al. Impact of a defined management algorithm on outcome after traumatic pancreatic injury. *J Trauma Acute Care Surg*, 72 (2012), pp. 100-105.
6. J.C. Vasquez, R. Coimbra, D.B. Hoyt, D. Fortlage. Management of penetrating pancreatic trauma: an 11-year experience of a level-1 trauma center. *Injury*. 32 (2001), pp. 753-759.
7. Moschetta M, Telegrafo M, Malagnino V, Mappa L, Ianora AA, Dabbicco D, et al. Pancreatic trauma: The role of computed tomography for guiding therapeutic approach. *World J Radiol*. 2015;7:415–20.
8. Cakmak V, Herek D, Oskay A, Gungör G, Cakmak P, Özen M. Pancreatic injury due to blunt trauma on CT: does retropancreatic fat tissue reduce the severity of pancreatic injury? *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2024;30(4):263-70.
9. Jurkovich GJ. Duodenum and pancreas. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, editors. *Appleton and Lange. Trauma*; Northwalk CT: 2005. pp. 709–734.
10. Bradley E, Young P, Chang MC, Allen JE, Baker CC, Meredith W. Diagnosis and initial management of blunt pancreatic trauma (guidelines from a multi-institutional review) *Ann. Surg*. 1998;227:861–69.

AN OLD FRIEND FROM UGANDA TO TURKEY: MALARIA.

Onur BOZDAĞ¹, Eilf Betül BALCI¹, Ömer Faruk ÖZ¹, Ömer Faruk Çakıroğlu¹,
Bahadır TAŞLIDERE¹, Başar CANDER¹

¹Department of Emergency Medicine, Bezmialem Vakıf University, Istanbul, Turkey

Introduction:

Malaria is an endemic disease in 90 country. The main reason of this disease is plasmodium parasite. It is expanded by anophales. Two billions people are being under risk. Anophales transfer to the human five kind plasmodium.(P.Falciparum, P. Vivax, P. Malariae, P. Ovale, P. Knowlesi). Malaria infects human erythrocytes and runs out hemoglobin. This progress is completed with cell lysis. The process of lysis of erythrocytes causes anemia in the patients.

Case:

A 27 years old, black female patient presented to emergency department with history of fever, muscle and joint pain, weakness lasting for one month. Examination started with initial vitals. Initial vitals of patient's revealed are as follows: temperature: 38.0, pulse: 140 bpm, oxygen saturation is 96% on room air, blood pressure: 84/59 mmHg. In patient's history, because of fever, we examined infection sources; neck rigidity, throat ache, cough, mucus, diarrhea, dysuria. Patient did not have any of them.

The patient overall condition is oriented, cooperative, with Glasgow Coma Scale score of 15. Pupils are isocoric and reactive to light (+/+). Physical examination finding in abdomen is normal. She had no rigidity and rebounding, hepatosplenomegaly. In the all body exposure, patient did not have cellulite and abscess. The heart and lung examination revealed no abnormalities. The sclera is observed lightly yellowed.

After the examination, we detailed our history. The patient was living in Uganda for one and half years. She came to the Turkey two months ago. In Turkey, two weeks ago, in the another hospital, blood testS showed that hemoglobin value is 5 gr/dl. And one unit erythrocyte suspension was given. The rectal examination was normal. Patient did not see blood in her own gaita and urine.

In blood tests ast: 20U/L, alt: 11 U/L, CRP: 57 mg/L, White blood cells: 4,7 U/L platelets: 419 U/L, hemoglobin: 6.5 gr/dl. Ldh: 662 U/L was found. As prediagnosis, we thought malaria and yellow fever. Because patient was coming from uganda, having anemia, weakness, fever and muscle-joint pain. But we turned to malaria. Because patient had yellow fever vaccination.(7 months ago, in uganda) With this prediagnosis patient consulted to infection disease department. They took patient's blood and sent it to the Public Health Institution. The result is plasmodium falciparum. The quick antigen test is positive . Infectious diseases department planned three days treatment. Altemeter(28/10) and lumefantrina(20 mg / 120 mg) was used in the treatment. After three days patient was discharged from the hospital with cure.

Discossion:In turkey, malaria has been eliminated. And we observe just import cases.(200-250 cases every year). %75 of those cases are P.faciparum. And, as being healthcare staff we have to inform these cases to ministry of health. (Group A). Malaria symptoms usually are headache, weakness, muscle-joints pains. With this symptoms we detail our patients if they have history of journey and anemia. Please, think about malaria as prediagnosis.

Şifa Niyetine Tüketilen Bitki Karışım Çayları Ne kadar Tehlikeli Olabilir ? Toksik Hepatitle Birlikte Toksik Akut Pankreatit

Mehmet GÜL¹,Ayla MOLLAOĞLU¹,Demet ACAR¹,Ahmet GÜMÜŞ¹,Naim Hikmet KALKAN ¹Selma Özlem ÇELİKDELEN²

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi ,Konya Şehir Hastanesi ,Acil Tıp Kliniği

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş

Toksik etkenlere bağlı gelişen Toksik Hepatit (TH)'ler karaciğer hasarının en sık nedenlerindendir. TH'e neden olan toksik ajanlar arasında tedavi amaçlı kullanılan ilaçlar, vitaminler,alkol,kokain, sentetik kannaboidler,mantar ,endüstriyel kimyasal ajanlar yanında ,son yıllarda halk arasında şifalı bitkiler adı altında yaygınlaşan bitkilerinde TH yapabildiği bilinmektedir. (1,2).Bununla birlikte Toksik ajan kullanımına bağlı Akut Pankreatit (AP) lerinde , tüm AP ler arasında görülme insidansı %2 dir. (3) Gelişen AP'nin Toksik nedenlere bağlı olduğunun tanısını koymak oldukça zordur. Hem TH hemde Toksik AP gelişiminde en önemli risk faktörleri yaş,cinsiyet, altta yatan kronik hastalıklar, düzenli alkol kullanımı sayılabilir.(4,5).

Olgu

Seksen altı yaşında Kadın hasta, halsizlik, kırgınlık, genel durum bozukluğu, oral alım bozukluğu ve karın ağrısı şikayetleriyle acil servisimize başvurmuştur. Özgeçmişinde Hipertansiyonu olan hastanın, anamnezinde bir haftadır komşularının önerisiyle gribal enfeksiyonu için ayva yaprağı, ayva çiçeği , ıhlamur yaprağı ve ismini hatırlayamadığı birkaç bitkiyi daha karıştırıp, çayını yapıp içtiği öğrenildi.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde , batında özellikle karın üst bölgesinde hassasiyet mevcuttu., Acil servis başvurusunda vitalleri stabildi. Hastanın ilk çıkan Laboratuvar Tetkiklerinde patolojik değer olarak AST:1207 U/L ,ALT:759 U/L ,GGT:406 U/L ,T.Bilirubin:1.48 md/dl, Direkt Bilirubin:1.13mg/dl gelmesi üzerine ,anamnezide gözönünde bulundurularak TH tanısıyla orali stoplanıp, hidrasyon ve beraberinde asist protokolü başlanarak Toksikoloji yoğun bakıma yatırıldı.

Hastanın mevcut tedaviyle 1 gün sonra Karaciğer enzimleri ve Bilirubin değerlerinde kayda değer düşüş görülürken, Amilaz(612 U/L) ve Lipaz (1053 U/L) değerlerinde artış olduğu ve hastanın karın ağrısını kuşak tarzı tariflemeye başladığı dikkat çekti. Hastaya Hepatobiliyer USG yapıldı. Karaciğer konturları düzgün, intra -extrahepatik safra yolları normal. Safra kesesi normal boyutlarda , lümende taş ve kitleye rastlanmadı. Hastanın takip ve tedavisinin devamı için Toksik AP tanısıyla Dahiliye Servisine yatırıldı.

Tartışma

Tedavi amaçlı ilaçların kullanımıyla, suisit amaçlı ilaç alımıyla veya kokain, eroin veya sentetik kannabiooid alımıyla gelişen TH tanısı acil servislerde oldukça sıktır. Son yıllarda özellikle zayıflama veya şifa amaçlı bitki karışımlarının bilinçsizce tüketimiyle artan TH tanısında sık görülmeye başlamıştır. Ancak AP nedenleri arasında insidans oranı çok düşük olan toksik ajanlara bağlı AP gelişimi oldukça nadirdir. Ve tanı konulmuş AP nin , Toksik AP olduğuna karar verebilmekte hekim için oldukça zorlayıcıdır. Bu vaka ,TH ile birlikte Toksik AP nin birlikte görüldüğü ve koyulan AP tanısının etyolojisinin Toksik AP olduğunun bu sayede tespit edilebildiği nadir bir vakadır.

Kaynaklar

- 1.) Parvez MK, Rishi V. Herb-Drug Interactions and Hepatotoxicity.Curr Drug Metab.2019;20(4):275-282. doi: 10.2174/1389200220666190325141422.
- 2.) Ballotin VR, Bigarella LG, Brandão ABM, Balbinot RA, Balbinot SS, Soldera J. Herb-induced liver injury: Systematic review and meta-analysis. World J Clin Cases. 2021 Jul 16;9(20):5490-5513. doi 10.12998/wjcc.v9.i20.5490.
- 3.) Balani Anil R; Grendell James H. Drug-induced pancreatitis. Drug safety,200831.10:823-837.
- 4.) Abboud G, Kaplowitz N. Drug-induced liver injury. Drug Saf.2007;30:227-94
- 5.) Hussaini SH, Farrington EA. İdiosyncratic drug induced liver injury :an overview. Expert Opin Drug Saf. 2007;6:673-84

Paroxysmal Atrial Fibrillation after Traumatic Brain Injury

Ali Gur¹, Fatma Cakmak², Erdal Tekin¹

¹Atatürk University Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, Erzurum, Turkey.

²Istanbul Atlas University Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, İstanbul, Turkey

Abstract

Atrial fibrillation (AF) after traumatic brain injury (TBI) is an extremely rare condition. There were two publications with three cases with paroxysmal AF so far. We aimed to present a 33-year-old man who suffered paroxysmal AF that lasted about 30 minutes due to linear fractures, TBI after motor vehicle accident. The reason is thought to be due to sympathetic storm after injury, the release of immunological active mediators and raised intracranial pressure.

Keywords: Paroxysmal Atrial Fibrillation; Traumatic Brain Injury.

Introduction

Dynamic electrocardiography (ECG) changes and troponin elevations are common situations after cerebrovascular occlusion, subarachnoid hemorrhage and traumatic brain injury (TBI). The reason is thought to be due to shift to sympathetic side in the balance between the sympathetic and parasympathetic system, and raised intracranial pressure. Atrial fibrillation (AF) after TBI is an extremely rare condition. In a study by Fan et al., the most common ECG abnormality in 335 patients with acute brain injury was ST-T changes, followed by sinus tachycardia; none of the patients had AF [1]. In another study that evaluated 304 patients with intracerebral hemorrhage, ECG abnormalities were morphological waveform changes and arrhythmias, but no AF was detected [2].

We aimed to present a 33-year-old man who suffered paroxysmal AF that lasted about 30 minutes due to linear fractures, traumatic brain injury and parietal contusion after motor vehicle accident.

Case

A 33-year-old man was brought to the ED by ambulance due to motor vehicle accident happened about 30 minutes ago. On arrival, he was lethargic without orientation and cooperation with a Glasgow Coma Score of 12 (E4, M5, V3). History revealed no structural heart disease, lung disease, thyrotoxicosis, intoxication, or systemic illness. His vitals were as follows: HR: 96 bpm, RR: 16/min, BP: 140/70 mmHg and a saturation of 93%. On inspection, subgaleal hemorrhage on the right frontoparietal and occipital region was obvious. Physical examination of the extremities and trunk was normal. Cranial computed tomography (CT) showed a linear parietooccipitobasal fracture extended through right parietal and occipital bones. There was a hyperdense area with unclear border on the right frontal vertex and supraorbital gyrus which was compatible with hemorrhagic contusion. Abnormal laboratory results revealed white blood cells as $11.6 \times 10^3/\mu$ and glucose level as 162 mg/dL. Ethanol was not detected. Laboratory and imaging studies had no signs of cardiac contusion or chest trauma. ECG revealed AF with normal ventricular response. Additionally, there were T-wave inversion

on DIII, flattened T-wave on aVF and 2 mm ST depression on V3-5 anterior leads taken with 20 mm/mV. Echocardiography was normal. Acetyl salicylic acid and anticoagulant were not given because of hemorrhagic contusion. AF and ST depression on anterior leads were disappeared on ECG taken 30 minutes later. The patient evaluated by a trauma team and hospitalized in neurosurgery intensive care unit. Cranial CT performed 4 days later showed hypodense areas on frontal lobes, cortex and subcortical white matter suggesting cortical contusions and axonal injuries. Phenytoin 100 mg 3x1 intravenously (IV), dexamethasone 8 mg 4x1 IV, ranitidine 50 mg 3x1 IV and acetaminophen 1000 mg 3x1 IV were initiated. The second day his IV treatment was changed to oral. After 5 days of medical treatment, the patient improved and discharged proposing outpatient visits.

Discussion

The importance of our case is the rare occurrence of paroxysmal AF with TBI. AF is associated with stroke and other thrombo-embolic events, also cardiac abnormalities such as left ventricular dysfunction and heart failure, as well as increased rates of death, lower quality of life, reduced exercise capacity, and increased length of hospitalizations [3]. Typically paroxysmal AF lasts for less than 7 days and is self-limiting [4]. To our research, there were two publications with three cases so far. All of the cases had paroxysmal AF. The first report was published in 1976 by Marshall in which paroxysmal AF had occurred after minor head trauma in two cases [5]. They attributed the mechanism to reduction of atrial refractory period due to vagal stimulation. Unfortunately, no ECG was presented. The second one, a case of a 33-year-old patient who was unconscious and had isolated head trauma (basal skull fracture and fracture of nasal bones) with AF lasting for 2 days, was reported in 2003 [6]. Because of no witness, the blunt thoracic and cardiac injury could not be excluded accurately in this case.

ECG abnormalities related to brain injury have been recognized for more than five decades. Cardiac rhythm changes such as sinus tachycardia, premature atrial and ventricular contractions, ventricular rhythms and AV dissociation may be seen after brain injury, especially after SAH. They generally occur within the first week, but, it may persist for up to 8 weeks in some cases [7]. Neurogenic arrhythmias are mostly benign and although they have been described in 35% of patients after SAH, only 5–8% are life-threatening [8]. Excessive prolongation of the QTc interval may cause sudden death after brain injury [9]. Severe arrhythmias, such as torsades de pointes and ventricular fibrillation are rare and often associated with troponin elevations. Given the high rates of arrhythmia in these patients, we recommend a 12-lead ECG recording on admission and repeated at close intervals until any abnormalities have resolved.

As a result of a protective mechanism designed to maintain cerebral perfusion in the existence of raised intracranial pressure, a systemic catecholamine ‘storm’ driven by the central neuroendocrine axis which massively increases sympathetic outflow and activates the adrenal glands induced by TBI and SAH is accused of cardiac arrhythmias. Circulating catecholamine levels and elevated sympathetic tone persistence may remain high for up to 10 days in these patients [9]. The cardiac autonomic nervous system contains clusters of autonomic ganglia called ganglionated plexuses (GP) and located in the epicardial fat pads [10]. Studies suggest that GP activation has a significant role in both the initiation and maintenance of clinical AF [11, 12]. A neuroinflammatory response resulting from TBI and SAH also leads to the release of immunological active mediators including cytokines, adhesion molecules, and other

multifunctional peptides, from the brain into the systemic circulation [9]. On the other hand, clinical studies found no correlation between circulating catecholamine levels and ECG abnormalities, pointing that they may be as a result of myocardial damage due to local sympathetic activation [9].

There is no specific treatment for cardiac arrhythmias related to brain injury. The standard therapies such as correction of electrolyte abnormalities should be provided, but the management of the underlying pathology is the most effective treatment of arrhythmia [9]. We thought brain injury-related paroxysmal AF in this patient as there is no history of cardiac problems, normal echocardiography results and spontaneous, early resolution.

In conclusion, paroxysmal AF may be diagnosed in otherwise healthy young patients with an isolated head injury and no other obvious precipitating factors.

References

- 1.Fan X, DU FH, and Tian JP. The electrocardiographic changes in acute brain injury patients. Chin Med J (Engl). 2012 Oct;125(19):3430-3.
- 2.Liu Q, Ding Y, Yan P, Zhang JH, Lei H. Electrocardiographic abnormalities in patients with intracerebral hemorrhage. Acta Neurochir Suppl. 2011;111:353-6.
- 3.Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Europace. 2010 Oct;12(10):1360-420.
- 4.Chenoweth J, Diercks DB. Management of atrial fibrillation in the acute setting. Curr Opin Crit Care. 2012 Aug;18(4):333-40.
- 5.Marshall A. J. Transient atrial fibrillation after minor head injury. Br Heart J. 1976 Sep;38(9):984-985.
- 6.Muthu P, Oduro G, Sakr M, Esberger DA. Unusual presentation of atrial fibrillation. Emerg Med J. 2003 Jan;20(1):106-8.
- 7.Grunsfeld A, Fletcher JJ, Nathan BR. Cardiopulmonary complications of brain injury. Curr Neurol Neurosci Rep. 2005 Nov;5(6):488-93.
- 8.Bruder N, Rabinstein A. Cardiovascular and pulmonary complications of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. Neurocrit Care. 2011 Sep;15(2):257-69.
- 9.Gregory T, Smith M. Cardiovascular complications of brain injury. Contin Educ Anaesth Crit Care Pain. 2012;12(2): 67– 71.
- 10.Armour JA, Murphy DA, Yuan BX, Macdonald S, Hopkins DA. Gross and microscopic anatomy of the human intrinsic cardiac nervous system. Anat Rec. 1997 Feb;247(2):289-98.
- 11.Nakagawa H, Scherlag BJ, Patterson E, Ikeda A, Lockwood D, Jackman WM. Pathophysiologic basis of autonomic ganglionated plexus ablation in patients with atrial fibrillation. Heart Rhythm. 2009 Dec;6(12 Suppl):26-34.
- 12.Miyazaki S, Shah AJ, Scherr D, Haïssaguerre M. Atrial fibrillation: pathophysiology and current therapy. Ann Med. 2011;43(6):425-36.

Sentetik Kannobioid Kullanımıyla Acil Servise Başvuran Hastaların Farkedilen MR Görüntüleme Değişiklikleri: OLGU SERİSİ

Demet ACAR¹, Emin Fatih VİŞNECİ¹, Fatih ESER¹, Mehmet GÜL¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Şehir Hastanesi ,Acil Tıp Kliniği ,Konya / TÜRKİYE

GİRİŞ

Cannabis ,uzun yıllardır kullanılan ve bağımlılık yapan bir maddedir. Halk arasında esrar veya marihuanna olarak bilinen Cannabis kenevir bitkisinden elde edilir. En tanınmış aktif maddesi Δ^9 -tetrahidrokannabinolün (THC) 1964 yılında izole edilmiştir. 80’li yıllarda kannabinoid reseptörlerinin (CB1 ve CB2) bulunması, ile sentetik kannabinoid (CB) üretiminin önü açılmıştır (1-3). Sentetik kannabinoid içeren maddeler , Avrupa’da “Spice”, Amerika Birleşik Devletleri’nde “K2”, Türkiye’de ise “Bonzei” ya da “Jamaika” olarak adlandırılmaktadır (4).Sentetik kannabinoidlerin sık görülen yan etkileri arasında öfori, anksiyete, ajitasyon, psikoz, bulantı, kusma, pankreatit, hipertansiyon, hipotansiyon, taşikardi, bradikardi, solunum depresyonu,böbrek yetmezliği ve bilinç değişikliği sayılabilir (5-7).

Acil servise bilinç değişikliği ve ani solunum depresyonu ile başvuran hastalarda altta yatan patoloji araştırılırken laboratuvar tetkikleri, Elektrokardiyografi(EKG),Santral görüntüleme(bilgisayarlı tomografi(BT), santral magnetik rezonans , diffüzyon magnetik rezonans görüntüleme (dMRI)) yanısıra multidrug testte rutin olarak yapılır. Laboratuvar bulgularında böbrek fonksiyonlarında bozulma, ve santral görüntülemelerinde; MRI ‘ında özellikle talamus, bazal ganglionlar ve serebellumda artan T2 sinyal artışı tespit edilebilmektedir.Bu olguda ; acil servise bilinç değişikliğiyle başvuran ve yapılan multidrug testinde THC (+) gelen 10 vakanın , MRI ve dMRI ‘de meydana gelen değişiklikleri inceledik.

MATERİYAL -METHOD

Tanımlayıcı analizlerde frekans verileri sayı ve yüzde olarak gösterilirken, ordinal değişkenler ortanca (min-max) kullanılarak verilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare (χ^2) ve Fisher’s Exact test, ordinal veriye sahip iki grubun karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizi için Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) 18.0 Windows yazılım paketi (SPSS Inc., Chicago, IL, US) kullanılmıştır. Tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

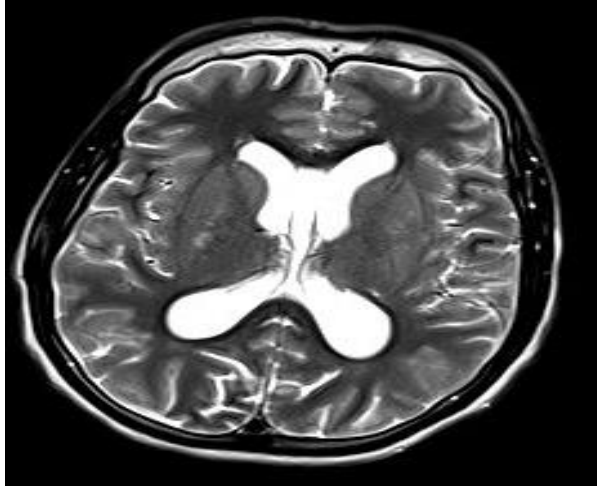
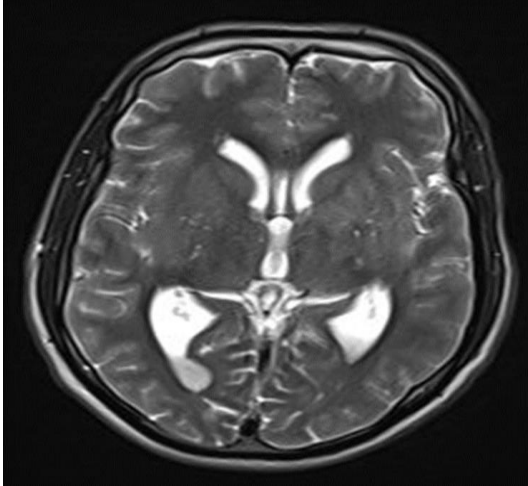
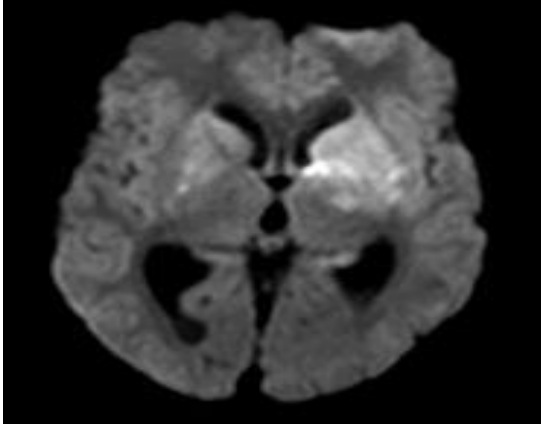
Acil servise Bilinç bulanıklığı ile kabulü yapılan vakaların hepsi erkek idi. Vakaların yaşı ortancası 26,1 (17-44) idi. Bunlardan rabdomiyoliz gelişen ve diyaliz tedavisi alan vakalar ile yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da ($p=0,067$ U=2,5) rabdomiyoliz gelişen vakaların daha genç yaşta hastalar olduğu tespit edildi. Vakalara ait yaş ve diğer özellikler **Tablo 1** de gösterildi.

Table 1

	Genel Özellikler			Madde Kullanım Bilgileri		
	Age	Cinsiyet	Rabdomiyoliz	THC Kullanımı	Metamfetamin Kullanımı	Opiat Kullanımı
Case 1	17	Erkek	Yok	Var	Var	Var
Case 2	31	Erkek	Yok	Var	Yok	Yok
Case 3	25	Erkek	Yok	Var	Yok	Yok
Case 4	18	Erkek	Evet	Var	Var	Yok
Case 5	28	Erkek	Yok	Var	Yok	Var
Case 6	44	Erkek	Yok	Var	Yok	Yok
Case 7	17	Erkek	Evet	Var	Yok	Var
Case 8	24	Erkek	Yok	Var	Yok	Yok
Case 9	19	Erkek	Evet	Var	Yok	Yok
Case 10	38	Erkek	Yok	Var	Var	Yok

MR Görüntülemeleri değerlendirilen hastalardan sadece 1 vakada (Case 2) Beyin MR Diffüzyon görüntülemesinde (Sol bazal ganglion ve sol kaudat nücleusta) kısıtlanma mevcuttu (Şekil 1). Bu vakada bilinç bulanıklığı sonrası gelişen aspirasyona bağlı Kardiyopulmoner arrest geliştiği ve CPR Uygulandığı bulundu. Beyin MR Görüntülemelerinde ise Case 1’de G. Pallidusta Bilateral simetrik T1ve T2A sinyal artışı, Case 5’de Bilateral subkortikal U fiberlerde T2A sinyal artışı, Case 8 ‘de kortikospinal traktüste simetrik T2A sinyal artışı, Case 9’da ise Sağ frontal, sol parietal derin beyaz maddede fokal T2A sinyal artışları var. Case 10 ‘da Verteks düzeyinde subkortikal beyaz cevherde yine küçük T2A sinyal artışları tespit edildi.

Acil Servise başvuran vakaların %50’sinde THC kullanımı beraberinde Metamfetamin yada Opiyat kullanımı vardı. Bu durumun rabdomiyoliz ($p=0,5$ Fisher's Exact =1) ve Beyin Difüzyon ($p=0,29$ $X^2=1,11$) ve beyin mr ($p=0,5$ Fisher’ Exact=1)sonuçları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamadı.



TARTIŞMA

CB 'ler , CB1 ve CB2 reseptörleri üzerinden etkilidir. CB1 reseptörleri, merkezi sinir sisteminde, hipokampus, bazal ganglionlar, korteks, amigdala ve serebellumda bulunur (8).CB1 reseptörleri,hücre içinde esas olarak akson terminalleri aracılığıyla sinir iletimini etkileyecek şekilde bulunur. CB1 reseptörü, G proteini üzerinden hücre içi adenilsiklaz ve siklik adenosin monofosfat (cAMP) seviyelerini baskılar. Voltaj bağımlı Ca^{+2} kanallarını baskılarken K^{+} kanallarını aktive eder. Hücre içi bu etkiler, hücresel uyarımda azalma ve nörotransmitter salınımında azalmaya sebep olur. Nörotransmitterler üzerindeki bu inhibisyon, CB nin nöral iletimde güçlü bir etkiye sahip olmasını sağlar. CB1 reseptörlerinin aktivasyonu, hem inhibitör hem de eksitator sinir iletiminin ikisinde birden azalmaya yol açar (9).CB kullanımı sonucu ortaya çıkan yan etkiler içeriğin türüne ve dozuna göre çok geniş bir yelpaze oluşturmaktadır. Genç erkeklerde kullanımı daha fazladır. Bizim çalışmamızda da olgularımızın hepsinin erkek olması da bunu desteklemektedir. En sık görülen yan etkisi taşikardi olmakla birlikte,CB kullanımı sonrası miyokard enfarktüsü, iskemik inme, emboli, gelişen rabdomyozise bağlı akut

börek hasarı, generalize tonik klonik nöbetler ayrıca psikoz, paranoya gibi psikiyatrik durumlar bildirilmiştir (10,11). Bizim vakalarımızda 10 hastamızın sadece birinde dMRI da pons ta akut iskemi görülmüştür. 10 vakamızın sadece 3 tanesinde CK yüksekliğinin eşlik ettiği rabdomyoliz görüldü. 1 tanesi Medical Crush tedavisi ile düzelirken, 2 tanesi hemodiyalize alındı. 10 vakamızın 5 inde santral MRI ‘da globus pallidumda,kortikospinal tractuste , verteks düzeyinde T2 sinyal artışları dikkat çekti. İskemi, hipoksiye sekonder ensefalitler, mitokondriyel hastalıklara bağlı ,hepatik,üremik sendromlara bağlı ensefalitler,otoimmun ensefalitler,karbonmonoksit zehirlenmelerinde ,metanol,opiatlar,kannaboidler,organofosfat zehirlenmelerine bağlı birçok metabolik,toksikolojik,enfeksiyon kaynaklı santral MRI da özellikle bazal ganglionlarda, talamusta ,serabellumda T2 sinyal değişiklikleri bildirilmiştir (12,13).Bizim vaka serimizde CB alımına bağlı acil servise bilinç değişikliğiyle gelen hastalarda dMRI bulgularından ziyade MRI bulguları ön plana çıkmış olsa da, CB zehirlenmelerinde MRI ın dMRI a üstünlüğünden bahsetmek vaka sayısı kısıtlılığından dolayı mümkün değildir. Bu hususta daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Synthetic cannabinoids: epidemiology, pharmacodynamics, and clinical implications.Castaneto MS, Gorelick DA, Desrosiers NA, Hartman RL, Pirard S, Huestis MA.Drug Alcohol Depend. 2014 Nov 1;144:12-41
2. Vardakou I, Pistos C, Spiliopoulou Ch. Spice drugs as a new trend: mode of action, identification and legislation. Toxicol Lett 2010;197(3):157-62.
3. Ashton CH. Adverse effects of cannabis and cannabinoids. Br J Anaesth 1999;83(4):637-49.
4. Harris CR, Brown A. Synthetic cannabinoid intoxication: a case series and review. J Emerg Med 2013;44(2):360-6.
5. Ameri A. The effects of cannabinoids on the brain. Prog Neurobiol 1999;58(4):315-48.
6. Thornton SL, Wood C, Friesen MW, Gerona RR. Synthetic cannabinoid use associated with acute kidney injury Clin Toxicol (Phila) 2013;51(3):189-90
7. Cohen J, Morrison S, Greenberg J, Saidinejad M. Clinical presentation of intoxication due to synthetic cannabinoids. Pediatrics 2012;129(4):e1064-7.
8. AtwoodBK, Huffman J, StrakerA, MackieK. JWH018,a common constituent of ‘Spice’herbal blends, is a potent and efficacious cannabinoid CB1 receptor agonist.Br J Pharmacol 2010;160:585-93.
9. Mackie K. Distribution of cannabinoid receptors in the central and peripheral nervous system. Handb Exp Pharmacol 2005;168:299-325.
10. A systematic review of adverse events arising from the use of synthetic cannabinoids and their associated treatment.Tait RJ, Caldicott D, Mountain D, Hill SL, LentonS. Clin Toxicol (Phila). 2016 Jan;54(1):1-13.

11. Sentetik Kannabinoid ‘Bonzai’ İntoksikasyonu: Altı Olgu Serisi. Ergül DF, Ekemen S, Yelken B. Turk J Anaesth Reanim 2015; 43: 347-51.
12. Hegde AN, Mohan S, Lath N et-al. Differential diagnosis for bilateral abnormalities of the basal ganglia and thalamus. Radiographics. 2011;31 (1): 5-30.
13. Vakrahou A, Constantinides VC, Velonakis G, Tzartos JS, Stefanis L, Kapaki E, Paraskevas GP. Paraneoplastic basal ganglia encephalitis associated with anti-CV2/CRMP-5 and anti-Yo antibodies in a patient with non-small-cell lung cancer. Neurol Sci. 2020 Sep;41(9):2649-2651. doi: 10.1007/s10072-020-04399-1. Epub 2020 Apr 19. PMID: 32307664.

ACİL SERVİSTE NADİR BİR VAKA; BOTOKSA BAĞLI GELİŞEN ANAFLAKSİ

Uzm. Dr. Havva Serin Yiğit¹, Doç. Dr. Fatma Çakmak²

¹Konya Meram Devlet Hastanesi Acil Servis Tıp Kliniği

²Atlas Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ:

Anaflaksi, vücudun belirli bir alerjene karşı gösterdiği, hayatı tehdit edebilen aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Ani başlayan ve hızla ilerleyen bu alerjik reaksiyon, vücutta çoklu sistemleri etkileyerek solunum sıkıntısı, kan basıncında düşüş (şok), ciltte döküntü, mide bulantısı, kusma gibi belirtilerle kendini gösterir. Anaflaksi, başta gıda alerjileri, ilaçlar, böcek sokmaları gibi faktörlerle tetiklenebilir. Anaflaksi, vücutta büyük miktarda histamin gibi kimyasal maddelerin salınmasıyla ortaya çıkar. Bu maddeler kan damarlarının genişlemesine, kan basıncının düşmesine ve solunum yollarında daralmaya neden olur. Bu durum, yeterli müdahale edilmediğinde yaşamı tehdit edebilecek solunum ve dolaşım yetmezliklerine yol açabilir.

Botoks (botulinum toksini), bir tür bakteri tarafından üretilen bir toksindir. Tıpta yaygın olarak kullanılan bir uygulama olup, özellikle kırıksıklıkları azaltmak, kas spazmlarını hafifletmek ve bazı nörolojik hastalıkları tedavi etmek için tercih edilir. Botoks, kasları geçici olarak felç ederek, uygulandığı bölgedeki kas hareketini sınırlar. Böylece ciltteki kırıksıklıkların görünümünü azaltır ve daha pürüzsüz bir görünüm sağlar. Estetik dışında, botoks aynı zamanda kronik migren, aşırı terleme (hiperhidroz), aşırı aktif mesane ve kas spazmları gibi rahatsızlıkların tedavisinde de kullanılmaktadır.

Botoks (botulinum toksin) çoğunlukla güvenli bir şekilde uygulanmaktadır ancak nadiren, botulinum toksine ya da katkı maddelerine karşı gelişen alerjik reaksiyonlar anafilaksiye yol açabilir. Botoksun içerisinde bulunan protein yapısı veya koruyucu maddeler, bağışıklık sistemini tetikleyerek aşırı duyarlılık reaksiyonlarına yol açabilir. Anaflaksi acil bir durum olduğundan, hızlı tanı ve müdahale önemlidir: Epinefrin (Adrenalin), oksijen tedavisi, Solunum desteği için oksijen maskesi veya gerekli durumlarda entübasyon, alerjik reaksiyonu hafifletmek için antihistaminik ve kortikosteroidler, Hipotansiyonu düzeltmek için damar içi sıvı tedavisi yapılabilir.

Anaflaksi, epinefrin ve uygun acil müdahale ile çoğunlukla kontrol altına alınabilse de, yoğun bakım gerektiren durumlarda izleme altında tutulması gerekebilir. Bu sebeple acil servislerde hızlı tanı ve tedavi hayatı kurtarıcıdır.

VAKA

Kırk altı yaşında kadın hasta 15 gün önce ilk defa botoks uygulaması kendi doktoru tarafından yapılmış, ilk uygulama sonrasında herhangi bir problemi olmamış ve bugün öğlen 14:00 saatlerinde ikinci seans olarak frontal bölgesine ve lateral periorbital (kaz ayağı) bölgelerine doktoru tarafından botoks işlemi yapılmış olup, acil servise 20:00 sularında burun uncundan başlayan ve sonra gözlerine yayılan ödem, alerji şikayeti ile başvurdu. (Resim 1)

Hastaya ilk seansında Türkiye’de kullanılan ve FDA onayı olan bir Botulinum toksini etken maddeli flakon uygulanmış lakin 2. Seansında bu ürünün elinde kalmadığı ve fiyatının da

yüksek olduğu bunun yerine İran menşeli ve yeni bir ürünün kullanılacağı hekim tarafından belirtilmiştir.

Özgeçmişinde kronik hastalığı olmayan ve herhangi bir ilaç kullanımı olmayan sağlıklı hastanın ameliyat öyküsü yok. Fizik muayenede burun ve göz çevresi, üst göz kapaklarında daha yoğun olmak üzere göz kapaklarını açamayacak kadar periorbital ödem mevcuttu. Hastanın muayenesinde uvula ödemi yoktu. Saturasyonu normal idi. Yaygın tüm vücutta kaşıntısı mevcuttu. Diğer sistemik muayeneleri ve vital bulguları stabildi. Hasta monitorize edildi. Damar yolu açıldı. Müşahade altına alınan hastanın uvula ödemi ve solunum paterni takip edildi. Hastaya Oksijen tedavisi, difenhidramin (avil amp) ve metilprednizolon (precort amp) IV(intravenöz) olarak yapıldı. Serum fizyolojik ile hidrate edildi. Takipleri sırasında periorbital ödeminde gerileme olmayan hastaya deksametazon (dekort) IV yapıldı. Hasta; gün içerisinde işlemi yapan hekimi ile konsulte edildi. Periorbital ödemi minimal azalan ve halen devam eden hasta; acil servisteki 3 saatlik süre sonunda geç anaflaktoid reaksiyon gelişebileceği için takip ve tedavi amaçlı kbb servisine yatırıldı. Serviste 24 saat takip edilen hastaya iv mai antihistaminik ve kortizon tedavisi uygulanarak; periorbital ödeminin gerilemesi üzerine şifa ile taburcu edildi. (Resim 2)



Resim 1. Periorbital ödem



Resim 2: tam iyileşme

SONUÇ

Anaflaksi erken tedavi edilmezse ölümle sonuçlanabilen bir acil durumdur. Acil servis, sebebi ne olursa olsun acil durumlarda, komplikasyonlarda hastaların ilk başvuru yeridir. Acil serviste anaflaksi erken tanı ve tedavisi son derece önemlidir. Hızlı, erken müdahale anaflaksiden mortalite ve morbidite oranı oldukça düşürür.

Günümüzde medikal estetik tedavinin oldukça artmasına bağlı medikal estetik komplikasyonları da fazla görülmeye başlanmıştır. Bu sebeple acil servis hekimi hastaya hızlı tanı koymalı medikal estetik komplikasyonlarında ne yapacağını bilmelidir.

AN INTERESTING CASE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: NASAL INFECTION FOLLOWING RHINOPLASTY SURGERY

İhtişam Zafer Cengiz¹, Fatma Çakmak²

¹Department of Aesthetic, Plastic, and Reconstructive Surgery, Atlas University Faculty of Medicine

²Department of Emergency Medicine, Atlas University Faculty of Medicine

INTRODUCTION

Rhinoplasty is currently the most frequently performed procedure among aesthetic surgeries. The influence of social media and the popularity of selfies have increased public interest in this operation, as the nose is the most prominent feature on the face. Patients often seek rhinoplasty not only for aesthetic reasons but also to address breathing difficulties.

However, as with any surgery, rhinoplasty has potential complications, which can be classified into acute and delayed complications. Acute complications include bleeding, infection, rhinorrhea, cerebrospinal fluid (CSF) leakage, orbital and septal hematoma, septal perforation, edema, and ecchymosis (1). Chronic complications include septal or dorsal abscess and infection, cartilage irregularities, nasal tip ptosis, nasal mucosal synechiae, cartilage graft lysis-related issues, keloid formation, and nasal skin necrosis (2).

Post-rhinoplasty infection rates are relatively low, ranging from 1-4% in some studies (3). Reports have included infections such as vestibulitis, septal abscesses, and infections at cartilage graft donor sites (4). Emergency departments are often the first stop for patients experiencing complications due to their accessibility and capacity to resolve issues quickly. Prompt anamnesis, early diagnosis, and appropriate treatment are crucial for favorable outcomes in managing complications. In the case presented here, the patient underwent primary septorhinoplasty without costal or conchal graft harvest.

CASE PRESENTATION

A 38-year-old female patient presented to the emergency department with complaints of pain, redness, and swelling on the nose that began one day prior. She reported having undergone rhinoplasty three weeks earlier and had been prescribed prophylactic amoxicillin-clavulanate for one week post-surgery, along with topical thiocilline ointment for the columellar suture line. She was not using any medication at the time of presentation. Examination revealed a hyperemic area over the nasal dorsum with significant tenderness upon palpation (Figure 1). Nasal tip circulation was intact, and anterior rhinoscopy showed hyperemic and edematous nasal mucosa.

Laboratory results showed hemoglobin 14.1 g/dL, white blood cell count 11,000/mm³, C-reactive protein (CRP) 38 mg/L, and erythrocyte sedimentation rate 11 mm/h. Broad-spectrum intravenous antibiotics and anti-inflammatory treatment were administered in the emergency department. The patient was referred to the plastic surgery department, where a septal abscess was ruled out, and the case was classified as a post-rhinoplasty infection. Consultation with the infectious diseases department led to the initiation of intravenous piperacillin-tazobactam, teicoplanin, and topical mupirocin ointment, and the patient was admitted to the ward.

During the hospital stay, daily monitoring revealed a gradual decrease in nasal swelling, erythema, and edema, as well as reduced tenderness on palpation and improvement in nasal mucosal hyperemia. On the sixth day of follow-up, the patient opted for discharge upon her request.

The patient returned to the plastic surgery outpatient clinic 12 days after discharge. Physical examination revealed complete resolution of the infection, with postoperative edema remaining as a sequela (Figure 2).



Figure 1. Presentation at the emergency department three weeks postoperatively



Figure 2. Preoperative and post-infection images of the patient

DISCUSSION

Rhinoplasty is one of the most frequently performed procedures, both for cosmetic and functional purposes. Although rare, surgical site infections (SSIs) can occur post-rhinoplasty, as with any surgical procedure.

Many surgeons prescribe prophylactic antibiotics during and after rhinoplasty. However, studies have shown that prophylactic antibiotics do not significantly reduce the rate of infections in rhinoplasty procedures (5). Additionally, studies have indicated that infection rates are higher in complex rhinoplasties, such as those involving costal cartilage harvest and septal reconstruction (6).

Staphylococcus aureus is considered the primary pathogen in post-rhinoplasty infections, with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) also isolated in some cases. This hypothesis is supported by Silk et al.'s study, which indicated similar findings (7). In this case, the infectious diseases team initiated a combination of vancomycin and piperacillin-tazobactam, covering both MRSA and potential anaerobic pathogens, and a favorable response to treatment was observed. Follow-up examinations approximately two weeks later revealed complete healing without sequelae.

Emergency departments serve as the hospital's frontline, and the knowledge and experience of emergency physicians regarding postoperative complications and their management are essential. Thorough anamnesis, accurate diagnosis, and prompt referral to the appropriate specialty are vital for early diagnosis and treatment.

REFERENCES

1. Heilbronn C, Cragun D, Wong BJF. Complications in rhinoplasty: a literature review and comparison with a survey of consent forms. *Facial Plast Surg Aesthet Med*. Published online. doi:10.1089/fpsam.2019.29007.won.
2. Sharif-Askary B, Carlson AR, Van Noord MG, Marcus JR. Incidence of postoperative adverse events after rhinoplasty: a systematic review. *Plast Reconstr Surg*. 2020;145(3):669-684. doi:10.1097/PRS.0000000000006561.
3. Georgiou I, Farber N, Mendes D, Winkler E. The role of antibiotics in rhinoplasty and septoplasty: a literature review. Department of Plastic & Reconstructive Surgery, The Chaim Sheba Medical Center; Tel Aviv University, Sackler School of Medicine.
4. Andrews PJ, East CA, Jayaraj SM, Badia L, Panagamuwa C, Harding L. Prophylactic vs postoperative antibiotic use in complex septorhinoplasty surgery: a prospective, randomized, single-blind trial comparing efficacy. *Arch Facial Plast Surg*. 2006;8(2):84-87.
5. Nuyen B, Kandathil CK, Laimi K, Rudy SF, Most SP, Saltychev M. Evaluation of antibiotic prophylaxis in rhinoplasty: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Facial Plast Surg*. Published online. doi:10.1001/jamafacial.2018.1187.
6. Sharif-Askary B, Carlson AR, Van Noord MG, Marcus JR. Incidence of postoperative adverse events after rhinoplasty: a systematic review. *Plast Reconstr Surg*. 2020;145(3):669-684. doi:10.1097/PRS.0000000000006561.

7. Silk KL, Ali MB, Cohen BJ, Summersgill JT, Raff MJ. Absence of bacteremia during nasal septoplasty. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1991;117(1):54-55. doi:10.1001/archotol.1991.01870130060016.

Sodyum nitrat intoksikasyonu: case report

İbrahim Çoban¹

¹ İstanbul Medeniyet Üniversitesi Acil Tıp Anabilimdalı

Amaç: Sodyum nitrat , oda sıcaklığında suda çoğunlukla eriyik hale gelir, hafif sarımsı kristal bir katı olarak görünen inorganik bir tuzdur. Belirli dozlarda insanlar için oldukça toksiktir çünkü hemoglobini methemoglobine oksitleyebilir ve ciddi doku hipoksisine neden olabilir (1).Burada intihar amaçlı Sodyum nitrit oral alımı sonrası eksitus olan bir vakayı sunmayı amaçladık.

Vaka: Yirmi sekiz yaşında erkek hasta (boy 178 kilo 80 vki:25,24) odasında yarı baygın olarak ailesi tarafından bulunuyor. Tıp fakültesi öğrencisi olan hasta intihar amaçlı internetten sipariş ettiği sodyum nitrat içtiğini ailesine söylüyor. Hasta oral alımdan sonra 30 dakika içerisinde 112 tarafından acil servisimize getirildi. Hasta acil servise getirildiğinde GKS:3, TA:60/40mmHg, Nabız:55 idi. Daha sonra kırmızı alanda değerlendirilken hastada nabız alınamaması üzere KPR başlandı ve entübe edildi. Hastaya 10 dakika içerisinde metilen mavisi uygulandı. Yapılan tüm müdahalelere rağmen hasta kısa sürede eksitus oldu.

Sonuç: Sodyum nitrat intoksikasyonlarında metilen mavisi ivedi şekilde başlanması gerekmektedir(2). Sodyum nitratın, belirli dozlarda insanlar için oldukça toksiktir ve kısa sürde ölüme sebep olabilmektedir Sodyum nitratın ucuz ve kolay ulaşılabilir olması ve internetten sipariş edilmesi denetlenmelidir(3)..



Kaynaklar

1. N. Benowitz. Nitrates and nitrites. K. Olson (Ed.), Poisoning and Drug Overdose (seventh ed.), McGraw Hill, New York (2018), pp. 339-340
2. A. Iolascon, P. Bianchi, I. Andolfo, *et al.* SWG of red cell and iron of EHA and EuroBloodNet. Recommendations for diagnosis and treatment of methemoglobinemia. Am J Hematol, 96 (12) (2021 Dec 1), pp. 1666-1678.

3 K.S. Hughan, A. Levine, N. Helbling, *et al.* Effects of oral sodium nitrite on blood pressure, insulin sensitivity, and intima-media arterial thickening in adults with hypertension and metabolic syndrome. *Hypertension*, 76 (3) (2020), pp. 866-874.

Anafilaksi Sonrası Serebral Vasküler Olay

Mehmet Soyug zel¹

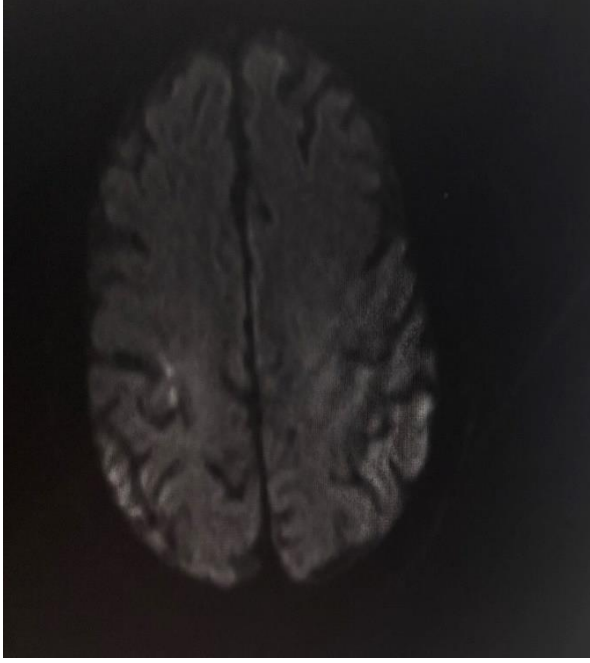
¹ Afyonkarahisar Dr. Halil İbrahim  zsoy Bolvadin Devlet Hastanesi

Giriş ve Amaç: Anafilaksi yaşamı tehdit eden şiddetli alerjik reaksiyon olarak bilinmektedir. Anafilakside başvuru spektrumu geniştir. Anafilaksi tanısı konulduktan sonra ilk yapılacak tedavi, anterolateral uyluktan IM epinefrin uygulamasıdır. Önerilen doz 0.01 mg/kg (max 0.5 mg im), her 5-15 dk bir tekrar, semptomlar kontrol altına alınana kadar. Dolaşım kollapsı olan hastalarda iv veya io geniş damar yolu açılarak büyük miktarlarda sıvı resüsitasyonu yapılmalıdır. Hastalar en az 8 saat ikincil re anafilaksi olması ihtimaline karşın yakın takip edilmelidir. Vakamız 72 yaş erkek hasta pnömoni nedeniyle moksifloksasin kullanımı sonrası

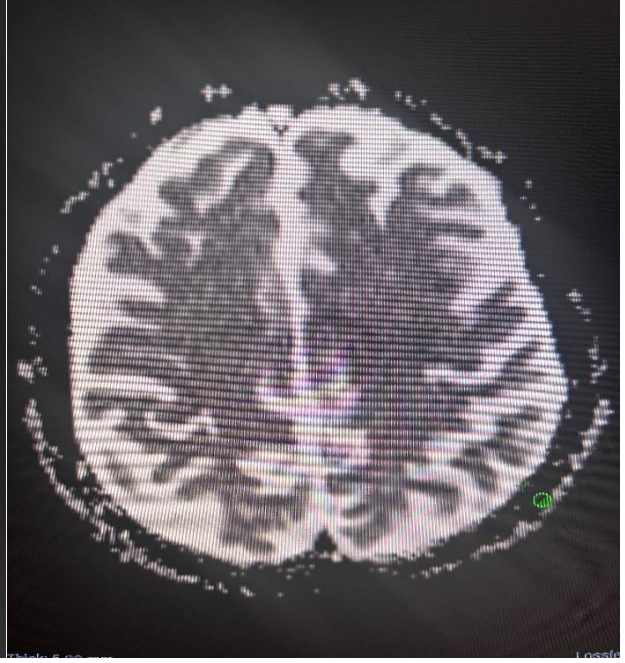
Nefes darlığı ve kaşıntı şikayetiyle ayaktan acil servise başvurdu. 2 adet im 0.5mg sonrası semptomatik rahatlayan hasta gözleme alındı. Takiplerinde konuşması bozulan ve sol el-bacakta g c zl ğ  gelişen hastanın çekilen mr difüzyonunda iskemiyle uyumlu görünüm saptandı. Çalışmamız anafilaksi geçiren hastaların miyokard infarktüsü, re anafilaksi, svo vb komplikasyonlarında salınan mediatörlere bağlı yaşayabileceği akılda tutulmalıdır. Bu sebeple hastalar yakın gözlem altında en az 8 saat takip edilmelidir.

Materyal ve Metot: 72 yaş erkek hasta, moksifloksasin kullanımı sonrası kaşıntı ve nefes darlığı şikayetiyle acil servise başvurdu. Anamnezinde pnömoni nedeniyle antibiyotik kullandığı, 5 yıl önce larinks kanseri nedeniyle ışın aldığını ve k r olduğunu beyan etti. Hayati bulgular: Kan basıncı: 70/40 mmHg, Sıcaklık: 36 C, Kalp hızı: 140 atım/dakika, Oksijen satürasyonu: %78, Solunum hızı: 30 nefes/dakika. Fizik muayene hasta siyanotik, takipnesi ve vücudu yaygın ürtiker mevcuttu. Hastamıza hemen 0.5mg 5 dakika aralıkla 2 adet adrenalin im uygulandı. Hidrasyon, oksijen ve kiloya 2 mg'dan metilprednisolon verildi. Hasta semptomatik rahatladı satürasyonu ve tansiyonu düzeldi. Monitörize takibe alındı. Takibinin 1. saatinde bir dakika boyunca konuşması bozulan hasta takibinde düzeldi. Hasta konuşması düzeldikten 10 dakika sonra tekrar konuşması bozuldu ve sol kol ve bacakta 4/5 kas gücüne geriledi kas gücü. Mr difüzyon planlandı ve nöroloji konsülte edildi. Hastanın çekilen mr difüzyonunda lezyon görülmedi. Hastanın muayene bulgusu ise gerilemedi. Takibinin 3. Saatinde kontrol dif planlandı, tekrar lezyon görülmedi. Hastanın takibinin 5. Saatinde çekilen mr difüzyonda sağ pariyatel lob kortikal yüzeylerde milimetrik birkaç adet difüzyon kısıtlaması odağı izlendi (şekil 1-2). Hasta nöroloji servise yatış verildi.

ŞEKİL 1 (DWI)



ŞEKİL 2(ADC)



Sonuç: Serebrovasküler olayla anafilaksi arasında ilişki olduğu bilinsene, vaka sayıları yetersizdir. Anafilaksi geçiren hastalarımızı kardiyak, nörolojik ve re anafilaksiye karşı 8 saat yakın takip edilmelidir. Hastaların olası geç nörolojik bulgularına karşı tetikte olunmalıdır.

Referanslar

1.Kabra R, Andhale A, Acharya S, Kumar S, Sawant R. Acute Ischemic Stroke Post Honeybee Sting: A Rare Case Report. Cureus. 2022 Nov 24;14(11):e31851. doi: 10.7759/cureus.31851.

İntratorasik Guatr : Parakardiyak Uzanımlı

Mehmet Soyugüzel¹

¹ Afyonkarahisar Dr. Halil İbrahim Özsoy Bolvadin Devlet Hastanesi

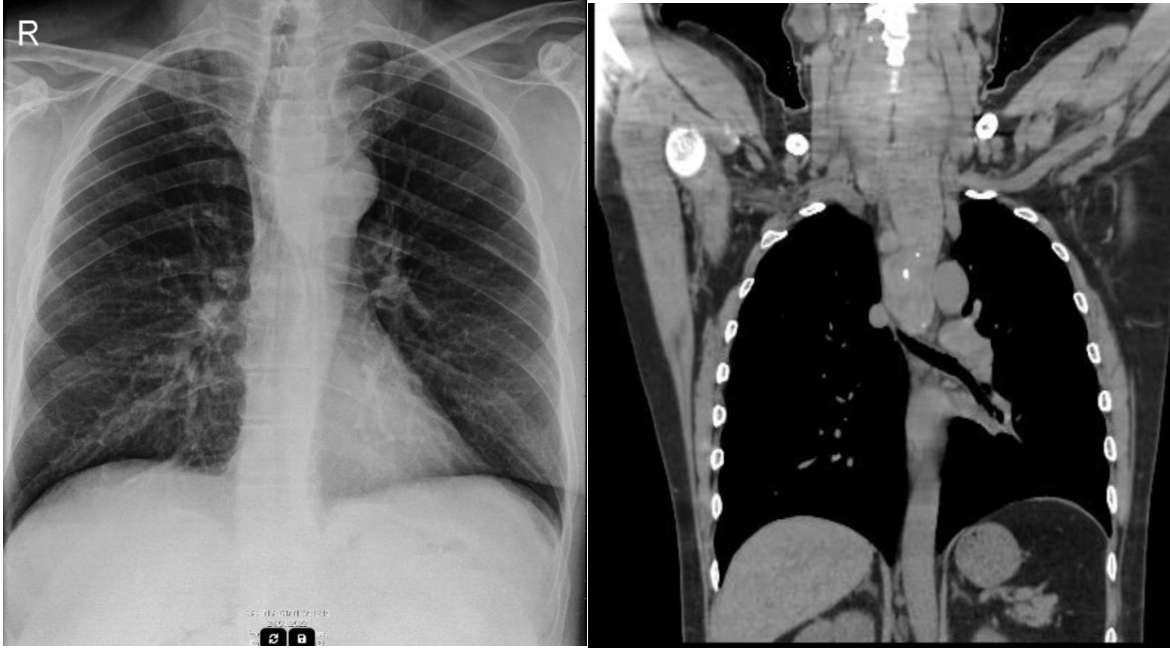
Giriş ve Amaç: Intratorasik guatr (ITG) genellikle büyük hacimli multinodüler bir guatrın (MNG) mediastinal uzanım göstermesi haline verilen addır. Opere edilen MNG'ların %4-20'si intratorasik yerleşimlidir. Gerek yer çekimi, gerek negatif intratorasik basınç büyümüş bir tiroid bezinin retrosternal alana göçünü kolaylaştıran başlıca faktörlerdir. ITG genellikle ileri yaşlarda başlıca altıncı dekatta görülür. Kadın:erkek oranı 3:1'dir. Hastaların %20-30'unda tiroid palpe edilemez ve kitlenin tamamı toraks içindedir. Başlıca klinik semptomlar komşu visseral, nöral ve vasküler yapıların deplase olmasına bağlı olup hastaların %20-60'ında trakeal kompresyon ve hava yolu daralması önde gelir. Trakeal deviasyon ve obstrüksiyonun değerlendirilmesinde PA akciğer grafisi oldukça yararlıdır ve hastaların %60-90'ında patolojik bulunmuştur. ITG'nin tercih edilen tedavisi cerrahidir. Olguların %90'ında standart Kocher'in kolye insizyonu ile kitlenin çıkartılması olasıdır. Sternotomi ile kombine mediastinal yaklaşım ise hastaların %1-10'unda gerekir. Vakamızda nefes darlığı şikayetiyle gelen 56 yaş hastada sebebin intratorasik guatr olduğu anlaşılmıştır. Nefes darlığı şikayetiyle başvuran hastalarda ITG'nin nadirde olsa aklımızda bulunması gerekmektedir.

Materyal ve Metot: 56 yaş erkek hasta nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Ek hastalık diyabet mevcut, oral antidiyabetik ve oral antihipertansif kullanıyor. Kan basıncı: 130/90 mmHg, Sıcaklık: 36.5°C, Kalp hızı: 110 atım/dakika, Oksijen saturasyonu: %98, Solunum hızı: 14 nefes/dakika. Muayenesinde akciğer sesleri olağan GKS:15 oryante koopere, tiroid elle muayenede normalden büyük, onun dışında ek özellik yok. Laboratuvar sonuçları şunları gösterdi: glikoz (121 mg/dl), üre (43 mg/dL), kreatinin (1,04 mg/dL), CRP (2 mg/L), WBC (15,44 µL) NEU(8.16 µL). Troponin I <0,1 (ng/ml). Ph 7.38. Hastanın ekg'si normal sinüs ritmi ek özellik yok. Çekilen akciğer filminde trekea sağa deviye olarak görüldü (Şekil 1). Etyoloji ve tanı amaçlı tomografi istendi. Hasta radyoloji konsülte edildi. Hastanın İntratorasik parakardiyak alana kadar uzanan guatrı tespit edildi (Şekil 2). Hasta genel cerrahiye konsülte edildi. Cerrahi planlandı, göğüs cerrahi ve kalp damar cerrahi hazırda bekledi. Sternotomisiz ve komplikasyonsuz kitle çıkarıldı.

Sonuç: Acil servise nefes darlığıyla çok sayıda hasta başvurmaktadır. Bu hastaların semptomları genelde kardiyak veya göğüs hastalıkları nedeniyle meydana gelmektedir. Nadirde olsa Intratorasik guatr buna sebebiyet verebileceği unutulmamalıdır. Trekea deviyaslarında özellikle akılda bulundurulmalıdır.

ŞEKİL 1

ŞEKİL 2



Referans:

1.Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2006;2(47):60-4

Nadir Bir Olgu: Çıyan Sokmasına Bağlı Böbrek Yetmezliği

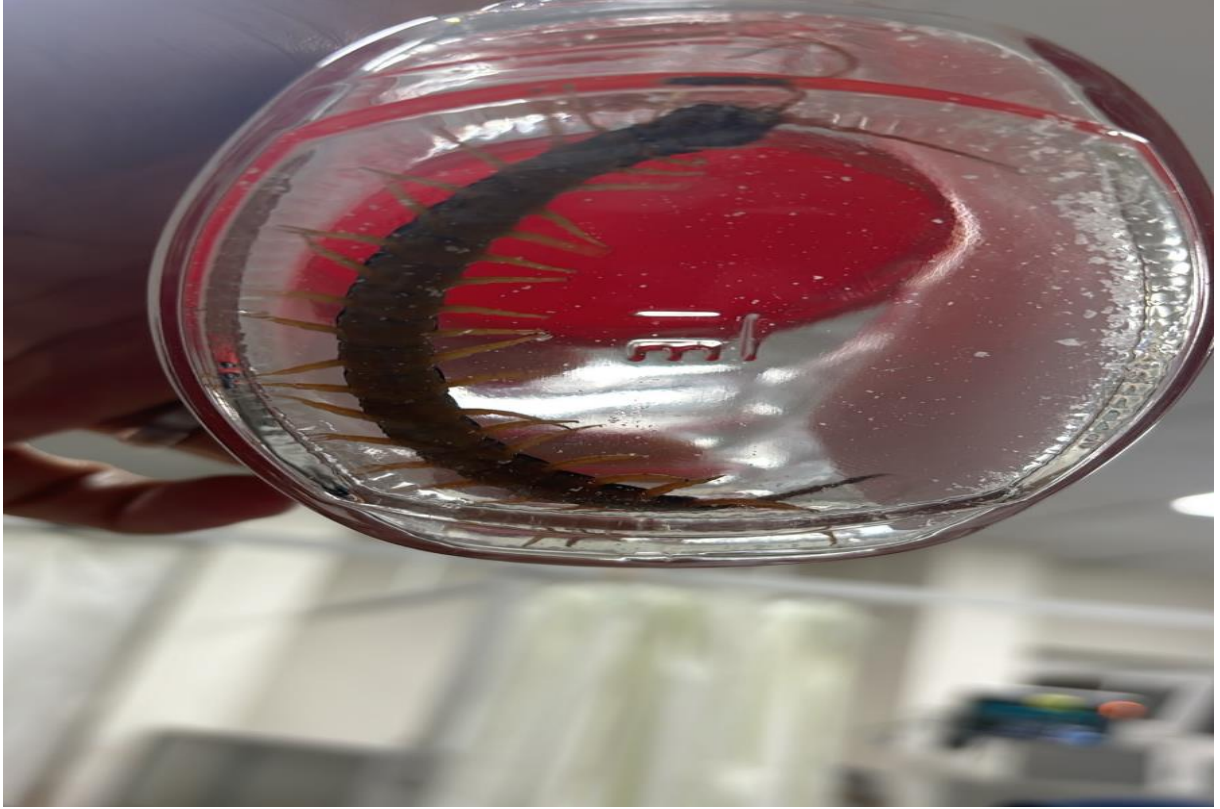
Aysun Soyugüzel¹, Mehmet Soyugüzel²

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversite Hastanesi

²Afyonkarahisar Dr. Halil İbrahim Özsoy Bolvadin Devlet Hastanesi

Giriş ve Amaç: Eklem bacaklıların çoğu böcek olmakla birlikte örümcekler, çıyanlar ve kabuklular da arthropoda adı altında incelenir. Vücutları; baş, göğüs ve karın olmak üzere üç bölgeden meydana gelir. Isırıklarında veya deriyle temas etmeleri halinde lokal reaksiyonlara, böbrek yetmezliğine, kalp krizine, multi organ yetmezliğine kadar geniş bir yelpazede sistemik reaksiyona neden olabilirler. Kırkayak ile çıyan çok karışan 2 eklem bacaklıdır. Çıyanların vücutları daha yassı ve segment başına bir çift bacak olacak şekilde düzenlenmiştir. Bu, onların hızlı hareket etmelerini sağlar. Kırkayakların vücutları ise daha yuvarlak olup, her segmentinde genellikle iki çift bacak bulunur. Bu yapı, onlara yavaş ancak istikrarlı bir hareket kabiliyeti verir. Çıyanlar genellikle zehirlidirler ve zehirleri, avlarını öldürmek veya kendilerini savunmak için kullanılır. Kırkayaklar ise genellikle zehirsizdir, ancak bazı türler tehlike altında olduklarında kimyasal savunma maddeleri salgılayabilir. Vakamız 14 yaş erkek hasta çıyan tarafından ısırılmış. Çıyanı hasta yakınları kavanozda getirdiği için net tanı almıştır (Şekil 1) . Kırk ayak ısırıkları çoğunlukla tehlikesizken, çıyan ısırıkları hayati tehlikeye sokabilecek durumlara neden olabileceğinden dikkatli olunmalıdır. Detaylı fizik muayene ve anamnez alınmalıdır. Arada kalınan hastalarda 114 mutlaka aranmalıdır.

ŞEKİL 1



Materyal ve Metot: 14 yaş erkek hasta, sağ arka kruris orta kısımda böcek sokması şikayetiyle acil servise geldi. Muayenesinde sağ kruris arka kısımda 2 adet noktasal kızarıklık mevcuttu. Anamnezinde ek hastalığı olmadığı, ısırık yerinde ağrı ve kaşıntı olduğunu beyan söyledi. Hayati bulgular: Kan basıncı: 110/60 mmHg, Sıcaklık: 37°C, Kalp hızı: 110 atım/dakika, Oksijen satürasyonu: %98, Solunum hızı: 18 nefes/dakika. Fizik muayene ısırılma yeri kızarıklık ve 2x4cmlik şişlik mevcut. Laboratuvar sonuçları şunları gösterdi: glikoz (121 mg/dl), üre (93 mg/dL), kreatinin (1,74 mg/dL), CRP (152 mg/L), WBC (25,44 μ L) NEU(14.16 μ L). Kreatin Kinaz 7000(U/L) Troponin I <0,1 (ng/ml). Ph 7.31. Mesane sonda takıldı totalde 100cc idrar çıkışı olan hasta akut böbrek yetmezliği olarak değerlendirildi. 114 zehir danışma arandı. Tetanoz ve iv hidrasyon önerildi. Çocuk sağlığı ve hastalıklarına danışıldı, servis yatışı verildi. Hastamız 2 gün servis yatışı sonrası şifayla taburcu edildi.

Sonuç: Acil serviste kırsal yerleşim harici çıyan ısırığıyla çok sık karşılaşılmamaktadır. Kırkayak ve çıyan arasındaki fark net olarak anlaşılmamışsa. Çıyan olarak değerlendirmeli ve detaylı fizik muayene yapılmamıştır. Ayrıca 114 aranmalı, tetanoz mutlaka sorgulanmalı ve yoksa yapılmalıdır. Hastada böbrek yetmezliği, miyokard infarktüsü, multi organ yetmezliğine kadar geniş bir yelpazede organ hasarı yapabileceği akılda tutulmalıdır

Referans:

1.Ross EJ, Jamal Z, Yee J. Centipede Envenomation. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;

Akut Karının Nadir Bir Nedeni: İnternal Herniasyon

Aysun Soyugüzel¹, Mehmet Soyugüzel²

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversite Hastanesi

²Afyonkarahisar Dr. Halil İbrahim Özsoy Bolvadin Devlet Hastanesi

Giriş ve Amaç: Acil serviste karın ağrısıyla sık karşılaşılmaktadır. Akut karın ağrısının en sık nedeni nonspesifik karın ağrısıdır (%24-44,3), bunu akut apandisit (%15,9-28,1) takip eder. Akut apandisit, akut karınlı çocukların üçte ikisin de cerrahi müdahalenin nedenini oluşturur. Bu vakamız nadir bir akut karın cerrahi endikasyonu olabilen internal herniasyonlu 7 yaş erkek hastayla ilgilidir. Haslarımızda nadir bir tanı olsa da, acil cerrahi endikasyonu olabileceğinden akut batında internal herniasyonu akılda tutmamızın önemini vurgulamaktayız.

Materyal ve Metot: 7 yaş erkek hasta, 4 saat önce başlayan şiddetli karın ağrısı şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Anamnezinde ek hastalığı olmadığı ve ağrısının yemekten sonra aniden başladığını söyledi. Hayati bulgular: Kan basıncı: 115/70 mmHg, Sıcaklık: 36°C, Kalp hızı: 100 atım/dakika, Oksijen saturasyonu: %99, Solunum hızı: 20 nefes/dakika. Fizik muayenede batın yaygın hassas, defans+, rebound+.

Laboratuvar sonuçları şunları gösterdi: glikoz (171 mg/dl), üre (33 mg/dL), kreatinin (0,54 mg/dL), LDH (167 U/L), ALP (207 U/L), GGT (201 U/L), Amilaz (177 U/L), Hemoglobin (13,7 g/dL), CRP (0 mg/L), WBC (21,44 µL) NEU(11.16 µL). Hastanı ayakta direk batın grafisinde hava-sıvı seviyeleri dikkat çekti(Şekil 1). Hastaya iv hidrasyon başlandı ve ileus ön tanısıyla etyolojiye yönelik kontrastsız tomografi planlandı. Çekilen tomografisinde batın orta hatta internal herniasyona rastlandı (Şekil 2). Çocuk cerrahisi görüşü alındı. Hastamız iv sıvı tedavisiyle, cerrahiye gerek kalmadan taburcu edildi.

ŞEKİL 1



ŞEKİL 2



.
Sonuç: Acil serviste akut batınla çok sık karşılaşılmaktadır. Nadir bir vaka da olsa internal herniasyon özellikle çocuklarda akılda tutulmalıdır. Gerekli görüntülemeler istenip mutlaka ocuk cerrahi görüşü alınmalıdır. Kendiliğinden redükte olmaması halinde acil cerrahi endikasyonu olduğu unutulmamalıdır.

Referans

1. Garignon C, Paparel P, Liloku R, Lansiaux S, Basset T. Mesenteric hernia: a rare cause of intestinal obstruction in children. *J Pediatr Surg.* 2002;37(10):1493-1494.
- 2.Fujita A, Takaya J, Takada K, et al. Transmesenteric hernia: report of two patients with diagnostic emphasis on plain abdominal X-ray findings. *Eur J Pediatr.* 2003;162(3):147-149.

Acute Limb Ischemia in the Emergency Department: NLR, PLR, and BUN/Creatinine Ratio as Predictive Tools for Amputation

Alper YAŞAR¹, Mustafa Selçuk Ayar², Fatih ÇALIŞKAN³, Semih Murat YÜCEL³

¹Turhal State Hospital, Emergency Service -TOKAT, Türkiye

² Terme State Hospital, Emergency Service, SAMSUN, Türkiye

³Ondokuz Mayıs University, Faculty of Medicine, SAMSUN, Türkiye

Aim: Acute Limb Ischemia (ALI) is a critical condition requiring immediate intervention to prevent limb loss and reduce mortality. The use of readily available biomarkers such as the Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio (NLR), Platelet-to-Lymphocyte Ratio (PLR), and Blood Urea Nitrogen (BUN)/Creatinine ratio may help predict amputation risk in emergency department settings, where advanced imaging may be limited. This study aims to assess the utility of these biomarkers in predicting the risk of amputation in ALI patients presenting to the emergency department.

Methods: This retrospective cross-sectional study included 133 patients who presented to the Emergency Department of Ondokuz Mayıs University with signs of ALI between January 2020 and January 2023. Patients were evaluated by cardiovascular surgeons based on clinical findings and imaging results, and ALI was confirmed. Laboratory data, including NLR, PLR, and BUN/Creatinine ratios, were collected, and their predictive value for amputation was analyzed using ROC (Receiver Operating Characteristic) analysis. The Youden index was used to determine cutoff values, and logistic regression analysis was conducted to identify independent predictors of amputation.

Results: The median age of the study cohort was 74 years, with 58% of the patients being male. The BUN/Creatinine ratio, NLR, and PLR were found to have predictive value for amputation, with the BUN/Creatinine ratio demonstrating the highest area under the curve (AUC = 0.727) among the parameters analyzed. ROC analysis indicated that while NLR and PLR may help predict amputation, their primary value lies in excluding the risk, given their high negative predictive value. In multivariate analysis, the BUN/Creatinine ratio and female gender emerged as independent predictors of amputation.

Conclusion: Ratios such as NLR, PLR, and the BUN/Creatinine ratio can aid in assessing amputation risk in ALI patients. The BUN/Creatinine ratio, in particular, showed superior predictive performance and may serve as an important marker in emergency settings, especially where rapid decision-making is crucial.

Bee sting-induced status epilepticus

Yasar Catal¹, Sinan Genç²

¹Department of Emergency Medicine, Kayseri City Hospital, Kayseri, Turkey

²Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Ankara University

Introduction: Bee stings can result in a wide range of clinical presentations, from mild to severe. Factors such as the patient's age, underlying health conditions, and the number of stings can affect these presentations (1). Clinically, reactions are categorized as local inflammatory responses (e.g., pain, swelling, itching, rash), allergic reactions (e.g., urticaria, angioedema), anaphylactic shock, or systemic toxic effects (e.g., myocardial injury, hypertension, liver damage, rhabdomyolysis, hemolysis, coma, and acute renal failure) (2). Neurological symptoms, though rare, may also occur after bee stings (3). These symptoms can arise without accompanying systemic reactions, vary in severity, and often pose diagnostic challenges. Here, we present a case of status epilepticus following a bee sting.

Case Report: A 50-year-old male patient presented to the emergency department with erythema and swelling in the abdominal and dorsal regions following multiple bee stings. He denied experiencing dyspnea, abdominal pain, chest pain, nausea, or vomiting. His past medical history was unremarkable, with no chronic conditions, previous surgeries, or regular medication use. Upon admission, his vital signs were as follows: body temperature 36.5°C, heart rate 112 beats per minute, blood pressure 126/79 mmHg, respiratory rate 19 breaths per minute, peripheral oxygen saturation 99%, and blood glucose 84 mg/dL. Physical examination revealed multiple areas of erythema and swelling in the abdomen and back, consistent with bee stings, while the systemic examination showed no abnormalities. During the physical examination, the patient suddenly developed jaw locking, altered consciousness, and generalized muscle contractions, consistent with a generalized tonic-clonic seizure. Airway, breathing, and circulation were promptly evaluated, and oxygen therapy was initiated via mask along with continuous monitoring. Immediate treatment was provided for both anaphylaxis and the seizure. The patient received intramuscular 0.5 mg adrenaline, intravenous (IV) diazepam at a dose of 0.15 mg/kg, and IV corticosteroids. As the seizure continued, additional doses of adrenaline and diazepam were administered. Due to the inability to control the seizure, an intravenous loading dose of 20 mg/kg levetiracetam was administered. The patient was deemed to be in status epilepticus after failing to stabilize following levetiracetam administration and was subsequently intubated. An IV bolus of midazolam was administered at a dose of 0.1 mg/kg, followed by a continuous IV infusion at 0.1 mg/kg/hour. The administration of midazolam resulted in the cessation of the patient's seizures. Comprehensive laboratory evaluations, including a complete blood count, biochemical panel, coagulation parameters, and venous blood gas analysis, were conducted. The laboratory findings revealed leukocytosis ($18.62 \times 10^3/\text{mL}$) and lactic acidosis (pH: 7.22, lactate: 8.1 mmol/L), while other parameters remained within normal limits: creatinine 1.1 mg/dL, blood urea nitrogen (BUN) 11 mg/dL, sodium 138 mmol/L, potassium 3.6 mmol/L, calcium 8.4 mg/dL, magnesium 2.5 mg/dL, glucose 122 mg/dL, and hemoglobin 14 g/dL. The patient's electrocardiogram demonstrated a normal sinus rhythm. To exclude differential diagnoses, non-contrast cranial computed tomography and diffusion-weighted magnetic resonance imaging were performed, both of which revealed no intracranial pathologies. An electroencephalogram conducted 48 hours after admission showed normal results, with no evidence of epileptiform activity. The patient was extubated six days

after being admitted to the intensive care unit for status epilepticus and was subsequently discharged in good health.

Result: This case highlights status epilepticus as a rare but serious complication of bee stings. Clinicians should remain vigilant for the potential development of life-threatening conditions such as status epilepticus and anaphylaxis, in addition to the more common local reactions. Accordingly, close monitoring of patients following a bee sting is essential.

Keywords: Bee Sting, Status Epilepticus, Emergency department

References

- 1.Fan H, Kalil J. Massive bee envenomation. Critical Care Toxicology: Diagnosis and Management of the Critically Poisoned Patient: Springer International Publishing; 2017.
- 2.Pucca MB, Cerni FA, Oliveira IS, Jenkins TP, Argemí L, Sørensen CV, et al. Bee updated: current knowledge on bee venom and bee envenoming therapy. Frontiers in immunology. 2019;10:2090.
- 3.Reisman RE. Unusual reactions to insect stings. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2005;5(4):355-8.

Herbal supplement consumption: A rare case of cholinergic syndrome

Yasar Catal¹, Ömer Yusuf Erdurmuş², Ayça Koca³

¹Department of Emergency Medicine, Kayseri City Hospital, Kayseri, Turkey

²Department of Emergency Medicine, Ordu State Hospital, Ordu, Turkey

³Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Ankara University

Introduction: Herbal supplements are used as dietary supplements and are frequently perceived to be natural therefore harmless, but unlabelled ingredients may lead to significant adverse effects. Herbalife is a complex herbal formula that is known for promoting weight loss and weight maintenance, this products are mostly combined with other supplements like drinks, tea concentrates or vitamins (1). However, the literature thrives with descriptions of hepatotoxicity due to herbal remedies and prior publications related Herbalife products to hepatotoxicity (2). We report herein a rare case of cholinergic toxidrome due to dietary supplements.

Case Report: A 34-year-old female patient was admitted to the emergency department (ED) with lethargy, hypersalivation and difficulty to speak. No relevant medical history was reported. At admission, she was sweating and diaphoretic, her vital signs were as follow: blood pressure 144/65mmHg, heart rate 122 /minute, respiratory rate 22/minute, oxygen saturation 84% on room air and temperature 36.7 °C. During first examination, she was awake but seemed to be confused, she was unable to answer questions because of extreme secretions spewing from her mouth, necessitating mechanical suctioning. On physical examination, an urinary incontinence was remarked, the patient was very uncooperative and was moving all her extremities. Assessment of motor, sensory and cerebellar functions was difficult due to agitation but it was noticed that both pupils were miotic. Routine laboratory tests were performed at the time of admission showing: blood sugar 245 mg/dl, WBC $27,6 \times 10^9/L$ and potassium 2,8 mmol/L. All other tests including kidney and liver function tests were all within the normal range. Head computer tomography showed normal. Considering potential drug intoxication, a nasogastric tube was inserted, after lavage, activated charcoal was given through nasogastric tube. A competent supportive care with attention to vitals and further complications was initiated. Consequent to questioning, the patient relative revealed the routine consuming of dietary supplements; Herbalife® products (Herbalife® F1 Shake [Vanilla](#)) with herbal aloe concentrate drinks in the previous 3 months. During follow-up, the patient need for mechanical suction decreased, she did not need intubation, and her orientation and cooperation recovered. The patient was discharged 3 days after, no liver or kidney deterioration had developed. One week after discharge, the patient was examined in the internal medicine clinic with no complaints, and no supplementary testing was performed.

Result: People are taking more and more herbal dietary supplements combined with auxiliary products or drinks, without being aware of adverse side effects of functional health foods that can be encountered. Most patients do not mention this kind of non-medical supplies, thinking there are natural and harmless. Therefore, it is worthwhile for emergency physicians to consider potential dietary supplements as a health threat and be aware of the adverse effects such herbal products may have.

Keywords: Cholinergic Syndrome, Herbal supplement, Emergency department

References

- 1.Schoepfer AM, Engel A, Fattinger K, Marbet UA, Cribiez D, Reichen J, et al. Herbal does not mean innocuous: ten cases of severe hepatotoxicity associated with dietary supplements from Herbalife products. *J Hepatol.* 2007; 47(4): 521-6.
- 2.Neff GW, Reddy KR, Durazo FA, Meyer D, Marrero R, Kaplowitz N. Severe hepatotoxicity associated with the use of weight loss diet supplements containing ma huang or usnic acid. *J Hepatol.* 2004; 41(6): 1062-4.

Comparative Efficacy of Lactate/Albumin Ratio and CURB-65 in Assessing Hospitalization Needs in Pneumonia Patients

Fatma Tortum¹

¹ Atatürk University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine,

Introduction: Due to ongoing challenges in assessing the need for hospitalization, this study aims to evaluate the usability of the lactate/albumin ratio (LAR) and its relationship with the CURB-65 scoring system in determining the need for hospitalization in patients with acute pneumonia in emergency departments.

Method: Our study was conducted retrospectively in the emergency department of a tertiary care hospital between February 1, 2024, and August 1, 2024. A total of 77 patients over 18, who were diagnosed with pneumonia and had no other chronic illnesses, were included in the study. The CURB-65 scores of the patients at the time of admission to the emergency department were calculated, and arterial blood gas, lactate, albumin, LAR, BUN values were obtained from electronic patient records.

Receiver Operating Characteristic (ROC) analysis was performed to evaluate the predictive power of the LAR for patient admission and discharge in the emergency department. The area under the ROC curves (AUC) for BUN, lactate, LAR, and CURB-65 values was calculated.

Results: A total of 77 patients were included in the study, of which 30 were hospitalized. The mean age of the patients was 68.8 ± 12.2 , and 46.8% (n=36) were male. When comparing the patients discharged from the emergency department with those who were hospitalized, the discharged group had lower respiratory rate, BUN, lactate, CURB-65, and LAR, with statistically significant differences ($p < 0.05$). The basic characteristics of the patients based on their outcomes in the emergency department are presented in Table 1.

Tablo 1. Basic characteristics of patients based on their outcomes in the emergency department

Variables	Total (n=77)	Discharged (n=30)	Hospitalization (n=47)	P value
Age, year	68.8±12.2	63.4±13.1	72.3±10.4	0.540
Gander, male	36 (46.8%)	14 (46.7%)	22 (46.8%)	0.990
Confusion	10 (13.0%)	1 (3.3%)	9 (19.1%)	0.045
SBP, mmHg	120.6±26.6	126.8±16.4	116.7±30.9	0.111
DBP, mmHg	73.5±16.6	77.9±9.8	70.6±19.8	0.052
HeartRate,/min	107.1±22.1	101.4±16.5	110.7±24.5	0.057
Saturation, %	81.6±7.3	84.1±7.5	79.9±6.7	0.007
Respiratory rate, /min	20.8±5.6	18.6±4.1	22.3±6.0	0.008
Albumin, g/dL	3.5±0.5	3.6±0.5	3.5±0.5	0.768
BUN, mg/dL	24.7±14.0	17.5±10.7	29.2±14.1	<0.001
pH	7.42±0.06	7.44±0.04	7.42±0.06	0.061
Lactate, mmol/L	1,91±1.13	1.55±0.84	2.13±1.23	0.011
PaO ₂	60.28±10.35	65.07±9.51	57.23±9.78	0.001
PaCO ₂	34.30±6.04	33.31±5.69	34.94±6.23	0.306
CURP-65	1.95±1.22	0.87±0.86	2.64±0.87	<0.001
Lac/Alb	0.55±0.45	0.40±0.21	0.64±0.53	0.006

Note: SBP: Systolic blood pressure; DBP: Diastolic blood pressure; PaO₂: partial arterial oxygen pressure; PaCO₂; partial arterial carbon dioxide pressure; Lac/Alb: lactate/albumin ratio

The AUC values for BUN, lactate, LAR, and CURB-65 scores in the ROC curve for determining hospitalization decisions in the emergency department were 0.800, 0.672, 0.687, and 0.931, respectively, and were statistically significant ($p<0.05$). When the cut-off value for the Lac/Alb ratio was set at 0.35, the sensitivity was 72.3%, and the specificity was 53.0% (AUC=0.687, $p=0.006$) (Figure 1).

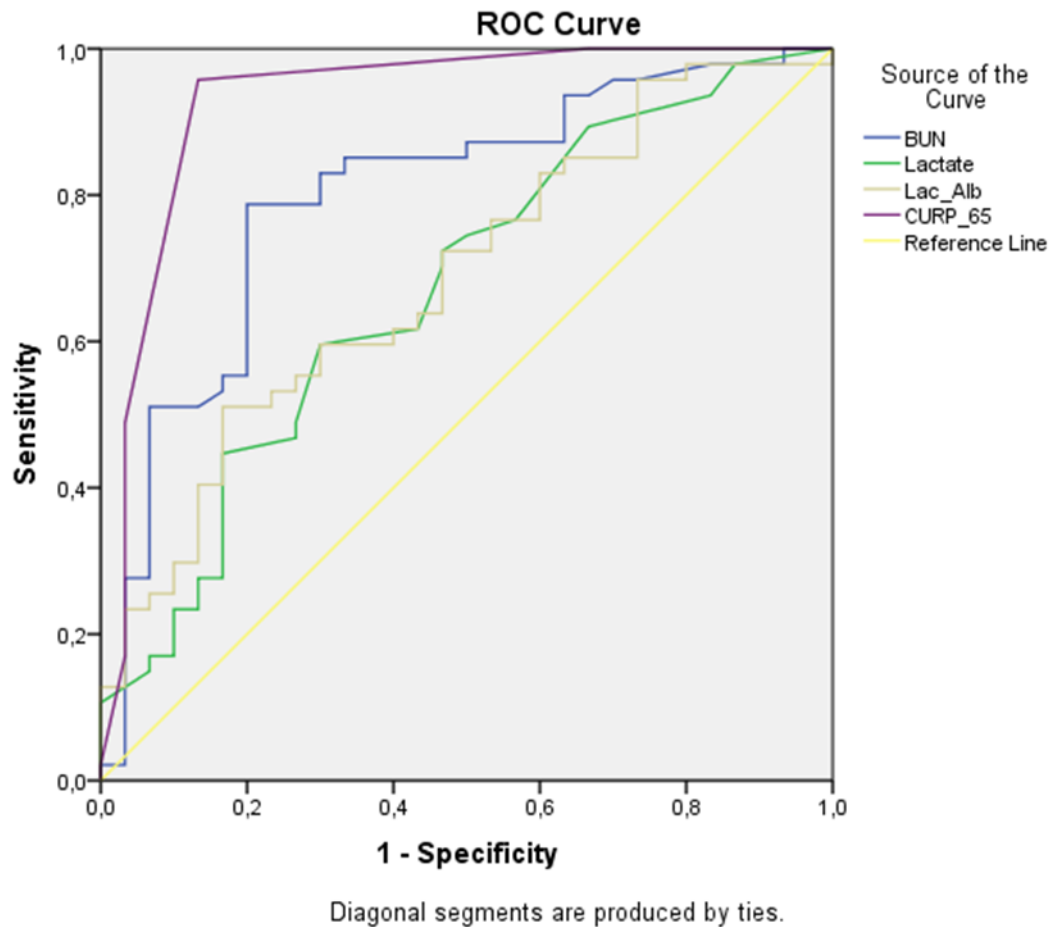


Figure 1. Receiver operating characteristic curve (ROC) for predicting hospitalization of patients in the emergency department

Conclusion: As a result of our study, it was observed that the LAR could be a useful predictor for hospitalization in patients with acute pneumonia. However, the CURB-65 scoring system was more successful than the lactate/albumin ratio in predicting hospitalization. This may be attributed to our relatively small sample size. Additionally, since chronic patients were excluded from our study, the albumin levels being close to the normal range may have also influenced this outcome.

In our study, consistent with the literature, it was observed that the LAR had a negative correlation with arterial pH, systolic, and diastolic blood pressure. This suggests that the increase in lactate levels indicates a deterioration in hemodynamics. The decrease in arterial blood pressure leads to impaired perfusion, resulting in elevated lactate levels. As a result of increased anaerobic mechanisms, arterial pH also decreased.