



**ATUDER**

Acil Tıp Uzmanları Derneği



# BİLDİRİ KİTAPCIĞI

uluslararası

# ACIL TIP

# sempozyumu

**13-15 Nisan 2012**

**Bakü / AZERBAIJAN**

## P1- AKUT KORONER SENDROMLARDA ENFLAMATUAR ETİYOLOJİ

Sedat Koçak\*, Ali Dur\*\*, Cesareddin Dikmetaş\*, Feridun Koyuncu\*\*\*  
Esmâ Erdemir\*, A. Sadık Girişgin\*, Başar Cander\*, Mehmet Gül\*

\*Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

\*\*Bezmialem Vakıf Üniversitesi Acil Servisi, İstanbul, Türkiye

\*\*\*Mevlana Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi, Konya, Türkiye

**Giriş:** Ateroskleroz ve buna bağlı Akut koroner sendrom (AKS) etiyojisinde enfeksiyon ajanlarının ve enflamatuar mediyatörlerin rol oynadığına dair güçlü kanıtlar mevcuttur. Bu çalışmada AKS ile acil servise başvuran hastalarda enflamatuar belirteçlerin erken ve geç dönemdeki düzeyleri belirlenerek AKS ile ilişkisi araştırıldı.

**Yöntem:** AKS düşündüren şikayetlerle acil servise başvuran hastalardan, daha sonra koroner anjiyografi uygulanıp damar lezyonu tespit edilenler çalışmaya dahil edildiler. Hastaların başvuru esnasında ve 24 saat sonra serum prokalsitonin, ESR, WBC ve hsCRP düzeyleri ölçüldü. Akut ya da kronik kardiyovasküler ve enflamatuar hastalığı olmayanlardan oluşturulan kontrol grubu değerleri ile karşılaştırıldı. Elde edilen veriler, SPSS 13.0 programına aktarıldı. Verilerin istatistiksel analizi, Wilcoxon ve Mann Whitney-U testi kullanılarak yapıldı.  $p < 0.05$  olan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışma 46 hasta [33'ü (%71.8) erkek, yaş ortalaması 64.5] ve 39 sağlıklı gönüllü [28'i (%71.8) erkek, yaş ortalaması 41.9] ile gerçekleştirildi. Hastaların başvurudaki ortalama ve ortanca değerleri sırasıyla hsCRP:  $7.9 \pm 5.0$  mg/ml-9.9 mg/ml, PCT:  $0.4 \pm 0.6$  ng/ml-0.2 ng/ml, WBC:  $12.6 \pm 4.3$  k/ul-12.1 k/ul, ESR:  $23.6 \pm 18.7$  mm/h-18 mm/h olarak; kontrol grubunun ise hsCRP:  $1.7 \pm 1.2$  mg/ml-1.2 mg/ml, PCT:  $0.05 \pm 0.06$  ng/ml-0.02 ng/ml, WBC:  $6.8 \pm 1.8$  k/ul-6.5 k/ul, ESR:  $5.4 \pm 4.3$  mm/h-4.0 mm/h olarak tespit edildi. Hastalardan elde edilen enflamatuar belirteç değerleri kontrol grubuna göre anlamlı yüksekti (hepsinde  $p < 0.001$ ). 24 saat sonraki değerlerde ise WBC hariç ( $p > 0.5$ ) hsCRP ( $p = 0.001$ ), PCT ( $p < 0.001$ ) ve ESR ( $p = 0.001$ ) değerlerinde yine anlamlı yükseklik mevcuttu.

**Sonuç:** Elde edilen sonuçlar AKS'lu hastalarda erken dönemde enflamatuar belirteçlerin kanda yükseldiğini ortaya koymuştur. Bu sonuç ateroskleroz etiyojisinde enflamasyonun önemli rolü olduğunu ortaya koyan çalışmaları teyid etmektedir. Ancak süreç içerisindeki temel fonksiyonu, tanısal yönü, tedaviye etkisi kapsamlı çalışmalarla ortaya konulmalıdır.

Sorumlu Yazar: Dr. Sedat Koçak

+90 332 2236769

[sedatk@selcuk.edu.tr](mailto:sedatk@selcuk.edu.tr)

## P2- GELİNCİK OTU (PAPAVER RHOEAS) ZEHİRLENMESİ: 3 OLGU BİLDİRİMİ

\*Sedat Koçak, \*\*Keziban Karabulut, \*Himmet Nak, \*Başar Cander

\*Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

\*\*Şırnak Devlet Hastanesi Acil Servisi, Şırnak, Türkiye

**Giriş:** Gelincik otu ülkemizde yaygın olarak bulunan bir bitkidir. Halk arasında şifalı bitki olarak kullanılmaktadır. Burada gelincik otu yeme sonrası santral sinir sistemi semptomları gelişen 3 olgu sunuldu.

**Olgu1:** 29 yaşında bayan hasta, gelincik otu yedikten yaklaşık 1.5-2 saat sonra, bulantı-kusma, kasılma şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede apatik, kooperasyon zayıf, vital bulgular normal sınırlarda idi. Pupiller ileri derecede miyotik idi. Diğer sistem muayenelerinde özellik yok idi. Hasta bir kez tonik nöbet geçirdi. 24 saatlik takip sonrası önerilerle taburcu edildi.

**Olgu 2:** 9 yaşında bayan hasta, olgu 1'in kızı, dişlerinde kilitleme, şuur değişikliği, kasılma şikayeti ile annesi ile birlikte getirildi. Muayene bulguları annesi ile benzerdi. Geldikten 1 saat sonra ajitasyonları başladı. 5 dakika süren jeneralize tonik-klonik nöbet geçirdi. 24 saat izlemde başka problem olmadı. Önerilerle taburcu edildi.

**Olgu 3:** 57 yaşında erkek hasta, uzun süredir geçmeyen öksürüğüne iyi geleceği düşüncesiyle gelincik otu yiyor. Alımdan iki saat sonra, halsizlik, baş dönmesi ve uykuya meyil şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Fizik incelemede ileri derecede miyotik pupiller dışında özellik yoktu. 4 saat sonra bulguları geriledi. Bir gece izlem sonrası önerilerle taburcu edildi.

**Sonuç:** Gelincik otunun bilinçsizce tüketilmesi, özellikle SSS ile ilgili olumsuz etkilere yol açmaktadır. Yalnızca çocuk olguda jeneralize nöbet görülmesi çocukların daha fazla etkilenebileceği izlenimini uyandırmıştır. Olgularda mortalite ya da sekel nörolojik bulgu görülmemiştir. Acil servise şuur değişikliği ve fokal ya da yaygın nörolojik semptomlarla başvuran hastalarda yabancı ot zehirlenmeleri akılda tutulmalıdır. Ayrıca Gelincik otu ve benzeri bitkilerin bilinçsizce tüketilmemesi için eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerine önem verilmelidir.

Sorumlu Yazar: Dr. Sedat Koçak

+90 332 2236769

[sedatk@selcuk.edu.tr](mailto:sedatk@selcuk.edu.tr)

### P3- AKUT KORONER SENDROM VE AKUT İSKEMİK STROKTA İSKEMİ MODİFİYE ALBÜMİNİN TANISAL DEĞERİ

\*Birsen Ertekin, \*\*Sedat Koçak, \*\*Abdullah Sadık Girişgin, \*\*Başar Cander,  
\*\*Mehmet Gül, \*\*\*Sibel Döşeyici, \*\*\*\*Zerrin Defne Dündar

\*Beyhekim Devlet Hastanesi Acil Servisi, Konya, Türkiye

\*\*Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

\*\*\* Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

\*\*\*\*Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Konya, Türkiye

**Giriş:** Akut koroner sendrom (AKS) ve akut iskemik strok (AİS) şüphesi ile acil servise başvuran hastalarda iskemi modifiye albuminin (İMA) tanısal değerini ve hangi iskemik olayda daha anlamlı değeri olduğunu ortaya koyabilmektedir.

**Yöntem:** Çalışmaya Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı'na AKS ve AİS şüphesi ile başvuran 18 yaş üzerindeki hastalar dahil edildi. Çalışma kontrol grubu ve iki hasta grubu olmak üzere üç grupta yürütüldü. Her bir grupta 30 kişi yer aldı. Gruplardan alınan kan örneklerinde spektrofotometrik yöntem ile serum İMA düzeyleri ölçüldü. ROC eğrisine göre grupların ayrı ayrı sensitivite ve spesifisite değerleri hesaplandı. Gruplar arası İMA değerleri karşılaştırıldı ve İMA değerlerinin Troponin, CRP ve WBC ile korelasyonu değerlendirildi.

**Bulgular:** Her iki hasta grubunun İMA değerleri, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Bu anlamlılık AİS grubunda daha belirgin idi (mean rank AİS için:99.8, AKS için:88.3). AKS grubunda optimum İMA cutoff değeri 0.94 ABSU için sensitivite % 83, spesifisite %90 ve AİS grubunda optimum İMA cutoff değeri 0.93 ABSU için sensitivite % 86, spesifisite %87 olarak tespit edilmiştir. AKS ve AİS grupları karşılaştırıldığında İMA değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p=0.26$ ). AKS ve AİS grubunda İMA'nın Troponin, CRP, WBC ile arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.

**Sonuç:** Hem AKS hem de AIS'un erken tanısı çözülmesi gerekli bir sorun olmaya devam etmektedir. AKS ve AİS hastalarından erken dönemde elde edilen İMA değerleri, bu hastalıklarda İMA'nın bağımsız bir tanısal belirteç olma potansiyelini ortaya koymuştur. AIS grubunda bu daha belirgin bulunmuştur. Ancak geniş popülasyonlu çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sorumlu Yazar: Dr. Sedat Koçak

+90 332 2236769

[sedatk@selcuk.edu.tr](mailto:sedatk@selcuk.edu.tr)



## P4- VENÖZ TROMBOEMBOLİ HASTALARINDA İSKEMİ MODİFİYE ALBÜMİNİN TANISAL DEĞERİ

\*Sedat Koçak, \*\*Birsen Ertekin, \*\*\*Mehmet Nuri Bozdemir, \*Mehmet Ergin,  
\*Başar Cander, \*\*\*\*Zerrin Defne Dünder

\*Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

\*\*Beyhekim Devlet Hastanesi Acil Servisi, Konya, Türkiye

\*\*\*Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya, Türkiye

\*\*\*\*Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Konya, Türkiye

**Giriş:** Venöz tromboemboli (VTE), pulmoner emboli (PE) ve derin ven trombozundan (DVT) oluşan bir hastalık kompleksidir. VTE tanısında tüm dünyaca kabul görmüş spesifik bir biyobelirteç yoktur. Burada akut PE ve DVT'li hastalarda İskemi modifiye albüminin (İMA) tanısal değeri araştırıldı.

**Yöntem:** Çalışmaya bir üniversite hastanesi acil servisine akut PE ve DVT şüphesi ile başvuran, 18 yaş üzerindeki hastalar dahil edildi. Çalışma her birinde 30 hasta bulunan, iki hasta grubu ve bir kontrol grubu olmak üzere üç grupta yürütüldü. Hasta gruplarında tanı konulur konulmaz kan örneği alındı. Gruplardan alınan kan örneklerinde spektrofotometrik yöntem ile serum İMA düzeyleri ölçüldü. ROC eğrisine göre grupların ayrı ayrı sensitivite ve spesifisite değerleri hesaplandı. Gruplar arası İMA değerleri karşılaştırıldı ve İMA değerlerinin Troponin, CRP, WBC ve D-dimer ile korelasyonu değerlendirildi.

**Bulgular:** Hasta gruplarının İMA değerleri kontrol grubu İMA değerlerinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). PE grubunda İMA cutoff değeri 0.90 ABSU için sensitivite % 83, spesifisite %77 ve DVT grubunda İMA cutoff değeri 0.85 ABSU için sensitivite % 76, spesifisite %60 olarak tespit edilmiştir. PE grubu İMA değerleri anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir ( $p=0.024$ , mean rank PE için:91.2, DVT için:65.9). İMA değerleri ile Troponin, CRP, WBC ve D-dimer ile arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.

**Sonuç:** VTE bazen hayatı tehdit edici olabilmektedir. Bu nedenle noninvaziv ve hızlı sonuç veren tanısal yöntem arayışları devam etmektedir. İMA özellikle hızlı yükselen serum düzeyleri ile dikkat çekmektedir. Çalışmamız İMA'nın PE tanısında kullanılabilir bir belirteç olma potansiyeli olduğunu telkin etmektedir. DVT tanısı için ise, sınırlı bir değere sahip olduğu belirlenmiştir.

Sorumlu Yazar: Dr. Sedat Koçak

+90 332 2236769

[sedatk@selcuk.edu.tr](mailto:sedatk@selcuk.edu.tr)

## P5- CİDDİ VALPROİK ASİT ZEHİRLENMESİNDE L-ORNİTİN, L-ASPARTAT UYGULAMASI: OLGU SUNUMU

**Sedat Koçak, Esmâ Erdemir, A.Sadık Girişgin, Mehmet Ergin**

**Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Konya, Türkiye**

**Giriş:** Valproik asit (VA) geniş spektrumlu bir antiepileptiktir. Terapötik aralığı dar ve psikiyatrik olgularda da kullanılıyor olması zehirlenme olgularında artışa yol açmıştır. Burada yüksek doz VA alımı ile kliniğimize başvuran genç erkek hastanın klinik seyri ve uygulanan tedavi tartışıldı.

**Olgu sunumu:** 21 yaşındaki erkek hasta, intihar amacıyla 60g oral VA alma şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Başvuruda genel durumu orta, uykuya eğilimli, vital bulguları stabildi. Fizik muayenede hafif hipotansiyon dışında özellik yoktu. Tıbbi geçmişinde majör depresyon ve epilepsi mevcuttu. Rutin laboratuvar tetkiklerinde özellik yoktu. Takibi esnasında şuur bozukluğu ilerleyen, serum VA ve amonyak düzeyleri çok yüksek bulunan hasta yoğun bakıma alındı. Hastaya, hepatik yetmezlikli hastalarda amonyak düzeyini düşürmek için kullandığımız L-ornitin, L-aspartat (LOLA) parenteral olarak uygulandı. Hastanın izlemde serum amonyak ve VA düzeyleri hızla düştü. Klinik tablosu düzeldi. Hasta 4. günün sonunda önerilerle taburcu edildi.

**Sonuç:** Yüksek doz VA alımlarında SSS depresyonu, koma, solunum yetmezliği, böbrek yetmezliği, hepatit, hiperamonyemi ve pankreatit gibi birçok patoloji görülebilir. Literatürde tedavinin, destek tedavisi olduğu bildirilmiştir. L-karnitin, nalokson gibi ilaçları kullanan çalışmalar vardır. Ciddi olgularda hemodiyaliz ve hemoperfüzyon önerilmektedir. Ancak LOLA uygulamasına dair bir bilgiye rastlanamamıştır. VA zehirlenmelerinde LOLA'nın hiperamonyeminin düzeltilmesine katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz. Bununla birlikte, hepatotoksisite ve serum VA düzeyleri üzerine etkisi olup olmadığı karşılaştırmalı çalışmalarla ortaya konulmalıdır.

Sorumlu Yazar: Dr. Sedat Koçak

+90 332 2236769

[sedatk@selcuk.edu.tr](mailto:sedatk@selcuk.edu.tr)

## P6- BİR OLGU SUNUMU: “MARIHUANA KULLANIMINA BAĞLI AKUT İNME”

İNAL T\*, KÖKSAL Ö\*, AYDIN ŞA\*, ARMAĞAN E\*, ÖZDEMİR F\*, KÖSE A\*

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Bursa, TÜRKİYE

**Giriş:** *Cannabis sativa* bitkisinden elde edilen ve etkilerini delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ile oluşturan, “marihuana” tüm dünyada en çok suistimal edilen maddelerden biridir. Klinik etkileri solunum sistemi, santral sinir sistemi, psikiyatrik bulgular şeklinde o ve bu etkiler genellikle geçicidir. Bu yazıda marihuana kullanımına bağlı genç bir inme olgusunun sunumu amaçlanmıştır.

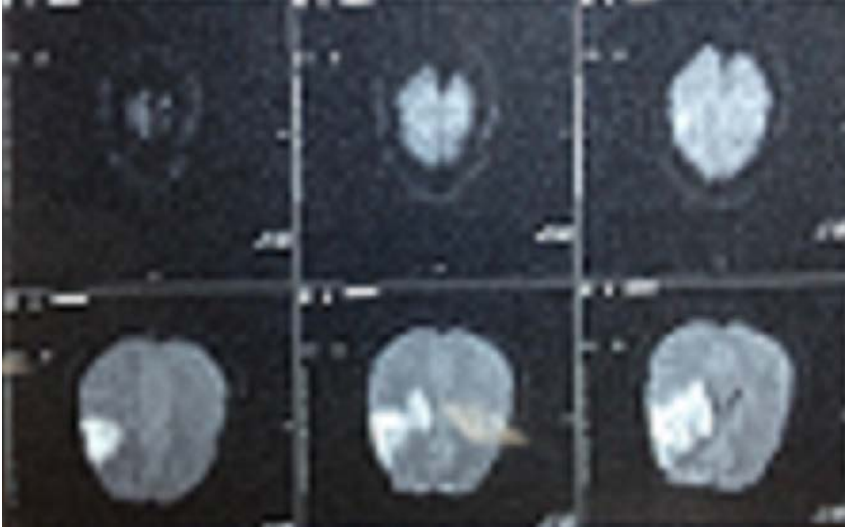
**Olgu Sunumu:** 23 yaşında erkek hasta acil servise(AS) şuur bulanıklığı ve vücut sağ yarımında güçsüzlük şikayetiyle getirildi. Bilinen madde kullanım öyküsü olan hastanın nörolojik bakısında; şuur açık, nonkoopere, dezoryante, mikst afazikti. Sağda üst ekstremitede 1/5 ve alt ekstremitede 2/5 motor gücünde hemiparezisi mevcut, sağ nazolabial oluk silik, sağda babinski pozitif. AS’ de yapılan laboratuvar tetkikleri normaldi. Toksikolojik taramada Cannaboid (++++) saptandı. Kranial tomografisinin normal olması üzerine, çekilen difüzyon ağırlıklı magnetik rezonans görüntülemesinde solda temporofrontal bölgede 4x5 cm boyutlarında akut infarkt saptandı (Şekil 1, 2). Nöroloji kliniğine yatırılan hastada klinik düzelme olmadı ve mevcut haliyle taburcu edildi.

**Sonuç:** Marihuana kullanımıyla serebrovasküler iskemi ve infarkt arasında bir ilişki olabileceği gösterilmiş, ancak hangi mekanizmalarla bunu gerçekleştirdiği bilinmemektedir. Büyük bir olasılıkla THC ‘in vazokonstriktif etkisi sonucu gelişen vazospazm bu mekanizmadan sorumludur. Diğer olası mekanizmalar; sistemik hipotansiyon, değişken serebral otonöregülasyon, değişken serebral kan akımı, vaskülit, serebral vazokonstriksiyon sendromu ve atrial fibrilasyonlu kardiyak embolidir. Bunlardan birkaçı bir arada olabilir de, inme nedenini açıklayan bir kanıt henüz bulunamamıştır. Literatürde THC’ nin akut vazospastik etkiler ve değişken serebral kan akımı sonucu rekürren inme nedeni olabileceğine dair bildirimler vardır. Marihuana kronik kullanımda serebrovasküler sistemde ciddi zararlara yol açabilen bir madde olup, genç inme olgularında kullanımı sorgulanmalı ve gerekirse toksik tarama yapılmalıdır.

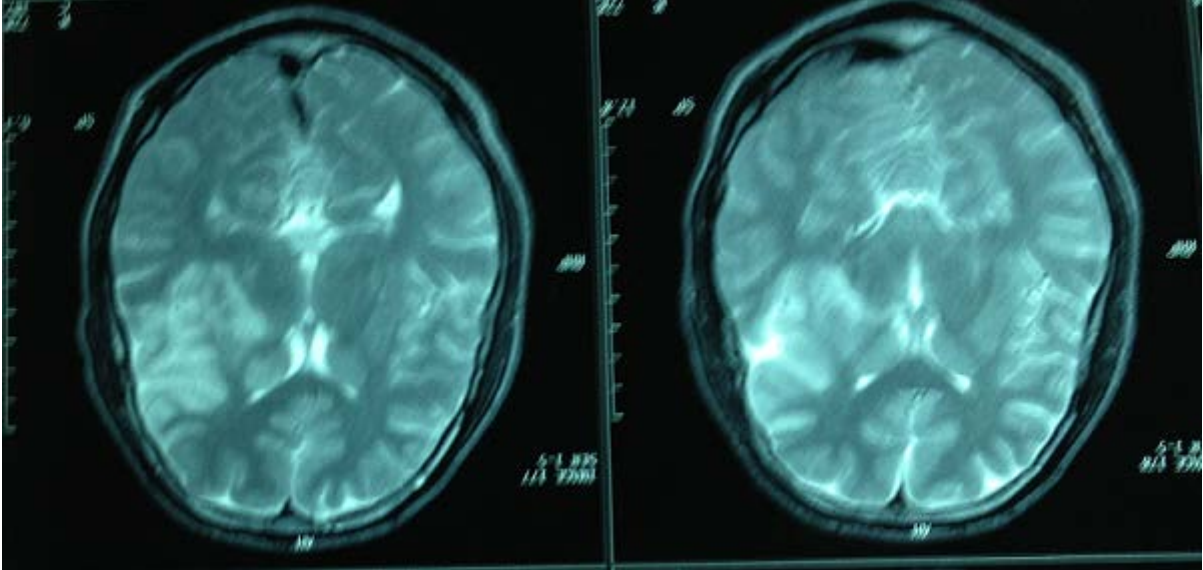
Sorumlu Yazar: Yrd.Doç.Dr.Özlem KÖKSAL

[koksalozelem@gmail.com](mailto:koksalozelem@gmail.com)

05325876137



**Şekil 1:** Olguya ait difüzyon sekanslı kranial magnetik rezonans görüntüleme.



**Şekil 2:** Olguya ait kranial magnetik rezonans görüntüleme.



## **P7- SEPSİS, CİDDİ SEPSİS ve SEPTİK ŞOKTA AKUT FAZ REAKTANLARININ PROGNOSTİK DEĞERİ**

Mehmet Gül\*, Başar Cander\*, Mehmet Ergin\*, M.Akif Önal\*, Cesarettin Dikmetaş\*, Çetin Savaş\*

\*Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Konya/TÜRKİYE

**AMAÇ:** Sepsis, ciddi sepsis ve septik şok ön tanısı ile acil servis kritik yoğun bakım ünitesine alınan hastaların akut faz reaktan parametreleri ile prognozunu arasındaki ilişkiyi tespit etmek.

**YÖNTEM:** Bu çalışmaya Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Servis Kritik Bakımında sepsis, ciddi sepsis ve septik şok tanıları ile takip edilen 18 yaş üstü 50 hasta alındı. Hasta sonuçları açısından yoğun bakım mortalitesi primer sonlanım noktası olarak belirlendi. Hastaların kritik bakım kabulünde (0.saat) ve 48.saat Beyaz küre (BK) sayısı, C-reaktif protein (CRP) ve prokalsitonin (PRC) değerleri kayıt altına alındı.

**BULGULAR:** Tüm hasta grubunda 0.ve 48.saat BK, CRP ve PCR değerleri arasında fark saptanmadı. Mortal seyreden grup ile mortal seyretmeyen grup arasında 0.ve 48.saat BK değerleri ve PRC açısından fark saptandı ( $p<0.05$ ). Ayrıca mortal seyreden grupta 0.ve 48.saat CRP değerleri açısından anlamlı fark saptandı.

**SONUÇ:** Hasta sayısı açısından kısıtlılık olmak ile birlikte 0.saat ve 48.saat BK değerlerinde azalma, CRP değerlerinde yükselme ve PRC değerlerinde azalma eğilimi sepsis tanısı ile takip edilen hastalarda prognostik faktör olma yönünde umut vericidir.

### **İletişim Bilgileri:**

Doç Dr Mehmet GÜL

Konya Üniversitesi Meram tıp Fakültesi Acil Tıp AD,

Meram / Konya / Türkiye

**e-mail:** [mehmetgul156@yahoo.com](mailto:mehmetgul156@yahoo.com)

**tel:** 0 332 2237242

**P8- THE PREVALANCE OF DYSPEPSIA AMONG DISASTER SURVIVORS IN  
EARTHQUAKE-HIT TURKISH AREA: IMPACT OF A NATURAL DISASTER ON  
DYSPEPSIA**

Ahmet Cumhur Dülger\*, Hayriye Gönüllü\*\*, Naci Aldemir\*, Mahmut Dede\*, Davut Demirkıran\*,  
Recep Dursun\*\*\*

\* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Van, Türkiye

\*\*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Van, Türkiye

\*\*\*Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Van, Türkiye

**Aims:** On October 23, 2011, a 7.2 magnitude earthquake that killed more than 1000 in the Turkish city of Van, resulted in one of Turkey's worst natural disasters. However, there are no data on the prevalence of dyspepsia patients who experienced the earthquake. So, the aim of this study was to examine the prevalence of dyspepsia among patients who suffered from recent Van earthquake.

**Methods:** Between October 23, 2011 and 26 March 2012, 78550 adult patients who admitted to our emergency clinic were included in the study. According to most recent consensus committee, Rome III, dyspepsia was defined as the presence of gastrointestinal symptoms including postprandial fullness, early satiation, epigastric pain and epigastric burning. Obtained results compared with pre-disaster data those from 15602 patients in the same emergency unit during the corresponding period of the previous year. Comparisons between groups were performed by the Mann-Whitney U-test. The differences were considered statistically significant at  $P < 0.001$ . Calculations were performed using conventional software (SPSS 12).

**Results:** Dyspepsia was observed in 3717 of 78550 (4.73 %) disaster survivors. In control group, dyspepsia was found in 165 of 15602 (1.1 %) patients. We found significantly higher rates of dyspepsia in disaster survivors compared to the former data obtained from hospital records ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** These results suggested that recent earthquake could contribute to develop dyspepsia in disaster survivors. We may postulate that disaster-related conditions may play a key role to accelerate the dyspepsia.

**P9- Eşzamanlı Unilateral Renal Agenezi ve Polikistik Böbrek Hastalığı Sebebi İle Gelişen Renal Yetmezlik: Vaka Takdimi**

Ahmet Cumhur Dülger\*, Engin Gönültaş\*, Recep Dursun\*\*, Hayriye Gönüllü\*\*\*, Enver Aytemiz\*

\* **Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Van, Türkiye**

\*\* **Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Van, Türkiye**

\*\*\* **Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Van, Türkiye**

**Giriş ve Amaç:** Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPKBH) renal yetmezliğe ensik neden olan monogenik hastalıktır. Dünya genelinde ve her ırkta görülür; sıklığı 1/400-1000 dir. PKD 1 ve PKD 2 genlerindeki mutasyonlara bağlı gelişen otozomal dominant bir hastalıktır. Tip 1 ve 2 olmak üzere 2 tipi vardır. Multisistemik bir hastalık olarak polikistik karaciğer hastalığı, çeşitli organ sistemlerinde kistler (pankreas, araknoid membran, pineal gland, ve seminal veziküller), intrakranial sakküler anevrizmalar, torasik aort anevrizmaları, mitral ve trikuspid kapak prolapsusu, aort kapak yetmezliği ve kolon divertikülleri ile birlikte görülebilir. Erkek tip 2 ODPKB hastalarında renal yetmezlik daha ağır seyirlidir. Hipertansiyon, böğür ağrısı, hematüri, kistik ve retroperitoneal hemoraji, nefrolitiasis ve renal yetmezlik görülebilir. Renal ageneziye eşlik eden tektarafı ODPKB hastalığı çok nadirdir. Bizler renal agenezisi ve unilateral ODPKB hastalığı olan renal yetmezlik ile başvuran bir olguyu sunuyoruz.

**Olgu Sunumu:** 54 yaşında erkek hasta acil kliniğine baş ve flank (böğür) ağrısı ile başvurdu. Arteriyel tansiyon 190/100 mm/Hg. idi. Fizik muayenesinde sağ kostovertebral açı hassasiyeti mevcuttu. Geri kalan sistem muayeneleri normaldi. Laboratuar analizinde serum kreatinin: 5,6 mg/dl (referans aralığı:0.1-1.0), üre: 200 mg/dl, potasyum 6 mg/dl ve hemoglobin:9 g/dl idi. Venöz kan gazında ağır metabolik asidoz mevcuttu. Hiperparatiroidi ve hipokalsemi saptandı. Batın (abdomen) BT de tek taraflı polikistik böbrek ve diğer tarafta agenezik böbrek mevcuttu. Hastaya acil hemodializ uygulandı. Hiperkalemi ve metabolik asidozu dramatik olarak düzeldi.

**Sonuç:** Agenezik böbrek ile beraber karşı tarafta ODPKB hastalığı çok nadirdir. Heriki yapısal hastalık da renal yetmezliğe neden olabilir. Acil diyaliz bu durumda hayat kurtarıcı olabilir.

## **P10- Idiopathic Portal Hypertension Associated With Membranoproliferative**

### **Glomerulonephritis Type I: First Case Report In The Literature**

Ahmet Cumhuri Dülger\*, Recep Dursun\*\* , Hayriye Gönüllü\*\*\*, Sevdeğül Karadağ\*\*\*, Engin Gönültaş\*

\* **Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Van, Türkiye**

\*\* **Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Van, Türkiye**

\*\*\* **Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Van, Türkiye**

**Introduction:** Idiopathic portal hypertension (IPH) is characterised by portal hypertension due to intrahepatic or prehepatic lesions, in the absence of cirrhosis of the liver. Membranoproliferative glomerulonephritis (MPGN) is characterised by proteinuria, haematuria, hypertension, hypocomplementaemia, impaired renal function) and findings on conventional histology. MPGN is associated with activation of the complement cascade, involving the classical pathway (low C4 and C3) in type I MPGN, the alternative pathway (low C3, normal C4) in type II, or the terminal pathway (type III).

Till now, the association between MPGN and non-cirrhotic portal hypertension is never described. In this report, we present a case of IPH with concomitant MPGN, representing a rare association between two different diseases.

**Case Report:** A 28-year-old female with a longstanding medical history of IPH presented to the emergency department with an thrombocytopenia, prolonged INR, elevated serum creatinine concentration of 2.8 mg/dl (reference interval, RI: 0.5–1.4 mg/dl), hypoalbuminemia (2.4 g/dl, RI: 3.4–5.3 mg/dl), hypocalcemia (7.9 mg/dl, RI: 8.4– 10.5 mg/dl), hyperphosphatemia (5.6 mg/dl, RI: 2.7–4.5 mg/dl), extensive hematuria, anemia and severe hypertension (blood pressure 220/110 mm/Hg). Abdominal ultrasound sonography revealed hepatosplenomegaly and enlarged portal vein diameter. She was underwent a kidney biopsy. Examination of the renal biopsy samples was consistent with MPGN type I. She was treated with IV prednisolon and tacrolimus and discharged 7 days later.

**Conclusion:** IPH may play a role of the development of MPGN. Both of these diseases may share same etiologic properties as well as complement cascade disorders.



## **P11- A Case Presented With Painfull Skin Metastasis Due To Papillary Thyroid Cancer**

Ahmet Cumhuri Dülger\*, Davut Demirkıran\*, Hayriye Gönüllü\*\*, Recep Dursun\*\*\*, Sevdegül Karadaş\*\*

\* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Van, Türkiye

\*\* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Van, Türkiye

\*\*\* Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Van, Türkiye

**Introduction:** Papillary throid cancer (PTC) is the most common type of throid cancer, accounting for 70-90% of well-differentiated thyroid malignancies. It is characterised by psammoma bodies, cleaved nuclei with an "orphan –Annie" appearance caused by large nucleoli, and the formation of papillary structures. PTC tends to be multifocal and to be to invade locally within the thyroid glands. It may also spread into adjacent structures in the neck. However, skin metastasis is very rare. Therefore, we report a rare case presented with painfull subcutaneus mass within plantar side of the right foot.

**Case Report:** A 32-year-old women admitted to emergency unit due to painful skin node at plantar side of the right foot. The blood pressure was 166/80 mm Hg, the pulse 74 beats per minute, and the axillary temperature 36.1°C; the respirations were 18 breaths per minute. There was no sign of head trauma. There was a mobile and tender mass at the plantar side of her right foot. The remainder of the physical examination was normal except a thyroid nodule The complete blood count, electrolyte levels and the results of renal- and liver-function tests were normal. A skin biopsy was performed. Pathological examination revealed PTC. Subsequently, diagnosis of papillary carcinoma was made on examination of a biopsy specimen of her thyroid nodule obtained by fine-needle aspiration. The final diagnosis was metastatic PTC.

**Conclusion:** Stage IV disease (distant metastases) comprises only about 1% of patients with PTC. Painful skin lesions should be evaluated correctly.

## **P12- Familial Mediterranean Fever(Fmf)-Related Splenic Infarction: A Case Report**

Ahmet Cumhuri Dülger\*, Hayriye Gönüllü\*\*, Sevdegül Karadaş\*\*, Recep Dursun\*\*\*, Özgür Kemik\*\*\*\*

\* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Van, Türkiye

\*\* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Van, Türkiye

\*\*\* Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Van, Türkiye

\*\*\*\* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Van, Türkiye

**Introduction:** FMF is the most common hereditary periodic fever syndrome predominantly affecting individuals originated from eastern Mediterranean basin. Prevalence in Turkish population is about 1/1073 and in those of non-Ashkenazi Jewish descent between 1/250 and 1/500. FMF is an autosomal recessive disease. MEFV gene is located on chromosome 16p13.3 and, mutations on this gene are resulted in FMF due to pyrin-related inflammatory reactions and apoptosis. Colchicine is the cornerstone for the management of FMF. The most common symptoms produced by diseases involving spleen are pain in the left upper quadrant (LUQ). Pain may result from infarction of the spleen. Vascular occlusion, with infarction and pain, is rarely seen in younger patients with FMF. So, we report a rare case with FMF complicated with splenic infarction.

**Case Report:** An 18-year-old girl was presented with fever and pain in the left upper quadrant. She had a prior history of FMF and was taking colchicine daily. On examination, there was a diffuse tenderness on palpation in LUQ. Laboratory analysis revealed accelerated sedimentation rate and elevated levels of white blood cells, platelets, C-reactive protein and fibrinogen. CT of abdomen revealed splenic infarction. Low molecular weight heparin (LMWH) was also started to manage the infarction. Pain in the LUQ decreased and abdominal tenderness resolved within 36 hours after arrival. The patient was discharged with instructions to take LMWH twice and colchicine thrice daily.

**Conclusion:** FMF may cause splenic infarction. LMWH should be used in such cases.

### P13- Tandır kullanımına bağlı karbonmonoksit zehirlenmesi

Hadi Bahadır<sup>1</sup> Recep Dursun<sup>1</sup>, Sevdegül Karadaş<sup>2</sup>

1:Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi

2:Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Yrd Doç Dr.

**Giriş ve Amaç:** CO, tüm dünyada ölümcül zehirlenme vakalarında en başta gelen nedenlerden biridir. Yanlış tanılar nedeniyle tam bir istatistikî bilgi vermek zordur. Sonbahar ve kış aylarında kömür ve odun sobalarının ısınma amaçlı kullanımının artması nedeniyle daha fazla görülmektedir. Bu çalışmadaki amacımız kış aylarında nonspesifik semptomlar ile gelen hastalarda CO'e maruz kalma ihtimalini düşünmek, anamnezin iyi sorgulanmasını ön plana çıkarmaktır.

**Olgu sunumu:** Kırk beş yaşında bayan hasta acil servisimize halsizlik, başağrısı ve bilinç değişikliği şikayetleriyle başvurdu. Herhangi bir ek hastalığı olmayan hasta TA:130-80mmhg, Nabız: 90/dk EKG: Normal sinüs ritmi, nörolojik muayenesi olağan, PA-Akciğer: Normal, beyin BT: Normal Glukoz:121 diğer biyokimsasal parametreler ve hemogram normal sınırlarda, Oksijen sat:%95 saptandı. Kangazında cohb düzeyi:%16 gelen hastaya %100 oksijen başlandı. Anamnez derinleştirildi.hastanın tandır denilen doğuda kırsal kesimlerde ekmek pişirmek için kullanılan fırında ekmek pişirdiğini ve normal şartlarda açık havada kurulan tandırın havaların soğuk olması nedeniyle çevresinin kapatıldığı öğrenildi. Acil serviste izlenen ve oksijen tedavisi alan hastanın semptomlarının tamamen gerilemesi sonrası şifa ile taburcu edildi.

**Sonuç:** CO, renksiz ve kokusuz bir gazdır. Geçmişte ve günümüzde zehirlenmeye bağlı ölümlerin önemli bir sebebidir. Karbon içerikli yakıtların tam olarak yanmamasına bağlı ortaya çıkar. Odun ve kömür sobaları egzoz gazları önemli kaynaklardır. Ölümcül olmayan dozlardaki maruziyetlerden sonra ortaya çıkan semptomlar nonspesifik olduğundan yanlış tanı ihtimali her zaman mümkündür. Özellikle kaynağın belirsiz olduğu durumlarda bu risk daha da artmaktadır. Risk gruplarını belirlemek, ayrıntılı anamnez almak yanlış tanıyı önemli derecede azaltır.

**Şekil 1:Tandır örnekleri**



**İletişim adresi; Hadi Bahadur , Acil Tıp Uzmanı**

**Van Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi**

**Email;hadibahadur@gmail.com**

**GSM;05055841587**



## **P14-İskemik İnme Etiyolojisinde Kardiyak ve Karotis Patolojilerinin Yeri ve Önemi**

Ferudun Koyuncu<sup>1</sup>, Başar Cander<sup>2</sup>, Sadık Girişgin<sup>2</sup>, Ali Dur<sup>3</sup>, Sedat Kocak<sup>2</sup>, Mehmet Gul<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mevlana Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

<sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

<sup>3</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

**Amaç:** İnme, dünyada üçüncü sıradaki ölüm nedeni olup endüstrileşmiş toplumlarda, hastane başvurularında ve sağlık harcamalarında önemli bir yer tutmaktadır. İnmeli hastaların %30'ü bir yıl içinde ölmekte, yaşayanların üçte biri de günlük işlerinde başkalarına muhtaç olarak yaşamlarını sürdürebilmektedir. Bu çalışma kardiyak ve karotis patolojilerin iskemik inmedeki yeri ve önemini araştırmak amacıyla planlandı.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışmada Ocak 2007 ile Ocak 2008 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp Kliniğine akut iskemik inme ile başvuran Ekokardiyografi ve Karotis doppleri yapılmış 91 hasta değerlendirmeye alındı.

**Bulgular:** TOAST kriterlerine göre tüm iskemik inmeli hastalarımızın %29.7'si büyük damar hastalığı, %40.7'si kardiyembolik inme, %18.7'si küçük damar hastalığı, %4.4'u diğer bilinen etyolojiler ve %10.5'i sebebi bilinmeyen etyolojiler olarak gruplandırıldı. Ekokardiyografi ile %21.1 oranında yüksek riskli kardiyembolik inme tespit edilirken %76.7 oranında da orta riskli kardiyembolik inme tespit edilmiştir. Yapılan karotis vertebral arter dopplerinde; hastaların %38.5'i %50'nin altında darlık, %18.7'si %50-70 arasında darlık, %7.7'sinde %70'in üzerinde darlık ve %3.3'ünde total oklüzyon görülmüştür.

**Sonuç:** İskemik inmesi olan her hastaya hem tedavi protokolünü belirlemek hem de takip etmek açısından ekokardiyografi uygulanmalı ve temel test olarak kabul edilmelidir. Karotis-vertebral arter dopplerinin iskemik inmeli hastalarda yine temel test olarak kabul edilmelidir.

**Yazışma Adresi / Correspondence to:** Uzm. Dr. Ferudun Koyuncu, Mevlana Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Kliniği, Konya, Türkiye

Tel: +90 332 3229410 e.mail: drferidun@hotmail.com

## **P15- Aynı İlaçla Farklı Zamanlarda Özkıym Girişimi Olan Bir Hastada Sodyum Valproat Zehirlenmesi**

Hızır Ufuk AKDEMİR, Mehmet ALTUNTAŞ, Celal KATI, Latif DURAN, Yücel YAVUZ  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Samsun, Türkiye

**Amaç:** Valproat, insanlarda farklı nöbet tiplerinde antikonvülzan olarak kullanılan ve oral uygulama sonrası hızla absorbe olan bir ajandır. Jeneralize veya parsiyel epilepsiler, bipolar bozukluklar ve migren profilaksisinde kullanılmaktadır. Bu makalede acil servisimize farklı zamanlarda aynı ilaçla (sodyum valproat) özkıym girişimi nedeni ile başvuran bir hasta sunulmuştur.

**Olgu Sunumu:** Yirmi yaşında kadın hasta acil servisimize yaklaşık iki saat önce sodyum valproat tableten 100 adet alma nedeni ile getirildi. Özgeçmişinde epilepsi dışında ek özellik yoktu. Fizik muayenesinde; kan basıncı: 150/90 mmHg, nabız: 92/dakika, solunum sayısı: 20/dakika ve ateş: 36,9°C idi. Bilinci açık koopere ve oryante idi. Hastanın valproik asit düzeyi 150 µg/ml olarak ölçüldü. Sevk edildiği merkezde mide irrigasyonu yapılarak aktif kömür uygulanan hastaya destek tedavisi verildi. Takip süresince ek problemi olmayan ve psikiyatri ile konsülte edilen hastaya essitolapram başlanarak taburcu edildi. Aynı hasta, hastane kayıtlarına göre yaklaşık yedi ay sonra tekrar acil servisimize sodyum valproat tableten 45 adet alma nedeni ile getirildi. Fizik muayenesinde vital bulguları stabil olan hastanın baş dönmesi şikayeti mevcuttu. Elektrokardiyografi (EKG)'sinde patolojik özellik görülmedi. Valproik asit düzeyi 114 µg/ml olarak ölçülen hastaya destek tedavisi uygulandı. Depresif uyum bozukluğu düşünülen hastaya fluoksetin tablet başlanarak taburcu edildi.

**Sonuç:** Antiepileptik ilaçlar tedavi dozlarında bile zehirlenme oluşturabilirler. Valproik asit zehirlenmeleri bu grupta yer alır ve sık görülür. Valproik asit zehirlenmesinde görülen EKG'de QT uzaması, metabolik asidoz, konvülsiyon, beyin ödemi, hiperamonyemik ensefalopati, pankreatit, akut böbrek yetmezliği ve anüri, akciğer ödemi, solunum durması ve koma korkulan bulgulardır. Acil servis hekimi valproik asit zehirlenmesinde destekleyici önlem ve tedavilerin yanı sıra uygun hastalarda L-karnitin ve hemodiyaliz uygulamalarının da gerekli olabileceğini akılda tutmalıdır.

## P16- 2011 Van depremi sonrası Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran olguların değerlendirilmesi

Recep Dursun<sup>1</sup>, Cemile Ayşe Görmeli<sup>2</sup>, Gökay Görmeli<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Van Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis Kliniği, Van

<sup>2</sup>Van Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Van

<sup>3</sup>Van Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği, Van

**Amaç:** 23 Ekim 2011 tarihinde Türkiye'nin doğusundaki Van ilinde Richter ölçeğine göre 7.2 şiddetinde deprem meydana gelmiştir. Bu deprem kitlesel yaralanmalara yol açan büyük yıkıcı felaketlere neden olmuştur. Burada sunulan tanımlayıcı analizin yalnızca mevcut çalışma için değil aynı zamanda daha sonra yaşanabilecek afetler için de bir kaynak olarak kullanılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Deprem nedeniyle Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran hastaların ilk 7 günlük kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Sonuçlar mevcut literatür ile karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Depreme bağlı 1582 hasta acil servise başvurmuştur. Başvuran hastaların 806'sı (%50.9) erkek, 776'sı (%49.1) kadındır ve ortalama yaş 36.9'dur. 301 hasta yatarak tedavi görmüştür. Hastaların 84'ü (%28) ortopedi servisine, 40'i (%13) genel cerrahi ve çocuk cerrahisi servislerine, 26 hasta (%9) göğüs cerrahisi servisine yatırılmıştır. 34 hasta (%11) beyin cerrahisi servisine, 56 hasta (%19) dahiliye servisine, 39 hasta (%13) yoğun bakıma, 22 hasta (%7) ise diğer servislere yatırılmıştır. Ölü olarak gelen veya hastanede yapılan müdahalelere rağmen ölenlerin sayısı ise 60'tır.

**Sonuç:** Deprem felaketi sonrası mortalite ve morbidite oranını azaltmak için; erken ve etkili triaja önem verilmeli, hastalar hastaneye nakledildikten sonra hastaların klinik özelliklerine göre tedavi uygulanmalı ve birçok kliniğin birbiriyle uyumlu ve işbirliği içerisinde çalışmaları gerekmektedir.

İletişim: Uz.Dr.Recep DURSUN

Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

[drreceptdursun@hotmail.com](mailto:drreceptdursun@hotmail.com)

05062967974

## P18- AKÜ PATLAMASINA BAĞLI GÖZ YARALANMALARI: OLGU SUNUMU

**Murat Eroğlu<sup>1</sup>, Ümit Kaldırım<sup>2</sup>, Yusuf Emrah Eyi<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydapaşa Eğitim Hastanesi, Acil Servis, İstanbul

<sup>2</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Aküler elektrik enerjisini kimyasal enerji olarak depo eden, istenildiğinde bunu elektrik enerjisi olarak veren cihazlardır. Akünün içinde sülfirik asitle saf su karışımı olan elektrolit konulur. Akü patlamaları göz yaralanmalarının nadir nedenlerinden biridir. Yaralanmanın sınırı anterior segmentten retinaya kadar uzanan bir alandır. Yaralanmaların ciddiyeti yüzeysel asit yanıklarından penetre göz yaralanmalarına ve retinal hemorojiye kadar değişmektedir. Bu makalede bu tür yaralanmaların sıklığının ve ciddiyetinin uygun önlemler alınarak nasıl azaltılabileceğine dikkat çekmek amaçlamıştır. Biz otomobil aküsü patlaması sonucu yaralanan 7 vakayı yayınladık.

**Vaka Sunumu:** Yirmi bir yaşında şöfor erkek hasta, akü bakımı esnasında akü kutup başlarını sıkılaşırken elindeki anahtarın şaseye neden olması sonucu akü patlaması nedeniyle sol gözde ani görme kaybı şikayeti ile acil servise getirildi. Basit fizik muayene ile sistemler tabii, yüzde yaygın olarak 1. derece yanıklar ve ekimotik alanlar tespit edildi. Lokal muayenede sağ göz harici kısımları ve pupil ışık refleksi tabii idi. Sol gözde pupil ışık refleksi alınamadı. Biyomikroskop ile muayenede sağ göz tabii idi. Sol gözde medial skleradan saat 9 lokalizasyonundan başlayan 1-1.5 cm uzunluğunda lineer kesi korneada parçalı perforasyonla devam etmekte ve saat 12 lokalizasyonunda korneadan posterior skleraya (superior) doğru 1.5-2 cm lineer olarak uzanmakta idi. Fundoskopik muayenede sağ göz normal idi, sol göz fundus izlenemedi. Ön kamaranın silme hifema ile dolu olduğu ve lensin parçalı olduğu izlendi. Görme keskinliğinin değerlendirilmesinde sağ göz tam, sol gözde ise ışık hissi şüpheli olarak değerlendirildi. Operasyona alınan hastaya korneaskleral perforasyon primer tamiri ve lens aspirasyonu yapıldı.

Diğer altı hastada her iki gözde anterior segmentte hafif düzeyde asit yanıkları mevcuttu. Kontüzyon ya da perforasyon mevcut değildi. Hastaların görme keskinliği ve görme alanı muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Bu 6 hastanın da yüz bölgesinde asite bağlı yüzeysel yanıklar ve küçük laserasyonlar mevcuttu. Bir hastanın sağ elinde yüzeysel asit yanığı mevcuttu. Bu 6 hastanın hepsi de görme özelliklerinde bir kayıp yaşamadan iyileştiler.

**Sonuç:** Akü patlamasından kaynaklanan yaralanmalarda 3 mekanizma vardır: birincisi asit salınımına bağlı kimyasal travma, ikincisi sarsıntı etkisi ile oluşan retinal ödem, hifema vs ve üçüncüsü ise akü parçalarının ve takılmış ise gözlük parçalarının neden olduğu penetran yaralanmalar. Akü patlamasına bağlı göz yaralanmalarının çoğu güvenlik önlemlerinin ihmal edilmesine bağlıdır. Patlamaya neden olabileceğinden dolayı kısa devreden korunmalı, üzerlerinde metal bir şey unutulmamalıdır. Satış esnasında akü ve sarj cihazları ile ilgili tehlikeler konusunda halkın bilinçlendirilmesi bu tür kazaların önlenmesine yardımcı olacaktır. Daha da önemlisi insanlar göz koruyucusu takma konusunda cesaretlendirilebilirse bu yaralanmaların ciddiyeti azaltılabilir.

### **İletişim:**

Dr Murat Eroğlu

Email : [meroglu@gata.edu.tr](mailto:meroglu@gata.edu.tr)



## P17- WARFARİN DOZ AŞIMINA BAĞLI HEMORAJİK GÖZ KOMPLİKASYONLARI: DÖRT OLGU SUNUMU

**Sedat Koçak, Esmâ Erdemir, Birsen Ertekin, Başar Cander, Cesareddin Dikmetaş**

**Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Konya, Türkiye**

**Giriş:** Antikoagulan tedavi altındaki hasta sayısındaki artış, komplikasyonların artışına neden olmuştur. Bunlar ölümcül kanamalar olabildiği gibi atipik şekillerde de karşımıza çıkabilmektedir. Burada, warfarin tedavisi altında iken gözde hemoraji ile gelen dört olgu sunuldu.

**Olgu 1:** On gün önce her iki göz altında morluklar oluşmaya başlayan 76 yaşında erkek hasta, sağ gözünde şişlik ve kanama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. AF nedeniyle warfarin kullanan hastada iki taraflı periorbital ekimoz ve sağ gözünde kanama mevcuttu.

**Olgu 2:** 65 yaşında erkek hasta sağ gözünde kızarıklık, şişlik, görme kaybı ve idrarından kan gelmesi şikayeti ile başvurdu. KAH nedeniyle warfarin alan hastada sağ korneada ödem, subkonjonktival hemoraji ve ödem, hematüri ve melena mevcuttu.

**Olgu 3:** 70 yaşında bayan hasta sağ gözünde kızarıklık, şişlik, batma, ağızdan kan gelmesi şikayeti ile başvurdu. AF nedeniyle warfarin başlanan hastada sağ subkonjonktival hemoraji, ödem ve üst GIS kanaması mevcuttu.

**Olgu 4:** 55 yaşında bayan hasta sağ gözde şişlik ve kızarıklık, sol dizde şişlik şikayeti ile başvurdu. DVT nedeniyle warfarin tedavisi alan hastada sağda subkonjonktival hemoraji ve ödem, sol dizde hassasiyet, şişlik ve hemartroz mevcuttu.

PT(INR) değerleri sırasıyla 5.40, 8.33, 4.01 ve 3.05 olan hastaların tedavisinde TDP kullanıldı. Komplikasyon gelişmedi. INR düzeyleri terapötik düzeylere inince taburcu edildiler.

**Sonuç:** Warfarin tedavisi altındaki hastalar, atipik kanamalarla başvurabilmektedirler. Travma olsun olmasın kanama şikayeti ile gelen hastalarda antikoagulan doz aşımı akılda tutulmalı ve hikayede antikoagulan kullanımı olup olmadığı sorgulanmalıdır. Antikoagulan kullandığı bilinen hastalar aşikar ya da gizli kanamalar açısından ayrıntılı olarak değerlendirilmelidirler.

**Sorumlu Yazar:** Dr. Sedat Koçak

+90 332 2236769

[sedatk@selcuk.edu.tr](mailto:sedatk@selcuk.edu.tr)

## P19- ACİL YOĞUN BAKIMDAKİ HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN MALİYET ÜZERİNE ETKİLERİ

Başar Cander\*, Atif Harmankaya\*, Mehmet Gül\*, Sadık Girişgin\*, Sedat Koçak\*, Mehmet Ergin\*

\*Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Konya /Türkiye

**GİRİŞ:** TC Sağlık Bakanlığının 'sağlıkta dönüşüm projesi'nin önemli değişikliklerinden biri Sosyal Güvenlik Kurumunun ödeme politikalarıdır. Bu açıdan 'Yoğun Bakım Paket Programları' da önemli bir hasta grubu ile ilgilidir. Acil servis yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların demografik özelliklerinin, hastane maliyetlerini belirleyen paket program esas alınarak, kar-zarar etme durumuna etkisi araştırılmıştır.

**YÖNTEM:** Acil yoğun bakım ünitesinde 1 Ocak – 31 Aralık 2010 tarihleri arasında yatan 333 hastanın demografik özellikleri, yatış süresi, yatış nedeni, hastane faturası, ilaç/hizmet oranı geriye dönük olarak incelendi.

**BULGULAR:** Hastane maliyeti ve geri ödeme miktarları çıkarıldığında 333 faturanın 262 (%78.6) tanesi kar, 71 (%21.4) ise zarar lehinedir. 281 (%84.3) faturada hizmet miktarı, 52 (%15.7) sinde ise ilaç-malzeme miktarı yüksek saptandı. Zarar edilen faturaların 53 (%74.6) ünde hizmet miktarı, 18 (%25.4) ünde ise ilaç-malzeme miktarı yüksek tespit edildi. Hastalardan 3 gün ve daha az yatırılanlar diğer grup ile kıyaslandığında anlamlı şekilde hastane faturasında zarar etme oranı yükselmektedir.

**SONUÇ:** Hastaların klinik seyirlerinin uygun şekilde belirtilmesi, gereksiz ilaç ve malzeme ve tetkik kullanımının önlenmesi fatura geri ödemelerinde karlılığı artırabilir.

### İletişim Bilgileri:

Prof.Dr. Başar Cander  
Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD  
Meram / Konya / Türkiye  
e-mail: basarcander@yahoo.com  
Tel: 0 332 2236494

## P20- ELEKTRİK ÇARPMASINA BAĞLI SEREBRAL İNFARKT OLGU SUNUMU

N.B.Akıllı\* R. Köylü\* B.Cander\*\*

\* Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, KONYA

\*\*Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp A.B.D., KONYA

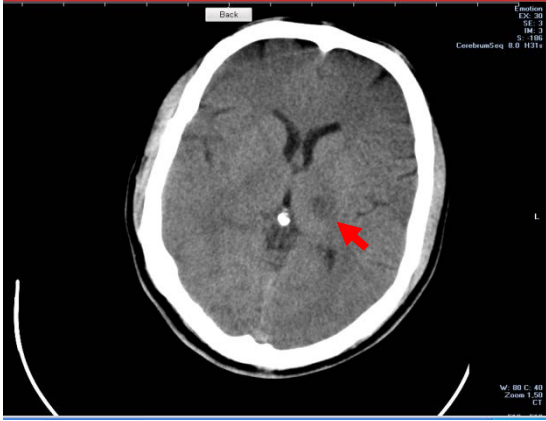
**GİRİŞ:** Elektrik yaralanmaları basit cilt yanığından ölüme kadar uzanan spektrumda, önemli çevresel acillerdendir. Burada nadir görülen bir etkisi, elektrik çarpmasına bağlı serebral infarkt vakası tartışılacaktır.

**OLGU:** 38 yaşında erkek hasta 380 voltluk sanayi elektriğine çarptıktan 1gün sonra sağ tarafında uyuşukluk ve kuvvet kaybı şikayeti ile başvurdu. Geldiğinde TA: 120/80mmHg, Nb 84/dk, ateş 36.8 C. Şuur açık, oryante, koopere. Akciğer, kalp, batin muayenesi doğaldı. Nörolojik muayenesinde sağda kas gücü 3-4/5, solda 5/5, sağda hipoestezisi mevcut, babinski sağda +, solda – ve kranial sinir muayenesi normal olarak değerlendirildi. Hemogram ve kan biyokimyası normaldi. EKG'si normal sinüs ritmindeydi. Çekilen beyin CT ve difüzyon MR'sinde sol talamus seviyesinde akut infarkt tespit edildi. Bu arada karotis dopleri ve ekokardiyografisi çekildi, antikardiyolipin antikor, protein C ve S istendi. Hepsisi normal seviyede geldi. 15 gün nöroloji servisinde takip ve tedavi edilen hasta haliyle taburcu edildi.

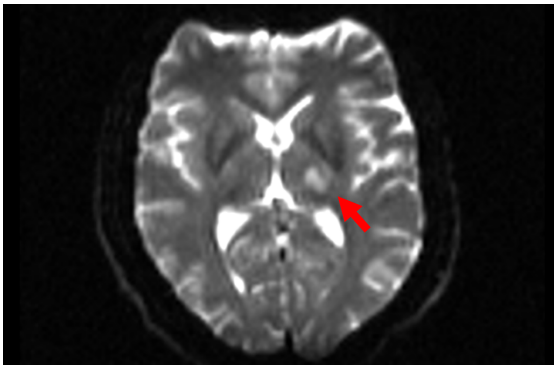
**TARTIŞMA:** Elektrik yaralanmaları yaygın görülen fatal olabilen önemli çevresel acillerdendir. Yaralanmanın derecesi voltaja, deri rezistansına ve vücut içinde akımın izlediği yola bağlıdır.(1) Sinir sisteminde hem santral hem de periferik sinir sistemini etkileyebilir.(2) Erken dönemde geçici şuur kaybı, paralizi, parestezi, amnezi görülür. Geç dönemde ise periferik nöropatiler, transvers miyelit, görülebilir. (1) Erken dönem paralizi ve paresteziler çoğunlukla vazokonstriksiyona bağlı gelişir ve saatler içerisinde düzelir.(3) MR ve tomografide herhangi bir bulgu saptanmaz. Serebral infarkt ise çok nadir görülen bir tablodur. Bizim olgumuzda da düşük voltaja maruziyet sonrası serebral infarkt gelişmiştir. Sonuç olarak her ne kadar gelişen paraliziler geçici olsa da, infarktüs gibi nadir sebepler akılda tutulmalı ve buna yönelik CT, MR gibi tetkik yöntemleri kullanılmalıdır.

**Sorumlu Yazar:** N. Belgin Akıllı- 05055377520

**e-mail:** drbelginakilli@hotmail.com



Şekil1: İnfarktın CT görüntüsü



Şekil2: İnfarktın MR görüntüsü

## P21- AGARICUS BISPORUS MANTARINA BAĞLI RABDOMİYOLİZ:

### OLGU SUNUMU

N.Belgin Akıllı\*, Basar Cander\*\*, Z. Defne Dünder\*, Ramazan Köylü\*

\* Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

\*\* Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp A.B.D.

**Giriş:** Mantar zehirlenmeleri sık görülen çevresel acillerdendir. Çeşitli klinik sendromlarla karşımıza çıkabilirler. Rabdomiyoliz de bu klinik spektrum içerisinde yer alan, yeni tanımlanan bir sendromdur. Burada aynı yemekte kültür mantarı tüketiminden sonra rabdomiyoliz ve sadece basit semptomlar gelişen iki vaka sunacağız.

**Olgu sunumu:** 46 yaşında bayan ve 52 yaşında erkek hasta bulantı, kusma ve baygınlık şikayeti ile acil servise getirildi. Karı-kocanın bayılmadan yaklaşık 6 saat önce marketten aldıkları kültür mantarından yedikleri öğrenildi. İlk fizik muayene ve kan tetkiklerinde patoloji tespit edilmedi. İzlemede erkek hastada yatışının 2. gününde rabdomiyoliz gelişirken, kadın hastada semptomlar gerileyerek taburcu edildi. Erkek hastada yatışının 4. gününde CK düzeyleri 31065 U/L olmak üzere pik değerlerine ulaştı. Üre, kreatinin, bilirubin ve kanama fonksiyon testleri normal sınırlarda seyretti. 4. Günden sonra enzim seviyeleri düşüş eğilimine girdi. Enzim seviyeleri normal değerlere gerileyen hasta yatışının 8. gününde taburcu edildi.

**Sonuç:** Mantara bağlı rabdomiyoliz ilk defa Tricholoma flavovirens türü mantarlarda bildirilmiştir.(1,2,3) 2009 yılında Nieminen; Agaricus bisporus, Lentinus edodes ve Pleurotus ostreatus türü mantarların da miyotoksik olduğunu deneysel bir çalışmada göstermiştir.(4) Bizim vakamız mevcut literatürde Agaricus bisporus (kültür mantarı) tüketimi sonrası rabdomiyoliz ve karaciğer enzim yüksekliği tespit edildiği bildirilen ilk vakadır. Kültür mantarlarına bağlı zehirlenme tablolarının da nadiren ortaya çıkabileceği ve rabdomiyoliz gibi ciddi klinik tablolara kadar ilerleyebileceği akılda tutulmalıdır.

**Sorumlu Yazar:** N. Belgin Akıllı- 05055377520

**e-mail:** drbelginakilli@hotmail.com

## P22- LİTYUMUN İNDÜKLEDİĞİ AKUT KORONER SENDROM

Yeniocak Selman\* Kalkan Asim \*\* Bilir Ozlem\*\* Ersunan Gokhan\*\*

\* Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis, İstanbul, Türkiye

\*\* Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

**Giriş:** Lityum, depresyon ve bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan alkaline bir ilaçtır. Lityum zehirlenmeleri; akut, kronik zeminde akut ve kronik zehirlenmeler olarak gruplara ayrılırlar. Lityum toksisitesine bağlı kardiyak yan etkiler nadirdir. Bunlar uzamış QT sendromu, A-V tam blok, sinüs arresti ve çok nadir olarak ventriküler fibrilasyondur (1). Bu yazıda acil servise halsizlik, titreme ve göğüs ağrısı şikâyeti ile başvuran lityum toksisitesinin indüklediği akut koroner sendromlu 62 yaşında bir hasta sunuldu.

**Olgu Sunumu:** Bir hafta öncesinde lityum ve doluksetin kullanmaya başlayan 62 yaşında bayan hasta, acil servisimize halsizlik, titreme, ishal ve göğüs ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Fiziki muayenesinde tremor ve nistagmus dışında patoloji yoktu. Tansiyon arteryel: 90/60, nabız:70/ dakika, solunum: 22/ dakika idi. EKG de ekstermite ve göğüs derivasyonlarında yaygın T dalga negatifliği ve V5-6 da 1mvolt kadar ST elevasyonu mevcuttu. Tam kan analizi normal ve biyokimyasal analizinde üre, kreatinin, ALT, AST ve troid fonksiyon testleri normaldi. Kan lityum değeri 2,3 mmol/l( N: 0,5-0,8mmol/l) idi. Troponin I değeri 0,892 (N: 0-0,01) ve tipik göğüs ağrısı olduğundan koroner yoğun bakıma yatırıldı. Hastanın koroner anjiyografisinde sol koroner arterinde %30 luk bir darlık tespit edildi fakat trombus yoktu. Bir haftalık medikal tedavi sonrasında hasta şifa ile taburcu edildi.

**Sonuç:** Lityum zehirlenmesi kadınlarda daha sık görülür. İleri yaştaki olgular, sıvı-elektrolit dengesizliğine yatkın olduklarından, eşzamanlı fiziksel hastalıkları ve ilaç kullanmaları yönünden ve yaşla birlikte doğal olarak azalan glomerüler süzme hızları nedeniyle, lityum kullandıklarında zehirlenme için risk grubunda yer alırlar (2). Acil servise başvuran yaşlı hastalarda ilaç kullanım öyküsü araştırılmalı ve lityumun akut koroner sendroma neden olabileceği unutulmamalıdır.

### Sorumlu Yazar:

Dr. Asim KALKAN

Rize University Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine,  
53020 Rize / TURKEY

Telephone : +90. 464 217 0366

Fax : +09. 464 217 0367

Email : [drasimkalkan@hotmail.com](mailto:drasimkalkan@hotmail.com)

## P23- ACİL SERVİSTE GUILLAINE-BARRE SENDROMU TANISI ALAN HASTALARIN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Mehmet Ergin\*, M. Raşit Özer \*, M.Nuri Bozdemir \*\*, Sedat Koçak \*, A.Sadık Girişgin \*, Mehmet Gül \*,  
Başar Cander \*

\*Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Konya/Türkiye

\*\*Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Antalya/Türkiye

**GİRİŞ:** GuillaneBarre Sendromu (GBS), immün aracılı periferik sinir myelin kılıf hasarı ile karakterize akut polinöropatidir. Akut inflamatuardemyelinizepoliradikulonöropati, GBS'in klasik formu, batı dünyasındaki tüm GBS lerin %90'nını oluşturur. Modern yoğun bakım ve yeni tedavilere rağmen akut fazda mortalite hızı %3,5 ile %12 arasında, kalıcı disabilite hızları %20 ve üzerinde rapor edilmektedir. Acil servisimizde GBS tanısı alan hastaların güncel literatür eşliğinde incelenmesi amaçlanmaktadır.  
**GEREÇ-YÖNTEM:** 1 Ocak – 31 Aralık 2010 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisinde 'GBS' tanısı alan hastalar hastane veri tabanından tespit edilerek, kayıtları geriye dönük olarak incelendi.

**BULGULAR:** Tabloda verilmektedir.

**TARTIŞMA:** Klasik GBS viral hastalığı takiben subakut olarak asendan simetrik güçsüzlük veya paralizi ve DTR'lerin kaybolması ile seyreder. Paralizi solunum fonksiyonlarını bozacak şekilde diyaframı etkileyerek, mekanik ventilasyon ihtiyacı ortaya çıkarır. Tanı çoğunlukla hikâyeye dayanır, LP ve elektrotanısalsal testler ile tanı doğrulanır. LP sonuçları ise yüksek protein (>45mg/dL) ve baskın olarak mononükleer hücrelerden oluşan WBC sayısının tipik olarak 10 hücre/mm<sup>3</sup>'den az olması şeklindedir. Elektrotanısalsal testler, tipik demyelinizasyon karakteristiğini tanımlar. GBS'denşüphenilen hastaların yönetiminde ilk adım solunum fonksiyonunun değerlendirilmesi ve hava yolunun korunmasıdır. En iyi çalışılmış gözlem parametresi ise vital kapasitedir. Akut GBS tanısı alan hastalar yatarak tedavi edilmelidir. GBS tedavisinde intravenözimmunoglobülin (IVIg) ve plazmaferez'in tedavi etkinlikleri eşit ancak birlikte kullanılmaları durumunda semptom süresinin azaltılmasında additif etkileri olmadığı bildirilmiştir. Kortikosteroidlerin gösterilmiş yararı yoktur. **SONUÇ:** Akut periferiknöropatiler, akut yakınmalar ile sağlık sistemine acil servisten girmektedir. Acil hekimlerinin erken dönemde tanı koyması ve gerekli tedaviyi başlaması ile hastalığın progresif seyrinde çıkacak komplikasyonlar önlenebilir.

### İletişim Bilgileri:

YrdDoçDr Mehmet Ergin

Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

Konya/ Türkiye

e-mail: [drmehmetergin@gmail.com](mailto:drmehmetergin@gmail.com)

tel. 0 332 2236778

**Tablo:** Hastaların klinik özellikleri ve sonuçları.

|                                | 1                         | 2                            | 3                         | 4                         | 5                            | 6                            | 7                      | 8                         |
|--------------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------------|
| Cinsiyet                       | E                         | E                            | K                         | K                         | E                            | K                            | E                      | K                         |
| Yaş                            | 19                        | 72                           | 61                        | 35                        | 50                           | 51                           | 69                     | 64                        |
| Geliş<br>şikayeti              | Bacaklarda<br>güçsüzlük   | El-ayakta<br>güçsüzlük       | Bacaklarda<br>güçsüzlük   | El-ayakta<br>güçsüzlük    | Ellerde<br>güçsüzlük         | El-ayakta<br>güçsüzlük       | El-ayakta<br>güçsüzlük | El-ayakta<br>güçsüzlük    |
| Motor<br>defisit               | Var                       | Var                          | Var                       | Var                       | Var                          | Var                          | Var                    | Var                       |
| His<br>kusuru                  | Var                       | Yok                          | Var                       | Bakılamadı                | Yok                          | Yok                          | Yok                    | Bakılamadı                |
| DTR                            | Hipoaktif                 | Hipoaktif                    | Alınmıyor                 | Hipoaktif                 | Normal                       | Hipoaktif                    | Alınmıyor              | Normal                    |
| BOS<br>Protein                 | -                         | Yüksek                       | Yüksek                    | Normal                    | Yüksek                       | Yüksek                       | Yüksek                 | Yüksek                    |
| BOS<br>Glukoz                  | -                         | Normal                       | Normal                    | Yüksek                    | Normal                       | Normal                       | Normal                 | Yüksek                    |
| BOS<br>hücre                   | -                         | Yok                          | Yok                       | Yok                       | Yok                          | Yok                          | Yok                    | -                         |
| EMG                            | GBS ile<br>uyumlu         | GBS ile<br>uyumlu            | -                         | -                         | GBS ile<br>uyumlu            | -                            | GBS ile<br>uyumlu      | -                         |
| Solunum<br>desteği<br>ihtiyacı | Olmadı                    | Olmadı                       | Olmadı                    | IMV                       | Olmadı                       | Olmadı                       | IMV                    | IMV                       |
| Tedavi                         | Steroid                   | IVIG +<br>Steroid            | IVIG                      | IVIG                      | IVIG                         | IVIG                         | IVIG +<br>Steroid      | IVIG                      |
| Yatış<br>süresi<br>(gün)       | 21                        | 10                           | 12                        | 70                        | 11                           | 12                           | 9                      | 31                        |
| Sonuç                          | Kısmi şifa<br>ile taburcu | Kısmi şifa<br>ile<br>taburcu | Kısmi şifa<br>ile taburcu | Kısmi şifa<br>ile taburcu | Kısmi şifa<br>ile<br>taburcu | Kısmi şifa<br>ile<br>taburcu | Eksitus                | Kısmi şifa<br>ile taburcu |

DTR: derin tendon refleksi, BOS: beyin omurilik sıvısı, EMG: elektromyografi, IVIG: intravenözimmüoglobulin, IMV: invazif mekanik ventilasyon



## P24- Eşzamanlı Pulmoner ve Paradoksal Emboli: Olgu Sunumu

**Murat Eroğlu<sup>1</sup>, Murat Yalçın<sup>2</sup>, Yusuf Emrah Eyi<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydapaşa Eğitim Hastanesi, Acil Servis, İstanbul

<sup>2</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydapaşa Eğitim Hastanesi, Kardiyoloji Servisi, İstanbul

<sup>3</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Serebrovasküler hastalıklar açısından konvansiyonel risk faktörlerinin yokluğunda iskemik inme “kriptojenik strok” olarak adlandırılır. Kriptojenik strokta alternatif bir mekanizmanın varlığı düşünülür ve en yaygın sebebi muhtemelen paradoksal embolidir. Paradoksal emboli venöz bir trombüsün sağ sol şant aracılığıyla arteriyal dolaşıma geçmesidir. En sık karşılan sağ sol şant patent foramen ovaledir. Bu çalışmada biz, iskemik stroke tablosu ile gelen ancak yapılan ileri değerlendirme neticesinde pulmoner emboli varlığı da tespit edilen paradoksal-pulmoner emboli olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu Sunumu:** 60 yaşında ve öyküsünde hipertansiyondan başka hastalığı olmayan kadın hasta şuur bulanıklığı, vücudunun sağ tarafında güçsüzlük, nefes darlığı ve konuşamama şikayetleriyle acil servise getirildi. Beyin MR görüntülemesinde sol middle serebral arter alanında infarkt ve MR anjiyografide sol middle serebral arter anakökünde trombüs izlendi. Herhangi bir kardiyoaortik embolik kaynağı dışlamak için yapılan transtorasik ekokardiyografide kardiyak boşlukların trombüs açısından temiz olduğu ancak sağ kalpte dilatasyon ve pulmoner arter basıncının da 65 mmHg olduğu tespit edildi. Hastadan alınan kan gazı analizinde PCO<sub>2</sub>:22, PO<sub>2</sub>:46 SO<sub>2</sub>:69 olarak ölçüldü. Hastanın mevcut dispnesini ve yüksek D-Dimer seviyesini açıklamak için Torasik Anjio-MDBT görüntüleri elde edilen hasta da bilateral masif pulmoner emboli tespit edildi. Alt ekstremitte venöz doppler incelemede de sağ femoral vende geniş trombüs izlendi. Bu bulgular ışığında paradoksal embolinin sistemik nörolojik bozukluktan sorumlu olabileceği düşünüldü. Masif pulmoner emboli ile eş zamanlı masif paradoksal emboli tanısı konularak hasta yoğun bakıma nakledildi.

**Sonuç :** Vakamızda pulmoner emboli sonrası sağ kalp basınçlarının arttığı ve varolan patent foramen ovale yoluyla tromboembolinin sağ atriyumdan sol atriya geçmesi neticesinde inme geliştiği düşünülmüştür. Paradoksal embolinin hemen tanınması büyük bir öneme sahiptir ve tedavisi esas olarak trombektomi veya trombolitik ilaç uygulanmasıdır. Eşlik eden pulmoner emboli ile kalıcı bir IVC filtresine ve antikoagülasyona çoğu zaman ihtiyaç vardır.

### **İletişim:**

Dr Murat Eroğlu

Email : [meroglu@gata.edu.tr](mailto:meroglu@gata.edu.tr)

Tel : 0 216 5422000

## P25- ACİL SERVİSTE YAPILAN BAŞARILI RESÜSİTASYONA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Mehmet Gül\*, İzzettin Ertaş\*, Başar Cander\*, Yasemin Durduran\*\*, F. Emin Vişneci\*, M.Nuri Bozdemir\*\*\*, Mehmet Ergin\*

\*Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Konya/Türkiye

\*\*Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Konya/Türkiye

\*\*\*Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Antalya/Türkiye

**GİRİŞ:** Ani kardiyak arrest toplumda önemli bir sağlık problemidir. ABD de yarım milyona yakın ölüm ani kardiyak arest sonrası meydana gelmektedir. Kliniğimize kardiopulmoner arest nedeniyle getirilen veya kliniğimizde kardiyak arest olan hastaların prognozuna etki eden faktörlerin tespit etmektir. **GEREÇ-YÖNTEM:** Acil servisimize kardiopulmoner arest nedeniyle getirilen 52 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik verilerinin yanı sıra arest mahali, acil servis öncesi ve acil serviste yapılan müdahaleler ve hastane yatış süresi ve sonlanımı geriye dönük olarak hastane bilgi sisteminden çıkarıldı.

**BULGULAR:** Hastaların %54'ü bayan; genel yaş ortalaması 60.5 idi. Acil servise başvuru sebepleri sıklık sırasına göre göğüs ağrısı, senkop, karın ağrısı, genel durum bozukluğu oldu. Hastaların sadece %15 inin özgeçmişinde özellik yoktu. Spontan dolaşımın geri dönmesi sonrası EKG de %32.7 normal sinüs ritmi, %17.3 AMI, %11.5 ise aritmi tespit edildi. Hastaların %71.2 si hastane dışı arest idi.

**SONUÇ:** Yoğun araştırmalar ve geliştirilen kılavuzlara rağmen Kardiyopulmoner arrest sonrası hayatta kalım oranı %6 civarındadır. Bu başarıyı arttırmak için daha yoğun çalışmalar gerekmektedir.

### İletişim Bilgileri:

Doç Dr Mehmet GÜL

Konya Üniversitesi Meram tıp Fakültesi Acil Tıp AD,

Meram / Konya / Türkiye

e-mail: [mehmetgul156@yahoo.com](mailto:mehmetgul156@yahoo.com)

tel: 0 332 2237242

## **P26- POSTERİOR REVERSİBL ENSEFALOPATİ SENDROMU SONUCU GELİSEN ASPIRASYON PNÖMONİSİ**

Süha Türkmen<sup>1</sup>, Melih İmamoğlu<sup>1</sup>, Yunus Karaca<sup>2</sup>, Suleyman Türedi<sup>1</sup>, Abdulkadir Gündüz<sup>1</sup>

1. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Acil Tıp A.D, Trabzon, Türkiye
2. Kanuni Devlet Hastanesi , Acil Servis, Trabzon, Türkiye

**Giriş :** Posterior Reversibl Ensefalopati Sendromu (PRES) birçok nedene bağlı olarak gelişebilen ve başağrısı, mental fonksiyonlarda bozulma, nöbet ve görme bozukluğu gibi bulgularla ortaya çıkan klinik bir tablodur.

**Olgu Sunumu:** Yirmi yaşında bayan hasta sezaryen sonrası 5. günde bulanık görme, baygınlık hissi, genel durumda bozulma şikayetleriyle nöroloji kliniğine müracaat etti. Nörolojik muayene esnasında jeneralize tonik klonik nöbet gelişen hastada serebrovasküler olay olduğu düşünülerek beyin MR ve difüzyon MR görüntüleme yapıldı. Hastanın MR'ında temporoparietal bölgede şüpheli enfarkt alanları izlenmesi üzerine hastanemiz acil servisine gönderildi. Nöbet sonrasında oksijen saturasyonu %60'lara kadar gerileyen hasta entübe edilerek yoğun bakıma alındı. Bilateral akciğer parankiminde üst lob posterior ve alt lob posteriorda buzlu cam dansitelerinin de eşlik ettiği hava bronkogramları içeren konsolidasyon alanları izlendi. Bu görünüm aspirasyon pnömonisiyle uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya IV moxifloksasin 400 mg IV başlandı. Hastanın çekilen ikinci beyin MR'ında bilateral parietookspital lob posterior kesimlerinde kortikal subkortikal alanlarda T2 ve FLAIR'de hiperintens, simetrik, difüzyon kısıtlanması göstermeyen sinyal değişikliği izlendi ve PRES Sendromu ile uyumlu olarak değerlendirildi. Yoğun bakımda antiödem tedavi yanı sıra tansiyon regülasyonu uygulanan hasta 5. gün extübe edildi ve 21. gün şifa ile taburcu edildi.

**Sonuç:** Erken tanı ve uygun tedavi ile PRES sıklıkla günler içerisinde tamamen düzelmektedir. PRES Sendromu acil servislere nadir karşılaşılan bir durumdur. Bu sendroma eşlik eden nöbet aspirasyon pnömonisine neden olabilir. Bu sendrom tanısı alan hastaların havayolu güvenliğinin iyi sağlanması ve oluşabilecek nöbet ataklarının kontrol altında tutulması gerekir.

### **İletişim Bilgileri:**

Süha Turkmen

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Acil Tıp A.D

61080 Trabzon/Türkiye

Email: drsuhaturkmen@hotmail.com

Tel :+90. 04623775202

Fax :+90. 04623775444

## **P27- ACİL SERVİSTE ENSEFALİT TANILI HASTALARIN İNFLAMASYON BELİRTEÇLERİ VE BEYİN OMURİLİK SIVISI İNCELEME SONUÇLARININ HASTANEDE KALIŞ SÜRESİNE ETKİSİ**

Başar Cander\*, Mustafa Gülpembe\*, Mehmet Gül\*, A Sadık Girişgin\*, Mehmet Ergin\*, Sedat Koçak\*

\*Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Konya/TÜRKİYE

**GİRİŞ:** Bilinç değişikliği acil servis başvuran hastalarda sık görülen bir durumdur. Bu hastalıklar arasında önemli yer tutan bir hastalık ise ensefalitlerdir. Ensefalit tanısı fizik bakı ve inflamatuvar belirteçler ve beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesini içeren laboratuvar incelemesi ile konulmaktadır.

**AMAÇ:** Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp Kliniğinde ensefalit tanısı konmuş hastaların infalamatuar belirteçleri ile BOS ıceleme sonuçlarının hastane kalış süresi üzerine etkisini inceledik.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Kliniğimizde ensefalit tanısı konmuş 30 hastanın bilgileri geriye dönük olarak hastane bilgi işlem merkezinden bulundu. Demografik bilgilerin yanı sıra beyaz küre sayısı, sedimentasyon ve CRP değerleri ve BOS ıceleme sonuçları ve hastane yatış süresi elde edildi. İstatistik bilgiler SPSS v.16 programı ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların %66.6 sı erkekti. Yaş ortalaması 20; CRP ortalama değeri 40; Sedimentasyon ortalama değeri 32; Beyaz küre ortalama değeri 12.500/dl idi. BOS ıceleme yapılan 17 hastanın ortalama BOS şekeri /; hücre sayısı 71 idi. Sayılan hücrelerin ortalama %75 i lenfosit ve %25 i nötrofileti. Hastanede yatış süresi ortalaması 20 gündü.

**SONUÇ:** Ensefalit olan hastaların yatış süresi içinde bir çok laboratuvar tetkiki yapılmaktadır ancak inflamauar belirteçler ile BOS ıceleme sonuçları ile hastane yatış süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

### **İletişim Bilgileri:**

Prof Dr Başar Cander  
Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD  
Meram / Konya / Türkiye  
e-mail: basarcander@yahoo.com  
Tel: 0 332 2236494

## **P29- ACİL SERVİSE BAŞVURAN VE YEŞİL TRİYAJ KODU ALAN HASTALARDA AİLE HEKİMİ FARKINDALIĞI**

\*Ahmet Cevdet TOKSÖZ, \*Murat KOYUNCU, \*Derya ÖZTÜRK, \* Serap BİBEROĞLU, \*Ibrahim İKİZCELİ

\*Acil Tıp Kliniği, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

\*\*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D, İstanbul, Türkiye

**Amaç:** Bu çalışmada, acil servise (AS) başvuran ve triyaj kodu yeşil olan hastalarda aile hekimi (AH) farkındalığını belirlemek, AH'ne başvurmama ve AS'e başvurma nedenlerini ortaya koymaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği'ne 01 Ağustos 2011 ile 31 Ağustos 2011 tarihleri arasında AS'e başvuran ve triyaj değerlendirilmesinde, Yeşil Triyaj Kodu (YTK) alan 1026 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalardan onam alındı. Hastalara anket formu soruları yönlendirildi ve cevapları değerlendirildi. Hastalar, fizik muayene ve gerekli ise tetkik sonrası değerlendirilerek acil durum ve acil olmayan durum olarak iki gruba ayrıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan hastaların 555'i kadın, 471'i erkek idi. Acil durumu olmayan grupta 721 hasta, acil durumu olan grupta 305 hasta bulunmaktaydı. Acil nedenler ile ve acil olmayan nedenler ile AS'e başvuran hastaların cinsiyet, yaş, eğitim ve AS'e başvuru sayısı arasında anlamlı farklılık yoktu. Acil nedenler ve acil olmayan nedenlerle yapılan AS'e başvurularında en yüksek oran, 18-29 yaş aralığındaki hasta grubuna aitti. Hasta yaşının artmasıyla AS'e acil olan ve acil olmayan nedenlerle başvuru sayısında düşme saptandı. Acil olmayan nedenler ile AS'e başvuran hastaların % 57,3'ü AH'nin kim olduğunu bildiğini; % 42,7'si AH'nin kim olduğunu bilmediğini belirtti. Acil olmayan nedenlerle AS'e başvuran hastaların % 52,1'i AH'nin çalıştığı sağlık merkezinin yerini bildiğini, % 47,9'u AH'nin çalıştığı sağlık merkezinin yerini bilmediğini bildirdiler. Acil olmayan nedenlerle AS'e başvuran kadın hastalar enjeksiyon/pansuman yaptırmak için % 37,9 oranıyla AS'e, % 26,5 oranıyla polikliniğe, % 16,9 oranıyla AH'ne başvurduğunu; erkek hastalar enjeksiyon/pansuman yaptırmak için % 41,5 oranıyla AS'e, % 14,5 oranıyla polikliniğe, % 12,3 oranıyla AH'ne başvurduğunu belirttiler.

**Sonuç:** Kullandıkları ilaçları doktorlarına tekrar reçete ettirmek ve enjeksiyon/pansuman yaptırmak için gelen hastalar Acil Servis'i tercih etmektedirler. Bu durum, Acil Servis kalabalıklığını arttırmaktadır. Aile Hekimliği bilinci oluşturularak, Acil Servis'in yoğunluğunun azalması sağlanabilir. Aile Hekimliği'ne başvuru gücüğü, hastaların daha fazla Acil Servis başvurusuna neden olmaktadır.

### **İletişim:**

Ahmet Cevdet TOKSÖZ

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Acil Tıp Kliniği/İSTANBUL

Tel: +90 5058664208

Mail: cevdettoksoz@hotmail.com

## P28- ANTİPSİKOTİK İLAÇLARIN CİDDİ BİR YAN ETKİSİ: NÖROLEPTİK MALİGN SENDROM – ÜÇ OLGU SUNUMU

Mehmet Ergin\*, Basar Cander\*, A.SadıkGirisgin\*, Sedat Kocak\*, Tarık Acar\*, Mehmet Gül\*

\*Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Konya/Türkiye

**GİRİŞ:** Nöroleptik Malign Sendrom (NMS) dopamin reseptör antagonistleri ile tedavinin nadir, idiosenkreatik, potansiyel olarak hayatı tehdit edici bir komplikasyonudur. NMS ateş, ciddi kas rijiditesi ve otonomik ve mental durum değişiklikleri karakterizedir.

**OLGU SUNUMU:** Bu bildiri Ocak 2010 ve Nisan 2011 tarihleri arasında acil servisimize başvurmuş ve NMS tanısı almış 3 olgu sunulmaktadır (Tablo).

**SONUÇ:** NMS akut başlangıç, hipertermi, belirgin mental değişiklik, artmış motor aktivite ve otonomik semptomlar ile ortaya çıkar. Agresif ve zamanında yapılan girişimler fatal sonuç potansiyeli açısından çok önemlidir. Kullanılan ajanın hemen kesilmesini takiben destekleyici tedavi çoğu olguda tercih edilen tedavi seçeneğidir. Destek tedavi, intravenöz sıvılar ile hidrasyonun sağlanması ve irritasyon için benzodiazepinlerin kullanımını içerir.

**Tablo:** Hastaların klinik özellikleri ve tanısal değerlendirilmesi

|                                                              |                           | Hasta 1                                             | Hasta 2               | Hasta 3               |       |       |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|-------|
| <b>Psikiyatrik hastalık hikâyesi:</b>                        |                           | Psikoz + Panic bozukluğu                            | Şizoaffektif bozukluk | Şizoaffektif bozukluk |       |       |
| <b>Dopamin antagonistisi ile tedavi:</b>                     |                           | Hayır                                               | Evet                  | Evet                  |       |       |
| <b>Dopamin agonist çekilmesi:</b>                            |                           | Hayır                                               | Hayır                 | Hayır                 |       |       |
| <b>Selektif serotonin reuptake inhibitörleri ile tedavi:</b> |                           | Evet                                                | Hayır                 | Hayır                 |       |       |
| <b>Tanısal Değerlendirme</b>                                 |                           |                                                     |                       |                       |       |       |
| <b>Levenson Kriterleri*</b>                                  |                           | <b>American Psychiatric Association Kriterleri*</b> |                       |                       |       |       |
| <b>Major Kriterler</b>                                       | <b>Ateş</b>               | <b>Major Kriter</b>                                 | <b>Ateş</b>           | Evet                  | Evet  | Hayır |
|                                                              | <b>Kas rijiditesi</b>     |                                                     | <b>Kas rijiditesi</b> | Evet                  | Hayır | Evet  |
|                                                              | <b>Yüksek CK seviyesi</b> | Yüksek CK seviyesi                                  |                       | Evet                  | Evet  | Evet  |
| <b>Bilinç Değişikliği</b>                                    |                           | Bilinç Değişikliği                                  |                       | Evet                  | Evet  | Evet  |
| <b>Taşikardi</b>                                             |                           | Taşikardi                                           |                       | Hayır                 | Hayır | Evet  |
| <b>Lökositoz</b>                                             |                           | Lökositoz                                           |                       | Evet                  | Evet  | Evet  |
| <b>Terleme</b>                                               |                           | Terleme                                             |                       | Evet                  | Evet  | Evet  |
| <b>Abnormal kan basıncı</b>                                  |                           |                                                     |                       | Hayır                 | Evet  | Hayır |
| <b>Takipne</b>                                               |                           |                                                     |                       | Hayır                 | Hayır | Hayır |
|                                                              |                           | Labil kan basıncı                                   |                       | Hayır                 | Hayır | Hayır |
|                                                              |                           | Disfaji                                             |                       | Hayır                 | Hayır | Hayır |
|                                                              |                           | Tremor                                              |                       | Hayır                 | Hayır | Hayır |
|                                                              |                           | İnkontinans                                         |                       | Evet                  | Hayır | Evet  |
|                                                              |                           | Mutizm                                              |                       | Hayır                 | Hayır | Hayır |

\*NMS tanısı için American Psychiatric Association kriterlerine göre her iki majör ve en az iki minör kriter gerekirken; Levenson kriterlerin göre üç majör kriter veya iki majör kriter ve dört minör kriter gerekmektedir.

**İletişim Bilgileri:**

YrdDoçDr Mehmet Ergin  
Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD  
Konya/ Türkiye  
e-mail: [drmehtemtergin@gmail.com](mailto:drmehtemtergin@gmail.com)  
tel: 0 332 223 6778



### **P30- DISASTER PLAN OF HOSPITAL AND EMERGENCY SERVICE IN THE VAN EARTHQUAKE**

Recep Dursun<sup>1</sup>, Cemile Ayşe Görmeli<sup>2</sup>, Gökay Görmeli<sup>3</sup>, Mehmet Reşit Öncü<sup>1</sup>, Sevdegül Karadaş<sup>1</sup>, Mustafa Berktaş<sup>4</sup>, Abidin Şehitoğulları<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Department of Emergency Medicine, Region Education and Research Hospital, Van, Turkey

<sup>2</sup>Department of Radiology Service, Region Education and Research Hospital, Van, Turkey

<sup>3</sup>Department of Orthopedics and Traumatology Service, Region Education and Research Hospital, Van, Turkey

<sup>4</sup>Department of Microbiology Service, Region Education and Research Hospital, Van, Turkey

<sup>5</sup>Department of Breast Surgery Service, Region Education and Research Hospital, Van, Turkey

**Purpose:** One of the most important occupation fields of emergency medicine specialists is disaster medicine. Health services within disaster medicine are required different from individual health services. Although triage practice is a great problem for hospitals in such kind of incidents; it enables all the medical interventions. In this study, we have aimed to present hospital emergency plan and our triage practice in emergency unit in Van earthquake.

**Material and Methods:** Color coding system was used in triage practice at Van Region Education and Research Hospital in Van earthquake. All the units, duties of personnel and the places of duty were determined.

Emergency unit and resuscitation room was marked with red area, intervention tents were marked with yellow area, hospital garden was marked with green area, morgue was marked with black area. There was a trauma team and an emergency medicine specialist at the entrance of hospital and every corner determined. Patients were evaluated again and again periodically. (table 3-4)

**Findings:** 1090 patients registered in three earthquakes in total. There were 68 casualties. Total triage duration was 1350 minutes and average triage duration is 1,23 min. (table 1-2)

**Conclusion:** Every hospital should have their own disaster plan and emergency medicine specialists must be available in the preparation and conduction of disaster plans. Demonstrations should be carried out within disaster plan; demonstrations should be expanded in a way that it would include all the hospitals and other institutions in the city.

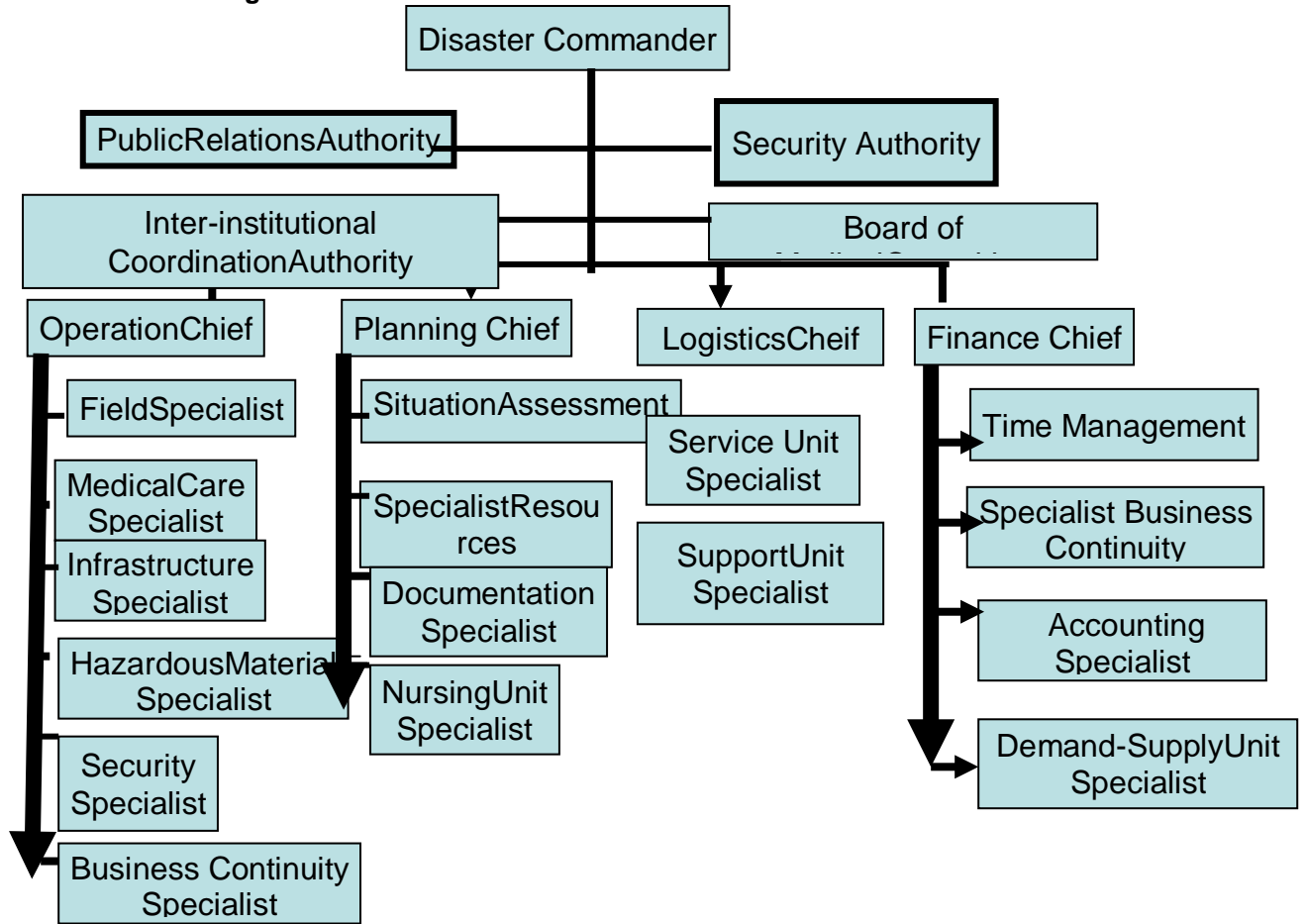
**Table 1: Number of patients who referred to hospital during triage and average duration of care**

|                                         | 1. earthquake | 2. earthquake | 3. earthquake | Injured people in total |
|-----------------------------------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------|
| <b>Number of patients</b>               | 816           | 250           | 24            | <b>1090</b>             |
| <b>Triage duration (minute)</b>         | 600           | 720           | 30            | <b>1350</b>             |
| <b>Number of casualties</b>             | 60            | 28            | 0             | <b>68</b>               |
| <b>Average triage duration (minute)</b> | <b>0,73</b>   | <b>2,88</b>   | <b>1,25</b>   | <b>1,23</b>             |

**Table 2: Average triage duration in some centers**

|                               | Number of patients | Triage duration (minutes) | Average triage duration (minutes) |
|-------------------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| <b>New York</b>               | 130                | 60                        | 0,46                              |
| <b>Hong Kong</b>              | 19                 | 45                        | 2,36                              |
| <b>Ankara (Hacettepeunv.)</b> | 19                 | 8                         | 0,42                              |
| <b>Van (VEAH)</b>             | <b>1090</b>        | <b>1350</b>               | <b>1,23</b>                       |

Table 3: Disaster organization scheme



**Table 4: Emergency coding system**

| <b>EMERGENCY CODING SYSTEM</b> |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>EVENT</b>                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>COLOR OF CODE</b> |
| <b>1</b>                       | Natural disasters              | Used as a warning in the event of earthquake, flood or hurricane.                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>GREEN</b>         |
| <b>2</b>                       | Fire Danger                    | Used in the event of fire at hospital.                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>RED</b>           |
| <b>3</b>                       | Security                       | Used when the security of hospital is under threat due to incidents such as bombing, terrorist attack etc.                                                                                                                                                                                                            | <b>GREY</b>          |
| <b>4</b>                       | <b>KBRN</b><br>Decontamination | Used when contaminant materials cause danger for the hospital.                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>ORANGE</b>        |
| <b>5</b>                       | Mass accidents                 | Used for the events when a great number of trauma incidents will be experienced as a result of mass accidents. In this incident, all the units – primarily emergency and then all the polyclinic responsible for traumatic patients, services and operating rooms should make their preparations as soon as possible. | <b>YELLOW</b>        |
| <b>6</b>                       | War                            | Used in the event of war.                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>BLACK</b>         |

**Correspondenceto / Yazışma Adresi:** Recep Dursun, Department of EmergencyMedicine, RegionEducationandResearchHospital, 65100, Van, Turkey  
 Phone: +90 506 296 79 74 e.mail: drreceptdursun@hotmail.com

## P31- KÜNT TORAKS TRAVMASI SONRASI STERNUM VE KOT KIĞINA BAĞLI GELİŞEN PENETRAN KALP YARALANMASI – İKİ OLGU SUNUMU

Mahmut TOKUR<sup>1</sup>, Mehmet ERGİN<sup>2</sup>, Can KÜRKCÜOĞLU<sup>3</sup>

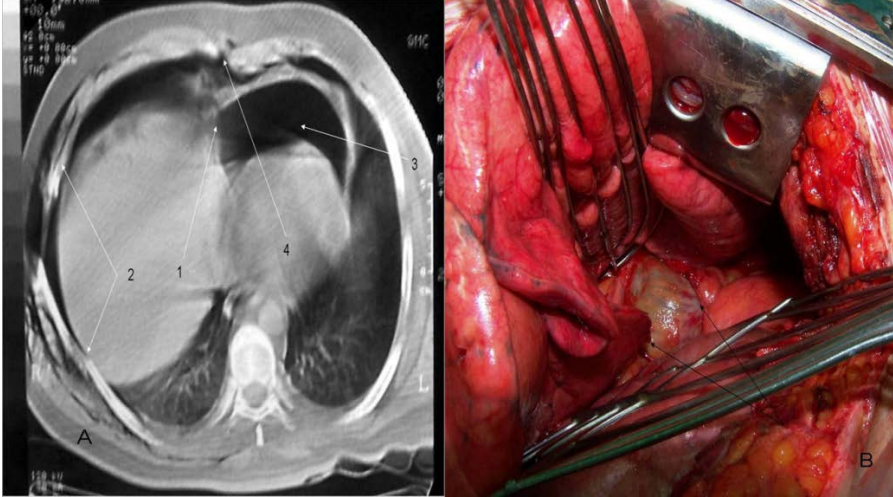
<sup>1</sup>Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, K. Maraş / Türkiye

<sup>2</sup>Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Konya / Türkiye

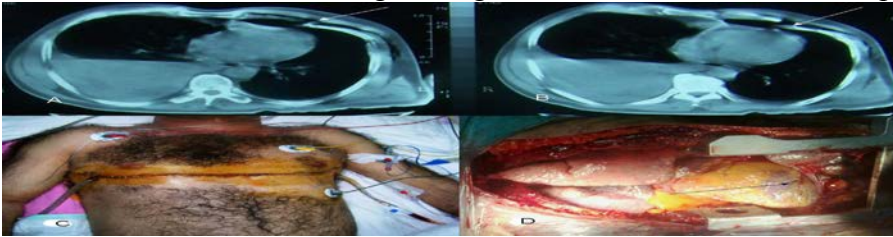
<sup>3</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, Ş.Urfa / Türkiye

Penetran kalp yaralanması, tipik olarak keskin kenarlı ve uçlu silahlar veya ateşli silah yaralanması sonucu oluşur. Toraksa künt travma kalbi toraksın kemik yapıları içine sıkıştırarak myokard hasarına yol açabilir. Fakat, nadir olarak kırılmış sternum veya kotların serbest uçları kalbe batarak myokardı rüptüre eder ve penetran kalp yaralanmasına neden olabilir. Bu bildiri ile künt toraks travması sonrası penetran kalp yaralanması görülen iki olgu sunulacak (Resim 1 ve 2). Künt travma sonucu oluşan kardiyak yaralanmalar, delici kesici aletler ve ateşli silah yaralanmalarına göre daha yüksek mortaliteye sahiptir. Bu neden ile acil tıp doktorları tarafından hatırlanmalıdır.

**Resim 1:** Birinci olguda A – perikardiyal rüptür (1), kot kırığı (2), pnömoperikardiyum (3) and sternal kırığı (4); B – sağ tarafta ki perikardiyal rüptür.



**Resim 2:** A ve B – ikinci olguda sağ hemotoraks ve kırık kotların parasternal serbest uçları.



İletişim Bilgileri:

Yrd Doç Dr Mehmet Ergin

Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

Konya/ Türkiye

e-mail: [drmehmetergin@gmail.com](mailto:drmehmetergin@gmail.com)

tel: 0332 2236778

**P32- MİNÖR TRAVMA SONRASI FOKAL NÖROLOJİK BULGULAR İLE  
BAŞVURAN GRANÜLOSİTİK SARKOM OLGUSU**

Mehmet Gül\*, Mehmet Kocabıyık\*, Mehmet Ergin\*, M. Nuri Bozdemir\*, Başar Cander\*

\*Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Konya/Türkiye

**GİRİŞ:** Medulla spinalis basısına bağlı bulgular kanser hastalığının ilk bulgusu olarak oldukça seyrek görülür. Çocukluk çağında spinal tutulum österen kitlelerin çoğunluğunu sarkomlar oluşturmaktadır. Granülositik sarkom, immatür myeloid seri hücrelerinden kaynaklanan ekstramedüller bir tümör olup, akut myeloid lösemi hastalarının %2-8 inde görülür. **OLGU:** Acil servisimize minör travma sonrasında bacaklarda güçsüzlük, idrar kaçırma, bel ağrısı şikayetleri ile başvuru ve tetkikleri sonrasında T hücreli ALL tanısı alan hasta sunulmaktadır. **SONUÇ:** Travma şiddeti ile orantısız olarak belirgin semptomları olan hastalarda ileri görüntüleme yapılmalıdır.

**İletişim Bilgileri:**

Doç Dr Mehmet GÜL

Konya Üniversitesi Meram tıp Fakültesi Acil Tıp AD,

Meram / Konya / Türkiye

**e-mail:** [mehmetgul156@yahoo.com](mailto:mehmetgul156@yahoo.com)

**tel:** 0 332 2237242

## **P33- AKUT KARIN AĞRISIYLA ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN ANALİZİ**

Selman Yeniocak<sup>1</sup>, Süha Türkmen<sup>2</sup>, Özlem Uzun<sup>3</sup>, Yunus Karaca<sup>4</sup>, Özgür Tatlı<sup>4</sup>, Süleyman Türedi<sup>2</sup>, Abdülkadir Gündüz<sup>2</sup>

1. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, İstanbul, TÜRKİYE
2. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon, TÜRKİYE
3. Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE
4. Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon, TÜRKİYE

### **Giriş ve Amaç**

Akut karın ağrısı acil servise sık başvuru nedenlerindedir. Karın ağrısının ayırıcı tanısı acil hekimi için kolay değildir. Bu çalışmada acile akut karın ağrısı ile başvuran hastaların muayene bulguları, biyokimyasal değerleri ve radyolojik bulguları değerlendirildi. Bu bulgular literatür ile karşılaştırıldı.

### **Metod**

Çalışma kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı. Çalışmaya toplam 166 hasta dahil edildi. Hastaların fizik muayene bulguları, amilaz, D-dimer, lökosit değerleri, radyolojik bulguları ve operasyon bulguları değerlendirilmeye alındı.

### **Bulgular**

Hastaların tamamında karında fizik muayene bulgusu vardı. Sadece hassasiyet bulgusu olan hasta sayısı 72 (%43.4) idi. Ultrasonografi yapılan hastalardan 33'ünde (%28.0) safra kesesi patolojisi tespit edilirken, 36 (%30.7) hastada herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Karın tomografisi çekilen 37 (%22.3) hastanın 3'ünde (%8.1) kitle, 4'ünde (%10.8) apandisit, 3'ünde (%8.1) safra kesesi patolojisi, 4'ünde (%10.8) ileus-volvulus ve 6'sında (%16.2) mezenter iskemi tespit edildi.

### **Tartışma**

Görüntüleme ve labarotuvuar yöntemlerindeki gelişmelere rağmen akut karın ağrısı olgularının büyük bir kısmı bu çalışmada da olduğu gibi non spesifik karın ağrısı olarak değerlendirilmekte, kesin tanı konulamamaktadır. Çalışma yapılan merkeze seçilmiş vakaların



sevk ediliyor olması literatürle uyumsuzluk yaratabilmektedir. Bu çalışmada safra yollarına bağlı hastalıklar literatüre göre yüksek, akut apandisit olguları ise literatüre göre çok düşük bulundu.

**İletişim:** Suha Turkmen

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon, TÜRKİYE  
61080

Email: drsuhaturkmen@hotmail.com

Tel :+90. 04623775202

Fax :+90. 04623775444

## **P34- Travmatik Olmayan Kardiyopulmoner Arrest Hastalarda Ultrasonografinin Etkinliği**

Suat Zengin, Cuma Yıldırım, Behçet Al, Sinan Genç, Hasan Kılıç, Mehmet Doğan  
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Gaziantep/Türkiye

### **ÖZET**

Bu çalışmanın amacı acil servisteki kardiyopulmoner resüsitasyonda, kardiyak ultrasonografinin (USG) resüsitasyonu yönlendirmedeki etkinliğinin değerlendirilmesidir.

Bu çalışma Ocak 2010 ve Aralık 2012 tarihleri arasında, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisinde kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanan 73 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.

Olguların 38'i erkek, 35'i kadın idi. Kardiyopulmoner arrestin %57.5'i hastane dışında meydana gelmişti. İlk değerlendirmede hastaların %8.2'sinde femoral nabız var iken, %91.8'inde yoktu. Aynı anda monitörde hastaların %31.5'inde düzenli ritim var iken, %54.8'inde ise ritim yoktu ve %13.7'sinde ventriküler fibrilasyon vardı. USG ile bakıda %13.7'sinde kalp atımı, % 9.6'sında ventriküler fibrilasyon tespit edildi, %76.7'sinde kalp atımı görülmedi. USG ile eş zamanlı değerlendirmede; 42 kişide asistoli, 2 kişide normal atım, 14 kişide kapak hareketi, 7 kişide ventriküler fibrilasyon tespit edilirken, 2 kişide perikardiyal tamponat, 4 kişide sağ ventrikül genişlemesi, 1 kişide global hipokinezi, 1 kişide ise hipovolemi tespit edildi.

Kardiyak USG acil hekimleri tarafından kardiyopulmoner resüsitasyonun yönetiminde ve uygun kararlar vermede yardımcı bir yöntem olarak kullanılabilir.

**Anahtar kelimeler:** Kardiyopulmoner arrest, Kardiyopulmoner resüsitasyon, kardiyak ultrasonografi, nabızsız elektriksel aktivite

### **Cuma Yıldırım**

Tlf: 05334764658

Gaziantep Ün. Tıp Fak. Acil Tıp AD. Başkanlığı Gaziantep/Türkiye



## P35- KARIN AĞRISININ NADİR BİR NEDENİ: KONJENİTAL DİAFRAGMA HERNİSİ

Osman Şimşek<sup>1</sup>, Sevil Kuşku<sup>2</sup>, Onur Tutar<sup>3</sup>, Yonca Senem Akdeniz<sup>2</sup>, İnanç Yanık<sup>3</sup>, İbrahim İkizceli<sup>2</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

<sup>2</sup> İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

<sup>3</sup> İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

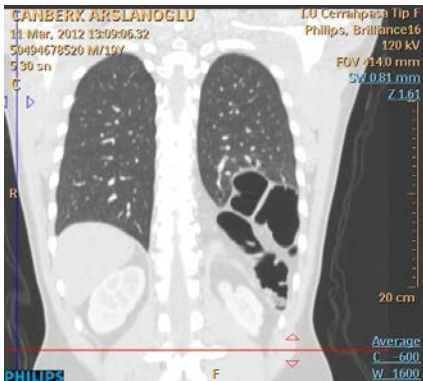
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Konjenital anomaliler canlı doğumların yaklaşık %3'ünde görülür. Bunlar içinde diafragma hernisi oldukça nadirdir. Konjenital diafragma hernilerinin tanısı genelde hayatın ilk yıllarında konur. Literatürde erişkin yaşta tanı konulan vakalar çok nadirdir. Biz de acile ilk defa karın ağrısı ile başvuran, öncesinde bilinen bir hastalığı olmayan ve acilde Bochdalek hernisi tanısı konulan 19 yaşındaki olgumuzu sunuyoruz.

**OLGU SUNUMU:** 19 yaşında erkek hasta bir gün öncesinde yaptığı futbol maçı sonrasında ani başlayan künt karakterde, devamlı olan, bulantı, kusma ve nefes darlığının eşlik etmediği karın ağrısı şikayeti ile acile başvurdu. Yapılan muayenesinde genel durum iyi, şuur açık oryante, koopere, kan basıncı 130/80mm/Hg, nabız 60/dak, solunum sayısı 18/dak, ateş 36,6, sol üst kadranda belirgin olmak üzere batında yaygın hassasiyet mevcut idi, sol hemitoraks alt kısmında solunum sesleri alınamıyordu. Tam kan sayımı ve biyokimya tetkiklerinde özellik saptanmadı. Çekilen PA Akciğer grafisinde sol hemitoraksta bağırsak ansları görünüyordu (Resim 1).

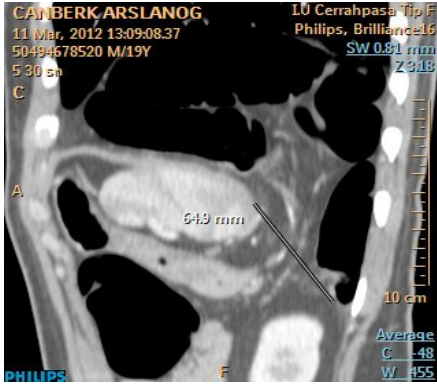


**Resim 1:** PA akciğer grafisinde sol hemitoraks orta ve alt zonda barsak ansları görülmekte

Devamında çekilen IV kontrastlı batın ve toraks bilgisayarlı tomografisinde diafragma sol posterolateralindeki defektten desendan kolonun splenik fleksura düzeyinde transvers kolonun yarısıyla birlikte toraks içine herniye olduğu görüldü. Herhangi bir obstrüksiyon ve strangulasyon bulgusu saptanmadı (Resim 2-4).



**Resim 2:** Koronal toraks bilgisayarlı tomografi kesitinde sol fleksuraya ait kolonik anslar sol hemitoraksta izlenmekte



Resim 3-4: Sagittal görüntülemelerde sol hemidiafragm posterior bölümde en geniş yerinde 6.5 cm ölçülen defekt izlenmekte

Hasta Bochdalek hernisi tanısıyla takibe alındı. Takip sonucunda herniye olan bağırsak ansının spontan redükte olduğu görüldü (Resim 5).



**Resim 5:** Sol hemitoraksta daha önce görülen barsak ansının redükte olduğu görülüyor.

Hasta takip ve tedavi amaçlı cerrahi servisine yatırıldı. Takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta elektif şartlarda operasyon planlanarak yatışının üçüncü günü taburcu edildi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Erişkinde konjenital diafragma hernisi tanısı nadiren konur. Tanının akla gelmesi ve konulması zordur, ancak atlanması durumunda komplikasyon gelişebilir. Bizim vakamızda herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve acil ameliyat ihtiyacı doğmadı. Ancak literatürde bağırsak organlarının herniasyonu sonrası ölüme kadar gidebilen vakalar olduğu bildirilmiştir. Sonuç olarak nadir de olsa karın ağrısı ile acile gelen hastalarda karın içi organların toraksa geçtiği durumlarda diafragma rüptürü olabileceği gibi konjenital difragma hernileri de akılda tutulmalıdır.

## P36- YAŞAM İLE ÖLÜM ARASINDA BİR MİLİMETRE

Onur Tutar<sup>1</sup>, Elif Değirmenci<sup>2</sup>, Abdullah Gülbağcı<sup>2</sup>, İbrahim İkizceli<sup>2</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

<sup>2</sup> İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Bu olguda amacımız ateşli silah yaralanması ile başvuran ve hayati fonksiyonları etkileyebilecek merkeze çok yakın yerde duran mermi çekirdeğinin görüntülemesini paylaşmayı amaçladık.

**OLGU SUNUMU:** On yedi yaşında erkek hasta ateşli silah yaralanması iddiasıyla acil travma ünitesine başvurdu. Yapılan muayenesinde şuur açık, koopere, oryante. Ekstrakranial bulgu olarak sol zigomatik bölgeden yaklaşık 5\*5 mm kurşun giriş deliği ile uyumlu defekt tespit edildi. Sol zigoma bölgesinde palpasyonla minimal hassasiyet saptandı. Glaskow koma skalası 15/15. Pupiller izokorik, ışık refleksi bilateral pozitif, göz hareketleri ve görme keskinliği doğal, diplopi yok, otore ve rinore tespit edilmedi. Kranial sinir muayenesi ve motor muayenesinde özellik saptanmadı. Başvuru anında vital bulguları kan basıncı 100/60 mm/Hg, nabız 80/dakika, solunum sayısı 22/dakika, ateş 36.6 C<sup>0</sup> ve oksijen saturasyonu %97. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde patoloji tespit edilmedi. Çekilen kranial ve maxillofasial tomografisinde, sol maxiller sinüs anteriordan giriş yeri, lateral duvarı destrükte ederek sol subocspital kondilde kurşun görüldü (Resim 1-2). Hasta Nöroşirurji Anabilim Dalı tarafından konsülte edildi. Nörolojik muayenesinde defisit saptanmaması ve yapılan radyolojik görüntülemelerde kurşuna cerrahi ulaşımın zor olması nedeniyle konservatif tedavi yaklaşımı önerildi. Acil servisimizde 24 saat süreyle takip edilerek taburcu edildi. Hasta 3 ay süreyle kontrollere çağrıldı. Takiplerinde herhangi bir patoloji saptanmadı.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Bu tür vakalarda iyi bir görüntüleme yapılmasının uygun olacağı ve tedaviye yardımcı olacağını ayrıca cerrahi ulaşımın zor olmasından dolayı konservatif tedavinin doğru olacağını düşündük.

## P37- ACIL SERVİSTE NADİR BİR BRADİKARDİ NEDENİ: HİPOTERMİ VE SPİNAL TRAVMA BİRLİKTELİĞİ

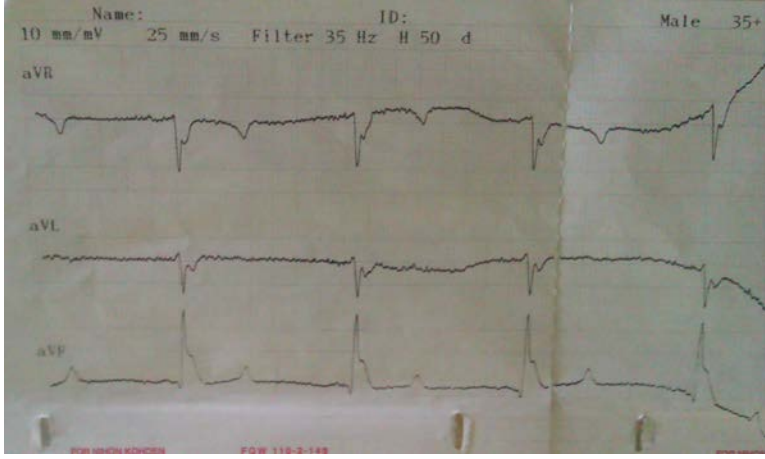
Hızır Ufuk AKDEMİR, Bülent GÜNGÖRER, Celal KATI, Latif DURAN, Yücel YAVUZ  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Samsun

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Hipotermi vücut iç sıcaklığının 35 °C'nin altına düşmesi olarak tanımlanır. Başlangıçta, vücut sıcaklığı 32-35 °C civarında iken kalp hızı, kardiyak output ve kan basıncı artarken, 30-32 °C aralığına indiğinde ise hipotermimin negatif inotropik ve kronotropik etkisine bağlı olarak kardiyak output ve kan basıncında düşme görülür. Hipotermi karakteristik elektrokardiyografi (EKG) bulgularına ve hayatı tehdit eden disritmilere neden olur. Bu makalede acil servisimize trafik kazası nedeni ile getirilen hipotermik bir olguda saptanan EKG değişiklikleri ve tedavi yaklaşımı sunulmuştur.

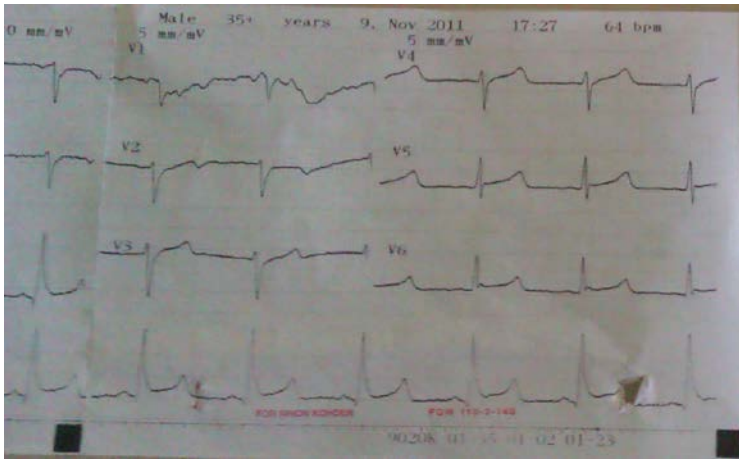
**OLGU SUNUMU:** Otuz üç yaşında erkek hasta götürüldüğü dış merkezden, genel vücut travması nedeni ile acil servisimize sevk edildi. Hastanın fizik muayenesinde; kan basıncı: 80/50 mmHg, nabız: 32/dakika, solunum sayısı: 16/dakika ve ateş: 30 °C idi. Hastanın genel durumu kötü ve bilinci stupor düzeyinde idi. GKS Skoru: 12(M6V2G4), üst ekstremiteler spontan hareketli ancak alt ekstremiteler plejik ve bilateral plantar yanıtları lakayt idi. Laboratuvar tetkiklerinde BUN: 14 mg/dL, kreatinin: 1.47 mg/dL, AST: 112 U/L, ALT: 99 U/L, CPK: 1893 U/L, WBC: 19180/uL, Hb: 15.8 g/dL, Htc: % 45.2, pH: 7.21, Pco22: 37mmHg, Po2: 186 mmHg, HCO3: 14 mmol/L, O2Sat: % 99 ve TİT'de bol eritrosit mevcuttu. Hastanın çekilen elektrokardiyografi (EKG)'sinde kalp hızının 30/dakika civarında, QT mesafesinde uzama ve Osborn (J) dalgasının olduğu saptandı (Şekil 1). Hasta ritim ve satürasyon monitörizasyonu ve oksijen desteği ile acil serviste takibe alındı. Hastaya ısıtılmış mayi replasmanı ve ısıtıcı battaniye uygulaması yapıldı. Hasta kademeli olarak ısıtılarak vücut sıcaklığı, kalp hızı, kan basıncı ve bilinci düzeltildi. Hastanın vücut sıcaklığı takipleri: 16.00: 31 °C, 17.00: 32 °C, 18.00: 33 °C, 19.00: 34. °C 4 °C, 20.00: 35 °C, 21.15: 37.6 °C şeklinde idi. Hastanın acil servise gelişinin ikinci saatinden itibaren kalp hızı artmaya başladı. Hastanın çekilen ikinci EKG'sinde kalp hızının 65/dakika civarında olduğu ve QT uzamasının ve Osborn (J) dalgası varlığının devam ettiği görüldü (Şekil 2). Vital bulguları stabil hale getirilen hastaya yapılan tetkikler neticesinde 7. Servikal vertebra kırığına bağlı spinal travma tanısı konuldu (Şekil 3). Hasta takip ve tedavi amaçlı beyin cerrahisi servisine yatırıldı.

### Şekil 1





Şekil 2



Şekil 3



**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Hipotermik hastalarda disritmi görülme sıklığı oldukça fazladır ancak hayati tehlike oluşturmasına rağmen çoğu ritim bozuklukları tedavi gerektirmeksizin tekrar ısıtma ile

kendiliğinden düzelir. Acil servis hekimi hipotermik hastada tekrar ısıtma tekniklerini ve disritmi yönetimini bilmelidir.

## P38- ACİL SERVİSTE NADİR BİR KARIN AĞRISI SEBEBİ: İNTESTİNAL TÜBERKÜLOZ

Yeniocak Selman, Kalkan Asim \*\*, Bilir Ozlem\*\*, Ersunan Gokhan\*\*, \*\*\* Eroğlu Oğuz

\* Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis, İstanbul, Türkiye

\*\* Rize Üniversitesi Tıp Fakóltesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

\*\*\* Van Eğitim ve Araştırma hastanesi Acil Servis, Van, Türkiye

**GİRİŞ:** Tüberküloz tüm dünyada halen insidansı artmakta olan önemli bir halk sağlığı problemidir. Sıklıkla akciğeri tutmasına rağmen ekstrapulmoner tutulumlar da mevcuttur. İntestinal tutulum %1 kadardır. Acil servise başvuran hastaların nadir bir karın ağrısı sebebidir. 51 yaşında erkek hasta karın ağrısı Şikâyeti ile acil servisimize başvurdu. Öyküsünde üç ay önce antitüberküloz tedavi aldığı öğrenildi. Bilgisayarlı batın tomografisinde (BT) tüberküloza bağlı tutulum tespit edildi. Bu yazı da acil servise başvuran hastalarda intestinal tüberkülozu ayırıcı tanıda hatırlamak gerektiğini ve anamnezin önemini vurgulamak istedik.

**OLGU:** Elli bir yaşında erkek hasta bir gün öncesinden başlayan karın ağrısı ve ara ara bulantı-kusma Şikâyetleri ile acilimize müracaat etti. Hikâyesinde üç ay önce antitüberküloz tedavi almaya başlamış fakat birinci ayında tedavisini bıraktığı öğrenildi. Fiziki muayenesinde, TA:140/90mmHg, Nabız: 78/dk, Ateş: 36,3° C, Solunum Sayısı: 18/dk idi. Batın muayenesinde sol alt kadranda derin palpasyonda hassasiyet mevcuttu. Rebound ve defans yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 1200/mm<sup>3</sup>, CRP: 6,5 mg/dl ve sedimantasyon hızı 56 mm/h idi. Batın ultrasonografide patoloji saptanmadı. Batın BT ileumda barsak duvarında tüberküloz tespit edildi. Hasta antitüberküloz tedavi için Göğüs hastalıkları servisine yatırıldı.

**SONUÇ:** Tüberküloz, genellikle akciğeri etkilemekle birlikte pek □çok organı tutabilir. Barsaklarda en fazla distal ileum ve çekuma yerleşir, bu bölgeleri jejunum, ileum, kolon ve rektum izler. Sonuç□ olarak ölkemiz gibi tüberk.loz insidansının yüksek olduğu bölgelerde akciğeri dışı tüberkülozun da sık görülebileceği her zaman akılda tutulmalı ve karın ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda klinik, radyolojik ve histopatolojik incelemelerle birlikte değerlendirilmelidir.

## P39- ACİL SERVİSTE NADİR BİR PARAPAREZİ OLGUSU: TORAKAL KİST HİDATİK

Suna ERAYBAR, Ataman KÖSE, Fatma Özdemir, Özlem Köksal, Şule Akkose AYDIN, Erol ARMAĞAN

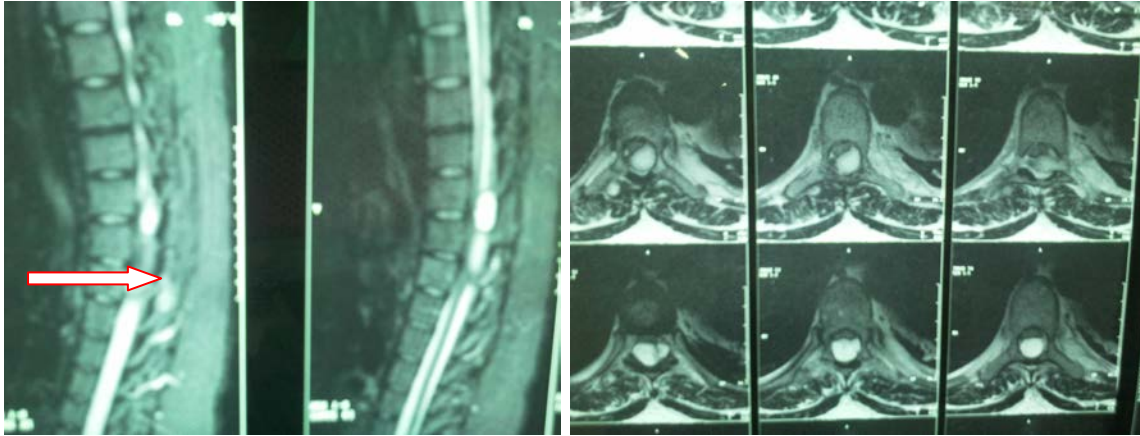
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D, Bursa, Türkiye

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kist hidatik, insanlarda sıklıkla ekinokokkus granülozus ve daha nadir olarak da ekinokokkus multiokülaris neden olduğu parazitik bir enfeksiyondur. Kist hidatik en çok karaciğer ve akciğere yerleşir. Çok nadir olarak (yaklaşık %1) kemik tutulumu görülür. Nöral tutulum sıklıkla parapleji/ tetrapleji ya da radikülopati formundadır. Bu olgu sunumunda nadir bir paraparezi nedeni olan kist hidatik olgusu klinik bulguları, tanı ve rehabilitasyonu tartışılmakta ve kısa bir literatür özeti sunulmaktadır.

**OLGU SUNUMU:** Bacaklarda güçsüzlük nedeniyle acil servise başvuran 37 yaşında bayan hastada paraparezi ve torakal 6 seviyesine uyan duyu kusuru saptandı. Sol alt ekstremitede 2/5 sağ alt ekstremitede 3/5 kas gücünde paraparazik, T6 seviyesine uyan hipostezisi mevcuttu. Çekilen torakal MR'da T6-7-8 vertebra düzeylerinde posterior epidural mesafede spinal kanala belirgin bası yapan septalı iki adet büyüğünün kraniokaudal uzunluğu 2,5 cm olan kistik lezyonlar saptandı (Şekil 1,2). Beyin cerrahisi kliniğine operasyon amaçlı yatırıldı.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Acil servise bacaklarda güçsüzlük ile başvuran ve paraparezi/ parapleji saptanan olgularda ayırıcı tanı oldukça geniştir. Özellikle kas, eklem ağrısı ve güçsüzlük yakınmaları ile gelen, periferik nörolojik bulguların saptandığı hastalarda kırsal kesimde yaşama veya hayvanlar ile temas öyküsü de mevcutsa spinal kist hidatik de ayırıcı tanılar arasında bulundurulmalıdır.

**Şekil 1,2:** Torakal MRI görüntülemesinde kist hidatik görüntüsü



## P40- ACİL TORAKS ULTRASONOGRAFİSİNDE YENİ BİR GELİŞME: PLEVRAL KAYMA SESİ

A. Sadik Girisgin, Osman Karaoglan, Goknil Calik, Sedat Kocak, Mehmet Ergin, Basar Cander  
Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Konya, TÜRKİYE

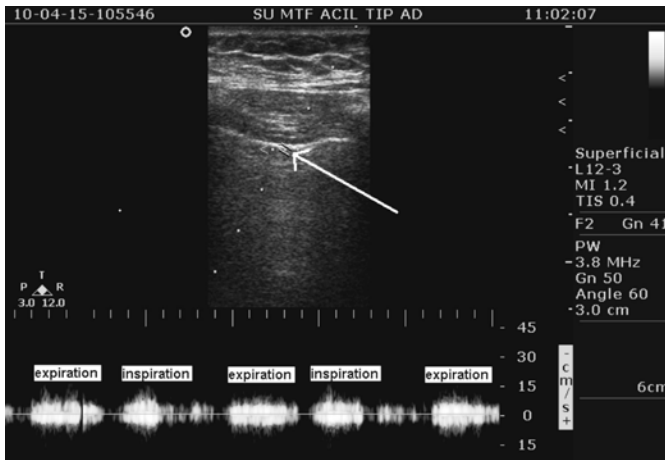
**GİRİŞ:** Ultrasonografi (USG) son 20 yıldır acil servislerde sıkça kullanılmaktadır. Özellikle son on yılda kullanımı ile kendini kanıtlayan ve 2008 yılında standart kullanım alanlardan olan akciğer kayma hareketi (SLS) değerli bir radyolojik bulgu olarak kabul edilmiştir. Ancak belirli bir tecrübe gereken bu değerlendirme subjektif bir bulgudur. İlk defa tarafımızca yapılan “**Plevral Kayma Sesi (PSS)**” değerlendirmesi, en az SLS kadar kıymetli ancak SLS ile karşılaştırılmayacak kadar objektif bir değerlendirme değildir. Bu makalede PSS ile ilgili görüşlerimizi anlatmayı, konu ile ilgilenen diğer klinisyenlerin kullanımına sunmayı ve ileri araştırmaların başlatılabilmesini amaçladık.

**MATERYAL-METOD:** PSS'nin görüntülenmesi için ilk önce plevral çizginin geçtiği yere sesli dopler işaretçisi konulur ve PSS elde edilir (Resim 1). Bunun yanında PSS sadece plevral çizgi üzerinden değil, bu çizgiye yakın akciğer dokusunda bile alınabilmektedir (Resim 2). Çok küçük hareketlerin dahi bu yöntemle objektif olarak tespiti mümkündür.

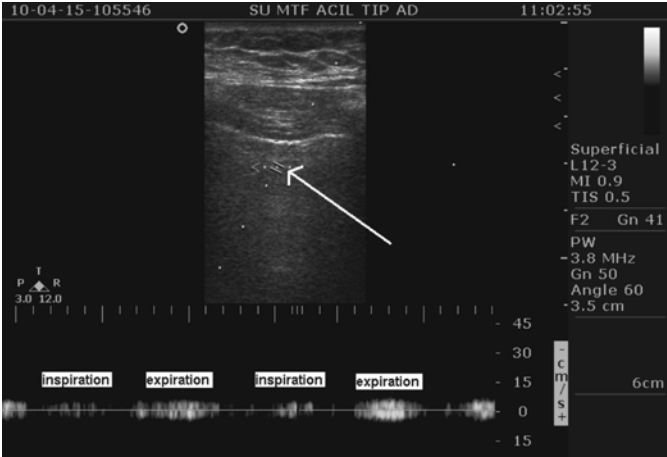
**BULGULAR:** PSS'nin, teknik olarak, SLS'nin tesbitini zorlaştıran veya şüphede bırakan durumların çoğunda da güvenle kullanılabilir bir yöntem olduğunu düşünüyoruz. SLS'nin tesbit edildiği her vakada daha objektif bir bulgu olan PSS'nin tesbit edilmesi kaçınılmazken, SLS'den şüphelenilen durumlarda da çok kıymetli bir bulgudur.

**SONUÇ:** Bu konuda çok fazla bilgisi olmayan kullanıcılar tarafından da rahatlıkla kullanılabilir bir yöntem olan PSS sayesinde, toraks USG'nin kullanımının daha da artacağını düşünmekteyiz. Çalışma yeni bulunan bir yöntemin değerlendirilmesi şeklinde olup hasta verileri toplanmaya devam edilmektedir.

Resim1



Resim 2



**P41- ACUTE SEVERE ULCERATIVE COLITIS (ASUC) ASSOCIATED PULMONARY EMBOLISM:  
A CASE REPORT**

Ahmet Cumhuri Dülger\*, Hayriye Gönüllü\*\*, Mehmet Taşdemir\* Enver Aytemiz\*, Engin Gönültaş\*,

Recep Dursun\*\*\*

\* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Van, Türkiye

\*\*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Van, Türkiye

\*\*\*Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Van, Türkiye

**INTRODUCTION:** Ulcerative colitis (UC) is chronic inflammatory disease of the gastrointestinal tract, and is characterised by bloody diarrhea, abdominal pain and loss of weight. The peak age of onset for the disease is between 15 and 25 years. Patients with UC have 3-fold increased risk of thrombosis. Acute severe UC (ASUC) is defined as bloody stools  $\geq 6$  per day and at least one of the following: pulse rate  $>90$  beats per minute, temperature  $>37.8$  °C, hemoglobin  $<10.5$  g /dl. or an ESR  $>30$ mm/h. Delayed diagnosis of pulmonary thromboembolism (PTE) may increase the mortality in patients with UC. Therefore, we present a case with ASUC associated PTE.

**CASE REPORT:** An 17-year-old girl was admitted to the hospital with bloody diarrhea, abdominal pain and dyspnea. On examination in the emergency department, her blood pressure was 90/75 mm/Hg and heart rate was 90 beats per minute, respiration rate was 22 per minute. Her temperature was 38.7°C. There was diffuse nonspecific tenderness to palpation of abdomen. The hemoglobin level was 4.3 g per deciliter, with a mean corpuscular volume of 66  $\mu\text{m}^3$ . The white-cell count was 14400 per cubic millimeter. The erythrocyte sedimentation rate was 70 mm per hour. EKG revealed S1Q3T3 sign. Blood gas analysis showed hipoxia with hipocarbica. Ultrasonography of the abdomen revealed thickened bowel segments. Torax CT showed massive PTE. Examination of the colonoscopic biopsy revealed UC. Enoxaparin 1mg/kg twice daily and metil prednisolon 60 mg/day were started.

**CONCLUSION:** High clinical suspicion is needed to determine PTE particularly in patients with ASUC.

## **P42- AĞIR GEDİŞLİ BRONXIAL ASTMA VƏ XRONİKİ OBSTRUKTİV AĞCIYƏR XƏSTƏLİYİNİN KƏSKİNLƏŞMƏSİ ZAMANI XƏSTƏLƏRƏ TƏCİLİ TİBBİ YARDIM**

ATU-nun Tədris Terapevtik Klinikasının II Daxili Xəstəliklərin Propedevtikası kafedrası

*C.T.Məmmədov – professor, kafedra müdiri*

*G.D.Heydərova – rezident*

*Q.M.Məcidi - rezident*

### **ATU-nun Tədris Terapevtik Klinikası. II Daxili Xəstəliklərin Propedevtikası kafedrası**

Ağır gedişli Bronxial astma(BA) və Xroniki obstruktiv ağciyər xəstəliyi (XOAX) tibbin ən mühüm problemlərindən olub daim diqqət mərkəzindədir.Hər 2 xəstəliyin kəskinləşmələri kiçik qan dövranında hipertenziya,sağ və sonra sol mədəciyin də çatışmazlığı,ağır aritmiyalar və s. ağırlaşmalar nəticəsində təcili tibbi yardım göstərilməzsə xəstənin ölümü ilə nəticələnir.ATU-nun TTK-a fəaliyyət göstərdiyi 1 il müddətində pulmonoloji şöbəyə ( V Terapiya) 28 xəstə daxil olmuşdur.Bunlardan 26 nəfərində ağır gedişli BA-nın kəskinləşməsi,3 xəstədə III- IV dövrdə olan XOAX xəstəliyinin kəskinləşməsi diaqnozu qoyulmuşdur.Bunlardan 64 % qadın,36% kişi olmuşdur.BA-lı xəstələr üçün orta yaş 47,XOAX-lı xəstələr üçün 69 olmuşdur.

Göstərilən xəstələrə təcili tibbi yardım aşağıdakı qaydada göstərilmişdir:

$\beta_2$  aqonistlər (Salbutamol 5mq) hər 20 dəqiqədən bir İtaliya istehsalı SunMist markalı Nebulayzer aparatının köməyi ilə 1 saat ərzində xəstəyə verilir.Əgər yaxşılaşma müşahidə edilmirsə xəstə hospitallaşdırılır,kortikosteroidlər (metilprednizalon,hidrokortizon,prednizalon) vasitəsilə yardım göstərilir.Əgər XOAX-lı xəstədə infeksiya ağırlaşma da varsa antibiotiklər də təyin olunur.Xəstədə tənəffüs çatışmazlığı varsa oksigen verilir.

Xəstələrə ürək-damar sisteminin və tənəffüs sisteminin birgə fəaliyyətini tənzimləmək məqsədilə vena daxilinə damcı ilə ürək qlikozidi(korqlikon 0,06 % - 1 ml),teofillin (2,4% - 8-10 ml),panangin ( 8-10 ml) və əlavə olaraq 60-90 mq prednizalon və 3-4ml deksametazon verilir.Lazım olan hallarda antikoagulyantlar(heparin,fraksiqarin və s.)müvafiq dozada təyin olunur.Stasionar şəraitdə əksər hallarda 3-4 gün ərzində xəstələrin vəziyyətini stabilləşdirmək mümkün olur.Yalnız 3 halda xəstələrin intensiv terapiya şöbəsinə köçürməyə ehtiyac yarandı.IV dərəcəli XOAX-lı 72 yaşında səyrici aritmiya ilə ağırlaşmış xəstə ağciyər arteriyasının trombemboliyası səbəbindən tələf oldu.



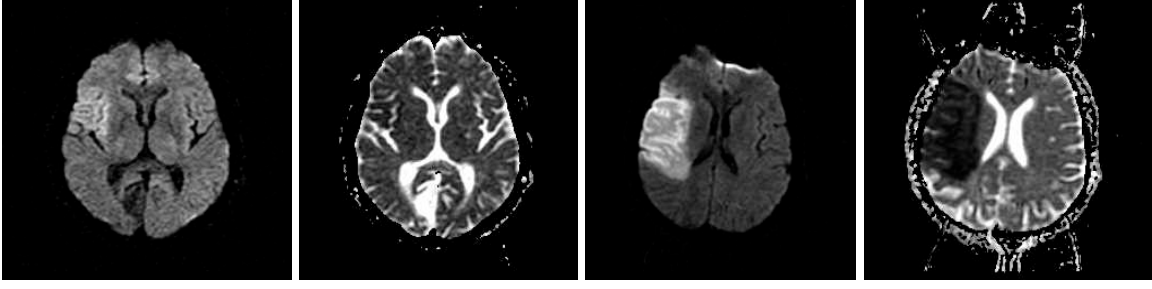
## P43- AKUT KORONER SENDROMU TAKLİT EDEN AKUT SEREBROVASKÜLER OLAY: OLGU SUNUMU

Onur İNCEALTIN, Aykut YÜKSEL, Alev ECEVİZ, Behçet VARIŞLI, Ahmet DEMİR, Zeynep  
ÖZKÖK

S.B. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Dünya sağlık örgütü inmeyi en geniş anlamıyla serebral fonksiyonlardaki fokal bozukluğa ilişkin, 24 saatten fazla süren, MRG ile görüntülenen enfarkt saptanması olarak tanımlamıştır. 1947 yılında Byer Ashman, ve Toth intraserebral kanamalı hastalarda QT uzaması, T ve U dalga anormallikleri gibi elektrokardiogram (EKG) değişikliklerini saptamıştır. (2) 1954 yılında Burch, Myers, ve Abildskov QT uzaması, T ve U dalga anormalliklerini akut serebrovasküler atağa özgü bir bulgu olarak tanımlamıştır. Bu yazıda Acil Servise konuşma bozukluğu, ağızda kayma şikayetiyle başvuran ekg ve eko bulgularıyla akut koroner sendromu taklit eden akut iskemik serebrovasküler atak olgusu sunulacaktır.

**OLGU SUNUMU:** 64 yaşında erkek hasta hastanemiz acil bölümüne ağızda kayma, konuşmada bozulma nedeniyle getirildi. Hastanın alınan vital bulgularında tansiyon 190/100, Nabız 80, GKS 15 olarak değerlendirildi. Nörolojik muayenesinde sol fasyal paralizisi mevcuttu, kas gücü tam, serebellar muayene normaldi. Hastada mevcut bulgularla öncelikle SVO düşünüldü. Beyin tomografisi istendi. Tomografisinde eski enfarkta ait bulgular gözlemlendi. Difüzyon MR planlandı. Difüzyon MR'da sağ MCA alanında difüzyon kısıtlaması şeklinde akut enfarkt, geçirilmiş sağ serebellar enfarkt ve geçirilmiş sağ posterior enfarkt gözlemlendi (Resim 1). Göğüs ağrısı olmayan hastanın EKG'sinde inferior derivasyonlarında derin Q dalgası, R dalgasında progresyon kaybı, V1'de bifazik T, V2-V3'de Ssegment değişiklikleri mevcuttu (Resim 2). Hastanın seri EKG takibinde V1-V4 derivasyonlarında ST elevasyonları gözlemlendi (Resim 3 ). Hastanın ilk troponini <0.01 (>0.04 anlamlı) olarak normal bulundu. Yapılan EKO'da EF%45 ve anteroseptal hipokinezi gözlemlendi. Kardiyolojiye konsülte edilen hastanın bulguları akut koroner sendrom ve akut SVO lehine değerlendirildi. Hasta koroner anjiyografi yapılabilinecek bir merkeze sevk edildi. Hastanın koroner yoğun bakımda takibi boyunca kardiyak enzimlerinde yükselme olmadı. Hastaya koroner anjiyografi planlanmadı, troponin takibi önerildi. Hasta nörolojik durumu nedeniyle tekrar kurumumuza gönderildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde kas gücü sol üst ekstremitede 2/5, sol alt ekstremitede 2/5'e gerilediği gözlemlendi. Hastaya tekrar difüzyon MR çekildi ve troponin takibi yapıldı. Çekilen MR'da enfarkt alanının arttığı gözlemlendi. Troponin takibinde artış gözlenmedi. Hasta akut sağ MCA enfarktı tanısıyla nöroloji servisine yatırıldı.



**Resim 1:** Difüzyon MR'da sağ MCA alanında difüzyon kısıtlaması şeklinde akut enfarkt, geçirilmiş sağ serebellar enfarkt ve geçirilmiş sağ posterior enfarkt görülmektedir.



**Resim 2:** EKG'de inferior derivasyonlarında derin Q dalgası, R dalgasında progresyon kaybı, V1'de bifazik T, V2-V3'de ST segment değişiklikleri görülmektedir.



**Resim 3:** EKG'de V1-V4 derivasyonlarında ST elevasyonları görülmektedir.

**SONUÇ:** İnmenin akut fazında, repolarizasyon anormallikleri veya iskemi benzeri EKG değişiklikleri gözlenebilir. Bu değişiklikler, klinisyenler için tanısal ve tedavi güçlüklerine yol açabilirler. Bu nedenle akut SVO' lu hastalarda akut koroner sendrom benzeri EKG değişiklikleri olabileceği akılda tutulup, bu tip hastalar dikkatli takip gerektirmektedir.

---

## P44- ATEŞLİ SİLAH İLE SMA YARALANMASI OLGUSUNA FARKLI BİR YAKLAŞIM

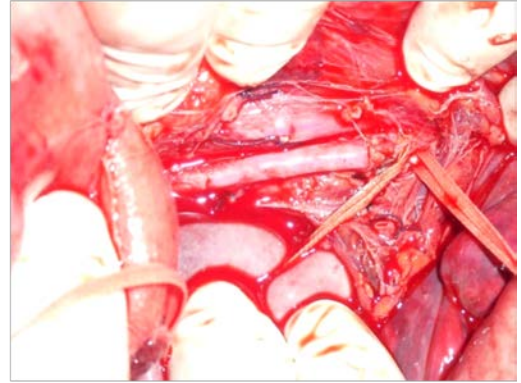
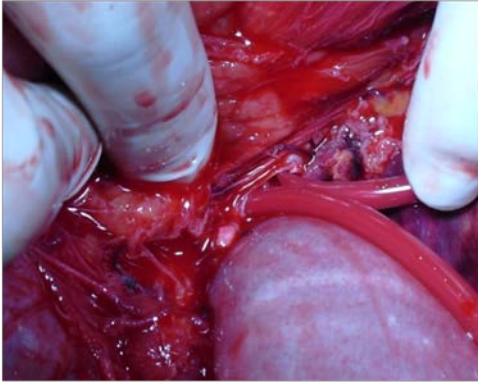
Recep Dursun\*, Mehmet Kadir Bartın\*\*, Mehmet Ali Çaparlar\*\*

\* Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Kliniği

\*\*Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Abdominal damar yaralanmalarının çoğu penetran yaralanmalar sonucu meydana gelir ve diğer organ yaralanmaları ile ilişkilidir. Vena kava inferior en sık yaralanan retroperitoneal damarsal yapıdır. Preoperatif bakım ve cerrahi ameliyat tekniklerindeki gelişmelere rağmen bu tip yaralanmalarda mortalite hala yüksektir. Hastaneye ulaşma anında hastanın hemodinamik durumu, eşlik eden organ yaralanmasının varlığı survide rol oynayan en önemli faktörlerdir.

**OLGU SUNUMU:** On dokuz yaşında erkek hasta acil servisimiz ateşli silah yaralanması(ASY) ile getirildi. Umblikusun 5 cm üstünden mermi giriş deliği mevcut idi. Çekilen direkt ADBG de, bir kurşun çekirdeği görülüyordu. Hastanın şok indeksi l'i aşmış, nabızı dakikada 119 ve filiform idi. Hastaya CVP açıldı. Kan istendi ve acil servis te ameliyata alındı. Yapılan eksplorasyonda, appendiks ucunun kopuk olduğu ve retroperitonda hematoma olduğu saptandı. İleoçekal valvden yaklaşık 80 cm. ve 110 cm proksimalde iki perforasyon bulunuyordu. İleumdaki perforasyonlar iki kat olarak primer onarıldı. Hematomun eksplorasyonunda, Intramezenterik hematoma eksplorasyonunda A.mesenterica superior'un Treitz bağı seviyesinde, vertikal ve imkomplet bir laserasyon saptandı. Laserasyon damar cerrahi bulunmadığından tamir edilemedi ancak damarın parçalanmış uçları arasına serum seti yerleştirilerek kan akımı devam ettirildi. Damar cerrahi geldikten sonra akımının devam ettiği, barsaklarda herhangi bir iskemi bulgusunun olmadığı görüldü. Parçalanmış SMA daki serum seti çıkarıldı ve horizontal kontinü dikişlerle onarıldı. Hasta, ameliyattan 14 gün sonra şifa ile taburcu edildi.



**SONUÇ:** Büyük damarların yaralandığı penetran karın travmalarının mortalitesi yüksektir. Bu vakalarda yaralanan damarın bütünlüğünün korunması ve tamiri mortaliteyi en fazla etkileyen faktörlerdendir. Hastalar acil serviste bekletilmeden hemen ameliyata alınmalı, çoklu organ yaralanması düşünülerek ilgili uzmanlar çağrılmalıdır.

## P45- BACAK VE SIRT AĞRISIYLA ACİLE BAŞVURAN HASTADA AORT DİSEKSİYONU: OLGU SUNUMU

Emel Erkuş Sirkeci, Aykut Yüksel, Onur İncealtın, Behçet Varışlı, Eda Arş, Alev Eceviz  
S.B. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

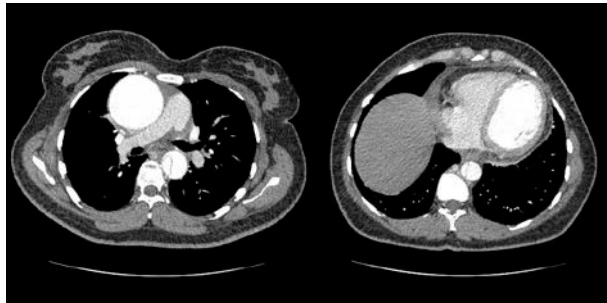
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Aort diseksiyonu tıbbi tedaviye rağmen mortalitesi yaklaşık %10'larda olan aortun media ve intima tabakasının vasküler yapının uzun aksı boyunca ayrılması sonucu oluşan kardiyovasküler bir acildir. Tanı veya tedavideki gecikmeler mortalite ve morbiditede artışlara yol açmaktadır. En sık göğüs ağrısı ile prezente olmaktadır. Aort diseksiyonunda en geniş kullanımı olan terminoloji De Bakey sınıflandırmasıdır. Bu yazıda 24 saatten uzun süren sırtından sağ bacağına yayılan ağrı şikayetiyle acil servise başvuran hastada, şüphe sonucu yapılan ileri tetkiklerde aort diseksiyonu tespit edilen olgu sunulmaktadır.

**OLGU SUNUMU:** Otuz iki yaşında bayan hasta bir önceki akşam ani hareket sonrası sırtında başlayan ve sağ bacağına yayılan ağrı şikayeti nedeniyle başvurduğu sağlık merkezlerince siyatalji tanısıyla analjezik tedavi uygulanmasına rağmen ağrısının devam etmesi üzerine acil servisimize başvurdu. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, GKS:15(E:4 M:6 V:5),şuuru açık, oryante, koopere, solunum sisteminde solunum sesleri bilateral doğal, kvs s1(+),s(2) ritmik saptandı. Vital bulguları, tansiyon arteryel sağ kol 140:60 mmhg/ sol kol 130:65 mmhg, nabız:72/dk, ateş:36,6 C saptandı. Ekstremitelerinde dört ekstremitelerde periferik nabızları açık, sağ bacak lasek testi (+), kas gücü 5/5, derin tendon refleksi (+/+) saptandı. Batın muayenesi doğal saptandı. Ağrı şikayeti için diklofenak sodyum 75 mg intramusküler uygulandı. Çekilen EKG de sinüs ritmi, nabız:72/dk, akut iskemik değişiklik saptanmadı. Başvuru anından sonra ağrısının sırt kısmına doğru yayılıp, arttığını ifade eden hastanın çekilen PA akc grafisinde orta mediasten santralde sağ hilusda genişlemeye neden olan ve sferik kontur oluşturan opasite izlendi(Şekil 1). Hastanın mevcut bulgularıyla aort diseksiyonu ön tanısıyla çekilen toraks bt anjiosunda asendan ve beraberinde desenden aortada diseksiyon (Şekil 2) saptanıp kalp ve damar cerrahisi servisi olan dış merkeze De Bakey tip 1 aort diseksiyonu tanısıyla sevk edildi. Hasta cerrahi tedavi sonrası sevk edildiği merkezden şifayla taburcu edildi.

**Şekil-1**



**Şekil-2**



**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Acil servise inatçı ve şiddetli göğüs ağrısı şikayetiyle başvuran hastalarda herhangi bir risk faktörünün olmaması ve fizik muayene bulguları desteklememesi durumunda dahi altta yatan bir aort diseksiyonu her zaman akılda tutulmalı ve şüphelenilen hastalardan ileri tanı yöntemlerine başvurulmalıdır.

## P46- BAKIDA İNSULT

Dilərə Mahmudova

Azərbaycan Tibb Universitetinin Nevrologiya Kafedrasının Dosenti, Bakı, Azərbaycan

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Serebrovaskulyar patologiya, dəhşətli təzahürü olan serebral insult problemi bütün dünyada müstəsna sosial və tibbi əhəmiyyətini saxlayır. Əhalisinin sayı 1 mln-dan artıq olan iri şəhərlərdə, insultun tezliyi, əlillik və ölüm göstəriciləri, əhalisinin sayı 500000-ə kimi olan şəhərlərə nisbətən həqiqətən yüksəkdir.

Azərbaycanda son 5 il ərzində serebrovaskulyar xəstələnmə halı durmadan artır, belə ki, Bakıda 1,5 dəfə artmışdır. Serebrovaskulyar xəstələrin ümumi sayına görə, əsasən xroniki formalar üzrə Xətai rayonu digər 10 rayonu üstələyir.

**MATERYAL VE METOD:** Təzahürlər arasında əlaqənin statistik öyrənilməsi məqsədilə Spirmenin ranq korrelyasiyası əmsalı – qeyri-parametrik metod istifadə olunub. Bunun nəticəsində təzahürlər arasında əlaqəyə qiymət verilmişdir, belə ki, xəstəxanaya yerləşdirilmiş və evə yazılmış xəstələrin arasında korrelyasiyanın 1-ə bərabər olması çox yaxşı göstəricidir, yəni insultlu xəstələr nə qədər tez xəstəxanaya yerləşdirilsə, bir o qədər çox xəstələr sağ qalır. Əgər funksiya parametrlərə nisbətə xəttidirsə (lakin asılı olmayan sayrışanlara nisbətə xətti olması vacib deyildir), onda reqresiyanın xətti modelindən danışılır. Əgər  $y$  və  $x$  arasında xətti asılılığın olduğu zənn edilirsə, onda *nəzəri model*  $y_i = \beta_0 + \beta_1 x_i + e_i$ ,  $i = 1, 2, \dots, N$ , bərabərlikləri ilə verilir və  $x$ -ə görə  $y$ -in *sadə xətti reqresiya modeli* adlanır.  $\beta_0$  və  $\beta_1$  kəmiyyətləri *naməlum parametrlərdir*. Belə ki, həm ölkə üzrə ( $b_1 = 76,1763$ ;  $b_0 = -1284,2$  - əmsalı), həm də Bakıda ( $b_1 = 16,0412$   $b_0 = -556,85$ ) evə yazılan xəstələr və xəstəxanaya yerləşdirilmə tezliyi arasında birbaşa əlaqənin olduğunu aşkara çıxarır. 5 il ərzində paytaxt üzrə sağ qalmanın analizi paytaxt üçün proqnostik olaraq xoşagəlməz tip sağ qalma əyriliyini: letal nəticələrin artması ehtimalını üzə çıxardı.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Reqressiv analiz paytaxtda xəstəxanaya yerləşdirilən xəstələrin sağ qalmasının yüksək dərəcədə dürüslüyünü göstərdi.

## P47- EPİLEPSİ NÖBETİ SIRASINDA OLUŞAN OMUZ ÇIKIĞI VE DEPLASE HUMERUS BAŞI FRAKTÜRÜ

Aykut Yüksel, Emel Erkuş Sirkeci, Onur İncealtın, Eda Arş, Alev Eceviz, Behçet Varışlı  
S.B. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Humerus proksimal uç kırıklarının çoğunluğu ya nondeplasedir ya da minimal deplasedir. Bazen de bu kırıklara humerus başı çıkıkları eşlik edebilir. Bu kırık ve çıkıklar genellikle konservatif tedavi yöntemleri ile bazı vakalar ise cerrahi yöntemlerle tedavi edilebilir. Çevre yumuşak dokulara en az zarar verecek yöntem tercih edilmelidir. Omuz çıkığı olan olguların %25'inde aile hikayesi görülebilmektedir. Omuz çıkıklarının çoğunluğu öne çıkık şeklindedir. Bizim olgumuzda da olduğu gibi epilepsi gibi bazı kronik hastalıklar omuz kırık ve çıkıklarına zemin oluşturabilir. Bu tür vakaların müdahalelerinde daha özenli davranılırsa hastaların daha basit yöntemlerle daha etkin tedavi edilebileceklerini düşünmekteyiz. Bu ogudaa Epileptik tonik-klonik nöbet sonrası, posterior omuz çıkığı ile birlikte humerus başı fraktürü olan hasta sunulmaktadır.

**OLGU SUNUMU:** Acil servise yaklaşık beş dakika süren jeneralize tonik klonik nöbet geçirdiği ifadesi ile yakınları tarafından getirilen 50 Yaşında erkek hastanın, 30 yıldır epilepsi tanısı olduğu ve ilaçlarını düzenli kullandığı öğrenildi. İlaçlarını düzenli kullanmasına rağmen yılda bir iki kez nöbet geçirdiği öğrenildi ve epilepsi dışında bilinen yandaş hastalığı olmadığı öğrenildi. Acil servise başvurmadan önce herhangi bir travma öyküsü tariflemeyen hasta nöbet geçirdikten sonra takibi sırasında sağ omuz ağrısı ve beraberinde hareket kısıtlılığı olması nedeniyle yapılan muayenesinde omuz çıkığından şüphelenilen hastanın, çekilen grafilerinde sağ omuz posterior çıkığı ve beraberinde humerus başı fraktürü tespit edildi. Bunun üzerine ortopedi konsültasyonu istenen hastaya anestezi altında omuz redüksiyonu yapıldı.



**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Epileptik nöbet nedeniyle tonik-klonik kasılmaları olan hastalarda nöbet sonrası eklem dislokasyonları, kemik fraktürleri gibi ortopedik komplikasyonların oluşabileceği unutulmamalı ve nöbet sonrası hastalara sistemik bir muayene yapıp şüphelenildiğinde ileri tanı yöntemleri kullanılmalıdır.



## P48- ESOPHAGEAL FOREIGN BODIES: A SINGLE CENTER EXPERIENCE

Ahmet Cumhuri Dülger\*, Rezkan Altun\*, Hayriye Gönüllü\*\*, Sevdegül Karadaş\*\*, Recep Dursun\*\*\*

\* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Van, Türkiye

\*\*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Van, Türkiye

\*\*\*Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Van, Türkiye

**INTRODUCTION:** In the general population of adults, the annual incidence of food impaction is approximately 13 episodes per 100 000 people, mostly due to meat and bone impactions. Foreign body impaction is frequently seen in areas of anatomical esophageal narrowing, such as the cervical esophagus, aortic arch, and gastroesophageal junction. Dysphagia, odynophagia, choking, or drooling are most common symptoms. Fistulization to surrounding vasculature, mediastinitis and perforation can occur as disease complications. In general, flexible endoscopy performed is the mainstay of therapy.

**MATERIAL AND METHODS:** Between March 2011 and March 2012, 48 adult patients who admitted to emergency department due to impaction of esophageal foreign body were enrolled for the study. Medical data was obtained from hospital records. Age, gender, time of endoscopic procedure, type of impacted object and level of impaction were recorded on the SPSS.

**RESULTS:** Mean age was 46 years. 3/4 of the patients were female. 15 of 48 (31%) patients had a prior history of esophageal cancer. Most cases were admitted to clinic after dinner. Impacted objects were as follows: chicken bone (35), food impaction (10), metal coin (2), spine (2). Foreign bodies were successfully removed by flexible endoscopy in 40 of 48 (83%) patients. 2 of 48 patients had also mediastinitis. One patient had perforation. 8 (16%) of patients were referred to chest surgeon for removal of impacted object. There was no death during the examination period.

**CONCLUSION:** Female gender, prior history of esophageal cancer and eating cooked- chicken are major risk factors for the disease.



## P49- HAY VERDİ, AZERBAYCAN GAYTADI

Recep DURSUN, Emre ÇAY

Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Kliniği

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Depremın ilk saatlerinden itibaren 200 kişilik kurtarma ekipleriyle öz kardeşlerine yardıma gelen Azerbaycan ekibi 14 kişinin enkaz altından sağ kurtarılmasında büyük rol oynadı. Bu çalışmada Azerbaycan ve Türk UMKE ekiplerinin ortaklaşa başarılı çalışmaları sonrası biri 102, diğeri 108 saat sonra kurtarılan iki olguya yer verildi.



**OLGU 1:** Yüz iki saat sonra enkaz altından sağ kurtarılan 18 yaşında erkek hasta: Acil servisimize getirilen hasta genel durumu iyi, şuuru açık koopere, TA:90/60 mHg, Nb:115/dk olarak saptandı. Fizik muayenesinde kollarında ve gövdesinde dermal abrazyon ve enkaz artıkları mevcut, sistemik muayenesi doğal, görüntüleme ve laboratuvar tetkikleri normal olarak bulundu. Hastada idrar çıkışı mevcuttu. Hasta üç gün sonra herhangi bir komplikasyon gelişmemesi üzerine psikiyatrik muayenesi tekrarlanarak kontrollere gelmek üzere şifa ile taburcu edildi.



**OLGU 2:** Yüz sekiz saat sonra enkaz altından sağ kurtarılan 14 yaşında erkek hasta: Acil servisimize sevk edilen hastanın genel durumu iyi, şuuru açık, koopere, TA:100/70 mmHg ve Nb:130/dk idi. Fizik muayenesinde vücudunda enkaz artıkları mevcut, sistemik muayenesi doğal, görüntüleme ve laboratuvar tetkikleri normal bulundu. Hastada idrar çıkışı mevcuttu. Hasta beş gün sonra herhangi bir komplikasyon çıkmaması üzerine psikiyatri kontrolü

önerilerek şifa ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Her iki olguda da hastalar morallerini bozmadıklarını, enkazdan kurtarılacağı ümidiyle dua ettiklerini, yaşama tutunmak için yağmur ve kar sularıyla beslendiklerini ifade ettiler. Deprem sonrasında enkaz altında kalanlar için moral motivasyon sağlayıcı düşünceler ve hayata tutunma çabası içinde olmak önemli olsa da kurtarma ekipleri, transfer ekipleri ve hastayı karşılayan acil ekiplerinin deneyimi çok önemlidir. Bu konuda Türkiye’de UMKE ekiplerinin önemi artmakta, belli dönemlerde tatbikatlar yapılmaktadır. Bu tatbikatların yaygınlaştırılması ve diğer arama kurtarma ekipleri, acil ekipleri ve hastaneleri de kapsayacak şekilde genişletilmelidir.

- ❖ Van depreminde maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen Azerbaycan halkı başta olmak üzere herkese teşekkür ederiz

## P50- KRONİK SUBDURAL HEMATOM ÜZERİNDE GELİŞEN AKUT SUBDURAL HEMATOM OLGUSU

Yeniocak Selman\* Kalkan Asim \*\* Bilir Ozlem\*\* Ersunan Gokhan\*\* Eroğlu Oğuz\*\*\*

\* Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis, İstanbul, Türkiye

\*\* Rize Üniversitesi Tıp Fakóltesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

\*\*\* Van Eğitim ve Araştırma hastanesi Acil Servis, Van, Türkiye

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kronik Subdural Hematomlar (SDH) hastanın şikâyetleri ve klinik tablonun sinsi ve yavaş ilerleyen bir süreç göstermesi, buna bağlı olarak da tanı ve tedavide gecikmeler olması nedeniyle önemlidir. Gelişmiş görüntüleme teknikleriyle tanı koymak kolaylaşmış olsa da daha çok yaşlılarda görülen bu hastalık diğer sistemik hastalıkların sebep olduğu genel durum bozukluğu ile karışabilmektedir. Kronik subdural hematoma zemininde akut subdural hematoma gelişmesi çok nadirdir. Bu yazıda 48 yaşında kronik subdural hematoma zemininde akut subdural hematoma gelişen bir hastayı sunduk.

**OLGU SUNUMU:** 48 yaşında sokakta yaşayan, alkolik, erkek hasta acil servisimize bilinç kaybı nedeniyle getirildi. 112 acil ekibinin verdiği bilgiye göre travma öyküsü yoktu. Fiziki muayenesinde, ağrılı uyarılarla anlaşılmas sesler çıkarıyor, ağrılı yeri lokalize ediyor, ancak gözlerini açmıyor (GKS:8), tansiyon arteryel: 120/80 mmHg, nabız: 82/dakika, solunum: 22/dakika idi. Hasta Öyküsünde travma yoktu. Bilgisayarlı beyin tomografisinde sağ temporoparyetal bölgede kronik subdural hematoma üzerinde gelişmiş akut subdural hematoma tespit edildi. Hasta beyin cerrahisi tarafından ameliyata alındı, on gün sonra şifa ile taburcu edildi.

**TARTIşMA VE SONUÇ:** Oluşmasında üç haftadan fazla zaman geçerse kronik subdural olarak adlandırılır. Hastaların çoğu 50 yaş ve üzerindedir. Ayrıca kronik alkolik, epileptik ve koagülopatili hastaların önemli bir kısmı kronik SDH'a eğilimlidir. Subdural alandaki küçük bir kanama atrofik beyinli hastalarda semptom vermeden büyüyebilir. Bir hafta içerisinde hematoma dura altında bir membranla kaplanır ve üç haftaya kadar beyinin yüzeyinde araknoid membranla hematoma arasında bir iç membran oluşur. Böylece bir membran tabakası tümüyle hematoma kaplar. Bu süreç sırasında hematoma likefiye olur ve bilgisayarlı tomografide giderek daha hipodens gözükür. Hastalar genellikle demans semptomlarıyla hastaneye başvururlar. Bizim hastamızda ani bilinç kaybının sebebi yeni gelişen subdural hematoma olarak düşünöldü. Literatürde kronik SDH tedavisi sonrası karşı tarafta gelişen akut SDH bildirilmiştir. Hastanın beyin tomografisi radyolojik açıdan önemli olduğundan hastayı sunmaya değer bulduk.

## P51- MULTİPL MYELOMANIN BİR KOMPLİKASYONU: PATOLOJİK HUMERUS KIRIĞI

Hasan Mansur DURGUN, Ayhan ÖZHASENEKLER, Mehmet ÜSTÜNDAĞ, Murat ORAK, Nazlı GÖRMELİ KURT, Cahfer GÜLOĞLU

Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı; Diyarbakır, Türkiye

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Multipl Myeloma (MM), plazma hücrelerinin kontrolsüz proliferasyonu ile karakterize primer kemik tümörüdür. Bu yüzden MM' lı hastalarda patolojik kırıklar görülebilir. Literatürlerde MM' lı bilateral spontan humerus kırıklı olgulara ve MM' lı hastalarda görülen patolojik kırıkların analiz edildiği çalışmalara rastlanmaktadır<sup>(1,2)</sup>. Sabah uyandığında sağ kolunda hareket kısıtlılığı gelişen ve humerus orta diafiz kırığı tespit ettiğimiz MM' lı bayan hastamızı paylaşmayı amaçladık.

**OLGU SUNUMU:** Elli beş yaşında bayan hasta, sabah uyandığında sağ kolunda hareket kısıtlılığı ve ağrı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde MM hastalığı mevcuttu ve tedavi aldığını söyledi. Başvuru anındaki fizik bakışında; genel durumu orta, şuur açık, vital bulguları (kan basıncı, nabız, solunum sayısı, vücut ısısı) stabildi. Sağ kolu askılı, sağ kol ortasında yumuşak doku şişliği mevcuttu. Bölgesel ısı artışı, kızarıklık yoktu. Sağ kol duyu muayenesi normaldi. Çekilen sağ kol direk radyografisinde sağ humerus orta diafiz kırığı ve kemik yoğunluğunda azalma tespit edildi (Resim 1). Sağ kol, uzun kol atele alındı. Tam kanında beyaz küre: 4.49 K/uL, hemoglobin: 9.72 g/dL, hematokrit: 29(%), trombosit: 233 K/uL idi. Biyokimyasal parametreleri normal sınırlarda idi. Periferik yaymasında; rulo formasyonu, nötrofil %70, lenfosit %30, trombositler yeterli idi. Kemik iliği yaymasında %5 plazma hücresi tespit edildi. Hastaya MM açısından radyoterapi ve kemoterapi planlandı. Sonrasında sağ humerusa kırık açısından cerrahi tedavi uygulandı.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Acil servise travma dışı kırıkla gelen orta-ileri yaşlı hastalarda patolojik kırık düşünülmesi, metastaz olabileceği de akılda tutulmalıdır.

Resim 1



## P52- NADİR BİR İLEUS NEDENİ: OGILVİE SENDROMU OLGU SUNUMU

Recep Dursun \*, Mehmet Kadir Bartın\*\*, Mehmet Ali Çaparlar\*\*,

\*Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Kliniği

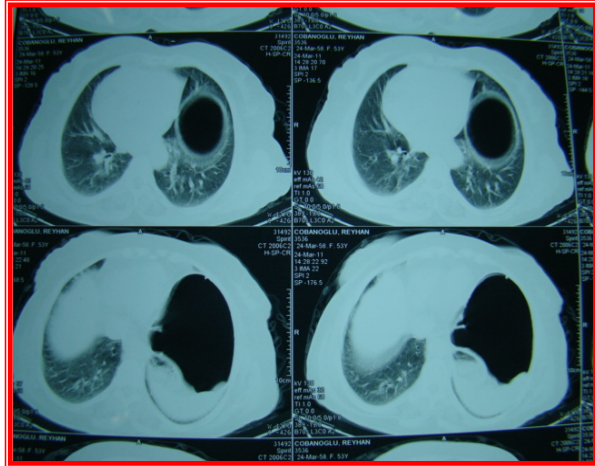
\*\*Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Ogilvie sendromu ya da diğer adıyla akut kolonikpsödoobstrüksiyon (acute colonic pseudo-obstruction: ACPO), mekanik bir tıkanıklık olmaksızın kolonun akut yaygın dilatasyonu ile obstrüksiyon bulguları oluşturan sendromdur ve ilk kez 1948 yılında Ogilvie tarafından tarif edilmiştir. Nonobstrüktif kolon dilatasyonu, idiopatik nontoksik megakolon gibi adlar da verilmiştir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte hastalığın patogenezinde sempatik innervasyon dengesizliğinin rol oynadığı düşünülmektedir. Bu sendromun karakteristik özelliği majör bir travma veya operasyon anamnezinin olmasıdır.

**OLGU SUNUMU:** 54 yaşında bayan hasta yaklaşık 2 aydır varolan nefes darlığı, karın ağrısı, gaz gayta çıkaramama yakınmaları ile acil polikliniğine başvurmuş. Çekilen PAAC de sol hemitoraksta diyafragma evantrasyonu ADBG de hava sıvı seviyeleri (şekil 1) ve abdominal BT de belirgin dilate kolon anslarının görülmesi (şekil 2) üzerine hasta, ileus ön tanısıyla acil genel cerrahi kliniğince operasyona alındı. Hastaya cerrahi ekibince total kolektomi ve ileokolikanastomoz yapıldı.



Şekil 1



Şekil 2

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Tanı mekanik bir obstrüksiyon için spesifik olmayan belirti ve semptomların Ogilvie sendromuna bağlı olabileceğinin düşünülmesi ile konur. Hastalarda yaygın abdominal distansiyon ile az-çok bulantı ve kusma vardır ancak şart değildir. Hastamızda da sürekli ve şiddetli bir karın ağrısı ve buna bağlı çok miktarda analjezik tüketimi öyküsü mevcuttu. Spesifik olarak distansiyondan başka fizik muayene bulgusu yoktur. Peritoneal irritasyon bulgusu ileri dönemde görülür. Laboratuvar bulguları tanı koyduracak özellikte değildir. Hemen tüm hastalarda hafif dereceli lökositoz vardır. Tanıda en önemli yöntem düz radyografilerdir. Bizim olgumuzda da tüm tetkikleri normal ancak akciğer grafisinde gaz ve ADBG de hava sıvı seviyelerinin görülen hastadan şüphe ile operasyon kararı alınmıştır. Sonuç olarak Ogilvie sendromu, tanıda şüpheli kalınan ve yandaş hastalığı olan intestinal obstrüksiyonlu hastalarda, mutlaka düşünülmelidir. Çünkü preoperatif tanı genellikle şüphelenerek konabilir.

## P53- NADİR BİR İLEUS NEDENİ: SAFRA TAŞI İLEUSU OLGU SUNUMU

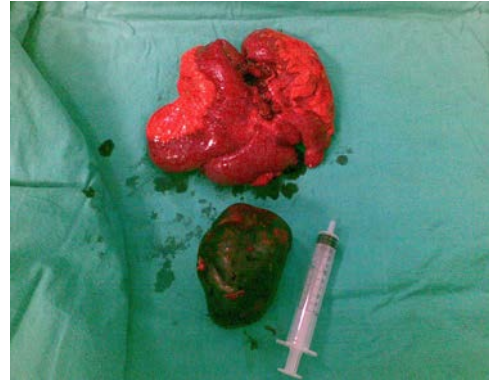
Mehmet Kadir Bartın\*, Recep Dursun \*\*, Mehmet Ali Çaparlar\*

\*Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

\*\* Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Kliniği

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Safra taşı ileusu, bir veya daha fazla sayıda safra kesesi taşının GİS arasında herhangi bir lokalizasyona impakte olup tıkanıklık oluşturmasıdır. Taş yâda taşlar genellikle rekürren kolesistit atakları sonucunda oluşan bilier enterik fistüller sonucu barsak lümenine transfer olur. Bu olgunun sunulmasıyla; intestinal obstrüksiyonun nadir ama geç tanı konulduğunda mortalitesi yüksek bir nedeni olan safra taşına bağlı ileusun hatırlatılması amaçlanmıştır.

**OLGU SUNUMU:** 66 yaşında bayan hasta 4 gündür, karın ağrısı, bulantı, kusma ve 2 gündür gaz gayta çıkaramama şikâyetleriyle acilimize başvurdu. FM: batında distansiyon, yaygın hassasiyet ve murphy pozitifliği mevcuttu. Laboratuar bulgularında WBC, BUN, kreatinin artışı saptandı. ADBG: hava sıvı seviyeleri ve pnömobilite mevcuttu. Hasta acilen operasyona alındı. Hastaya kolesistektomi yapıldı.. Hasta postoperatif 5. gün şifayla taburcu edildi.



**TARTIŞMA:** Safra taşına bağlı mekanik barsak obstrüksiyonları nadirdir ve daha çok yaşlı hastalarda meydana gelir. Bu hastaların büyük kısmında kardiyak hastalık, diyabet ve obesite gibi yandaş hastalıklar bulunduğu için mortalite ve morbidite hala yüksek seyretmektedir. Bizim hastamız da ileri yaşta bir diyabetliydi. Safra taşı ileusunda klinik bulgular genelde nonspesifik olduğundan preoperatif tanı koymak zordur. Klinik belirti ve bulgulardan şüphelenmek önemlidir. 3 cm'den büyük taşların obstrüksiyon yapma şansı yüksektir. Bizim vakamızda da taşın çapı yaklaşık 10 cm idi..

**SONUÇ:** Mekanik intestinal obstrüksiyonların nadir bir nedeni de safra taşına bağlı ileus olabilir. Bu olgular mümkün olduğunca cerrahi dışı ya da enterotomi yapılmadan taşın distale itilerek çıkarılması gibi alternatif tedavi yöntemleriyle tedavi edilmelidir ki; enterotominin ek morbiditesi hastaya yüklenmesin.



## P54- ORBİTOKRANİAL HASARA NEDEN OLAN PENETRAN METAL KAZIK: OLGU SUNUMU

Mehmet Arslan\*, Metehan Eseoğlu\*, Recep Dursun\*\*, Burhan Oral GÜDÜ\*, İsmail Demir\*

\* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Beyin Cerrahi Bölümü

\*\* Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Kliniği

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Transorbital intrakranyal yaralanma nadir bir durumdur. Bu yaralanma oluştuğunda yüksek oranda ölüm bildirilmiştir. Transorbital intrakranyal yaralanma kafa travmalarının % 0,05 ini oluşturur. Orbitaya penetre olan yabancı cisim orbitadan kranyal kaviteye doğru uzandığında beyin hasarına yol açabilir. Penetran yabancı cisim orbita tavanı, süperior orbital fissür ve optik kanal vasıtasıyla beyine ulaşabilir.

**OLGU SUNUMU:** Hastanemiz acil servisine başvuran 13 yaşında erkek çocuk, koşarken elindeki metal kazığın üzerine düşmesi sonucu sağ gözden girip kafa arkasına kadar kazığın saplanması şikayeti ile hastanemize başvurdu. Genel fizik muayenede penetran metal kazığın sağ orbita medial ve inferiorundan girip sol oksipitale kadar saplanıp uzandığı tesbit edildi. Nörolojik muayeneden derin komada glaskow koma skalası 4 puanda E1M2V1 olduğu saptandı. Pupiller fiks dilate ve ışık refleksi yoktu. Demir kazık üçüncü ventrikül, suprasellar sisterna ve oksipital kemiğe penetre olmuş idi. Hasta acil opere edilip metal yabancı cisim çıkartıldı. Hasta 10 gün sonra şiddetli santral hasar ve intrakranyal basınç artışı nedeniyle kaybedildi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Bu olgu sunumunda transorbitokranyal penetran yaralanması olan bir olgu sunuldu ve bu gibi durumlarda hasta yönetiminin cerrahi ve radyolojik olarak tartıştık.



## P55- PRİMER HİPERPARATROİDİZME BAĞLI AKUT PANKREATİT

Mehmet Kadir Bartın\*, Recep DURSUN \*\*, Mehmet Ali Çaparlar\*,

\*Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

\*\* Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Kliniği

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Primer hiperparatroidide meydana gelen hiperkalseminin pankreasdaki inflamasyonu, inaktif formdaki tripsinojeni, aktif tripsine çevirmesiyle oluşturduğu düşünülmektedir. Bu olgunun sunulmasıyla; konu hakkında literatürün irdelenmesi yanında hiperkalseminin eşlik ettiği akut pankreatit atağında, primer hiperparatroidinin göz önüne alınması gerekir.

**OLGU SUNUMU:** 68 yaşında bayan hasta acil servise karın ağrısı, ateş, bulantı, şikâyetleriyle başvurdu. FM; her iki üst kadranda batında hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar; lökosit: 8100/ml, serum amilaz: 1232 U/L, pankreatik amilaz: 340 U/L total bilirubin: 1.9 mg/dL, ALT: 770 U/l, AST: 223 U/L, saptandı. X-ray, USG'de, MR kolanjiografide akut pankreatit dışında bir patolojiye rastlanmadı. Kalsiyumu 12.5 mg/dL saptanması üzerine endokrinoloji ile konsulte edildi. Serum fosfor: 1.9 mg/dL, PTH: 778.8 pg/mL saptanması üzerine hastaya primer hiperparatroidi tanısı konuldu. 24 saatlik idrar kalsiyumu: 247 mg/gün olarak saptandı. Zorlu diürez ile hastanın serum kalsiyumu: 9.9 mg/dL'ye kadar geriledi. USG: troid sol lobun inferomedialinde paratroid adenomuyla uyumlu olabilecek lezyon saptandı. Serum amilaz ve kalsiyum değerleri normale gelen hasta paratroid adenomu için operasyona alındı. Sol altta 1.7x2.1x0.7 cm çapında paratroid adenomu eksize edildi. Serum kalsiyum ve PTH değerleri normale dönen hasta postoperatif 2. günde eksterne edildi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Güncel çalışmalara göre primer hiperparatroidi ve akut pankreatit birlikteliği nadirdir. Fakat böyle bir kombinasyon mevcutsa tekrarlayıcı bir pankreatit sorunu olduğu düşünülmelidir. Akut pankreatit atağı sırasındaki hipokalsemi ve bunu izleyen bir hiperkalsemi dönemi primer hiperparatroidi için bir ipucu olabilir. Parathormonun kendisinin de akut pankreatite neden olabileceği bildirilmiştir.. Bu yüzden pankreatit tablosu geriledikten sonra hızla paratroid hastalığı tedavi edilmelidir. Bu veriler ışığında hiperparatroidi ve akut pankreatit birlikteliği insidental değildir, pankreatit hiperparatroidinin bir sonucu olabilir.

## P56- PULMONER TROMBOEMBOLİ VE PNÖMOTORAKSIN BİRLİKTELİĞİ

Ayhan ÖZHASENEKLER, Hasan Mansur DURGUN, Murat ORAK, Mehmet ÜSTÜNDAĞ, Ömer KAÇMAZ, Cahfer GÜLOĞLU

Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı; Diyarbakır, Türkiye

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Pulmoner tromboemboliye (PTE) pnömotoraksın (PNX) eşlik etmesi nadirdir. Literatürlerde, açık femur kırığı sonrası oluşan PTE'ye ikincil gelişen PNX ve septik PTE' nin bir komplikasyonu olarak gelişen spontan PNX olgularına rastlanmaktadır<sup>(1, 2)</sup>. Amacımız, kliniğimizde PTE' ye eşlik eden spontan PNX' lı yaşlı bayan hastayı paylaşmaktır.

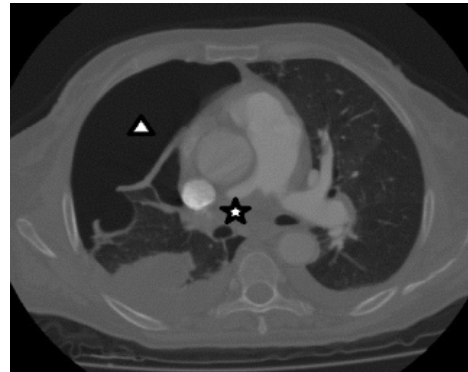
**OLGU SUNUMU:** Yetmiş iki yaşında bayan hasta, kliniğimize ani başlayan nefes darlığı, öksürük nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde; 1 yıl önce PTE tanısı aldığı ve oral antikoagülan tedavi kullanımı mevcuttu. Fizik bakışında; genel durumu kötü, şuur açık, takipneik, taşikardikti. Kan basıncı: 90/60 mmHg, nabız: 145 atım/dk, oksijen saturasyonu: %80, solunum sayısı: 24/dk, vücut ısı: 37°C idi. Dinlemekle sağ akciğerde solunum sesleri alınamıyor, solda bazalde solunum sesleri azalmış ve ralleri mevcuttu. Arteriyel kan gazında; pH:7.47, pO<sub>2</sub>: 80.8, pCO<sub>2</sub>: 30.5, sO<sub>2</sub>: 78 idi. D-dimer 17.37 ng/ml (0-2), protrombin ve INR değerleri, tam kan ve biyokimyasal değerleri normal aralıktaydı. Elektrokardiyografide (EKG); sinüs taşikardisi, sağ dal bloğu mevcuttu. Çekilen arka-ön akciğer grafisinde, sağ akciğerde pnömotoraks tespit edildi (Resim 1). Ekokardiyografisinde; sağ kalp geniş, papmax: 60 mmHg idi. Önceki PTE hikayesinin olması ve mevcut klinik durumu nedeniyle PTE açısından akciğer bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi çekildi; sağ ana pulmoner arterde emboli ( ) ve sağ PNX (Resim 1) tespit edildi. (Resim 2). Hastanın sağ toraksına kapalı tüp drenajı (KTD) uygulandı. PTE açısından düşük molekül ağırlıklı heparin ve oral antikoagülan tedavi başlandı.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Acil servise ani başlayan nefes darlığı, takipne, taşikardi, öksürük gibi semptomlarla başvuran hastalarda PTE düşünülmesi, olaya PNX' in de eşlik edebileceği de akılda tutulmalıdır.

Resim 1



Resim 2





## P57- RENOKARDİAL SİNDROMUN ƏSAS MÜALİCƏ PRİNSİPLƏRİ

M.M.Ağayev, Ş.Q.İsmayılova

Azərbaycan Tibb Universitetinin I Daxili xəstəliklərin propedevtikası kafedrası

**Aktuallıq.** Böyrəklərin birincili və ikincili xəstəliklərinin ağır formalarında ürək-qan damar siseminin də zədələnməsi müşahidə edilir və belə kliniki vəziyyət renokardial və ya kardiorenal sindrom adlanır.

**Məqsəd.** Renokardial sindromun müalicəsində xəstəliyin inkişafında həlledici rolunu oynayan əsas patogenetik faktorlara uyğun olaraq müalicə prinsiplərinin işlənilməsi hazırlanması məqsədimiz olmuşdur.

**Material və metod.** Müşahidə altında böyrəklərin xronik xəstəliyi (BXX) olan 18 xəstə (12 qadın, 6 kişi, 21-72 yaşında) alınmışdır. BXX-nin səbəbi 14 xəstədə diabetik nefropatiya, 2 xəstədə xronik qlomerulonefrit və 2 xəstədə lupus nefrit olmuşdur. Xəstələrin hamısında renokardial (kardiorenal) sindrom IV tip (C.Ronco et al. 2009 təsnifatına uyğun olaraq) müşahidə olunmuşdur. Müayinənin başlanğıcında və müalicə prosesində xəstələrdə kliniki-laborator göstəricilər, o cümlədən azot, su-duz mübadiləsi, zülal, karbohidrat, lipid mübadiləsi və periferik qan göstəricilərinə dinamik nəzarət olunmuşdur. Eyni zamanda xəstələrə elektrokardiografik, ExoKQ, rentgenoloji müayinələr aparılmışdır. Bütün xəstələrə böyrək və ürək çatışmazlığı ilə əlaqədar müalicə aparılmışdır.

**Nəticələr.** Müalicədən əvvəl 3-4 mərhələ BXX zamanı yumaqçıq filtrasiya sürəti –(YFS)  $30,3 \pm 1,3$  ml/dəq qədər enməsi ilə yanaşı xəstələrdə yüksək sistolik və diastolik arterial hipertenziya (SAT –  $164,6 \pm 6,41$  mm c.süt., DAT –  $93,7 \pm 5,31$  mm c.süt.) müşahidə edilmişdir. 3 xəstədə yüksək arterial hipertenziya fonunda sol mədəciyin çatışmazlığı məcburi oturaq vəziyyət ilə müşayiət olunmuşdur. Hemoqlobinin səviyyəsi  $8,81 \pm 0,12$  q/dl, hematokrit  $27,9 \pm 1,2\%$ , qanda albuminin qatılığı  $3,1 \pm 0,07$  q/dl, xolesterin –  $247,7 \pm 12,25$  mq/dl, natrium –  $152,4 \pm 9,8$  mmol/l, kalium –  $3,2 \pm 0,08$  mmol/l səviyyəsində olmuşdur. Gündəlik diurezin çox azalması ilə yanaşı bütün xəstələrdə müxtəlif dərəcəli ödemlər müşahidə olunmuşdur. Əksər xəstələr bədən çəkisinin son həftə ərzində 10 kq çox atdığı qeyd etmişlər.

Təcili müalicə tədbirləri ilk növbədə gündəlik diurezin artırılmasına yönəldilmişdir. Müxtəlif təsir mexanizmlərə malik diuretiklər kombinasiyalı şəkildə istifadə olunmuşdur. İlgək diuretikləri (furosemid, torasemid), metolazon, spironolakton və refrakterlik olduqda asetazolamid də istifadə olunmuşdur. Aparılmış təcili tədbirlər nəticəsində diurezin 2 ml/dəq daha artıq olmasına nail olunmuşdur. Nəticə alınmayan hallarda furosemidin infuziyon yolla və ya daxilə verilməklə 1000-2000 mq/gün dozası istifadə edilmişdir. Bununla yanaşı arterial hipertenziya və qlikemiya nəzarət edilmiş, antianemik müalicə (eritropoetin və venadaxili dəmir preparatları, fol turşusu), hipoproteinemiya, hipokaliyemiyaya qarşı tədbirlər, statinlər və s.tətbiq edilmişdir. Aparılmış tədbirlər nəticəsində bədən çəkisi xəstələrdə  $94,2 \pm 5,4$  kq-dan  $80,8 \pm 4,9$  kq düşmüş və bütün göstəricilər yaxşılaşmışdır.

**Yekun.** Aparılmış tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, kardiorenal sindrom çox ağır poliorqan zədələnmə ilə xarakterizə olunan kliniki vəziyyət olmaqla kompleks müalicə tələb edir. Bu sindromun inkişaf etməsində əsas patogenetik faktor kimi bədəndə suyun və natriumun ləngiməsi olduğu üçün müalicə tədbirləri, ilk növbədə, bədəndən artıq suyun və natriumun çıxarılmasına yönəldilməlidir. Aparılmış kompleks müalicə tədbirləri nəticəsində qüsurlu dövrənin aradan qaldırılması müsbət nəticənin əldə olunmasına imkan verir.

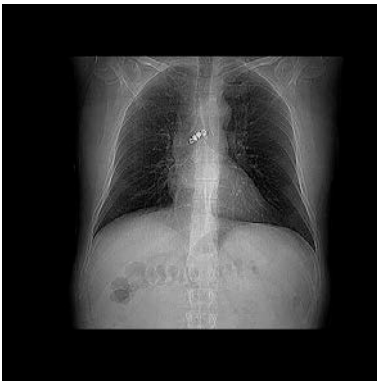
## P58- SENKOP SONRASI GELİŞEN YABANCI CİSİM ASPİRASYONU

Aykut Yüksel, Onur İncealtın, Alev Eceviz, Behçet Varışlı, Eda Arş  
S.B. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Yabancı cisim aspirasyonları tüm yaş gruplarında özellikle çocukluk çağında yaşamı tehdit eden bir durumdur. Yabancı cisim aspirasyonları yetişkinlerde daha az sıklıkla görülür. Genellikle mental reterdasyon, nörolojik hastalıklar, alkol veya sedasyon altında olunması gibi bir predispozan faktör bulunmaktadır. Aspire edilen, unutulmuş yabancı cisimler kronik öksürüğe, bronşektaziye ve tekrarlayan pnömonilere neden olabilir. Hava yolunun bir kısmının ya da tamamının tıkanmasına bağlı olarak farklı belirti ve bulgular gözlemlenebilir. Bu olguda acil servise senkop şikayetiyle başvuran, acil servis değerlendirmesinde yabancı cisim aspirasyonu tespit edilen vakadan bahsedilecektir.

**OLGU SUNUMU:** Senkop nedeniyle acil servise başvuran 53 yaşında erkek hastanın, idrar kaçırma ve kasılması olmayan hastanın, solunumla artan göğüs ağrısı şikayeti mevcuttu. Muayenesinde hasta oryante, koopere . GKS 15, TA 120/80 mmHg, Nabız:73, solunum sayısı 16/dk ateş: 36,6° C SPO2: 99 (parmak ucu) olarak değerlendirildi. Baş, boyun muayenesi yapılırken ön kesici dişlere ait protez dişlerin eksik olduğu saptandı. Torax muayenesinde, solunum rahat, her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor, bilateral solunum sesleri kabalaşmıştı. Nörolojik muayenesi normaldi. Çekilen EKG sinde normal sinus ritmi, hız 78, herhangi bir anormal bulgu saptanmadı, hastanın dişlerinin kayıp olmasından şüphelenilerek direkt akciğer grafisi ve ADBG çekildi. Çekilen PA grafide mediasten orta bölümde diş protezine ait olduğu düşünülen opazite saptandı.(resim 1-A) PA direkt grafide yabancı cismin yerinin tam lokalize edilememesi üzerine hastaya torax BT çekildi. Çekilen torax BT de karina düzleminde sağ ana bronşa da uzanım gösteren metalik yabancı cisme bağlı dansite izlendi. (resim 1-B) Göğüs cerrahisi bölümünden konsültasyon istendi. Genel anestezi altında supin pozisyonda rigid bronkoskopi ile yabancı cisim çıkarıldı. İki gün sonra kontrolde çekilen PA grafisinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı.

RESİM 1-A



RESİM 1B



**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Senkop sırasında özellikle diş protezleri, gastrik içerik gibi yabancı cisimlerin aspirasyonu, oluşabilmektedir. Bu nedenle senkop ile gelen hastalarda, yabancı cisim aspirasyonu gözden kaçırılmamalı ve şüphelenildiği durumlarda ileri tanı yöntemlerine gidilmelidir.

## P59- SÜLÜK TEDAVİSİNE BAĞLI VARİS KANAMASI

Yeniocak Selman\*, Kalkan Asim \*\*, Bilir Ozlem\*\*, Ersunan Gokhan\*\*, \*\*\* Eroğlu Oğuz

\* Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis, İstanbul, Türkiye

\*\* Rize Üniversitesi Tıp Fakóltesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

\*\*\* Van Eğitim ve Araştırma hastanesi Acil Servis, Van, Türkiye

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Anadolu'da yıllardır halk arasında sülük damar tıkanıklıkları başta olmak üzere birçok dolaşım sistemi hastalığında tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları varis, epilepsi çeşitleri, iyileşmeyen yaralar ve ameliyat izleri, kangren, gibi çeşitli hastalıklardır. Bu yazıda acil servisimize, bacaklarındaki varis için sülük yapıştırmış ve sonrasında sülükleri çıkartırken bacağında durduramadığı bir kanama oluşması nedeniyle başvuran hastayı sunduk.

**OLGU SUNUMU:** Acil servisimize bacaklarda kanama şikâyetiyle gelmiş 40 yaşlarındaki kadın hastadan alınan anamnezde; bacaklarındaki varislerin görüntüsü itibariyle varisli bölgede kan birikiminin kan fazlalığı var düşünmesiyle dışarıdan satın aldığı sülükleri o bölgeye yapıştırmış. Fazla kanı sülüklere emzirme düşünmesi ile sülükleri bacağına koyan kadın akşam saatlerinde kan emip büyüyen sülükleri çıkarmaya çalışmış, ancak çıkarırken zorlaması sonucu sülükler varisli damarları yırtmış. Yapılan fizik muayenede GD: Orta. Bilinci açık, TA:130/80 mmHg. Nb:78/dk. A:36.6C. ekstremite Muayenesinde sağ femoral 1/3 distal posterior bölgede kanayan varisli bölge, aynı extremite 1/3 proximal posterior tibia bölgesinde de kanayan varisli bölge, sol alt extremite posterior 1/3 proximal tibia bölgede yine kanayan varisli bölge tespit edildi. Tampon ile minimal kanayan varisli bölgenin kanaması durdu; ancak sağ 1/3 distal femoral posterior bölgedeki kanama durmadı. Orada ven ligasyonu yapılarak kanama kontrol edilebildi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Sülük, hirudu sınıfında phylum annelida'ya ait kan emen solucanlardandır. Sülükler, vücutları yassı ve halka şeklinde olup, bir kısmı etle bir kısmı da hayvan ve insanların kanı ile beslenirler. Eskiden kan almak için sülük insanlara yapıştırılırdı. Özellikle sülüğün salgılarının ekzemalara iyi geldiği düşünülerek, yurdumuzda halk arasında tedavi amacıyla kullanılmıştır. Bizim olgumuzda sadece varis kanamasına neden olsa da bu tür tedaviler sırasında ölüme kadar giden sonuçlar oluşmaktadır. Bir halk sağlığı problemi olan bu tür tedaviler hakkında halkımız bilinçlendirilmelidir.

**P60- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI HASTANELERİNDE YAŞANAN ACİL SERVİS  
KALABALIĞININ HASTA – HASTA YAKINLARI VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARI  
TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Orhan Koç<sup>1</sup>, Başar Cander<sup>2</sup>, Mehmet Ergin<sup>3</sup>, Mehmet Okumuş<sup>4</sup>, F. Esat Topal<sup>5</sup>, Aziz Küçük<sup>1</sup>, Gültekin Bayraktar<sup>1</sup>

<sup>1</sup> TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara / Türkiye

<sup>2</sup> Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Konya / Türkiye

<sup>3</sup> Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Konya / Türkiye

<sup>4</sup> Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, K.Maraş / Türkiye

<sup>5</sup> Çankırı Devlet Hastanesi Acil Servis Kliniği, Çankırı / Türkiye

**GİRİŞ VE AMAÇ:** AS kalabalığı; AS ihtiyacının AS'in mevcut kaynaklarını geçtiği durum olarak tanımlanır. AS kalabalığı hem hastalar hem de sağlık çalışanları için bir sorun teşkil etmektedir. AS kalabalığı yaratan faktörlerin doğru olarak tespit edilmesi ve bu sorunun çözüme kavuşturulması amacıyla TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne 'Acil Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Araştırması', bakanlığa bağlı hastanelerde eş zamanlı olarak hasta - hasta yakını ve sağlık çalışanlarını ile gerçekleştirildi.

**MATERYA VE METOD:** Bu anket çalışması 23 Mart - 08 Nisan 2011 tarihleri arasında 12 farklı ilde Sağlık Bakanlığına bağlı A1, A2 veya B grubu 53 hastanede 1005 hasta veya hasta yakını, 334 sağlık çalışanının katılımı ile bağımsız bir araştırma şirketi tarafından gerçekleştirildi.

**BULGULAR:** Hasta veya hasta yakını olan katılımcıların %43.5'ini (n=435) hastalar, %56.5'ini (n=565) hasta yakınları oluşturdu. AS geliş nedenleri için en sık yanıt %18 (n=180) ile karın ağrısı, bulantı ve ishalmiş. Katılımcıların %57'si (n=573) 'durumun acil olduğunu' düşündüğü için AS'e geldiğini söylemiş. Ve %40.3'ü (n=266) son bir yıl içinde AS'e dört veya daha fazla sayıda başvurmuş. Çözüm önerisi olarak hasta ve hasta yakınları özellikle saat 17.00 sonrasında AS dışında ulaşılabilir sağlık hizmetini öne çıkartırken, acil sağlık çalışanları ise AS hizmetinin ücretlendirilmesi için düzenleme istedikleri anlaşılmaktadır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Bu anket çalışması TC Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde AS kalabalığına yönelik yapılan ilk çalışma olması açısından çok önemlidir. Neden-sonuç ilişkisi içinde AS kalabalığını azaltmaya yönelik önlemler alınmalıdır.

## P61- TÜRKİYE'DEKİ 2011 VAN DEPREMİNDE EKSTREMİTE YARALANMASI OLAN CRUSH SENDROM HASTALARININ KLİNİK PROFİLİ

Gökay Görmeli<sup>1</sup>, Cemile Ayşe Görmeli<sup>2</sup>, Recep Dursun<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Van

<sup>2</sup> Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Van

<sup>3</sup> Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis Kliniği, Van

**GİRİŞ VE AMAÇ:** 23 Ekim 2011'de Türkiye'nin doğusundaki Van ilinde Richter ölçeğine göre 7.2 şiddetinde deprem meydana gelmiştir. Çalışmamızda ekstremitte yaralanması olan crush sendromlu hastaların tanımlayıcı analizi yapılarak olası büyük felaketler için bir kaynak olarak kullanılması amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Deprem sonrası Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran crush sendromlu hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Sonuçlar mevcut literatür ile karşılaştırılmıştır.

**BULGULAR:** Ekstremitte travması olan crush sendromlu 46 hastanın 27'si (%58.6) erkek, 19'u (%41.4) kadın; yaş ortalaması ise 38.9'dur. Hastaların 21'ine gelişen kompartman sendromu nedeni ile fasyotomi uygulanmıştır. Fasyotomi uygulanan hastaların 7'sine daha sonra amputasyon uygulanmıştır. Hastaların 28'inde (%60.9) akut böbrek yetmezliği gelişmiştir, 16'sı ise (%34.7) hemodiyalize alınmıştır. Yapılan müdahalelere rağmen ölenlerin sayısı ise 11'dir (%23.9).

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Crush sendromu ve buna bağlı komplikasyonlar deprem gibi büyük felaketlerin ardından görülen ölümlerin önemli nedenleridir. Erken transport ve etkili tedavi hayatta kalma oranını artırabilir. Uygun vakalarda erken fasyotomi crush sendrom sonrası ciddi komplikasyonları önler ve hayat kurtarıcıdır.

## P62- İNTİHAR AMAÇLI AMİTRİPTYLİNE ALIMINA BAĞLI EKG DEĞİŞİKLİKLİĞİ

Hadi Bahadır<sup>1</sup>,Sevdegül Karadaş<sup>2</sup>,Mustafa Şahin<sup>2</sup>,Recep Dursun<sup>1</sup>

1Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Uzmanı

2 Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

**Giriş ve amaç:** Dünyada ve ülkemizde TSA(trisiklikantidepresan) zehirlenmeleri, intihar girişimi sonucu acil servislerde sık görülen ve yaşamı tehdit edici bulguları olan zehirlenmeler olduğundan bu ilaçlarla zehirlenen hastaların hızla tanınması ve tedavisinin düzenlenmesi gerekmektedir.Amerika Zehir Danışma Merkezleri Birliği verilerine göre erişkin hastalarda ölümcül zehirlenmeler arasında üçüncü sıradadır.TSA’interapötik indeksleri dardır.Günlük terapötik dozların altında bile zehirlenmelere neden olabilirler. Yaşamı tehdit edici dozları 10-20 mg/kg arasındır.Zehirlenen hastalarda ağır kalp etkilenmesinin genellikle ilk 6 saatte geliştiği ve elektrokardiyografi (EKG) anormallığı görülme oranının %37 olduğu bildirilmiştir.Bu EKG bulguları tipik olarak sinüs taşikardisini, dal bloklarını, supraventriküler ritim bozukluklarını, ST-T dalga değişikliklerini, aks sapmalarını, PR ve QT uzamasını, QRS genişlemesini, ikinci ve üçüncü derece kalp bloklarını, ventriküler ritim bozukluklarını ve asistol gibi ritim ve ileti bozukluklarını kapsar.Burada amitriptyline alımına bağlı EKG’de yaygın T dalga değişiklikleri gelişen olguyu sunmayı amaçladık.

**Olgu sunumu:** Yirmi bir yaşında kadın hasta 25 mg lık tabletlerden 12 adet ( total 300 mg) laroxyl<sup>R</sup>(amitriptyline) aldıktan yaklaşık 6 saat sonra acil servise getirildi.Hasta monitorize edildi, damar yolu açılıp mide lavajı yapıldı.Nazogastrik sonda ile 1 mg/kg’dan 4 kez tekrarlayan dozda aktif kömür verildi. Başvuru anında genel durumu iyi,bilinci açık,koopere-oryante,fizik muayenesi olağan saptanan hastanın vitalleri; TA 100/60 mm/hg, NB 80 atım/dk,ateş 36.7 idi.İlk EKG de yaygın T dalga negatifliği saptandı.Laboratuvar testleri ve kardiyak enzimleri normal sınırlardaydı.Takiplerinde EKG değişiklikleri düzelen hasta önerilerle taburcu edildi.

**Sonuç:** TSA antidepresan ilaç alımları ciddi kardiyovaskülertoksositeye neden olabilir.TSA ilaç alımıyla başvuran tüm hastalara mutlaka EKG çekilmeli ve monitorize bir şekilde takip edilmelidir.

### İletişim adresi:

Hadi Bahadır,

Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Acil Servisi,VAN

email:hadibahadur@gmail.com

## **P63- ‘‘SOL KOLUMDAN TANSİYON ÖLÇEMİYORUM.’’ SUBKLAVİAN ARTER TROMBOZU: OLGU SUNUMU**

\*Dr. Özgür Dikme, \*Dr. Neslihan Saçlı Bozkurt, \*Dr. Hakan Topaçoğlu  
\*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Subklavian arter trombozu damarda önceden var olan yaralanma, hiperkoagülabilitte ve aterosklerotik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkar. Özellikle önemli miktarda üst vücut aktivitesi olan genç bireylerde sık görülür. Subklavian arter trombozu akut üst ekstremitte iskemisinin nadir sebeplerindendir. Subklavian arter trombozunun non-kardiyak en sık sebebi travmadır.

**Olgu Sunumu:** 64 yaşında erkek hasta sol kolundan tansiyon ölçülememesi şikayetiyle acil servise getirildi. Başvuru esnasında herhangi başka yakınması olmayan hastanın aynı gün içerisinde yaklaşık yarım saat ve sonrasında iki defa 10 dk. süreyle ensede, sol omuz, kol ve sırt bölgesinde ani başlangıçlı bıçak saplanır tarzda ağrısı olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında özellik bulunmamaktaydı.

Hastanın bilinci açık, koopere ve oryante idi. Muayenesinde sağ kol kan basıncı 120/80 mmHg olarak ölçülürken, sol kolda kan basıncı ölçülemedi. Diğer vital bulguları normaldi. Sol üst ekstremitte nabızları palpe edilemedi. Ekstremiteler arasında ısısı farkı yoktu. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. EKG sinüs ritmindeydi ve iskemik değerşiklik mevcut değildi. Akciğer grafisi olağan olarak değerlendirildi.

Aort diseksiyonu şüphesi ile istenen IV kontrastlı torako-abdominal bilgisayarlı tomografisinde subklavian arterin arkus aortadan çıkış yerinde trombüs mevcut olduğu görüldü, ancak distale kontrast madde geçişi mevcuttu. Düşük molekül ağırlıklı heparin SC yapıldı. Tromboektomi amacıyla hasta kalp-damar cerrahisi servisine yatırıldı.

**Sonuç:** Acil servise sersemlik, vertigo, senkop, ataksi, bulantı, kol güçsüzlüğu, kolda soğukluk veya duyu kaybı ile başvuran yaşlı, kardiyak hastalığı olan ve genç atletik hastalarda subklavian arter trombozu ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

## **P64- ACİL SERVİSTE HASTA TAŞIMA SEDYELERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ VE HASTAYA MÜDAHALE KOLAYLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ**

**Arif DURAN<sup>1</sup>, Hayrettin ÖZTÜRK<sup>2</sup>, Ümit Yaşar TEKELİOĞLU<sup>3</sup>, Tarık OCAK<sup>1</sup>,  
Mücahit EMET<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, BOLU/TÜRKİYE

<sup>2</sup>: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD, BOLU/TÜRKİYE

<sup>3</sup>: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon AD,  
BOLU/TÜRKİYE

<sup>4</sup>: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Erzurum/TÜRKİYE

**Amaç:** Acil serviste hastaların kabul ve tetkikleri aşamasında sıklıkla sedye ile taşınması gerekmektedir. Sedye üzerinde iken acil müdahaleleri sırasında güvenlik ve konfor sorunu yaşanmaktadır. Bu çalışmada acil servise başvuran hastalarda farklı sedye gruplarının hasta güvenliğine ve acil müdahalelere etkisi araştırıldı.

**Materyal metod:** Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine başvuran hastalar için hazırlanmış olduğumuz anket formumuzu Doktor, Hemşire İtern Doktor, Hizmetli ve Teknisyen gruplarının doldurması sağlandı. Araştırmada hastanemiz acil servisindeki 6 adet mevcut klasik sedye (A grubu) ile 6 adet yeni teknik özellikte sedye (B grubu) kullanıldı.

**Bulgular:** 15.01.2012 ile 29.02.2012 tarihleri arasında A grubu (42) sedye ile B grubu (66) sedyeler için toplam 108 adet anket dolduruldu. Anket sonuçlarına göre; Sedye alınma amacı, sedyeden kalkmadan grafi çekilebilme özelliği, hasta hareketini kolaylaştırıyor olması, hasta eşyalarını üzerinde taşıyabiliyor olması, sedye alçalma yükselmesi yeterli olması, sedye şiltesi rahat olması, sedye ile taşınırken güven veriyor olması, sedye üzerinden düşme riski hissediyor olması, başı yeterince kalkıyor olması, ayak ucu yeterince kalkıyor olması, oturur pozisyona yeterince geliyor olması ve tekerlek dönüşleri rahat olması açısından gruplar arasında B grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi(P<0.05).

**Sonuç:** Acil servis sedyelerinde alım aşamasında birçok faktör içinden değerlendirme yapılmaktadır. Sedyeler için hasta güvenliği ve hastaya müdahale kolaylığı çok önemlidir. Hasta açısından ergonomik olması ve güvenli olması kullanıcısı açısından da kolay hareket ettirilebilir olabilmesi gereklidir. Tekerleklerin büyüklüğü, kalitesi ve tek kişi ile gereğinde hareketinin yapılabilir olması, günümüz teknolojisine de uyumluluğu da hatırd tutulmalıdır.

**Doc Dr Mücahit EMET**

**Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD,25000, ERZURUM**

**Tlf: 05321612776**

**e- mail: [drmuecahitemet@gmail.com](mailto:drmuecahitemet@gmail.com)**



## **P65- AORT DİSEKSİYONUNA BAĞLI GÖRME KAYBI VE HEMATÜRİ: OLGU SUNUMU**

\*Dr. Özgür Dikme, \*Dr. Ozan Şahin, \*Dr. Hakan Topaçoğlu  
\*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği İstanbul

**Giriş:** Aort diseksiyonu (AD), aortik intimada oluşan bir yırtığı takiben media tabakasında kanın birikmesi ile ortaya çıkan, hızlı tanı ve tedavi gerektiren gerçek kardiyovasküler acil durumdur. Bütün yaş gruplarında görülebilmeye karşın, olguların %75'ine 40-70 yaş arasında rastlanmakta ve erkeklerde daha sık görülmektedir. Tanı veya tedavideki gecikmeler mortalite ve morbidite artışına yol açmaktadır. Mortalite oranları tıbbi tedaviye rağmen yaklaşık %10 civarındadır.

**Olgu Sunumu:** 41 yaşında erkek hasta banyoda ani başlayan görme kaybı, bulantı-kusma ve kanlı idrar şikayetiyle acil servise getirildi. Öyküsünde bir saat kadar önce göğüs ağrısını takiben bu yakınmalarının başladığı öğrenildi. Özgeçmişinde özellik yoktu.

Hastanın bilinci açık, koopere ve oryante idi. Kan basıncının 147/117 mmHg bulunması dışında vital bulguları normal olarak değerlendirildi. Ekstremitelerinde tansiyon arteriyel farkı ve nabız defisiti saptanmadı. Sinüs ritminde olan EKG'sinde iskemik değişiklik yoktu. Bilateral pupilleri izokorik, ancak ışık refleksi yoktu. Görme keskinliği bilateral 0/10 olarak saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Mesane kateterizasyonu yapılan hastanın makroskopik hematürisi mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde anormallik saptanmadı.

Çekilen İV kontrastlı torakal ve abdominal bilgisayarlı tomografisinde ascendan ve descendan aortayı içine alan ve her iki ana iliak arterlere kadar uzanan diseksiyon hattı izlendi. Hastaya antihipertansif ve ağrı tedavisi düzenlenerek kardiyovasküler cerrahi amacıyla başka bir merkeze sevk edildi.

**Sonuç:** Ani başlayan göğüs-sırt ağrısı aort diseksiyonunun en sık semptomu olmasına rağmen; özellikle bilinç bozukluğu, konuşma bozukluğu, tekrarlayan geçici iskemik ataklar, kol ve bacaklarda geçici motor ve duyu kaybı, ses kısıklığı ve görme kaybı gibi yakınmaları olan hastalarda ayırıcı tanıda aort diseksiyonu mutlaka akılda tutulmalıdır.

Biçimlendirilmiş: İki Yana Yasla

## P66- KOİL EMBOLİZASYON İLE TEDAVİ EDİLEN ANSTABİL BİR (TİP III) REKTUS KILIF HEMATOMU OLGUSU

Yıldırım ÇELENK, Hızır Ufuk AKDEMİR, Celal KATI, Latif DURAN, Yücel YAVUZ, Pınar HENDEN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

**GİRİŞ-AMAÇ:** Rektus kılıf hematomu (RKH), epigastrik arterlerin veya rektus kas liflerinin yırtılması sonucu kanın rektus kılıfı içinde toplanması ile ortaya çıkan nadir bir klinik durumdur. Bu makalede spontan RKH tespit edilen ve koil embolizasyon ile tedavi edilen bir olgu sunuldu.

**OLGU:** Kırk yedi yaşında kadın hasta diyaliz seansı sonrası, karın sol tarafında başlayan şişlik ve ağrı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde kronik böbrek yetmezliği ve hipertansiyon olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; kan basıncı: 130/80 mmHg, nabız: 78/dakika, solunum sayısı: 20/dakika ve ateş: 36,3 °C idi. Karın muayenesinde sol kadrana lokalize yaklaşık 8x9 cm boyutlarında ele gelen sert fikse kitle palpe edildi. Laboratuvar tetkiklerinde; Hb:9.3 g/dl, Htc: %28.2 Plt: 142000/uL, aPTT: 148.1 saniye, PT:16.7 saniye ve INR: 1.53 olarak saptandı. Abdominopelvik ultrasonografide; sol rektus kası içerisinde yaklaşık 113x50 mm boyutlarında hematoma ve barsak ansları etrafında sıvı tespit edildi. Kontrastlı karın tomografisinde, karın ön duvarında 43 mm çapında herniasyon ve herniasyon komşuluğunda sol rektus kasında pelvise kadar uzanan, karına doğru indentasyona yol açan en kalın yerinde 86x103 mm boyutlara sahip hematoma tespit edildi. Ayrıca karın duvarında hemorajiye bağlı sıvı değerleri olduğu ve kanama alanına sol inferior epigastrik arterin uzandığı belirtildi (Şekil 1-2).



Şekil 1



Şekil 2

Hb değerlerinde düşme olan hastaya 4 ünite eritrosit süspansiyonu ve 4 ünite taze donmuş plazma replasmanı yapıldı. Kanama odağına yönelik yapılan embolizasyon amaçlı anjiyografide, sol inferior epigastrik arter distal kesiminden kontrast maddenin ekstravaze olduğu görüldü ve bu alana embolizasyon uygulandı. Takip amaçlı genel cerrahi servisine yatırılan hasta yatışının üçüncü gününde şifa ile taburcu edildi.

**SONUÇ:** Acil servis hekimleri, özellikle antikoagülan tedavi alan hastalarda ani başlangıçlı karın ağrısı ve şişlik şikayeti olması halinde ayırıcı tanıda RKH düşünülmelidir. Anjiyografik koil embolizasyon anstabil rektus kılıf hematomlarında cerrahi tedaviye oranla daha az invaziv ve spesifik seçilmiş merkezlerde başarıyla uygulanılabilecek seçkin bir yöntemdir.

**İletişim adresi:**

Hızır Ufuk Akdemir

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

## P67- ACİL SERVİSTE HİPOKALEMİNİN NADİR BİR NEDENİ: GİTELMAN SENDROMU

Sevdegül Karadaş\*, Hayriye Gönüllü\*, Mustafa Şahin\*, Recep Dursun\*\*

\*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Van, Türkiye

\*\* Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Van, Türkiye

**Giriş:** Gitelmandromu otozomal resesif geçişli, hipokalsüri, hipomagnezemi, idrarda sodyum ve klor kaybı sonucu hiperreninemi ve hiperaldosteronizmle seyreden, kan basıncı yüksekliğinin eşlik etmediği ailesel hipokalemi kalkaloz sendromudur. Bu yazıda nöbet şikayeti ile başvurduğu acil serviste hipokalemi saptanan ve Gitelman Sendromu tanısı konulan gebe olgu sunuldu.

**Olgu Sunumu:** Otuz sekiz yaşında bayan hasta nöbet geçirme şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde; genel durumu orta, bilinci konfüze, uterus 20 hafta cesamette idi. Diğer sistem bulguları normaldi. Kan basıncı 110/70 mmHg, nabız 84/dk, solunum sayısı 20/dk idi. Olgunun 15 yıldır epilepsi nedeniyle Karbamezepin kullandığı ancak son 2 aydır ilacını düzenli almadığı öğrenildi. Ek ilaç kullanım öyküsü yoktu. Gebelik öyküsü sorgulandığında canlı doğan 7 çocuğundan 3'ünün doğumu takiben öldüğü anlaşıldı. Laboratuvar tetkiklerinde; hemogram normal sınırlarda, biyokimyasal tetkiklerinde; K<sup>+</sup>: 2.1mmol/l (3.5-5 mmol/L), Cl: 96 mmol/L (98-110 mmol/L), Mg<sup>++</sup>: 1.24 mg/dL (1.58-2.55 mg/dl) idi. İdrar tetkikinde; Ca<sup>++</sup>:1.17 (6.70-21.30), K<sup>+</sup>:28.39 mEq/L idi. Elektrokardiyogramda normal sinüs ritmi mevcuttu. Yapılan obstetrik ultrasonografide 19 hafta ile uyumlu gebelik saptandı. Ayırıcı tanı için yapılan tetkiklerde patoloji saptanmadı. Bunun üzerine hastaya Gitelmandromu tanısı konuldu, intravenöz KCl replasmanı yapıldı, oral kalsiyum tedavisi başlandı. Elektrolit değerleri normale gelen ve genel durumu düzelen hasta, tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

**Sonuç:** Gitelmandromlu gebelerde, K<sup>+</sup> ve Mg<sup>++</sup> değerlerindeki düşüklük, hem anne hem bebek için önemli komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu nedenle elektrolit eksiklikleri açısından gebeler takip edilmeli ve eksiklik varsa yerine konulmalıdır.

### İletişim Bilgisi:

Recep Dursun

Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Van, Türkiye

## P68- ACİL SERVİS HASTA ŞİKÂyetLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr.Ethem ACAR<sup>1</sup>, Dr.Murat SARITEMUR<sup>2</sup>, Dr.Atıf BAYRAMOĞLU<sup>2</sup>

1. Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi, Erzurum
2. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Servis Anabilim dalı, Erzurum

**GİRİŞ-AMAÇ:** Hasta hakları, insan hak ve özgürlüklerinin önemli bir parçasıdır. Sağlık çalışanları tarafından hasta haklarına önem verilmesi, hizmet kalitesinin artmasına katkı sağlar. Hasta hakları, hastalar için karşılanması gereken temel gereksinimleri, uluslararası anlaşmalar, anayasalar ile teminat altına alınmış bulunan hakları kapsar. Hasta hakları konusu ülkemizde; genellikle ölüm veya sakatlığa yol açan, hekim hataları nedeniyle hatırlanmaktadır. Biz bu çalışmada 2011 yılı içerisinde hasta hakları konusundaki Acil servisimizin durumunu ortaya koyarak literatüre katkıda bulunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 1 Ocak-31 Aralık 2011 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı iletişim merkezine (SABİM) ve hastanemiz hasta hakları birimine başvurarak Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi erişkin acil servisiyle ilgili şikâyet, eleştiri ve teşekkürlerini bildiren başvurular dikkate alınmış ve bu başvurularda şikâyet/eleştiri/teşekkür edilen kişi, şikâyet nedeni, şikâyete sebep olan olayın saat dilimi, hastanın acil servis triaj durumu ve şikâyetin son durumu incelendi.

**BULGULAR:** Acil servisimize 2011 yılı içerisinde 161644 hasta başvurusu olmuştu. SABİM ve Hasta haklarına hastanemizle ilgili toplam 402 adet başvuru olup bunun 37(% 9,2) tanesi Erişkin acil servisimizle ilgiliydi. Başvuruların tamamı eleştiri ve şikâyet başvuruları olup, hiç teşekkür başvurusuna rastlanmadı. Şikâyetlerin en sık acil servisin yoğun olduğu 14-24 arası saat diliminde olduğu (%78,4), şikâyet edenlerin çoğunlukla sarı triaj skorundaki hastalardan oluştuğu (%54,1), en sık şikâyet edilen kişinin de Acil servisteki nöbetçi hekimlerin (%45,9), en sık şikâyet nedeninin hekimin ilgisizliği (%21,6) ve azarlanma (%21,6) olduğu görüldü (Tablo 1).

**SONUÇ:** Şikâyetlerin çoğunlukla acil servisin yoğun olduğu saatlerde, hekim-hasta iletişimsizliğiyle alakalı olduğu görüldü. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarının düzenlenmesi ve karşılıklı saygı ile sorunların aşılmasının daha kolay olabileceğini düşünmekteyiz.

Tablo1. Hasta formlarından hazırlanmış bilgiler

| Şikayet günü | Şikayete neden olan olayın saati |              | Hastanın triajı <sub>1</sub> |                                | Şikayet edilen kişi              |   | Şikayet nedeni |    | Sonuç   |    |         |    |         |   |         |    |         |
|--------------|----------------------------------|--------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---|----------------|----|---------|----|---------|----|---------|---|---------|----|---------|
|              | n                                | %            | n                            | %                              | n                                | % | n              | %  | n       | %  |         |    |         |   |         |    |         |
| Pazartesi    | 08.00-14.00                      | Yeşil alan   | Nöbetçi doktor               | Bekleme süresi                 | adli inceleme başlamış           | 6 | (%16,2)        | 4  | (%10,8) | 15 | (%40,5) | 17 | (%45,9) | 3 | (%8.1)  | 1  | (%2.7)  |
| Salı         | 14.00-24.00                      | Sarı alan    | Hemşire                      | İlgisizlik                     | Eksiklik var                     | 5 | (%13,5)        | 29 | (%78,4) | 20 | (%54,1) | 1  | (%2,7)  | 8 | (%21.6) | 6  | (%16.2) |
| Çarşamba     | 24.00-08.00                      | Kırmızı alan | Konsültan hekim              | Tanı atlanması                 | Eksiklik yok                     | 4 | (%10,8)        | 4  | (%10,8) | 2  | (%5,4)  | 5  | (%13,5) | 4 | (%10.8) | 28 | (%75.7) |
| Perşembe     |                                  |              | Hasta bakıcı                 | Konsültan gelmemesi            | Soruşturma başlamış <sub>3</sub> | 5 | (13,5)         |    |         |    |         | 3  | (%8,1)  | 2 | (%5.4)  | 2  | (%5.4)  |
| Cuma         |                                  |              | Genel kurallar               | Azarlanma                      |                                  | 7 | (18,9)         |    |         |    |         | 11 | (%29.7) | 8 | (%21.8) |    |         |
| Cumartesi    |                                  |              |                              | Hijyen koşullar                |                                  | 4 | (10,8)         |    |         |    |         |    |         | 1 | (%2.7)  |    |         |
| Pazar        |                                  |              |                              | Tetik problemleri <sub>2</sub> |                                  | 5 | (13,5)         |    |         |    |         |    |         | 7 | (%18.9) |    |         |
|              |                                  |              |                              | Personel eksikliği             |                                  |   |                |    |         |    |         |    |         | 2 | (%5.4)  |    |         |
|              |                                  |              |                              | Diğer                          |                                  |   |                |    |         |    |         |    |         | 2 | (%5.4)  |    |         |

1. Triaj skorlaması; T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Acil sağlık hizmetlerinde yeşil alan uygulaması genelgesine göre hazırlanmıştır
2. Tetik problemleri: tetikin geç çıkması, gece 23.00 itibarıyla USG olmaması, kan tetiklerinin geç çıkmasını içermektedir
3. Soruşturma başlatılması müdürlükçe ya da hastane yönetimince olay hakkında detaylı inceleme başlatılmasını içermektedir.

Sorumlu Yazar: Dr. Ethem ACAR  
 Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi  
 Erzurum, 25070-Türkiye  
 Tel: +90 0442 232 5555/5116  
 Fax: 0442-232 50 25  
 e-mail: dr.ethemacar@hotmail.com

## **P69- AKUT İNME İLE PERİFERİK KAN HÜCRE SAYISININ İLİŞKİSİ**

**Dr.Ethem ACAR**, Dr.Ceren Şen TANRIKULU, Dr.Serhat KARAMAN

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi, Erzurum

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Ortalama Trombosit Hacminin (MPV) inmelerde normal düzeyin üzerinde olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Eritrosit dağılım genişliği (RDW) ise inmelerde düzeyinin yükseldiği ve mortalite ile ilişkisi olduğu düşünülen parametrelerden biridir. MPV, RDW ve diğer periferik kan hücrelerinin iskemik inme ile ilişkisi araştırılan çalışmalar olmakla birlikte, çalışmaların sonuçlarında bazı farklılıklar vardır. Biz bu çalışma ile iskemik inme geçirmiş hastaların periferik kan hücre sayıları ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Ekim 2011-Mart 2012 tarihleri arasında hastanemiz acil servisinde inme tanısı konup nöroloji servisine yatırılan 152 hasta ile 58 ek hastalığı olmayan bireyden oluşan kontrol grubu oluşturulup dosyaları incelendi. Veriler SPSS 15 bilgisayar programına kaydedildi.  $p<0,05$  anlamlı kabul edildi.

**BULGULAR:** Olguların %51'i erkekti ve yaş ortalaması  $69.5\pm 12.8$ 'ti. Olguların %60'ında hipertansiyon, %18'inde diyabet, %37'inde Atrial fibrilasyon ve %13'ünde Koroner arter hastalığı mevcuttu. TOAST skoruna göre olguların %28'i aterosklerotik, %28'i kardioembolik, %35'i lakuner olduğu görüldü. SVO grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında WBC, Nötrofil, MPV, RDW arasında anlamlı fark olduğu görüldü ( $p<0.05$ ). TOAST alt tiplerini kendi aralarında MPV ve RDW ile ilişkileri açısından karşılaştırıldığında anlamlı sonuç olmadığı tespit edildi. MPV'nin iskemik inme için sensitivitesi %10, spesifitesi %95, doğruluk oranı %33 olarak bulunulurken, RDW nin iskemik inme için sensitivitesinin %57, spesifitesinin %86, doğruluk oranının ise %65 olduğu görüldü.

**SONUÇ:** İskemik inme ile WBC, MPV, RDW, Nötrofil düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Sorumlu Yazar: Dr. Ethem ACAR  
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi  
Erzurum, 25070-Türkiye  
Tel: +90 0442 232 5555/5116  
Fax: 0442-232 50 25  
e-mail: dr.ethemacar@hotmail.com

## **P70- KARIN AĞRISI, İSHAL, HALSİZLİK VE ÖKSÜRÜK;**

### **AKCİĞER ABSESİ: OLGU SUNUMU**

\*Dr. Özgür Dikme, \*Dr. Reyhan Dilaver Abilov, \*Dr. Hakan Topaçoğlu

\*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Akciğer absesi, akciğer parankiminde hava-sıvı seviyesi ile birlikte, kavite oluşturarak yıkıma neden olan süpuratif bir enfeksiyondur. Akciğer abseleri; bakteriyel, fungal, paraziter etkenlerle oluşmaktadır. Akciğer abselerinin yaklaşık %90'ndan fazlasında anaerob bakteriler sorumlu tutulmaktadır. Akciğer absesi olan hastalarda iki temel prognostik faktör ileri yaş ve komorbid hastalık varlığıdır.

**Olgu Sunumu:** 44 yaşında erkek hasta karın ağrısı, ishal ve halsizlik yakınması ile acil servise başvurdu. Öyküsünde yakınmalarının 6-7 gündür olduğu ve uzun zamandır olan nonproduktif öksürük yakınmasının eş zamanlı arttığı öğrenildi. Özgeçmişinde peptik ulcus öyküsü mevcuttu. Uzun yıllar sigara ve kronik alkol kullanımı olduğu öğrenildi.

Hastanın bilinci açık, koopere ve oryante idi. Vital bulguları hafif taşikardi dışında normal olarak değerlendirildi. Fizik muayenesinde; batın tüm kadranslarda bağırsak sesleri artmış ve palpasyon hassasiyeti mevcuttu. Rebound ve defans saptanmadı. Sağ akciğer alt zonda solunum seslerinde azalmayla birlikte krepitan ral saptandı.

Laboratuvar incelemelerinde; nötrofil hakimiyetinde lökositoz (WBC: 16.63 /mm<sup>3</sup>, NE%: 88.4), anemi (Hgb: 7.4 g/dl, Hct: 23.8%) ve trombositoz (437/mm<sup>3</sup>) saptandı. Biyokimya incelemesinde hipoalbuminemi (2.7 g/dL), hiponatremi (127 mmol/L), hipopotasemi (3.2 mmol/L) ve hipokloremi (91 mmol/L) dışında başka bir anormallik tespit edilmedi.

Akciğer grafisinde sağ akciğerde yaygın retikülonodüler dansite artışısaptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer alt lob bazal segment seviyesinde içinde hava-sıvı seviyesi izlenen yaklaşık 11x11 cm boyutunda kist görünümü (abse?) ve yer yer konsolidasyona dönüşen yaygın asiner nodüler infiltrasyon alanı, tomurcuklu dal görünümleri saptandı. Erken parenteral antibiyoterapi uygulanan hasta hastaneye yatırıldı.

**Sonuç:** Akciğer absesi alt solunum yolunun ciddi bir enfeksiyon hastalığıdır. Özellikle yaşlı, komorbid hastalığı, immün yetmezliği, kronik alkol kullanımı ya da malnütrisyonu olan hastalarda tanıda düşünülmelidir. Erken tanı ve uygun antibiyotik tedavisi başlanması tedaviye yanıt açısından önemli bir etkindir.



## P71- LUMBALJİ Mİ DİSEKSİYON MU?

Tarık OCAK<sup>1</sup>, Mustafa BAŞTÜRK<sup>2</sup>, Arif DURAN<sup>1</sup>, Özer KEMAHLI<sup>2</sup>, Yasemin ÇELİK<sup>2</sup>, Zeynep G. ÇAKIR<sup>3</sup>

<sup>1</sup>: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, BOLU

<sup>2</sup>: Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İSTANBUL

<sup>3</sup>: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, ERZURUM

### ÖZET

Aort diseksiyonları önemli, hayatı tehdit eden tıbbi acilerdendir. Diseksiyon bölgesine göre klinik farklılıklar gösterebilir. Stanford sınıflamasına göre Tip B diseksiyonlar daha çok karın ağrısı ile klinik bulgu verirler ve tüm diseksiyonlar içerisinde abdominal aort tutulumlu diseksiyonlar %5 oranında görülürler. Bazen spinal sinir iskemisi sonucu parapleji, alt ekstremitelerde nabızsızlık ile de klinik belirti verebilirler. Bu sunumda bel ağrısı nedeniyle tetkik yapılan ve lumbal magnetik rezonans görüntüleme (MRG) tesadüfi tesbit edilen abdominal aort diseksiyonu olgusundan bahsettik.

### OLGU SUNUMU

Bir haftadır olan geçemeyen bel ağrıları olan 64 yaşında erkek hasta tedavi amacıyla beyin cerrahi polikliniğine başvuruyor. Lumbal spinal MRG istenen hastada L4 vertebral kesitlerinde abdominal aort diseksiyonu tesbit edilerek ( Resim 1) acil kliniğimize sevkli geldi. Yapılan muayenede vital bulguları stabil, periferik arteriyel nabızları açık idi. Batında yumuşak palpasyonla ele gelen pulsatil kitle tesbit edilen hastaya aorta yönelik anjio tomografi istendi. Stanford Tip B aortik diseksiyon saptana hasta kalp damar cerrahisi kliniğine yatırıldı. 10 gün süren medikal tedavi ile mevcut olan bel ağrıları toparlayan hasta kontrollere çağrılmak üzere taburcu edildi.

### SONUÇ

Eğer acil servislerde Aort diseksiyonlarına erken tanı konulabilirse mortalite ve morbidite oranlarında olumlu gelişmeler görülebilecektir. Ancak bizim vakamızda olduğu gibi atipik klinik belirtilerle de hastalar gelebileceğinden dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

**Anahtar Kelime:** Bel ağrısı, MRI, Abdominal Aort Diseksiyonu

**Doç Dr Zeynep G. ÇAKIR**

**Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, ERZURUM**

**Tlf: 05056540056**

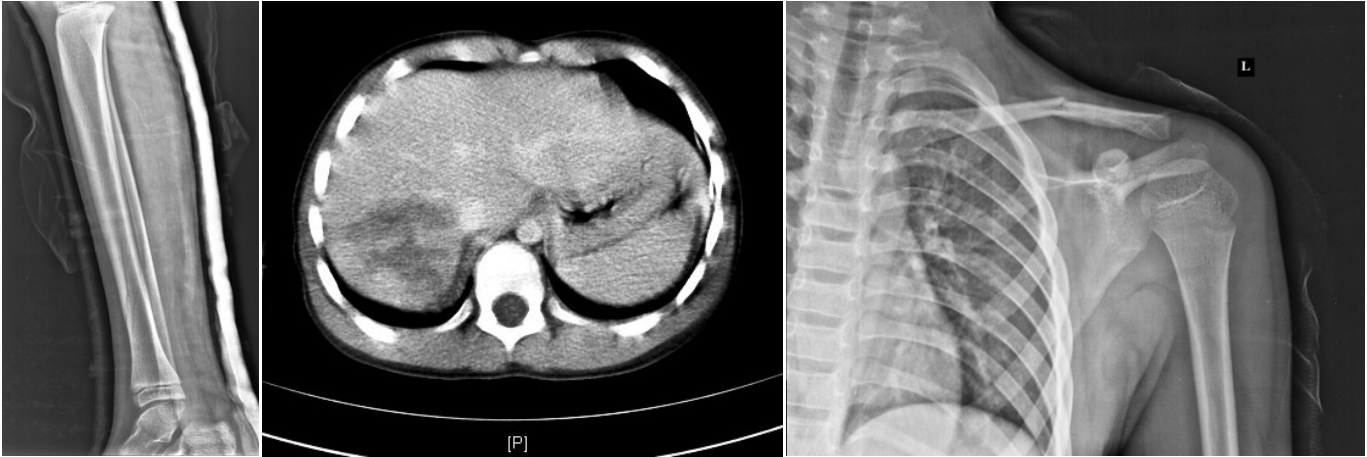
**e- mail: [zeynepgcakir@gmail.com](mailto:zeynepgcakir@gmail.com)**

## P72- BUZ DÜŞMESİ SONUCU KARACİĞER YARALANMASI: BİR OLGU SUNUMU

Dr.Orhan DELİCE, Dr.Serhat KARAMAN,Dr.Ethem ACAR  
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi, Erzurum

**GİRİŞ-AMAÇ:** Pediyatrik yaş grubunda mortalite ve morbiditenin ilk sıradaki sebebi travmadır. Baş ve ekstremitelere yaralanmalarından sonra en sık karın yaralanması görülmektedir. Abdominal travmalar yaklaşık %8,5 gibi yüksek bir mortalite oranına sahiptir. Travmaya nedenleri mevsimsel ve bölgesel olarak değişiklik göstermektedir. Bu olgu sunumu ile bölgemizde sık görülen çatıdan buz düşmesi sonucu ciddi yaralanma olan bir olguyu tartışarak konuya dikkat çekmeyi amaçladık.

**OLGU SUNUMU:** 9 yaşında erkek hasta çatıdan buz düşmesi sonrası karın ağrısı bulantı şikâyeti ile acil kliniğimize getirildi. Hastanın dış merkezde yapılan muayenesinde patoloji saptanmayıp kliniğimize yönlendirilmiş. Bilinci açık koopere-oryante idi. Genel durumu iyi, batın sağ üst kadranda belirgin olmak üzere tüm kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. TA: 100/60mmHg, nbz: 110/dk idi. Sağ bacakta tibia ve sol klavikulada fraktüre bağlı hassasiyet mevcuttu. Direkt grafilerinde sağ tibia 1/3 distalde fraktür (Resim1) ve sol klavikulada fraktür (Resim 3) tespit edildi. Batın USG de karaciğer sağ lop posterior segmentte yaklaşık 45 x 41mm boyutlu heterojen hiperekoik alan izlendi. IV kontrastlı batın BT'de grade 3 karaciğer kontüzyonu saptandı(Resim 2) . Geliş Hgb:13.6, Htc:37.6, WBC:15,7 ,AST:786, ALT:496 idi. Hasta çocuk cerrahi kliniğinde 7günlük konservatif izlem boyunca kliniği stabil seyreden hasta taburcu edildi.



Resim 1

Resim 2

Resim 3

**SONUÇ:** Çocukluk çağında mortalitenin en önemli nedeni olan travmaya maruz kalan vakaların ayrıntılı fizik muayenesinde ve yapılan kan tetkikleri neticesinde bile önemli patolojik bulgular elde edilebilmektedir. Bölgemizde kış aylarında oldukça sık rastlanan çatıdan buz düşmesi sonucu bir çok travma hastası kliniğimize başvurmaktadır. Travma nedeni ne olursa olsun özellikle çocukluk çağındaki vakalar ayrıntılı fizik muayene ve inceleme gerektirmektedir.

Sorumlu Yazar: Dr. Ethem ACAR

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi

Erzurum, 25070-Türkiye

Tel: +90 0442 232 5555/5116

Fax: 0442-232 50 25

e-mail: dr.ethemacar@hotmail.com

## P73- TESADÜFEN TESBİT EDİLEN İNTRAKRANİAL YABANCI CİSİM: OLGU SUNUMU

Sevdegül Karadaş<sup>1</sup>, Recep Dursun<sup>2</sup>, Nejmi Kıymaz<sup>3</sup>

1 Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Uzmanı

2 Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

3 Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş:** Kraniospinalpenetran yabancı cisim yaralanmaları nadir görülen önemli ve ilginç vakalardır. Ateşli silah yaralanmaları dışındaki kraniospinalpenetran yaralanmalar daha çok endüstriyel kazalar, intihar girişimleri veya suç eylemlerinde karşımıza çıkar. Yabancı cisimlerin kraniumapenetre edilmesi bazen infantisit girişimleri için bir yol olabilir. Bu olguda kocası tarafından darp edilme şikayeti ile acil servise getirilen ve çekilen beyin bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde tesadüfen tesbit edilen intrakranial yabancı cisim olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu Sunumu:** Kırkbir yaşında bayan hasta kocası tarafından darp edilme şikayeti ile acil servise getirildi. Özgeçmişinde özellik bulunmamaktaydı. Başvuru anında baş ağrısı dışında şikayeti olmayan olgunun yapılan fizik muayesinde tansiyon arteriyel TA: 130/70 mm Hg, nabız: 78/min, ateş: 36.2 ° C, Glasgow Koma Skoru (GKS): (E4M6V5) 15, pupilleriizokorik olup tüm sistem muayeneleri normaldi. Hastanın çekilen 2 yönlü kafa grafisinde 2 adet yabancı cisim saptandı (resim1,2). Yabancı cisimlerin lokalizasyonunu ve penetrasyon derecesini daha iyi belirlemek amacıyla çekilen BBT'de kesitlerde 2 adet dikiş iğnesi ile uyumlu metalik yabancı cisim izlendi (resim3,4,5).

**Sonuç:** Ağıza boğaza yabancı cisim koyarak, delici alet kullanarak dikiş iğnesi, çivi gibi penetran maddeler ile intihar ve cinayet girişimlerinde bulunulması literatürde nadiren bildirilmiştir. Infantisit, cinayet girişimlerinde yabancı cisimler fontanel, suture hatları gibi lokalizasyonlara yakın yerlerde izlenir. Sunulan olguda da vertekse yakın yerleşimli idi. BT yumuşak doku, kemiklerin şekil ve yerleşimini, yabancı metalik cisimleri tespit etmede en değerli yöntemdir. Parankim hasarı ve kanama gibi komplikasyonlar hakkında bilgi verir. Derin yerleşimli olanlar bırakılabilir ancak uygun lokalizasyonlarda tedavi seçeneği eksplorasyondur. İntrakraniyal yabancı cisimler komplikasyonsuz, cerrahi olarak çıkarımı zor ise takip edilmelidir.

İletişim Adresi:

Sevdegül Karadaş

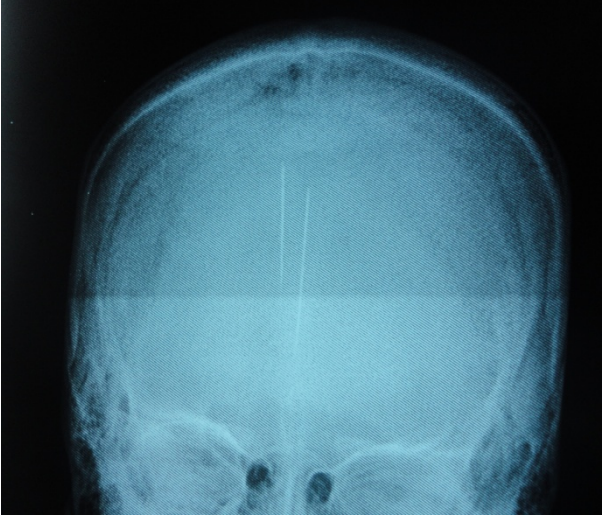
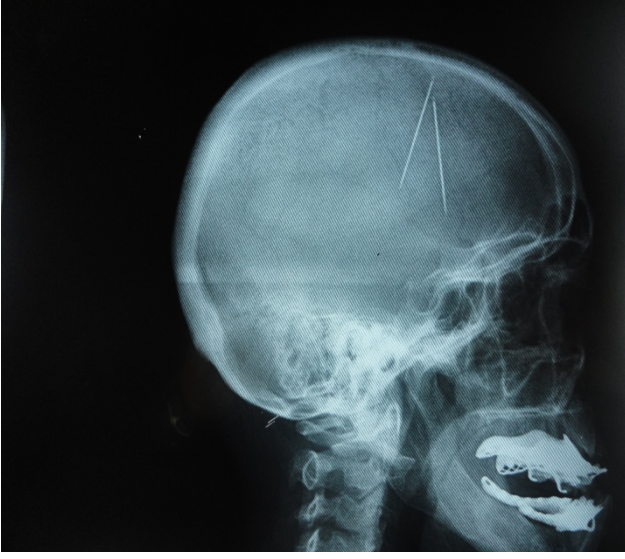
Yüzüncü Yıl Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Acil Tıp AD Van

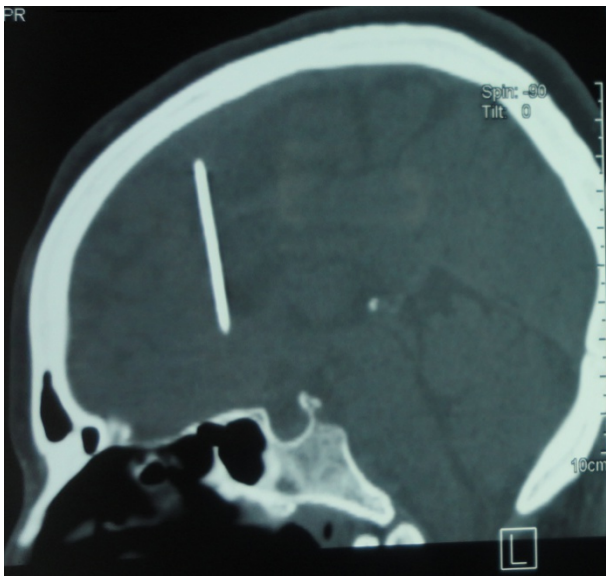
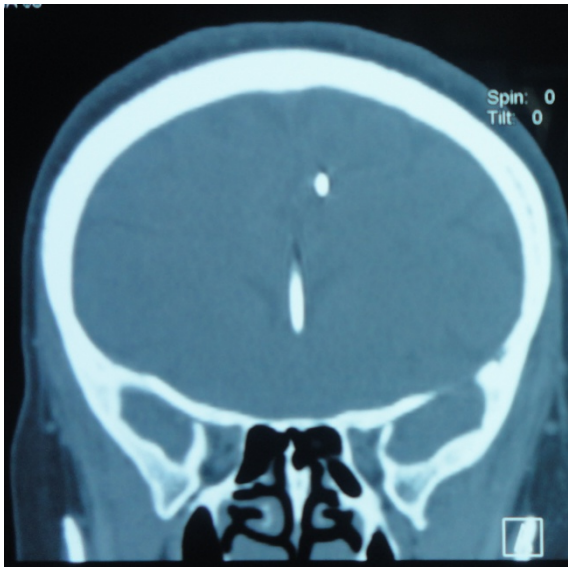
GSM:05349870331

Resim-1: Lateral kafa grafisinde yabancı cisim



Resim3,4,5: yabancı cisimlerin BBT görüntüleri





## P74- ACİL SERVİSTE AKUT PANKREATİT TANISI ALAN OLGULARIN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ VE BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ ŞİDDET İNDEKSİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

\*Serap BİBEROĞLU, \*Murat KOYUNCU, \*Derya ÖZTÜRK, \*Ahmet Cevdet TOKSÖZ,  
\*\*Emin ÇAKMAKCI , \*İbrahim İKİZCELİ

\*Acil Tıp Kliniği, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye  
\*\*Radyoloji Kliniği, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

**Giriş:** Bu çalışmada; acil servislerde akut pankreatit (AP) olgularında bilgisayarlı tomografi (BT) ile erken tanı koymanın yanı sıra BT bulguları ışığında hastalığı şiddetine göre sınıflandırarak tedavi sürecinde olası komplikasyonların tanısındaki rolünü saptamak ve AP tanısı alan olguların demografik özellikleri, biyokimyasal parametreleri, ultrasonografi ve BT sonuçları ile morbidite, yatış süresi ve mortalite arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine 01/06/2010 ile 01/06/2011 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üzeri AP tanısı alan 76 hasta çalışmaya alındı. Hastaların, dosyaları ve otomasyon sisteminden elde edilen verileri geriye dönük olarak incelendi.

Hastaların demografik özellikleri, özgeçmiş ve başvuru şikayetleri, fizik muayene bulguları, klinik gidiş bilgileri, ultrasonografi raporları ve laboratuvar sonuçları, batin tomografileri incelenerek Bilgisayarlı Tomografi Şiddet İndeksi (BTŞİ) değerleri elde edildi.

Hastaların hesaplanan BTŞİ değerleri ile demografik bulguları, etiyolojisi, başvuru şikayetleri, klinik bulguları, biyokimyasal parametreleri, ultrasonografi sonuçları, yatış gün sayısı, tedavi ve komplikasyonları karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmamıza alınan hastaların %61,8'i kadın, %38,2'si erkek idi. Hastaların yaş gruplarını incelediğimizde en fazla 60 yaş ve üzerinde idi. Özgeçmişinde en fazla kolelitiazis tespit edildi. En sık başvuru şikâyetinin karın ağrısı, bulantı ve kusma olduğu görüldü. Bilgisayarlı Tomografi Şiddet İndeksi puanı 0-2, 3-6 ve 7-10 olan hastaların tedavi oranları arasında anlamlı farklılık yoktu. BTŞİ puanı 3-6 olan hastalarda, 0-2 BTŞİ puanı olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda yoğun bakıma yatış vardı. BTŞİ 3-6 ve 7-10 olan hastalarda 0-2 BTŞİ olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda komplikasyon vardı.

**Sonuç:** Laboratuvar değerleri ve ultrasonografi bulguları ile Akut Pankreatit şiddeti arasında bir ilişki yoktur. Akut Pankreatit tanısı alan hastaların tanı ve takibinde Bilgisayarlı Tomografi önemli bir yer tutar ve gelişebilecek komplikasyonların ön görülmesinde önemli bir parametre olabilir. Akut Pankreatit tanısı alan hastaların morbidite ve mortalitesinin tahmininde Bilgisayarlı Tomografi Şiddet İndeksi oldukça avantajlı bir yöntem olabilir.

### İletişim:

Serap BİBEROĞLU  
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Acil Tıp Kliniği/İSTANBUL  
Tel: +90 5336643776  
Mail: serapbiberoglu53@hotmail.com

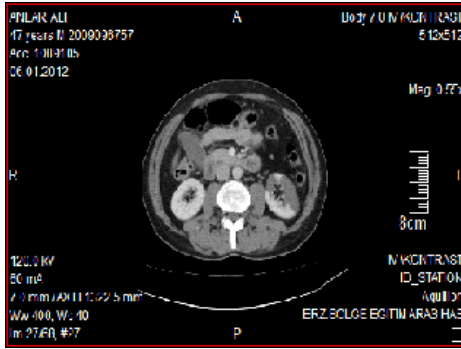


**P75- ŞÜPHELENMELİ MİYİM? ZOR BİR TANI: RENAL İNFARKT**  
**Dr.Ethem ACAR, Dr.Serhat KARAMAN, Dr.Hüseyin ŞAHİN**  
**Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Erzurum, Türkiye**

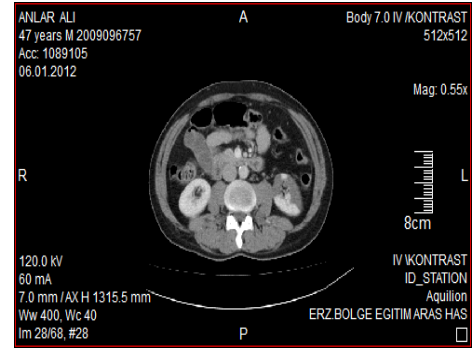
**Giriş;** Renal infarkt nadir görülen ciddi bir klinik tablodur. Semptomları genellikle siliktir, tanı için şüphelenmek gerekir. Atriyal fibrilasyon, miyokard infarktüsü mitral darlık gibi kalp hastalıkları, aterosklerozis, polisitemia vera, lupus eritomatozis, travma gibi durumlar etiyolojiden sorumlu nedenlerdir. Kontrastlı Abdominal BT ile tanı doğrulanır. Tanıda gecikme olması veya tanının atlanması böbrek yetmezliği gibi ciddi hastalıkların ortaya çıkmasına neden olacaktır.

**Olgu;**47 yaşında erkek hasta acil servise 5 saat önce başlayan karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir hastalık yoktu. Karın ağrısını tüm kadranlarda kolik tarzı şeklinde tarif ediyordu. Fizik muayenesinde batında defans ve rebaunt yoktu, solda kostovertebral açı hassasiyeti mevcuttu. Çekilen direkt grafisi gaz gölgeleri haricinde doğaldı. EKG'si normal sinüs ritmiydi. Laboratuvar tetkiklerinde ve idrar tetkiki doğaldı. Abdominal ve Üriner USG yapıldı, herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Hastada renal kolik düşünüldü ve yeterli analjezi uygulanmasına rağmen analjezik ile geçmeyen şiddetli ağrısının devam etmesi üzerine hastaya kontrastsız ve kontrastlı Abdominal BT çekildi. Abdominal BT'de sol renal enfarkt (Resim 1-2) tespit edildi, hastanemizde girişimsel radyoloji olmadığından kardioloji tarafından renal anjiyografi yapıldı. Tıkanıklığın distalde olduğu için anjiyografi ile müdahale imkanı olmadığı belirtildi. Takipleri boyunca antikoagülan tedavi alan hastanın vaskülit açısından bakılan tetkikleride doğaldı. Takiplerinde ek problem gelişmeyen hasta önerilerle taburcu edildi.

**Sonuç:** Acil servis hekimleri karın, bel ve yan ağrısı şikayeti olan hastaların klinik yönetimi sırasında renal infarkt tanısını da aklında bulundurmalıdır.



Resim 1



Resim 2

Sorumlu Yazar: Dr. Ethem ACAR  
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi  
Erzurum, 25070-Türkiye  
Tel: +90 0442 232 5555/5116  
Fax: 0442-232 50 25  
e-mail: dr.ethemacar@hotmail.com

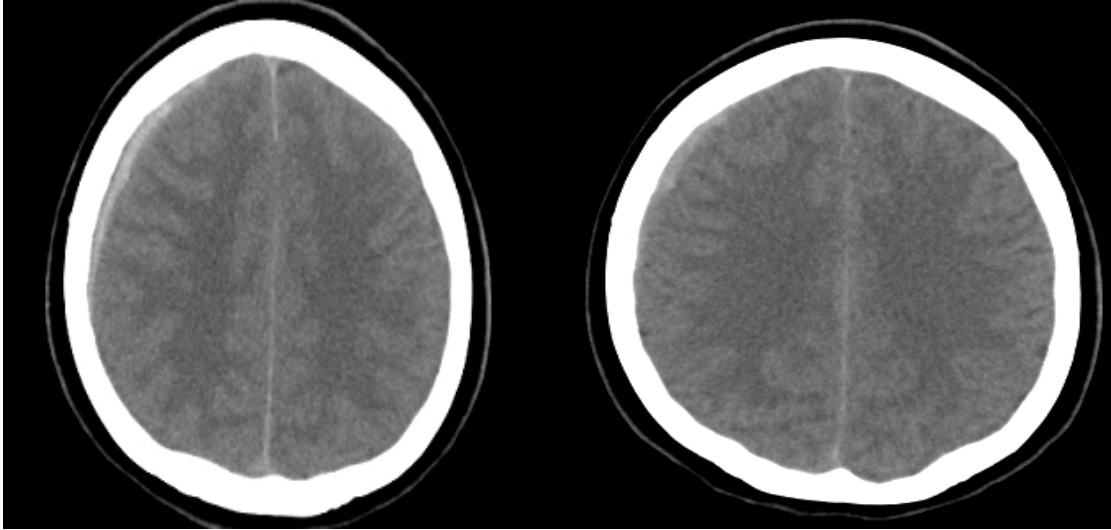
## P76- SPİNAL ANESTEZİ SONRASI GELİŞEN AKUT SUBDURAL HEMATOM OLGUSU

Hızır Ufuk AKDEMİR, Mustafa BİLGİÇ, Celal KATI, Latif DURAN, Yücel YAVUZ,  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

**GİRİŞ-AMAÇ:** Genellikle korteks ve dural sinüsler arasındaki asıcı venlerin veya daha nadir olarak da direkt dural sinüslerin ya da süperfisyal kortikal arterlerin yırtılması sonucu oluşan subdural hematom (SDH)'lar bilgisayarlı tomografi (BT)'de, kemik ile beyin arasında yarım ay şeklinde hiperdens bir görünüm oluştururlar. Zaman geçtikçe dansitesi azalarak beyin parankimi ile aynı dansiteye ulaşan SDH'lar nadiren spinal anestezi sonrası da ortaya çıkabilirler. Bu yazıda spinal anestezi sonrası akut SDH gelişen bir olgu sunulmaktadır.

**OLGU:** Otuzsekiz yaşında bayan hasta acil servisimize baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hasta ve yakınlarından, hastaya iki gün önce spinal anestezi eşliğinde Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL) uygulandığı ve işlem sonrası birinci günde bulantı ve ayağa kalkmakla artan oksipital baş ağrısı geliştiği öğrenildi. Yapılan ilk fizik muayenesinde vital bulguları stabil olan hastanın bilinci açık, koopere ve oryante idi. Nörolojik muayenesinde özellik saptanmayan hasta, bulantı ve baş ağrısının ayağa kalkmakla arttığını ifade etmekte idi. Anamnezinde travma öyküsü olmayan hastanın beyin BT'sinde sağ frontotemporal bölgede sıvama tarzında akut SDH saptandı (Şekil 1).

Beyin cerrahisi ile konsülte edilen hasta takip amacıyla ilgili servise yatırıldı. Takibinde vital bulguları stabil seyreden, ek problemi olmayan, medikal tedavi ile subdural hematomu (Şekil 2) ve baş ağrısı şikayetleri gerileyen hasta şifa ile taburcu edildi.



Şekil 1

Şekil 2

**SONUÇ:** Spinal anestezinin bir komplikasyonu olarak gelişen akut SDH oldukça nadir görülür ve tedavi edilmediğinde öldürücü olabilir. Subdural hematom yokluğunda bile dura ponksiyonu sonucu baş ağrısı gelişebileceği için ayırıcı tanı açısından dikkatli olunması ve beyin görüntüleme yöntemlerinin kullanılması önerilir.



**İletişim Bilgisi:**

**Yrd.Doç.Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

## **P77- SINÜZİTE İKİNCİL BEYİN ABSESİ: OLGU SUNUMU**

\*Dr. Özgür Dikme, \*Dr. Reyhan Dilaver Abilov, \*Dr. Hakan Topaçoğlu

\*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

**Giriş:** Beyin abseleri komşu dokulardaki enfeksiyonlardan ya da hematogen yolla yayılım ile uzak dokulardan kaynaklanabilir. Kafa travması ya da cerrahisi ve nadiren menenjit sonrası görülebilir. Olguların %15'inde kaynak saptanamaz. Eğer tedavi edilmezse beyin absesi hemen her zaman ölümcüldür. Tedavi ile mortalite %10-30 arasındadır. Erken tedavi başarı şansını arttırır.

**Olgu Sunumu:** 31 yaşında erkek hasta baş ağrısı, bulantı ve öksürük şikayeti ile acil servise başvurdu. Öyküsünde yakınmalarının bir haftadır olduğu ve sinüzit tanısı olarak düzenli antibiyoterapi kullanmasına rağmen yakınmalarının gerilemediği öğrenildi. Özgeçmişinde özellik yoktu.

Hastanın bilinci açık, koopere ve oryante idi. Vital bulguları normal olarak değerlendirildi. Fizik muayenesinde frontal sinüslerde palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar incelemelerinde; nötrofil hakimiyetinde lökositoz ve sınırdan trombosit değeri saptandı. Biyokimya incelemesinde anormallik saptanmadı.

Kontrastsız bilgisayarlı beyin tomografisinde; sağ frontal lobda yaklaşık 47x30 mm boyutunda santrali hipodens, periferinde milimetrik hiperdens lezyonları olan, bilobüle kistik kitlesel lezyon saptandı. Lezyon komşuluğunda geniş ödem alanı mevcuttu. Kontrastlı beyin magnetik rezonans görüntüleme; antero-inferior komşuluğunda frontal dural kontrast tutulumu ve fokal kalınlaşma mevcut olan sağ frontal lobda anteromedial subkortikal yerleşimli, çevresinde belirgin ödem bulunan, periferik düzensiz konturlu halkasal kontrast tutan kistik karakterde lobüle konturlu lezyon saptandı. Bu alana komşu sağ frontal sinüste yaygın inflamatuvar mukozal hipertrofiler mevcuttu. Erken IV antibiyoterapi başlanan hasta hastaneye yatırıldı. Hastanın yapılan abses ponksiyonu materyalinde Streptococcus spp. üredi.

**Sonuç:** Klasik semptomları olmayan tedaviye yanıtız üst solunum yolu enfeksiyonlarında ayırıcı tanıda santral sinir sistemi enfeksiyonları akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve tedavi mortaliteyi azalttığı gibi tedavinin başarı şansını da arttırır.

## **P78- Sol Üst Ekstremitede Nabızsızlık İle Bulgu Veren Torasik Aort Diseksiyonu**

**Tarık OCAK<sup>1</sup>, Arif DURAN<sup>1</sup>, Ümit Yaşar TEKELİOĞLU<sup>2</sup>, Kemalettin ERDEM<sup>3</sup>, Hüsnü ÖNDER<sup>1</sup>, Şahin ASLAN<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, BOLU

<sup>2</sup>: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, BOLU

<sup>3</sup>: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi AD, BOLU

<sup>4</sup> : Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, ERZURUM

### **ÖZET:**

Aort diseksiyonu vakaları yıllık milyonda 5-30 oranında görülmektedir. Yaşamı tehdit eden gerçek acillerdendir. Koroner kökenli olduğu düşünülen vakalara bağlı ölümlere yapılan otopsilerde %1-2,5 oranında rastlanır. %75' 4-7. dekatlarda görülür. Mortalitesi yüksek olup tedavi edilmeyen olgularda ilk 24 saatte %33, 48 saatte %50'li rakamlara ulaşır. İleri yaş, erkek cinsiyet, aterosklerotik kalp hastalığı olması, aile öyküsü, kollojen doku hastalığı olması önemli risk faktörleridir. İntimal yırtıkların %65'i ascenden aortada, %20'si descenden aortada, %10'u aortik arkta ve %5'i abdominal aortada görülür. Stanford Tip A aort diseksiyonları %30 periferik nabız yokluğu ile klinik bulgu verebilir. Bu sunumda sol üst ekstremitenin akut arteriyel embolisi olduğu düşünülerek tarafımıza sevk edilen ve tetkikleri sırasında torasik aort diseksiyonu tesbit edilen bir olguyu sunduk.

### **OLGU SUNUMU**

Acil kliniğimize dış merkezli bir sağlık kuruluşundan sol üst ekstremitede muhtemel tromboembolik hadiseye bağlı olduğu düşünülen brakial arter nabazanlarının alınmadığı vaka heparinizasyon başlanarak sevkli geldi. Hastamız 58 yaşında olup tıbbi geçmişinde hipertansiyon teşhisi aldığı ancak tedavi almadığı öğrenildi. 40 paket/ yıl sigara içtiği öğrenildi. Sol üst ekstremitede şiddetli ağrısı mevcut olup elle muayenede radial, ulnar ve brakial nabazanları alınmamakta, solukluk ve soğukluk olduğu gözlemlendi. Mevcut şikayetinin sabah uyandıktan sonra bulantı hissi ile beraber mide bölgesinde ve her iki kürek kemiği arasına vuran şiddetli ağrıdan sonra başladığı öğrenildi. Dinlemekle aortik odakta 4/5 sitolik üfürüm tesbit edilen hastanın çekilen PA akciğer grafisinde mediasteninin genişlemiş olduğu tesbit edildi. Aort değerlendirilmek üzere çekilen anjio tomografisinde Stanford sınıflamasına göre Tip A Aort diseksiyonu tesbit edildi ( Resim I-II). Kalp damar cerrahisi tarafından değerlendirilen hasta acil şartlarda operasyona alındı. Operasyon sonrası sol üst ekstremitede nabazanları açıldı ve iskemik tablo bulguları düzeldi.

### **SONUÇ**

Torasik aort diseksiyonları önemli mortalitelere sahip ciddi aciller arasında olup, klinik şüphe duyulan vakalarda ileri tetkiklerin erken yapılması yanlış tedavi planlanmasını engelleyecektir.

**Anahtar Kelime:** Nabızsızlık, Emboli?, Torasik Aort Diseksiyonu

Doç Dr Şahin ASLAN

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, ERZURUM

Tlf: 05324913554

e- mail: [saslan29@hotmail.com](mailto:saslan29@hotmail.com)

**P79- DOĞUNUN MAKÛS TALİHİ: ŞARBON**  
**Dr.Ethem ACAR, Dr.Ceren Şen TANRIKULU, Dr.Orhan DELİCE**  
**Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Erzurum, Türkiye**

**Giriş-Amaç:** Şarbon, enfekte hayvanlarla ya da kontamine hayvan ürünleri ile temas sonucu insanlara bulaşan zoonotik bir enfeksiyon hastalığıdır. Özellikle hayvancılığın yaygın olduğu bölgelerde, hasta hayvanların kesilmesi, derisinin yüzülmesi ve kontamine etlerin işlenmesi sırasında doğrudan temas sonucu cilt şarbonu oluşmaktadır. Bu nedenle hayvancılıkla uğraşanlar, kasaplar ve veterinerler risk grubunu oluştururlar. Kaşıntılı küçük bir kızarıklık olarak başlayan lezyon kısa süre içinde hastalığın klasik bulgusu olan nekrotik ülser dönüşür. Ülkemizin Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaygın olan kontrolsüz hayvancılık nedeniyle hastalık bu bölgelerde endemiktir. Olgu sunumumuzun amacı, ülkemiz için halen önemli bir sağlık sorunu olan, ancak az bilinen cilt şarbonuna değinmek ve hastalık ile karşılaşabilecek olan birinci basamak hekimlerine tanı yardımcı olmaktır.

**Olgu sunumu:** 57 yaşında hayvancılıkla uğraşan erkek hasta, elinde son bir haftadır var olan lezyonlar ve ağrı şikayeti ile başvurduğu devlet hastanesinde yapılan tetkikleri sonucu (Dopler ultrasonografi ve yüzeysel ultrasonografi yapılmış) herhangi bir patoloji tespit edilememesi üzerine ileri tetkik için sevk edilmişti. Acil servis kabulünde vitalleri stabil, WBC 7400/uL, acil biyokimyası doğal olan hastanın sol elinde 2. ve 4. falaks üzerinde çevresi daha veziküler ortası siyahlaşmış akıntılı lezyonu mevcuttu (Resim 1-2-3). Hastanın elindeki görüntüsü tipik şarbon lezyonu olan hasta enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edilerek interne edildi. 7 gün penisilin tedavisi planlanan hasta şifa ile taburcu edildi.

**Sonuç:** Ülkemiz cilt şarbonunun sık görüldüğü ülkelerden biridir. Hastalığın yaygın olduğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde çalışan hekimlerimize hastalığın tanısı ve tedavisinin planlanmasında önemli işler düşmektedir.



Resim 1



Resim 2



Resim 3

Sorumlu Yazar: Dr. Ethem ACAR

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi

## **P80- Acil ve Anesteziyoloji - Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Griggs Tekniği İle Açılan Perkütan Trakeostomi Sonuçlarımız**

**U.Y.Tekelioglu<sup>1</sup>, A.Demirhan<sup>1</sup>, A.Akkaya<sup>1</sup>, T.Ocak<sup>2</sup>, A.Duran<sup>2</sup>, M. EMET<sup>3</sup>, H.Kocoglu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D. BOLU

<sup>2</sup> Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D. BOLU

<sup>3</sup> Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D. ERZURUM

### **Giriş ve Amaç:**

Yoğun bakım ünitelerinde, çeşitli nedenlerle endotrakeal entübasyon uygulanan ve uzun süre mekanik ventilatöre bağlı kalacağı öngörülen hastalara trakeostomi açılması tavsiye edilmektedir<sup>1</sup>. Endotrakeal entübasyonun uzaması larengeal hasara, glottik ve subglottik stenoza, vokal kord paralizisine, infeksiyöz komplikasyonlara ve trakeal hasarlara neden olabilir<sup>2</sup>.

Bu sunumda bizler, yoğun bakım ünitemizde Griggs tekniği ile açılan perkütan trakeostomi (PT) işlem süresini, gelişen erken komplikasyonları, entübasyonlu geçen süreyi ve APACHE II skorlarını paylaşmayı amaçladık.

### **Materyal ve Metod:**

Ocak 2011-Mart 2012 tarihleri arasında PT takılan, yaşları 30-90 arasında değişen, toplam 55 hasta değerlendirildi. Çeşitli nedenlerle mekanik ventilatör desteği alan ve kısa süre içerisinde ventilatörden ayrılamayacak olan hastalar yatak başında değerlendirildi. İşlem öncesi fraksiyone oksijen düzeyi %100 den hastaya oksijen desteği verildi. Kas gevşetici ve sedo-analjezi yapılarak, supin pozisyonundaki hastanın omuzlarının altına, boyun hafif ekstansiyona gelecek şekilde rulo yerleştirildi. İşlemin uygulanacağı alan antiseptik solüsyonla temizlenerek steril örtü ile örtüldü. Uygulama birinci veya ikinci trakeal kartilajdan sonraki aralıktan, Portex® marka (Hythe, Kent, İngiltere) perkutan trakeostomi kiti ile gerçekleştirildi. Ucunda 14G iğne bulunan serum fizyolojik çekilmiş enjektör ile belirlenen bölgeden aspirasyon yapılarak trakea lümenine girildi. Enjektöre hava aspire edildiğinde iğne ile enjektör ayrılarak içinden kılavuz tel geçirilerek trakea lümenine yerleştirildi. Kılavuz tel yardımıyla üzerinden geçirilen dilatatör yardımıyla bölge dilate edildi. Sonrasında dilatatör çıkarılarak kılavuz tel üzerinden forseps yardımıyla cilt, cilt altı ve trakea genişletildikten

sonra 7, 7.5 veya 8 numaralı uygun trakeostomi tüpü trakeaya yerleştirildi. Trakeostomi tüpü kafi şişirilerek tüp içi aspirasyon yapıldı. Her iki akciğer sesleri dinlenerek baş boyun bölgesinde krepitasyon muayenesi yapıldı. Sonrasında akciğer filmi çekildi. Trakeotomi tüp çevresi temizlenip pansumanı yapılarak işleme son verildi.

### **Bulgular:**

Hastalarda uzamış entübasyon süresine neden olan primer tanılarını tablo 1’de gösterilmiştir. Hastaların demografik verileri, entübasyon süresi, işlem süresi, APACHE II skoru tablo 2’de gösterilmiştir.

İşlem sonrasında 3 hastada stoma kenarında minör kanama saptandı. Sıkı pansuman ve bası ile 30 dakikada kanama durdu. Beş hastada işlem sırasında iğne ile endotrakeal tüpün kafi delindi. Tüpün tekrar geri çekilmesi ile işleme devam edildi. Hastalarımızın hiçbirinde işlem sırasında ve sonrasında subkutan amfizem, pnömotoraks, hipoksi ve mortalite gözlenmedi.

### **Sonuç:**

Trakeostomi endikasyonu olan yoğun bakım hastalarında, Griggs tekniği ile açılan perkütan trakeostomi işleminin, yatak başında kısa sürede uygulanan, düşük komplikasyon oranına sahip güvenilir bir yöntem olduğu kanaatine varıldı.

### **Kaynaklar:**

1. Plummer AL, Gracey DR. Consensus conference on artificial airways in patients receiving mechanical ventilation. Chest 1989; 96: 178-80.
2. Whited RE. A prospective study of laryngotracheal sequelae in term intubation. Laryngoscope 1984; 94: 367-77
3. Rao BK, Pande R, Sharma SC, et al. Percutaneous tracheostomy. Annals of Cardiac Anaesthesia 2003; 6: 19-26.

**Tablo 1.** Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Sebebi

|                              | <b>N:55</b> |
|------------------------------|-------------|
| Solunum yetersizliği         | 18          |
| SSS patolojiler              | 12          |
| Birden fazla sistem tutulumu | 13          |
| Sepsis                       | 2           |
| KVS patolojileri             | 10          |
| <b>Toplam</b>                | <b>55</b>   |

*SSS:Santral Sinir Sistemi*

*KVS:Kardiyovasküler Sistem*

**Tablo 2.** Hastaların demografik verileri, entübasyon süresi, işlem süresi, APACHE II skoru

|                        | <b>N:55</b> |
|------------------------|-------------|
| Yaş ortalaması         | 72.4±11.8   |
| Cinsiyet (K/E)         | 19/36       |
| Entübasyon süresi(gün) | 8.8±4.4     |
| İşlem süresi(sn)       | 168±75      |
| APACHE II Skoru        | 24.4±5.4    |
| <b>Toplam</b>          | <b>55</b>   |

**Doç Dr Mücahit EMET**

**Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD,25000, ERZURUM**

**Tif: 05321612776**

**e- mail: [drmucahitemet@gmail.com](mailto:drmucahitemet@gmail.com)**



**P81- ACİL SERVİSE AŞIRI ANTİHİPERTANSİF ALIMINA AİT  
BAŞVURULAR**

**Uzkeser M\*, Akgül Gür ST\*, Sarıtemur M\*, Aköz A\*, Bayramoğlu A\* Emet M\***

**\*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Erzurum, Türkiye**

**Giriş:** Zehirlenmeler içinde antihipertansif ilaç zehirlenmeleri ciddi kardiyovasküler yan etkilere sebep olabilmektedir. Bu tip zehirlenmelerin yoğun bakım şartları altında takip edilmesi gerekliliği konusu net değildir.

**Gereç ve Yöntemler:** Son 3 yılda retrospektif dosya taraması yapılarak toplam 26 antihipertansif ilaç ile olan zehirlenme taranmıştır.

**Bulgular:** Antihipertansif ilaçla olan zehirlenmelerin 14'ü (%53.8) kadın ve 12'si (%46.2) erkekti. Yaş ortalaması 28± 15 (en az=17, en fazla=82) idi. Hastaların 5'i (%19.2) Erzurum dışından gelmekteydi. Hastalar yaşadıkları nüfus yoğunluğuna göre incelendiğinde köyden başvuran hasta yokken ilçeden 3 (%11.5) ve büyük çoğunluğu il merkezinden (n=23, %88.5) geldiği görüldü. Hastaların 14'ü (%53.8) bulantı, 7'si (%26.9) kusma, 6'sı (%23.1) mide ağrısı, 5'i (%19.2) letarjik, 3'ü(%11.5) baş dönmesi, 4'ü (%15.4) baş ağrısı ve 5'i (%19.2) halsizlik mevcuttu. Hastaların 25'i (%96.1) acil serviste mide lavajı, aktif kömür uygulaması ve destek tedavisi verildi. Hastaların 2'si (%7.7) acil servisten taburcu edilirken, 18 (%69.2) hasta hospitalize edildi, 6 (%23.1) hasta kendi ve yakınlarının isteğiyle tedaviyi kabul etmedi. Hastaların tedavi maliyetleri 520₺ 333 TL (en az=23, en fazla=1549) idi.

**Sonuç:**Antihipertansif ilaç zehirlenmeleri acil servis hekimlerini çok tedirgin etmekte ve bu hastaların yoğun bakım şartlarında takip edilmesi gerekliliğine inanmaktadırlar. Fakat takipleri yapılan hastalarda ciddi problemlerle karşılaşılması nedeniyle bu hastaların takiplerinin de acil servis şartlarında yapılabileceği anlaşılmaktadır.

Mücahit Emet, Atatürk Üniversitesi Tıp Fak, Acil Tıp AD

[mucahitemet@gmail.com](mailto:mucahitemet@gmail.com)

+90 442 231 84 03

## P82- ACİL SERVİSE BAŞVURAN GEBE İLAÇ İNTOKSİKASYONLARI

Uzkeser M\*, Sarıtemur M\*, Aköz A\*, Bayramoğlu A\*,Emet M\*

\*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Erzurum, Türkiye

**Giriş:**Gebelerde intihar amaçlı ilaç alınımına bağlı zehirlenmeler nadir görülmektedir. Gebelerdeki intoksikasyonlarda iki can da tehlikede olduğu için Acil Servis yaklaşımları önem arz etmektedir.

**Gereç ve Yöntemler:**Son 4 yılda Acil servis polikliniğine 23 gebe, ilaç zehirlenmesi nedeniyle başvurmuştur. Başvuran gebe ilaç zehirlenmelerinin yaşları 16-45 arasında değişmekte olup ortalama yaş 26± 7 idi. Hastaların 20 (%87) si evli olup, 3 (%13) ü bekarıdı. En sık sonbahar mevsiminde (n=10, %43.5), en az da kış mevsiminde (n=3, %13) başvuru olup aylara göre hasta sayısının değişmesi anlamlı olarak bulundu (p<0.05). Hastaların ilaç alma nedenleri; aile 12 (%52.2), aile içi şiddet 2 (%8.7), evlilik 2 (%8.7), ruhsal hastalık 2 (%8.7), yalnızlık 1 (%4.3), iletişim sorunları 1 (%4.3), iş 1 (%4.3), ekonomik 1 (%4.3) ve belirtilmemiş 1 (%4.3) olarak bulunmuştur.Gebelerin daha öncesine ait intihar girişimi ve aile içi bireylerde de intihar girişimi yoktu. Gebelerin sadece 1 (%4.3) tanesinde daha öncesine ait psikiyatrik tanısı mevcuttu. Gebelerin 4 (%17.49) tanesinde ailesel psikiyatrik hikaye vardı. Hastaların 4'ü (%17.4) antidepressan, 4'ü (%17.4) analjezik (salisilat ve parasetamol hariç), 2'si (%8.7) salisilat, 9'u (%39.1) parasetamol, 3'ü (%13) antibiyotik alınımına bağlı zehirlenmelerdi.Tüm hastalara Acil serviste mide lavajı, aktif kömür uygulaması ve destek tedavisi verildi. 14 (%60.9) gebeye psikiyatrik konsültasyon istendi; 5'i (%21.7) impulsif intihar girişimi ve 2'si (%8.7) majör depressif bozukluk tanısı kondu.

**Sonuç:** Acil servise başvuran hastaların daha önceden intihar girişiminde bulunmamış ve genellikle aile içi sorunlar nedeniyle intihar girişiminde bulunan hastalar olduğu anlaşılmaktadır. Sonbahar mevsiminde niçin gebe intihar girişimlerinde artış olduğu ileri araştırmalarla incelenmelidir.

Mücahit Emet, Atatürk Üniversitesi Tıp Fak, Acil Tıp AD, Erzurum, Türkiye

[mucahitemet@gmail.com](mailto:mucahitemet@gmail.com)

+90 442 231 84 03

## P83- AŞIRI ANALJEZİK ALIMINA BAĞLI ACİL SERVİS

### BAŞVURULARININ DERMOGRAFIK BULGULARI

Uzkeser M\*, Aköz A\*, Bayramoğlu A\*, Sarıtemur M\*, Çakır Z\*, Akgöl Gür ST\*

**Giriş:** Acil servise başvuran aşırı ilaç alımıyla olan zehirlenmeler ciddi problemlere yol açabilmektedir. Erken teşhis ve tedavi ile klinik seyrin hemen düzeltilmesi sağlık harcamalarının azalmasını sağlayacaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** 2008-2012 yılları arasında 73 (%67.6) kadın ve 35 (%32.4) erkek olmak üzere toplam 108 hasta aşırı analjezik alımına bağlı zehirlenme sebebiyle başvuran hastalar çalışmaya alındı.

**Bulgular:** Hastalarda 42 (%38.9) kusma, 34 (%31.5) letarji, 3 (%2.8) şuur bulanıklığı, 7 (%6.5) baş dönmesi, 5 (%4.6) baş ağrısı, 9 (%8.3) ajitasyon 14 (%13) halsizlik görülmüştür. Yapılan kan ve idrar tahlillerinde 4 (%3.6) hastada analjezik ile birlikte etanol ve 5 (%4.6) hastada analjezik ile birlikte tetrahidrocannabinol alımı tespit edilmiştir. Bu zehirlenenlerin içinde 4 (%3.8) hastada gebelik pozitif. 84 (%77.8) acil serviste, 3 (%2.8) dahili servislerde, 21 (%19.4) cerrahi servislerde müşahede altında tutulmuş olup 24 (%22.2) acil servisten taburcu edilirken 18 (%16.7) kliniği izinsiz olarak terketmiştir. 99 (%91.7) hasta 24 saat altında müşahede edilmiştir. Hastaların toplam tanı ve tedavi maliyetleri 465.8₺ 285.1 (en az=0, en fazla=1931) TL tutmuştur.

**Sonuç:** Hastaneye başvuran zehirlenme olgularının müdahaleleri yapılmakla birlikte ülke ekonomisi için de ciddi bir yük getirmektedir. İlaç zehirlenmelerinin önlenmesi için yapılacak çalışmalarla ülke ekonomisine katkıda bulunacaktır.

Zeynep Çakır, Atatürk Üniversitesi Tıp Fak, Acil Tıp AD, Erzurum, Türkiye

[zeynepgcakir@gmail.com](mailto:zeynepgcakir@gmail.com)

0442-2318403

## **P84- ANTİDEPRESANLARLA OLAN SUİSİD GİRİŞİMLERİ**

**Uzk eser M\*, Aköz A\*, Bayramoğlu A\*, Sarıtemur M\*, Emet M\***

**\*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Erzurum, Türkiye**

**Giriş:** Toplumumuzda çeşitli sebeplere bağlı giderek artan stres yükünün sonucunda bireylerde depresyon görölme sıklığı artmaktadır. Bu yüzden sıkça reçete edilmesi ve antidepresan ilaçlara erişimin kolaylaşması nedeniyle intoksikasyonlar görölmektedir.

**Gereç ve Yöntemler:** Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine 2008-2012 tarihleri arasında antidepresan ilaç olarak suisid girişimi nedeniyle başvuran 15 yaş ve üzeri hastalar prospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Hastaların 246'sı (%63.4) bayan ve 142'si (%36.6)erkekti. Hastaların yaş ortalaması 26.3± 10.2 (en az=15, en çok=80) idi. Hastaların 53'ü (%36.6) evli, 85'i (%58.6) bekar, 3'ü (%2.1) dul, 3'ü (%2.1) nişanlı ve 1'i (%0.7) eşinde ayrı yaşamaktaydı. Hastaların eğitim durumları sırasıyla; 9 (%6.2) okur yazar değil, 11 (%7.6) okur yazar, 42 (%29) ilköğretim mezunu, 57 (%39.3) lise mezunu, 24 (%16.6) üniversite mezunu ve 2 hastanın da eğitim durumu bilinmiyordu. Hastaların iş durumuna bakıldığında 28 (%19.3) çalışmakta, 32 (%22.1) işsiz, 46 (%31.7) ev hanımı, 33 (%22.8) öğrenci ve 6 (%4.1) serbest meslek olarak kaydedildi. Hastaların suisid nedenlerinden en sık görölenleri; 35 (%24.1) ruhsal hastalık, 34 (%23.4) ailesel problemler, 14 (%9.7) karşı cinsle ilgili sorunlardı. 31 (%21.4) hastanın daha önceden intihar girişiminde bulunduğu öğrenildi. Hastaların 12 (%8.3) acil servisten taburcu, 1 (%0.7) başka bir merkeze sevk, 115 (%79.3) acil servis veya diğer kliniklerde hospitalize edilirken 13 (%9) hasta tedaviyi kabul etmeme ve 4 (%2.8) hasta takipleri sırasında tedavisi bitmeden kendi isteğiyle acil servisten ayrıldı. 139 (%95.9) hastaya acil serviste mide lavajı, aktif kömür uygulaması ve destek tedavisi verildi.

**Sonuç:**Acil servise başvuran intoksikasyonlar arasında sık rastlanılan antidepresan zehirlenmeleri; depresif intihara meyilli hastaların sık kullandığı bir ilaç olması nedeniyle önem arz etmektedir. Bu hastaların tekrarlayan intihar girişimleri olabileceği de akılda tutulmalıdır.

Mücahit Emet, Atatürk Üniversitesi Tıp Fak, Acil Tıp AD, Erzurum, Türkiye

[mucahitemet@gmail.com](mailto:mucahitemet@gmail.com)

+90 442 231 84 03

## **P85- ÖZKIYIM AMAÇLI ANTİBİYOTİKLERLE OLAN ZEHİRLENMELER**

**Uzkeser M\*, Bayramoğlu A\*, Aköz A\*, Sarıtemur M\*, Çakır Z\***

**\*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Erzurum, Türkiye**

**Giriş:**İlaç zehirlenmeleri genellikle acil servis başvuruları arasında sık rastlanmaktadır. Antibiyotik zehirlenmeleri klinik açıdan önemi düşük olsa da psikiyatrik nedenlerin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

**Gereç ve Yöntemler:**Son 4 yılda 52'si (%76.5) kadın olmak üzere toplam 68 özkiyim amaçlı aşırı antibiyotik alarak acil servise başvuran hastaların retrospektif tarama yapılmıştır.

**Bulgular:** 11(%16.2) hastada daha önceden intihar girişiminde bulunmuş ve 5 (%7.4) hastanın ailesinde intihar öyküsü mevcuttu. 12 (%17.6) hastanın daha önceden psikiyatrik bozukluk tanısı almıştı. Ailesinde psikiyatrik bozukluk öyküsü olan 11 (%16.2) hasta tespit edildi. Hastaların 13'ünün (%19.1) son 6 ay içinde psikiyatri polikliniğine başvurdukları görüldü. 53 (%77.9) hastaya acil serviste psikiyatri konsültasyonu istendi. Psikiyatrik konsültasyonlara göre 37 (%54.4) hastanın acil servisteki ilk değerlendirilmelerinde tanı konulmamışken 27 (%39.7) hastada impulsif suisid tanısı ve 4 (%5.9) hastada majör depressif bozukluk tanısı konuldu. Bir (%1.5) hastada birlikte etanol alımı, 7 (%10.3) hastada birlikte parasetamol alımı, 1 (%1.5) hastada birlikte benzodiazepin alımı ve 2 (%2.9) hastada birlikte tetrahydrocannabinol alımı mevcuttu. Hastaların 43'ü (%63.2) hospitalize edilirken 17'si (%25) acil servisten taburcu ve 8'i (%11.8) kliniği izinsiz olarak terk etmiştir.

**Sonuç:** Acil servise antibiyotik aşırı alımı ile başvuran hastaların klinik önemi düşünülmesine de altta yatan önemli psikolojik problemlerle karşılaşılabilir. Acil servis doktorları bu açıdan dikkatli olmaları gerekmektedir. İleride hastalar daha ciddi öz kıyım amaçlı zehirlenmelerle başvurabilmektedirler.

Zeynep Çakır

zeynepcakir@gmail.com

+90 442 231 84 03

## P86- ÇOK SAYIDA YUTULMUŞ YABANCI CİSİM: OLGU SUNUMU

Uzkeser M\*, Tekin E\*, Sarıtemur M\*, Bayramoğlu A\*, Aköz A\*, Aslan Ş\*

\*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi Acil Tıp AD, Erzurum, Türkiye

**GİRİŞ:** Tüm yaş guruplarında yabancı cisimlere rastlanmakla birlikte en sık okul öncesi çocuklarda görülür. Erkek çocuklarda daha sık görülür. Yabancı cisimler çocuklarda genellikle kazaen veya kasti olarak alınır.Mental bozukluğu olan şahıslarda, psikiyatrik bozukluğu olanlarda, takma diş takan kişilerde daha sık görülür. Metal paralar ve plastik oyuncak parçaları en sık yutulan cisimlerdir.

**OLGU:** 19 yaşında kadın hasta ailesi tarafından çivi yuttuğu fark edilmesi üzerine acil servise getirildi.Özgeçmişinde psikiyatrik hastalığı olduğu öğrenilen hastanın herhangi bir şikayeti yoktu.Hasta içine kapanıktı ve fazla konuşmuyordu. Hastanınvitalleri normaldi.Fizik muayenesinde epigastrik bölgesinde hafif hassasiyeti mevcuttu. Belirgin defans, rebound ve ele gelen kitle tespit edilmedi.Abdominaldistansiyonu yoktu. Direkt batın grafisinde çok sayıda yabancı cisimle uyumlu opak görünüm mevcuttu (resim 1).Hastanın yapılan endoskopisinde mide eritemli ve ödemli idi.Mide korpusunda en az 30-40 adet metalik çivi gözlemlendi. Perforasyon riski nedeniyle çıkartılamadı. Hasta ameliyata alınarak gastrotomi yapıldı.Mide içerisinde 100 adet çivi, 6 adet tel, 1 adet pil çıkartıldı.Jejunumda 1 adet çivi daha çıkartıldı.

**TARTIŞMA:** Oral yolla alınan farklı boyutlardaki çivi, tel ve pil mideden çıkartılmıştır. Çocuklarda sık görülmesine rağmen mental bozukluğu ve psikiyatrik bozukluğu olan yetişkinlerde de görülebilir. Çocuklarda düzgün kenarlı, erişkinlerde keskin kenarlı yabancı cisimler daha sık görülür. Yutulan cisimler en sık özefagusta takılmasına rağmen en sık mide de tespit edilir. Yabancı cisimler fizyolojik darlık bölgelerine takılabilirler. Bu fizyolojik darlıklar özefagustakirikoid kıkırdak hizası, arcus aorta, özefagogastrik bileşim, pilor kanalı, treitzligamenti ve ilioçekal halkadır. Ancak özefagusu geçip mideye ulaşan yabancı cisimlerin %95'i kendiliğinden dışarı çıkabilir. Özefagusta yer alan cisimlerin acilen çıkartılması gerekir. Yabancı cisim özefagustan daha aşağıda ise pil veya keskin kenarlı değilse ve tıkanıklığa yol açmamışsa klinik ve radyolojik olarak takip edilmesi önerilmektedir. Peritonealirritasyon bulguları varlığında veya yabancı cismin 48-72 saatten fazla aynı lokalizasyonda kalması halinde cerrahi girişim planlanmalıdır.Pillerin yutulması korozif etkilerinden dolayı acil müdahale gerektirebilirler.

**SONUÇ:** Yutulmuş gastrointestinal yabancı cisimlerin tedavisinde gözlem, endoskopi ve cerrahi yöntemler kullanılmaktadır.Radyolojik muayenenin negatif olması yabancı cismi ekarte ettirmez.Rijitözefagoskopi yabancı cisimlerin tanı ve tedavisinde en güvenilir ve en sık kullanılan yöntem olduğu için acil servis başvurularında klinik şüphe varsa yapılması düşünölmelidir.

Şahin Aslan

[saslan29@hotmail.com](mailto:saslan29@hotmail.com)

+90 530 433 92 54

Resim 1. Hastanın direk batın grafisi.



## **P87- YÜKSEK DOZ ARIPIPRAZOL ALIMINA BAĞLI İDRAR ve GAİTA İNKONTİNANSI**

**Arif DURAN<sup>1</sup>, Hüsnu ÖNDER<sup>1</sup>, Tarık OCAK<sup>1</sup>, Osman YILDIRIM<sup>2</sup>, Sahin ASLAN<sup>3</sup>**

**<sup>1</sup>: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, BOLU**

**<sup>2</sup>: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Psikiyatri AD, BOLU**

**<sup>3</sup>: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, ERZURUM**

### **ÖZET:**

Günümüzde intihar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı ve ruh sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Birçok ülkede intihar trafik kazalarından sonra en önemli ölüm nedenidir. Özellikle son 30 yıllık veriler tarandığında ergenlik döneme ait intihara bağlı ölümlerde ciddi bir artış olduğu tespit edilmiştir. Dünya genelinde yaklaşık 1 milyon kişi intihar nedeni ile yaşamını yitirmektedir. İlaç alımına bağlı intihar girişimlerinde en sık antibiyotikler, antidepresanlar, antiepileptikler, antihistaminikler ve koroziv etkili ilaçlar ön plandadır. Ölümle sonuçlanan girişimler erkeklerde daha sık meydana gelmektedir. Alta yatan hastalıklar içerisinde depresyon ilk sırayı almaktadır. Antidepresan ilaçların tek başına faydalı olmadığı bazı depresif bozukluklarda tedaviye ek olarak yeni kuşak antipsikotik ajanların başlanması gerekebilir. Bu sunumda depresyon tedavisi alan ancak klinik rahatlama sağlamadığı için yeni kuşak bir antipsikotik bir ajan olan abizol 5mg günde tek doz tedavisi eklenen hastanın, intihar amaçlı yüksek doz ilaç alması ve bu ilaçlara bağlı görülen yan etkilerini sunduk.

### **OLGU SUNUMU:**

Acil kliniğimize yakınları refakatinde getirilen 31 yaşında bayan hastanın yaklaşık 4 saat önce intihar amaçlı fazla miktarda ilaç aldığı öğrenildi. Hastanın psikiyatri kliniğince depresyon ön tanılarıyla düzenli takiplerinin yapıldığı ve selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) olan Essitalopram okzalat 10 mg 1x1, antipsikotik bir ilaç olan Aripiprazol 5mg 1x1 kullandığı öğrenildi. Mevcut ilaçlarından sinirlenme anında 20 adet Essitalopram okzalat 10mg ve Aripiprazol 5mg 'dan 14 adet aldığı ifade edildi. Hasta geldiğinde özbakımı yeterli olup, bizimle işbirliğine meyilli, idi. Ancak ilaçları içtikten 2 saat kadar sonra idrar ve gaitasını tutamağını ifade eden hastanın kliniğimizde de idrar ve gaita deşarjı olduğu görüldü. Mevcut klinik bulgunun Aripiprazol 5mg içerikli ilaçtan 70 mg dozunda tek seferde alması nedeniyle olduğu düşünüldü. İlaç etkileri araştırıldığında Essitalopram okzalat'ın daha çok idrar retansiyonu ve kabızlık belirtileri verdiği, Aripiprazol 5mg içerikli ilacın ise idrar miktarında artışa yol açtığı tespit edildi. Aripiprazol içerikli ilaca bağlı literatür taramasında ciddi toksisite vakalarına rastlanılmadığı, idrar ve gaita inkontinansı bildirilen vaka olmadığı görüldü. Hasta 24 saat acil yoğun bakım ünitesinde yatırılarak gözlendi. İdrar ve gaita tutamama şikayetleri yaklaşık 16. saatinde geriledi. Hasta Psikiyatri Kliniğine devredildi.



## **SONUÇ:**

İlaç alımına bağılı olarak görülen intiharlarda alınan yüksek doz ilaç yada ilaçların ne tarz bir yan etki ile klinik bulgu vereceğini önceden kestiremiyoruz. Günümüzde ilaç sektöründe oluşan teknolojik gelişmelerle birlikte yeni kuşak ilaçlar hasta ve hekim kullanımına sunuluyor. Acil tıp ekibi yada toksikolojik vakalarla sık karşılaşan hekim grubunun da oluşabilecek yan etkilere karşı bilgi düzeyinin arttırılması için bu olguyu sunduk.

**Anahtar Kelime:** Depresyon, Yan etki, Aripiprazol

Doç Dr Şahin ASLAN

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, ERZURUM

Tlf: 05324913554

e- mail: [saslan29@hotmail.com](mailto:saslan29@hotmail.com)

## P88- ACİL YOĞUM BAKIM ÜNİTESİNDE SKORLAMA SİSTEMİ

**Bilir Ozlem\* Ersunan Gokhan\* Kalkan Asim \* Yeniocak Selman\*\* Ayaz Özkan  
Teslime \*\*\***

\* Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

\*\* Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis, İstanbul, Türkiye

\*\*\* Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

Sorumlu Yazar:

Dr. Asim KALKAN

Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı,

53020 Rize / Türkiye

Telephone : +90. 464 217 0366

Fax : +09. 464 217 0367

Email : [drasimkalkan@hotmail.com](mailto:drasimkalkan@hotmail.com)

Word count : 225

### GİRİŞ-AMAÇ:

Acil kliniklerinde değerlendirdiğimiz kritik hasta gruplarının, oluşturulan kritik hasta takip alanlarından zorunluluklar nedeniyle bir üst basamağa taşınmasıyla Acil Yoğun Bakım Üniteleri (AYBÜ) ortaya çıkmıştır. Bu ünitelerde hastalıkların ciddiyetlerini belirlemek amacıyla skorlama sistemlerinin yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, AYBÜ’de takip edilmiş olan hastaların demografik özellikleri, invaziv mekanik ventilatör oranları, yatış süreleri, SAPS II ve GKS skorlama sistemlerinin etkinliğini saptamaktır.

### YÖNTEM:

Çalışma Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi AYBÜ’de Ekim-2008 ve Nisan-2010 tarihleri arasında takip edilmiş olan 339 hastanın verilerinin retrospektif olarak incelenmesiyle yapılmıştır. Hastaların YBÜ’e kabulü sırasındaki fizyolojik değişkenler kullanılarak SAPS II ve GKS değerleri hesaplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 19.0 Microsoft for Windows programı ile değerlendirildi.

**BULGULAR:**

Bu çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması  $62.75 \pm 22$  (2-96 yıl) yıl idi. Hastaların %51.9'u (n=176) kadın ve %48.1'i (n=163) erkekti. Ortalama yatış süresi  $4.38 \pm 22.47$  (1-44 gün) gündür. En fazla takip edilen (n=67, %19.8), mekanik ventilatör ihtiyacı olan ve en fazla hayatını kaybeden hasta grubu, iskemik serebrovasküler hastalıklardır. İnvaziv mekanik ventilatörle %29.2 (n=99) hasta takip edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hasta gruplarının SAPS II ve GKS değerleri sırasıyla  $42.50 \pm 22.83$  ve  $10.66 \pm 4.06$  olarak tespit edildi.

**SONUÇ:**

Yoğun bakım skorlama sistemleri, yatan hastaların ciddiyetini belirlemesi yanı sıra prognozu ortaya koymada yol gösterici olmaktadır. Özellikle kısa süreli hasta takiplerinin yapıldığı AYBÜ'de SAPS II ve GKS sistemleri prognozu belirleme açısından basit, hızlı ve etkin bir yöntemdir.

## P89- ACI BAL - LOKAL REAKSİYON

Mehmet ÇIKMAN<sup>1</sup>, Özgür İNEGÖL<sup>1</sup>, Ali KUTLUCAN<sup>2</sup>, Ertuğrul KAYA<sup>3</sup>, Ayhan SARITAŞ<sup>1</sup>, Şahin ASLAN<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>2</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>3</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Farmakoloji AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>4</sup> Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Erzurum, TÜRKİYE

**Giriş:** Deli bal zehirlenmesi, Rhododendron çiçeklerinden üretilen ve grayanotoksin içeren balın tüketilmesiyle sonucu oluşur. Tipik zehirlenme tablosunda; sindirim sistemi irritasyon bulguları, hayatı tehdit edebilen bradikardi ve hipotansiyon ile santral sinir sistemi bulguları bulunur. Daha az sıklıkla lokal allerjik reaksiyonlara da sebebiyet verebilir.

**Olgu:** 33 Yaşında erkek hasta halsizlik, boğazda şişlik ve yutkunurken zorlanma şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Hastanın öyküsünde bilinen başka bir hastalığı yoktu. Yapılan muayenesinde orofarenks ve uvulada ödem olduğu görüldü. Vokal kordlar ve larenks doğaldı. Vücudun herhangi bir yerinde ürtikeryal lezyona rastlanmadı. Anamnezde hastanın yaklaşık iki saat önce acı bal yediği ve şikayetlerinin bundan sonra başladığı öğrenildi. Vital bulguları; TA: 70/40 mmHg, Nabız: 45/dk, SS: 12/dk, Ateş: 36.2<sup>0</sup>C, SaO<sub>2</sub>: %94. Elektrokardiyografide sinüs bradikardisi mevcuttu. Acil servisimizde 16 saat takip edilen hastaya takip süresinde 2 defa 0,5 mg atropin, 4000 cc SF, 80 mg prednol, 1 amp avil, 1 amp pantpas IV olarak verildi. Hastadan yapılan tetkiklerinde hiçbir anormallik olmayan, tansiyonu, nabzı normale dönen ve uvula ödemi kaybolan hasta 16 saatlik takibin sonunda antihistaminik reçete edilerek ve önerilerde bulunularak taburcu edildi.

**Sonuç:** Daha sık Karadeniz kıyılarında rastlanan acı bal (grayanotoksin) zehirlenmelerine bal ticaretinin global hale gelmesinden sonra artık dünyanın her yerinde rastlanabilmektedir. Hayatı tehdit edebilecek düzeyde hiponsiyon ve bradikardi yapabilmesi ile ünlü olan grayanotoksin aynı zamanda lokal ve sistemik allerjik reaksiyonlara da sebebiyet verebilmektedir. Acı bal zehirlenmesi düşünülen kişiler allerjik reaksiyonlar açısından da ayrıntılı incelenmeli ve gerekirse bu açıdan da tedavi edilmelidirler.

### Sorumlu Yazar

Yrd. Doç. Dr. Ayhan SARITAŞ  
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD-DÜZCE  
Tel: 0531 904 1000  
e-mail: a\_saritas\_@hotmail.com

## **P90- Büyük Eklem Çıkkıklarının İlginç Birlikteliği: Bilateral Asimetrik Kalça Çıkığı ve Omuz Çıkığı**

Mustafa USLU<sup>1</sup>, Mehmet ARICAN<sup>1</sup>, Ayhan SARITAS<sup>2</sup>, Ramazan BUYUKKAYA<sup>3</sup>, Hayati KANDIS<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>2</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>3</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Düzce, TÜRKİYE

**Giriş:** Travmatik bilateral kalça çıkığı nadir görülen bir durumdur. Bu duruma tek taraflı anterior omuz çıkığının da eklenmesi ise, çok daha nadir görülebilecek bir durumdur.

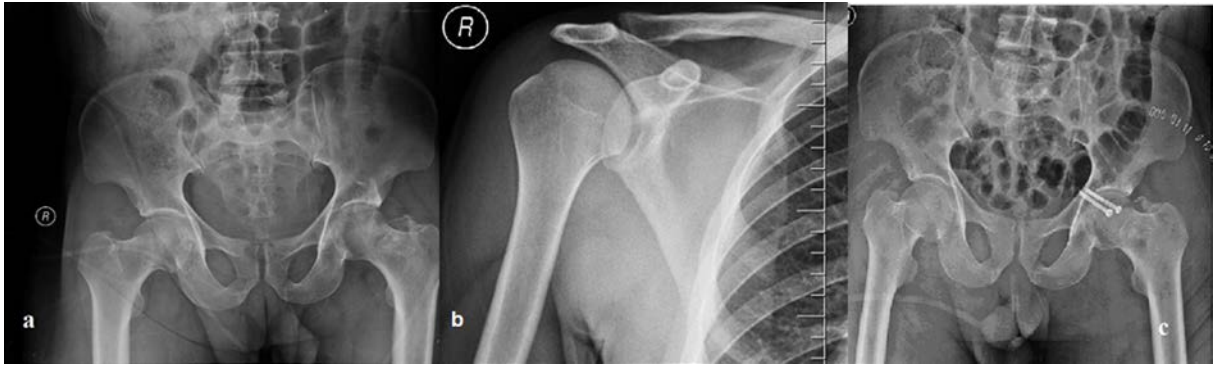
**Olgu:** 57 yaşındaki erkek hasta kiraz ağacından düşme sonrası acil servise getirildi. Muayenede her iki kalçada ve sağ omuzda hassasiyet ile şekil bozukluğu mevcut idi. Direk grafilerde bilateral asimetrik kalça çıkığı, aynı zamanda sol asetabulum posterior duvar kırığı ve sağ omuz anterior çıkığı tespit edildi (Resim 1a-1b). Travmatik kalça çıkıkları ve omuz çıkığı acil ortopedik bir durumdu. Her üç eklem içinde acil kapalı redüksüyon yapıldı. Daha sonra sol asetabulum posterior duvarı vidalarla açık redüksüyon ve internal tespit ile onarıldı (Resim 2a-2b-2c).

**Sonuç:** Posttravmatik artrit ve osteonekroz gibi ilişkili ciddi komplikasyonlar bilinmeli ve uygun tanı, tedavi ve prognoz değerlendirilmelidir. Bilgilerimiz dahilinde daha önce yayınlanan olgularda etiolojide ağaçtan düşme ve üç büyük eklemi de kapsayan çoklu eklem çıkığı tanımlanmamıştır.

**Anahtar kelimeler:** Travma, asimetrik kalça çıkığı, omuz çıkığı, acil tedavi



**Resim 1a-1b:** Bilateral asimetrik kalça çıkığı, sol asetabulum posterior duvar kırığı ve sağ omuz anterior çıkığı.



**Resim 2a-2b-2c:** Hastanın redüksiyon sonrası görüntüleri.

**Sorumlu Yazar**

Yrd. Doç. Dr. Ayhan SARITAŞ

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi

Acil Tıp AD-DÜZCE

Tel: 0531 904 1000

e-mail: a\_saritas\_@hotmail.com

## P91- ÇOCUK RUHLU YETİŞKİNLER

Behiç Volkan BOZ<sup>1</sup>, Mehmet ÇIKMAN<sup>1</sup>, Mesut OKUR<sup>2</sup>, İbak GÖNEN<sup>3</sup>, Ayhan SARITAŞ<sup>1</sup>,  
**Sahin ASLAN**<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>2</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hastalıkları AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>3</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>4</sup> Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Erzurum, TÜRKİYE

**Giriş:** Suçiçeği daha çok çocukluk çağlarında görülen ateş yüksekliği, veziküler polimorfik döküntüler ile karakterize, çok bulaşıcı fakat hafif seyirli bir virus hastalığıdır. Aşı ile önlenbilir hastalıklardan olup yenidoğan döneminde ve erişkin yaşta çok nadir görülür. Varisella zoster virusunun neden olduğu bu hastalık daha ziyade kış ve bahar aylarında epidemiyapmaktadır.

**Olgu:** 21 yaşında bayan hasta, 3 gün önce halsizlik ile başlayan şikâyetleri daha sonra yaygın döküntüler, kaşıntı ve ateş yüksekliği ile devam etmesi ve şikâyetlerinin geçmemesi üzerine acil servisimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde tüm vücudunda yaygın polimorfik veziküler döküntüler görüldü. Vital bulguları; TA: 110/70 mmHg, Nb: 96 atım/dk, SS: 12/dk, Ateş: 37.8<sup>0</sup>C. Hastanın hemogramında lenfosit hakimiyeti görüldü (WBC: 4,63, NEUT: % 22,8, LYMPH: 55), CRP: 0,88 idi. Hastanın böbrek fonksiyon testleri ve karaciğer fonksiyon testleri normal olarak ölçüldü. Hastanın tipik kaşıntılı polimorfik veziküler döküntüleri, subfebril ateşi ve hemogramında lenfosit hâkimiyeti dikkat çekiciydi. Hastaya suçiçeği tanısı kondu. Ateşi düşürülüp tedavisi düzenlendikten sonra hasta taburcu edildi.

**Sonuç:** Çocukluk çağlarında sık görülen suçiçeği hastalığı erişkin hastalarda da nadiren karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu hastada doğru tanının konmasında en önemli kısmı makül, papül, vezikül, püstül ve krutların aynı anda bulunduğu tipik görünüm (polimorfizm) oluşturmuştur. Sıklıkla çocukluk yaş grubunda karşılaştığımız suçiçeği hastalığının yetişkinlerde de karşımıza çıkabileceği akılda bulundurulmalıdır.

### Sorumlu Yazar

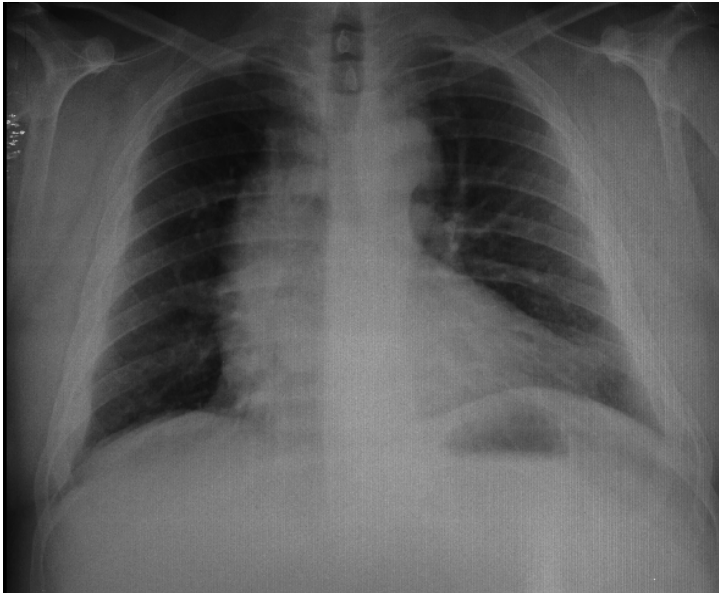
Yrd. Doç. Dr. Ayhan SARITAŞ  
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD-DÜZCE  
Tel: 0531 904 1000  
e-mail: a\_saritas\_@hotmail.com

## P92- Tip I Akut Aort Diseksiyonlu Bir Olguda Atipik Prezantasyon: Diş Ağrısı

Hızır Ufuk AKDEMİR, Burcu TÜRKÖZ, Yıldray ÇELENK, Semih Murat YÜCEL, Yücel YAVUZ

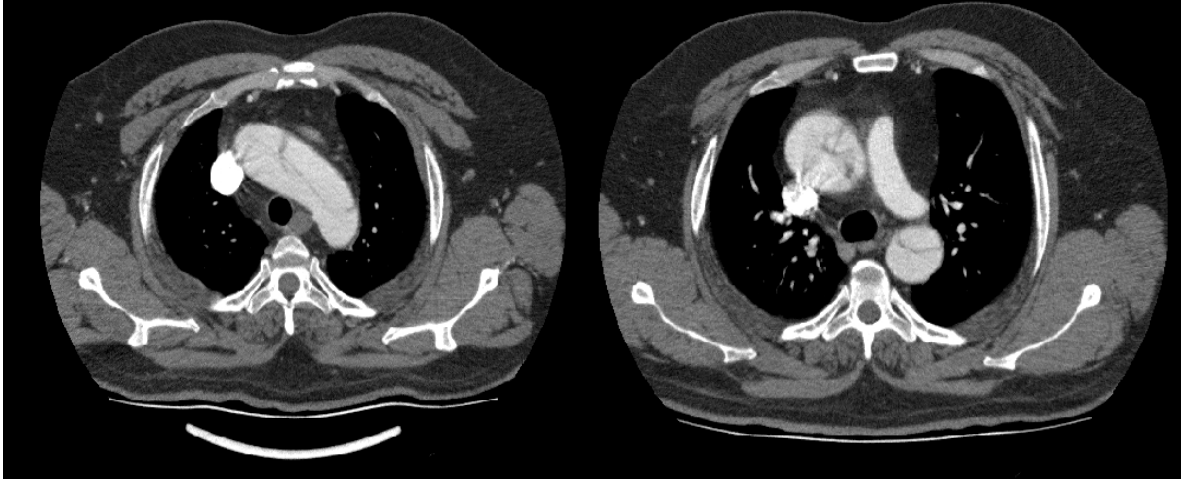
**GİRİŞ-AMAÇ:** Aort diseksiyonu (AD) acil servise nadir başvuru nedenlerinden biridir ancak genellikle ölümcül seyreder. Genellikle hastalar interskapular veya göğüs ön duvarında ani başlayan ağrı şikayeti ile başvururlar. AD bazen atipik şikayet ve bulgularla da prezente olabilir. Miyokard infarktüsü, inme, kas-iskelet sistemi ve spinal kord hastalıkları, disfaji, renal kolik, akut börek yetmezliği, baş ağrısı ve senkop bunlardan bazılarıdır. Bu makalede acil servisimize diş ağrısı ile başvuran ve yapılan tetkikler sonucu Tip I AD tanısı konulan bir hasta sunulmuştur.

**OLGU:** Kırk üç yaşında erkek hasta acil servisimize diş ağrısı, sağ bacakta uyuşma ve yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hasta önce şiddetli bir diş ağrısı yaşadığını ve sonrasında sağ bacağına uyuşma, daha sonra da her iki yan tarafında ağrı olduğunu ifade etti. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın fizik muayenesinde; kan basıncı: 180/120 mmHg (sol kol) ve 140/80 mmHg (sağ kol), nabız: 100/dakika (ritmik), solunum sayısı: 20/dakika ve ateş: 36 °C idi. Hastanın her iki femoral nabızı elle alınabiliyordu ancak sağ arteria tibialis posterior dışında elle alınabilen distal nabızı yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 18.000/uL ve glukoz: 132 mg/dl olması dışında ek özellik yoktu. Elektrokardiyografi (EKG)'de normal sinüs ritmi ve kalp hızı yaklaşık olarak 100/dakika olarak saptanın hastanın çekilen PA Akciğer grafisinde mediasten genişliğinde artma, aort topuzunda silinme ve çıkan aort lokalizasyonunda genişleme olduğu görüldü (Şekil 1). IV kontrastlı torakoabdominopelvik bilgisayarlı tomografi çekilen hastada Tip I AD tespit edildi (Şekil 2,3). Kardiyovasküler cerrahi bölümü ile konsülte edilen hasta acil şartlarda ameliyata alındı.

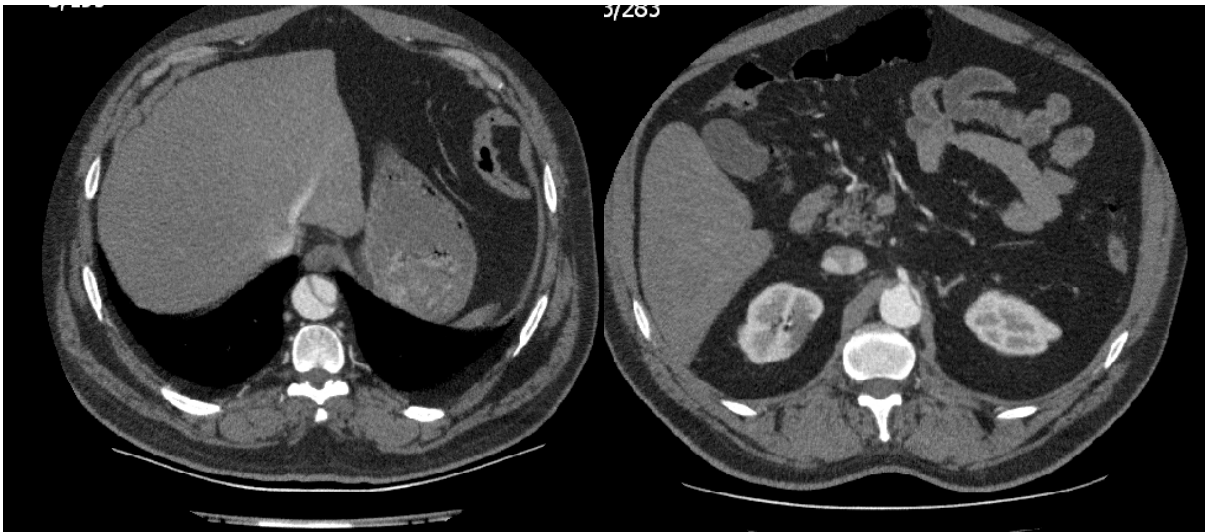


Şekil 3





Şekil 2



Şekil 3

**SONUÇ:** Bilinç değişikliği, baş ağrısı, bayılma, ekstremitelerde güç kaybı, hematüri, idrar çıkışında azalma ve atipik yerleşimli ağrı gibi AD için beklenmedik yakınmaları olan hastalarda laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin uygun ve zamanında kullanımı tanı sürecine olumlu katkı sağlar. Hızlı ve doğru tanı ile morbidite ve mortalitede azalma sağlanabilir.

## P93- ACİL SERVİSİMİZE TETRAHİDROKANNABİNOL KULLANIMI İLE BAŞVURAN HASTALAR

AKÖZ A.,\*AKGÖL GÜR S.T\*.,SARITEMUR M.\*, BAYRAMOĞLU A.\*, UZKESER M.\*,EMET M.\*

\*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D-Erzurum

**GİRİŞ:** Tetrahidrokannabinol(THC), kenevir türevlerinden uyuşturucu olarak kullanılan esrarın ana maddesidir. Esrar en sık kullanılan yasadışı maddedir. Çoğunlukla öfori, sedasyon ve gevşeme oluşturur. Bununla birlikte panik atak, depersonalizasyon ve psikoz oluşturabilir. Dünyada 200-300 milyon kişinin düzenli olarak esrar kullandığı düşünülmektedir. Esrarın en yaygın kullanılma biçimi sigara şeklinde içilmesidir. Etkisi birkaç saniye ile birkaç dakika içinde başlar, yarım saatte zirveye ulaşır ve yaklaşık 3 saat içinde sona erer.Esrar kullandığını belirten kişilerde sigara,alkol ve özellikle diğer uyuşturucu ve uyarıcı maddelerin kullanımının, hiç esrar kullanmayanlara göre oldukça yaygın olduğu gözlenmiştir.

**BULGULAR:**2010-2011 yılları içinde acil servisimize THC alımı idrarda tespit edilmiş 6'ı (%54,4) erkek olmak üzere toplam 11 hasta başvurmuştur. Hastaların yaşları 17-42 arasında değişmekte olup ortalama yaş  $24\pm 7$ 'dir.Hastaların vital bulgularını gösteren tablo aşağıda mevcuttur. GKS ortalama  $14,7\pm 0,9$  (min 3 – max 15).

**Tablo:** Vital bulgular

|                       | Min | Max | Mean  | Standart Sapma |
|-----------------------|-----|-----|-------|----------------|
| Sistolik kan basıncı  | 110 | 146 | 120,1 | 11,2           |
| Diastolik kan basıncı | 47  | 88  | 69,1  | 10             |
| Solunum sayısı        | 15  | 22  | 19,3  | 2,4            |
| Nabız                 | 74  | 100 | 85,7  | 9,7            |

Hastaların 8'i (%72,7) bekar olup, 3'ü (%27,3) evlidir. 6 (%54,5) hasta lise mezunu, 4 (%36,4) hasta üniversite mezunu, 1(%9,1) hasta ilköğretim mezunu. Hastalardan 6'ı (%54,5) çalışmakta, 2 (%18,2) hasta işsiz, 2 (%18,2) hasta öğrenci, 1 (%9,1) hasta ev hanımıdır.Hastalarda tespit edilen THC kullanımı ile birlikte asıl başvuru şekilleri 3 (%27,3) hastada antidepresan aşırı alımı, 5 (%45,5) hastada analjezik aşırı alımı, 1 (%9,1) hastada organofosfat zehirlenmesi, 4 (%36,4) hastada parasetamol aşırı alımı ve 2 (%18,2) hastada antibiyotik aşırı alımı tespit edildi. 2 (%18,2) hastada birlikte alkol alımı mevcuttu.10 (%90,9) hasta Erzurum il sınırları içinden gelmiş iken, 1 (%9,1) hasta Erzurum dışından başvurmuştur. 9 (%81,8) hasta il merkezinde ikamet ederken, 1 (%9,1) hasta ilçede, 1 (%9,1) hasta köyde ikamet etmektedir.En sık THC alımı ilkbaharda 6 hasta (%54,5) olup, sonbaharda 4 hasta (%36,4) ve kışın 1 hasta (%9,1) başvurmuştur. Yaz mevsiminde hiç başvuru yoktur.

**SONUÇ:**THC kullanımı hasta ve yakınları tarafından bildirilmemekte olup idrarda toksikoloji panelinde alım olduğunu görmekteyiz. İlaç intoksikasyonu ile başvuran hastalarda THC veya diğer ilaç düzeylerinin bakılmasının rutin olarak yapılmasını önermekteyiz.

**Anahtar sözcük:**,Esrar,intoksikasyon, gizleme

**İletişim bilgisi:** Doç. Dr.Mücahit EMET

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D-Erzurum

Tlf: 0442 3166303-1463

E- mail: [mucahitemet@gmail.com](mailto:mucahitemet@gmail.com)

## P94- HEREDİTER ANJİOÖDEM

Mehmet ÇIKMAN<sup>1</sup>, Behiç Volkan BOZ<sup>1</sup>, Hilmi DEMİRİN<sup>2</sup>, Hakan TURAN<sup>3</sup>, Ayhan SARITAŞ<sup>1</sup>, Zeynep Gökcan ÇAKIR<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>2</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>3</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>4</sup> Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Erzurum, TÜRKİYE

**Giriş:** Herediter anjioödem, tekrarlayan anjiodödem ataklarıyla seyreden kalıtsal bir hastalıktır. Ödem plazmanın postkapiller venüllerden derinin dermal tabakalarının arasına sızması sonucu gelişir. Bu sızıntı temel olarak C1 inhibitör adı verilen bir proteinin eksikliği veya yetersiz işlev görmesinden kaynaklanmaktadır.

**Olgu:** 20 Yaşında erkek hasta yüzünde ve bacaklarında şişlik oluşması şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hastanın anamnezinde daha önce de ara ara yüzünde, ellerinde ve bacaklarında ödem oluştuğu ve bu şikayetler ile kardiyoloji ve nefroloji polikliniklerine başvurduğu, ancak nedenin bulunamadığı öğrenildi. Hastanın kardeşinin ellerinde de daha hafif olmakla birlikte ara ara ödem oluştuğu öğrenildi. Hastanın vital bulgular; TA: 120/75 mmHg, Nb: 68/dk, SS: 10/dk, Ateş: 36.7<sup>0</sup>C. Hastanın yapılan fizik muayenesinde; dudaklarda daha belirgin olmak üzere yüzde, orofarenkste ve bacaklarda ödem olduğu görüldü. Bacaklardaki ödemin sağ bacakta daha belirgin olduğu dikkati çekti. Hastanın tüm nabızları rahat alınabiliyordu. Hastanın vücudunun hiçbir yerinde ürtikeryal lezyona rastlanmadı. Karın ağrısı (-), defans (-), rebound (-) idi. Herediter anjioödem düşünülen hastadan hemogram, böbrek fonksiyon testler, karaciğer fonksiyon testleri, Albümin, C1 inhibitör düzeyi ve C1 fonksiyon düzeyi testleri istendi. Tetkiklerden sadece C1 inhibitör düzeyi ve fonksiyonu düşük olarak ölçüldü. Diğer parametreler normal sınırlarda idi. Acil serviste taze donmuş plazma verilen ve serum fizyolojik ile hidrasyona başlanan hasta herediter anjioödem tanısı ile dermatoloji servisine yatırıldı.

**Sonuç:** Acil servislere şişlik şikayeti ile başvuran özellikle aile öyküsü veren hastalarda otozomal dominant kalıtım ile geçen herediter anjioödem her zaman akla gelmeli ve hastalar bu açıdan da değerlendirilmelidir.

### Sorumlu Yazar

Yrd. Doç. Dr. Ayhan SARITAŞ  
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD-DÜZCE  
Tel: 0531 904 1000  
e-mail: a\_saritas\_@hotmail.com

## **P95- KENEDEN KORKMALI MIYIZ?**

Dr. Emine Doğan, Doç. Dr. A. Sadık Girişgin

Amasya Sabuncuoğlu Şerafeddin Devlet Hastanesi Acil Kliniği, Amasya

Konya Ü. Meram Tıp Fak. Acil Tıp A.B.D.

**Giriş:** Ülkemizde son yıllarda Kırım Kongo kanamalı ateşi, daha önce tamamen sağlıklı olan kişilerde, yüksek mortalitesi nedeni ile dikkat çekmektedir.

**Amaç:** Bölgemizde kene ile temas şikayeti ile başvuran hastalarda, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) gelişme riski ve mortalite oranlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç – Yöntem:** 01.01.2010 – 31.12.2010 tarihleri arasında acil servisimize başvuran, kene ile temas hikayesi olan olgular retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Amasya Devlet Hastanesi Acil Servisine 2010 yılında yapılan başvuruların %1'i ( 3018) kene ile temas şikayeti oluşturmaktadır. En çok başvuru haziran ayındadır. Elde edilen veriler değerlendirildiğinde, kene ile temas sonrası virüsle enfekte olma ihtimali % 1 , mortalite % 0,2 iken fatalite oranı %17,64 olarak tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Özellikle endemik bölgelerde yaşayan halkın paniğini yansıtırma açısından acil başvuruları önemli bir kriterdir.

**İletişim Bilgisi:** Doç. Dr. A. Sadık Girişgin

Konya Ü. Meram Tıp Fak. Acil Tıp A.B.D.

## P96- KONTRAST MADDE

AKÖZ A., BAYRAMOĞLU A., AKGÖL GÜR S.T, SEVİL H., TEKİN E.,

### GÖKCANCAKIRZ.

\*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D-Erzurum

**GİRİŞ:** Kontrast maddeler, organ ve dokuların içerisine ya da çevresine verilerek, bu organ ve dokuların görünür hale gelmesini sağlayan maddelerdir. Genellikle doğrudan damar ya da eklem içine uygulanan ya da ağızdan alınan ilaçlardır. Kontrast maddeler radyolüsen ve radyopak olarak ayrılır, ağırlıklı olarak radyopak olanlar kullanılır. Radyopak olanlar da ağır metal tuzları ve organik iyot bileşikler içerirler olarak ikiye ayrılır. Kontrast maddelerin %90'ı iyot içerir. İdeal kontrast madde, osmolaritesi düşük, radyopakitesi (İyot/partikül oranı) yüksek olmalıdır. Yan etkilerin büyük kısmından yüksek osmolariteye sorumlu iken, iyonik yapı ve molekülün direkt toksik etkisi de diğer nedenlerdir. Yan etki görülme oranı %5-8, çoğu önemsiz minör reaksiyonlardır. %1-2 yaşamsal riski olmayan ancak tedavi gerektiren reaksiyonlardır. Ölüm oranı 1/130.000'den azdır, yan etki riskini en aza indirmek için risk faktörlerini saptamak önemlidir. Kontrast maddelerin damar dışına çıkması lokal ağrıya ve ödeme neden olur fakat genellikle sekel bırakmadan düzelir. Yüksek osmolariteli kontrast maddeler cilt altına geçerse cilt nekrozu ve ülserasyonlar görülebilir, hatta doku nekrozu gelişebilir. Tromboflebit ve venöz tromboz seyrekdir.

**VAKA:** 40 yaşında bayan hasta araç içi trafik kazası ile servisimize getirildi. Hastanın genel durumu orta, şuurlu, oryante ve koopere idi. Hastanın vitalleri stabildi. Muayenesinde batında yaygın hassasiyet mevcut, defans ve rebound yoktu. Hastayı değerlendiren genel cerrahi konsültan kontrastlı tüm batın tomografisi istedi. Hasta tomografiden geldiğinde sol ön kolda ağrı tarifledi. Yapılan fizik muayenesinde sol ön kolda yaygın ödem, hafif hiperemi ve palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Çekilen direk grafide fraktür tespit edilemedi. Tüm ön kol ve elde yaygın kontrast maddeye ait görüntü mevcuttu. Hastanın kolu ateletle alındı, elevasyona alındı, analjezik tedavi uygulandı. Hasta sekiz saatlik takip sonrası rahatladı, önerilerle externe edildi.

**SONUÇ:** Cilt altına kontrast maddenin kaçışının önlenmesi için, mümkün olduğu kadar el ve ayak sırtından enjeksiyon yapılmamalı, branül (anjiojet) kullanılmalı. Hasta Damar yolu açık

gelmiş ise, serum fizyolojik ile damar yolu açıklığı kontrol edilmeli. Turnike enjeksiyon sırasında çözülmeli. Ciltaltına kaçış saptandığında enjeksiyon durdurulmalıdır.

**Anahtar sözcük:** Kontrast madde, lokal reaksiyon, müdahale

**İletişim Bilgileri:** Doç. Dr. Zeynep GÖKCAN ÇAKIR

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D-Erzurum

Tlf: 0442 3166303-1463

E- mail: zeynepgcaKir@gmail.com

## **P97- KRONİK BÖBREK YETMEZLİKLİ BİR OLGUDA GABAPENTİN TOKSİSİTESİ**

Z.D DÜNDAR<sup>1</sup>, R.KÖYLÜ<sup>1</sup>, N.B. AKILLI<sup>1</sup>, B.CANDER<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL TIP KLİNİĞİ

<sup>2</sup>SELÇUK ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ ACİL TIP ABD

### **Giriş-Amaç:**

Gabapentin nöropatik ağrı tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir ajandır ve neredeyse tamamı böbrekten atılır. Bu yüzden kronik böbrek yetmezliği olan vakalarda tedavi dozları bile ciddi toksisiteye sebep olabilir. Burada kronik böbrek yetmezliği olan bir hastada gelişen gabapentin toksisitesisi olgusu sunulacaktır.

### **Olgu sunumu:**

23 yaşındaki erkek hasta bulantı, kusma ve şuur kaybı şikâyetiyle acil servise getirildi. Hastanın hikâyesinde, 10 yıldır diyalize bağımlı böbrek yetmezliği hastası olduğu, haftada 3 gün diyalize girdiği ve en son 2 gün önce diyalize girdikten sonra bulantı, kusma şikâyetlerinin başladığı, şuur kaybı gelişmesi üzerine acil servise getirildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde hastanın şuru kapalı, ateşi: 36.4°C, nabızı: 73/dak, arteryel tansiyonu: 140/70 mmHg, solunum sayısı: 25/dak ve Glasgow koma skalası 8 idi. Pupilleri izokorikti, 4 ekstremitesi hareketliydi, patolojik refleks ve ense sertliği tespit edilmedi. Hastanın kan tetkiklerinde glikoz: 102 mg/dl, üre: 120mg/dl, kreatinin: 6,2 mg/dl, Na: 138 mEq/l, K 4,5 mEq/l, beyaz küre sayısı 12800 idi. Beyin bilgisayarlı tomografi ve difüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde akut patoloji tespit edilmedi. Lateralizasyon bulgusu tespit edilmeyen hastanın hikâyesi intoksikasyon etkenleri üzerine derinleştirildi. Hastanın nöropatik ağrı nedeniyle 300 mg/gün gabapentin kullandığı öğrenildi. Hasta kronik böbrek yetmezliği zemininde gabapentin toksisitesi olarak kabul edildi. Aspirasyon riski açısından entübe edilen hasta yoğun bakıma yatırılarak hemodiyalize alındı ve destek tedavisi başlandı. 3 gün üst üste diyalize alınan hastanın şuru 36. saatte açıldı. Genel durumu düzelen hasta yatışının 3. gününde servise alındı, 10. gününde şifa ile taburcu edildi.

### **Sonuç:**

Kronik böbrek yetmezliği hastalarında analjezik olarak gabapentin kullanımının oldukça yaygın olduğu ve şuur kaybı nedeniyle acil serviste değerlendirilen bu hastalarda gabapentin toksisitesinin de şuur kaybına yol açabileceği unutulmamalıdır.

**İletişim Bilgisi:** Prof. Dr. Başar CANDER

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ ACİL TIP ABD-KONYA



## P98- HİPOKALSEMİYE BAĞLI BURUN KANAMASI OLGUSU

Atıf BAYRAMOĞLU, Ayhan AKÖZ, Sultan Tuna Akgöl GÜR, Ahmet ERGİN,  
Murat Saritemur, Şahin ASLAN

### GİRİŞ:

Hipokalsemi klinikte yatan ve acil servise başvuran hastalarda sık karşılaşılan bir elektrolit bozukluğudur. Etyolojide multiple kan transfüzyonları ile dolaşıma geçen sitratın rolünü tartışmak istedik.

### VAKA:

Altmış yedi yaşında bayan hasta, aort yetmezliği nedeniyle 5 gün önce Hastanemiz Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde kapak replasmanı uygulanan hastaya tinzaparin 0,5 ml 20000 IU/ml 1x1 reçete edilerek taburcu edilmiş. Ancak yanlışlıkla 2 gün süre ile 2x1 kullanması sonucu durdurulamayan burun kanaması şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Hastanın daha önceden burun kanaması olmamış. Acil servisimizde yapılan muayenesinde, genel durumu orta, şuuru açık, vital bulguları stabildi. Cilt ve konjunktivaları soluk görünümde, sızıntı şeklinde epistaksisi mevcuttu. Chovastek bilateral pozitif. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar incelemesinde; WBC:  $7,4 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Hb: 8.4 g/dl, Hct: 26.3, Platelet: 155 000/ $\mu\text{L}$ , PT: 17.1 sn, PT: %57, PT INR:1,6, aPTT: 37,6 sn, Ca:4,7 mg/dl, p:3,4 mg/dl, alb:2,9 g/dl idi. Düzeltilmiş Ca:5,6 mg/dl, 25 OH D vitamini 10,67 ng/mL PTH:40,4 pg/mL olarak tespit edildi. Anamnezinde geçirilmiş tiroid cerrahisi yoktu. Anamnez derinleştirildiğinde hastaya 6 ünite eritrosit süspansiyonu verildiği ; hipokalseminin nedeninin banka kanında bulunan sitratın kalsiyumu bağlayıcı etkisi olduğu anlaşıldı. Hastaya 2 ampul Kalsiyum glukonat bolus olacak şekilde 15 dakikada uygulandı. Gözlem sonrası hasta taburcu edildi.

### SONUÇ:

Hipokalsemi ciddi kardiyak aritmiler oluşturabilir. Acil servislerde replasmanına hemen başlanması gerekir. Kesin tedavisi için etyolojisinin aydınlatılması gerekir. Çoğu zaman etyolojiyi aydınlatacak bir operasyon öyküsü, kronik böbrek yetmezliği mevcutken bazen bunlar olmadığında etyolojiyi aydınlatmak zor olacaktır. Bu gibi durumlarda multiple kan transfüzyonu uygulanmış hastalarda kan ile beraber dolaşıma verilen sitratın kalsiyumu bağlayıcı etkisi ile hipokalsemi meydana gelebileceği akılda tutulmalıdır.

Sorumlu yazar:

Dr. Atıf BAYRAMOĞLU

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Acil Tıp AD

[atifbay@gmail.com](mailto:atifbay@gmail.com)

05327767418

## **P99- İLACA BAĞLI EPİLEPTİK KONVULZYON:**

Atıf BAYRAMOĞLU, Ayhan AKÖZ, Sultan Tuna Akgöl GÜR, Mustafa UZKESER,  
Zeynep Gökcan ÇAKIR

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

GİRİŞ VE AMAÇ:

4-aminokinolon türevi olan klorokin sıtma sağaltımında kullanılan ana ilaçlardan biridir. Kandaki terapötik ilaç düzeyine alımını takiben 2-3 saat içinde ulaşırken, karaciğer ve böbrekler yoluyla vücuttan yavaş atılır. Vücuttaki yarılanma ömrü dört gündür. Sıtma tedavisi yanı sıra SLE ve Romatoid artrit gibi otoimmün hastalıkların sağaltımında kullanılmaktadır. Biz burada hidrosikinolona bağlı gelişen bir konvülyon vakasını tartışmayı amaçladık.

VAKA:

Onsekiz yaşında bayan hasta, Epileptik atak şikayeti ile İl dışından Acil Servisimize sevk edilmiş. Anamnezinde yaklaşık 1 ay önce başağrısı, saç dökülmesi ve tüm vücut eklemelerinde ağrı şikayetleri ile merkezimiz Nefroloji bölümüne başvurduğu ifade edildi. Hastanın nefrolojide yapılan değerlendirmesi sonucu SLE tanısı konmuş ve tedavisi düzenlenerek kontrole çağırılmış. Hastanın fizik muayenesinde vital bulguları olağandı, dilinde kesi (konvülyon esnasında ısırmağa bağlı olarak) dışında anormal fizik muayene bulgusu yoktu. Nörolojik muayenesinde GKS 12 olarak (E3M5V4) olarak değerlendirildi.

Hastanın çekilen beyin tomografisinde konvülyona sebep olabilecek bir lezyon tespit edilmedi. Bu arada hastanın 1 ay önce başlanan tedavisinde Plaquenil tablet olduğu ve hastanın bir aydır bunu kullandığı tespit edildi. Hastanın yapılan nöroloji ve dahiliye konsültasyonu sonucu konvülyonun SLE'ye yada Plaquenil tablete bağlı olabileceği düşünüldü. Hasta takip maksadı ile Nöroloji kliniğine yatırıldı ve plaquenil tablet tedaviden çıkartıldı. Gözlem süresince başka atak geçirmeyen hastanın epileptik atağı plaquenil tablete bulunan hidrosiklorokin sülfata bağlandı ve tedavisinin yeniden planlanması için nefroloji polikliniğine yönlendirilerek taburcu edildi.

SONUÇ:

Yeni başlanan tedavilerden sonra görülen konvülyonlarda bu durumun başlanan ilaca bağlı olabileceği düşünülerek hastanın bu açıdan değerlendirilmesi gerekir.

Sorumlu yazar:

Dr. Atıf BAYRAMOĞLU

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Acil Tıp AD

[atifbay@gmail.com](mailto:atifbay@gmail.com)

05327767418

## **P100- ERZURUM İL SINIRLARI DIŞINDAN GÖNDERİLEN SUİCİD GİRİŞİMİ HASTALARININ ÖZELLİKLERİ**

Atıf BAYRAMOĞLU, Sultan Tuna Akgöl GÜR, Mustafa UZKESER, Ayhan AKÖZ, Murat SARİTEMUR, Zeynep Gokcan ÇAKIR  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

### **GİRİŞ VE AMAÇ:**

Son üç yılda Erzurum İl sınırları dışından Acil Servisimize sevk edilen 167 suıcid girişim vakası incelenmiştir.

### **BULGULAR:**

Bunların 112'si (%67.1) kadındır. İlaç içme sebebi ile nedeniyle sevk edilen 141 hastanın (%84.4) içtiği ilaca göre dağılımı şöyledir: Hastaların 39'u (%23.4 ) organofosfat, 41'i (%24.6) antidepresan, 29'u (%17.4) analjezik, 8'i (%4.8) salisilat, 21'i (%12.6) parasetamol, 5'i (%3) antihipertansif, 15'i (%9) antibiotik ve 98'i (%58.7) birden fazla ilaç alımı.

İlaç içme dışında sevk edilen diğer hastalar şunlardır: 7 vaka (%4.2) ilaç içmeye ek olarak yüzeysel kesi, 6 vaka (%3.6) yüksekten atlama, 4 vaka (%2.4) ateşli silah yaralanması, 3 vaka (%1.8) ası, 3 vaka (%1.8) delici kesici alet yaralanması, 2 vaka (%1.2) koroziv madde içme ve 1 vaka yüzeysel vücut kesisine ek olarak doğalgaz zehirlenmesi.

Hastaların 30'unda (%18) daha önceden intihar girişimi öyküsü, 44'ünde (%26.3) daha önceden psikotik hastalık öyküsü mevcuttur. Hastaların ailelerinde intihar girişimi ve psikotik öykü gözlenme sıklığı sırasıyla; 13 (%7.8) ve 15 (%9) dur. Hastaların 136'sının (%81.4) acil servise ve diğer servislere yatışı yapılmış, 20 vaka (%12) taburcu edilmiş, 7 vaka (%4.2) yatışı kabul etmemiş, 1 vaka (%0.6) kendi isteği ile acili terk etmiş, 3 hasta (%1.8) ex olmuştur.

Girişimden acil servise başvuruya kadar geçen süre ortalama 6:34 +/- 3:34 (min. 0.3, max 22:25) dir.

Hastanemizdeki hasta başı maliyet 1694.6 +/- 5506,4 (min. 0, max.63.469) Türk lirasıdır.

**SONUÇ:** İlaç zehirlenmesi olarak acil servisimize en sık organofosfat ve antidepresan zehirlenmeleridir. Başvuru süresinin yaklaşık 6,5 saat olması sebebi ile zehirlenme hastalarının primer ve sekonder bakı ve girişimleri yapıldıktan sonra sevk edilmeleri uygun olacaktır.

Sorumlu yazar:

Dr. Atıf BAYRAMOĞLU

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Acil Tıp AD

[atifbay@gmail.com](mailto:atifbay@gmail.com)

05327767418

## **P101- ÜNİVERSİTE HASTANEMİZDE AORT DİSEKSİYONU TECRÜBELERİMİZ**

**Bilir Ozlem\* Ersunan Gokhan\* Kalkan Asim \* Yeniocak Selman\*\* Yiğit Yahya\***

\* Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

\*\* Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis, İstanbul, Türkiye

Sorumlu Yazar:

Dr. Asim KALKAN

Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı,

53020 Rize / Türkiye

Telephone : +90. 464 217 0366

Fax : +09. 464 217 0367

Email : [drasimkalkan@hotmail.com](mailto:drasimkalkan@hotmail.com)

Word count : 250

### **GİRİŞ-AMAÇ:**

Aort diseksiyonu, tanı konulmadığında ya da tanıdaki gecikme halinde yüksek mortaliteye sahip kardiyovasküler acil durumlardan biridir. Geniş bir semptom yelpazesine sahiptir. Son yıllardaki teknolojik gelişmelerle tanı sıklığında artış görülmektedir. Bu çalışmada, acil kliniğine farklı semptomlarla başvuran ve aort diseksiyonu tanısı alan hastaların demografik özellikleri, başvuru şikayetleri, fizik muayene ve radyolojik özelliklerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

### **YÖNTEM:**

Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Kliniğine Ocak 2009 – Aralık 2011 tarihleri arasında başvuran ve aort diseksiyonu tanısı alan hastaların, hastane kayıtları retrospektif olarak tarandı.

## **BULGULAR:**

Çalışmaya toplam 48 hasta (17 kadın ve 31 erkek) dahil edildi. Yaş ortalaması  $70.18 \pm 11.33$  (yaş aralığı 44-87) idi. Başvuru şikayetleri sıklık sırasına göre göğüs ağrısı (n=13, %27.1), karın ağrısı (n=12, %25), göğüs-sırt ağrısı (n=6, %12.5), karın-sırt ağrısı (n=5, %10.4) ve bilinç kaybı (n=4, %8.3) idi. Hastaların fizik muayene bulguları değerlendirildiğinde, sağ-sol üst ekstremitelerde arasında TA farkı %18.8 (n=9), sağ-sol üst ekstremitelerde arasında nabız farkının % 14.6 (n=7) ve alt-üst ekstremitelerde arasında nabız farkının %27.1 (n=13) olduğu tespit edildi. Diseksiyon tiplerine bakıldığında ise en fazla De Bakey tip III (n=30, %62.5) ve Standfort tip B (n=31, %64.6) mevcuttu. Hastaların %25'i opere edilmiş ve bunlardan sadece %14,6'sı operasyon sonrasında hayatını devam ettirebilmiştir. Hastaların %37,6'sı hastanede farklı ünitelerde hayatını kaybetmiştir.

## **SONUÇ:**

Aort diseksiyonunda en önemli nokta, geniş bir spektruma sahip olan bu acil durumdan şüphelenmek ve erken tanı ile mortalite oranlarında bir azalma sağlayabilmektir. Ancak erken tanı ve tedaviye rağmen yüksek mortaliteye sahip olması nedeniyle hem hastalığı tanımlayıcı hem de risk faktörlerine yönelik geniş toplumsal tarama çalışmalarına gereksinim vardır.

## **P102- DOĞRU TANISI ACİLDE KONULAN BİR PSEUDOANEVRİZMA VAKASI : OLGU SUNUMU**

**Aytül AKSELİ\***, **Aykut AKSELİ\*\***, **Ekim GÜR MEN\*\***, **Hakan ARMAĞAN\*\*\***,  
**Recep DURSUN\*\*\*\***

\*Dr, Aydın Devlet Hastanesi Acil Servis, Aydın

\*\*Dr, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Aydın

\*\*\*Dr, Isparta Gülkent Devlet Hastanesi Acil Servis, Isparta

\*\*\*\*Dr, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis, Van

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Delici kesici alet yaralanmaları sonucunda oluşmuş ağrı, şişme ve kızarıklık olan her lezyona hemen abse tanısı konmamalı bunu pseudo anevrizma olabileceği de düşünölmelidir. Bizim vakamız abse tanısı ile takip edilirken doğru tanısı acil hekimi tarafından konulan bir delici kesici alet yaralanması olduğundan olgu sunumu yapılmaya değer görölmüştür.

**OLGU SUNUMU:** 22 yaşında erkek hastaya 14 gün önce acilde yapılan ilk müdahalesin sol uyluk 1/3 proksimalde ön yüzdeki delici kesici alet yarası acilde sütüre edilmiş ve antibiyoterapi başlanarak ortopedi polikliniğine kontrole çağırılan hasta evine taburcu edilmiştir. 14 gün sonra ise acile sol uyluk bölgesinde şişme ve şiddetli ağrı şikayetleri ile tekrar başvuran hasta “Uylukta Abse” ön tanısı ile ortopedistlerce acilde müşahadeye alınmış ve abse derinde olduğu için ameliyathanede açılacağı belirtilmiştir. Ancak ağrıları opioidlerle kesilmeyen hastanın acil hekimince tekrarlanan muayenesinde lezyonun olduğu bölgede hassasiyet, sertlik ve kızarıklık olduğu ancak sıcaklık farkının olmadığı ve çok zayıf da olsa pulsatil üfürüm duyulduğu tespit edilmiştir. Bunun üzerine iğne ile ponksiyon yapılmış fakat herhangi bir mayi gelmemiştir. Bunun üzerine lezyonun üzerine bir cilt kesisi yapılmış (Figür 1) ve lezyondan kan pıhtıları çıkartılmıştır. 14 gün önce olan bir lezyonda kan pıhtılarına rastlanması anormal olduğundan hastaya renkli doppler USG yapılmış ve pseudo anevrizma saptanmıştır. (Figür 2) Kalp damar cerrahi konsültasyonu istenen hasta o gece acil ameliyata alınmıştır.

**SONUÇ:** Acilde başka bir klinik adına yatmakta olan hastaların da takibinden primer sorumlu olan acil hekimidir. Bu nedenle acil hekimi acil servisteki her hastayı kendi hastası olarak sahiplenmeli gerekirse mevcut tanıdaki eksiklik ya da yanlışları düzeltmek için gereken invazif girişimleri de yapmalıdır.



**Figür 1:** Cilt kesisi yapılarak kan pıhtıları çıkartılan lezyon bölgesi





**Figür 2:** Renkli doppler ultrasonografide 11 mm lik pseudoanevrizma lezyonunun görünümü



## P103- PSÖDONÖBET

Mehmet ÇIKMAN<sup>1</sup>, Süber DİKİCİ<sup>2</sup>, Ayhan SARITAŞ<sup>1</sup>, Davut BALTAÇI<sup>3</sup>, Melik ÇANDAR<sup>1</sup>, Hayati KANDIŞ<sup>1</sup>, **Mücahit EMET**<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>2</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>3</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>4</sup> Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Erzurum, TÜRKİYE

**Giriş:** Psödonöbetler, santral sinir sistemi disfonksiyonu ile ilişkisi olmayan, epileptik ataklara benzeyen klinik durumlardır. Psödonöbetlerin epileptik nöbetlerden ayırımı zordur. Psödonöbetlerin epileptik nöbet gibi tedavi edilmesi gereksiz ve uygunsuz antiepileptik kullanımına neden olmaktadır.

**Olgu:** 20 Yaşında bayan hasta tüm vücudunda kasılmaların olması sebebiyle acil servisimize getirildi. Bilinen başka bir hastalığı olmayan hastanın daha önce de kasılmalarının olduğu ve bu kasılmalarının iki ay önce erkek arkadaşı ile evlenmesine müsaade edilmemesi sonrasında başladığı bilgisine ulaşıldı. Hastanın kasılmalarının acile gelişinden yaklaşık 40 dakika önce başlamış. Hastada alt ve üst ekstremitelerde düzensiz, asimetrik ve asenkronize klonik hareketler ile pelvik itme hareketi belirgindi. Gözler kapalı ve göz hareketi yoktu. Dilini ısırmayan ve üriner inkontinansı olmayan hastanın, nöbet öncesinde ve sırasında herhangi bir ses veya çılgılığı olmadığı öğrenildi, acile geldikten sonra da herhangi bir vokalizasyonu olmadı. Vital bulguları; TA: 130/70 mmHg, Nb: 80/dk, SS: 14/dk, Ateş:36.8°C. Elektrokardiyografi normal sinüs ritminde idi. Atipik kasılmaları olan hastadan istenen tam kan sayımı, böbrek fonksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Prolaktin seviyesi normalin minimal üzerinde ölçüldü. İnteriktal ve postiktal elektroensefalografi çekildi. elektroensefalografide epilepsi lehine herhangi bir bulguya rastlanmayan hasta nöroloji konsültasyonu sonrasında psödonöbet tanısı ile psikiyatriye yönlendirildi.

**Sonuç:** Her gün acil servislere nöbet geçirme şikayeti ile bir çok hasta getirilmektedir. Bu hastaların bir kısmı psödonöbet hastalarıdır. Psödonöbeti olan hastaların gereksiz antiepileptik tedavi aldıkları ve gereksiz girişimlere ile karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. Psödonöbetlerin epileptik nöbetlerden doğru bir şekilde ayırt edilmesi, doğru tanı ve dolayısıyla da doğru tedavi yapılabilmesi için büyük önem arz etmektedir.

### **Sorumlu Yazar**

Yrd. Doç. Dr. Ayhan SARITAŞ  
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD-DÜZCE  
Tel: 0531 904 1000  
e-mail: a\_saritas\_@hotmail.com

## **P104- İNKARSERE FEMORAL HERNİYLE KARIŞAN NADİR BİR OLGU: RETROPERİTONEAL LENFOMA**

Dr. Yusuf TANRIKULU<sup>1</sup>, **Dr. Ethem ACAR**<sup>2</sup>, Dr. Ceren ŞEN TANRIKULU<sup>2</sup>,  
Dr. Ayetullah TEMİZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Erzurum

<sup>2</sup> Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Erzurum

### **Giriş ve amaç:**

Femoral herni nadir görülen bir fitik türü olup bayanlarda daha sık görülmektedir. İnguinal herniler içerisinde inkarserasyon riski daha yüksektir. Fitik kesesi içerisinde ince barsak, apandiks, meckel divertikülü, sigmoid kolon, over ve tubalar gibi birçok organ girebilir ve inkarsere olabilir. Bu çalışmada inkarsere femoral herni bulgusu veren reteroperitoneal kaynaklı bir lenfoma olgusu sunulmaktadır.

### **Olgu:**

62 yaşında bayan hasta sol kasıkta ağrı ve ele gelen şişlik şikayeti ile acilde başvurdu. Anamnezinden şişlik şikayetinin 10 gündür olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde sol femoral bölgede redükte olmayan 6x8 cm lik kitle palpe edildi. Yapılan ultrasonografisinde içerisinde srangüle barsak ve mezenter segmentlerinin olduğu inkarsere femoral herni tespit edildi. Doppler ultrasonda kanlanmasının olmadığı görüldü. Hasta inkarsere femoral herni tanısıyla ameliyata alındı. Gözlemde direkt-indirekt herni saptanmadı. Femoral bölgede yaklaşık 10x8 cmlık kitlesel oluşumlar saptandı. Transvers faysa açılarak kitlenin devamı görülmeye çalışıldı. Kitlenin batınla bağlantısının olmadığı retroperitondan kaynaklanan kitle olduğu görüldü. Kitle parsiyel eksize edildi. Ardından fitik onarımı yapıldı. Patoloji sonucu non-hodgkin lenfoma olarak geldi. Takiplerinde kliniği düzelen hasta hematoloji kliniğine sevk edildi.

### **Tartışma ve Sonuç:**

Femoral herni bayanlarda sık görülen bir fitik türü olup inkarserasyon riski oldukça yüksektir. İnkarsere hernilerde tedavi yöntemi cerrahi olup tedavide gecikmelere morbidite ve mortalitelere neden olmaktadır. Femoral hernilerin ayırıcı tanısında reteropetioneal kaynaklı kitleler çok nadir olarak görülmekte olup yine de akılda tutulmalıdır. Şüphelenilen vakalarda iyi bir anamnez alınmalı ve ileri görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır.

Sorumlu Yazar: Dr. Ethem ACAR

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi

Erzurum, 25070-Türkiye

Tel: +90 0442 232 5555/5116

Fax: 0442-232 50 25

e-mail: dr.ethemacar@hotmail.com

## P105- ACİL SERVİSTE RENAL İNFARKT: OLGU SUNUMU

**Zeynep GÖKCAN ÇAKIR\*, Tuna AKGÖL GÜR\***, Atıf BAYRAMOĞLU\*, Murat SARITEMUR\*

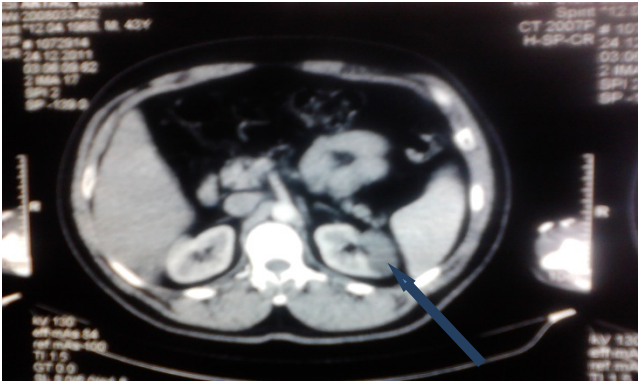
**\*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D-Erzurum**

**GİRİŞ:** Renalinfarkt nadir görülen bir klinik problemdir. Acil servis başvurularının ortalama %0.007'si civarındadır. Ateroskleroz, polisitemi, lupus, travma ve mitral stenoz, atrialfibrilasyon, miyokardiyalinfarktüs gibi kardiyak faktörler çoğunlukla primer sebeptir. Hastalar genellikle karın, yan ve sırt ağrısı (sırasıyla sıklık %65, %53, %29)şikayetleriyle başvururlar. Bu silik ve spesifik olmayan semptomları nedeniyle sıklıkla geç ve/veya yanlış teşhis edilir. Son yıllarda kontrastlı bilgisayarlı tomografi görüntülemesi tanının doğrulanması ya da dışlanmasını kolaylaştırmıştır.

**OLGU:** İki gündür devam eden sol yan ağrısı nedeniyle acil servise başvuran 43 yaşında erkek hastaya tedaviye dirençli ağrı nedeniyle yapılan kontrastlı batın bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde sol renal arterde stenoz ve buna bağlı sol böbrekte segmentalinfarktteşhis edildi.(Resim). Hastadarenalinfarktın sebebi olabilecek primer patoloji tespit edilemedi. Konservatif olarak takip edilen hasta, böbrek fonksiyonları açısından komplikasyon gelişmemesi üzerine taburcu edildi. Hastanın takibinde de altı aylık sürede herhangi bir komplikasyona rastlanmadı.

**SONUÇ:**Renalinfarkt tanısı genellikle klinik şüpheye dayanır.Renal kolik gibi yan ve karın ağrısı yapan birçok sebebi taklit edebildiği için acil serviste atlanılması kolay tanılardandır. Acil servis hekimleri karın, bel ve yan ağrısı şikayeti olan hastaların klinik yönetimi sırasında renalinfarkt tanısını da aklında bulundurmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Renalinfarkt, karın ağrısı, yan ağrısı



**İletişim Bilgileri:** Doç. Dr. Zeynep GÖKCAN ÇAKIR

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D-Erzurum

Tlf: 0442 3166303-1463

E- mail: zeynepgcaKir@gmail.com

## **P106- ACİLE KAFA TRAVMASI İLE BAŞVURAN HASTADA EPİDURAL HEMATOM VE SUBARAKNOİD HEMORAJİ: OLGU SUNUMU**

**Aytül AKSELİ\***, **Aykut AKSELİ\*\***, **Bekir DAĞLI\*\***, **Hakan ARMAĞAN\*\*\***, **Recep DURSUN\*\*\*\***

\*Dr, Aydın Devlet Hastanesi Acil Servis, Aydın

\*\*Dr, Adnan Menderes Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Aydın

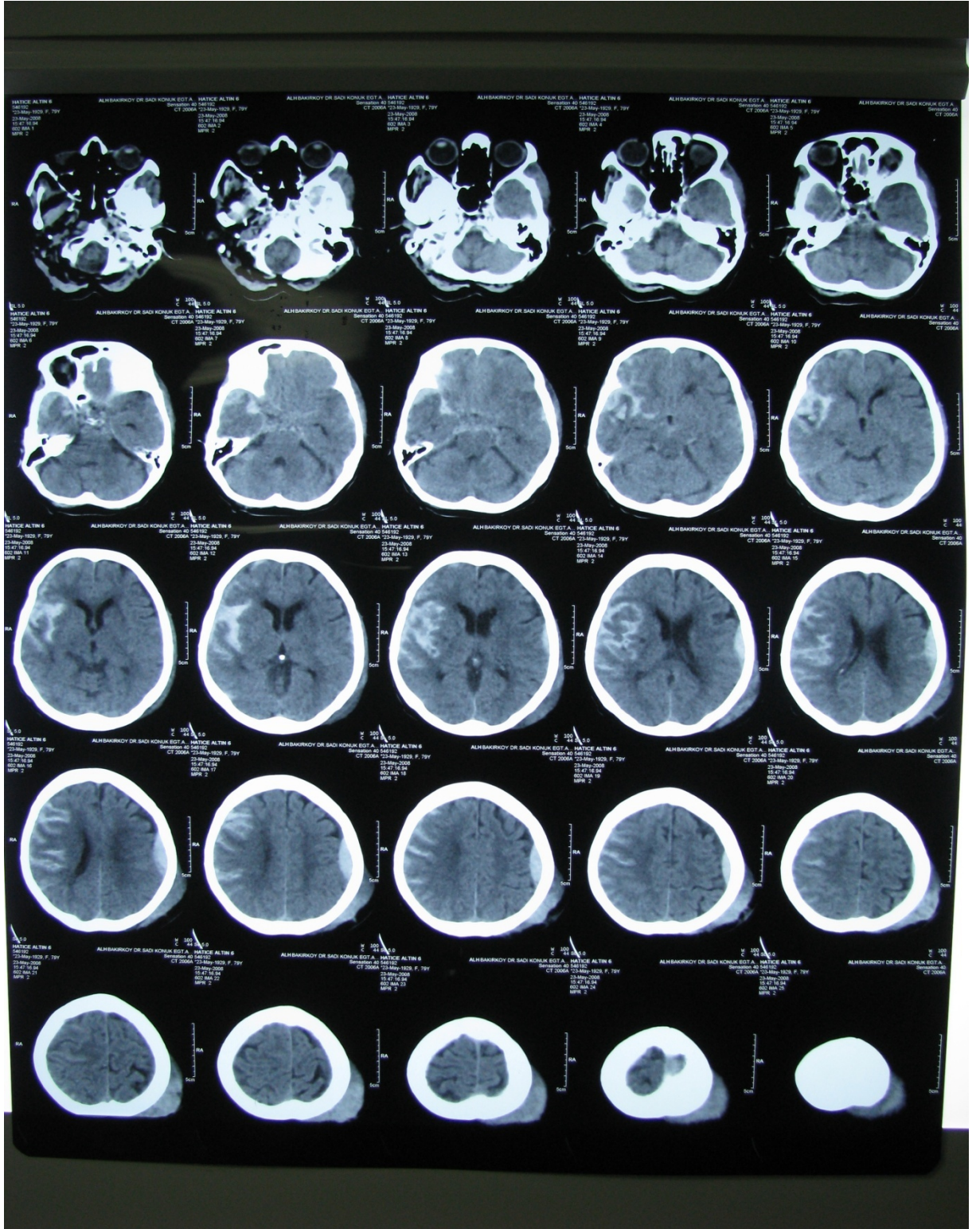
\*\*\*Dr, Isparta Gülkent Devlet Hastanesi Acil Servis, Isparta

\*\*\*\*Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis, Van

**GİRİŞ ve AMAÇ:** Dünya literatüründe kranial travma hastalarının Bilgisayarlı Beyin Tomografilerinde (Beyin BT) Epidural Hematom ve Subaraknoid Hemorajinin (SAK) birlikte görüldüğü vaka sayısı çok azdır. Bizim vakamızda Beyin BT de Epidural kanama ve epidural kanama olan bölgenin sanki kontur-kup lezyonuymuş gibi görülen SAK bulunduğundan vakamız olgu sunumu yapılmaya değer görülmüştür.

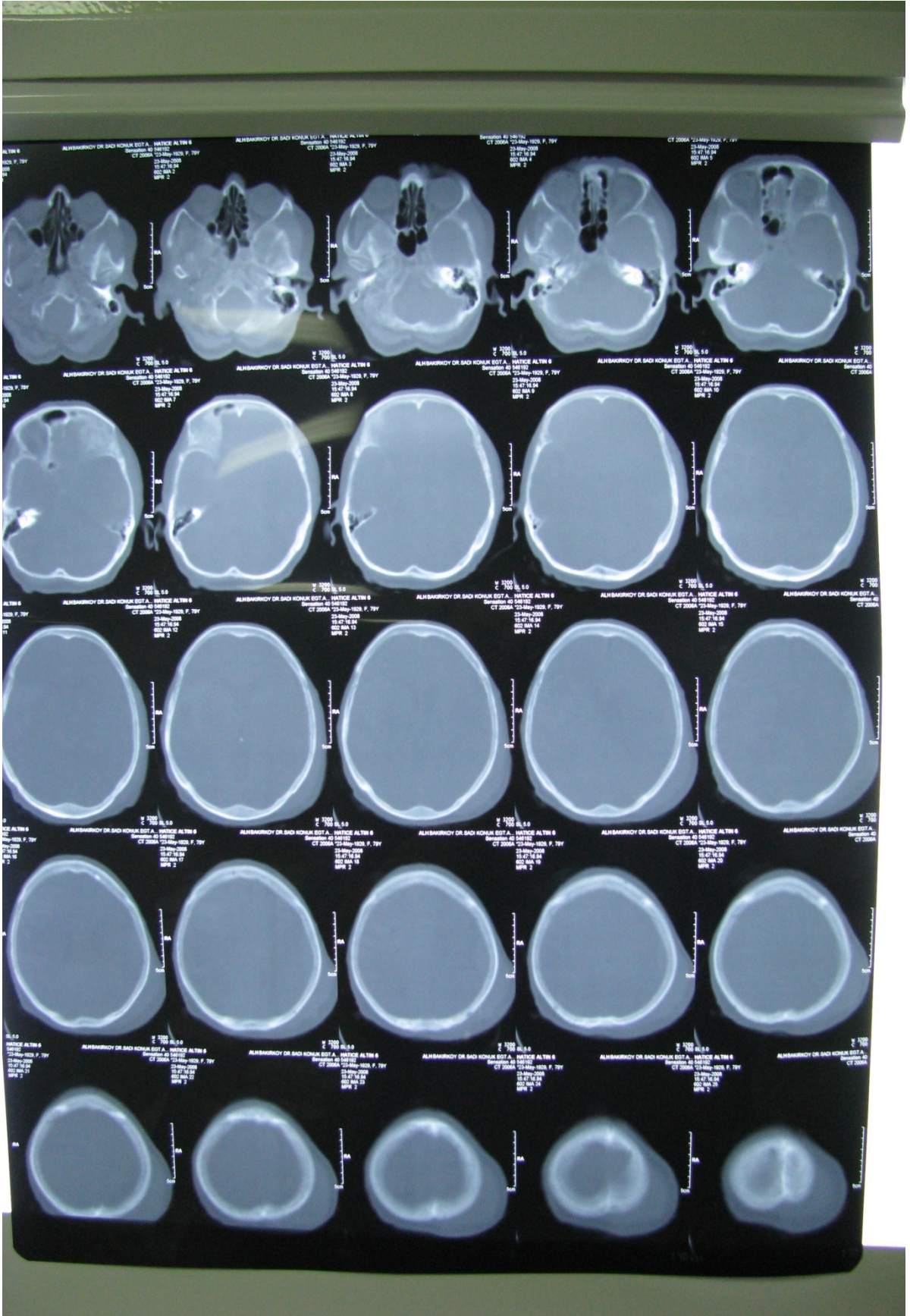
**OLGU SUNUMU:** Araç Dışı Trafik Kazası vakası olarak ambulansla acil servise getirilen 79 yaşındaki bayan hastanın Fizik Muayenesinde uyukuya meyilli, GKS 13 (E3M6V4). TA: 240/120 mmHg. SpO2:95, Sol parieto-okspitalde yaklaşık 10x10 cm boyutunda ödem, abrazyon ve ekimoz mevcut. Tetkik sonuçlarını beklerken hastanın GKS 11 (E3M5V3) olması üzerine nöroşirurji ve anestezi konsültasyonları istenen hasta yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatırılıyor. Hastanın Beyin BT sinde sol parieto-okspital bölgedeki cilt altı hematoma altında bir Epidural hematom ve bu bölgenin karşısına uyan Sağ frontal bölgede Subaraknoid Hemoraji (SAK) olduğu, kemik pencerede ise fraktür olmadığı görülüyor. (Figür 1 ve Figür 2) YBÜ ndeki beşinci gününde fenalaşarak kardiyopulmoner arrest olan hasta entübe ediliyor ancak ilerleyen saatlerde ex oluyor. Bu hasta bir hipertansiyon hastası olup geçirdiği bir hipertansiyon atağı sonucu sağ frontal bölgedeki silvian fissür ile uyumlu alanda SAK geçirmektedir. Hastamız SAK ın getirdiği denge bozukluğu nedeniyle kaldırıldaki bir arabanın park yerinden çıkmak için geri manevra yaptığını fark edememiş ve bu araba hastamıza hafifçe vurarak yere düşmesine ve kafasını sert zemine çarpmasına neden olmuştur.

**SONUÇ:** Şiddetli kafa travması vakalarının Beyin BT lerinde kontur-kup lezyon görülebilir. Ancak kontur-kup lezyonlar genellikle “kontüzyon” şeklindedir. Kontur-kup lezyonla uyumlu olabilecek bir lokasyonda SAK varsa bunun bir anevrizma rüptürü olabileceği de mutlaka düşünülmelidir.



Figür 1: Beyin BT de Parenkim görüntüsü





Figür 2: Beyin BT de kemik pencere görüntüsü

## P107- SPONTAN HEMOPNÖMOTORAKS

Semih KORKUT<sup>1</sup>, Ayhan SARITAŞ<sup>1</sup>, M. Ercüment FİLİK<sup>2</sup>, Leyla Yılmaz AYDIN<sup>3</sup>, Davut BALTACI<sup>4</sup>, Zeynep Gökcan ÇAKIR<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>2</sup> Düzce Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Düzce, TÜRKİYE

<sup>3</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Düzce, TÜRKİYE

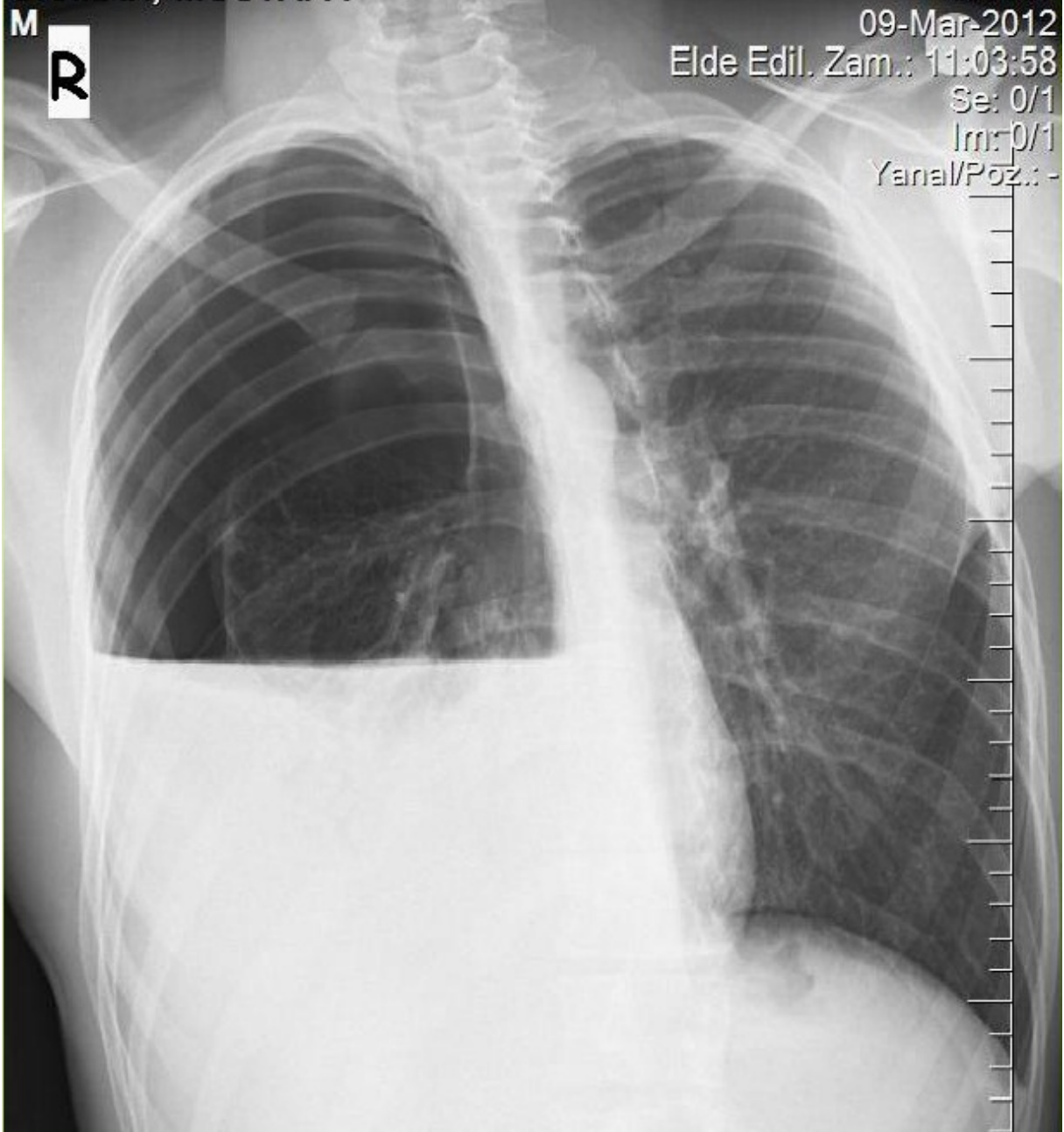
<sup>4</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>5</sup> Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Erzurum, TÜRKİYE

**Giriş:** Hemotoraks, spontan pnömotoraksa nadiren eşlik eden bir hastalık olup, klinik tablo spontan hemopnömotoraks olarak adlandırılır. Spontan pnömotoraksli olguların %1-12'sinde spontan hemopnömotoraks gözlenebilir. Genellikle visseral ve parietal plevra arasındaki yapışık alanlarında bulunan küçük damarların rüptürü sonucunda oluşur.

**Olgu:** 22 yaşında erkek hasta acil servise bir haftadır göğsünün sağ tarafında ağrı ve birkaç gündür olan nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Bir gece önce oturarak uyuyabildiğini yatarak uyuyamadığını ifade etti. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde son bir hafta içerisinde aynı şikayetlerle üç farklı doktora gittiğini söyledi. Hastanın özgeçmişinde bilinen bir hastalığı yok. Sigara dışında kötü alışkanlığı bulunmuyor. Hastanın fizik muayenesinde sağ akciğerde solunum sesleri orta zonlara kadar alınmıyor. Hastanın oksijen saturasyonu %96, tansiyon arteriyel 102/66 mmHg, nabız 154/dk, ateş 36.2<sup>0</sup>C. Elektrokardiyografi normal sinüs ritminde, PA akciğer grafisinde sağ akciğerde hemopnömotoraks saptandı (Resim 1). Spontan hemopnömotoraks tanısı ile hastaya lokal anestezi altında toraks tüpü yerleştirildi ve kapalı su altı drenajına alındı. Göğüs tüpünden 2000 cc'ye yakın hemorajik mayi boşaltıldı. Hastanın toraks tüpünden gelen hemorojik mayinin artması üzerine torakomiye alındı. Torakotomide apeks bölgesinde plevral alandaki damarların genişlemiş olduğu ve brid kopmasına bağlı kanadığı görüldü. Kanama kontrol altına alındı. Hasta göğüs cerrahisi servisinde takip sonrası salih ile taburcu edildi.

**Sonuç:** Spontan hemopnömotoraksta akciğer kollabe olduğu için tamponlama yeteneği yoktur. Küçük bir kanama odağı bile hayatı tehdit edecek kan kayıplarına neden olabilir. Solunum sıkıntısı, ani başlayan batır tarzda göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda spontan pnömotoraksa eşlik eden hemotoraksın olabileceği de düşünülmelidir. Spontan hemopnömotoraks olgularında konservatif tedavi sonrası torakotomi tedavi ihtimalinin yüksek olduğu akılda tutulmalıdır.



**Resim 1:** Sağ Akciğerde Hemopnömotoraks Görüntüsü

**Sorumlu Yazar**

Yrd. Doç. Dr. Ayhan SARITAŞ  
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD-DÜZCE  
Tel: 0531 904 1000  
e-mail: a\_saritas\_@hotmail.com



## P108- TETANOZ

AKÖZ A.\*, BAYRAMOĞLU A.\*, SARITEMUR M.\*,AKGÖL GÜR S. T\*.,

ASLAN S.\*

\*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D-Erzurum

**GİRİŞ:** Tetanoz, sporlu bir basil olan ClostridiumTetani tarafından salgılanan nörotoksin ile oluşan, ölümcül seyreden, tonik kasılmalarla karakterize bir enfeksiyon hastalığıdır. Tetanozun kuluçka dönemi birkaç günden birkaç haftaya kadar uzayabilir. Hastalığın ön belirtileri huzursuzluk, aşırı duyarlılık ve baş ağrısıdır.En önemli belirtileri;çiğneme kaslarından başlayarak çene kilitlenmesine (trismus) ve yutma güçlüğüne yol açan, sonra da ense ve sırtayayılan kas kasılmalarıdır. Yüz kasları kasılmasıyla risussardonicus (sürekli sırtıma) ifadesi belirir. Gövde ve ense kaslarının kasılması ile baş geriye gelirken, gövde yay biçiminde öne doğru çıkar (opistotonus). Başlangıçta hastanın bilinci yerindedir.İlk belirtilerin ortaya çıkmasından yaklaşık üç gün sonra zihinsel etkinlik azalmaya başlar. Daha sonra görece hafif olgularda krizler gittikçe seyrekleşir ve birkaç hafta içinde kaybolur. Tetanoz tanısı anemnez ile birlikte klinik bulgularla konur, yarada Clostridiumtetani bakterisine olguların üçte birinde rastlanır. Tedavide anaeroplara etkili antibiyotikler, tetanoz aşısı, tetanozimmünglobulin,tetanik spazmlarıönleyici ilaçlar uygulanmalı.İyileşme sonrasında hastalık bağışıklık bırakmadığı için hasta aşılanmalıdır.

**VAKA:** 40 yaşında erkek hasta çenede kilitlenme, tüm vücutta kasılma ve ajitasyonladış merkezde bir hastaneye başvurmuş. Anamnez derinleştirildiğinde yaklaşık 20 gün önce hastanın sol ayağına çivi battığı öğreniliyor.İntaniye uzmanı tarafından tetanoz düşünülen hasta merkezimize sevk ediliyor. Hasta geldiğinde genel durumu kötü, oryantasyon ve kooperasyon bozuk, bilinç konfü idi. Vitalleri;ateş: 37.9°C, tansiyon arteriyel: 130-85 mm/Hg, nabız: 105/dk, solunum sayısı: 26/dkidi. Ense sertliği pozitif. Hastanın 5-6 dakikada bir gelen 30-40 saniye kadar süren yaygın kasılmaları oluyordu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvarında; beyaz küre: 13.900/mm<sup>3</sup>, eritrosit sedimantasyon hızı:68 mm/saat idi.Hastaya tetanoz aşısı ve tetanozimmünglobulini uygulandı. Penisilin ve IV metranidazol başlandı. Kasılmaları için Diazem verilmesine rağmen yeterli etki sağlanamayınca propofolve verkuronyum IV verildi. Hasta entübe edildi. İntaniye konsültasyonu sonrası Anestezi yoğun bakıma yatırıldı. Hasta bir gün sonra yoğun bakımda arrest oldu.

**SONUÇ:**Tetanoz nadir görülmesine rağmen mortalitesi yüksek olduğundan tedavide gereken hassasiyetin gösterilmesinin yanında korunma amaçlı aşılama mümkün olduğunca yaygınlaştırılmalı.

**Anahtar sözcük:**Tetanoz, aşı, immunglobulin

**İletişim Bilgileri:** Doç. Dr. Şahin ASLAN

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D-Erzurum

Tlf: 0442 3166303-1463

E- mail: saslan29@gmail.com

## **P109- ULTRASONOGRAFİ İLE TESPİT EDİLEN STERNUM KIRIĞI**

Melik ÇANDAR<sup>1</sup>, Ayhan SARITAŞ<sup>1</sup>, Ramazan BÜYÜKKAYA<sup>2</sup>, Hayati KANDİŞ<sup>1</sup>, Harun GÜNEŞ<sup>1</sup>, Mücahit EMET<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Düzce, TÜRKİYE

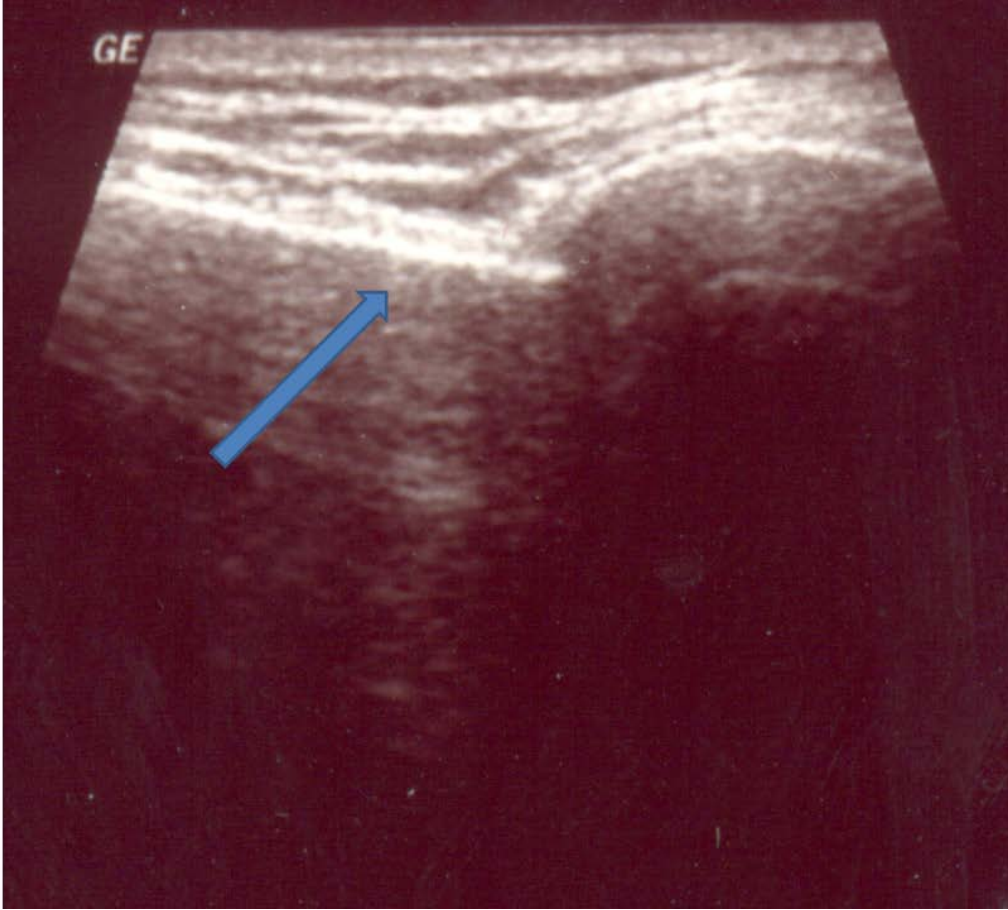
<sup>2</sup> Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Düzce, TÜRKİYE

<sup>3</sup> Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Erzurum, TÜRKİYE

**Giriş:** Özellikle künt toraks travmalarında ileri yaşla birlikte elastisitesini kaybeden toraks duvarı nedeniyle sternum kırıkları yaşanabilir. Ancak Sternum kırığı şüphesinde, kırığın klinik bulgularının yanında görüntülenmesi de gerekir. Bu amaçla çekilen lateral sternal grafi çoğu zaman görüntüyü kirleten artefaktlar nedeniyle tanı koydurucu olmaz. Bu durumlarda sıklıkla başvuru yöntem ise bilgisayarlı tomografidir. Ancak kırık şüphesinin güçlü olmayışı, tomografinin hazırlığı, radyasyonu, hastanın stabilizasyonu gibi birçok neden bizi daha kolay ulaşılabilir ve daha hızlı bir görüntüleme yöntemine iter. Bunun da günümüzdeki yeni yolu ultrasonografidir.

**Olgu:** 75 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası nedeniyle acil servise kabul edildi. Vital bulguları stabildi; Tansiyon Arteriyel: 140/90 mmHg, Nabız: 110 atım/dk, Solunum sayısı: 20/dk idi. Dinlemekle her iki hemitoraks solunuma eşit katılmakta, ancak hastanın solunum esnasında ağrısı mevcuttu. PA akciğer grafisinde hemopnömotoraks izlenmedi. Lateral torakal grafide ise sternum net değerlendirilemiyordu. Acil serviste hastanın yüzeysel ultrasonografi probu ile sternum dikkatle vizualize edildi. Periostun bütünlüğü hiperekoik hat takip edilerek kontrol edildi. Manibrium sterninin 5 cm üstünde periostun bütünlüğünün bir anda kesildiği ve takip eden periostta devamlılığın yeniden sağlandığı görüldü. Tam bu noktada sternum içinde ve yumuşak dokuda hipoekoik alanlar da izlendi ve hematoma ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın gerekli medikal tedavisi ve müşahedesi tamamlandıktan sonra poliklinik kontrolleri önerilerek taburcu edildi.

**Sonuç:** Sternum kırığının tespit edilmesinde hastanın klinik durumu ve direk grafilerde şüphede kaldığımızda ya da ilk değerlendirme esnasında hastanın stabilizasyonu sağlandıktan sonra non-invaziv bir yöntem olan ultrasonografi ile inceleme akılda bulundurulmalıdır.



**Resim 1:** Sternum kırığı

**Sorumlu Yazar**

Yrd. Doç. Dr. Ayhan SARITAŞ  
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD-DÜZCE  
Tel: 0531 904 1000  
e-mail: a\_saritas\_@hotmail.com

## **P110- ASANSÖR KAPISINDA SIKIŞMAYA BAĞLI VENA CAVA SUPERİOR SENDROMU: OLGU SUNUMU**

**Aytül AKSELİ\***, **Aykut AKSELİ\*\***, **Fatih TÜRKMEN\*\***, **Mücahit AVCİL\*\***, **Recep DURSUN\*\*\*\***

\*Dr, Aydın Devlet Hastanesi Acil Servis, Aydın

\*\*Dr, Adnan Menderes Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Aydın

\*\*\*Dr, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis, Van

**GİRİŞ ve AMAÇ:** Vena Cava Superior (VCS) Sendromu VCS kompresyonu sonucunda oluşan vücudun boyun ve baş bölgelerindeki venöz kan dönüşünün basıya bağlı obstrüksiyonu ile kanın bu bölgede göllenmesiyle karakterize olan bir sendromdur. Ancak genellikle tümör vb oluşumlar sonucu meydana gelirken bizim vakamızda VCS un travmatik olarak 15 dakika kadar mekanik basıya uğraması sonucunda oldukça demonstratif bir VCS sendromu vakası ortaya çıkmıştır.

**OLGU SUNUMU:** 9 yaşında erkek hasta asansörden inmeye çalışırken asansörün iki katın arasında kaldığını fark etmemiş bu sırada asansörün hareket etmesi ile sağ omzu ve sağ göğsünden asansör ve kat arasına sıkışmış ve yaklaşık 15 dakika kadar bu şekilde kaldıktan sonra kurtarılarak hastaneye getirilmiştir. Hastanın sağ klavikulasında fraktür ve sağ 4. kostasındaki fraktür haricinde lezyonu bulunmamaktadır. Sağ akciğerde üst lobda hafif kontüzyonu ilerlememiş ve zamanla gerilemiştir. Hastanın vital bulguları stabil olup damar yaralanması da yoktur. Figür 1,2 ve 3 de görüldüğü gibi hastanın skleralaları tamamen hemorajik, dil altı hemorajik, boyun ve başta venöz konjesyona bağlı olarak pek çok purpura peteşi benzeri mor renkli cilt lezyonları mevcuttur. Hasta 7 gün kadar acilde müşahade altında tutulmuş olup sadece destek tedavisi uygulanmış, klavikula fraktürü velpau bandajına alınmıştır. Günden güne cilt rengi düzelmiş skleralaları düzelen hasat sonrasında taburcu edilmiştir.

**SONUÇ:** Tıpta hiçbir şey iki kere iki dört eder diye kesin değildir. VCS sendromuna illaki tümör ve benzeri oluşumlar yol açar diye bir kuralın olmadığı travmaya bağlı basılarla da VCS sendromu olabileceğinin en güzel örneği bu vakadır.



Figür 1





Figür 2



Figür 3

## P111- Antikoagölan Tedavi Altındaki Bir Hastada İskemik İnme

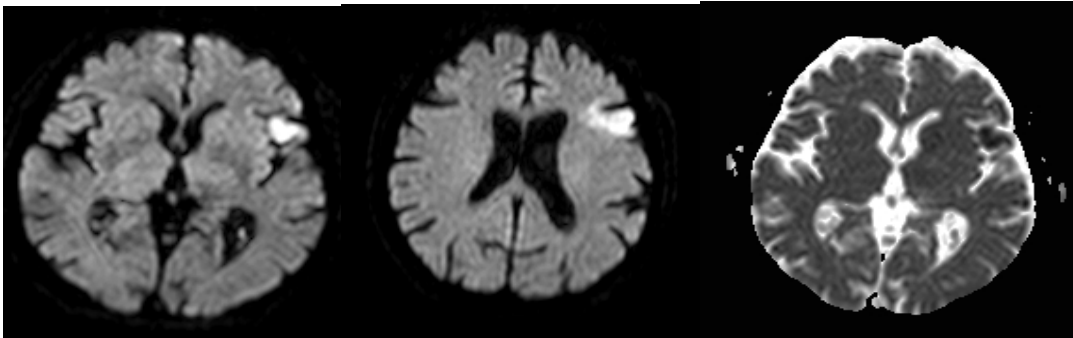
Hızır Ufuk AKDEMİR, Canan ŞAHİN, Yahya ŞAHİN, Meltem İNCE, Yücel YAVUZ

**GİRİŞ-AMAÇ:** Dünyada en sık üçüncü ölüm nedeni olan İnme, tedavi maliyeti ve iş gücü kaybının yüksek olması nedeniyle önemli bir hastalıktır. Tüm inmelerin %80'ini iskemik inmeler, bu grubun da önemli bir kısmını antikoagölan tedavi endikasyonu olan hastalar oluşturur. Bu makalede acil servisimize konuşamama şikayeti ile başvuran, kalp kapak replasmanı nedeni ile varfarin kullanan ve yapılan tetkikler sonucunda iskemik inme tanısı alan bir hasta sunulmuştur.

**OLGU:** Yetmiş üç yaşında erkek hasta acil servisimize ani gelişen konuşamama şikayeti ile başvurdu. Hasta ve yakınlarından; konuşulanları anlayabildiği, taraf bulgusu, ağızda kayma ve görme kaybı şikayeti olmadığı ve beş dakika içinde kendiliğinden düzeldiği öğrenildi. Özgeçmişinde hipertaniyon ve kalp kapak replasmanı mevcuttu. Hasta düzenli olarak silazapril 2.5 mg tablet 1x1 ve varfarin (bir gün tam, bir gün yarım) kullanmakta idi. Fizik muayenede; kan basıncı: 150/90 mmHg, nabız: 88/dakika (aritmik), solunum sayısı: 20/dakika ve ateş: 36 °C idi. Hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, koopere ve oryante idi. Nörolojik muayenesi normal sınırlarda olan hastanın rutin laboratuvar tetkiklerinde özellik yoktu. INR değeri 2.5 olarak ölçülen hastanın elektrokardiyografi (EKG)'sinde kalp hızı yaklaşık olarak 115/dakika ve ritim atrial fibrilasyon idi. Hastanın beyin bilgisayarlı tomografi (BBT)'sinde özellik saptanmazken çekilen diffüzyon magnetik rezonans görüntüleme (MRG)'de sol frontotemporalde akut enfarktla uyumlu diffüzyon kısıtlanması olduğu görüldü (Şekil 1,2). Hastanın yapılan ekokardiyografisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Nöroloji ve Kardiyoloji ile konsülte edilen hasta INR düzeyinin 3-3.5 arasında tutulması ve nöroloji-kardiyoloji poliklinik kontrolü önerisi ile taburcu edildi.



Şekil 1



Şekil 2



**SONUÇ:** İnme acil servise sık başvuru nedenlerindedir ve hemorajik-iskemik ayırımı görüntüleme yöntemleri ile yapılır. Mekanik prostetik kalp kapağı bulunan hastalarda emboli riski çok yüksektir, uygun antikoagülan tedavi altındaki hastalarda bile bu oran %2–4 civarındadır. Acil servis hekimi antikoagülan tedavi alan hastalarda, anamnez ve/veya fizik muayene bulgularının varlığında inme düşünmeli, hemorajik-iskemik ayırımı açısından gerekli görüntüleme yöntemlerini kullanmalı ve kesin tanıya ulaşmalıdır.

***Yazışma Adresi:***

*Hızır Ufuk AKDEMİR*

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

*Samsun, Türkiye*

*GSM: 0532 333 17 43*

*e-mail: hufukakdemir@hotmail.com*

## **P112- HER YÜZ KESİSİNE MUTLAKA PLASTİK CERRAHİ KONSÜLTASYONU GEREKİRMİ: OLGU SUNUMU**

**Aytül AKSELİ\***, **Aykut AKSELİ\*\***, **İsmail Murat OK\*\***, **Emine MARÇIL\*\*\***, **Recep DURSUN\*\*\***

\*Dr, Aydın Devlet Hastanesi Acil Servis, Aydın

\*\*Dr, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Aydın

\*\*\*Dr, Konya Numune Devlet Hastanesi Acil Servis, Konya

\*\*\*\*Dr, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis, Van

**GİRİŞ ve AMAÇ:** Genellikle acildeki yüz kesilerinde acil hekimleri hemen plastik cerrahi konsültasyonu istemeye meyillidir. Oysa pek çok vaka acil hekimleri tarafından suture edilebilir yeterki doğru sutureasyon teknikleri uygulansın.

**OLGU SUNUMU:** 28 yaşında erkek hasta sürücü olduğu kendi aracında kaza geçirek yüzünü ön cama çarpmış. Sağ göz çevresi, kaş ve alnı içine alan parçalı düzensiz bir cam kesisi ile acile getirmiştir. (Figür 1) Hastanın Glaskow koma skoru 15 olup nörolojik muayenesi normal, yüzündekinin haricinde vücudunda herhangi bir lezyonu yok. Göz muayenesinde glob hareketleri ve göz kapağı hareketleri doğal. Sistemik fizik muayene bulguları doğal. TA:125/75 mmHg. Hasta için multitravmaya yönelik rutin tetkikler istenmiş olup tüm tetkik sonuçları normal gelmiştir. Hasta plastik cerrahinin gelmesini istemediğini biran önce acilde yüzünün dikilmesini istediğini söylemiştir (Figür 1) Hastanın yarası acil hekim tarafından 35 dakikalık bir sürede suture edilmiştir. Önce yara içindeki yabancı cisimler çıkartılmış ve yara serum fizyolojik ile yıkanmıştır. Yara 5/0 prolene ile suture edilirken cilt çizgilerinin tam karşı karşıya getirilmesine dikkat edilerek basit sutureasyon tekniği uygulanmış, köşelerde ise cilt altından geçen köşe sutureasyonu uygulanmıştır. Göz kapağı suture edilirken penset ile göz kapağı askıya alınmıştır. (Figür 2) Hastaya antibiyoterapi başlanarak günlük pansumanlarını düzenli yapması ve 7 gün sonra suturelarının alımı için gelmesi söylenerek taburcu edilmiştir. Hasta 7 gün sonra acile geldiğinde lezyonun tamamen kapanmış olduğu, anormal bir kontraksiyonun olmadığı ve göz kapağı hareketlerinin de tamamen normal olduğu görülmüştür. (Figür 3)

**SONUÇ:** Acile başvuran yüz kesilerinin çoğu acil hekim tarafından suture edilebilir kesilerdir. Eğer sinir ve damarlarda kesi yoksa yüz kesileri acil hekimleri tarafından suture edilmelidir.



**Figür 1:** Sütüre edilmeden önce lezyonun görünümü





**Figür 2:** Sütüre edilirken lezyonun görünümü



**Figür 3:** Süturasyondan 7 gün sonra lezyonun görünümü

### **P113- Acil Servise Başvuran Travmaya Bağlı Ölümlerin Değerlendirilmesi**

Yücel Yavuz, Bülent Şişman, Celal Katı, Latif Duran, Hızır Ufuk Akdemir, Mehmet Altuntaş  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

**Giriş-Amaç:** Travma genç yaştaki mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenidir. Bu çalışmada acil servise başvuran ve acil serviste ölen travma hastalarının geriye dönük olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Geriye dönük olarak yapılan bu çalışmada, 1 Haziran 2008 ve 31 Mayıs 2011 tarihleri arasında hastanemizin acil servisine getirilen ve acil serviste ölen travma hastalarının dosyaları incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, travma nedeni, travmanın oluş zamanı ve acile getiriliş saati, travma yeri, Gloskow Koma Skalası(GKS) değerleri, yaralanma şiddet ölççeği (ISS) değeri, vücuttaki yaralanma bölgesi, Sistolik tansiyon arteriyeli, nabız ve solunum sayısı yönünden değerlendirildiler.

**Bulgular:** Toplam 64 hastanın acil tıp kliniğimizde travma nedeni ile öldüğü belirlendi. Hastaların 48'i (% 75) erkek ve yaş ortalamaları  $46.2 \pm 18.2$  (min:18- max: 95) idi. En fazla hastanın 26 (% 40.6) hasta ile yaz mevsiminde geldiği saptandı. Hastaların 47'sinin (%73.4) acil tıp kliniğimize geldiğinde GKS skorunun üç olduğu tespit edildi. Travmaya bağlı ölüm nedenleri arasında trafik kazalarının ilk sırada (% 71.9), yüksekten düşmelerin ise ikinci (% 17.2) sırada olduğu belirlendi. Hastaların acil servise getiriliş saatleri incelendiğinde; % 48.4'ünün 16.00-23.59 saatleri arasında olduğu saptandı. En sık yaralanmaya maruz kalan bölge kafa bölgesi idi. Hastaların 31'inin (% 48.4) acil servise geldiğinde nabızı alınamıyordu. Diğer hastalardan 17'sinin (%26.6) geldiğinde sistolik TA değerinin 90 mmHg'nın altında olduğu, 16'sının (% 25.0) 90 mmHg'nın üzerinde olduğu tespit edildi. Hastaların 14'ünün (%21.8) nabızı 61-100 atım/dk arasında, 10'u (% 15.6) 121-140 atım/dk arasında ve dokuzunun ise 140 atım/dk'nın üzerinde olduğu belirlendi.

**Sonuç:** Travmaya bağlı ölümler sıklıkla genç ve erkek hastaları etkilemekte ve trafik kazalarının en sık görülen sebep olduğu görölmektedir. Hastanemize ulaştırılan hastaların yarısı acil servislere gelmeden hayatını kaybetmektedir.

**İletişim adresi:**

Doç.Dr. Yücel Yavuz

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

## **P114- ACİL SERVİSTE GEÇİCİ TRANSVENÖZ PACEMAKER TAKILAN HASTALARIN ANALİZİ**

**Yücel Yavuz1, Mehmet Ekiz1, Celal Katı1, Halit Zengin2, Latif Duran1, Metehan Yılman1**

**1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, SAMSUN**

**2 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, SAMSUN**

**Giriş ve Amaç:** Endokardiyal pace elektrotları ilk defa 1958 yılında tam kalp bloğunda uygulandıktan sonra transvenöz pace (TVP) bradidisritmilerde tedavi seçeneği haline gelmiştir. TVP'in amacı dolaşım bütünlüğünü ve uygun kalp hızını sağlamaktır. Bu makalenin amacı Acil servise başvuran ve TVP takılan hastaların bazı demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmektir..

**Yöntem:** Çalışmamız, Ocak 2008 ile Aralık 2010 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine çeşitli yakınmalarla başvuran ve geçici transvenöz pacemaker uygulanan hastaların hastane kayıtlarının geriye dönük olarak incelenmesi ile yapıldı. Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet), başvuru yakınması, eşlik eden yandaş hastalıkları, çekilen elektrokardiyografi (EKG)'de tespit edilen kalp ritmi, laboratuvar değerleri, uygulanan tedavi, acil serviste kalış süresi ve hastanın tedavi sonrasında ki durumu çalışma formuna kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmamıza altı aylık dönem boyunca acil servise çeşitli yakınmalarla başvurup kardiyologlar ve acil servis hekimleri tarafından geçici TVP takılan 42 hasta dahil edildi. Bu hastaların yaş ortalaması 72±11.5 yıl idi. Çalışmaya alınan hastaların %54.8 (n:23)'i kadın, %45.2 (n:19)'si erkekti. En sık başvuru yakınması olarak 16 hastada bayılma/bayılayazma tespit edildi. Hastaların acil servise başvuru anında çekilen EKG'lerinde en sık rastlanan kardiyak ritm 25 (%59.5) hastada 3. Derece AV blok olarak tespit edildi. Vakaların 12 (%28.5)'sinde disritmi nedeni kan potasyum seviyesinde ki yükseklik olarak belirlendi. Acil serviste hastaların 26 (61.9)'sına TVP öncesinde intravenöz (İV) atropin uygulandı. İV atropin uygulanan hastaların takibinde TVP ihtiyacı oldu. TVP uygulanırken hastaların hepsinde internal juguler ven tercih edildi. Acil serviste gözlem süresince hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi. Hastalarda mortalite oranı % 7.1 (n:3) idi.

**Sonuç:** TVP sıkça görülen birçok disritminin tedavisinde oldukça etkin bir yöntemdir. Literatürde hastane öncesi kullanımı tartışılmaktadır. TVP ile ilgili gerek hastane öncesi uygulanması gerekse acil serviste uygulanması ve gelişecek komplikasyonlar açısından kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

## P115- AKUT APANDİSİT Mİ DİVERTİKÜLİT Mİ?

Taner Kıvılcım<sup>1</sup>, Fatih Altıntoprak<sup>1</sup>, Enis Dikicier<sup>1</sup>, Kıyasettin Asil<sup>2</sup>, Murat Yücel<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya, Türkiye

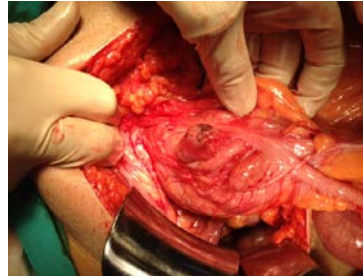
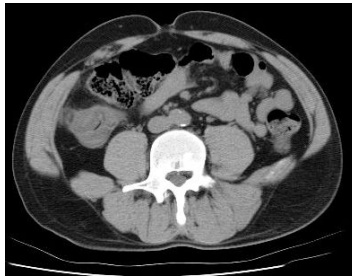
<sup>3</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Sakarya, Türkiye

<sup>4</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Sakarya, Türkiye

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Bu yazıda klinik semptomları akut apandisiti taklit eden fakat ameliyat bulgusu olarak çekum divertikülüti saptanan iki olgunun sunulması amaçlandı.

**OLGU SUNUMU 1:** Otuzaltı yaşında erkek hasta iki gündür olan karın ağrısı şikayeti ile acil polikliniğe başvurdu. Fizik muayenede; sağ alt kadranda belirgin hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Lökosit düzeyi 15.000/dL olan hastanın abdominal USG'sinde; periçekal alanda inflamasyon bulguları ve serbest sıvı saptandı. Hasta akut apandisit ötanısı ile acil şartlarda ameliyata alındı. Eksplorasyonda; çekumda 2x2 cm boyutunda, inflamasyon bulguları gösteren fakat nekroz ve perforasyon bulgusu olmayan divertikül saptandı. Apendektomi yapılarak ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat sonrası antibiyotik tedavisine beş gün devam edilen hasta sorunsuz taburcu edildi.

**OLGU SUNUMU 2:** Otuzsekiz yaşında erkek hasta bir gündür olan karın ağrısı şikayeti ile acil polikliniğe başvurdu. Fizik muayenede; karında yaygın hassasiyetle birlikte sağ alt kadranda belirgin defans ve rebound saptandı. Lökosit düzeyi 11.000/dL olan hastanın USG incelemesinde çekum duvarında belirgin ödem ve etrafında serbest sıvı saptandı. Abdominal BT incelemesinde; periçekal alanda inflamasyon bulguları ile birlikte çekum ve çıkan kolon duvarında belirgin kalınlaşma olduğu saptandı (Resim 1). BT bulguları ile malignite ayırımı yapılamayan hasta acil şartlarda ameliyata alındı. Eksplorasyonda; çekumda 3x2 cm boyutunda ve inflamasyona bağlı olarak nekroz gelişmiş divertikül olduğu belirlendi (Resim 2). BT'deki çıkan kolon duvar kalınlaşmasının kolon duvarındaki inflamasyona bağlı olduğu görüldü. Sağ hemikolektomi yapılan hasta ameliyat sonrası 5. gün sorunsuz taburcu edildi.



**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Divertiküler hastalık sıklıkla sol kolon yerleşimli olup olguların sadece %7-15'i sağ kolon yerleşimlidir. Soliter çekum divertikülleri nadir rastlanan ve genellikle asemptomatik seyreden lezyonlardır. Divertikül orifisinin fekalit gibi bir nedenle tıkanmasına bağlı gelişen divertikülit tablosu klinik olarak her yönüyle akut apandisiti taklit edebilir ve ameliyat öncesi tanı koymak zordur. Bu nedenle tedavi şekli sıklıkla başvuru anındaki klinik bulguların derecesine ve ameliyat bulgularına göre belirlenmektedir. Nadir bir tablo olmakla beraber sağ alt kadranda ağrısı ayırıcı tanısında soliter çekum divertikülüti akıldan tutulmalıdır.



## P116- EL TRAVMALARINDA YABANCI CİSİMLER

Murat YÜCEL, Yusuf YÜRÜMEZ

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

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Acil serviste el travmalarına sıklıkla rastlanır. Ancak yaralanmanın şekli ve yaralanmaya neden olan cisimlere yönelik yaklaşımlar farklılıklar arz edebilir. Bu yazıda farklı nesnelere meydana gelmiş üç farklı olgu sunularak el travmalarına ve tedavi yaklaşımlarına dikkat çekilmek istendi.

**OLGU SUNUMU 1:** Otuz dört yaşında erkek hasta işyerinde eline tel batması nedeni ile Acil Servisimize başvurdu. Yatak imalatında kullanılan spiral bir telin çevirerek yerleştirmede kullanılan cihaz ile kazara eline battığı öğrenildi. Cismin sol el tenar bölgede 1. ve 2. parmaklar arasından saplanmış olduğu görüldü (Resim 1). X-Ray grafide spiral telin el içinde uzun bir yol kat ettiği gözlemlendi (Resim 2). Tel, lokal anestezi sonrasında yavaşça çevrilmek sureti ile yerinden çıkarıldı (Resim 3). Motor ve duyu muayenesi normal olan hasta tetanoz profilaksisi sonrasında önerilerle taburcu edildi.

Resim 1



Resim 2



Resim 3

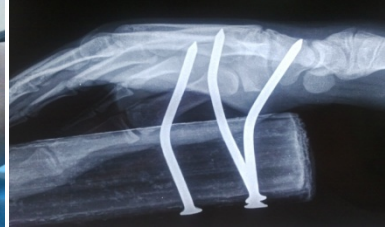


**OLGU SUNUMU 2:** On sekiz yaşında inşaat işçisi erkek hasta düşme sonrasında eline çivilerin batması nedeni ile Acil Servisimize başvurdu. Üzerinde çiviler olan bir tahta parçasının üzerine düşen hastanın sağ eline çivilerin saplandığı görüldü (Resim 4). X-Ray grafide üç çivinin de el içinde yumuşak dokuya saplandıkları görüldü (Resim 5,6). Çiviler lokal anestezi sonrasında çekilerek çıkarıldı. Motor ve duyu muayenesi normal olan hasta tetanoz profilaksisi sonrasında önerilerle taburcu edildi.

Resim 1



Resim 2



Resim 3



**OLGU SUNUMU 3:** Yirmi yedi yaşında kanepo imalatçısı erkek hasta eline zımba batması nedeni ile Acil Servisimize başvurdu. Havalı zımba makinesi ile kazara sol el ikinci parmak dış yanına batmış zımba teli görüldü (Resim 7). X-Ray grafide ikinci parmak proksimal falanksına saplanmış tel gözlemlendi

(Resim 8). Zımba teli lokal anestezi sonrasında çekilerek çıkarıldı. Motor ve duyu muayenesi normal olan hasta tetanoz profilaksisi sonrasında önerilerle taburcu edildi.

Resim 1



Resim 2



**TARTIŞMA VE SONUÇ:** El, yabancı cisim batmaları sonucunda sıklıkla yaralanan bir bölgedir. Damar, sinir veya tendon yaralanması olmadığı durumlarda lokal anestezi sonrasında yabancı cisimler Acil Servis hekimlerince kolaylıkla çıkarılabilir.

## P117- FEKALİTE BAĞLI KOLON OBSTRÜKSİYONU: İKİ OLGU SUNUMU

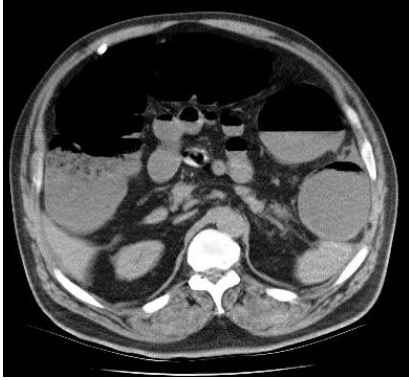
Fatih Altıntoprak<sup>1</sup>, Taner Kıvılcım<sup>1</sup>, Enis Dikicier<sup>1</sup>, Murat Yücel<sup>2</sup>, Osman Nuri Dilek<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya, Türkiye

<sup>2</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Türkiye

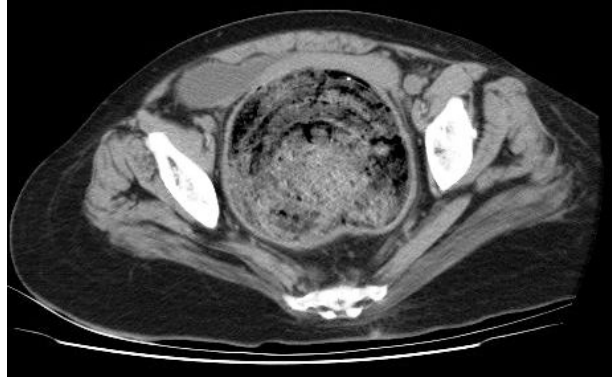
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Bu yazıda fekalite bağlı intestinal obstrüksiyon saptanan iki olgunun sunulması amaçlandı.

**OLGU SUNUMU 1:** Yetmişsekiz yaşında erkek hasta genel durum bozukluğu, karında distansiyon ve 10 gündür devam eden gaz-gayta çıkaramama şikayetleri ile acil servise getirildi. Başvuru anından 10 dakika sonra kardiyopulmoner arrest gelişmesi üzerine entübe edilerek yoğun bakım ünitesine alındı. Resüsitasyon sonrası hemodinamik parametreleri stabil olarak seyreden hastanın abdominal BT incelemesinde intestinal obstrüksiyon bulguları saptanması üzerine (Resim 1a ve b) acil şartlarda ameliyata alındı. Eksplorasyonda; intestinal obstrüksiyon nedeninin rektosigmoid bileşke düzeyinde lümen içerisinde ileri derecede sertleşmiş gayta olduğu saptandı. Hartman prosedürü uygulanarak ameliyat sonlandırıldı.



**Resim 1.** Abdominal BT; **a)** Distal kolon seviyesinde obstrüksiyon düşündüren çekum, çıkan kolon, transvers kolon ve sigmoid kolonda dilatasyon olduğu **b)** Obstrüksiyonun rektosigmoid bölgede lümen içerisinde sertleşmiş gayta olduğu görülmektedir.

**OLGU SUNUMU 2:** Serebrovasküler hastalık nedeniyle nöroloji kliniğinde yatmakta olan 82 yaşındaki kadın hasta karın ağrısı, şişkinlik, bulantı kusma ve 10 gündür gaz-gayta çıkaramama şikayetleri nedeniyle değerlendirildi. Fizik muayenede; karın distansiyon ve yaygın hassasiyet mevcuttu. Abdominal BT incelemesinde; kolon segmentlerinde ileri derecede dilatasyon olan (Resim 2) hastanın rektal muayenesinde sertleşmiş gayta mevcuttu. Rektal tuşe yardımıyla fekalit tıkaçın çıkartılmasını takiben bol miktarda defekasyonu olan hastanın karın bulguları normale geldi ve takiplerinde abdominal şikayetleri tekrarlamadı.



**Resim 2.** Rektum ve rektosigmoid bileşke düzeyinde ileri derecede dilatasyon görülmektedir.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Fekalite bağlı barsak tıkanması; özellikle güçsüz, hareket kısıtlılığı olan yaşlı hastalarda ve immobil-yatağa bağımlı olan hastalarda sık görülen bir durumdur. Genellikle basit müdahalelerle düzeltilebilen bir tablo iken, nadiren sertleşen fekalitler doğrudan mekanik obstrüksiyon yaparak veya kolon duvarına olan bası ülserasyon-perforasyon ile sonuçlanarak intestinal obstrüksiyon klinik tablosunun ortaya çıkmasına neden olabilirler. Tedavide; akut karın bulguları gelişmemişse rektal yolla fekalitin çıkartılması yeterliyken, akut karın bulgularında cerrahi müdahale gerekli olabilmektedir. Sonuç olarak; yaşlı ve/veya yatağa bağımlı hastalarda intestinal obstrüksiyon bulguları varlığında fekalite bağlı obstrüksiyon ilk düşünülecek tanılar arasında akılda bulundurulmalıdır.

## P118- FOURNIER GANGRENİ VE SPONTAN İNCE BARSAK PERFORASYONU BİRLİKTELİĞİ - OLGU SUNUMU

Fatih Altıntoprak<sup>1</sup>, Ömer Yalkın<sup>1</sup>, Yusuf Arslan<sup>1</sup>, Murat Yücel<sup>2</sup>, Fehmi Çelebi<sup>1</sup>

Anabilim Dalı

<sup>1</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya, Türkiye

<sup>2</sup> Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Ayrı ayrı bile çok sık görülmeyen Fournier gangreni ve spontan ince barsak perforasyonu tanılarının birarada olduğu nadir bir olgunun sunulması amaçlandı.

**OLGU SUNUMU:** Üst asterointestinal sistem kanaması tanısı ile dış bir merkezde 7 gün takip edilip 2 gün önce taburcu edilmiş olan 55 yaşında erkek hasta halsizlik, ateş ve perianal bölgeden kötü kokulu akıntı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Genel durumu kötü ve laterjik olan hastanın fizik muayenesinde; karında yaygın hassasiyet, skrotumda ileri drecede ödem-hiperemi ve perianal bölgede spontan drene olmuş fluktuasyon veren abse mevcuttu. Acil şartlarda ameliyata alınan hastanın eksplorasyonunda; karın içerisinde pürülan ve safralı mayi olduğu saptandı. İleri eksplorasyonda; Treitz seviyesinden itibaren 30.cm de spontan ince barsak perforasyonu olduğu (Resim 1), umblikus altı seviyede ise yaygın retroperitoneal nekroz nedeniyle intraabdominal bölgenin perianal bölge ile iştirakli olduğu belirlendi. Skrotal ve bilateral inguinal bölgeye agresif debridman (Resim 2), intraabdominal abse drenajı ve perforasyon bölgesinden jejunostomi açılması ameliyatı yapıldı. Gün aşırı cerrahi debridmanlara devam edilen hasta ameliyat sonrası 10. günde sepsise bağlı multiorgan yetmezliği nedeniyle kaybedildi.



**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Fournier Gangreni nadir karşılaşılan, perianal veya genital bölgeden başlayarak karın duvarına doğru yumuşak dokularda nekroz yaparak hızla ilerleyen, polimikrobiyal enfeksiyonun eşlik ettiği, morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. 50-60 yaş arası erkeklerde daha sık görülmekle birlikte her iki cinsiyette de görülebilir. Diabetes Mellitus, uzun süre alkol kullanımı ve immün yetmezlik mevcudiyeti hazırlayıcı faktörlerdir. Spontan ince barsak perforasyonlarının birçok nedeni olmakla birlikte enfeksiyonlar ve maligniteler en sık nedenlerdir. Olgumuzdaki ince barsak perforasyonunun; daha önceki yatış nedeni olan GIS kanama etyolojisinden sorumlu kanamayla seyreden bir lezyon nedeni olduğu düşünülmeyle birlikte, etyolojik nedeni ve Fournier gangreni ile birlikteliği açıklanamadı.



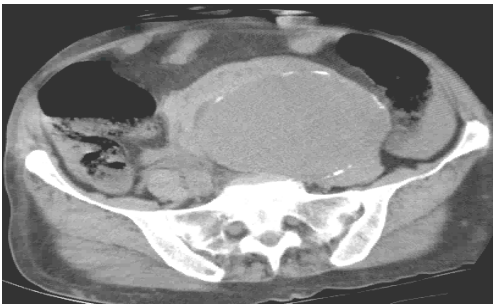
## P119- İZOLE İLİAK ARTER ANEVİZMASI

Yusuf YÜRÜMEZ, Murat YÜCEL, Egemen KÜÇÜK, Abidin KARAASLAN

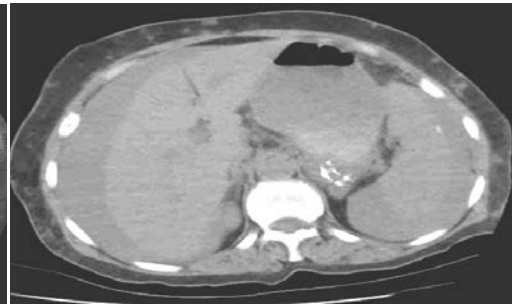
Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Sakarya, Türkiye

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Karın ağrısı acil servislere en sık başvuru nedenleri arasında yer alır ve karın ağrısı nedenleri arasında yer alan Aort ve aortla ilişkili afetler erken tanı ve tedavi edilmedikleri takdirde ölümcül sonuçlar açısından dramatik bir tablo çizerler. Bu yazıda alışılmışın dışında izole iliak arter anevrizma olguları ve yaşanan süreçler anlatılarak konuya dikkat çekilmek istenmiştir.

**OLGU SUNUMU 1:** Yetmiş beş yaşında kadın hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servisimize ambulansla getirildi. Hastanın alınan hikâyesinde ilçe Devlet Hastanesine yaklaşık altı saat önce başlayan karın ağrısı şikâyetiyle başvurduğu, kendisine analjezik ve spazmolitik yapıldığı ve şikâyetlerinin düzelmemesi üzerine de ileri tetkik ve tedavi amacıyla sevk edildiği öğrenildi. Tıbbi özgeçmişinde ve aile hikâyesinde özellik olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde anksiyoz, ajite ve huzursuz olduğu görüldü. Aynı zamanda hafif soluk ve de terliydi. Kan basıncı 90/50 mmHg, nabız 110/dakika (düzensiz), solunum sayısı 25/dakika, ateş 36.2° C ve SaO<sub>2</sub> 90 idi. Baş ve boyun muayenesinde konjunktivalar soluktu. Batın muayenesinde sol alt kadranda palpasyonla şüpheli pulsatil kitle mevcut idi. Her iki üst ekstremité nabız muayenesi normal olarak değerlendirildi. Her iki alt ekstremité nabız muayenesinde ise sol femoral, popliteal ve tibialis posterior nabızları zayıf olarak değerlendirildi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 12.9, eritrosit: 3.4, Hemogloblin: 8.8 gr/dl, Htc: 27.3, Plt: 139.0, glukoz: 385 mg/dl, Üre: 56, Kreatinin: 1.21, Ca: 8.8, ALT: 10, AST: 19, ALP: 62, Amilaz: 37, Na: 148 ve K: 4.8 olarak saptandı. Elektrokardiyogramında hızlı ventriküler cevaplı atrial fibrilasyonu vardı ancak akut iskemik değişiklikler saptanmadı. Akut dissekan aort anevrizması ve ani başlayan karın ağrısının diğer muhtemel nedenlerini dışlamak için hastaya batın tomografisi çekildi. Batın tomografisinde sol ana iliak arterde yaklaşık 102 mm çapa ulaşan fusiform anevrizmatik dilatasyon, batında yaygın serbest mayii ve anevrizma etrafında yaygın serbest sıvı gözlemlendi (resim 1,2). Sol ana iliak arter anevrizması rüptürü tanısıyla konsültasyon istendiği süreçte hastada kardiyak arrest gelişti. Hastadan tüm müdahalelere rağmen yanıt alınamadı ve eksitus olarak kabul edildi.



Resim 1



Resim 2

**OLGU SUNUMU 2:** Altmış beş yaşında erkek hasta karın ağrısı ve idrar yapmada zorluk şikayetiyle acil servise başvurdu. Anamnez kendisinden alındı. Şikâyetlerinin 4-5 saat önce başladığını, ağrısının özellikle alt kadranda daha belirgin olmak üzere üst kadrana da yayıldığını söyledi. Hastanın tıbbi özgeçmişinde Hipertansiyon (10 yıl önce tanı konmuş) ve periferik arter hastalıklarının olduğu ve sigara kullandığı öğrenildi. Soy geçmişinde ise özellik yoktu. Ölçülen vital bulgularında kan basıncı

150/100 mmHg, nabızı 75/dakika, Ateş 37° C, solunum sayısı 18/dakika ve SaO<sub>2</sub> 95 idi. Fizik muayenesinde batın solunuma iştirakli ve barsak sesleri normokinetik olarak değerlendirildi. Palpasyonda suprapubik bölgede daha belirgin olmak üzere yaygın hassasiyet tespit edildi. Her iki üst extremité nabız muayenesi nabızlar normal olarak değerlendirildi. Her iki alt extremité nabız muayenesinde ise femoral ve popliteal nabızlar normal, her iki arteria tibialis posterior nabızları ise zayıf olarak değerlendirildi. Diğer sistem muayeneleri ise anormal bulguya rastlanmadı. Ayakta direk batın grafisi normal değerlendirildi. Hastanın acil serviste yapılan ultrasonografisinde iliak arterlerde 8-9'cm lik çapa ulaşan ve mesaneye bası yapan anevrizma izlenmesi üzerine kontrastlı batın tomografisi çekildi. Her iki iliak arterde bifürkasyondan itibaren sağda en geniş yerinde 5 cm, solda ise en geniş yerinde 8.5 cm çapa ulaşan anevrimatik dilatasyon saptandı (Resim 1,2,3). Hasta bilateral izole iliak arter anevrizması ön tanısıyla kalp ve damar cerrahisi kliniğine konsülte edilerek bir başka sağlık kuruluşuna sevk edildi.



Resim 1



Resim 2



Resim 3

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Aort anevrizması ve diseksiyonu ölümlü sonuçlanabilir ve bu durum hiçte az değildir. Önemli olan erken tanı ve erken müdahaledir. Bu yüzden acil hekimleri özellikle ileri yaş grubundaki hastaların karın ağrısı nedeni ayırıcı tanıları yaparken aort ve aortla ilgili afetleri de mutlaka göz önünde bulundurmaları gereklidir.

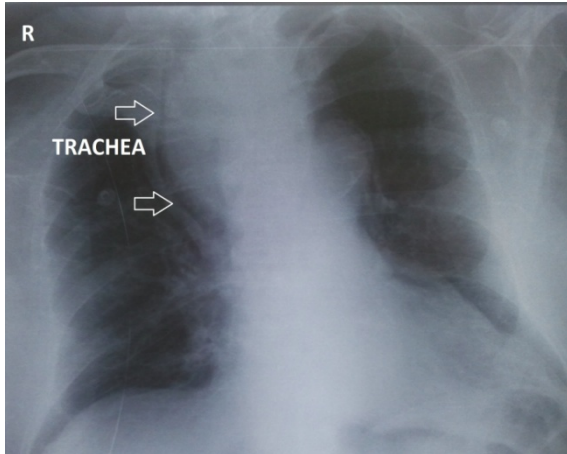
## P120- ACİL SERVİSTE FARKLI BİR AKUT SOLUNUM SIKINTISI NEDENİ: MEDIASTİNAL KİTLE

Murat YÜCEL, Yusuf YÜRÜMEZ, Attila BEŞTEMİR

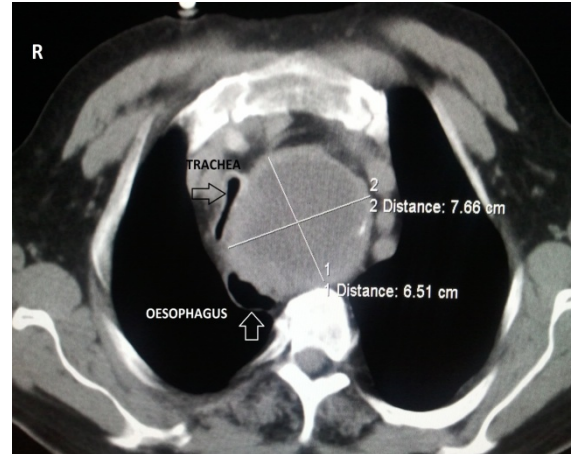
Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Sakarya, Türkiye

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Mediastinal kitleler Acil Serviste saptanabilecek nadir solunum sıkıntısı nedenlerindedir. Özellikle dikkatli bir muayene ve tanısal yaklaşımın sergilenmediği hastalarda rahatlıkla atlanabilirler. Bu olgu sunumunda akut sonum sıkıntısı nedeni ile başvuran bir hastadaki mediastinal kitle sunularak konuya dikkat çekilmek istemiştir.

**OLGU SUNUMU:** Yetmiş yedi yaşında erkek hasta Acil Servise solunum sıkıntısı nedeni ile başvurdu. Daha önce hipertansiyon dışında başka bir hastalığı olmayan ve sadece antihipertansif ilaç tedavisi kullanan hastanın solunum sıkıntısının yaklaşık üç hafta önce başladığı, zamanla arttığı ve ilk kez bu kadar şiddetlendiği öğrenildi. Son bir haftadır öksürüğü olduğu öğrenilen hastanın balgam çıkarma hikayesi yoktu. İlk bakıda ciddi dispnesi ve interkostal çekilmeleri gözlenen hastaya rezervuarlı maske ile oksijen tedavisi başlandı. Kan basıncı 150/100 mmHg, nabızı 112, solunum sayısı 22/dk ve ateşi 36° C ölçüldü. Nabız oksimetre ile ölçülen oksijen satürasyonunun ise 90 olduğu belirlendi. Fizik muayenesinde orofarinks normal olarak değerlendirildi. Dinlemekle bilateral akciğer seslerinin azaldığı ancak ral ve ronküsünün ise olmadığı saptandı. Siyanozu olmayan hastanın trakeası bir cm sağa deviye idi. Hastaya bronkodilatör tedavi uygulanarak gözleme alındı. Tedavi sırasında yapılan kan gazı incelemesinde PH:7.36, PO<sub>2</sub> 92, PCO<sub>2</sub> 34 ve SaO<sub>2</sub> %96 olarak saptandı. Akciğer grafisinde trakeanın sağa belirgin deviasyonu ve mediastinal kitle imajı izlendi (Resim 1). Bunun üzerine toraks BT ile değerlendirilen hastada mediastinal bölgede 7,66 X 6,51 cm çapında düzgün kontürlü, trakeayı sağa doğru komprese eden kitle saptandı (Resim 2). Tedavi ile solunum sıkıntısı azalan hasta Göğüs Hastalıkları bölümü ile konsülte edildi ve ileri tetkik ve tedavi için hospitalizasyon kararı verildi.



Resim 1



Resim 2

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Acil serviste çalışan hekimlerin hızla ilerleyen solunum sıkıntısı nedeni ile başvuran hastalarda özellikle trakeanın deviye olup olmadığına dikkat edilmeleri ve akut solunum sıkıntısı ayırıcı tanısında mediastinal kitleleri de akla getirilmeleri gereklidir.



## P121- MULTIPL BEZOARA BAĞLI İNCE BARSAK OBSTRÜKSİYONU - OLGU SUNUMU

, Fatih Altıntoprak<sup>1</sup>, Kemal Gündoğdu<sup>1</sup>, Murat Yücel<sup>2</sup>, Kıyasettin Asil<sup>3</sup>, Osman Nuri Dilek<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya, Türkiye

<sup>2</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Sakarya, Türkiye

<sup>3</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Sakarya, Türkiye

**GİRİŞ VE AMAÇ:** İntestinal obstrüksiyonlar acil serviste sık karşılaşılan durumlar arasında yer alır. Etiyolojisinde alışlagelen nedenlerin dışındaki patolojilerin ortaya konması zaman zaman ciddi güçlükler neden olabilir ve de ileri tanısal yaklaşımları gerektirebilir. Bu olguda intestinal obstrüksiyonların nadir bir nedeni olan ince barsakta multipl bezoar olgusu ve yaklaşım stratejilerinin sunulması amaçlanmıştır.

**OLGU SUNUMU:** Altmış iki yaşında kadın hasta dört gündür devam eden karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile acil polikliniğe başvurdu. Fizik muayenede; karında distansiyon mevcuttu ve barsak sesleri hiperaktifti. Geçirilmiş abdominal girişim hikayesi olmayan hastanın abdominal BT incelemesinde; proksimal ince barsak segmentlerinde dilatasyon olduğu ve obstrüksiyon etyolojisinin jejunum segmentleri içerisinde yerleşmiş 2 adet bezoar olduğu belirlendi (Resim 1). Acil şartlarda ameliyata alınan hastada jejunumda yerleşmiş olan bezoarlar enterotomi ile çıkartıldı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta 5. gün taburcu edildi.



Resim 1. Abdominal BT; jejunum segmentlerinde, lümen içiyerleşimli, düzgün sınırlı ve içerisinde hava habbecikleri içeren 2 adet bezoar görünümü

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Sindirilmemiş gıda artıklarının birikmesi ile oluşan fitobezoarlar belli coğrafi bölgelerde daha sık görülürler. Gastrointestinal sistem anatomisinin değiştirilmesi (peptik ülser ameliyatları) ve Diabetes Mellitus gibi intestinal motiliteyi etkileyen hastalıkların varlığı bezoar gelişimini kolaylaştıran faktörlerdir. İnce barsak obstrüksiyon sebepleri arasında bezoarlar son sıralarda yer almaktadırlar. Spesifik klinik bulguları olmamakla birlikte radyolojik olarak, özellikle abdominal BT, tanı koyulmasını sağlayan spesifik görünümleri mevcuttur. Tedavi seçenekleri olarak cerrahi ve cerrahi dışı birçok yöntem tanımlanmıştır. İntestinal obstrüksiyona neden olduklarında ise seçenekler; enterotomi ile bezoarın çıkartılması veya parçalanarak çekuma ilerletilmesidir. Sonuç olarak; intestinal obstrüksiyon nedenleri araştırılırken nadir de olsa bezoar olasılığı akılda bulundurulmalıdır.

## P122- NADİR BİR ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ACILI: AKUT MİDE VOLVULUSU - 2 OLGU SUNUMU

Fatih Altıntoprak<sup>1</sup>, Ömer Yalkın<sup>1</sup>, Enis Dikicier<sup>1</sup>, Murat Yücel<sup>2</sup>, Orhan Veli Özkan<sup>1</sup>

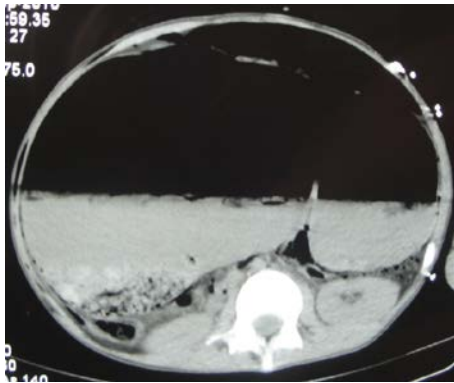
<sup>1</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya, Türkiye

<sup>2</sup> Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Kliniği, Sakarya, Türkiye

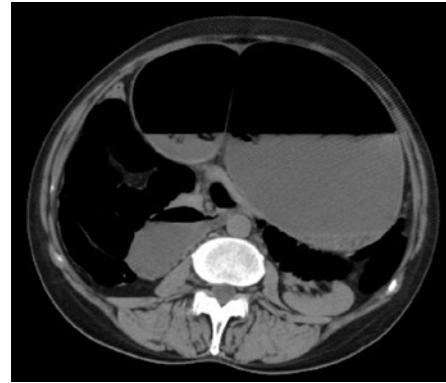
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Nadir görülen bir akut karın sendromu etyolojisi olan akut mide volvulusu saptanan 2 olgunun sunulması amaçlandı.

**OLGU SUNUMU 1:** Ondokuz yaşında erkek hasta, ani gelişen karın ağrısı ve öğürme şikayetleriyle başvurduğu hastanede abdominal BT incelemesi sırasında solunum arresti gelişmesi üzerine entübe edilerek kliniğimize refere edildi. BT incelemesinde; karın içi serbest hava ve sıvı ile birlikte intraabdominal bölgeyi dolduran büyük bir içi boş organ görünümü (Resim 1) mevcuttu. Acil şartlarda ameliyata alınan hastanın eksplorasyonunda; midenin ileri derecede genişlemiş olduğu, küçük-büyük kurvatura ekseninde rotasyona uğramış olduğu ve fundus lokalizasyonundan perfore olduğu belirlendi. Mide detorsiyone edildi ve perfore alan cerrahi olarak tamir edildi. Yoğun bakım takibine alınan hasta ameliyat sonrası 8. saatte ex oldu.

**OLGU SUNUMU 2:** Elli yaşında kadın hasta; son bir gün içerisinde ani gelişen karın ağrısı; karın şişkinliği ve şiddetli öğürme şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede karında ileri derecede distansiyon mevcuttu. Abdominal BT incelemesinde; midenin ileri derecede dilate olduğu ve küçük-büyük kurvatura ekseninde rotasyona uğramış olduğu belirlendi (Resim 2). Acil şartlarda ameliyata alınan hastanın karın eksplorasyonunda; midenin küçük-büyük kurvatura ekseninde rotasyona uğramış olduğu ve rotasyon alanından perfore olduğu belirlendi. Mide detorsiyone edildi ve perforasyon alanı cerrahi olarak tamir edildi. Ameliyat sonrası yoğun bakımda takip edilen hasta ameliyat sonrası 26. günde ex oldu.



**Resim 1.** Mide ileri derecede dilate, karın içerisinde serbest hava ve sıvı mevcut



**Resim 2.** Midenin ileri derecede dilate olduğu ve volvulus eksenini görüyor

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Mide volvulusu terimi, midenin kısa veya uzun eksenini etrafında rotasyona uğraması sonucu oluşan durumu tanımlar. Tanıda Borchardt triadı anlamlıdır fakat her hastada saptanamayabilir. Midenin vaskülaritesi oldukça zengin olduğu için nekroz ve perforasyon gelişmesi oldukça nadir olmasına rağmen her iki olguda da perforasyon gelişmiş olduğunu saptadık. Akut mide

volvusunun tedavisinin cerrahi detorsiyon ve fiksasyon olduğu bildirilmesine rağmen uygulanacak cerrahi prosedüre ameliyat bulgularına göre karar verilmemelidir. Sonuç olarak; akut mide volvulusunun nadir görölen, ameliyat öncesi tanısı genellikle mümkün olmayan, yüksek morbidite-mortalite ile seyreden ve gerçekten acil cerrahi tedavi gerektiren bir klinik durum olduğu hatırlanmalıdır.

## P123- TRAVMA AYNI, DİSLOKASYON FARKLI

Murat YÜCEL, Yusuf YÜRÜMEZ, Şebnem KILIÇ

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

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Nadir olarak karşılaşılan travmatik patella dislokasyonu genellikle uyluk adaleleri gevşek durumda iken meydana gelen şiddetli bir travma sonucunda oluşur. Ancak travmanın mekanizması aynı olsa dahi patella dislokasyonu farklı şekillerde karşımıza çıkabilir. Bu yazıda yüksekte diz üzerine düşmeye bağlı iki farklı hastadaki süperior ve lateral patella dislokasyonu olguları sunularak acil servis hekimlerine tedavi açısından önerilerde bulunulması amaçlandı.

**OLGU SUNUMU 1:** Yirmi yaşında erkek hasta evde merdivenden düşme nedeni ile Acil Servisimize başvurdu. Dizinde şiddetli ağrı ve eklem hareketlerinde kısıtlılık şikayetleri olan hastanın dizinde lokal ödem ve patella lokalizasyonunda hassasiyet saptandı (Resim 1). X-Ray grafide patellanın süperiora doğru yer değiştirdiği gözlemlendi, fraktür saptanmadı (Resim 2). Kapalı redüksiyon uygulanan hasta uzun bacak ateli uygulanarak önerilerle taburcu edildi.

Resim 1



Resim 2



**OLGU SUNUMU 2:** Yirmi beş yaşında erkek hasta merdivenden düşme nedeni ile Acil Servisimize başvurdu. Dizinde ağrı, deformite ve eklem hareketinde kısıtlılık saptanan hastanın sol dizinde patellanın laterale deviasyonu gözlemlendi (Resim 3). X-Ray grafide patellanın laterale doğru yer değiştirdiği gözlemlendi, fraktür saptanmadı (Resim 4). Kapalı redüksiyon uygulanan hasta uzun bacak ateli uygulanarak önerilerle taburcu edildi.

Resim 3



Resim 4



**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Patella, benzer travmalar sonucunda farklı şekillerde disloke olabilir. Çoğunlukla laterale dislokasyon olur ve kendiliğinden redükte olabilir (2). Süperior dislokasyonun redüksiyonu ise mutlaka müdahale gerektirir (3). Her iki dislokasyon şekli de Acil Servis hekimi tarafından kolaylıkla redükte edilebilir.

## **P124- DƏRMAN VƏ QIDA MƏNŞƏLİ KƏSKİN ALLERGIYALARIN MÜALİCƏSİNDƏ PLAZMAFEREZİN TƏTBİQİ**

M.M.Ağayev, C. T.Məmmədov, E.İ.Həziyev

Azərbaycan Tibb Universitetininun Tədris Terapevtik Klinikasınının Efferent Terapiya Mərkəzi,

I və II Daxili xəstəliklərin propedeutikası kafedraları

**Aktuallıq.** Dərman və qida mənşəli allergiyaların ağır gedişli, kəskin formaları zamanı xəstələrin həyatı təhlükə altında olduğu üçün effektiv təcili və təxirəsalınmaz yardımın işlənməsi aktual problem olaraq qalır.

**Məqsəd.** Dərman və qida mənşəli kəskin, ağır gedişli allergiyalı xəstələrin müalicəsində plazmaferezin tətbiqinin effektivliyini araşdırılması tədqiq edilmişdir.

**Material və metod.** Müşahidə altında dərmanlara və müxtəlif qidalara qarşı kəskin allergiyası olan 72 xəstə (14-73 yaşında, 37 qadın və 35 kişi) olmuşdur. Bunlardan 10 nəfərdə generalizə olunmuş kəskin allergik övrə; 36 xəstədə udma və tənəffüs aktlarının pisləşməsi ilə qırtlağın kəskin Kvinke ödemi; 12 - xroniki sağalmayan atopik dermatit ( məişət gənələri və bəzi qida məhsullarına allergiya ilə); 14 müşahidədə səbəbi məlum olmayan Kvinke ödemi (əsasən, dodaqların, gözlərin və bədənin digər nahiyələrinin ödemi ilə) müşahidə edilmişdir. Dərman allergiyası olan xəstələrinin əksəriyyətində allergik reaksiyalar qeyri steroid iltihab əleyhinə preparatların və antibiotiklərin istifadəsindən sonra başlamışdır.

**Nəticə.** Bütün xəstələrin qanında müalicədən öncə ümumi İgE 300-1000 Uİ/L arasında tərəddüd etmişdir. Seçilmiş müalicə taktikasına görə xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür. 1-ci qrup xəstələrdə dərman preparatların tətbiqi ilə konservativ müalicə vasitələri tətbiq olunmuşdur. Digər qrupdan olan xəstələrə isə (2-ci qrup) dərman müalicəsi fonunda həmçinin diskret (sentrofuqa) plazmaferezi tətbiq edilmişdir.

Plazmaferez tətbiq olunmuş xəstələrdə 500 ml plazmanın bədənə çıxarılması ümumi qanda İgE səviyyəsinin ənənək normal göstəricilərə çatması və təzahür etmiş simptomların ilk 2-4 saat ərzində aradan qalxması müşahidə edilmişdir. Həkim tövsiyələrinə əməl etmiş, dərman vasitələrini qəbul etmiş, pəhriz və qoruyucu rejimə riayət edən xəstələrdə 6 aydan 1 ilə qədər müddətdə remissiya müşahidə edilmişdir.

Digər qrupdan olan xəstələrdə qanda ümumi İgE 100-300 Uİ/L səviyyəsi arasında variasiya etmiş, müşahidə olunan simptomların 8-12 saatdan sonra yox olmasına baxmayaraq remissiya müddəti 1-3 ay təşkil etmişdir.

Aparılan digər tədqiqat nəticələrinin analizinə əsasən belə qənaətə gəlmək olar ki, plazmaferez zamanı patogenetik həlqənin hər 3 ünsürü proseduradan sonra müsbət tərəfə dəyişmişdir. Bunlardan qanda antigenin konsentrasiyasının aşağı düşməsi, periferik qanda eozinofil və bazofillərin sayının azalması, qanda İgE və digər immunoqlobulinlərin o cümlədən immun komplekslərin, iltihab mediatorlarının, damar keçiriciliyini artıran bioloji aktiv maddələrin (histamin, bradikinin və s.) səviyyələrinin qısa müddət ərzində, kəskin enməsi orqanizmin allergik zədələnmədən təcili və daha effektiv azad olmasını təmin etmiş və bununla da müalicə nəticələrinin effektivliyini daha nəzərə çarpan dərəcədə yaxşılaşdırmışdır.

**Yekun.** Dərman və qida mənşəli həyat üçün təhlükə yaradan kəskin allergiyaların müalicəsində plazmaferezin tətbiqi allergik vəziyyətlərdə təcili və təxirəsalınmaz yardımın daha effektiv aparılmasına kömək edir.

## **P125- SİSTEM QIRMIZI QÜRDEŞƏNƏYİNİN İNTENSİV TERAPİYASI**

Sahib Musayev

ATU.Ped-Fak.Daxili xəstəliklər kafedrası.

Son 30-40 illərdə sistem qırmızı qurdeşənəyinin müalicəsində innovasion müalicə metodlarının tətbiqinə baxmayaraq xəstələrin 20-30% xəstəliyin ilkin dövrlərində həyatlarını itirirlər.

Xəstəliyin əsas patogenezinə Th1 immun cavabla əlaqədar olaraq iltihabyönlü sitokinlərin sintezi ilə antiiltihabi sitokinlər arasındakı balansın pozulması durur. Eyni zamanda orqanospesifik autoantitellərin hiperproduksiyası immun komplekslərin əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunur. Bu isə öz növbəsində poliorqan yetərsizliyinə gətirib çıxarır ki, göstərilən vəziyyət təxirəsalınmaz tibbi yardım qachılmazdır.

Sistem qırmızı qurdeşənəyinin proqnostik ciddi faktorları: tez progressivləşən Lupus nefrit, ildırımvari vaskulit, katastrofik fosfolipid sindromu, pnevmanit (hemorragik alveolit) mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi və poliserozitdir.

Material və metodlar: Tədqiqata 23 nəfər sistem qırmızı qurdeşənəyinə (ACR 1999) tutulmuş xəstə cəlb olunmuşdur. Bunlardan 14/23-lupus nefrit: mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi 5/23: lupus pnevmanit 11/23: lupus artrit 17/23: livedo retikularis 5/23: fosfolipid sindromu 7/23: immunoloji dəyişikliklər 21/23 və 19 sətə hematoloji dəyişikliklərlə xarakterizə olunmuşlar. İntensiv terapiya vena daxili 1000 mq Metilprednizolon (MP) N3./ORION/ Tsiklofosfan 1000mq N1/TF/ üç gün ərzində aparılmışdır. Sonra ayda bir dəfə vena daxili 1000mq MP+TF 1000mq altı ay ərzində həyata keçirilmişdir. Terapiyanın effektivliyi sistem qırmızı qurdeşənəyin aktivlik indeksinə (SLEDAI), autoimmun göstəricilərə və hematoloji müsbət dəyişikliklərə əsasən dəyərləndirilmişdir.

Nəticə: Sistem qırmızı qurdeşənəyin proqramlı intensiv terapiyası effektiv müalicə metodu olaraq həyati vacib orqanların funksional vəziyyətinin saxlanılması üçün adekvat müalicə usulu sayıla bilər.

## **P126- Çocuklarda bronşiyal astım atağı için nebülizör terapisi**

Eyubova, A.A. Panahova T.T.

Azerbaycan Tıp Üniversitesi Çocuk Hastalıklar Bölümü 2

Bakü, Azerbaycan

Son yıllarda, nebülizör terapisi bronşiyal astım tedavisinde daha geniş bir yer kaplıyor.

Küçük yaşlı çocuklarda nebülizör ile tedavi ulusal programda önemli bir yere tutmuştur.

Bronşiyal astımın tedavisinde tekrar B-2 kullanımı, hafif atakta salbutamol sülfat 0,1 mg/kg, orta-ağır ve ağırda 0,15 mg/kg (5 mg'dan çok olmamak şartı ile), fenoterol hidrobromid-0,25-1 mg (5-20 damla).

Bromür-M-kolinejik reseptör bloker ipratropium bromid dozu yaşına bağlı olarak 125 mkg'dan 250 mkg'a kadar kullanılır. Ağır atakta ipratropium bromidi B-2 agonistlerle kombinasyon yaparak bir saat esnasında 3 defa 250 mkg'lık dozlarla tekrarlanabilir. Sonrasındaki dozlar ise 4-6 saat sonra verilir. Hafif atak için, spazmolitik ilacın bir inhalasyonu yeterlidir. Ancak orta/ağır ve ağırda ise, inhalasyonu 1 saat süre ile 20 dakikada bir tekrarlamak gereklidir.

İnhalasyonun olumlu sonuçları arasında nefes darlığının, hırıltılı nefesin azalması ve çocuğun önceki aktifliğinin tekrar kazanılması vardır. Spazmolitikler etki göstermediğinde terapiye glükokortikosteroidler ilave edilir.

Nebülizörün kullanımı kolay ve kendisi portatiftir. Bu nedenle ev, poliklinik ve stasyonere şekillerinde kullanılabilir.

Ailenin nebülizör tedavisi ile ilgili bilgilendirilmesi ağır astım ataklarını önlemeye ve ebeveyn ve çocuğun stres düzeyinin azalmasına yardımcı olur. Nebülizör tedavisinin geliştirilip, acil yardıma dahil edilmesi, hastaneye yatırılan bronşiyal astımlı çocukların sayısını azaltmanın yanı sıra parenteral terapiye duyulan ihtiyacı azaltır.

## P127- ACİL SEVİSTE NADİR BİR DURUM: POSTERIOR REVERSIBLE ENCEPHALOPATHY SYNDROME ( PRES )

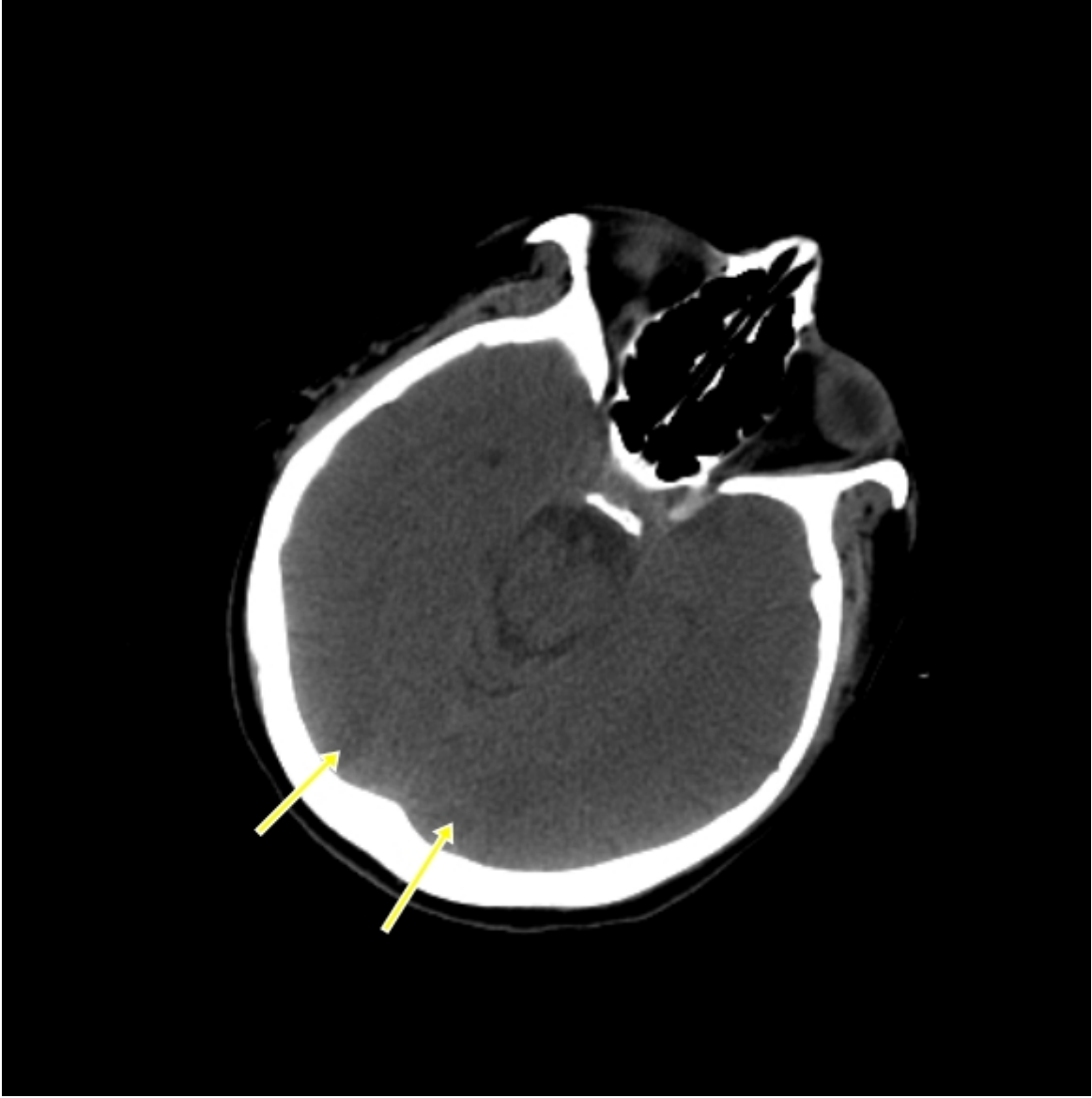
Mehmet Fatih Yetkin\*, Omer Salt\*\*, Polat Durukan\*\*, Fusun Ferda Erdogan\*, Seda Ozkan\*\*  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD\* , Acil Tıp AD\*\*

**Giriş:** Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES); T2 ağırlıklı MRI sekanslarında bilateral parietookspital loblarda yüksek sinyal yoğunluğunun görüldüğü tipik semptomları olan bir klinikonörö radyolojik durumdur. Bu durumu tetikleyen pekçok mekanizma olmasına rağmen esas patofizyolojik nedenin kan- beyin bariyerindeki yetersizlik olduğu düşünülmektedir. Bu vakayı sunmaktaki amacımız hipertansiyonla ilişkili nörolojik semptomlar hakkında acil tıp hekiminin her zaman uyanık olması gerektiğini vurgulamaktır.

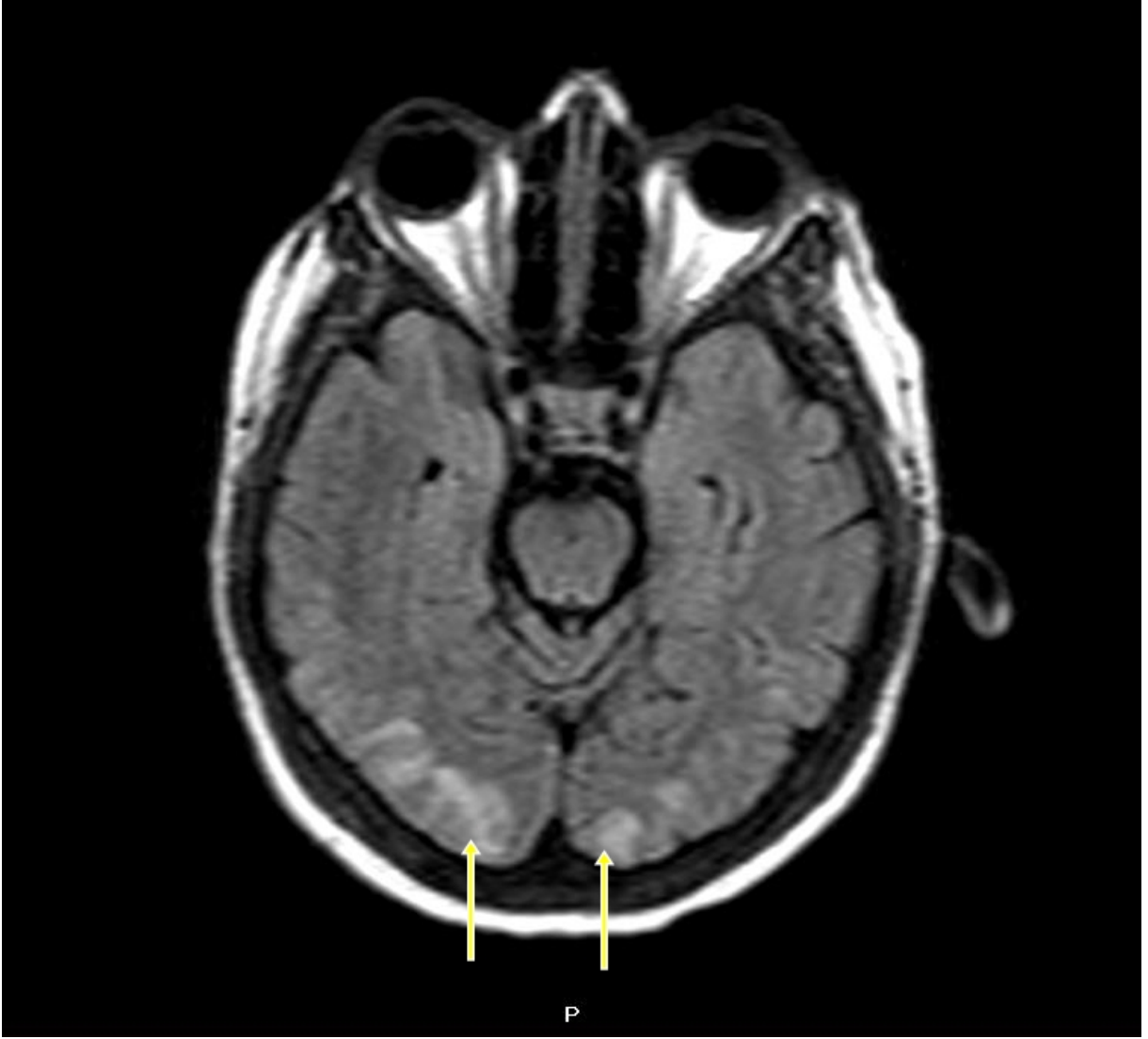
**Olgu:** 30 yaşında bayan hasta acil servisimize generalize tonik-klonik nöbet geçirme sonrası şuur değişikliği şikayeti ile getirildi. Böbrek yetmezliği nedeniyle 6 yıldır hemodiyalize giren ve hipertansiyon öyküsü olan hasta son 2 gündür antihipertansif ilaçlarını almamakta imiş. Başvuru anında tansiyonu 200\120 mmHg idi. Hasta postiktal durumda idi. Fizik muayenesinde patoloji saptanmadı. Nörolojik muayenede pupiller izokorik, ışık refleksi bilateral pozitif, ense sertliği ve patolojik refleks yok idi. Hemogram ve biyokimya parametreleri BUN – kreatinin hariç normal sınırlarda ve kan gazında patoloji yok idi. Hastanın çekilen kraniyal bilgisayarlı tomografisinde bilateral oksipital bölgelerde ılımlı hipodens alanlar tespit edilmesi üzerine hastaya magnetik rezonans görüntüleme uygulandı. MRI da T2 ağırlıklı sekansta bilateral oksipital lob beyaz cevherinde hiperintens lezyonlar tespit edilmesi ve klinik semptomlar ışığında hastaya PRES tanısı konulup rekürren konvülziyondan hastayı korumak amaçlı 20mg/kg sodium valproat yüklemesi yapıldı. Nitrogliserin serebral vazodilatasyon yapısı ödeme neden olduğu ve PRES'i tetiklediği belirtildiği için hastaya esmolol infüzyonu başlandı.

**Sonuç:** Nöroloji yoğun bakıma yatırılan hastanın kan basıncı regülasyonu ile kliniğinde tam düzelme sonrası şifa ile eksterne edildi.





**Şekil 1 : Bilgisayarlı tomografide her iki oksipital lobda ılımlı hipointens alanlar**



**Şekil 2 : T2 ağırlıklı MRI görüntülemeye her iki oksipital lobda subkortikal beyaz cevherde hiperintens lezyonlar**

## P128- TRAKEOSTOMİDEN YABANCI CİSİM ASPİRASYONU

Polat Durukan\*, Ali Duman\*, Seda Özkan\*, Ömer Salt\*, Leyla Hasdıraz\*\*, Fahri Oğuzkaya\*\*  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD\*, Göğüs Cerrahisi AD\*\*

**Giriş:** Trakeobronşial yabancı cisim aspirasyonu hayati tehlikesi olan ve acil girişim gerektiren önemli bir klinik tablodur. Yabancı cisim aspirasyonları çocuklara oranla yetişkinlerde daha nadir görülen ve bazen ölümlü sonuçlanabilen ciddi bir sorundur

En sık görülen semptom, aspirasyon sonrasında boğulurcasına devam eden şiddetli öksürüktür. Hışıltılı solunum, kronik öksürük, ses değişikliği veya kısıklığı, tekrarlayan akciğer enfeksiyonu olan olgularda yabancı cisim aspirasyonu daima akılda tutulmalıdır.

**Olgu:** Dokuz yıl önce larenks kanseri nedeniyle trakeostomi açılan 78 yaşındaki erkek hasta, acil servise trakeostomi kanülünü temizlerken öksürük sonrası cımbızı aspire etmesi nedeniyle başvurdu. Hastanın nefes darlığı ve öksürük şikayeti mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde sağ tarafta solunum sesleri azalmış, siyanotik ve dispneikti. Çekilen PA akciğer grafisinde karina üzerinde, bir ucu sağ ana bronşa uzanan, radyopak yabancı cisme ait homojen dansite artışı izlendi.

Ameliyathanede trakeostomi stomasından aerosol lidokain verildikten sonra rijit bronkoskopi uygulandı. Bronkoskopide karina üzerinde parlak refle veren yabancı cisim görüldü. Yabancı cisim forseps yardımıyla çekilerek çıkarıldı.

**Sonuç:** Bu olgu, trakeostomili hastaların ve yakınlarının stoma bakımı konusunda iyi eğitilmelerinin gerektiğini göstermiştir. Deneyimli uzman tarafında yapılan rijit bronkoskopi yabancı cisim aspirasyonunda güvenilir ve etkili bir tanı ve tedavi yöntemidir.



