

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 - 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

www.aciltipistanbul.com

BİLDİRİ KİTABI



23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

Istanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İÇİNDEKİLER

GENEL BİLGİLER	3
BİLİMSEL PROGRAM	3
POSTER BİLDİRİLER	7
SÖZEL BİLDİRİLER	36
KONUŞMA ÖZETLERİ	79

ONURSAL BAŞKANLAR

Prof. Dr. Cevdet ERDÖL Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU

SEMPOZYUM BAŞKANLARI

Prof. Dr. Başar CANDER

Doç. Dr. Mehmet Emin KALKAN

Dr. Öğr. Üyesi Semih KORKUT

Doç. Dr. Şahin ÇOLAK

SEMPOZYUM GENEL SEKRETERLERİ

Doç. Dr. Kenan Ahmet TÜRKDOĞAN

Dr. Öğr. Üyesi İsmail TAYFUR

Dr. Öğr. Üyesi Avni Uygur SEYHAN

Uzm. Dr. Serkan DOĞAN

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BİLİMSEL KURUL

Dr. Afşin Emre KAYIPMAZ

Dr. Behçet AL

Dr. Burak KATIPOĞLU

Dr. Erol ÜNLÜER

Dr. Ethem ACAR

Dr. Hakan OĞUZTÜRK

Dr. Hüseyin NARCI

Dr. İlhan KORKMAZ

Dr. Mehmet GÜL

Dr. Mehmet KOŞARGELİR

Dr. Mehmet OKUMUŞ

Dr. Mehmet Şevki EREN

Dr. Mücahit AVCİL

Dr. Nuri BOZDEMİR

Dr. Özlem BİLİR

Dr. Polat DURUKAN

Dr. Semih KORKUT

Dr. Şerife ÖZDİNÇ

Dr. Yavuz KATIRCI

Dr. Zeynep ÇAKIR

BİLİMSEL PROGRAM

15 Şubat 2019 Cuma-1.Gün		
14.00-15.00	Açılış Konuşması	
15.00-17.00	Yoğun Bakımda Kritik Hasta Yönetimi Oturma Başkanları: Prof. Dr.Başar CANDER, Doç. Dr. Mehmet Emin KALKAN, Prof. Dr. Ahmet Yaser MÜSLÜMANOĞLU	
15.00-15.20	Acil Servislerde Yoğun Bakım Uygulamaları	Prof.Dr. Mehmet GÜL
15.25-15.45	Kritik Hastada Mekanik Ventilasyon	Prof. Dr.Başar CANDER
15.50-16.10	Ne Kadar Sıvı Verelim? Nasıl Takip Edelim?	Dr.Öğr. Üyesi Hüseyin Cahit HALHALLI
16.15-16.35	Ne Zaman Mama? Ne Zaman TPN?	Uzm. Dr.Bora ÇEKMEN

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

16.35-16.50	Kahve Molası	
16.50-17.30	Akılcı İlaç Kullanımı	Prof. Dr. Başar CANDER
17.30-18.00	Sözlü Sunumlar Oturum başkanları: Doç. Dr.Asım KALKAN, Doç. Dr.Tuba CİMİLLİ ÖZTÜRK	

16 Şubat 2019 Cumartesi-2.Gün		
08.30-09.00	Sözlü Sunumlar Oturum başkanları: Doç. Dr.Halil DOĞAN, Doç. Dr.Ertan SÖNMEZ	
09.00-10.45	Hastane Öncesi Kritik Hasta Yönetimi Oturum Başkanları: Prof. Dr.Mehmet GÜL, Prof.Dr. Yunsur ÇEVİK	
09.00-09.20	Bilinci Kapalı Hasta	Dr.Öğr. Üyesi Mustafa ÇALIK
09.25-09.45	Göğüs Ağrılı Hasta	Dr.Öğr. Üyesi Mustafa Ahmet AFACAN
09.50-10.10	İnme Semptomlu Hasta	Uzm. Dr.Ökkeş Taha KÜÇÜKDAĞLI
10.15-10.35	Travmalı Hasta	Uzm. Dr. Serkan DOĞAN
10.45-11.00	Kahve Molası	

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

11.00-12.45	Acil Serviste Kritik Hasta Yönetimi Oturum Başkanları: Prof. Dr.Behçet AL, Doç.Dr. Ali KOCATAŞ	
11.00-11.20	Şoktaki Hastanın Yönetimi	Doç. Dr.Bedia GÜLEN
11.25-11.45	Sepsis Hastasının Yönetimi	Dr.Öğr. Üyesi İsmail TAYFUR
11.50-12.10	ARDS Hastasının Yönetimi	Uzm. Dr. Kamil KOKULU
12.15-12.35	Multiorgan Yetmezlikli Hastanın Yönetimi	Uzm. Dr. Hatice Şeyma AKÇA
12.45-13.45	Öğle Yemeği	
13.45-15.30	Kardiyak Acillerde Hasta Yönetimi Oturum Başkanları: Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR, Doç. Dr.Nuri BOZDEMİR	
13.45-14.05	Acil Serviste Akut Mİyokardİnfarktüsü ve Yönetimi	Dr.Öğr. Üyesi Burak KATIPOĞLU
14.10-14.30	Hayatı Tehdit Eden Ritimler	Dr.Öğr. Üyesi Ertuğrul ALTINBİLEK
14.35-14.55	Kalp yetmezliği: Sistol mü? Diyastol mü?	Dr.Öğr. Üyesi Ramazan GÜVEN
15.00-15.20	Senkop: Kardiyak mı? Non-kardiyak mı?	Dr. Öğr. Üyesi Avni Uygur SEYHAN
15.30-15.45	Kahve Molası	
15.45-17.30	Solunumsal Acillerde Hasta Yönetimi Oturum Başkanları: Prof. Dr.Hakan OĞUZTÜRK, Doç. Dr.Şahin ÇOLAK	
15.45-16.05	KOAH ve Astım Atak Yönetimi	Uzm. Dr.Burak DEMİRCİ
16.10-16.30	Pnömoni: Güncel Yaklaşım	Dr.Öğr. Üyesi Bahadır TAŞLIDERE
16.35-16.55	Pulmoner Tromboemboli	Uzm. Dr. Şeref Emre ATİŞ
17.00-17.20	Hemoptizi: Ne yapalım?	Dr. Öğr. Üyesi Mehmet DOKUR

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

17 Şubat 2019 Pazar-3.Gün		
08.30-09.00	Sözlü Sunumlar Oturum başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Dilay SATILMIŞ, Dr. Öğr. Üyesi Ramazan GÜVEN	
09.00-11.00	Kritik Hastayı Nasıl Tanırım? Oturum Başkanları: Dr.Öğr. Üyesi Semih KORKUT, Doç. Dr. Ahmet Kenan TÜRKOĞAN	
09.00-09.20	112 Yetiş Hastam Ölüyor!	Prm. Şener GÜLER
09.25-09.45	Hemşire Hanım MönitördeBirşeyler Oluyor!	Hemş. Gülizar Lerzan GARZAN
09.50-10.10	Doktor Bey Hastam Beni Tanımıyor!	Dr. Büşra BİLDİK
10.15-10.35	Kimler Kritik Hasta?	Uzm. Dr.Alev ECEVİZ
10.45-11.00	Kahve Molası	

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

11.00-12.45	Nörolojik Acillerde Hasta Yönetimi Oturum Başkanları: Doç.Dr. Mehmet OKUMUŞ, Uzm. Dr.Mehmet KOŞARGELİR	
11.00-11.20	SVO: Güncel Yaklaşımlarla Acil Servis Yönetimi	Uzm. Dr.Utku Murat KALAFAT
11.25-11.45	Trombolitik ve Trombektomi Kime? Ne zaman? Nerede?	Dr.Öğr. Üyesi Kurtuluş AÇIKSARI
11.50-12.10	Nöbet Geçiren Hasta	Uzm. Dr.Fatih SAVRAN
12.15-12.35	Acil Serviste Nöroradyoloji	Doç. Dr.Kenan Ahmet TÜRKDOĞAN
12.35-13.00	Acil Serviste GETAT	Uzm. Dr. Ahmet ŞENEL
13.00-13.15	Kapanış	Prof.Dr. Başar CANDER

POSTER BİLDİRİLER

POSTER 1

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ OLGU SUNUMU

Çebin Melis, Hökenek Nihat Müjdat, Başkaya Nurhayat, Seyhan Avni Uygur

Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Akut böbrek yetmezliği (ABY) böbrek fonksiyonunun saatler ve günler içinde bozulmasıdır. ABY'nin nedenini prerenal, renal ve postrenal olarak ayırt etmek gerekir. Prerenal nedenler arasında volüm kaybı, hipotansiyon, iskemik nedenler yer almaktadır. Renal nedenler toplumdan kazanılmış hastalıkta daha az görülmekle beraber glomerülün, tübülün, interstisyumun ve damarların yaralanması sonucu oluşmaktadır. Postrenal nedenler mekanik obstruksiyona bağlı oluşmaktadır. Prerenal ve postrenal nedenler ekarte edildikten sonra renal ABY için geniş çaplı otoimmün hastalıklar için tanısal geniş

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

biyokimyasal testler yapılmalıdır. Hepsinden önce hastalar erken tanı alarak diyaliz için zaman kaybedilmemelidir.

GİRİŞ

ABY üremi gelişinceye kadar semptomsuz olabilir. ABY’nde olan hasta bulantı-kusma şikayeti ile başvurabilir. İyi bir anamnez, laboratuvar bulguları ve görüntüleme yöntemleri ile ABY’nin etiyojisi hakkında bilgi edinilebilir.

OLGU

32 yaşında kronik hastalık öyküsü bulunmayan erkek hasta kusma şikayeti ile dış merkeze gitmiş. Yapılan tetkiklerinde böbrek fonksiyon testlerinde bozukluk saptanması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Anamnezinde 1 hafta önce zayıflama ve kabızlık için bitkisel çay tüketimi olduğu saptandı. TA:130/75 DSS:20 ATEŞ:36.7 hipotansiyon ve taşikardisi olmayan hastaya foley sonda takıldı. Oligoanürik seyreden hastadan minimal idrar örneği alınabildi. Hidrasyon tedavisi başlandı. Merkezimizde yapılan tetkiklerinde kre:4,85 üre:78 proteinüri:+2 asidozu olmayan hastadan Batın BT, üriner sistem USG ve abdomen USG görüntülemesi yapıldı. Obstrüktif patolojiye rastlanılmadı, postrenal ABY ekarte edildi. Kreatinin yüksekliği yapabilecek prerenal nedenler dışlandı. USG renal parenkimal hastalık lehine raporlandı. Renal ABY olarak değerlendirilen hasta iç hastalıklarına konsülte edildi. Diyaliz yapılmak üzere iç hastalıkları servisine interne edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

ABY’nde olan hastalar bulantı-kusma şikayeti ile acil servise başvurabilirler. Bu başvurularda idrar çıkışı sorgulanmalı, ABY’ne sebep olabilecek prerenal, renal ve postrenal sebepleri araştırmak için anamnez, fizik muayene, laboratuvar bulguları ve görüntüleme tekniklerinden faydalanılmalıdır. Bizim hastamızda bulantı-kusma olması ilk başta bizi prerenal sebepler olabileceği konusunda şüphelendirmiştir. Hipotansiyonunun olmaması ve proteinüri saptanması, görüntüleme yöntemleri ile postrenal nedenlerin dışlanması ile renal ABY lehine değerlendirilen hastamızın diyaliz ve ileri tetkik amacı ile iç hastalıklarına yatışı yapılmıştır. Toksik nefropati? Otoimmün nefropati? ön tanıları ile araştırması devam etmektedir

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Anahtar Sözcükler: Bulantı-Kusma, Akut Böbrek Yetmezliği

POSTER 2

SAĞ ELE 10 GÜN ÖNCE KÜRDAN BATMASI SONRASI GELİŞEN GANGREN

HEKİMSOY Serdar, BAŞKAYA Nurhayat, SEYHAN Avni Uygur

Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği , İstanbul

GİRİŞ

Gazlı gangren; clostridium cinsinden gram(+), anaerop bakteriler tarafından meydana getirilmektedir. Kas dokusunda hızla ilerleyen,hayati tehdit eden bir miyonekrozdur.En sık kas yaralanmaları ve ameliyatları takip eder.

OLGU

10 gün önce sağ eline kürdan batan hasta sağ elde şişliğin ve ağrılarının artmasıyla acil servise başvurdu.Hastanın GKS:15 SS DOĞAL VİTALLER STABİL ATEŞ:37. Hastanın sağ el dorsum ödemli,drenaja ait dorsumda 2adet 3 cmskar mevcut.Sağ el bilek ve el parmak eklem hareketleri kısıtlı..Çekilen el bilek grafisinde gaz imajı mevcut.Hastaya antibiyoterapi başlandı enfeksiyon,ortopedi ve plastik cerrahi konsültasyonları tamamlandı.Hasta ileri tetkik ve tedavi için plastik cerrahi servisine alındı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Acil servise yabancı cisim nedenli deri enfeksiyonuyla gelen hastalara dikkatle yaklaşmalı,müdahele ve tedaviye en kısa zamanda başlamalıyız.Enfeksiyonun gangrene kadar gideceği unutulmamalı.

POSTER 3

HİPERGLİSEMİYE BAĞLI NÖROLOJİK MOTOR DEFİSİT

HEKİMSOY Serdar, BİLGİN Ayşe Beyza, GÖKDAĞ Eren, SEYHAN Avni Uygur

Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği , İstanbul

GİRİŞ

Acil servise başvuran hastaların %5'inin nörolojik semptomları vardır.Nörolojik aciller uzun ve kısa dönem sonuçları bakımından oldukça yıkıcıdır.Nörolojik kliniği olan bir hastanın tanı ve tedavisi en kısa zamanda konulmalı ve gelişmiş merkezlere transferi yapılmalıdır.

OLGU

Akşam saatlerinde kendini kötü hisseden hasta kan şekerini 677 ölçmüş insülin tedavisini uygulamış.Devam eden süreçte hastada sağ tarafında güçsüzlük meydana gelmiş ve acil servise başvurmuş.Hastanın gelişinde GKS:15 TA:145/84 S02:99 KTA:84 DSS:16/DK.Fizik muayenesinde en sertliği yok,konuşma doğal .Sol üst ve sol alt 5/5..Sağ üst ve sağ alt 1/5.Hastanın çekilen beyin BT'sinde akut hemoraji yok.Çekilen Dif MR'nda akut infarkt gözlemlenmedi.Nöroloji konsültasyonu sonucunda hastanın laterizan bulguları hiperglisemiye bağlandı.Hastanın şeker regülasyonu sağlanınca klinik bulguları düzeldi.Saü üst ve sağ alt 5/5..Hastaya dahiliye konsültasyonu istendi tedavisi düzenlendi.Hasta acil servisten externe edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Acil servise nörolojik defisitle başvuran hastanın nörolojik aciliyeti belirlenmeli tanı koyulmalı ve en kısa zamanda tedavisine başlanmalıdır. Nörolojik defisitle gelen hastanın kliniğinin metabolik nedenlere de bağlı olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: AKŞ, MOTOR DEFİSİT

POSTER 4

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

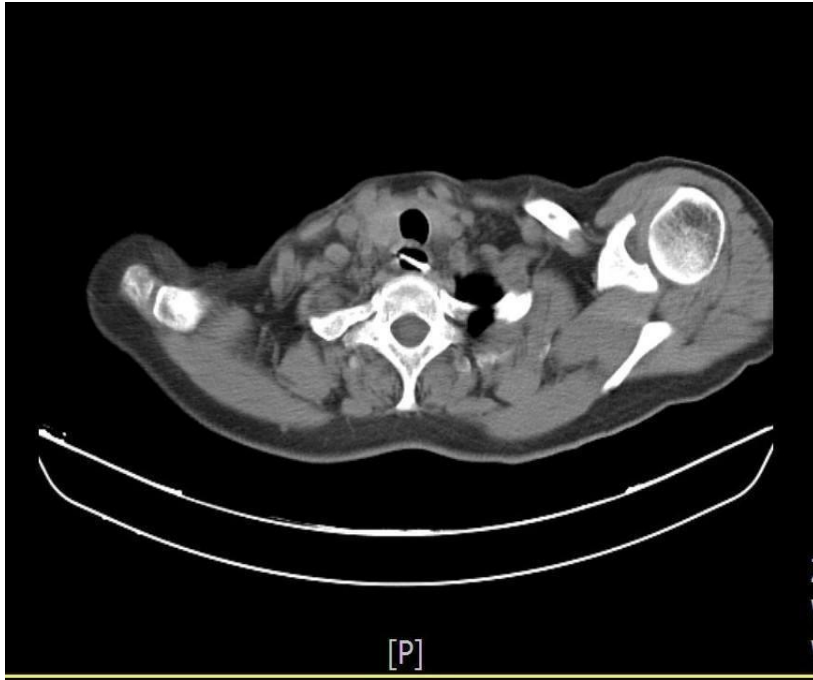
ÖZEFAGUSTA YABANCI CİSİM

Özmen Dilara, Seyhan Avni Uygur, Yılmaz Erdal, Doğan Sarı Fatma

Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Yabancı cisim yutma olgularının %80'i çocukluk döneminde (18-48 ay) görülmekle birlikte erişkin yaşta da karşılaşılabilen acil durumlardandır. Hikaye her zaman çok yönlendirici olmayabilir. Klinik ve radyolojik bulguların iyi değerlendirilmesi acil serviste erken tanı ve tedavi yaklaşımı açısından oldukça önemlidir.

OLGU: 63 yaş kadın hasta, boğaz ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Genel durum ağrılı, bilinci açık, solunumu rahat, batını rahat, vital bulguları normaldi. Anamnez derinleştirildiğinde şikayetinin kemikli etli yemek yedikten sonra başladığı, boğazda takılma hissinin de olduğu öğrenildi. Çekilen boyun BT'de özefagusta yabancı cisim saptandı. Genel cerrahi ve dahiliye konsülte edildi. Dahiliye tarafından endoskopi amaçlı interne edildi.



TARTIŞMA VE SONUÇ: Özefagus zayıf peristalsizm ve anatomik darlıklarından dolayı yabancı cisimlerin sıklıkla takıldığı bir yapıdır. Takılma en sık proksimal özefagusta olur. Komplikasyonlar havayolu tıkanıklığı, striktür, perforasyondur. Komplikasyon yoksa fizik muayenede hiçbir bulguya rastlanmayabilir. Yutulmuş kemikler düz grafilerin %50'sinden azında görülebilir. Nonradyoopak cisimlerin tespitinde BT öne çıkmıştır. Hava yolu güvenliğini sağlayamayan hastalarda uygun metotlarla havayolu güvenliği sağlanır. Sekresyonların biriktiği distalözefagus tıkanıklığında acil

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

endoskopi gerekebilir. Perforasyon şüphesi ve özellikle distal özefagustaki kaygı verici cisimlerde cerrahi konsültasyonu yapılmalıdır.

POSTER 5

İnguinal herni ve Akut Apandisit

Mazlum Kılıç¹, Funda Çoktaş¹, Uğur Turan¹, Abidin Bayram¹, A. Hamdi Akçay¹, Seda Kılıçoğlu¹

Tuba Cimilli Öztürk,¹Özge Ecmel Onur²

¹Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, İstanbul

Giriş: Akut apandisit, akut batının en sık sebeplerinden biridir. Akut apandisit tanısında, iyi alınan bir anamnez ile yapılacak dikkatli ve iyi bir fizik muayene oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra çeşitli laboratuvar ve görüntüleme tekniklerinden de akut apandisit tanısını koymakta yararlanılabilir. Ancak tanı, esas olarak, hikâye ve klinik bulgularla konur. Laboratuvar ve görüntüleme teknikleri akut apandisit tanısını destekler ama asla ekarte etmez. Biz bu olgu sunumunda acil servise karın ağrısı ve redükte olmayan herni şikayeti ile başvurmuş ön planda strangüle herni düşünülen hastada akut apandisit tanısına giden süreci anlatmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 69 yaşında erkek hasta, acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde karın ağrısının birkaç saat önce başladığı, 2 kez kustuğu ve hafif ateşinin olduğunu öğrenildi. En son 3 gün önce gaita çıkarmış ve gaz çıkaramadığını ifade etti. Travma öyküsü yoktu. Hastanın özgeçmişinde 10 yıl önce bening prostat hiperplazisi sebebiyle opere olduğu öğrenildi. Bilinen bir hastalığı, sürekli kullandığı ilacı yoktu.

Acil başvurusunda vital bulguları Ateş: 38,5C,TA: 141/81 mmHg, Nb:93/dk ve sO2:%98. Fizik muayenesinde GKS: 15, bilinç açık, koopere, oryante. Batın doğal görünümde barsak sesleri azalmış, batında yaygın hassasiyet sağ alt kadranda defans ve rebaund mevcut. Sağ inguinal bölgede redükte edilebilen ve pozisyonla tekrar gelişen herni kesesi mevcuttu. Diğer sistem bulguları olağan idi. Bakılan tetkiklerde lökosit 11,600/mm³(4,000-10,000/mm³), CRP: 5,29 mg/L (0-0,5 mg/L), karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri dahil bakılan diğer parametreler normal sınırlar içerisindeydi. İdrar mikroskopisinde özellik saptanmadı.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yapılan intravenöz (iv) kontrastlı batin bilgisayarlı tomografi incelemesi ‘‘Appendiks inflame görünümde olup, lümeni sıvı ile doludur. Çift duvar kalınlığı 15 mm ‘dir. Ayrıca çekum duvarında divertiküler oluşum izlenmektedir. Peričekal minimal sıvı izlenmektedir.(Resim 1), sağ inguinal alanda boyutları 41mmx51mm olan inguinal herni kesesi içerisinde bağırsak ansları (Resim 2) saptandı.’’ şeklinde raporlandı Hasta genel cerrahi kliniğine konsülte edildi. Uygun antibiyotik ve analjezik başlanarak cerrahi servisine yatırıldı.

Tartışma: Akut apandisit apendiksin lümeninin tıkanmasına bağlı olarak gelişen inflamasyondur. En iç tabakadan yani mukozadan başlar ve apendiks duvarı boyunca yayılır. Genellikle hastalar sağ alt kadranda ağrısı, bulantı, kusma ve iştah kaybı ile başvurur. En sık akut karın yapan hastalıktır. 10-30 yaşlar arası siktir. Tedavi edilmezse önce gangren sonra perforasyon gelişir. Görüntüleme yöntemlerinin gelişmesine rağmen, tanısı hala klinik olarak yani muayeneye dayalı olarak konur.(1-3)

Kasık fıtığı insanlarda sık rastlanan sorunlardan biri olup, tedavisi cerrahidir. İnguinal ve femoral bölge hernileri genelde birlikte sınıflandırılır ve kasık fıtıkları adını alır. Kasık fıtıkları, nüfusun yaklaşık %3-8 inde görülür. Fıtıkların %86’sı erkeklerde, femoral fıtıkların%84 ü kadınlarda görülmektedir. İnguinal fıtıklar. Tüm fıtıkların %80-83’ünü oluşturur. (%50’si indirekt inguinal, %25’i direkt inguinal, %5’i femoral). Her iki cinstede en sık indirekt inguinal herni görülür. Femoral herni ise kadınlarda sık görülür. (4)

Sonuç: Acil hekimi sağ inguinal hernisi olan hastalarda ayırıcı tanı yaparken akut apandisit tanısını akılda tutmalıdır. Akut apandisit tanı konulmazsa mortalitesi yüksek bir hastalıktır.

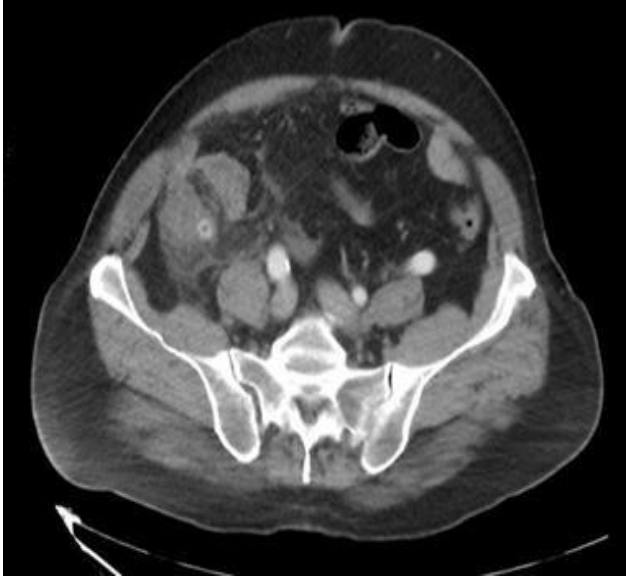
Resim 1: BT’de Appendiks inflame görünümde olup, lümeni sıvı ile doludur. Çift duvar kalınlığı 15 mm idi.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

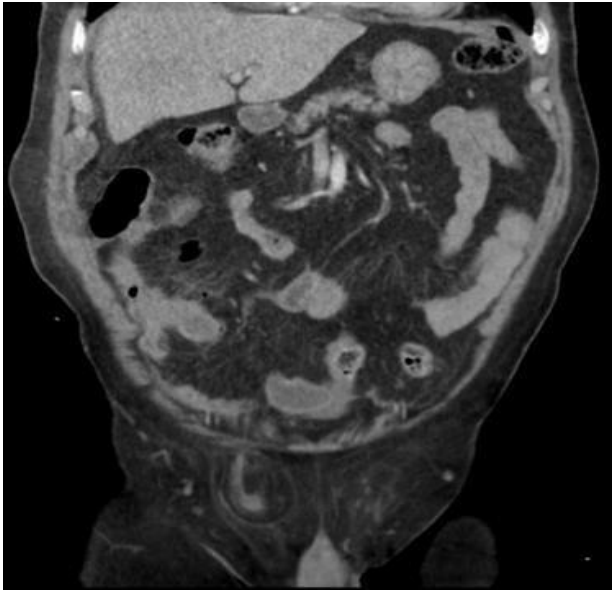
KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Resim 2: sağ inguinal alanda boyutları 41 mmx51 mm olan inguinal herni kesesi içerisinde bağırsak ansları



POSTER 6

¹Engin Kölükçü

²Bekir Süha Parlaktaş

¹ Tokat Devlet Hastanesi Üroloji Bölümü, Tokat

² Gaziosmanpaşa Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Tokat

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Penil Fraktür: Bir Olgu Sunumu

Giriş: Penil fraktür; rijit ereksiyon esnasında korpus kavernozumun saran tunika albugineanın yırtılması olarak tanımlanmaktadır. İnsidansı yıllar içerisinde artmakta olan acil ürolojik hastalıklar arasında yer almaktadır. Sebepleri arasında şiddetli cinsel ilişki, sert penil masturbasyon gibi birçok etmen bulunmaktadır. Bu yazıda acil kliniğine başvuran penil fraktür olgusunun sunulması hedeflenmiştir.

Olgu: 41 yaşında erkek hasta penil masturbasyon esnasında penisinde 'kat' sesi duyduktan sonra aniden ereksiyon sonlanması, penis çevresinin mor renk alması ve penil bölgede ağrı şikayeti ile başvurduğu aile hekimliği birimlerince acil kliniğimize yönlendirildi. Alınan öykünün yaklaşık 1 saat önce olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde penil dokuda ödem, ekimotik renk değişikliği bulunmaktaydı ve hematoma tüm penisi çevre sarmaktaydı. Skrotum ve pubiste hematoma alanı izlenmedi. Anamnez ve fizik muayene sonucunda penil fraktür tanısı konuldu. Alınan kan ve idrar analizinde patolojik bulgu izlenmedi. Penil doppler ultrasonografide sol kavernoza cisim inferiorunda radiks bölgesine yakın lokalizasyonda yaklaşık 9 mm boyutlarında defekt alanı izlendi. Spontan idrar çıkışı mevcuttu ve üretrajisi izlenmedi. Hastaya akut dönemde cerrahi uygulandı. Genel anestezi altında subkoronal sirküler insizyonla penis cildi radikse kadar deglove edilerek hematoma temizlendi. Ardından tunika albuginea üzerindeki rüptür alanı sütüre edilerek kapatıldı. Üretra doğal olarak gözlemlendi. Operasyon esnasında komplikasyon izlenmedi. Postoperatif 1.gün üretral katater alındı ve spontan idrar çıkışı olduğu görüldü. Postoperatif 5 gün koban bandajla steril baskılı pansuman uygulandı ve bandaj her gün bir defa değiştirildi. Postoperatif 1 hafta oral antibiyoterapi (siprofloksasin 500 mg, 2x1) ve antiinflamatuar amaçlı ibuprofen kullanıldı. Postoperatif ilk bir aylık dönemde cinsel ilişki yasağı ile taburcu edilen hastanın kontrollerinde patolojik bulgu izlenmemiştir.

Sonuç: Acil ve aile hekimliği birimlerine penil fraktür ile başvuran olguların multidisipliner yaklaşım ile değerlendirilerek erken dönemde tedavi protokollerinin uygulanmasının hastaların kısa ve uzun dönemde yaşayabilecekleri erektil disfonksiyon, penil şekil bozukluğu gibi cinsel işlev bozukluklarının önüne geçilmesinde son derece önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Penil, ağrı, fraktür

Resim-1

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi



POSTER 7

¹Engin Kölükçü

²Doğan Atılğan

¹ Tokat Devlet Hastanesi Üroloji Bölümü, Tokat

² Gaziosmanpaşa Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Tokat

Akut Böbrek Yetmezliğinin Nadir Bir Nedeni: Benign Prostat Hiperplazisi

Giriş: Benign prostat hiperplazisi (BPH); prostat bezinin epitelyal ve stromal komponentlerinin proliferasyonu sonucu ortaya çıkan prostat büyümesi olarak tanımlanmaktadır. 50 yaştan itibaren artan sıklıkla izlenmekte ve yaşam kalitesini son derece olumsuz etkilemektedir. BPH; işemeye başlamada güçlük, kesik kesik idrar yapma, gece sık idrara çıkma, ani sıkışma hissi gibi birçok farklı klinik bulguya neden olmaktadır. Bu çalışmada akut böbrek yetmezliğine neden olan BPH'li olgunun sunulması hedeflenmiştir.

Olgu: 71 yaşında erkek hasta 3 yıldır idrar yapmakta zorlanma ve 4 gündür olan iştah kaybı, halsizlik ve bulantı şikayetleri ile başvurduğu aile hekimliği biriminden hastanemize yönlendirildi. Hastanın medikal öyküsünde kronik hastalığı veya geçirilmiş cerrahi öyküsü mevcut değildi. Yapılan fizik muayenede hastanın glob vezikalede olduğu tespit edildi. Serum böbrek fonksiyon düzeyleri; kreatin ve üre nitrojen değerleri; 8.21 mg/dL, 98 mg/dL olarak sonuçlandı. Hastanın görüntülemelerinde bilateral hidroüreteronefroz, artmış mesane duvar kalınlığı ve prostat dokusunun mesaneye indante olduğu izlendi (Şekil 1). Üretral stent takılarak mesanenin devamlı drenajı sağlandı. Nefroloji bölümü tarafından değerlendirilen hasta için acil diyaliz endikasyonu düşünülmedi. İşlemden sonra ilk 24 saat yaklaşık 13250 cc idrar çıkışı oldu. 10 gün süre ile üretral kateterli takip edilen hastanın ortalama 25004000 cc/gün idrar çıkışı oldu. 10. günün sonunda BUN:27.3 mg/dl, kreatinin:1,12 mg/dl düzeyinde olduğu gözlemlendi. Anestezi ve reanimasyon bölümü tarafından değerlendirilen hastaya spinal anestezi altında transüretral prostat rezeksiyonu uygulandı. İntraoperatif ve postoperatif gerek cerrahi gerekse de

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

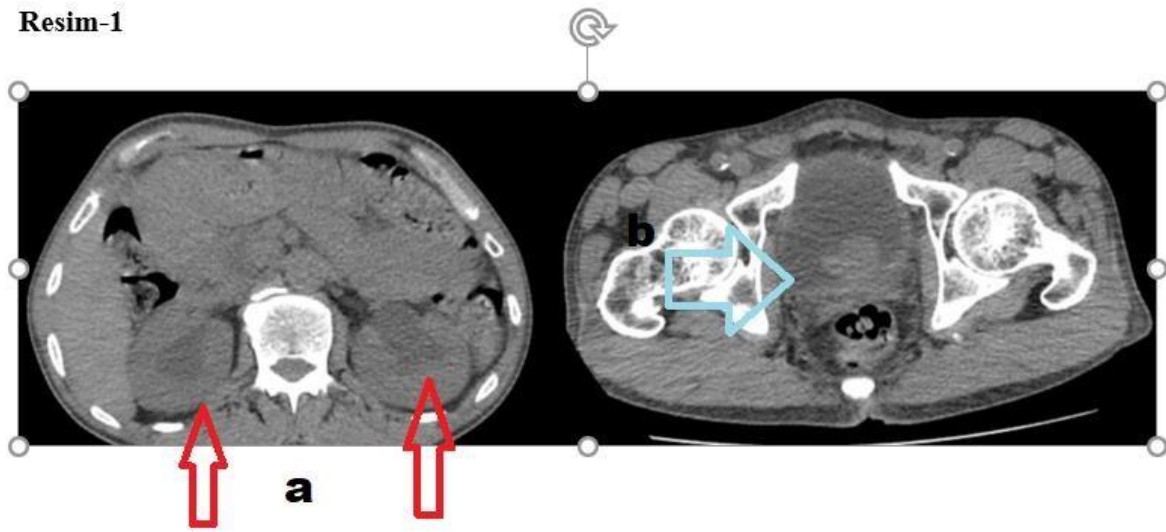
İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

anestezi açısından komplikasyon ile karşılaşılmadı. Hastanemizde takipleri halen devam eden hastanın klinik izleminde patolojik bulguya rastlanmamıştır.

Sonuç: Günümüzde acil kliniklerinde akut renal yetmezlik tablosu ile sık karşılaşılmaktadır. Akut böbrek yetmezliği tanısı konulan özellikle ileri yaşlı erkek hastalarda etiyolojik faktörler arasında BPH'nin göz önünde bulundurulmasının son derece önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Böbrek, yetmezliği, benign, prostat, hiperplazisi

Resim-1



Resim 1'deki kırmızı oklar ile temsil edilen görsel (a): Bilateral grade 2 hidronefrozü temsil etmektedir. Öte yandan turkuaz ok ise prostat hiperplazisini temsil etmektedir.

POSTER 8

¹Engin Köllükçü

²Bekir Süha Parlaktaş

¹ Tokat Devlet Hastanesi Üroloji Bölümü, Tokat

² Gaziosmanpaşa Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Tokat

Hematürinin Nadir Bir Nedeni: Mesane Taşı

Giriş: İdrarda her büyük büyütme alanında üçten fazla ya da 1 mm³ idrarda 1000'den fazla eritrosit bulunması olarak tanımlanan hematüri üriner sistem taş hastalıkları, enfeksiyonlar, maligniteler gibi

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

birçok farklı nedene bağlı ortaya çıkabilmektedir. Bu çalışmada hematüri ile acil kliniğine başvuran ve mesane taşı tanısı konulan hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 51 yaşında erkek hasta 1 yıldır dönem dönem olan hematüri yakınması ile başvurduğu aile hekimliği birimi tarafından acil kliniğimize yönlendirildi. Alınan anemnezinde yaklaşık 3 yıldır idrar yapmakta dönem dönem zorlanma yaşadığı ve penis ucunda yanma hissettiği öğrenildi. Özgeçmişinde diyabet mellitus ve hiperlipidemi dışında medikal hastalığı veya geçirilmiş cerrahi öyküsü mevcut değildi. Fizik muayenesinde patolojik bulgu izlenmedi. Hastanın kan analiz sonuçlarında referans aralıkları dışında patolojik bulgu izlenmedi. İdrar analizde mikroskopik hematüri izlendi. Yapılan görüntülemelerde mesanede en büyüğü 1.1 cm boyutunda 4 adet taş ve mesane sağ yan yüzde duvar kalınlaşması izlendi (Resim-1). İdrar kültüründe üremesi olmadı. Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Üretra mea ileri derece dar olarak izlendi ve hastaya meatotomi uygulandı. Ardından yapılan sistoüretroskopisinde mesane sağ yan yüzde duvar kalınlaşması ve mesanede 4 adet taş izlendi. Taşlar holmium lazer ile fragmente edilerek hasta taşlardan tamamen arındırıldı. Mesane sağ yan yüzde bulunan duvar kalınlaşması bulunan şüpheli alanlardan biyopsi alındı. Patoloji sonucu kronik sistit olarak sonuçlandı. Taş analiz neticesi ise kalsiyum oksalat taşı olarak geldi. Hasta kliniğimizde halen düzenli takiplerine devam edilmektedir.

Sonuç: Mesane taşları tüm üriner sistem taş hastalıkları içerisinde %5 oranında izlenmektedir. Birçok mesane taşı spontan atılmakla birlikte mesane lümeninde kalan taşlar kısa ve uzun vadede olgularda birçok patolojiye yol açmaktadır. Bu patolojiler sık tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarına, tedaviye yanıt vermeyen sistitizm bulgularına hatta mesanenin skuamöz hücreli karsinomuna kadar uzayabilmektedir. Acil sağlık hizmeti veren birimlere hematüri ile başvuran hastalarda mesane taşlarının ayırıcı tanılar arasında düşünülmesinin birçok patolojik durumun erken tanı ile önüne geçilmesi adına son derece önemli olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Mesane, taş, hematüri

Resim-1



23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

POSTER 9

¹Engin Köllükçü

²Nihat Uluocak

¹ Tokat Devlet Hastanesi Üroloji Bölümü, Tokat

² Gaziosmanpaşa Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Tokat

Akut Piyelonefrit: Olgu Sunumu

Giriş: Böbrek pelvisini ve parankimini tutan enflamatuvar bir hastalık olan akut piyelonefritin predispozan faktörleri arasında üriner sistem taş hastalıkları, vezikoüreteral reflü, üriner obstrüksiyonlar, diabetes mellitus ve üreteral kateter gibi üriner sistemde bulunan yabancı cisimler sayılmaktadır. Akut piyelonefritli hastalar; halsizlik, ateş, yan ağrısından genel durum bozukluğuna kadar değişebilen çok farklı şekillerde sağlık kuruluşlarına başvurabilmektedirler. Bu çalışmada akut piyelonefrit tanısı konulan ve etiyolojik faktör olarak distal üreterde 3 mm taş tespit edilen olgunun sunulması hedeflenmiştir.

Olgu: 45 yaşında bayan hasta 6 saatir olan sağ yan ağrısı, ateş ve titreme yakınmları ile başvurduğu aile hekimliği birimlerince hastanemiz acil kliniğine yönlendirildi. Sistemik bir hastalığı veya geçirilmiş cerrahi öyküsü mevcut değildi. Ateşi 38.8 derece, nabız 110/dakika, tansiyon arteriyel: 105/60 mmHg olarak ölçüldü. Elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi dışında patolojik bulgu izlenmedi. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda rebound ve sağ kostovertebral açığı hassasiyeti olduğu görüldü.

Laboratuvar değerlendirmelerinde lökosit sayısı 14902/mm³ ve C-reaktif protein düzeyi 88.2 mg/L (referans aralığı: 0-6) bulundu. İdrar analizinde ise lökositüri gözlemlendi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon değerleri normal olarak sonuçlandı. Tüm batın bilgisayarlı tomografide; sağ böbrek toplayıcı sistemde grade II pelvikaliektazi, perirenal ve pararenal bölgede yaygın yağ planlarında kirlenme izlendi. Ek olarak sağ distal üreterde 3 mm taş gözlemlendi (resim-1). Hastaya paranteral antibiyotik tedavisi verilerek hospitalize edildi. Günde 2 gr seftriakson başlanan hastanın alınan idrar kültüründe Escherichia coli üremesi oldu ve verilen tedaviye duyarlı olduğu görüldü. Tedavinin 10.gününde semptomlarında belirgin düzelme olduğu izlendi. Lökosit ve C-reaktif protein düzeyi normal aralıklarla geriledi. İdrar kültüründe üreme tespit edilmedi. Tedavinin 14. gününde taş düşürmesi olmayan hastaya endoskopik üreter taşı cerrahi uygulanarak üreter taşı alındı.Komplikasyon izlenmedi.

Sonuç: Geç tanısı alan, yetersiz tedavi uygulanan ve etiyolojik faktörleri net olarak ortaya konulamayan akut piyelonefritli hastaların renal skar, böbrek yetmezliği ve ürosepsise kadar değişebilen klinik

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

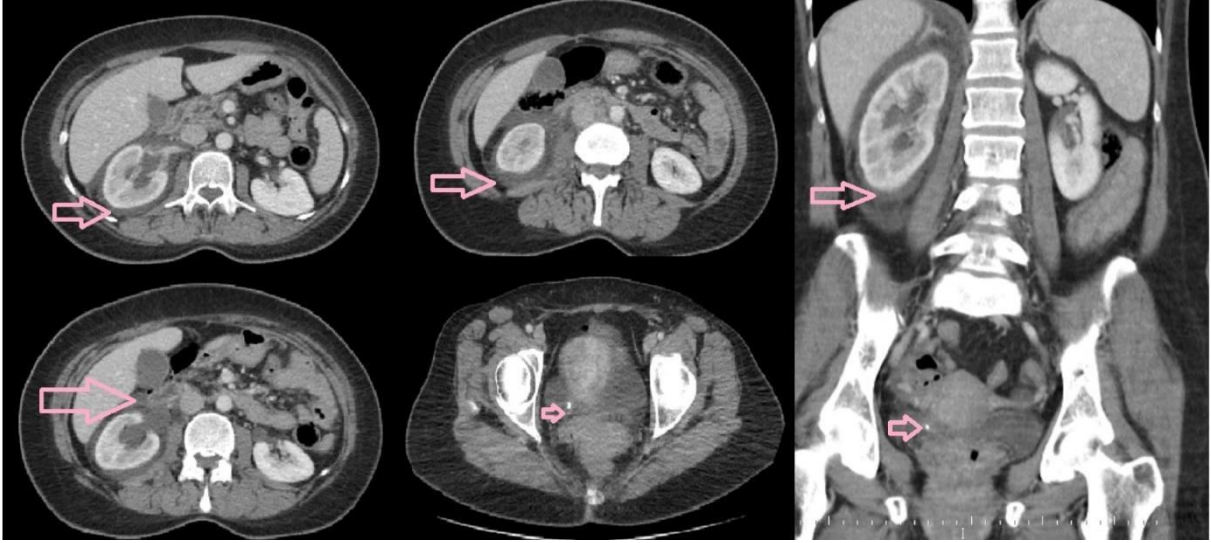
15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

tablolar ile karşılaşabileceği unutulmamalıdır. Yan ağrısı ve ateş ile başvuran hastalarda akut piyelonefrit ön tanılar arasında mutlak göz önünde bulundurulmasının son derece önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Akut, piyelonefrit, distal, üreter, taş

Resim-1



POSTER 10

¹Engin Köllükçü

²Nihat Uluocak

¹ Tokat Devlet Hastanesi Üroloji Bölümü, Tokat

² Gaziosmanpaşa Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Tokat

Oligüriye Neden Olan Mesane Taşı: Bir Olgu Sunumu

Giriş: Oligüri 24 saatlik idrar miktarının 300-500 ml'den ya da 0.5 ml/kg/6'dan az olması olarak tanımlanmaktadır. Üriner sistem obstrüksiyonları, çok sık olmamakla birlikte oligürinin etiolojinde yer almaktadır. Mesane taşlarının büyük kısmı spontan olarak atılabilmektedir. Bununla birlikte üretra patoloji olan hastalarda veya büyük boyutlarda ulaşan mesane taşları üriner obstrüksiyonlara neden olabilmektedir. Bu çalışmada oligüri şikayeti ile başvuran ve yapılan analizlerde mesane taşı tespit edilen 71 yaşındaki erkek hastanın sunulması amaçlanmıştır.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Olgu: 71 yaşında erkek hasta yaklaşık bir gündür idrar miktarında belirgin azalma şikayeti ile başvurduğu acil kliniği tarafından kliniğimize konsulte edildi. Alınan anamnezinde yaklaşık 10 yıldır idrar yapmakta dönem dönem zorlanma yaşadığı ve 25 yıl önce açık prostatektomi operasyonu geçirdiği öğrenildi. Sistemik bir hastalığı mevcut değildi. Hastanın fizik muayenesinde suprapubik bölgede hassasiyet dışında patolojik bulgu izlenmedi. Hastanın yapılan görüntülemelerinde mesane içerisinde yaklaşık 23.5 mm boyutunda taş izlendi (Resim-1). Üriner sistemin drene edilmesi amacı ile sonda takılan hastanın kreatinin ve üre nitrojen değerleri sırasıyla 2.9 mg / dL, 69 mg / dL olarak sonuçlandı. Tam idrar analizinde ise eritrosit: 110-115 hpf, lökosit: 750-755 hpf olarak izlendi. Yatışımı takiben alınan idrar kültüründe Escherichia coli üremesi oldu. Antibiyograma uygun olarak tedavisi düzenlenen ve hidrasyonu sağlanan hastanın yatışının 1. haftasında böbrek fonksiyon değerleri normal aralıklarda izlendi. Spinal anestezi altında operasyona alınan hastada mesane boynu darlığı ve mesane içerisinde yaklaşık 23.5 mm büyüklüğünde taş izlendi. Endoskopik sistolitotomi ve mesane boynu insizyonu yapılarak hasta mesane taşından arındırılarak taş oluşumuna neden olan etiyojik faktör ortadan kaldırıldı.

Sonuç: Oligüri ile başvuran erkek hastalarda mesane taşlarının ayrııcı tanıda düşünülmesinin son derece önemli olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Mesane, taş, oligüri

Resim-1



POSTER 11

¹Engin Köllükçü

²Fikret Erdemir

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

¹ Tokat Devlet Hastanesi Üroloji Bölümü, Tokat

² Gaziosmanpaşa Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Tokat

Priapizm: Olgu Sunumu

Giriş: Priapizm; cinsel uyarıdan bağımsız 4 saatten uzun süren uzamış ereksiyon durumudur. İnsidansı ortalama 1.5/100.000'dir. Erişkin priapizm olgularının yaklaşık %25'inden ilaçlar sorumlu tutulmaktadır. Priapizme yol açan ilaçlar arasında papaverin, fentolamin, antihipertansifler, anksiyolitikler, prostoglandin E1, fosfodiesteraz tip 5 enzim inhibitörleri ve antikoagülanlar yer almaktadır. Bu çalışmada intrakavernozal papaverin kullanımının neden olduğu priapizm olgusunun sunulması hedeflenmiştir.

Olgu: 33 yaşında erkek hasta birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından acil servise yaklaşık 10 saatir devam eden ağrılı rijit ereksiyon nedeni ile yönlendirildi. Alınan medikal öyküsünde üroloji polikliniğinde balayı empotansı sebebiyle intrakavernozal papaverin uygulandığı öğrenildi. Hastaya birinci basamak sağlık kuruluşunda soğuk buz uygulandığı ve sevk sırasında buz uygulamasının devam ettiği öğrenildi. Fizik muayenede tam rijit ağrılı penis izlendi. Hastanın öyküsünde priapizme predispozan başka bir etiyolojik faktör yoktu. Korpus kavernozumdaki kanın 16 G kelebek iğne ile aspirasyonu yapıldı. Çalışılan kan gazı sonuçları (pH:7.14, pO₂: 34,5 mmHg, pCO₂: 66 mm Hg) iskemik priapizm ile uyumlu geldi. İğne ile aspirasyonu takiben intrakavernozal semptomimetik (2 cc 1/100000 adrenalin) enjeksiyonu yapıldı ve detümesans sağlandı. Altı aylık takip süresince hastanın cinsel işlev bozukluğu olmadığı görüldü.

Sonuç: Papaverin nonspesifik fosfodiesteraz enzim inhibitörüdür. cAMP ve cGMP düzeylerinde artmaya neden olarak korporal düz kas gevşemesiyle penil ereksiyon gerçekleşmektedir. Bazı üroloji klinikleri tarafından penil doppler ultrasonografi çekimi veya balayı empotansı gibi durumlarda intrakavernozal olarak papaverin tek doz olarak uygulanmaktadır. Uygulaması sonrasında penil hematoma, cilt enfeksiyonu ve priapizm gibi istenmeyen durumlar gelişebilmektedir. Bu olgu sunumunda olduğu gibi priapizm gelişen hastaların kısa ve uzun dönemde cinsel işlev bozukluğundan korunması açısından klinikler arasındaki multidisipliner yaklaşımların son derece önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Priapizm, aile, hekimliği

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

POSTER 12

¹Engin Köllükçü

²Nihat Uluocak

¹ Tokat Devlet Hastanesi Üroloji Bölümü, Tokat

² Gaziosmanpaşa Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Tokat

Mesanein Skuamoz Hücreli Karsinomu: Bir Olgu Sunumu

Giriş: Mesane karsinomları üriner sistemin en sık izlenen malign oluşumları olup bunların %90'ından fazlası transizyonel hücreli tümörlerdir. Mesane kanserleri içerisinde skuamoz hücreli karsinomlar oldukça nadir sıklıkta izlenmektedir ve çoğunlukla 7. dekatta ortaya çıkmaktadır. Etiyolojisinde nörojenik mesane, kronik üriner enfeksiyona yatkınlık veya sürekli üretral kataterizasyon suçlanan faktörlerdir. Bu çalışmada hematüri nedeniyle acil kliniğine başvuran ve yapılan değerlendirmede mesanein skuamoz hücreli karsinomu tanısı konulan olgunun sunulması hedeflenmiştir.

Olgu: 64 yaşında erkek hasta yaklaşık 10 aydır dönem dönem olan hematüri yakınması ile acil kliniğine başvurdu. Alınan detaylı anamnezinde çocukluk yıllarından beri dönem dönem taş düşürdüğü ve sık idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Özgeçmişinde diabetes mellitus dışında medikal hastalığı veya geçirilmiş cerrahi öyküsü mevcut değildi. Fizik muayenesinde patolojik bulgu izlenmedi. Hastadan alınan biyokimyasal analiz sonuçları doğal olarak sonuçlanırken idrar değerlendirmesinde gross hematüri izlendi. Yapılan görüntülemelerde mesane trigon bölgesinde 0.9 cm büyüklüğünde bir adet taş, mesane sağ duvarda divertikül ve divertikül içerisinde büyüğü 1.3 cm boyutunda iki adet taş ile yaygın duvar kalınlaşması izlendi (Resim-1). Üroloji birimi tarafından hospitalize edilen hastaya aktif mesane irrigasyonu uygulandı. Gross hematürisi düzelen ve idrar kültüründe üreme olmayan hasta 3 gün sonra sistoüretroskopi ile değerlendirildi. Yapılan değerlendirmede üç adet mesane taşı ve divertikül içerisinde kitle izlendi. Taşlar holmium lazer ile fragmente edildi. Ardından divertikül içerisinde izlenen kitleye transüretral rezeksiyon uygulandı. Patoloji sonucu tüm divertikül duvarını tutan skuamoz hücreli karsinom olarak raporlandı. Yapılan diğer görüntülemelerinde uzak organ yayılımı izlenmeyen hastaya radikal sistektomi ve ileal loop yapılması planlandı.

Sonuç: Hematüri ile başvuran hastalarda ürogenital sistem kanserlerinin ön tanımlar arasında yer almasının erken tanı ve tedavi açısından son derece önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Mesane, skuamoz, hücreli, karsinom

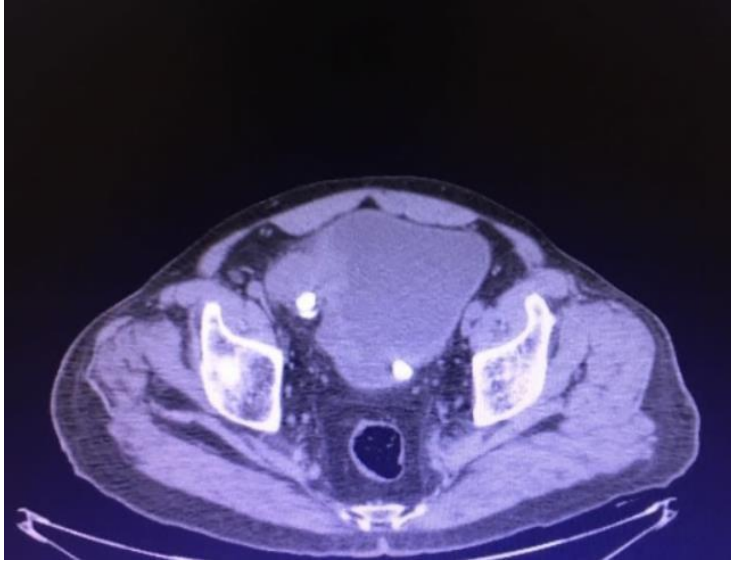
Resim-1

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi



POSTER 13

¹Engin Kölükçü

²Fikret Erdemir

³Bülent Çelik

¹ Tokat Devlet Hastanesi Üroloji Bölümü, Tokat

² Gaziosmanpaşa Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Tokat

³ Erbaa Devlet Hastanesi Üroloji Bölümü, Tokat

2017 Yılında Acil Kliniğinde Üriner Sistem Taşlarına Bağlı Renal Kolik İle Başvuran Erişkin Hastaların Değerlendirilmesi

Giriş: Renal kolik, acil servislere en sık başvuru nedenleri arasında yer almaktadır. Çoğunlukla lomber bölgeden başlayarak anteriordan kasık bölgelerine doğru yayılan kolik vasıflı şiddetli ağrılar ile kendini göstermektedir. Bu çalışmada acil servise üriner sistem taş hastalığına bağlı renal kolik nedeniyle başvuran hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2017 ile Aralık 2017 tarihleri arasında acil kliniğimizde renal kolik nedeniyle başvuran ve üriner sistem taş hastalığı tanısı alan 403 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Verileri

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

tam olmayan hastalar ile verilerinin bilimsel yayınlarda kullanılmasına onam vermeyen hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 41.39 ± 16.39 (18-89 yaş) idi. Hastaların %58.06 (n:234)'sı erkek, %41.94 (n:169)'ü kadındı. Taş lokalizasyonlarına bakıldığında hastaların %35.23 (n:199)'ünde sadece üreterde, %20.59 (n:83)'unda sadece böbrekte ve %44.18 (n:121)'inde üreter ve böbrekte taş izlendi. Taş yerleşimi olarak 177 hastada (%43.9) taş sağ, 156 hastada (%38.7) taş solda ve 70 hastada çift taraflı (%17.4) idi. Ailede taş hastalığı öyküsü 78 hastada (%19.4) mevcuttu. Hastaların %47.64 (n=192)'ü yaz, %25.06 (n=101)'ü sonbahar, %18.11 (n=73)'ü ilkbahar ve %9.19 (n=37) kış mevsiminde acil servise başvurduğu tespit edildi.

Sonuç: Renal kolik; sıvı kaybının fazla yaşandığı yaz mevsiminde ağırlıklı olarak görülmekle birlikte yılın tüm periyodlarında acil kliniklerine sıklıkla hastalarının başvurduğu klinik yakınmalar arasındadır.

POSTER 14

YÜKSEK BASINÇLI ENJEKSİYON YARALANMASI

Aydın İbrahim, Seyhan Avni Uygur, Doğan Sarı Fatma

Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş

Elin yüksek basınçlı enjeksiyon yaralanmaları nadir görülür fakat ciddi klinik sonuçlara yol açabileceğinden dolayı önemli yaralanmalardır. genelde dominant olmayan elin işaret parmağında meydana gelir(1). hidrokarbon temelli maddeler(boya, tiner, petrol vb.) daha ciddi inflamasyonla seyrettiğinden amputasyon oranları da daha yüksek olmaktadır(2). Bu tarz yaralanmalarda amputasyona gitme oranını %48 gösteren çalışmalar mevcuttur(3). Bu yazıda tiner tabancası ile tiner maddesinin cilt altında biriktiği nadir görülen bir vaka sunulacaktır.

Vaka 43 yaş erkek hasta acil servise iş yerinde boya yaparken havali tiner tabancasıyla sol el işaret parmak ucundan tiner maruziyeti sonrası sol el 2. parmakta şişlik ve şiddetli ağrı ile başvurdu. özgeçmişinde özellik yok. muayenede sol el 2. falanksta gerginlik ve tenar bölgede krepitasyon mevcuttu. hasta el parmak yüksek basınçlı

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

enjeksiyon yaralanması nedeniyle plastik cerrahiye konsülte edildi. plastik cerrahi tarafından acil serviste dorsal insizyonlarla drenaj yapıldı. sonrasında söz konusu parmakta dolaşımın geri geldiği görülerek kısa kol atel ile hasta plastik cerrahi tarafından yatırıldı. 1.gün takibinde sol el 2. falank proksimal interfalangeal eklem distalinden itibaren nekrotik doku görüldü. duyu defisiti vardı ve dolaşım izlenmedi. hasta operasyona alınarak sol el 2. falanks midfalanks seviyesinden ampute edildi. 10 gün yatarak antibiyoterapi ve analjezik tedavi uygulandı. 10 gün sonra poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi.

Tartışma Ve Sonuç

Tiner, petrol, yağ gibi visköz maddelerin ciltaltı enjeksiyonu nadir ve ciddi komplikasyonlarla seyredabilen bir travma/yaralanma tablosudur. prognoz yaralanma ile cerrahi müdahale arası süre ve maruz kalınan ajanın tipine bağlıdır. boya ve tiner en toksik ajanlar olarak bildirilmektedir. yüksek inflamasyonlu ve doku hasarlı vakalarda ilk 6 saat içinde debridman prognozda anlamlı iyileşme sağlamaktadır. enfeksiyon ve amputasyon en ciddi komplikasyonlardır. bu vakada erken dönemde cerrahi dekompresyon ve drenaj sağlanmıştır fakat takibinde hastanın dolaşım bozukluğu devam ettiği için hastanın tedavisi amputasyon ile sonuçlanmıştır.

1- wieder a; lapid o; plakht y; sagi a ; long-term

follow-up of high-pressure injection injuries to the hand ; plast reconstr surg. 2006; 117(1):186-9

(issn: 1529- 4242) 2- schoo mj; scott fa; boswick ja ; high-pressure

injection injuries of the hand; j trauma 1980; 20(3): 229- 38 (issn: 0022-5282) 3- high-pressure

injection injury of the hand: an often

underestimated trauma: case report with study of the literature; strategies trauma

limb reconstr. 2008; 3(1):27-33 (issn: 1828-89

POSTER 15

Kuduz aşısı uygulanan hastaların retrospektif değerlendirilmesi

Uzm.Dr.Mehmet Emrah Serin 1, Uzm.Dr.Ertuğrul Altınbilek2, Uzm.Dr.Derya Öztürk2, Dr.Öğr.

ÜyesiMustafa Çalık3

1) Ergani Devlet Hastanesi Acil servisi; Ergani,DİYARBAKIR

2) Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği;İstanbul

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

3) Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği; İstanbul

Amaç: Kuduz tüm enfeksiyon hastalıkları içerisinde en yüksek vaka mortalite oranına sahip enfeksiyonlardan biridir. Bu çalışmada; 1 Eylül 2015-31 Ağustos 2016 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde kuduz şüpheli hayvan ısırığı sebebiyle başvuran olguların değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntem: Hastanemize başvuran 2311 olgunun yaş, cinsiyet, başvuru saati ve ayı, mesleki bilgileri, temas lezyon yeri, temas risk kategorisi, aşı ya da immunglobulin uygulanma durumu, ayrıca kuduz şüpheli hayvanın türü, cinsi, sahipli olup olmadığı kayıtlardan analiz edildi.

Bulgular: Çalışma grubumuz 2311 olgunun 1379'u (%59,7) erkek, 932'si kadın (%40,3) idi ve en sık başvuru yaşı 24-45 (%42,1) olarak saptandı. Başvuran olgular en sık Mayıs ayında n=291 (%12,6) ve 1620 saatleri 570 (%24,7) arasında başvurduğu görüldü. En sık başvuru öğrenciler n=656 (%28,4) tarafından, en az başvurunun ise öğretmenler n=68 (%2,9) tarafından olduğu gösterildi. Olgular temas yerine göre değerlendirildi; en sık temas yeri el n=1133 (%49,0), en az temas yeri ise yüz bölgesi n=49 (%2,1) olduğu gösterildi. Temas kategorisine bakıldığında Kategori 2 n=2182 (%94,4) en fazla görüldü, en az temas kategorisinin n=1 (%0,0) ile Kategori 4 olduğu gösterildi. Başvuran olgulara en sık sadece aşı uygulanmış n=2196 (%95,3), n=65 (%2,8) hastaya Ig+aşı beraber uygulanmış. Aşı tedavisi en sık n=759 (%32,) 5 doz olarak tamamlanmıştır. Teması gerçekleştiren hayvanın türüne göre yapılan değerlendirmede; en sık temas eden hayvanın kedi n=1165 (%50,4) tarafından, en az temasın ise yırtıcı hayvanlar n=10 (%0,4) tarafından olduğu gösterildi. Bu hayvanların n=2007 (86,8)'i sahipsiz, n=304 (%13,2)'si ise sahipli olduğu gösterildi. Temas sonrası hayvanların akibeti değerlendirildiğinde; akibeti bilinmeyen hayvan n=1580 (%68,4) ile en sık iken, n=2 (%0,1) hayvan takip süresinde ölmüştür.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre acil servise başvuran olguların %97,8'i aşılanmıştır. Yine aşı uygulanan olguların hepsine tetanoz profilaksisi de uygulanmıştır. Metropol olmasına rağmen İstanbul gibi bir kentte bile başıboş hayvan kontrolünün hala bir halk sağlığı sorunu olduğunu ve aşılama maliyetlerini önemli ölçüde artırdığını göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Kuduz, kuduz profilaksisi, riskli temas

Giriş:

Kuduz (rabies), evcil ve yabani hayvanlar tarafından insanlara bulaştırılan merkezi sinir sisteminin akut seyirli enfeksiyonudur. Bu enfeksiyon Nörotropik RNA virüslerinden Rhabdoviridea ailesi Lyssavirus cinsi virüsler tarafından oluşturulan önlenebilir zoonotik öldürücü viral enfeksiyondur.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İnsanlık tarihinin en eski hastalıklarından biri olan kuduz yaklaşık 4000 yıldır tanınmaktadır. Etken ve patogenezi 100 yıldır bilinen kuduz bugün için de tüm enfeksiyon hastalıkları içerisinde en yüksek vaka mortalite oranına sahip enfeksiyonlardan biri olarak dünyanın pek çok yerinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak yer almaktadır.(1,2)

Kuduz, insan ve memeli hayvanların çoğunda ensefalit tablosu meydana getiren viral, zoonotik bir hastalıktır. Tüm sıcakkanlı hayvanlar kuduz virüsü ile enfekte olabilirler, ancak hayvanlar kuduz virüsüne karşı aynı oranda hassas değildirler. Aynı zamanda temas sonrası bulaştırma riski açısından da türler arasında fark bulunmaktadır. Örneğin kuduz kurt, tilki ve çakal teması en yüksek riskli grubu oluştururken, köpek teması kuduz riski bakımından orta grupta yer alır. Ancak köpekler, hala dünyanın pek çok bölgesinde özellikle gelişmekte olan ülkelerde kuduzun bulaşmasındaki en önemli araçlardır. Tüm kuduz olguları sıklıkla hastalığa yakalanmış hayvanların ısırığı sonucu bulaşmaktadır. Nadir olgularda virüsün havadan inhale edilerek ya da organ transplantasyonu, yaralı deri ve mukozadan bulaş sonucu gelişen olgular da bildirilmiştir(3,4). Dünyada her yıl kuduz kuşkulu hayvanla temas ettiği için 10 milyon insanın tedavi gördüğü öngörülmektedir. Kuduz riskli temas olgularının dünyadaki en önemli nedeni köpeklerin ilk sırada yer aldığı evcil hayvanlardır . Ülkemizde köpeklerin ilk sırada yer aldığı evcil hayvan kaynaklı yıllık yaklaşık 100.000 kuduz riskli temas olgusu bildirilmiştir (5,6,7). Ülkemizde 1980-2006 yılları arasında toplam 247 kuduzla ilgili ölüm olgusu bildirilmiştir ve köpek kaynaklı kuduz olgularının görüldüğü tek Avrupa ülkesinin Türkiye olması bakımından bu hastalıkla mücadele önem taşımaktadır (8). DSÖ'ye göre yılda yaklaşık 15 milyondan fazla hayvan saldırısına maruz kalan kişiye kuduz şüpheli temas sonrası profilaksi uygulanmaktadır(2). Kuduz, aşı ile önlenilebilir bir hastalıktır. İlk kuduz aşısı 1885 yılında geliştirilmesine rağmen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre hala tüm dünyada her yıl 30,000-70,000 kişi Kuduz'dan ölmektedir. Bu ölümlerin çoğu gelişmekte olan ülkelerde evcil hayvanlardaki hastalığın yetersiz kontrolü sonucu görülmektedir. Kuduz riskli temas olgularının dünyadaki en önemli nedenleri, köpeklerin ilk sırada yer aldığı evcil hayvanlardır. En önemli korunma yöntemi evcil hayvanların aşılanmasıdır (2).

KTP son derece önemlidir. KTP, yara temizliği, aşı ve kuduz immünglobulini (IG) uygulamalarını kapsar. Ülkemiz dahil olmak üzere Asya ve Afrika'daki birçok gelişmekte olan ülkede KTP uygulanan vaka sayısı nedeniyle maliyet hayli yüksektir.(9,10) Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na yılda yaklaşık 175.000 kuduz şüpheli temas vakası bildirilmekte ve 1-2 kuduz vakası ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde kuduz şüpheli temas sonrası profilaksi maliyeti kuduz aşısı ve kuduz IG uygulama sayısı gereğinden fazla olduğundan oldukça yüksektir. Sadece kuduz aşısı ve kuduz IG için yılda yaklaşık 7 milyon TL kaynak harcanmaktadır (11,12).

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ülkemizde kuduz şüpheli temas sonrası profilakside DSÖ tarafından tavsiye edilen kategorik sınıflandırma kullanılmamaktadır. Profilaksi, Sağlık Bakanlığı'nın Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2001 yılında yayınlanan ve 2014 yılında gözden geçirilen Kuduz Korunma ve Kontrol Yönergesine göre uygulanmaktadır (13). Bu amaçla çalışmamızda Acil servise başvuran kuduz şüpheli temas vakalarının sosyodemografik özellikleri, epidemiyolojisinin ve kuduz temas profilaksisi (KTP) uygulamasının değerlendirilmesinin acil hekimlerine faydalı olabileceği amaçlanmıştır.

Çalışma Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi acil servisine 01 Eylül 2015 – 31 Ağustos 2016 tarihleri arasında şüpheli hayvan ısırması şikayeti ile başvurup müdahalesi yapılan 2311 hastanın aşı kayıt defterleri ve hasta dosya bilgileri kullanılarak retrospektif olarak yapıldı.

BULGULAR

Kuduz profilaksisi uygulanan olguların dağılımında en sık 24-45 yaş aralığında n=974 (% 40.2), en sık erkek cinsiyette (n=1379; n(%59.7) idi (Tablo 8).

Tablo 1: Hastaların lezyon yerleri, ısırılan hayvanları sahipli olup olmadığı ve hastaların risk temas kategorisi 18 yaş altı ve üstü gruplar ile karşılaştırılması.

		Yaş ≤ 18		Yaş > 18		p	n	%	χ ²
		n	%	n	%				
Lezyon Yeri	El	234	52.9%	899	48.1%	0.075		χ ²	
	Kol	67	15.2%	220	11.8%	0.063		χ ²	
	Yüz	14	3.2%	35	1.9%	0.129		χ ²	
	Ayak	17	3.8%	157	8.4%	0.002		χ ²	
	Bacak	78	17.6%	492	26.3%	0.000		χ ²	
	Diğer	32	7.2%	66	3.5%				
Hayvan Türü	Kedi	256	57.9%	909	48.6%	0.001		χ ²	
	Köpek	182	41.2%	953	51.0%	0.000		χ ²	
	Yırtıcı	3	0.7%	7	0.4%	0.633		χ ²	
Hayvan Sahipli Mi	Sahipli	52	11.8%	252	13.5%			χ ²	
	Sahipsiz	390	88.2%	1617	86.5%	0.336		χ ²	
Riskli Temas Kategorisi	I	8	1.8%	38	2.0%				
	II	418	94.6%	1764	94.4%				
	III	16	3.6%	66	3.5%	0.910		χ ²	
	IV	0	0.0%	1	0.1%				

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

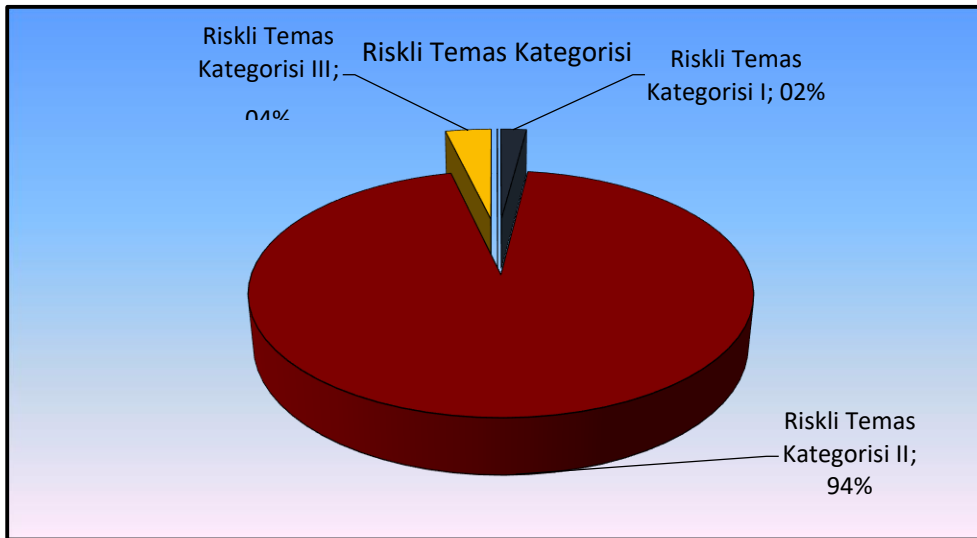
						Sonuç
Aşı Şeması Tamamlandı	173	39.1%	637	34.1%	0.045	χ^2
Hayvan Yaşıyor	97	21.9%	408	21.8%	0.958	χ^2
Tedaviyi Red	31	7.0%	119	6.4%	0.620	χ^2
Başka Hastanede Tamamlayacak	23	5.2%	128	6.8%	0.208	χ^2
Hastaya Ulaşılamadı	104	23.5%	467	25.0%	0.523	χ^2
Diğer	14	3.2%	110	5.9%		

χ^2

Ki-kare test

Kadınlarda elde kedi ile olay yaşama oranı erkeklere göre anlamlı ($p = 0.000$) olarak daha yüksekti. Erkeklerde köpek ile olay yaşama oranı kadınlara göre anlamlı ($p = 0.000$) olarak daha yüksekti. Erkek ve kadınlarda yırtıcı hayvan ile olay yaşama oranı anlamlı ($p = 0.345$) değişim göstermemiştir (Tablo 14). Hastaların lezyon yerleri, ısırın hayvanların sahipli olup olmadığı ve hastaların risk temas kategorisi erkek ve kadın grupları ile karşılaştırılmış ve tablo 14de verilmiştir.

Kadınlarda daha çok el, erkeklerde ise el ve bacak bölgesinde lezyon olduğu belirlendi ($p=0.000$). Her iki cinsiyet için en sık Riskli Temas Kategorisi "II" görülüyordu. Erkeklerde tedaviyi red oranı kadınlara göre daha fazlaydı ($p=0.000$)



Şekil 1: Olguların Riskli Temas Kategorisine Göre Dağılımı

Olgular uygulanan tedavi ve tedavi dozuna göre değerlendirildi; En sık aşı uygulanması ($n=2196$)

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

(%95,3) yapılmıştır. n=65 (%2,8) hastaya Ig+aşı beraber uygulanmıştır. En az takip uygulanmış (n=50; (%2,2) olduğu gösterildi. Tedavi en sık (n=759; (%32,) 5 doz olarak tamamlanmıştır

SONUÇ

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma hastanesinde bir yıl süresince kuduz profilaksisi uygulanan 2311 hastanın verileri retrospektif olarak toplandı.

- Çalışmada profilaksi uygulanan olguların çoğunluğunun genç hasta olduğu 24-45 yaş (%42.1) aralığında olduğu saptandı.
- 18 yaş üstü grupta ayakta ve bacakta lezyon oranı 18 yaş altı gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti.
- 18 yaş altı grupta kedi ile olay yaşama oranı 18 yaş üstü gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti.
- 18 yaş üstü grupta köpek ile olay yaşama oranı 18 yaş altı gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti.
- Olguların çoğunluğu erkek popülasyonun fazla olduğu, en sık temasın bahar aylarında görüldüğü saptanmıştır.
- Temaslara neden olan başlıca hayvanın kedi ve köpek ile gerçekleştiği saptanmıştır. Başboş hayvan sayısının çok olmasından kaynaklandığı sonucuna varıldı.
- Temasa neden olan hayvanların çoğunluğu sahipsiz hayvan olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle (%68,4) hayvanın temas sonrasındaki akibeti saptanmamıştır. İki hayvan takip süresinde ölmüştür.
- Olgular başvuru saatlerine göre değerlendirildi. En sık başvuru saati 16:00-20:00; en az başvuru saati 04:00-08:00 saatleri arasında olduğu gösterildi.
- Olgular mesleklerine göre değerlendirildi. En sık başvuru öğrenciler n=656 (%28,4) tarafından, en az başvurunun ise öğretmenler n=68 (%2,9) tarafından olduğu gösterildi.
- Profilaksi uygulanan Olgu İnceleme Formlarında kayıt eksiklikleri olduğu saptandı. Bu durumun düzeltilmesi gerektiği saptandı aşı sorumlularına bu durum hakkında bilgi verildi.
- Olgular temas yerine göre değerlendirildi; En sık temas yeri el (%49,0), en az temas yeri ise yüz bölgesi (%2,1) olduğu gösterildi. Hayvanlarla temas eden bölgelerde lezyonun çok olduğu gösterildi.
- Kadınlarda elde lezyon oranı erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksekti. Erkeklerde ayakta ve bacakta lezyon oranı kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksekti.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- Olgular riskli temasa göre değerlendirildi; En sık (%94,4) ile Kategori 2, en az (%0,0) ile Kategori 4 olduğu gösterilmiştir.
- Olgular uygulanan tedavi ve tedavi dozuna göre değerlendirildi; En sık aşı uygulanmış n=2196 (%95,3), en az n=65 (%2,8) hastaya Ig+aşı beraber uygulanmıştır. Kategori 2 de Ig uygulanmamaktadır.
- Erkeklerde aşı şemasını tamamlama oranı kadınlara göre anlamlı olarak daha düşüktü;

Sonuç olarak kuduz hastalığı % 100 mortalite oranı ile infeksiyon hastalıkları içerisinde ilk sıralarda yer almaktadır. Şüpheli hayvan ısırığı sonrasında yapılan uygun temas sonrası profilaksi ile kuduz hastalığının gelişmesi engellenebilir. Her yıl ortalama 1 ile 3 kişinin kuduzla ilgili kaybedildiği ülkemizde hekimlerimizin kuduz hastalığı hakkındaki temel kuduz bilgilerini ve kuduz şüpheli hayvan ısırığı olan hastaya yaklaşımlarını belirleyerek, bu konudaki yanlış bilgilerin düzeltilmesine olanak sağlayacak bir çalışma gerçekleştirdik. Bunun yanında yabani kuduz ile evcil kuduz arasında adeta bir köprü vazifesi gören sokak hayvanlarının özellikle de köpeklerin sayısı kontrol altında tutulmalıdır. Sahipsiz evcil hayvanlar aşılanmalı ve ilgili sağlık otoriteleri tarafından eğitim ve aşılama faaliyetlerine ağırlık verilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Warrell MJ, Warrell DA: Rabies and other lyssavirus diseases. Lancet 2004, 363(9413):959-69.
2. Rabies vaccine WHO position paper: WHO Weekly Epidemiological Record 2010, 85(32):30920
3. Davis AD, Rudd RJ, Bowen RA. Effects of aerosolized rabies virus exposure on bats and mice. J Infect Dis 2007;195(8):1144-7.
4. Winkler WG, Fashinell TR, Leffingwell L, Howard P, Conomy P. Airborne rabies transmission in a laboratory worker. JAMA 1973;226(10):1219-21.
5. Nesanır N. Türkiye’de Henüz Cozulemeyen Bir Sorun: Kuduz Riskli Temas Olguları. Sted. 2006; 15: 202-6.
6. Goktaş P, Ceran N, Karagül E, Cicek G, Ozyurek S. Kuduz Aşı Merkezine Başvuran 11,017 Olgunun Değerlendirilmesi. Klimik Dergisi. 2002; 15 : 12-5.
7. Kuduz Riskli Temas Görülme ve Kuduz Mortalite Hızları, 1973-2003. Temel Sağlık hizmetleri

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2003 Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2004; 105.
8. Kuduz Şüpheli Isırık Görülme ve Kuduz Mortalite Hızları, Türkiye, 1980-2006. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006.
 9. World Health Organization. Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire.WHO, Geneva 2010;85(32): 309- 20.
 10. Baykam N, Namdar O, Erten Ö. [Rabies disease].Özkan S, Türkyılmaz B, Battal İ,Aslantekin F, editörler. Zoonotik Hastalıklar Hizmet İçi Eğitim Modülü-Zoonotik Hastalıklar.1. Baskı. Yayın No: 799. Ankara: Başak Matbaacılık; 2011. p.81-104.
 11. Temel Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2003 Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları 2004, pp:105.
 12. Safran A. Sağlık Bakanlığı: Mevcut Durum ve Kuduz Hastalığı ile İlgili Yürütülen Çalışmalar. 3. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyumu, Ankara. 2010, pp:80-3.
 13. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kuduz Korunma ve Kontrol Yönergesi 2005. 2.Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2005.
 14. WHO Expert Consultation on Rabies. WHO Technical Report Series No: 931. First report. pp. 1-106. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2005
 15. Rupprecht CE, Smith JS, Fekadu M,et al, The ascension of wildlife rabies: A cause for public health concern or intervention? Emerging Infect Dis. 1995; 1:107-14.
 16. Ertek M, Aşı Üretimi Dünü Bugünü Yarını, Ulusal Aşı Sempozyumu Bildiri Kitabı. Ulusal Aşı Kongresi, Ankara, 10 Eylül-3 Ekim 2009.
 17. WHO. Expert Consultation on Rabies: First Report. Geneva, World Health Organization, (WHO Technical Report Series, No.931). 2004.
 18. Johnson N, Un H. Fooks A.R, Freuling T. Rabies epidemiology and control in Turkey: past and present. Epidemiol Infect, 2010; 138: 305-312.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

19. Vos A, Freuling C, Eskiizmirli S, Ün H, Aylan O, Johnson N. Rabies in foxes, Aegean region, Turkey. *Emerg Infect Dis*, 2009;15(10):1620-1622. URL: <http://www.cdc.gov/EID/content/15/10/1620.htm> Erişim Tarihi: 17.12.2009.
20. Tarım ve Köyişleri Bakanlığı Koruma Kontrol Genel Müdürlüğü. Kuduzla Mücadele Kampanyası Basın Bilgi Notu. URL: http://www.kkgm.gov.tr/haber/kuduz_muc_kamp.html Erişim Tarihi: 03.10.2009.
21. CDC. Rabies virus. URL: <http://www.cdc.gov/rabies/virus.html> Erişim tarihi: 02.05.2005.
22. Baer GM, eds. *The Natural History of Rabies*, pp. 1-24. 2. ed. Boca Raton, Florida CRC Press, USA, 1991.
23. Erhat A. *Homeros İlyada*, s.483,7. Baskı, Can Yayınları, İstanbul, 1984.
24. Rupprecht CE, Smith JS, Fekadu M, et al, The ascension of wildlife rabies: A cause for public health concern or intervention? *Emerging Infect Dis*. 1995;1:107114.
25. Johnson HN. Rabies Virus. İçinde Horsfall FL ve Tamm I, editor. *Viral and Rickettsial*
26. *Infections of Man*. 4th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 1965. pp. 814-35.
27. Child EJ, Noah ZD, Rupprecht EC. Rabies. In: Gorbach SL, Bartlett JG, Blacklow NR, *Infectious Diseases*. pp.1545-59, 2nd Ed. W. B. Saunders Company. Philadelphia, USA, 1998.
28. Arı A. Kuduz Monografi. s.4-11, 2. Basım, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınları, Ankara, 1985.
29. Unat E.K. *Türkiyede Kuduz Sorunu*. s.1-20, İ.Ü. Fen Fakültesi Basım Atölyesi, İstanbul, 1985.31.
30. Doymaz MZ, editör. *Medikal Viroloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evleri; 2000.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

31. Durrheim DN, Speare R ve Petzer M. Short Communication: Rabies post-exposure management in South Africa: a telephonic survey used as a rapid tool for operational research. *Tropic Medic Intern Health* 2002; 7: 459-61.
32. Smith JS. New aspects of rabies with emphasis on epidemiology, diagnosis and prevention of the disease in the United States. *Clin Microbiol Rev* 1996; 9: 166-79.
33. Tunçman M.Z. Kuduz Hastalığı Hakkında Bilgiler. s.11-12, Latin Matbası, İstanbul, 1973.
34. Serter F, ve Serter D. Klinik Viroloji: İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi. 1986.
35. Karna G, Kara A. Kuduz; patogenez, tanı ve profilaksi. *Hacettepe Med J* 2001; 32:114-124.
36. Hooper PT, Lunt LA, Gould AR, Samaratunga H, Hyatt AD, Gleeson LJ, ve ark. A new lyssavirus- the first endemic rabies-related virus recognized in Australia. *B I Pasteur* 1997; 95: 209-18.
37. Jackson AC. Update on Rabies. *Curr Opin Neurol* 2002; 15:2327-331.
38. Botvinkin AD, Poleschuk EM, Kuzmin IV, et al. Novel lyssaviruses isolated from bats in Russia. *Emerg Infect Dis* 2003; 9:1623-1625.
39. Göral G. Kuduz Virusü. İçinde Kılıçturgay K, editor. Klinik Mikrobiyoloji. Bursa: Güneş ve Nobel Tıp Kitabevleri; 1994. pp.273-279.
40. Aylan O, Türkiye’de kuduz ve kuduzun kontrolü. Birinci Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyumu Kitabı, s.63-65. Ankara, 1 Mayıs 2006.
41. Rabies and envenomings a neglected public health issue, Report of a Consultative Meeting World Health Organization, Geneva 10 January 2007.
42. WHO. Rabies Epidemiology. URL: <http://www.who.int/rabies/epidemiology/en/index.html>
Erişim tarihi: 22.03.2007.
43. Rupprecht CE, Smith JS, Fekadu M, Childs JE. The ascension of wildlife rabies: A cause for public health concern or intervention? *Emerg Infect Dis* 1995;1:107-114.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

44. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı, tab. 35, 2006.
45. İhsan A, Serveti Fünun. 1894; 240:5.
46. Aylan O, Türkiye’de kuduz ve kuduzun kontrolü. Birinci Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyumu Kitabı, s.63-65. Ankara, 1 Mayıs 2006.
47. Fu ZF. Rabies and rabies research: past, present and future. Vaccine, 1997;15:20-4.
48. McNabb SJN, Jajosky RA, Hall-Baker PA, et al. Summary of Notifiable Diseases: United States, 2006. Morb Mortal Wkly Rep 2008;53:1-94.
49. The Journal of Rabies Bulletin Europe, Information Surveillance Report, 2009;(2) (15.01.2010 tarihinde yüklenmiştir.<http://rbe.fli.bund.de/Default.aspx>)
50. Bassin SL, Rupprecht CE, Bleck TP. Rhabdoviruses. In: Mandell, Douglas and Bennett’s Principles and Practice of Infectious Diseases, pp 2249-2258. 7th. Ed. Churchill Livingstone, New York, USA, 2010.

SÖZEL BİLDİRİLER

SÖZEL 1

ACİL SERVİSTE NORMAL AKCİĞER RADYOGRAFİSİ NE KADAR GÜVENİLİR?

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Mustafa REŞORLU¹, Murat DAŞ²

1 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

2 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç:

Torasik acil durumlar travmatik ve travmatik olmayan ikiye ayrılabilir. Travmatik olmayan vakalarda çoğunlukla astım, pnömoni, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), gibi durumlar mevcutken, travmatik vakalarda kontüzyon, parankimal yaralanma, kemik kırığı, hemotoraks ve pnömotorakstur(1).

Hastaların genel koşulları çoğunlukla kritik olduğundan yeterli fiziksel muayene yapılamayabilir. Torasik acil durumlarda radyolojik görüntüler hızlı tanı amacıyla fizik muayeneyi tamamlamak ve eşlik eden patolojileri belirlemek için kullanılır (2). Düşük maliyeti ve ulaşım kolaylığı nedeniyle göğüs röntgeni ilk tercihtir. Ancak, hastaları genel olarak kötü durumda uygun bir pozisyona yerleştirememek ve yeterli inspirium elde edememek düşük kaliteli görüntülere yol açabilir. Diğer organ yaralanmalarının künt travmalarda sık gözlenmesi de radyografinin kendi başına yeterli olmadığı göstermektedir (3). Bu çalışmada, acil servise başvuran olguların toraks BT bulgularını ve normal röntgen bulgularını değerlendirdik.

Materyal Metod:

Olgular (2015-2017 arasında) acil servise toraks travması veya solunum semptomları ile başvuran hastalardan seçildi. Tüm olguların akciğer grafileri aynı radyolog tarafından değerlendirildi ve patolojisi olmayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Göğüs röntgenlerinde kötü görüntü kalitesi veya patolojinin belirlenmesi dışlama kriterleri olarak kabul edildi. Sunu belirtileri ve yaş ve cinsiyet gibi demografik özellikler hasta dosyalarından belgelendirildi.

Nominal verilerin dağılımı yüzde olarak ve sayısal verilerin ortalaması \pm standart sapma olarak hesaplandı. Nicel veriler için ki-kare testi kullanıldı. Bulgular:

Bu çalışmaya 100 hasta, 29 kadın (yaş ortalaması $51,21 \pm 23,88$), 71 erkek (yaş ortalaması $42,06 \pm 17,74$) dahil edildi. Kırk yedi hasta travmatik olmayan, 53 hasta travmatik nedenlerle başvurdu. Travmatik nedenlerle başvuran hastaların 12'si kadın, 41'i erkekti. Cinsiyet ile sunum nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p = 0.137$). BT değerlendirmesinde 64 hastada solunum semptomlarına neden olabilecek hiçbir patoloji gözlenmedi. Bu hastaların 24'ü travmatik olmayan, 40'ı travmatik nedenlerle başvurdu. Travmatik olgularda normal BT analiz düzeyi anlamlı olarak yüksekti ($p = 0.011$).

En sık saptanan BT bulguları travmatik olgularda kontüzyon (Şekil 1) ve travmatik olmayan olgularda pnömoni idi. (Tablo 1). Travma nedeniyle başvuran ve semptomlardan sorumlu olmayan hastalarda saptanan en yaygın rastlantısal bulgu koroner arterlerde ateroskleroz ve bunu takiben pulmoner nodül idi.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Travmatik olmayan olgularda ise başlıca rastlantısal bulgular, 20 hastada parankimal nodül, 19 hastada ince fibroatektatik bant ve 13 hastada koroner ateroskleroz idi.

Sonuç:

Akciğer grafileri, BT'ye göre yaygın kullanım, düşük maliyet ve düşük radyasyon dozları gibi avantajlar sunar. Ancak, normal bulgular yüksek kaliteli röntgenlerde bile aldatıcı olabilir. BT, acil serviste hastaların genel durumu ve özellikle çoklu travmanın varlığını göz önünde bulundurarak şüpheli durumlarda kullanılmalıdır.

Tablo 1. Toraks BT Bulguları

BT bulgusu	Hastalar (n)
Pulmoner nodül	31
Fibroelastik bant	27
Amfizematöz alan	14
Plevral efüzyon	8
Pnömoni	8
Fraktür	7
Bronşiolit	4
Pnömotoraks	2
Bronşektazi	2
Pnömomediastinum	1
Trakeaözofageal fistül	1



Şekil 1. Göğüs radyografisi (a) normal fakat bilgisayarlı toraks tomografi aksiyal (b) ve sağ akciğer apeksinde kontüzyonla uyumlu buzlu cam yoğunluğunu gösteren koronal (c) görüntüler (Parankimal pencere).

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SÖZEL 2

Acil servise başvuran falanks kırıklarında cerrahi tedavinin etkinliği

Cagri OZCAN, SBÜ Umraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü

Amaç: Acil servise el travması sebebiyle başvuran; çok parçalı ve kısalıkla birlikte olan falanks kırıklarının acık reduksiyon plak ve/veya vida fiksasyonu ile tedavi sonuçlarının değerlendirmesidir.

Yöntem: Kliniğimizde 2010-2018 Yılları arasında eklem yüzünü ilgilendirmeyen falanks kırığı nedeniyle plak ve/veya vida tespiti ile tedavi edilen 42 olgudan retrospektif olarak takipleri en az 12 ay olan 20 olgu çalışma kapsamına alındı. Olguların eklem hareket acıklığı, parmaklarda rotasyon ve komplikasyonlar değerlendirildi. Fonksiyonel skorlamaları ise QuickDASH testi ile yapıldı.

Bulgular: Olguların ortalama yaşları 35 (24-58) yıl olup 5 i bayan, 15'i erkektir. Ortalama takip suresi 23 (12-88) aydır. 20 vakanın 20 falanks kırığı çalışmaya dahil edilmiştir. Bu kırıkların on yedisi proksimal, ikisi orta, biri de distal falankstaydı. On uc falanks kırığına mini plak, yedi falanks kırığına mini vida ile fiksasyon yapıldı. üç olguda eşlik eden ekstansor tendon yaralanması cerrahi sırasında tamir edildi. Tendon yaralanması olan üç olgu haricinde olguların hepsine yaralanma şekli, ameliyat sonrası yara yeri ve ödem durumuna göre ortalama 7. günde atelleri çıkartılarak hareket başlanmıştır. Olguların son kontrollerindeki Quick Dash skorları ortalama 8.43 (0-27.5) olarak değerlendirilmiştir. Olgularda toplam eklem hareket acıklığı 240 (170-260) derece olarak ölçülmüştür.

Hareket acıklığı değerlendirildiğinde on yedi parmakta mükemmel, bir parmakta iyi ve iki parmakta da orta sonuc olduğu görüldü. Klinik sonuçlarına baktığımızda 3 olguda ise rotasyon tespit edilmiştir bunlardan 2 tanesi fleksiyon kontrakturu olan hastalardır aynı zamanda bu hastaların, rotasyonunun parmaklarında makaslamaya sebep olduğundan günlük işlerinde problem yarattığı görülmüştür. On bir olgu parmaklarının şişkin görünmesinden şikayetliydi. Hiçbir olguda enfeksiyon ve kaynama yokluğu görülmüdü.

Çıkarımlar: Acil serviste görülen falanks kırıklarında açık reduksiyon ve internal fiksasyon yapmanın avantajı rijit bir tespit, erken dönemde hareket ve iş gücü kaybının azalmasıdır. Yer değiştirmiş, instabil, rotasyona neden olan ve kısalık oluşan falanks kırıklarında cerrahi erken dönemde hareket verme avantajı sağlasa da rotasyon ve eklem sertliği cerrahi sonrası karşılaşılabilecek sorunların başında gelmektedir. Hastanın yaşı, yaralanmanın derecesi, kırığın tipi ve cerrahın tecrübesine göre karar verilmesinin ve

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

cerrahi yaklaşımda yumuşak doku diseksiyonunun özen gösterilerek yapılmasının daha iyi sonuçlar sağlayacağı kanaatindeyiz.

SÖZEL 3

İZOLE VE POLİTRAVMA İLE BİRLİKTE OLAN KALKANEUS KIRIKLARININ FONKSİYONEL SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Mehmet Akif Görgel, Asistan Dr. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı açık redüksiyon ve internal fiksasyon (ARİF) ile opere edilen izole ve politravma ile birlikte olan intraartiküler kalkaneus kırıklarının etiyoloji, travma şiddeti ve fonksiyonel sonuçlar açısından karşılaştırılması idi.

Yöntem: Çalışmaya Ocak-2014 ile Aralık-2016 tarihleri arasında intraartiküler kalkaneus kırığı nedeniyle ARİF uygulanan 94 hasta dahil edildi. Politravma ile birlikte olan 23 (% 24.5) hasta Grup P, izole kalkaneus kırığı olan 71 (% 75.5) hasta Grup I olarak tanımlandı. Preoperatif hasta özellikler, travma şiddeti (Sanders klasifikasyonu), yaralanma mekanizması, ikincil ameliyatlar ve fonksiyonel sonuçlar (AOFAS-ayak bileği-arka ayak skalası ve SF-36) açısından gruplar arasında karşılaştırmalar yapıldı.

Bulgular: Ortalama takip süresi 44.7 (dağılım; 24-60) ay idi. Tüm hastaların ortalama yaşı 29.7 (dağılım;18-65) yıl idi. Preoperatif hasta özellikleri açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu. Sanders kalsifikasyonuna göre tip III veya IV hastaların sayısı Grup P’de 19 (%82.6) ve Grup I’da 37 (%52.1) idi ($p = 0.002$). Grup P’nin ikincil ameliyat oranı Grup I’dan istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti (%26.1 vs %5.63; $p < 0.001$). Grup I’nın ortalama AOFAS ve SF-36 skorları Grup P’den istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.001$).

Sonuç: Çalışmamız politravmalı hastaların kalkaneus kırıklarının daha yüksek enerjili travmalar ile oluşan daha şiddetli kırıklar olduğunu ve ARİF ile tedavi sonuçlarının izole kalkaneus kırıklarına göre fonksiyonel açıdan daha olumsuz sonuçlandığını göstermiştir.

SÖZEL 4

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Nadir Görülen Hepatik Portal Venöz Gaz Bulgusu Mevcut Olgu ve Litaratür Işığında Acil Servisteki Yönetimi

Yeniocak Selman¹, Yılmaz Behice Kaniye², Az Adem¹, Demirel Ahmet³, Özden Muhammed Furkan¹, Akdemir Tarık¹

1. University of Health Sciences, Haseki Training and Research Hospital, Emergency Department, Istanbul, Turkey.
2. University of Health Sciences, Haseki Training and Research Hospital, Department of Radyology, Istanbul, Turkey.
3. University of Health Sciences, Okmeydanı Training and Research Hospital, Emergency Department, Istanbul, Turkey.

Özet

Giriş: Hepatik portal venöz gaz (HPVG) nadir görülen bir durumdur. Spesifik bir hastalık olmayıp, alta yatan akut abdominal patolojisi olan hastalarda tanısal bir radyolojik belirtidir. Bu yazıda bilincinde bozulma nedeniyle acil servise getirilen ve nadir görülen HPVG tespit edilen hastayı litaratür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Olgu: Seksenüç yaşında kadın hasta bilincinde bozulma nedeniyle acil servise getirildi. Yatalak olan hastanın yutkunma fonksiyonu bozukluğu nedeniyle beslenmesi son 2 yıldır perkütan endoskopik gastrotomi (PEG) aracılığıyla sağlanıyordu. Hastanın fiziki muayenesinde batın distandü, barsak sesleri hipoaktif idi ve rectal tuşede forme gaita gözlemlendi. Batın grafisinde nonspesifik gaz gölgelenmeleri izlendi. Abdomen USG yaygın gaz artefaktları nedeniyle efektif değerlendirilemedi. Çekilen abdomen compiturize tomografi (CT)'de HPVG ve perihepatik sıvama tarzında serbest mayi, splenik fleksura duvarlarında, splenik ven içerisinde, superior mezenterik ven içerisinde ve splenik fleksura komşuluğunda batın içi serbest hava değerleri görüldü. Bu bulgular intestinal iskemi lehine değerlendirildi. Hasta genel cerrahi ile konsulte edilerek acil ameliyata alındı.

Sonuç: HPVG düşünülen veya tespit edilen hastalarda hayatı tehdit eden primer patolojileri bir an önce belirleyip, acil cerrahi girişim için zaman kaybetmeden ameliyathaneye gönderebilmek ve mortalite oranını gittikçe minimize edebilmek için tanısal radyolojik görüntüleme yöntemlerinden multiple detector CT'nin gold standart olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Hepatik portal venöz gaz, HPVG, radyolojik belirti, teşhis

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SÖZEL 5

Nadir bir olgu: Asemptomatik Spontan Pnömobilya

Yeniocak Selman¹, Az Adem¹, Canpek Eda², Ekinci Biçkici Büşra³, Metiner Merve¹, Demirel Ahmet⁴

1. University of Health Sciences, Haseki Training and Research Hospital, Emergency Department, Istanbul, Turkey.
2. Istanbul University Faculty of Medicine, Department of Radyology, Istanbul, Turkey.
3. University of Health Sciences, Haseki Training and Research Hospital, Clinic of General Surgery, Istanbul, Turkey.
4. University of Health Sciences, Okmeydanı Training and Research Hospital, Emergency Department, Istanbul, Turkey.

ÖZET

Giriş: Aerobilia olarak da bilinen pneumobilia, biliyer sistemde gaz olması olarak tanımlanır. Son zamanlarda yapılmış enterobilier sistem girişimleri, Oddi sfinkter disfonksiyonu, enterobilier sistem fistül ve anastomozları gibi değişik nedenlerle gelişebilir.

Olgu: Altmışbir yaşında erkek hasta bulantı kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Proton pompa inhibitörü ilacı dışında herhangi bir ilaç, alkol veya madde kullanım öyküsü olmayan hastada, daha önce herhangi tıbbi girişim işlemi geçirmemiş olmamasına rağmen intrahepatik safra yollarında gaz (pneumobilia) tespit edildi.

Tartışma: Besin zehirlenmesi de olan hastada tesadüfen tespit edilen pneumobilia'nın, peptik ülserle bağlı spontan gelişmiş, asemptomatik enterobilier ince bir fistülden kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Pneumobilia, geliştiği nedene bağlı olarak acil cerrahi girişim gerektirmeyebilir.

Sonuç: Kronik peptik ülser şikayetleri ile acil servise müracaat eden hastalarda enterobilier fistül gelişmiş olabileceği gözardı edilmemelidir.

SÖZEL 6

ÖKSÜRÜKLE İLİŞKİLİ REKTUS KILIF HEMATOMU SONRASI MORTAL HİPERKALEMİ

Mahmut Altaş, Nihat Müjdat Hökenek, Ömerul Faruk Aydın, Avni Uygur Seyhan

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

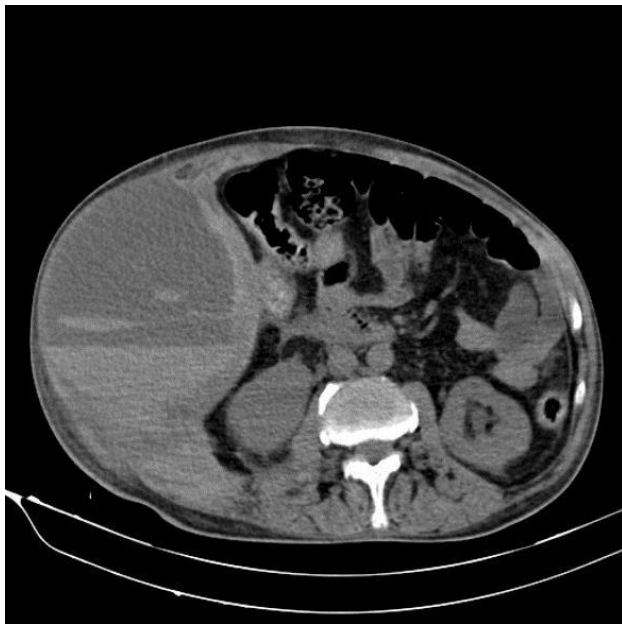
İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

Coumadin kullanan hastalarda üçüncü boşluklarda ani basınç artışı sonrası mikrovasküler dolaşım bozukluğu ve kanama görülebilir. Vakamızda öksürük sonrası karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran bir hastada oluşan rektus kılıf hematomundan (RKH) bahsedeceğiz

OLGU

Elli dört yaşında erkek hasta acil servise evde öksürük sonrası gelişen karında şişlik ve baskı şikayeti ile başvurdu. Bilinen kalp kapak replasman öyküsü ve buna istinaden günaşırı 5 mg dozunda oral varfarin kullanımı mevcut idi. Hastanın gelişinde gks 15 şuuru açık, oryante, koopere, batında distansiyon ve tüm kadranslarda yaygın hassasiyet dışında pozitif fizik muayene bulgusu yoktu. Labaratuvar parametrelerinde hb:5.7 htc:17 wbc:12.500 plt:354000 ınr:3.45 kreatinin:1,73 üre:103 saptandı. Hastadan batın görüntülemeleri istendi. Kontrastsız batın bt görüntülemesinde Batın sağ tarafta rektus kaslarına ekspansive olduğunu düşünülen içerisinde hava sıvı seviyesinin izlendiği lobule koleksiyonunda dikkati çektiği yaklaşık 20x10 cm boyutlarında kitlesel görünüm tespit edildi. Hastada RKH düşünüldü. Hastaya 3 ünite eritrosit süspansiyonu ve 3 ünite taze donmuş plazma replase edildi. Inr güvenli aralığa çekildi. Başka bir kanama odağı olup olmadığı görüntüleme yöntemleri ile konfirme edildi. Bu bulgular eşliğinde RKH ön tanısıyla hasta genel cerrahi kliniğine devredildi. Cerrahi takiplerinde değerleri hb 5,7 kre 3,5 k 6.4 şeklinde seyredip , hemolize sekonder potasyum yüksekliği ve akut böbrek yetmezliği gelişti. Solunum paterni ve bilinç durumunun kötüleşmesi üzerine hasta genel cerrahi tarafından yoğun bakıma devredildi. Entübe şekilde yoğun bakımda takip edilen hastada, tedaviye dirençli hiperkalemi sebebiyle diyaliz hazırlığına başlandı. Bu sırada kardiyak arrest gelişti. Resüsitasyona yanıt alınmadı ve exitus kabul edildi.



23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TARTIŞMA VE SONUÇ

Rektus kılıf hematomu, epigastrik arter veya venlerin rüptürüne bağlı, M. rectus abdominis ve M. pyramidalis kaslarını saran kılıf içine kanama sonucu ortaya çıkmaktadır. Hastalar akut batın kliniğini taklit ederek gelebilir. Eğer yeterli görüntüleme imkanı yoksa bu hastalar gereksiz cerrahi müdahaleyle karşı karşıya kalabilir. Rektus kılıf hematomlarında en önemli predispozan faktör antikoagülan ilaç kullanımı olmakla beraber, hematolojik hastalıklar, travma, ilaç enjeksiyonu, fizik egzersiz, öksürük, hapşırma, gebelik ve hipertansiyon gibi sebeplere bağlı da oluşabilir. Tanıda özellikle fizik muayenede batında palpasyonla ele gelen sert kitle olması uyarıcıdır. Görüntüleme yöntemi olarak ultrasonografi ve tomografi kullanılabilir. Tedavide cerrahi ya da konservatif yöntemler kullanılır. Aktif kanaması olan hastalarda cerrahi olarak müdahale edilip hematoma boşaltılıp kanayan damarlar bağlanabilir veya arterial embolizasyon yapılabilir. Konservatif yaklaşımda ise hastada ihtiyaca göre gerekeni yerine koyarken, sıvı elektrolit dengesini iyi takip etmek gerekir. Bizim vakamızda öksürük sonrası gelişen kendini sınırlamış bir hematoma olan hastada hemolize sekonder hiperkalemi ve akut böbrek yetmezliği gelişti. Cerrahi müdahale düşünülmeydi. Ancak potasyum seviyeleri güvenli aralığı çekilemeyince diyaliz kararı alındı. Bu sırada hasta, hiperkalemiye sekonder arrest oldu.

Sonuç olarak RKH olguları akut batın kliniğinde gelip ilk anda klinik olarak cerrahi tedavi düşündürürken, sonuçları çok mortal olabilecek hiperkalemi gibi dahili problemlere sebep olabilir.

Klinisyen hastayı ilk farkettiği anda klinik ve laboratuvar anlamında çok yakın takibe almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Int J Surg. 2015 Jan;13:267-71. doi: 10.1016/j.ijssu.2014.12.015. Epub 2014 Dec 19. Rectus sheath hematoma: a review of the literature.
2. Rectus Sheath Hematoma: Review of 126 Cases at a Single Institution Cherry, W. Brett MD; Mueller, Paul S. MD

SÖZEL 7

L-karnitin kullanımı sonrası hepatorenal yetmezlik

Kozan Ergül, Gölgeli Münire Hande, Seyhan Avni Uygur

Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Acil servise hemen her gün nefes darlığı göğüs ağrısı bulantı kusma ile hasta gelmektedir. Bu semptomlar birçok hastalığın sebebi olmakla beraber doğru tanı için anamnez çok önemlidir. Bu vakada bulantı kusma nefes darlığı ile gelen akut böbrek ve karaciğer yetmezliği tanısıyla diyalize giren hasta anlatılacaktır.

OLGU

27 yaşında erkek hasta acil servise 112 ile nefes darlığı, bulantı kusma, göğüs ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Öyküsünde bir gün önce aynı şikayetler ile başka bir acil servise başvurmuş, semptomatik tedavi ile rahatlaması üzerine önerilerle taburcu edilmiş. Bilinen hastalık öyküsü yok, spor yaptıktan sonra olan kas ağrıları ve bulantısı son iki haftadır devam etmekteymiş. Fizik muayenesinde GKS:15 oryante koopere ancak ajiteydi akciğer sesleri dinlemekle eşit patolojik ses yoktu, batın rahat defans rebound yok nabızlar açık ve eşit kalpte üfürüm yoktu. Vitaller tansiyon:130/80 nabız:75 dss:30 ateş:36 oda havası saturasyon:99 EKG: normal sinüs ritmi, hasta moniterize edildi. Kan sonuçlarında üre:95 kreatinin:4,4 AST:3245 ALT:482 ph:7,4 HCO3:17 INR:1 K:7,5 Laktat:3,6 WBC:36.000

Troponin:0,743 hepatorenal yetmezlik tablosunda olan hastaya dahiliye konsültasyonu istendi. Acil tıp gözlem odasına alındı. Anti-potasyum tedavisi başlanan hasta gastroenteroloji, nefroloji ve anestezi doktoru tarafından da değerlendirildi. Takibinde kan gazı ph:7,01'e kadar gerileyen hasta acil diyaliz ünitesi sonrası YBÜ takibi uygun görüldü. 5 günlük YBÜ yatışından sonra 28 gün nefroloji servisinde takip edilen hasta taburcu edildi

TARTIŞMA VE SONUÇ

Acil servise non-spesifik semptomlar ile başvuran genç hastalarda alınan anemnez ve fizik muayene çok önemlidir. Konversiyon acil serviste en son düşünülmesi gereken ekartasyon tanısıdır. Anahtar kelimeler: L-karnitin,akut böbrek yetmezliği,konversiyon

SÖZEL 8

Minor el yaralanmasından sonra gelişen kompartman sendromu

Huda ALMADHOUN¹, Abdulkadir ÇİTTİR¹, Avni Uygur SEYHAN¹, Erdal YILMAZ¹

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Acil Tıp Kliniği, Kartal Dr.Lutfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri

Üniversite, İstanbul, Türkiye Giriş:

Kompartman sendromu damar ve sinir içeren kapalı boşluklarda doku basıncının, perfüzyonu engelleyecek kadar artması sonucu ortaya çıkan hipoksiyle birlikte kas ve sinir dokusunun iskemiyeye maruz kalması ve bunun izleyen değişiklikler sonucu ortaya çıkan tablodur.

Olgu:

35 yaşında olan hasta sağ el ve ön kol ağrısı ile acil servis departmanımıza başvurdu. Üç gün önce eline makas ile yaralandı söyledi. Bilinç açık, ajite ve huzursuz olan hastanın yara yerinde ekimoz, ödem ve ağrısı mevcuttu. Olgu izlem ve tedavi amaçlı acil gözleme alındı. Fizik muayenede sağ el yaygın ödem ve lasirasyondan sarı, kötü kokulu akıntı mevcuttu. Sistemik bulgu ve belirtiler ise, bulantı - kusma, baş ağrısıydı. GKS 15 puan, kan basıncı 110/60 mmHg, kalp atım hızı 97 dk-1 ve düzenliydi. Solunum sayısı 22 dk-1 ateşi 36.1 Ç° olarak kaydedildi. Olgunun özgeçmişinden ek bir patoloji saptanmadı. Arteriyel kan gazı analizi normal olarak değerlendirildi. Elektrokardiyografi ve göğüs radyografisinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Sağ üst ekstremitize arteriyel renkli dopler ultrasonografi incelemesi normaldi. Ortopedi ve plastik cerrahisi tarafından fasyotomi planlandı.



Tartışma:

Normal doku perfüzyonu, kapiller düzeyde arterio-venöz basınç farkına bağlıdır. Doku basıncı arttığında, arteriol vazomotor tonus kaybı ve ince duvarlı venlerin kollapsı, perfüzyon bozukluğuna

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

neden olur. İskemi ise kapiller yatakta histamin benzeri madde salınımı ile endotelial permeabilityi artırır ve eritrositlerde kümelenme gözlenir. Normal doku basıncı sıfır civarındadır ve genellikle < 10 mm/Hg' dir. Basıncın >20mm/Hg olması ile kapiller dolaşım sıkıntısı, Basınç >30-40mm/Hg'de ise iskemik nekroz başlar. İnsidansı erkeklerde 6.9/100,000, kadınlarda ise 0.2/100,000 olup akut ve kronik olarak oluşabilir. Akut kompartman sendromu tibia ve ön kol fraktürleri gibi kas ve kemik lezyonları başta olmak üzere vasküler (iskemi, reperfüzyon injürisi, hemoraji) ve iatrojenik (antikoagülan kullanan hastalarda vasküler girişim, hemofili, intravenöz- intraarteriyel ilaç enjeksiyonları) nedenlerin yanı sıra yumuşak doku hasarı, uzamış ekstremitte kompresyonu, ezilme yaralanmaları, yanıklar, abdominal travma ya da hemoraji sonucu gelişebilir. Akut kompartman sendromunda tanı klinik muayene bulguları ile konur. Klinik belirti ve bulgular ilgili kompartmanda şişlik ve sertlik, ağrı (çoğunlukla mevcut yaralanmaya bağlı ağrı olması beklenen bölgeden başka bir yerde) , ilgili kompartmanın pasif olarak gerilmesiyle ağrı artma, duyu defisitleri ve motor güçsüzlüktür. Genellikle nabızlar alınır. Bilinci kapalı ya da bozuk olan hastalarda, çocuklarda, klinik bulgular şüpheli ise intrakompartmantal basınç (İKB) ölçümü ile de tanı konabilir. Erken tanı ve tedavi prognozu belirler. Tedavide kompartman sendromuna yol açtığı düşünülen alçı ve benzeri materyaller çıkartılması, fasyotomi, dekompresyon, elevasyon, hiperbarik oksijen tedavisi, ağrı tedavisi, fizik tedavi modaliteleri, düzelmeyen nörolojik patoloji varlığında tendon transferleri faydalıdır.

Sonuç:

Morbidite yüksek olan kompartman sendromununun tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Tanıda fizik muayene bulgularını doku basıncı ölçüm değerleri destekler veya basınç ölçümü yapılamayan şüpheli olgularda acil olarak fasyotomi endikasyonu vardır. Yapılacak erken müdahale gelişebilecek kalıcı fonksiyon kusurlarını engelleyecektir.

SÖZEL 9

Şiddetli Hipotermi

Huda ALMADHOUN¹, Nurhayat BAŞKAYA¹, Avni Uygur SEYHAN¹, Erdal YILMAZ¹

¹Acil Tıp Kliniği, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ:

Şiddetli Hipotermi yüksek mortalite ile ilişkili medikal acil ve hayatı tehdit eden bir durumdur. Prognoz, altta yatan hastalığı, ileri veya çok genç yaşa, hemodinamik bozukluğun derecesine ve özellikle aktif

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

yeniden ısıtmayı içeren tedavi yöntemlerine bağlıdır. Bu yazıda donma nedeni ile hastanemize 112 ile getirilen şiddetli hipotermi olan 80 yaşında bir kadın hasta sunuldu.

OLGU RAPORU:

80 yaşında kadın hasta acil servisine 112 ile getirildi. Hastanın gelişinde genel durumu kötü, bilinç bulanık, oryantasyon ve kooperasyonu kötüydü. Hastanın ilk muayenesinde vitalleri değerlendirildiğinde GKS'si 8 E4V1M3 idi. Vitaller değerlendirildiğinde: ölçülemeyen kan basıncı, kalp hızı 30/dak, solunum hızı 12/dak, saturasyon oda havasında SPO2 aşırı soğuk ekstremitlerden dolayı ölçülememiştir, ateşi kulaktan ölçülememiştir. Üst kollarında çok sayıda morluklar vardı, periorbital ekimoz ve nazal deformite de fark edilmiştir. Fiziksel manipülasyon, kardiyak aritmi riski nedeniyle minimumda tutulmuştur. Kalp tepe atımı dakikada 35 düzenli idi. Solunumun sesleri yaygın kabalaşmış. Isıtılmış %10 dektroz ve %9 NACL sıvıları infüze edilmeye başlandı. Çevresine elektrik sobaları taşınarak ortam ısıtıldı. Üzeri battaniyelerle örtüldü. Laboratuvar incelemelerinde Kreatinin 1.36 mg/dl , AST 108 Ü/L ALT 39 Ü/L , Potasyum 5.9 mEq/L, Kalsiyum 6.22 mg/dL, WBC: 11.7 K/üL, HGB 10.5 g/dL, PLT 64 K/ÜL, PH 7.43, P_aO₂ 45 mm/Hg , PCO₂ 23.3 mm/hg, HCO₃ 18.2, O₂ SAT % 75 idi. EKG, geniş QRS ve Osborne dalgaları (J dalgaları) içeren bradikardi gösterdi. Altı saatlik kesintisiz ısıtma sonra dolaşımı stabil hale gelmiş, kan basıncı 110/80 olarak ölçülmüş ve yavaş yavaş 35.3'e ulaşmıştır. Hasta daha sonra YBÜ(Yoğun Bakım Ünitesi) brimine transfer edilmiştir.



TARTIŞMA:

Hipotermi, merkezi vücut sıcaklığının 35°C'nin altına düştüğü patolojik durumdur. Hipotermi; hafif (35-32 °C), orta (32-28°C), şiddetli (28-20°C) ve çok ağır (<28°C) olarak alt sınıflara ayrılabilir. Hipotermi etyolojik nedene göre; primer ve sekonder hipotermi olarak sınıflandırılmaktadır. Primer hipotermi sağlıklı bireyin soğukla karşılaşmasına bağlı gelişen hipotermi olarak tanımlanmakta ve "Doğal olmayan ölüm" olarak kabul edilmektedir. Sekonder hipotermi ise kronik hastalıklar,

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

zehirlenmeler, ileri yaş vb. altta yatan klinik bir durum nedeniyle ısı regülasyon bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Nedenleri arasında ısı kaybının artışı, ısı üretiminin azalması ve altta yatan hastalıklar (pankreatit, barsak perforasyonu, pnömoni, akut böbrek yetmezliği) görülmektedir. 33° C'nin altındaki vücut ısılarında EKG'de görülen ve daha ileri ısı azalmalarında belirginleşen J (Osborn) dalgaları, akut miyokard enfarktüsü ile karışabilir ve trombolitiklerin yanlış olarak kullanılmasına neden olur. 28° C'nin altında ventriküler fibrilasyon ve asistoli görülür. Hipotermi tedavisinde ilk olarak hasta stabilizasyonu ve havayolunun güvenceye alınması, ıslak giysilerin uzaklaştırılması, baş ve vücudun ısıtılmış battaniyeler ile örtülmesi, ısıtılmış intravenöz sıvılar ile hidrasyon, pasif ve aktif ısıtma yöntemlerinin uygulanması önerilmektedir. Hafif hipotermi sıklıkla pasif ısıtma yöntemleri ile tedavi edilebilirken, orta ve ciddi hipotermide aktif ısıtma yöntemlerini kullanmak gerekir. Aktif eksternal ısıtmada herhangi bir invaziv araç uygulanmadan radyan ısıtıcı, ısıtılmış sıcak hava, ısıtılmış İV sıvılar ve sıcak su paketleri ile yapılır. Aktif internal ısıtma ise peritoneal lavaj, özefageal ısıtıcı tüpler, kardiyopulmoner bypass ve ekstrakorporeal dolaşım gibi yöntemleri içerir.

SONUÇ:

Hipotermi tüm yaş gruplarını özellikle de yaşlıları etkileyen, hayatı tehdit edici nadir bir durumdur. Hipoterminin hemen farkedilmesi, tanının konarak yeniden ısıtma yöntemlerinin erkenden başlatılması, en az komplikasyonlu, başarılı bir tedavi için şarttır.

SÖZEL 10

NARGİLE NEDENLİ KARBONMOKSİT İNTOKSİKASYONU

Aydın İbrahim, Seyhan Avni Uygur, Korkut Semih, Yılmaz Erdal, Hökenek Nihat Müjdat

Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği , İstanbul

Giriş

Nargile 400 yıldır asya ve afrikada sıkça kullanılan bir tütün ürünüdür(1). sigaraya kıyasla daha yüksek karbonmonoksit, ağır metal ve nikotin oranına sahiptir(2). ülkemizde bildirilmiş ölümlerle sonuçlanan zehirlenmelerde %31 oran ile ilk sırada yer almaktadır(3). bu yazıda da karın ağrısı, bulanti-kusma ile acil servise başvuran bir vakadan bahsedilmektedir.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Vaka yirmi yedi yaşında erkek hasta acil servise karın ağrısı, bulanti-kusma ile başvurdu. genel durum iyi. gks:15. vital bulguları ta:130/80, nabiz:105, ateş:37c,s sa02:95 olarak kaydedildi. batin rahat. defans yok. rebound yok. sistemik muayenelerinde özellik saptanmadı. ekg normal sinüs ritminde. özgeçmişinde özellik yok. anamnez derinleştirildiğinde hastanın haftada 1 gün nargile içtiği, dün ve bugün birkaç saat süren nargile kullanımı olduğu öğrenildi. şikayetleri bugün nargile sonrası başlamış. hasta gözlem odasında monitorize edildi. arterial kan gazı sonucunda ph:7.42 pco2:42.6 hco3-std:27 lac:2.5 co:20 olarak raporlandı. diğer tetkiklerde özellik yok. rezervuarlı oksijen maskesi ile oksijen tedavisi başlandı. 1 saat sonrasında akg co:10.5, 2 saat sonra akg co:4.3 saptandı. hastanın monitorize şekilde klinik takibine devam edildi. 24 saatlik takibi sırasında kardiovasküler ve nörolojik patoloji gelişmeyen hasta, hiperbarik tedavi merkezine konsülte edildi. hiperbarik poliklinik önerisi yapılan hasta önerilerle taburcu edildi.

Tartışma Ve Sonuç

Karbonmonoksit, zehirlenmeler içinde sık rastlanan bir etkidir. birçok sistemi eş zamanlı etkileyip farklı klinik

prezentasyonlarla karşımıza çıkabilen bir toksidrom çeşididir. kısa ve uzun dönem komplikasyonları olduğundan hiperbarik merkezlerine yönlendirme gerekliliği unutulmamalıdır. Bu vaka da acil servise gastrointestinal irritasyon bulguları ile başvurup, anamnez derinleştirildiğinde ve kan gazı kontrol edildiğinde karbonmonoksit intoksikasyonu tanısı almıştır. nargile kullanımının yaygın olduğu ortadoğu coğrafyasında acil tıp hekimleri karbonmonooksit intoksikasyonunu ayırıcı tanılar arasında tutmalıdır. Eş zamanlı ortaya çıkan ve birbiri ile ilişkilendirilmekte zorlanılan semptomlarla karşılaştığımızda bunun bir toksidrom olabileceğini aklımızda tutmalıyız.

1. ashurst jv, urquhart m, cook md. carbon monoxide

poisoning secondary to hookah smoking. j am osteopath assoc 2012; 112: 686-8

2. ozkan s, ozturk t, ozmen y, durukan p. syncope

associated with carbon monoxide poisoning due to narghile smoking. case rep emerg med 2013; 2013: 796857

3. sever h, ikizceli i, avşaroğulları l. ve ark. nonspesifik

semptomlarla acil servise başvuran hastalarda karbonmonoksit zehirlenmesi. türkiye acil tıp dergisi 2005;5:18-21

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SÖZEL 11

CO ZEHİRLENMESİ SONUCU TROPONİN YÜKSELMESİ OLGU SUNUMU

Yumuşak Kübra, Çelik Caner, Seyhan Avni Uygur

Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği, İstanbul

CO renksiz, kokusuz, tatsız, iritan olmayan zehirli bir gaz. Doğal gazların tam yanmamasından ve karbon içeren yağ, propan, kömür, tahta gibi maddelerin yanması sonucunda ortaya çıkar. Karbonmonoksit (CO) zehirlenmesi genellikle ciddi seyreden bir durumdur. Ülkemizde sosyoekonomik seviye nedeniyle sık görülür. Ölüm ya da ağır nörolojik bozukluklar ile sonuçlanabilir. Klinik olarak psikiyatrik ve nörolojik belirtiler, konuşma bozuklukları, deliryum, epileptik nöbetler, parkinsonizm, agnozi, ataksi, apraksi ve amnestik kusurlardır. CO zehirlenmesinde bulgular genellikle bazal gangliyonlar (özellikle globuspallidus), frontal lob ve kortikalperiventriküler beyaz cevher etkilenmesine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Oksijen transportunu ve dokulara oksijen bırakılmasını engeller. CO'nin Hb'e afinitesi oksijenden 210-280 kat fazladır. CO oksijenle bağlanma bölgesi için yarışır. CO miyogloblin ile birleşerek kas dokusunda PaO₂ de azalmaya yol açar ve rabdomiyolize neden olur. Hücresel düzeyde doku hipoksisi meydana gelir.

Tedavisinde maruziyet bölgesinden uzaklaştırma çok önemlidir, CO oksijenden hafif olduğu için etkilenen kişi maruziyet alanında yere yatırılmalıdır, Hemodinamik stabilizasyon sağlanmalıdır, Hafif vakalarda 4 saatlik periyotlarla %100 NBO verilebilir. Major semptomlar varsa (bilinç kaybı, amnezi, miyokard iskemisi gibi) HBOT başlanır.

OLGU

41 yaşında kadın hasta, sabah evinde yatakta baygın halde bulunmuş, Hasta acil servise geldiğinde kulakta uğultu ve baş dönmesi mevcuttu. Hasta ile tam kooperasyon kurulamadı. Fizik muayenesinde bir özellik yoktu. Fakat nörolojik muayenesinde hasta yürütülemedi, uykuya meyilli idi. Anamnez derinleştirildiğinde evde soba olmadığı fakat bir önceki akşam evde mangal yakıldığı öğrenildi.

İlk laboratuvar bulguları

WBC:21.3 PH:7.22 LAC:11.2

LDH:250 COHB:23.7 TROP:0.140

CK:728 BE:-11.4

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Monitörize edilerek sarı alan gözlemlenerek 3 gün boyunca gözlemlendi Arteriyel kan gazı analizi, EKG, serum kardiyak enzimleri ve idrar analizleri aralıklı olarak takip edildi. Hastada hastanede kaldığı süre boyunca göğüs ağrısı yakınması olmadı. Yatışının ilk gününden itibaren serum kardiyak enzimlerinde progresif bir artış gözlemlendi Hastanın troponin değerindeki yükselmeler nedeniyle, koşuyolu hastanesinde anjiyografiye alındı. Bir patoloji saptanmaması üzerine, hasta Rezervuarlı maske ile normal basınçlı 100% hiperbarik oksijen tedavisi aldı ve maruziyetinin 3. Gününde şifa ile taburcu edildi

SÖZEL 12

Derin Ven Trombozu ardından gelişen Phlegmasia Cerulea Dolens

Kübra YUMUŞAK¹, Ahmet Can TOPÇU¹, Fatma SARI DOĞAN¹, Avni Uygur SEYHAN¹

¹Acil Tıp Kliniği, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş:

Ekstremitelerden birinde gelişen akut iskemi, tıbben acil bir durumdur ve genellikle arterlerle ilgili nedenlerden kaynaklanır. Phlegmasia Cerulea Dolens (PCD), masif venöz trombozun venöz drenajı tıkaadığı ve ekstremitelerde arteriyel yetmezliğe neden olduğu nadir bir durumdur. Bu durum, sistemik dolaşım kollapsına neden olabilmektedir.

Olgu raporu:

80 yaşında kadın hasta, sağ bacakta 3 gündür sürmekte olan ağrı, ülserasyon ve şişlik şikayeti ile acil kliniğe başvurdu. Hasta, sağ bacağına gelişen şişlik nedeniyle bir hafta önce acil servise başvurmuştu ve sağ alt ekstremitede venöz Doppler incelemesinde yüzeysel femoral ve popliteal venlerde tıkaadıcı tromboz izlenen hastaya Clexane (Enoksaprin sodyum) enjeksiyonları reçete edilerek taburcu edilmişti. Organ sistemlerinde bunların dışında bulgu bulunmamaktaydı. Fizik muayenede sağ alt ekstremitenin distalde mavi renk aldığı görülmekteydi; ayrıca belirgin ödem vardı ve palpasyonla şiddetli hassasiyet tespit edildi; bunlarla birlikte dorsalis pedis'ten nabız alınamamaktaydı. Sol alt ekstremitede ve sistemik muayenenin geri kalan bölümlerinde kayda değer bir bulgu saptanmadı. Arteriyel Doppler incelemesinde sağ bacak arterlerinde tıkanma izlendi. Kan örneklerinde gerçekleştirilen laboratuvar

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

testlerinde CRP'nin 60 mg/dl olması dışında önemli bir bulgu yoktu. Gerçekleştirilen vasküler cerrahi konsültasyonu sonucunda tespit edilen ilerleyici kangren nedeniyle ekstremitte amputasyonuna karar verilerek hastanın yatışı yapıldı.



Tartışma :

PCD; venöz tromboz, ağrılı iskemi, distal nabızların kaybı ve mor ekimozlarla görülen nadir bir durumdur. PCD'nin klinik bulguları arasında hızla gelişen ödem bulunur. Ekstremitte soğuk, gergin ve sert hissedilir. Distalde başlayan derin siyanoz sonunda tüm ekstremitte yayılır. PCD, tutulan ekstremitedeki derin ve yüzeysel kollateral venöz kanalların trombozudur ve ilgili ekstremitede venöz dönüşü tıkar. İliofemoral venöz sistem tamamen trombozedir, terminal vena kava genellikle tutulur ve pelvik kollateraller tıkanmıştır. İskemi, interstisyel doku basıncının arterlerde kapanma basıncını aşması durumunda arterlerde gelişen kollaps nedeniyle ortaya çıkar. PCD, şiddet düzeyine göre; komplike olmayan, venöz kangrene ilerleyen ya da venöz kangren olarak sınıflandırılır. Tanı, klasik fizik muayene bulguları ve dupleks ultrasonografi ile konur. Derin ven trombozunun PCD'ye ilerlemesine neden olan risk faktörleri; malignite, diğer hiperkoagülabilitate durumları, vena kava inferior filtresi, hastanın öyküsünde derin ven trombozu olması, kontraseptif ajanlar, venöz staz ve travmadır. Bunlardan en yaygın olanı malignitedir. Tedavi hedefleri; oluşan trombüs yükünü azaltarak venöz akımın yeniden sağlanması, daha fazla trombüs oluşumunun önlenmesi ve kollateral dolaşımın korunmasıdır.

Sonuç:

PCD, derin ven trombozunun derhal tanınması gereken nadir bir komplikasyonudur. Doğru tedavinin uygulanmasında yaşanacak gecikmeler; kangren, uzuv amputasyonu ve bazı durumlarda ölüme neden olabilir.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SÖZEL 13

Dokuzoğlu Rüksan Başak, Başkaya Nurhayat, Çelik Bıçakçı Sinem. , Seyhan Avni Uygur, Tataroğlu Özlem

Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği, İstanbul

BAŞ AĞRISINDAN YOĞUN BAKIMA

Giriş: Dünyada ve Türkiye’de intihar sorununun ulaştığı boyut değerlendirildiğinde, günümüzde intiharın yalnızca psikiyatri uzmanlarını ilgilendiren bir sorun olmadığı ve bir halk sağlığı sorunu haline geldiği görülmektedir. Bu nedenle intihara eğilimi olan kişilerin belirlenmesi ve bu kişilerde intihar riskinin sistematik biçimde değerlendirilip gereken girişimlerin zaman kaybetmeden yapılması önem kazanmıştır

Olgu Sunumu: 21 yaşında kadın hasta acil servise çoklu ilaç alımı sonrasında başvurdu. Hastadan alınan anamnezde, hastanın hangi ilaçlar olduğunu bilmediğini, baş ağrısı olduğu için bir gece önce evde bulduğu ilaçlardan karışık olarak 20 adede yakın içtiği, bilinen bir hastalığı ya da sürekli kullandığı ilacı olmadığı öğrenilebildi. Hasta gelişinde GKS: 15 hafif uykuya meyilli, vitalleri stabildi ve EKG de akut iskemik patoloji saptanmadı. Kan tetkiklerinde belirgin bir anormallik saptanmadı. Hasta uyku halinin devam etmesi ve depresif semptomlarını gizleme eğiliminde olması nedeni ile takibine devam edildi. Gelişinin 5. Saatinde hastaya yoğun bakım endikasyonu konuldu, bu arada psikolojik değerlendirmeleri devam etti. 48.saatinde vitalleri stabil olduğu kan tetkiklerinde anormallik saptanmadığı için yoğun bakım endikasyonu kaldırıldı, güvenilir ifade sergilemediği için kapalı servisi olan bir hastaneye yatış amaçlı sevki uygun görüldü.

Tartışma ve sonuç: Acil servis hekimleri olarak aynı anda çok sayıda ilaç kullandığını ifade eden hastalarda hastaya karşı şüpheli bir yaklaşımda olmamız gerekmektedir. Anamnezimizi derinleştirmeli takip süremizi uzun tutarak gereklilik halinde hastanın uygun psikiyatri kliniğine yatışının gerçekleştirilip tedavi olmasına yardımcı olunmalıdır. Bu vakada hastanın depresif duygu durumunu saklama isteği, şüpheli davranışları, sorulan sorulara isteksiz cevap vermesi hastanın intihar girişiminde bulunduğu şüphesini destekler nitelikte olduğu için hastanın uygun psikiyatri kliniğinde tedavi alması sağlanmıştır.

Anahtar kelimeler: İlaç intoksikasyonu, Suisid, depresyon

SÖZEL 14

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

RENAL TRAVMA OLGU SUNUMU

Çelik Nefise Büşra, Karakulak Hamdi, Kozan Ergül, Seyhan Avni Uygur

Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği , İstanbul

GİRİŞ

Acil servislere darp sebebiyle günün her saatinde hasta başvurabilmektedir. Olayın oluş mekanizması bilinmiyor ise hastadan alınan anamnez yine de yetersiz olabilmektedir. Her darp vakasını multitravma gibi değerlendirmek gerekir. Biz bu yazıda size darp nedeniyle gelen sadece kafa travması bulguları olan ve renal hematoma tanısı alan bir vakadan bahsedeceğiz.

OLGU

54 yaşında erkek hasta acil servise darp beyanı ile polis eşliğinde getirildi. Hasta komşusu tarafından darp edildiğini sert cisimle kafasına vurulduğunu ifade etti. Hasta geldiğinde GKS 15, şuur açık, oryante, koopere idi. Hastanın TA:130/90 Nabız:120 Ateş:36,4 DSS:16 saptandı. Yapılan fiziki muayenede sağ paryatelde frontale uzanan, lineer 10 cm dermabrazyon, sol el sırtında 1 cm dermabrazyon saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğal idi. Hastanın ilk gelişinde primer olarak kafa travması olması ve tek şikayetinin bulantı olması görüntüleme olarak beyin BT istenmesine neden olmuştu. Multitravma açısından radyoloji kliniğinden tüm batın ultrasonografi de istendi. Batın USG doğal, beyin BT’de özellik saptanmadı. Hastada takibinin 5. Saatinde şiddetli sol yan ağrısı, tedaviye dirençli bulantı kusma şikayetleri gelişti. Batın muayenesi karakter değiştirdi ve sol kostovertebral açı hassasiyeti başladı. Hastaya iv kontrastlı batın BT çekildi. BT’de sol renal lojda retroperitoneal alanda hematoma ile uyumlu görünüm saptandı. Üroloji konsültasyonu istendi. Hasta üroloji kliniği tarafından interne edildi. Tarafımızca klinik progresyonu takip edilen hasta 10 gün üroloji servisinde yattı. Takiplerinde herhangi bir problemle karşılaşılmadı. Hastanın kontrol batın BT’lerinde hematoma kendini sınırlamış olarak tespit edildi. Hasta 10 gün sonra üroloji servisinden taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Darp olayları sırasında yüksek adrenalin deşarjı ve olayın yarattığı stres ile yaralanan şahıslar yaralanma bölgelerini tam olarak ifade edemeyebilir. Her darp vakası multitravma gibi değerlendirilip, takibe alınıp objektif görüntülemeler ile ele alınıp somut tıbbi sonuçlarla sonlandırılmalı. Hastaların rutin tetkikleri ya da geliş anındaki subjektif görüntülemelerinde özellik saptanmayabilir. Şüpheli hastalar, emin olunana kadar acil serviste takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Darp, renal hematoma , bulantı

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SÖZEL 15

RİSPERİDON KULLANIMINA BAĞLI AKUT DİSTONİ OLGU SUNUMU

Oymak Elif, Gökdağ Eren, Ak Rohat, Korkut Semih

Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Atipik antipsikotikler olarak bilinen 2. nesil antipsikotik ilaçlar 1998 yılında tanıtıldılar. Atipik ifadesi klinik olarak efektif antipsikotik dozlarında minimal ekstrapiramidal yan etki(EPS),tardif diskineziye olasılığının daha az olmasından kaynaklanır. Mevcut atipik ajanlar arasında clozapine (Clozaril), risperidone (Risperdal), olanzapine (Zyprexa), quetiapine (Seroquel), ziprasidone (Geodon), aripiprazole (Abilify), ve paliperidone (Invega) bulunur. Akut doz aşımında atipik antipsikotikler çoğu hastada hafiften orta dereceye kadar toksisite yapar ve çoğu zaman hiçbir semptom göstermeyebilir. En yaygın klinik bulgular letarji, sedasyon, miyozis, taşikardi, ortostatik hipotansiyondur. Fizik muayenede ekstrapiramidal bulgular(distoni) ,miyozis, ataksi, dizartri, depresyon ve ajitasyon görülebilir. Sinüs taşikardisi en yaygın ekg bulgusudur.

OLGU

16 yaş kadın hasta acil servise intihar amaçlı risperidon kullanım sonrası her 2 gözde hareket kısıtlılığı şikayeti ile getirildi. Hasta 2 saat önce 15 adet risperdal içtiğini beyan etti. Anamnezde hastanın selectra ve risperdal kullandığı öğrenildi. Hastanın gelişinde GKS 15,şuur açık, ryante koopere idi. Hastanın TA 110/60 nabız 114 oda havası saturasyonu 99 kan şekeri 81 ateşi 36 saptandı. EKG sinüs taşikardisi idi. Yapılan fiziki muayenesinde her 2 gözü yukarı deviye idi. Diğer sistem muayeneleri doğal olarak saptandı. Hasta aşırı doz risperdon kullanımına bağlı distonik reaksiyon olarak değerlendirildi. Hasta monitörize takibe alındı. Laboratuar bulgularında 19.000 lökosit 2.7 laktat dışında patolojik bulgusu yoktu. Hastaya 5 mg akineton 100 ml izotonik içerisinde uygulandı. Hastanın takibinde distonisi geriledi. Çocuk psikiyatri konsültasyonu ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Atipik antipsikotik ilaçlar yan etkilerini az olması nedeni ile 1. Nesil antipsikotik ilaçların yerini aldı.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kullanımdaki bu artış doz aşımı vaka sayısını da artırdı. Tedavi birincil olarak destek tedavisidir. Havayolu, solunum, dolaşım stabilizasyonu sağlanmalıdır. Devamlı kardiyak monitörizasyon, iv damar yolu ve ekg gerekmektedir. Devamlı değişkenlik gösteren mental durum değişikliklerine dikkat edilmelidir.



SÖZEL 16

KLOPIDOGREL KULLANAN HASTADA ÖKSÜRÜK SONRASI GELİŞEN REKTUS KILIF HEMATOMU

Özmen Dilara, Ak Rohat, Seyhan Avni Uygur, Tataroğlu Özlem

Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Akut karın ağrıları acil servise başvuruların %5-10'unu oluşturur. Rektus kılıf hematomu, ender olarak acil başvuru nedeni olan akut karın ağrısı olgularındandır. Yaşlı ve kadınlarda daha sık görülmektedir. Rektus kılıf hematomu, epigastrik arter veya venlerin rüptürüne bağlı, M. rectus abdominis ve M. pyramidalis kaslarını saran kılıf içine kanama sonucu ortaya çıkar.

OLGU: 76 yaş kadın hasta 2 gün önce şiddetli öksürük atağı sonrası başlayan karın ağrısı ve karında ekimoz şikayetiyle acil servise başvurdu. Bilinen koroner arter hastalığı, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği tanıları mevcut. Ecopirin 100 mg ve Karum 75 mg kullanıyor. Travma öyküsü yok. Fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet, batın orta hatta epigastrik bölgeden başlayıp suprapubik bölgeye kadar devam eden yaklaşık 5x20 cm ekimoz saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal, vital bulguları normaldi. Kan tetkiklerinde hemoglobin:8.3 hematokrit:24.9 lökosit:6400 trombosit:219000 kreatinin 1.59 üre:62 aktive parsiyel tromboplastin zamanı:27 sn, protrombin zamanı:13.8 sn INR:1.04 saptandı. Batın USG'de üst epigastrik alan solda rektus abdominis kası içerisinde 37x13 mm hematomla uyumlu lezyon görüldü. Genel cerrahi tarafından interne edildi, 6 gün serviste takip edildi. 4 ünite eritrosit süspansiyonu, 2 ünite taze donmuş plazma replasmanı yapıldı.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SONUÇ: Rektus kılıf hematomu nadir görülen bir klinik tablodur. Akut batını taklit ederek yanlış tanı alıp gereksiz cerrahi girişim yapılmasına sebep olabilmektedir. Özellikle kanama bozukluğu olan veya antikoagülan kullanımı olan kişilerde akılda tutulmalıdır. Bunun dışında hematolojik hastalıklar, travma, ilaç enjeksiyonu, fiziksel egzersiz, öksürük, hapşırma, gebelik, hipertansiyon gibi nedenlere bağlı olarak da görülebilir. Öksürük ve karın ağrısı gibi ilintisiz semptomlarla başvuran hastalarda klinik şüphe halinde rektus kılıf hematomu da akılda tutulmalıdır.

SÖZEL 17

REKÜRREN BİLATERAL SPONTAN PNÖMOTORAKS

Oymak Elif, Aydın Ömerul Faruk* , Yılmaz Erdal, Sarıçiçek Mutlu Bengü, Korkut Semih

Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Spontan pnömotoraks cerrahi işleme bağlı olmaksızın gerçekleşir. Altta yatan akciğer hastalığı olmayan hastalarda gelişen spontan pnömotoraksa primer pnömotoraks ismi verilir. Altta yatan akciğer hastalığı olanlarda gelişenlere ise sekonder spontan pnömotoraks adı verilir. PSP tipik olarak genç erişkinlerde görülür. Pik yaptığı yaş 20-30 yaşlar arasındadır. Risk faktörleri arasında sigara kullanımı, erkek cinsiyet, uzun ince vücut yapısına sahip olmak bulunur. PSP genel olarak ani göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetlerine sebep olur.

OLGU

25 yaş erkek hasta acil servise nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Gelişinde GKS 15 vitalleri stabil idi. Anamnezinde pnömotorax öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde sağ sol ac sesleri azalmış olarak saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın PA AC görüntülemesinde bilateral pnömotoraks saptandı. Hasta göğüs cerrahisine konsülte edildi. Bilateral plöroken takıldı. Göğüs cerrahi servisine interne edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

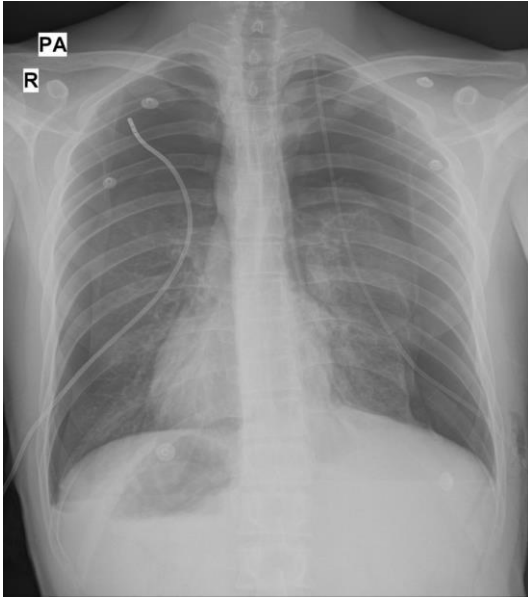
İlk defa PSP gelişen hastaların nin en uygun tedavisi her ne kadar tartışmalı olsa da oksijen desteği, manuel aspirasyon, göğüs tüpü drenajı, torakoskopik ve açık cerrahi müdahale tedavi seçenekleri arasındadır. Tüm tedavi yöntemleri rekürrensi önlemeyi amaçlar. PSP rekürrens oranı %7.6-52 ve SSP için 22.7-47% ye kadar çıkabilmektedir. Çoğu 6 ay ile 2 yıl arasında meydana gelmektedir. Hastaların özellikle ilk 6 ay yakın takibi önerilmektedir.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi



* İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp

SÖZEL 18

YAN AĞRISI İLE GELEN HASTADA SAPTANAN AMFİZEMATÖZ PİYELONEFRİT

Dokuzoğlu Rüksan Başak , Bektaş Nilay Elif, Çebin Melis , Yılmaz Erdal

Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş: Amfizematöz piyelonefrit nadir görülen, akut nekrotizan bir piyelonefrit çeşididir. Hastalık genelde ani başlangıçlıdır ve kötü bir klinik seyir gösterir. Septisemi ve akut böbrek yetmezliği, semptomları takiben kısa sürede ortaya çıkar. Laboratuvar testlerinin faydası tanı için sınırlı kalır. Abdominal BT gazı göstermek, lokalizasyonunu ve sınırlarını belirlemek, hastalığın boyutunu değerlendirmek için en sensitif görüntüleme yöntemidir. Tedavide son yıllarda kabul gören görüş, geniş spektrumlu antibiyotiklerle tedaviye başlayıp klinik tablonun seyrine göre gerekirse perkütan drenaj yapmak veya cevapsız hastalarda elektif şartlarda nefrektomiye gitmektir.

Olgu: 48 yaş kadın hasta acil servise bulantı kusma, yan ağrısı, hematüri şikayetiyle başvurdu. Gelişinde TA: 130/90, Nabız: 85, Ateş: 36.2, SaO2: 92. Bilinen HT, DM, KBY ve hiperlipidemi tanıları, kolesistektomi öyküsü mevcut idi. Muayenesinde batın rahat defans yok rebound yok, sağ üst kadranda hassasiyeti mevcut, kostavertebral açı hassasiyeti sağda pozitif idi. Laboratuvar tetkiklerinde kç:505,

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

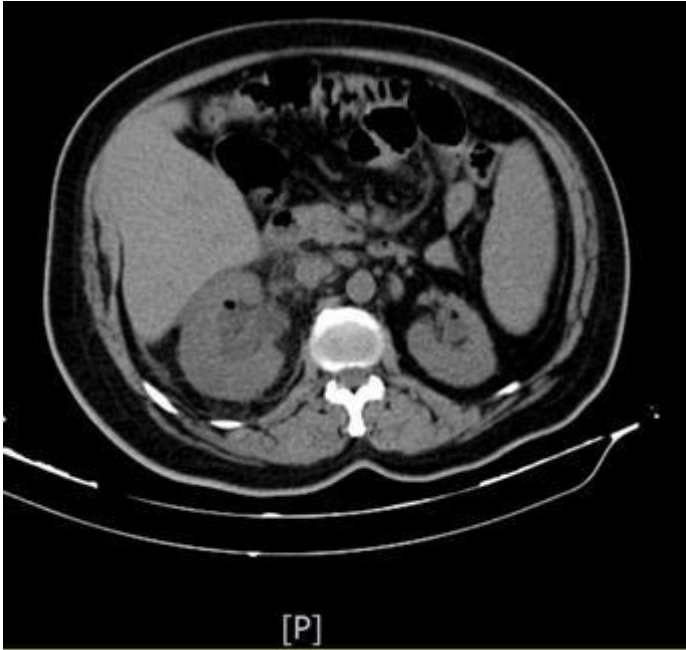
15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kratin: 2.36 (1.71) sodyum:127 Potasyum:5.7 üre:73 hgb: 8.8 hct:26, idrarda 3+ hgb, 3+ lökosit, keton eser miktarda, kan gazında pH 7.33 pH CO: 17, INR 1.23, CRP: 250 idi. Üriner USG: Grade I hidronefroz saptandı. Batın BT çekilerek. Genel cerrahi, enfeksiyon hastalıkları ve üroloji konsültasyonlarından sonra hastanın üroloji servisine amfizamatöz piyelonefrit tanısı ile yatırışı yapıldı.

Tartışma ve sonuç: Amfizamatöz Piyelonefrit tedaviye rağmen oldukça mortaldir. Bu yüzden diyabet tanısı olan ve uygun antibiyotik tedavisine cevap alınamayan piyelonefrit olgularında AP mutlaka ilk planda düşünülmeli, tanı ve tedavi için acele davranılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Amfizamatöz Piyelonefrit, Hematüri, Yan Ağrısı.



SÖZEL 19

PEDİATRİK PELVİS KIRIKLARINA YAKLAŞIM

MEHMET ALİ TALMAÇ

SBU ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL E.A.H ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Pediyatrik pelvis kırıkları nispeten nadir olmasına rağmen hayatı tehdit eden yaralanmalarla beraberliği, fizik yaralanmasına bağlı büyüme bozukluğuna ve / veya asetabular displaziye neden olup çocuğun yaşamı boyunca önemli fonksiyon kaybına sebep olabilmektedir. Pediyatrik pelvis kırıklarının prognozu yetişkinlerden daha iyidir. Bu çalışmanın amacı I. Derece travma merkezimize başvuran pediyatrik pelvis kırıklarının radyolojik ve fonksiyonel sonuçlarının değerlendirilmesidir.

YÖNTEM

Çalışmaya 2011-2017 yılları arasında hastanemiz Acil Tıp Polikliniğine başvuran pelvis kırıklı 17 hasta dahil edildi. Hastane kayıt sisteminden hastaların tanı, yaralanma mekanizması, ek yaralanma, tedavi yöntemleri ve komplikasyon bilgileri toplandı. Kırık tipleri Torode ve Zieg sınıflamasına göre sınıflandırıldı. Son takipte fonksiyonel bağımsızlık skalası ve radyolojik olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 11.6 (2.5-16) yıl olup ortalama takip sürtesi 3.1 (1-6) yıl idi. On dört (% 82) hasta erkek cinsiyete sahipti. Yaralanma mekanizması açısından 13 (% 76) motorlu araç kazasına bağlı yaralan 4 (%34) yüksekten düşme nedeniyle oluşmuştu. Torode ve Zieg sınıflamasına göre %60' tip 2 ve 4'ten oluşmaktaydı. Sadece asetabulum kırığı olan 1 hastamızda cerrahi tedaviye ihtiyaç duyuldu diğer hastalar konservatif tedavi edildi. Pelvik Y kırıkdağı hasarı olan hastamız yoktu. 2 hastamızda basit asetabulum kırığı ve kraniyal travma nedeniyle heterotopik ossifikasyon gelişti. Kafa ve batin travması olan Torode ve Zieg tip IV kırıklı bir başka hasta ameliyattan 12 saat sonra yoğun bakım ünitesinde ex oldu. Hayatta kalan tüm hastalar fonksiyonel bağımsızlık skalasına göre 1 yıl sonra tamamen bağımsız hayatlarına devam ediyorlar. Radyolojik olarak plak vida sistemi ile opere edilen asetabulum parçalı kırığı olan hastanın eklemde dejeneratif bulgular görüldü.

SONUÇ

Pediyatrik pelvik kırıklar nadirdir ancak hayati tehlike oluşturur. Erken tedavi ve doğru yöntem ile iyi ve mükemmel sonuçlar alınmaktadır. Özellikle kafa travması olan hastalarda erken dönemde hayati tehlike ve ilerleyen dönemlerde ise heterotopik ossifikasyon açısından dikkatli olunmalıdır.

SÖZEL 20

TİROTOKSİK HİPOKALEMİK PERİYODİK PARALİZİ: OLGU SUNUMU

Utku Murat Kalafat, Büşra Bildik, Serkan Doğan, Gülcan Çağlar

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kliniği, İstanbul

Giriş: Tirotoksik hipokalemik periyodik paralizi (THPP), sıklıkla erkeklerde ve Asyalılarda hipertiroidizme sekonder gelişen kas paralizi ve akut hipokalemi ile karakterize bir hastalıktır. Tirotoksikoza bağlı gelişen beta adrenerjik stimülasyon sonucu, Na-K ATP az aktivitesinde artış intravasküler potasyum (K⁺) seviyesini düşürerek kişide paralizi tablosuna neden olur. Hipokaleminin literatürde bildirilen pek çok nedeni arasında bu tanının da yer aldığını hatırlatmak amacıyla vakamızda acil servise alt ekstremitte paralizi ile başvuran THPP tanısı alan 44 yaşında bir erkek hastayı tartıştık.

Olgu: 44 yaşında erkek hasta acil servise bacaklarda halsizlik, hareket etmede zorluk şikayetleri ile başvurdu. Alınan anamnezde ağır bir akşam yemeği sonrası, sabaha karşı su içmek için yataktan kalmaya çalıştığı ancak hareket etmekte zorlandığı öğrenildi. Bilinen ek hastalık öyküsü olmayan hastanın 3 ay önce yine bacaklarda ağrı ve halsizlik şikâyeti ile beyin cerrahisi polikliniğine başvurduğu ve tetkiklerinin halen devam ettiği öğrenildi. Ailesinde benzer şikâyet öyküsü olmayan hastanın sistem sorgulamasında ek bir özellik saptanmadı. İlk fizik muayenesinde nörolojik değerlendirmede GKS:15, genel durum orta-iyi, bilinç açık oryante koopere, kas gücü üst ekstremitde 5/5, alt ekstremitde 3/5 olan hastada duyu ve refleks muayenesi normal olarak değerlendirildi. Diğer sistem muayeneleri de doğal olan hasta, acil serviste müşahede altına alındı. Tetkikleri yapılan hastanın takibinde kas gücü üst ekstremitde 5/5, alt ekstremitde 1/5 idi. Yapılan ilk tetkiklerinde potasyum (K⁺) seviyesi 1.9 mmol/L olarak ölçülen hastadan kontrol amacıyla alınan diğer kan örneğinde K seviyesinin 1.3 mmol/L ölçülmesi üzerine hastaya 10 mEq/saat hızla 30 mEq potasyum replasmanı yapıldı. Replasman sonrası tetkikleri tabloda gösterildiği gibi olan (Tablo) hastanın, replasmana rağmen K değeri 1.4 mmol/L olması üzerine hastadan tirotoksik hipokalemik periyodik paralizi ön tanısıyla tiroid stimulan hormon testi istendi. TSH testi <0.006 uIU / ML (0.27-4.2) olan hastadan dahiliye konsültasyonu istendi. Replasmana devam edilen hastanın acil servisteki takibinin 15.saatinde kas gücündeki azalmanın gerilediği ve alt ekstremitde kas gücünün 3/5 olduğu gözlemlendi. Toplamda 10 mEq/saat hızla 70 mEq K⁺ replasmanı yapılan ve acil servisteki 24.saatinde dahiliye tarafından interne edilen hastanın yapılan ileri tetkik ve incelemelerinde otoimmün tiroidit tanısı alındığı ve yatışının 5.gününde taburcu edildiği öğrenildi.

Sonuç: Acil serviste THPP tanısı alan 44 yaşında bir erkek hasta sunarak, az görülen ve bu nedenle de acil servis hekimleri tarafından akla getirilmesi zor olan bu hastalığa dikkat çekmek istedik. Paralizi ataklarına sebep olan hipokalemi ve hipokalemiyi düzeltmek amacıyla yapılan replasmana sekonder gelişebilecek hiperkalemi, yönetimi kolay gibi görülen ancak kardiyak lethal sonuçları olabilen önemli elektrolit bozukluklarıdır. Gastrointestinal kayıplar, yetersiz alım, ilaçlar, renal kayıplar, metabolik alkaloz, magnezyum düzeyi düşüklüğü, hiperkalemi tedavisi gibi hipokalemiye neden olan durumlarla birlikte, paralizi eşliğinde endokrin bir bozukluk olan THPP'nin de akla getirilmesinin, hipokaleminin

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

EKG’de U dalgasının görülmesi ya da T dalgasının düzleşmesi gibi hafif etkilerinden, arrest ritimleri gelişimine dek uzanan geniş sonuçlarını ön görme ve önlemede etkili olacağı kanaatindeyiz.

	Referans Değerler	Başvuru Zamanı	Kontrol	4.saat	12.saat	16.saat	24.saat
Glukoz (mg/dL)	74-100	276	284	150	143	130	170
Potasyum (mmol/L)	3.5-5.1	1.9	1.3	1.4	1.8	4.7	5.4
Sodyum (mmol/L)	136-146	141	142	144	144	142	142
Kalsiyum (mg/dL)	8.16-10.0	10.1	9.5	9.2	9.0	9.1	9.5
Albumin (g/dL)	3.9-4.9	4.3	4.0	x	3.6	3.4	3.5
Fosfor (mg/dL)	2.6-4.5	x	0.8	0.8	x	4.8	x
Klor (mmol/L)	98-107	x	x	110	x	112	x
Magnezyum (mg/dL)	1.6-2.6	x	1.9	1.8	x	2.1	x

Tablo: Hastanın acil servisteki takibi sırasında laboratuvar sonuçları

SÖZEL 21

Acil Serviste Herpes Zoster Tanısı Alan Hastaların Geriye Dönük Değerlendirilmesi

Serkan Doğan¹, Büşra Bildik¹, Türker Karaboğa², Utku M. Kalafat¹, İsmail Yeşiltaş¹, Doğaç Niyazi
Özüçelik³

1. İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul
2. Altunizade Acıbadem Hastanesi Acil Tıp Bölümü, İstanbul
3. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

Amaç: Herpes Zoster acil serviste ölümcül hastalıkların semptomlarıyla karışabilen, tedavisi acil servislerde kolaylıkla düzenlenebilen bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı ölümcül hastalıkların semptomlarıyla karışabilen Herpes Zoster'in acil servisteki görülme sıklığını tespit etmek, ülkemizdeki ve dünyadaki diğer çalışmalarla karşılaştırarak acil yönetim ve prognozu konusunda acil servis çalışanlarının farkındalığını arttırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 01.06.2016-01.09.2016 tarihleri arasında Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Acil Servisinde Herpes Zoster tanısı alan hastalarla kesitsel ve retrospektif olarak yapılmıştır. İstatistiksel analizleri NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılarak yapılmış ve anlamlılık düzeyi %95 güven aralığında $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Acil servisimizde 2016 yılındaki 3 aylık (Haziran, Temmuz, Ağustos) süre içinde 18 yaş ve üzeri 35 hasta Herpes-Zoster tanısı almıştı. Takip edilen aylar içinde en yüksek başvurunun %57,1 oranla temmuz ayında olduğu görüldü. Aynı sürede acil dermatolojik hastalar içinde Herpes Zoster tanısı alanların oranı %1,17 olurken tüm acil hastaları içinde bu oran %0,02 olarak bulundu. Herpes Zoster tanısı alan hastaların %65,7'si erkekti. Hastaların yaş ortalaması $42,45\pm 14,32$ (min:18; maks:74) bulunurken, en fazla (%37,1) 36-45 yaş aralığında başvuru olduğu saptandı. Hastaların hiç birisi herhangi bir hastalığından dolayı ilaç kullanmıyordu. İki hastanın hikayesinde KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) varken %94,3'ünde ek bir hastalık yoktu. İlk acil başvurularında Herpes Zoster ön tanısını koyduran deri lezyonları hastaların %94,3'ünde varken (Resim), %34,3'ü ağrı ve %17,1'i ise kaşıntı şikayeti ile acil servise başvurmuştu. Bu hastaların %51,4'ü başka semptom olmadan sadece deri lezyonu ile acil servise başvurmuşken, hastaların %42,9'u lezyon bulguları ile birlikte semptomlar (%25,7 ağrı ve lezyon, %14,3 kaşıntı ve lezyon, %2,9 ağrı ve lezyon) ile acil servise başvurmuştu. İlk başvuruda lezyon olmadan sadece ağrı semptomu ile başvuran iki hastanın 10 gün içinde ikinci başvurusunda lezyon saptanarak Herpes Zoster tanısı konmuştu (Tablo). Hastalarda en fazla lezyon (%54,3) torasik dermatom bölgesinde gözlenmişti. Hastaların %100'ü herhangi bir hastane yatışı gerektirmemiş ve acil servisten tedavisi düzenlenerek taburcu edilmişlerdi. Acil tedavi sonrasında hastaların %85,7'sinde herhangi bir komplikasyon olmadan ve dermatoloji konsültasyonu ihtiyacı olmadan iyileşirken, 5 hasta 1 ay içinde kontrol için dermatoloji polikliniğine başvurmuştu. Hastalardaki tutulan dermatom bölgesi ile (servikal, torasik, lumbal ve sakral) hem semptom ve bulgular (ağrı, kaşıntı ve lezyon) hem de cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Yine cinsiyet ile semptom ve bulgular arasında da anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

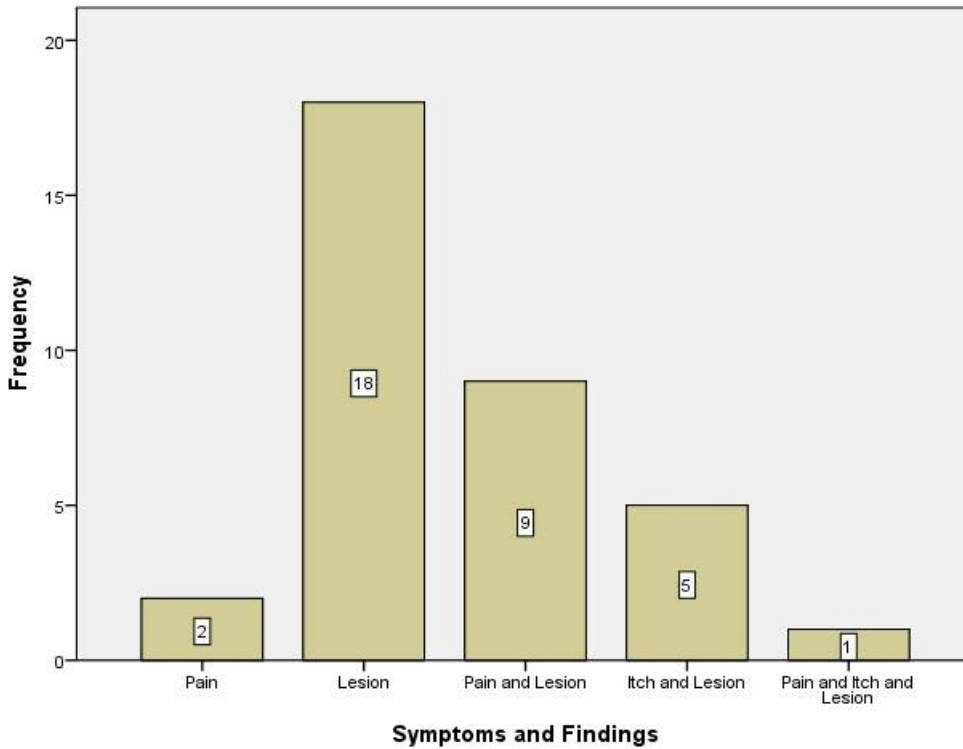
İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sonuç: Herpes Zoster hastalığı lezyonlar ortaya çıktığında kolaylıkla tanınabilen, ancak lezyon olmadan sadece ağrı şikayeti ile de acil servislerde karşılaşılan, ağrının yeri nedeniyle ölümcül acil hastalıkların ayırıcı tanısında dikkate alınması gereken, tanı ve tedavi sürecinin genellikle acilde tamamlandığı bir dermatolojik acil hastalıdır.

Anahtar kelimeler: Herpes Zoster, Acil Servis, Zona



Resim: Acil serviste Herpes Zoster tanısı konulan 39 yaşında erkek hastanın sağ skapula alt bölgesindeki lezyonu



Tablo: Acil serviste Herpes-Zoster tanısı alan hastaların başvuru semptom ve bulguları

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SÖZEL 22 ¹Engin

Kölükçü

²Serhat Karaman

³Ertuğrul Altınbilek

¹Tokat Devlet Hastanesi Üroloji Bölümü, Tokat

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Tokat

³İstanbul Hamidiye Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Akut İdrar Retansiyonu İle Başvuran Spinal Deformiteli Hastalarda Perkütan Suprapubik Sistostominin Güvenirliği ve Etkinliği

Amaç: Sağlıklı her yenidoğanın omurga yapısı sagittal düzlemde posterior konveksitesi olan tek bir eğrilik içermektedir. Yaşla birlikte omurga servikal, lomber lordoz ve torakal kifoz ile dengeli bir sagittal balansa kavuşur. Ayakta duran sağlıklı insan omurganın tepesinden aşağıya doğru çizilen düzlem torakal omurganın önünden geçerek L5/S1 eklemine çaprazlar. Koronal planda da omurga servikalden sakral bölgeye kadar düz bir hat şeklinde uzanmaktadır. Bu konfigürasyonun dışına çıkılması spinal deformite yol açmaktadır. Suprapubik sistostomi akut idrar retansiyonu ile başvuran olgularda üretral kataterizasyonun mümkün olmadığı durumlarda uygulanan bir üriner diversiyon yöntemidir. Bu çalışmada idrar retansiyonu ile başvuran spinal deformiteli hastalarda uyguladığımız perkütan suprapubik sistostomi işleminin etkinliğinin ve güvenirlığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Son 2 yılda perkütan suprapubik sistostomi uygulanan spinal deformitesi bulunan 20 hasta çalışmaya alındı. Mesanede malign oluşumları ekarte etmek amacı ile üriner ultrason yapıldı. Tümör izlenenler endoürolojik yöntemler uygulandı. Hastalar sırt üstü pozisyonda yatırılarak sedye ile temas etmeyen vücut alanları yastık ile desteklendi. Suprapubik alan sterilize edildi. Simfiz pubisin yaklaşık 2 cm üzerine lokal anestezi yapılarak cerrahi bıçak yardımıyla fasya kadar insize edildi. 16 Fr trokar idrar çıkışı oluncaya kadar mesaneye doğru ilerletildi. Ardından iç obturator çıkartılarak 14 Fr sonda yerleştirildi. Tüm hastalar aynı prosedür uygulandı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 44.1 (19-65) olup 18'i erkek idi. 1 hastada ürogenital travma, 3 hastada nörojen patolojiler, 2 hastada alt üriner sistem taşları, 5 hastada üretral darlık ve 9 hastada prostat hastalıkları, üriner retansiyon sebebi olarak tespit edildi. İşlemin ortalama süresi 19.1 dakika idi. Tüm hastalarda işlem başarıyla gerçekleştirildi ve hiçbir hastada vasküler hasar, bağırsak perforasyonu gibi major komplikasyon görülmedi. İzlenen komplikasyonlara bakıldığında; 2 hastada baskılı

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

pansumanla kontrol altına alınabilen ek tıbbi müdahale gerekliliği oluşturmayan cilt altı kanama, 3 hastada ise 24 saatten kısa süren ve kan transfüzyonu gerektirmeyen hematüri izlendi.

Sonuç: Perkütan suprapubik sistostomi spinal deformiteli hastalarda idrar akışının devamlılığını sağlamak için etkili ve güvenli bir işlemdir.

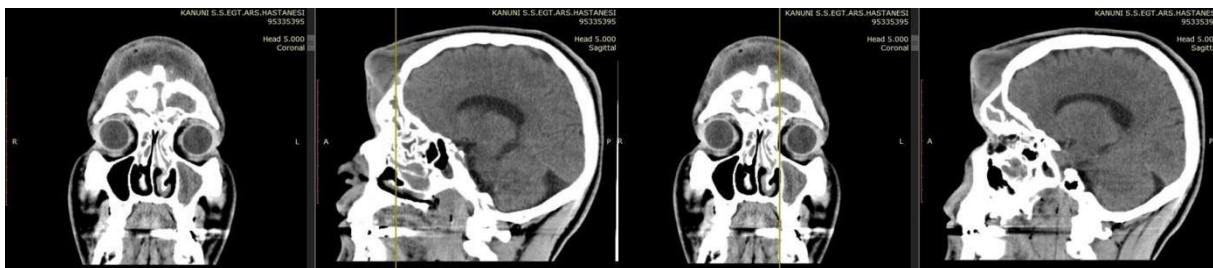
SÖZEL 23

Frontal sinüzitin ölümcül komplikasyonu: Pott'un Kabarık Tümörü

Ramazan Ünal^a, Ramazan Güven^a, Hasan Çam^a, İsmail Yeşiltaş^a, Başar Cander^a

^a
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği,
İstanbul, Türkiye

Pott'un kabarık tümörü frontal kemiğin osteomyeliti ve subperiosteal apse ile karakterize olan klinik bir durumdur. Genellikle frontal sinüzit komplikasyonu olarak görülüyor. Bu durum genellikle başlangıçta teşhis edilmez ve kolayca neoplaziler, deri ve yumuşak doku enfeksiyonları ile karıştırılabilmektedir. Pott'un kabarık tümörü daha sık çocuklarda görülen bir komplikasyon olmasına rağmen yetişkinlerde de alında şişlik ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda akılda bulundurulması gerekir. Günümüzde antibiyotik kullanımının yaygınlaşması nedeniyle gelişmiş toplumlarda çok nadir görülmektedir. Bu olgu sunumunda son bir aydır baş ağrısı ve alında şişlik şikayeti ile acil servise başvuran komplike olmuş frontal sinüzit kaynaklı Pott'un kabarık tümörü tespit edilen 19 yaşındaki bir mülteci erkek hasta anlatılmaktadır. Hastanın bilinen bir travma hikayesi olmayıp acil serviste bakılan vital bulgularında ateşin subfebril olması dışında anormal bir bulgu yoktu. Hastanın bilinci açık, oryante ve koopere idi. Ense sertliği yoktu. Hastanın üç gündür sinüzit nedeniyle antibiyotik kullanımı mevcut idi. Beyin cerrahi ile konsülte edilen hasta ileri merkezde takibi yapılmak üzere sevk edildi.



Şekil 1: Hastanın koronal ve sagittal kesitlerinde alında cilt altında kitle etkisi oluşturan apse görünümü mevcut

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SÖZEL 24

Acil Servise İntoksikasyonla Başvuran Olgularda, Aspirasyon Pnömonisi ve Solunum Yolları Komplikasyonlarının Araştırılması

İsmail TAYFUR¹, Arzu Denizbaşı Altınok²

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune SUAM Acil Tıp Kliniği, İstanbul

² Marmara Üniversitesi Pendik EAH Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç

Aspirasyon pnömonisi (AP), yüksek pH'lı bir orofarengal veya üst gastrointestinal içeriğin aspirasyonundan sonra gelişen akut akciğer enfeksiyonu olarak tanımlanır (1). Zehirlenme olgularında meydana gelebilecek bilinç değişiklikleri, mide irigasyonu, aktif kömür uygulaması vb. gibi etkenlere bağlı olarak koruyucu mekanizmalarda bozulma meydana gelmekte ve bu durum aspirasyonla sonuçlanabilmektedir. Bu çalışma ile acil servise zehirlenme ile başvuran olgularda AP'nin sıklığını ve AP gelişmesinde etkili olan faktörleri araştırmayı amaçladık.

Materyal ve Metod

Bu tek merkezli prospektif çalışma için Klinik Araştırmalar Etik komisyonundan 2011-61/2 sayılı etik kurul onayı alındı. Çalışma; 1 yıllık süre içerisinde, 3. basamak bir eğitim araştırma hastanesinin acil servisine ilk iki saat içerisinde intoksikasyonla başvuran hastalar üzerinde yapıldı. Çalışmanın olgu grubu acil servise intoksikasyon nedeniyle başvurmuş ve gastrik lavaj ve aktif kömür uygulanan 50 hastadan oluşurken, kontrol grubu ise acil servise intoksikasyon dışı şikayetlerle başvurmuş, gastrik lavaj ve aktif kömür uygulanmayan 30 kişiden oluşturuldu. Koroziv madde veya inhalasyonla başvuran olgular, 18 yaş altı ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya dahil edilen olguların yaşları, cinsiyetleri, AP için risk faktörü taşıyıp taşımadıkları, acil servise başvuru süresi, ulaştığı andaki bilinç durumu, zehirlenmeye neden olan etken maddenin adı, başvuru yakınması, vital bulguları, GKS, uygulanan tedavi yöntemleri, entübasyon yapılıp yapılmadığı, ilk 7 gündeki fizik muayene-laboratuvar bulguları ve akciğer grafilerine ait bilgiler elde edildi.

Olgularda; başvuru esnasında normal olmasına rağmen, ilk 7 günde fizik muayenede ral, ronküs, weezing, pürülan sekresyon ve laboratuvarında lökositöz bulgularından en az birinin bulunmasına ek olarak akciğer grafisinde infiltrasyon saptanması durumunda olgu AP olarak kabul edildi (2).

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kontrol grubu; acil servise başka bir nedenle başvuran, kendisine gastrik lavaj ve aktif kömür uygulanmamış, bilinen solunum yolu hastalığı olmayan ve çalışmaya katılmaya onay veren kişilerden seçildi.

Çalışma süresinde elde edilen veriler SPSS ver. 22.0 (Statistical Package for Social Sciences ver22.0) programında değerlendirildi. Veriler değerlendirilirken sonuçlar ortalama±standart sapma olarak verildi. Univariate istatistiksel analizler kategorik değişkenler için Ki kare testi ile, non parametrik veriler Mann Whitney U testi ile analiz edildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 50 akut zehirlenme olgusunun % 80'ı (40) kadın, % 20'si (10) erkekti. Olguların yaşları 18 ile 76 arasında değişiyordu ve ortalama yaş 28.12 ± 11.20 iken kadınlarda 27.3 ± 11.64 erkeklerde 30 ± 9.56 idi. Vaka grubundaki 2 olguda (%4) ilk 7 günde pnömone gelişirken kontrol grubunda ilk 7 günde hiçbir hastada AP ve solunum yolu komplikasyonu gelişmediği görüldü.

Zehirlenme nedeni olarak olguların %38'inde(19) NSAID veya parasetamol, %34'ünde (17) antidepresanlar veya antipsikotikler ve %10'unda (5) antihipertansifler ve %14'ünde (7) diğer ilaçlar tespit edildi. 2 olgunun (%4) aldığı ilacın etken maddesi tespit edilemedi.

Çalışmaya alınan olguların başvuru sırasındaki yakınmaları incelendiğinde; %44'inde (22) geliş yakınması olarak bulantı, % 22'sinde (11) uykuya meyil, %10'unda (5) karın ağrısı, %4'ünde (2) çarpıntı, %14'ünde (7) bilinç bulanıklığı, ve %6'sında (3) diğer semptomlar vardı.

Olguların vital bulguları incelendiğinde; ortalama sistolik tansiyon değeri 110.3 ± 18.25 , diastolik tansiyon değeri ise 69 ± 12.49 mmHg idi. Ortalama nabız 89.66 ± 14.78 olarak bulunurken bu oran kadınlarda 89.43 ± 15.65 , erkeklerde 90.6 ± 11.28 idi. 50 olgunun 14'ü (% 28) acil serviste gözlem altına alınarak, 36 olgu ise (% 72) hastaneye yatırılarak tedavi edildi. Hastaneye yatırılan 36 olgudan 29'u (% 80.5) iç hastalıkları servisinde ve 7'si de (% 19.5) yoğun bakımda tedavi edildi.

Kontrol grubuna dahil edilen hastalar incelendiğinde, hastaların % 56'sı kadın (17), %44'ü erkekti (13). Bu grupta hiçbir hastada ilk 7 günde pnömone bulguları saptanmadı. Kontrol grubunda yaş ortalaması 33.77 ± 13.86 idi. Kadın hastaların yaş ortalaması $34,12 \pm 12,43$, erkek hastaların ise $33,42 \pm 11,25$ idi. Bu hastaların acil servise başvuru nedeni; %40 (12) baş ağrısı, % 36 (11) bulantı-kusma, %10 (3) minör travma, %13 (4) diğer nedenlerdi.

Çalışmamızda, Acil servise ilaç intoksikasyonu ile başvuran hastaların GKS değerlendirilmesinde, 2 (%4) hastanın GKS 12, 5 (%10) hastanın GKS 13, 6 (%12) hastanın GKS 14, 37 (%74) hastanın GKS 15 olduğu görüldü. Hiçbir hastanın başvuru esnasında ve takipleri sırasında GKS 8'in altına düşmedi ve hiçbir hastanın solunum yolunu koruyamama gibi bir problemi olmadı. Bu nedenle hiçbir hasta entübe edilmedi.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İntoksikasyonla başvuran olgularının yaşları 18 ile 76 arasında olup yaş ortalaması 28.12 ± 11.20 idi. Çalışmaya dahil edilen akut zehirlenme olgularının hepsine gastrik lavaj ve aktif kömür uygulanmıştı. AP gelişmeyen olguların yaş ortalaması 26 ± 13 iken, AP gelişen olguların yaş ortalaması 49.25 ± 21 idi. AP gelişen hastaların antidepresan ve antipsikotik ilaçlarından aşırı dozda almış olduğu tespit edildi. AP gelişen olguların iki olgunun da GKS'si 12 idi İlaç intoksikasyonu ile başvuran olguların %86'sını (43) 18-40 yaş arası hasta gurubu oluşturmaktaydı. Acil servise akut zehirlenme ile başvuran olguların 2'sinde (%4) AP'i destekleyen radyolojik, laboratuvar veya fizik muayene bulguları mevcuttu.

Bu çalışma sonucunda acil servise intoksikasyonla başvuran, gastrik lavaj ve aktif kömür uygulanan vaka grubu ile gastrik lavaj ve aktif kömür uygulanmayan kontrol grubu arasında aspirasyon pnömonisi açısından anlamlı fark bulunmadı. ($p=0.113$) (Tablo:1)

Tartışma

Yoğun bakıma yatırılan ilaç doz aşımına bağlı akut zehirlenme olgularının incelendiği 2 farklı çalışmada AP'nin sıklığı %29-50 olarak bildirilmiştir (3,4).

Zehirlenme olgularının büyük kısmının acil servise başvuru, acil girişim ve tedavinin yapıldığı esnada ne tür madde ya da maddelere maruz kaldığını bilmek mümkün olmamaktadır (5). Akut zehirlenmelerde öncelikli amaçlardan birisi zehirli maddeyi hasta vücudundan uzaklaştırmaktır (6). Bu amaçla midenin yıkanması, tedavinin önemli bir basamağı olup mide yıkanmasının yaşamı tehdit eden miktarda zehiri ağız yoluyla almış ve semptomu olan hastalarda ilk 1-2 saat içinde uygulanabilir (7). Bununla birlikte az miktarda ilaç alımı, koroziv madde ve hidrokarbonlarla zehirlenmeler, başvuru süresinin çok uzun olması, hava yolunu iyi korunamaması durumunda midenin yıkanması kontrendikedir (8).

Gastrik içeriğin aspirasyonunun pulmoner komplikasyonları; partiküle, aside ve bakteriye bağlı komplikasyonlar olmak üzere üç gruba ayrılır. AP'nin karakteristik radyografi lokalizasyonu, yatalak hastalarda tüm segmentlerde meydana gelebilmekle birlikte en sık alt lobların üst segmentleri ve üst lobların posteriyor segmentlerinde meydana gelirken, yatalak olmayan hastalarda daha çok alt lobların bazal segmentlerinde oluşur (8). Bazen bilateral veya intertisyel patern görülebilir. Göğüs grafilerinde bulgular nonspesifiktir ve birkaç saat içinde bulgu olmayabilir (9). Radyografik olarak infiltrasyonların görülebilir hale gelmesi 48-72 saati bulabilir.

Akut zehirlenmeli olgularda AP sık olmamakla birlikte mortalite ve morbiditeyi anlamlı derecede arttırmaktadır (10). AP tanısı, akciğer grafisinde infiltratif görünüm olması ve buna ek olarak AP kliniğinin veya risk faktörlerinden birinin bulunması ile konmaktadır (11). Yapılan değişik çalışmalarda akut zehirlenmeli olgularda AP'nin oranı %1,6 ile %29 arasında bildirilmiştir. Bir başka çalışmada ise (12) ilaç doz aşımı ile başvuran hastalarda AP gelişme oranını %29 olarak bildirilmiştir. Geoffrey ve

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ark.'nın (10) 4562 akut zehirlenme olgusunu inceledikleri başka bir çalışmada AP gelişme oranı %1,6 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda bu oran %4'tür.

AP gelişme riski ileri yaşlarda genç yaşa nazaran daha fazladır (8). Yaşlı hastalarda AP'nin daha fazla görülmesinde disfaji ve dismotilitenin etken olabileceği bildirilmiştir (13). Geoffrey ve ark. (10) yaptıkları çalışmada AP gelişen olguların yaş ortalamasını 44 olarak bildirmişlerdir. Aynı çalışmada AP gelişmeyenlerin ortalama yaşı 33'tür. Çalışmamızda 40 yaş üstü hastalar tüm olguların %12'sini oluşturmasına rağmen AP gelişenlerin %75'ini oluşturmaktadır. Ortalama yaş AP gelişmeyen olgularda 26 ± 13 iken gelişenlerde 49.25 ± 21 'e çıkmaktadır.

Bilinç düzeyinin azalması ile aspirasyon arasında yakın ilişki olduğuna dair birçok yayın bulunmaktadır. Bilincin azalması ile AP gelişme riskinin arttığı bildirilmiştir (14). Adnet ve Baud (12) %85'inin GKS'u 15'in altında olan ilaç doz aşımı olgularında AP oranını %29 olarak bildirmişlerdir. Geoffrey ve ark. %95,9'unun GKS'u 15 olan akut zehirlenme olgularında AP oranını %1,6 olarak bildirmişlerdir (10). Aspirasyondan korunmada hastanın öksürük ve öğürme refleksinin korunması önemlidir. Bilinç düzeyinde azalma ile bu refleksler baskılanabilmektedir. Ancak GKS ile koruyucu refleksler arasındaki ilişki tam olarak kesin değildir. Adnet ve Baut yaptıkları çalışmada GKS'u 3 olan 12 hastanın 7'sinde öksürük refleksinin korunduğunu ve GKS'u ile koruyucu refleksler arasında bir ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir. Bunun aksine yapılan başka bir çalışmada GKS'nun yüksek olduğu olgularda bile öğürme refleksinin korunmadığı, GKS 9-14 arasında olan olguların %15,4'ü AP ile uyumlu bulgular olduğu tespit edilmiştir (15). Yüksek GKS değerlerine rağmen hava yolu iyi korunamayan olgularda AP riski yüksektir (12). Bizim çalışmamızda AP gelişen iki hastanın da GKS'si 12 olup, bu da literatürle uyumludur.

Midenin yıkanması, akut zehirlenmeli olgularda zehirli maddenin vücuttan uzaklaştırılmasını sağlayabilir. Amerika ve Avrupa klinik toksikoloji ve zehir danışma merkezleri yaşamı tehdit eden miktarda zehiri ağız yoluyla almış ve semptomu olan hastalarda ilk 1 saat içinde mide yıkanmasının uygulanabileceğini belirtmişlerdir (16). Komadaki hastalarda aspirasyondan korunmada endotrakeal entübasyonun önemli olduğu, GKS'u 8 ve altında olan hastalarda aspirasyona karşı endotrakeal entübasyon uygulanması gerektiği bildirilmiştir (17). Bizim çalışmamızda, hastalara aktif kömür uygulama endikasyonu konulabilmesi için ilk 2 saatte başvuran hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Bu nedenle başvuru esnasında ve takipleri sırasında hastalarımızda en düşük GKS değeri 12 olduğundan, hiçbir hastada entübasyon ihtiyacı olmamıştır.

NG tüpün doğru yerleştirilmesi dahi aspirasyon için riski arttırmaktadır (8). Karataş'ın yaptığı çalışmada, NG tüp takılmayan olguların %3,4'ünde AP gelişmiş olmasına karşın bu oran NG tüp takılanlarda 3 kat artarak %10,7'e yükselmektedir (18). Çalışmamıza NG tüp takılmış ve aktif kömür uygulanmış hastalarda AP gelişme oranı %4 olarak tespit edilmiştir.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Aktif kömür genellikle inert bir madde olarak kabul edilmesine karşın deneysel araştırmalar aspire edilen aktif kömürün akciğerlerde parankim hasarı veya bronşiolitis obliteransa neden olabildiğini göstermiştir (16). Oldukça nadir görülmesine rağmen aspirasyonunun solunum yetmezliği ve ölüme kadar gidebilen klinik tabloya neden olmasından dolayı hastada hava yolu kontrolü sağlanmadan aktif kömür verilmemelidir. Trisiklik antidepresanlarla zehirlenenlerde yapılan bir çalışmada ise entübe edilmiş olguların dörtte birinin bronş sekresyonlarında aktif kömür tespit edilmiştir (19). Aktif kömürün GIS üzerindeki bazı komplikasyonlarının aspirasyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir (20).

Akut zehirlenmeli olgularda spontan ya da bilinçli olarak kusma sık görülmektedir. Kusma bir koruyucu refleks olup aynı zamanda akut zehirlenmeli olgularda bir tedavi yöntemidir. Çalışmamızdaki hastaların % 18'i AS'e başvurdukları anda ya da daha geç bir dönemde en az 1 defa kusmuşlardı. Ancak kusma hikâyesi olan ve olmayan 2 grup arasında AP yönünden anlamlı bir fark yoktu.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın en önemli kısıtlılığı tek merkezli olmasıdır. Bir diğer kısıtlama da hastaların GKS 12 veya üstü olmasıdır. Acil servise başvuran hastalara gastrik lavaj ve aktif kömür uygulanabilmesi için ilk 2 saatte başvurmuş olmaları şartı nedeniyle hastalarda ilaçların toksik etkisi GKS'yi düşürecek kadar etki etmemiş olması, ilimizde hastane öncesi sağlık hizmetlerinin gelişmiş olması ve hastaların acil servise kısa sürede başvurabilmesi olabilir.

Sonuç

Çalışmamızda acil servise intoksikasyonla başvuran, gastrik lavaj ve aktif kömür uygulanan hastalarda AP oluşum riski açısından kontrol grubu ile arasında anlamlı fark görülmedi. Ancak AP gelişen her iki hastamızda; AP gelişmeyen diğer hastalara göre daha ileri yaş ve daha düşük GKS mevcut olup, hastalar antidepresan ve antipsikotik ilaçlarla zehirlenmişlerdi. İleri yaş, GKS'si düşük olan hastalar ve antidepresan ve antipsikotik ilaç zehirlenmesi ile başvuran hastalarda için AP gelişme açısından dikkatli olunmalıdır. Glasgow Koma Skoru 8'in altında olan hastalarda AP gelişme ihtimali daha fazla olmakla birlikte bilinç düzeyi normal olan hastalarda da gelişebileceği, endotrakeal entübasyonun solunum yolunu tam olarak koruyamadığı hatırlanmalıdır. Akut zehirlenme olgularında gereksiz NG tüp takılması, mide irigasyonu ve aktif kömür uygulaması AP gelişme riskini arttırabilir.

Bu çalışmada; intoksikasyonla başvuran olgularda gastrik lavaj ve aktif kömür uygulamasının, AP riskini arttıran faktörlerden yaş, düşük GKS ve antidepresan ve antipsikotik ilaçlarla zehirlenmenin AP ile daha yakın ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle acil hekiminin bu tür olgular hakkında hassas olması, hastaların tedavi ve hastanede yatış sürelerini kısaltabilir.

Referanslar

1. David M. DiBardino, Richard G. Wunderink, Aspiration pneumonia: A review of modern trends. Journal of Critical Care 30 (2015) 40–48

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2. Liisanantti J, Kaukoranta P, Matti M, et al. Aspiration pneumonia following severe self poisoning. *Resuscitation* 2002;56:49-53.
3. Leroy O, Vandebussche C, Coffinier C, et al. Community-acquired aspiration pneumonia in intensive care unit: Epidemiological and prognosis data. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;156:1922-1929
4. Marik PE, Careau P. The role of anaerobes in patients with ventilator-associated pneumonia and aspiration pneumonia: A prospective study. *Chest* 1999;115:178-183.
5. Erichson TB. Diagnosis and management of the patient with an unknown ingestion. San Diego USA, ACEP scientific assembly, October 12-17,1998.
6. Lockett S: Evaluation of various forms of treatment administered in poisoning. *Practitioner* 1973;210:709-714.
7. Ellenhorn MJ. *Ellenhorn's Medical Toxicology: Diagnosis and treatment of human poisoning*, 2nd ed. USA, Williams and Wilkins, 1996;1-148.
8. Anderson Aspiration pneumonia and lung abscess. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS (eds.) *Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide* (6th ed). New York, McGraw-Hill, 2004;453-457.E.
9. Nunn JF, Utting JE, Brown BR. *General Anaesthesia*. 5 th ed. Butterworth international edition.1989.
10. Isbister Gk, Downes F, Sibbritt D, et al. Aspiration pneumonitis in overdose population: Frequency, predictors and outcomes. *Crit Care Med* 2004;32:88-93.
11. C.D. Russell, O. Koch, I.F. Laurenson, D.T. O'Shea, R. Sutherland, C.L. Mackintosh. Diagnosis and features of hospital-acquired pneumonia: a retrospective cohort study. *Journal of Hospital Infection* 92 (2016) 273e279 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2015.11.013>
12. Russell Duncan, Shobhan Thakore. Decreased Glasgow Coma Scale Score Does Not Mandate Endotracheal Intubation In The Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 37, No. 4, pp. 451–455, 2009. doi:10.1016/j.jemermed.2008.11.026
13. Marik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. *N Engl Med* 2001;344:665-671.
14. Chang Hwan Sohn, Jin Won Huh, Dong Woo Seo, Bum Jin Oh, Kyoung Soo Lim, Won Young Kim. Aspiration Pneumonia in Carbon Monoxide Poisoning Patients with Loss of Consciousness: Prevalence, Outcomes, and Risk Factors. *The American Journal of Medicine* (2017) 130, 1465.e21–1465.e26 . <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.06.038>
15. Moulton C, Pennycook AG. Relation between Glasgow coma score and cough reflex. *Lancet* 1994;343:1261-62. K.R. Rotheray, P.S.Y. Cheung, C.S.K. Cheung, A.K.C. Wai, D.Y.S. Chan, T.H. Rainer, C.A. Graham. What is the relationship between the Glasgow coma scale and airway

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

protective reflexes in the Chinese population? Resuscitation 83 (2012) 86– 89
doi:10.1016/j.resuscitation.2011.07.017

16. Eray O, Tunçok Y. Zehirlenen hastaya yaklaşım: Akut zehirlenmelerde hastaya acil yaklaşımda yenilikler. Türkiye Klinikleri Farmakoloji 2003; 1:36-40.
17. Gentleman D, Dearden M, Midgley S, et al. Guidelines for resuscitation and transfer of patients with serious head injury. BMJ 1993;307:547-52.
18. Karataş AD, Akut Zehirlenme Olgularında Aspirasyon Pnömonisi Sıklığı ve Nedenleri. Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Acil Tıp ABD Uzmanlık Tezi 2006.
19. Roy TM, Ossorio MA, Cipolla LM, et al. Pulmonary complication after tricyclic antidepressant overdose. Chest 1989;96:852-6.
20. Moll J, Kerns W, Tomaszewski C, et al. Incidence of aspiration pneumonia in intubated patients receiving activated charcoal. J Emerg Med 1998;2:279-83.

Tablo: Hastalarda Aspirasyon Pnömonisi gelişme oranı

		Hasta grubu (n=50) (%)		Kontrol grubu (n=30) (%)		P değeri
AP	Var	2	4.0	0	0.0	
	Yok	48	96	30	100	
	Toplam	50	100	30	100	

(AP: Aspirasyon Pnömonisi)

SÖZEL 25

RUPTURED AORTIC DISSECTION: A CASE REPORT

Muhammed Ekmekyapar¹, Hakan Oğuztürk¹, İshak Şan², Semih Korkut², Şükrü Gürbüz¹,
Serdar Derya³,

Giriş: Aort diseksiyonu hayatı tehdit eden, bel ve göğüs ağrısı ile karakterize acil tanı ve tedavinin gerektiği bir hastalıktır. Biz de nadir görülen ancak mortalitesi yüksek olan rüptüre aort anevrizması ve aort diseksiyonu vakasını sunmayı amaçladık.

¹ Emergency Medicine Department, Faculty of Medicine, Inonu University, Malatya, Turkey

² Ministry of Health, Ankara, Turkey

³ Emergency Medicine Department, Malatya Education and Research Hospital, Malatya, Turkey

Özet

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Olgu: 81 yaşındaki erkek hasta acil servise son 2 saattir olan sırta vuran şiddetli göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde aort anevrizması öyküsü mevcuttu. Hastanın genel durumu orta kötü olmakla birlikte yapılan fizik muayenede periferik nabızlarından sağ ve sol radial nabızları zayıf alındı. Hastaya yatak başı yapılan ekokardiyografide diseksiyon flebi ile uyumlu görüntü izlendi. Daha sonra hastaya BT anjio çekildi ve perikardiyal efüzyon (hemoraji) ile birlikte çıkan aort anevrizması, çıkan ve arkus aortada diseksiyon ile uyumlu görüntü izlendi. Hastaya kalp damar cerrahisi konsültasyonu istendi ve hasta rüptüre aort anevrizması ve aort diseksiyonu tanısıyla kalp damar cerrahisi yoğun bakıma yatırıldı.

Tartışma: Doğal kökenli ani ölümlerin en sık nedeni kardiyovasküler sistem hastalıklarından kaynaklandığı ve çoğunlukla orta ve ileri yaşlarda görülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar içinde sıklıkla akut miyokard infarktüsü ve koroner arter hastalığı görülürken, aort diseksiyonu ve rüptürüne bağlı ani ölümler daha seyrek görüldüğü bildirilmiştir. Kontrol altında olmayan hipertansiyon en sık nedendir. Hastalığın mortalite oranı, özellikle çıkan aortayı tutan diseksiyonlarda ilk 24 saat için her saat başına %1 iken, bu oran 2. haftanın sonunda %75'e ulaşmaktadır. Bu açıdan bu olgularda tanının erken saatlerde konulması prognozu olumlu yönde etkileyen önemli bir faktördür.

Sonuç: Akut aort diseksiyonu ve rüptüre aort anevrizması önde gelen ölüm nedenlerinde bir tanesidir. Bu hastaların ilk başvuru yerleri acil servisler olduğu için tanılarının konulduğu yer de acil servislerdir. Acil servislere şiddetli göğüs, sırt ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda ön tanılarımız arasında mortalitesi yüksek olan akut aort diseksiyonu da mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Göğüs ağrısı, aort anevrizması, rüptüre aort diseksiyonu

Abstract

Introduction: Aortic dissection is a life-threatening disease that is characterized by low back and chest pain and requires urgent diagnosis and treatment . In this case report, we aimed to present a rare case of ruptured aortic aneurysm and aortic dissection with a high mortality rate.

Case: An 81-year-old male patient was admitted to the emergency department with severe chest pain for 2 hours. He had a history of aortic aneurysm. The patient had a moderate to poor general condition, and his physical examination showed a weak peripheral pulse at right and left radial arteries. Bedside echocardiographic examination showed an image consistent with the dissection flap. Then, CT angiographic examination showed pericardial effusion (hemorrhage) and an image consistent with an aneurysm in the ascending aorta and a dissection in the ascending aorta and aortic arch. The patient was consulted to the department of cardiovascular surgery and was hospitalized in the cardiovascular surgery intensive care unit with the diagnosis of ruptured aortic aneurysm and aortic dissection.

Discussion: Cardiovascular system diseases are the most common cause of natural sudden deaths and are mostly seen in middle and older ages. Acute myocardial infarction and coronary artery disease are the most common cardiovascular diseases, however, sudden deaths due to aortic dissection and rupture have been reported less frequently. Uncontrolled hypertension is the most common cause. The mortality rate is increased by 1% per hour for the first 24 hours for dissections involving the ascending aorta, reaching 75% at the end of the second week. Therefore, early diagnosis is an important factor that positively affects prognosis in these cases.

Conclusion: Acute aortic dissection and ruptured aortic aneurysm is one of the leading causes of death. Because these patients refer first to the emergency departments, the diagnosis is established in this department. In patients admitted to emergency departments with severe chest and back pain, preliminary diagnoses should also include acute aortic dissection with a high mortality rate. **Keywords:** Chest pain, aortic aneurysm, ruptured aortic dissection

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş Aort diseksiyonu hayatı tehdit eden, bel ve göğüs ağrısı ile karakterize acil tanı ve tedavinin gerektiği bir hastalıktır (1). Ağrı genellikle göğsün ön yüzünden başlar ve diseksiyonun ilerlemesi ile yayılım gösterir (2). Her ne kadar klinik tablo klasik olarak bel ve göğüs ağrısı ile başlasa da hastaların %17'sinde semptomların ağrısız başlayabileceği bildirilmiştir (3,4). Biz de nadir görülen ancak mortalitesi yüksek olan rüptüre aort anevrizması ve aort diseksiyonu vakasını sunmayı amaçladık. **Olgu**

81 yaşındaki erkek hasta acil servise son 2 saattir olan sırta vuran şiddetli göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde aort anevrizması öyküsü mevcuttu. Hastanın genel durumu orta kötü olmakla birlikte yapılan fizik muayenede periferik nabızlarından sağ ve sol radial nabızları zayıf alındı. Hastanın vital parametreleri ateş 36 °C, nabız 120/dk, TA: sağ kol 150/110 mmHg-sol kol 110/70 mmHg (sağ-sol kol TA arasında sistolik basınçta 40 mmHg'lık fark var), solunum sayısı 21/dk idi. Hastanın alınan hemogram ve biyokimyasal parametreleri normal idi. Hastanın EKG'si taşikardik ve troponin değeri negatif idi. Hastaya yatak başı yapılan ekokardiyografide diseksiyon flebi ile uyumlu görüntü izlendi (Şekil-1). Daha sonra hastaya BT anjio çekildi ve perikardiyal efüzyon (hemoraji) ile birlikte çıkan aort anevrizması, çıkan ve arkus aortada diseksiyon ile uyumlu görüntü izlendi (Şekil-2). Hastaya kalp damar cerrahisi konsültasyonu istendi ve hasta rüptüre aort anevrizması ve aort diseksiyonu tanısıyla kalp damar cerrahisi yoğun bakıma yatırıldı.



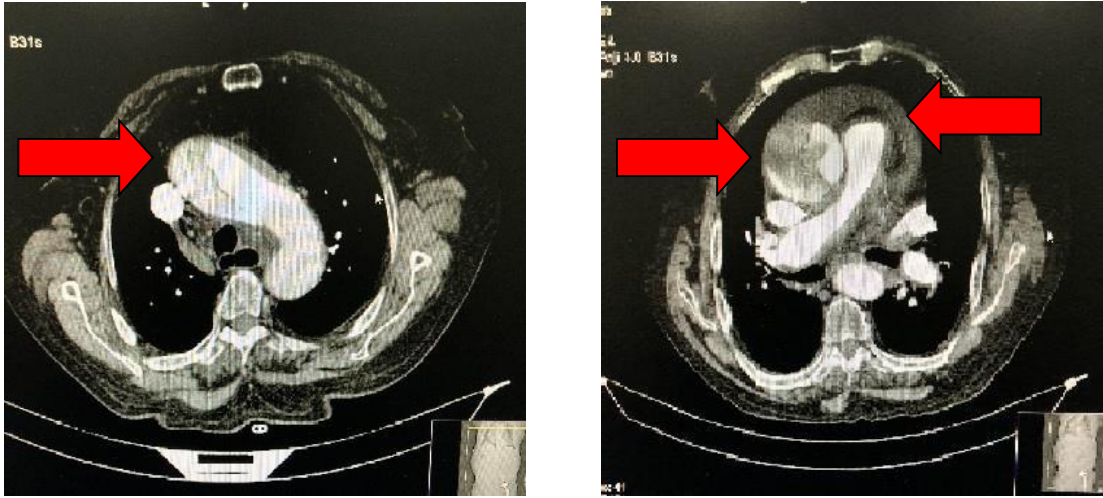
Şekil-1: Ekokardiyografide diseksiyon flebi

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Şekil-2: Perikardiyal efüzyon (hemoraji) ile birlikte çıkan aort anevrizması, çıkan ve arkus aortada diseksiyon

Tartışma Doğal kökenli ani ölümlerin en sık nedeni kardiyovasküler sistem hastalıklarından kaynaklandığı ve çoğunlukla orta ve ileri yaşlarda görülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar içinde sıklıkla akut miyokard infarktüsü ve koroner arter hastalığı görülürken, aort diseksiyonu ve rüptürüne bağlı ani ölümler daha seyrek görüldüğü bildirilmiştir (5). Bratzke ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise spontan aorta diseksiyonu ve rüptürü tespit edilen 42 olgunun %53,6'sında ateroskleroz, %31,7'sinde kistik media nekrozunu saptadıklarını ve rüptürün %57,1 oranında çıkan aort yerleşimli olduğunu bildirmişlerdir (6). Akut aort diseksiyonu noninvaziv tanı yöntemlerindeki ilerlemelere rağmen mortalitesi yüksektir. Tanının gecikmesi saatlik mortalitesini %1 oranında artırmaktadır. Doğru ve hızlı tanı ölüm oranını %50'nin altına çekebilmektedir.

Kontrol altında olmayan hipertansiyon en sık nedendir (2). Etiyolojide yer alan diğer nedenler; bağ doku hastalıkları, biküspid aort, aort koarktasyonu, bilinen aort anevrizması, gebelik, aortanın inflamatuvar ve dejeneratif hastalıkları, otoimmün hastalıklar, Turner sendromu, Noonan sendromu, polikistik böbrek ve künt karın travmasıdır (2,7,8). Diseksiyonda yırtılma ile beraber aortanın intima ve media tabakaları arasında kan akımı meydana gelir. Oluşan gerçek ve yalancı lümenler arasında yırtılma ile massif kan kaybı oluşabilir (7).

Aort diseksiyonu sınıflamasında kullanılan Stanford sınıflaması fonksiyonel etkilenmeyi, De Bakey sınıflaması ise diseksiyonun yayılımını gösterir (1,3). Stanford sınıflamasına göre aort diseksiyonları iki gruba ayrılır. Tip A asendan aortayı etkilerken tip B'de asendan aorta tutulmaz. De Bakey sınıflaması ise üç tipe ayrılır. De Bakey sınıflamasında Tip 1 ve 2 Stanford sınıflamasında tip A'ya denk gelir. Bu sınıflamalar hastalığın tanısı yanı sıra tedavi protokollerinin belirlenmesinde de kullanılır. Aort diseksiyonlarında nörolojik komplikasyon gelişme sıklığının %2-8 arasında olduğu bildirilmiştir (9). Diseksiyonlarda perfüzyon bozukluğuna bağlı olarak miyokard enfarktüsü, mezenter iskemisi, senkop, hipotansiyon, baş ağrısı, akut böbrek yetmezliği, bacak ağrısı, kolda monoparezi, inme ve paraparezi gelişebilir. Proksimal aortayı tutan diseksiyonlarda inme ön planda görülürken, distal aortayı tutan diseksiyonlarda spinal arterlerde ortaya çıkan dolaşım bozukluğu ile paraparezi daha sık görülür (9).

Hastalığın mortalite oranı, özellikle çıkan aortayı tutan diseksiyonlarda ilk 24 saat için her saat başına %1 iken, bu oran 2. haftanın sonunda %75'e ulaşmaktadır. Bu açıdan bu olgularda tanının erken saatlerde konulması prognozu olumlu yönde etkileyen önemli bir faktördür.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sonuç

Akut aort diseksiyonu ve rüptüre aort anevrizması önde gelen ölüm nedenlerinde bir tanesidir. Bu hastaların ilk başvuru yerleri acil servisler olduğu için tanılarının konulduğu yer de acil servislerdir. Acil servislere şiddetli göğüs, sırt ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda ön tanılarımız arasında mortalitesi yüksek olan akut aort diseksiyonu da mutlaka düşünülmelidir.

Kaynaklar

- 1- Golledge J, Eagle KA. Acute aortic dissection. Lancet. 2008;372:55-66.
- 2- Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. JAMA. 2000;283:897-903.
- 3- Imamura H, Sekiguchi Y, Iwashita T, Dohgomori H, Mochizuki K, Aizawa K et al. Painless acute aortic dissection; diagnostic, prognostic and clinical implications. Circ J. 2011;75:59-66.
- 4- van Zeggeren L, Waasdorp EJ, van de Worp BH, Meijer ST, Moll FL, de Borst GJ. Painless transient paraparesis as the solitary manifestation of aortic dissection. J Vasc Surg. 2011;54:1481-4.
- 5- Koç, S., Çetin, G., Kolusayın, Ö., Sarı, H.: Adli otopsilerde saptanan patolojik nitelikteki ölümler.1. Adli Bilimler Kongresi. Kongre kitabı. Adana.1994: 242-244.
- 6- Bratzke H, Wojahn H. The relevance of spontaneous rupture of aorta in forensic medicine (authors translation) Z Rechtsmed. 1977 ;79(3):159-82.
- 7- Khan IA, Nair CK. Clinical, diagnosis, and management perspectives of aortic dissection. Chest. 2002;122:311-8.
- 8- Akgün FS, Turtay MG, Dişli OM, Oğuztürk H, Doğan M. Bacak ağrısıyla karakterize akut aort diseksiyonu Genel Tıp Derg. 2011;21:155-7.
- 9- Mumcu S, Akgün M, Örken DN. Nörolojik Bozulma ile Baş Gösteren Aort Diseksiyonu Olguları Türk Nöroloji Dergisi. 2014; 20:51-

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KONUŞMA ÖZETLERİ

KONUŞMA ÖZETİ 1

Doktor Bey Hastam Beni Tanımıyor!

Dr. Büşra Bildik

İstanbul S.B.Ü. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Bilinç kısaca, bireyin kendisinden ve çevresinden haberdar olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Bireyin bu oryantasyonunun bozulması, bilinç kaybının ilk işaretidir. Bilinç durumunda değişiklik, sıklıkla organik bir zeminde gelişen, nöronal veya nörotransmitter işlev kaybı sonucunda meydana gelen bir durumdur. Acil servise başvuran hastaların yaklaşık % 3-5'inde görülür. Rakamlar görece düşük sayılsa da, etyolojide yer alabilecek hastalıklar düşünüldüğünde önemsenmesi gereken bir hasta popülasyonunu oluşturur. Bilinç bozukluğunun etyolojisinde pek çok hastalık yer almakta olup, öncelikli olarak akla gelmesi gereken durumlar alkol alımı, epilepsi, hipo-hiperglisemi, opioid kullanımı, üremi, travma, enfeksiyonlar, psikiyatrik durumlar ve elbette serebrovasküler olaylardır. Hastaların değerlendirilmesi sırasında anamnez oldukça büyük bir önem taşır. Semptomların başlangıç zamanı, son zamanlardaki yakınları, semptomların paterni, eşlik eden semptom varlığı, benzer yakınmaları olan kişilerin varlığı, kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar, intihar teşebbüsü öyküsü, olay öncesi ve sonrasında travma varlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bilinç bozukluğu olan hastada da pek çok hasta grubunda olduğu gibi primer bakı hızlıca gerçekleştirilmeli ve eş zamanlı olarak vital bulgular değerlendirilmelidir. İyi bir primer bakı, doğru bir anamnez ve vital bulgular ayırıcı tanıda büyük oranda belirleyici olacaktır. Bu hastalarda, ayırıcı tanıda psikiyatrik hastalıklar ve konversiyon bulunmaktadır. Ancak bu tanıları koymadan önce ayırıcı tanıda yer alan, tanı ve tedavisinin gecikmesi durumunda hayati tehdit edici hastalıkları dışlamak gerekir. 40 yaş üstündeki olgularda bilinç bulanıklığı aksi ispat edilinceye dek organik kabul edilmelidir. Ayırıcı tanıda yer alan hastalıklara yönelik, uygun laboratuvar testlerini ve görüntüleme yöntemlerini kullanmak tanıyı netleştirmeye yardımcı olacaktır. Etiyolojide yer alan hastalıkların mortalite ve morbiditesinin, geç kalınmış tanı ve tedavide yüksek olduğu akılda tutulmalıdır. Bu nedenledir ki bu denli geniş bir etiyolojik yelpazeye sahip bilinç bozukluklarında hasta takipleri de büyük önem arz etmektedir. Tüm bu etiyolojik sebepler araştırılır ve tedavi planlanırken hastalar kritik hasta kategorisinde yakın gözleme alınmalıdırlar. Sık fizik muayene, nörolojik değerlendirme, vital takip ve monitörizasyon olmazsa olmalardandır. En küçük bir anormallik bile bu hastalarda hayatı tehdit eden sonuçların erken tanı ve tedavisi için biz hekimlerde iyi bir yol gösterici

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

olabilir. Sonuç olarak bu tarz kritik olarak kabul edilen hasta grubunda yakın takip ve gözlem biz hekimler için oldukça önemlidir.

■ Referanslar

1. Jeremy L. Cooke: Depressed consciousness and Coma. In Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al (eds): Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice (7th ed). 2010: 106112.
2. Kürtüncü M, Aydın S. "Geçici Bilinç Kaybı: Ayırıcı Tanı ve Klinik Yaklaşım. ulaşım adresi: http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_10_1/4.pdf. ulaşım tarihi: 16.06.2015
3. Saip S, Siva A. Bilinç bozuklukları. In Ongen Z, Oşar Z, Kadıoğlu P (eds): İç hastalıklarında aciller. İstanbul, Kaya basım; 2002: 191-214.

KONUŞMA ÖZETİ 2

ACİLDE SEPSİS YÖNETİMİ

Dr. Öğr. Üyesi İsmail TAYFUR

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM

Acil Tıp AD

Sepsis, konağın enfeksiyona karşı düzensiz bir şekilde verdiği yanıt nedeniyle hayatı tehdit eden organ disfonksiyonudur.

Tanı kriteri: 1-Tanısı konmuş ya da şüpheli enfeksiyon 2- qSOFA kriterlerinden 2 ya da 3 tanesinin varlığı (qSOFA: TA \leq 100 mmHg, GKS \leq 13, SS \geq 22/dk).

Septik şok, sepsisin alt grubu olup, Sepsisle birlikte seyreden, yeterli sıvı resüsitasyonuna rağmen devam eden dolaşım yetmezliği ve hücresel/metabolik bozukluktur. Yüksek mortalite riski mevcuttur. Tanı kriterleri: 1- Sepsis varlığı, 2-MAP> 65mmHg için vazopressor ihtiyacı, 3-Laktat>2mmol/L

I. Başlangıç Resüsitasyonu

Sepsis ve septik şok acil durumlardır, tedavi ve resüsitasyonun hemen başlaması önerilir (PBS). Sepsise bağlı hipoperfüzyon resüsitasyonunda, ilk bir saatte en az 30 mL/kg intravenöz kristalloid verilmesi önerilir (güçlü öneri, düşük kanıt düzeyi). İlk sıvı tedavisini takiben hemodinamik durum sık aralıklarla tekrar değerlendirilerek ek sıvıların ayarlanması önerilir

Hemodinamik durumun değerlendirilmesi ,Kalp hızı, Kan basıncı,Arteriyel oksijen saturasyonu, Solunum hızı, Ateş, İdrar çıkışı ve mümkün olan diğer noninvaziv ve invaziv parametrelerle yapılır. Şokun tipinin

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

belirlenmesi için klinik muayene net bir tanıya götürmediyse, ileri hemodinamik değerlendirme önerilir (PBS). Vasopressör ihtiyacı olan septik şok hastalarında başlangıç hedef MAP=65 mmHg olması önerilir (Güçlü öneri, orta düzeyde kanıt). Doku hipoperfüzyonu göstergesi olarak, laktatın yüksek olduğu hastalarda laktatın normal seviyeye getirilmesi önerilir(zayıf öneri , düşük kanıt).

CVP normal aralıkta (8-12mmHg) iken sıvı yanıtını göstermekteki yeterliliği kısıtlıdır. Sıvı yanıtının değerlendirilmesinde artık CVP ve sağ-sol kalp basınçları ve hacimleri gibi statik ölçümler önerilmiyor, bunların yerine pasif bacak kaldırma, strok volüm ölçümü veya mekanik ventilasyonun sebep olduğu intratorasik basınçtaki değişikliklere sistolik basınç, nabız nasıncı ve strok volüm yanıtı gibi dinamik ölçümler öneriliyor.

II. Sepsis Taraması ve Performans GelişimiSağlık kurumları ve sağlık sistemlerinin, sepsis için yüksek riskli hastaların tespitine yönelik performans geliştirme programlarına sahip olması öneriliyor.

III. Tanı:

Sepsis ve septik şok şüphesi olan hastalarda, (antimikrobiyal başlanmasında belirgin bir gecikmeye yol açmayacaksa) antimikrobiyal tedavi başlanmadan önce enfeksiyon kaynağı olabileceği düşünülen bölgelerden uygun rutin mikrobiyolojik kültürlerin alınması önerilir (BPS). Alınan rutin mikrobiyolojik kültürlerde en az 2 kan kültürü olmalıdır (aerobik-anaerobik). Kültür almak için antibiyotik verilmesi en fazla 45 dakika geciktirilebilir. Öngörülebilir enfeksiyon odağı varsa, sadece kan kültürü gönderilmesi yeterlidir. IV.Antimikrobiyal Tedavi: Sepsis ve septik şok için tanı konulduktan sonra mümkün olan en kısa sürede ya da bir saat içerisinde intravenöz antimikrobiyal başlanması önerilir (güçlü,orta). Sepsis veya septik şok ile gelen hastalar için muhtemel patojenleri kapsayacak en geniş spektrumlu bir veya daha fazla antimikrobiyal önerilir (bakteriyel ve mantar veya viral) (güçlü, orta). Patojen belirlenip duyarlılığı gösterildiğinde ve/veya klinik düzelme sağlandığında antimikrobiyal tedavi spektrumunun daraltılması önerilir (BPS). Sepsis ve septik şok hastalarında, antimikrobiyallerin doz stratejilerinin kabul edilen farmakokinetik/farmakodinamik kurallara ve ilaca özgül özelliklere göre en yararlı olacak şekilde ayarlanması önerilir (BPS). Nötropenik sepsis/bakteriyemi hastalarında rutin olarak kombinasyon tedavisi kullanılmaması önerilir (güçlü, orta). Sepsis ve septik şok ile ilişkili ciddi enfeksiyonların hemen hemen hepsi için 7 ila 10 gün süresince antimikrobiyal tedavi tavsiye edilir (zayıf, düşük).

V. Kaynak Kontrolü: Sepsis veya septik şoktaki hastalarda; kaynak kontrolü gerektirecek bir enfeksiyon odağı varsa, mümkün olan en hızlı şekilde belirlenmesi veya dışlanması ve gerekli kaynak kontrolünün sağlanması önerilir (BPS). Hastada sepsis veya septik şoka neden olabilecek damaryollarının alternatif damar yolları açıldıktan sonra ivedilikle çıkartılması önerilir(BPS).

VI. Sıvı tedavisi: Sepsis ve septik şoktaki hastalarda başlangıç resüsitasyonu ve sonrasında intravenöz volüm replasmanında kristalloidler önerilir (güçlü, orta). Yüksek miktarda kristalloid gereksinimi olduğunda kristalloidlere ek olarak albümin kullanılması tavsiye edilir (zayıf, düşük). Sepsis

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ve septik şokta damar içi volüm replasmanı için hidroksietil nişasta (HES) kullanılmaması önerilir (güçlü, yüksek).

VII. Vazoaktif ilaçlar: Birinci seçenek vazopressör olarak norepinefrin önerilir (güçlü, orta). MAP'ı hedeflenen düzeye yükseltmek amacıyla norepinefrine vazopressin (0.03 U/dk'ya kadar) (zayıf, orta) veya epinefrin (zayıf, düşük) eklenmesi, veya norepinefrin dozunu azaltmak için vazopressin (0.03 U/dk'ya kadar) eklenmesi (zayıf, orta) tavsiye edilir

VIII. Kortikosteroidler: Septik şok hastalarının tedavisinde yeterli sıvı resüsitasyonu ve vazopressör tedavi hemodinamik stabiliteyi sağlayabiliyorsa iv hidrokortizon kullanılmaması önerilir. Eğer bu hedefe ulaşılamıyorsa, 200 mg/gün iv hidrokortizon önerilir (zayıf, düşük).

IX. Kan ürünleri: Erişkinlerde; miyokardiyal iskemi, ciddi hipoksemi, akut kanama gibi durumlar yoksa, eritrosit süspansiyonu ancak hemoglobin düzeyi < 7.0 g/dL ise önerilir (güçlü, yüksek). Sepsis ilişkili aneminin tedavisinde eritropoietin kullanılmaması önerilir (güçlü, orta).

X. Mekanik ventilasyon: Sepsisin neden olduğu ARDS'li erişkin hastalarda 12 mL/kg yerine 6 mL/ kg tidal hacim hedefi kullanılması önerilir (güçlü, yüksek). Sepsisin neden olduğu ARDS'li erişkin hastalarda plato basıncı için yüksek basınçlardan ziyade 30 cmH₂O plato basıncı üst limit hedefi kullanılması önerilir (güçlü, orta). Sepsisin neden olduğu orta/ciddi ARDS'li erişkin hastalarda düşük PEEP'ten ziyade daha yüksek PEEP kullanılması önerilir (zayıf, orta).

XI. Glukoz kontrolü: Sepsisli yoğun bakım hastalarında, glukoz üst sınırı olarak ≤ 110 mg/dL yerine ≤ 180 mg/dL'ı hedeflemelidir. Bu hastalarda, ardışık iki glukoz düzeyinin > 180 mg/dL olması durumunda insülin dozunun ayarlandığı protokollü yaklaşım önerilir. (güçlü, yüksek). İnsülin infüzyonu alan hastalarda, glukoz değerleri ve insülin infüzyon hızı stabil hale gelene kadar her 1 ila 2 saatte bir, sonrasında 4 saatte bir kan şekeri takibi önerilir (BPS).

XII. Beslenme: Sepsis veya septik şoktaki kritik hastalar enteral olarak beslenebiliyorsa, tek başına erken parenteral beslenme veya enteral beslenme ile kombine olarak parenteral beslenme verilmemesi (bunun yerine erken enteral beslenme başlanması) önerilir (güçlü, orta). Erken enteral beslenmenin uygulanabilir olmadığı sepsis veya septik şoktaki kritik hastalarda ilk 7 günden sonra tek başına parenteral beslenme veya enteral beslenme ile kombine olarak parenteral beslenme verilmemesi (bunun yerine iv glukoz ile başlamak ve tolere edilebildiği düzeyde enteral beslenmeye geçilmesi) önerilir (güçlü, orta).

Kaynaklar:

- 1.Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign. Critical Care Medicine. January 2017;1. doi: 10.1097/ccm.0000000000002255
- 2.De Backer D, Dorman T. Surviving Sepsis Guidelines. JAMA. January 2017. doi: 10.1001/jama.2017.0059
- 3.Howell MD, Davis AM. Management of Sepsis and Septic Shock. JAMA. January 2017.doi:

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

10.1001/jama.2017.0131

4. The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. Levy, M.M., Evans, L.E. & Rhodes, A. Intensive Care Med (2018). doi:10.1007/s00134-018-5085-0

KONUŞMA ÖZETİ 3

Travmalı Hasta

Uzm. Dr. Serkan DOĞAN

Travmaya bağlı yaralanmalar tüm dünyada özellikle de genç ve üretken yaş grubunda hayatı tehdit eden bir durumdur. Dünya sağlık örgütüne(DSÖ) göre yılda 5.8 milyon kişi travma nedeniyle ölmektedir. Travma hastasında en önemli durumlardan birisi bu hastalar iyi bir resüsitasyonla kurtarırlarsa normal yaşam ve üretkenlik devam eder. Travma hastalarındaki ölüm zamanlarına bakıldığında %50'si dakikalar, %30'u saatler ve %20'si günler/haftalar içinde gerçekleşir. Travmalar 3 grupta değerlendirilir. Birinci grup, olay yerinde ölenlerdir. Bunlar çoğunlukla major kafa travmaları ve ana vasküler yaralanmaları olan hastalardır. Bu grupta koruyucu hekimlik, kanunlar ve eğitim ile ölümler azaltılabilir. İkinci grup, hastaneye geldikten sonra dakika ve saatler içinde ölenlerdir. Bu grup hastalar için kullanılan zaman dilimine golden hour denilmektedir. Major kafa, toraks ve batin yaralanmaları bu grupta yer alır. Uygun yere transport, iyi resüsitasyon, erken girişim ve cerrahi, donanımlı ve eğitilmiş 112, acil servisler, personel ile bu grup travmalar önlenir. Üçüncü grup ise geç dönem yoğun bakımda ölenlerdir. Genelde organ yetmezlikleri, infeksiyon(yaralanma bölgesi veya uzağında), sepsis bu gruptadır. Erken dönemde iyi resüsitasyon, uygun profilaksi ve bakım ve iyi bir yoğun bakım tedavisi ile önlenir. Travma hastasına bakım basamakları; birinci bakı(ABCDE), ikinci bakı(tepeden tırnağa) ve kesin sonuçlandırıcı(tedavi) basamaklarıdır. Uygun travma bakım sıralaması; ilk değerlendirme (Hızlı birincil bakı), resüsitasyon işlemleri, yatak başı radyolojik testler, detaylı ikincil bakı, tanısız çalışmalar, sık aralıklarla hastanın değerlendirilmesi ve hastanın kesin tedavisi veya transferi şeklinde olmalıdır.

Travmada birinci bakı(AcBCDE); Airway: hava yolu açıklığının sağlanması (servikal stabilizasyonla birlikte), Breathing: solunumun değerlendirilmesi, Circulation: kanama kontrolü ile birlikte dolaşımın değerlendirilmesi, Disability: kısa nörolojik bakı, Exposure/envorimental control: hastanın soyulması ve hipotermiden korunmadır.

Airway: Boyunluk + Oksijen uygulanmalıdır. Havayolu yetersiz ise havayolunu açma manevraları olan çene kaldırma(Jaw thrust) uygulanır. Hasta bilinçsiz ise "oral airway" takılır. Solunum yetersiz ise ambu-maske ile destek verilip yabancı cisim varsa çıkarılır. Düzelmeyen hastalarda ise hızlı şekilde entübasyon kararı alınıp In-line stabilizasyon eşliğinde uygulanır.

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Breathing: hastada tansiyon pnömotoraks şüphesi varsa acil iğne torakostomi, ardından tüp torakostomi uygulanır. Yelken göğüs tespit edilen hastalarda flaster ile sabitleme yapılarak hastanın rahatlaması ve ağrısının azaltılması sağlanır. Eğer hastada açık pnömotoraks tespit edilirse defekt gazlı bez ile kapatılıp ardından tüp torakostomi uygulanır. Yine hastada kardiyak tamponad tespit edilirse perikardiyosentez işlemi uygulanabilir. Tüm travma hastalarına SpO2 %90 ın üstünde olacak şekilde O2 başlanmalıdır. Kafa ve spinal kord travması olan hastada hipoksi olabileceği ve bunun da prognozu kötüleştirebileceği unutulmamalıdır.

Circulation: hastaya 2 büyük (14 – 16 G) IV yol açılır. 1 L SF veya kan(ORh(-)) verilir. Kanamalar için eksternal bası yapılır. Kan örnekleri gönderilir. Hastalara yatak başı odaklanmış travma ultrasonografisi (FAST) yapılır. Olası hemorajik şok düşünülen hastalarda cerrahi konsültasyonu geciktirilmaz. Hastalardaki hemodinaminin değerlendirilmesi için; Bilinç düzeyi, deri rengi ve ısısı, nabızlar (hızı,dolgunluğu ve nabız basıncı), kan basıncı ve kapiller geri dolum zamanına bakılır. Travmayı takiben gelişen tüm hipotansiyonlar aksi ispatlanıncaya kadar hipovolemik kabul edilmelidir. Altın saatlerdeki en sık ölüm nedeni kanama ve buna bağlı hipovolemik şoktur. Bu basamakta en önemli bilinmesi gereken şok evrelemesi ve uygun tedavinin vakit kaybetmeden başlanmasıdır. Şok evrelemesi (4 evre) aşağıdaki tablodaki gibidir.

	Sınıf I	Sınıf II	Sınıf III	Sınıf IV
Kan kaybı (ml)	0-750	750-1500	1500-2000	>2000
Kan kaybı (% vücut volüm)	0-%15	%15-30	%30-40	>%40
Nabız/dk	<100	100-120	120-140	>140
Sistolik basınç	Normal	Normal	Azalmış	Azalmış
Nabız basıncı	Normal/artmış	Azalmış	Azalmış	Azalmış
Solunum sayısı	14-20	20-30	30-40	>35
İdrar çıkışı (ml/saat)	>30	20-30	5-15	Neredeyse yok
SSS-mental durum	Hafif anksiyöz	Anksiyöz	Anksiyöz, konfü	Konfü, letarjik
İlk sıvı replasmanı	Kristalloid	Kristalloid	Kristalloid ve kan	Kristalloid ve kan

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Disability: AVPU- Alert (bilinci açık), Verbal (sese yanıtı), Pain (ağrıya yanıtı) ve Unresponsive (yanıtsız) olarak değerlendirilebilir. Yine hastalarda pupillerin boyutu ile ışık reaksiyonu önemli bir değerlendirmedir. Lateralizan Nörolojik Defisit olup olmadığı da ekstreemite travmaları göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir.

Exposure/Environmental control: Hastanın tüm elbiseleri çıkartılır, hipotermiden korumak için bir örtü ile örtülür. Vital bulguları tekrar kontrol edilir.

İkinci bakıya vitallerin kontrolü ve GKS ile başlanır. Hasta tepeden tırnağa muayene edilip değerlendirilir. Saçlı deri, gözler, burun-kulaklar, ağız içi değerlendirilir. Nazogastrik sonda endike ise takılır. Boyun bölgesinde krepitasyon, hematoma, JVD, ekimoz, ensede hassasiyet/ağrı ve basamaklanma olup olmadığı değerlendirilir. Toraksta inspeksiyon, oskültasyon, palpasyon ile krepitasyon varlığı ve yelken göğüs varlığı araştırılır. Abdomen ve flank bölge palpasyon, perküsyon ve oskültasyonla değerlendirilir. Pelvis muayenesinde ağrı ve instabilite, genital bölge muayenesinde ürethra ağzı kan, perineal ekimoz, RT'de yumuşak, yüksekte veya palpe edilemeyen prostat değerlendirilir. Vaginal muayene yapılır. Endike ise foley kateter takılır. Tüm ekstremiteler ağrı, deformite açısından eklemler ise hareket sınırları açısından muayene edilir. Nörolojik bakı komponentleri DTR ve patolojik refleksler yönünden değerlendirilir. Kütük çevirme ile saçlı derinin arkası, sırt ve bel omurları palpasyonu, akciğerlerin oskültasyonu ve rektal tuşe yapılır. Rektal Tuşede; sfinkter tonusu, yüksek prostat, bütünlüğü bozulmuş barsak duvarı ve dışkıya bulaşık kan olup olmadığı araştırılır.

Daha önce belirlenen sorunların gelişimi (iyileşiyor mu-kötüleşiyor mu), daha az öneme sahip yaralanmaların belirginleşmesi, gözden kaçan yaralanmalar için sık muayene tekrarı yapılarak hastalar yeniden değerlendirilmelidir. Tüm travmalı hastalarda şüpheli adli bir olay varsa mutlaka adli raporu tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Advanced Trauma Life Support Course, Tenth Edition American Collage Of Surgens
2. Tintinalli's Emergency Medicine 8th Edition
3. Rosen's Emergency Medicine Concepts And Clinical Practise 9th Edition
4. Güncel Bilgilerle Kanıta Dayalı Acil Travma Yönetimi 2018

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SVO: GÜNCEL YAKLAŞIMLARLA ACİL SERVİS YÖNETİMİ

Uz. Dr. Utku Murat KALAFAT

İnme; Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, genellikle bir kan damarının yırtılması ya da pıhtı ile tıkanması sonucunda beyine kan akımının kesilmesi ya da azalmasıdır. İnmelerin genellikle %85'i iskemik, %15'i hemorajik olarak sınıflandırılır. İnme oluşumunda etkili risk faktörleri değiştirilemez ve değiştirilebilir olarak iki gruba ayrılabilir. Değiştirilemez risk faktörleri arasında; 55 üzeri yaş, erkek cinsiyet, siyah ırk ve genetik faktörler sayılabilir. Değiştirilebilir risk faktörleri arasında ise; hipertansiyon, tip 2 diyabet, hiperlipidemi, atriyal fibrilasyon, sigara kullanımı ve alkol vardır.

İnme vakalarının tanı ve yönetiminde en önemli kısımlardan birisi de anamnezdır. “Hastanın şikayetlerinin saat kaçta başladığı?, en son ne zaman normal görüldüğü? ya da ne zaman uyuduğu?” gibi sorulara yanıt aranması gerekir. Fizik muayenede; öncelikle hastanın havayolu, solunum ve dolaşımı değerlendirilir. Yatak başı kan şekeri ölçümü ve kısa bir nörolojik muayene sonrası inmeden şüphelenilen hastanın hızlıca görüntülemeye gönderilmesi gerekir. Hastaya 20 dakikadan kısa sürede bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmesi ve 45 dakika içinde yorumlanması önerilmektedir. İnme hastalarının bir saat içinde trombolitik tedavi başlanması 3 saat içinde inme ünitelerine yatışları gerekmektedir.

İnme vakalarının görüntülemesinde; kontrastsız beyin BT, nöro BT anjio, difüzyon MRG, perfüzyon MRG ve dijital substraksiyon anjiyografi (DSA) kullanılabilir. Kontrastsız beyin BT; hemorajik inme için %100 sensitiviteye sahiptir, iskemik-hemorajik inme ayrımında kullanılır ve trombolitik tedavi kararı için fizik muayene ile birlikte yeterli görüntüleme yöntemidir. Nöro BT anjiyografi %95'e yakın sensitivite ve spesifiteye sahiptir. Difüzyon MRG ise, iskemik inme tanımada %90-100 sensitiviteye sahiptir. DSA; damar görüntüleme de altın standarttır ve hem tanı hem de tedavide kullanılabilir.

İskemik inme vakalarının yönetimi ile ilgili 2018 yılının başlarında yeni bir klavuz yayınlanmıştır. Bu klavuzda; inme ve geçici iskemik atak vakalarının erken tanınması ve erken müdahale üzerinde durulmuştur. Ambulansın erken yönlendirilmesi ve hastanelerin önceden bilgilendirilmesi gereklidir. Hastaların gerekli medikal destek tedavisi, intravenöz trombolitik tedavi, endovasküler revaskülarizasyon, antitrombotik tedavi, inme merkezleri ve rehabilitasyon tedavilerinin planlanması önerilmektedir.

Bu klavuzda özellikle trombektomi üzerinde durulmaktadır. İnme başlangıcından itibaren 6 saat içerisinde aşağıdaki kriterleri karşılayan hastalar için trombektomi düşünülmelidir:

- İnme öncesi modifiye Rankin Skalası (mRS) skoru 0 ila 1,
- Neden olan tıkanıklığın internal karotid arter veya orta serebral arter segment 1'de (M1) olması,

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- Yaşın 18'den büyük olması,
- NIHSS skorunun 6 veya daha yüksek olması ve
- Alberta İnme Programı Erken BT Skorunun 6 veya daha yüksek olması.

Bu kriterlere ek olarak, ICA ya da MCA proksimal tıkanıklığı, klinik ile infarkt volümünün uyumsuzluğu ya da perfüzyon/difüzyon uyumsuzluğu olan hastalarda 24 saate kadar trombektomi sınıf 1a olarak önerilmektedir.

Referanslar

1. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, Biller J, Brown M, Demaerschalk BM, Hoh B, Jauch EC, Kidwell CS, Leslie Mazwi TM, Ovbiagele B, Scott PA, Sheth KN, Southerland AM, Summers DV, Tirschwell DL; American Heart Association Stroke Council. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018;49(3):e46-e110.
2. Jovin TG, Saver JL, Ribo M, Pereira V, Furlan A, Bonafe A, Baxter B, Gupta R, Lopes D, Jansen O, Smith W, Gress D, Hets S, Lewis RJ, Shields R, Berry SM, Graves TL, Malisch T, Rai A, Sheth KN, Liebeskind DS, Nogueira RG. Diffusion-weighted imaging or computerized tomography perfusion assessment with clinical mismatch in the triage of wake up and late presenting strokes undergoing neurointervention with Trevo (DAWN) trial methods. *Int J Stroke*. 2017;12(6):641-652.
3. Ibers GW, Lansberg MG, Kemp S, Tsai JP, Lavori P, Christensen S, Mlynash M, Kim S, Hamilton S, Yeatts SD, Palesch Y, Bammer R, Broderick J, Marks MP. A multicenter randomized controlled trial of endovascular therapy following imaging evaluation for ischemic stroke (DEFUSE 3). *Int J Stroke*. 2017;12(8):896-905.

KONUŞMA ÖZETİ 5

SENKOP

Kardiak mı? Non Kardiak mı?

Dr. Öğr. Üyesi Avni Uygur SEYHAN

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi

İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği

Tıbbi müdahale olmaksızın kendiliğinden ve tamamen düzelen postural tonus kaybı ile ilişkili kısa süreli bilinç kaybını içeren semptom kompleksi

- ❖ Acil servis başvurularının %1-2'si
- ❖ Tüm yaşamı boyunca her dört kişiden birinin senkop geçiriyor
- ❖ Kadınlarda daha sık
- ❖ Yaş ile birlikte sıklığı ve morbidite riski artar.

PRESENKOP:

- ❖ Başdönmesi
- ❖ Terleme
- ❖ Göz Kararması
- ❖ Bulantı
- ❖ Halsizlik

PATOFİZYOLOJİ:

- ❖ Her iki serebral kortekse veya beyin sapı retiküler aktive edici sisteme 10-15 saniye boyunca kan akımının kısıtlanması
- ❖ Serebral perfüzyonun %35 azalması veya 5-10 saniye boyunca tamamen kesilmesi ❖ Kardiyak outputta azalma, vazospazm

ETİYOLOJİ:

Framingham çalışması (7814 hasta 17 yıl boyunca izlenmiş, 822 hastada senkop rapor edilmiş)

Çalışmada senkop nedenleri:

- ❖ Vazovagal (%21)
- ❖ Kardiyak (%10)
- ❖ Ortostatik (%9)
- ❖ Nöbet (%5)
- ❖ Nörolojik (%4,1)
- ❖ Nedeni Bilinmeyen (%37)

Day ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise;

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- ❖ %40 vazovagal –psikojenik
- ❖ %32 SSS
- ❖ %8 kardiyak
- ❖ %7 ilaca bağlı
- ❖ %13 nedeni bilinmeyen

Kardiyak kökenli senkop en kötü prognoza sahip yıllık mortalite %20-30

- ❖ Kapoor senkop olgularını genç (15-59) ve yaşlı (60-90) olarak sınıflandırmış.
 - Yaşlıların %33,8' inde,
 - Gençlerin %16,8'inde kardiyovasküler nedenler ön planda.
- ❖ Refleks (Nöral Aracılı) Senkop
 - Vazovagal
 - Durumsal
 - Karotis sinüs senkopu
- ❖ Ortostatik hipotansiyona sekonder
- ❖ Nörolojik
- ❖ Psikiyatrik
- ❖ İlaçlar
- ❖ Nedeni Bilinmeyen

İLAÇLAR:

- ❖ Antihipertansifler
- ❖ B-blokerler
- ❖ Kardiyak glikozidler
- ❖ Diüretikler
- ❖ Antidisritmikler
- ❖ Antipsikotikler
- ❖ Antidepresanlar
- ❖ Fenotiyazinler
- ❖ Nitratlar
- ❖ Alkol
- ❖ Kokain

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

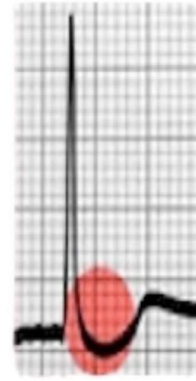
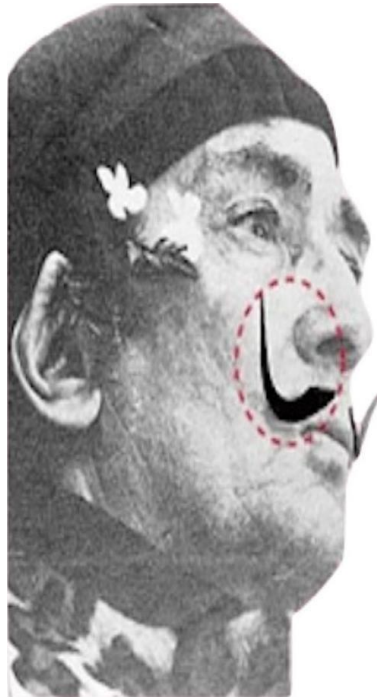
KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ETİYOLOJİ:

- ❖ Kardiyak Nedenli Senkop
- ❖ Yapısal Kardiyopulmoner Hastalık
- ❖ Perikardial Hastalık
- ❖ Aort Diseksiyonu
- ❖ Pulmoner Emboli
- ❖ Miyokardial İskemi
- ❖ Miyokard İnfarktüsü



Digitalis
Effect

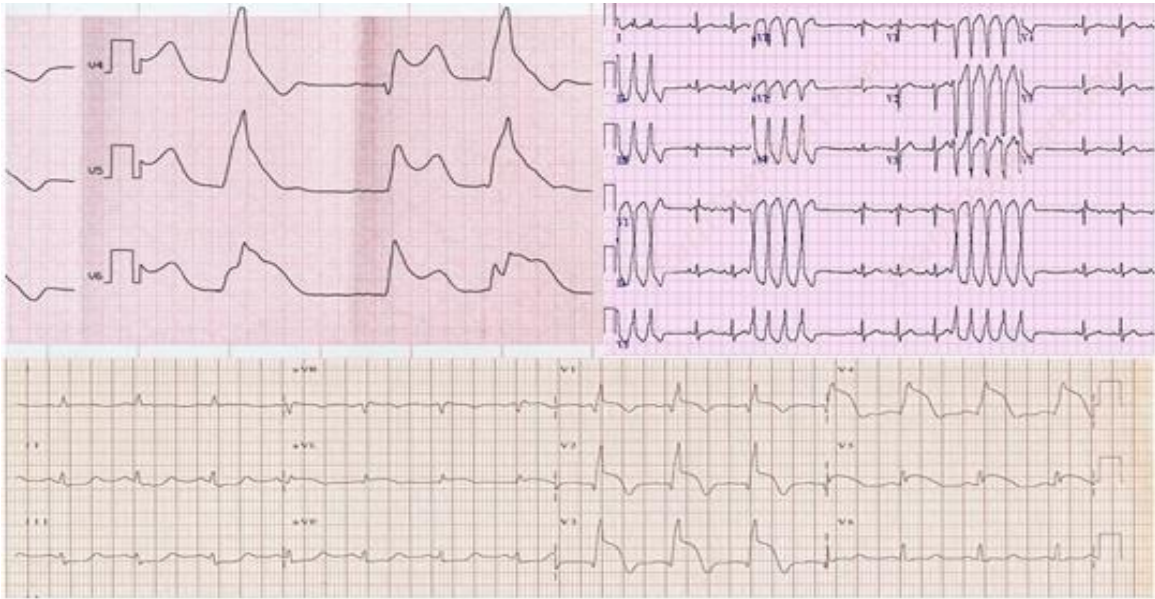
Şekil 1: Dali Sign

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

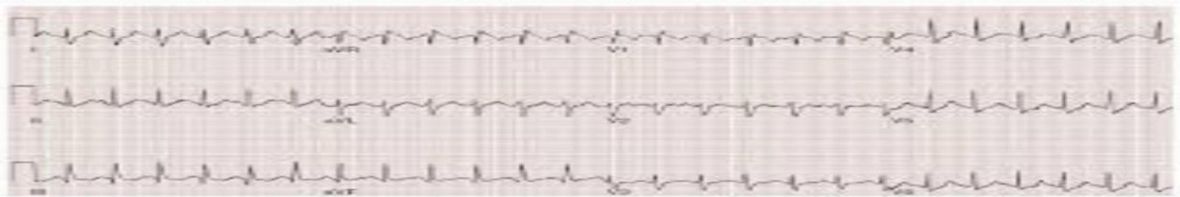
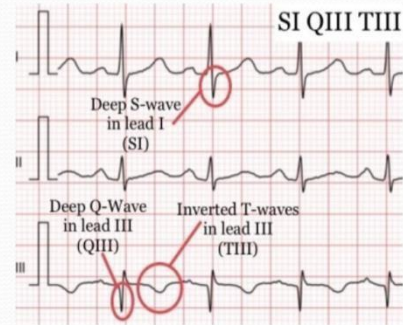
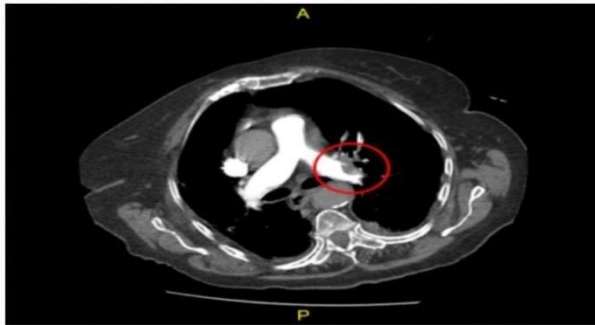
KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Şekil 2: Miyokard İnfarktüsü



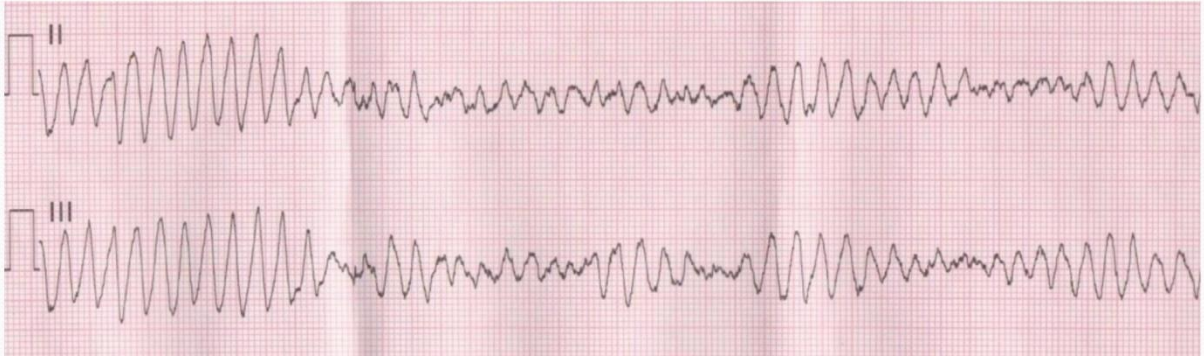
Şekil 3: Pulmoner Emboli

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Şekil 4: Torsades De Pointes

ETİYOLOJİ:

- ❖ Disritmiler
 - Bradiaritmiler
 - Stokes-Adams atağı
 - Hasta sinüs sendromu
 - 2.-3. derece kalp bloğu
 - Pacemaker disfonksiyonu
 - Taşiaritmiler
 - Ventriküler taşikardi
 - Torsades de pointes
 - Supraventriküler taşikardi
 - Atrial fibrilasyon veya flutter

KARDİYAK SENKOP:

- ❖ The San Francisco Syncope Rule (Ann Emerg Med. 2006)
- ❖ Anormal EKG bulguları
- ❖ KKY hikayesi
- ❖ Dispne
- ❖ Hct<30
- ❖ Hipotansiyon

Artmış mortalite riski;

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- 491 class 3- 4 KKY hastası 1 yıllık mortalite Senkop olanlarda %45
- Senkop olmayanlarda %12 (Middlekauf et al. J Am Coo Cardiol. 1993)

KARDİYAK SENKOP:

Şiddetli yapısal veya koroner arter hastalığı (kalp yetersizliği, düşük SVEF veya geçirilmiş miyokart enfarktüsü)

Aritmik senkopu işaret eden klinik bulgular veya EKG bulguları

- ❖ Egzersiz sırasında veya sırtüstü pozisyonda senkop
- ❖ Senkop sırasında çarpıntı
- ❖ Ailede AKÖ öyküsü
- ❖ Süreksiz VT
- ❖ Bifasiküler blok

KARDİYAK SENKOP:

- ❖ Süresi uzamış veya kısalmış QT aralığı
- ❖ V1-V3 derivasyonunda ST yükselmeli RBBB (Brugada sendromu)

Önemli komorbiditeler

- ❖ Derin anemi
- ❖ Elektrolit bozuklukları

Kardiyak senkop hastaları mutlaka hospitalize edilerek ileri tetkik ve tedavisi planlanmalı.

ÖZEL POPÜLASYONLAR:

- ❖ YAŞLILAR
 - Senkop ve mortalite daha fazla
 - Kardiak senkop görülme daha sık
 - Fizyolojik açıdan senkopa daha yatkınlar
 - İlaç kullanımını fazla olduğundan dolayı ortostatik senkop riski artmış

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

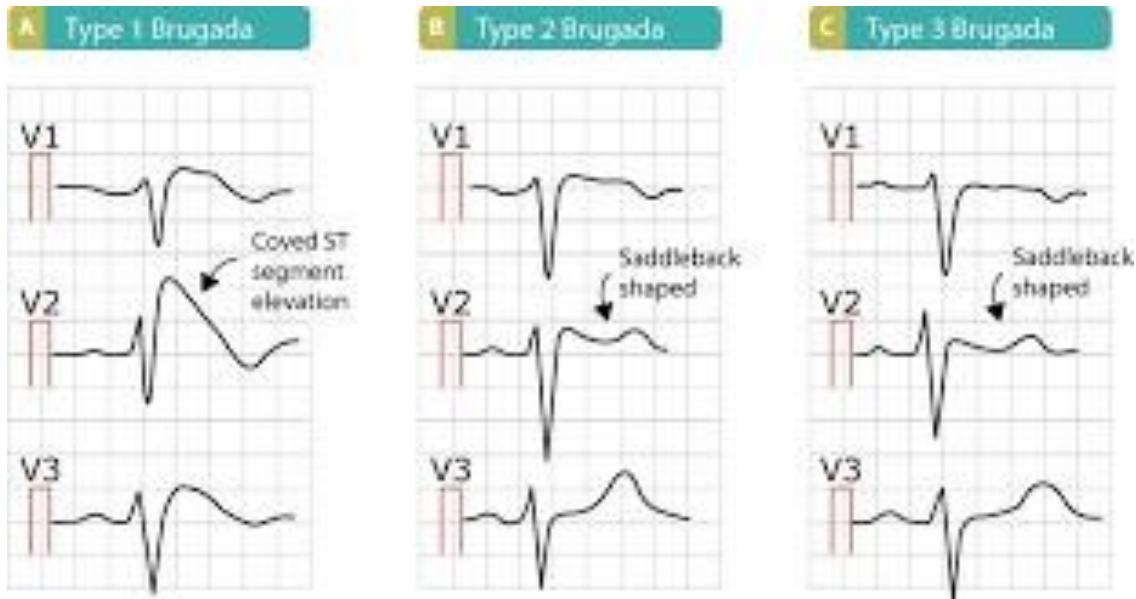
- Yaşlılarda senkop multifaktöriyeldir ve genelde nedenin tespit edilmesi acil servislerde daha zordur.

❖ HAMİLE KADINLAR

- Plesenta, AV malformasyon gibi davranarak sistemik venöz rezistansın düşmesine ve ortostatik semptomların artmasına sebep olur
- Ektopik gebelik rüptürü ➤ Pulmoner emboli
- İnf vena cava send (genişlemiş uterusun basısı nedeniyle)

❖ ÇOCUK VE ADÖLESANLARDA

- Kızlarda daha fazla
- 15-19 yaş peak
- Senkop çocuklarda altta yatan kardiyak hastalıkların (WPW, brugada, kardiomyopati vb) ilk belirtisi olabilir.
 - Ailede senkop, ani ölüm öyküsü, miyokard hastalığı, aritmi hikayesi
 - Egzersiz ile senkop
 - Altta yatan kardiyak kökenli hastalığın habercisi



Şekil 5: Brugada

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

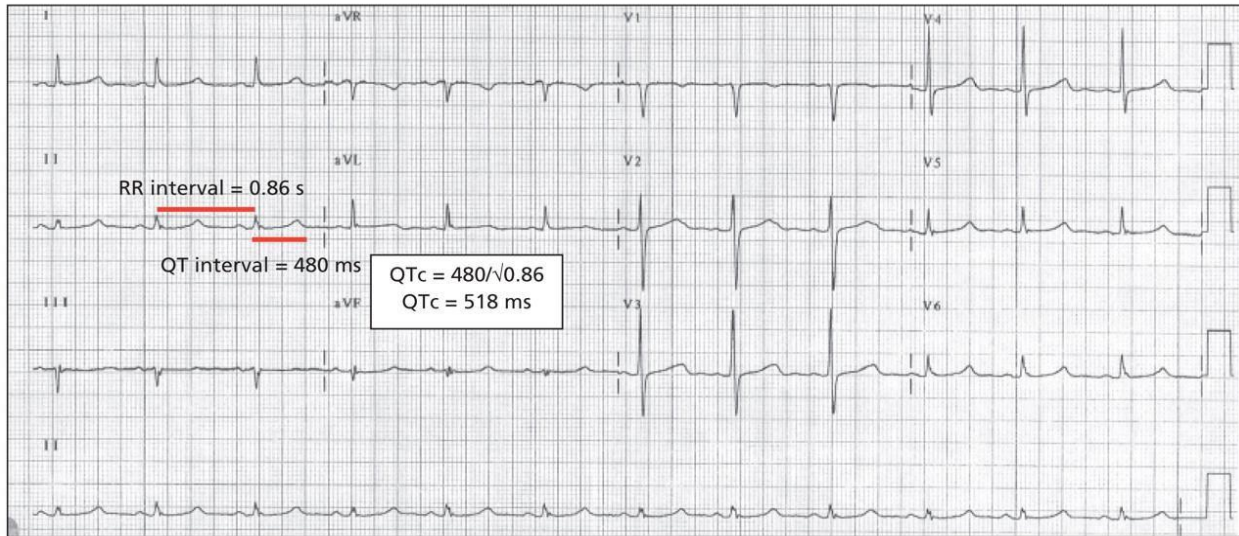
KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Şekil 6: Hasta Sinüs Sendromu



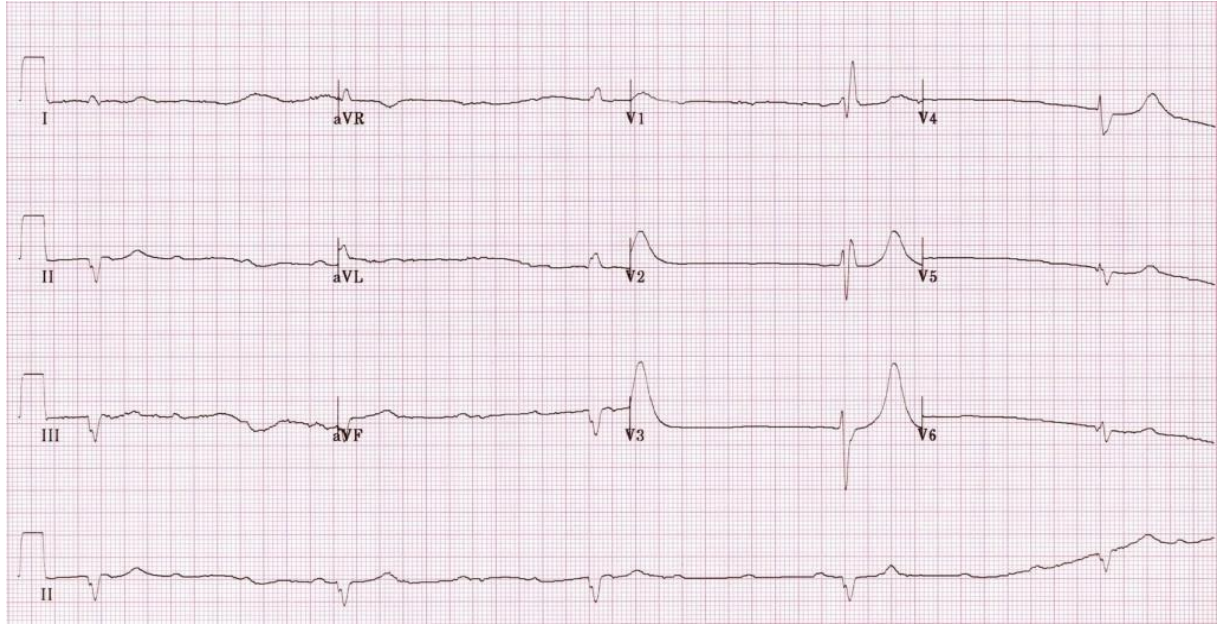
Şekil 7: Uzun qt

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Şekil 8: A-v blok

HİKAYE:

Kapoor ve ark ile Martin G ve ark yaptığı çalışmalarda ayrıntılı tıbbi hikaye ve fizik muayenenin tek başına hastaların %32-35' inde senkopun etyolojisini ortaya çıkardığı bulunmuş.

TIBBİ ÖYKÜ:

Atak başlangıcında görülen sorgulanması

- ❖ Bulantı, kusma, abdominal şikayetler, üşüme hissi, terleme, aura
- ❖ Boyun ve omuzlarda ağrı, görmede bulanıklık, baş dönmesi
- ❖ Çarpıntı

FİZİK MUAYENE VE TANI:

- ❖ Senkopa sekonder travma bulguları
- ❖ Ayrıntılı kardiak ve nörolojik muayene
- ❖ Ortostatik vital bulgular
- ❖ Her iki kol TA farkı
- ❖ Üfürüm ve disritmiler KVS muayenesi
- ❖ Dijital Rektal Muayene (gis kanama?)
- ❖ LABORATUAR TESTLERİ

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- Kan şekeri (hipoglisemi)
- Tam kan sayımı,gaitada gizli kan (gis kanama)
- Serum elektrolitleri(dehidratasyon,diüretik kullanımı)
- B-HCG (doğurganlık çağında tüm kadınlarda)
- Kardiak enzimler (iskemiden şüpheleniyorsa)

GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ:

- ❖ PA akciğer grafisi
- ❖ Beyin BT (nörolojik defisiti olan hastalarda)
- ❖ EEG (nöbet)
- ❖ EKO (kapak hastalıkları, tamponad)
- ❖ BT Anjiyografi (diseksiyon,p.emboli)
- ❖ Holter monitörizasyon
- ❖ Karotis doppler usg

ACIL SERVİSTE SENKOP TEDAVİSİ:

AMAÇLAR

- ❖ Yaşamı tehdit eden yüksek riskli hastaları belirleyerek hospitalize etmek
- ❖ Düşük risk taşıyan hastaları belirleyerek taburcu etmek
- ❖ Daha kapsamlı değerlendirmeye ve tedaviye ihtiyaç duymayan hastaları belirlemek
- ❖ İlk değerlendirmede sonuç alınmayan hastalarda daha ayrıntılı testlerin yerini ve zamanını kararlaştırmak

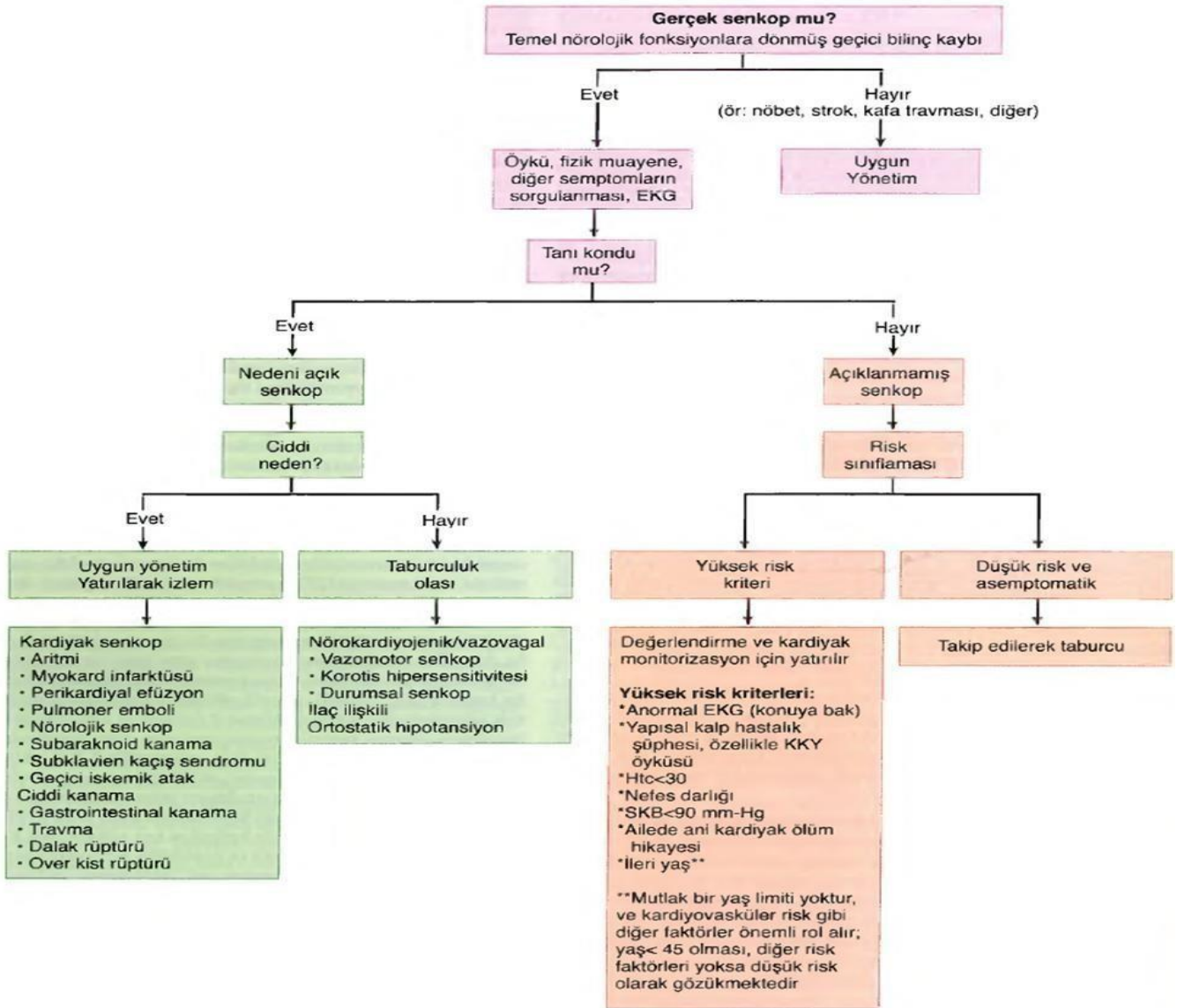
RİSK SINIFLARININ BELİRLENMESİ:

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Şekil 9: Senkop Diyagramı

SONUÇ VE ÖNEMLİ NOKTALAR:

- ❖ Altta yatan kardiyak kökenli senkop ve yüksek risk grubu hastalar hospitalize edilmeli.
- ❖ Dikkatli ve iyi FM ve öykü senkopun nedenini belirlemede büyük oranda yardımcı
- ❖ Ayrıntılı nörolojik ve KVS muayenesi
- ❖ Altta yatan nedene göre spesifik tedavi
- ❖ Senkopa eşlik eden travma bulgularını gözden kaçırma

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- ❖ Yaşlılarda senkop çok yönlü bir belirti olup mortalite artmış, tektik aralığı geniş tutulup mümkün olduğu kadar gözlem süresi uzun ve hospitalize edilmeli
- ❖ Motorlu araç kullanmaları, yüksek yerde çalışmaları, tehlikeli iş yerlerinde çalışmaları kısıtlanmalı

KAYNAKLAR:

- ❖ Tintinalli 8th edition
- ❖ Cander Acil Tıp
- ❖ Rosen's 7th edition
- ❖ Adam's
- ❖ Marriott ECG

KONUŞMA ÖZETİ 6

Uzm. Dr. Alev Eceviz

KRİTİK HASTA KİMDİR

Fizyolojik olarak instabil olan kliniğinin yakın takip edilmesi, tedavisinin dikkat ve hızla verilmesi gereken hasta grubudur. Başka bir deyişle hastalık veya travma sonucu hayati fonksiyonları ileri derecede bozulmuş yada bozulma riski taşıyan kişilerdir. Her an arrest olabilecek ya da olmuş hasta grubudur. Kritik hastalar klasik olarak yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilir. Ancak bu hastaların büyük bir kısmı ilk acil servislere başvurur ve tedavilerine ilk acil servislerde başlanır. ABD'de yıllık yüz milyon olan acil servis başvurularının % 25 'ini kritik hastalar oluşturmaktadır. Hatta çoğu acil hekimi hastanelerde yer olmadığından yatış sürelerinin uzamasından dolayı bu hastalara uygulanan resusitasyondan sonra uzun süre hastaları takip etmek zorunda kalmaktadırlar. (1) Wood ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada acil servis de kalış süresinin uzamasından dolayı her acil servis doktoru aslında birçok entübe hastaya bakmak zorunda olan yoğun bakım doktorudur.(2) Ne yazık ki kritik hastaları takip edebilmek için bir sınıflama sistemi bulunmamaktadır. Fakat kritik hastaları vital parametreler, bilinç, solunum, idrar çıkışı ile takip etmek uygundur. (3) Kritik hastaları takip ederken sınırlar bulunmamaktadır. Kritik hasta bakımının sınırları akciğer hastalıkları, kalp hastalıkları, cerrahi hastalıklar ve nörolojik hastalıklarla iç içedir. Amaç, altta yatan patolojiyi düzeltirken fizyolojik dengeyi devam ettirmektir. Kritik hasta bakımında spesifik nedene bakılmaksızın yaşamsal fonksiyonların desteği için uygun işlemler yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. [İriverse EP](#), [Nguyen HB](#), [Huang DT](#), [Donnino MW](#). Critical care and emergency medicine. Curr Opin Crit Care. 2002
2. [Wood S](#), [Winters ME](#). Care of the intubated emergency department patient. J Emerg Med. 2011

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

3. [Frost P](#), [Wise MP](#). Recognition and early management of the critically ill ward patient. [br j hosp med \(lond\)](#). 2007

KONUŞMA ÖZETİ 7

GÖĞÜS AĞRISI

Dr Öğretim Üyesi Mustafa Ahmet Afacan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune SUAM

Göğüs ağrısı acil servise başvuran hastaların en sık ve en kompleks yakınma nedenlerinden biridir. ABD’de acil servis başvurularının %5’ini oluşturmaktadır. Göğüs ağrısı; tanıda gecikmenin çok ağır sonuçlar yarattığı hayatı tehdit eden hastalıklara bağlı olabileceği gibi, daha tehlikesiz hatta ayakta tedavi edilebilecek hastalıklara da bağlı olabilir. Lokalizasyonu, tipi, yoğunluğu ve de yayılımı bir organ sistemi için spesifik değildir.

Tanısal yaklaşımda iki ana hedef olmalıdır: yüksek riskli hastaların çok hızlı bir şekilde saptanarak tedavisinin planlanması ve hayati tehlikesi çok az olan veya hayati tehlikesi bulunmayan hastaların belirlenmesidir. Göğüs ağrılı hastaya yaklaşımda en önemli nokta bu hastalara muayene ve tetkikte öncelik verilerek hastanın stabilize edilmesidir. Sonrasında ise yapılması gereken; ölümcül olabilecek tüm göğüs ağrısı nedenlerinin hastada araştırılmasıdır. Göğüs ağrısı değerlendirilirken; ağrının lokalizasyonu, karakteri, yayılımı, ne kadar sürdüğü, başlatan faktörler, ağrıyı geçiren faktörler ve ağrı ile birlikte olan semptomlar beraber değerlendirilmelidir. Baskı şeklinde tarif edilen, 2 dakikadan uzun süren, egzersiz ile tetiklenen, kol veya çeneye yayılma ve solunum veya pozisyon ile değişmeyen ağrı; tipik göğüs ağrısıdır. Tek parmakla lokalize edilen, günlerce yada birkaç saniye süren ve hareket veya palpasyonla ortaya çıkan ağrı; atipik göğüs ağrısı olarak tanımlanmaktadır.

Solunum kontrolü, oksijenizasyon, monitorizasyon, damar yolu açılması ve vital bulguların yakın takibi hastanın stabilizasyonu için yapılması gereken işlemlerdir.

Hayatı tehdit eden göğüs ağrısı nedenleri arasında; akut koroner sendromlar, pulmoner emboli, aort diseksiyonu, tansiyon pnömotoraks, ösefagus rüptürü ve perikardit (+tamponad) vardır.

Aort Diseksiyonu: Aort anevrizmalı hastaların çoğunluğu yaşlı hipertansif erkeklerdir.

Ağrı tipik olarak ani başlangıçlı, yırtıcı bir şekilde başlar. Çoğunlukla sırta yayılır.

İki kol arasında tansiyon farkı, nörolojik ve kardiyak bulgular da olabilir. Röntgen, eko kardiyografi, ve bilgisayarlı tomografi (BT) tanıda yardımcıdır. Diseksiyonun ilerlemesi ve basısı ile ilişkili semptomlar çok değişken olabilmektedir. Karotis arterine ilerleyen bir diseksiyon; iskemik serebrovasküler inme

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

semptomlarına sebep olabilirken, koroner arterlere uzandığında kalp krizi ve tamponad ile sonlanabilmektedir. Abdominal aortta diseksiyon geliştiğinde karın ağrısı ile hasta gelebilirken, renal artere uzanan diseksiyonlarda yan ağrısı ve hematüri gibi renal kolik benzeri semptomlarla hasta acil servise gelebilmektedir. Hastalar diseksiyona bağlı olarak gelişen basıya bağlı olarak; larenks basısında ses kısıklığı, trakeal basıda nefes darlığı, özefagus basısında yutma güçlüğü ile acil servise başvurabilmektedir.

Pnömotoraks: Ani başlangıçlı batıcı göğüs ağrısı ile birlikte: dispne, terleme, taşikardi, taşipne ve hipotansiyon görülebilir. Şişkin boyun damarları, trakeada deviasyon ve ilgili tarafta solunum sesi kaybı fizik muayenede saptanabilir. Basit pnömotoraksta akciğer grafisi, tansiyon pnömotoraksta klinik bakı ile tanı konulmalıdır.

Özefagus Rüptürü: Nadir fakat hayatı tehdit edici bir durumdur. Risk Faktörleri: İyatrojenik, travma, yabancı cisimler, koroziv madde alımı sayılabilir. Güçlü bir kusma eforu nu takiben aniden oluşan substernal alandaki keskin bir göğüs ağrısı şeklinde tarif edilir. Yemek borusundaki yırtılma, gastrointestinal içeriğin mediastene sızmasına neden olur. İnflamasyon gelişiminin ardından gelişen enfeksiyon sepsis ve ölüme neden olabilir.

Radyolojik olarak PA AC veya BT de mediastinal hava saptanması tanısaldır.

Perikardit: Ağrı tipik olarak keskin, şiddetli ve sürekli karakterdedir. Genellikle sırt, boyun ve omuzlara yayılım gösteren plöretik göğüs ağrısına sahiptir. Hastalar ağrının oturarak veya öne eğilerek azaldığını, yatarken ve inspiyum sırasında artış gösteren tarif etmektedir. EKG’de yaygın konkav ST elevasyonu olması, ST depresyonu (resiprok) olmaması, PR çökmesi varlığı, normal T dalga amplitüdü ve aVR’ de PR elevasyonu-ST çökmesi saptanması perikarditi destekleyen özelliklerdir.

Kaynaklar

1. Titinalli's Emergency Medicine 8th Edition
2. Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice 9th edition

KONUŞMA ÖZETİ 8

Kalp yetmezliği: Sistol mü? Diyastol mü?

Dr. Öğretim Üyesi Ramazan Güven

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tanım, Epidemiyoloji ve Sınıflama

Kalp yetmezliği (KY), kalp kasının hayati organlara yeteri düzeyde kan pompalamadığı durum olarak tanımlanır (**Xanthakis V**). KY sonucu vücudun belirli bölgelerinde sıvı birikiminin oluşması ve bunun neticesinde meydana gelen klinik durumun (ödem, nefes darlığı) bütününe konjestif kalp yetmezliği (KKY) denir (**Figueroa MS**). KY prevalansı ile ilgili ülkemizde yapılmış en güncel veriler HAPPY çalışmasından elde edildi. Bu çalışmaya göre, ülkemizde KY prevalansı batılı ülkelere göre daha yüksek olup tahmini prevalans % 6.9 olarak tespit edildi (**Değertekin M**).

KY ile ilgili Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) en güncel klavuzunu 2016 yılında yayınladı. Önceki klavuzlara göre yapılan en önemli değişikliklerden biri de KY sınıflaması ile ilgiliydi. Ejeksiyon fraksiyonuna (EF) göre yapılan bu sınıflamada EF, % 40'ın altında olanlar düşük ejeksiyon fraksiyonlu KY (heart failure with reduced ejection fraction), % 40-49 arasında olanlar orta düzeyde ejeksiyon fraksiyonlu KY (heart failure with mid-range ejection fraction), EF'si % 50'den fazla olanlar ise korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu KY (heart failure with preserved ejection fraction) şeklinde sınıflandırıldı (**Ponikowski P, Sarı İ**). Prognostik sınıflamalardan biri olan Nohria-Stevenson sınıflaması klavuzun altı çizilen önemli noktalarından biriydi. Bu sınıflamada, KY hastalarının konjesyon (kuru-nemli) durumu ve istirahat esnasındaki hipoperfüzyon (soğuk-sıcak) varlığı değerlendirilir (Tablo 1). Bir diğer prognostik sınıflama olan Killip sınıflaması akut koroner sendrom hastaları için kullanılır. Bu sınıflamada pulmoner ödem varlığı Killip sınıf III olarak değerlendirilmektedir (Tablo 2). New York Kalp Derneği sınıflaması (NHYA Classification of Congestive Heart Failure) ise yıllardan beri kullanılan ve en çok bilinen KKY sınıflamasıdır (Tablo 3) (**The Criteria Committee of the New York Heart Association**).

Akut KY'nin tetikleyici nedenleri kardiyak ve non-kardiyak diye iki başlık altında incelenir. Kardiyak nedenlerden koroner iskemik hastalıklar ve hipertansiyon akut KY'nin en sık tetikleyici nedenleridir (**Ural D**).

Kardiyak nedenler;

- Kalp kapak hastalıkları
- Kardiyomiyopati □ Miyokardit
- Kalp ritim bozuklukları
- Negatif inotrop ajanların beraber kullanımı (verapamil, beta-blokörler, diltizem vb.) □ Tedaviye uyumsuz olma

Non-Kardiyak nedenler;

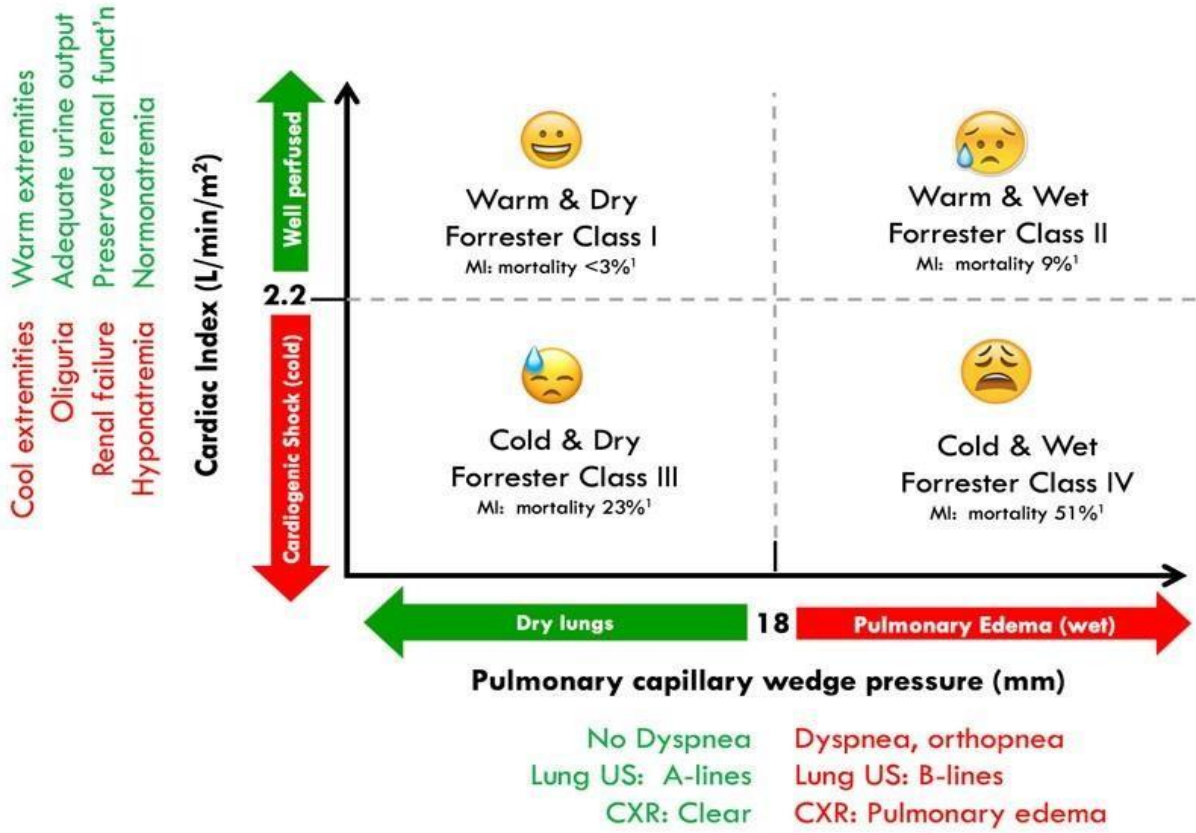
- Endokrinolojik hastalıklar (diyabet, tiroid bozuklukları)
- Pulmoner hastalıklar (pulmoner emboli, astım, KOAH)
- Kan volümünün arttığı durumlar (anemi)
- Böbrek yetmezliği, ilaç ve bağımlılık gibi sodyum retansiyonuna yol açan durumlar (steroid, aşırı alkol alımı, yasadışı madde bağımlılığı)
- Diğer (Serebrovasküler hadise, cerrahi müdahale)

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi



(1) Mortality numbers from Forrester 1976 PMID 790191. Mortality is probably lower today.

The Internet Book of Critical Care, by @dulmcris

Patofizyoloji

Kalbin çalışma prensibini anlamak ilerde KY'de yapılacak tedavileri anlamak açısından önemlidir. Kardiyak output kalbin bir dakikada pompaladığı kan miktarı olup bunu kalp hızı, kontraktilite, preload (önyük) ve afterload (ardyük) belirler. Kalp hızı, çok basit bir şekilde, arttıkça kardiyak output da o oranda artar. Aynı şekilde kalbin kontraktilite gücü yani kasılabilirliği arttıkça kardiyak output da artar (Sagawa K, Reddi BA).

KY'yi etkileyen diğer parametrelerden önyük ve ardyük ile ilgili genelde bir kafa karışıklığı bulunmaktadır. Önyük, kalbin diastol süresi boyunca meydana gelen ventrikül duvar gerginliğini (wall tension ya da wall stress) ifade eder (Reddi BA). Önyüğü açıklamada Frank-Starling yasası sıkça kullanılmaktadır. Bu yasaya göre ventriküle kan dolmasıyla ventrikül hacmi artar, bu da ventrikül kas liflerinin gerginliğini etkileyerek kalbin daha güçlü bir şekilde kan pomplamasını sağlar. Şişirilen balon örneğinde olduğu gibi balondaki hava miktarı arttıkça balonun gerginliği de artar. Balon gerginliğinin maksimum olduğu anda balonun ağzı açılırsa balon daha güçlü bir şekilde hava boşaltmaya başlar. Frank-Starling yasasında ve balon örneğinde görüldüğü gibi önyüğü etkileyen en önemli faktör ventriküle dolan kan miktarı sonucu artan duvar gerginliğidir. Frank-Starling yasası KY'de doğru bir şekilde işlemediğinden bu hastalarda kalbin önyükünü azaltıcı önlemler alınmalıdır (Guadalajara-Boo JF).

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ardyük ventriküllerin vücuda kan pompalaması için aşması gereken güç olup bu daha çok arteryel kan basıncına ve vasküler tonusa bağlıdır. Ardyük için 'yokuş yukarı bisiklet sürmek' örneği verilmektedir. Bu örneğe göre, yokuş yukarı bisiklet süren bir sürücünün düz yola göre harcaması gereken enerji daha fazladır. Bu durumda ya yokuş eğimi azaltılmalı ya da kontraktilite ve pedal sayısı artırılmalıdır.

Hipertansiyon ardyükün artmasının en sık nedeni olup tedavi olarak kan basıncının azaltılması (yokuş eğiminin azaltılması) gerekmektedir (Sandler H, Gunther S).

Klinik Özellikler

Nefes darlığı KKY'nin en yaygın semptomudur. KKY'nin erken döneminde fiziksel aktivite esnasında gelişen nefes darlığı ilerleyen dönemlerinde dinlenme esnasında da gelişmeye başlar. KKY'nin daha kritik evrelerinde ise sadece oturur pozisyonda nefes alma (ortopne) ve yatarken hava açlığı ile uyanma (paroksizmal noktürnal dispne, PND) gibi çok daha ciddi semptomlar yaşanmaktadır.

Ortopne ve PND gibi KY'ye spesifik semptomlar dışında göğüs ağrısı, çarpıntı, öksürük, halsizlik, bulantı, mental durum değişikliği, venöz dolaşımın azalmasına bağlı olarak bacak, ayak ve ayak bilekleri başta olmak üzere karın (asit), skrotum ve vücudun diğer bölgelerinde oluşan şişlik ve bu şişliklere bağlı oluşan ağrı gibi daha non-spesifik semptomlar da yer almaktadır. Nefes darlığı sol KY'de, diğer semptomlar (karın ve ekstermitelerde şişlik, ağrı) ise daha çok sağ KY'ne bağlı olarak gelişir (**Francis GS**).

Fizik Muayene Bulguları

Kardiyovasküler bulgular (**Dosh SA**);

- Sempatik sinir sistemi aktivasyonuna bağlı olarak taşikardi: Beta blokör gibi kalp hızını azaltan ilaçları kullananlarda taşikardi olmaksızın KKY gelişebileceği unutulmamalıdır. □ Oskültasyon ile S3 duyulması
- Kalp ritm bozuklukları: Atriyal fibrilasyon, ventriküler ektopik atımlar, stroke volümdeki düzensizliğe bağlı nabız bozuklukları (pulsus alternans; bir kuvvetli bir zayıf nabız, pulsus paradoksus; sistolik basıncın inspirasyon sırasında 10 mmHg'dan fazla düşmesi)
- Kan basıncında anormal değerler (acil servise KKY hastaları çoğunlukla sistolik basınç >140 mmHg ile başvururlar)
- Stroke volüm azalmasına bağlı nabız basınç düzeyinde düşüklük (normalde 30-50 mmHg arasında)

Solunumsal bulgular (**Institute for Clinical Systems**);

- Takipne
- Oskültasyon ile raller (bilateral plevral efüzyona bağlı iki taraflı, sağ plevral efüzyona bağlı tek taraflı da olabilir) ve wheezing duyulması
- Daha ciddi durumlarda Cheyne-Stokes solunumu (hiperpne, hipopne, apne şeklinde periyodlarla karakterize solunum)

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Diğer bulgular (**Bibbins-Domingo K**):

- Juguler ven dolgunluğu: Vena kava ile sağ atriyum arasında kapak bulunmadığından sağ atriyum basınç değişiklikleri doğrudan vena kavada dalgalanmalara yol açar, hastanın gövdesi 45 derece yükseltilerek ölçüm yapılır
- Hepatojuguler reflü: Karaciğere bası sonrası juguler ven dolgunluğunda belirginleşme, venöz dolgunluğun >4cm olması
- Hepatomegali, sağ üst kadran hassasiyeti
- Gode bırakan ödem: Kemik üzerinden ayak sırtında, bacaklarda
- Siyanoza bağlı soğuk, soluk ve nemli cilt

Tanısal Yaklaşım Akut KY hastalarında tetikleyici nedenin tespit edilmesi ve tedavinin biran önce başlanması için tanısal çalışmaların doğru ve hızlı yapılması hayati önem arz eder. Bunun yanında hastanın özgeçmişi, varsa ek kardiyovasküler hastalıkları ve kullandığı ilaçlar da not edilmelidir. KKY hastalarında tanısal araçlar elektrokardiyografi (EKG), akciğer X-ray, labaratuvar testler ve ekokardiyografi olmak üzere dört başlık altında incelenmektedir. EKG daha çok akut iskemik hastalıklar ve aritmiler gibi KKY'nin tetikleyici nedenlerini tespit etmek için kullanılır.

KKY'de akciğer X-ray'in en spesifik bulguları pulmoner venöz konjesyon, plevral efüzyon, interstisyel veya alveolar ödem ve kardiyomegalidir. Ayrıca pnömoni gibi alternatif tanıları dışlamak için de akciğer X-ray kullanılmaktadır. Ancak hastaların % 20'sinde akciğer X-ray'in tamamıyla normal olabileceği unutulmamalıdır.

Ekokardiyografi özellikle kardiyogenik şok gibi hemodinamik açıdan instabil olan hastalar ile yapısal ve fonksiyonel kardiyak bozukluğu olduğu düşünülen hastalar için öncelikli olarak planlanması gerekmektedir.

Akut KKY'den şüphelenilen her hasta için BNP veya NT-proBNP çalışılmalıdır. BNP<100, NTproBNP<300 pg/mL olması akut KY'yi dışlasa da natriüretik peptidlerin yükselmesi akut KY'yi her zaman doğrulamaz. Natriüretik peptidlerin yükselmesine neden olan bir çok kardiyak (atrial ve ventriküler taşiaritmiler, pulmoner emboli, miyokardit) ve non-kardiyak nedenler (kronik obstrüktif akciğer hastalığı, ileri yaş, böbrek yetmezliği ve karaciğer hastalıkları, ciddi yanıklar, hormonal bozukluklar) olduğu unutulmamalıdır. Son dönem dekompanse kalp yetmezliğinde natriüretik peptidlerin düşük çıkabileceği ayrıca altı çizilmesi gerekmektedir. Kardiyak troponinler KKY'de bir çok klinisyen tarafından çalışılan testlerdendir. Akut koroner sendromda miyosit hasarına bağlı yükselen kardiyak troponinlerin KKY'de yükselmesi kötü prognozu ve mortalite ile ilişkili olduğu bilinmektedir (**Peacock WF**). Prokalsitonin daha çok ek enfeksiyon durumlarında (pnömoni) antibiyotik kararı vermek için kullanılmaktadır (**Rhee C**). BUN, elektrolitler gibi diğer labaratuvar testleri ise KKY hastasının taburculuğuna karar vermeden önce değerlendirilir.

Tedavi ve Yönetim

Öncelikli olarak hasta monitorize edilmeli, vital bulguları (kan basıncı, soluk sayısı, pulse oksimetre) değerlendirilmeli ve düzenli aralıklarla (dakikalarla) EKG çekilmelidir. Ayrıca üriner katater şart olmasa da idrar çıkışı takip edilmelidir. ESC 2016 klavuzu akut KY'yi ilk temas dönemi olan acil faz (urgent phase after first medical contact) ve ilk temas sonrası 60-120 dakikayı kapsayan hızlı faz

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

(immediate phase) şeklinde iki döneme ayırarak incelemeyi önermektedir. Acil fazda, hasta öncelikle kardiyojenik şok ve solunum yetmezliği açısından değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmede kardiyojenik şok var ise; hastaya dolaşım desteğinde (farmakolojik ve mekanik) bulunulmalıdır. Solunum yetmezliği varlığında ise oksijen, CPAP/BPAP ve/veya endotrakeal entübasyon uygulanmalıdır. Acil fazdan sonra tetikleyici nedenlerin araştırıldığı ikinci faza (hızlı faz) geçilmelidir. KKY yetmezliği hastalarına multidisipliner bir yaklaşım gerektiği unutulmamalıdır. ESC 2016 klavuzu, KKY hastalarının erken dönem yönetimi için Nohria-Stevenson sınıflamasını (sıcak ve kuru, sıcak ve nemli, soğuk ve kuru, soğuk ve nemli) baz alarak bir algoritma önermektedir (figure 1).

Akut KKY'de hipoksemik olmayan hastaya rutin oksijen terapisi önerilmese de sürekli oksijen monitörizasyonu yapılmalı ve hastanın arter kan gazından laktat ile pH değerine bakılmalıdır (ESC 2016 öneri düzeyi 2A, kanıt düzeyi C). $SpO_2 < \%90$ ve soluk sayısı $>25/\text{min}$ olan hastalarda non-invaziv mekanik ventilasyon (CPAP, BiPAP) düşünülmelidir. Hipoksemi ($PaO_2 < 60 \text{ mmHg}$), hiperkapni ($PaCO_2 > 50 \text{ mmHg}$) ve asidozis ($pH < 7.35$) varlığında ise hasta entübe edilmelidir (**Vital FMR**).

KKY'nin akut semptomlarıyla acil servise ilk başvurusu olan hastaya 20-40 mg, kronik KKY hastalarına ise mevcut oral dozu kadar IV furosemid verilmelidir. DOSE çalışmasında olduğu gibi yüksek doz diüretik (oral dozun 2.5 katı) verildiğinde hastaların kliniğinin daha hızlı iyileştiği görülmektedir (**Felker GM**). Daha büyük ağırlık değişimine yol açan bu doz oranları böbrek fonksiyonlarında geçici bozulmalara yol açsa da uzun dönem etkileri sınırlıdır. Semptom ve klinik duruma göre furosemid bolus ve infüzyon şeklinde verilebilir. Vazodilatörler venöz ve arteriyel tonusu azaltarak, bu da önyük ve ardyükün azalmasını sağlar, etki gösterirler. Sistolik kan basıncı $>90 \text{ mmHg}$ olan hastalarda vazodilatör (nitrogliserin 10-20 $\mu\text{g}/\text{dk}$, nitroprusside 0.3 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{dk}$) başlanmalıdır. Bunun tersi durumunda yani hipotansif olup hipoperfüzyon semptomları olan hastalara ise inotrop ajanlar (2-20 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ dobutamin, 3-5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{dk}$ dopamin, ciddi hipotansiyon varlığında dopaminin dozu varlığında $>5 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{dk}$), vazopresörler (norepinefrin 0.2-1.0 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{dk}$) verilmelidir. Ancak bu ajanların adrenerjik etkilerinden dolayı miyokardiyal iskemiye ve aritmilere yol açabileceğinden EKG monitörizasyonu gerekmektedir.

Son KY klavuzlarında önemli bir yer tutmaya başlayan tedavi ajanlarından biri levosimendan'dır (2016 ESC öneri düzeyi 2B) (**Ural D**). Miyokardiyumda kontraktıl proteinlerin kalsiyum duyarlılığını artırarak inotrop etki, vasküler düz kaslarda ATP-bağımlı potasyum kanallarını açarak da periferik vasküler direncin (ön yük ve ard yük) azalmasını sağlar (**Cavusoglu Y**). Diğer inotrop ajanların aksine levosimendan miyokardiyal oksijen tüketimini artırmadan yani iskemi yapmadan inotrop etki gösterir. Bu da koroner arter hastalıklarına bağlı gelişen KKY hastalarında öncelikli olarak tercih edilmelerinin nedenidir. Levosimendan dobutamine göre hemodinamiği daha iyi düzelterek kardiyak output artışına ve PCWP'nin (pulmoner kapiller uç basıncı) düşmesine yol açar (**Gruhn N**). Mortalite üzerine etkileri konusunda çelişkili sonuçlar elde edilmiş olsa da mortaliteyi azalttığına dair çalışmalar daha ağırlıklıdır (**Landoni G**). Önerilen yükleme dozu 10 dakika içinde 6-12 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{dk}$, infüzyon dozu ise 0.05-0.2 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{dk}$ 'dır.

Diğer tedavi ajanlarından digoksin, akut KKY hastalarında hızlı yanıtı AF varlığında önerilmekte olup 0.25-0.5 mg IV şeklinde verilir. Morfin ile ilgili KKY hastalarında anksiyeteyi azaltmak ve nefes darlığında rahatlatma yaptığı düşünülse de bazı çalışmalarda mortaliteyi arttırdığına dair veriler elde edildi (**Iakobishvili Z**).

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ultrafiltrasyon, medikal ajanlara (diüretik vs) yanıt alınmadığı durumlarda ESC tarafından alternatif tedavi seçeneklerinden biri olarak önerilmektedir (öneri düzeyi 2B, kanıt düzeyi B). Akut böbrek yetmezliği olan KKY hastalarında bu öneri düzeyi 2A, kanıt düzeyi C şeklindedir (**Costanzo MR**). Ultrafiltrasyon gerektiren bu hastalara eşlik eden diğer durumlar; ciddi hiperkalemi ($K^+ > 6.5$ mmol/L), ciddi asidemi ($pH < 7.2$), BUN > 150 mg/dL ve serum kreatinin > 3.4 mg/dL olmasıdır.

Akut KY için yoğun bakım yatış kriterleri;

- Entübasyon ihtiyacının olması
- Hipoperfüzyon belirtileri
- Oksijen desteğine rağmen $SpO_2 < \%90$ olması
- Yardımcı solunum kaslarının kullanılması, soluk sayısı $> 25/min$

Sonuç olarak, acil servise KKY'nin akut semptomları ile başvuran hastalarda öncelikli olarak kardiyojenik şok ve/veya solunum yetmezliği olup olmadığı değerlendirilmelidir. Buna göre dolaşım ve solunum desteği verilmelidir. Bir yandan da tanısal çalışmaların da yapılmasıyla tetikleyici neden tespit edilip hızlı bir şekilde tedavi edilmelidir.

KONUŞMA ÖZETİ 9

PNOMONİ GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Dr. Öğr. Üyesi Bahadır Taşlıdere

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Acil tıp Anabilim Dalı

Pnömoni tanım olarak akciğer parankiminde enfeksiyöz/ nonenfeksiyöz inflamasyonu olarak tanımlanabilir. Bakteri, virüs ve mantar neden olabileceği gibi enfeksiyon dışında asit-alkali madde inhalasyonu, radyasyon ve aşırı duyarlılık reaksiyonları da suçlanabilir. Hastalığın mortalite ve maliyeti yüksektir. Ülkemizde antibiyotik reçetelerinin önemli bir kısmını oluşturur. Acil servis başvurularının sık rastlanan nedenlerinden biridir. Hastaneye yatışların sık nedeni (Tüm yatışının %1,9). Sigara bırakma tedbirlerinin artırılması önerilir. Genel popülasyon için influenza aşısı gereklidir. Risk altında olanlara pnömokok aşısı yapılmalıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, yıllık 4,5 milyon hasta acil servis ziyareti gerçekleştirmektedir. ABD'de ölümlerin 8. ülkemizde 5. Sırasında. Enfeksiyonlara bağlı ölümlerinin ise 1. sırasındadır. Yaşa göre insidansı 16-59 ya %0,6, 60-74 yaş % 2, 75 yaş ve üzere % 3,4. Patofizyolojik olarak; alveoller içinde bulunan çeşitli organizma topluluklarının nedeniyle orofaringeal sekresyon aspirasyonu, patojen inhalasyonu kan dolaşımı, akciğer temizleme mekanizmaları (öksürük, mukosilyer klirens, alveoler makrofajlar vb), bağışıklık sisteminin yeterince etkin çalışmamasıdır. Risk faktörleri, 65 yaş üzeri olmak, kronik komorbiditeler, viral pnömonilere sekonder bakteriyel pnömoniler, hava yolu korunamaması, sigara, alkol, kalabalık yaşam tarzı, toksinlere maruziyetten kaynaklanır. Sınıflandırma; anatomik olarak nonsegmental alveoler (lober) pnömoni, bronkopnömoni (lobüler pnömoni), interstisyel pnömoni. Etkene göre: enfeksiyon; bakteriyel, viral, paraziter, Fungal olabilir. Non-enfeksiyöz olarak fiziksel, kimyasal, immünoenjektir. Klinik tabloya göre: Tipik pnömoni, Atipik pnömoni. Ampirik tedavi yaklaşımına göre; Toplum kökenli pnömoni, Nozokomiyal Pnömoni (Hastane Kökenli Pnömoni, Ventilator İlişkili Pnömoni, Nozokomiyal pnömoniler içinde olan 'Sağlık Hizmeti İlişkili

23. İstanbul Acil Tıp Kış Sempozyumu

KRİTİK BAKIM

15 – 17 Şubat 2019

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Pnömoni' IDSA (Infectious Disease Society of America) 2016 kalvuzunda çıkarıldı. Diğer: Alkol, yaşlı, gebe, AIDS ve transplant hastalarıdır. Sağlık Hizmeti ile İlişkili Pnömoni Son 3 ay içinde sağlık hizmeti alımı Evde sağlık hizmeti Poliklinik ya da yatış dahil, Eskiden HKP gibi tedavi ediliyordu. Güncel öneri TKP gibi yaklaşmak, uygunsuz, aşırı ve geniş spekturum antibiyotik kullanımı. Toplum Kökenli Pnömoni: İmmün yetmezlik durumu olmayan kişilerin toplumdan edindiği patojenler Hastanede gelişen pnömoni: Hastaneye yatıştan 48 saat sonra veya taburculuktan sonraki 48 saat içinde. Ventilatörle ilişkili pnömoni: entübasyon öncesinde pnömonisi olmayan ve entübe edildikten sonra 48 saat içerisinde. Toplum kökenli pnömoni dünya çapında morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir. (mortalite % 1-15), klinik özelliklerinden dolayı tüm solunum yolu hastalıklarının ayırıcı tanısının bir parçasıdır. Mikrobiyolojik olarak Acil serviste patojenin saptanması pek olası değildir. Tipik; Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, S. Pneumoniae: en sık etkindir. Atipik Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae. Klinik olarak Kişinin lokal ve sistemik immün yanıtını ile ilişkili olarak; öksürük (%79-91), halsizlik (%90), ateş (% 75), dispne (45-70), balgam (60-65), plöretik göğüs ağrısı (39-49). Tipik olanlar; akut ve gürültülü başlangıç, üşüme-titreyle ateş, pürülan balgam, plöretik tipte yan ağrısı, lobar konsolidasyon, lökositoz. Atipik olanlar; ateş, halsizlik, başağrısı, subakut başlangıç, kuru öksürük, fizik muayene ve radyolojik bulguları arasında uyumsuzluk (Bariz Radyoloji-Hafif klinik), akciğer dışı sistemik organ tutulumuna ait semptomlar, yamalı infiltratlar. Tanı; öksürük, balgam, hemoptizi, yan ağrısı, dispne, takipne, siyanoz, konsolidasyon bulguları, Sistemik bulgular (ateş, terleme, üşüme-titre, halsizlik, iştahsızlık, taşikardi), Yeni fokal göğüs röntgenogram bulguları (Lobar konsolidasyon, interstisyel, yamalı infiltrasyonlar, apse, plevral sıvı, pnömatosel). Yönetimde; Bulaşıcı hastalık olasılığına karşı acil servis izolasyonuna dikkat edilmelidir. (Tüberküloz, İnfluenza,vs), zamanında verilen antibiyotik tedavi, iyi sonlanım ile ilişkilidir. Tedavide tanı anında etyoloji bilinmemektedir. Antibiyotiğe ampirik olarak başlanır kapı-antibiyotik zamanı en geç 4 saat. Ayaktan tedavide modifikasyon faktör yok ise Amoksisilin (3gr) veya doksisisiklin 100 mg, günde 2, 10- 14 gün. Atipik/tipik ayrımı yapılamıyorsa makrolid, azitromisin 500 mg po günde 1. 250 mg 2-5 gün, Klaritromisin 1000 mg po günde 1 gün 7 gün. Tolere edemeyen hastalara florokinolon (İDSA önerisi) başlanabilir. Modifikasyon faktör var ise 2-3. kuşak oral sefalosporin veya Beta laktamaz inhibitörleri: Amoksisilin-klavulanat günde kez 2 gr. Atipik etken düşünülüyorsa tedaviye beta laktam+makrolid kombinasyon tedaviye alternatif Florokinolon: levofloksasin 750 mg 5 gün moxifloksasin 400 mg 7-14 gün. Kritik hasta ise bir saat içinde başlanması gereklidir. Tedaviye yanıt için 48-72 saat içinde klinik düzelme beklenir. Antibiyoterapi sonrasında en geç 72 saat içinde ateşin düşmesi ve dördüncü günde CRP değerinin asgari %50 azalmasıdır. Lökosit sayısı da 4 güne kadar normale döner Fizik muayene bulguları geç kaybolabilir. Radyolojik gerileme 2-4 haftada tamamlanır, 8 haftaya kadar uzayabilir. Önlem olarak pnömokok, grip aşuları alkol ve sigaranın azaltılması yada bırakılması, kronik hastalıkların kontrolü, dengeli beslenme, düzenli yaşam, hijyen, Ig replasmanı sayılabilir.