

3. Doğu Anadolu Acil Tıp Günleri

04-06 Ekim 2019 • Atatürk Üniversitesi Turizm Fakültesi Uygulama Oteli Erzurum

Son bildiri gönderim tarihi : 20.09.2019

Bildiri gönderimi: aciltipgunleri@gmail.com

İletişim: Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman KOÇAK
0544 566 71 58



3. DOĞU ANADOLU ACİL TIP GÜNLERİ

04 – 06 EKİM 2019 ERZURUM

SÖZEL BİLDİRİ KİTAPÇIĞI

3. DOĞU ANADOLU ACİL TIP GÜNLERİ SEMPOZYUMU BİLİMSEL KURULLARI

SEMPOZYUM ONURSAL BAŞKANI

Prof. Dr. Başar CANDER

SEMPOZYUM BAŞKANLARI

Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR

SEMPOZYUMU DESTEKLEYENLER

Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER)

Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü

SEMPOZYUM SEKRETERLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman KOÇAK

Dr. Öğr. Üyesi Erdal TEKİN

SEMPOZYUM DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Başar CANDER

Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR

Prof. Dr. Behçet AL

Doç. Dr. Kenan Ahmet TÜRKDOĞAN

Doç. Dr. Özlem BİLİR

Doç. Dr. Ayhan AKÖZ

Doç. Dr. Atıf BAYRAMOĞLU

Doç. Dr. İlhan KORKMAZ

Doç. Dr. Ali DUMAN

Dr. Öğr. Üyesi Gökhan ERSUNAN

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman KOÇAK

Dr. Öğr. Üyesi Erdal TEKİN

Dr. Öğr. Üyesi Sultan Tuna AKGÖL GÜR

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim ÖZLÜ

Dr. Öğr. Üyesi Doğan DURNA

Uzm. Dr. İlker AKBAŞ

Uzm. Dr. Ömer Faruk GEMİŞ

SEMPOZYUM BİLİMSEL KURULU

Dr. Öğr. Üyesi Arif Onur EDEN

Dr. Öğr. Üyesi Serhat ÖRÜN

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman KOÇAK

Dr. Öğr. Üyesi Erdal TEKİN

Dr. Öğr. Üyesi Sultan Tuna AKGÖL GÜR

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim ÖZLÜ

Dr. Öğr. Üyesi Erdal DEMİRTAŞ

Dr. Öğr. Üyesi Turgut DOLANBAY

Uzm. Dr. Ahmet TOKSOY

Uzm. Dr. Mevlana ÖMEROĞLU

Uzm. Dr. Fatma TORTUM

Uzm. Dr. Sibel GÜÇLÜ UTLU

Uzm. Dr. Ayça ÇALBAY

Uzm. Dr. Orhan TANRIVERDİ

Uzm. Dr. Alpaslan ÜNLÜ

Uzm. Dr. Oktay ÖZPOLAT

Uzm. Dr. Ömer Faruk GEMİŞ

Uzm. Dr. Selahattin KARAGÖZ

Arş Gör. Dr. Nazım Onur CAN

SÖZLÜ/POSTER BİLDİRİ DEĞERLENDİRME KOMİTESİ

Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR

Doç. Dr. Özlem BİLİR

Doç. Dr. Ayhan AKÖZ

Doç. Dr. Atif BAYRAMOĞLU



Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman KOÇAK

Dr. Öğr. Üyesi Erdal TEKİN

SS-1: AKUT TRAVMATİK BEYİN HASARI TEDAVİSİNDE DEKOMPRESİF KRANİEKTOMİ

Mustafa Yavuz Samancı¹

¹Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Beyin ve Sinir Cerrahisi
Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Travmatik beyin hasarı (TBH) morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir ve sağlık sistemi için yüksek ekonomik maliyetlerle ilişkilidir. TBH'nin neden olduğu beyin hasarı, birincil ve ikincil yaralanmalara bağlıdır. İkincil yaralanmalar, beyin ödemi indükleyen ve kafa içi basıncı arttıran bir dizi biyokimyasal olayın bir sonucu olarak ortaya çıkar. Dekompresif kraniyektomi (DK), ikincil beyin hasarlarını önleme ve / veya azaltmayı amaçlayan maksimum tıbbi tedaviye dirençli olan ağır TBH hastalarında hayat kurtarıcı olabilir. Bu çalışmanın amacı TBH sonucu DK uygulanan hastalarda prognoz ve sonuçlar ile ilişkili faktörleri değerlendirmektir.

YÖNTEM: Tüm hastalar rutin acil servis uygulamaları ile tedavi edildi ve rutin beyin BT taraması yapıldı. Bu çalışmaya dahil edilen tüm hastalara tek taraflı fronto-temporo-parietal DK uygulandı. Hastaların demografik özellikleri, başvuru anındaki bilinç düzeyi, pupil boyutu ve reaktivitesi ve Beyin BT taramasında orta hat şifti gibi değişkenlerin, hastaların sonlanımları üzerindeki etkileri değerlendirildi. Hastaların sonlanımları, 6.ayda Glasgow Sonlanım Skalası (GSS) kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR: 41 hastaya (29 erkek ve 12 kadın) travma sonrası DK uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 40.1 idi (aralık: 16-68 yıl). Yaralanma mekanizması 25 olguda (% 60) trafik kazası, 14 olguda (% 35) yüksekten düşme ve iki olguda (% 5) künt kafa travmasıydı. Başvuru anındaki ilk belirti bilinç düzeyi değişikliği idi. En sık görülen eşlikçi yaralanmalar, 21 olguda (% 51) uzun kemiklerin ortopedik kırıkları ve 18 olguda (% 44) kaburga kırığı idi. Ana intrakranial patoloji 43 olguda (% 81) akut subdural hematoma ve sekiz olguda (% 20) kontüzyondu. Yaralanmadan DK'ye kadar geçen ortalama süre 3.8 saattir. 41 hastanın 24'ünde (% 59) iyi, 17'sinde (% 42) kötü sonlanım elde edildi. Kötü sonlanım açısından tespit edilen faktörler 60 yaşından büyük yaş (1.2 kat), iki taraflı reaktif olmayan midriyazis (1.2 kat), Glasgow Koma Skalası skoru <5 (160 kat) ve Beyin BT taramasında 10 milimetreden fazla şift (6.2 kat) idi.

SONUÇ: Çalışmamızda DK uygulanan hastalarda kötü sonlanım ile ilişkili faktörler ileri yaş, iki taraflı reaktif olmayan midriyazis, düşük Glasgow Koma Skalası skoru ve 10 milimetreden fazla şift varlığıdır. Bu koşullara sahip hastalar, DK'den fazla fayda görememiştir.

Anahtar Kelimeler: Dekompresif Kraniektomi; Glasgow Sonlanım Skalası; Glasgow Koma Skalası

SS-2: ATEŞLİ SİLAH YARALANMASINA BAĞLI TRAVMATİK BEYİN HASARI İLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA PROGNOSTİK FAKTÖRLER

Mustafa Yavuz Samancı¹

¹Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Ateşli silah yaralanmasına bağlı travmatik beyin hasarı (ASY-TBH) ile acil servise başvuran hastaların yönetimi zordur. Agresif tedaviye rağmen, sonlanım hem birincil hem de ikincil yaralanmaya bağlıdır ve birçok hastanın klinik seyrinde hem erken hem de geç komplikasyonlar görülmektedir. Bu çalışma, 18 yaş ve üzerindeki sivil popülasyonda ASY-TBH ile başvuran vakaları tanımlamak, hayatta kalma ve fonksiyonel sonlanımlarını bildirmek ve prognostik faktörleri belirlemeyi amaçlamaktadır.

YÖNTEM: 2008-2018 arasında ASY-TBH ile başvuran 202 hastanın kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri, hastanın acil servise başvuru anında teknik olarak uygun bir bilgisayarlı tomografisinin (BT) olması ve parankim hasarının olması idi. Bu çalışmanın amacı prognozu etkileyen faktörleri tespit etmek olduğundan, acil serviste ilk resüsitasyonda hayatta kalamayan hastalar ile beyin ölümü veya kardiyovasküler ölüm nedeni ile acil servise ileriye dönük organ bağışçısı olarak kabul edilen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya 176 hasta dahil edildi. İstatistiksel analiz lojistik regresyon modeli kullanılarak yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 176 hastanın ortanca yaşı 29 yıl idi (aralık, 18–61 yıl). Hastaların 150'si (%85) erkek ve 26'sı (%15) kadın idi. En sık sebep kişiler arası şiddet (%55) idi. Acil servise ulaşım yöntemi en sık ambulanstı (%82). Başvuru sırasındaki Glasgow Koma Skalası (GKS) skoru vakaların %65'inde 8'in altında idi. Altı aylık Glasgow Sonlanım Skalası (GSS) ele alındığında, 176 hastanın 67'si (%38) öldü, 46 hastada (%26) orta sakatlık veya iyi iyileşme GSS skoru ile iyi sonlanım elde edildi ve 63 hastada (%36) kalıcı vejetatif durum veya ağır sakatlık GSS skoru ile kötü sonlanım vardı. Mortalite için önemli prognostik faktörler, >35 yaş, reaktif olmayan pupiller, bihemisferik kurşun trasesi ve posterior fossa tutulumu idi. Yüksek mortalite ile orta derecede ilişkili faktörler, > 20 mmHg intrakraniyal basınç (İKB) ve başvuru anında düşük Glasgow Koma Skalası (GKS) idi. Çok değişkenli analizde mortalite için önemli faktörler, kurşun trasesi ve pupiller reaktivite idi. İyi fonksiyonel sonlanım için anlamlı bulunan değişkenler başvuru GKS skoru ≥ 5 , pupiller reaktivite ve unihemisferik veya bifrontal

kurşun trasesi idi. İyi sonlanım ile orta derecede ilişkili faktörler, ≤ 35 yaş, başlangıç İKB ≤ 20 mm Hg ve kurşunun ventrikül ilişkisinin olmaması idi. Çok değişkenli analizde, iyi fonksiyonel sonlanım için önemli faktörler, gelişmiş fonksiyonel sonlanım ile orta derecede ilişkili yaşla birlikte, kurşun trasesi ve pupiller reaktivite idi.

SONUÇ: Yaş, pupiller reaktivite, GKS skoru ve BT'deki kurşun trasesi hayatta kalma ve iyi fonksiyonel sonlanım olasılığını belirlemek için kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Travmatik beyin hasarı, Ateşli silah yaralanması, Prognoz, Sonlanım

SS-3: ERZURUM İLİ 112 ACİL AMBULANS HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sinan Yılmaz, Serhat Vançelik, Esra Korkmaz Daharlı

GİRİŞ VE AMAÇ: Dünyada ve ülkemizde sanayideki gelişmelere, hızla artan nüfusa ve trafiğe bağlı olarak acil durumların sayısı her geçen gün artmaktadır. Acil durumlardaki artışa bağlı olarak da acil ambulans hizmetlerine olan talep sürekli büyümektedir. Ülkemiz, nüfus yapısı, kaza ve yaralanmaların sıkça gözlenmesi, ayrıca olağan dışı durumlar ve afetlerin yoğun olarak yaşanması sebebi ile acil sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın yüksek olduğu bir ülke konumundadır. Bu çalışmada Erzurum 112 acil ambulans hizmetlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Tanımlayıcı tipte planlanan çalışmanın etik ve idari izinleri alındıktan sonra Erzurum 112 Komuta Kontrol Merkezi 2017 yılı acil çağrı kayıtları incelendi. Kayıtlardan, Erzurum acil ambulans hizmetleri yapılanmasının değerlendirilmesi için personel, istasyon, araç, günlük çağrı, günlük tıbbi olmayan çağrı, vakaların yaş gruplarına göre dağılımı, kentsel ve kırsal için vaka ulaşım süresi, ambulans yönlendirilen çağrıların olay türüne göre dağılımları ve ambulans yönlendirilen vakaların nasıl sonuçlandığına dair bilgiler toplandı. Veriler sayı ve yüzdeler şeklinde sunuldu.

BULGULAR: Erzurum’da 112 acil ambulans hizmetleri toplam 503 personel, 29 istasyon ve 76 araç ile yürütülüyordu. Günlük ortalama çağrı sayısı 2017 yılı için 1590 ve %62.9’u (n=1000) tıbbi olmayan çağrılardan oluşuyordu. Yıllık acil çağrılarının %51.3’ünü kadın vakalar oluşturmakta idi. Çağrıların vaka yaş dağılımına bakıldığında; %26.7’si 65 yaş üzeri, %59.9’u 16-65 yaş, %13.4’ü 0-15 yaş grubunda idi. Kırsal alanda %84’üne, kentsel alanda ise vakaların %98’ine zamanında ulaşılmıştı. Vakaların %83.2’si medikal, %9.7’si çeşitli aciller (trafik kazası, iş kazası, yangın, yaralanma, intihar, diğer), %6’sı ise diğer (sağlık tedbiri, protokol, başka araçla nakil vs.) şeklinde sonuçlanmıştı. Çağrıların %0.13’ünü ise asılsız ihbarlar oluşturmakta idi. Acil çağrılar ve diğer görevlerle birlikte birlikte 2017 yılında toplam 140920 araç çıkışı olmuştu. Görevlendirmelerin %4.2’sine yerinde müdahale edilmiş, %64.3’ünde olay yerinden hastaneye ya da hastaneler arası transfer yapılmıştı. Transferlerin %1.6’sı hastaneden eve şeklinde gerçekleşmişti. Ambulans görevlendirmelerinin %29.9’u ise ölüm, görev iptali, nakil reddi, olay yerinde bekleme olarak bildirilmişti.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Ambulans hizmetlerinin sunumu ve toplumların ambulans kullanım oranları yerel, sosyoekonomik ve kültürel koşullara bağlı olarak farklılık göstermekle beraber, aciliyet düzeyi düşük yaralanma veya şikayeti olan hastaların ambulansları daha sık tercih etmesi, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin verimli şekilde kullanılmasını engellemektedir. Uygunsuz acil transfer çağrıları ya da asılsız ihbarlar zaten sınırlı olan kaynakları tüketmekte; bu durum gerçek acil hastaların zaman kaybetmesine ve hastaneye ulaşımının gecikmesine neden olmaktadır. Acil sağlık hizmetlerinin kullanılması konusunda toplumun eğitim düzeyinin yükseltilmesi acil hastaların zaman kaybını önleyebilir ve kaynak israfının önüne geçilebilir.

Anahtar kelimeler: Acil ambulans hizmetleri, 112, Erzurum

SS-4: KARIN TRAVMASI İLE KLİNİĞİMİZE BAŞVURAN HASTALARIN DEMOĞRAFİK ÖZELLİKLERİ VE KLİNİK SONUÇLARIMIZ

Esra Dişçi¹, Erdem Karadeniz¹

¹Atatürk Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Abdominal travma, kafa ve ekstremitte travmasından sonra 3. sıklıkta görülür. Multitравmalı hastaların %25’inde vardır ve travma kaynaklı ölümlerin %10’undan sorumludur. %75’i künt travma şeklindedir. Dalak %60 oranında en çok etkilenen organ, bunu karaciğer ve bağırsaklar izler. Bu çalışmada kliniğimizde karın travması ile takip edilen hastaların demografik özelliklerini ve klinik sonuçlarımızı incelemeyi amaçladık.

MATERYAL METOD: Çalışma 01.01.2017 ile 01.09.2019 tarihleri arasında kliniğimiz karın travması ile başvuran ve kliniğimize yatışı yapılarak takip edilen hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, yaralanma nedeni, batin tomografi sonuçları, yapılan cerrahi girişimler ve mortalite olup olmadığı kaydedildi.

BULGULAR: Hastaların 84 ‘ü (%75,6) erkek 27 ‘si (%24,4) kadın idi. Yaş ortalaması 38,6 (17-88) idi. Hastaların yaralanma nedenleri; 39 hastada araç içi trafik kazası, 26 hastada delici kesici alet yaralanması, 15 hastada yüksekten düşme, 12 hastada ateşli silah yaralanması, 10 hastada araç dışı trafik kazası, 5 hastada iş kazası, 3 hastada hayvan tepmesi, 1 hastada evde düşme idi. Batin CT’ de 26 hastada normal tomografik bulgular, 22 hastada batında serbest mayi, 21 hastada karaciğer yaralanması, 21 hastada dalak yaralanması, 13 hastada batında serbest hava, 6 hastada böbrek yaralanması, 5 hastada perine yaralanması, 2 hastada rektum yaralanması ve 2 hastada pankreas yaralanması mevcuttu. Hastaların 56’ sı opere edilirken 55’ i takip edildi. Ameliyat edilen hastalarda 11 hastada ince bağırsak perforasyona tamiri, 10 hastaya splenektomi, 6 hastada karaciğer kanama kontrolü, 6 hastada mezenterik kanama kontrolü, 6 hastaya negatif eksplorasyon, 5 hastaya delici kesici alet girş yeri kanama kontrolü, 4 hastaya mide perforasyon tamiri, 4 hastaya kolon perforasyon tamiri, 3 hastaya diafragma tamiri ve 1 hastaya mesane perforasyon tamiri yapıldı. Mortalite 5 (%4,5) hastada görüldü. Mortalite gelişen hastaların tümünde sebep kanama ve hipovolemik şok idi.

SONUÇ: Batin travmalı hastalarda erken dönem en önemli mortalite nedeni intraabdominal kanama ve buna bağlı hipovolemik şok tablosudur. Bu nedenle batin travması olan hastaların

olay yerinden hızlı transportu, acil kliniğinde hızlı değerlendirilmesi erken cerrahi müdahale hayat kurtarıcı olabilir

SS-5: PSYCHIATRIC ASSESMENT OF A SAMPLE OF HEADACHE PATIENTS IN THE EMERGENCY UNIT WHO UNDERWENT NEUROANGIOGRAPHY

Bilge Doğan¹, Ali Yılmaz²

¹Aydın Adnan Menderes University, Department of Psychiatry, Aydın

²Aydın Adnan Menderes University, Department of Neurosurgery, Aydın

AİM: In the present study, we examined retrospectively the patients who were endicated neuroangiography after neuroimaging for headache in the emergency unit. We compared the patients with and without subarachnoid hemorrhage according to neuroangiography results with respect to some sociodemographic and clinical variables. We hypothesized that patients without a diagnosis of were more likely to have mood disorders or any anxiety disorders, and psychotropic drug use than those without subarachnoid hemorrhage

METHOD: The medical records of 194 patients who underwent neuroangiography for a diagnosis of subarachnoid hemorrhage were examined retrospectively. The patients were divided into two groups, 116 with and 78 without a diagnosis of subarachnoid hemorrhage. Two groups were compared with respect to age, gender, marital status, educational level, several systemic diseases, previous diagnoses of depression and any anxiety disorder, a history of antidepressant treatment.

RESULTS: 103 of the patients were female (53.1%) and 91 were male (46.9%). The mean age of the sample was 69,9 (± 7.4). There were no statistically significant differences between two groups in terms of age, gender, chronic systemic diseases (Diabetes Mellitus, Hypertension, coronary artery diseases, chronic obstructive pulmonary diseases), and previous antidepressant use. However, the previous diagnoses of any anxiety disorders and depression tended to be higher in the group without subarachnoid hemorrhage than in subarachnoid hemorrhage group.

CONCLUSION: In our sample 36.6% of the patients had not a diagnosis of subarachnoid hemorrhage and any other organic pathology. These patients were more likely to have a previous psychiatric diagnosis and treatment. We suggest that the patients who admitted with a primary complaint of headache should be assessed for anxiety and depression before neuroangiography.

SS-6: KARDİYO İNHİBİTÖR TİP SENKOPTA KALP HIZI DEĞİŞKENLİK PARAMETRELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Oğuzhan Ekrem Turan¹

1.Karadeniz Teknik Üniversitesi Kardiyoloji Departmanı, Trabzon, Türkiye

AMAÇ: Tilt table test (TTT) sonucu asistoli olmaksızın kardiyο-inhibitör senkop (aKİS) ve negatif olan hastaların kalp hızı değışkenlik parametrelerini karşılaştırmak.

METOD: Karadeniz Teknik Üniversitesi acil servisine senkop ya da presenkop şikayeti ile başvuran ve sonraki tetkiklerinde TTT ve ambulatuvar 24 saat ritm holter monitorizasyonu yapılan ve yapısal kalp hastalığı olmayan hastalar çalışmaya dahil edildi. İki grup oluşturuldu; birincisi TTT sonucu aKİS olan, ikincisi aKİS hastaları ile demografik ve yaş özellikleri birebir uyuşan negatif TTT sonucu olan hastalar. Bu iki grup arasında kalp hızı değışkenlik parametreleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: 12 aKİS hastasının TTT’de 2’sinde spontan, 4’ünde sublingual nitrogliserin provokasyonu ile tam senkop, 6’sında ise presenkop gözlendi. Kalp üzerindeki sempatik ve parasempatik denge hakkında bilgi veren kalp hızı değışkenlik parametrelerinden; SDNN index, SDANN index, Rmssd, pNN50 değerlerinde her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

SONUÇ: Asistolil olmaksızın kardiyο-inhibitör senkop sempatik veya parasempatik sisteminin kalp üzerine etkisinden bağımsız şekilde gelişmektedir.

SS-7: ACİL SERVİSE BAŞVURAN ST ELEVASYONLU MİYOKART İNFARKTÜSÜ HASTALARINDA BAZAL NÖTROFİL LENFOSİT ORANININ TROPONİN DÜZEYLERİNDEKİ DEĞİŞİM İLE İLİŞKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Kamuran Kalkan ¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardioloji Kliniği, Erzurum

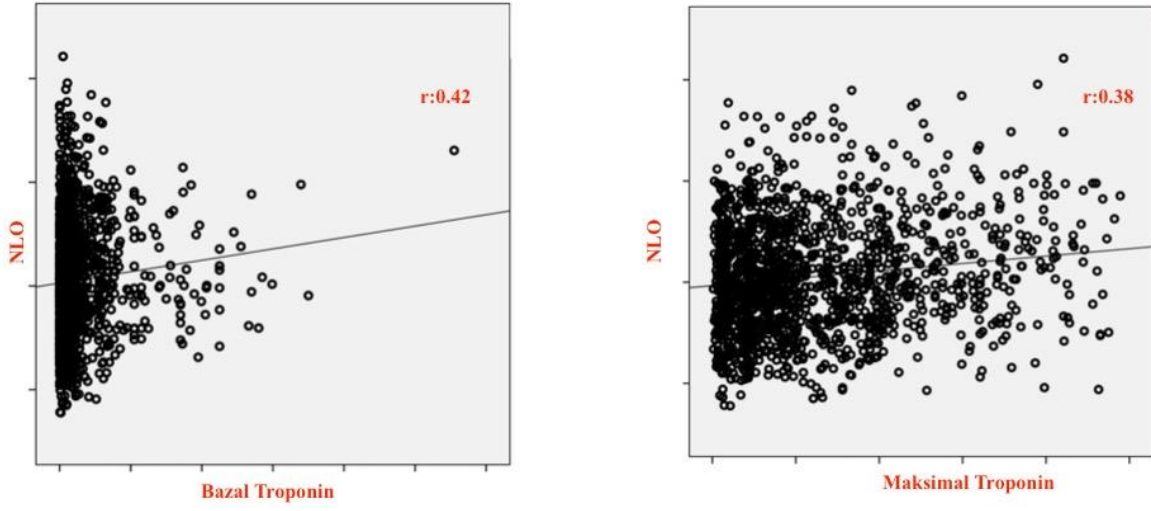
AMAÇ: St Elevasyonlu Miyokart İnfarktüsü (STEMİ) hastalarında koroner arterdeki plakta meydana gelen değişim sonucu koroner arterin total tıkanması sonucu oluşur ve mortalite ve morbiditesi yüksek bir durumdur. Bu hastalarda artmış inflamatuvar reaksiyon vardır ve troponin düzeylerinde iskemi ve infarkt ile birlikte artış gözükür. Bununla birlikte inflamatuvar durumun troponin düzeyi ile ilişkisi belli değildir. Biz bu çalışmada nötrofil lenfosit oranının (NLO) troponin düzeyleri ile ilişkisini araştırdık.

METOT: Çalışmaya 2015-2019 yıllarında STEMI tanısı ile başvuran hastalar alınmıştır. Hastaların bazal kayıtları incelenmiş ve NLO hesaplanmıştır. Sonrasında NLO ile troponin düzeyleri arasında ki korelasyon incelenmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya 2340 hasta alınmıştır. Hastaların bazal yaş ortalaması 64 ve %69 u erkekti. Hastaların %42si anterior Mİ ile presente olurken %58 inde inferior Mİ ile presente olmuştu. NLO ile hem bazal (Resim-1A) hemde maksimal (Resim-1B) troponin düzeyleri arasında orta düzeyde pozitif korelasyon mevcuttu.

TARTIŞMA: İnflamasyon STEMI gelişiminde ve hastalık prognozunda kritik role sahiptir. Bu hastalarda inflamatuvar durumun erken dönemden bilinmesi troponin düzeyindeki değişimler hakkında bilgi verebilir.

Anahtar kelimeler: St Elevasyonlu Miyokart İnfarktüsü, İnflamasyon, Nötrofil lenfosit oranı



Resim 1a-b . Bazal ve maksimal troponin düzeyleri ile nötrofil lenfosit oranı arasındaki ilişkiyi saçılım grafiği.

SS-8: EL YARALANMALARINDA DENEYİMLERİMİZ: SON BİR YILDA ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hakan Çinal¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,Erzurum

AMAÇ: El kemik, tendon, damar ve sinir yapıları ile çok karmaşık duysal ve fonksiyonel bir ünedir¹. Bu nedenle el yaralanmaları cerrahi onarımdan sonra uzun süreli fizik tedavi ve rehabilitasyon gerektirmektedir. Özellikle tarım ve sanayi bölgelerinde el travmaları sık olmaktadır. Dolayısıyla el yaralanmaları hakkında daha fazla çalışmaya ve veriye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada son bir yılda Acil Servise el yaralanması şikâyeti ile başvuran ve Kliniğimiz tarafından değerlendirilen hastaların verilerini derlemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamızda Eylül 2018-2019 tarihleri arasında el yaralanması şikâyeti ile Acil Servise başvuran ve Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği tarafından değerlendirilen hastaların, yaralanma nedenlerini, türlerini, demografik özelliklerini geriye dönük olarak inceledik. Çalışmada hasta dosyalarından, ameliyat notlarından ve fotoğraflardan hastalara ait bilgiler elde edildi.

BULGULAR: Bir yıllık süre içerisinde başvuran 182 hastanın 136 (%74.7)'sı erkek, 46 (%25.3)'sı kadındı. Olguların yaşları 1-94 arasında değişmekte olup ortalaması 27.8'di. 57 hasta (% 31.3) pediatrik ve genç erişkin (0-18 yaş), 108 hasta (%59.3) yetişkin ve 17 hasta (% 9.4) geriatric yaş grubundaydı. Hastaların %48.6'sında sağ el, %47.7'sinde sol el, %3.7'sinde bilateral yaralanma mevcuttu. 51 hasta (%28.1) iş kazası, 41 hasta (% 22.6) tarım makinesi, 35 hasta (% 19.2) elektrikli veya mekanik el aleti, 28 hasta (% 15.4) sıkışma ve ağır cisim düşme, 14 hasta (% 7.6) yanma-donma, 6 hasta (% 3.3) hayvan saldırısı, 5 hasta (% 2.7) trafik kazası ve 2 hasta (% 1.1) ateşli silah nedeni ile yaralandı. Yetişkinlerde en sık iş kazaları ve tarıma bağlı kazalar olurken, çocuk ve kadınlarda ev kazaları sonucu el yaralanması oluştu. El yaralanması ile başvuran hastaların % 69.3'ünde tendon yaralanması olduğu görüldü. 54 hastada (% 29.7) parmak amputasyonu, bir hastada (% 0.5) metakarp seviyesinden amputasyon, 43 hastada (% 23.6) fraktür ve dislokasyon, 33 (% 18.1) hastada sinir, 21 hastada (% 11.5) ulnar-radial arter yaralanması vardı. Yanık Ünite'mize yatırdığımız 14 hastada da (% 7.6) el donması-yanığı mevcuttu. El yaralanması nedeni ile başvuran hastaların 36'sına (% 19.8) doku defekti tanısı ile rekonstrüksiyon ameliyatı yapıldı. Hastalar en sık yaz aylarında başvurdu.

SONUÇ: Çalışmamıza göre, el yaralanmaları bebeklikten ileri yaşlara kadar her yaşta görülebilen yaralanmalardan olup, sonrasında oluşan deformiteler kişinin günlük yaşam kalitesini bozar ve işgücü kaybına neden olur. Elde tendon, sinir, damar, kemik gibi yapıları açıkta bırakan doku defektlerinin onarımı lokal fleplerin sınırlı olması nedeniyle genelde sorunludur.² Bu defektlerin onarımı ileri mikrocerrahi tekniklerin uygulanmasını gerektirmekte olup her şeye rağmen ciddi sekeller ile sonuçlanabilmektedir. Ayrıca cerrahi sonrası uzun ve zahmetli fizik tedavi ve rehabilitasyon da gerekmektedir. İş kazalarına bağlı el yaralanmaları, diğer yaralanmalardan daha ciddi, hastanın işe dönüş süresini daha çok geciktiren ve daha fazla ekonomik kayba yol açan yaralanmalardır.³ El yaralanmalarının çoğunun dikkatsizlik ve basit tedbirlerin alınmaması nedeni ile iş-tarım-ev kazaları sonucu meydana geldiği sonucuna vardık.

Kaynakça:

1. O'Sullivan ME, Colville J. The economic impact of hand injuries. *J Hand Surg.* 1993;18:395-398.
2. Karasoy A, Sakinsel A, Gözü A, Kuran İ, Baş L. Our experiences in emergency hand injuries. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surg.* 1998; 4(4):265-269.
3. Gideroğlu K, Sağlam İ, Çakıcı H, Özturan KE, Güven M, Görgü M. Epidemiology of the hand injuries in Bolu region: a retrospective clinical study. *Abant Medical Journal.* 2012; 1(1):13-15.

SS-9: BİR TIP DERGİSİNDEKİ 2016-2018 YILLARI ARASINDA YAYINLANAN MAKALELERİN YÖNTEMSEL VE İSTATİSTİKSEL AÇIDAN İNCELENMESİ: AMERICAN JOURNAL OF EMERGENCY MEDICINE

Kamber Kaşalı¹, Erdal Tekin², Atıf Bayramoğlu³

1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilimi Anabilim Dalı

2. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

3. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi

GİRİŞ VE AMAÇ: Akademik disiplinlerin gelişimi sahip oldukları literatür ile yakından ilişkilidir. Son yıllarda bütün akademik alanlara ilişkin olarak literatür incelemelerinin arttığı görülmektedir. Literatür incelemelerinde bir alana ait gelişmeleri ortaya koymada kesitsel çalışmaların yapılması yaygındır. Çalışmaların amaçlarına ulaşabilmesi için istatistik biliminden yararlanır. İstatistik matematiğin bilimsel araştırmalara uyarlanışından doğmuştur. Çalışmanın tasarlanması aşamasında istatistiksel bilgidен faydalanılması gerekmektedir. Çalışmaların bulgularının değerlendirilmesinde istatistiksel değerlendirme yapılır. Bu çalışmanın amacı acil tıp alanında yapılan makalelerde ne tür araştırmaların yapıldığını ve en sık kullanılan istatistiksel yöntem ve testleri belirlemektir.

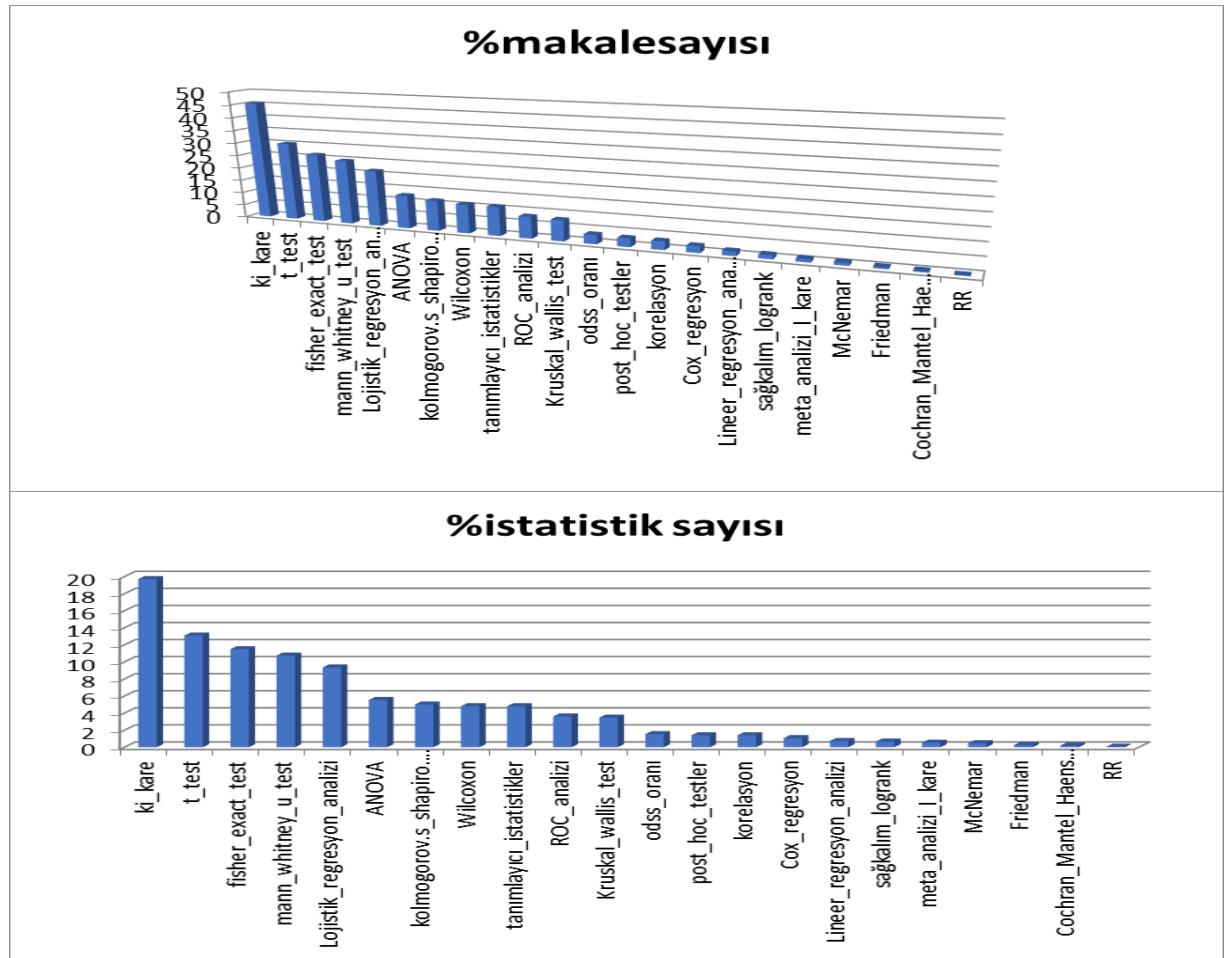
METOD: Bu amacı gerçekleştirmek için American Journal of Emergency Medicine (AJEM) dergisinin 2016-2018 yılları arasında yayınlanan 648 makale incelenmiştir. İncelenen makaleler 9 farklı alt boyut da değerlendirilmiştir. Bu boyutlar aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

1. Çalışmanın türü,
2. Çalışmanın izlem tipi(retrospektif-prospektif),
3. Çalışmanın tipi(deneysel-kesitsel-gözlemsel),
4. Randomizasyon yapılmış mı,
5. Tek merkezli mi çok merkezli mi,
6. Körleme yapılmış mı,
7. Çalışmada istatistik yapılmış mı,
8. Kullanılan istatistiksel yöntemden bahsedilmiş mi,
9. Kullanılan istatistiksel yöntemin adı yazılmış mı.

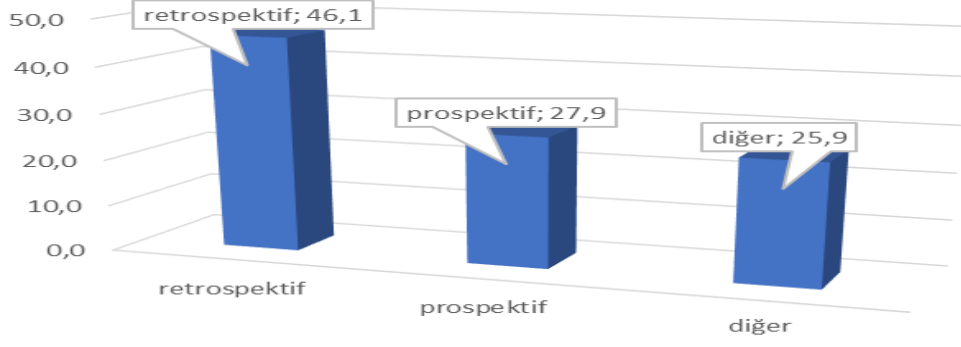
BULGULAR: AJEM de yayınlanan makalelerin %96,1’de kullanılan istatistiksel yöntemden bahsedilmiştir. Çalışma kapsamında incelenen makalelerin %45,5 ki-kare testi, %30,25 t-testi, %26,5 fisher exact test ve mann whitney u testi %24,8 düzeyinde kullanıldığı hesaplanmıştır. Diğer analiz sonuçları tablo 1, şekil 1,2,3’te verilmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ: İncelediğimiz her araştırmada istatistiksel çalışma yapılmışken, %3.9 çalışmada yapılan istatistik analiz yöntemi belirtilmemiştir. En sık kullanılan istatistiksel yöntem ki-kare testi olup, t test ve diğer parametrik testlerden daha sık kullanılmıştır. Çalışmaların %64.8’inde yapılan çalışma türü belirtilmemişken. En sık belirtilen çalışma yöntemi % 13.3 ile kohort olmuştur. Sonuç olarak makalelerin istatistiksel analizlerinde belirli bir sistematığın takip edilmediği, birçok çalışmada çalışma tipinin, istatistiksel analiz yöntemlerinin belirtilmediği tespit edilmiştir.

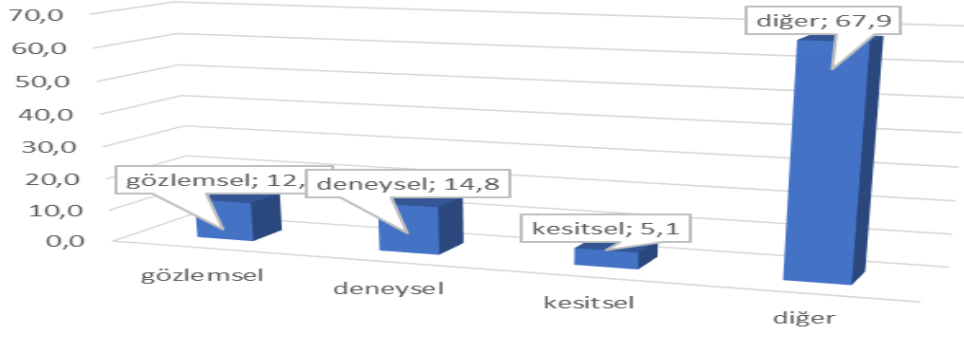
Anahtar kelimeler: American Journal of Emergency Medicine, Biyoistatistik, Parametrik test



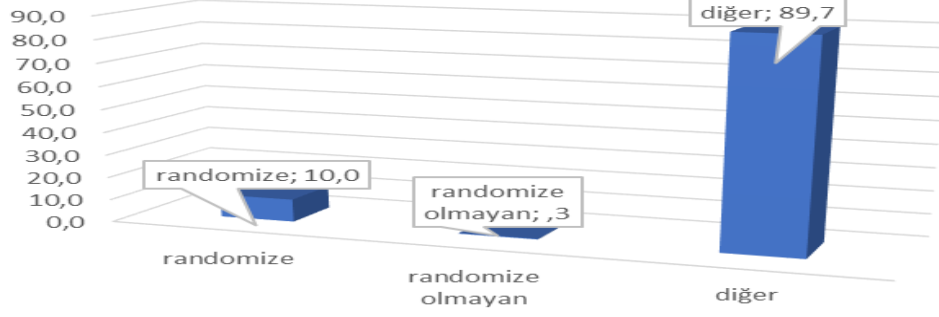
izlem_tipi



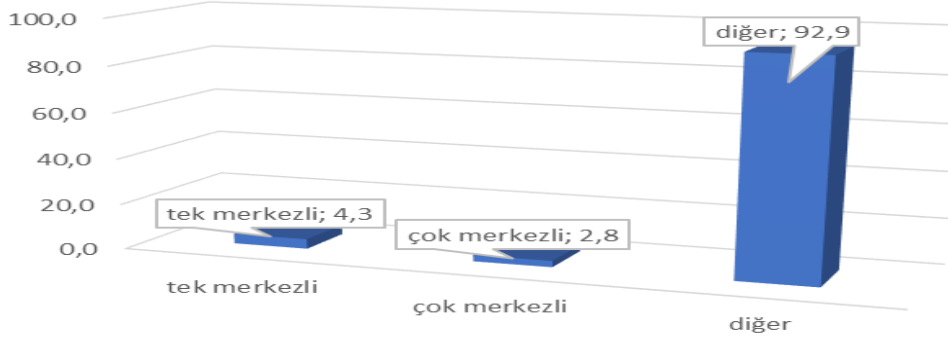
çalışma_tipi



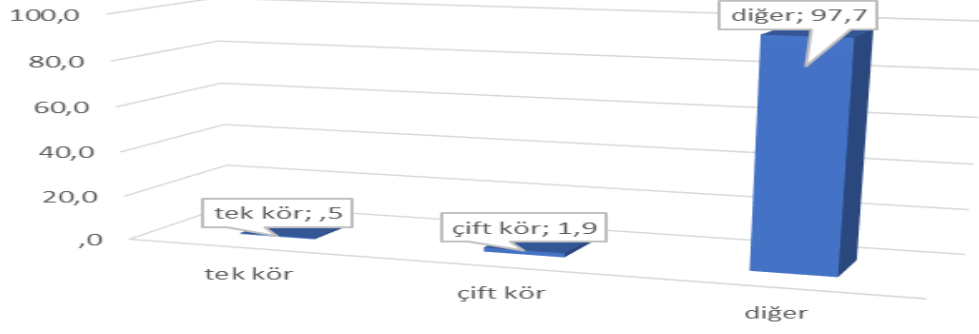
randomizasyon



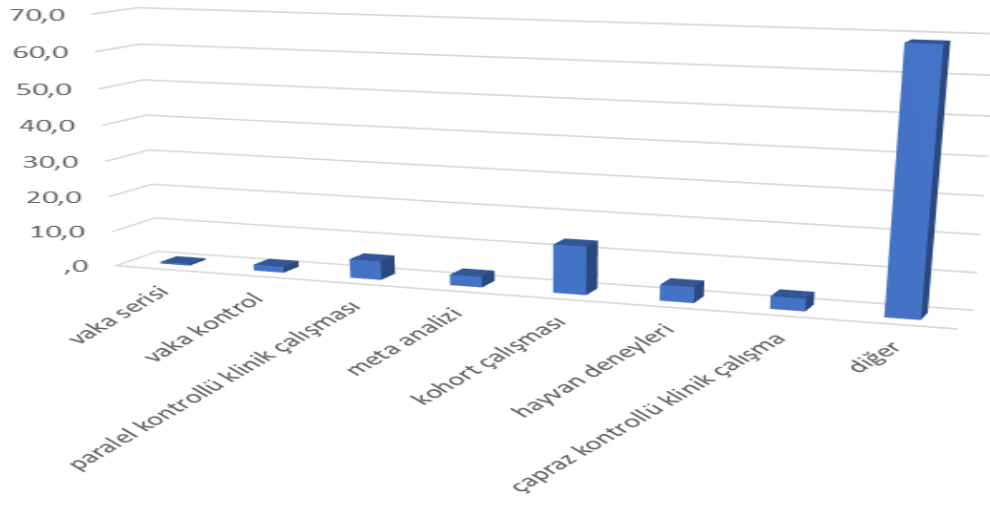
çalışma merkezi



körleme



çalışma türü



SS-10: ÜRETRAL TRAVMALI HASTAYA ACİL YAKLAŞIM

İbrahim KARABULUT¹

1.Erzurm Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

GİRİŞ:Biz bu çalışmamızda acil servis kliniğimize travma nedeni ile başvuran ve üretra yaralanması tespit ettiğimiz hastalarda retrograd üretrografi etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

BULGULAR:Temmuz 2018-Temmuz 2019 tarihleri arasında acil servis kliniğimizde travma nedeni ile başvuran ve üretra yaralanması tespit ettiğimiz 15 hastanın verileri geriye doğru incelendi. 10 hastada ata biner tarzda yüksekten düşme iken 5 hastada araç içi trafik kazasına bağlı kemik pelvis fraktürü etiyolojik sebep olarak gözlendi. Hastalar hemodinamik (hb. TA) açıdan değerlendirildikten sonra hemodinamsi stabil olan ve üretroraji gözlenen, idrar yapamayan, ve /veya TU sonda konulamayan hastalara retrograd üretrografi (RUG) çekildi. Üretradan opak madde geçişi olmayan(komplet) ya da kısmen geçiş(parsiyel) olan hastalara üretra yaralanması tanısı konuldu. Parsiyel üretra rüptürü tanısı konan 11 hastanın üretralarına bol lübrikain jel enjekte edildikten sonra TU sonda konuldu. Parsiyel rüptürü olan hasların tamamında TU sonda geçtiği gözlendi ve hastalara 3 hafta sonra kontrol üretrografi planlandı. Komplet üretra rüptür olan 4 hastaya ise ultrasonografi eşliğinde perkütan sistofiks konuldu. Hastalara 12 hafta sonrasına geciktirilmiş primer üretroplasti planlandı.

SONUÇ:Acil servis kliniklerimize travma nedeni ile başvuran özellikle travma etiyolojisinde pelvik kemik fraktürü ve/veya ata biner tarzda düşme olan hastalarda üretra yaralanması sık görülmektedir. Bu grup hastalarda üretroraji, idrar yapamama, pelvik bölgede ağrı ve/veya disüri görülmesi durumunda herhangi bir üretral kataterizasyon öncesi çekilecek RUG üretra yapısını hakkında bilgi verceği gibi parsiyel rüptürlerinde komplet hale gelmesini önleyecektir. Kolay uygulanabilirliği deneyim gerektirmemesi nedeni ile acil servis kliniklerimizde üretra yaralanması şüphesi olan hastalarda RUG'nin tedavi yönetimi ve komplikasyonları önleme açısından faydalı olacağı kanaatindeyiz.

SS-11: ACİL SERVİSE BAŞVURAN BESİN ZEHİRLENMELERİNİN ANALİZİ

Erdal Tekin¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: Besin zehirlenmesi nedeniyle acil servise başvuran hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerini tanımlamayı amaçladık.

MATERYAL METOD: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'na besin zehirlenmesi nedeniyle toplu olarak başvuran hastaların yaş, cinsiyet, meslek, başvuru zamanı, şikayetleri, laboratuvar değerleri ve verilen tedavi açısından retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya toplamda 63 hasta alındı ve hepsi erkek idi. İşyerinde yedikleri tavuk yemeğinden zehirlenen hastaların %49,2'si bulantı kusma ile acil servise başvurmuştur. Hastaların yaş ortalaması 39,1±11,2 (19-59) idi. Hastaların acil servisteki tedavileri ve izlemlerinden sonra hepsi taburcu edilmiştir.

SONUÇ: Besin zehirlenmesine bağlı salgınların azaltılması için halka açık ve toplu tüketimin olduğu işyerlerinde gıda hizmeti sunan çalışanların gıda hijyeni konusunda gerekli eğitimlerin ve denetimlerin yapılması çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, Besin zehirlenmesi, Bulantı

ABSTRACT

Analysis of Food Poisoning Presenting to Emergency Department

Objective: We aimed to describe the socio-demographic and clinical characteristics of patients presenting to the emergency department for food poisoning.

Material Method: The age, sex, occupation, time of application, complaints, laboratory values and treatment of patients admitted to the Department of Emergency Medicine of Atatürk University School of Medicine were evaluated retrospectively.

Results: A total of 63 patients were included in the study and all were male. 49.2% of those poisoning the chickens in the workplace applied to the emergency department with nausea and

vomiting. The mean age of the patients was 39.1 ± 11.2 (19-59) years. All patients were discharged after treatment and follow-up in the emergency department.

Conclusion: In order to reduce the outbreaks due to food poisoning, it is very important to provide the necessary trainings and inspections on food hygiene of food service employees in public and collective consumption establishments.

Keywords: Emergency department, Food poisoning, Nausea

GİRİŞ

Herhangi bir madde küçük bir miktarda bile solunduğunda, sindirildiğinde, emildiğinde ya da damar yolundan alındığında vücuda zarar veren ve vücut fonksiyonlarını bozan maddeye zehir, olaya ise zehirlenme denmektedir. İnsanlık tarihi kadar eski olan zehirlenmeler literatürde ilk kez M.Ö. 1230 yılında ölümcül olan maddelerden hazırlanan iksir olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Besin zehirlenmesi ise kontamine olmuş gıda ya da suyun tüketilmesiyle meydana gelen hastalıklara denilmektedir (2, 3). Besin zehirlenmeleri genellikle besin alımında sonra ani başlangıçlı, ortak nedenden dolayı ve birçok kişide birden ortaya çıkar. Besin zehirlenmeleri bakteri, virüs ve parazitlere bağlı, bakteri enterotoksinlerine veya kimyasal maddelere bağlı olarak meydana gelmektedir. Yapılan çalışmalarda besin zehirlenmelerinden 27 patojenin sorumlu olduğu görülmüştür (4). Zehirlenmelerin %63'ünü bakteriler oluştururken, %24'ünü kimyasal, %10'unu parazitler ve %3'ünü virüsler oluşturmaktadır (2).

Besin zehirlenmeleri farklı semptom ve bulgularla karşımıza çıkabilmektedir. Besin zehirlenmesine neden olan patojenlere bağlı olarak hafif bulantıdan, karın ağrısına, kusmaya, nörolojik değişikliklere hatta ölüme bile neden olabilmektedir (5). Genellikle yaz aylarında karşımıza çıkan besin zehirlenmeleri ülkemizin önemli bir halk sağlığı sorunudur. Aslında gelişmiş ülkelerde de tablo aynı şekildedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık altı kişiden biri besinlerden dolayı hastalanmaktadır (6). Gerekli önlemler alınmadığı takdirde besin zehirlenmeleri çok geniş kitleleri etkileyebilmektedir. Özellikle aynı yemekten veya sudan içen kişilerde bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal veya nörolojik bulgular ortaya çıktığında gıda kaynaklı salgından şüphelenilmelidir (7).

Besin zehirlenmelerinde en önemli etken gıdaların ve suyun hijyenik olmayan koşullarda hazırlanması ve saklanması aşamalarındaki hatalardır (4). Özellikle topluca tüketilecek olan gıdaların hazırlanması, depolanması, taşınması ve tüketiciye sunulması aşamasında bu hatalar ve

riskler en aza indirilmelidir. Bu çalışmada da toplu yerde yenilen yemekten sonra meydana gelen besin zehirlenmesi olgularını sunmayı amaçladık.

MATERYAL METOD

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'na besin zehirlenmesi nedeniyle başvuran hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, meslek, yaşadığı yer, acile başvuru nedeni, zehirlenme nedeni, vital bulguları, laboratuvar verileri, verilen tedaviler ve hastaların sonlanımları kaydedildi. SPSS 25 Statistics sürümü (IBM Corporation, New York, NY, ABD) yazılım paketi kullanılarak kaydedilen verilerin istatistiksel analizi yapıldı. Veriler ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, yüzde ve sayı olarak sunuldu.

BULGULAR

Bu çalışma işyerindeki öğle yemeğinde tavuk yemeği yemeleri sonrasında çeşitli gastrointestinal semptomlarla acil servise başvuran 63 hastadan oluşmaktadır. Bu hastaların tamamının cinsiyeti erkekti ve işçi olarak çalışmakta idi. Acil servise başvuru şikayetleri incelendiğinde en sık bulantı kusma (n=31, %49,2) ile acile başvurdıkları görülmektedir. Bunu %19 (n=12) ile karın ağrısı izlemektedir. Hastaların %82,5'i (n=52) kentsel alanda yaşamaktadır ve %100'ü (n=63) acil servisteki tedavileri ile izlemlerinden sonra taburcu edilmiştir (Tablo 1).

Hastaların laboratuvar bulguları analiz edildiğinde; hastaların %93,7'sinin (n=59) WBC'sinin, %96,8'nin (n=61) Hgb'in, %93,7'sinin (n=59) ALT'nin, %98,4'nün (n=62) AST'sinin normal aralıkta olduğu ve %100'nün (n=63) gaita örneğinde üreme olmadığı olduğu tespit edilmiştir. Bütün hastalara verilen semptomatik tedavi sonrası şikayetleri geriledi ve acil servisteki müşaadeleri sonrası herhangi bir şikayeti ve fizik muayene bulguları olmayan hastalar önerilerle taburcu edildi (Tablo 2).

Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 39,1 idi. WBC: 7,6; Hgb:16,1; ALT:24,9 iken AST:30,4 idi. Vital bulguları ise TA: 118,3/79,4; nabız:84,4; solunum sayısı:15; ateş:36,5; saturasyon.95,8 idi (Tablo 3).

Tablo1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	63	100
Kadın	0	0
Mesleği		
İşçi	63	100
Zehirlenme Nedeni		
Tavuk yeme	63	100
Hastanın Şikayeti		
Bulantı, Kusma	31	49,2
Karın ağrısı	12	19
Kusma	8	12,7
Bulantı	5	7,9
Halsizlik	4	6,3
İshal	3	4,8
Yaşadığı yer		
Kentsel	52	82,5
Kırsal	11	17,5
Hastanın sonlanımı		
Taburcu	63	100
Yatış	0	0

Tablo 2. Hastaların Laboratuvar Bulguları

	n	%
WBC (10³/µL)		
≤10,8	59	93,7
>10,8	4	6,3
Hgb (g/dL)		
≤18,3	61	96,8
>18,3	2	3,2
ALT (U/L)		
≤50	59	93,7
>50	4	6,3
AST(U/L)		
≤50	62	98,4
>50	1	1,6
Gaita Örneği		
Üreme (-)	63	100
Üreme (+)	0	0

Tablo 3. Hastaların Yaş, Laboratuvar ve Vital Bulguları

	Ortalama±SD (Min-Max)
Yaş	39,1±11,2 (19-59)
WBC	7,6±2,2 (4,5-18,3)
Hgb	16,1±1,7 (11-76)
ALT	24,9±13,2 (11-76)
AST	30,4±8,5 (17-60)
Sistolik TA	118,3±6,1 (110-142)
Diastolik TA	79,4±5,7 (68-100)
Nabız	84,4±8,7 (67-111)
Solunum sayısı	15±2,1 (12-20)
Ateş	36,5±0,2 (36-37)
Saturasyon	95,8±2,3 (88-99)

TARTIŞMA

Besin zehirlenmeleri genellikle yaz aylarında ve toplu tüketimin olduğu okul, yurt, hastane, düğün organizasyonları ile işyerlerinde görülmektedir. Semptomların ortaya çıkma süresi etkene göre değişmekle birlikte salgınlar genellikle yemeklerden iki saat sonra ortaya çıkmakta ve toplu bir şekilde hastanelere başvurular yapılmaktadır (8). Bu çalışmada da işyerinde tavuk yemeği yedikten 2-3 saat sonra bulantı, kusma, halsizlik, karın ağrısı ve ishal şikayetleriyle 63 kişi hastaneye başvurmuştur.

Aji DY'nin yaptığı çalışmada besin zehirlenmelerinin %53,4'nün et ürünlerinden kaynaklandığını tespit etmiştir. Ayrıca %27,3'nün süt ürünlerine, %5,5'nin mantar ve %13,8'nin diğer besinler oluşturmaktadır (2). Şenses Ş ve ark yaptıkları çalışmada ise 79 tane hazır gıdadan 18'inde uygunsuz patojenlerin olduğu ve bunların 12 tanesinde B. cereus ürettiği bulunmuştur. Bu uygunsuz patojenlerin sıklıkla et ve sebze yemeklerinde, makarna, pilav ve mezelerde tespit edildiği vurgulanmıştır (9). Urazel B. ve ark yaptığı çalışmada ise besin zehirlenmesinin en sık (%38,6) tavuk ürünlerinin tüketimine bağlı olduğu bulunmuştur (10). Bizim çalışmamızda ise etkene yönelik incelemeler yapılmamış olup işyerinde tavuk yemeği yemeyen 4 kişide salgın olmaması üzerine bütün vakaların tavuk yemeğine bağlı olduğu varsayılmıştır. Genellikle hayvansal gıdalarda sebze ve meyveye göre daha az patojenlere rastlanılsa da çiğ tüketilen bu meyve ve sebzelerin doğranması esnasında hayvansal gıdaların kontamine olduğu varsayılmaktadır (4).

Besin zehirlenmeleri sık görülmekle birlikte yapılan bazı çalışmalarda ikinci bazı çalışmalarda ise üçüncü en sık zehirlenme nedeni olarak belirtilmektedir (1,11). Besin zehirlenmelerinde sıklıkla ishal ve karın ağrısı daha sık olduğu söylenmekle birlikte bizim çalışmamızda en sık bulantı kusma görüldü.

SONUÇ

Besin zehirlenmesine bağlı salgınların azaltılması için gıda sektöründe çalışanların gıda hijyeni, sanitasyonu ve saklama şartları konusunda bilinçlendirilmesi önem arz eder. Halka açık ve toplu tüketimin yapıldığı işyerlerinde gıda hijyeni açısından denetimlerin daha sık yapılması gerekmektedir. Özellikle yaz aylarında su kaynaklarının gerekli kontrollerinin yapılması gerekmektedir. Ayrıca halka yönelikte gıda hijyeni hakkında eğitimlerin verilmesi ve bilgilendirici kamu spotlarının hazırlanması da gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yeşil O, Akoğlu H, Onur Ö ve Güneysel Ö. Acil servise başvuran zehirlenme olgularının geriye dönük analizi. *Marmara Medical Journal*. 2008;21(1):026-032.
2. Aji DY. Yaz ishalleri - Besin zehirlenmeleri sempozyumu. 8 - 9 Haziran 1998, İstanbul, s. 153-162.
3. Küçükçetin A, Milci S. *Staphylococcus aureus* ile kontamine olan peynirlerden kaynaklanan gıda zehirlenmeleri. *Gıda Derg*. 2008; 33(3): 129-35.
4. Terzi Ö, Özdemir Ş, ve Selçuk MY. Bir hastane yemekhanesinde yaşanan gıda zehirlenmesinin incelenmesi. *Türk Hij Den Biyol Derg*. 2018;75(3): 277-86.
5. Hampikyan H, Ulusoy B, Bingöl EB, Çolak H, Akhan M. İstanbul'da tüketime sunulan bazı ızgara tipi gıdalar ile salata ve mezelerin mikrobiyolojik kalitelerinin belirlenmesi. *Türk Mikrobiyol Cem Derg*. 2008; 38 (2): 87-94.
6. *Bad Bug Book*. Erişim adresi : <https://www.fda.gov/downloads/food/foodborneillnesscontaminants/ucm297627.pdf>
7. Dorman V, Aslan S, Ceylan A, Nacar Küçük S, Günel A, Sarı H ve ark. Aynı fabrikadan yemek alan iki inşaat firması işçilerinde meydana gelen toplu besin zehirlenmesi. *Dicle Tıp Derg*. 2010; 37 (3): 248-53.
8. Heymann DL. *Control of Communicable Diseases Manual*. 19th ed. Washington: American Public Health Association. 2008; 239-50.
9. Şenses Ş, Sarı H, Ertaş S, Berberoğlu U, Cesaretli Y, Irmak H. Tüketime sunulan çeşitli hazır yemek ürünlerinin mikrobiyolojik kalitesinin belirlenmesi. *Türk Hij Den Biyol Derg*. 2015; 72(3): 199-208.
10. Urazel B, Çelikel A, Karbeyaz K, Akkaya H. Gıda zehirlenmesine bağlı rapor düzenlenen adli olguların değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2014; 41 (1): 113-17.
11. Ok G, Erbüyük K, Mirzai T, Vatansever D, Tok D. Acil servise başvuran zehirlenme olgularının retrospektif olarak incelenmesi. *Toksikoloji Dergisi* 2006;4:5-9.

SS-12: ACİL SERVİSE RENAL KOLİK ÖN TANISIYLA BAŞVURAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Abdullah Erdoğan¹

¹Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

GİRİŞ: Renal kolik, şiddetli ağrı sebebiyle tüm dünyada milyonlarca acil servis başvurusunun sebebidir. Acil servislerde tanı ve tedavisi yapılan en sık ve en ağırlı ürolojik acil durumdur. Renal kolik ile başvuran hastalarda akut ağrının etkili yönetimi ana beklentidir. Ayrıca akut apandisit, kolelitiazis, pyelonefrit, over kist torsiyonu, lomber disk hernisi gibi hastalıklar ile abdominal aort anevrizması, aort diseksiyonu ve renal infarkt gibi durumlardan ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Çalışmamızda acil servise başvuran hastalardan renal kolik ön tanısı alanların demografik özelliklerini, tanıya yönelik yapılan incelemeleri ve ilk tedavi sonrasında üroloji polikliniğine başvurma oranlarını araştırdık.

MATERYAL METOD: Hastanemiz acil servisine Ocak 2019 ile Eylül 2019 tarihleri arasında başvuran ve renal kolik ön tanısı bulunan 18 yaş üzerindeki 1.434 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalardan istenen tahliller ve görüntüleme yöntemleri tarandı. Ürolitiazis tanısı alanlar ve non ürolojik patoloji tespit edilenler incelendi. Acil servisteki tedavi bitiminden sonra 1 ay içerisinde üroloji polikliniğine yapılan başvurular değerlendirildi ve hastaların son tedavi süreçleri incelendi.

BULGULAR: Başvuran 1434 hastanın 879' u erkek, 555' i kadın ve yaş ortalaması 40.6 ± 15.4 olarak saptandı. 1257 hastaya tam idrar tahlili, 188 hastaya Direkt Üriner Sistem Grafisi, 222 hastaya Ayakta Direkt Batın Grafisi, 30 hastaya üriner sistem ultrasonografisi, 3 hastaya abdomen ultrasonografisi, 108 hastaya kontrastsız abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) istenmiş. 325 hastada mikroskobik hematüri, 124 hastada idrar yolu enfeksiyonu tespit edilmiş. BT istenen 108 hastanın 62' sinde üriner sistemde taş ile uyumlu opasite izlenmiş olup bu 62 hastanın 5'inde piyonefroz, 3'ünde soliter böbrek mevcudiyeti nedeniyle acil ürolojik girişim planlanmış. 8 hastada kolelitiazis, 3 hastada over kisti, 2 hastada akut apandisit lehine bulgu saptanmış. 1434 hastanın 286' sı 1 ay içinde üroloji polikliniğine başvurmuş, bununla birlikte BT de opasite tespit edilen 62 hastanın 52' si acil servisteki tedavisinden sonra üroloji polikliniğine başvurmuş.

SONUÇ: Renal kolik, hastaların acil servise başvurmasına sebep olan şiddetli ağrılardandır. Lomber bölgede ağrı sebebiyle acil servise başvuran hastaların ayırıcı tanısında ilk düşünülmesi gereken durumlardan birisidir. Uygun değerlendirmeler ve ağrı palyasyonu sonrasında üriner sistem patolojisi düşünülen hastalar takip ve tedavilerinin devamı için üroloji polikliniğine yönlendirilmelidir.

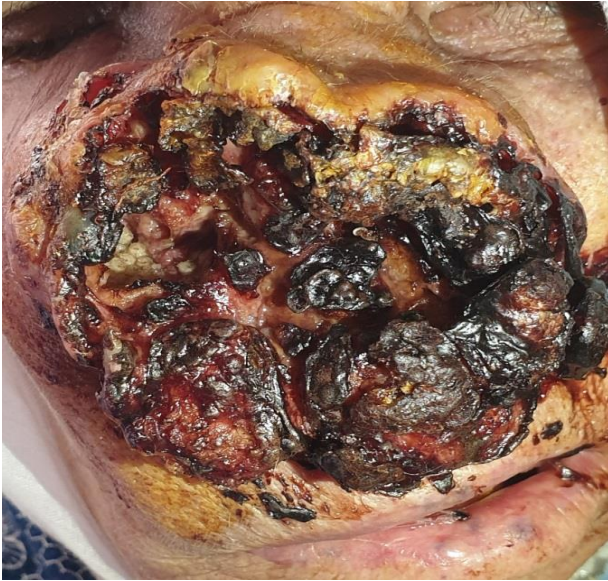
SS-13: ACİL SERVİSTE MİYAZİS: ÜÇ VAKA SUNUMU

Mehtap GÜRGER¹ , Metin ATEŞÇELİK¹ ,Evrin GÜL¹

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı,Elazığ

GİRİŞ: Miyazis diptera genusuna ait sinek larva veya yumurtalarının vücut sıvıları, canlı veya nekrotik dokulara yerleşmesi sonucu oluşan infestasyonlardır. Larvaların yerleşim yerine göre; kütanöz, vücut boşlukları miyazisi (oral, nazal, otomiyazis, intestinal veya üro-genital) ve oküler olmak üzere üçe ayrılabilir. Sıklıkla tropikal ve subtropikal bölgelerde, özellikle hayvanlar ile yakın temasın olduğu kırsal kesimlerde görülmektedir. Ancak kötü hijyen koşulları, düşük sosyoekonomik seviye, genel durum bozukluğu, ileri yaş, öz bakım sorunları, bağışıklık sisteminin baskılanması, damarsal bozukluklar ve diyabet gibi durumlar miyazis gelişimi için en önemli risk faktörleridir. Ülkemizde miyazis en fazla yaz ve sonbahar mevsiminde görülmektedir. Biz acil servise (AS) altta yatan kanser hastalığına bağlı ciltteki açık yarasında miyazis gelişen üç vakayı sunduk.

Vaka 1: 79 yaşında bayan hastanın burun bölgesinde skuamöz hücreli karsinom nedeni ile açık yarası mevcut olup iki gün öncesinde farkedilen kurtlanma nedeni ile AS'e getirildi (Resim 1). Açık yarada bulunan kurtlar mekanik olarak temizlenip yaradaki nekrotik dokular debride edildi. Cerrahi olarak operasyon düşünülmeyen hasta taburcu edildi.

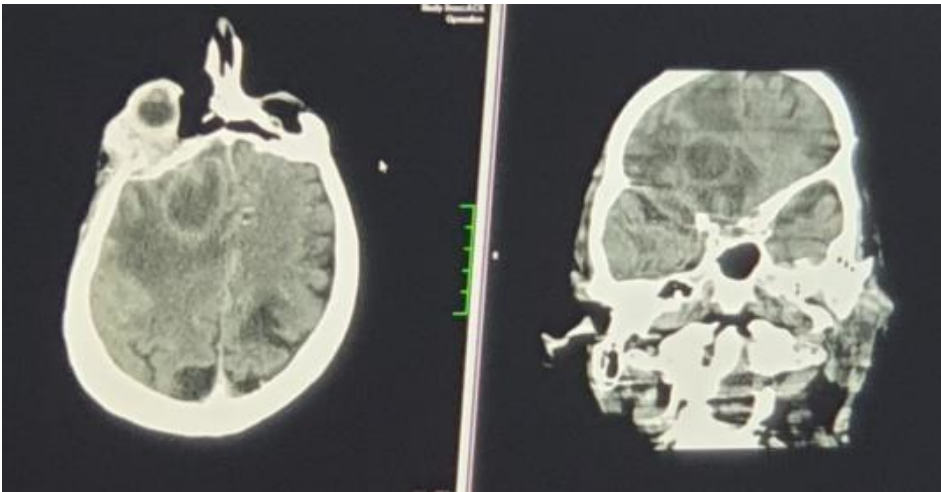


Resim 1

Vaka 2: Bilinen epidermoid karsinomu olan 81 yaşında erkek hasta sağ gözün üzerindeki açık yarada kurtlanma, genel durum düşkünlüğü nedeni ile AS'e getirildi. Hastanın sağ orbita bütünlüğü bozulmuş, frontal sinüse uzanan açık yarası ve yara üzerinde larvalar mevcuttu (resim 2). Hastanın çekilen beyin BT'sinde sağ orbita lateral, medial ve superior duvarında, sağ frontal kemikte yaygın destrüktif değişiklikler, sağ frontal bölgede 3,5x3,5 cm boyutunda abse ile uyumlu görünüm ve çevresinde ödem mevcuttu (resim 3). Larvalar mekanik olarak temizlendikten sonra hasta beyin cerrahi kliniğine yatırıldı. Yattığı klinikte antibiyotik ve antiödem tedavi alan hasta yatışının 7. gününde exitus oldu.



Resim 2



Resim 3

Vaka 3: 53 yaşında bayan hasta meme kanseri nedeni ile opere edilen bölgede kurtlanma nedeni ile AS' e getirildi. Hastanın göğüs ön duvarındaki açık yarada çok sayıda larva tesbit edildi (resim 4). Larvalar mekanik olarak temizlendikten sonra, hastada kemoterapi tedavisine bağlı nötropeni olması nedeni ile onkoloji kliniğine yatırılarak tedavisine devam edildi. Yaygın

metastazı bulunan hasta 3 ay sonra exitus oldu.



Resim 4

TARTIŞMA:Biz altta yatan kanser hastalığına bağlı açık yarada yerleşen miyazis olgusunu sunmaktayız. Her üç vakada da uzun süreli, ihmal edilmiş açık yara mevcuttu. İki hasta yaşlıydı. Üç vakanın da sosyokültürel durumu düşüktü ve kırsal alandan gelmişti. Miyazise neden olan larvalara bağlı yabancı cisim reaksiyonu gelişebildiği gibi larvaların mekanik etki ve salgıladıkları kollejenazlara bağlı doku yıkımı da gelişebilir. Ayrıca larvalar bakteri taşıyarak inflammatuar süreci alevlendirebilir. Yarada larva parçalarının kalması yaranın daha geç iyileşmesine, apse oluşumuna ve skar gelişimine neden olmaktadır. Canlı larvaların uzaklaştırılması için aspiratör ile emilmesi, cerrahi debritleme ve çeşitli kimyasallar (antiseptik yıkama, vazelin jel, parafin, balmumu ve değişik yağlarla larvaların asfiksiyle öldürülmesi, topikal olarak %5'lik kloroform, prilokain veya lidokain damla ile kurtçukların paralize edilmesi) kullanılarak yapılabilir. Açık yaralar üzerinde gelişen miyazis vakalarında, topikal antiparaziter ilaçların kullanımı toksik yan etkilerinin olması ve etkinliği ile ilgili klinik çalışmaların yetersiz oluşu nedeniyle tartışmalıdır.

SONUÇ: Miyazis olgularında larvaların temizlenmesi için bir kaç yöntem önerilmiştir. Kullanılacak yöntem dokulara daha fazla zarar vermemelidir. Temizlenen açık yaralarda tekrar oluşumunu önlemek için sineklerle teması kesilmeli, hijyene dikkat edilmelidir.

SS-14: ACİL SERVİSTE SIK GÖRÜLEN PEDIATRİK KIRIKLAR

Eyüp ŞENOCAK¹

1.SBÜ Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Erzurum

Acil servislerde hasta yoğunluğunun fazla olması ve bazı pediatrik kırık türlerinin tesbitinin zorluğu gibi nedenlerle sıklıkla bazı kırıklar gözden kaçabilmekte ve bu durum tedavi gecikmesi ve kırık kaynamsının hızlı olması nedeniyle deformite oluşabilmesi gibi birtakım sorunlara yol açmaktadır. Bu çalışmamızda değerlendirilmesi nisbeten zor olan pediatrik kırıkları değerlendirmeyi ve bu konuda bir farkındalık oluşturmayı amaçladık.

Acil servis başvurularında kırıklar önemli bir yer tutmakta ve bu kırıklar kötü radyolojik değerlendirme, alçı ya da atel içinde çekilen röntgenden kaliteli görüntü alamama, uygun pozisyonda röntgen çekilmemesi, klinik tecrübenin yetersiz olması gibi nedenlerle atlanabilmektedir. Basit pediatrik kırıkların atlanması çoğu kez bir soruna yol açmamakta ve sonraki kontrollerde tesbit edilebilmekteyken nadiren bazı vakaların tanısında geç kalınmakta ve medikolegal sorunlar oluşabilmektedir. Bunun için hastayı iyi değerlendirmeli ve klinik olarak kırık olduğu öngörülen hastanın radyografileri tercihen epifiz ayrımını da rahat yapabilmek adına bilateral mukayeseli olarak çekilmelidir.

Acil serviste pediatrik travma hastalarına erişkinde de olduğu gibi bütüncül olarak yaklaşılmalı ve sadece etkilenen ekstremité ya da bölge değil hasta bir bütün olarak değerlendirilmeli ancak kırık şüphesi oluşması halinde de bu şüphenin üzerine sonuna kadar gidilerek optimum radyolojik değerlendirme tercihen mukayeseli olarak yapıp kırığın tesbiti sağlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Pediatrik kırıklar, kırık atlanması, radyolojik değerlendirme, acil servis

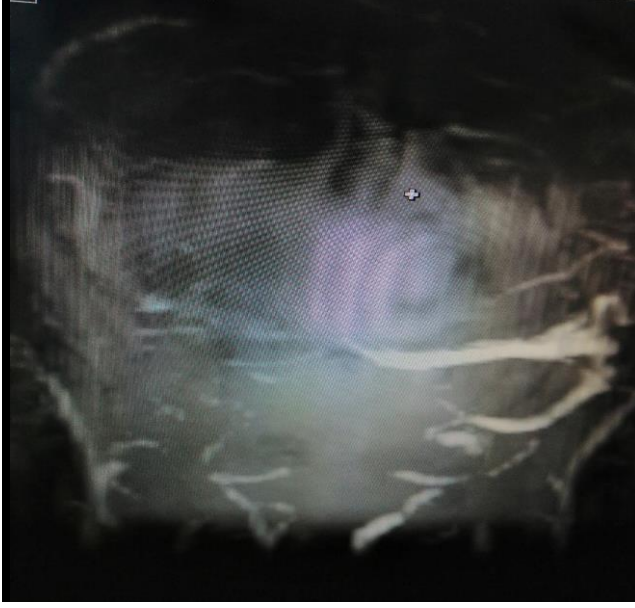
SS-15: ŞANT OPERASYONU SIRASINDA GELİŞEN İNTRAKRANİAL HİPOTANSİYONA BAĞLI VENÖZ SİNÜS TROMBOZU :OLGU SUNUMU

Recep Yevgi¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji A.D, Erzurum

GİRİŞ:Serebral venöz sinüs trombozu (SVT) nadir görülen bir serebrovasküler hastalıktır. Her yaş grubunda görülebilmekle birlikte en çok genç-orta yaş grubundaki bayanlarda görülmektedir. Genellikle kafa içi basınç artışına bağlı şiddetli baş ağrısı, kusma, fokal defisit, nöbet geçirme veya şuur değişikliği gibi tablolarla akut olarak başlar. Etiyolojide; gebelik, puerperium, oral kontraseptif kullanımı, koagülopatiler, intrakranial enfeksiyonlar, ciddi dehidratasyon, bağ dokusu hastalıkları, Behçet Hastalığı, sarkoidoz, nefrotik sendrom, parenteral infüzyonlar ve çeşitli ilaçlar suçlansa da hastaların % 20–25’inde neden saptanamamaktadır. Tanı nöroradyolojik görüntüleme yöntemleri ile konulmaktadır.

OLGU:31 yaşında bayan hastaya 4 yıl önce medikal tedaviye yanıtız psödötümör serebri sebebiyle lumboperitoneal şant konulmuş. Hastanın papil ödeminde ve baş ağrısında artma olması sebebiyle yapılan kontrollerinde şantın çalışmadığı tespit edilip değiştirilmesine karar verilmiş. Hasta beyin cerrahisi tarafından operasyona alınmış, operasyon esnasında hastanın 2 kez jeneralize tonik klonik vasıfta nöbeti olmuş. Bunun üzerine şant kapatılarak operasyon sonlandırılmış, nöroloji konsültasyonu istenmiş. Yapılan nörolojik muayenede hastanın şuurunun somnole ve bilateral papil ödeminin olması haricinde özellik saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde özellik yoktu. Hastanın beyin manyetik rezonans görüntülemesi (MRG), diffüzyon MRG ve MRG venografisi çekildi. Hastanın MRG venografisinde superior sagittal sinüs, sağ transvers sinüs ve sağ sigmoid sinüste trombus ile uyumlu görünüm izlendi (**Resim 1**).



Resim-1

Beyin MRG'sinde serebellar tonsil foramen magnumdan 11 milimetre(mm) spinal kanala herniye görünümünde; prepontin, premeduller sisterna daralmış, beyin sapı oluşumları inferiora doğru yer değiştirmiş olarak değerlendirildi (Resim-2).



Resim-2

Bu bulgular intrakranial hipotansiyon yönünden anlamlı olarak değerlendirildi. Hastada intrakranial hipotansiyona bağlı sinüs ven trombozu düşünüldü. Düşük molekül ağırlıklı heparin ve antiepileptik tedavi başlandı. Mai desteği sağlandı. Hastanın şanti beyin cerrahisi tarafından

çıkartıldı. Kontrol beyin MRG' sinde hastanın serebellar tonsiller herniasyonunun 5 mm'ye düştüğü görüldü.

SONUÇ:İntrakranial hipotansiyon daha çok genç ve orta yaş grubundaki hastalarda iatrojenik, post travmatik, azalmış BOS üretimine sekonder veya spontan olarak görülebilen bir klinik tablodur. İntrakranial hipotansiyonun hayatı tehdit edebilecek en önemli komplikasyonlarında bir tanesi serebral venöz sinüs trombozudur. Sinüs ven trombozu spontan intrakranial hipotansiyon hastalarının %1-2'sinde görülen ender bir komplikasyondur. Olgumuzda bu nadir görülen birlikteliğe dikkat çekmek istedik.

SS-16: WERNİCKE ENSEFALOPATİSİ: KRONİK ALKOL KULLANIMI OLAN HASTADA ANİ ŞUUR KAYBI

Dr. Öğr. Üyesi Özgür ÖZMEN¹

¹ Atatürk Üniversitesi Tıp fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.

GİRİŞ: Wernicke ensefalopatisi çoğunlukla alkol bağımlılarında görülmekle beraber, tiamin eksikliğine sebep olan birçok klinik tablo ile de ortaya çıkan bir hastalıktır. Yapılan otopsilerde tanıda yüksek oranlarda gecikmelerin olduğu bildirilmiştir (1).

AMAÇ: Bu olgu sunumu ile amacımız acil servise kas ağrısı şikayeti ile gelen ve sonrasında şuurunda ani gerileme olan hastada Wernicke ensefalopatisine yönelik etiyolojik faktörleri değerlendirerek erken tanı, tedavi ve hastalığın önlenmesine yönelik önerilerde bulunulmaktadır.

OLGU:Yaklaşık 35 yıldır alkol kullanım öyküsü olan 57 yaşındaki erkek hasta yoğun bakıma yatışından 1 gün önce acil servise kas ağrısı şikayeti ile başvurmuş. Acil serviste intravenöz mayi ile analjezik takılan hastada şuur geriliği başlaması üzerine yoğun bakım ünitesine alındı. Hastanın yatış Glasgow koma skoru 3, IR/KR (+ +/+ +), TA: 130/90 mm/hg, Nabız 78/dk ve sPO₂ 97 idi. Hastanın yatış BBT'sinde belirgin bir patoloji yoktu. Takiplerin şuru açılmayan ve epileptik nöbetleri olan ve ağırlı uyaranlara ekstansör yanıtı olan hastaya beyin difüzyon MR çektirildi (Resim 1) . Serebral beyaz cevherde, bazal ganglionlarda periventriküler alanlarda ve korpus kollozumda yaygın simetrik difüzyon kısıtlamasına yol açan intensite değişiklikleri izlendi. Beyin cerrahi, nöroloji ve psikiyatri tarafından değerlendirilen değerlendirilen hastada Wernicke ensefalopatisi ? ön tanısı düşünüldü.

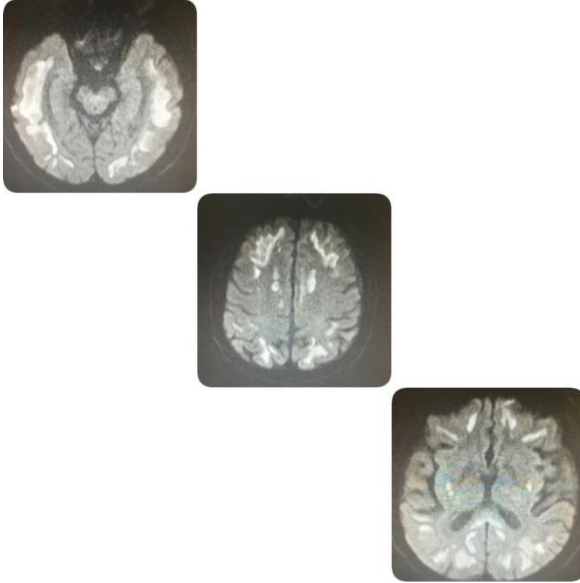
TARTIŞMA: Wernicke ensefalopatisi kronik alkol kullanıcılarında intravenöz glukoz kullanılması veya karbonhidrat yüklenmesi sonrasında akut bir şekilde olarak ortaya çıkma ihtimali olan bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda otopsi ile tanı alan hastaların sadece % 20'sinde yaşarken tanıları doğru bir şekilde konulmuştur(2). Okülomotor bozukluk, konfüzyon ve ataksi klasik triadı ile karakterize bir hastalıktır. Hastamızda bu triadın hiçbir parçası görülmemiştir. Wernicke ensefalopatisinde temel klinik belirti, mental durumda görülen değişiklikleridir. Bu değişiklikler konfüzyon, apati, hafıza ve konsantrasyon eksikliği, koma ve ölüme kadar ilerleyebilen kognitif bozukluklardır. Hastamızda da ani görülen bir şuur bozukluğu görülmektedir. Tiamin tedavisi başlanan hastanın koma skorunda artma olmuştur.

SONUÇ: Alkol hikayesi olan hastalarda, Wernicke ensefalopatisi ve beraberinde gelişebilecek akut nöropati tablosu unutulmamalıdır. Erken tanı ve hızlı bir şekilde başlanan İV tiamin tedavisi ile bulguların düzelebileceği ancak ciddi klinik durumlarla karşı karşıya kalınabileceği ve ciddi karbonhidrat yüklemelerinden kaçınılması gerektiği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Galvin R, Bråthen G, Ivashynka A, Hillbom M, Tanasescu R, Leone MA; EFNS. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol* 2010; 17:1408-18.
- 2- Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol* 2007; 6:442-55.

Şekil 1: Beyin MR görüntüleri



SS-17: DEKOMPANSE KRONİK KALP YETERSİZLİĞİNDE DİÜRETİK TEDAVİSİ BOLUS MU İNFÜZYON MU VERİLMELİ

Gökhan CEYHUN¹

1. S.B.Ü Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji, Erzurum

AMAÇ: Kronik kalp yetersizliği ile takip edilen hastalar medikal tedavide aksaklık, rakım farkı, bozuk ve regüle olmayan tansiyon gibi birçok sebepten dolayı volüm yüklenmesi ve buna bağlı semptomlar ile başvurmaktadırlar. Bizde bu çalışmada acil servise dekompanse kronik kalp yetersizliği ile başvuran hastalara bolus veya infüzyon şeklinde uygulanan furosemid tedavisinin etkilerini karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışmaya ejeksiyon fraksiyonu %30'un altında olan kronik kalp yetersizliği tedavisi alan yaşları 40 ile 85 arasında değişen hastanemiz acil servisine başvuran 36 hasta dahil edildi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri: NYHA sınıf 4 kalp yetersizliği semptomları olup SpO₂ <%90 olan, böbrek yetersizliği, akciğer rahatsızlığı bulunmayan, akut pulmoner ödem ve kardiyojenik şok kliniği olmayan hastalardı. Tüm gruptaki hastaların tansiyon arterial(TA) <140/90 mmhg altına düşürüldü. TA<100/60 olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Bu kriterleri karşılayan 36 hasta iki gruba randomize edildi. Grup A: Bolus IV furosemid 60 mg verildi Grup B: 100 cc izotonik solüsyon içinde 60 mg furosemid 2 saat boyunca infüzyon şeklinde uygulandı.4 saat boyunca idrar çıkışları ve SpO₂ değerleri kayıt edildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların 27'si erkekti. Tüm hastaların ortalama yaşı, tedavi süresi, antihipertansif ajan kullanımı, koroner arter hastalığı gibi demonstratif özellikleri tablo 1 de verilmiştir. Her iki grubun tiyazit kullanım oranları 55.3, 54.9 şeklinde birbirlerine yakındı. Her iki gruptaki hastaların 5 .saatteki dispne skor değişimi (VAS), total idrar çıkışı ve 24 saat sonraki NTproBNP ve kreatinin değişikliği karşılaştırıldı infüzyon tedavi uygulanan hastalarda dispne skoru değişimi, 5.saatte total idrar çıkışı, ve 24.saatte proNT BNP düşüşü bolus uygulanan tedaviye göre anlamlı olarak daha yüksekti (p<0.05) (Tablo 2).

TARTIŞMA: Kalp yetersizliği hastalarında volüm yüklenmesi durumunda diürez yapılmalıdır. Diürez etki, oral yoldan yarım saatte, parenteral yoldan 5 (beş) dakikada başlar. böbrek fonksiyonları normalse, loop diüretik dozunun yüksek tutulmasına gerek yoktur, yanıt artmayacaktır. Ancak uygulama yöntemleri tedaviye yanıt hızını ve sekonder sonlanımı

değiştirebilir. Bizim çalışmamızda Grup B de infüzyon şeklinde verilen furosemid tedavisinin bolusa uygulanan Grup A'ya göre daha iyi dispne şikayetlerini geriletmediği ve daha fazla miktarda idrar çıkışını sağladığı görüldü. Ancak daha büyük volümlü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 2. Gruplar arası furosemid tedavisine yanıt

	Grup A (n:18)	Grup B (n:18)	p
Dispne VAS (5.saat)	456	593	0.04
Total İdrar çıkışı (5.saat) (ml)	324	359	0.012
NTpro BNP değişikliği (24.saat) pg/ml	-614	-872	0.04
Kreatininde artış > 0.2 mg/dl (%)	%13	%10	0.64

Tablo 1. Hastaların temel özellikleri

	GRUP A	GRUP B
Yaş (yıl)	62.4±9.4	61.6±7.4
Hastalık Süresi (ay)	56.4±16.7	55.3±12.4
Koroner Arter Hastalığı (%)	92.7	93.1
Diabetes Mellitus (%)	56.8	54.9
Antihipertansif kullanımı (%)	64.0	72.4
Beta bloker kullanımı (%)	94.1	95.6
Erkek cinsiyet (%)	76.7	73.3
Tütün kullanımı (%)	24.3	34.5
Dislipidemi (%)	47.3	41.7
Hastaneye yatış sıklığı yıllık (%)	9.5	10.3
CRT implantasyonu (%)	2.4	3.2
Tiyazit kullanımı (%)	55.3	54.9

SS-18: MENOMETRORAJİNİN TETİKLEDİĞİ MYOKARDİAL İNFARKTÜS VE YÖNETİMİ

Gamze Nur Cimilli Şenocak¹

1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Myokard infarktüsü (MI); kalp kasını besleyen koroner arterlerin daralması ya da tıkanmasına bağlı kan akımında bozulma ve böylece oluşan myokardiyal iskemik nekrozdur. Myokardiyal iskemi ve hipoksiyi artıracak her neden (örneğin derin anemi), myokardiyal infarktüsü hızlandırıp şiddetlendirebilir. Bahsedeceğimiz olguda, şiddetli menometrorajiye bağlı derin anemi gelişen bir hastada, sessiz seyretmekte olan myokardiyal iskeminin şiddetlenmesini ve hastada akut myokard infarktüsü (akut MI) tablosu oluşumunu göreceğiz.

OLGU: 46 yaşında bayan hasta nefes darlığı ve şiddetli vajinal kanama şikayetleriyle başvurduğu acil servisten kliniğimize konsulte edildi. Hastanın acil serviste göğüs hastalıkları kliniğince değerlendirildiği, bakılan kan gazı değerlerinde pO₂'nin normal düzeylerde olduğu, yine hastaya çekilen EKG'nin de normal olduğu görüldü. Hastanın acil servise giriş hemoglobin değeri 4.9 g/dL ile ileri derecede anemikti. Yapılan vajinal muayenede hastada sızıntı tarzı devam eden vajinal kanama mevcuttu ve hasta kanamasının yaklaşık 20 gündür devam ettiğini ifade etmekteydi. Bakılan transvajinal ultrasonografide overler normal, endometrium 6mm kalınlıkta ve normal görüntüdeydi. Hastanın hafif nefes darlığının oluşmuş anemiye bağlı olduğu düşünüldü ve hasta menometroraji, derin anemi tanılarıyla kliniğimize yatırıldı. Hastaya cross uygun 4 ünite eritrosit süspansiyonu ve 4 ünite tdp orderlandı, yine kanamayı azaltmak için medikal tedavi başlandı. Hb değerinin 8.4'e yükseldiği görüldü. Hastanın tedavisi sürerken göğüs ağrısı tariflemesi üzerine çekilen EKG'de ST elevasyonları olduğunun ve troponinlerinin yükseldiğinin görülmesi üzerine hasta acilen kardiyoloji kliniğine danışıldı. Hasta akut myokard infarktüsü tanısıyla kardiyoloji kliniğince acilen koroner anjiyografiye alındı ve yapılan işlemde hastanın sol ön inen koroner arter (LAD) midsegmentte, obtus marjinaliste (OM1) ve sağ koroner arter (RCA) distal kesiminde kritik lezyonlar tespit edildi. Hemodinamisi stabil olduğundan aynı sensta lezyonlara müdahale edilerek stent takıldı. İşlem sonrası hastaya antikoagülan tedavi başlandı ancak menorajisinin artışı ve hb değerlerinin yeniden düşmesi üzerine hastaya yeniden kan transfüzyonu yapıldı ve bir GNRH agonisti olan leuprolide asetat (lucrin depot 3.75mg) yapılarak hastanın kanaması kesildi. Hastaya durumunun satbilleşmesinin ardından elektif şartlarda histerektomi operasyonu planlandı.

SONUÇ: Altta yatan kardiyak iskemi durumu olan bir hastalarda koroner kan akımını bozacak veya kalp kasının oksijenizasyonunu azaltacak her faktör iskeminin derinleşmesine ve hastanın akut MI tablosuna ilerlemesine neden olabilmektedir. Bu olgularda antikoagülan tedavite bağlı şiddetlenen kanamalarla mücadele etmek de hastalara hormonal tedavi verilemediğinden kimi zaman çok güç olabilmektedir. Böyle komplike durumlarda hastanın tüm semptomları dikkatli değerlendirilmeli ve hastanın tedavisi multidisipliner yaklaşımla yönetilmelidir.

Dr. Öğr. Üyesi Gamze Nur Cimilli Şenocak

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı

SS-19: ACİL POLİKLİNİK KULLANIMI ve SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sinan Yılmaz, Sultan Tuna Akgöl Gür, Esra Daharlı

GİRİŞ VE AMAÇ: Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde bireylerin sağlık davranışları önemli rol oynamaktadır. Sağlık davranışlarını belirleyen en önemli hususlardan biri de sağlık okuryazarlık (SOY) düzeyidir. Dünya Sağlık Örgütü, SOY’nu bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli bilişsel, sosyal beceri kapasitesi olarak tanımlamaktadır. Bu çalışmada acil poliklinik kullanımıyla SOY düzeyinin ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışma kesitsel tipte planlanmış olup, gerekli etik ve idari izinler alınmıştır. Çalışmanın evrenini Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Polikliniği’ne 2019 yılı Temmuz-Ekim ayları arasında başvuran hastalar oluşturmakta idi. Örneklem hesabı yapılmadan dört aylık dönemde kabul eden hastaların çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Veri toplama aracı olarak 15 soruluk sosyodemografik ve acil başvurusu ile ilgili bilgileri sorgulayan bir anket formu ve TSOY-32 ölçeği kullanıldı. Anketler katılımcılara gözlem altında uygulandı. TSOY-32 ölçeğinde sıfır en düşük, 50 puan ise en yüksek SOY’nu göstermekte olup, ölçek puanı dört kategoride değerlendirilmektedir: yetersiz (0-25 puan), sorunlu – sınırlı (26-33 puan), yeterli (34-42 puan) ve mükemmel SOY (43-50 puan). Çalışmanın bağımlı değişkeni sağlık okuryazarlığı düzeyi olup, bağımsız değişkenleri anket formunda yer verilen sosyodemografik ve acil polikliniğe başvuruya ilgili özellikler oluşturmaktaydı. Verilerin analizinde SPSS v20 programı kullanıldı. Veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak sunuldu. Verilerin analizinde Spearman Rho korelasyon yöntemi kullanıldı. Analiz sonuçları $p < 0.05$ olduğunda anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Katılımcıların yaş ortalaması 41.19 ± 17.17 yıl olup, %51.3’ünü erkekler oluşturmuyordu. Çalışmaya dahil edilen hastaların %63.8’i evli, %32.2’si yüksekokul mezunu, %84.2’si düşük-orta gelir grubundaydı. Sağlıkla ilgili en güvenilir bilgi kaynağı olarak katılımcıların %36.2’si sağlık çalışanlarını, %15.8’i ise radyo ve televizyonu belirtmişti. Katılımcıların %89.5’i genel sağlık durumunu iyi-orta olarak değerlendirmişti ve %54.6’sında kronik hastalık bulunmuyordu. Katılımcılar herhangi bir şikayet durumunda ilk başvurduğu sağlık kuruluşu olarak en sık (%81.6) 2. ve 3. basamak hastaneleri belirtmişti. Hastaların %36.8’i şikayetlerinin uzun süre önce başladığını ifade etmişti. Söz konusu şikayeti için acil başvurusu öncesinde aile hekimine başvuranların sıklığı %22.4’tü. Son 24 saat içinde acil

polikliniğe aynı şikayetle mükerrer başvuru sıklığı ise hastalarda %63.8'di. Katılımcıların SOY düzeylerine bakıldığında; %88.8'inin yetersiz-sınırlı SOY düzeyinde olduğu, eğitim durumuyla SOY düzeyleri arasında pozitif yönde, zayıf düzeyli bir ilişki bulunduğu görüldü. SOY düzeyleri ile aylık gelir durumu ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

SONUÇ VE ÖNERİLER: Hastaların herhangi bir şikayet durumunda ilk olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını tercih etmesi, mükerrer başvuru ve uzun süre önce başlayan şikayetlerle müracat sıklığının yüksek olması acil poliklinik kapasitesini zorlayabilir ve hizmet kalitesini olumsuz etkileyebilir.

Acil sağlık hizmetlerinin kullanımı konusunda özel eğitim çalışmaları ile birlikte toplumun genel SOY düzeyini yükseltecek çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımını özendirecek tedbirler uygulamaya konulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: acil poliklinik, sağlık okuryazarlığı, TSOY-32

SS-20: ADRENAL KRİZ AKUT APANDİSİT ÇIKTI!

Gizem Gizli, Hale Nur Can, Sevdegül Karadaş

GİRİŞ: Karın ağrısı ile başvurular, acil serviste sık karşılaşılan hasta grubudur. Karın ağrıları dahili ve cerrahi aciller olarak karşımıza çıkabilmektedir. Adrenal yetmezlik, Ailesel Akdeniz Ateşi gibi bazı kronik dahili rahatsızlıkları olan hastalar akut alevlenmeler ile başvurabileceği gibi mevcut şikayetlerinin sebebi akut batın gibi yeni bir tablo da olabilir. Özellikle kronik dahili hastalıklar karın ağrısı, bulantı ve iştahsızlık, kas ve eklem ağrıları gibi çoğu nonspesifik semptomlar içerir. Gastrointestinal şikayetler ise en erken ortaya çıkan semptom olabilir ve akut batın tablosunu taklit edebilir. Bu tip hastaların hızlı bir şekilde değerlendirilip, tanılarının konulması gereklidir. Ayırıcı tanı önemlidir. Acil servislerde akut batın tanısı koymak amacıyla; anamnez, seri fizik muayeneler ve görüntüleme yöntemleri ile beraber, tanı ve ayırıcı tanı için laboratuvar tetkikleri ve daha spesifik tanımlar için çeşitli biyokimyasal belirteçlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yazıda karın ağrısı ile başvuran akut apandisit tanısı konulan adrenal yetmezlikli bir olguyu inceledik.

OLGU: Yirmi iki yaşında erkek hasta göbek çevresinde başlayıp sağ alt kadrana yayılan karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde batında sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound, gingival hiperpigmentasyonu (resim-1), mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tansiyon arteriyel 110/70 mm/Hg, nabız 96/dk, solunum sayısı 16/dk, ateş 37.8°C idi. Laboratuvar bulgularında beyaz küre (WBC) 13.9 mm³, Hemoglobin 106.79 gr/dl, C-reaktif protein (CRP) 14.2 mg/dl, trombosit sayısı 274.5 g/dl, Sodyum; 121 mmol/l, Potasyum; 6.3 mmol/l idi. Diğer laboratuvar parametreleri normaldi. Hastanın akut batını ekarte etmek için acil serviste çekilen batın USG’ sinde apendiks 8.6 mm çaplı, duvarı ödemli, komşu mesenterik dokuların hafif heterojen olduğu görüldü. Batın içinde serbest hava yoktu. Bu bulgular ile hasta akut apandisit ön tanısı ile genel cerrahi bölümüne konsülte edildi ve genel cerrahi tarafından operasyona alındı.

SONUÇ: Adrenokortikal yetersizlik akut olarak ortaya çıkması şeklinde olabileceği gibi, kronik olarak seyretmekte olan yetersizliğin enfeksiyon, travma, cerrahi girişim, miyokard infarktüsü gibi bir sebeple provoke olmasıyla da gelişebilir. İştahsızlık, bulantı, kusma ve sonucunda dehidratasyon görülebilir. Karın ağrısı akut batını düşündürecek tarzda dikkati çekebilir, derin palpasyonda karında hassasiyet saptanabilir. Yüksek ateş araya giren bir enfeksiyona bağlı olabileceği gibi hipoadrenalizmin bir sonucu da olabilir. Ateş ve karın ağrısının birlikteliği yanlışlıkla akut karın tanısı koydurabilir ve bu durumda yapılacak bir cerrahi girişim hastanın

ölümüne neden olabilir . Ancak bizim olgumuzda hastadan alınan anamnez, ağrının başlangıç yeri ve yayılımı, tipi, labarotuar ve USG desteği ile birleştirildiğinde hastanın mevcut adrenal yetersizliğinin yanında akut apandisit tablosu da geliştiği tespit edilmiştir. Karın ağrısı ile acil servise başvuran olgularda bilinen adrenal yetmezliği olsa da akut batın tablosunun da eşlik edebileceği unutulmamalıdır. Sonuç olarak acil polikliniklere çok sayıda hasta karın ağrısı şikayeti ile başvurmakta olup bu hastaların ayırıcı tanılarının yapılması, karın ağrısı şikayetinin sadece önceki kronik tanılarına bağlı olabileceğine yorumlanmamalı, aynı zamanda akut karın ağrısı yapan ve acil cerrahi gerektiren durumlarında olabileceği hatırlanmalıdır.

SS-21: AKREP VE YILAN SOKMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzm. Dr. Ayça ÇALBAY¹

1.SBÜ Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ VE AMAÇ: Akrep ve yılan sokmaları önemli çevresel acillerden biridir. Türkiye’de özellikle Ege, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde riskli yaralanmaların yaşandığı vakalara rastlanmaktadır. İlkbahar aylarından itibaren hava sıcaklığı arttıkça bu hayvanlarla temas ile acil servislere gelen vaka sayıları da artmaktadır. Bu çalışma ile yılan/akrep yaralanmalarını tedavi ve takip sürecimizi değerlendirmek istedim.

MATERYAL-METOD: Son sekiz ay içerisinde (01.01.2019-31.08.2019), 112 acil servis ekipleri tarafından getirilen ve hastanemiz acil servisine ayaktan gelen şüpheli ve kesin yılan/akrep yaralanmalarını değerlendirdim. Hastanemiz bilgi işlem biriminden Sisoft-HBYS veri tabanından hastaların epikrizlerine ulaştım ve tedavi detaylarını inceledim. Verileri SPSS 15.0 programını kullanarak analiz ettim.

SONUÇ: Hastanemiz acil servisine şüpheli ve kesin yılan/akrep yaralanması ile gelen hasta sayısı 14’tü. Bu vakaların üç tanesi <18 yaş olup çocuk acil servisinde, 11 tanesi de >18yaş olup erişkin acil servisinde değerlendirilmişti. Cinsiyet oranı E/K, 8/6 şeklindeydi. Vakaların aylara dağılımına bakılırsa en çok vakaya Ağustos ayında (4) ve Haziran ayında (3) rastlandı. Isırılan vücut bölgeleri el (5), ayak (4), bacak (1), bel (1) ve üç tane vakada da belirsizdi. Vakaların hepsi hospitalize edilmiş ve usulüne uygun şekilde en az 24 saat takip edilmiştir. Yatışı yapılan bu hastaların iki tanesinde antivenom yapılma endikasyonu varken bir tanesine yapılmadığı belirlenmiştir. Antivenom ihtiyacı olmayan bir hastaya ise profilaksi amaçlı antivenom uygulandığı belirlenmiştir. Hastaların dört tanesi tedavi ve takibi red ederek mevcut halleri ile, on tanesi ise takip ve tedavi süreçlerini tamamlayarak taburcu olmuşlardır.

TARTIŞMA: Yılan/akrep yaralanması sonrası Nörotoksin ve hemolitik toksinlerin hedef organlarının kan, kardiyovasküler sistem, solunum ve santral sinir sistemi olduğu her zaman akılda tutulmalıdır. Vakalar yakından takip edilmeli ve antivenom ihtiyaçları hızlıca değerlendirilip, uygulanmalıdır. Gereksiz ya da profilaksi amaçlı uygulanan antivenomlardan kaynaklanabilecek anafilaktik reaksiyon gibi olumsuz sonuçların taburculuk ve sağ kalım üzerine olumsuz etkilerinin olabileceği akılda tutulmalıdır.

SS-22: ACİL SERVİS ÇALIŞANLARINDA KESİCİ-DELİCİ ALET YARALANMA BİLDİRİMLERİ İHMAL MI EDİLİYOR?

Handan Alay¹

1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, AD.
Erzurum, Türkiye

handan.alay@atauni.edu.tr

GİRİŞ: Kan ve vücut sıvılarına maruziyeti içeren kesici-delici alet yaralanmaları sağlık çalışanlarının sıklıkla karşılaştıkları riskler arasında yer almaktadır. Enfekte materyallerle yaralanmalar peruktan ve mukozal yolla yaralanmalar olarak sınıflandırılmaktadır. Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşabilen enfeksiyonların başında viral hepatitler ve insan immün yetmezlik sendromu ilk sıralarda yer almaktadır. Viral enfeksiyonların önemi ülkemizde de her geçen gün artmaktadır. Dünyada her yıl yaklaşık 3 milyon sağlık çalışanının perkütan yaralanmalar sonucu kan yolu ile geçen patojenlere maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Yaralanmaların ardından ortaya çıkabilecek enfeksiyon riski patojenin türü, temasın tipi, temas edilen kan miktarı ve temas sırasında hastanın kanında bulunan virüs miktarı ile ilişkilidir. Kan ve vücut sıvılarına karşı alınabilecek önlemlere rağmen mesleki deneyim azlığı, yoğun çalışma temposu, personel yetersizliği ve uzun süren gece vardiyalarına bağlı dikkat dağınıklığı gibi nedenler riskleri arttırmaktadır. Bu çalışmada 01.01.2017-01.09.2019 tarihleri arasında acil müdahaleler esnasında, kan ve vücut sıvılarına sık maruz kalan hastanemiz acil servis çalışanlarındaki yaralanmaları değerlendirdik ve epidemiyolojik özelliklerini inceledik.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışma 01.01.2017-01.09.2019 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Acil servis çalışanlarında gerçekleşen delici kesici alet yaralanmalarını kapsamaktadır.) Hastanemiz çalışan sağlığı ve kalite birimi tarafından kayıtları tutulan “Kesici Delici Yaralanma Formları” retrospektif olarak incelendi. Elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmamızın değerlendirildiği yıllar arasında kayıt altına alınan 40 yaralanma bildirilmiş olup, meslek gruplarına göre yaralananlar 20 (%50) hemşire, 9 (%22,5) stajyer, 7 (%17,5) temizlik personeli, 2 (%5) hasta bakıcı ve 2 (%5) doktor idi. Yaralanmaların bildirildiği birimler; 16 (%40) klinikler, 12 (%30) ameliyathane, 1 (%2,5) hasta odası, 2 (%5) acil servis, 5 (%12,5) yoğun bakım ünitesi, 1 (%2,5) doğum salonu, 1 (2,5) sterilizasyon birimi ve 2 (%5)

radlyoloji birimleridir. Yaralanmaya neden olan aletler; 34 kişi iğne ucu, 5 kişi bisturi, 1 kişi koter ucu ile yaralandığını bildirdi. Yaralanma aletlerinden biri hariç hepsi kontamine özellikle olduğu belirtildi. Kaynak hastada kan yoluyla bulaşan enfeksiyon varlığı 13 (%32,5)'ünde bilinmiyor, 13 (%32,5)'ünde enfeksiyon varlığı biliniyor ve 14 (%35)'ünde enfeksiyon varlığı yoktu. Kesici delici alet yaralanmasının olduğu esnada 37 (%92,5) sağlık çalışanı kişisel koruyucu ekipman giydiğini bildirmiştir (Tablo 1).

SONUÇ: Yapılan incelemelerde kan ve vct sıvılarına maruziyeti içeren yaralanmaların enfeksiyon kontrol birimlerine başvurmadıkları görülmektedir. Bildirimlerin eksikliğinin muhtemel nedeni yaralanmaların nemsenmemesidir. Hasta yoğunluğunun ve iş yükünün fazla olduğu birimler öncelik olmak üzere tüm birimlere kan ve vct sıvılarına maruziyetin önemi hakkında farkındalık eğitimleri ve bu kişilerin gözlemlenmesi yaralanmaları azaltmakta faydalı olabilir. Çalışmamızda da gösterildiği gibi yaralanmalara en sık sebep olan faktör iğne ucu yaralanmalarıdır. Yaralanmaya en sık maruz kalan meslek grubu da hemşirelerdir. Hasta yoğunluğunun fazla olduğu birimlerde iğne batması yaralanmalarının önlenmesi için güvenlik mekanizmalı kan alma setleri gibi tıbbi malzemeler kullanılmalı, yaralanmaları halinde enfeksiyon kontrol komitesine gerekli bildirimlerin yapılması gerektiği birim sorumluları tarafından sık sık hatırlatılmalıdır.

Tablo 1. Yıllara Göre Kesici Delici Alet Yaralanmalarının Dağılımı

		2017 (n=5)			2018 (n=17)						2019 (n=18)				
Birimler		Klinik	Ameliyathane	Hasta odası	Klinik	Acil	Yoğun bakım	Ameliyathane	Doğum salonu	Sterilizasyon	Klinik	Acil	Yoğun bakım	Ameliyathane	Radyoloji
	N (%)	4 (80)	1 (20)	1 (20)	4 (23,5)	1 (5,9)	3 (17,6)	7 (41,2)	1 (5,9)	1 (5,9)	9 (50)	1 (5,6)	2 (11,1)	4 (22,2)	2 (11,1)
Görevi		Stajyer	Hemşire	Temizlik personeli	Stajyer	Doktor	Hemşire	Hastabakıcı			Stajyer	Hemşire	Temizlik personeli		
	N (%)	2 (40)	1 (20)	2 (40)	5 (29,4)	2 (11,8)	8 (47,1)	2 (11,8)			2 (11,1)	11 (61,1)	5 (27,8)		
Alet		İğne ucu			İğne ucu		Bisturi		Koter ucu		İğne ucu		Bisturi		
	N (%)	5(100)			13(76,5)		3(17,6)		1(5,9)		16(88,9)		2(11,1)		
Alet		Evet	Hayır		Evet		Hayır				Evet		Hayır		
Kontamin	N	4	1(20)		17(100)		-				18(100)		-		

e mi?	(%)	(80)								
Kan Yolu ile Bulaşan Enfeksiyon Varlığı		Var	Yok	Bilinmiyor	Var	Yok	Bilinmiyor	Var	Yok	Bilinmiyor
	N (%)	-	1 (20)	4(80)	7(41,2)	5(29,4)	5(29,4)	6 (33,3)	8 (44,4)	4(22,2)
Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı		Var	Yok		Var	Yok		Var	Yok	
	N (%)	3 (60)	2(40)		16(94,1)	1(5,9)		18(100)	-	

SS-23: DÜŞÜK ŞİDDETLİ KÜNT TRAVMADA RENAL LASERASYON: OLGU SUNUMU

Fevzi BEDİR, Şaban Oğuz DEMİRDÖĞEN

T.C. Sağlık Bilimler Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim SAUM

AMAÇ: Acil servise şiddetli olmayan künt travma nedeniyle başvuran hastanın organ kaybı ile sonuçlan olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU: 44 yaşında erkek hasta, futbol maçı sırasında sol lomber bölgeye top çarpması sonucu yan ağrısı ve idrardan kan gelme şikayeti ile hastanemiz acil servisinde değerlendirildi. Alınan anamnezde hastanın daha önceden bildiği ve takipte olduğu herhangi bir hastalığının olmadığı, düzenli ilaç kullanım öyküsünün olmadığı öğrenildi. İlk bakıda tansiyon arteriyel(TA) 110/60 mmHg, nabız 102 atım/dk idi. Yapılan fizik muayenede sol lomber bölgede hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar tetkikleri incelendiğinde tam idrar tetkikinde(TİT) 780 eritrosit , hemoglobin(Hgb) değerinin 11,3 g/dl olması dışında bir bulguya rastlanmadı. Serum kreatinin seviyesi 0,8 mg/dl idi. Hastaya ilk değerlendirmenin ardından böbrek travması ön tanısı ile kontrastlı Alt-Üst Batın Bilgisayarlı Tomografi(BT) çekilmesine karar verildi. Çekilen BT’de sol böbrek parankiminin diffüz ileri derecede incelendiği, pelvikalisiyel sistemde grade 3 hidronefroz ve hemorajik dansite artışı, böbrek parankiminin orta alt kısmında grade 4 böbrek laserasyonu ve sol retroperitoneal alanda pelvise kadar uzanan hematoma izlendi (Resim 1,2,3). BT’ de bu bulgular dışında ek bir patoloji yoktu. Üreterde dilatasyon olmaması pelvis dilatasyonu ve parankimin incelmeye daha önce tanı konulmayan üreteropelvik bileşke darlığı(UPD) tanısını düşündürdü. Hasta bu değerlendirmelerinin ardından sol UP darlık, izole sol renal laserasyon, sol retroperitoneal hematoma tanılarıyla hospitalize edildi. Hastadaki UP darlık ve böbrek parankimindeki incelmeye; alınan anamneze göre çok şiddetli olmayan travmaya bağlı gelişen renal laserasyonu kolaylaştırdığı düşünüldü. Hastanın ilk etapta üroloji kliniğinde konservatif tedbirler alınarak takibi planlandı. Ancak takiplerinde uygun replasman ve destek tedavilerine rağmen arteriyel tansiyon değerlerinin 70/40 mm/hg seviyelerine kadar düşmesi, nabız değerinin 148 atım/dk’ ya çıkması nedeniyle hastanın hemodinamik olarak stabil olmadığı düşünüldü ve acil eksplorasyon kararı verilerek hasta operasyona alındı.

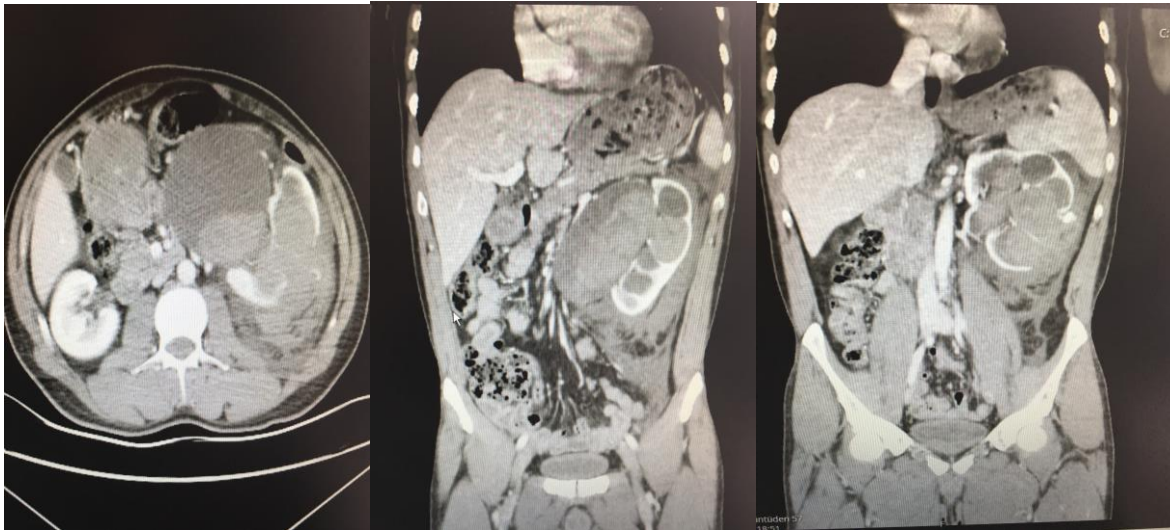
OPERASYON BULGULARI: Hasta transperitoneal olarak açılarak retroperiton gözlemlendi. Sol retroperitoneal alanda büyüyen bir hematoma varlığı gözlemlendi. Retroperiton açıldı. Retroperitoneal alandan 3000 cc ye yakın hemorajik mayii boşaltıldı. Eksplorasyon esnasında

böbrek alt orta polden aktif kanama izlendi. Hastanın hiler bölge kontrol altına alınıp hemodinamisi kan ve elemanları transfüzyonları ile stabil hale getirilmeye çalışıldı. Böbrek parankiminin ileri derecede ince olduğu, geniş bir rüptür alanının olduğu ve pelvikalisiyel sistemin hematom ile dolu olduğu gözlemlendi (Resim 4). Böbrek tamirinin hemodinamik stabiliteye ulaşma süresini uzatarak hayati tehlike oluşturabileceği ve böbrek parankimindeki diffüz incelmeye nedeniyle, yapılan tamirin böbrek fonksiyonlarına istenilen katkıyı yapmayabileceği düşünülerek nefrektomiye karar verildi. Usulüne uygun nefrektomi yapıldı. Post op 1. Gün gaz gayta drenajı olan ve post op 3. Gün dreni alınan hasta komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

SONUÇ: Künt böbrek travmaları organ kaybına ve mortaliteye neden olabilmektedir.

Hidronefroz ve böbrek parankiminde hasarla ilerleyen hastalıklarda düşük şiddetli travmalarda bile böbrek laserasyonu oluşabileceği unutulmamalıdır. Günümüzde hemodinamik olarak stabil olan hastalarda konservatif takip hastanın tedavisinde ön plana çıkmıştır. Ancak hemodinamik stabilitenin sağlanamadığı durumlarda eksplorasyondan kaçınılmamalıdır. Hastanın daha önceden olan parankim hasarı, tamir sırasındaki sıcak iskemi süresi ve hastanın hayati fonksiyonları gözönünde bulundurularak gerekirse nefrektomi kararı vermekten kaçınılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Renal travma, Renal rüptür, UP Darlık Introduction



Resim 1,2,3: Operasyon öncesi BT görünümü



Resim 4: Operasyon sonrası spesmen görünümü

SS-24: HEMİFASYAL SPAZM İLE PREZENTE OLAN VERTEBROBAZİLLER FUZİFORM ANEVİZMA

Mete Zeynal

Atatürk Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Posterior sirkülasyon anevrizmaları, subaraknoid kanamaya neden olmaktan ziyade yaptıkları pons basısı sonucu neden oldukları kranyal sinir arazları ile prezente olurlar. Bu subaraknoid kanama kadar mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir durum olmasa da ağır süreklilik arzeden ve kimi zaman da sadece konservatif tedavi ile yetinilen bir klin tablo doğurur.

Olgu: 49 yaşında erkek hasta sol hemifasyal spazm nedeniyle dış merkezden hastanemiz aciline sevk edildi. Yapılan muayenede bilinci açık oryante ve koopere olan hastada yüz sol yarısında aralıklı olan kasılmalar, postauriküler ağrı ve sol gözkapağında kasılmaya bağlı kapanma mevcut idi. Acil serviste yapılan BBT tetkiki ise normal olarak değerlendirildi. Hasta hemifasyal spazm ön tanısı ile nöroşirürji kliniğine yatırıldı. Hastaya BT anjiyografi çekildi ve sağ vertebral arterin son 1 cm'sini de içine alan yer yer 1,5 cm çapına ulaşan geniş vertebro baziller fuziform anevrizma tespit edildi. Hastaya MRG tatbik edildi ve ponsa milimetrik enfarkt alanı ile 5 ve 7. kranyal sinirlere bası izlendi. DSA ile fuziform anevrizma daha net şekilde izlendi. Ponsa giden perforan damarların obstrüksiyonu riski nedeniyle endovasküler koilizasyona ayrıca cerrahi girişime uygun olmayan hasta konservatif tedavi düzenlenerek takibe alındı.

SONUÇ: Kranyal sinir arazları ile müracaat eden bir hastada BBT normal olsa dahi vasküler değerlendirme için anjiyografik tetkikler mutlaka tatbik edilmelidir. Zira nadir de olsa bu tip lezyonlar ilk tanı da atlanabilmektedir.

Anahtar sözcükler: Vertebro baziller anevrizma, DSA, BT anjiyografi, Hemifasyal spazm.

SS-25: ACİL SERVİSE AKUT SKROTUMLA BAŞVURAN HASTALARIN TAKİP VE TEDAVİSİYLE İLGİLİ DENEYİMLERİMİZ

Ahmet Emre CİNİSLİOĞLU¹

1.S.B.Ü Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

GİRİŞ v AMAÇ: Akut skrotum; inguinoskrotal bölgede ani gelişen ağrı, şişlik ve kızarıklık ile ortaya çıkan ve değişik etyolojik nedenlerle oluşabilen bir patolojidir. Başlıca akut skrotum yapan nedenler; testis (spermatik kord) torsiyonu, testis ve epididim eklerinin torsiyonları, epididimit ve orşit, boğulmuş kasık fıtığı, hidrosel, travmatik hidrosel / hematosel ve testis laserasyonu, iskemik orşit ve skrotal abse'dir. Akut skrotum olgularımızın tanı, tedavi ve takip sonuçlarının literatür eşliğinde değerlendirilip sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM : Ocak 2018 ile Ağustos 2019 tarihleri arasında S.B.Ü Erzurum Bölge ve Eğitim Araştırma Hastanesi aciline akut skrotum sebebi ile başvuran 21 hastanın dosyaları geriye dönük olarak incelendi.

BULGULAR : Olguların en küçüğü 19, en büyüğü 71 yaşındaydı. 21 vakanın 5'i (%23.8) testis torsiyonu, 13'ü (%61.9) epididimo-orşit , 2'si (%9.5) fournier gangreni ve 1'i de (%4.7) tramvatik skrotal hematomdu. Olguların 18'sine (%85.7) doppler ultrasonografi yapıldı. 3'ü (%14.2) doppler ultrasonografi yapılmadan direk operasyona alındı. Testis torsiyonu olan 5 vakanın 4'ünde (%80.0) ağrının 12 saatten daha kısa sürede olduğu 1 (%20.0) vakada ise ağrının 24 saatten daha uzun sürdüğü belirlendi. Ağrı süresi 12 saatten daha kısa olan vakalara detorsiyon yapıldı ve testis fikse edildi. Ağrı süresi 24 saatten daha uzun süren 1 vakada ise açık testis detorsiyonu sonrası testiste kanlanmanın olmadığı gözlemlendi ve orşiektomi yapıldı. Epididimo-orşiti olan 13 vakanın 8'i (%61.5) oral antibiyoterapi başlandı. 5 (%38.4) vaka ise hospitalize edildi ve intavenöz antibiyoterapi başlandı. Hospitalize edilen bir vakada ise orşite sekonder abse gelişmesi üzerine skrotum explore edildi. Absenin tunikayı da kapsayacak şekilde testise yayıldığı izlendi ve parsiyel orşiektomi yapıldı. 2 fournier gangreni vakasında da DM öyküsü mevcut olup acil debritleme yapıldı. 1 vakada ise kurşunlanmaya bağlı testis bütünlüğü kaybolmuş olup skrotal hematoma mevcut idi. Acil eksplasyonla her iki testisten toplamda 13 yabancı maddeler çıkarıldı ve tunika primer tamir edildi ve testis korundu.

SONUÇ : Ayrıntılı bir öykü, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleriyle akut skrotum ayırıcı tanısı çoğunlukla olasıdır ancak tetkikler uzun zaman alacaksa hastanın doğrudan ameliyata alınması testisin kurtarılması açısından kritik öneme sahiptir.

SS-26: BÖBREK TRAVMASI OLAN HASTALARIN TEDAVİ VE SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Dr. Öğr. Üyesi Ercüment KESKİN

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Genitoüriner sistemin en çok yaralanan organı böbrek olup tüm travmaların %1-5’inde renal yaralanma görülür. Erkek: kadın oranı 3: 1’dir. Renal travmalar etyolojisine göre künt ve penetran olarak ikiye ayrılır. En fazla künt travmalar (%90-95) görülür. Bu çalışmamızda böbrek yaralanması nedeni ile acil serviste değerlendirip tedavi ettiğimiz hastaların sonuçlarını retrospektif olarak inceledik.

MATERYAL-METOD: Eylül 2011-Eylül 2019 Tarihleri arasında böbrek travması ile takip edilen hasta sonuçları retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Böbrek travması olan 27 hastanın 21 ‘i erkek 6’sı kadın olarak saptandı. Yaş ortalaması 32,3 idi (9-72). Etiyolojisine bakıldığında %81 hasta künt yaralanma, %19 hasta penetran yaralanma olarak gözlendi. Renal travma derecelendirmesi Amerikan Travma Cerrahisi Birliği’nin Organ Yaralanma Ölçeği Komitesinin sınıflandırmasına göre yapıldı. 4 hasta grade 1, 6 hasta grade 2, 10 hasta grade 3, 6 hasta grade 4, 1 hasta grade 5 olarak saptandı. Hastaların %89 ‘u konservatif olarak takip edildi. Grade 5 yaralanması olan 1 hastaya nefrektomi yapıldı. 2 hastaya Renorafı+DJ kateter takılması uygulandı.

Sonuç: Böbreğin künt yaralanmalarının büyük çoğunluğu minör yaralanmadır ve konservatif olarak tedavi edilebilirler. Grade 4-5 böbrek yaralanması olan hastalarda tedavi seçimi ise hala tartışmalı bir konudur. Kanama nedeniyle hemodinamik olarak instabilite, giderek büyüyen pulsatil retroperitoneal hematoma olması, transfüzyona rağmen devam eden hipotansiyon, böbrek pelvisi ve üreter yaralanma şüphelerinde konservatif tedavi kontrendikedir. Grade 5 vasküler yaralanma dışında kontrendikasyon yoksa radyolojik evresine bakılmaksızın hemodinamik olarak stabil olan hastalar konservatif olarak takip edilebilir.

Hasta kadın / erkek	6 / 21 (%22/%78)
Ortalama yaş	32,3
Künt/Perkütan	22/5 (%81/%19)
Yaralanma derecesi	
Grade 1 hasta	4 (%14,8)
Grade 2 hasta	6 (%22,2)
Grade 3 hasta	10 (%37)
Grade 4 hasta	6 (%22,2)
Grade 5 hasta	1 (%3,7)
Tedavi:	
Konservatif	24 (%88,8)
Nefrektomi	1 (%3,7)
Renorafi+DJ katater	2 (%7,4)

SS-:27 HERŞEYİ BURNUMUZA SOKMAYALIM

Hale Nur Can, Sevdegül Karadaş, Ramazansami Aktaş

GİRİŞ: Burunda yabancı cisimler(BYC)in çeşitleri, toplumlara ve sosyo-ekonomik yapıya göre farklılık göstermektedir. Genellikle 2-5 yaş arası çocuklarda tespit edilir. İn hale edilen yabancı cisimler gibi yaşamı tehdit etmese de ciddi morbiditelere neden olabilmektedir. En sık görülen yabancı cisimler plastik boncuk, sünger, oyuncak parçaları ve pilleri, küçük yiyecek parçaları (fındık, ceviz, mısır, çekirdek vb.) ve kağıt parçalarıdır. Yetişkinlerde çok nadir görülmekle birlikte zihinsel engelli ve psikosomatik bozukluğu olanlarda görülebilir. Burada burunda yabancı cisim tespit edilen yetişkin bir olguyu sunduk.

Case: Yirmi altı yaşında kadın hasta acil servise boğaz ağrısı ve burnuna toplu iğne kaçması şikayetiyle başvurdu. Hastadan alınan anamnezde toplu iğneyle burnunu kaşırken kazara burnuna kaçırdığını ifade etti. Başvuru anında hastanın tansiyon arteriyel: 125/78 mmHg, solunum sayısı 16/dak, vücut sıcaklığı 36 °C, parmak ucundan oksijen saturasyonu %97 idi. Dinlemekle her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor ve diğer sistem muayeneleri doğaldı. Yapılan X-ray nazal görüntüleme tetkiklerinde opak, toplu iğne ile uyumlu delici özellikte yabancı cisim saptandı. BYC çıkarılması için, lokalizasyonu nedeni ile kulak burun boğaz kliniğine konsülte edildi ve ameliyathane şartlarında endoskopik olarak müdahale yapıldı. Sağ nazal pasaj superiordan posteriora doğru uzanan yabancı cisim punch yardımı ile çekilerek çıkarıldı. Komplikasyon gelişmeyen hasta 24 saat gözlemden sonra poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Burunda yabancı cisimler çeşitli komplikasyonlara neden olabilmekle birlikte genellikle yaşamı tehdit eden bir duruma yol açmaz. En sık görülen semptomlar burunda ağrı ve rahatsızlık hissidir. Bu tarz yakınmalar ile başvuran hastanın tanısı genellikle anterior rinoskopi ve endoskopik burun muayenesi ile konur. Direkt grafler gibi görüntüleme yöntemleri tanıda yardımcıdır. Bazen BYC olduğu halde tanı konulamayan hastalar uzun süreli ve gereksiz antibiyotik kullanmak zorunda kalabilir. Burunda yabancı cisimlerin tedavisi çok zor değildir. Doğru pozisyon ve doğru aletler kullanılarak bu yabancı cisimler kolayca çıkarılabilir. Ancak yabancı cisimlerin yerleşim yerine ve hasta uyumsuzluğuna bağlı olarak nadiren ameliyathane şartlarında anestezi altında da yapılmaktadır.

Sonuç olarak BYC olguları erişkinlerde nadir görüldükleri için acil servise ve polikliniğe burunda tıkanıklık, boğaz ağrısı gibi üst solunum yolu enfeksiyonu semptomları ile

başvurabilirler. İyi bir anamnez, fizik muayene ve görüntüleme ile kolayca tanıya gidilebilir. Görüntüleme tetkiki olarak opak cisimler için direkt grafler yardımcı olur. Opak olmayan cisimler için bilgisayarlı tomografi ,hem tanı hem tedavi için endoskopik girişimler tercih edilebilir.

SS-28: “COMPARISON OF X-RAY IMAGING AND COMPUTED TOMOGRAPHY SCAN IN THE EVALUATION OF KNEE TRAUMA”

Mustafa Avci² and Nalan Kozaci¹

Department of Emergency Medicine; University of Health Sciences, Antalya Education and Research Hospital, Antalya 07100, Turkey; nalankozaci@gmail.com

Correspondence: dravcimustafa@gmail.com; Tel.: +90(554)4837713

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The aim of the study was to compare the accuracy of X-ray (XR) imaging according to computed tomography (CT) scanning in the diagnosis of knee bone fractures, and in the determination of fracture characteristics, and to identify CT scan indications in patients with knee trauma.

MATERIALS AND METHODS: The patients who presented to the emergency department (ED) due to knee trauma between January 2017 and December 2018 and who underwent XR imaging and CT scans were included in the study. XR images were reinterpreted by an emergency physician. The official reports, which had been interpreted by a radiologist in the hospital automation system for CT images, were considered valid.

RESULTS: Five hundred and forty-eight patients were included in the study. Of the patients, 200 (36.5%) had fractures in XR imaging and 208 (38.0%) had fractures in CT scans. Compared to CT scanning, XR imaging was found to have 89% sensitivity, 95% specificity, 92% positive predictive value, and 92% negative predictive value in identifying the fracture (Table 1). The sensitivity of XR imaging in identifying growth plate fracture, angulation, stepping off, and extension of the fracture into the joint space was determined as 78% and less (Table 2) (Figure 1). According to the kappa value, there was determined a perfect concordance between the XR imaging and CT scans in angulation, stepping off, and extension of the fracture into the joint space. This concordance was moderate in growth plate fractures.

CONCLUSIONS: XR imaging has a low sensitivity in identifying knee fractures. There is a moderate concordance between XR imaging and CT scanning in identifying growth plate fractures. Therefore, CT scanning should be performed in patients whose fracture type and fracture characteristics are not able to be determined exactly with XR imaging in knee injury.

Keywords: computed tomography; emergency department; fracture characteristics; knee injury; X-ray

Table 1. The knee fractures which were identified with x-ray imaging and computed tomography scan and the sensitivity and specificity of x-ray imaging in identifying the fractured bone.

Bone	XR, N (%)	CT, N (%)	Sensitivity/ specificity	AUC (95% CI)
Femur	28 (5.1)	42 (7.7)	67/100	0.833 (0.746-0.921)
Tibia	120(21.9)	130 (23.7)	80/96	0.881 (0.839-0.923)
Patella	48 (8.8)	46 (8.4)	100/100	0.998 (0.995-1.000)
Fibula	18 (3.3)	22 (4.1)	82/100	0.909 (0.813-1.000)

XR: x-ray; CT: computed tomography; AUC: area under the curve; CI: confidence interval

Table 2. Diagnostic accuracy of XR imaging in determining the fracture characteristics

Fracture characteristics	XR, N (%)	CT, N (%)	Sensitivity/ specificity	AUC (95% CI)	Kappa values
Extension of the fracture into the joint space	150 (27.4)	176 (32.1)	78/96	0.872 (0.834-0.910)	0.782
Growth plate fracture	8 (1.5)	8 (1.5)	75/100	0.873 (0.693-1.000)	0.746
Angulation	90 (16.4)	118 (21.5)	75/100	0.871 (0.823-0.918)	0.811
Stepping off	94 (17.2)	126 (23.0)	71/99	0.852 (0.804-0.901)	0.774

XR: x-ray; CT: computed tomography; AUC: area under the curve; CI: confidence interval

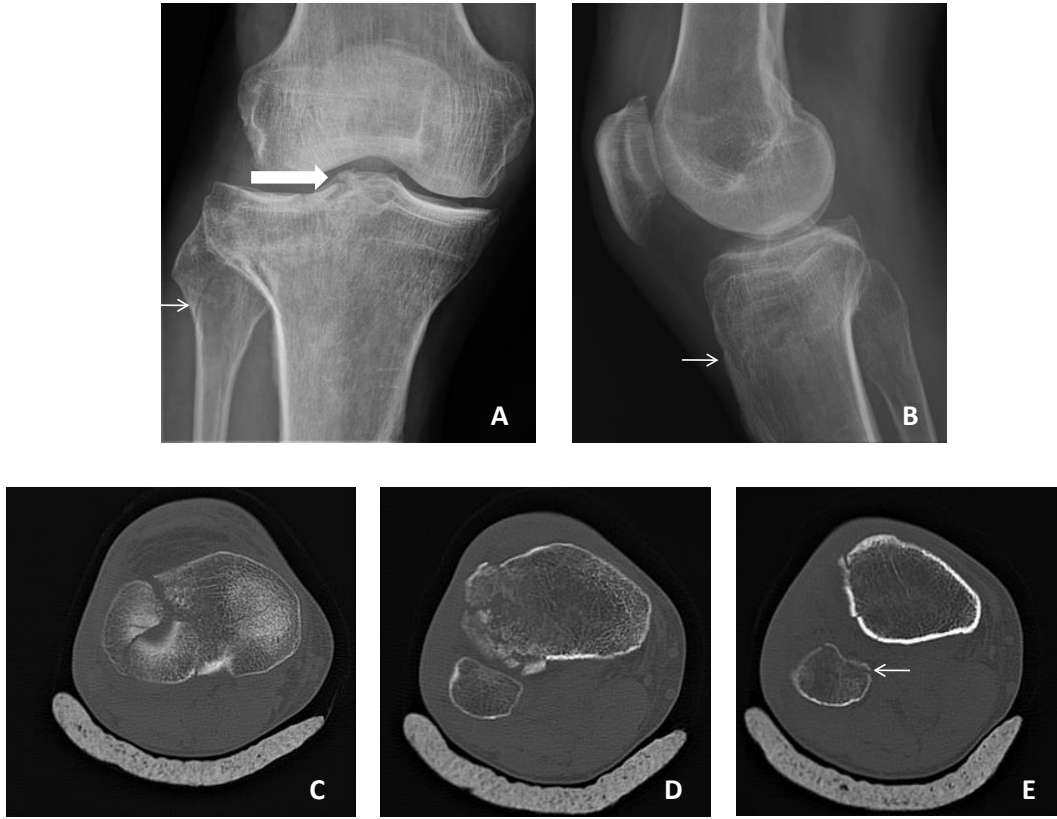


Figure 1: The knee images of a 58 years old male patient. A: Anterior-posterior XR image, thin arrow; fissure type fracture in fibula, thick arrow; tibia plateau fracture B: Lateral XR image, arrow; a compression in tibia (linear fracture), C: Axial CT image, a fragmented fracture in tibia that extends into the joint space, D: Axial CT image, the fragmented fracture in tibia, E: Axial CT image, arrow; a linear fracture in fibula.

SS-29: PEDIATRİK PALYATİF BİRİMLERİNİN ÇOCUK YOĞUN BAKIM SİRKÜLASYONU ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Belkıs Aygün(1), Dr. Tuğba Cihan Güler(1), Dr. Nuri Alaçakır(2)

1.SBÜ Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

2.SBÜ Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Uzmanı

GİRİŞ: Ülkemizde Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde tedavisi biten hastaların taburculuğunda yetersizlik , palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların yoğun bakım ünitelerinde takibi , palyatif bakım yapılan hastaların tekrar yoğun bakıma yatışı gibi nedenlerle yatak temininde ciddi sıkıntılar mevcuttur. Palyatif Bakım Hastalarının uzun süre hastanede yatak işgali, tedavi edilebilir hastalıklara sahip hastaların yaşam şanslarını azaltmakta, sağlık personeli gücünün ve hastane olanaklarının etkin kullanımını azaltmaktadır.

AMAÇ ve YÖNTEM: SBÜ Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi 10 Yataklı Pediatrik Palyatif Bakım Ünitesi'ni Mayıs 2017'de kurduk.Çalışmamızda Pediatrik Palyatif bakım merkezi açılmadan önce Mayıs 2016 Mayıs 2017 arasında Çocuk Yoğun Bakıma yatan hasta sayısı ve profili ile ,Pediatrik Palyatif Bakım merkezi açıldıktan sonra Mayıs-2017-Mayıs 2018'e kadar olan hasta sayısı ve profilini inceledik.Bu konuda deneyimlerimizi paylaşmak amacıyla bu sunumu planladık.

BULGULAR ve SONUÇ: Mayıs 2016 –Mayıs 2017 arasında Çocuk Yoğun Bakıma yatan hasta sayısı 105 olup hasta profili; trafik kazası 4/105,akciğer enfeksiyonu 48/105,konvülziyon 14/105,AGE-Sepsis 12/105,intoksikasyon 13/105,SVO 2/105,hidrocefali 5/105,diğerleri 7/105 idi. Mayıs-2017-Mayıs 2018'e kadar olan hasta sayısı 263 olup hasta profili;trafik kazası 44/263,BP+sepsis-112/263,intoksikasyon 26/263,santral sinir sistemi enfeksiyonu 33/263, SMA 11/263,Hidrocefali 5/263, KRY-ARY 13/263, Metabolik hastalık 3/263,kuduz 2/263, diğerleri-14/263 idi.

Sonuç olarak ülkemizde kısıtlı sayıdaki Yoğun Bakım yataklarının kritik hastalar için daha etkin bir şekilde kullanmak için Palyatif bakımla ilgili farkındalığın artması ile yoğun bakımların daha etkin kullanımı sağlanacaktır.

SS-30: ÇOCUKLARIN ADENOİD DOKUSUNDA 5-HT7 RESEPTÖRÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zülküf KAYA

Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye
zkaya25@hotmail.com

ÖZET

GİRİŞ: Adenoidektomi, hastaların yaşam kalitesi üzerinde önemli yankı uyandıran, pediatrik reküran akut tonsilit ve obstrüktif uyku apne sendromunun tedavisinde en yaygın kullanılan yöntemlerden biridir. Önceki çalışmalarda adenoidektomiye ihtiyaç duyan hastalarda yüksek inflamatuvar yanıt kanıtlanmıştır. Serotonin, ağrı, iştah, duygudurum ve uyku gibi davranışsal ve psikolojik olaylarda rol oynayan önemli bir nörotransmitterdir. Serotoninin son keşfedilen 5-HT7 reseptörlerinin 5-HT7 reseptörlerinin, sıçanlarda sepsis ve pençe ödeminde olduğu gibi, enflamatuvar hastalıklarda çok önemli rollerinin olduğu gösterilmiştir. 5-HT7 reseptörlerinin bağışıklık sistemi, enflamasyon ve nazal polip dokuları üzerindeki önemli etkileri, 5-HT7 reseptörlerinin adenoid dokularda sentezlenebileceğini ve adenoid hipertrofiye ve/veya kronik adenoidit gelişmesine katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Tüm bu bilgiler ışığında, bu çalışma adenoidektomi örneklerinde 5-HT7 reseptörünün varlığını göstermeyi ve adenoid hipertrofi ve kronik adenoiditin patofizyolojisine ışık tutmayı amaçlamıştır. Çalışmaya Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi KBB bölümünde Ocak 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında adenoid hipertrofi ve/veya kronik adenoidit tanısıyla adenoidektomi yapılan 34 çocuğun adenoid doku örnekleri dahil edildi. Katılım kriterleri 2 ile 18 yaş arasındaki çocuklardı ve dışlama kriterleri alerjik hastalık varlığıydı. Adenoid örnekleri hemen laboratuvar analizlerine kadar -80C derin dondurucuda aktarıldı. 5-HT7 reseptör mRNA varlığının değerlendirilmesi için doku örnekleri üzerinde Gerçek Zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) analizleri gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya dahil edilen hastalar 70.2±39.0 ay idi. Hastaların cinsiyetlerini kontrol ettiğimizde, erkek ve kadın hastalar arasında eşit dağılım vardı (%53 erkek ve %47 kadın). Gerçek Zamanlı PCR analizi, 5-HT7 reseptör ekspresyonunu ve varlığını adenoid doku örneklerinde tanımladı. Sonuç olarak, çalışmamız literatürde ilk kez adenoidektomi materyalinde 5-HT7 reseptörlerinin ekspresyonunu göstermiştir. Bu çalışma 5-HT7 reseptörlerinin adenoid hipertrofi ve/veya kronik adenoidit gelişiminde fizyolojik olarak katkıda bulunduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte, gelecekte deneysel ve klinik çalışmaların yapılması gereklidir.

Anahtar kelimeler: adenoidektomi, adenoid hipertrofi, kronik adenoidit, 5-HT7 reseptörleri, enflamasyon.

SS-31: YETİŞKİNDE SOLUNUM ZORLUĞU OLUŞTURAN DEV EPIGLOT KİSTİ

Vahit Mutlu

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı-Erzurum

GİRİŞ: Larenks kaynaklı kistler, tüm larengeal benign kitlelerin % 5 ini oluşturur [1]. Epiglot kistleri ise tüm larengeal kistlerin % 52 sini oluşturur ve çoğunluğu lingual yüz kaynaklıdır [2]. Hem yenidoğan hem de yetişkin çağda görülebilir. Yenidoğanda solunum güçlüğü ve buna bağlı olarak ani ölümler görülebilirken, yetişkin çağda genellikle boğazda yabancı cisim hissi ve çok nadiren de solunum güçlüğü oluşturur [3]. Biz bu çalışmada solunum sıkıntısı ve yutma güçlüğü oluşturan dev bir epiglot kisti olan yetişkin bir olguyu sunduk.

Olgu: 34 yaşında erkek hasta, nefes almakta zorlandığını, özellikle geceleri uyurken nefessiz kalıp uyandığını, sıklıkla ölüm tehlikesi yaşadığını, yemek yerken yutkunma sıkıntısı olduğunu ve bundan dolayı da sulu gıda haricinde bir şey yiyemediğini ifade ederek tarafımıza müracaat etti. Tarafımızca hasta 70 derece rijit teleskop yardımıyla endoskopik muayene (resim 1, 2) ve bilgisayarlı boyun tomografisi (resim 3, 4, 5, 6) ile değerlendirildikten sonra lingual yüz kaynaklı epiglot kisti varlığı belirlendi. Kistin apseleştiği ve 3x4 cm boyutlarına ulaştığı gözlemlendi. Acilen yatırılarak operasyona alınan hastaya direkt laringoskopi yöntemi ile transoral yaklaşımla bir operasyon planlandı. Entübasyon güçlüğü olan ve video laringoskop kullanılarak güçlükle entübe edilen hastanın dev epiglot kisti genel anestezi altında eksize edildi. Yoğun bir mukopürülan içeriğe sahip olan kist mikroskop eşliğinde total eksize edildi. Postoperatif kanama veya başka herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadı. Postop kontrollerinde 3. ayını tamamlayan hastanın larengeal yapıları, solunum ve yutma fonksiyonları normal olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA: Epiglot kistlerinin önemli komplikasyonlarından birisi, kistlerin enfekte olup epiglottit ve epiglot absesine dönüşmesidir. Epiglot lingual yüzü, epiglot absesinin en sık geliştiği lokalizasyondur [4]. Yoon ve ark. yaptıkları bir çalışmada akut epiglottit tanısı konulan hastaların %25’lik kısmında epiglot kisti varlığını belirlemişlerdir [5]. Heeneman ve Ward erişkinlerde görülen enfekte epiglot kistinde, mortalite oranını % 30 olarak belirlemişlerdir [3]. Bu yüzden epiglot kistlerinde erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcı olduğu ifade edilmektedir. Bizim olgumuzda da enfekte, yoğun mukopürülan içeriğe sahip, epiglotun larengeal yüzünden kaynaklanan ve apseleşen dev bir epiglot kisti mevcuttu.

Epiglot kistlerinin semptomları kistin büyüklüğüne, hastanın yaşına, kistin solunum yoluna uzanımı ve basısına bağlı olarak değişir. Yenidoğanda solunum sıkıntısı ve buna bağlı olarak ani ölümler görülürken, yetişkinlerde genellikle boğazda yabancı cisim hissi oluşur [3]. Bizim olgumuzda ise solunum güçlüğü ve yutma zorluğu mevcut idi.

Tedavi kistin büyüklüğüne ve klinik semptomlara bağlı olarak değişir. Büyük olanlar veya önemli klinik bulguları olanlara cerrahi tedavi uygulanır. Cerrahi tedavi olarak endoskopik eksizyon, marsupializasyon gibi değişik yaklaşımlar uygulanır [6]. Bizim olgumuza direkt larengoskopi yöntemi ile mikroskop eşliğinde total eksizyon ameliyatı yapıldı.

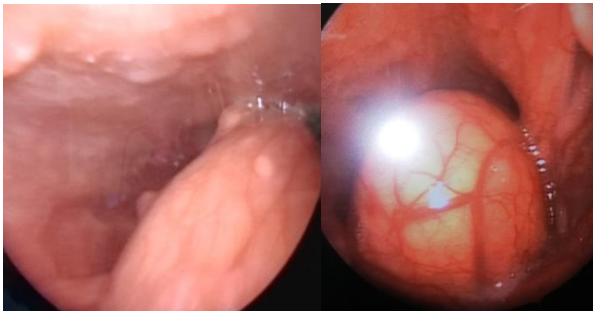
SONUÇ: Epiglot kistleri enfekte olarak hayati risk oluşturması nedeniyle tespit edildiğinde acilen tedavi edilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR:

- 1.Lam HCK, Abdullah VJ,Soo G. Epiglottic cyst. *Otolaryngol Head Neck Surg.*2000;122:311
- 2.De Santo LW, Devine KD, Weiland LH. Cyst of the Larynx-classification. *Laryngoscope.*1970;80:145-76
- 3.Heeneman H, Ward KM. Epiglottic abscess:its occurrence and management. *J. Otolaryngol* 1977;6:31-6
4. Berger G, Landau T, Berger S, Finkelstein Y, Bernheim J, Ophir D. The rising incidence of adult acute epiglottitis and epiglottic abscess. *Am J Otolaryngol* 2003;24:374-83.
5. Yoon TM, Choi JO, Lim SC, Lee JK. The incidence of epiglottic cysts in a cohort of adults with acute epiglottitis. *Clin Otolaryngol* 2010;35:18-24
- 6.Gonik N, Smith L.P. Radiofrequency ablation of pediatric vallecular cysts. *Int J Pediatric Otorhinolaryngol.* 2012 ;76(12):1819-22

RESİMLER:

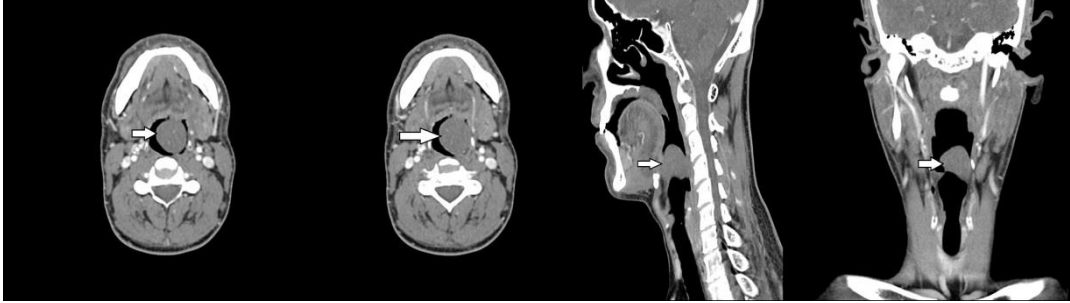
Resim 1, 2; Endoskopik görüntüler



Resim 1

Resim 2

Resim 3, 4, 5, 6; BT görüntüleri



Resim 3

Resim 4

Resim 5

Resim 6

SS-32: DİYABETİK KETOASİDOZ TANISI İLE ACİL SERVİSE BASVURAN HASTALARDA MPV DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Havva Tuğba Kiper Yılmaz

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi , İç Hastalıkları , Erzurum,

GİRİŞ-AMAC: Diyabetes mellitusun(DM) akut komplikasyonları arasında diyabetik ketoasidoz(DKA) diyabete bağlı mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir. DKA tanısıyla acil servise başvuran hastalar, diyabet tanısıyla poliklinikte takip edilen hastalar ile sağlıklı gönüllüler arasında kronik inflamasyonu tanımlamak amacıyla MPV (ortalama trombosit hacmi) değerlerinin karşılaştırılmasını amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya 30 DKA tanısı almış tip 2 DM , 30 poliklinikte takip edilen herhangi akut komplikasyonu olmayan Tip 2 DM ve 30 sağlıklı gönüllü alındı. Kontrol grubunda sağlıklı gönüllüler grup 1, diyabet tanısı olan ama DKA tespit edilmemiş hastalar grup 2, DKA tanısı alan DM hastaları ise grup 3 olarak tanımlandı. Hemogram tetkiki çalışılarak MPV düzeyleri elde edildi.

BULGULAR: Grup 1 in MPV ortalaması $6,6 \pm 0,9$ fl idi. Grup 2 nin MPV ortalaması $7.7 \pm 0,7$ fl ve grup 3 'ün MPV ortalaması 8.6 ± 1.6 fl olarak tespit edildi. Tüm gruplar arasında MPV açısından anlamlı fark mevcuttu.($p<0,001$). Serum NLR (nötrofil lenfosit oranı) ile RDW (kırmızı hücre dağılım genişliği) , PCT,PLR(trombosit lenfosit oranı) ,MPV ,BAZOFİL, MCHC,MCV, Hgb, WBC, PLT,Nötrofil,yaş,AST,ALT değerleri arasında pozitif korelasyon; HCO₃,Ph, albümin değerleri arasında negatif korelasyon tespit edildi. MPV değerleri, RDW,NLR,pH,HCO₃ değerleri ile korelasyon gösteriyordu.

TARTIŞMA: MPV,NLR,PLR VE RDW kronik inflamasyonda yeni markırlar olarak literatüre geçmiştir. MPV,NLR,PLR VE RDW değerlerinin DKA tanısıyla başvuran hastalarda yüksek çıkması potansiyel bir inflamasyonun varlığını gösterebilir, subklinik inflamasyonun bir markeri olabilir. HCO₃,Ph gibi mortalitedeki artış ile ilgili parametrelerle olan anlamlı ilişkisi takipteki basit markırların önemini vurgulamaktadır.

SONUÇ: Acil serviste DKA tanısı konan hastalarda MPV,NLR,PLR VE RDW değerlerinin yüksek çıkması potansiyel bir inflamasyonun varlığını göstermil ve bu hastalarda mortalitede artış gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: DM (Diyabetes mellitus) , DKA(diyabetik ketosidoz) ,hemotolojik parametler, MPV

Tablo 1: Hemogram Değerleri.

	kontrol grup (n=45)	Tip 2 DM group (n=33)	DKA grup (n=31)
WBC ($\times 10^3$ mm^{-3})	8,06 $\pm$ 3,25	8,11 $\pm$ 2,35	15,62 $\pm$ 6,82
HGB (g/dL)	14,58 $\pm$ 1,54	14,44 $\pm$ 1,42	13,42 $\pm$ 2,71
HCT (%)	44,09 $\pm$ 3,97	46,37 $\pm$ 5,04	39,96 $\pm$ 7,48
MCV (fL)	84,99 $\pm$ 4,84	85,46 $\pm$ 4,41	88,02 $\pm$ 6,55
MCHC (g/dL)	12,89 $\pm$ 0,77	32,85 $\pm$ 0,07	33,22 $\pm$ 2,31
RDW (%)	9,94 $\pm$ 3,85	14,26 $\pm$ 0,51	15,22 $\pm$ 3,47
PLT ($\times 10^3$ mm^{-3})	274,46 $\pm$ 55,52	297,00 $\pm$ 82,14	287,86 $\pm$ 121,70
MPV (fL)	6,66 $\pm$ 1,01*	7,76 $\pm$ 0,75*	8,74 $\pm$ 1,77*
PCT (%)	0,15 $\pm$	0,21 $\pm$,014	0,22 $\pm$,096
PDW (%)	19,35 $\pm$ 1,14	18,31 $\pm$ 0,55	17,97 $\pm$ 1,36
Lym# ($\times 10^3$ mm^{-3})	2,41 $\pm$ 0,65	2,73 $\pm$ 0,04	4,62 $\pm$ 3,40
Neu# ($\times 10^3$ mm^{-3})	3,47 $\pm$ 1,83	4,56 $\pm$ 1,18	12,27 $\pm$ 6,46
NLR	1,73 $\pm$ 0,78	1,67 $\pm$ 0,46	3,34 $\pm$ 2,97
PLR	119,15 $\pm$ 47,71	130,38 $\pm$ 20,93	97,86 $\pm$ 79,95
CRP (mg/L)	1,70 $\pm$ 1,76	1,73 $\pm$ 3,64	29,36 $\pm$ 81,99
AGE	46,93 $\pm$ 20,71	54,73 $\pm$ 11,05	56,56 $\pm$
HbA1C	6,12 $\pm$ 1,38**	8,75 $\pm$ 1,97**	10,44 $\pm$ 2,68**

SS-33: TRAVMATİK DİYAFRAM RÜPTÜRÜ TANISIYLA LAPAROSKOPİK ONARIM YAPILAN İKİ OLGU SUNUMU

Özgür Çağlar¹, Muhammed Enes Aydın²

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD

GİRİŞ: Diyafram rüptürü künt veya delici kesici torakoabdominal travmalar sonrasında oluşabilir. Tüm diyafram rüptürleri cerrahi olarak onarılmalıdır. Diyafram rüptürü ve cerrahi onarımı sonrasındaki ağrı yönetimi hastanın başta respiratuvar komplikasyonlar olmak üzere postoperatif dönemde gelişebilecek birçok morbiditenin önlenmesi açısından son derece önemlidir. Burada künt karın travması sonrası sağ hemidiyafram rüptürü ve kesici delici alet yaralanması sonrası sol diyafram kesisi ve dalak yaralanması olan iki olgu sunulmuştur.

Olgu 1: Kesici delici alet yaralanması nedeniyle sevk edilen 16 yaşında erkek hastanın fizik incelemesinde 7. interkostal aralıkta kesici delici alet giriş deliği görüldü. Akciğer sesleri doğal, karın sol üst kadranda hassasiyeti vardı. Torako-abdominal BT’de solda minimal hemotoraks ve dalakta yaklaşık 1 cm’lik laserasyon görüldü. Mevcut bulgular ışında hastaya tanısal laparoskopi planlandı. Laparoskopide diyaframda yaklaşık 2 cm’lik kesi, hemotoraks, dalak laserasyonu ve aktif olmayan kanama odağı görüldü. Diyafram kesisi laparoskopik olarak primer sütür tekniği ile onarıldı. Postoperatif dönemde ağrı kontrolü için parasetamol, NSAİİ yanısıra kurtarıcı analjezik olarak fentanil uygulandı. Hasta postoperatif 5. gün taburcu edildi.

Olgu 2: Yüksekten düşme nedeniyle sevk edilen 3 yaşında erkek hasta, dış merkezde yapılan tetkikleri sonucunda sağda hemotoraks olması nedeniyle tüp torakostomi yapılarak sağ diyafram evantrasyonu şüphesi ile merkezimize sevk edilmiş. Fizik incelemede umbilikus düzeyinde 2x2 cm’lik ekimoz görüldü, sağ altta akciğer sesleri azalmıştı. Abdominal BT’de karaciğerin toraksta yerleşmiş olduğu görüldü. Radyolojik olarak diyafram evantrasyonu düşünülen hastaya travma öyküsü olması nedeniyle diyafram rüptürü öntanısı ile tanısal laparoskopi planlandı. Yapılan laparoskopide sağ diyaframın orta hattan itibaren tamamen rüptüre olduğu ve karaciğerin total olarak toraksa yer değiştirmiş olduğu görüldü. Karaciğer batın içerisine indirilerek diyafram defekti laparoskopik olarak primer sütür tekniği ile onarıldı. Postoperatif analjezi amacıyla erektör spina plan (ESP) bloğu yapıldı. Postoperatif dönemde rutin

parasetamol infüzyonları dışında ek analjezi ihtiyacı olmayan hastanın 3. gün göğüs tüpü çekilerek 6. gün sorunsuz taburcu edildi.

SONUÇ: Künt travmalar ve kesici delici alet yaralanmaları sonrası diyafram hasarı oluşabilir. Tanıda akciğer grafisi ve BT kullanılabilir. Bizim olgularımızda olduğu gibi diyafram yaralanması radyolojik olarak gösterilemeyen olgularda tanısız laparoskopi altın standarttır. Laparoskopi ile erken tanı konularak güvenli ve hızlı bir şekilde tedavi yapılabilir. Postoperatif analjezi yönetiminde parasetamol, NSAİİ gibi ajanlar rutin olarak kullanılabilirse de multimodal analjezinin bir parçası olarak ESP bloğu gibi rejyonel anestezi/analjezi tekniklerinin kullanılması bu dönemde ağrı skorları ve ek analjezik ihtiyacını azaltmaktadır.

SS-34: SÜT VE DAİMİ DİŞ DENTO ALVEOLAR TRAVMALARINA AİT 4 OLGU SUNUMU

Dr. Öğr. Üyesi Doğan DURNA¹, Dr. Öğr. Üyesi Fatih ŞENGÜL²

1.Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi ABD

2.Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti ABD

GİRİŞ: Diş travmaları ve pulpal ağrı şikâyetleri diş hekimliğinde acil tedavi gerektiren uygulamalar arasındadır. Travmaya bağlı olarak kron kırıkları ve lüksasyonlara oldukça sık rastlanmaktadır. Teşhis ve tedavi planlamasının doğru yapılmasının yanında, bu sürecin düzenli aralıklarla takip edilmesi de başarılı bir tedavi sonucunun elde edilebilmesinde büyük bir önem arz etmektedir. Travmatik diş yaralanmaları (TDY), okul öncesi, okul dönemi ve genç erişkinlerde sıklıkla görülmekte olup, tedavi ihtiyacı gerektiren tüm yaralanmaların %5’ini kapsamaktadır.^{1,2} Literatürde okul dönemi çocuklarının %25’inin en az bir kez diş yaralanması geçirdiği, erişkinlerin %33’ünün ise genel itibariyle çoğunluğunun 19 yaş öncesinde olmak üzere kalıcı dişlerinde travmaya maruz kaldığı bildirilmiştir.³ Diş hekimliğinde acil tedavi amacıyla yapılan başvuruların değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların %51’inin travma, %40’ının çürük ve %9’unu ise diğer nedenler ile kliniğe başvuru yaptığı rapor edilmiştir.⁴ Travmanın ne zaman, nerede ve nasıl olduğuna ait alınan cevaplar uygulanacak tedavinin seyri ile ilgili kritik öneme sahiptir.⁵

Bu çalışmada, farklı zamanlarda, değişken travma hikâyeleri ile Diş Hekimliği Fakültesine başvuran dört olgu ve bu olgulara ait tedavi öncesi, tedavi sonrası ve takip periyotlarına ait klinik ve radyolojik kayıtların paylaşılması amaçlanmıştır.

Olgu 1: 4 yaşındaki erkek hasta apartmanın merdivenlerinden düştükten sonra dişlerine gelen travmadan 2 saat sonra kliniğimize başvurmuştur. Klinik muayene sonrası süt orta keserlerinde (51 ila 61 nolu dişler) mobilite tespit edilmiş, alınan okluzal radyografi sonrası sol süt üst orta keser kökünün orta seviyesinde fraktür tespit edilmiştir. Hastaya pensilin grubu antibiyotik reçete edilmiş ve misina kullanılarak dişler 1 ay süresince splintlenmiştir. İkinci haftada yapılan kontrolde dişlerin vitalitesi kaybolduğu için kanal tedavisi yapılmıştır. 6 aylık kontrolde klinik olarak dişte bir problem olmadığı, alınan kontrol radyografında ise dişin fraktür hattında kök rezorbsiyonu tespit edilmiş ve hasta 6 ay sonraya kontrole çağırılmıştır.

Olgu 2: 8 yaşındaki kız hasta dışarıda oynarken yere düştükten 1,5 saat sonra kliniğimize başvurmuştur. Klinik muayene sonrası hastanın sağ üst daimi orta keser (11 nolu diş) dişinde avülsiyon ve sağ daimi yan keser (12 nolu diş) dişte mine-dentin fraktürü tespit edilmiştir. Hastanın dişi replante edilmiş ve splintleme yapılmıştır. Antibiyotik pensilin grubu ve antieflamatuar parasetamol grubu reçete edilmiş ve bir hafta içinde kök kanal tedavisi yapılmıştır. 4 yıl sonraki kontrol radyografisinde kök rezorbsiyonu tespit edilmiştir. Ankilozu bulunan diş çekilmiş, yara yerinin iyileşmesi sonrasında hastanın kendi dişi kullanılarak yan dişlere fiber splint kullanılarak splintlenmiştir.

Olgu 3: 2,5 yaşındaki erkek hasta mutfakta düşmüş ve yarım saat içerisinde süt orta keser (51 ila 61 nolu dişler) dişleri intrüze olmuş vaziyette bize başvurmuştur. Hastaya antienflamatuar parasetamol grubu ajan ve ağız gargarası Tantum Verde sprej reçete edilmiştir. 1 ay sonraki takipte dişlerin kendiliğinden ekstrüze olduğu gözlenmiştir.

Olgu 4: 14 yaşındaki kız hasta bisikletten düştükten 1 saat sonra Diş Hekimliği Fakültesine başvurmuştur. Hastanın sağ daimi üst orta (11 nolu diş) keserinde avülsiyon, sağ daimi yan keser (12 nolu diş) ve kanin (13 nolu diş) dişlerinde de lateral lüksasyon tespit edilmiştir. Hastanın steril kutu süt içerisinde getirilen avulse dişi fiber splint kullanılarak komşu dişlere splintlenmiş ve yumuşak dokudaki laserasyonlar süturlanmıştır. 10 gün sonrasında da orta ve yan keser dişler vitalitelerini kaybettiği için kanal tedavisine başlanmıştır. Hasta kontrole çağırılmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

- Travmaya sonucunda dişlerin prognozu, zaman kaybı olmaksızın yapılan acil müdahale ile başlangıç ve sonraki girişimler şekillenmektedir.
- Travma olgularında başvuru zamanı önemli olduğu için erken zamanında yapılan girişimler, uzun dönem başarısızlık riskini azaltacaktır.⁶
- Kontrol ziyaretleri ve evde bakımla beraber hasta uyumu, TDY sonrası iyileşmede önemlidir.
- Hasta ve velisi, travmanın tedavisi yönünde bilinçlendirilmeli. Optimal iyileşmenin sağlanabilmesi için oral hijyene titizlik gösterilmesi, beslenmenin travmanın şekline uygun olarak 1-2 hafta süresince yumuşak ve püre kıvamında besinler olarak düzenlenmesi, kontakt sporlardan ve şiddet içeren şakalardan kaçınılması vb. hususlara dikkat edilmesi tavsiye edilmelidir.

- Farklı şekillerde oluşan diş yaralanmaları doğru tedavi edilmediğinde yaşam boyu katlanarak artan sorunlara sebebiyet verebilir.
- Travmaya uğrayan dişin prognozunda yaralanmanın tipi, yaralanma sonrası geçen zaman, acil tedavi planlaması ve uygun tedavi seçimi başarının ilk basamağıdır.^{5,7}

KAYNAKÇA:

1. Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth, 4th edn. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2007.
2. Petersson EE, Andersson L, Sorensen S. Traumatic oral vs nonoral injuries. Swed Dent J 1997; 21:55–68.
3. Glendor U. Epidemiology of traumatic dental injuries – a 12 year review of the literature. Dent Traumatol 2008; 24: 603–11.
4. Rowley ST, Sheller B, Williams BJ, Mancl L. Utilization of a hospital for treatment of pediatric dental emergencies. Pediatr Dent 2006; 28(1):10-7.
5. Alaçam A. Travma nedeniyle oluşan diş yaralanmaları ve tedavileri. Alaçam T, ed. Endodonti. 2. Baskı. Ankara;2000, 985-1058.
6. Alaçam A, İncioğlu A.Ş. Süt ve sürelı diş travmalarında acil yaklaşımlar, Türkiye Klinikleri J Pediatr Dent-Special Topics 2017;3(1).
7. Hamilton FA, Hill FJ, Holloway PJ. An Investigation of dentoalveolar trauma and its treatment in an adolescent population. Part 2: Dentists knowledge of management methods and their perceptions of barriers to providing care. Br Dent J 1997;182(4): 129-33.

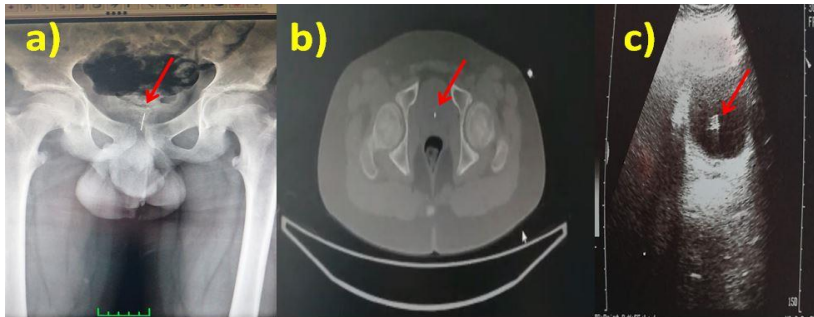
SS-35: 14 YAŞINDA PEDIATRİK HASTADA SAPTANAN MESANE İÇİ YABANCI CİSİM: OLGU SUNUMU

Fatih Özkaya, Dr. Öğr. Üyesi

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ: Değişik belirti ve bulgularla mesane içi yabancı cisim vakaları üroloji hekimlerinin nadiren de olsa karşılaştıkları hastalardır. Mesane içi yabancı cisimlerin etyolojisine bakıldığında iyatrojenik nedenler, komşu organ ve dokulardan migrasyon ve hastaların kendi kendilerine yerleştirmesi gibi nedenler karşımıza çıkmaktadır. Literatüre bakıldığında mesaneden elektrik teli, saç tokası, gazlı bez parçaları, pil gibi birçok yabancı cismin çıkarıldığı bildirilmiştir. En önemli nedeni ise psikoseksüel bozukluk ve buna bağlı mastürbasyon isteğidir. Bu olgumuzda kendi kendine üretraya toplu iğne sokan ve ailesi tarafından acil servise getirilen olguyu sunmayı amaçladık.

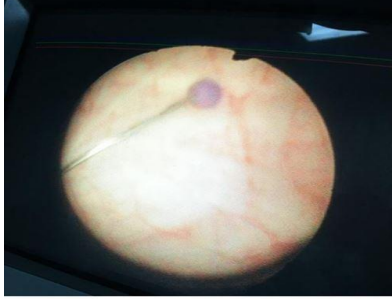
Olgu Sunumu: 14 yaşında bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta ebeveynleri tarafından dizüri ve hematüri nedeniyle acil servise başvurdu. Hastadan alınan anamnezde 2 gün önce kendi kendine üretral meadan içeriğe doğru toplu iğne kaçırdığı ve geri gelmediği öğrenildi. Yapılan tetkiklerde üre, kreatin ve tam kan sayımı normaldi. Tam idrar tetkikinde 44 eritrosit hücresi izlendi. Hastanın anamnezine göre düz üriner sistem grafisi (DUSG), ultrasonografi (USG) ve kontrastsız alt batın tomografisi (NC-CT) çekildi. Her üç radyolojik görüntüleme yöntemiyle de hastanın mesanesinde, anamnezinde bildirdiği toplu iğne ile uyumlu görünüm izlendi (Resim-1).



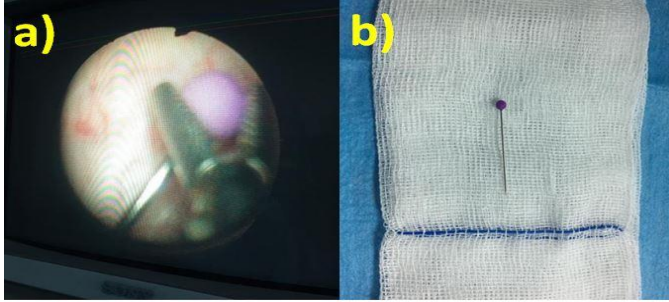
Resim-1: Mesanede yabancı cismin (toplu iğne); a) düz üriner sistem grafisi, b) kontrastsız tomografi, c) ultrason görüntüleri

Mesanede yabancı cisim tanısı konulan hasta kliniğimize yatırıldı. Genel anestezi altında profilaktik antibiyotik sonrası 19 fr sistoskop ile üretrosistostopi yapıldı ve mesanede yabancı cisme ulaşıldı (Resim-2). Sistoskop şafı içerisinden toplu iğne yabancı cisim forceps ile dışarı

alındı (Resim-3). Mesane ve üretrada iğneye bağlı yer yer mikro kanama odakları dışında başka bir patoloji saptanmadı. Operasyon sonrası sonda konulmayan hasta çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine konsulte ettirildi. Herhangi bir patoloji saptanmaması üzerine taburcu edildi.



Resim-2: Mesanede yabancı cismin sistoskopik görüntüsü



Resim-3: Mesanede yabancı cismin; a) yabancı cisim forceps ile dışarı alınması, b) dışarı alınan yabancı cisim

SONUÇ: Mesane içi yabancı cisimler acil ve üroloji pratiğinde nadir de olsa karşılaşılabilen sorunlardan biridir. Şüpheli duyulan olgularda doğru anamnez ve tanı esastır. Tanı konulduktan sonra öncelikle sistoskopik tedavi düşünülmelidir. Bu hastaların altta yatabilecek psikolojik problemler nedeniyle psikiyatrik konsültasyonları yaptırılmalıdır.

**SS-36: EKSTENSÖR TENDON YARALANMASI İLE ACİL SERVİSE
BAŞVURAN VAKALARIN İNCELENMESİ
2019 YILINA AİT 8 AYLIK VAKA SERİSİ**

Kerem YILMAZ

GİRİŞ VE AMAÇ: Ekstensör tendon yaralanmaları, özellikle elde ortaya çıkabilecek fonksiyonel kayıplar nedeniyle acil servislere başvuran önemli travmatik yaralanma tiplerinden biridir. Bu yaralanmalar kesi, kopma, ezilme gibi travmanın direk etkisiyle oluşabileceği gibi, kemik kırıkları veya çıkıkları sonrasında da ortaya çıkabilir. Yaralanmanın şiddeti, lokalizasyonu, cerrahi zamanlama ile beraber hassas cerrahi yaklaşım ve sonrasında mutlak olması gereken fizyoterapi prognozu belirleyici etkenler olarak sayılabilir. Bu çalışmada 2019 yılı başlangıcından bugüne, 8 aylık süre zarfında ekstensör tendon yaralanması ile acil servise başvuran vakaları hasta yaşı, etyoloji, yaralanma lokalizasyonu ve eşlik eden yaralanmalar gibi faktörler açısından geriye dönük olarak inceledik.

GEREÇ VE YÖNTEM : Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'nde, 2019 yılı Ocak-Ağustos ayları arasında üst ekstremitte travması ile acil servise getirilen 95 hastada ekstensör tendon hasarı tespiti ve onarımı yapıldı. Bu gerçekleştirilen ekstensör tendon onarımlarının %48'i zone 1,2,3,4(parmak seviyesi), %35'i zone 5,6(el dorsumu) %17'si zone 7,8(önkol) olarak dağılım göstermekteydi.. Hastaların ortalama yaşı 34.6 idi. Herhangi bir nedenle oluşmuş (kazaen, bıçaklanma vb.) kesiler % 80 ile en sık görülen neden iken, hastaların %68 inde birden fazla ekstensör tendon yaralanması mevcut idi. Hastaların büyük çoğunluğunda (%76) ekstensör tendon yaralanmalarına ek kemik, sinir ve fleksör tendon yaralanmaları tespit edildi. Tüm sinir yaralanmaların %88'i ameliyathane ortamında rejyonel veya genel anestezi altında, %12'si lokal anestezi altında PDS (Polidiaksanon) sütür materyalleri ile kilitli kontinü sütür tekniğince onarıldı. Hastanede kalış süresi ortalama 1 gün olan hastalar eşlik eden fleksör tendon yaralanması olanlar haricinde nötr pozisyonda statik atel eşliğinde taburcu edildi. En az 4 hata statik atel ile takip sonrasında kontrollerine gelen hastalar fizik tedavi kliniğine fizyoterapi için yönlendirildi.

BULGULAR : Hiçbir hastada intraoperatif komplikasyon ve mortalite gelişmedi. Postoperatif kısa dönem ve uzun dönem takiplerde tendon onarımına dair normal dışı bir bulguya rastlanmadı. 5 hastada tendon rüptürü nedeniyle tekrar operasyon yapıldı.

SONUÇ : Ekstensör tendondan yaralanmaları izole tendon yaralanması olarak görülebileceği gibi kompleks bir yaralanmanın bir parçası olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Ekstensör tendon karmaşık anatomisi itibariyle öğrenme eğrisi uzun süre alan, dikkatli muayene edilmemesi sonucu gözden kaçabilen, uzun cerrahi gerektiren vakalarda onarımında yeterli özenin gösterilemeyebildiği bir anatomik yapıdır. Ekstensör tendon elin mekanik işlevinin tam olarak yapılabilmesi için eksiksiz olarak bir bütün olması gereken yapının şüphesiz en önemli parçalarından biridir. Acil servis ortamında tespit edilen ekstensör tendon yaralanmalarının usulüne uygun şekilde onarımı ve sonrasında iyi bir fizik tedavi ile takibi sonrası yüz güldürücü sonuç elde etmek oldukça mümkündür.

Anahtar Kelimeler : Ekstensör tendon yaralanması, el travması, acil servis tendon muayenesi

SS-37: ERZURUM BÖLGE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NE BAŞVURAN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞ'Lİ ÇOCUKLARIN KLİNİK VE RUTİN LABORATUVAR TESTLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine Hafize Erdeniz,

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Enfeksiyon Kliniği, Erzurum

AMAÇ: Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), dünyada yaygın olarak görülen viral kanamalı ateşlerin başında gelir. Çalışmamızda, Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) tanısıyla izlenen çocuk hastaların epidemiyolojik özellikleri, klinik bulguları, laboratuvar tetkikleri, tedavi ve prognozları retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEMLER:Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesine 2019 yılında Nisan ve Eylül ayları arasında başvuran ELISA veya PCR kanıtlı KKKA tanısı alan 8 hastanın tıbbi kayıtları geriye dönük incelenmiştir. Epidemiyolojik, klinik özellikleri ve laboratuvar verileri hakkındaki bilgiler kaydedilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 2 kız (%25) ve 6 erkek (%75) toplamda 8 çocuk hasta (ortalama yaş; $10\pm 3,3$ yıl) Erzurum, Gümüşhane, Artvin, Kars, Bitlis ve Ardahan'dan geliyordu. Başvuru esnasında ateş (%100), gözlerde kızarıklık (%75), halsizlik (%62,5), iştahsızlık (%62,5), kusma (%50), eklem ağrısı (%37,5), peteşiyel döküntü (%37,5), kanama (%25), baş ağrısı (%25) bulguları vardı. Hastaların 5'inde (%62,5) kene temas öyküsü mevcuttu, ancak hepsi endemik bölgeden gelmekteydi ve çiftçilik veya kırsalda yaşama gibi risk faktörlerini taşıyorlardı. Başvuruda hastaların laboratuvar bulgularında %50 trombositopeni; %75 lökopeni; %25 nötropeni; %75 lenfopeni, %50 yüksek aspartat transaminaz; %50 yüksek alanine transaminaz; %50 yüksek laktat dehidrogenaz; %50 yüksek keratin kinaz; %50 uzamış protrombin zamanı, %50 uzamış parsiyel tromboplastin zamanı ve 1 olguda da (%25) prerenal böbrek yetmezliği saptanmıştı. Tüm hastalar sıvı-elektrolit tedavisi ve ribavarin alırken, 4 (%25) hastaya taze donmuş plazma ve trombosit desteği almıştı. Hastalarımızın hepsi sekel kalmadan taburcu edilmişti.

SONUÇ: Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi bölgemizde endemik olarak görülmektedir. Olgularımızda olduğu gibi hastalarda kene temas öyküsü veya başvuruda trombositopeni olmayabilir. Hatta atipik klinik prezentasyon ile gelebilir. Bir olgumuz gastroenterit, ateş

şikayeti ile başvurmuş hastada prerenal böbrek yetmezliği ve trombositopeni saptanmıştı. Hastada kene temas öyküsü yoktu ama riskli bölgeden geldiği ve konjunktivit ve halsizliği belirgin olduğu için KKKA düşünülerek tetkik istenildi. Riskli bölgelerden gelen hastalarda ateş, sitopeni ayırıcı tanısında KKKA düşünülmesi gerektiği vurgulanmak amacıyla olgular sunuldu.

SS-38: EPİLEPSİ VE GEBELİK

Fatma ŞİMŞEK, Yunus Emre AKTAŞ

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Acil servis başvurusunun sık nedenlerinden biri epileptik nöbetlerdir. Epilepsi hastalarının %25'ini doğurkanlık çağındaki kadınlar oluşturmaktadır. Epilepsili gebelerde nöbet geçirme, nöbet sıklığında değişiklik, ilaç yan etkisi ve nöbet geçirme korkusu gibi stres faktörleri hem anne hem bebek üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Çalışmamızda takip ettiğimiz epilepsili gebelerin klinik verilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Ocak 2017- Haziran 2019 tarihleri arasında epilepsi polikliniğinden takip edilen ve takipte gebeliği sonuçlanan 10 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Gebelik esnasındaki nöbet sıklıkları, kullandıkları ilaçlar, doğum şekilleri ve gebelik sonuçları değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 28,7 yıldır. Planlı gebelik 3 hasta da olup öncesinde ilaç düzenlemesi yapılmış, 7 hasta ise plansız gebelik nedeni ile gebeliklerini öğrenince başvuru yapmıştı. Hastaların 5 tanesi politerapi, 5 tanesi monoterapi kullanıyordu. Monoterapi alan hastaların 3'ünde lamotrijin, 2'sinde levetiresetam kullanımı vardı. 7 kişi normal doğum, 1 kişi sezeryan ile doğum yapmış, 2 gebelik anne karnında bebek ölümü ile sonuçlanmıştı. Bebek ölümü olan annelerden biri lakozamid+topiramet+levetiresetam kombinasyonu, diğeri okskarbazepin+levetiresetam kombinasyonu kullanıyordu ve ikiside plansız gebelik olup gebelik öncesi hazırlık yapılmamıştı. Hastaların gebelik öncesi ve gebelikteki nöbet sıklıklarında anlamlı bir değişiklik olmayıp sadece dirençli epilepsi nedeni ile takip edilen bir hastanın gebelikte nöbet sıklığı artışı olmuştu. Canlı doğum ile sonuçlanan gebelerin bebekleri sağlıklı olup herhangi bir anomali izlenmemişti.

SONUÇ: Birçok risk faktörü olmasına rağmen epilepsili anneler ve bebeklerin %90'dan fazlasında herhangi bir sorun ortaya çıkmamaktadır. Gebelikte epilepsi tanısı olması sezeryan endikasyonu olmayıp bu hastaların çoğu normal doğum yapabilmektedir. Hastalarda gebelik öncesi bilgilendirme, antiepileptik ilaç dozlarının ayarlanması ve teratojenite riski düşük olan ilaçların seçilmesi önemlidir.

SS-39: ACİL POLİKLİNİĞİNE AKUT SKROTUM İLE BAŞVURAN OLGULARIN SCROTAL DOOPLER ANALİZLERİ

Aliseydi Bozkurt

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi ,Üroloji Ana Bilim Dalı, Erzincan,Türkiye

AMAÇ; Acil polikliniğine başvuran akut skrotumlu ürolojik olgularının değerlendirmesinde tanı, tedavi ve yönlendirme açısından yaklaşım büyük önem taşımaktadır. Burada amacımız; Organ kaybı, organ kaybının sebep olduğu infertilite gibi sonuçların oluşmasını engel olmak için, acil serviste hastayı ilk gören acil servis doktorunun dikkatli ve titiz bir değerlendirme yapması gerekliliğini vurgulamaktır.

MATERYAL-METOT; Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne 1 ocak 2019-15 eylül 2019 tarihleri arasında akut skrotumla başvuran ve scrotal doopler ultrason ile değerlendirilen 59 hasta verileri retrospektif olarak incelendi. Olguların demografik özellikleri, hastalık tanıları ve uygulanan tedaviler acil servis ve üroloji klinik kayıtları taranarak gözden geçirildi.

BULGULAR; Acil servise başvuran akut skrotumlu ürolojik olguların klinik tanılara göre dağılımı Tablo I de gösterildi. Akut skrotumla başvuran scrotal doopler ile değerlendirilen ürolojik olgularının önemli bir kısmının (%33,89) normal değerlendirildiği ve sık olarak (%13,55) orşit, (%16,94) epididimiorşit, (%8,47) epididimit, (%1,69) vazit gibi enfeksiöz vakaların oluşturduğu ,bunun yanında travma hariç elektif cerrahi gerektiren (%1,69) inguinal herni ve (%3,38) hidrosel vakalarının olabileceği gözlenmektedir. Bu olguların (%3,38) testis torsiyonu idi. Testis torsiyonu (testisin kendi etrafında dönmesi) sıklıkla genç erkeklerde görülen ve müdahale edilmediği takdirde, testisin kaybına kadar gidebilen ürolojik acil durumlardan biridir. Torsiyon; genellikle sol taraf testiste görülürken, olguların % 2'sinde iki taraflıdır. Testis torsiyonu olanların yaşının 18 altında olduğu, ama diğer vakaların yaş ortalamasının 36 olduğu tespit edildi. Bu olgulardan testis torsionu olan 2 hasta acil operasyonla testis fixasyonu yapıldı. Orşit Epididimiorşit, epididimit vazit tanısı alan hastalara enfeksiyon tedavisi verildi. Hidrosel ve herni hastaları elektif cerrah yapılmak üzere yönlendirildi.

SONUÇ; Acilde akut skrotumla başvuran ürolojik olgulara sık rastlanmaktadır. Bu olgularda acil girişim gerektiren ciddi hastalıklar olabilmektedir. Organ kaybına sebep olabileceğinden dolayı çok acil müdahale gerektiren (%3,38) testis torsionunun göz ardı edilmemesi gerektiği

açıktır. Acil serviste hastayı ilk gören acil servis doktorunun dikkatli ve titiz bir değerlendirme yapması önem arz etmektedir. Bu değerlendirme organ kurtarıcı olabileceği ve gelecekte infertilite gibi sonuçların oluşmasını engelleyeceği açıktır.

Anahtar Kelimeler: Akut skrotum, Scrotal doopler ,testis torsionu

Tablo I- Akut skrotum olgularının dağılımı

TANI	HASTA SAYISI	%
varikosel	6	10,16
orşit	8	13,55
Epidimi orşit	10	16.94
scrotal hematom	1	1,69
epididimit	5	8,47
mikrolitiazis	3	5,08
inguinal herni	1	1,69
testis torsionu	2	3,38
Vasit	1	1.69
hidrosel	2	3,38
Normal	20	33,89

SS-40: EVALUATION OF SEDOANALGESIA OR ANALGESIA USE IN SHOULDER JOINT DISLOCATIONS PATIENTS UNDERGOING REDUCTION IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Dr. Turgut DOLANBAY¹

1.Kafkas University Medical School Department of Medical Emergency, Kars Turkey

Corresponding Author: e-posta@kafkas.edu.tr

ABSTRACT

The shoulder is the joint with the widest range of motion in our body. Shoulder dislocation is the most common type of large joint dislocation in human body. There are several defined reduction methods for shoulder dislocation. Most of these classical methods are partially painful and associated with iatrogenic injuries. During the interventional procedure, sedoanalgesia is used to suppress the patient's response and remembrance of the event or to suppress the state of consciousness by using sedative agents. Analgesia is applied to reduce the pain threshold during the intervention without suppressing the patient's consciousness. Although the treatment of patients with shoulder joint dislocation can be performed without sedation, it is a painful procedure for the patient. Sedoanalgesia is now considered both a legal right and an ethical requirement. The aim of this study was to infer the physicians' choice of analgesia and to compare the sedoanalgesia to analgesia. Data was gathered retrospectively from shoulder dislocation cases admitted to the emergency department of Research and Education Hospital of Kafkas University Medical School in 2017 and 2019. Patient files and Hospital Information System was used to collect the data. Forty (38.8%) of 103 patients who presented with shoulder pain and were not diagnosed with shoulder joint dislocation were female and 63 (61.2%) were male. During the follow-up of 31 patients with shoulder joint dislocation, 20 patients (64.5%) received analgesia and 11 patients (35.5%) received sedoanalgesia. Orthopedics consultation was performed in 23 (17.2%) of 134 patients with shoulder pain. Orthopedic consultation was performed for 54.8% (17 patients) of shoulder joint dislocation patients admitted to our clinic. Patients undergoing sedoanalgesia require close monitoring in the emergency department and increase the service and workload in the emergency department. Our study shows that sedoanalgesia, which has become a necessity in shoulder joint reduction, is not applied adequately by emergency physicians. In our study, we think that most physicians avoid the complications of sedoanalgesia and intervene only with analgesia.

Key Words: Sedoanalgesia, shoulder joint dislocation, emergency department,

INTRODUCTION: The shoulder is the joint with the widest range of motion in human body. Shoulder dislocation is the most common large joint dislocation with about 45% prevalence (1,2). Although anterior shoulder dislocation are the most common type, the shoulder may dislocate at posterior, inferior or superior directions. More than 95% of the anterior shoulder dislocations and 67% of the posterior shoulder dislocations occur by traumatic causes (3).

There are several defined reduction methods for shoulder dislocation. Most of these classical methods are partially painful and associated with iatrogenic injuries (4). During the interventional procedure, sedoanalgesia is used to suppress the patient's response, remembrance of the event or to suppress the state of consciousness by using sedative agents and analgesics together to maintain cardiac and respiratory functions. Analgesia is applied to reduce the pain threshold during the intervention without suppressing the patient's consciousness (5).

There are number of factors that pose a potential risk in sedoanalgesia including eating before sedation which increases the risk of aspiration for the patient (6). Therefore, a physician with advanced life support experience should be present during the sedoanalgesia procedure (7). Due to the aforementioned reasons, physicians are refraining from sedoanalgesia procedure in the emergency departments.

The aim of this study was to infer the physicians' preference of utilizing sedation analgesia and to deduce the factors effecting preference of sedoanalgesia or analgesia in while reduction of shoulder joint dislocation in emergency department.

MATERIALS AND METHOD: Data was gathered retrospectively from shoulder dislocation cases admitted to the emergency department of Research and Education Hospital of Kafkas University Medical School in 2017 and 2019. Patient files and HIS (Hospital Information System) records was used in the study. Patients under the age of 18 and patients whose full data was not available were excluded from the study. A total of 134 patients were included in the study. The statistical analyses software package SPSS 20 was used to deduce differences among groups. Analytical (mean, standard deviation, median) statistics, Mann Whitney U test and Pearson Chi-Square test was used to compare patient groups.

RESULTS: We first analyzed demographic variables. Among all 134 patients, 46 (34.3%) were female and 88 (65.7%) were male. The mean age of the patients was 41.4 ± 19.9 years. About 31

patients (23.1%) initially had a shoulder pain complaint were subsequently diagnosed with the shoulder joint dislocation (SJD). Of the 31 patients with SJD, 6 (19.4%) were female and 25 (80.6%) were male, and the mean age was 39 ± 20.2 .

Forty (38.8%) of 103 patients who presented with shoulder pain and were not diagnosed with SJD were female and 63 (61.2%) were male. During the follow-up of 31 patients with SJD, 20 patients (64.5%) received analgesia and 11 patients (35.5%) received sedoanalgesia. Among these patients, 4 of 6 women received analgesia and 2 received sedoanalgesia. Of the 25 male patients with shoulder joint dislocation, 16 received analgesia and 9 received sedoanalgesia (Table 1). No statistically significant difference was found between gender and preference of analgesia/sedoanalgesia treatment ($p=0.902$).

Table 1. Gender distribution of patients and their preference of analgesia.

Gender	Analgesia	Sedoanalgesia	Total
Female	4	2	6
Male	16	9	25
Total	20	11	31

Orthopedics consultation was performed in 23 (17.2%) of 134 patients with shoulder pain. Orthopedic consultation was performed for 54.8% (17 patients) of SJD patients admitted to our clinic, and orthopedic consultation was not required for the other 45.2% (14 patients). Six of the 17 patients (35.2%) required consultation were admitted to the orthopedics department. When all patients with shoulder joint dislocation were examined, it was evident that 6 of the 31 patients (19.3%) were hospitalized (Table 2). A statistically significant correlation was found between consultation and hospitalization ($p=0.013$) (Table 3).

Table 2. Hospitalization distribution in respect to the receiving consultation.

Hospitalization	No consultation	Consultation	Total
Hospitalized	14	11	25
Not hospitalized	0	6	6
Total	14	17	31

Table 3. Chi-Square test for hospitalization distribution in respect to the consultation

Test	Value	DF	p-value
Pearson Chi-Square (χ^2)	6.127 ^a	1	0.013
Continuity Correction Likelihood Ratio	4.075	1	0.044
Fisher's Exact Test	8.388	1	0.004

Among 11 individuals who underwent sedoanalgesia among SJD patients for treatment purposes, 72.7% (8 patients) had orthopedic consultation (Table 4).

Table 4. Analgesia preference in respect to the consultation.

	No consultation	Consultation	Total
Analgesia	11	9	20
Sedoanalgesia	3	8	11
Total	14	17	31

No statistically significant difference was found between the genders of hospitalized OJD patients ($p > 0.05$).

Table 5. Analgesia preference in respect to the consultation.

	Hospitalized	Not hospitalized	Total
Female	2	4	6
Male	4	21	29
Total	6	25	31

Orthopedics consultation was performed in 6 of 103 patients who presented to the emergency department with shoulder pain complaint but were not diagnosed with SJD and 2 of these patients were hospitalized (Table 5).

DISCUSSION: In the present study, six (19.4%) of SJD patients were female and 25 (80.6%) were male. In a similar study by Gül et al., SJD was observed more frequently in the male population (8). The mean age of the patients was 39.1 ± 20.2 . In the literature, it is observed that

SJD increases in two age ranges: the first group consists of male individuals aged between 20-30 years, while the second group consists of elderly female patients (9). In our study, we think that the elevated age of elderly women increases the average age group.

Although the treatment of patients with shoulder joint dislocation is performed routinely without sedation, it is a painful procedure for the patient. Today, sedoanalgesia, which is being used during the reduction processes, is now considered both a legal right and an ethical requirement (10,11). In our study, 20 patients (64.5%) were given analgesia and 11 patients (35.5%) were given sedoanalgesia during the treatment of 31 patients with SJD during the clinical follow-up in the emergency department. Patients undergoing sedoanalgesia require close monitoring in the emergency department and that increases the service and workload in the emergency departments (12,13). In addition, the physician performing sedoanalgesia should have sufficient knowledge about sedoanalgesia, advanced life support, airway protection, the possible effects of the drugs administered, and the antagonists of drugs applied (7,14). For these reasons, we concluded that the number of patients receiving sedoanalgesia was less than the number of patients receiving analgesia alone in the present study.

In current study, 23 (17.2%) out of 134 patients and 17 (54.8%) out of 31 SJD patients underwent orthopedic consultation. The desired rate of emergency room consultations in Turkey was determined to be in the range of 20-40%. We anticipate that the rate of consultation in all patients is lower because of the fact that shoulder pain is generally myalgia and that consultation is not required (15). However, the reason for the high rate of consultation in SJD patients is attributed to the fact that reduction in the emergency department could not be achieved in a higher proportion among SJD patients.

When the patients who needed consultation were evaluated, 6 out of the 17 patients (35.2%) were admitted to the orthopedic department. None of the patients were directly hospitalized without consultation. Therefore, a statistically significant correlation was found between consultation and hospitalization ($p < 0.013$).

CONCLUSION: In our study, 23% of the shoulder joint pain complaints admitted to the emergency department were SJD. This high rate makes it necessary for the emergency physician to have sufficient knowledge of the intervention in the reduction of shoulder joint and to apply the treatment appropriately. But our study shows that sedoanalgesia, which has become a necessity in shoulder joint reduction, is not applied adequately by emergency physicians. We

think that most physicians avoid the complications of sedoanalgesia and intervene only with analgesia.

REFERENCES

1. Cutts S, Prempeh M, Drew S. Anterior shoulder dislocation. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*. 2009;91(1):2–7.
2. Riebel GD, McCabe JB. Anterior shoulder dislocation: a review of reduction techniques. *The American journal of emergency medicine*. 1991;9(2):180–188.
3. Deitch J, Mehlman CT, Foad SL, Obbehath A, Mallory M. Traumatic anterior shoulder dislocation in adolescents. *The American journal of sports medicine*. 2003;31(5):758–763.
4. Beattie TF, Steedman DJ, McGowan A, Robertson CE. A comparison of the Milch and Kocher techniques for acute anterior dislocation of the shoulder. *Injury*. 1986;17(5):349–352.
5. Godwin SA, Caro DA, Wolf SJ, Jagoda AS, Charles R, Marett BE, et al. Clinical policy: procedural sedation and analgesia in the emergency department. *Annals of emergency medicine*. 2005;45(2):177–196.
6. Green SM, Roback MG, Miner JR, Burton JH, Krauss B. Fasting and emergency department procedural sedation and analgesia: a consensus-based clinical practice advisory. *Annals of emergency medicine*. 2007;49(4):454–461.
7. Gross JB, Bailey PL, Connis RT, Coté CJ, Davis FG, Epstein BS, et al. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. *Anesthesiology*. 2002;96(4):1004–1017.
8. Gul M, Yavuz U, Sokucu S, Cetinkaya E, Arikan Y, Kabukcuoglu YS. Flexion-adduction-external rotation method for shoulder dislocations. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2014;48(2):164–168.
9. Chalidis B, Sachinis N, Dimitriou C, Papadopoulos P, Samoladas E, Pournaras J. Has the management of shoulder dislocation changed over time? *International orthopaedics*. 2007;31(3):385–389.
10. Sayegh FE, Kenanidis EI, Papavasiliou KA, Potoupnis ME, Kirkos JM, Kapetanios GA. Reduction of acute anterior dislocations: a prospective randomized study comparing a new technique with the Hippocratic and Kocher methods. *JBJS*. 2009;91(12):2775–2782.
11. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. *Anesthesia & Analgesia*. 2007;105(1):205–221.
12. Horwitz LI, Green J, Bradley EH. US emergency department performance on wait time and length of visit. *Annals of emergency medicine*. 2010;55(2):133–141.
13. Robinson KS, Jagim MM, Ray CE. Nursing workforce issues and trends affecting emergency departments. *Nursing management*. 2005;36(9):46–53.
14. Sacchetti A, Schafermeyer R, Gerardi M, Graneto J, Fuerst RS, Cantor R, et al. Pediatric analgesia and sedation. *Annals of emergency medicine*. 1994;23(2):237–250.
15. Karakaya Z, Gökel Y, Açıkalın A, Karakaya O. Acil Tıp Anabilim Dalı'nda konsültasyon sisteminin işleyişi ve etkinliğinin değerlendirilmesi. 2009;

SS-41: GEBELİKTE AORT DİSEKSİYONU

Emsal Pınar TOPDAĞI YILMAZ¹, Sevda KARAKAYA²

1.Dr. Öğretim Üyesi Erzurum Atatürk Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
emsalpınar1@hotmail.com

2.Araştırma Görevlisi Doktor Erzurum Atatürk Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
sevdakarakaya09@gmail.com

GİRİŞ: Aort intimasının yırtılması olarak bilinen aort diseksiyonu ilk 48 saat içine % 50 oranında mortaliteyle seyreden yaşamı tehdit eden ciddi bir tablodur. Stanford sınıflamasına göre tip A ve tip B olarak ikiye ayrılır. Tip A da daha acil girişim gerekirken Tip B de hastanın hemodinamisi bozulmamışsa tıbbi tedavi önerilir. Diğer bir sınıflama olan De Bakey sınıflamasına göre ise 3 tipe ayrılır. Tip 1:asendan aortadan başlar ve sol subclavian artere kadar uzanır, Tip 2: asendan aortada sınırlıdır, Tip 3: sol subcalvian arterin distalinden başlar abdominal aortaya kadar devam eder.

Olguların %80 ‘ i 40 ile 70 yaş arasında değişmektedir. Genç yaştaki kadınlarda aort diseksiyonu nadir görülen bir durumdur. Anne ve fetus hayatını ciddi tehlikeye sokan bu durum gebelikte oldukça mortal seyretmektedir.

AMAÇ: Biz burada gebeliğinin 35. Haftasında acil servis kliniğine bel ve sırt ağrısı nedeniyle başvuran ve takiplerinde aort diseksiyonu tanısı konan olguya yaklaşımı sunmayı amaçladık.

Olgu: 36 yaşında gravida 4 parite 3 olan hasta gebeliğinin 35. haftasında acil servise bel ve sırt ağrısı nedeniyle başvurdu. İlk değerlendirmede tansiyon 160/110 mm/Hg, radial nabız:140 / dk solunum sayısı 20 / dk idi. Tam idrar tahlilinde proteinüri saptanmadı. Hemoglobin değeri 11,5 mg/dl trombosit sayısı 252.000/mm³ kan biyokimyasında AST 25 U/ml ,ALT 32 U/ml, total bilirubin 1,6 mg olarak ölçüldü. Obstetrik ultrasonografide 35 hafta ile uyumlu fetal kalp atımı olan gebelik izlendi. Kliniğimizde takip edilirken şiddetli kanaması başlayan hasta plasenta dekolmanı şüphesiyle acil sezeryana alındı. 2850 gr canlı, apgar skoru 6 olan erkek bebek doğurtuldu. Hastanın operasyon sonrası tansiyonlarının regüle olmaması ve şiddetli sırt ağrısının devam etmesi üzerine kardiyoloji kliniğinden konsültasyon istendi. Toraks bilgisayarlı tomografide aort diseksiyonundan şüphelenilmesi üzerine hastaya aortografi yapıldı.

Postoperatif 2. Gününde hastaya tip 3 aort diseksiyonu tanısı konuldu. Medikal tedavi başlanan ve tansiyonları kontrol altına alınan hasta ameliyat sonrası 6. Gün iyilik haliyle taburcu edildi.

SONUÇ: Genç kadınlarda oldukça nadir görülen aort diseksiyonu 40 yaş altında görüldüğünde ise yaklaşık yarısı gebelik esnasında ve özellikle 3. Trimester ve postpartum dönemde görülmektedir. Gebelikte görüldüğünde hem anne hem bebek için oldukça büyük risk taşımaktadır. Sonuç olarak bu gibi acil durumlarda tanıda gecikme mortaliteyi ciddi anlamda artırmaktadır. Sırt ya da göğüs ağrısı olan, iki kol arasında kan basıncında fark tespit edilen olgularda tanı esnasında aort diseksiyonu akılda bulundurulmalıdır. Şüphe duyulan durumlarda ekokardiyografi , tomografi gerekirse aortografi ile tanı konularak morbidite ve mortalitenin ciddi anlamda azalacağını düşünmekteyiz.

SS-42: SENKOP VE TELE’NİN HİKÂYESİ

Dr.Öğr. Üyesi İbrahim ÖZLÜ¹

1.Atatürk Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ: Ani ve geçici oluşan bilinç kaybına senkop denir. Genellikle sistemik kan basıncında ani bir düşüşün etkisiyle yetersiz miktarda beyin kan akışının sebep olduğu klinik bir sendromdur.(1) Tipik olarak, kısa süreli (8 ila 10 saniye) ve geçicidir. Her ne kadar senkop etiyolojisi iyi huylu olsa da senkop, ani ölüm potansiyeli olan daha ciddi hastalıkların bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Senkopun hayatı tehdit eden nedenleri genellikle kardiyak nedenlerdir (2). Hayatı tehdit edici kardiyak durumlar, kalp ritminde bir aritmiden veya yapısal kalp hastalığına bağlı olarak ani gelişen oluşan bir senkopa neden olabilir (3). Aritmiler tipik olarak taşı aritmilerdir. Çocuklarda izole bradikardinin neden olduğu senkop (yani tam AV bloğu) nadirdir (4).

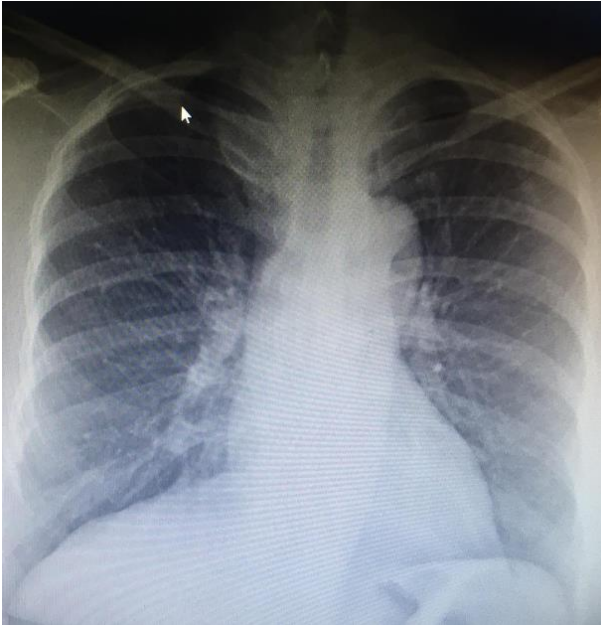
Yapısal olarak normal kalbe sahip hastalarda primer elektrik bozuklukları oluşabilir. Bu aritmiler eksojen faktörlerle (yani metabolik bir rahatsızlık veya ilaç alımı) veya kalıtsal bir elektrofizyolojik anormallikle (yani konjenital uzun QT sendromu) ilişkili olabilir (5). Aritmi ayrıca, miyokardit veya onarılan doğuştan kalp hastalığı gibi yapısal kalp hastalığının bir sonucu olarak da gelişebilir. Son olarak, senkop, özellikle egzersiz sırasında sol ventrikül çıkış yolu tıkanıklığı ve sistemik kan akışı sonucu aort darlığı, hipertrofik kardiyomiyopati ve aort diseksiyonu gibi durumlarda ortaya çıkabilir(7).

Aort diseksiyonu nispeten nadirdir, ancak sıklıkla şiddetli göğüs ağrısı ve akut hemodinamik değişimlere sebep olan ölümcül bir hastalık olarak görülür. Erken kesin tanı ve tedavi sağkalım için çok önemlidir. Aort diseksiyonu semptomları ve belirtileri, diseksiyonun kapsamına ve etkilenen kardiyovasküler yapılara bağlıdır. En sık görülen semptom, hastaların% 90'ında meydana gelen ve % 85'inin ani olduğunu belirten ağrıdır. Periferik damarlara bozulmuş veya bulunmayan kan akışının varlığı zayıf nabız olarak tanımlanan bir Pulse deficit ile kendini gösterir (8). Şiddetli ani gelişen göğüs ağrısı ile birlikte yeni bir diyastolik üfürüm, akut aort yetersizliğinin bir işaret edebilir. Diseksiyon sonucunda aort çevreleyen yapıların genişleyip aortu sıkışmasıyla veya azalmış kan akımı sebebiyle hastalarda inme veya bilinç değişiklikleri görülebilir. Bilinç değişiklikleri kadınlarda erkeklerden daha yaygındır. Senkop hastaların yüzde 5 ila 10'unda görülür ve sıklıkla kalp tamponat gelişimini veya brakiseftalik damarların tutulumunu gösterir. Tanısında Göğüs radyografisi - Düz göğüs filmleri, göğüs ağrısının çeşitli

nedenlerini (örn., Pnömotoraks) hızlı bir şekilde ayırt etmeye yardımcı olmak için yaygın olarak elde edilir. Aort diseksiyonunda en sık görülen anormallik, aort silüetinin genişlemesidir ve vakaların yüzde 60 ila 90'ında ortaya çıkılmaktadır (8)

VAKA: 65 yaşında erkek hasta camide namaz kılarken birden bire başını döndüğünü söyleyerek yere yığılınca. 112 aranarak Kısa bir süre bilinç kaybı olan hasta 112 aracılığıyla acil servise getirildi. Yere yığılan hastada kısa bir süre bilinç kaybının olduğunu ancak kısa sürede toparlandığı öğrenildi. Hastaya yapılan muayenede hipertansiyon hastası olduğu, şuanda şiddetli olmayan sırt ağrısı dışında bir şikayetin olmadığını öğrenildi. Hastanın vital bulguları alındı. TA: sağ kolda 108/85 mmHg sol kolda 115/90 mmHg, pulsoksimetresi 92, nabız 102/dk idi. Parmak ucu şekeri 100 olarak alındı. Çekilen EKG’de sol ventrikül hipertrofisi dışında V1, V2 de minimal ST depresyonu vardı. Nörolojik muayenesi normal hastaya gerekli tahliller istenerek monitörize şekilde TELE çekildi (figür 1). TELE’de aort topuzunun belirginleştiği inen aortanın gölgesinde genişlemenin olduğu görülerek. Diseksiyon lehine CT istendi. CT sonucunda diseksiyon olan hasta kalp damar cerrahisine yatırılı yapılarak tedavi altına alındı.

SONUÇ : Acile baş vuran hastalarda öykü ve muayene çok önemlidir. Göğüs ağrısı ve sırt ağrısı olan hastalarda rutinde TELE çekilir. Rutinde çekilen bu TELE bazen ölümle sonuçlanacak bir hastanın erken tansı için çok önemlidir. Sonkopl gelen bir hastanın TELE yardımıyla erken teşhisinin hayat kurtarıcı olabileceğini unutmamak gerekir.



Figür 1

KAYNAKLAR:

1. Kapoor WN. Syncope. *N Engl J Med* 2000; 343:1856. Lewis DA, Dhala A. Syncope in the pediatric patient. *The cardiologist's perspective. Pediatr Clin North Am* 1999; 46:205.
2. Sarasin FP, Junod AF, Carballo D, et al. Role of echocardiography in the evaluation of syncope: a prospective study. *Heart* 2002; 88:363.
3. Pires LA, Ganji JR, Jarandila R, Steele R. Diagnostic patterns and temporal trends in the evaluation of adult patients hospitalized with syncope. *Arch Intern Med* 2001; 161:1889.
4. Gillette PC, Garson A Jr. Sudden cardiac death in the pediatric population. *Circulation* 1992; 85:I64.
5. Strickberger SA, Benson DW, Biaggioni I, et al. AHA/ACCF Scientific Statement on the evaluation of syncope: from the American Heart Association Councils on Clinical Cardiology, Cardiovascular Nursing, Cardiovascular Disease in the Young, and Stroke, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; and the American College of Cardiology Foundation: in collaboration with the Heart Rhythm Society: endorsed by the American Autonomic Society. *Circulation* 2006; 113:316.
6. Sivakumaran S, Krahn AD, Klein GJ, et al. A prospective randomized comparison of loop recorders versus Holter monitors in patients with syncope or presyncope. *Am J Med* 2003; 115:1.
7. Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, et al. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol* 2017.

SS-43: NON-İSKEMİK KARDİYOMİYOPATİ HASTALARINDA İMPLANTE EDİLEBİLİR KARDİOVERTER DEFİBRİLATÖR ŞOKU NEDENİYLE HASTANEYE YATIŞ PREDİKTÖRLERİ

Mustafa Öztürk¹, Orhan Delice²

1.S.B.Ü. Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Erzurum, Türkiye.

2.S.B.Ü. Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Erzurum, Türkiye.

AMAÇ: İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör (İKD) bulunan non-iskemik kardiyomiyopati (NİKMP) hastalarında İKD şoku sebepli hastaneye yatış gelişmeden önce bu durumu öngörebilecek demografik, laboratuvar ve ekokardiyografik parametreleri tespit etmek.

METOD: 2009-2019 yılları arasında acil servise ya da kardiyoloji polikliniklerine İKD şoku, nefes darlığı, çarpıntı şikayeti veya kontrol amaçlı başvuran İKD'si olan NİKMP hastaları çalışmaya dahil edildi. Hastalar takiplerde en az bir defa İKD şoku sebepli hastaneye yatışı olan ve olmayan olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastalara ait demografik, laboratuvar, ekokardiyografik ve klinik yatış verileri hastane kayıt sisteminden elde edildi.

BULGULAR: Toplam ortamala 3.6 yıllık takipte 44 İKD olan NİKMP hastasının 12 (%27.3)'sinde İKD şoku sebebiyle hastaneye yatış tespit edildi. Hastaların 15 (%34.1)'inde İKD ikincil koruma için implante edilmişti ve bu grupta İKD şoku sebepli hastaneye yatış birincil korumaya göre oranı daha yüksekti ($p=0.038$). Cinsiyet, HT, DM, AF'nin varlığı ve kalp yetersizliği ilaçları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Tek değişkenli analizlerde Max NT pro BNP ($p=0.5$) ya da NT pro BNP seviye değişimi ($p=0.9$), eGFR değişimi($p=0.7$), EF'nin ($p=0.4$) İKD şoku sebepli hastaneye yatış ile ilişkisi yoktu. İkincil koruma amaçlı İKD bulunuşu, İKD şoku sebepli hastaneye yatışın tek bağımsız öngördürücüsü olduğu saptandı (odds ratio 4.2, %95 CI 1.037-17.01, $p=0.044$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: İKD'si olan NİKMP hastalarında ortalama 3.6 yıllık takipte değerlendirilen demografik, laboratuvar ve ekokardiyografik parametrelerden ikincil koruma amaçlı İKD bulunuşu hariç diğerleri İKD şoku sebepli hastaneye yatış ile ilişkili değildir. İkincil koruma amaçlı İKD bulunuşu İKD şoku sebepli hastaneye yatışın bağımsız prediktörüdür.

Tablo-1: Hastalara ait demografik, laboratuvar ve ekokardiyografik parametrelerin tek değişkenli analizi

Değişken	İKD şoku sebepli hastaneye yatışı olan (n=12)	İKD şoku sebepli hastaneye yatışı olmayan (n=32)	p değeri
Yaş	68	69.5	0.9
Kadın cinsiyet, n (%)	3 (25)	9 (28.1)	0.8
HT, n (%)	7 (58.3)	18 (58.1)	0.9
DM, n (%)	2 (16.7)	6 (18.8)	0.8
AF, n (%)	6 (50)	8 (25)	0.1
ACE inhibitörü, n (%)	9 (75)	22 (68.8)	0.6
Beta-bloker, n (%)	12 (100)	31 (96.9)	0.5
MRA, n (%)	7 (58.3)	19 (59.4)	0.9
EF (%)	28	25	0.4
LA (mm)	44.5	47	0.9
İkincil koruma amaçlı İKD	7 (58.3)	8 (25)	0.038
Min NT-proBNP, mg/dl	1767	1737	0.8
Max NT-proBNP, mg/dl	6812	5021	0.5
NT-proBNP değişimi, mg/dl	4144	3398	0.9
Min GFR, ml/dk/m ²	42	56	0.5
Max GFR, ml/dk/m ²	81	89	0.7
GFR değişimi, ml/dk/m ²	34	30	0.7

Kısaltmalar: ACE: Anjiyotensin converting enzim, AF: Atrial fibrilasyon, DM: Diyabetes mellitus, EF: Ejeksiyon fraksiyonu, GFR: Glomerüler filtrasyon hızı, GFR değişimi: Maksimum ve minimum GFR değerleri arasındaki fark, HT: Hipertansiyon, İKD: İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör, LA: Sol atriyum, MRA: Minerolokortikoid antagonisti, NT-proBNP: N-terminal B tipi natriüretik peptid, NT-proBNP değişimi: Maksimum ve minimum NT-proBNP değerleri arasındaki fark.

SS-44: SADECE ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU DEĞİL

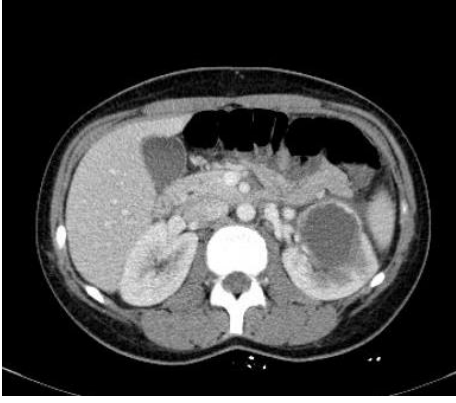
Hale Nur Can, Gizem Gizli, Sevdegül Karadaş, İdris Tüzün

GİRİŞ: Karın ağrısı acil servis başvurularının içerisinde sık görülen semptomlardandır. Bu semptomlarla başvuran hastaların tanılarının yelpazesi çok geniştir. Akut karın ağrısı ile gelen hastaların içerisinde nonspesifik karın ağrıları ilk sırada yer almaktadır. Sırasıyla apandisit, safra yolu hastalıkları, barsak obstrüksiyonları, jinekolojik hastalıklar, pankreatit, renal kolik, peptik ülser perforasyonu, malignite, divertiküler hastalıklar sayılabilir. Genitoüriner patolojiler arasında basit idrar yolu enfeksiyonları, piyelonefrit, üreteropelvik bileşke darlığı, üretere dıştan bası yapan patolojiler, ürolitiazis, üriner sistem neoplazileri, basit/komplike renal kistler veya anatomik anomaliler vardır. Basit kistler genelde asemptomatik seyrederken, nadiren hayatı tehdit eden komplikasyonlara sebep olabilirler. Burada geç tanı alan ve renal kistin enfekte olmasıyla hayati tehlikesi gelişen olguyu sunduk.

Vaka: Yirmi üç yaşında bayan hasta acil servise karın ve sol yan ağrısı, vajinal akıntı şikayeti ile başvurdu. Alınan anamneze göre son beş gün içerisinde bu şikayetler ile hastanın başka sağlık merkezlerine tekrarlayan başvurularının olduğu ve tüm başvurularının basit idrar yolu enfeksiyon tanısı ile taburcu edildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde suprapubik ve sol kostovertebral açı hassasiyeti vardı. Diğer sistem muayeneleri olağandı.

Başvuru anında hastanın vücut sıcaklığı:41.3 °C, tansiyon arteriyel:100/60 mmHg, solunum sayısı 20/dak, oksijen satürasyonu %94 idi. Laboratuvar tetkiklerinde C reaktif protein:187, beyaz küresi:9100 10³/uL, spot tam idrar testinde 2+ lökosit saptandı. Hastanın genel durumunun bozulması ve öncesinde tedaviye rağmen semptomlarının gerilememesi üzerine ileri tetkik amacıyla yapılan batın USG'sinde anlamlı patoloji saptanmadı. Çekilen kontrastlı batın tomografisinde (şekil 1) sol böbrek orta kesiminde 43*36 mm ebatlı, kalın cidarlı, düzensiz, iç basıncı kısmen düşük, yoğun içerikli komplike kist ile uyumlu görüntü saptandı. Hasta enfekte renal kist ön tanısı ile üroloji servisine interne edildi.

SONUÇ: Üriner sistem ile ilgili şikayeti olan hastalar sıklıkla acil servise karın ve/veya yan-flank bölge ağrısı ile başvururlar. Başvuruda mevcut tanıya odaklanmadan önce benzer semptom ve bulgularla başvurulabilececek, ayırıcı tanıları ve diğer sistem hastalıkları dışlanmalı ve özellikle tekrarlayan başvurularda ileri araştırma yapmalıyız. Bazen komplike, bazen zor, bazen de ölümcül tanı ve tedavi için hayat kurtarıcı olabiliriz.



Şekil 1

SS-45: KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİ SONRASI NÖTROPENİ

Dr.Emre Şengün, Dr.Alpaslan Ünlü

GİRİŞ: Karbonmonoksit (CO) hakkında en çok ölüm bildirilen toksik ajandır. Akut ve kronik zehirlenmelere sebep olur. CO yapısında karbon atomu bulunan yakıtların tam yanmaması sonucu oluşur. Özellikle kış aylarında daha sık karşılaşılmaktadır. Soba, mangal, şofben ve egzoz dumanına maruziyet sonrası sıklıkla görülür. CO dokulara oksijen sunumunu azalttığı için özellikle beyin dokusu ve miyokard üzerine olmak üzere böbrek,iskelet kası periferik sinir, deri gibi tüm dokularda beslenmeyi bozarak klinik bulgulara sebep olur. Klinik olarak baş dönmesi, mide bulantısı, baş ağrısı nonspesifik bulgulardan senkop,göğüs ağrısı,bilinç değişikliği,şok ve ölüme kadar uzanan geniş bir klinik yelpazesi vardır. Tanıda kan gazından bakılan karboksihemoglobin düzeyi ve diğer turin testleri önemlidir. Tedavide hastanın klinik bulguları ve kan düzeyine göre yüksek akımlı oksijen ve hiperbarik oksijen tedavisi kullanılır.

Vaka: 48 yaşında kadın hasta soba dumanına maruz kaldıktan sonrasında baş ağrısı, mide bulantısı şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde özellik yoktu. Hastanın alınan tetkiklerinde karboksihemoglobin düzeyi %22,7 olması dışında ek özellik yoktu. Hasta ileri tetkik ve normobarik tedavi amacıyla acil kliniğine yatırıldı. Hastanın takibinin 36. saatinde alınan rutin tetkiklerinde tam kan sayımında WBC:2,840 m/U NEU:940 gelmesi üzerine periferik yayması yapıldı. Blast hücre saptanmayan hastanın takip tam kan sayımlarında değerleri normal sınırlara ulaştı. Hasta karbonmonoksit intoksikasyonuna bağlı geçici nötropeni kabul edildi. Takibinin 3.gününde hasta önerilerle ve şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Karbonmoksit zehirlenmesi multiple sistem etkisi olan toksik ajandır. Sıklıkla beyin ve kalp dokusunu etkilemesi bilinen etkisidir. Bizim olgumuzda karbonmonoksit zehirlenmesi sonrası geçici nötropeni gözlemledik. Bu olgunun daha öncesinde bildirilmemesi nedeniyle CO zehirlenmesi olan hastalarda nötropeni açısından gözlemlenmesini öneriyoruz

Anahtar Kelime: Karbonmonoksit zehirlenmesi, Karbonmonoksit zehirlenmesine bağlı nötropeni, Nötropeni, Toksikoloji, Soba zehirlenmesi

SS-46: ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTA YAKINLARININ ACİL SERVİSTEN MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman KOÇAK*

*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı-ERZURUM

GİRİŞ: Son zamanlarda hastaların acil servisten memnuniyetleri ciddi anlamda önem kazanmıştır. Aldıkları tıbbi hizmetten memnun kalmayan hasta ve/veya hasta yakınları, farklı bir sağlık kurumu arayışına girerler. Dahası bu durum hastanın tedavisini bile etkileyebilmekte ve mevcut tedaviyi reddetmesine, kontrollerine vaktinde gelmemesine, ilaçlarını önerildiği şekilde kullanmamasına kısacası hastanın kendisine bile sorun teşkil edebilmektedir. Hasta memnuniyetini arttırmak, beraberinde birçok problemi de çözecektir. Örneğin hastaların tedaviye verdiği yanıtta artış olacak, çalışanların işlerine olan saygıları artacaktır. Kurum düzen içerisinde işleyecek ve hastane bulunduğu yerde tercih edilen bir sağlık kurumu olacaktır.

AMAÇ: Acil servise başvuran hastaların memnuniyetlerini etkileyen faktörleri belirlemektir.

GEREÇ YÖNTEM: Çalışma Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi Acil Servisinde prospektif olarak yapılmıştır. Acil servisimize 14-15 eylül tarihlerinde başvuran hastaların yakınları ile yüz yüze görüşme metodu ile yapılmıştır. Acil servise başvuran hasta yakınlarının acil serviste memnuniyetinizi belirleyen en önemli faktörü belirtmeleri istenmiştir. Hasta yakınlarından önceden hazırlanmış 5 maddelik formdan 1 tanesinin işaretlemesi istenmiştir. 5 madde ise şunlardan oluşmaktaydı; bilgilendirme, temizlik, tıbbi bakım, hekim davranışı ve yardımcı sağlık personeli davranışı idi.

BULGULAR: Belirtilen tarih aralığında acil servisimize toplam 876 hasta başvurusu olmuştur. Bunlardan 330 hasta yakını çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının sayısı 546 idi. Verilen cevaplar sırasıyla 151 kişi(%27,66) bilgilendirme, 127 kişi(%23,27) tıbbi bakım, 109 kişi(%19,96) temizlik 103 kişi(%18,86) hekim davranışı, 56 kişi(%10,25) yardımcı sağlık personeli davranışı olarak cevap verildi.

SONUÇ: Çalışmamıza göre hasta yakınlarının acil servislerden beklentilerinin hastaları ile ilgili bilgilendirilmek olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Hasta ve yakınlarına daha fazla bilgi vererek hasta yakınlarının memnuniyet düzeyleri artırılabilir.

SS-47: KASKIN KORUYAMADIĞI CAROTİS KESİSİ

Hale Nur Can

GİRİŞ: Tüm dünyada özellikle gelişmekte olan ülkelerde trafik kazalarına ve yaralanmalarına günlük hayatta oldukça sık karşılaşılmaktadır. Yaralanmalar özellikle boyun bölgesinde meydana gelirse önemli derecede morbidite ve mortaliteye sebep olabilirler. Boyun bölgesi çok hareketlidir ve koruyucu bariyere sahip olmadığı gibi trakea, özefagus, karotis ve vertebral arterler, juguler ven, spinal kord gibi hayati önem taşıyan yapıları barındırır. Bu tip yaralanmalarda en önemli ölüm sebebi vasküler yaralanmalardır. Burada motorsiklet kazası sonrası acil servise getirilen izole boyun travması gelişen ve vasküler yaralanması olan, hızlı ve doğru bir müdahaleden sonra sekelsiz olarak iyileşen bir olguyu sunduk.

Olgu: Yirmi dokuz yaşında erkek hasta 112 acil sağlık hizmetleri ekibi tarafından acil servise getirildi. Hastanın motorsiklet sürücüsü olduğu, kontrolünü kaybedip yerde sürüklendiği ve kaskının parçalanarak boynunda derin kesi oluşturduğu öğrenildi. Hastanın sağ sternoklaidomastoid kasın orta bölümünü de içine alacak şekilde yatay cilt, cilt altı dokuları, vasküler yaralanmayı içeren 10 cm'lik kesisi mevcuttu. Kanama arteriyel vasıftaydı. Fizik muayenesinde ek patolojik travma bulgusu yoktu. Derinin rengi soluk ve hasta terliydi. Kardiyak sesler ritmik ve taşikardikti.

Tansiyon arteriyel: 92/60 mmHg, solunum 20/dakika ve yüzeyel, vücut sıcaklığı 36.3 °C, oksijen saturasyonu %92 idi. Hastaya iki geniş lümenli intravenöz damar yolu açıldı, 1000 cc % 0.9 NaCl bolus verildi, 3 ünite ERT, 3 ünite TDP hazırlatıldı. Eş zamanlı yara yerine baskılı pansuman yapıldı. Laboratuvar parametrelerinde Htc:%29.2, INR: 1.95, PLT: 200 10³/μL idi. Hasta ivedilikle kalp damar cerrahisine konsülte edildi, acil cerrahi müdahale uygulandı. Yapılan eksplorasyonda sağ submandibuler bölgede yaklaşık 10 X 4 cm'lik facial ven yaralanması tespit edildi. Hasta operasyon sonrası iki gün gözlendi, komplikasyon gelişmemesi üzerine poliklinik kontrolü ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: Travma hastalarında boyun yaralanmalarında santral sinir sistemi, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem gibi yaşamsal yapılar doğrudan etkilenebileceğinden yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahiptir. Acil hekimlerinin boyun anatomisi ve travma yönetimi bilgisi, boyun yaralanması olan hastaların hızlı ve erken tedavisi ile mortalitelerini azaltacaktır.

SS-48: KIRIK RADYOLOJİSİ VE SIK ATLANAN KIRIKLARIN DEĞERLENDİRLMESİ

Dr. Mehmet Cenk TURGUT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

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

Bazen radyografilerdeki normal görüntüler yanlış yorumlanabilir. Bu durumda radyografik bulgu mutlaka fizik muayene ile doğrulanmalıdır. Şüphede kalınan olgularda karşı taraf grafileri alınarak karşılaştırılmalıdır. Çoğunlukla uzun kemiklerdeki besleyici arterler kırık görüntüsü verebilir, ancak arterin oluşturduğu radyolusent hat çoğunlukla obliktir ve tek bir kortekste izlenir (Şekil 1). Sesamoid kemikler de bazen kopma kırığı gibi görünebilir. Sesamoid kemiklerin tüm çevresi yuvarlak, düzgün konturlu ve sklerotiktir. Yakın zamanda

oluşmuş bir kopma kırığında ise en azından bir kenar düzensizdir, ayrıca parçanın ayrıldığı kemiğin kenarında da düzensizlik görülebilir (Şekil 2). Çocuklarda büyüme plakları kırığa benzer görüntüler verebilir ve kemikleşmesi tamamlanmamış kemiklerde tanı koymak güç olabilir. Bu nedenle kemik büyümesi tamamlanmamış çocuklarda sağlam taraf da görüntülenmelidir. Ayrıca çocuk radyografilerini değerlendirirken tüm yapıların kemikleşme sırasının da bilinmesi önemlidir.

Tanı konulamamış ortopedik patolojiler, özellikle de kırık/cıkıklar kotu ve yetersiz uygulama (malpraktis) iddialarının en önemli kaynaklarından biridir. Standart radyografilerin değerlendirildiği bir çalışmada pelvis kırıklarında %44, omurga kırıklarında %22, el kırıklarında da %14 oranlarında hatalı yorumlama olduğu gösterilmiştir. Diğer bir çalışmada ise kırıkların %19’unda standart radyografi ile hic tanı konulamadığı tespit edilmiştir.

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

Pelvis

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

Omuz

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

Dirsek

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

El ve el bileği

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

Diz

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

Ayak ve ayak bilek

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

KAYNAKLAR:

1. Mathers CD, Boerma T, Ma Fat D. Global and regional causes of death. *Br Med Bull* 2009;92:7-32.
2. World Health Organization. *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva: World Health Organization; 2008
3. Blum RW, Nelson-Mmari K. The health of young people in a global context. *J Adolesc Health* 2004;35:402-18.
4. Akgün S, Rao C, Yardim N, Basara BB, Aydın O, Mollahaliloglu S, et al. Estimating mortality and causes of death in Turkey: methods, results and policy implications. *Eur J Public Health* 2007;17:593-9.
5. World Health Organization. *The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium, Report of a WHO Scientific Group, WHO Technical Report Series 919*. Geneva, Switzerland: WHO; 2003.
6. Stiell IG, Wells GA, Hoag RH, Sivilotti ML, Cacciotti TF, Verbeek PR, et al. Implementation of the Ottawa Knee Rule for the use of radiography in acute knee injuries. *JAMA* 1997;278:2075-9
7. Rogers LF. *Radiology of skeletal trauma*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1982.

SS-49: KARACİĞER KİST HİDATİĞİNİN BATIN İÇERİSİNE RÜPTÜRÜ OLGULARININ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ :

Ercan Korkut¹, Nurhak Aksungur¹

1 Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

GİRİŞ: Kist hidatik en sık karaciğer ve akciğerde hastalık oluşturmakla birlikte vücudun tüm organlarında yerleşebilen zoonotik bir hastalıktır. Hastalığın spesifik bir bulgusu yoktur. Kistin büyümesiyle birlikte nonpesifik karın ağrısına neden olur.

Karaciğer kist hidatiğinin abdominal kaviteye rüprürü seyrek görülür ancak mortaliteye neden olabilen ciddi bir komplikasyondur. Kist abdominal travmaya bağlı olarak veya kist içerişinin basıncının artması sonucu spontan olarak batın içerişine rüptüre olabilir. Bu yazıda karaciğer kist hidatiğinin intraperitoneal rüptürlerinin retrospektif olarak sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

HASTALAR VE METOT: Ocak 2015 ile Aralık 2018 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Genel Cerrahi kliniğinde kist hidatik perforasyonu nedeniyle ameliyat edilen 8 hasta geriye dönük olarak araştırıldı. Hastaların demografik özellikleri, labaratuvar ve radyolojik bulguları, semptomların başlaması ile cerrahi yapılmasına kadar geçen süre, cerrahi tedavi protokolleri, hastanede kalış süresi, morbidite, mortalite ve elde edilen sonuçlar değerlendirildi.

BULGULAR: Üç hasta künt abdominal travma sonrası akut batın kliniği ile acil servis başvurdu. Diğer 5 hasta karın ağrıların olası üzerine dış merkezden genel cerrahi kliniğine sevk edilen hastalar idi. Akut batın kliniği olan 6 hastanın batın tomoğrafisinde, batında yaygın mai, karaciğerde kistler ve kız veziküller mevcuttu. Bu hastalar acil operasyona alındı. Batın serum fizyolojik ile yıkandı, kistotomi ve dren tatbiki yapıldı. Karaciğer etrafında loküle maisi olan, akut batın kliniği olmayan 2 hasta 1 gün sonra elektif olarak ameliyata alındı.

Karaciğer kistine radyoloji kliğince PAİR (Perkütan, Aspirasyon, İrrigasyon, Reaspirasyon) uygulanan ve apse perforasyonu olan bir hasta ameliyat sonrası 12. gün sepsis ve çoklu organ yetmezliği nedeni ile ex oldu. Diğer 7 hastada ameliyata bağlı morbidite ve mortalite izlenmedi..Ortalama hastanede kalış süresi 9.5 gün ve ortalama takip süresi 14 ay idi. Taburcu edilen 7 hataya 10 mg/ kg Albendazol başlandı. Hiçbir hastada nüks izlenmedi.

Karaciğer kist hidatiğinin batın içerisine rüptürü, veya kist içeriğinin sistemik dolaşıma geçmesi nadiren anaflaktik reaksiyon gelişmesi sonucu ölüme neden olmaktadır. Kliniğimizde kist rüptürü nedeni ile tedavi edilen hastaların hiç birinde anaflaktik reaksiyon izlenmedi.

SONUÇ: Kist hidatiklerin periton boşluğuna rütürü, nadir ancak, acil cerrahi müdahale gerektiren bir durumdur. Endemik bölgelerde akut karın ayırıcı tanısında düşünölmelidir. Klinik bulgularla birlikte bilgisayarlı tomografi ile tanı konur. Rüptüre kist hidatik kistlerine yönelik cerrahi girişimlerin morbidite ve mortalite oranları, elektif olarak ameliyat edilen vakalardan daha yüksektir.

SS-50: KÜNT BATIN TRAVMASINA BAĞLI İNCE BAĞIRSAK PERFORASYONU: OLGU SUNUMU

Salih KARA, Ayetullah TEMİZ

SBÜ Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Küntabdominaltravmaya bağlı ince bağırsak ve mezenter yaralanması yaygın değildir. Yine de %1-5 oranında tahmini insidansla en yaygın görülen organ yaralanmaları sıralamasında üçüncü sıradadır. Daha çok motosiklet veya motorlu taşıt kazalarında ön sırada oturan yolculardaki yaralanmalarda karşımıza çıkar. Yaralanma mekanizması net olarak anlaşılamasa da bağırsak içerisindeki ani basınç artışı antimezenterikperforasyonu oluşturabilir. Bu tür hastalarda travmayı takiben semptomların gecikmesinden dolayı tanıyı koymak zorlaşır. O yüzden karşımıza gecikmiş olarak gelebilir. Tanı koyma da radyolojinin yeri de önemlidir. Özellikle bilgisayarlı tomografi şiddetli künt karın travmalı hastalarda karın içi yaralanmaların tespiti ve değerlendirilmesi için en sık kullanılan yöntemdir. Ancak künt bağırsak veya mezenterik yaralanmaların tanısı için spesifik değildir. Biz bu bildiride ilk geliş bilgisayarlı tomografilerinde(BT) intraperitoneal sıvı olan erken ve geç müdahaleli iki olguyu sunmak istedik.

1.Olgu: 39 yaşında erkek hasta acil servisimize araç içi trafik kazası nedeniyle ambulansla getirilmiş olup ilk değerlendirmede genel durumu orta tansiyonu 110/70, nabız 80 saturasyonu 98 idi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ bacakta hassasiyeti ve karında akut batın bulguları saptamaları üzerine laboratuvar testleri için kan alınarak bilgisayarlı tomografi çektilirdi. Bilgisayarlı tomografisinde intraperitoneal mayi görülmesi üzerine ve akut batın olmasından dolayı genel cerrahi kliniğimize danışıldı. Hasta acil servis te değerlendirildiğinde kazanın bir saat önce olduğu öğrenildi. Vital bulguları stabil olup batında yaygın hassasiyet rebound ve defans mevcut idi. Laboratuvar değerlerinde WBC: 11000 Hg: 13,9 plt:313000 kr:0,8 idi. Bilgisayarlı tomografi değerlendirildiğinde intraperitoneal serbest hava olmadığı, pelvik bölgede ve perihepatik mayisi olduğu ,segmenter olarak ince bağırsak duvarının kalınlaşmış olduğu görüldü. Ortopedi tarafından değerlendirilen hastada tibiada fraktür tespit edilip hemodinamik stabilizasyondan sonra cerrahi müdahale düşünüldü. Akut batın olmasından dolayı hasta operasyona alındı. Operasyonda jejunal ansların yaklaşık 40 cmlık segmentinde 4 adet perforasyon alanı, terminal ileumda yaklaşık 5 cmliks egmentin dolaşımını bozan mezo yaralanması ve çekumda seroza defekti tespit edildi. İnce bağırsak segmenter rezeksiyonu

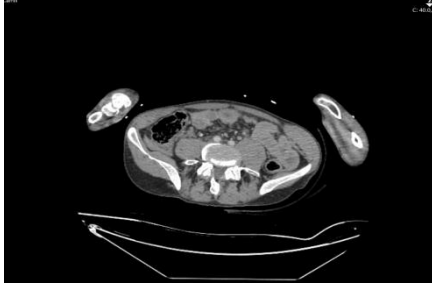
yapıldı. Postop 4. günde ortopedi kliniği tarafından opere edildi. Postop takiplerinde komplikasyon görülmeyen hasta postop 9.günde taburcu edildi.

2.Olgu: 85 yaşında erkek hasta 3 gün önce boğa vurması nedeniyle dış merkezde acil servise başvurmuş. Burada tetkik edilmiş olup hastada fiziki muayenesi normal olması, laboratuvar tetkiklerinde anormal bulgu olmaması, batın bt resmi raporunda serbest mayi haricinde bulgu saptanmaması üzerine eksterne olmuş. 3 gün sonra şikayetleri artması üzerine ilk başvurduğu merkez üzerinden hastanemize sevk edildi. Hasta değerlendirildiğinde akut batın hali tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 4400, Hg: 11,7, amilaz: 518, kr: 1,7, albumin: 32,3 idi. Çekilen batın BT’de yaygın serbest hava ve serbest mayi olduğu görüldü. Acil operasyon kararı verilerek opere edildi. Operasyonda batında çok miktarda safralı mayi vardı. İÇV’nin 25 cm proksimalinde terminal ileum perforasyonu tespit edildi. Batın kirli olması ve hastanın sepsis kliniği olmasından dolayı loop ileostomi açılarak batın kapatıldı. Takip ve tedavisinde genel durumu düzelen, stoması çalışan, oral alımı tolere eden hasta postop 14.günde taburcu edildi.

TARTIŞMA: Künt batın travmasına bağlı ince bağırsak perforasyonlarında tanı koymak oldukça güçtür. Bu tür durumlarda bilgisayarlı tomografi tanı koymada çok yardımcı olmasına rağmen travmanın ilk saatlerinde sadece şüpheli bulgular gösterebilir. Bundan dolayı vakalar gecikmiş olarak karşımıza gelebilir. Özellikle de mezenter yaralanmalarında tanı gecikmesinden ya da hemodinamisi stabil asemptomatik olgularda konservatif yaklaşımdan ötürü bu süreçte ince bağırsak dolaşımının bozulması ve buna bağlı olarak perforasyon gerçekleşebildiğinden literatürde 4-6 hafta arası gecikmiş vakalar bildirilmiştir. O yüzden travma sonrası hastalar dikkatlice incelenmelidir. Şüpheli radyolojik bulguları olan hastalara günlük fizik muayene ve gerektiğinde radyolojik görüntüleme yapılmalıdır. Bu hastalar taburcu edilse dahi yaklaşık 6-8 hafta belli periyotlarla yakından izlenmeleri gerekir. Çünkü gecikmiş olgular mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkilemektedir.



Resim 1 : 1. Olgunun pelvik bölgede mayi olduğunu gösteren BT kesiti



Resim 2: 1. Olgunun ince bağırsak duvarlarındaki kalınlaşmayı gösteren BT kesiti



Resim 3: 1. Olgunun perfore ince barsak segmenti



Resim 4: 1. Olguda çekumda oluşan seroza defekti



Resim 5: 2. Olgunun morison poşundaki mayiyi gösteren ilk geliş Bt kesiti



Resim 6: 2. Olgunun intraperitoneal serbest havayı gösteren ikinci geliş Bt kesiti

SS-51: LİTYUM İNTOKSİKASYONU

Arş.Gör. Dr. Nilifer Gürbüz, Doç.Dr. Halil Özcan

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Lityum küçük monokovalan bir katyondur. Primer olarak; lityum karbonat formu ile bipolar affektif bozukluk tedavisinde kullanılır. Etki mekanizması tam olarak anlaşılmamış olsa da, inozitol trifosfat gibi ikincil iletkenler üzerinden etki ettiği ve nörotransmitter üretimi ve salınımını düzenlediği düşünülmektedir. Dağılım hacmi : 0.7-0.9 L/g'dır. Plazma proteinlerine bağlanmaz. Metabolize olmaz. Tama yakını renal yolla atılır. Atılımı kreatinin klirensine bağlıdır. Bu sebeple hipovolemi, hiponatremi ve renal yetmezlik gibi durumlarda atılımı azalır. Hafif toksisite 1,2 mEq/ L'nin üstünde genellikle ortaya çıkmakla birlikte düzey arttıkça ellerde titreme, bulantı ve kusma, konfüzyon gibi belirtiler gelişebilmekte, düzey 2 mEq/L üstünde genelde ciddi nörolojik tablolar gözlenmektedir. 2,5 mEq/L'nin üstünde diyaliz yapılması önerilmektedir. Biz acil servise bilinç bulanıklığı ile getirilen bipolar affektif bozukluk tanısıyla lityum kullanan ve hipovolemiye bağlı lityum intoksikasyonu gelişen vakayı sunduk.

Vaka: 55 yaşında bayan hasta, ev hanımı, evli ve 3 çocuğu var. Bilinen organik bir hastalığı ve ailede ruhsal hastalık öyküsü yok. İlk şikayetleri 2012 yılında sinirlilik, mantıksız konuşma, garip davranışlar, korku şeklinde başlamış. Numune hastanesinde bipolar affektif bozukluk ön tanısı ile takip edilmiş. Risperidon, Sodyum valproat, ketiapin kullanmış.

2019 nisan ayında kliniğimize psikotik özellikli bipolar affektif bozukluk, şizoaftif bozukluk ön tanılarıyla yatırıldı. 1.5 aylık yatış süresinde lityum 900 mg/g, aripiprazol 30 mg/g şeklinde tedavisi düzenlenerek tama yakın salah ile taburcu edildi. Hasta 19.08.2019 tarihinde nefroloji tarafından lityum intoksikasyonu ön tanısıyla tarafımıza konsulte edildi. Hastanın kan değerleri: Üre: 189, Kreatinin 9.31, Lityum: 2.9, karaciğer fonksiyonları, kan elektrolitleri, kan gazı, Has testi: n, Sed:87, Crp:15, wbc: 14.9,TSH: 0.02, FT4: 2.28, PTH: 243 saptandı.

Fizik muayenede şuuru konfü, oryante ve koopere değil ,ağrılı uyarana göz açma ile cevap veriyor, pir ++/++ pupiller izokorik, 4 ekstremitesinde kuvvet kaybı? tcr (+)dtr normoaktif, cerebellar testler değerlendirilemedi, ense sertliği (+) . Alınan anamnezde son 10 gündür ishali olduğu, yeterli düzeyde su içmediği, ilaçlarını düzenli kullandığı birkaç gündür halsizlik şikayetinin olduğu öğrenildi. Hastanın mevcut durumuna sebep olabilecek tüm organik nedenler hızlıca gözden geçirildi. SSSE, intrakranial hadise saptanmadı. Hastada lityum

intoksikasyonu düşünöldü. Kullandığı tüm santral sinir sistemi ile ilgili ilaçları (lityum, aripiprazol) kesildi. Hasta lityum intoksikasyonuna bağılı akut renal yetmezlik ve genel durum bozukluğu tanısıyla acil hemodiyalize alındı. Hemodiyaliz sonrasında üre: 115, kreatinin:3.26, lityum : 1.6 saptandı.

Hastanın nörolojik muayenesinde düzelme gözlenmedi, lityumun hücre içinde birikebilmesi ve tekrar kana salınma durumu olabileceğinden ve bu durumun da nörolojik toksisiteyi artırma olasılığı olduğundan hasta 2 gün sonra tekrar hemodiyalize alındı. Hemodiyaliz sonrası lityum seviyesi: 0.9, kreatinin: 1.35 saptandı. Hastanın diyalizden sonraki gün yapılan nörolojik muayenesinde bilinç açıktı. dizartrik konuşması vardı. Dört ekstremitesinde de kuvvet kaybı mevcuttu. Hasta psikiyatri servisine devir alındı. Hastanın orali açıldı, mobilize edildi. İdrar sondası çekildi. Yapılan tetkiklerde hipertiroidi saptandı (TSH: 0.02, FT4: 2.28, PTH: 243). Hipertiroidi açısından endokrinolojiye konsulte edildi. Propranolol ve metimazol başlandı. Takiplerde böbrek fonksiyon testleri normale dönen, lityum seviyesi 0.2 olan hastanın santral kateteri çekildi. Hastanın takibinde lityum düzeyinin düşmesinin üçüncü gününde konuşması düzeldi. Kas gücü normale döndü. Hasta servise yatışının 7.gününde tama yakın düzelme ile psikiyatrik ilaç tedavisinin tekrar başlanması düşüncesiyle 2 hafta sonra kontrole çağrıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Biz bu olguda sıvı kaybı ve yeterli sıvı alınmamasına bağılı gelişen lityum intoksikasyonunu ve bunun sonucunda geliştiğini düşündüğümüz hipertiroidi tablosuna dikkat çekmek istedik. Ayrıca kronik kullanıma bağılı zehirlenmelerde zehirlenmenin şiddetinin plazma lityum düzeyiyle birebir ilişkili olmadığına vurgu yapmak istedik. Bizim vakamızda lityum düzeyi 2.9 du. Lityum düzeyi kronik zehirlenmelerde tanıyı doğrulamak açısından yararlıdır ancak plazma lityum düzeyinin yüksekliği zehirlenmenin şiddeti ile birebir ilişkili değildir, çünkü kronik alımlarda lityum düzeyi doku kompartmanlarına ne kadar giriş olduğunu net göstermez (özellikle SSS).

Hafif toksisite 1,2 mEq/ L'nin üstünde genellikle ortaya çıkmakla birlikte düzey arttıkça ellerde titreme, bulantı ve kusma, konfüzyon gibi belirtiler gelişebilmekte, düzey 2 mEq/L üstünde genelde ciddi nörolojik tablolar gözlenmektedir. 2,5 mEq/L'nin üstünde diyaliz yapılması önerilmektedir. Tedavide hafif toksisitede lityumun kesilmesi ve sıvı takviyesi ile takip yeterli olabilmekle birlikte, ciddi toksisitede sıvı takviyesi, vital bulguların takibi, ilgili organ bozukluklarına yönelik tedaviler ve acil hemodiyaliz (gerekirse tekrarlayıcı şekilde mümkünse lityum düzeyi 1 mEq/litrenin altına düşecek şekilde) uygulanmalıdır.

Hipo ve nadiren de hipertiroidi ve hipo-hiperparatiroidi lityum kullanımına bağılı ortaya çıkabilir. Tedavisinde ilaç bırakılınca tekrar hormon düzeyleri normale gelir, ancak psikiyatrik

açından lityum kullanmak zorunda olan hastalar hipo-hipertiroidi durumuna göre tiroid hormonu ya da antitiroid ilaçlar da kullanabilirler. Ayrıca nefrotik sendrom, glomerulonefrit ve böbrek yetmezliği tabloları da lityumun hem akut intoksikasyon hem de kronik kullanımıyla ilişkili olduğu gösterilmişse de, son dönemde yapılan çalışmalar bu hastaların hemen hepsinde böbrek yetmezliğine neden olabilecek başka hastalıkların da olduğunu (diabet, hipertansiyon gibi), lityumun burada birincil sebepten ziyade kolaylaştırıcı etkisi olabileceğini göstermekte olup; kronik böbrek yetmezliği vakalarında başarılı şekilde lityum kullanımı da bildirilmektedir.

SS-52: ACİL SERVİSTE ATLANMIŞ PATELLAR TENDON AVULSİYON FRAKTÜRÜ

Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Çağatay ENGİN¹

1. Atatürk Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, Erzurum, Türkiye

GİRİŞ: Acil servisler hekimin çoğunlukla zamana karşı büyük bir yarış içerisinde olduğu kliniklerdir. Hayati risk taşıyan hastaların ilgili klinikler tarafından değerlendirilmeden önce hızlı bir şekilde vital olarak stabil hale getirilmesi çabası ve acil servise başvuran hastaların kendi işlemlerinin bir an önce sonlandırılması arzusunun ilavesiyle ülkemizde acil servise başvuran hasta yoğunluğunun çok fazla olması nedeni ile herhangi bir kırığın atlanması çok kolay olabilmektedir.

Diz eklemi vücudun en büyük mobil trokoganlimus tipi eklemdir. Diz eklemi kemik yapısını femur, tibia, patella ve fibula oluşturmaktadır. Tibiofemoral ve patellofemoral eklemler dizde aktif hareketlerde rol alan iki büyük eklemdir. Travma sonrası diz ağrısı ile başvuran hastalarda kemik yapılar detayı incelenmeli, eklemi ilgilendiren herhangi bir kırığın atlanmasının uzun dönemde artroz ve ağrıya sebep olacağı unutulmamalıdır.

Tibial tüberkülün (TT) avulsiyon kırıkları nadir görülen yaralanmalardır. Genellikle spor yaralanması sonrası karşımıza çıkan TT avulsiyon kırıkları atlandığında dizin ekstansör mekanizması bozulmakta, ciddi morbiditelere sebep olmaktadır. Bu çalışmamızda direk grafide farkedilemeyen TT avulsiyon kırıklarında fizik muayenenin önemini vurgulayıp ek morbiditelere neden olan tanı gecikmesinin önüne geçmeyi amaçlamaktayız.

MATERYAL METOD: 12 yaşında erkek hasta futbol oynarken düşme sonrası sağ dizde ağrı ve şişlik nedeni ile acil servise başvurmuş. İncelenen tetkik ve fizik muayene sonrası yumuşak doku kontüzyonu düşünülerek semptomatik tedavi ile taburcu edilmiş. Hasta ağrılarının geçmemesi üzerine travma sonrası 7. günde tarafımıza başvurdu.

Yapılan fizik muayenede sağ diz şiş ve ekimotik görünümde idi. Palpasyonda patellar tendon gerginliği hissedilemeyen hastanın diz ekstansiyon kaybı gözlemlendi. İncelenen direk grafisinde patoloji saptanamayan hastaya acil manyetik rezonans inceleme (MRI) yapıldı. Patellar tendonun total rüptüre olduğu düşünülen hastaya cerrahi operasyon planlandı.

Peroperatif inceleme esnasında patellar tendonun TT avulsiyonu yaparak koptuğu gözlenen hastaya cerrahi tamir yapıp postop 1. gününde öneriler ile taburcu edildi.



TARTIŞMA VE SONUÇ: Tibial tüberkülün (TT) avulsiyon kırıkları nadir görülen yaralanmalardır (1). Genellikle fleksiyondaki diz tarafından quadriceps kasındaki şiddetli kasılma direnç ile karşılaştığında ortaya çıkar. Patellar tendon rüptürü tekrarlayan mikrotravma sonrası zayıflayan tendon nedeni ile gözlenmekte iken avulsiyon kırıkları daha nadir de olsa gözlenebilmektedir (2).

Tanı fizik muayene ile genellikle konur radyolojik incelemeler ise tanıyı doğrular niteliktedir. Avulsiyon kırıkları genellikle direk grafide bulgu verirken tendon rüptürleri direk grafide tespit edilemezler. Bu hasta grubunda MRI inceleme tanı için kıymetlidir.

Patellar tendon rüptürleri ve direk grafide saptanamayacak kadar küçük kemik avulsiyonları ile pediatrik yaş grubundaki avulsiyon kırıkları direk grafide bulgu vermeyecekleri için fizik muayene bu hasta gruplarında çok kıymetlidir. Fizik muayenede dizde ağrı olmasına ilaveten tendon gerginliğinin azalmış olması, ekstansor mekanizmanın çalışmıyor olması patellar tendon rüptürünü akla getirmeli MRI inceleme ile tanı doğrulanmalıdır.

Patellar tendon rüptürü ve avulsiyon kırıkları erken tanı aldıklarında kolaylıkla tedavi edilebilmekte yeterli fonksiyonel sonuçlar elde edilebilmektedir. Acil servis karmaşası içerisinde direk grafi bulgusu olmayan hastalarda fizik muayene yapılmadığında ise tanı gecikmesi ile hastalarda ek morbiditelere ilaveten medikolegal problemler ortaya çıkmaktadır.

Acil servislere başvuran tüm hastalarda fizik muayene muhakkak yapılmalı. Fizik muayene sonrası direk grafilerin incelenmesi cerrahi tedavi gerektirecek yumuşak doku patolojileri başta olmak üzere pek çok ortopedik yaralanmanın tanıları için atlanmasının önüne geçecektir (3).

REFERANSLAR:

1. Goodier, D., Maffulli, N., & Good, J. (1994). Tibial tuberosity avulsion associated with patellar tendon avulsion. *Acta orthopaedica belgica*, 60, 235-235.
2. Matava, M. J. (1996). Patellar tendon ruptures. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 4(6), 287-296.
3. Marder, R. A., & Timmerman, L. A. (1999). Primary repair of patellar tendon rupture without augmentation. *The American journal of sports medicine*, 27(3), 304-307.

SS-53: KLİNİĞİMİZDE GERÇEKLEŞTİRİLEN SERBEST DOKU NAKİLLERİNİN GERİYE DÖNÜK DEĞERLENDİRİLMESİ

Murat Kara¹, Önder Tan², Hakan Çinal³, Ensar Zafer Barın¹, Kerem Yılmaz¹, Harun Karaduman¹, Osman Enver Aydın⁴

1. Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Erzurum

2. Vital Fulya Plaza Teşvikiye Mh. Hakkı Yeten Cd. No:23 Kat: 8 Ofis No: 7, Şişli, İstanbul

3. Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

4. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ: Tümör, travma, yanık gibi sebeplerle oluşan doku defektlerinin kapatılması rekonstrüktif cerahinin temelini oluşturmaktadır. Serbest flep cerrahisi rekonstrüktif merdivenin en tepesinde yer almaktadır(1). Hasta ve cerrah için son derece tatmin edici sonuçlara sahip olan serbest flep cerrahisinde başarıya etki eden hastaya, defekte, ameliyata ve ameliyat sonrasına ait birçok faktör bulunmaktadır(2,3).

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı kliniğimizde gerçekleştirdiğimiz serbest doku nakillerini geriye dönük değerlendirmek, flep sağkalım ve komplikasyon oranlarına etki eden faktörlerin analizini yaparak literatürle karşılaştırmak ve başarı oranlarını artırırken komplikasyonları azaltmak adına yeni stratejiler geliştirmektir.

YÖNTEM: Çalışmaya, 2004 - 2016 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Kliniği'nde 233 serbest doku nakli uygulanan 212 hasta dahil edildi. Tüm operasyonlar mikroskop altında, standart mikrocerrahi aletler kullanılarak, mikrocerrahi ekip tarafından gerçekleştirildi. Çalışmada, hastane kayıtlarından ve hasta fotoğraflarından hastalara, defektlere, ameliyata ve ameliyat sonrasına ait veriler elde edildi; araştırılan faktörlerin flep sağ kalım ve komplikasyon oranları ile ilişkisi istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

BULGULAR: 233 serbest flebin 30 tanesi (%12,9) başarısız olmuştur. Serbest flep uygulanan 212 hastanın 8 tanesi (%3,77) ameliyat sonrası hastanede kaldığı dönemde kaybedilmiştir. Yapılan 233 serbest flebin 6 tanesinde (%2,6) anastomoz öncesi perfüzyon problemi, 17 tanesinde (%7,3) anastomoz sonrası perfüzyon problemi, 5 tanesinde (%2,1) intraop anastomoz

problemi saptandı. Ameliyat sonrasında, serbest fleplerin 16'sında (%6,9) arteriyel trombüs, 13'ünde (%5,6) venöz trombüs, 3'ünde (%1,3) vasküler kink, 1'inde (%0,4) vasküler torsiyon 20'sinde (%8,6) vasküler kompresyon, 17'sinde (%7,3) hematoma saptandı.

Hastaya ve defekte ait faktörler flep sağkalımı üzerine anlamlı bir etkiye sahip değilken, ameliyata ait faktörlerden ven anastomoz sayısı, Arterio-Venöz (A-V) loop kullanımı, anastomoz sonrası perfüzyon problemi, intraoperatif anastomoz problemi; ameliyat sonrasında ait faktörlerden postoperatif revizyon sayısı, arteriyel ve venöz trombüs, vasküler kink ve kompresyonun flep sağkalım oranını anlamlı şekilde azalttığı tespit edildi.

SONUÇ: Serbest flep endikasyonlarının belirlenmesinde hastaya ve defekte ait faktörler daha az belirleyici olurken, flep sağkalımı üzerinde asıl belirleyici role sahip ameliyat ve ameliyat sonrasında ait faktörler konusunda daha dikkatli olunmalıdır. Bu nedenle cerrahi ekibin nitelik ve niceliğinin, mikrocerrahiye ait araç, gereç ve fiziki alt yapı şartlarının ve ameliyat sonrası izlem protokollerinin geliştirilmesi flep sağkalım oranlarını daha da arttıracak, komplikasyon, hasta morbidite ve mortalite oranlarını azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: flep, mikrocerrahi, onarım, rekonstrüksiyon, sağkalım, serbest flep

KAYNAKLAR:

1. Thorne C, Galiano R, Mustoe T. *Principles, techniques and basic sciences. Grabb and Smith's Plastic Surgery* 6th ed, Lippincott Williams and Wilkins. 2007:1-13.
2. Rosado P, Cheng HT, Wu CM, Wei FC. *Influence of diabetes mellitus on postoperative complications and failure in head and neck free flap reconstruction: A systematic review and meta-analysis. Head & neck.* 2015;37(4):615-8.
3. le Nobel GJ, Higgins KM, Enepekides DJ. *Predictors of complications of free flap reconstruction in head and neck surgery: Analysis of 304 free flap reconstruction procedures. The Laryngoscope.* 2012;122(5):1014-9.

SS-54: NADİR GÖRÜLEN BİR KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİ VAKASI

Levent ŞAHİN¹

1 Kafkas Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, KARS

GİRİŞ: Karbonmonoksit(CO) zehirlenmesinde öykü en değerli bulgudur. CO kokusuz,renksiz ve iritan olmayan bir gaz olduğu için zehirlenme anında farkedilmesi zordur. Karbonmonoksitin oksijene göre hemoglobine (Hb) afinitesi 250 kat daha fazladır. Sonuç olarak Hb daha az oksijen taşır. Karbonmonoksit zehirlenmesindeki kliniğin nedeni dokuların hipoksiye maruziyetidir. Ülkemizde en sık ısınma kaynaklı sorunlara bağlı ortaya çıkmaktadır.

OLGU: 41 yaşında erkek hasta, ani baş dönmesi, bulantı ve kusma şikayetleri ile 112 aracılığıyla acil servise getirildi. Soğuk terlemesinin olduğu gözlenen hastanın göğüs ağrısı yoktu. Vital bulguları stabildi. Nörolojik muayenesinde herhangi bir nörolojik defisit gözlenmedi.Glaskow Koma Skalası:15, şuuru açık,oryante ve koopere idi. İvedi olarak çekilen EKG'si normal sinüs ritmindeydi. Hemogram, biyokimya,kan gazı ve kardiyak markırlar için kan alındı. Hastanın özgeçmişinde ve aile öyküsünde bir özellik yoktu. Ancak hasta son 10 yıldır her gün düzenli olarak 2 saat nargile içtiğini söyledi. Alınan arteriyel kan gazında COHb düzeyi % 39,4 idi. Hastaya maske ile % 100 O2 tedavisi başlandı. Takibinde semptomları gerilemeyince beyin BT çekildi. BT'de sol parahipokampal alanda ve sol insular lobda milimetrik boyutta bir adet hipodens odak izlendi. MR diffüzyon görüntülemeye akut bir lezyona rastlanmadı. Hiperbarik O2 tedavisi için Erzurum Atatürk Üniversitesi'ne sevk edildi.

TARTIŞMA: Zehirlenme, yapısında karbon taşıyan bileşiklerin tam yanmaması sonucu CO açığa çıkmasıyla oluşur. Karbonmonoksit intoksikasyonunun ilk belirtileri nonspesifiktir. Kanda COHb düzeyi olabilecek en kısa sürede ölçülmelidir. Tedavide öncelik %100 O2 verilmesidir. Semptomlar gerilemediğinde hiperbarik O2(HBO) tedavisine geçilir. HBO tedavisi; CO Hb düzeyi %25 ↑, gebelerde %15 ↑, EKG'de iskemik değişiklikler, troponin pozitifliği, metabolik asidoz varlığı, koma veya nöbet varlığında tercih edilir. HBO tedavisi için tek ve kesin kontrendikasyon tedavi edilmemiş pnomotorakstır. Akut CO zehirlenmesi sonrası hipoksik beyin hasarı görülebilir.Öncelikle serebral korteks, serebral beyaz cevher ve bazal ganglionlar, özellikle de globus pallidusda lezyonlar görülür.

SONUÇ: Karbonmonoksit zehirlenmesi sonucu baş ağrısı, yorgunluk, nefes darlığı, mide bulantısı, baş dönmesi, çarpıntı,nöbet ve hatta ölüm bile olabileceği unutulmamalıdır. Nadir görülen komplikasyonlar göz ardı edilmemelidir. İyi bir anamnez ile geri dönüşü zor olan komplikasyonların önüne geçmek mümkündür.

SS-55: SEREBRAL AMİLOİD ANJİOPATİ TANİ VE TEDAVİSİ: LOBER İNTRASEREBRAL HEMORAJİ GELİŞEN DEMANS HASTASI OLGU SUNUMU EŞLİĞİNDE

Nuray BİLGE

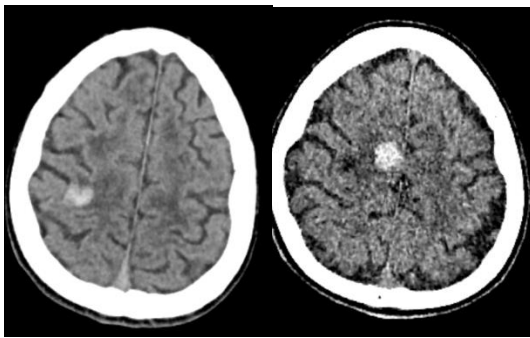
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Erzurum.

GİRİŞ: Serebral amiloid anjiyopati (SAA), damar duvarlarında β -amiloid (A β) birikiminden kaynaklanan serebral küçük bir damar hastalığıdır. Apolipoprotein E polimorfizmi ve öncü amiloid- β protein genindeki mutasyon gibi amiloid metabolizmasındaki birçok genetik mutasyonun SAA neden olduğu bilinmektedir. SAA'nın vasküler tutulumu hem hemoraji hem de iskemiye neden olabilir. SAA ile ilişkili intrakranial hemoraji karakteristik olarak lobar veya yüzeysel alanlarda bulunur, derin yapılarda (bazal ganglion, talamus, beyin sapı) kanama çok nadir. Lobar hemorajiler sıklıkla çok sayıda ve rekurrendir. SSA özellikle yaşlı hastalarda, semptomatik ICH'nin en yaygın etiyolojilerinden biridir (% 12-20). Erken dönemde başağrısı, motor parezi, bilinç kaybı, afazi, görsel kayıp ve kronik dönemde epilepsi ve demansa neden olabilir. Alzheimer hastalığında SSA; spontan intraserebral kanamanın sık görülen bir nedeni ve sık görülen bir komorbiditesidir. SAA'nın tanısında ve araştırılmasında nörogörüntüleme önemli bir rol oynar. Kranial bilgisayarlı tomografide (BT) makrohemorajiler; kranial MRG'de (SWI ve gradient echo sekanslarında) serebral mikrokkanamalar, kortikal yüzeysel siderosis, bilateral çoğunlukla simetrik, beyaz cevher T2 hiperintens lezyonlar ve kortikal mikroinfarktlar görülebilir. Tedavide hipertansiyon gibi risk faktörlerinin yönetimi ve immunsüpresif (steroid, azotiopürin, siklofosfamid) ilaçlar vardır. Kesin tanı beyin dokusunun postmortem olarak incelenmesi ile konulabilirken; Boston kriterleri ile de konulabilir. Boston kriterlerine göre, 55 yaş ve üzerindeki bir hastada, beynin lobar, kortikal veya kortikosubkortikal alanlarına sınırlı (serebellar kanamalar kabul edilmektedir), başka bir altta yatan etyoloji ile açıklanamayan çok sayıda büyük veya mikrokkanamanın varlığında tanı “probable” (muhtemel) SAA, aynı şartlarda tek bir kanamanın varlığında ise tanı “possible” (olası) SAA şeklinde konulmaktadır. SSA'da trombolitik, antikoagulan ve antiagregan tedaviler hemoraji riskini artırırken, tansiyonun düşürülmesi hemoraji riskini düşürür. Demans tanısı olan, monoparezi ile acil servise başvuru sonrası lobar intraserebral hemoraji tespit edilen ve kliniğimiz takiplerinde serebral amiloid anjiyopati tanısı alan olgumuzu sunuyoruz.

OLGU: 63 yaşında erkek hasta sol kolda kuvvet kaybı ve başağrısı şikayeti ile acil servise getirilmiş. Şuuru açık oryante koopere olan hastanın sol üst ekstremitte monoparezi (4/5)

dışında nörolojik muayenesi normaldi. Özgeçmişinde demans ve BPH tanıları ile tedavi aldığı öğrenildi. Kranyal BT'de sağ parietalde fokal intraparakimal hemoraji izlenmesi üzerine (Şekil-1a) kliniğimize yatırıldı. Lober hemoraji etyolojiye yönelik kranyal MRG'de her iki serebral hemisferlerde amiloid anjiyopati ile uyumlu fronto-temporal parieto-okspital düzeyinde derin ve jukstakortikal beyaz cevher de T2 hiperintens (Şekil-2) ve SWI görüntülerde hipointens lezyonlar, SWI de sağ serebral hemisferlerde sentrum semiovalede, jukstakortikal beyaz cevherde, sağ parietalde 14x75 mm , sol parietalde 8x6 mm ebatlı intraparakimal hemoraji odakları izlendi (Şekil-3). Hastanın kliniği ve nörogörüntüleme bulguları serebral amiloid anjiyopati ile uyumluydu. Takiplerinde tansiyon regülasyonu sağlandı, demans ve HT ilaç tedavileri düzenlenerek taburcu edildi. 6 ay sonra sol kolda güçsüzlük şikayetinin tekrar gelişmesi ile acile başvuran hastanın beyin BT'de yeni gelişen sağ parietalde hemoraji ile uyumluydu (Şekil-1b). Nöroloji kliniğimize yatırıldı. Nörolojik muayene sol üst ekstremité 4/5 motor kuvvetsizliği dışında normaldi. 10 günlük takiplerinde TA regüle idi ve ek problem yaşanmadı. Tekrarlayan lobar hemorajileri olan serebral amiloid anjiyopati tanılı olgumuza prednizolon 1 mg/kg ve azotiopürin 2,5 mg /kg tedavileri eklendi, 1 ay sonra poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

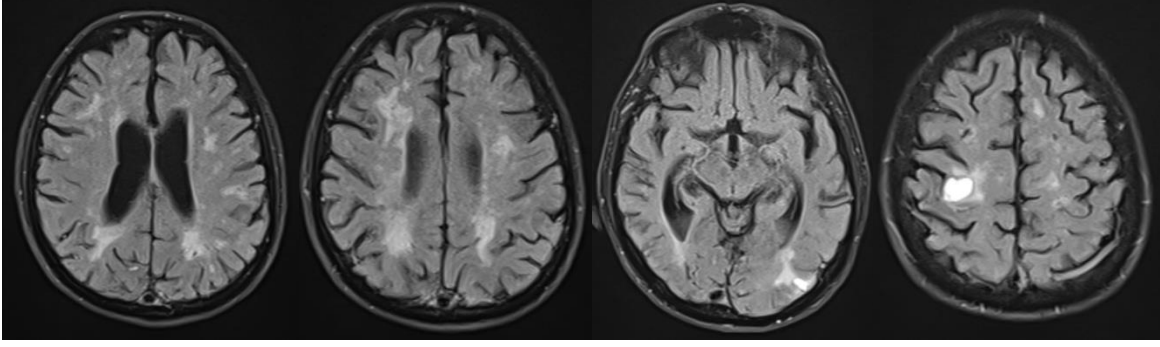
SONUÇ: 55 yaş ve üzeri hastalarda intraserebral lobar hemorajilerde (özellikle demans ile birliktelikte) SAA tanısı akla gelmeli ve mikrohemoraji tesbiti için SWI veya Gradyent EKO MRG çekimi yapılmalıdır. Ayrıca tedavide cerrahi girişimden, antikoagülan ve antiagregan ajanlardan kanama sıklığı ve şiddetini arttırmaları sebebi ile kaçınılmalıdır .



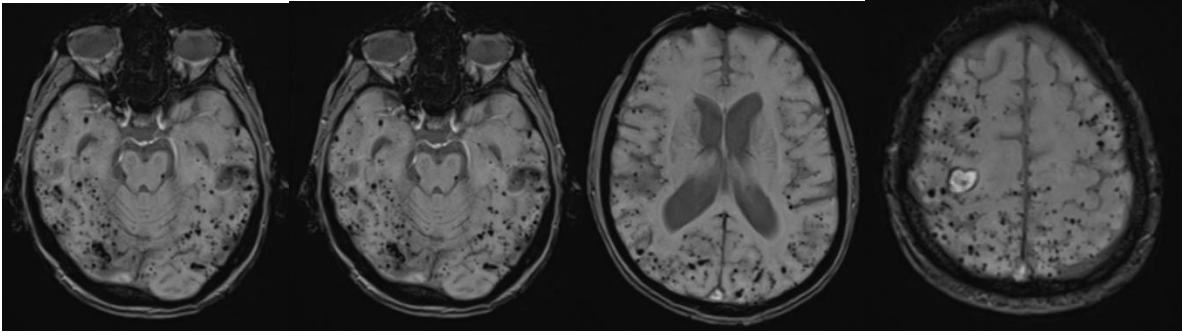
a

b

Şekil 1: 6 ay aralıkla beyin BT'de sağ parietalde farklı lokasyonlarda hemoraji ile uyumlu hiperdens alanlar.



Şekil 2: Kranyal MRG'de T2 sekansta her iki serebral hemisferlerde amiloid anjiopati ile uyumlu fronto-temporal parieto-oksipital düzeyinde derin ve jukstakortikal beyaz cevher de hiperintens lezyonlar ile sağ parietalde vertekse yakın ve sol parietalde hiperintens hemorajiye ait görünüm



Şekil 3: Kranyal MRG SWI görüntülerde hemoraji ürünlerine ait yaygın hipointens odaklar (sağ serebral hemisferlerde sentrum semiovalede, juksta kortikal beyaz cevherde, sağ parietalde 14x75 mm , sol parietalde 8x6 mm ebatlı intraparakimal hemoraji odakları)

SS-56: AKUT ST ELEVASYONLU MİYOKARD İNFARKTÜS İLE GELEN HASTALARDA TAKOTSUBO SENDROMU SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI

Oktay Gülcü

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Erzurum

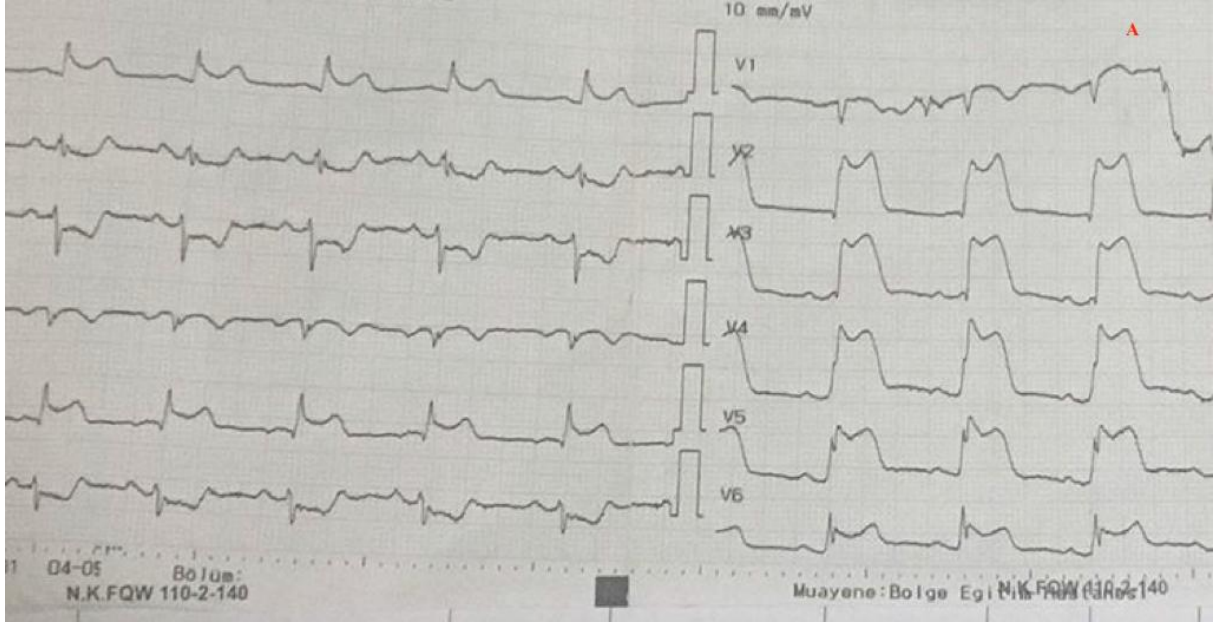
AMAÇ: ST Elevasyonlu Miyokard infarktüs (STEMİ), koroner arterdeki plaktaki değişimler sonucu akut olarak ortaya çıkar ve önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Hızlı tanı ve tedavi mortalite ve morbidite azaltılmasınada kritik role sahiptir. Takotsubo sendromunda koroner akımı total olarak engelleyen intrakoroner bir lezyon olmadığı halde hem EKG de anterior derivasyonlarda elevasyon tespit edilir(Resim-1A) hem de ekokardiyografik olarak apikal segmentlerde duvar hareket kusuru tespit edilebilir. Strese bağlı olduğu düşünölmekle beraber mekanizması hala belli değildir bu hastalarda koroner anjiyografide normal olarak tespit edilir(Resim-1B ve 1C). Biz anterior MI ile prezente olan hastalarda Takotusubo sendromu sıklığını araştırdık.

METOD: Çalışmamız 2016-2019 yılları arasında göğüs ağrısı ile başvuran ve anterior MI tanısıyla koroner anjiyografi yapılan 448 hasta üzerinde yapılmıştır. Hastaların bazal demografik ve klinik verileri incelenmiştir.

BULGULAR: hastaların yaş ortalaması % 53.2 ve %59 si erkekti. 11 (%2.45)hastada Takotusubo sendromu tespit edildi. 27 hasta medikal olarak izlendi. 1 yıllık takipte 21 hastada ölüm meydana geldi. Takotusubo tanısı konulanlarda 1 hastada ölüm meydana gelmiştir.

Sonuç: STEMİ erken tanının konulması ve tedavinin erken başlanması gereken acil durumdur. Takotsubo sendromu anterior MI ile karışan durumların başında gelişir. Bu hastalarda ayrıntılı anamnez ve fizik muayenene ayırıcı tanı için faydalı bilgi verebilir

Anahtar Kelimeler: Takotsubo sendromu, miyokardiyal enfarktüs, akut koroner sendrom



Resim-1: EKG de anterior derivasyonlarda ST segment elevasyonu



Resim-2: Koroner anjiyografide normal koroner arter görünümü

SS-57: ÜROLOJİK ACİLLERDEN PENİL FRAKTÜR: BİR OLGU SUNUMU

Mehmet Sefa ALTAY

SBÜ Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma hastanesi

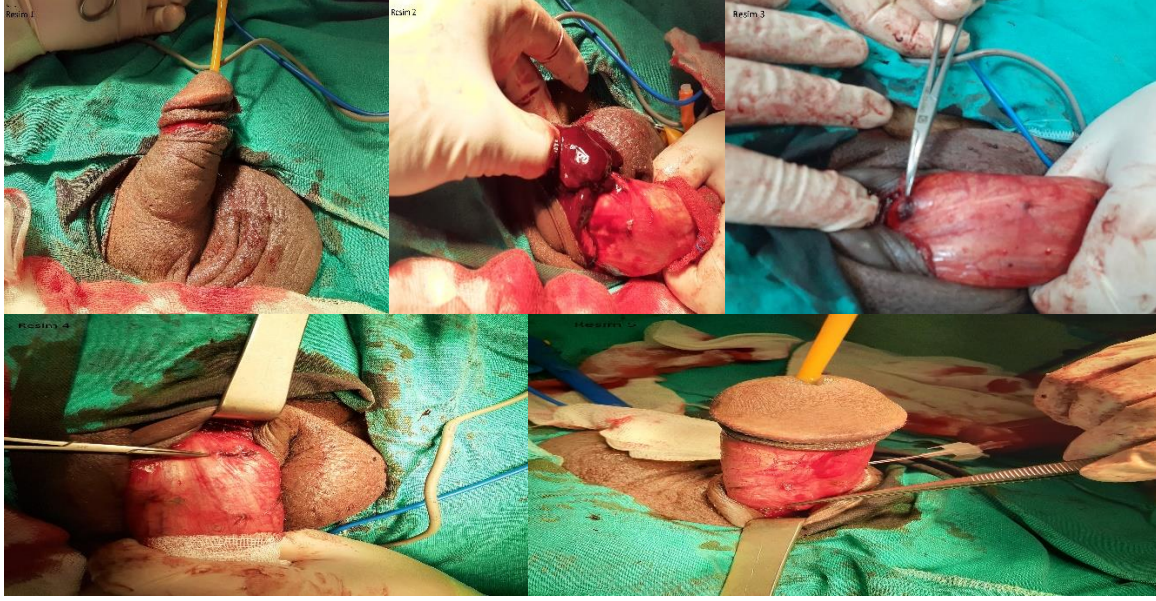
AMAÇ: Ürolojik acillerden olan ve nadir görülen penil fraktür vakalarına günümüz standart tedavi yaklaşımının ortaya konÜretral Travmalı Hastaya Acil Yaklaşımılması.

GİRİŞ: Penil fraktür, erekte penisin direkt travma sonrası bir veya iki korpus kavernozumda oluşan tunika albugineanın yırtılması halidir. Penil fraktür etyolojisi arasında, cinsel ilişki sırasında yapılan sert manipölasyonlar, mastürbasyon sırasında zorlama ve penis erekte durumda iken yapılan ters hareketler sıralanabilir. Konservatif yaklaşımların uzun dönem sonuçlarının iyi olmaması sebebi ile günümüzde standart tedavi şekli cerrahi yaklaşımdır. Acil servise başvuran penil fraktür vakalarının sık görülmemesi sebebi ile bu vakanın takdim edilmesi amaçlanmıştır.

Olgu sunumu: 50 yaşında erkek hasta cinsel ilişki sırasında penisin zorlanması sonrası kat sesini duyduktan sonra peniste ağrı, ani ereksiyon kaybı, penis ve skrotum bölgesinde morluk ve ödem şikayeti sebebi ile yaklaşık 3 gün sonra acil servise başvurdu. Acil serviste ilk değerlendirmede penil cilt ödemli, penis cildini ve skrotumu saran ekimotik değişiklikler izlendi (Resim 1). Özellikle solda penis radiksinde yaklaşık 4X4 cm hematoma ile uyumlu kitle palpe edildi. Hastanın idrar çıkışı vardı ve üretrorajisi yoktu. Yapılan yüzeysel penil USG ve penil dopler USG’de kavernöz cisimler ve spongioz cisim normal olarak değerlendirildi. Hastanın laboratuvar bulguları normal idi. Acil şartlarda operasyona alınan hastaya TU foley sonra konulduktan sonra penis sirkumsizyon hattından açıldı ve cilt deglove edildi. Penis radikse yakın kısmında hematoma izlendi ve boşaltıldı (Resim 2). Sol korpus kavernozumun dorsal yüzünde yaklaşık 15 mm fraktür alanı izlendi (Resim 3). Penil fraktür 3/0 vikril ile tamir edildi (Resim 4). Korpus spongiozum ve üretrada patoloji izlenmedi. Artifisyonel ereksiyon oluşturuldu (Resim 5). Artifisyonel ereksiyon sırasında tamir alanında kaçak olmaması ve kordi olmaması sebebi ile operasyon sonlandırıldı. Komplikasyon gelişmeyen hastanın postoperatif birinci gün TU foley sondası alındı. Postoperatif üçüncü günde antibiyoterapi ve antienflamatuvar ile taburcu edildi. Postoperatif takiplerinde hastada penil ağrı, erektil disfonksiyon ve kordi olmadığı gözlemlendi.

SONUÇ: Penil fraktür bir ürolojik acildir. Konservatif yaklaşım olmakla birlikte erken dönem cerrahi tedavi önemli bir senek olup komplikasyonları az ve sonuçları yüz güldürücü

olabilmektedir.



Resim 1: Penis ve skrotum ödemli, ekimotik, sirkumsizyon hattının açılması. Resim 2: Deglove edilen peniste izlenen hematoma. Resim 3: Sol korpus kavernozum dorsal yüzde tunika albugineada oluşan defekt. Resim 4: Tunika albugineanın tamiri. Resim 5: Artifişyel ereksiyon

SS-58: NADİR BİR OLGU: MİRİZZİ SENDROMU

Ömer Topdağı

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları, Erzurum

GİRİŞ: Mirizzi sendromu safra kesesi hastalıklarının nadir görülen bir komplikasyonudur. Sistik kanala oturmuş safra kesesi taşının dıştan bası yaparak hepatik kanalda tıkanma yapmasıyla oluşur. Mirizzi sendromunun iki alt tipi vardır. Tip 1 ortak hepatik kanala dıştan bası tip 2 safra kanalı çevresinin 2/3 civarı erezyon yapmış fistül. Klinik tabloda açılıp kapanan sarılık ve sürekli devam eden tıkanma sarılığı şeklinde karşımıza çıkar. Tedavisi cerrahidir. Mirizzi sendromu vakalarının önemli bir kısmı safra kesesi ameliyatlarından önce tespit edilemeyip atlanabilmektedir, erken tanı konulması önem arz etmektedir çünkü ilerlemiş vakalarda cerrahi tedavi esnasında safra kanalı yaralanması sık görülmektedir.

Olgu: 88 yaşında bayan bir hasta önce karın ağrısı, tüm vücutta sarılık, bulantı ve kusma şikayetiyle başvurduğu dış merkezde kolesistektomi operasyonu yapılmış yapılan tetkiklerinde koledokta taş olması üzerine ERCP yapılmak üzere Atatürk üniversitesi tıp fakültesi gastroenteroloji servisine sevk edilmiş ve burada yatırılıp takip edilen hastanın geldiğinde 38,5C ateş, sağ üst kadranda sırta vuran karın ağrısı ve tüm vücutta sarılık şikayetleri mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde ALP :979 U/L, GGT:745 U/L , AST:105 U/L , ALT:71 U/L , T.BİL:12,43 mg/dl , D.bil:8,05 mg/dl , kreatin:1,68 mg/dl , WBC:12,86 Hgb:10,9 g/dl, plt:335. Hastamıza gastroenteroloji kliniğimiz tarafından EUS ve ERCP yapıldı. EUS sonucu sistik güdük içinde yaklaşık 11 mm taş görüldü, ERCP sonucu koledok proksimalde tam kesi ve biliyer kaçak olarak raporlandı. Hastanemizde çekilen MRCP raporu: koledok yaklaşık olarak 15 mm ile dilate olup künt sonlanmaktadır, koledokta büyüğü 6,5 mm ebatlı birkaç adet taş izlendi, ortak hepatik safra yollarında 10mm ebatlı hipointens taşa ait görünüm izlendi, sistik kanal içinde 6 mm ebatlı taş izlendi ve intrahepatik safra yollarında belirgin dilatasyon olarak raporlandı. Mirizzi sendromu olarak değerlendirilen hasta genel cerrahi kliniğine operasyon için devir edildi.

TARTIŞMA: Akut kolesistitin komplikasyonları arasında safra taşı ileusu, Ampiyem, safra kesesi perforasyonu, Amfizematöz kolesistit, mirizzi sendromu başlıcalarıdır. Mirizzi sendromu safra kesesinin boynunda sistik kanala oturmuş safra taşının dıştan ana safra kanalını sıkıştırarak tıkaması sonucu oluşan kolestaz tablosudur. Mirizzi sendromunu vakalarının önemli bir kısmı ilerlemiş görüntüleme yöntemlerine rağmen safra kesesi ameliyatından önce tespit edilemeyip

atlanmaktadır.Mirizzi sendromunun tedavisi cerrahidir ve erken tanı hayat kurtarıcıdır çünkü ilerlemiş vakalarda cerrahi tedavi esnasında safra kanalı yaralanması gibi komplikasyonlar daha sık görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Mirizzi sendromu; Akut kolesistit; Kolestaz

KAYNAKLAR

1. Safioleas M, Stamatakos M, Safioleas P, Smyrnis A, Revenas C, Safioleas C. Mirizzi Syndrome: an unexpected problem of cholelithiasis. Our experience with 27 cases. *Int Semin Surg Oncol* 2008;5:12-17.
2. Pemberton M, Wells AD. The Mirizzi Syndrome. *Postgrad Med J* 1997; 73: 487-490.

SS-59: PERİFERİK SİNİR YARALANMASI İLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN VAKALARIN İNCELENMESİ 2019 YILINA AİT 8 AYLIK VAKA SERİSİ

Ensar Zafer Barın

GİRİŞ VE AMAÇ : Periferik sinir yaralanmaları, özellikle elde ortaya çıkabilecek fonksiyonel kayıplar nedeniyle acil servislere başvuran önemli travmatik yaralanma tiplerinden biridir. Bu yaralanmalar kesi, kopma, ezilme gibi travmanın direk etkisiyle oluşabileceği gibi, kemik kırıkları veya çıkıkları sonrasında da ortaya çıkabilir. Yaralanmanın şiddeti, lokalizasyonu, cerrahi zamanlama ile beraber hassas cerrahi yaklaşım ve sonrasında mutlak olması gereken fizyoterapi prognozu belirleyici etkenler olarak sayılabilir. Bu çalışmada 2019 yılı başlangıcından bugüne, 8 aylık süre zarfında periferik sinir yaralanması ile acil servise başvuran vakaları hasta yaşı, etyoloji, yaralanma lokalizasyonu, yaralanan sinirin tipi ve eşlik eden yaralanmalar gibi faktörler açısından geriye dönük olarak inceledik.

GEREÇ VE YÖNTEM : Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'nde, 2019 yılı Ocak-Ağustos ayları arasında üst ekstremité travması ile acil servise getirilen 103 hastada periferik sinir hasarı tespiti ve onarımı yapıldı. Bu gerçekleştirilen periferik sinir onarımlarının 53'ü dijital sinir, 17'si ulnar sinir, 11'i radial sinirin duyu dalı, 9'u ortak dijital sinir, 4'ü median sinir ve geri kalanlar ise çeşitli duyu sinirleri idi. Hastaların ortalama yaşı 33,9 idi. Herhangi bir nedenle oluşmuş (kazaen, bıçaklanma vb.) kesiler % 80 ile en sık görülen neden iken, en sık görülen yaralanma lokalizasyonu ise parmaklar idi. (%62.8) Dolayısıyla en sık yaralanan periferik sinir ise dijital sinirler olarak tespit edildi. 72 hastada (%70) ek olarak bir veya birkaç tendon yaralanması mevcut idi. Tüm sinir yaralanmaları ameliyat mikroskobu altında epinöral onarım tekniği ile onarıldı. Hastanede kalış süresi ortalama 1 gün olan hastaların çoğuna eşlik eden tendon yaralanması nedeniyle de birkaç gün sonra, önce pasif eklem hareketini sonra da aktif eklem hareketi sağlayacak dinamik splint atel uygulandı.

BULGULAR : Hiçbir hastada intraoperatif komplikasyon ve mortalite gelişmedi. Post operatif kısa dönem ve uzun dönem takiplerde sinir onarımına dair normal dışı bir bulguya rastlanmadı.

SONUÇ : Periferik sinir yaralanmaları özellikle üst ekstremitéde ciddi fonksiyon kayıplarına yol açabilecek acil başvurularındandır. Yaralanmanın lokalizasyonu ve şekli prognozunu değiştiremeyecek maddeleri iken, hassas cerrahi onarım ve ameliyat sonrası titiz fizyoterapi prognozunu değiştirebilecek maddeleri olarak sayılabilir. Üst ekstremité travma ile acil servise

başvuran hastaların, periferik sinir muayenesine hakim bir acil servis doktoru tarafından değerlendirilmesi, hızlı bir şekilde cerrahiye yönlendirilmesi, iyi bir cerrahi onarım ve sonrasında uygulanacak fizyoterapi hastanın önce günlük fonksiyonlarını daha sonra da iş gücünü geri kazanması açısından ciddi manada önemlidir.

Anahtar Kelimeler : Periferik sinir yaralanması, el travması, acil servis sinir muayenesi

SS-60: İZOLE KÜNT BÖBREK TRAVMALARI: 11 OLGUNUN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatih Kürşat Yılmazel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Şehir Hastanesi

AMAÇ: Bu çalışmada, künt travma sonucu gelişen izole böbrek yaralanması olan hastalarda konservatif ve cerrahi yaklaşımlar değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Bu çalışmada Ocak 2018 ile Ağustos 2019 yılları arasında künt travma sonrası izole böbrek hasarı nedeniyle acil servise başvuran 11 hasta (9 erkek,2 kadın) geriye dönük olarak incelendi. Hastalar tedavi öncesinde bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi. Böbrek hasarı AAST (American Association for the Surgery of Trauma) ölçütlerine göre derecelendirildi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması $25\pm3,85$ idi. Böbrek hasarı; Grade 1 (n=4), Grade 2 (n=2), Grade 3 (n=2), Grade 4 (n=2), ve Grade 5 (n=1) mevcut idi. Bütün olgular başlangıçta konservatif olarak takip edildi. Bütün olgulardan 2 olguya cerrahi tedavi uygulandı.Bu olguların birinde Grade 4 ve diğerinde Grade 5 yaralanma mevcut olup bu vakalar da hemodinami bozulması nedeniyle nefrektomi uygulandı. Hiçbir olguya geç dönem cerrahi tedavi gerekmedi. Olgulardan hayatını kaybeden olmadı.

SONUÇ: İzole künt böbrek travmalarında, konservatif tedavi etkili ve güvenilirdir. Konservatif yaklaşımla izlenen izole böbrek travmalı hastaların büyük çoğunluğu nefrektomi yapılmaksızın düzelir. Bulgularımız, hemodinamisi stabil seyreden hastalarda böbreğe konservatif yaklaşımı desteklemektedir. Birçok böbrek yaralanması cerrahi müdahale gerektirmemesine rağmen, böbrek de oluşan hasarın derecesine bakılmaksızın hayatı tehdit eden kanamalara cerrahi müdahale yapılmadığıdır.

Anahtar Sözcükler: Böbrek yaralanması, künt, izole; konservatif tedavi; nefrektomi

SS-61: ACIL SERVISTE GÖRÜLEN: LITYUM İNTOKSİKASYON VAKASI

Araş. Gör. Dr. Uğur Takım, Dr. Öğr. Üye. Esat Fahri Aydın

Atatürk Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

AMAÇ: Lityum, bipolar bozukluğun tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Dar terapötik indeksi nedeniyle, lityum toksisitesi yaygın bir klinik problemdir. (1) Eşlik eden ilaç kullanımı, enfeksiyon, renal yetmezlik ve dehidratasyon gibi metabolik nedenler toksisite gelişimini kolaylaştırmaktadır. 2.5 mmol/L üzerindeki serum lityum düzeylerinde hafif, 2.5-3.5 mmol/L’de şiddetli ve 3.5 mmol/L’nin üzerinde ise yaşamı tehdit eden toksisite gelişebilir (2). Bu yazıda lityum ile birlikte ACE inhibitörü kullanma sonucu çeşitli belirtiler gösteren bir vakayı sunuyoruz.

Olgu: 60 yaşında, kadın, ev hanımı olan hastanın öncesinde bilinen Diabet, Hipertansiyon tanılarıyla metformin 2000mg/g, ramipril+hidroklorotiyazid 2,5/12,5 mg/g kullanmakta. 2 hafta önce Bipolar affektif bozukluk manik atak başlangıcı tanısı konularak; lityum 900mg/g, aripiprazol 15mg/g başlanan hasta genel durum bozukluğu, bilinç bulanıklığı şikayetiyle acil servise getirildi. Öyküsünde hastanın son 4 gündür iştahsızlığının ve sıvı alımında kısıtlılığın olduğu öğrenildi. Bilinç letarjik, kollarda ve bacaklarda bilateral rijidite, kollarda dişli çark belirtisi, ellerde tremor, belirgin apati, derin tendon reflekslerinde artış saptandı. Glaskow koma skoru:8 olarak değerlendirildi. Ekg’inde patoloji saptanmadı. Hemogram, KCFT, BFT ve elektrolit değerleri normal sınırlardaydı. Lityum kan düzeyi 3.5 mmol/l olarak ölçüldü. Beyin MR görüntülemesi normal olarak değerlendirildi. Lityum intoksikasyonu düşünülen hastanın lityum ve aripiprazole tedavisi kesildi. Hidrasyonu sağlanarak hemodiyaliz açısından dahiliyeye danışıldı. Hemodiyaliz sonrası lityum kan konsantrasyonu 0.4’e kadar geriledi. Genel durumu düzelen hastanın rijiditesi, dişli çarkı bulgusu ve ellerinde olan tremoru geriledi.

TARTIŞMA: Lityum toksisitesi, ön planda nörolojik komplikasyonları ile dikkat çeken; nefrolojik, gastrointestinal ve kardiyak yan etkiler gözlenebilen, tedaviye rağmen yüksek mortalite ve morbiditeye sahip acil bir tablodur. Akut Lityum intoksikasyonu kronik intoksikasyondan daha iyi tolere edilir, nörolojik bulgu ve kalıcı sekel görülme olasılığı ise daha düşüktür (3,4). Akut Lityum intoksikasyonunun tedavisinde serum düzeyleri değil, semptomlar dikkate alınmalıdır. Bu toksik tablonun oluşumunda dehidratasyon da önemli bir yere sahiptir. Yaşlı hastalarda ise dehidratasyon daha hızlı gelişebilmektedir. Dehidratasyon, lityum retansiyonuna neden olur. Bu durum da lityum intoksikasyonu ve böbrek toksisitesine yol

açar.Ayrıca literatürde ACE inhibitörü ile birlikte lityum kullanan hastalarda, lityum kan konsantrasyonlarında dramatik bir artış tanımlayan vaka raporları yayınlanmıştır.

SONUÇ: Alınan öykü ve seri lityum düzey takipleri ile intoksikasyonun şiddeti belirlemelidir. Tanının hızla konması, sıvı yüklemesi, hemodiyaliz ya da diğer ekstrakorporeal tekniklerin kullanımı ile şiddetli nörolojik morbidite önlenmeli ya da tedavi edilmeli ve mortalite engellenmelidir. Vakamızda olduğu gibi lityum kullanan hastalarda, özellikle risk faktörlerinin varlığında toksisite gelişimi açısından dikkatli olunmalıdır.

KAYNAKLAR:

- (1) Haussmann R, Bauer M, von Bonin S, Grof P, Lewitzka U. Treatment of lithium intoxication: facing the need for evidence. *Int J Bipolar Disord.* 2015 Dec;3(1):23. doi: 10.1186/s40345-015-0040-2. Epub 2015 Oct 22. PubMed PMID: 26493348; PubMed Central PMCID: PMC4615994.
- (2) Timmer RT, Sands JM. Lithium intoxication. *J Am Soc Nephrol.* 1999 Mar;10(3):666-74. Review. PubMed PMID: 10073618.
- (3) Aronson JK (editor). Lithium. In: *Meyler's Side Effects of Psychiatric Drugs. First ed.* San Diego, CA: Elsevier B.V., 2009, 125-184.
- (4)Kesebir S, Akdeniz F, Vahip S. Lityum zehirlenmesi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2003; 11:316-324.

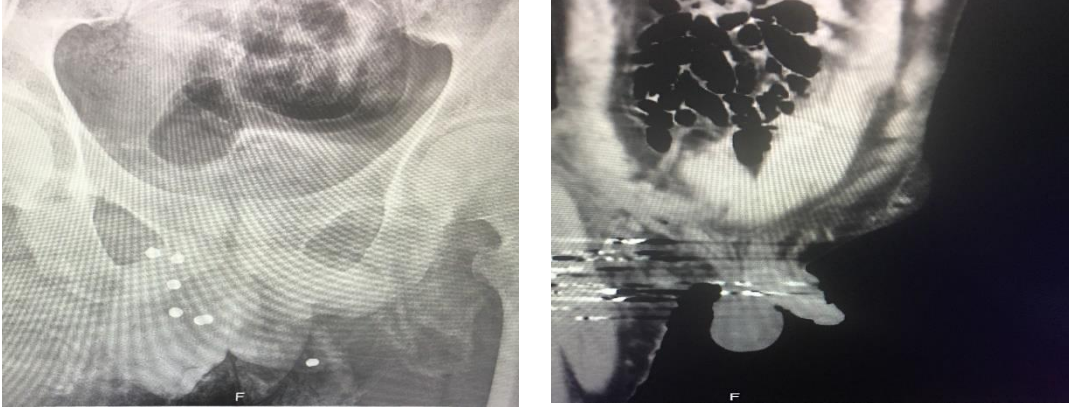
SS-62: SAÇMA TİPİ ATEŞLİ SİLAH YARALANMASI SONUCU GELİŞEN EKSTERNAL GENİTAL ORGAN YARALANMASI: NADİR BİR OLGU SUNUMU

Hüseyin KOCATÜRK, Mehmet Sefa ALTAY

T.C. Sağlık Bilimler Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim SUAM

AMAÇ: Penis, testis ve skrotum gibi eksternal genital organların vücuttaki yerleşim yerleri ve hareketli olmaları sebebi ile yaralanmaları nadir görülür. Daha çok künt travmalar şeklinde olup penetran travmalar daha nadir görülmektedir. Bu organların yaralanmaları çoğu zaman hayatı tehdit etmese de *tanı ve tedavinin geciktiği durumlarda testiküler atrofi*, üreme ya da cinsel fonksiyonların etkilenmesi ve *testis kaybıyla sonuçlanabileceğinden* ürolojik acillerdendir. Acil servise ateşli silah yaralanması sonrası eksternal genital organ yaralanması ile başvuran olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 24 yaşında erkek hasta ateşli silah yaralanması sebebi ile hastanemiz acil servisinde değerlendirildi. Hastanın yapılan ilk değerlendirilmesinde *genel durumu iyi, vital bulguları normaldi. Fizik incelemede* sağ skrotumda, penis shaftının sağ tarafında ve sağ uyluk üst-medial kaslarında ateşli silah yaralanması sonucu oluşan saçma giriş yerleri tespit edildi. Sağ skrotum şiş, hassas ve ekimotikti. Penil shaftda hematoma ve peteşiyel kanmalar izlendi. Sağ skrotumda yaklaşık 7x8 cm hematoma palpe edildi. Hastanın laboratuvar bulgularında anormallik yoktu. *Skrotal ultrasonografide; sağ testis parankiminde hiperekojenite, testisin üst polünde kapsülün hemen altında hematoma ve sağ testisin kontüründe bozulma ile uyumlu görüntü tespit edildi. Sağ epididimin doğal olarak değerlendirildi. Doppler ultrasonografide ise sağ testis ve epididim kanlanması normal olarak değerlendirildi. Çekilen direkt üriner sistem grafisi ve bilgisayarlı tomografide* sağ uyluk üst-medial kaslarında, sağ skrotumda ve penil shaftta saçma taneleri görüldü (Resim 1).



Resim 1: Bilgisayarlı tomografi ve direkt üriner sistem grafisinde penil shaftta ve sağ skrotumda görülen saçma taneleri

Hasta acil şartlarda operasyona alındı. İlk etapta yapılan sağ skrotal eksplorasyonda sağ testis üst polden kaynaklanan hematoma izlendi. Testis üst polde yaklaşık 3 cm uzunluğunda seminifer tübüllerin protrude olduğu tunika albuginea rüptürü görüldü (**Resim2**). Hematom temizlendikten sonra kanama kontrolü yapıldı ve tunika albuginea tamir edildi (**Resim2**). Skrotum cildi kapatıldı. Sonrasında penis sirkumsizyon hattından açıldı. Penis cildi radikse doğru deglove edildi ve hematoma boşaltıldı. Sağ korpus kavernozumda oluşan defekt emilebilir suture ile tamir edildikten sonra penis cildi kapatıldı. Postoperatif 3. gün taburcu edilen hastanın 2 hafta sonra yapılan kontrolünde ek patoloji olmadığı ve 3. ay kontrolünde *yapılan kontrol ultrasonografide testiste atrofi olmadığı ve Doppler incelemede tüm testiste kanlanmanın doğal olduğu izlendi.*



Resim 2: Saçma yaralanmasına bağlı yapılan sağ skrotal eksplorasyonda sağ testiste oluşan tunika albuginea rüptürü ve tamir edilmiş şekli

SONUÇ: İzole ürogenital travmalarda tedavi çoğunlukla başarı ile uygulanmaktadır. Ancak diğer organ travmalarının olduğu ya da hayatı tehdit eden durumlarda ürogenital travmalar ikinci planda kalabilmekte ve tedavileri gecikebilmektedir. Bu durum bazen organ kayıplarına kadar gidebilmektedir. Ateşli silah yaralanması ile başvuran ürogenital travması olan hastalarda acil şartlarda eksplorasyon yapılmalı ve mümkün olduğunca organ koruyucu prosedürler ile tedavi uygulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Ateşli silah yaralanması, Skrotal travma, Penil travma

SS-63: NADİR BİR OLGU: AKUT MİYOKARD ENFARKTÜSÜ VE SUBARAKNOİD KANAMA BİRLİKTELİĞİ

¹Ahmet YARDIM, ²Hamit ÇELİK

¹Özel Buhara Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

²Özel Buhara Hastanesi Nöroloji Kliniği

GİRİŞ: Akut miyokard enfarktüsü (AMI) ve subaraknoid kanama (SAH), ciddi mortalite nedeni olan hastalıklardır. Nadiren aynı hastada birlikteliği mevcuttur.

Vaka: 47 yaşında bir inşaat işçisi, gün içinde tekrarlayan göğüs ağrısından şikayet ediyor. Akşam saatlerinde ani başlayan şiddetli bir baş ağrısı oluyor ve şiddetli baş ağrısına şiddetli göğüs ağrısı bulantı kusma ekleniyor. acil servis başvurusunda hastanın uykuya eğilimi mevcuttu., kan basıncı 190/110 mmHg ve 107 bpm hızında sinüs ritmi idi. 28 bpm ile taşipneikti ve vücut sıcaklığı 37,2 ° C idi. Glasgow Koma Skalası skoru 9 (E2M5V2) olarak değerlendirildi.. Kardiyak enzimlerin seviyeleri yükseldi ve EKG'si V1-V6, DI-aVL ve DIII ve aVF'de karşılıklı ST depresyonu ile yüksek ST segmentleri saptandı. Hastanın İlk stabilizasyonundan sonra, BBT çekildi. BT de yoğun SAH ve soldan sağa kaymış subfalksiyan shift ile sol parietal intraserebral hematoma görüldü.

SONUÇ: AMI'li bir hastayla karşı karşıya kaldığımızda AMI ile birlikte olası ek ciddi bir başka hastalığın olabileceğini akıldan çıkarmamız lazımdır.

Anahtar Kelimeler: akut miyokard enfarktüsü, subaraknoid hemoraji, akut koroner sendrom, intrakranyal hemoraji

GİRİŞ:

Akut miyokard infarktüsü (AMI) ve subaraknoid kanama (SAH) aynı anda nadiren eş zamanlı olarak karşılaşılabilen, erişkin yaştan yaşamı tehdit edici hastalıklardır. Her iki patolojide, beyinde ve kalpte olmak üzere öncelikle orta büyüklükteki arterlerin patolojileridir. Tıbbi müfredat ve uzmanlık eğitimi programları kritik durumdaki hastalarda ayrıntılı bir değerlendirmenin önemini vurgulasa da, rutin uygulamada bazen doktorların bir sisteme odaklanması, hastada tespit edilebilecek diğer olası bozuklukları gözden kaçırmaya neden olabilmektedir. SAK ve AMI risk faktörleri benzerdir. Hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları, aritmi, AMI gibi kalp hastalıkları, trombus oluşumunu ve / veya anevrizmaları ve bunun sonucu

olan embolik veya hemorajik inmeyi kolaylaştırır. Hipertansiyon, kafa içi anevrizmalar ve kafa içi kanama için birincil risk faktörüdür. Bundan dolayı, akut koroner sendromlu hastalarda; nörolojik muayene bulguları, intrakraniyal patolojiyi akla getirmeli ve ileri tetkiklere yol açmalıdır. Ayrıca, kafa içi kanaması olan hastalarda AMI'yi taklit eden EKG bulguları olabileceği hakkında çok sayıda literatür verileri mevcuttur.

Literatür verileri daha çok iskemik inme ve AMI'nin tesadüfüne odaklanmış olsada , olgumuz , iskemik serebrovasküler hastalık yerine, AMI'nin SAH ile birlikte ortaya çıkmasına örnek teşkil etmektedir.

OLGU:

47 yaşında bir erkek inşaat işçisi, gündüz çalışırken üç ila beş dakika arasında süren ara ara olan kendiliğinden geçen göğüs ağrısı şikayetleri olduğunu çevresindekilere ifade ediyor. Hastanın tıbbi geçmişinde bilinen herhangi bir hastalığı veya ameliyatı mevcut değil. Akşam saatlerinde başında ani başlangıçlı şimşek çakar gibi bir ağrı hissediyor daha sonra göğüs ağrısı ve kusmaları oluyor. Yakınları tarafınca hasta acil servise getiriliyor. Acil servis ilk değerlendirmesinde lehtarjikolan hastanın kan basıncı 190/110 mmHg olarak ölçülüyor. Kalp tepe atımı 107 sinüs ritminde solunumu ise taşipneik olarak 28/dk olarak muayane sonucunda değerlendiriliyor. Odahavasında spO2 %93 vucut sıcaklığı ise 37,2 olarak ölçülüyor. GKS:9 (E2M5V2), letaralize defisiti mevcut değil olarak saptanıyor. Bilateral pupiller izokorik IR, IIR bilateral pozitif olarak muayane ediliyor.

Hastanın laboratuvar sonuçlarında CK-MB VE troponin I yükselmiş olarak saptandı. Hastanın EKG sinde normal sinus ritmi , V1-V6, DI-aVL de ST segment elavasyonu ve DIII ve aVF de resiprokal ST segment depresyonu mevcuttu. (Fig. 1). Hastaya ilk müdahalenin ardından hastaya BBT çekildi. Hastanın BBT sinde SAK ve sol parietal intraserebral hematom , soldan sağa shifti olduğu görüldü. Fischer skalasına göre hastanın grade 4 SAK I mevcuttu. Hastanın MI ına yönelik anjiyografi ve stent uygulaması yapıldı. kranyalanjiyografide anevrizma saptanamaması üzerine cerrahi tedavi yapılmayıp konservatif takip edildi. Hasta 17 gün sonunda hastaneden taburcu edildi.

TARTIŞMA:

Nadir olmasına rağmen, akut koroner sendrom SAH ile eş zamanlı ortaya çıkabilir. Bu nedenle, acil serviste AMI tanısı konan hastalar intrakraniyal olayları ekarte etmek için tam bir nörolojik

değerlendirmeden geçirilmelidir. AMI sonrası gelişen kalp yetmezliği iskemik inme, hemorajik inme ve SAH gibi serebrovasküler olaylara yol açabilir. Akut koroner sendromlar sıklıkla SAH ile sonuçlanan kafa içi anevrizmaları için temel bir risk faktörü oluşturan kronik hipertansiyon ile ilişkilidir. Öte yandan, spontan SAH'lı hastalar, yanlış tanılara bile neden olabilen AMI'ye benzer patolojik EKG bulguları gösterebilirler. Bu nedenle, ayrıntılı bir nörolojik muayene, doktora MI hastalarında ileri araştırmalarla beraber kafa içi patolojiyi araştırması için rehberlik edebilir.

Son yıllarda literatürde, SAH'lı hastalara MI yanlış tanısı konulabileceğini bildirir yayınlar yapılmıştır.(1-4). Koklu ve ark. EKG'si AMI'yi taklit eden ST segment yükselmesi olan bilinçsiz hastalarda koroner anjiyografi üzerinde şiddetli bir lezyon yokluğunda intrakranyal hemorajinin aranması gerektiğini gösteren SAH lı bir olguyu bildirmiştir. (5). Park ve ark sonuçta SAH tanısı alan ve EKG bulguları akut ST-segmenti yükselmiş miyokard enfarktüsünü taklit eden hastane dışında kalp durması anamnezi olan bir hasta bildirmiştir (6).

SONUÇ:

AMI'li bir hastayla karşı karşıya kalındığında, olası ek patolojilerin olabileceğinin de akılda tutmak gerekir. Bu ek patolojiler, SAH dahil intrakranyal patolojilerde olabilir.

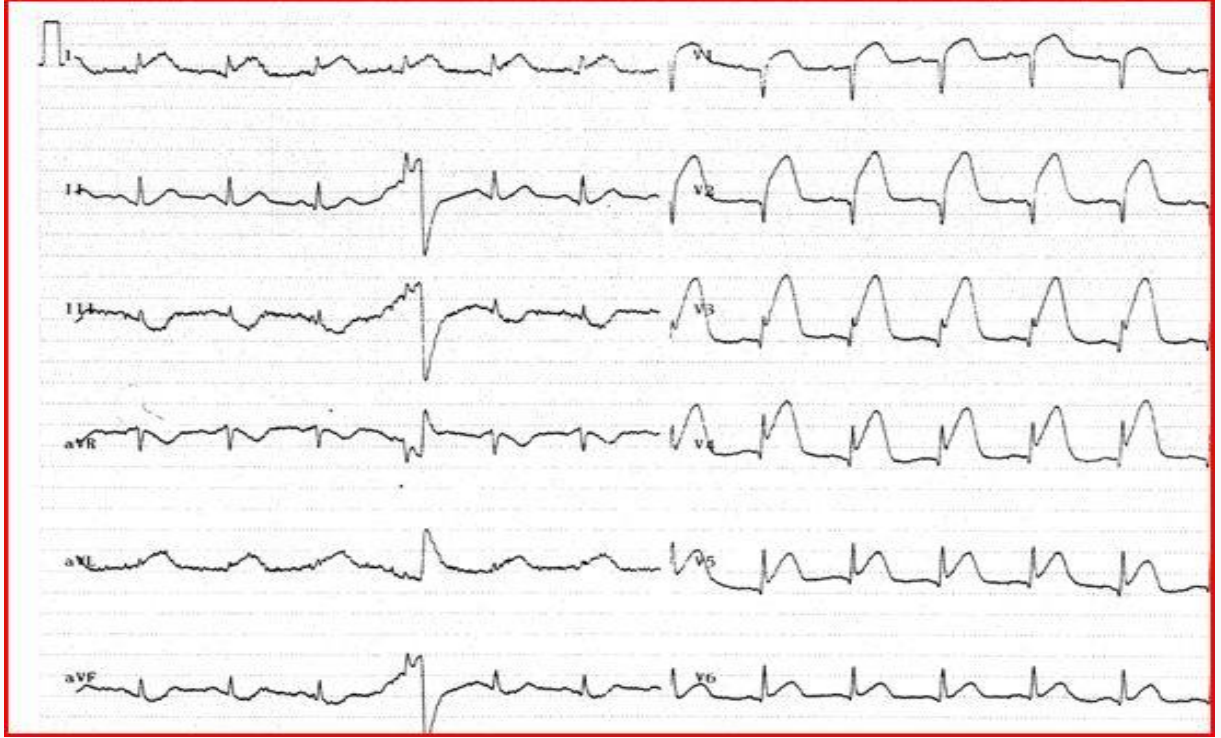


Fig. 1). Hastanın EKG'sinde V1'de V6, DI ve aVL'de artmış ST segmentleri ve DIII ve aVF'de karşılıklı ST depresyonu olan normal sinüs ritmi görüldü.

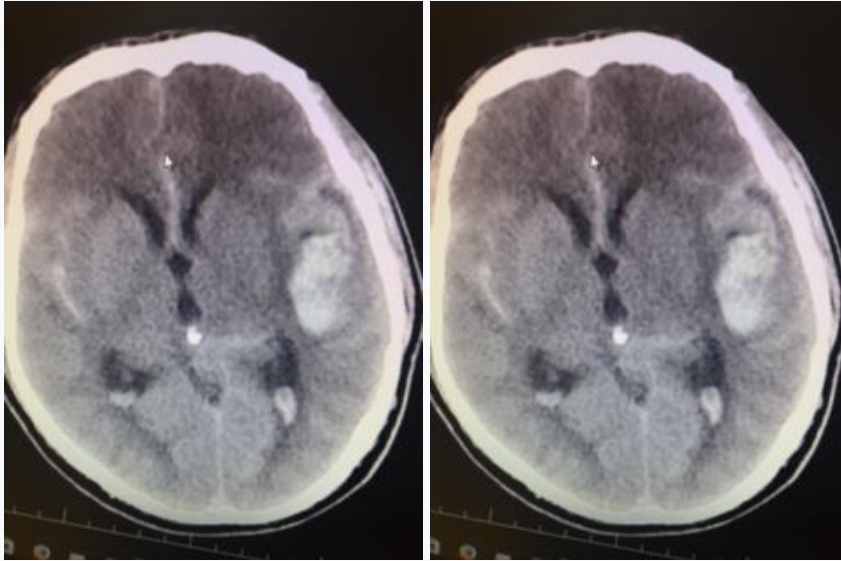


Fig.2 SAK ve sol parietel intraserebral hematom ,soldan saga shifti olduğu görüldü

KAYNAKLAR:

1. HeoWJ, Kang JH, Jeong WS, Jeong MY, Lee SH, Seo JY, Jo SW. Subarachnoid hemorrhage misdiagnosed as an acute ST elevation myocardial infarction. *Korean Circ J* 2012;42(3):216-9.
2. Iltumur K, Tamam Y, Karahan Z, Guzel A, Altindag R. Coexisting subarachnoid hemorrhage and subdural hematoma mimicking acute anterolateral myocardial infarction. *J Electrocardiol.* 2007;40(5):422-5.
- 3 Sari M, Kahveci G, Kilicgedik A, Ayturk M, Pala S. Acute myocardial infarction complicated with ventricular septal rupture and intracranial hemorrhage. *Echocardiography.* 2018;35(4):559-562.
4. Cima K, Grams A, Metzler B. Subarachnoid haemorrhage mimicking a STEMI. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* 2017;6(8):736-737.
5. Köklü E, Yüksel İÖ, Bayar N, Küçükseymen S, Arslan Ş. Subarachnoid hemorrhage that electrocardiographically mimics acute coronary syndrome: a case report. *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2015;43(8):730-3.
6. Park I, Kim YJ, Ahn S, Sohn CH, Seo DW, Kim WY. Subarachnoid hemorrhage mimicking ST-segment elevation myocardial infarction after return of spontaneous circulation. *ClinExpEmerg Med.* 2015;2(4):260-263

SS-64: KORTİKAL HEMORAJİ İLE PRESENTE OLAN SEREBRAL VENÖZ SİNÜS TROMBOZU

Şenol Arslan¹

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Özet

Serebral venöz sinüs trombozu (CVST) genç yetişkinlerde sık görülen bir durum olup birçok hastalığı taklit edebilir. CVST beynin venöz sinüslerinden birinin kan pıhtısı nedeniyle tıkanması sonucunda meydana gelir. Serebral venöz sinüs trombozunun teşhisi zordur, bunun nedeni hastalığın nadir görülmesi ve spesifik bir semptomunun olmamasıdır. Bizim olgumuz 20 yaşında bayan hasta, baş ağrısı ve bulantı şikayeti ile acil servise getirildi. Baş ağrısının birkaç gündür olduğu ve giderek şiddetlendiğini belirtti. Takibinde nöbeti olan hastada CVST den şüphelenildi. Intravenöz kontrastlı manyetik rezonans (MR) venografi çekildi ve süperior sagittal sinüste lümeni kısmen oblitere eden trombüs ile uyumlu hipointens görünüm saptandı. Bu vaka yeni ortaya çıkan nöbet ve karakter değiştiren baş ağrısı ile başvuran, düşük yapmış kadınlarda CVST'nin düşünülmesinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: Nöbet, baş ağrısı, venöz tromboz

1. GİRİŞ

Serebral venöz sinüs trombozu (CVST) nadir olmakla beraber çoğunlukla genç yetişkinlerde görülür ve tüm strokların 1–2%'sinden sorumludur. Hastalar çok farklı klinik semptomlarla başvurur. Gebelik, puerperium, oral kontraseptif kullanımı ve koagulopatiler sık görülen nedenleri arasındadır. Diğer nedenleri arasında ise nefrotik sendrom, intrakranial enfeksiyonlar, dehidratasyon, malignite, kranial tümörler, penetran kafa travmaları, lomber ponksiyon, inflamatuvar bağırsak hastalığı, bağ dokusu hastalıkları, sarkoidoz, parenteral infüzyonlar ve çeşitli ilaçlar vardır [1,2]. Vakaların üçte ikisi post-partum dönemde ortaya çıkmakta olup superiorsagittal sinüs (70–80%) en çok etkilenen bölgedir. Klinik bulgular, trombüsün yerine ve oluşma hızına bağlı olarak farklı klinik semptomlarla ortaya çıkar. Hastalar afazi, nöbet, fokal nörolojik defisit, papil ödem, görme kaybı, bulantı, baş dönmesi, diziness ve hemianopsi gibi semptomlar ile başvurabilir. Ancak baş ağrısı en sık görülen şikayet olarak karşımıza çıkmaktadır [3]. Düşük molekül ağırlıklı heparin, oral antitrombotik ilaçlar, intravenöz

tromboliz veya bunların kombinasyonu CVST de uygulanılan tedavi seçeneklerindendir [4]. Potansiyel olarak ölümcül olan CVST'nin erken teşhisi ve tedavisi oldukça önemlidir. Bu yazıda; öz geçmişinde 10 gün önce 24 haftalık ölü doğum öyküsü olan, baş ağrısı ile başvuran ve kortikal hemoraji gelişen bir kadın serebral venöz tromboz olgusu sunulmuştur.

2. OLGU SUNUMU

20 yaşında bayan hasta baş ağrısı ve bulantı şikayeti ile acil servise getirildi. Baş ağrısının birkaç gündür olduğu ve giderek şiddetlendiğini belirtti. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Hastanın vital bulguları normal sınırlardaydı. Nörolojik muayenesinde bilinci açık, oryante ve koopereydi. Kranial sinirlerin muayenesi normaldi. Ense sertliği, lateralizasyon bulgusu ve patolojik refleksi yoktu. Diğer sistem muayenelerinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Alınan kan numunelerinde anormallik yoktu. Acil serviste gözleme alınan hasta sol üst ekstremiteden başlayan sekonder jeneralize tonik klonik nöbet geçirdi. Hastaya intravenöz diazem ile müdahale edildi. Nöbeti kontrol altına alınan hastanın acil serviste çekilen Beyin bilgisayarlı tomografi (BT) de sağ frontal kortekste hemorajiyi düşündüren hiperdens lezyon tespit edildi (figür 1). Hasta yakınlarından alınan ayrıntılı anamnezde yaklaşık 10 gün önce 24 haftalık ölü doğum öyküsü olduğu öğrenildi. Hastanın şiddetli baş ağrısı, epileptik nöbeti, ölü doğum öyküsü ve yaşının genç olması nedeniyle CVST den şüphelenildi. Intravenöz kontrastlı manyetik rezonans (MR) venografi çekildi ve süperior sagittal sinüste lümeni kısmen oblitere eden trombüs ile uyumlu hipointens görünüm saptandı (figür 2). Hastaya serebral venöz sinüs trombozu sonrası gelişen kortikal hemoraji tanısı konuldu.

3. TARTIŞMA

Beynin venöz sinüslerinden birinin kan pıhtısı nedeniyle tıkanması sonucunda meydana gelen CVST nadir görülür. İnsidansı yaklaşık milyonda 5 tir [1]. CVST için spesifik bir semptom olmaması, nadir gözükmesi, semptomların çeşitliliği ve belirsizliği nedeniyle hastalığın teşhisi zordur. Tıbbi geçmişden kolayca tespit edilebilen gebelik, puerperium, malignite oral kontraseptif kullanımı ve koagulopatiler gibi risk faktörleri olan hastalarda CVST den şüphelenilmelidir. Genç, hamile veya doğum sonrası bir kadın, baş ağrısı ve nöbet gibi yeni başlayan, inme benzeri semptomlar gösterdiğinde, CVST risk faktörlerini sorgulamak önemlidir. CVST'den şüphelenilen bir hastada, BT veya MR venografi yapılmalıdır [5]. Her ne kadar CVST günlük pratikte artan sıklıkta gözlenirse ve diğer hastalıklarla örtüşen çeşitli spesifik olmayan klinik semptomlara sahip olsa da, BT ve manyetik rezonans görüntüleme sonucunda CVST ve intrakranial hemoraji (ICH) birlikteliği sık değildir. CVST nin neden olduğu

intrakranial hemoroji genellikle basit bir beyin kanaması veya venöz enfarktüs kanamasıdır. Bu venöz enfarktüs kanamalarının yerleşim yerleri tipik olarak basit beyin kanamalarının normal yerleşim bölgesine uymaz; Kanama bölgesi genellikle geniş bir yüzeye sahip olan, düşük yoğunluklu, beyinin yüzeye yakın alanlarında ortaya çıkar [6].

Venöz trombozda koagülasyon mekanizmaları önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle CVST tedavisinde birincil olarak antikoagülanlar tercih edilmektedir. Düşük molekül ağırlıklı heparin CVST’de etkin bir tedavi seçeneğidir. Antikoagülanların hemorajik infarktlardaki kullanımı kanama riski nedeniyle çelişkilidir. Endikasyonları konusunda çeşitli çelişkiler olmasına rağmen, heparin antikoagülan tedavi olarak, intrakranial kanama varlığında bile ilk seçenektir. Ayrıca nöbet geçiren hastalara antikonvulzan ajanlar başlanmalıdır. 2011 Amerikan Kalp Birliği / Amerikan İnme Derneği kılavuzları, görüntüleme ile CVST’i tanısı konulduğunda, ICH olup olmadığına bakılmaksızın antikoagülasyonun başlatılması gerektiğini önermektedir. Ancak aynı dernek antikoagülasyonun zamanlaması hakkında spesifik bir öneride bulunmamaktadır [1,7]. CVST genç bireylerdeki önemli inme nedenlerinden biri olup zamanında tanı ve tedavisi nörolojik fonksiyonların bozulmasının önlenmesinde önemli görünmektedir. Fokal nörolojik bulgusu olmayan hastalarda tanının atlanma ihtimali oldukça yüksektir. Bizim olgumuzda CVST açısından risk faktörleri olması nedeniyle hemoraji etiyolojisine yönelik venografi çekilmesi gerektiği düşünüldü. Ayrıca beyin parankiminde küçük bir kanamanın şiddetli baş ağrısı yapmayacağı ve altta yatan başka bir neden olabileceğini düşündük. Bu vaka yeni ortaya çıkan nöbet ve karakter değiştiren baş ağrısı ile başvuran, düşük yapmış kadınlarda CVST’nin düşünülmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu hastaların radyolojik incelemeleri ivedilikle yapıp mümkün olan en kısa zamanda tedavisine başlanılmalıdır. Gecikmiş tanının mortalite ve morbiditeyi arttırdığı unutulmamalıdır.

Figür 1: Beyin BT’de kortikal kanama görüntüsü

Figür 2: İntravenöz kontrastlı kraniyal MR venografide superior sagittal sinüste trombüs ile uyumlu hippointens görüntü

KAYNAKLAR:

1. Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown Jr RD, Bushnell CD, Cucchiara B, Cushman M, Deveber G, Ferro JM and Tsai FY. *Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke* 2011; 42: 1158-1192. doi:10.1161/STR.0b013e31820a8364
2. Coutinho JM, Zuurbier SM, Stam J. *Declining mortality in cerebral venous thrombosis: a systematic review. Stroke* 2014; 45: 1338-1341. doi: 10.1161/STROKEAHA.113.004666
3. Karakaya Z, Özdiñç Ş, Akyol PY, Ersan AD, Karakaya O, Urnal R. *Acil serviste nöbetin nadir ve ölümcül sebebi: Hemorajik infarkt ile komplike serebral venöz sinüs trombozu. Kocatepe Tıp Dergisi* 2017; 18: 106-109. doi:10.18229/kocatepetip.344744
4. Nagaraja D, Sarma GR. *Treatment of cerebral sinus/venous thrombosis. Neurol India* 2002; 50: 114.
5. Park DS, Moon CT, Chun YI, Koh YC, Kim HY, Roh HG. *Clinical characteristics of cerebral venous thrombosis in a single center in Korea. J Korean Neurosurg Soc* 2014; 56: 289. doi: 10.3340/jkns.2014.56.4.289
6. Girot M, Ferro JM, Canhã P, Stam J, Boussier MG, Barinagarrementeria F and Leys D. *Predictors of outcome in patients with cerebral venous thrombosis and intracerebral hemorrhage. Stroke* 2007; 38: 337-342. doi: 10.1161/01.STR.0000254579.16319.35
7. Pizzi MA, Alejos DA, Siegel JL, Kim BY, Miller DA, Freeman WD. *Cerebral venous thrombosis associated with intracranial hemorrhage and timing of anticoagulation after hemicraniectomy. J Stroke Cerebrovasc Dis* 2016; 25: 2312-2316. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.05.025

SS-65: HASTALARIN İNTİHAR GİRİŞİM SAATİNE GÖRE İNCELENMESİ

Sultan Tuna Akgöl Gür¹

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı ERZURUM ¹

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmada; hastanemiz acil servisindeki intihar girişimi olan hastalarıda cinsiyet ile hastaların geliş saatleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlıyoruz.

YÖNTEM: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Acil Servisine 01.01.2017-31.12.2018 tarihleri arasında intihar girişimi ile başvuran 16 yaş ve üzeri yaştaki hastalar dâhil edildi. İntihar maksadı olmayan kaza, ilaç zehirlenmeleri , bilek kesileri çalışmaya dahil edilmedi.

SONUÇ: Bu çalışma 01.01.2017-31.12.2018 tarihleri arasında acil servisimize başvuran 220 intihar olayı kesitsel olarak incelenmektedir. Sonuç cinsiyet ile hastaların geliş saatleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

***Anahtar Sözcükler:** Saat, Acil servis, İntihar*

Investigation of Patients by Suicide Attempt Time

ABSTRACT

OBJECTIVE: In this study; We aimed to evaluate the relationship between gender and arrival time in patients with suicide attempts in the emergency department of our hospital.

METHODS: Patients aged 16 years and over who admitted to the Emergency Department of Atatürk University Medical Faculty Emergency Department between 01.01.2017-31.12.2018 with suicide attempt were included. Accident, drug poisoning and wrist cuts were not included in the study.

CONCLUSION: This study is a cross-sectional study of 220 suicide cases admitted to our emergency department between 01.01.2017-31.12.2018. Conclusion There is a significant relationship between gender and arrival times of patients.

Keywords: *Clock, Emergency department, Suicide*

GİRİŞ: İnsanın kendi canına kıyması eylemi acı verici bir olaydır (1). İntihar girişiminde cinsiyet temel faktörlerdendir. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayanlarda kadın intiharlarının erkek intiharlarından fazla olduğu görülmektedir (2). Fakat intihar nedeniyle ölümler erkeklerde daha fazladır. Şenol ve arkadaşları Kayseri'deki çalışmalarında kadın/erkek oranını 1,7 olarak bulmuşlardır (3). İntihar girişiminin kadınlarda erkeklere, bekar ve dullarda evlilere, eğitimsizlerde eğitilmişlere göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (4,5).

MATERYAL ve METOT: Hesaplanan veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS.19 (Statistical Package for Social Sciences) for Mac (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanıldı. Ortalamalar standart sapmalarla birlikte gösterildi. Kategorik değişkenlerin istatistiksel analizi "ki kare" testi ile, numerik değişkenlerinin analizi ise "t" testi ile yapıldı. Veriler guruplara ayrılarak logistik regresyon analizleri yapıldı. Bulgular $p < 0,05$ düzeyinde ise anlamlı olarak kabul edildi.

TARTIŞMA: Bölgemizdeki yaşam biçiminin kadınlar üzerinde oluşturduğu toplumsal baskıdan dolayı kadınların bir çıkış yolu bulamadıklarında intihar girişimi ile kendilerini ifade ettiklerini düşünmekteyiz (6,7).

SONUÇ: Hastaların geliş saatleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($P < 0,05$). Genel olarak sabah saatlerinde bayanların intihara teşebbüs oranı erkeklere göre daha yüksektir. Akşam 18:00-24:00 saatleri arasındaki bu oran erkeklerin lehine değişmektedir. Biz bunu bayanların sabah saatlerinde, erkeklerin ise iş çıkışı akşam saatlerinde evde yalnız olmalarına bağlıyoruz.

KAYNAKLAR

- 1- Taştan, Z., Yusuf Atılğan'ın eserlerinde intihar. Milli Eğitim, 2007. Guz(176).
- 2- Ucan, O., Türkiye'de İntiharı Konu Alan Yayınlar Üzerine Bir Bibliyografya Çalışması. Kriz Dergisi, 2005. 15-26(13).
- 3- Şenol, V., et al., İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na

- başvuran olguların incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005. 19-29(6).*
- 4- Masango, S., S. Rataemane, and A. Motojesi, *Suicide and suicide risk factors: a literature review. SA Fam Pract 2008. 50(25-28).*
 - 5- Christiansen, E. and B. Jensen, *Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2007(41): p. 257-265.*
 - 6- Ozdel, O., et al., *Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. Crisis, 2009(30(2)): p. 90-3.*
 - 7- Tüzün, B., et al., *Questioning the psycho-socio-cultural factors that contribute to the cases of suicide attempts: an investigation. Forensic Sci Int., 2000(113(1-3)): p. 297-301.*

SS-66: NEONATAL HİPEREKSİA: BİR OLGU SUNUMU

Mustafa KARA¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yenidoğan Bilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Hiperekpleksia, işitsel, dokunsal veya görsel dış uyaranlara karşı belirgin irkilme yanıtı ve hipertoni ile karakterize nadir görülen, epileptik olmayan paroksizmal bir bozukluktur Hiperekpleksia (sert bebek sendromu veya irkilme hastalığı), genellikle glisin reseptörünü etkileyen çeşitli gen mutasyonları ile ilişkili olarak glisin özelliği beyin sapında inhibitor etkisini gösterememesinden kaynaklanan genetik bir hastalıktır.

Biz burada konvulzyon tanısıyla tarafımıza sevk edilen ve hiperekpleksia tanısı alan bir yenidoğanı sunmak istedik.

Vaka: 28 yaşındaki annenin 1. gebeliğinden 1. yaşayan olarak SAT' a göre: 37 haftalık, 2900 gr olarak C/S ile dış merkezde doğmuş. Doğan doğmaz ağlamış morarması olmamış. Anne yanında takip edilirken sürekli kasılmaları olan ve beraberinde kusma eşlik eden hasta YYBÜ ne alınarak takip edilmiş. Takiplerinde kasılmalarının devam etmesi üzerine konvulzyon öntansı ile 4. gününde kliniğimize sevk edilmiş. Kliniğimize kabul edilen hastanın fizik muayenesinde generalize hipertonsite olduğu ve bunun sürekli devam ettiği tespit edildi. Yapılan tetkikleri normal idi.

Hastaya nazal tap testi yapıldı ve pozitif olduğu görüldü. Yapılan santral görüntülemesi ve EEG'si de normal olarak raporlanan hastaya hiperekpleksia tanısı kondu. 5. Gün hastaya klonazepam tedavisi başlandı ve kademeli olarak artırıldı. Tedavi sonrası generalize hipertonsitede belirgin azalma olan hasta 7 günlük iken anne yanında bakıma alındı. Oral beslenmeye geçildi ve beslenme probleminin olmadığından emin olundu. Hipertonsitesi tamamen düzelen hasta 12 günlük iken tedaviye devam etmesi önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA: Kalıtsal hiperekpleksi, genellikle doğumdan kısa bir süre sonra fark edilen nörolojik bir bozukluktur. Dış uyaranlara bağlı gelişen irkilme reaksiyonun ardından, bebekler kısa bir süre çok rijid ve hareket edemedikleri bir peryoda girer. Bu durumda bazı bebekler ani bebek ölümü sendromu ile ilişkili olan apneye girebilir. Hem kalıtsal hem de sporadik olarak görülebilir. Kalıtsal forma tipik olarak kromozom 5 üzerindeki inhibitör glisin reseptörü alfa-1 alt ünitesini (GLRA1) kodlayan gendeki mutasyonlar neden olur. Hastamızda da aynı genetik bozukluk homozigot olarak tespit edildi. Rutin kan testleri, beyin görüntüleme çalışmaları veya EEG sonuçları genellikle normaldir. Hiperekpleksiada nöromotor gelişimin normal ya da normale yakın olması ve hipertonisitenin uykuda gerilemesi konvülzyon ayırıcı tanısında yol gösterici olmaktadır. Ataklar, boynun veya kalçaların manuel fleksiyonu ile çözülebilir. Bu özelliklerin tümü epileptik nöbetler için atipiktir. Fizik muayenede buruna ya da alına uygulanan dokunma uyarısına hastanın verdiği irkilme yanıtına bakılması hiperekpleksi tanısında önemlidir.

Kalıtsal hiperekpleksi yaygın olarak anti-anksiyete ve anti-spastik ilaç klonazepam ile tedavi edilir ve çoğu insanda semptomları başarıyla azaltır.

Neonatal hiperekpleksia nadir olarak görülmesine karşın, tanı ve tedavisinde gecikme hastalığın ölümcül seyretmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle konvülsiyon açısından değerlendirilen her yenidoğan bebekte ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

SS-67: TİKAGRELORE BAĞLI BRADİKARDİNİN TEOFİLİN İLE TEDAVİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Reşit COŞKUN

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı,
Erzincan.

E-mail: r_coskun79@hotmail.com, Tel: +905301354279

ÖZET

Tikagrelor hızlı platelet inhibisyonu özelliği olan akut koroner sendromunda kullanılmaya başlanan yeni nesil potent P2y12 reseptör blokörüdür. Daha önceki çalışmalar tikagrelorün miyokard enfarktüsü, ölüm gibi sonlanım noktalarını klopido grele kıyasla daha etkili şekilde önlediği ancak bradikardi, dispne, kanama gibi yan etkilerin daha sık görüldüğü saptanmıştır. Son zamanlarda tikagrelorle bağlı ilaç kesilmesi hatta pil ihtiyacı olan hayatı tehdit edici bradiaritmii tanımlayan çalışmalar yayınlanmıştır. Bu sunumda akut koroner sendrom ile gelen, tikagrelor yüklendikten sonra(180 mg) av tam blok gelişen ve teofilin ile başarılı şekilde tedavi edilen hasta takdim edilecektir.

Tikagrelor serum adenosin seviyesini artırabilir böylelikle adenosin miyokartta bolca bulunan A1 reseptörlerine bağlanarak negatif inotrop ve dronotrop etki gösterebilir.

Bizim vakada ilk önce IV atropin ve salin infüzyonu ile semptomları düzeltmeye ve sinüs ritmine döndürmeye çalıştık ancak hipotansiyona bağlı semptomları ve nodal ritmi sebat eden hastaya, adenosin reseptörlerine belirgin şekilde bağlanan teofilin infüzyonu başladık. Teofilin infüzyonu başladıktan kısa bir süre sonra ritm sinüse döndü ve kalp piline ihtiyaç olmadan semptomlar geriledi.

Nadir de olsa tikagrelor yaşamı tehdit eden ileti defektlerine neden olabilir. İleri derecede blok geliştiğinde, teofilin infüzyonu, normal sinüs ritmine döndürmek ve hipotansiyonu önlemek için öncelikli tedavi stratejisi olarak veya atropin ve salin infüzyonunu gibi konvansiyonel tedavilere ek olarak verilmesi düşünülebilir. Tikagrelor başladıktan sonra ekg ve vital bulgu yakın takibi yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Bradikardi, Tikagrelor, Teofilin,

GİRİŞ: Tikagrelor akut koroner sendrom tedavisinde kullanılmaya başlanan selektif p2y12 inhibitörü antiagregan ilaçlardan bir tanesidir. Çalışmalarda klopidoegrele göre major kardiyovasküler olayları önlemede üstün olmasına rağmen bradikardi, nefes darlığı, kanama gibi yan etkiler daha sık görülmektedir (1). Nadir de olsa tikagrelora bağlı hemodinamiyi bozan, hayatı tehdit edici sinoatriyal veya atriyoventriküler nodal blok gelişebilmekte ve etki mekanizması olarak plasma adenosin düzeyinin artışı suçlanmaktadır (2, 3). Deneysel çalışmalar tikagrelorun hücresel düzeyde adenosin transportunu inhibe ettiği ve plazma adenosin seviyesini artırarak bradiaritmii tetiklediği gösterilmiştir (4). Teofilin fosfodiesteraz inhibisyonu yapan ve antiinflamatuvar etkiler gösteren, sıklıkla astım tedavisinde kullanılan ksantinlerden bir tanesidir (5,6), ancak adenosin miyokard hücrelerinde bulunan A1 reseptörlerine bağlanarak negatif inotrop ve dromotrop etki de gösterebilir (7). Vakamızda tikagrelor yüklemesi yapıldıktan sonra nadir olarak görülen hemodinamiyi bozan av tam blok gelişen hastanın teofilin ile normal sinüs ritmine çevrilmesi sunulmuştur.

VAKA TAKDİMİ: 45 yaşında kronik hastalık öyküsü olmayan erkek hasta ST-elevasyonsuz miyokardial infarktüsü tanısı ile hospitalize edildi. Fizik muayenesinde anlamlı patolojik bir bulguya rastlanmadı. Kan basıncı yaklaşık olarak 130/85 mmHg kalp hızı 85/dk saptandı. Hastaya koroner anjiyografi yapılmadan önce tikagrelor 180 mg tb yükleme yapıldı ve ayrıca 300 mg tb aspirin, 40 mg tb atorvastatin ve 7500 IU heparin IV uygulandı. Koroner anjiyografide sol ön inen arterde kritik oklüzyon tespit edildi ve başarılı şekilde revaskülarize edildi. Tikagrelor yüklemesi yapıldıktan yaklaşık 3 saat sonra koroner yoğun bakımda izlem sırasında hemodinamiyi bozan av tam blok gelişti. Bradikardik (kalp hızı 38/dk) ve hipotansif (brakiyal 80/65 mmHg) olan hastanın semptomları sıvı replasmanı ve iv atropin uygulanması sonrası geçici olarak hafiflemesine rağmen hasta av tam bloktan çıkmadı. Kısa süre sonra ağır hipotansiyona bağlı bulantı, kusma, baş dönmesi şeklinde semptomlar tekrar görüldü. Kan basıncı 80/65 mmHg olarak saptandı. Mevcut tablonun tikagrelora bağlı olduğu düşünülüp 20mcg/ml 1 saat boyunca teofilinin IV infüzyonu yapıldı. Teofilin infüzyonu başladıktan yaklaşık 5

dakika sonra hastanın hipotansiyona bağlı semptomları geriledi. Kan basıncı yaklaşık 100/70 mmHg olarak ölçüldü. Yaklaşık olarak 15 dk sonra normal sinüs ritmine döndüğü ve kan basıncının tamamen düzeldiği saptandı. Tikagrelor klopidoğrele değiştirildi ve hastanın takibinde AV blok tekrarlamadı. Hasta normal sinüs ritmi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: Tikagrelor p2y12 reseptörüne direk ve geri dönüşümlü bağlanarak klopidoğrele göre daha hızlı ve etkili olduğu gösterilmiştir (8), ancak bradikardi ve nefes darlığı gibi yan etkiler tikagrelor kullanımına bağlı daha sık görülmektedir (2). Plato çalışmasında tikagrelor kolunda bradikardi atakları gelişen hasta sayısında artış olmasına rağmen çoğu hasta asemptomatik kalmıştır ve uzun takipte ilacın güvenilirlik değerlerine anlamlı etkisi olmamıştır (1). Nadir de olsa hayatı tehdit edici ciddi sa ve av blok gelişen, ve geçici pil takılması gereken bradikardi olguları raporlanmıştır (2). Av blok etyolojisi miyokardiyal iskemi, miyokardit, kardiyovasküler cerrahi veya ilaçlara bağlı olabilir (11, 12, 13). Olgumuzda av nodu beslemeyen sol ön inen arter revaskülarize edildiği için ve b-bloker, digoksin gibi av nodu baskılayan ilaç verilmediği için iskemi veya av nodu baskılayan ilaçlara bağlı bradikardi ekarte edildi. Tikagrelor yüklemesi yapıldıktan birkaç saat sonra av tam blok gelişmesi bradikardi nedeninin tikagrelora bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Teofilin fosfodiesteraz inhibisyonu ile düz kaslara etki ederek bronkospazmı çözücü etkisi yanı sıra sinir uçlarından ve sürrenal bezden katekolamin deşarjı sağlaması ve ayrıca adenoazin reseptörlerine nonselektif olarak bağlanarak adenozinin etkisini antagonize eder (10). Deneysel çalışmalarda tikagrelorun equilibrative nucleosidetransporter-1(ENT-1) aracılığıyla eritrositlere adenoazin alımını engelleyerek adenoazin plazma düzeyinde artışına sebep olduğu gösterilmiştir (9). Adenozin miyokartta bolca bulunan A1 reseptörlerine bağlanarak negatif inotrop ve dronotrop etki gösterdiği saptanmıştır (5). Vakamızda önce atropin ve sıvı desteğiyle av tam bloğa bağlı bradikardi ve ciddi hipotansiyon tedavi edilmeye çalışılmıştır ancak tedaviye yanıt olmadığı için adenoazin reseptörüne yarışmalı olarak bağlanan teofilin denenmiştir. Atropin ve sıvı desteğiyle düzelmeyen ancak teofilin infüzyonu başladıktan dakikalar sonra ritmin normal sinüs ritmine dönmesi teofilinin A1 reseptörü aracılığıyla adenozinin etkisini antogonize ettiğini düşündürmektedir. Ek olarak teofilinin katekolamin salınımını artırması bradiaritmının hızlı çözülmesinde katkısı olabilir.

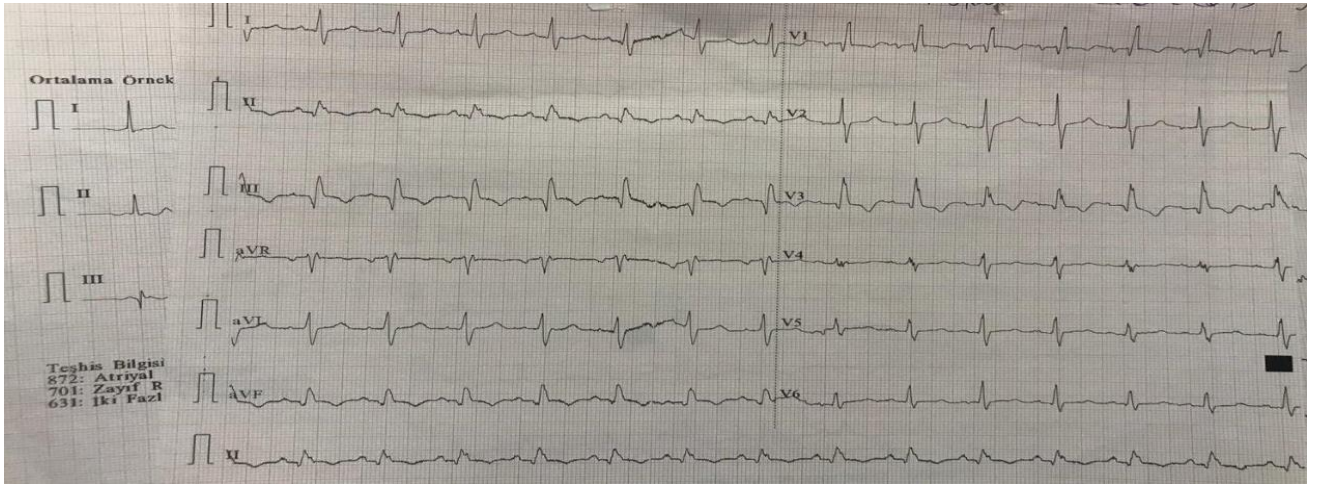
İnfüzyon sonrası semptomların hızlı düzelmesi ve kalıcı şekilde sinüs ritmine dönmesi pil ihtiyacını ortadan kaldırmıştır. Vakamızda olduğu gibi tikagrelor aracılığıyla adenosin artışına bağlı ileri derece blok geliştiği zaman öncelikli olarak veya eş zamanlı atropin ile birlikte adenosin reseptörünü antagonize eden teofilin başlanması düşünülebilir. Sonuç olarak tikagrelor başlanan hastalara sık aralıklarla EKG ve kan basıncı takibi yapılması önerilir ve hemodinamiyi bozan bradiaritmi geliştiğinde öncelikli olarak ksantin derivelerinin verilmesi pile ihtiyaç duymadan hızlı ve etkili bir şekilde bradiaritminin düzelmesini sağlayabilir.

REFERENCES

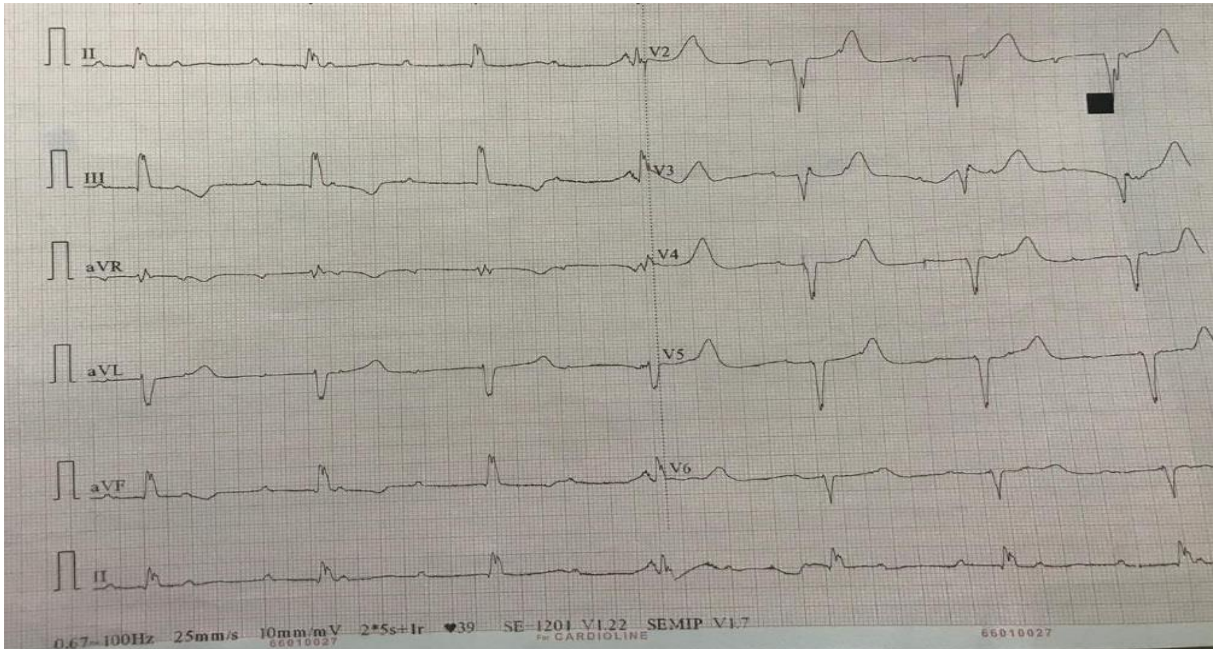
1. Wallentin L, Becker R. C, Budaj A. Ticagrelor Versus clopidogrel In Patients With Acute Coronary Syndromes. New England Journal Of Medicine. 2009;361(11):1045–1057.
2. De Maria E, Borghi A, Modonesi L, Cappelli S. Ticagrelor Therapy And Atrioventricular Block: Do We Need To Worry? World J Clin Cases. 2017 May 16;5(5):178-182.
3. Bonello L, Laine M, Kipson N, Et Al. Ticagrel Or Increases Adenosineplasma Concentration In Patients With An Acute Coronary Syndrome. Journal Of The American College Of Cardiology. 2014;63(9):872–877.
4. Cattaneo M, Schulz R. Nylander S. Adenosine-Mediated Effects Of Ticagrelor: Evidence And Potential Clinical Relevance. Journal Of The American College Of Cardiology. 2014;63(23):2503–2509.
5. Weinberger M, Hendeles L. The Ophylline In Asthma. *N Engl J Med* 334:1380-1388, 1996.
6. Rudusky BM. Aminophylline: Exploring Cardiovascular Benefits Versus Medical Malcontent. *Angiology*. 2005;56:295–304.
7. Belardinelli L, Shryock JC, Song Y, Wang D, Srinivas M. Ionicbasis Of The Electrophysiological Actions Of Adenosine On Cardiomyocytes. *FASEB J*. 1995;9:359–365.
8. Angiolillo D. J, Franchi F, Waksman R, Et Al. Effects Of Ticagrel Or Versus Clopidogrel In Troponin-Negative Patients With Low-Risk ACS Undergoing Ad Hoc PCI. Journal Of The American College Of Cardiology. 2016;67(6):603–613.
9. Armstrong D, Summers C, Ewart L, Et Al. Characterization Of The Adenosinepharmacology Of Ticagrelor Reveals The Rapeutically Relevant İnhibition Of Equilibrative Nucleoside Transporter. *J Cardiovasc pharmacol ther*. 2014;19:209–219
10. Sutherland EW, Rail TW. Fractionation And Characterization Of A Cyclicadenine Ribonucleotide Formed By Tissue Particles. *J Biol Chern* 1958;232:1077-91.
11. Truby LK, Deroo S, Spellman J, Jennings DL, Takeda K, Fine B, Restaino S, Farr M. Management Of Primary Graft Failure After Heart Transplantation: Preoperative Risks, Perioperative

- Events, And Postoperative Decisions. Clin Transplant. 2019 Jun;33(6):E13557.*
12. Katsume Y, Isawa T, Toi Y, Fukuda R, Kondo Y, Sugawara S, Ootomo T. Complete Atrioventricular Block Associated With Pembrolizumab-Induced Acute Myocarditis: The Need For Close Cardiac Monitoring. Intern Med. 2018 Nov 1;57(21):3157-3162.
13. Van Veggel M, Van Der Veen G, Jansen T, Westerman E. A Critical Note On Treatment Of A Severe Diltiazem Intoxication: High-Dose Calcium And Glucagon Infusions. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2017 Nov;121(5):447-449.

ŞEKİLLER



Şekil 1.



Şekil 2.

SS-68: KAÇAK VOTKA KULLANIMI SONRASI GELİŞEN MİYOKART İNFARKTÜSÜ

Dr.Murat ARAS¹

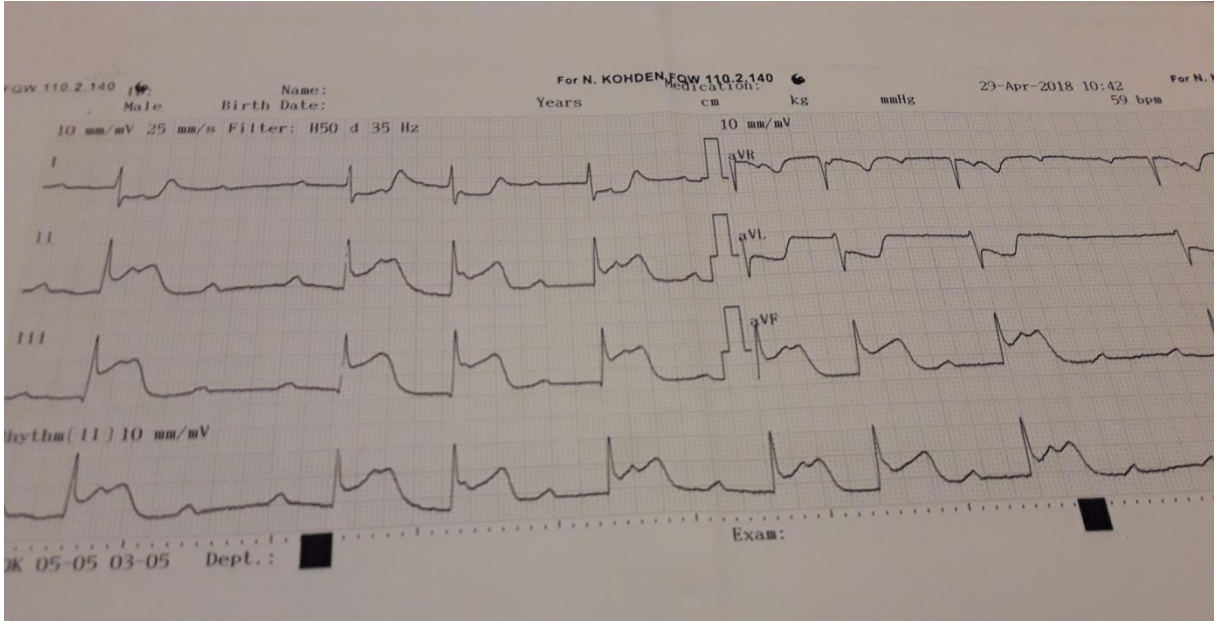
¹Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D.

GİRİŞ: Günümüzde alkol tüketiminde alkol ürünü olarak pek çok ürün kullanılmakla beraber her biri farklı oranlarda alkol içermektedir. Alkol tüketiminin kalp üzerine etkileri hala tartışmalıdır. İlmli alkol tüketiminin kalp sağlığı üzerine olumlu etkilerini belirten kaynaklar olmakla birlikte tam tersi görüşü belirten pek çok çalışma da mevcuttur. Aşırı alkol tüketiminin kalp sağlığı üzerine olumsuz etkilerini içeren çalışma sayısı ise daha baskın olarak göze çarpmaktadır.

Bunun dışında alkol ürünlerinin, resmi kurumların onayı ve izni olmadan satılmasına bağlı dönem dönem toplumsal halk sağlığı sorunu oluşturabildiği bilinmektedir. Özellikle görme kaybı halk arasında sıklıkla karşılaşılan bir sorundur.

Bu olguda; resmi kurumların onayı olmayan bir alkol ürününün alımı sonrası gelişen miyokard infarktüsü olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 53 yaşında erkek hasta öğlen saatlerinde acil servise önceki gece kaçak olduğunu belirttiği votkayı aşırı miktarda tükettiğini ve sonrasında rahatsızlandığını belirterek başvurdu. Hasta mide bulantısı, halsizlik, göğüs bölgesinde yanma tarzı ağrısı bulunduğunu belirtti. Geliş vital bulguları; tansiyon 90/40 mm/Hg, nabızı:48 atım-dk, ateş:36.0⁰C, solunum sayısı:25 sayı-dk, GKS:15 olarak ölçüldü. Fizik muayenesinde; epigastrik hassasiyet ve yüzünde flushing izlendi, diğer fizik muayene bulguları doğal izlendi. Hastanın çekilen elektrokardiyografisinde(EKG) D₁, D₂, aVF’ de ST elevasyonu izlendi (EKG-resim). Hasta inferior miyokart infarktüsü ön tanısıyla acil koroner anjiyografiye alındı.



EKG-resim

Hemen sonrasında hastanın laboratuvar tetkikleri sonuçlanmış ve sonuçları incelendiğinde; kan etanol düzeyi: 83 mg/dL (referans değer:0-10 mg/dL), troponin I: 25 ng/mL (referans değer:0-0,4 ng/mL), venöz kan gazı pH:7,15 olarak tespit edildi.

Hastanın yapılan koroner anjiyografisinde sağ koroner arter(RCA) total tıkanıklığı saptanmış olup stent konularak başarılı şekilde operasyonu tamamlandı. Hasta klinik takip sonrası şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Acil servislere alkol kullanımı sonrası oluşan şikayetler nedeniyle pek çok hasta başvurmaktadır. Bu hastaların kimisinde sadece alkole bağlı şuur bulanıklığı oluşurken kimisin de ise hayati tehlike oluşturabilecek sonuçlar ortaya çıkabilmekte. Üretim ve satış ruhsatı olmayan ürünlerde ise bu kötü sonuçların çıkma olasılığı daha da artmaktadır. Alkol kullanımı sonrası miyokard infarktüsü nadir olarak görülse de acil hekimlerinin aklında bulunması gereken bir tanı olarak önemini korumaktadır.

SS-69: ATİPİK KLİNİKLE GELEN HASTADA PULMONER EMBOLİ

Dr.Turgut DOLANBAY¹, , Dr.Murat ARAS¹, Dr.Gizem GEÇGEL ARAS², Dr
.Muhammed Mustafa TÜRK³

¹Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D.

²Kafkas Üniversitesi İç Hastalıkları A.D.

³Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D.

GİRİŞ: Pulmoner emboli, pulmoner arter veya uç dalının tıkanmasına bağlı hayati tehlike arz eden , tedavi ile geri dönüşümü olabilen, sağ ventrikül yetersizliği seyredebilen bir hastalıktır. Etiyolojisinde yaş, geçirilmiş emboli öyküsü, malignite, nörolojik hastalıklar, kalp hastalığı, immobilizasyon, konjenital ya da edinsel trombofili, yakın zamanda geçirilmiş cerrahi ve hormon replasman tedavileri sonrası bulunabilir. Biz acil serviste yakın zamanda cerrahi sonrası atipik klinikle başvuran bir pulmoner emboli vakası sunduk.

Olgu: 44 yaşında kadın hasta 1 hafta önce varisektomi operasyonu geçirmiş, sonrasında 3 gündür kabızlık şikayetiyle ilçe devlet hastanesinden ileus ön tanısıyla acil servisimize 112 ambulans ile sevk edildi. Hastanın fizik muayenesinde sol üst kadranda ve sol 10-12. Kotlarda anteriorda şiddetli ağrı şikayeti vardı. Hastanın vitalleri 90/60 tansiyon, 130 nabız, 25 solunum sayısı, 36.5 ateş ve 86 saturasyon vardı. Hastanın akciğer sesleri doğaldı. Hastanın çekilen ekg'si normal sinüs ritmindeydi. Hastanın gaz gayta çıkışı vardı. Hastanın operasyon sonrası 3. gün nefes darlığı karın ağrısı ve sol alt kotlarda hassasiyet şikayetlerinden dolayı hastada pulmoner emboli ayırıcı tanıda düşünüldü. Hastanın çekilen batın bilgisayar tomografisi (BT)'si normal toraks BT'sinde sağ pulmoner arter alt lob segment dallarında hipodens dolum defekti izlendi. Pulmoner emboli tanısıyla göğüs hastalıkları kliniğine yatış yapıldı.

SONUÇ: Acil servise ameliyat sonrası nefes darlığı , mide ağrısı ile gelen hastalarda pulmoner emboli ayırıcı tanılarda düşünölmelidir.

SS-70: ACİL SERVİSLERDEN İSTENEN İDRAR KÜLTÜR VE ANTİBİYOGRAM SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

M.Hülya ASLAN

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı, ERZURUM
hulya_mehtab@hotmail.com

AMAÇ: İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) acil servislerde, özellikle de çocuk acillerde sık karşılaşılan enfeksiyon hastalıklarından birisidir. İYE'nunun tanısında idrar kültürü altın standarttır. Ancak kültür ve antibiyogram sonuçlarının çıkması zaman aldığı için, İYE şüpheli hastalarda ampirik antibiyotik tedavisine başlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi büyük ve çocuk acil servislerine idrar yolu enfeksiyonu şikayetleri ile başvuran erişkin ve çocuk hastalardan istenen idrar kültür ve antibiyogram sonuçlarını retrospektif olarak inceleyerek, en sık etken olan bakterileri ve bu bakterilere etkili antibiyotikleri tespit etmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Hastane laboratuvar bilgi sistemi veritabanından 1 Nisan 2019 – 1 Eylül 2019 tarihleri arasında büyük ve çocuk acil servislerinden istenen idrar kültürü sonuçları retrospektif olarak incelendi. Üreme olan örnekler ve antibiyogram sonuçları değerlendirildi.

BULGULAR: Büyük acil servisinden idrar kültürü istenen 124 hastanın 113'ünde (%91,12) üreme, 11'inde (%8,8) kontaminasyon tespit edildi. Küçük acil servisinden idrar kültürü istenen 11,685 hastanın 2,324'ünde (%19,88) üreme, 1265'inde(%10,85) kontaminasyon tespit edildi. Büyük acil servisinden istenen idrar kültürlerinde üreyen bakteriler sırasıyla E.Coli (%44,24), Klebsiella spp. (%17,69), Enterococcus faecalis (%15,92), Proteus spp. (%13,27) ve diğerleri (%8,84), Çocuk acil servisinden istenen idrar kültüründe üreyen bakteriler; E.Coli (%47,33), Klebsiella spp (%36,57), E.faecalis (%6,45), Proteus spp (%4,30), Diğer (%1,03) olarak tespit edildi.Tüm örnekler incelendiğinde Ampisilin, Trimetoprim + sulfametoksazol ve Gentamisine direnç oranı

yüksekti. Örneklerin Ciproflaksasin, Levoflaksasin vefosfomisine duyarlılık oranı yüksek tespit edildi.

SONUÇ: İdrar yolu enfeksiyonu ön tanıli hastalarda idrar kültürü tanı da altın standarttır. En sık etken olan bakterilerin ve bunlara etkili antibiyotiklerin tespit edilmesi ve etkene yönelik etkili tedavinin başlanması, komplikasyon gelişmesinin ve antibiyotik direnç gelişiminin önüne geçmek için önemlidir. İdrar örneklerindeki kontaminasyon oranının hastaya örnek alımının iyi anlatılmadığı veya hastanın algılayamadığı, lokal temizlik uygulamasının zor ve idrarın laboratuara geç ulaştığı durumlarda artış gösterdiğinden özellikle acil servislerden gönderilen idrar kültürü istemlerinde kontaminasyon oranı artmaktadır.

Anahtar kelimeler:İdrar kültürü, Antibiyotik duyarlılık, Acil servis,

SS-71: CUSHİNG TRIADİ İLE GELEN AKUT HİDROSEFALİ OLGUSU

Muhammet Akif Güler¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Kafa içi basınç artışı (KİBAS) en sık travmatik beyin hasarında ortaya çıkmakla birlikte, hidrosefali, beyin tümörleri, intrakraniyal enfeksiyonlar, hepatik ensefalopati veya merkezi sinir sistemi venöz dolaşımının bozulduğu durumlarda görülebilir. KİBAS sonucu beyin sapının etkilenmesiyle Cushing Triadı (Sistemik kan basıncının artması, bradikardi ve solunum düzensizliği) olarak bilinen tablo oluşabilmektedir. Bu çalışmada Cushing Triadı tespit edilen çocuk olgu sunuldu.

Olgu: Konjenital Hidrosefali tanısı konulup yaşamının ikinci ayında Ventrikülo Peritoneal Şant (VPŞ) takılmış olan 11 Yaş 4 aylık Erkek hasta, 5 gün öncesinde başlayan ve şiddeti zamanla artan baş ağısı, aralıklı kusma, şuurda gerileme ve sonunda etrafla ilgisini kaybetme, 3 dk süren jeneralize nöbet geçirme şikayeti ile Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil polikliniğine getirildi. Geldiğinde genel durumu kötü, etrafla ilgisiz, GKS: 8 puan, Vücut Isısı: 36.4 °C, Nb: 42/dk, TA: 132/87 mm/Hg, Oksijen Saturasyonu: %94, solunumu düzensiz ve yüzeyel olan hastaya maske ile oksijen verilmeye başlandı. Bakılan parmak ucu kan şekeri 112 mg/dl idi. Damar yolu açılan ve monitörize edilen hastada tespit edilen Cushing triadı'nın KİBAS sonucu olabileceği düşünüldü. Hastaya 0.02 mg /kg Atropin İV yapıldı. Nb:77/dk yükseldi. Acil bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) çekilen hastada Akut Hidrosefali tespit edildi. Çocuk yoğun bakım kliniğine yatırılan hastaya beyin cerrahi kliniği tarafından Acil TAP yapıldı. Hastanın nabzının 55/dk'dan 88/dk'ya yükseldiği, TA: 110/80 mm/Hg'ya düştüğü gözlemlendi. İki saat içerisinde hastanın GKS 13-14 puana yükseldi.

SONUÇ: KİBAS olan çocukların hızlı bir şekilde tanınması ve KİBAS'a neden olan durumun hızlıca ortadan kaldırılması nörolojik sekelleri ve mortaliteyi azaltır. KİBAS'ın akut yükselmesinin tespitinde, ilk tercih edilen çalışma kontrastsız BBT'dir. Vakamızda da şant disfonksiyonuna bağlı olarak artmış KİBAS ve buna bağlı olarak cushing triadı

gelişmişti. BBT görüntüleme ile akut gelişen hidrosefali tespit edilerek acil tıbbi müdahalesi yapılmıştı. Bilinç değişikliği, kusma, baş ağrısı, nöbet şikayeti ile acil polikliniğine başvuran ve Cushing triadı tespit edilen vakalarda KİBAS olabileceği ve acil tıbbi müdahale gerekliliği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Cushing triadı, KİBAS

SS-72: TUAS HASTALARINDA İLAÇLA İNDÜKLENMİŞ UYKU ENDOSKOPİSİ BULGULARININ POLİSOMNOGRAFİ VE EPWORTH SKALASI SONUÇLARI İLE İLİŞKİSİ

Mustafa Sıtkı Gözeler¹, Yusufhan Suoğlu²

¹ Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, Erzurum, Turkey.

² Acıbadem Hastaneleri, KBB Kliniği, İstanbul

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada tıkalı uyku apnesi sendromlu (TUAS) hastalarda ilaçla indüklenmiş uyku endoskopisinin önemini ortaya koymak ve uyku endoskopisi bulguları ile polisomnografi ve Epworth uyku skalası sonuçları arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışma prospektif olarak planlandı. Çalışmaya major TUAS semptomlarına sahip, apne-hipopne indeksi (AHI) 5 ile 30 arasında olan hastalar dahil edildi. Hastalar tıkalı lezyonun muayenesi için ameliyathane şartlarında propofol ile (0.25 cc/kg) sedatize edildi. Tıkanma sonucu etkilenen anatomik yapılar fleksible endoskop ile araştırıldı. Bu muayene sonucu elde edilen görüntü Ulead video study programı ile analiz edildi. Yumuşak damak patolojisi olan hastalar opere edilerek operasyon sonrası endoskopi işlemi tekrarlandı. Operasyon öncesi ve sonrası tıkanma alanlarındaki değişim ile polisomnografi ve Epworth skalasındaki değişimler karşılaştırıldı.

Bulgular: Retropalatal alandaki değişim ile AHI değişimi korele idi. Bu korelasyonu en fazla etkileyen faktör operasyon öncesi olmayan dil kökü patolojisinin ortaya çıkması idi. Ayrıca Epworth skorları ile AHI ve retropalatal alan arasında da korelasyon tespit ettik. TUAS cerrahisi sonrası retropalatal alandaki değişim AHI ve Epworth skorundaki değişim ile korele olarak tespit edildi.

Sonuç: Uyku endoskopisi, TUAS hastalarında düşük radyasyon riski, ucuz olması ve değerli verileri sayesinde etkili bir tanı tekniğidir.

Anahtar kelimeler: İlaç ile indüklenmiş uyku endoskopisi; tıkalı uyku apnesi; Epworth uyku skalası

GİRİŞ

Uyku sağlıklı bir yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır. Uyku primer olarak bir beyin fonksiyonu olup, uykunun solunum üzerine olan etkileri son dekadlarda anlaşılmaya başlanmıştır. (1) Uyku solunum bozukluğu hastalıkları artmış mortalite ve morbidite ile seyredilen çeşitli hastalıkları içerir. Uyku solunum bozukluğu hastalıkları içinde en sık görüleni tıkalı uyku apnesi sendromudur (TUAS).

TUAS erkeklerin % 4'ünü, kadınların % 2 sini etkileyen yaygın bir uyku bozukluğudur. (2) En yaygın semptomları uyku esnasında geçici üst hava yolu kollapslarının sebep olduğu horlama, tanıklı apne ve gündüz aşırı uyku halidir. TUAS tanısında ve tedavinin planlanmasında en kullanışlı tanı aracı hiç şüphesiz polisomnografidir (PSG) . Polisomnografik değerlendirmenin bir parametresi olan apne-hipopne indeksi (AHI) hastalığın ciddiyetini gösteren bir parametre olarak kabul edilir. Epworth uyku skalası; günlük yaşam içerisinde yaygın olan sekiz durum hakkında hastalara yapılan basit bir ankettir. (3)

TUAS tanısı ve tedavisinin planlanmasında son iki dekaddır yaygın olarak kullanılmakta olan İlaçla indüklenmiş uyku endoskopisi; 1990 yılında Croft ve Pringle tarafından önerilen ve üst hava yolunda oluşabilecek kollapsları vizualize etmek için uyku esnasında yapılabilecek bir endoskopik muayenedir. (4)

TUAS tedavisinde ilk tercih edilen tedavi şekli sürekli pozitif hava basıncı (Continuous positive airway pressure-CPAP) dır. Fakat CPAP kullanımındaki bir takım zorluklar hastaları alternatif tedavileri araştırmaya itmektedir. (5) Bu alternatif tedavilerden en önemlileri üst hava yolu cerrahileri, mandibuler ilerletme araçları ve kilo kaybıdır.

Bizim bu çalışmadaki amacımız; TUAS nedeni ile üst hava yolu cerrahisi yapılacak olan hastalarda uyku endoskopisi bulguları, PSG and Epworth uykululuk skoru ile TUAS cerrahisinin postoperatif sonuçları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu prospektif çalışma için İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokal Etik Kurulu'ndan onay alındı. Apne/hipopne indeksleri 5-30 arasında olan ve majör OSAS semptomları gösteren hastalar çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalardan çalışma öncesi onam alındı.

Tüm hastalardan detaylı anamnez alınarak fizik muayene yapıldı. Daha önce üst solunum yoluna ait cerrahi geçirenler, kronik obstruktif akciğer hastalığı olanlar, sedasyonun kontraendike olduğu kardivasküler hastalığı olanlar, anemisi ve hipotroidisi olanlar çalışma dışı bırakıldı. Fizik muayenede body mass index (BMI), mallampati skorları da kaydedildi.

Tüm hastalara TUAS'ın major semptomlarından olan gündüz uykululuk durumunu derecelendirmek üzere Epworth skalası uygulandı. Bu anket günlük yaşamda yaygın olarak gözlenen sekiz durumdaki uykululuk haline puan verilmesi esasına dayanmaktadır. Total skorun 10'dan büyük olması TUAS için anlamlı kabul edildi.

Tüm hastalara preoperatif ve postoperatif 6. Ayda PSG yapıldı. PSG ölçümü 15 kanallı Medilog Replay (Oxford Medical Ltd) aygıtı ile yapıldı. Elektroensefalogram, elektrookulogram, submental ve anterior tibial elektromyogram ve elektrokardiyogramdan tüm gece veriler toplandı. PSG bulgularından apne-hipopne indeksi, desatürasyon indeksi, minimum oksijen desatürasyon değerleri kaydedilerek çalışmada kullanıldı.

Tüm hastalara ameliyathanede supin pozisyonda, bir cerrah ve anesteziist eşliğinde uyku endoskopisi yapıldı. Hastalara işlem öncesi üst solunum yollarındaki sekresyonları azaltmak amacıyla 0.25 mg Atropin intramusküler yoldan uygulandı. Fleksibl nazofarengoskopun olası etkilerini azaltmak ve böylece arousalları minimum seviyeye indirmek için her bir nazal deliğe ikişer paf lidocain 10mm/paf (Xylocain pray % 10 ASTRA) sprey sıkıldı. İşlem esnasında hastalar monitorize edilerek kardiyak ritimleri ve oksijen satürasyonları gözlem altında tutuldu. Hastalara yeterli sedasyon sağlanması için propofol (200 mg / 20 ml flakon; ABBOTT) kullanıldı. Propofol 1.5-2.5 mg/kg bolus enjeksiyonu uygulandı ve gereksinime göre 25-50 mg bolus tekrarı yapıldı. Hastalara yeterli uyku düzeyi sağlandığında 7 mm Fleksibl nasofarengoskop (Karl Storz 11101 RP

Germany) kullanılarak nazal kaviteden girildi. Sonrasında nazal kavite, nazofarenks, dil kökü, orofarenks ve larenks değerlendirildi. Uyku endoskopisi monitor yardımıyla uygulandı ve bulguların analiz edilmesi için bilgisayara kaydedildi. Görüntüler Ulead video study (Corel Corporation, Canada) programı ile analiz edildi. İzole yumuşak damak ve tonsil patolojisi tespit edilen hastalara aynı seansta uygun cerrahi işlem yapıldı. Dil kökü ve hipofarenkse bağlı patolojisi olan hastalar çalışmaya dâhil edilmedi. Tıkanma alanlarındaki preoperatif ve postoperatif değişiklikler Epworth skalası ve PSG bulgularındaki değişikliklerle karşılaştırıldı. Aynı zamanda preoperatif ve postoperatif AHI, desaturasyon indeksi, minimal oksijen saturasyonu, Epworth skoru ve retropalatal alan değerleri de kaydedildi.

İstatistiksel Analiz

Kaydedilen tüm verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde SPSS 12.0 paket programı kullanıldı. Verilerin dağılımının tesbiti için Shapiro-Wilk testi kullanıldı. İkili grupların analizinde dağılım normal olduğu durumlarda Student t testi, dağılımın normal olmadığı durumlarda Mann Whitney U testi kullanıldı. Kategorik verilerin analizi de ki kare testi ile yapıldı. Korelasyon tespiti için Pearson testi kullanıldı. Tüm analizlerde $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Yaşları 35-68 arasında değişen 41 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 30 tanesi erkek, 11 tanesi kadın idi. Preoperatif AHI 20.0 ± 5.6 olarak tespit edildi. Erkek ve kadınlarda preoperatif AHI değerleri arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.806$). Operasyon öncesi BMI 29.8 ± 2.6 olarak tespit edildi. BMI değerleri ile cinsiyet arasında da anlamlı farklılık yoktu. ($p=0.624$). Uyku endoskopisi ile yapılan alan ölçümlerinde retropalatal alan operasyon öncesi 2.7 ± 1.1 olarak tespit edildi.

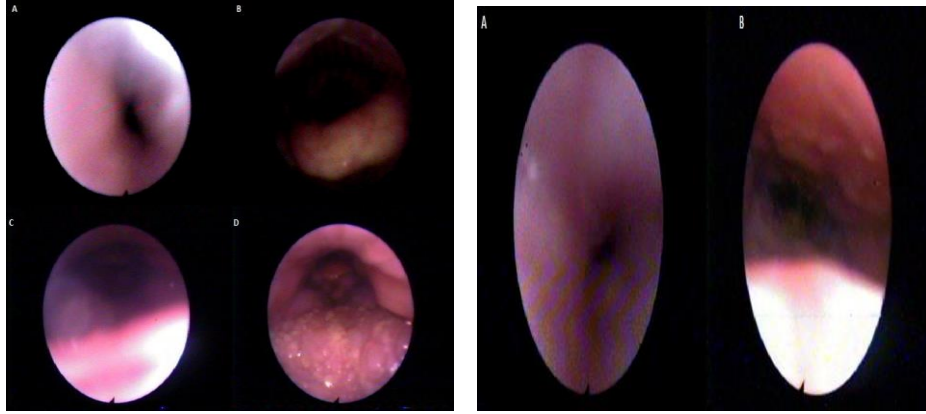
Operasyon sonrası değerler incelendiğinde AHI'nin 16.4 ± 6.3 olduğu, operasyon sonrası AHI değerlerinde anlamlı derecede azalma olduğu tespit edildi. ($p=0.009$). Retropalatal alanın ise operasyon sonrası 6.5 ± 4.8 olduğu ve operasyon sonrası alan miktarında anlamlı derecede artış olduğu izlendi. ($p < 0.001$). Bir hastanın preoperatif ve postoperatif retropalatal alan görüntüsü Figure 1'de verilmiştir.

Operasyon öncesi ve operasyon sonrası Epworth skorunda anlamlı bir değişiklik olmadığı ($p=0.137$) ancak operasyona bağlı olarak Epworth skorundaki değişimin hem AHI değişimi ile pozitif ($r=0.524$, $p=0.000$) hem de retropalatal alandaki değişimle ($r=-0.311$, $p=0.047$) negatif korelasyon gösterdiği tespit edildi.

Operasyona bağlı olarak AHI'ndeki değişim ile retropalatal alan değişimi arasında anlamlı ters korelasyon tespit edildi. ($p=0.03$).

Bu sonuçlar hastaların operasyon sonrası retropalatal alanlarındaki anlamlı genişlemenin AHI değerlerinde ve Epworth skorlarında anlamlı azalmaya sebep olduğunu göstermektedir.

Çalışmaya izole yumuşak damak patolojisi olan hastalar dahil edilirken, dil kökü patolojisi olan hastalar çalışma dışarı bırakıldı. Yumuşak damağa yönelik operasyon yapılan hastaların kontrollerinde retropalatal alanın genişlediği ancak 11 hastada dil kökü patolojisi ortaya çıktığı görüldü. Preoperatif muayenede mevcut olmayan bu dil kökü patolojileri, operasyon başarısını etkileyen önemli faktörlerden birisi olarak görüldü. Nitekim, postoperatif dil kökü patolojisi ortaya çıkan hastalarda postoperatif AHI 18.7 ± 5.6 , operasyon öncesi ve sonrası AHI değişimi ise 2.8 ± 2.4 olarak tespit edildi. Dil kökü patolojisi olmayanlarda ise bu değerler sırasıyla 15.5 ± 6.5 ve 3.7 ± 3.6 idi. Bu iki gruptaki hastaların operasyon öncesi retropalatal alan ve AHI değerleri arasında farklılık yok iken, dil kökü kollabe olan hastaların postoperatif retropalatal alanlarının ($p=0.006$) ve operasyon öncesi ve sonrası retropalatal alan değişiminin ($p=0.002$) anlamlı derecede daha fazla olduğu, buna rağmen postoperatif AHI değerlerinin dil kökü patolojisi olmayanlardan daha yüksek olduğu tespit edildi. Figure 2'de, preoperatif olarak dil kökü kollapsı olmayan ancak postoperatif dönemde dil kökü kollapsı gelişen bir hastanın görüntüleri verilmiştir.



TARTIŞMA

TUAS tanısında altın standart test polisomnografi olmakla beraber, PSG hastalıklı bölgenin tespitini yapmakta yeterli değildir. TUAS'lı hastalarda en sık etkilenen bölgeler yumuşak damak, lateral farengeal duvar ve dil köküdür. Etkilenen bölgenin tespit edilmesi tedavinin yönlendirilmesi ve cerrahi yapılacak olan hastaların seçilmesi için çok önemlidir. Bu amaçla TUAS tanısında çeşitli araçlar ve testler kullanılmıştır. En sık kullanılan testlerden birisi müller manevrasıdır. Müller manevrası havayolu kollapsının dinamiklerini, yerini ve ciddiyetini araştırmakta faydalıdır. Bazı yazarlar tarafından ameliyat başarısının bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. (6) Ancak cerrahi planlamada kullanılabilirliği halen tartışmalıdır. Nitekim Lovato ve arkadaşları, müller manevrasının etkinliğini horlama endoskopisi ve uyku endoskopisi ile karşılaştırdıkları çalışmalarında, bu manevranın etkinliğinin üst hava yolu kollaps paternini tespit etmede uyku endoskopisi kadar etkili olmadığını bildirmişlerdir. (7) Benzer şekilde Zerpa ve arkadaşları da, müller manevrasının obstrüksiyonun yerini belirlemede uyku endoskopisi kadar etkili olmadığını belirtmişlerdir. (8)

TUAS'da obstrüksiyonun yerinin belirlenmesi için kullanılan bir diğer yöntem sefalometrik analizlerdir. Sefalometrik analizler, bir filmdeki belirli kemik ve yumuşak doku noktaları arasındaki mesafe, açı, alan ve hacim ölçümlerinden oluşur. Sadece tanısal amaçlı değil, aynı zamanda cerrahi öncesi kemik ve yumuşak dokular hakkında bilgi vermesi nedeniyle de kullanılmaktadır. Sakat ve arkadaşları TUASlı hastalarda Multislice BT ile yaptıkları cefalometrik ölçümler sonucunda, sefalometrinin TUASda obstrüksiyon

alanının tespitinde anlamlı sonuçlar ortaya koyduğunu göstermişlerdir.(9) Ancak tüm bu incelemeler hasta uyanırken yapıldığından uyku sırasında asıl etkilenen bölgenin gösterilmesi konusunda yetersiz kalabilmektedir. Bu amaçla 1990 yılında Croft ve Pringle uyku sırasında üst solunum yollarının gözlenmesi için bir yöntem geliştirmişlerdir. (4) İlaç ile indüklenmiş uyku sırasında üst hava yollarında kollapsını görebilmek için yapılan endoskopik muayene olan uyku endoskopisi; güvenli, dinamik, etkili ve kullanımı kolay bir yöntemdir. Uyku endoskopisi bulgularına göre konulan endikasyon ile yapılan operasyonlar daha etkili olmaktadır. Özellikle grade 3-4 tonsil hipertrofisi ve yumuşak damakta kollaps olduğu durumlarda üst hava yolu cerrahisi ile çok daha iyi sonuç alınabildiği, dil kökü patolojisi olan durumlarda ise cerrahinin yeterli etkinliği göstermediği bildirilmiştir. (10) Belgü ve arkadaşları yaptıkları çalışmada AHI, Epworth skoru ve DISE bulgularını karşılaştırmış ve AHI skorlarının üst solunum yollarındaki dil kökü dışındaki kollaps alanını belirlemede etkili olmadığını, bu nedenle cerrahi kararı verilecek tüm hastalarda uyku endoskopisi yapılması gerektiğini bildirmişlerdir. (11) Biz de çalışmamızda PSG bulguları ve Epworth skoru ile uyku endoskopisi bulgularını karşılaştırdık. Sonuç olarak; hastalarda epworth skorları, AHI ve retropalatal alan arasında korelasyon olduğunu; TUAS cerrahisi sonrası retropalatal alandaki değişimin AHI değişimi ve epworth değişimi ile korele olduğunu tespit ettik.

Viana ve ark TUAS'da obstrüksiyon alanının tespitinde uyku endoskopisi kullanımının etkinliğini araştıran çalışmaları derlemişlerdir. Derleme sonucunda uyku endoskopisi kullanımının özellikle larinks ve hipofarenks bölgesindeki problemleri ortaya koymada çok daha etkin olduğu gösterilmiştir. (12) Salamanca ve ark literatürde uyku endoskopisi kullanımı ile ilgili en geniş katılımlı 614 hasta ile yaptıkları çalışmalarında AHI<15 olan hastaların % 61,3'ünde tek bölgede obstrüksiyon olduğu, bu tek bölgenin de % 92,6 oranında orofarinks olduğunu, % 28,2 hastada ise birden fazla bölgede obstrüksiyon olduğunu bildirmişlerdir. AHI>15 olan hastalarda ise % 46,5 oranında tek bölgede obstrüksiyon olduğu, bu tek bölgenin de % 95 oranında orofarinks olduğunu, % 53,5'inde ise birden fazla bölgede obstrüksiyon izlendiğini bildirmişlerdir. Ayrıca AHI>15 olan hastaların %12,5'inde larinksin de patolojiye katıldığını göstermişlerdir. (13)

Çalışmamızın en önemli limitasyonu vaka sayısının sınırlı olması idi. Bir diğer önemli limitasyonumuz ise özel bir hasta popülasyonu ile çalışmaktı. Çalışmamızda sadece

yumuşak damak patolojisi olan TUAS hastaları dahil edildi. Hâlbuki, üst solunum yolunun diğer alanlarındaki patolojiler de TUAS ile ilişkilidir. Üçüncü olarak da hastaların operasyon sonrası 1 yıl takip edilmesi nedeniyle, uzun dönem takip kaybımız mevcuttu.

SONUÇ

Uyku endoskopisi maliyet-fayda kazancı ve eşsiz bilgiler sunması gibi avantajları nedeniyle TUAS tanısı için etkili bir tekniktir. TUAS nedeni ile cerrahi planlanan hastalarda uyku endoskopisi yapılmasının cerrahi seçime katkısı olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1- Köktürk O. *Breathing disturbances in sleep: history, definition, spectrum and dimension of the disease [in Turkish]. Tüberküloz ve Toraks* 1998;46:187–192
- 2- Amos JM, Durr ML, Nardone HC, Baldassari CM, Duggins A, Ishman SL (2018) Systematic review of drug-induced sleep endoscopy scoring systems. *Otolaryngol Head Neck Surg* 158(2):240–248.
- 3- Johns MW (1991) A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 14:540–545
- 4- Croft CB, Pringle M (1990) Sleep nasendoscopy: a technique of assessment in snoring and obstructive sleep apnoea. *Clin Otolaryngol* 16:504–509.
- 5- Storesund A, Johansson A, Bjorvatn B, Lehmann S (2018) Oral appliance treatment outcome can be predicted by continuous positive airway pressure in moderate to severe obstructive sleep apnea. *Sleep Breath* 22(2):385–392.
- 6- Ko M-T, Su C-Y (2008) Computer-assisted quantitative evaluation of obstructive sleep apnea using digitalized endoscopic imaging with Muller maneuver. *Laryngoscope* 118:909–914. doi:10.1097/MLG.0b013e3181638187
- 7- Lovato A, Kotecha B, Vianello A, Giacomelli L, Staffieri A, Marchese-Ragona R. Nasal and oral snoring endoscopy: novel and promising diagnostic tools in OSAS patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2015 Jul;272(7):1793-9.
- 8- Zepa Zepa V, Carrasco Llatas M, Agostini Porras G, Dalmau Galofre J. Drug-induced sedation endoscopy versus clinical exploration for the diagnosis of severe upper airway obstruction in OSAHS patients. *Sleep Breath*. 2015Dec;19(4):1367-72.
- 9- Sakat MS, Sütbeyaz Y, Yüceler Z, Kantarci M, Kilic K, Kurt S. Cephalometric Measurements With Multislice Computed Tomography in Patients With Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *J Craniofac Surg*. 2016 Jan;27(1):82-6.

- 10- Wang Y, Sun C, Cui X, Guo Y, Wang Q, Liang H. The role of drug-induced sleep endoscopy: predicting and guiding upper airway surgery for adult OSA patients. *Sleep Breath*. 2018 Dec;22(4):925-931.
- 11- Belgü AU, Erdoğan B, San T, Gürkan E. The relationship between AHI, Epworth scores and sleep endoscopy in patients with OSAS. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2015 Jan;272(1):241-5.
- 12- Viana Ada C Jr, Thuler LC, Araújo-Melo MH. Drug-induced sleep endoscopy in the identification of obstruction sites in patients with obstructive sleep apnea: a systematic review. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2015 Jul-Aug;81(4):439-46.
- 13- Salamanca F, Costantini F, Bianchi A, Amaina T, Colombo E, Zibordi F. Identification of obstructive sites and patterns in obstructive sleep apnea syndrome by sleep endoscopy in 614 patients. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2013;33:261-6.

SS-73: KARDİAK TRAVMA İLE GELEN HASTA İÇİN ACİL VE ANESTEZİ KLİNİKLERİNİN İŞBİRLİĞİ

İrem Ateş, Muhammed Enes Aydın, Elif Oral Ahıskalıoğlu

Atatürk Üniversitesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği
Sunucu: İrem Ateş/driremates@hotmail.com/05327401258

AMAÇ: Travma tüm dünyada önde gelen mortalite ve morbidite nedenlerindendir. Her yıl ortalama 5 milyon insan travma nedeniyle ölmektedir. Özellikle 5-44 yaş arasındaki genç nüfus travmaya maruz kalmaktadır. Tramvadan sonra sağ kalanların yaşam kalitesinin ve üretkenliğinin azalması ile bakım ve rehabilitasyonları topluma yük getirmektedir. Tramvaya bağlı ölümlerin yarısı olay yerinde gerçekleşirken hastaneye ulaşan tramva vakalarında ölümlerin çoğu ilk 48 saat içinde sıklıkla torasik, kardiyak, abdominal, retroperitoneal, vasküler veya santral sinir sistem yaralanmalarından olmaktadır. Travma acil ve anestezi kliniği ve yoğun bakım işbirliği gerektirebilen patofizyolojik bir süreçtir.

Olgu Sunumu: Kesici delici alet yaralanması ile 23 yaşındaki erkek hasta acil ünitesine başvurdu. Kardiyak arrest geliştiği belirlenen hastaya CPR başlandı. Yaklaşık 20 dakika CPR yapılan hastada bilinç kapalı, pupiller midriyatik ve izokorikti. Işık reaksiyonu şüpheli pozitif olan hasta otomatik CPR cihazı (LUCAST) ile ameliyathaneye alındı. Hastaya hızlı bir şekilde geniş damar yolları açıldı ve entübe edildi. Santral venöz katater ve tansiyon takibi için radial arter kateteri açıldı. Hastaya eritrosit ve taze donmuş plazma hızlıca verildi. Ameliyat sahası dezenfekte edildi ve sternotomi yapıldı. İnternal kalp masajına geçilip Lucas kapatıldı. Hastada sol ventrikül bazaline yakın anterolateral yüzde yaklaşık 2 cm'lik kesi mevcuttu. Kesi tamir edilip pompaya girildi. Kalp fibrilasyonda idi. Kardiyoplejik solüsyon ile arrest sağlandı. Left Anterior Descending arterin de (LAD) tam olarak kesildiği gözlemlendi. Anastomoz yapıldı ve kalp tekrar çalıştırıldı. Bradikardi mevcut olduğu için kalp pili takıldı. Tekrar yapıla eksplorasyonda sağ ventrikülde hematoma ve perikartta küçük bir defekt olduğu saptandı. Sol ventrikülde kasılma yoktu. Hasta Ekstrakorporal membran oksijenizasyonu (ECMO) ile yoğun

bakıma alındı. Takiplerinde tansiyonu düşük ve nabız pil ritmide 80 civarındaydı. Hastaya yüksek doz dopamin infüzyonu yapıldı ve kan TDP replasmanı yapıldı. Hasta tekrar arrest oldu ve yapılan tedaviye cevap vermeyen hasta exitus kabul edildi.

SONUÇ ve TARTIŞMA: Bu hasta için acil, anestezi ve kalp damar cerrahisi klinikleri işbirliği içinde çalışmış ve gereken tüm tedaviler ve müdahaleler yapılmış olsa da genç yaştaki hasta kaybedilmiştir. Bu vaka sunumu özellikle olay yeri ECMO cihazlarının önemini göstermektedir. ECMO hayatı tehdit eden kalp ve akciğer yetmezliği durumlarında, bu organların görevini üstlenen bir makinedir. Hemodinamik olarak unstabil hastalarda, hayatı tehdit eden ciddi hemorajik şok ve penetran kardiak travmalarda hemen cerrahi uygulanamayacak ortamlarda portable ECMO cihazları tek seçenek olarak akılda tutulmalıdır. Hastane dışındaki ortamlarda da kullanılabilen ECMO etkili bir sirkülasyon ve gaz değişimi sağlar.

SS-74: ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞINDA ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ

Bilge Doğan¹, Zehra Arıkan²

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı; alkol ve madde bağımlılığı olan hasta grubunda erişkin DEHB belirtilerinin araştırılması ve bağımlılığı olmayan kontrol grubu ile kıyaslanmasıdır.

YÖNTEMLER: Bu çalışmada; Gazi üniversitesi Tıp Fakültesi(GÜTF) Etik Kurul Komitesi'nden alınan onayın ardından, Ocak 2012-Aralık 2012 tarihleri arasında GÜTF psikiyatri bölümü bağımlılık ünitesine yatırılarak takip ve tedavi edilen,18-65 yaş arası, okuma yazma bilen, DSM-IV-TR madde bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılayan 40 hasta, DSM-IV-TR alkol bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılayan 59 hasta, yatıştan en az 15 gün sonra, alkol ve madde kesilme dönemini atlattığı klinik olarak belirlenerek çalışmaya dahil edildi. Bağımlılık tanı kriterlerine göre bağımlılığı olmayan 100 kişi de kontrol grubu olarak alındı. Aktif psikotik hastalık, mental retardasyon, ağır organik beyin sendromu ve kronik organik hastalığı olanlar çalışma dışı tutuldu. Böylece toplam 199 kişi çalışmanın örneklemini oluşturdu. Katılımcılardan HAM-D, ASRS-v1.1, WUDÖ ve sosyodemografik bilgi formu ile bilgi edinildi.

BULGULAR: Yaş ortalaması en genç grup madde bağımlısı gruptu. Bağımlılar arasında erkek / kadın oranı oldukça yüksekti. Hamilton depresyon ölçeği puanları en yüksek madde bağımlı grupta bulundu. WUDÖ dürtüsellik, okul sorunları ve dikkat eksikliği alt ölçek puanlarında; madde bağımlı grubun her iki gruptan anlamlı yükseklik gösterdiği bulunmuştur

SONUÇ: Madde bağımlı grubun dikkat eksikliği, dürtüsellik, okul sorunları ve depresyon skorları, hem alkol bağımlı gruptan hem de kontrol grubundan anlamlı yüksek bulunmuştur. Bağımlılık grubunda bağımlı olmayan gruba göre erişkin ADHD oranları yüksektir. ADHD bir sebep midir yoksa sonuç mu? henüz tam bilinmemektedir.

Anahtar Kelimeler: alkol, madde, bağımlılık, erişkin dikkat eksikliği

ADULT ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY SYMPTOMS IN ALCOHOL AND SUBSTANCE DEPENDENT PEOPLE

Bilge Doğan¹, Zehra Arıkan²

¹Department Of Psychiatry, Aydın Adnan Menderes University, Faculty of Medicine, Turkey

²Gazi University, Department of Psychiatry, Faculty Of Medicine, , Ankara, Turkey

OBJECTIVE: The aim of this study was to investigate adult attention deficit hiperactivity disorder(ADHD) symptoms in alcohol and substance dependent patients and to compare with control group.

METHODS: In this study, after getting ethic committee permission from Gazi University School of Medicine Ethic Committee, we included patients who have alcohol and substance dependency according to DSM IV, lying in Gazi University psychiatry service for watching closely and treatment, between January 2012 and December 2012. Patients were between 18- 65 years, literacy known. Substance dependent 40 patient, alcohol dependent 59 patient were included at least 15 days after hospitalizing when deprivation symptoms were clinically finished. In control group, 100 undependent people according to DSM IV were included. People were excluded if they have active psychosis,

mentally retardation, serious organic brain syndrome and chronically organic diseases. Totally 199 people were included to this study.

RESULTS: The youngest population was substance dependent group. In patient group, men/women ratio was very high. HAM-D scores were highest in substance dependent group. And also, in this group; Wender Utah Rating Scale impulsivity, school problem and attention deficit problems scores were statistically significant higher than both alcohol dependent and healthy group,

CONCLUSION: In substance dependent group, attention deficit, impulsivity, school problems and depression scores were highest. Dependency is frequent in adult ADHD. Is ADHD an etiological factor or a result? It is not well known yet.

Keywords: alcohol, substance, dependency, adult attention deficit

GİRİŞ

DEHB, çocukluk çağıının en sık görülen hastalıklarındandır ve çocuklukta başlayan bireylerin ortalama %60'ında erişkin dönemde de devam eder¹. Erişkin DEHB tanısı, hala tartışmaların olduğu bir alandır². Gelişim ile bu bozukluğun ortaya çıkış şekli de değişebilmektedir. 2006'da yürütülen bir çalışmada ABD'de erişkin DEHB prevalansı %4.4 olarak bulunmuştur³. Çocukluk çağı DEHB tanısı olan, özellikle iyi tedavi edilmeyen hastalığı olan bireylerde erişkin dönemde dürtüsellığe bağlı alkol ve madde kullanım bozuklukları daha fazla oranda görülmektedir. DEHB ve alkol ve/veya madde bağımlılığı birlikteliği %35-70 oranlarında bulunmuştur⁴. Bağımlılığı olan bireylerde de erişkin DEHB belirtilerine daha sıklıkla rastlanmaktadır. 153 alkol bağımlısı ile yapılan bir çalışmada, hastaların 65'inde çocukluk çağı DEHB tanısı olduğu, bunlardan 28'inde erişkin dönemde devam eden belirtilerin görüldüğü bildirilmiştir⁵. 201 madde bağımlısı ile yapılan bir çalışmada erişkin ADHD oranı %24 olarak bulunmuş⁶. Bizim çalışmamızda; alkol ve madde bağımlıları ayrı ayrı ele alınmış hem kendi aralarında hem

de kontrol grubu ile çocukluk çağı DEHB öyküsü ve erişkin dönem DEHB alt grup belirtileri açısından kıyaslanmıştır.

GEREÇ- YÖNTEM

Bu çalışmada; Gazi üniversitesi Tıp Fakültesi(GÜTF) Etik Kurul Komitesi'nden alınan onayın ardından, Ocak 2012- Aralık 2012 tarihleri arasında GÜTF psikiyatri bölümü bağımlılık ünitesine yatırılarak takip ve tedavi edilen,18- 65 yaş arası, okuma yazma bilen, DSM-IV-TR madde bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılayan 40 hasta, DSM-IV-TR alkol bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılayan 59 hasta, yatıştan en az 15 gün sonra, alkol ve madde kesilme dönemini atlattığı klinik olarak belirlenerek çalışmaya dahil edildi. Bağımlılık tanı kriterlerine göre bağımlılığı olmayan 100 kişi de kontrol grubu olarak alındı. Aktif psikotik hastalık, mental retardasyon, ağır organik beyin sendromu ve kronik organik hastalığı olanlar çalışma dışı tutuldu. Böylece toplam 199 kişi çalışmanın örneklemini oluşturdu.

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu, sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik olarak; cinsiyet, eğitim, meslek, gelir durumları, iş değişikliği varsa nedenleri, sınıf tekrarları, disiplin veya polis tarafından verilen ceza, psikiyatri başvurusu ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulandı.

Hamilton Depresyon ölçeği (HAM-D), depresyon şiddetini ölçmek için kullanılan 17 soruluk bu ölçek, Max Hamilton tarafından 1960'ta yayımlanmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından da test edilmiştir⁷ . Bu ölçek, katılımcılara klinisyen tarafından uygulanmıştır.

Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği: (ASRS-v1.1); Dünya Sağlık Örgütü tarafından DEHB'nin taranması amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir⁸ . Doğan ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır⁹ . Çalışmaya alınan hasta ve kontrol grubundaki bireyler tarafından yapılmıştır.

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği: Erişkin bireylerin çocukluk çağındaki DEHB ile ilişkili belirti ve bulgularını değerlendirmek için geliştirilmiştir¹⁰. Ölçeğin Türkçe

uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği Öncü ve ark. tarafından yapılmış olup(Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16(4):252-259), kesme noktası olarak 36 ve üzeri alındığında; duyarlılık %82.5, özgüllük %90.8 olarak saptanmıştır11 .

BULGULAR

Alkol bağımlısı hastaların yaş ortalaması 43.92 (± 10.63), madde bağımlısı hastaların yaş ortalaması 27.32 (± 6.11), kontrol grubunun yaş ortalaması 29.68'dir (± 6.09). Cinsiyet dağılımına bakıldığında kadınların %2.8'i madde bağımlısı, %11.3'ü alkol bağımlısı ve %85.9'u kontrol grubunda yer almaktadır. Erkeklerin %29.7'si madde bağımlısı, %39.8'i alkol bağımlısı ve %30.5'i de kontrol grubundadır(Tablo1).

Tablo 1. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Madde Bağımlısı (N=40)		Alkol Bağımlısı (N=59)		Kontrol (N=100)		Toplam (N=199)	
Cinsiyet	N	%	N	%	N	%	N	%
Kadın	2	2.8	8	11.3	61	85.9	71	100
Erkek	38	29.7	51	39.8	39	30.5	128	100
Eğitim								
İlkokul	5	62.5	3	37.5	0	0	8	100
Ortaokul	14	63.6	6	27.3	2	9.1	22	100
Lise	19	32.2	28	47.5	12	20.3	59	100
Üniversite	2	1.8	22	20	86	78.2	110	100
Meslek								
Çalışmayan	2	66.7	1	33.3	0	0	3	100
İşçi	11	36.7	11	36.7	8	26.7	30	100
Memur	3	2.7	27	23.9	83	73.5	113	100
Serbest Meslek	18	54.5	10	30.3	5	15.2	33	100
Öğrenci	2	25	2	25	4	50	8	100
Emekli	0	0	6	100	0	0	6	100
Gelir								
Yok	13	65	1	5	6	30	20	100
0-500 TL	0	0	1	50	1	50	2	100
501-1000 TL	18	39.1	13	28.3	15	32.6	46	100
1001 ve üstü TL	9	6.9	44	33.6	78	59.5	131	100
Medeni Durum								
Bekar	28	31.5	14	15.7	47	52.8	89	100
Evli	8	9	30	33.7	51	57.3	89	100
Boşanmış	4	22.2	12	66.7	2	11.1	18	100
Dul	0	0	3	100	0	0	3	100
Sınıf Tekrarı								
Var	18	48.6	17	45.9	2	5.4	37	100
Yok	22	13.6	42	25.9	98	60.5	162	100
İş Değişikliği								
Hiç	18	13.6	39	29.5	75	56.8	132	100
Nadiren	15	28.8	13	25	24	46.2	52	100
Sıklıkla	7	53.8	5	38.5	1	7.7	13	100
İş Değişikliği ve Nedenleri								
Eğitim	0	0	0	0	1	100	1	100
Alan Değiştirme	0	0	0	0	3	100	3	100
Bağımlılık	6	100	0	0	0	0	6	100
Kişisel Sorunlar	6	42.9	2	14.3	6	42.9	14	100
Sosyal Sebepler	0	0	2	33.3	4	66.7	6	100
Ücret/Ekonomik Nedenler	1	9.1	7	63.6	3	27.3	11	100
Fiziksel Şartlar	0	0	0	0	2	100	2	100
İşten Çıkarılma	0	0	1	50	1	50	2	100
Daha Önce Disiplin Cezası								
Var	15	62.5	6	25	3	12.5	24	100
Yok	25	14.3	53	30.3	97	55.4	175	100
Polis Tarafından Verilen Ceza								
Var	30	47.6	24	38.1	9	14.3	63	100
Yok	10	7.4	35	25.7	91	66.9	136	100
Ceza								
Var	22	55	11	27.5	7	17.5	40	100
Yok	18	11.3	48	30.2	93	58.5	159	100
Trafik Cezası								
Var	25	28.7	27	31	35	40.2	87	100
Yok	15	13.5	32	28.8	64	57.7	111	100
Psikiyatriye Başvuru								
Var	29	37.7	34	44.2	14	18.2	77	100
Yok	11	9	25	20.5	86	70.5	122	100
Bedensel Rahatsızlıklar								
Var	7	21.2	12	36.4	14	42.4	33	100
Yok	33	19.9	47	28.3	86	51.8	166	100
Ailede Fiziksel Hastalık								
Var	3	12	5	20	17	68	25	100
Yok	37	21.3	54	31	83	47.7	174	100
Ailede Ruhsal Hastalık								
Var	4	12.1	11	33.3	18	54.5	33	100
Yok	36	21.7	48	28.9	82	49.4	166	100
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss
Yaş	27.32	6.11	43.92	10.63	29.68	6.09	33.43	10.32

Madde kullananların %2.6'sı eş zamanlı alkol de kullanmaktadır. Madde bağımlısı olan hastaların 20'si eroin, 8'i esrar, 1'i suboxon, 10'u çoklu madde kullanırken, alkol bağımlı hastaların 1'i esrar, 1'i de kokain kullanmaktadır.(Tablo2)

Tablo 2. Katılımcılara Ait Alkol ve Madde Kullanımına İlişkin Özellikler

Alkol ve Madde Kullanımına İlişkin Özellikler	Madde Bağımlısı (N=40)		Alkol Bağımlısı (N=59)		Kontrol (N=100)		Toplam (N=199)	
Alkol Kullanım Sıklığı	N	%	N	%	N	%	N	%
Hiç	6	9.1	1	1.5	59	89.4	66	100
Nadiren	20	37	2	3.7	32	59.3	54	100
Haftada 2-3 kez	8	28.6	11	39.3	9	32.1	28	100
Her Gün	6	11.8	45	88.2	0	0	51	100
Madde kullanımı								
Var	38	97.4	2	2.6	0	0	40	100
Yok	1	0.6	57	36.1	100	63.3	158	100
Madde Türü								
Eroin	20	100	0	0	0	0	20	100
Esrar	8	88.9	1	11.1	0	0	9	100
Kokain	0	0	1	100	0	0	1	100
Suboxon	1	100	0	0	0	0	1	100
Çoklu Madde Kullanımı	10	100	0	0	0	0	10	100

Hamilton depresyon puanları bağımlı hasta grubunda kontrol grubuna(ort.3.15) göre daha yüksekti. Bağımlılık grubunun kendi içinde madde bağımlısı(ort.13.40) hastaların alkol bağımlısı hastalardan(ort.9.25) istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahip olduğu saptanmıştır.(Tablo3)

Tablo 3. Hamilton Depresyon Ölçek Puanları Açısından Gruplar Arasındaki Farklara İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değerler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
HAMDEP	Gruplararası	3420.38	2	1710.19	54.103*	.000	Alkol>Kontrol Alkol< Madde Madde> Kontrol
	Grupiçi	6195.54	196	31.61			
	Toplam	9615.92	198				

*p<.001

Tablo 4. ASRS Ölçek Puanları Açısından Gruplar Arasındaki Farklara İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değerler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
ASRS A	Gruplararası	3322.86	2	1661.43	51.644*	.000	Alkol>Kontrol Alkol< Madde Madde> Kontrol
	Grupiçi	6305.48	196	32.17			
	Toplam	9628.34	198				
ASRS B	Gruplararası	87.64	2	43.82	2.243	.109	-
	Grupiçi	3829.56	196	19.54			
	Toplam	3971.20	198				

WUDÖ dürtüsellik, okul sorunları ve dikkat eksikliği alt ölçek puanlarında; madde bağımlı grubun her iki gruptan anlamlı yükseklik gösterdiği bulunmuştur. (Tablo5)

Tablo 5. Wender Toplam ve Alt Ölçek Puanları Açısından Gruplar Arasındaki Farklara ilişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değerler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
Wender	Gruplararası	13374.39	2	6687.20	19.290***	.000	Alkol>Kontrol Madde>Kontrol
	Grupiçi	67945.35	196	346.66			
	Toplam	81319.74	198				
Dürtüsellik	Gruplararası	283.77	2	141.88	13.616***	.000	Alkol>Kontrol Alkol< Madde Madde> Kontrol
	Grupiçi	2042.41	196	10.42			
	Toplam	2326.18	198				
İrritabilite	Gruplararası	366.41	2	183.20	6.461**	.002	Alkol <Madde Madde >Kontrol
	Grupiçi	5558.04	196	28.36			
	Toplam	5924.45	198				
Dikkat	Gruplararası	75.60	2	37.80	4.078*	.018	Madde> Kontrol
	Grupiçi	1816.57	196	9.27			
	Toplam	1892.17	198				
Depresyon	Gruplararası	43.08	2	21.54	2.284	.105	-
	Grupiçi	1848.37	196	9.43			
	Toplam	1891.45	198				
Okul Sorunları	Gruplararası	36.26	2	18.13	5.072**	.007	Madde >Kontrol
	Grupiçi	700.60	196	3.57			
	Toplam	736.86	198				

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

TARTIŞMA

DEHB ve bağımlılık arasındaki ilişki çok defa çalışılmış, nedensel ve sonuçsal çok faktörlü bir etkileşim olduğu bilinmekle birlikte henüz net bir sonuca ulaşamamıştır. Literatür sonuçlarına paralel olarak, bu çalışmada da WUDÖ dürtüsellik alt test puanının en fazla madde bağımlılığı grubunda, en az da kontrol grubunda olduğu, DEHB'deki çekirdek psikopatolojinin davranışsal disinhibisyon olduğu düşünülürse, bu sonuç; dürtüsellik ve iritabilitenin ayrı bir semptomatoloji olarak düşünülmesinden çok bağımlılık tanısının bir parçası olarak düşünülmesine yol açar şeklindeki yayınları destekler^{12,13}. Bu çalışmada madde bağımlılığı grubunun alkol bağımlılığı grubuna göre dürtüsellik/iritabilite ve dikkat puanlarında daha yüksek değerlere sahip olması; hastaların maddeyi dürtüsellik/iritabilite ve dikkat dağınıklığı gibi semptomlara yönelik bir kendi kendini tedavi etme, 'self medikasyon' yöntemi olarak kullandıkları düşüncesini akla getirmektedir. Nitekim, Kaliforniya'da DEHB tanısı olan erişkinlerin ve hatta çocukların bir kısmının esrar ile tedavi edildiğini bildiren bir makale yayınlanmıştır¹⁴. Buna göre esrarın DEHB'deki hızlı düşünceleri yavaşlattığı ve rutin tedavide kullanılan metilfenidat, amfetamin gibi stimülan ilaçlardan daha az yan etkiye sahip olduğu öne sürülmüştür¹⁵. Madde bağımlılığı grubunda, hem alkol bağımlı hem de bağımlılığı olmayan kontrol gruplara göre yüksek depresyon puanları saptanmıştır. Literatürdeki yayınlara benzer olan bu sonuç; madde bağımlı hasta grubunda yaş olarak daha genç hastaların olması, kullandıkları madde nedeniyle işlevselliklerinin hastaneye yatacak

kadar bozulması, bir çok hastanın yineleyen, başarısızlıkla sonuçlanan tedavi girişimlerinin olması, bırakmayı düşünen hastalarda çekilme belirtilerinin yoğun olması, bazen de maddeye tekrar başlama ile sonuçlanması nedeniyle çaresizlik duygusunun pekişmesi, yine madde bağımlısı grupta ortalama yaşlarının meslek seçimi, evlenme, üniversiteye başlama yaşlarına denk geldiği düşünüldüğünde hastaların geleceğe dair beklentilerinin azalıp, düzelmeyecekleri endişesi ve kendine saygıda azalmanın fazla olmasına bağlı olabilir¹⁶⁻²⁰. Alkol bağımlısı grubun kontrol grubuna göre daha fazla depresyon puanı almasında alkolün depresan etkisinin olması ve bu etkinin uzun süre devam etmesi de göz önünde bulundurulmalıdır^{21, 22}. WUDÖ dikkat alt ölçeğinde madde bağımlılığı olan grup, kontrollere göre daha fazla dikkat eksikliği belirti şiddetine sahiptir. Dikkat eksikliği DEHB'nin çekirdek belirtilerinden biridir fakat, bu durum, hastaların bağımlılık tedavisinin erken döneminde olmalarından kaynaklı dikkat gibi bilişsel işlevlerinin henüz madde etkisi altında olmasına ve maddenin yol açtığı uzun dönem, kalıcı bilişsel fonksiyon bozukluklarına bağlanabilir. Hastaların tedavi sürecinde izlem aşamasında tekrar değerlendirilmesi ile her iki etki durumu daha iyi ayırt edilebilecektir. Nöropsikolojik testlerle dikkat, yürütücü işlevler, bellek, görsel, mekansal işlevlerle ilgili bozulma daha objektif olarak değerlendirilebilir WUDÖ'nün okul sorunları alt ölçeğinde madde bağımlı grup, hem alkol bağımlı gruptan hem de kontrol grubundan anlamlı yüksek puana sahiptir. Bu durum madde bağımlılığının madde kullanımına başladıktan sonra hızlı bir şekilde gelişmesi, maddeye başlama yaşının daha erken yaşlarda olması, okul devamsızlığı, kurallara uyamama, otoriteyle sorunların fazlalığı gibi sebeplerle işlevselliklerinin fazla oranda bozulması ile ilişkilendirilebilir. Netice olarak akademik başarısızlık oranları bu grupta fazladır. Her iki bağımlılık kadın/erkek oranının düşük olması, hastaların kesitsel olarak değerlendirilmesi ve DEHB'de eşlik eden bilişsel fonksiyon bozukluk belirtilerini saptamak için nöropsikolojik testler kullanılmaması çalışmamızdaki sınırlılıklardır. Bilişsel fonksiyondaki bozulmaya erken dönem remisyonunda alkol ve madde yoksunluk belirtilerinin etkisi ve uzun süreli etkilerinin ayırt edilebilmesi için hastaların 1. 6. ve 12. ayda kontrol edilmeleri yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. GB., I., *Cannabis abuse and addiction: a contemporary literature review. Niger J Med*, 2009; 18(2): 128-33.
2. Organization, W.H., *WHO Global Status Report on Alcohol 2004. Country profiles: Turkey. Geneva:World Health Organization, 2004.*
3. Ömer H, T.L., *Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II eştanılarının değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 1998;12: 14-22.
4. Kessler, R.C., Üstün, B.T, *The World Mental Health Survey Initiative Version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview. International Journal of Methods In Psychiatric Research* 2004;13(2): 93-121.
5. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich HM, Schneider U. *Comorbidity of alcohol and substance dependence with attentiondeficit/hyperactivity disorder (ADHD).Alcohol Alcohol*. 2008;43(3):300-4.
6. Akvardar, Y., et al., *Prevalence of alcohol use in Istanbul. Psychol Rep*, 2003. 92(3 Pt 2): p. 1081-8.
7. Johann, M., et al., *Comorbidity of alcohol dependence with attention-deficit hyperactivity disorder: differences in phenotype with increased severity of the substance disorder, but not in genotype (serotonin transporter and 5-hydroxytryptamine-2c receptor). Alcohol Clin Exp Res.*; 2003;27(10): 1527-34.
8. Prescott, C.A. and K.S. Kendler, *Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a populationbased sample of male twins. Am J Psychiatry*. 1999; 156(1): 34-40.
9. Tellioğlu T, T.Z., *Tıbbi Esrar Psikiyatrik Bozuklukların Tedavisinde Kullanılabilir mi? Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2012;22(1): 98-109.
10. Birliği, A.P., *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), . Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Çeviri Editörü Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998: 215-363.*
11. Robinson TE, B.K., *The Psychology and Nuerobology of addiction: an incentive- sensitization view. Addiction*, 2000; 95(2): 91-117.
12. Lynskey, M.T. and W. Hall, *Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: Is there a causal link? Addiction*, 2001; 96(6): 815-22.
13. Biederman, J., et al., *Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. Am J Psychiatry*, 1995; 152(11): 1652-8.
14. Hughes JR, P.R., Gust SW, Hatsukami DK, Svikis DS, *Smoking behaviour of type A and type B smokers. Addict Behav*, 1986; 11(2).
15. Bierut LJ, D.S., Begleiter H, Crowe RR, *Familiial Transmission of substance dependence; alcohol, marihuana, cocaine, and habitual smoking : a report from the Collaborative Study on the genetics of Alcoholism. Arch Gen Psychiatry*, 1998; 55(11).
16. Chaudry HR, M.H., Bashir A, Suliman T, *Cannabis Psychosis following bhang ingestion. Br J*

Addiction, 1991; 86(9).

17. Comings, D.E., Gonzalez N, Wu S, Saucier G, Johnson P, Verde R, MacMurray JP, Homozygosity at the dopamine DRD3 receptor gene in cocaine dependence. *Mol Psychiatry*, 1999; 4(5).

18. SR, B., Reliöisity, beliefs, normative standards and adolescent drinking. *J Stud Alcohol Drugs*, 1980; 41(9): 839-53.

19. Kessler, R.C., Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walster EE, Prevalance, severity, and comorbidity of 12- month DSM-IV disorders in the National Comorbidity survey Replication *Arch Gen Psychiatry*, 2005; 62(6): 617-27.

20. Evren C, Ç.D., *Alkol ve Madde Kullananların özellikleri: 2000 Yılına ait AMATEM'e yatan hasta verilerinin incelenmesi. Düşünen Adam*, 2001; 14: 142-149.

21. Saatçioğlu Ö, E.E., Çakmak D, 1998-2002 yılları arasında yatarak tedavi gören alkol ve madde kullanımı olan olguların değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 2003; 4: 109-117.

22. Türkcan A, Ç.D., *AMATEM'e 1998 yılı içinde yatan hastaların sosyodemografik ve madde kullanım özellikleri. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslararası Kros Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu Özet Kitabı. 1999: 24-25*

SS-75: TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN TERCİH NEDENLERİ DEĞİŞİYOR MU?

Esra Çınar Tanrıverdi

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Ana Bilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF), 2017–2018 eğitim öğretim yılı, birinci sınıf öğrencilerinin tercih nedenlerinin araştırılması, yıllar içinde tercih nedenlerinde değişiklik olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Dönem I öğrencilerine yönelik, tanımlayıcı bir anket çalışması planlandı. Araştırmanın evrenini 2017-2018 yılında, 1.sınıfa başlayan 240 öğrenci oluşturdu. Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, tıp fakültesini tercih nedenleri, Atatürk Üniversitesini tercih nedenlerini belirlemeye yönelik, literatürden yararlanılarak hazırlanan bir anket formu kullanıldı. Öğrenciler ilk Tıp Eğitimi dersinde, çalışma ile ilgili bilgilendirilerek sözel onamları alındı. Ankete katılım gönüllülük esasına göre sağlandı. Verilerin analizi SPSS 20 (SPSS Inc., ABD) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Veriler ortalama ve yüzde olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Derse katılan ve gönüllü olan 191 öğrenci çalışmaya dahil edildi. Evrenin %79.5'ine ulaşıldı. Öğrencilerin %52.9'u kadın, %47.1'i erkekti (Tablo1). Yaş ortalaması 18,92±1,46 idi. Öğrencilerin %80'i il merkezi, %11.5'i ilçe, %8.5'i köyde yaşamaktaydı. Öğrencilerin %44.5'i Fen lisesi, %34.1'i Anadolu lisesi, %11.5'i özel lise, %9.9'u diğer okullardan mezundu (Tablo 2). Yüzde 94.2'sinin ilk tercihi tıp fakültesiydi. Öğrencilerin %80'i tıp programını kendi isteğiyle, %14'ü ailesinin isteğiyle seçtiğini belirtti. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, öğrencilerin %30.9'unun ilk tercihi, %14.2'sinin ikinci tercihi idi. Öğrencilerin %25'i yaşadıkları şehir olduğu için, %45'i aldığı puanının bu fakülteye yetmesi nedeniyle, %28.7'si köklü bir üniversite olması nedeniyle Atatürk Üniversitesi'ni tercih ettiklerini belirtti. Hekimlik mesleğini tercih etme nedenleri arasında, insanlara yardım etme isteği (%65) ilk sırada yer alırken, diğer nedenler arasında sırasıyla saygınlık (%65.4), iş garantisi (%64.9), idealinin olması (%63.4), ekonomik getirisi

(%56.5), doktorlardan etkilenme (%40), ailesinin yönlendirmesi (%40), öğretmenlerinin yönlendirmesinin (%18.3) etkili olduğu görülmektedir (Tablo 3). Çalışmamız 2012-2013 yılında, AÜTF Dönem I öğrencileriyle yapılan çalışma ile karşılaştırıldığında, öğrencilerin tamamına yakınının ilk tercihinin tıp fakültesi olması, hekimlik mesleğini seçmelerinde en önemli etkenler olan “insanlara yardım etme isteği ve hayalindeki meslek” olmasının zaman içinde değişmediği görülmüştür.

SONUÇ: Çalışma sonuçlarımız, AÜTF birinci sınıf öğrencilerinin büyük kısmının ilk tercihlerinin tıp fakültesi olduğunu ve hekimlik mesleğini kendi istekleriyle seçmiş olduklarını göstermektedir. Bu mesleği tercih etmelerindeki en önemli neden insanlara yardım etme isteğidir. Tıp eğitimi uzun ve zorlu bir süreç olup, hekimlik mesleğinde öğrenme hayat boyu sürer. Öğrencilerin hekimlik mesleğini seçmelerinde tercihlerinin istekle ve bilinçli yapılmış olması ve tercih nedenleri arasında en önemli etkenin “insanlara yardım etme duygusu” olması, objesi insan olan, adanmışlık gerektiren bu meslekte, etik davranış kodları ve hekimlik becerileri üzerinde çok önemli katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Tıp fakültesi, tercih, öğrenci, meslek seçimi

Tablo 1: Öğrencilerin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Erkek	90	47.1
Kadın	101	52.9
Toplam	191	100,0

Tablo 2: Öğrencilerin mezun oldukları liseye göre dağılımları

Mezun olunan lise	Sayı (n)	Yüzde (%)
Fen Lisesi	85	44.5
Anadolu lisesi	65	34.1
Özel lise	22	11.5
Diğer	19	9.9
Toplam	191	100,0

Tablo 3: Tıp fakültesini tercihte etkili faktörler

Tercih nedeni	Yüzde (%)
İnsanlara yardım etmek isteği	64.9
Saygınlık	65.4
İş garantisi	64.9
Ekonomik getirisi	56.5
Doktorlardan etkilenme	40.8
Ailenin yönlendirmesi	40
Öğretmenlerin yönlendirmesi	18.3

Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

SS-76: TRAVMATİK DENTAL YARALANMALARDA ACİL YAKLAŞIM

Rumeysa YILDIZ

Artvin Çoruh Üniversitesi, rumeysayildiz.9898@gmail.com

ÖZET

AMAÇ: Diş acillerinde en önemli başvuru nedenlerinden birisi de dental travmalardır. Travmalar genellikle acil müdahale gerektiren durumlar olması nedeniyle hastalara ilk müdahale acil servislerde acil servis hekimleri veya ambulanslarda AABT/ATT tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmayla dental travmalara ilk müdahale konusunda farkındalık yaratmak planlanmıştır.

YÖNTEM: Yapılan çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışma verileri “Google Akademik, Google Arama Motoru, Science Direct, ProQuest” veritabanlarından “Dental Travmalar, Travmatik Dental Yaralanmalar” anahtar kelimeleri ile arama yapılarak elde edilmiştir.

BULGULAR: Dental travmalar her yaşta görülebilmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda çocuklarda yetişkinlere oranla daha sık görüldüğü saptanmıştır. Çocuklarda diş çürüğünden sonra en sık karşılaşılan sorunlardan biridir ve üst çenede alt çeneye göre daha sık görülmektedir. En fazla üst orta kesici dişler travmadan etkilenmektedir. Travma sonucu dişlerde; krun kırıkları, krun-kök kırığı, alveol kırığı, lüksasyonlar, avülsiyon ve destek dokularda yaralanmalar meydana gelebilir. Travma vakası ile karşılaşıldığında hasta değerlendirildikten sonra ilk olarak ekstraoral ve intraoral doku yaralanmaları giderilmeli daha sonra varsa lüksasyon ve avülsiyon için immobilizasyon en kısa sürede uygulanmalıdır. Dental travmalarda prognoz, travma sonrası geçen süreye, travmanın nerede ve nasıl gerçekleştiğine, travma tipine, dişin yer değiştirme ya da mobilite derecesine, fraktür bölgesine, kök gelişiminin durumuna ve hastanın yaşına göre değişkenlik gösterebilmektedir.

SONUÇ: Ağız ve diş yaralanmalarında erken tedavi prognoz açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle travma vakalarında genellikle ilk karşılaşılan tıp hekimlerinin ve ambulans personelinin bilgi ve farkındalıklarının değerlendirilmeleri ve bu konuda bilinçlendirilmelerinin gerekli olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar doğrultusunda tıp fakültesi ve ilk ve acil yardım programı öğrencilerinin ağız ve diş sağlığı ve dental travmalar konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Eğitim müfredatının yoğunluğu sebebiyle konuya ayrılan ders saatinin kısıtlı oluşu farklı bir eğitim modeli ihtiyacı doğurmuştur. Bu doğrultuda söz konusu öğrencilere eğitim müfredatı içerisinde daha kapsamlı bir şekilde ağız ve diş sağlığı bilgilerinin verilmesi ve eğitimin teorik kısmının diş hekimliği fakültelerinde verilmesinin daha etkili olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dental Travmalar, Travmatik Dental Yaralanmalar, Diş Travmaları

SS-77: TRAVMATİK RENAL ARTER TROMBÜSÜ: OLGU SUNUMU

Binali Fırıncı¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD

GİRİŞ: Çocuklarda böbrek travmalarının %90'ı künt abdominal travmalar sonrası meydana gelmektedir. Çocuklar anatomik yapılarından dolayı (perirenal yağ dokusu daha az ve böbrekler vücutlarına oranla daha büyüktür) yetişkinlere göre renal travmaya karşı daha fazla risk altındadırlar. Çocukluk çağındaki renal travmaların yaklaşık %85-90'ı konservatif yaklaşım ile tedavi edilebilmektedir. Künt karın travmalarında renal arter yaralanması insidansı % 1'den azdır. Travmaya bağlı renal arter oklüzyonu, pediatrik yaş grubunda oldukça nadir görülen bir durumdur. Çocukluk yaş grubundaki bu nadir vakaların yönetiminin ve zamanında yapılacak acil girişimin böbrek kaybının önlenmesi açısından önemi büyüktür. Burada künt karın travması sonrası gelişen sol renal arter trombüsüne bağlı sol böbrek iskemisi nedeni ile takip edilen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Yüksekten düşme nedeni ile acile başvuran 13 yaşında kız hasta. Yapılan Fizik muayenede sol akciğer seslerinde azalma, batında sol üst-orta kadrantlarda yaygın hassasiyet ve defans tespit edildi. Torako-abdominal BT'de solda hemopnomotoraks, sol akciğer bazelde atelektazi ve kontüzyon, dalak laserasyonu, perisplenik, perihepatik sıvı, sol böbrekte kontrastlanma olmadığı tespit edildi. Hasta travmatik dalak laserasyonu ve sol renal arter oklüzyonu ön tanısı ile acil operasyona alındı. Dalakta grade 4 laserasyon, sol hepatik minimal laserasyon, batında yaygın hemorajik sıvı tespit edilerek splenektomi yapıldı. Sol renal arterde pulsasyon alınamaması üzerine renal arter oklüzyonu nedeni ile embolektomi yapıldı. Postoperatif erken ve geç dönemde yapılan doppler US ile renal arter akımlarının normal olduğu gözlemlendi.

SONUÇ: Künt karın travmalarında renal arter yaralanmaları ve renal arter oklüzyonu oldukça nadir görülür. Kontrastlı batın BT görüntülerinde böbrekteki kontrastlanma bozukluğu olması durumunda renal arter oklüzyonu düşünülmelidir. Renal iskemi

şüphesi durumlarında vaktinde yapılacak tetkik, değerlendirme ve erken mşdahale organ kaybının önlenmesi açısından önemlidir.

SS-78: ST ELEVASYONLU MİYOKARD ENFARKTÜSÜ HASTALARINDA HASTANE İÇİ MALİGN VENTRİKÜLER ARİTMİ GELİŞİMİNDE NÖTROFİL LENFOSİT ORANININ ROLÜ

Uğur AKSU¹

1 Erzurum Training and Research Hospital, Department of Cardiology, Erzurum, Turkey

Running Title: İnflamasyon ve ventriküler aritmi

Corresponding Address: Dr Ugur Aksu, Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Yakutiye/Erzurum

Phone: +90 4422325880

E-mail: aksuuu001@msn.com

Abstract

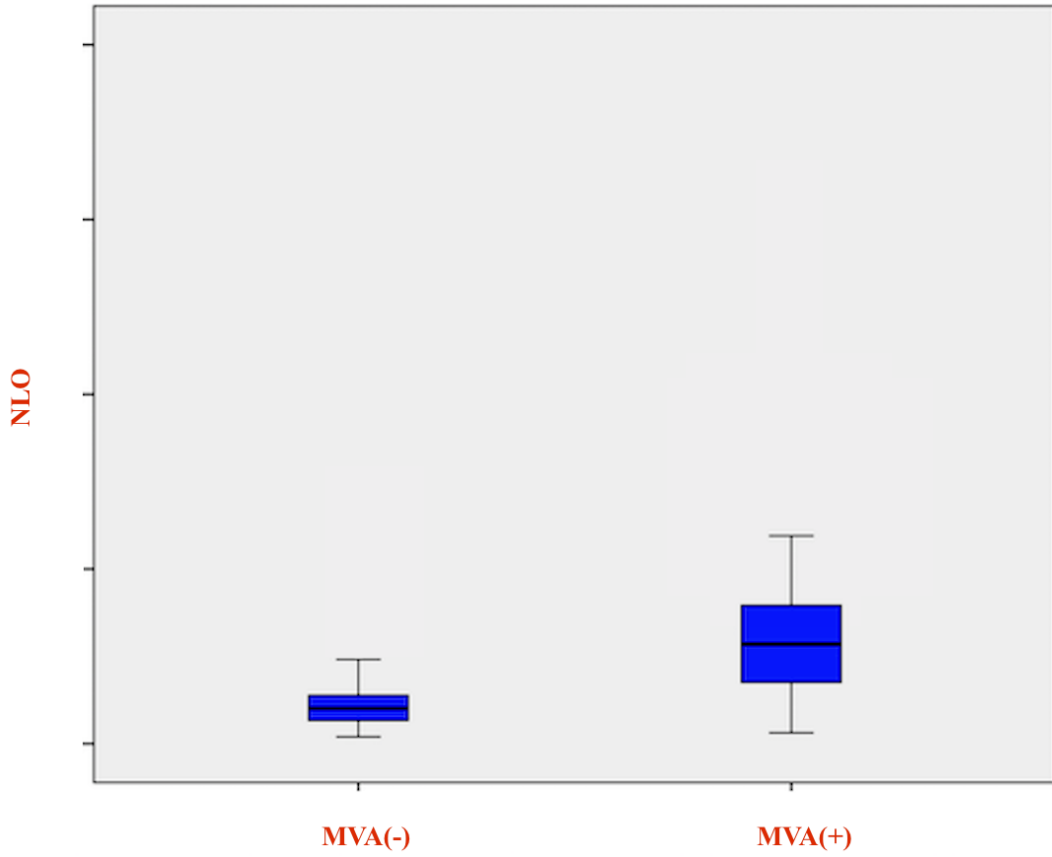
GİRİŞ: Koroner arter hastalığı tüm dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) sonrası birçok komplikasyon izlenebilir. Malign ventriküler aritmiler (MVA) bunlardan biridir. Nötrofil lenfosit oranı(NLO) oranı yeni tanımlanmış bir parametredir ve bu parametrenin kardiyovasküler hastalıklar ile de ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Biz bu çalışmamızda STEMI hastalarında MVA gelişimi ile NLO arasındaki ilişkiyi araştırdık.

METOT: Bu çalışma kliniğimize Şubat 2015 ve Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran STEMI tanısı konan hastalar üzerinde yapılmıştır. Toplam 1200 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalar MVA gelişimi durumuna göre iki gruba ayrılmış ve MVA gelişim prediktörleri araştırılmıştır(Resim-1).

BULGULAR: hastaların ortalama yaşı 65 ve %62'si erkekti. Tek değişkenli analizde NLO, TIMI, Creatinin, Bazal CK, Bazal Troponin, Noreflow fenomeni , MBG ve SS MVA gelişimi ile ilişkili iken regresyon analizinde NLO ve SS MVA gelişiminin bağımsız prediktörleri olarak saptandı.

TARTIŞMA: Biz bu çalışmada, MVA gelişimini tahmin etmede NLO oranının bağımsız prediktor olduğunu gösterdik ve bu parametrenin klinik kullanımda faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: inflamasyon, ateroskleroz, koroner arter hastalığı



SS-79: AĞRISIZ BİR AORT DİSEKSİYONU VAKASI

Uzm. Dr.Ülkü AÇIKSÖZ

Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

İlk 48 saatte ortalama %50' lik mortalite oranıyla aort diseksiyonu vakaları, acil hekimleri için hızlı tanı konulması gereken hastalıklardan birisidir. Semptomları genellikle ani başlayan, yırtılır tarzda göğüs ve sırt ağrısı olmakla birlikte; yan ağrısı, hemipleji,.. gibi atipik başvurularda görülmektedir(1,2). Göğüs ve sırt ağrısı şikayetiyle gelen her hastada ayırıcı tanıda mutlaka düşünülen aort diseksiyonu olgularının, ağrısız da olabileceğini gösteren bu vakayla elde ettiğimiz tecrübelerimizi, meslektaşlarımızla paylaşmayı amaçladığımız olgumuz aşağıda anlatılmıştır.

Elli dokuz yaşında bayan hasta 112 tarafından bulantı, kusma şikayetiyle acil servise getirildiğinde vitalleri; TA:(sağ)110/70; (sol) 100/60, ateş:37.1, nabız:83, KŞ:94, solunum sayısı:17/dk, gks:15, EKG: sinüs ritmi olarak tespit edilmişti. Fizik muayenede belirgin bir patoloji saptanmayan hastanın, nörolojik muayenesinde sağ alt ekstremitede 4/5 güç kaybı tespit edilmiş olup anamnezinde kusma şikayetinin yarım saat önce başladığı, evde iki kere kustuğu ve içeriğinde kan olmadığı sadece yiyecek içerikleri olduğu, başka bir şikayetinin olmadığı öğrenildi. Öz geçmişinde ise 3 yıl önce iskemik SVO geçirdiği (yine bulantı/kusma şikayetiyle başvurmuş ve sağ bacağındaki güç kaybı oluşmuş) , o zamandan itibaren ASA 300 mg/gün ve PPI kullandığı bilgileri edinilen hastaya antiemetik ilaç uygulandıktan sonra rutin kan tetkikleri alındı ve santral görüntüleme istendi. Beyin BT'sinde kronik iskemik alanlar tespit edilen hastanın Difüzyon MR'ında akut difüzyon kısıtlaması görülmemiştir. Monitorize edilerek takip edilen hastanın, kusması sıklaşarak devam etmeye, genel durumu ise bozulmaya başlaması üzerine devam etmesi üzerine hastanın vitallerine ve EKG'sine tekrar bakıldı. EKG'si inferior MI olan hasta için acil kardiyoloji kons. istendi. Hastanın EKO'sunda aortta flep görülmesi üzerine çekilen Anjiyo BT' sinde DeBakey Tip 1 aort diseksiyonu

görüldü.

KAYNAKLAR:

1. Mutlu BÜYÜKLÜ, Fatih ÖZÇELİK, Akut Aort Diseksiyonu, Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2007;3(46):48-54
2. F. GÜVEN ve ark., Aort Diseksiyonu: Atipik Başvurular, Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2009;(2):79-83

TM-SS-80: THE INVESTIGATION OF BLOOD DRUG LEVELS AND COURSE OF ACETAMINOPHEN POISONING DUE TO APPLICATION TIME

Abdullah Algin¹ Mehmet Özgür Erdoğan²

1.Department of Emergency Medicine, University of Health Sciences, Umraniye Training and Research Hospital, Istanbul

2. Department of Emergency Medicine, Bahcesehir University Medical School, İstanbul

Abstract

Objective: Analgesics are reported to be responsible for 11.3% of the poisoning events in the 20 y data obtained from the Poison Counseling Centers. In this study, we aimed to investigate the relationship between epidemiological characteristics of patients, drug levels detected in acetaminophen poisoning and course of the disease due to timely, late admission and severity of intoxication.

Method: Data of the patients admitted to emergency department between Jan 2013 and Dec 2015 were retrospectively analyzed with 142 (79 f/63 m) timely and 48 (29 f/19 m) late applicants. Liver enzymes, INR, platelets, venous blood gas and demographics of these two groups were evaluated.

Results: The average acetaminophen value was 46.8 ± 55.1 in TA and 67.4 ± 60.1 in LA (p: 0.039; p<0.05). The average aspartate aminotransferase (AST) level was 24.6 ± 22.2 in timely applicants while the average AST level was 101.7 ± 125.9 in late applicants (P: 0.00011). The average alanine aminotransferase (ALT) level was 22.6 ± 27.5 in timely applicants while it was 117.5 ± 146.8 in late applicants (P: 0.00012). There was no correlation relation among those. The mean INR value was 1.11 ± 0.26 in timely applicants while it was 1.08 ± 0.13 in late applicants (p: 0.471). Platelet level distribution was 273.6 ± 63.6 in timely applicants while it was 279.4 ± 69.9 in late applicants (p: 0.609). The venous blood gas pH value of timely applicants was 7.38 ± 0.053 whereas the venous blood gas pH value was 7.37 ± 0.0518 in late applicants (p: 0.43). There was a

positive significant correlation between acetaminophen levels and blood gas pH value (p: 0.000001; r: 0.445).

Conclusion: Late admission of the patient who has been admitted to emergency services due to acetaminophen poisoning is related to higher levels of acetaminophen, higher hospitalization rates, and lower discharge rates. It is useful to apply more careful and concerned approach to the patients especially if they apply late, and it will contribute to the treatment of patients.

Keywords: Acetaminophen poisoning, Paracetamol intoxication, Application time.

Introduction

Poisoning has been one of the major problems affecting human health since ancient times and the frequency varies according to the cultural and socio-economic structure of societies [1]. It is known that poisonings for suicidal purposes constitute 95% of all cases of poisoning, with more frequent in women. Drugs being used for preventing ache are the leading cause of poisoning [2].

In Turkey, there are 150.000-200.000 cases of acute poisoning every year; 58.6% of them are caused by drugs [3]. In the United States, analgesics are reported to be responsible for 11.3% of the poisoning events in the 20 y data obtained from the Poison Counselling Centers [4]. It was reported that acetaminophen accounts for 47.1%, other Non-Steroidal AntiInflammatory Drugs (NSAID) account for 36.1%, salicylates account for 7.7% and opioids account for 8.4% of analgesics poisoning [5].

Acetaminophen is a pain reliever with analgesic, antipyretic and weak anti-inflammatory effects, and poisonings related with this drug are very common in our country [3]. When taken from the oral route, acetaminophen is absorbed quickly and the effect starts timely [6]. Plasma level reaches the most effective level within 30-60 min. Absorption is reduced by nutrients [7]. After one dose the analgesic effect lasts for 3-4 h. The half-life

at the usual dose is 2.4 h; it can be up to 7.3 h in overdose due to nonlinear elimination kinetics. Due to the low level of gastrointestinal toxicity, full doses can be combined with low doses of anti-inflammatory analgesics [6-8].

In this study, we aimed to investigate the relationship between epidemiological characteristics of patients, drug levels detected in acetaminophen poisoning and the course of the disease due to timing, late admission and severity of intoxication.

Material and Methods

This retrospective observational study complied with the guidelines of the Declaration of Helsinki. We reviewed the data of the patients admitted to the emergency department of Haydarpasa Numune Training and Research Hospital between Jan 2013 and Dec 2015. Because this study involved a retrospective review of existing data, specific informed consents were not obtained from the patients. However, informed consent of the risks of acute acetaminophen poisoning and all treatment modalities was obtained from all patients upon their initial admission.

All demographic, clinical and laboratory data were collected and the mortality rate was analysed. Liver enzymes, INR, platelets, venous blood gas and demographics of two groups were evaluated through the timely and late applicants. The diagnoses of acetaminophen intoxication were based on clinical, physical and laboratory examinations and confirmed by plasma acetaminophen levels (fluorescence polarization immunoassay). Patients were excluded if they were younger than 18 y or did not have detectable acetaminophen levels in the blood despite a positive history of ingestion or if they had major systemic comorbidities, such as cancer or heart, lung, renal or liver diseases.

The protocols that were used to treat patients included gastric lavage with large amounts of normal saline, which was followed by the infusion of 1 g/kg activated charcoal and 250 ml magnesium citrate through a nasogastric tube. Magnesium citrate was used to prevent constipation after the charcoal administration. The use of the N-acetyl cysteine

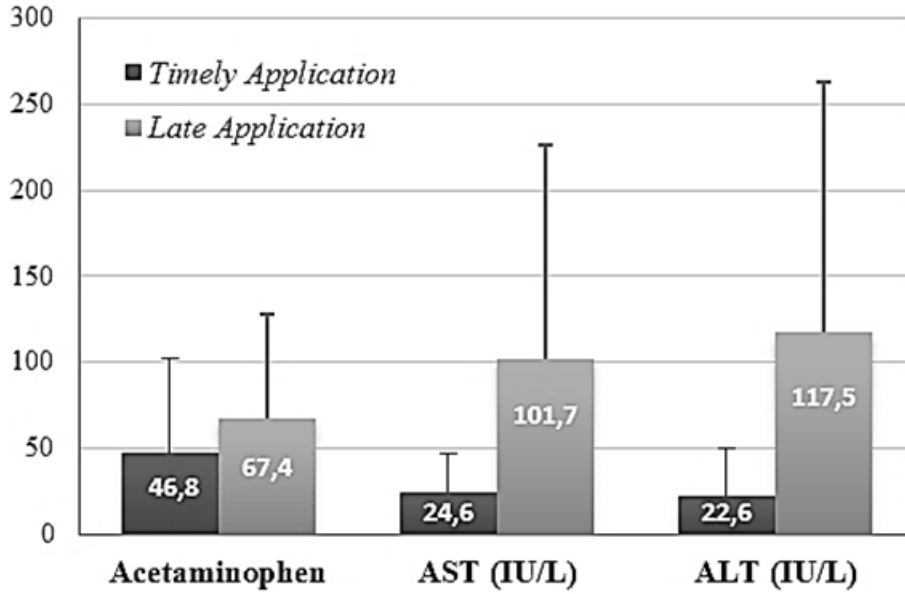
antidote was determined with toxicity estimations from the RumackMatthew nomogram for single acute acetaminophen overdose/ ingestion.

Data was analysed with Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 17. The continuous variables are expressed as means and standard deviations, and categorical variables are expressed as numbers with percentages in brackets. All data were tested for the normality of the distribution and the equality of standard deviations before the analysis. Parametric continuous data was analysed by student-T test, whereas nonparametric data were analysed by Kolmorov Similgrow test. Ki-Square test was used to analyse categorical data. $P < 0.05$ results were accepted as statistically significant.

Results

While the mean age of 142 timely applicants (TA's) (79 females/63 males) was 26.4 ± 10.1 y, the mean age of 48 late applicants (LA's) (29 females/19 males) was 24.8 ± 8.4 . There were no statistically significant differences in terms of age ($p: 0.294$) and gender ($p: 0.615$) distribution between timely admitted patients and those with late admission. The mean acetaminophen value was 46.8 ± 55.1 in TA and 67.4 ± 60.1 in LA ($p: 0.039$; $p < 0.05$). The mean Aspartate Aminotransferase (AST) level was 24.6 ± 22.2 in timely applicants while the AST level was 101.7 ± 125.9 in late applicants ($p: 0.00011$). The Alanine Aminotransferase (ALT) level was 22.6 ± 27.5 in timely applicants while it was 117.5 ± 146.8 in late applicants ($p: 0.00012$). There was no correlation among those (Figure 1).

Figure 1. Bar graph of timely and late applicants with significance.



The mean INR value was 1.11 ± 0.26 in timely applicants while it was 1.08 ± 0.13 in late applicants ($p: 0.471$). Platelet level distribution was 273.6 ± 63.6 in timely applicants while it was 279.4 ± 69.9 in late applicants ($p: 0.609$). The venous blood gas pH value of timely applicants was 7.38 ± 0.053 whereas the venous blood gas pH value was 7.37 ± 0.0518 in late applicants ($p: 0.43$). There was a positive significant correlation between acetaminophen levels and blood gas pH value ($p: 0.000001$; $r: 0.445$) (Table 1).

In the assessment among patients in terms of discharge from emergency service, the rates of discharge from emergency service in LAs (23/48; 48%) were less than those in TA's (102/142; 72%). The late applicants had statistically higher internal branch hospitalization rates ($p: 0.004$).

N-Acetyl Cysteine (NAC) treatment was applied to 102 of 142 timely applicants, while NAC treatment was applied to 35 of 48 late applicants in emergency service. There was no statistically significant difference in the onset of NAC treatment in emergency service ($p > 0.05$). Nasogastric catheter insertion and gastric lavage were applied to 114 of 142 timely applicants in emergency service, while they were applied to 23 of 48 late applicants in emergency service. Nasogastric catheter insertion and gastric lavage were found to be statistically higher in timely applicants ($p: 0.00003$).

Table-1. Test results of timely and late applicants with significance.

	Timely Application (n:142)	Late Application (n:48)	P
Age (years)	26,4±10,1	24,83±8,4	0,294
Gender (f/m)	76 / 63	29 / 19	0,615
Acetaminophen	46,8±55,1	67,4±60,1	0,039
AST (IU/L)	24,65±22,2	101,7±125	0,00011
ALT (IU/L)	22,63±27,5	117,5±146	0,00012
INR	1,11±0,26	1,08±0,13	0,471
PLT	273,6±63	279,4±69	0,609
pH	7,38±0,052	7,37±0,051	0,434

Discussion

In studies conducted, it was reported that most of the analgesic poisonings occur with acetaminophen [4]. Acetaminophen is a pain reliever with analgesic, antipyretic and weak antiinflammatory effects and is widely preferred in our country [9]. Similar to the poisoning rates in the world, this drug-related poisoning is also common in Turkey [3]. The results of this study are very valuable in terms of evaluating the epidemiological characteristics of patients in our country for acetaminophen-induced poisoning and have importance for evaluating timely and late application of acetaminophen poisoning and its course.

Acute liver failure or fulminant hepatic insufficiency is an important and serious complication of acute acetaminophen poisoning [7]. At therapeutic doses of acetaminophen, 90% is metabolized to sulphate and glucuronide conjugates in the liver and excreted into the urine [10,11]. Very little is metabolized by the cytochrome P450 CYP2E1 subtype in the liver. In this way, also known as the mixed-function oxidase

pathway, Nacetyl-p-benzoquinonimine (NAPQI), a toxic, highly reactive and electrophilic intermediate product is formed [12]. NAPQI is arylated and binds covalently to hepatocyte macromolecules, leading to oxidative damage and hepatocellular necrosis [5]. At normal doses, NAPQI rapidly converts to non-toxic cysteine and mercaptan compounds as a conjugate of hepatic glutathione and is excreted in the urine [13]. At toxic doses, when the sulphate and glucuronide pathway is saturated, it causes an increase in acetaminophen fraction, which is metabolized via the cytochrome P450 enzymes [14]. When the liver glutathione stores are reduced by 70%, NAPQI accumulates and leads to liver damage. The severity of the resulting liver necrosis depends on the activity of the glutathione stores, the cytochrome P450 system, and the glucuronization system [10,12].

Acute liver failure has a serious mortality, but the causes vary from country to country and/or time interval [6]. There are no sufficient data on the etiological studies of acute liver failure in our country. According to the study of Kayaalp et al. drugrelated conditions were shown as 19% among the reasons of adult acute liver failure in our country [15]. In our study, only 3 of 190 patients developed acute hepatic failure as a result. Our study group demonstrated acute acetaminophen poisoning as one of the reasons for acute hepatic failure in our country. However, one of the major known causes of acute hepatic failure in our country is hepatic viruses. In some studies, it appears to be an important cause of acute liver failure at 30% [16]. In our study, due to the low number of developing acute hepatic failure, it could not be found that acetaminophen intoxication causes acute hepatic failure more frequently in timely applicants and/or late applicants.

There was no difference in age distribution between acetaminophen intoxication of timely applicants and acetaminophen intoxication of late applicants in the current study. No difference was observed in gender distribution between acetaminophen intoxication of timely applicants and acetaminophen intoxication of late applicants in our study. This is an important data indicating that the distribution between the two groups is normal, and at the same time suggesting that age and gender are not important factors when applying to hospital after people attempt suicide. The idea of going to a hospital after a suicide attempt is a multifactorial process and depends on the psychological state of the person,

the suicide method and the effect of people who are in touch with. Age and gender were not found to be important factors for hospital admission time.

INR and Platelet values do not differ in timely and late application [17]. This is because of the fact that INR values begin to increase at the end of the second month in cases of acetaminophen-related intoxication [18]. Our study is based on the 4th h as a timely and late application. The application of any patients after 1st day was not registered as a late application. For this reason, the INR value was not registered into the study after 24 h. According to our study, the increases in INR levels are not expected according to this level.

The treatment decision for acute acetaminophen overdose is usually made using the Rumack-Matthew Nomogram [19]. Generally, NAC treatment should be started when the concentration of plasma acetaminophen in a blood sample taken at 4th h exceeds 150 mg/l [20]. It is not possible to start NAC therapy on time by using the Rumack-Matthew Nomogram in patients with late applications [21]. Therefore, levels of acetaminophen that have reached toxic levels as a result of late admission have a higher risk of acute hepatic failure in patients. In our study, late applicants showed significantly higher levels of AST and ALT compared to timely applicants. Plasma levels of acetaminophen in late applicant patients were also significantly higher than in timely applicant patients.

There are many reasons to be able to explain higher levels of blood plasma acetaminophen levels in late applicant patients, such as not being able to apply gastric lavage and nonactivated carbon delivery, the patient being more stable for suicide, and the longer waiting time to come to the hospital. When looked at the distribution of acetaminophen levels in late applicant patients, it was observed that blood levels were very low in the major part of the patients, while blood levels reached toxic levels in the other part. As the reason for this, it may be considered that some patients may receive low doses of acetaminophen, reflect the situation as a suicide attempt and obtain secondary gains, and be brought to the hospital with the persistence of their relatives. The patient's stability in the suicide attempt, taking more medication, staying away from medical help, not seeking for medical help and to not treating with active carbon with

gastric lavage may be considered as a reason in order to explain the high levels of acetaminophen in late applicant patients.

When the timely and late applicant patients with intoxication as a result of acetaminophen use are compared, it is observed that gastric lavage was applied more to the timely applicant patients compared to late applicant patients. Timely admission gives the opportunity to intervene in precious hours for gastric lavage. Late applicants cannot be benefited from the gastric lavage for drug elimination and they expose to drug doses that can be removed from the body. When looked at the late applicant patient group, hospital admission rates were significantly higher compared to timely applicants, and those discharged from emergency service were lower than timely applicants. A late applicant patient is faced with more risks of acetaminophen poisoning, and NAC treatment cannot be started in time, no active charcoal can be given by gastric lavage. Such situations result in more hospitalization and less discharge from the emergency service of late applicants. Despite intravenous administration of NAC treatment in emergency service in our study, no NAC-related anaphylactic reaction was observed.

Phase-1 of acetaminophen poisoning usually involves the first 24 h of symptoms [9]. Symptoms usually include nausea, vomiting, anorexia, abdominal pain, lethargy, and diaphoresis. In this stage, elevation in hepatic levels and deterioration of blood values are not expected [22]. However, according to our study, results of liver function tests in the first 24 h were significantly higher in late applicants compared to timely applicants [11]. This situation is related with late-onset NAC treatment, not being able to treat with activated carbon through gastric lavage and much higher blood plasma acetaminophen levels in late applicants [23]. Hepatotoxicity is rarely seen below 12 g and is usually found in doses above 10 g. According to the Rumack-Matthew Nomogram in phase 1, the initiation of treatment according to the 4th h is recommended; but it is clear that late application in phase 1, for example at 12 or 18 h, includes differences with timely application, and the duration of the treatment and the severity of both the treatment and the liver effects [21,24]. A statistical difference was observed in both levels of

acetaminophen and liver enzymes between the timely applicant and late applicant patients in phase-1 in our study.

Phase-2 includes the first 24-72 h in acetaminophen poisoning. Symptoms are so low as to disappear [6]. Liver enzymes, bilirubin, PTZ and INR values are at abnormal levels. Some patients complain of right upper quadrant pain, and when they have a liver biopsy, centrilobular necrosis is observed [18]. In phase-3, nausea and vomiting recur. The somnolence associated with the neurological system, confusion and even coma findings appear. At this phase hepatocellular damage is severe and liver enzymes can rise to over 10000 IU/l. Phase-4 is the recovery phase and 70% of patients with acute hepatic failure can reach to this phase [1,14,22].

Acetaminophen is a drug that can be easily accessed worldwide with sales over the counter. The fact that toxic doses of this drug are sold in a single package increases the acetaminophen-related mortality. Selling in quantities that are not toxic to adults in a single package by reducing the packet doses of this drug, at least preparing low-dose packages for sales over the counter may contribute to reducing drug-related mortality.

Conclusion

Late admission of patients who admitted to emergency services due to acetaminophen poisoning is related to higher levels of acetaminophen, higher hospitalization rates, and lower discharge rates. It is useful to apply more careful and concerned approach to the patients, especially if they apply late, and it will contribute to the treatment of patients.

References

1. Heard K, Green J. Acetylcysteine therapy for acetaminophen poisoning. *Curr Pharma Biotechnol* 2012; 13: 1917-1923.
2. Adibelli D, Olgun S. Knowledge, attitude and behavior of health college students related to drug abuse. *Ulutas Med J* 2016; 2: 90-100.
3. Oguz M, Mihciokur H. Environmental risk assessment of selected pharmaceuticals in Turkey. *Environ Toxicol Pharmacol* 2014; 38: 79-83.
4. Hodgman MJ, Garrard AR. A review of acetaminophen poisoning. *Crit Care Clin* 2012; 28: 499-516.

5. Washio M, Inoue N. The risk factors of death from the acetaminophen poisoning with antipyretic-analgesic drugs in Japan. *Fukuoka Igaku Zasshi* 1997; 88: 352-357.
6. Stevens A. Paracetamol recall: a natural experiment influencing analgesic poisoning. *Med J Aust* 2002; 176: 562.
7. Bateman DN, Dear JW. Limitations of AST/ALT ratio in paracetamol poisoning. *Clin Toxicol* 2015; 53: 580.
8. Park BK, Dear JW, Antoine DJ. Paracetamol (acetaminophen) poisoning. *BMJ Clin Evid* 2015.
9. Tsui MS. Management of acute paracetamol poisoning. *Hong Kong Med* 2015; 21: 388.
10. Serjeant L, Evans J, Sampaziotis F, Petchey WG. Haemodialysis in acute paracetamol poisoning. *BMJ Case Rep* 2017.
11. Kazemifar AM, Hajaghamohammadi AA, Samimi R, Alavi Z, Abbasi E, Asl MN. Hepatoprotective property of oral silymarin is comparable to N-acetyl cysteine in acetaminophen poisoning. *Gastroenterol Res* 2012; 5: 190-194.
12. Kalsi SS, Wood DM, Waring WS, Dargan PI. Does cytochrome P450 liver isoenzyme induction increase the risk of liver toxicity after paracetamol overdose? *Open Access Emerg Med* 2011; 3: 69-76.
13. McGill MR, Jaeschke H. Metabolism and disposition of acetaminophen: recent advances in relation to hepatotoxicity and diagnosis. *Pharma Res* 2013; 30: 2174-2187.
14. Villeneuve JP, Pichette V. Cytochrome P450 and liver diseases. *Curr Drug Metab* 2004; 5: 273-282.
15. Kayaalp C, Ersan V, Yilmaz S. Acute liver failure in Turkey: A systematic review. *Turk J Gastroenterol* 2014; 25: 35-40.
16. Özçay F, Eda Karadağ-Öncel ZB, Canan O, Moray G, Haberal M. Etiologies, outcomes, and prognostic factors of paediatric acute liver failure: A single centre's experience in Turkey. *Turk J Gastroenterol* 2016; 27: 450-457.
17. Shalansky S, Lynd L, Richardson K, Ingaszewski A, Kerr C. Risk of warfarin-related bleeding events and supratherapeutic international normalized ratios associated with complementary and alternative medicine: a longitudinal analysis. *Pharmacotherapy* 2007; 27: 1237-1247.
18. Brown D. Potentiation of warfarin by acetaminophen. *J Fam Pract* 1998; 46: 456-457.
19. Vassallo S, Khan AN, Howland MA. Use of the RumackMatthew nomogram in cases of extended-release acetaminophen toxicity. *Ann Intern Med* 1996; 125: 940.
20. Schwarz ES, Mullins ME. Introduction of an Nacetylcysteine weight-based dosing chart reduces prescription errors in the treatment of paracetamol poisoning: Reply. *Emerg Med Aust* 2013; 25: 285-286.
21. Fukumoto M. Are nomograms available for the treatment of acetaminophen poisoning? Limitation of Rumack & Matthew nomogram for evaluation of hepatotoxicity. *Japanese J Toxicol* 2010; 23: 111-115.
22. Lucyk SN, Hoffman RS, Nelson LS, Fuentes M, Tavangarian K. Challenges with AST/ALT ratio in acetaminophen poisoning. *Clin Toxicol* 2015; 53: 786.
23. Heard K, Rumack BH, Green JL, Bucher-Bartelson B, Heard S, Bronstein AC. A single-arm clinical trial of a 48 h intravenous N-acetylcysteine protocol for treatment of acetaminophen poisoning. *Clin*

Toxicol 2014; 52: 512-518.

24. White SJ, Rumack BH. The acetaminophen toxicity equations: “solutions” for acetaminophen toxicity based on the Rumack-Matthew nomogram. Ann Emerg Med 2005; 45: 563-564.

SS-81: WOLF PARKINSON WHITE SENDROMU VE ATRIAL FİBRİLASYON

Gizem Gizli, Ramazansami Aktaş, Sevdegül Karadaş, M. Furkan Arı

GİRİŞ: Wolff-Parkinson-White sendromu (WPW) nadir görülen ventriküler preeksitasyon tipidir. Bu sendrom delta dalgaları, uzamış QRS süresi, kısa PR aralığı ile karakterizedir.

Normalde kalbin fizyolojisinde atriumlar ile ventriküller elektriksel olarak neredeyse tamamen izoledir. Atriumlar ile ventriküller arasındaki elektriksel bağlantıyı atrioventriküler (AV) nod sağlar. Ancak WPW sendromu gibi pre-eksitasyon sendromuna sahip hastalarda AV nodu atlayan aksesuar yollar varlığında, atriyal fibrilasyon(AF) gelişirse, atriyal uyarılar AV nodu bypass ederek ventrikül çok hızlı uyarabilir. Bu durum ventrikül fibrilasyonuna (VF) ve ölüme yol açabilir.

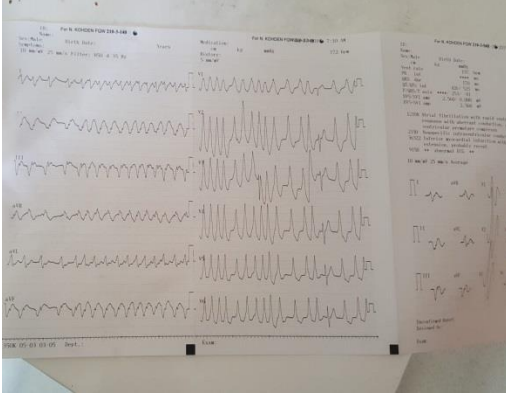
Taşiaritmilerle beraber görülen WPW sendromunda akut tedavi hastanın klinik durumuna göre değişkenlik gösterir. Tedavide hemodinamik olarak unstabil hastalara acilen senkronize kardiyoversiyon uygulanmalıdır.

Hemodinaminin stabil olduğu hastalarda öncelikli hedef ritim kontrolü ile AF' nin sonlandırılmasıdır. Bu amaçla parenteral ibutilid veya prokainamid kullanılabilir. Pre-eksite AF mevcut olduğunda, amiodaron, beta-bloker, non-dihidropiridin, kalsiyum kanal blokerleri, digoksin ve adenozin AV nodu bloke edip aksesuar yol iletimini hızlandırabileceğinden kontrendikedir.

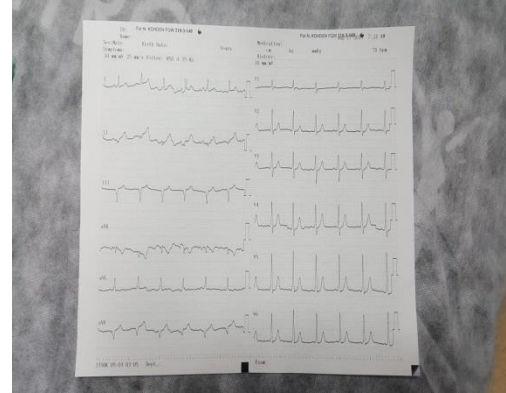
Burada WPW sendromu olan, taşikardi ve yeni AF gelişen olguyu sunduk.

OLGU: 59 yaşında erkek hasta acil servise çarpıntı ve göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastadan alınan anamneze göre son bir yıldır ara ara benzer çarpıntı ataklarının olduğunu söyledi. Hastanın başvuru anında tansiyon arteriyel 90/60 mmHg, ateş 37°C, oksijen saturasyonu %98 ve nabız 180-200 atım/dk idi. Fizik muayenede kalp taşikardik idi. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Çekilen elektrokardiogramda (EKG) yüksek ventrikül hızlı ve düzensiz geniş QRS kompleksli taşikardisi mevcut idi (şekil-1).

Hastaya damar yolu açıldı ve monitörize edildi. 150 joule ile senkronize kardiyoversiyon uygulandı. Sonrasında kaydedilen EKG'de WPW sendromunda tipik görülen kısa PR aralığı ve QRS kompleksine düzensiz geçiş (delta dalgaları) bariz olarak tespit görüldü (şekil-2). Daha sonra takip ve tedavi amaçlı kardiyoloji bölümü ile konsülte edilen hasta, hospitalize edildi.



Şekil-1



Şekil-2

SONUÇ: Yapılan çalışmalarda WPW sendromlu hastalarda paroksizmal AF'nin görülme sıklığının % 10 ile %38 arasında olduğu bildirilmiştir. WPW sendromunda atriyal fibrilasyon gelişirse, aksesuar yol sayesinde AV düğümü pas geçen atriyal uyarılar ventrikülü çok hızlı uyarıp, ventrikül fibrilasyonuna ve ölüme yol açabilir.

Sonuç olarak düzensiz ve geniş kompleksli taşikardisi olan hastalarda pre-eksitasyon sendromları hatırlanmalı ve hemodinamik olarak unstabil hastalarda zaman kaybetmeden kardiyoversiyon uygulanmalıdır. Bu durumların hayati tehdit edici bir aritmi olduğu unutulmamalıdır.

SS-82: ÇOCUKLARDA İNFLUENZA TANISINDA PLATELET İNDEKSLERİ VE İMMATÜR GRANÜLOSİT ORANLARININ TANISAL ROLÜ

Yeter Düzenli Kar

Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniği,
Erzurum, Türkiye

AMAÇ: İnfluenza, alt ve üst solunum sistemini etkileyebilen akut bir solunum yolu enfeksiyonudur. Etkeni, influenza A, B ve C influenza virüsleridir. Ilıman iklim kuşağında bulunan ülkelerde kış mevsiminde salgınlar meydana getirir. Çocuklarda klinik bulgular çok değişkendir, bazı olgularda ölümcül seyredebilir. Hastaneye yatırılan çocukların çoğu 2 yaş altındadır. Tanıda en değerli yöntem Real Time-PCR'dır. İmmatür granülosit sayısı, platelet indeksleri (PDW, MPV, PCT, P-LRC), nötrofil/lenfosit oranı (NLR), platelet/lenfosit oranı (PLR), tam kan sayımı cihazlarında kolaylıkla elde edilebilen ve ciddi bakteriyel enfeksiyonların erken dönem göstergesi olarak kullanılmaktadır. Viral enfeksiyonlar sırasında immatür granülosit sayısını değerlendiren az sayıda çalışma mevcuttur. Çalışmamızda, influenza enfeksiyonunda platelet indeksleri, nötrofil/lenfosit oranı, platelet/lenfosit oranı, immatüre granülosit sayısı gibi inflamatuvar belirteçlerin nasıl etkilendikleri araştırılmıştır.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya Eylül 2018-Mart 2019 tarihleri arasında Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne akut solunum sistemi enfeksiyonu nedeniyle yatırılan ve nazal sürüntü örneklerinde RT-PCR ile H3N2 tanısı konulan 31 çocuk hasta ve sağlıklı çocuk izlemi için Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran 32 sağlıklı çocuktan oluşan kontrol grubu alındı. Hastaların dosya bilgilerinden retrospektif olarak yaşları, cinsiyetleri, hemoglobin, MCV, RDW, platelet sayısı, PDW, MPV, PCT, P-LRC, absolü lenfosit sayısı, absolü nörofil sayısı, PLR, NLR, immatüre granülosit sayıları kayıt edildi.

BULGULAR: İnfluenza tanılı hastaların 16'sı erkek, 15'i kız cinsiyette, kontrol grubunun 14'ü erkek, 18'i kız cinsiyette idi. Her iki grup arasında yaş ve cinsiyet

açısından anlamlı fark tespit edilmedi. İnfluenza tanılı hastalarda kontrol grubuna göre hemoglobin, RBC, absolü lenfosit sayısı anlamlı derecede düşük saptanırken, influenza tanılı hastalarda RDW, nötrofil/lenfosit oranı ve immatür granülosit sayısı istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,05$) (Tablo 1).

TARTIŞMA: İnfluenza enfeksiyonu, özellikle 2 yaş altında, eşlik eden kardiyovasküler sistem, akciğer hastalıkları ve immun yetmezlik sendromları gibi altta yatan kronik hastalığı olanlarda ölümcül seyredebilmektedir. İmmatüre granülosit sayısı sadece ciddi bakteriyel enfeksiyonlarda değil, viral enfeksiyonlarda da artmaktadır. İmmatür granülosit sayısı, viral hastalıklarda da prognozun belirlenmesinde yol gösterici inflamasyon markerı olarak kullanılabilir.

Tablo 1: influenza A tanılı ve sağlıklı kontrol grubunun laboratuvar verilerinin karşılaştırılması

<i>Hematolojik parametreler</i>	<i>İnfluenza tanılı hastalar</i>	<i>Sağlıklı kontrol grubu</i>	<i>P değeri</i>
<i>Yaş (yıl) (median (min-max))</i>	2,5(2ay-16 yaş)	2,87(0,4-13)	0,596
<i>Hemoglobin(median (min-max))</i>	12,1(5,4-14,9)	13,4(11,1-15,5)	0,004
<i>RBC(median (min-max))</i>	4,6(2,8-5,33)	4,86(3,88-5,6)	0,002
<i>MCV(median (min-max))</i>	80,6(53-104)	79(71,1-97,3)	0,433
<i>RDW(median (min-max))</i>	14,1(9,7-32)	13,1(11,9-17,9)	0,013
<i>Platelet sayısı (ortalama±SD)</i>	316000±133019	343531±81305	0,324
<i>MPV(median (min-max))</i>	9(8-12,4)	9,4(7,9-11,7)	0,874
<i>PDW(median (min-max))</i>	99((7,8-17,1)	9,9(7,1-15,7)	0,762
<i>PCT (ortalama±SD)</i>	0,30±0,12	0,32±0,076	0,382
<i>P-LRC(median (min-max))</i>	16,9(10,3-42,9)	19,5(7,8-38,7)	0,956
<i>Beyaz Küre sayısı(median (min-max))</i>	7740(2770-2130)	8315(4200-11530)	0,368
<i>Absolü nötrofil sayısı(median (min-max))</i>	3440(210-14270)	2810(1130-5780)	0,122
<i>Absolü lenfosit sayısı(median (min-max))</i>	2530(510-7550)	4335(1620-7310)	0,006
<i>PLR(median (median (min-max))</i>	106(37-529,4)	86,25(37,06-164,8)	0,083

<i>NLR(median (min-max))</i>	<i>1,07(0,09-15,61)</i>	<i>0,81(0,17-2,04)</i>	<i>0,015</i>
<i>İmmatür granülosit sayısı(median (min-max))</i>	<i>30(0-210)</i>	<i>20(0-160)</i>	<i>0,043</i>

SD, standart derivasyon; RBC, Red blood cell; MPV, mean platelet volume; PDW, platelet distribution width; PCT, platelecrit; MCV, mean korpuskuler volume; P-LRC, Platelet large cell ratio; NLR, nötrofil-lenfosit oranı; PLR, platelet-lenfosit oranı

SS-83: YILAN ISIRMASI SONRASI GELİŞEN AKUT DİC OLGUSU VE YILAN ISIRMALARINA YAKLAŞIM

İlyas ÖZTÜRK¹, Hasan ÖZTİN²

¹T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Erzurum

² T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri, Erzurum

GİRİŞ: Yılan ısırıkları özellikle kırsal kesimde yaz aylarında karşılaşılabilen bir durumdur. Genelde lokal deri bulguları ve sınırlı hematolojik bozuklular gözlenirse de nadiren Akut DİC (Dissemine İntravasküler Koagülasyon), Rabdomiyoliz, ATN (Akut Tubuler Nekroz) ve ABY (Akut Böbrek Yetersizliği) gelişen vakalar bildirilmiştir. Toksinin şiddetine bağlı olarak hastada lokal ve sistemik belirtiler ortaya çıkabilir. Lokal bulgular; ödem, hematom, gangrenöz lezyonlardır. Sistemik bulgular ise ateş, bulantı, kusma, dolaşım kollapsı, hafif sarılık, deliryum, konvulziyon, koma gözlenebilir. Ölüm 6 ila 48 saat içinde sekonder enfeksiyonlar, DİC, nörotoksisite, ABY, kafa içi kanama sebebiyle meydana gelebilir. Ayrıca ilerleyici anemi, lökositoz, trombositopeni, hipofibrinojenemi, koagülasyon testlerinde bozukluk, proteinüri, azotemi bildirilmektedir. Biz de burada yılan ısırmasına sonrası gelişen Akut DİC olgusunu sunduk.

OLGU: 41 yaşında bayan hasta, bilinen sistemik hastalık öyküsü yokmuş. Sol ayak aşıl tendonu medialinden yılan ısırması sonucu acil servise başvurmuş. Acil serviste yapılan fizik muayenesinde TA:80/40 mmHg (brakial), nabız:113 dk/radial ritmik, Ateş:37,7 °C olarak ölçüldü. Dişeti kanaması mevcuttu. Sol ayak aşıl tendonu medialinde yılan ısırığına bağlı 4*3 cm ebatlı nekrotik yara mevcuttu. Sol ayak ve ayak bileğinde ısı artışı ve ödem mevcuttu. Sol ayakta dorsalis pedis nabızı alınmakta, tibialis posterior nabızı alınamıyordu. Dopler USG’de trifazik akım alınmaktaydı. Bakılan tetkiklerinde; WBC:19.000/mm³, Hmg:9.6 g/dl, PLT:25.000, LDH:583 U/l, T.Bil:4 mg/dl, İ.Bil:3.6 mg/dl, aPTT:140 sn, PTZ:190 sn, INR:16.89, Fibrinojen:63 mg/dl olarak tesbit edildi.

Periferik kan yaymasında şistositoz gözlemlendi. Acil serviste Ortopedi ve KDC klinikleri tarafından da değerlendirilen hastada kompartman sendromu düşünülmedi. Mevcut bulgular ışığında hastada Akut DİC düşünülerek hastanın Yoğunbakım Kliniğimize yatırıldı. Hastaya Anti-Venom, Taze Donmuş Plazma, Gentamisin, Nidazol, Kristalise Penisilin, DMAH, Avil amp, iv hidrasyon, Rheomacrodex, Papaverin tedavisi başlandı. Tetanoz profilaksisi yapıldı. Takiplerinde kompartman sendromu gelişmedi. Tedavinin 7.gününde kan değerleri tamamen normale geldi ve 10.günün sonunda hasta kontrole gelmek üzere şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Yılan ısırması ile başvuran hastada öncelikle yılanın zehirli olup olmadığı sorgulanmalıdır. Ayrıntılı sistemik fizik muayene sonrası oluşabilecek komplikasyonları tespit etmek için BUN, Kreatin, ALT, AST, Glukoz, elektrolitler, idrar incelemesi çalışılmalıdır. Ayrıca koagülasyon sistemi bozuklukları ve özellikle DİC açısından belli aralıklarla tetkikler değerlendirilmelidir. 50 yaş üzeri her hastaya EKG ve eğer solunum fonksiyon bozukluğu bulguları varsa arteriyel kan gazı değerlendirilmelidir. Tedavide ilk basamak yılanın zehirli olup olmadığı belirlenmesidir. Öncelikle hastanın hareketleri kısıtlanmalıdır. Aşırı hareketin kısıtlanması ile sistemik dolaşıma toksinin fazla geçmesinin önüne geçilir, ve komplikasyonların bir kısmı önlenmiş olur. Tedavide ekstremitedeki ödem derecesi değerlendirilir ve oluşan komplikasyonlara göre önlem ve tedavilere başlanır. Solunum ve dolaşım sistemi ile ilgili bozukluklar düzeltildikten sonra her hastaya rutin tetanoz profilaksisi, lokal yara bakımı ve pansumanı, sistemik bulgulara göre yılan antiserumu uygulanır. Bilinç bozukluğu, nörotoksikite, anormal EKG; hipotansiyon ve şok, hematolojik komplikasyonlar ve DİC, rabdomiyoliz, üremi, anüri, oligüri ve böbrek yetmezliği bulgularının herhangi birinin varlığında anti-venom tedavisi önerilmektedir. Antivenom verilirken akut alerjik reaksiyon gelişimi yönünden dikkatli olunmalıdır. Yılan ısırmasında rutin olarak geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı genellikle önerilmektedir. Günümüzde yılan ısırması anında, lokal yara yerinin kesilerek emilmesi, lokal buz uygulanması kabul görmemektedir. Gelişen zehirlenme belirtilerini maskeleyeceğinden alkol, sedatifler, aspirin ve nonsteroid antiinflatuar ilaçlar kullanılmamalıdır. Yılan zehiri daha çok lenfatik sistem ile yayıldığı için arterial dolaşımı engelleyecek sıkı bandajlar yerine, 5-10 cm'lik elastik bandajlar ile kompresyon

uygulanmalı, ekstremiteler hareketsiz tutulmalıdır. Eğer ekstremitelerde lokal bulgular varsa buna yönelik tedavi yapılmalıdır. Ekstremitelerde artan şişlik ve ağrıya karşı, ekstremitedeki pasif germe egzersizleri ile ağrı ve kompartman sendromu gelişmesi önlenmeye çalışılmalıdır. Doku ödemi olan her hastanın ısırılan bölgesi atele alınarak kalp seviyesinde tutulmalı ve immobilize edilmelidir. Yara bölgesi her gün kontrol edilmeli, yara bakımı ve bül, abse, nekroz veya kompartman sendromu gelişimi açısından kontrol edilmelidir. Yılan ısırması nedeniyle acil servislere başvuran hastalar hiçbir klinik zehirlenme bulgusu olmasa dahi acil serviste 24 saat gözlem altında tutulmalıdır. Bulgusu olan hastalar yatırılarak yakın takip edilmelidir.

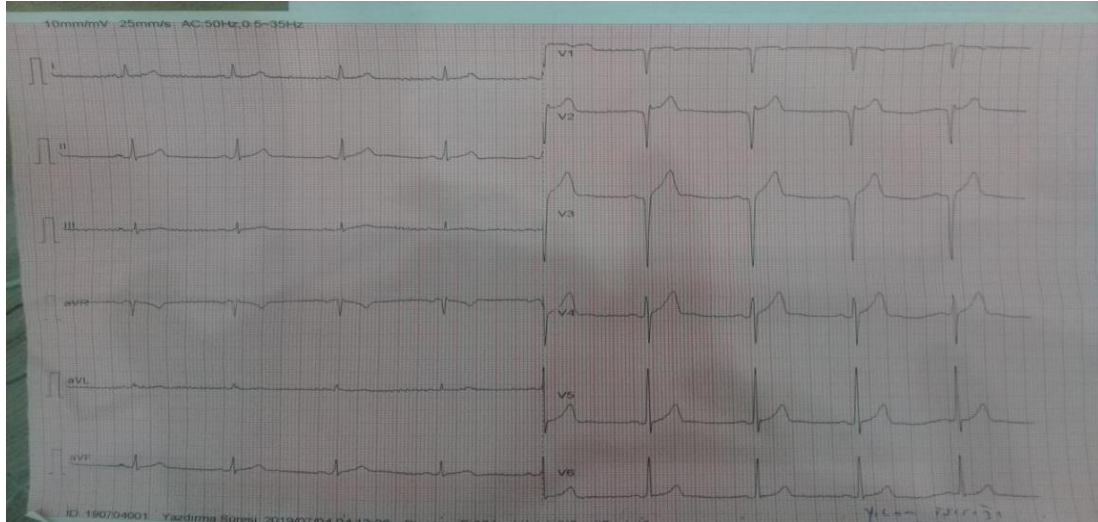
SS-84: YILAN SOKMASI SONRASI EKG DEĞİŞİKLİĞİ

Levent ŞAHİN¹, Turgut DOLANBAY¹

¹Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, KARS

GİRİŞ: Yılan zehri, içerdği toksinin şiddetine göre insanda lokal ve sistemik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olur. Yılan toksinlerinin nörotoksik, nefrotoksik, myotoksik, kardiyotoksik, koagülopati, vasküler endotel hasarı ve lokal reaksiyon etkileri vardır(1). Bu olguda yılan zehrinin hastada kardiyak değişiklik yaptığını vurguladık.

OLGU: 20 yaşındaki erkek hasta dağda gezerken ayağının iç malleol kısmından yılan tarafından ısırılıyor. Acil servisimize başvuran hastanın bilinci açık, koopere ve ağrıya bağlı ajite idi. Fizik muayenede; tansiyon arteriyel: 128/66 mmHg, nabız: 82 /dakika ve ateş: 36.2C idi. Isırık bölgesinde ödem ve ekimoz vardı. Yara yeri temizlendi, tetanoz aşısı yapıldı, ağrısı için analjezi verildikten sonra yılan antivenomu uygulandı. Laboratuvar tetkiklerinde anlamlı bir sonuç yoktu. Dahiliye servisine yatırışı yapılan hasta 2 gün yatırışı sonrası taburcu edilmiş.



TARTIŞMA: Tüm Dünyada bilinen 3500 yılan türünün onda biri zehirlidir(2). Yılan ısırıklarında, ısırık bölgesinde ilk 2 saat içinde dokularda iskemik hasar başlar.

Ölüm, 6 ile 48 saat içinde dissemine intravasküler koagülasyon (DİC), nörotoksisite, akut böbrek yetmezliği, intrakranial ve pulmoner kanama nedenleri ile oluşabilir(3)

Tedavide lokal yara bakımı, tetanoz ve yılan antivenomu uygulanır. Yılan ısırıklarında antivenom uygulaması her hastaya uygulanmaz. Ekstremitelerde ödem artışı olursa, şok, nörotoksik bulgu, hematüri, gastrointestinal kanama olan hastalara önerilmektedir(4) Kardiyak değişiklikler nadir görüldüğü için yapılan olgu ve makale çalışmaları sınırlı sayıdadır. Monika Maheshwari ve SR Mittal'in olgu sunumunda 47 yaşında çiftçiye yılan sokması sonucunda EKG 'de dII, dIII, aVF de ST elevasyonu görülmüştür(5). Bizim olgumuzda da EKG 'de V2 V3'de 2mm ST elevasyonu mevcut olup, troponin negatifti.

SONUÇ: Yılan zehiri toksini kalpte de iskemiye yol açması son derece önemlidir. Acil servise başvuran yılan,akrep ve zehirli böcek ısırıklarında kardiyak takip yapılmalıdır.

SS-85: YÜKSEK VÜCUT KİTLE ENDEKSİ’NİN RADIUS DİSTAL UÇ KIRIKLARI CİDDİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Öğretim Üyesi Gökhan Ragıp Ulusoy, Dr. Öğrt.Üyesi Üyesi Levent Şahin

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Kars,
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kars, Türkiye

Özet

AMAÇ: Bu çalışmada, yüksek vücut kitle endeksinin, distal radius kırıkları oluşumu esnasında kırığın ciddiyetini arttırıp arttırmadığını görmeyi amaçladık.

MATERYAL VE METOT: Retrospektif kesitsel planlanan bu çalışmada 01.09.2018 ile 01.09.2019 tarihleri arasında toplam 48 radius distal uç kırıklı hasta incelendi, kriterlere uygun 25 hasta çalışmaya dahil edildi. Bireylerin demografik bilgileri başvuru esnasında not edildi. Vücut kitle endeksi hesaplaması için bireylerin boy ve kilo değerleri kullanıldı. İlk başvuruda çekilen direk grafiler ortopedi uzmanı tarafından değerlendirildi. Kırıklar AO/ASIF sınıflandırması kullanılarak basit (kapalı, ekstraartiküler) ve komplike kırıklar (intraartiküler, açık) olarak 2 gruba ayrıldı. Yüksek vücut kitle endeksi ve kırık tipi arasındaki ilişki Pearson Ki-Kare testi ile değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmamızda boy, kilo verilerine ulaşılabilen toplam 32 hasta çalışmaya dahil edilmiş olup hastaları %40,6’sı erkek (n=13), %59,4’ü kadındır (n=19). Hastaların yaş ortalaması $54,38 \pm 19,2$ olarak tespit edildi. Vücut kitle indeksi ortalaması $26,6 \pm 4,1$ idi. Yapılan istatistiksel analizde kırık tipi ile BMI arasında $p < 0,05$ olup anlamlı olup, BMI artması ile kırık tipinin kompleks olarak görülme oranı Pearson Ki-kare testine göre anlamlı tespit edilmiştir. Cinsiyet ile kırık tipleri karşılaştırılmasında $p > 0,05$ olup, anlamlı istatistiksel sonuç bulunamamıştır.

TARTIŞMA: Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre BMI'i 18.5–24.9 arası normal sınırlarda kabul edilmiştir. BMI'i 25-29.9 arası fazla kilolu, BMI $\geq$ 30 ise obez olarak kabul edilmiştir (1).Yaş ortalamamız literatürle uyumlu çıkmıştır(2). Kilo ve boy indeksinin kas iskelet sistemi üzerine etkileri ile çeşitli bilimsel çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda radius distal uç kırıklarının yüksek vücut kilo indeksi ile ilişkisini inceledik. Obezitenin, yetişkin ayak bileği ve pediatrik suprakondiler humerus kırıklarında, kırık ciddiyetini arttırma yönünde bir etkisi olduğu bilinmektedir(4). Obezitenin, yüksekte düşmeye bağlı distal radius kırılma komplikasyonunu artırdığı dair bir çalışma yapılmıştır(5). Bizim çalışmamızdada literatür ile uyumlu olduğu tespit edildi. Yine farklı bir çalışmada ise obesite ile radius fraktürlerinin kompleks ve non kompleks fraktür arasında bir ilişki bulunamadığı tespit edilmiş olup mevcut sonucun yüksek enerjili travma maruziyetine bağlı olduğunu belirtmişlerdir(3). Bu çalışmanın sonucuna göre, yüksek vücut kitle endeksine(25>) sahip bireylerde complex kırık oluşma oranı yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak hekimler acil serviste radius distal uç kırıklarında BMI'i yüksek olan hastalarda daha hassas olmalarını, travma bölgesinde kompleks fraktür olabileceğini unutmamalıdır. Ayrıca dünya genelini ilgilendiren, bir halk sağlığı sorunu olup ve birçok rahatsızlığında başlıca nedeni olan obezite ile müdahale programlarının daha etkin yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Radius distal uç, Kırık, Vücut kitle indeksi

KAYNAKLAR:

1. Ebinger T, Koehler DM, Dolan LA, McDonald K, Shah AS. Obesity increases complexity of distal radius fracture in fall from standing height. *J Orthop Trauma* 2016 Aug;30(8):450-5
2. Montague MD, Lewis JT, Moushmoush O, Ryu J. Distal radius fractures: Does obesity affect fracture pattern, treatment and functional outcomes? *Hand(NY)* 2019 May;14(3):398-401
3. Acosta-Olivo C, Gonzales-Saldivar JC, Villarreal-Villarreal G, et al. Correlation between obesity and severity of distal radius fractures. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2017 Apr;103(2):199-202

4. King CM, Hamilton GA, Cobb M, et al. Association between ankle fractures and obesity. *J Foot Ankle Surg.* 2012;51:543–547.
5. Thomas Ebinger et al. Obesity Increases Complexity of Distal Radius Fracture in Fall From Standing Height. *Obesity and Distal Radius Fractures, J Orthop Trauma.* Volume 30, Number 8, August 2016.

SS-86: ZOR HAVA YOLU, ZOR MASKE, ZOR ENTÜBASYON : VIDEOLARİNGOSKOPI EŞLİĞİNDE 3 VAKA

İbrahim Hakkı Tör¹

1.Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Videolaringoskopi eşliğinde yapılan entübasyon tahmin edilen veya tahmin edimeyen zor hava yolu yönetiminde anesteziyoloji, acil servis ve yoğun bakım doktorlarının ilk olarak başvurdukları yöntem olmuştur. Bu sunumda kliniğimizde karşılaştığımız zor hava yolu olan 3 olgudaki videolaringoskopi eşliğinde entübasyon deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık. **Olgu 1:** 58 yaşında, kadın, 150cm boyunda, 61kg ağırlığında mallampati 4, tiromental mesafesi 6cm, ağız açıklığı 2,5 cm, baş boyun muayenesinde fleksiyon ve ektansiyon kaybı yok. Hastanın sağ çeneden yumuşak doku tümörü nedeniyle operasyon sonrası kontraktür gelişiyor, koltuk altı LAP nedeniyle eksizyonel biyopsi yapılacak, hasta rejyonel anesteziyi kabul etmedi. Hastanın hava yoluna uyanırken bronkoskopi bakıldı, sedasyon sağlandıktan sonra airway aracılığıyla havalanma sorunu yaşamadığı gözlemlendikten sonra, genel anestezi verilip video laringoskopi ile entübasyonu sağlandı. **Olgu 2:** 88 yaşında erkek hasta mide perforasyonu nedeniyle acil operasyon planlandı. Hastanın mallampati 4, tiromental mesafesi 6,5 cm. 1 mg midazolam, 50mcg fentanil, 100mg propofol, 40 mg rokurontum ile anestezi sağlandı, havalandırmaya çalışılınca yüz yapısı ve sakalları nedeniyle maske yüzüne oturmuyor ve yeterli geri dönüş sağlanamıyordu, maske ve balon ayrı ayrı kişilerce kullanılıp havalandırılabilirdi. Hasta başarı ile oral videolaringoskopi ile entübasyon uygulandı. **Olgu 3:** 25 yaşında, 85 kg ağırlığında, 175 cm uzunluğunda erkek hasta. mallampati 3, tiromental mesafesi > 6,5 cm, baş boyun muayenesinde fleksiyon ve ektansiyon kaybı yok. Hastanın sert ve yumuşak damağın bir kısmında arkaya yaslanan fakat havayolunu kapatmayan kitle mevcuttu. Kbb kliniği eşliğinde bronkoskop kamerası ile bakıldı, havayolunu engelleyen kitle olmadığı için videolaringoskopi ile kontrollü nazal entübasyon düşünüldü. Bilateral burun delikleri nazal airway ile jellenip genişletildi. 2 mg midazolam, 100mcg fentanil, 150mg propofol, 50 mg rokurontum ile anestezi sağlandı. Videolaringoskopi eşliğinde başarılı nazal entübasyon yapıldı.

SONUÇ: Anesteziye bağlı önemli bir morbidite ve mortalite nedenlerinden biri zor entübasyondur. Bu komplikasyonların önüne geçmek yada en aza indirmek için zor entübasyon yönetim klavuzları hazırlamışlardır. Yine bu amaçla zor entübasyonları kolaylaştırmak için video asiste aletler geliştirilmiştir(1). Videolaringoskoplar fiberoptik bronkoskoplara alternatif olarak zor havayolu beklenen vakaların havayolu yönetiminde larengoskopiye kolaylaştırdıkları için sıklıkla kullanılmaktadır(2). Kliniğimizde videolaringoskopi artık rutin olarak kullanılmakta ve uygulama tecrübemiz nedeniyle bu hastalarda, fiber optik bronkoskop yerine C-Mac videolaringoskop kullanmayı tercih ettik.

KAYNAKLAR:

1. Jungbauer A, Schumann M, Brunkhorst V, Börgers A, Groeben H. Expected difficult tracheal intubation: a prospective comparison of direct laryngoscopy and video laryngoscopy in 200 patients. *Br J Anaesth.* 2009 Apr; 102(4): 546-550.
2. Özkan A S , Akbaş S, Yalın M R, Özdemir E. Seckel Sendromlu Hastada C-Mac Videolaringoskop ile Nazotrakeal Entübasyon Nasotracheal Intubation by C-Mac Videolaryngoscope in a Patient with Seckel Syndrome; *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, Eylül 2017; Cilt 22, Sayı 3

SS-87: ADÖLESAN YAŞTA KRONİK HEMOPTİZİ AYRCI TANISINDA YABANCI CİSİM ASPIRASYONU-OLGU SUNUMU

Emine Hafize Erdeniz¹, Buğra Kerget²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Erzurum

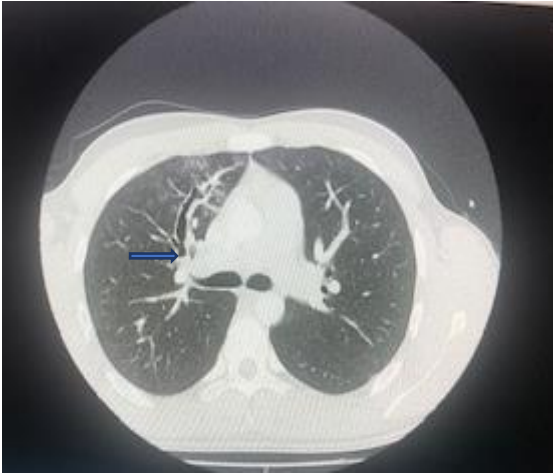
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Erzurum

GİRİŞ: Yabancı cisim aspirasyonu nefes alma esnasında ağız yada burun yolu ile alınan bir cismin trakeobronşial sisteme kaçmasıdır. Olguların çoğu 1-3 yaş arası çocuklarda görülür ve bu yaş grubu ölümlerin %7'sinden sorumludur. Eğer YCA'nun tanısı erken dönemde konulamaz ise tekrarlayan pnömoni, bronşiektazi gibi komplikasyonlar görülür. Adölesan yaşta hemoptizi şikayeti ile başvuran ve yabancı cisim çıkarılan olgu sunuldu.

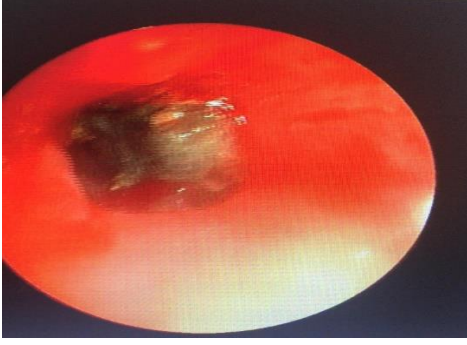
Olgu Sunumu: On yedi yaşında erkek olgu 4-5 yıldır olan öksürük sonrası kanlı balgam şikayeti ile başvurdu. Nefes darlığı veya göğüs ağrısı bulunmayan hastanın ateş ya da gece terleme semptomu yoktu. Kendisinde veya yakınlarında tüberküloz öyküsü yoktu. Hasta hemoptizi etyolojisi araştırılmak üzere yatırıldı. Yapılan fizik muayenede göğüs duvarında inspeksiyonda patoloji görülmedi, dinlemekle sağ alt zonda krepitan ral ve ronküs duyuldu ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemelerinde beyaz küre 11360/μL, nötrofil 7660/μL, C-reaktif protein 12 mg/L (normali<5 mg/L), karaciğer ve böbrek fonksiyonları normaldi. Akciğer grafisinde sağ akciğer hiler bölgede konsolide alanlar görüldü (Resim 1). Hastaya pnömoni tanısı ile Ampislin/sülbaktam başlandı. Bir adet BCG aşı skarı olan hastanın ppd:10 mm ölçüldü, interferon gamma salınım testi negatif saptandı. Balgam ARB negatif sonuçlandı. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide yabancı cisim açısından şüpheli görünüm saptandı (Resim 2). Hastaya bronkoskopi yapıldı ve odunsu yabancı cisim çıkarıldı (Resim 3). Biyopsisi kalsifiye yabancı cisim olarak raporlandı. Kontrol bronkoskopi yapıldı ve yabancı cismin çıkarıldığı yerde doku defekti saptandı (Resim 4). Hastanın hemoptizisi bronkoskopi sonrası tekrarlamadı. Hasta şifa ile taburcu edildi.



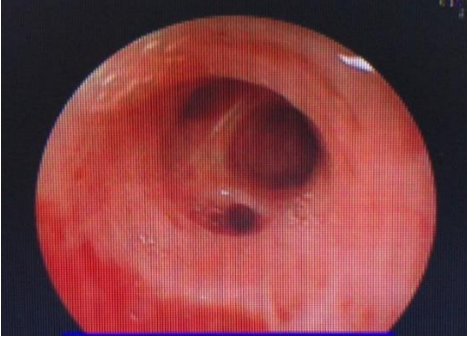
Resim 1. Akciğer grafisinde sağ akciğer hiler bölgede konsolide alanlar görüldü



Resim 2. Toraks bilgisayarlı tomografide yabancı cisim açısından şüpheli görünüm saptandı.



Resim 3. Bronkoskopide çıkarılan odunsu yabancı cisim.



Resim 4. Kontrol bronkoskopi görüntüsü

TARTIŞMA: Yabancı cisim aspirasyonları küçük çocuklarda asfiksiye yol açarak yaşamı tehdit eden solunum acilleridir. Nadiren inflamasyon ve granülasyona neden olarak yıllar sonra ortaya çıkabilir. Hemoptizi varsa kenarları sivri yabancı cisim bronşu zedeliyor olabilir ya da enfeksiyona bağlı olarak parankim içerisinde vasküler hasar meydana gelmiş olabilir. Bizim olgumuzda adölesan yaşta uzun süredir olan hemoptizi şikayeti ile başvurdu. Yabancı cisim aspirasyon öyküsü olmayan hastada tomografide şüpheli alan görüldü ve bronkoskopi ile tanı konulup cisim çıkartıldı. Nadir de olsa adölesan ve erişkinlerde de yabancı cisim aspirasyonu akılda tutulması amacıyla olgu sunuldu.

KAYNAKLAR:

1. Gürsu S, Sırmalı M, Gezer S, Fındık G, Türüt H, Aydın E, et al. Tracheobronchial foreign body aspirations in adults. *Türk Gogus Kalp Dama* 2006;14:038-041
2. Liman ŞT, Eliçora A, Topçu S. Foreign Body Aspirations And Esophageal Foreign Bodies. <https://www.toraks.org.tr/Download.aspx?book=1307>
3. Z. İlçe. Tracheobronchial Foreign Body Aspiration In Children. *Medical Journal of Kocaeli* 2012;2: 47-54
4. Balcı G, Mertoğlu A, Taymaz Z, Gündüz G. Geç Farkedilen İki Yabancı Cisim Aspirasyonu Olgusu. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 2016; 30 (1): 41-7.

SS-88: ATİPİK PREZETASYON İLE BAŞVURAN KKKA OLGUSU

Emine Hafize Erdeniz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Erzurum

GİRİŞ: Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), arbovirüs olan KKKA virüsü ile oluşan kene kaynaklı bir hastalıktır. Ani başlayan ateş, baş ağrısı, yaygın kas ağrısı, halsizlik ve iştahsızlık şikayetleri görülür. Hastalığın seyri esnasında çoklu organ yetmezliği ve DİK ölümün başlıca nedenleridir Nadiren de olsa hemodiyaliz gerektirecek derecede akut böbrek yetmezliği gelişebilir. Olgumuz ishal kusma şikayeti ile başvurdu. Trombositopeni ve kreatinin yüksekliği olan hastada KKKA pozitif saptandı ve nadir bir prezentasyon olması sebebiyle olgu sunuldu.

Olgu: On beş yaşında erkek hasta, hastaneye yatışından beş gün önce başlayan ateş, ishal ve kusma şikâyetleri dış merkeze başvurmuş, burada besin intoksikasyonu düşünülerek takip edilmiş. Ancak hastanın genel durumunda bozulma, halsizlik, iştahsızlık olması üzerine hastanemize başvurdu. Başvurusunda genel durumu kötü, düşkün, ateşi 38,5 °C, turgor tonusu azalmış, dinlemekle ral veya ronküs yok, batında yaygın hassasiyet var, defans ve rebound yok, ciltte peteşial döküntüleri mevcut ve konjunktivaları hiperemikti. Hastanın laboratuvar bulgularında lökosit 3,21/mm³, nötrofil 2,16/mm³, lenfosit 0,9/mm³, hemoglobin 19,2 g/dl, trombosit 17.000/mm³, C- reaktif protein (CRP) 23,7 mg/dl (normal 0-5 mg/dl), glukoz 153 mg/d, BUN 125 mg/d, kreatinin 1,88 mg/d, ALT 352 U/L, AST 913 U/L, LDH 1995 U/L, sodyum 131 mmol, CK 1505 U/L, APTT 34,8 sn, İNR 1.05, tam idrar tetkikinde proteinüri saptandı. Gayta mikroskopik incelemesinde lökosit yok, bol eritrosit vardı. Hasta akut gastroenterit, prerenal böbrek yetmezliği ve trombositopeni etyoloji araştırılmak üzere yatırıldı. Brusella tetkiki ve viral seroloji gönderildi. Periferik yaymasında hemoliz bulgusuna rastlanmadı. Hastada kene temas öyküsü yoktu. Ancak endemik bölgeden gelen ve çiftçilik yapan hastada KKKA ayırıcı

tanısı için KKKA PCR çalışıldı ve pozitif saptandı. Hasta sıvı elektrolit desteği verildi, ribavarin başlandı. İzlemlerde İNR artan hastaya taze donmuş plazma desteği verildi. Serviste takibinde ağızdan ve burundan kanaması oldu. İzleminde 3. gün ateşi düştü trombositleri kademeli olarak arttı (Tablo 1). BUN ve kreatinin düzeyleri gerileyen hastanın 5. gün iştahsızlığı azaldı. Tedavisinin 10 gününde klinik ve laboratuvar bulguları düzelen hasta öneriler ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) bölgemizde endemik olarak görülmektedir. En sık başvuru şikayeti ateş, halsizlik olmakla birlikte farklı şekillerde de prezente olabilir. Olgumuz trombositopeni ve prerenal böbrek yetmezliği tablosu ile başvurmuştu. Nadir olması ve KKKA'nın ayırıcı tanıda akılda tutulması amacıyla olgu sunuldu.

Tablo 1. Hastanın laboratuvar sonuçları

	1. gün	2. gün	3. gün	4. gün	5. gün	6. gün	7. gün	8. gün	9.gün
WBC	3,2	1,51	1,83	2,74	4,62	3,85	4,63	5,3	7,49
Nötrofil	2,1	0,87	0,38	0,34	0,45	0,68	1,36	2,2	4,4
lenfosit	0,9	0,48	0,98	1,71	2,91	2,22	2,1	1,73	1,56
Trombosit	17.000	29.000	23.000	29.000	68.000	118.000	177.000	228.000	356.000
Hemoglobulin	19,2	14,7	14,3	14,7	15,1	14,4	13,2	13,4	12,7
ALT	352	291	216	205	236	215	192	170	144
AST	913	729	404	293	273	180	126	90	71
BUN	125	41,3	25	17,4	14,4	19,5	13,9	14,7	13,2
Kreatinin	1,88	1,24	0,81	0,78	0,73	0,75	0,7	0,71	0,75
CK	1505	1362	745	339	156	72	48	43	42
İNR	1,05	1,25	1,13	1,5	1,1	1,4	1,2	1,4	0,9
APTT	34,8	37,9	31,9	30,7	30,5	29,6	28,4	27,7	26,9
Fibrinojen		123	156	185	251	301	274	327	351

KAYNAKLAR:

1. Leblebicioglu H. Crimean-Congo hemorrhagic fever. Updated: Sep 23, 2019
2. Tartar AS, Balın ŞÖ, Akbulut A. Türkiye'nin Doğusunda Kırım Kongo Kanamalı Ateşi: Epidemiyolojik ve Klinik Değerlendirme. Türkiye Parazitoloj Derg 2019;(43)1:26-9
3. Ser Ö, Çetin H. The current situation of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. TAF Prev Med Bull. 2016 - Vol 1
4. Tezer H, Sucaklı İA. Crimean-Congo hemorrhagic fever in children. Journal of Clinical Virology Volume

48, Issue 3, July 2010, Pages 184-186

5. Ergönül Ö. Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Tedavisi ve Ribavirin Kullanımı. Klimik Dergisi 2016; 29(1): 2-9.

**SS-89: ERZURUM BÖLGE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NE
BAŞVURAN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞ'Lİ ÇOCUKLARIN KLİNİK
VE RUTİN LABORATUVAR TESTLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Emine Hafize Erdeniz

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Enfeksiyon Kliniği, Erzurum

AMAÇ: Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), dünyada yaygın olarak görülen viral kanamalı ateşlerin başında gelir. KKKA hastalığı ateş, yaygın vücut ağrısı, vakaların az bir kısmında ise deri, mukoza ve iç organlarda kanamalar ile seyreden kene kaynaklı bir enfeksiyondur. Hastalığın etkeni, *Bunyaviridae* ailesine bağlı *Nairovirus* soyundan zarflı bir RNA virüsüdür ve Sahra altı Afrika, Asya, Ortadoğu ve Balkanlar'da endemiktir (1). Ülkemizde ilk kez 2002 yılında görülen ve 2003 yılında tanımlanan hastalık, her yıl Nisan-Ekim ayları arasında görülmekte ve Haziran-Temmuz aylarında pik yapmaktadır. Hastalık enfekte kene tutunması/keneye temas, enfekte hastalardan (hastanede, toplumda) veya laboratuvarından direkt temas ile bulaşmaktadır. Laboratuvar bulgularında orta veya ağır lökopeni, bazen lökositoz, trombositopeni, karaciğer enzimlerinin ve CK yüksekliği, koagülasyon parametreleri; PTZ, APTT ve INR ve kanama zamanının uzaması görülebilir. Üre ve kreatinin yüksekliği, hastalığın geç dönemlerinde görülmektedir. Hastalığın kesin tanısı serum örneğinde PCR ile viral RNA'nın ya da ELISA ile spesifik IgM antikorlarının gösterilmesi ile konulur. Tedavinin temelini destek tedavisi oluşturmaktadır. Ribavirin tedavisi önerilmekle birlikte etkinliği ile ilgili çelişkili veriler vardır (2). Çalışmamızda, Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) tanısıyla izlenen çocuk hastaların epidemiyolojik özellikleri, klinik bulguları, laboratuvar tetkikleri, tedavi ve prognozları retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEMLER: Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesine 2019 yılında Nisan ve Eylül ayları arasında başvuran ELISA veya PCR kanıtlı KKKA tanısı alan 8 hastanın

tıbbi kayıtları geriye dönük incelenmiştir. Epidemiyolojik, klinik özellikleri ve laboratuvar verileri hakkındaki bilgiler kaydedilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 2 kız (%25) ve 6 erkek (%75) toplamda 8 çocuk hasta (ortalama yaş; $10 \pm 3,3$ yıl) Erzurum, Gümüşhane, Artvin, Kars, Bitlis ve Ardahan'dan geliyordu. Başvuru esnasında ateş (%100), gözlerde kızarıklık (%75), halsizlik (%62,5), iştahsızlık (%62,5), kusma (%50), eklem ağrısı (%37,5), peteşiyel döküntü (%37,5), kanama (%25), baş ağrısı (%25) bulguları vardı (Tablo 1). Hastaların 5'inde (%62,5) kene teması öyküsü mevcuttu, ancak hepsi endemik bölgeden gelmekteydi ve çiftçilik veya kırsalda yaşama gibi risk faktörlerini taşıyorlardı. Başvuruda hastaların laboratuvar bulgularında %50 trombositopeni; %75 lökopeni; %25 nötropeni; %75 lenfopeni, %50 yüksek aspartat transaminaz; %50 yüksek alanine transaminaz; %50 yüksek laktat dehidrogenaz; %50 yüksek keratin kinaz; %50 uzamış protrombin zamanı, %50 uzamış parsiyel tromboplastin zamanı ve 1 olguda da (%25) prerenal böbrek yetmezliği saptanmıştı (Tablo 2.) . Tüm hastalar sıvı-elektrolit tedavisi ve ribavarin alırken, 4 (%25) hastaya taze donmuş plazma ve trombosit desteği almıştı. Hastalarımızın hepsi sekele kalmadan taburcu edilmişti.

TARTIŞMA: Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA) kenelerden geçen, ateş ve kanama ile karakterize zoonotik bir hastalıktır. Her yıl Avrupa ve Asya'dan 1000'den fazla vaka bildirilmektedir. Kene teması ve enfekte insan veya hayvanlardan bulaşabilir. Bizim hastalarımızın yarısında kene teması vardı. Klinik bulguların spektrumu subklinik hastalıktan kanama ve multiorgan yetmezliğine kadar değişmektedir. Kuluçka süresi; viral yük ve bulaşma türüne bağlı olarak 1 ila 13 gün arasında değişmektedir (1). KKKA'nın klinik belirtileri arasında ani ateş, baş ağrısı, halsizlik, miyalji, boğaz ağrısı, baş dönmesi, konjonktivit, fotofobi, karın ağrısı, bulantı ve kusma vardır (1,2). Bizim çalışmamızda da literatür ile benzer olarak en sık başvuru yakınmaları ateş, halsizlik ve iştahsızlıktı. Trombositopeni hastalığın en önemli laboratuvar bulgularındandır..Ayrıca lökopeni, aspartat aminotransferaz, alanin aminotransferaz, ve kreatin fosfokinaz enzimlerinin seviyelerinde artış görülmektedir. Protrombin zamanı, aktive parsiyel protrombin zamanı ve diğer pıhtılaşma testlerinde belirgin bir süre uzaması görülmektedir

(3,4). Bizim çalışmamızda olgularda trombositopeni, lökopeni, aspartat aminotransferaz, alanin aminotransferaz, ve kreatin fosfokinaz yüksekliği saptandı. Ancak bizim hastalarımızın başvuru anında yarısında trombositopeni mevcuttu. Biz bunu riskli bölgede olmamız ve hastanemizin KKKA merkezi olması sebebiyle hastaları erken dönemde kabul etmemize bağladık. Böbrek yetmezliği KKKA'nın geç dönem bulgusudur. Bir olgumuz semptomları başladıktan 5 gün sonra başvurmuştu ve olgumuzda BUN ve kreatinin yüksekliği saptanmıştı. KKKA hastalığının temel tedavisi destek tedavisidir. KKKA'da ribavirin özellikle erken dönemde verildiği zaman etkilidir. Sağlık çalışanlarında KKKA ile yüksek riskli temas olması durumunda mutlaka ribavirinle profilaksi yapılması önerilir. Ribavirinin temas sonrası profilakside yararlı olduğunu kabul etmek, ilacın hastalığın erken döneminde de etkili olduğunu kabul etmek anlamına gelmektedir (5). Hastalarımıza elimizdeki tek etkinliği gösterilmiş antiviral olması sebebiyle ribavirin başlandı ve hastalarımızda ilaç yan etkisi görülmedi.

SONUÇ: Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi bölgemizde endemik olarak görülmektedir. Olgularımızda olduğu gibi hastalarda kene temas öyküsü veya başvuruda trombositopeni olmayabilir. Hatta atipik klinik prezentasyon ile gelebilir. Bir olgumuz gastroenterit, ateş şikayeti ile başvurmuş hastada prerenal böbrek yetmezliği ve trombositopeni saptanmıştı. Hastada kene temas öyküsü yoktu ama riskli bölgeden geldiği ve konjunktivit ve halsizliği belirgin olduğu için KKKA düşünülerek tetkik istenildi. Riskli bölgelerden gelen hastalarda ateş, sitopeni ayırıcı tanısında KKKA düşünülmesi gerektiği vurgulanmak amacıyla olgular sunuldu.

KAYNAKLAR:

1. Leblebicioglu H. Crimean-Congo hemorrhagic fever. Updated: Sep 23, 2019
2. Tartar AS, Balın ŞÖ, Akbulut A. Türkiye'nin Doğusunda Kırım Kongo Kanamalı Ateşi: Epidemiyolojik ve Klinik Değerlendirme. Türkiye Parazitoloj Derg 2019;(43)1:26-9
3. Ser Ö, Çetin H. The current situation of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. TAF Prev Med Bull. 2016 -Vol 1
4. Tezer H, Sucaklı İA. Crimean-Congo hemorrhagic fever in children. Journal of Clinical Virology Volume 48, Issue 3, July 2010, Pages 184-186

5. Ergönül Ö. Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Tedavisi ve Ribavirin Kullanımı. *Klinik Dergisi* 2016; 29(1): 2-9.

Tablo 1: KKKA tanılı çocukların demografik ve klinik özellikleri

Özellikler	n (%)
Yaş	10±3,3
Cinsiyet	
Kız	2 (25)
Erkek	6 (75)
Klinik özellikler	
Ateş	8 (100)
Gözlerde kızarıklık	6 (75)
Halsizlik	5 (62,5)
İştahsızlık	5 (62,5)
Kusma	4 (50)
Eklem Ağrısı	3(37,5)
Peteşial döküntü	3 (37,5)
Kanama	2 (25)
Baş ağrısı	2 (25)

Tablo 2. KKKA tanılı çocukların laboratuvar bulguları

Laboratuvar Bulguları	
Beyaz Küre sayısı(/mm ³)(ortalama±SD)	3380 ± 394
Hematokrit (ortalama±SD)	41,8 ± 2,6
Hemoglobin(g/dL) (ortalama±SD)	14,4 ± 0,9
Platelet sayısı(/mm ³) (median (ortalama±SD)	117125 ± 20886
Absolü lenfosit sayısı, (/mm ³)(ortalama±SD)	681 ± 165
C-reactive protein, mg/dL(median (Q1-Q3))	3 (0,3-18)
AST IU/L (median (Q1-Q3))	86 (15-913)
ALT IU/L (median (Q1-Q3))	55 (9-352)
Na mmol/L (ortalama±SD)	135 ± 1.2
K mmol/L (ortalama±SD)	4,1 ± 0,2
BUN mg/dL (median (Q1-Q3))	11,5 (6-125)
Kreatinin mg/dL (median (Q1-Q3))	0,66 (0,5-1,88)
Albumin g/L (median (Q1-Q3))	41 (31-42)
CK U/L (median (Q1-Q3))	225 (76-4267)
INR (median (Q1-Q3))	1,2 (1,01-1,96)

SS-90: İYATROJENİK İNTRAVASKÜLER İNTRAKET KOPMASI: NE YAPMALI?

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah CAN¹, Prof. Dr. Mehmet Ali KAYGIN²

¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge SUAM, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD*
dr.abdullahcan@yahoo.com.tr

²*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge SUAM, Kalp ve Damar Cerrahisi AD*
mali.kaygin@sbu.edu.tr

AMAÇ: Hastanelerde sağlık hizmetlerinin sunumunda ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalarda damar içi erişim ile tedavi verilmesi rutin hale gelmiştir. Bu nedenle çok çeşitli amaçlarla damar içi kateterler kullanılmaktadır. Bu kateterlerin kullanımında enfeksiyon, damar dışı yerleşim ve benzeri gibi bilinen bir çok komplikasyonların yanı sıra; çok nadir görülen bir komplikasyon olan damar içi intraket kopması durumunu içeren bir vaka sunmayı amaçladık.

Vaka: Daha öncesinde bilinen hipertansiyon ve koroner arter hastalığı olan, 77 yaşında erkek hasta genel durum bozukluğu nedeniyle “Anemi Tetkik” amacıyla hastanemiz hemotoloji servisine yatırıldı. Takiplerinde “Mide Ca” tespit edildi. Operasyon yapılması amacıyla Onkolojik Cerrahi servisine yatırılan hastada ani kardiyak arrest gelişti ve 6 dk CPR sonrası yoğun bakım ünitemize devralındı. 1 gün sonra extübe edilen hastada deliryum tablosu mevcuttu. Buna yönelik tedavisi düzenlenen hastanın ajitasyonları kısmen düzeldi. Hasta yoğun bakım tedavisinin üçüncü gününde sağ kol, basilik vene yerleştirilmiş olan 20 G branülünü çekerek kopardı (Resim 1-3). Durumun farkına varan sağlık personeli hemen branül girişinin proksimalinden bir turnike koyarak ilgili hekime haber verdi. Radyoloji konsültasyonu istenerek USG ile branülün kopan kısmının görüntülenmesinin mümkün olup olmadığı araştırıldı. Yapılan USG de branülün kopan kısmının cilde giriş yerinin hemen 1 cm proksimalinde ve cilt altında, intravasküler alanın dışından oblik olarak uzandığı tespit edildi (Resim 4). KDC kliniği tarafından ameliyathane şartlarında lokal anestezi ile, cerrahi girişimle kopan branül kısmı bütün olarak çıkarıldı (Resim 5-6).

SONUÇ: İntaravasküler olarak yerleştirilen branüller bilinen rutin komplikasyonlarının dışında nadir de olsa kopabilmektedir. Bunun fark edilmesi halinde hemen kopan branül parçasının santral venöz dolaşıma geçmesini önleyici tedbirler alınıp, hızlı bir şekilde yerinin bulunup, gerekirse cerrahi olarak çıkarılması gerekmektedir. Benzer durumların yaşanmaması için kaliteli, şartnamesine uygun, mümkünse gerekli görülmesi halinde görüntüleme olanağı sağlaması adına radyopak branüllerin kullanılmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: İnrajet Kopması, İnnavasküler Yabancı Cisim.

Resim 1



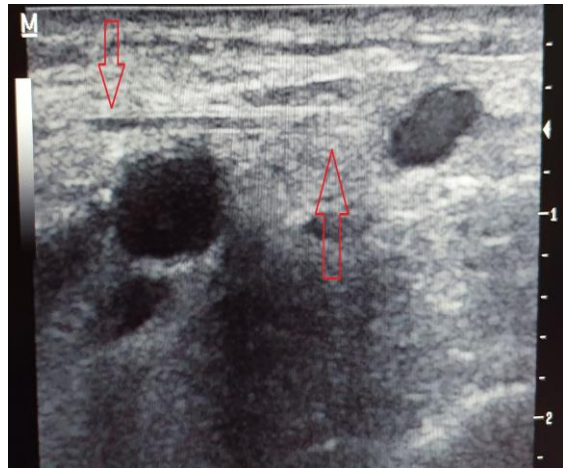
Resim 2



Resim 3



Resim 4



Resim 5



Resim 6



SS-91: SERVİKAL KİTLE İLE BAŞVURAN PARAFARINGEAL YABANCI CİSİM

Mustafa Sıtkı Gözeler*, Abdulkadir Şahin*, Merve Zeynep Koday Erbay*

*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Özet

Yabancı cisim yutulması nadir de olsa faringoözefagial perforasyon, aortoözefagial fistül, karotis rüptürü ve derin boyun enfeksiyonu gibi ciddi komplikasyonlar meydana getirebilmektedir. Yabancı cisim yutulması düşünülen hastalar dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli ve tanı için gerekli durumlarda görüntüleme yöntemlerinden faydalanılmalıdır. Yazımızda yabancı cisim (tavuk kemiği) yutulmasına bağlı servikal şişlik, yutma ve konuşma güçlüğü şikayetiyle tarafımıza başvuran 27 yaşındaki erkek hasta sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Parafaringeal Yabancı Cisim, Parafaringeal Apse, Tavuk Kemiği

Giriş

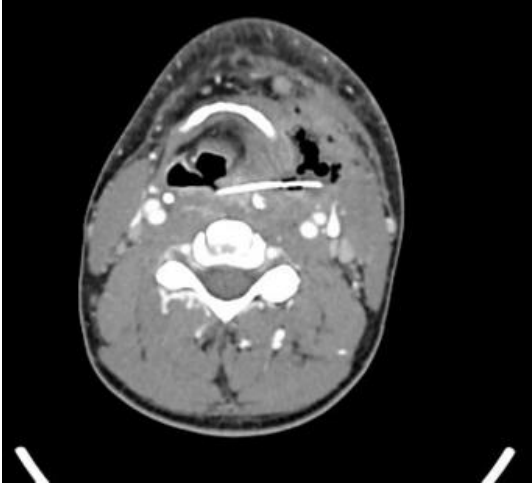
Yabancı cisim yutma Acil servislerden Kulak Burun Boğaz hekimlerine konsulte edilen en sık acillerden birisidir. Orofaringel bölgedeki yabancı cisimler çocukluk çağında oldukça sık görülmesinin yanı sıra erişkin dönemdeki hastalarda da karşımıza çıkar. Erişkinlerde en sık karşılaşılan orofaringeal yabancı cisim balık kılçığıdır (1, 2).

Yabancı cisim yutmaya bağlı faringoözefagial perforasyon, aortoözefagial fistül, karotis rüptürü ve derin boyun enfeksiyonu gibi nadir fakat zamanında müdahale edilmemesi halinde hayatı tehdit edici komplikasyonlar meydana gelebilir (3). Bu nedenle yabancı cisim yutma veya boğazına takılma öyküsü ile gelen hastalar dikkatlice ele alınmalıdır. Yazımızda yutma, solunum güçlüğü ve servikal şişlik şikayeti ile başvuran, parafaringeal alana faringeal bölgeden geçen yabancı cisim (tavuk kemiği) olgusunu sunuyoruz.

Vaka

Daha önceden bilinen hastalığı olmayan 27 yaşında erkek hasta yaklaşık 1 hatadır devam eden boyun sol tarafta ağrı, boyutları giderek artan şişlik, şiddetlenen yutma ve solunum güçlüğü şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Parafaringeal apse ön tanısıyla kliniğimize yatırılan hastanın yapılan muayenesinde trismus mevcuttu ve ağız açıklığı 1,5cm olarak ölçüldü. Endoskopik muayenesinde oral kavite, dişler, dil, orofarenks doğal görünümde idi. Laringoskopik muayenede laringeal mukozalar sağlıklı görünümde, bilateral vokal kordların hareketli olduğu görüldü fakat sol faringeal duvarın belirgin şekilde mediale doğru itilmiş olduğu ve havayolunu daralttığı gözlemlendi. Yapılan baş-boyun muayenesinde sol submandibuler bölgede ağrılı şişlik mevcuttu. Ateş yüksekliği ve hemogramında belirgin beyaz küre yüksekliği tespit edildi.

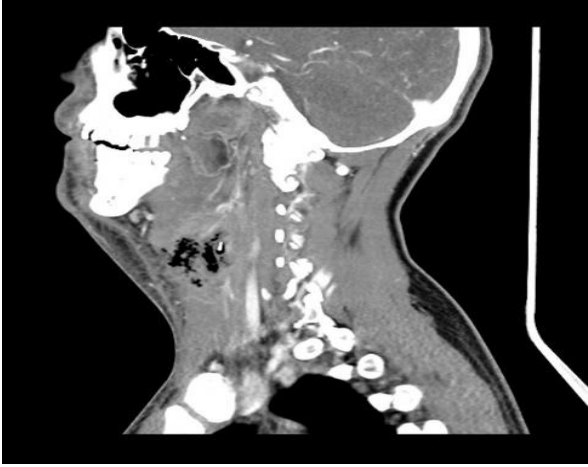
Boyun bilgisayarlı tomografisi (BT) ile değerlendirilen hastanın radyolojik görüntülemesinde sol parafaringeal bölgede hiyoid kemik seviyesinde apse poşu içerisinde düzensiz hava dansiteleri ve yabancı cisim olabileceğini düşündüren hiperdens alan izlendi. (Şekil 1, 2 ,3)



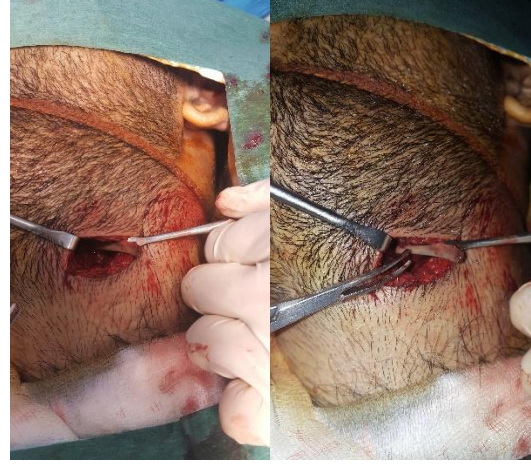
Şekil 1 Aksiyal kesit



Şekil 2 Koronal kesit



Şekil 3 Sağıttal kesit



Şekil 4



Şekil 5

Mevcut bulgularla operasyon kararı verildi. Eksternal yaklaşım ile apse drene edildi ve apse poşu içerisindeki yabancı cisim (tavuk kemiği) çıkarıldı. (Şekil 4,5) Apse içeriğinden kültür gönderildi apse poşu yıkanarak temizlendi. Apse poşuna penröz dren yerleştirildi. Opere edildikten sonra 1 hafta kliniğimizde parenteral antibiyotik ile takip ve tedavi edilen hastanın dikişleri alındıktan sonra hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Yabancı cisim yutulması dünya genelinde yaygın görülen bir acildir, vakaların %80'ini çocuklar oluşturur ve bu çocuklarda 6 ay ile 3 yaş vakaların pik yaptığı dönemdir. Erişkinler bu vakaların daha az kısmını oluşturur ve bir kısmında mental retardasyon,

immünsüpresyon, diyabet, takma diş kullanımı gibi predispozan faktörler vardır (4, 5). Erişkinlerde en sık yabancı cisim aspirasyonu %70 ile balık kılçığıdır (6). Buna karşın vakamızda ise anamnezinde belirli bir bilgi olamamasına rağmen parafaringeal bölgede oldukça büyük boyutta tavuk kemiği tespit ettik. Derin boyun apselerinin ve yabancı cisimlerin tanısında ve yerinin tespitinde BT oldukça efektif bir araçtır, enfeksiyonun yayılımından cerrahi yaklaşıma kadar oldukça faydalı bilgiler sağlar (3). Vakamızda da parafaringeal apse ön tanısıyla kabul ettiğimiz hastayı BT ile değerlendirdiğimiz zaman parafaringeal bölgeye ilerlemiş yabancı cisimden şüphelendik. Literatürde sıkça karşılaşılan faringeal yabancı cisimler vardır fakat bu cismin farinksten parafaringeal bölgeye göçü oldukça nadirdir. Boyun kaslarını kasılmasının yabancı cismin yer değiştirmesine yardımcı olduğu düşünülmektedir. Karotis komşuluğuna ulaşan yabancı cisimler karotis cidarında hasara neden olarak ciddi kanam riski oluşturduğu için acilen müdahale edilmelidir(2, 7). Vakamızda da karotis ile yakın komşuluğu olan yabancı cisme eksternal eksplorasyon ile yaklaşarak karotis yakın komşuluğundan yabancı cisim dikkatle çıkarılmıştır.

Sonuç

Yabancı cisim yutulmasına bağlı oluşabilecek ciddi komplikasyonlardan dolayı bu tür vakalar ayrıntılı baş boyun muayenesinden geçirilmelidir ve erken dönemde müdahale planlanmalıdır. Görüntüleme yöntemleri de tanıdan tedavi yaklaşımına kadar oldukça faydalı bilgiler sunmaktadır. Servikal ve parafaringeal kitlelerde yabancı cisim olabileceği aklımızın bir köşesinde bulunmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Leung NM, Chan HS, Vlantis AC, et al. A pharyngeal foreign body presenting as a painful neck mass. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*. 2010;143(2):315-6.
2. Aydoğan B, Soylu L, Tuncer Ü, et al. Parapharyngeal foreign body. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*. 2001;125(4):424-5.
3. Costa L, Larangeiro J, Moura CP, et al. Foreign body ingestion: rare cause of cervical abscess. *Acta medica portuguesa*. 2014;27(6):743-8.
4. Chung S, Forte V, Campisi P. A review of pediatric foreign body ingestion and management.

Clinical Pediatric Emergency Medicine. 2010;11(3):225-30.

5. Ashraf O. *Foreign body in the esophagus: a review. Sao Paulo Medical Journal. 2006;124(6):346-9.*

6. Lue AJ, Fang WD, Manolidis S. *Use of plain radiography and computed tomography to identify fish bone foreign bodies. Otolaryngology—Head and Neck Surgery. 2000;123(4):435-8.*

7. Osinubi O, Osiname A, Pal A, et al. *Foreign body in the throat migrating through the common carotid artery. The Journal of Laryngology & Otology. 1996;110(8):793-5.*

SS-92: BİLATERAL SENSÖRİNÖRAL İŞİTME KAYBINDA NADİR BİR ETYOLOJİ: YILDIRIM ÇARPMASI

Abdulkadir Şahin *

*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Özet

Yıldırım çarpmaları hayatı tehdit edici sonuçlar çıkarabilen, santral sinir sistemi, cilt, kardiyovasküler sistem, işitme ve denge sistemi gibi birçok yapıyı etkileyebilen yaralanmalardır. Bu hastalarda tam kulak muayenesi yapmak oldukça önemlidir. Dış kulak yolu, timpanik membran dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli ve işitme ölçümleri yapılmalıdır. Bu yazımızda yıldırım çarpmasına bağlı bilateral sensörinöral tipte işitme kaybıyla geç başvuru yapan 18 yaşındaki bayan hasta ve tedavi yaklaşımlarımız literatür taraması yapılarak sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Yıldırım Çarpması, Sensörinöral İşitme Kaybı, Akustik Travma

Giriş

Yıldırımlar çok güçlü ve muhteşem doğa olaylarıdır. Her yıl yaklaşık 3 milyar civarında yıldırım meydana gelmektedir. Bu yıldırımların yere düşmesi bazen insanları etkileyerek yaralanma ve ölümlere neden olabilmektedir. Yıldırım çarpan insanların büyük bir çoğunluğu hayatta kalmakta fakat birçok hastada kalıcı sekeller oluşmaktadır (1). Yıldırım çarpması ciltte, kalpte, kaslarda, böbreklerde, vestibüler ve koklear sistemlerde yaralanmalara neden olur. Vestibüler ve koklear organ yaralanmaları yıldırım çarpmalarının yarısından fazlasında görülebileceği için dikkatle değerlendirilmelidir. Yıldırımdan kaynaklanan en sık kulak yaralanması timpanik membran perforasyonudur bunun yanı sıra kemikçik zincirde kopukluk, sensörinöral işitme kaybı, tinnitus ve vertigo görülebilmektedir. Sensörinöral işitme kaybı kardiyovasküler durumlara bağlı hipoksiye sekonder oluşabileceği gibi sempatik deşarja bağlı meydana gelen vazospazmlarda sorumlu olabilir. Ayrıca ortaya çıkan yüksek sese bağlı iç kulakta meydana gelebilecek

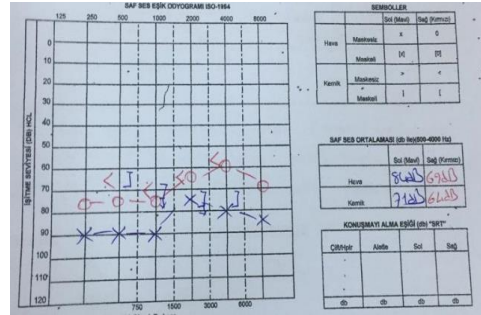
mikro kanama ve kırılmalar bu işitme kaybını meydana getirebilmektedir (2, 3). Akustik travma kısa süreli, ve yüksek seviyeli gürültüye maruz kalma sonucunda meydana gelir. Akustik travmada en sık 3khz ve 4kHz frekanslarda kayıp görülür fakat 500 Hz ile 8kHz arası tüm frekanslarında etkilenme görülebilmektedir. Ayrıca akustik travmaya bağlı olarak speech diskriminasyon skorları da etkilenebilmektedir (4).

Yazımızda yıldırım çarpmasına bağlı bilateral sensörinöral tipte işitme kayıplı hastayı ve yıldırım çarpmasına bağlı geç başvuruındaki işitme kaybı tedavisi yaklaşımımızı bildiriyoruz.

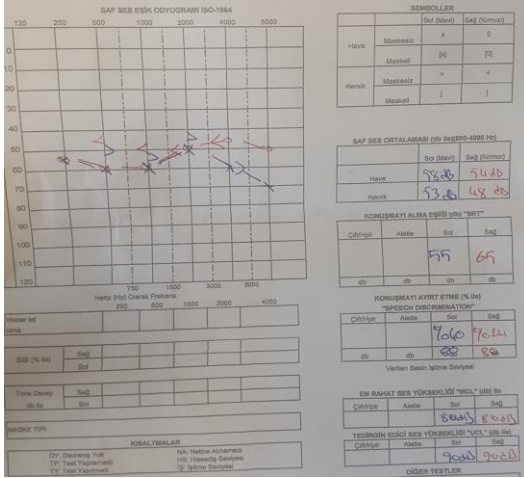
Vaka

18 yaşında bayan hasta traktör üzerinde yolculuk yaparken yıldırım çarpması sonrası 35. günde kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezinde yıldırım çarpması sonrası bilinç kaybı, kardiyak ve solunum arresti gelişmesi nedeniyle kardiyopulmoner resüsitasyon uygulandığı ve daha sonra dış merkezde vücudunda oluşan geniş yanıklar sebebiyle tedavi altına alınmış olduğu öğrenildi. Yıldırım çarpmasına bağlı hastanın sol temporoparietal bölgedeki saçları ve sırt kısmındaki elbiselerinin yanmış olduğu öğrenildi. Sol temporoparietal bölgeden başlayarak sırtından bel seviyesine kadar uzanan geniş yanık alanları mevcuttu. (Şekil 1) Alınan anamnezinde bilateral sensörinöral işitme kaybı meydana gelmesi nedeniyle hastaya dış merkezde sistemik steroid tedavisi uygulandığı öğrenildi. Olay anından sonra yaklaşık 1 ay kadar süren ve gittikçe azalarak kaybolan baş dönmesi ve dengesizlik hissi olduğu öğrenildi. Yaptığımız muayenede ise her iki dış kulak yolu ve timpan zarlar tamamen normal görünümde idi. Yürüme, adımlama, parmak burun, romberg ve unterberger testleri normaldi. Hastaya yapılan baş sallama ve baş savurma testlerinde patoloji saptanmadı ve nistagmus izlenmedi. Sol tarafta daha belirgin olmak üzere tinnitus şikayeti mevcuttu. Kliniğimize başvurusunda yapılan odyogram testinde sol kulağında 84 dB sağ kulağında 69 dB hava yolu seviyeleri tespit edildi. (Şekil 2) Bilateral sensörinöral tipteki kaybı için hastaya 20 gün boyunca hiperbarik oksijen tedavisi ve eş zamanlı olarak bilateral intratimpanik steroid enjeksiyonu gün aşırı 5 dozda uygulandı. Daha önce sistemik steroid tedavi alma öyküsü bulundugundan sistemik tedavi verilmedi ve geç dönem için intratimpanik salvaj steroid

enjeksiyonları uygulandı. Tedavi tamamlandıktan sonra yapılan son odyogramında sol kulakta 58 dB sağ kulakta 54 dB hava yolu seviyeleri mevcuttu ve sensörinöral tipte kaybı vardı. (Şekil 3) Geç dönemde verdiğimiz intratimpanik steroid tedavisi ve hiperbarik oksijen tedavisi ile ortalama sol kulakta 26 sağ kulakta 15 dB işitme kazancı elde ettik. Ayrıca kliniğimizde ki yapılan son muayenesinde yanık sonrası ciltte kahvrenge lekelenmeler kalmıştı. (şekil 4) Speech diskriminasyon ölçümü de yapılarak hastaya bilateral kulak arkası işitme cihazı önerdik ve 2 ay sonra kontrole çağırarak hastayı taburcu ettik.



Şekil 1: Yıldırım çarpması sonrası meydana gelen yanık alanı. Şekil 2: Kliniğimize başvurusunda tedavi öncesi yapılan odyogram.



Şekil 3 Hiperbarik oksijen ve intratimpanik steroid enjeksiyonu tedavisi bitiminde yapılan odyogram.

Şekil 4: Tedavi bitiminde cilt üzerinde kalan kahverengi lekelenme alanları. Sol temporoparietal bölgede tekrar saçlar uzamaya başladı ve saç kaybı oluşmadı.

Tartışma

Yıldırım çarpması insanlarda nadir görülür fakat çok ciddi yaralanmalara neden olabilir. Yıldırım çarpmasında yüksek voltajlarla karşılaşmayla beraber kısa süreli elektrik akımına da maruz kalma söz konusu olur. Ayrıca elektrik akımının yanında yüksek sıcaklık ve patlama etkileriyle de yaralanmalar meydana gelebilmektedir (5). Meydana gelen yıldırımlar çok güçlü ses üretmesi sonucu akustik travmalara sebebiyet verebilmektedir ve ortaya çıkan elektrik akımları da işitme kaybı mekanizmalarının muhtemel sebepleri arasındadır (4). Bizim hastamızda da sol temporoparietal bölgede hasar meydana gelmiş olduğu için bu yaralanmada elektrik akımı ve akustik travmanın sol kulağa yakın olmasının sol kulaktaki koklear hasarın neden daha derin olduğunu açıkladığını düşünmekteyiz. İşitme ve denge organları elektriksel yaralanmalara karşı

oldukça hassastır. İşitme kayıpları, tinnitus ve geçici vertigolar sıklıkla görülen belirtilerdendir. Kulağın tüm yapılarını etkileyebilen yıldırım çarpmalarında en sık görülen bulgu, vakaların %50'den fazlasında görülen timpanik membran perforasyonudur (6, 7). Timpanik membran perforasyonu ile birlikte olan yıldırım çarpmalarında miks tipte işitme kayıpları daha sıklıkla görülürken bizim vakamızda her iki timpanik membran intakttı ve sol kulakta ileri, sağ kulakta orta-ileri derecede sensörinöral tipte işitme kaybı mevcuttu. Yıldırım çarpmasından sonra hastamızda başlayan dengesizlik hissi ve baş dönmesinin kliniğimize başvurmada kısa bir süre önce azalarak sonlandığı öğrenildi.

Yıldırım çarpmaları sonrasında vertigolar sensörinöral işitme kayıplarından daha az sıklıkla görülmekte ve genellikle vertigoların prognozu daha iyi olup gerilemektedir. Koklear sistemin hipoksik hasara vestibüler sistemden daha duyarlı olması bu durumun ortaya çıkmasını açıklayabilir (6, 8). Yapılan çalışmalarda ani sensörinöral işitme kayıplı hastalarda perilenfatik oksijen yoğunluğunun azaldığı ve hiperbarik oksijen tedavisi altında perilenfatik oksijen oranının %450 arttığı gösterilmiştir (9, 10). Hiperbarik oksijen tedavisi ani işitme kayıplı hastalarda primer tedavide ve salvaj tedavisinde kullanılmaktadır. Salvaj tedavisinde diğer bir seçenekte intratimpanik steroid enjeksiyonlarıdır (11). Bayoumy ve arkadaşlarının yaptığı literatür taramasında son dekatlarda artan hiperbarik oksijen tedavisi uygulamalarıyla akustik travmaya bağlı sensörinöral işitme kayıplı hastalarda işitme kazancı sağlandığı belirtilmiştir (12). Bizde vakamızda geç dönem tedavi için 20 gün süreli hiperbarik oksijen tedavisini ve her iki kulağa gün aşırı 5 doz intratimpanik steroid enjeksiyonunu kombine olarak uyguladık. Sonuç olarak geç dönem tedavide hiperbarik oksijen tedavisi ve intratimpanik steroid enjeksiyonu ile belirgin işitme kazancı elde edebildik.

Sonuç

Yıldırım çarpmaları nadir görülen, meydana geldiği zaman da hayatı tehdit edici sonuçlar meydana getirebilen veya ciddi sekeller bırakabilen yaralanmalardır. İlk anda hava yolu güvenceye alınmalı gerekli durumlarda kardiyopulmoner resüsitasyon yapılmalıdır. Cilt, kas iskelet sistemi yaralanmalarına ve nörolojik sekellere bağlı olarak

hospitalizasyon gerekebilir. Aynı zamanda bu hastalarda kulak muayenesi ayrıntılı şekilde yapılmalı kalıcı işitme kayıplarının önüne geçebilmek için tedaviye erken dönemde başlanmalıdır. Geç kalınmış durumlarda salvaj tedavileri ile işitme kazançları sağlamak için hastalara bir şans daha vermek morbiditeyi azaltmak adına oldukça önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Cooray V, Cooray C, Andrews C. *Lightning caused injuries in humans. Journal of electrostatics.* 2007;65(5-6):386-94.
2. Turan M, Kalkan F, Bozan N, et al. *Isolated sensorineural hearing loss as a sequela after lightning strike. Case Reports in otolaryngology.* 2015;2015.
3. Angerer F, Hoppe U, Schick B. *Lightning strike to a vehicle causing acute acoustic trauma. HNO.* 2009;57(10):1081-3.
4. Mora-Magaña I, Collado-Corona M, Toral-Martiñón R, et al. *Acoustic trauma caused by lightning. International journal of pediatric otorhinolaryngology.* 1996;35(1):59-68.
5. Pfortmueller CA, Yikun Y, Haberkern M, et al. *Injuries, sequelae, and treatment of lightning-induced injuries: 10 years of experience at a Swiss trauma center. Emergency medicine international.* 2012;2012.
6. Modayil P, Lloyd G, Mallik A, et al. *Inner ear damage following electric current and lightning injury: a literature review. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology.* 2014;271(5):855-61.
7. Glunčić I, Roje Ž, Glunčić V, et al. *Ear injuries caused by lightning: report of 18 cases. The Journal of Laryngology & Otology.* 2001;115(1):4-8.
8. Perlman H, Kimura R, Fernandez C. *Experiments on temporary obstruction of the internal auditory artery. The Laryngoscope.* 1959;69(6):591-613.
9. Nagahara K, Fisch U, Yagi N. *Pertlymph Oxygenation in Sudden and Progressive Sensorineural Hearing Loss. Acta oto-laryngologica.* 1983;96(1-2):57-68.
10. Ohno K, Noguchi Y, Kawashima Y, et al. *Secondary hyperbaric oxygen therapy for idiopathic sudden sensorineural hearing loss in the subacute and chronic phases. Journal of medical and dental sciences.* 2010;57(2):127-32.
11. Ajduk J, Ries M, Tropic R, et al. *Hyperbaric oxygen therapy as salvage therapy for sudden sensorineural hearing loss. The journal of international advanced otology.* 2017;13(1):61.
12. Bayoumy A, de Ru J. *The use of hyperbaric oxygen therapy in acute hearing loss: a narrative review. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology.* 2019:1-22.

SS-93: ACİL SERVİSTE AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI

Selma Sezen¹, Fatma Kesmez Can², Erdal Tekin³

¹*Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Türkiye*

²*Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum, Türkiye*

³*Acil Tıp Anabilim Dalı, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, Türkiye*

selma-sezen@hotmail.com

Antibiyotiklere karşı direnç gelişmesinde ve yayılmasında en önemli sebep gereksiz antibiyotik kullanımıdır. Antibiyotik direnci tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Antibiyotik-dirençli bakterilerin yol açtığı enfeksiyonlar, hastalığın ve ölüm oranlarının artmasına bununla birlikte tedavi maliyetlerinde artışa neden olmaktadır. Hasta başvurusunun çok olduğu ve ilaç yazımının fazla olduğu acil servislerde antibiyotik kullanım ilkelerine dikkat etmek önemlidir. Hasta yoğunluğu, iş yükü, tanının her zaman kesin olmayışı, hızlı karar verme gereksinimi, mikrobiyolojik verilerin olmayışı (Kültür vb.) gibi sebepler antibiyotiklerin yanlış veya gereksiz yazılmasına sebep olabilir.

İdeal antibiyotik kullanımı için doğru tanı sonrası, doğru antibiyotik, en uygun yoldan, etkin dozda, optimum aralıklarla, uygun süreyle verilmelidir. Doğru antibiyotik kullanımı için, bakteriyel bir enfeksiyonun varlığı mutlaka sorgulanmalıdır. Tanı açısından gerekli değerlendirme yapılmadan ve enfeksiyon olmaksızın antibiyotik kullanılması, seçilen antibiyotiğin yanlış olması, antibiyotik dozunun yetersiz veya aşırı olması, doz aralıklarının uygunsuz olması durumlarında antibiyotik kullanımı etkin olmaz. Mevcut klinik araştırmalar yanlış antibiyotik kullanımının en çok üst solunum yolu enfeksiyonlarında olduğunu göstermektedir. Grip gibi virüslere bağlı oluşan üst solunum yolu enfeksiyonlarında antibiyotiklerin tedavide yeri olmadığı unutulmamalıdır. Bu hastalıklarda antibiyotik kullanımı, iyileşme sürecini kısaltmaz, virüslerin diğer insanlara yayılmasını engellemez aksine antibiyotik direncine, vücut direncinin azalmasına ve antibiyotiğin yan etkilerine maruz kalarak iyileşme sürecinin uzamasına neden

olmaktadır. Ateşı düşürmek amacıyla antibiyotik kullanımı da yine sıkça yapılan yanlışlardan biridir.

Acil hekiminin bakteriyel bir enfeksiyon varlığında tedavi etmek için kültür sonuçlarını bekleme şansı yoktur. Enfeksiyon odağına ve olası etkene göre etkili antibiyotik seçilmelidir. Tedavi verilirken gebelik, emzirme, yaş, karaciğer ve böbrek yetmezliği, allerji gibi hastanın kişisel özellikleri göz önünde bulundurmak gerekir. Acil servis hizmetlerinde doğru ve zamanında yapılan tıbbi müdahale hayat kurtarmakta, kimi zaman en küçük gecikme ise telafisi mümkün olmayan sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle bakteriyel enfeksiyonların düşünüldüğü durumlarda antibiyotik verilmeli, viral enfeksiyonlarda ve enfeksiyon dışı durumlarda antibiyotik kullanımından kaçınılmalıdır.

SS-94: SEÇİLEN YOL TEDAVİ Mİ YOKSA HASTALIK MI?

Uzm. Dr. Sibel Güçlü Utlü

SBÜ Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi

GİRİŞ: Bitkiler çok eski zamanlardan beri tıbbi amaçlarla çeşitli şekillerde kullanılmaktadır. Buna bağlı olarak da birçok yan etki bildirilmiştir. Literatürde *Urtica dioica* ya da Stinging nettle diye bilinen, Türkiye’de ‘ısırgan otu’ olarak adlandırılan bitki, hem dahili hem harici olarak kullanılan çok yıllık otsu bitkidir.(figür 1) Geleneksel olarak harici kullanımda ısırgan yaprağı romatoid artrit, seboreik dermatit, akne ve kepeklenmeye karşı bir çare olarak kullanılır. Ancak yapraklarındaki tüylere temas edildiğinde içeriğindeki kimyasallarla cildi tahriş eder. Hasar genellikle kimyasal yanık olarak kendini gösterir. Kızarıklığa, kaşıntıya, ödeme, paresteziye neden olur ve bu durum dakikalar içinde başlayıp günlerce sürebilir. Bu etkilerin ciddiyeti, temas alanının büyüklüğü, temas süresi ve kullanılan bitki miktarı ile ilgilidir. Bitki kaynatıldığında yağı çıkarıldıktan sonra tahriş etkisinin ortadan kalktığı bilinmektedir. Antioksidan, antimikrobiyal ve aneljezik özelliklere sahiptir. vücutta pek çok sistem için faydalı olduğu belirlenmiştir.



figür 1. Isırgan otu

Vaka: 48 yaşında erkek hasta, acil servise dizlerde ağrı ve yanık nedeniyle başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sağ ve sol dizin ekstansör yüzeyinde kızarıklık, şişlik, yer yer ikinci dereceden büllü yanık yaralarının olduğu görüldü. Alınan anamnezinde diz eklemlerinde ağrı olduğu için şifalı etkisinden yararlanmak amacıyla ısırgan otunu haşlayıp dizlerine bağladığı öğrenildi. aradan 6 saat geçtikten sonra dizlerdeki görünüm figür 2'deki gibiydi. Hastaya bu haliyle kimyasal yanık teşhisi konuldu. Hastanenin yanık ünitesine danışılan hasta için kliniğe yatış verildi. Günlük pansuman ve antibiyoterapi başlandı. Takiplerinde yanık bölgesinde belirgin iyileşme gözlenen hasta 6.günde hastaneden taburcu edildi.

Sonuç olarak vakada ısırgan bitkisi, tam kaynama işlemi yapılmadan cilde doğrudan uygulanmıştır. Ciltte geniş bir kimyasal yanığa neden olmuştur.



figür 2. Her iki dizde ödemli, kızarık, yer yer büllerin olduğu ikinci derece yanıklı cilt bölgesi

Anahtar kelimeler: bitki, cilt, lokalize uygulama, yanık

SS-95: SADECE BİR BOĞAZ AĞRISI MI? TEK TARAFLI TONSİLLİTE BAĞLI DESENDAN NEKROTİZAN MEDİASTİNİT: OLGU SUNUMU

Ali GÜR

Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ:

Desendan nekrotizan mediastinit (DNM) nadir, fakat yüksek oranda ölümcül seyreden bir durumdur. Sıklıkla orofarenjeal veya odontojenik şiddetli enfeksiyonlara bağlı gelişen bir komplikasyondur. Mortalitesi yüksek bir enfeksiyon olup mortalite %47 dir. Erken tanı, uygun antibiyoterapi ve cerrahi girişimle iyileşme olasıdır (1).

Bu olgu sunumunda tek taraflı kriptik tonsillite bağlı gelişen Desendan nekrotizan mediastinit olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU:

25 yaşında erkek hasta acil servisimize boğaz ağrısı ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. 3 gündür boğaz ağrısı ve son iki gündür de nefes darlığı mevcutmuş. Öksürük ve balgamı da şikayetlerine eşlik etmekteymiş. 2 gün önce supfebril ateşi olmuş. Hastanın özgeçmişinde bilinen herhangi bir kronik hastalığı yokmuş. Vital bulgularına bakıldığında hasta hipotansif (80/40 mmHg), taşikardik (100/dk), takipneik (24/dk), oksijen saturasyonu ise %95 ve ateşi ise 36,6 C⁰ idi. Fizik muayene bulgularında baş boyun muayenesinde sol tonsillerinde kript mevcut, özellikle boyun sol tarafta yaygın cilt ödemi ve bilateral cilt altı krepitasyonları mevcuttu. Dinlemekle sağ akciğer solunum sesleri azalmıştı. Laboratuvar sonuçlarında beyaz küre 12.4 (10⁹/L), nötrofil %87.3, Platelet 473 (10⁹/L), Glukoz 240 mg/dL (üst limit 105 mg/dL) , Kan Üre Azotu 97 mg/dL (üst limit 20,6 mg/dL), Kreatinin 2,14 mg/dL (üst limit 1,25 mg/dL), Albumin 1,7 g/dL (alt limit 3,5), Aspartat aminotransferaz 244 U/L (üst limit 34 U/L) ve, Alanin Aminotransferaz 144 U/L (üst limit 55 U/L) idi. Kan gazı analizinde pH: 7.22, pCO₂: 17.6 mmHg, pO₂ :88.7 mmHg, HCO₃ : 11,4 mEq/L idi. Hastadan kültür için steril vücut sıvısı alındı ve kültüründe Streptococcus Anginosus üredi. Hastaya PA akciğer grafisi çekildi ve ardından bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT'sinde boyun alt kesiminde, paratrakeal alanda , paraözefageal alanda paraaortik alanda ve sağ akciğer alt lob postero - mediyobazal segmentte yaygın hava dansiteleri mevcut olup akciğerde düzensiz konsolidasyon alanı eşlik etmekteydi (Resim 1). Hastada Desendan nekrotizan mediastinit düşünüldü. Hastanın medikal tedavisi acil serviste başlanıp stabilizasyon sağlanmaya çalışıldı. Geniş spektrumlu antibiyotikleri acilde başlandı. Hastanın saturasyonlarında düşme olunca hasta elektif entübe edildi. Hastaya göğüs cerrahisi, göğüs hastalıkları ve enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istendi. Hasta ileri tedavi ve cerrahi amaçlı anestezi yoğun bakıma yatırıldı. Anestezi yoğun bakıma alınır alınmaz hasta arrest oldu ve tüm müdahalelere rağmen hasta ex oldu.

TARTIŞMA

DNM daha çok orofarenjeal enfeksiyonların komplikasyonu olarak gelişen bir durumdur. Bu enfeksiyonların sonrasinda nadiren servikal enfeksiyon gelişir. Bu servikal

enfeksiyonun komşuluk yolu ile mediastene ulaşması ile mediastinit gelişir. DNF'in tanınabilir nedenlerinden biri peritonsiller apse veya tonsillittir (2).

Mediastinitin erken tanısı semptomlarındaki belirsizlik nedeni ile zordur. İlk bulgular genellikle servikal enfeksiyona bağlı gelişen retrosternal ağrı, boyunda şişme, sertlik, krepitasyon olup genellikle servikal enfeksiyonun tespitinden sonraki 48 saat içerisinde mediastinit ve sepsis tablosu ile karşılaşılır (3). Bizim olgumuzda da hastanın klinik şikayetleri 72 saat olup fizik muayenede ise mediastiniti düşündürecek krepitasyon dışında herhangi bir bulgu yoktu.

DNM sonrası trakeal yırtılma, vasküler kompresyon, septik şok, pnömoni ve kardiyak veya böbrek dahil multiorgan yetmezliği gibi ciddi komplikasyonlar görülebilir (4). Bizim olgumuzda da hastada pnömoni, septik şok ve karaciğer ile böbrek fonksiyon testleri yükselmiş olup multiorgan yetmezliği başlamıştı.

Mediastinit tablolarında en sık Streptokoklar saptanır. En sık izole edilen mikroorganizmalar, alfa hemolitik streptokok grubu, özellikle Streptococcus viridans'dır (5). Bizim olgumuzda da literatürle uyumluydu ve hastamızda Streptococcus Anginosus üremesi oldu.

Bilgisayarlı Tomografi enfeksiyonun yaygınlığını ve hangi mediasten kompartmanının etkilendiğini göstermede faydalıdır. Erken tanı ve tedaviyi sağlamadaki faydasından dolayı BT derin servikal enfeksiyonlu tüm hastalara endikedir (6). Olgumuzda da çekilen boyun BT ve toraks BT'si tanı koymada oldukça faydalı olmuştur. Birincil BT bulguları, sıvı toplanması ve tanı için mediastende serbest hava kabarcıklarıdır. Sekonder bulguların bazıları, mediastinal yağın zayıflamasının, genişlemiş mediastinal lenf nodlarının ve plevral efüzyonların varlığıdır (7). Bizim olgumuzda da tomografi görüntüsünde sıvı toplanması, serbest hava kabarcıkları ve plevral efüzyon mevcuttu.

DNM tedavisinde kültürlerin sonuçları alınmadan önce, enfeksiyonun ilerlemesini önlemek için ampirik antibiyotik tedavisi başlatılmalıdır ve bir an önce cerrahi tedavi uygulanmalıdır (8). Bizim olgumuzda da hastaya acil serviste ampirik tedavi başlandı ve cerrahi için hasta anestezi yoğun bakıma alındı.

SONUÇ:

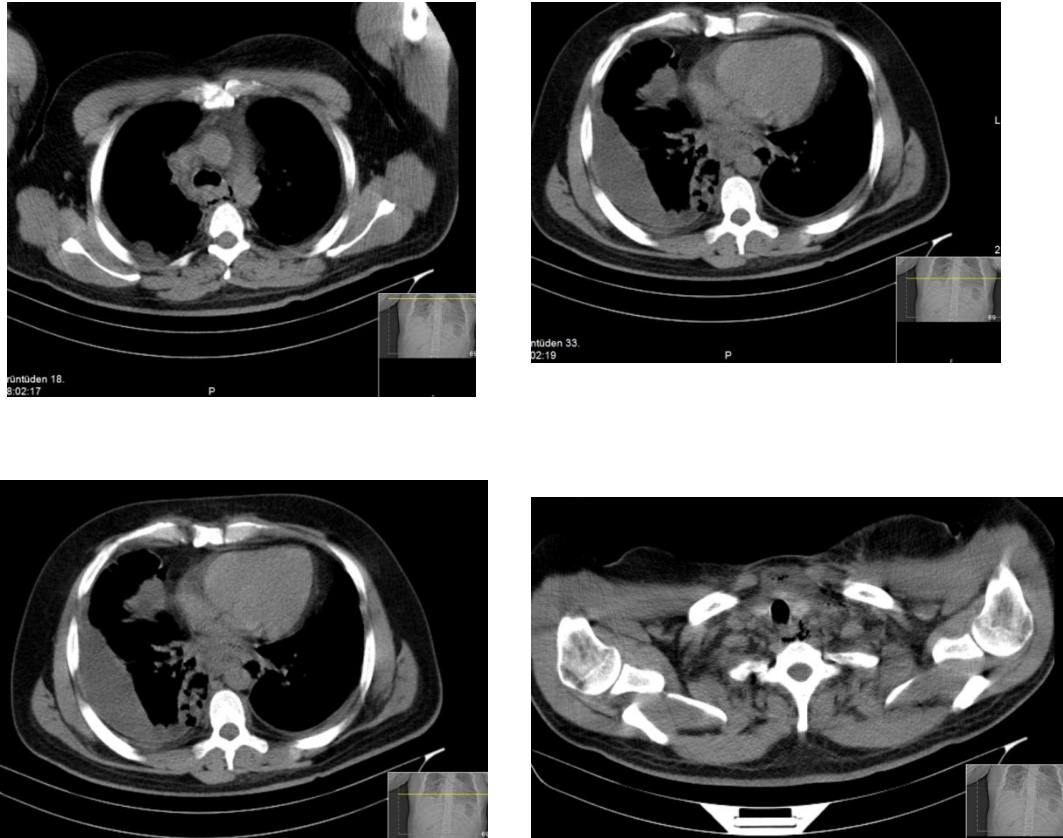
Sonuç olarak; Desendan Nekrotizan Mediastinit olgularında erken tanı konması, hızlı medikal ve cerrahi yaklaşım kararının alınması yüksek olan mortalite oranının düşürülmesine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR:

- 1) Liman ŞT, Taştepe Aİ. Mediastinitler. İçinde: Ökten İ, Güngör A, editör. Göğüs cerrahisi. 1. baskı. Ankara: Sim Matbaacılık; 2003. s. 141-51.
- 2) Losanoff JE, Missavage AE: Neglected peritonsillar abscess resulting in necrotizing soft tissue infection of the neck and chest wall. *Int J Clin Pract* 2005, 59:1476-1478.)

- 3) Marty-Ané CH, Berthet JP, Alric P, Pegis JD, Rouvière P, Mary H. Management of descending necrotizing mediastinitis: an aggressive treatment for an aggressive disease. Ann Thorac Surg 1999;68(1):212-7.
- 4) Roccia F, Pecorari GC, Oliaro A. Ten years of descending necrotizing mediastinitis: management of 23 cases. J Oral Maxillofac Surg 2007; 65: 1716–1724.
- 5) Huang TT, Tseng FY, Yeh TH, Hsu CJ, Chen YS. Factors affecting the bacteriology of deep neck infections: a retrospective study of 128 patients. Acta Oto-Laryngologica 2006;126:396-401.
- 6) Gonzales- Garcia R, Risco- Rojas R, Roman-Romero L, Moreno-Garcia C, Lopez Garcia C. Descending necrotizing mediastinitis following dental extraction. Radiological features and surgical treatment considerations. J Craniomaxillofac Surg 2011; 39: 335-9.
- 7) Exarhos DN, Malagari K, Tsatalou EG, Benakis SV, Peppas C, Kotanidou A, et al. Acute mediastinitis: spectrum of computed tomography findings. Eur Radiol 2005;15:1569-74
- 8) Freitas RP, Fahy CP, Brooker DS, Primrose WJ, McManus KG, McGuigan JA. Descending necrotising mediastinitis: a safe treatment algorithm. Eur Arch Otorhinolaryngol 2007; 264: 181–187.

Resim 1: Hastanın Tomografi Görüntüleri



SS-96: ACİL SERVİSTE İSTENEN ENFEKSİYON HASTALIKLARI KLİNİK KONSÜLTASYON VE SERVİS YATIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma Kesmez CAN

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, AD.
Erzurum, Türkiye

fatma.can@atauni.edu.tr

GİRİŞ: Acil enfeksiyon hastalıkları; tanıda, tedavide gecikme olduğu takdirde ağır klinik durumlar ve komplikasyonlarla seyreden, mortalitesi yüksek durumlardır. Hızlı tanı konması, etkili anti-mikrobik tedavi verilmesi, ek olarak destek tedavi ile iyi sonuçlar verebilir. Enfeksiyon hastalıkları için değişik risk durumlarında (yaralanma, ısırıklar, vd.) olası enfeksiyon hastalıklarını önlemek amacıyla yapılacak bazı profilaksi işlemleri de acil kapsamındadır. Sepsis, Pürülan menenjit, herpes ensefaliti, bağışıklığı bozuk konakta enfeksiyon (nötropenik ateş vb.), akut enfektif endokardit, akut lobar pnömoni, nekrotizan fasit, tetanoz, sıtma, hemorajik ateşler, piyelonefrit gibi hastalıklar acil serviste acil hekimlerince değerlendirilip enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu yapılmaktadır.

Konsültasyon acil serviste hasta yönetiminde önemli bir uygulamadır. Bu süreçte başka uzmanlık alanından doktor hastanın yönetiminde katkıda bulunmak amacıyla acil servise davet edilmektedir. Konsültan hekim acil servise gelip değerlendirmesini yaparak, önerilerini acil servis hasta dosyasında kendisine ayrılan bölüme kaydeder ve kendi uzmanlık alanını ilgilendiren girişimlerde bulunur. Bu çalışmada hastanemiz acil servisinden istenen enfeksiyon hastalıkları konsültasyonları ve kliniğimize yatış tanı ve oranları değerlendirildi.

BULGULAR: 01.01.2018-01.09.2019 Tarihleri arasında acil servisten yapılan enfeksiyon hastalıkları klinik konsültasyonları ile buradan servise yatırılan hastaların tanıları değerlendirildi. İstenilen konsültasyon sayısı 2387 olup intaniye kliniğine yatırılan hasta sayısı 367 idi. Konsülte edilen hastaların %15,3 nün yatırıldığı görüldü.

Yatırılan hastaların ön tanıları ise 44 (%11,9) üriner sistem enfeksiyonu, 43(%11,7) Kırım Kongo kanamalı ateş, 38 (%10,3) yumuşak doku enfeksiyonu, 35 (%9,5) pnömoni, 30 (%8,1) menenjit-ensefalit, 30 (%8,1) akut gastroenterit, 25 (%6,8) sebebi bilinmeyen ateş, 23 (%6,2) diyabetik ayak enfeksiyonu, 15 (%4,08) sepsis, 15 (%4,08) üst solunum yolu enfeksiyonu, 7 (%1,9) sıtma, 4 (%1,08) deri şarbonu, 2 (%0,54) tetanoz, 51 (%13,8) düşük oranlı diğer nedenler şeklinde görüldü. Konsültasyon sayısının yüksek olmasının sebepleri irdelendi.

Akut faz reaktanları (AFR) inflamasyon durumlarında serum konsantrasyonları inflamasyona yanıt olarak artan veya azalan proteinlerdir. İnflamatuvar yanıt, enfeksiyon, travma, malignansi otoimmün hastalıklar gibi durumlarda oluşur. AFR inflamatuvar olayların varlığı ve yoğunluğunu gösterir ancak bunların hangi hastalığa bağlı olduğunu spesifik olarak göstermez. Klinik bulgular ile birlikte değerlendirme gerektirir. Acil serviste bu parametrelerin kullanımı enfeksiyon dışı sebepler ile de konsültasyon istemine neden olur. Ülkemizde acil olmayan sebepler ile acil servis başvurusu çok olduğundan bu da konsültasyon sayısını artıran başka bir nedendir.

Sonuç: Acil enfeksiyonların tanı, tedavi, profilaksi ve kontrolünde yapılması gerekenler geciktirilmeden yapılmalı, gerekli konsültasyonlar zamanında yaptırılıp gereği yerine getirilmelidir.

SS-97: PANKREATİK KANAL TRANSEKSİYONUNDA ENDOSKOPIK RETROGRAD KOLANJİOPANKREATOGRAFİNİN YERİ: OLGU SUNUMU

Arife Simsek

İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

AMAÇ: Pankreas yaralanmaları nadir görülmekle birlikte yüksek mortalite (%20) ve morbidite (%40) oranına sahiptirler. Çoğunluğu penetran özellikte olup, genellikle eşlik eden organ yaralanmaları ile prezente olurlar. Wirsung kanalının durumu yaralanmayı derecelendirmede ve tedavi kararında önemli bir etkidir. Düşük dereceli yaralanmalarda konservatif tedavi uygulanırken yüksek dereceli yaralanmalar genellikle cerrahi yolla tedavi edilir. Bu yazıda, ERCP rehberliğinde stentlenerek tedavi edilen post-travmatik parsiyel wirsung kanalı transeksiyonu olan 35 yaşında erkek hasta sunuldu.

Olgu: Delici kesici alet yaralanması nedeniyle acil servise getirilen 35 yaşındaki erkek hasta hipotansif ve taşikardik olup abondan kanlı kusma sonrasında entübe edildi. Fizik muayenede sol 11. interkostal aralıkta ön aksiller çizgi hizasında 2 cm'lik kesi mevcuttu. Batın BT'de yaygın hematoma, midede dilatasyon ve pankreas kuyruk kesiminde hipodens görünüm (figür 1) tespit edildi. Acil operasyona alınan hastanın batnında 1000 cc hemorajik mayi mevcuttu, mide aşırı distandü olup, omentumun bir kısmında aktif kanama ve hematoma alanı tespit edildi. Gastrokolik ligaman açıldığında 1200 cc hemorajik mayi aspire edildi. Mide korpus büyük kurvaturda ve korpus posteriorda 1 cm'lik perfore alanlar mevcuttu. Pankreas korpus-kuyruk bileşkesinde 8 mm'lik keside aktif kanama mevcuttu. Pankreas mobilize edildiğinde kesinin tam kat olmadığı görüldü. Midede mevcut perfore alanlar ve pankreastaki kesi primer onarıldı, parsiyel omentektomi (7x10 cm) yapıldı, batın içine 3 adet dren konulan hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Takiplerinde pankreas fistülü saptanması üzerine octreotide tedavisi başlandı, postop 12. gün sol plevral efüzyon nedeniyle tüp torakostomi uygulandı. Postop 14. gün ateşi olan ve akut faz reektanları yükselen hastanın antibiyotik tedavisi düzenlendi, ERCP'de distal pankreasta parsiyel wirsung kesisi saptanması üzerine

sfinkteretomi ve wirsung kanalına stent uygulaması yapıldı. Genel durumu stabil seyreden hasta postop 42. gün taburcu edildi.

SONUÇ: Pankreas yaralanmalarında wirsung kanalının durumu yaralanmayı derecelendirmede ve tedavi kararında önemli bir etkidir. ERCP kılavuzluğunda transekte wirsung kanalının stentlenmesi cerrahi girişim gereksinimini ortadan kaldırabilir.

Anahtar kelimeler: ERCP, pankreas yaralanması, pankreas travması, wirsung kesisi

**SS-98: İSKEMİK GÖĞÜS AĞRISI ŞİKÂYESİYLE KLİNİĞİMİZE
BAŞVURANLARDA, EDACS-ADP SKORUNUN OTUZ GÜNLÜK MAJÖR
İSTENMEYEN KARDİYAK OLAYLARI DEĞERLENDİRMEDE ÖZGÜLLÜK
VE DUYARLILIĞININ ANALİZİ**

İlker Akbaş¹, Zeynep Çakır², Abdullah Osman Koçak², Alpaslan Ünlü³, Nazım Onur Can², Mert Vural²

1. Bingöl Devlet Hastanesi, Acil Servis-Bingöl.
2. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı-Erzurum.
3. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Acil Tıp Kliniği-Rize.

AMAÇ: EDACS-ADP skoru acil servis şartlarına göre geliştirilmiş, uygulaması basit göğüs ağrılı hastalara erken dönemde ve yüksek taburculuk kararı veren, düşük yalancı negatiflik oranına sahip bir skorelama sistemidir. Bu tez çalışması ile kliniğimize iskemik göğüs ağrısı şikâyetiyle başvuranlarda, EDACS-ADP skorunun otuz günlük majör istenmeyen kardiyak olayları değerlendirmede özgüllük ve duyarlılığı analiz edilecektir.

YÖNTEM: Çalışma ileriye dönük gözlemsel klinik araştırma olarak planlanmıştır. On sekiz yaşın üzerinde, göğüs ağrısı şikâyeti olan ve klinisyen tarafından troponin ölçümü yapılmak istenen ardışık hastalar içerisinde, onam formunu okuyarak çalışmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan hastalardan EDACS skoru değişkenlerini içeren 37 veri prospektif olarak toplanmıştır. Bu verilere ek olarak EKG ve troponin sonuçları ile birlikte EDACS-ADP skoru hesaplanmıştır. Başvurudan 30 gün sonra hastalar telefonla aranarak ve/veya hastane kayıtları incelenerek gelişmiş majör istenmeyen kardiyak olay bilgisine ulaşılmaya çalışılmıştır.

BULGULAR: Çalışma tüm kriterleri karşılayan 392 hasta ile tamamlandı. EDACS-ADP skoruna göre hastaların %54,3'ü (n=213) düşük riskli olarak sınıflandırıldı. Bir aylık takip sırasında çalışmaya alınan hastaların 65'inde (%16,6) toplam 116 MİKO gelişti. Düşük riskli hastaların %0,9'unda MİKO gelişirken, yüksek riskli hastaların %35,2'sinde MİKO gelişti. Bu sonuçlara göre EDACS-ADP'nin duyarlılığı, özgüllüğü, PPV, NPV, +LR ve -LR değerleri sırasıyla şu şekildedir: %96,9, %64,5, %35,2, %99,1, +LR 2,73 ve -LR 0,05.

SONUÇ: Bu alışma ile EDACS-ADP skorunun acil servisimize başvuran göğüs ağrılı hasta popölasyonunda güvenle kullanılabileceği gösterilmiştir. Ayrıca bu araştırma ile EDACS-ADP skorunun türetildiği ve daha önce denendiği merkezlerden daha farklı bir bölgede de benzer etkinlik ve güvenlikle olduğu gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: EDACS-ADP, göğüs ağrısı, majör istenmeyen kardiyak olay, taburculuk.