

1. Ulusal Acil Tıp E-KONGRE

11-13 Haziran 2020

Davet Mektubu

Değerli Meslektaşlarım,

Bilindiği gibi hem ülkemiz olarak hem de pek çok dünya ülkesi olarak COVID19 pandemisi nedeniyle zor dönemlerden geçmekteyiz. **Kendimizi ve insanlığı korumak** adına alınmış olan sosyal mesafe kısıtlamaları nedeniyle bu dönemde yüz yüze, el ele, kol kola kapalı bir ortamda kongre düzenlenebilmesi uygun ve mümkün değildir. Ancak Acil Tıp Doktorları kliniklerinde canla başla çalışmaya ve bilgiyi kullanmaya devam ediyor, Dünya’da da bilgi akışı ve güncellemeler devam ediyor. Bizim çalışmamızın ve COVID19 pandemisi ile mücadelenin ham maddesi ise “güncel” bilgidir.

Ancak...

“Eskisi kadar yakın olamayız.”

Bu nedenle,

ATUDER olarak 1. Ulusal Acil Tıp E- kongresi’nin 11-13 Haziran 2020 tarihleri arasında cebinizde, evinizde, ofisinizde düzenleneceğini duyurmaktan büyük mutluluk duyuyoruz. Bildiğiniz gibi Acil Tıp dinamiktir ve o anda o kapıdan ne gireceği asla bilinmemektedir. Hızlı bir koordine düşünme ve organizasyon becerisi ile pek çok hayatı tehdit eden vaka, adeta kara bir kutu olmasına rağmen Acil Tıp Uzmanlarınca sistematik olarak çözülebilmektedir. Bu başarının altında yatan yegane sebep ise Acil Tıp Uzmanlarının sürekli kendisini güncelleyen bilgileri doğru şekilde analiz edebilmesidir.

Kongremiz, COVID19 ile ilgili yoğun WEBINAR’lardan hala acil hastalık olma özelliğini koruyan kardiyolojik, nörolojik, pediatrik ve toksikolojik acil durumlara kadar hızlı bir bilgi tazeleme aracı olacaktır.

Kongre dili Türkçedir. Bildiri özetleri çift kör ve hakem değerlendirmeli ve hakemin olumlu raporundan sonra kabul edilecektir. Bildirilerin tam metni, e- bildiriler kitabında yayınlanacaktır ve katılımcıların e- posta adreslerine gönderilecektir.

Güncel kalabilmek için, bilgi akışının devamlılığını sağlamak için, **pandemiye karşı** direnişimizi, **pes etmemişliğimizi** ve daha iyiye gitmekte kararlı olduğumuzu COVID19 nezdinde bütün olağanüstü hal nedenlerine haykırmak üzere; tüm acil tıp profesyonellerini kongremize davet ediyoruz.

Çünkü biz bu işin en ön safındayız.

Tüm katılımcılarımıza ve paydaşlarımıza gösterdikleri ilgi ve katkılarından dolayı teşekkür ederiz. Neşeli ve verimli bir kongre olmasını umuyoruz.

Prof. Dr. Başar Cander

11 Haziran 2020		
SAAT	KONUŞMACI	KONU
09.00-10.00		Açılış Konuşması
10.00-12.00	OFFLINE	1. Oturum: Kardiyovasküler Hastalıklar Oturum Başkanları: Başar Cander, Zeynep Çakır
	Başar Cander	Acil Serviste Zorlayıcı Kardiyolojik Vakalar
	Zeynep Çakır	Hipertansif Aciller: 5N1K
	Behçet Al	Kardiyak Senkop; yoksa konversiyon mu?
	Muhammet Gökhan Turtay	Sağ Kalp Resusitasyonu: Kalbin sağ tarafı akciğer midir?
	Mehmet Okumuş	Post Kardiyak Arrest Bakım
	Mustafa Çiçek	Pandemilerde TYD ve İKYD
	Erdal Demirtaş	Miyokardiyal İskemi: EKG'deki Hileler
	Nihat Hökenek	Atipik AMI Başvuruları
13.00-14.30 ONLINE (CANLI YAYIN) AĞRI YÖNETİMİ (WEBINAR) UYDU SEMPOZYUMU  ABDİ İBRAHİM Moderatör: Başar Cander Konuşmacılar: Zeynep Çakır, Behçet Al, Bora Kaya		
15.00-16.15	OFFLINE	2. Oturum : Pediatrik Aciller Oturum Başkanları : Oktay Eray-Yavuz Katırcı
	Şahin Aslan	Major Travmatik Beyin Hasarı: Çocuk beyni yetişkin beyninin küçüğü değildir
	Yavuz Katırcı	Pediyatrik mitler (Top 10)
	Mustafa Çiçek	Çocuk İstismarına Acil Serviste Yaklaşım ve Adli Boyutu
	Leyla Öztürk Sönmez	Pediyatrik Göğüs Ağrısı ve Senkop: Gözden Kaçırdığımız Neler Var
	Eylem Kuday Kaygısız	Pediyatrik Akciğer USG: X-Ray yerine tercih etme zamanımız geldi mi?
16.30-18.15	OFFLINE	3. Oturum: Travma Oturum Başkanları : Bülent Dağlar (TOTBİD Travma Şubesi Yön. Krl. Başk.),
	Cem Çopuroğlu	Pelvis Kırıklarına İlk Müdahale
	Mahmut Kalem	Crush Yaralanma - Ekstremitte Yöntemi
	Erdal Yavuz	Çıkıklara Yaklaşım
	Kasım Turgut	Ateşli Silah Yaralanmalarına Yaklaşım
	Erman Ceyhan	Açık Kırıklara Yaklaşım
	Hasan Sultanoğlu	Kafa Travmalarında Yeni Görüntüleme Teknikleri
18.15-20.00 ONLINE (CANLI YAYIN) Bir Zamanlar Coronada (WEBINAR) Moderatör: Behçet Al Konuşmacılar: Oktay Eray, Mehmet Okumuş, Burçe Serra Koçkan, Hilal Hocagil, Özlem Güler		

12 Haziran 2020		
SAAT	KONUŞMACI	KONU
10.00-12.00	OFFLINE	4. Oturum: Toksikoloji & Çevresel Hastalıklar Oturum Başkanları: Şahin Çolak, Yunsur Çevik
	Yunsur Çevik	Alkol İntoksikasyonu Yönetimi
	Bülent Erdur	Acil Serviste Yüksek Doz Yeni Nesil Oral Antikoagülan İlaç (Noac) Alan Hastanın Yönetimi
	Mustafa Sabak	İntoksikasyon Düşünülen Ajite Hastada Sedasyon
	Şükrü Yorulmaz	Acil Serviste Akılcı İlaç Kullanımı
	Zamir Kemal Ertürk	Zehir Danışma Merkezinin Acil Servislerdeki Rolü: Bağlanabilmek ya da Bağlanılabilememek, işte bütün mesele bu!
	Abdullah Koçak	Acil Serviste Organofosfat Zehirlenmesi İle Gelen Hastaya Güncel Yaklaşım
	Murat Seyit	QT Uzaması Yapan İlaçların Tanısı ve Yönetimi
	Seda Dağar	Toksikoloji Hastalarında İlaç Düzeyi Taraması ve Adli Yönü
12.00-14.30 ONLINE (CANLI YAYIN) MEVSİMSSEL HASTALIKLARDA ACİL YÖNETİMİ (WEBINAR) UYDU SEMPOZYUMU  ABDİİBRAHİM Moderatör: Şevki Hakan Eren Konuşmacılar: Burak Katipoğlu, Togay Evrin, Armağan İncesulu, Fatih Selvi		
15.00-16.15	OFFLINE	5. Oturum: Kritik Bakım Oturum Başkanları: Özlem Bilir, Mehmet Koşargelir
	Mehmet Gül	Acil Serviste ECMO kullanımı: 5N1K
	Özlem Bilir	Acil Servis Yoğun Bakım Ünitesinde: İpuçları ve Tuzaklar
	Mustafa Ekici	Acil Serviste Non Travmatik Şok
	Enes Güler	Surviving Sepsis ve Acil Kritik Bakımda Uygulanabilirliği
16.30-18.00	OFFLINE	6. Oturum: Acil Görüntüleme Oturum Başkanları: Togay Evrin
	Emine Emektar	Travmatik Olmayan Göğüs Görüntüleme: Aort değerlendirilmesi
	Tufan Alatlı	Acil Serviste En Sık Kaçırılan On Radyografik Bulgu
	İlker Akbaş	Üst Gastrointestinal Acil Durumlarda BT
	Metin Yadigaroglu	USG Eşliğinde Periferik Sinir Blokları
18.15-20.00 ONLINE (CANLI YAYIN) İnfluenza'dan Corona'ya Acil Tıpta Solunum Enfeksiyonlarının Yönetimi (WEBINAR) Moderatör: Mehmet Gül Konuşmacılar: Başar Cander, Kemal Zamir Ertürk, Pınar Koptur, Feride Sinem Akgün, Derya Tatar		

1. Ulusal Acil Tıp E-KONGRE

11-13 Haziran 2020

13 Haziran 2020			
SAAT	KONUŞMACI		KONU
10.00-13.00	ONLINE	Salon	Sözlü Bildiriler Oturma Başkanları
		Salon 1	Mehmet Gül Tufa Alatl Mustafa Sabak
		Salon 2	Leyla Öztürk Sönmez Mustafa Çiçek
		Salon 3	Seval Komut Zamir Kemal Ertürk
13.00-14.20 ONLINE Tüm Oturumlar Canlı Tartışma			
	ONLINE		1.Oturum: Kardiyovasküler Hastalıklar Oturma Başkanları ve Tüm 1. Oturma Konuşmacılar
	ONLINE		2.Oturum: Pediatrik Aciller Oturma Başkanları ve Tüm 2. Oturma Konuşmacılar
	ONLINE		3.Oturum: Travma Oturma Başkanları ve Tüm 3. Oturma Konuşmacılar
	ONLINE		4.Oturum: Toksikoloji & Çevresel Hastalıklar Oturma Başkanları ve Tüm 4. Oturma Konuşmacılar
	ONLINE		5.Oturum: Kritik Bakım Oturma Başkanları ve Tüm 5. Oturma Konuşmacılar
	ONLINE		6.Oturum: Acil Görüntüleme Oturma Başkanları ve Tüm 6. Oturma Konuşmacılar
	ONLINE		Sözlü Bildiriler Tartışma Sözlü Bildiri Oturma Başkanları ve Sözlü Bildiri Konuşmacıları
16.00-17.00 ONLINE Kapanış – Ödül Töreni			

Kongre Başkanı

Başar Cander

Kongre Sekreteri

Mustafa Sabak

Leyla Öztürk Sönmez

Enes Güler

Bilimsel Komite

Zeynep Çakır

Erden Erol Ünlüer

Mehmet Okumuş

Semih Korkut

Kenan Ahmet Türkdoğan

Mehmet Nuri Bozdemir

Mehmet Koşargelir

Burak Katipoğlu

Togay Evrin

Leyla Öztürk Sönmez

Mustafa Sabak

Erdal Demirtaş

Lukasz Szarpak

Jacek Smereka

Eray Çınar

Tufan Alatlı

Organizasyon Komitesi

Mehmet Gül

Behçet Al

Yunusur Çevik

Enes Güler

Mustafa Ekici

Eylem Kудay Kaykısız

Büşra Bildik

Burçe Serra Koçkan

Metin Yadigaroglu

Kongreye Kayıt Olmak İçin

www.acilakademi.net

sayfasından kayıt yapılması gerekmektedir.

Kongre Organizasyon Firması



LITERATUR MICE

literatur@literaturmice.com

Gsm:0552 418 0008



[bilgi@onkaegitim.com](mailto: bilgi@onkaegitim.com)

Onka Eğitim Sağlık ve Organizasyon Tic. Ltd. Şti.

Kongre Sekreteryası İletişim

Dr. Mustafa SABAK

0506 594 20 65

Dr. Leyla ÖZTÜRK SÖNMEZ

0505 411 38 53

Dr. Enes GÜLER

0506 257 86 06

Dr. Büşra BİLDİK

0532 605 47 36

Sözlü ve Poster Bildiri

Kongre sırasında poster ve sözlü bildirilere yer verilecektir.

Sempozyum için gönderilecek olan özetlerin içerik olarak Acil Tıp uygulamalarına yönelik ve Acil Tıp disiplinine fayda sağlayıcı nitelikte olmalarına özen gösterilmelidir.

Bildirilerin, Bilimsel Komite tarafından değerlendirmeye alınması için bildiri formunun sadece [bildiriler@acilakademi.net](mailto: bildiriler@acilakademi.net) üzerinden email yoluyla yapılacaktır.

Bildiri özetleri Word dosyasında 10 punto Times News Roman Karakterleri ile 300 kelimeyi geçmeyecektir ve [bildiriler@acilakademi.net](mailto: bildiriler@acilakademi.net) üzerinden email yoluyla yapılacaktır. Bildiri özetleri Türkçe olarak hazırlanacaktır. Sunum şekli olarak Sözlü ya da Poster olarak belirtilmesi gereklidir. Ancak bilimsel program ve bildirinin içeriğine göre Bilimsel Komite bildirinin sunum şeklini değiştirebilir. Elektronik olarak bildiri sahiplerine özetlerinin alındığı iletilecektir. Elektronik olarak bildiri sahiplerine bildirilerin kabul edildiği zaman iletilecektir.

Sözlü ve Poster bildiri özetleri için en son gönderim tarihi 01.06.2020. Bildiri kabulü sonrasında en geç 5 gün içerisinde belirlenen tarihte ve saatte offline sunumu [acilakademi.net](http://www.acilakademi.net) üzerinden kaydedilecek olup sunum süreleri 5 dakika ile sınırlıdır. Offline sunumlar sonrası önceden oluşturulacak forum üzerinden sözlü bildiriler hakkında alınan sorular kayıt altına alınıp sözlü bildiri sahibine iletilecektir. 13.06.2020 tarihinde canlı yayında tartışmaya açılacaktır.

Gönderilen özetler, Sempozyum Düzenleme Kurulunca ve en az iki bilimsel hakem tarafından değerlendirilecek.

Kabul edilen bildiriler, e.bilimsel programda ve e.bildiri kitabında yer alacaktır.

Gönderilen bildirilerin üzerinde kabul sonrası değişiklik yapılamaz.

Destekleyenler



ABDIİBRAHİM



NOBEL



KOÇAK FARMA

49.yıl

Santa  Farma
Sağlığa sağlıklı hizmet yolunda

75.yıl

1.SALON	KÜNYE NO	SÖZLÜ BİLDİRİ
Dr.Halil Güllüoğlu	SS01	Akut Gelişimli Quadriparezi Nedeni: Guillain Barre Sendromu
Dr. Seval Komut	SS02	Acil Servise BaşVuran Maksillofasiyal Travmalı Hastaların Klinik Ve Demografik Özellikleri
Dr. Gürkan Altuntaş	SS03	Travmatik Pnömotoraks : 63 Olgunun Değerlendirilmesi
Dr. Ayça Çalbay	SS04	Covid 19 Pandemisinde Göğüs Ve Boğaz Ağrısı?
Dr. Suna Eraybar	SS05	Bilinç Bulanıklığında Ayırıcı Tanı: Nöroleptik Malign Sendrom
Dr. Suna Eraybar	SS06	Araç İçi Trafik Kazası Mı? Serebrovasküler Hastalık Mı?
Dr. Pınar Demir Gündoğmuş	SS07	“Acil Başvurusu Sırasında Troponin Normal Olan Akut Miyokart İnfarktüs Hastalarının Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi”
Dr.Mustafa Bayraktar	SS08	Vitamin B12 Eksikliği İle İdrar Yolu Enfeksiyonu Arasındaki İlişki
Dr.Sevgi Yumrutepe	SS09	Sefuroksime Bağlı Subaraknoid Kanama
Dr. İlater Ağaçkırın	SS10	Behçet Hastalığının Nadir Görülen Bir Komplikasyonu; Pulmoner Embolizm Ve Pulmoner Arter Anevrizması
Dr. İnan Beydilli	SS11	Nekrotizan Fasiite Bağlı Gelişen Nadir Ölümcül Komplikasyonlar
Dr. Ali Aygün	SS12	Marcus Gunn Fenomeni; İki Olgu Sunumu
Dr. Sevil Okan	SS13	Acil Servise Koksadini Yakınması İle Başvuran Bireylerin Koksiks Morfolojisinin Değerlendirilmesi
Dr. İsmail Kartal	SS14	Pediyatrik Olgularda Künt Abdominal Tavra Sonrası İzole Pankreatik Laserasyon
Dr. Şükrü İşler	SS15	Hep Gözardı Edilen Mortalitesi Yüksek Yaralar
Dr. Hülya Yılmaz Başer	SS16	Fournier Gangreninde Acil Servis Bekleme Süresi Yatış Süresini Etkiler Mi?
2.SALON	KÜNYE NO	SÖZLÜ BİLDİRİ
Dr. Hülya Yılmaz Başer	SS17	Akut İdrar Retansiyonunun Nadir Bir Nedeni: Üretra Taşı.
Dr. Hülya Sevil	SS18	Acil Serviste Çekilen Bilgisayarlı Tomografilerde Saptanan Rastlantısal Aort Anevrizmalarının Analizi
Dr. Doğan Durna	SS19	Covid-19 Salgın Dönemi Acil Diş Tedavisi Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri
Dr. Eray Çınar	SS20	Beklenmeyen Komplikasyonlarla Birinci Kaburga Kırıkları
Dr. Erman Altunışık	SS21	Tek Doz Oral Metronidazolla Gelişen Geçici Ensefalopati Olgusu: Vaka Sunumu
Dr. Doğan Erçin	SS22	Acil Servisteki İntrakranial Kanamaların Mortalite Sıklığının Araştırılması
Dr. Ali Karadağ	SS23	Acil Servise Başvuran Omurga Travmalı Hastalarda Nöroşirürjikal Ve Radyolojik Yönetimin Tanı Ve Tedaviye Etkisi
Dr. Onur Karakayalı	SS24	Bir Sanayi Bölgesinin Referans Hastanelerine Başvuran Kbrn Vakalarının Değerlendirilmesi, Kocaeli Deneyimi
Dr. Mehmet Murat Oktay	SS25	Akut Böbrek Yetmezliğinde Dijital İntoksikasyonu
Dr. Muharrem Çakmak	SS26	Acil Torakotomi Uygulamaları
Dr. Neslihan Eşkut	SS27	Pandemi Döneminde Multipl Skleroz Hastalarının Hastaneye Başvuru Nedenlerinin Değerlendirilmesi
Dr. Halil İbrahim Çıkrıklar	SS28	Acil Serviste Plazma D-Dimer Düzeyinin Etkin Kullanımı
Dr. Hüseyin Aygün	SS29	Efsane Mi Gerçekten Etkin Mi? Bir Antidot Olarak Glukagon Kullanımı
Dr. Muhammet Furkan Korkmaz	SS30	Tekrarlayan Spontan Pnömotoraks İle Gelen Çocuk Olgu
Dr. Muhammet Furkan Korkmaz	SS31	Amoksisilin-Klavulanik Asit İle Tetiklenen Bir Stevens Johnson Sendromu Olgusu
Dr. Muhammet Furkan Korkmaz	SS32	Covid-19' A Ait Tipik Radyolojik Tutulumla Gelen Pcr Negatif Olgu

3.SALON	KÜNYE NO	SÖZLÜ BİLDİRİ
Dr. Aysel Gürcan Atıcı	SS33	Acil Serviste Servikal Miyofasial Ağrı Sendromunda Alternatif Ağrı Kontrol Yöntemi Olarak Kuru İğneleme
Dr. Aysel Gürcan Atıcı	SS34	Acil Serviste Bel Ağrılı Olgulara Yaklaşım
Dr. Nilüfer Çelik	SS35	Safra Çamurunun Eşlik Ettiği Hiperemesis Gravidarum Olgularında Biyokimyasal Parametrelerin Karşılaştırılması
Dr. Gülsüm Kavalcı	SS36	Covid19 Nedeniyle Takip Edilen 2 Vaka, 2 Farklı Sonlanım
Dr. Abdullah Algın	SS37	ADORA risk sınıflandırmasının değerlendirilmesi: amitriptilin aşırı doz vakaları üzerine bir çalışma
Dr. Hatice Topçu	SS38	Kienböck Hastalığı (Lunatomalazi)
Dr. Mehmet N. Sutaşır	SS39	Acil Serviste farklı bir göğüs ağrısı nedeni Spontan pnömomediastinum
Dr. Hasan Baki Altınsoy	SS40	Doğurganlık Çağındaki Kadın Hastalara Çekilen Pulmoner Arter Bilgisayarlı Tomografik Anjiyografilerin Retrospektif Analizi; Tek Merkezli Çalışma
Dr. Mustafa Boğan	SS41	Kola Şişesi ile Kanama Durdurma Eğitimi Nasıl Verilir?
Dr. Ali Gür	SS42	Yanık Olgularının Epidemiyolojisi, Van, Türkiye
Dr. Mehmet Kolu	SS43	Akut Masif Üst Gastrointestinal Kanamada Transarteriyel Embolizasyonun Etkinliği
Dr. Mehmet Kolu	SS44	Durdurulamayan Posterior Epistaksislerde Endovasküler Tedavinin Etkinliği
Dr. Mehmet Kolu	SS45	Akut İskemik İnme Hastalarında Mekanik Trombektominin Etkinliği
Dr. Hasan Armağan UYSAL	SS46	Sırt Ağrısı Şikayeti ile Başvuran Hastalarda Görülen Nadir Bir Tanı: Notalgia Parestetika
Dr. Rifat Peksöz	SS47	Gebelerde Akut Apandisit: 20 Hastalık Vaka Bildirimi
Dr. Cihan Bedel	SS48	Klinik ve Laboratuvar Faktörlerin Akut İzole Vertigo ve Serebellar İnfarktü ile İlişkisi
Dr. Nilüfer Bektaş	SS49	Atipik Akut Tip B Diseksiyon Olgusu: Ağrısız ve Geçici Alt Ekstremitte Paraplejisi
Dr. Helin El Kılıç	SS50	Travmatik Arterioyovenöz Fistüllerin Tanı ve Tedavisi
Dr. Fatma Ekiz Cin	SS51	Nontravmatik Karın Ağrısı ile Acil Servise Başvuran Hastalarda Kullanılan Görüntüleme Yöntemlerinin (USG/BT) Acilde Kalış Süresi ve Cerrahi Sonlanıma Etkisi
Dr. Hülya Yılmaz Başer	SS52	Acil Servis Penil Fraktür Deneyimlerimiz
Dr. Sırma Geyik	SS53	Diyabetik Olan ve Diyabetik Olmayan Akut İskemik İnme Hastalarında Oksidatif Stresin Rolü
Dr. Mehmet Kolu	SS54	Anevrizmatik Subaraknoid Kanama Hastalarında Endovasküler Tedavi
Dr. Nagihan Karagöl Acil	SS55	Servis Hastalarında Antibiyotik Kullanımının Değerlendirilmesi
Dr. Firdevs Dağ	SS56	Acil Serviste Alteplaz Kullanımı
Dr. Büşra Şahin	SS57	Gastrointestinal Sistem Kanaması Olan Acil Servis Hastalarının Geçmişte Proton Pompa İnhibitörü Kullanma Durumu

AKUT GELİŞİMLİ QUADRİPAREZİ NEDENİ: GUİLLAIN BARRE SENDROMU

UZM.DR.HALİL GÜLLÜOĞLU

MEDICALPARK İZMİR HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ

ÖZET

AMAÇ

Akut gelişimli quadriparezi nedeni Guillain Barre Sendromu tanısını koyduğumuz hastaların epidemiyolojik, klinik, elektrofizyolojik bulguları değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Hastanemizde; Ocak 2016 - Mart 2020 yılları arasında Nöroloji servismizde yatırarak izlediğimiz 54 hastamızın dosya kayıtları incelendi. Hastalarımızın demografik, klinik, laboratuvar, elektrofizyolojik ve tedavi verileri değerlendirildi.

BULGULAR

Guillain Barre Sendromu tanısı alan 54 olgunun 33 (%61,1) erkek, 21 (%38,9) kadındı. Klinik ve EMG bulgularına göre; 33 hasta (%61,1) Akut İnflamatuvar Demyelinizan Polinöropati (AIDP), 6 hasta (%11,1) Akut Motor Aksonal Polinöropati (AMAN), 12 hasta (%22,2) Akut Motor Sensoriyel Aksonal Polinöropati (AMSAN), 3 hasta (%5,6) Miller Fisher Sendromu olarak değerlendirildi. 18 hastada (%36,1) üst solunum yolu enfeksiyonu(ÜSYE), 15 hastada (%27,8) gastroenterit, 6 hastada (%11,1) cerrahi girişim, bir hastada aşı öyküsü mevcuttu.

SONUÇ

Akut gelişen quadriparezi tablosunda mutlaka; üst solunum yolu enfeksiyonu-gastroenterit-cerrahi girişim ve aşı öyküsü sorgulanmalı, bunların herhangibiri varlığında Guillain Barre Sendromu hızlıca düşünülerek araştırılmalı ve erken tanı aldığında İVİG yada Plazmaferazle tedavi edilebilecekken, geç tanı konulduğunda önemli oranda mortal seyir olabileceği unutulmamalıdır.

E-mail: gulluoglu35@yahoo.com

ÖZET

ACİL SERVİSE BAŞVURAN MAKSİLLOFASİYAL TRAVMALI HASTALARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

DR. SEVAL KOMUT

T.C.S.B.-HİTİT ÜNİVERSİTESİ EROL OLÇOK EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, ACİL TIP KLİNİĞİ, ÇORUM

GİRİŞ

Bu çalışmada maksillofasiyal travma (MFT) ile acil servise başvuran hastaların klinik ve demografik özelliklerini incelemeyi amaçladık.

METOD

Çalışmamız Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde 01/01/2012-31/03/2017 tarihleri arasında acil servise başvuran MFT'li hastalar ile kesitsel ve retrospektif olarak gerçekleştirildi. Çalışmaya 15 yaşından büyük MFT'li hastalar dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, travma sebebi, diğer organ sistemlerinin yaralanmaları, alkol alımları, yatış durumları ve mortalite durumları incelendi. Travma şiddetinin göstergesi olarak fraktür gelişimi baz alındı. Hasta özellikleri fraktür varlığı ile kıyaslandı.

BULGULAR

Yaş ortalaması 41,1±18,0 yılı. Hastaların %74,5'i erkek olup erkeklerde fraktür sıklığı anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p<0,05). En sık darp (%36,5), motorlu araç (%29,1) ve düşme (%26,9) sebebiyle MFT gelişmişti. Hastaların %48,7'sinde yumuşak doku travması saptanırken, %31,4 oranında maksilla (en sık korpus), %23,8 nazal, %23,8 orbita, %15,8 zigoma, %14,5 mandibula, %10,3 sfenoid, %9,1 frontal kemik kırıkları mevcuttu. %6,6 oranında blow out, %4,2 Le fort (en sık tip 3) ve %0,3 blow in tipi fraktürler saptandı. Ekstremiteler, toraks, spinal ve abdominopelvik organ yaralanmalarının MFT'de fraktür varlığı ile arasında ilişkiye rastlanmadı (p>0,05). Hastaların %20,3'ü alkolü olup MFT'de fraktür varlığı ile arasında ilişkiye rastlanmadı (p>0,05). Hastaların %36'sı hospitalize edilmiş olup en sık plastik cerrahi (%32) ve beyin cerrahi kliniklerine (%23,5) yattıkları tespit edildi. Fraktür saptanan hastaların daha çok beyin cerrahi ve plastik cerrahiye; fraktür saptanmayan hastaların beyin cerrahiye takiben ortopedi, göz servisi ve yoğun bakıma yatırılma sıklıkları yüksekti (p<0,05). Hastaların mortalite oranı %1,6 olup, MFT'de fraktür varlığı ile mortalite arasında ilişkiye rastlanmadı (p>0,05).

SONUÇ

MFT'ler gerek kendi yol açtığı, gerekse ek organ yaralanmalarının bir sonucu olarak hayati tehlikeye yol açabilecek patolojilerdir. Hastayı değerlendiren hekim MFT ve ek patolojileri en kısa zamanda belirleyerek hastalara uygun müdahalelerin en kısa zamanda başlamasını sağlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Maksillofasiyal, travma, acil servis

TRAVMATİK PNÖMOTORAKS : 63 OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ SÖZLÜ BİLDİRİ

DR. KERİM TÜLÜCE¹, DR. GÜRKAN ALTUNTAŞ²
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ EAH,
GÖĞÜS CERRAHİ KLİNİĞİ
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ EAH,
ACİL TIP KLİNİĞİ

GİRİŞ

Travmaya bağlı ölümlerin yaklaşık %20-%25'i toraks travmalarına bağlı olarak gerçekleşmektedir. Toraks travmasına sekonder gelişen travmatik pnömotoraks (TP) ise mortalite ve morbiditeyi artıran önemli patolojilerden birisidir. Çalışmamızda 2019 yılında travma sonrası değerlendirmesinde TP tespit edilen 63 olgunun istatistiksel analizleri sunulmuştur.

MATERYAL VE METOD

Hastanemizdeki Ocak 2019 – Aralık 2019 yılları arasında travmatik pnömotoraks sebebiyle tedavi edilen 63 olgunun hastane bilgi işlem kayıtları incelendi. Buna göre hastaların demografik verileri, travma mekanizmaları, tedavi şekilleri ile mortalite ve morbidite oranları değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların 56'sı (%88,8) erkek, 7'si (%11,2) bayan olup ortalama yaş 43 olarak hesaplanmıştır. Hastaların 27'si (%42,8) sol, 31'i (%49,2) sağ, beş (%8) olgu ise her iki hemitorakstan TP mevcuttu. 21 hastaya medikal tedavi, 42 hastaya ise tüp torakostomi yapılmıştır. Takip ve tüp torakostomi kararı pnömotoraks oranının %15'in altında ve üzerinde olmasına göre verilmiştir. TP'li olguların ek torasik patoloji olarak 47'sinde kaburga kırığı, 23'ünde kontüzyon ve 12'sinde ise hemotoraks eşlik ettiği görülmüştür. Ortalama yatış süresi izole toraks travmalı 32 hastada 4,5 gün iken multitravma hastalarda 12,5 gün olarak hesaplanmıştır. Servis yatış süresini uzatan en önemli faktörlerin ilri yaş ve kaburga kırık sayısının 3'ün üzerinde olması olarak değerlendirdik.

SONUÇ

Travmatik pnömotorakslı olgularda pnömotoraksın etkisinden ziyade beraberindeki kontüzyon alanlarının ve kaburga kırıklarına bağlı göğüs duvarı stabilitesinin bozuk olduğu hallerin morbidite ve mortaliteyi artırıcı faktörler olduğunu düşünmekteyiz. Pnömotoraks oranı %15'in altında olan olgularda oksijen tedavisi veya direk iğne aspirasyon

tedavisi yeterli olurken bunun üzerindeki oranlarda mutlaka tüp torakostomi yapılması gerektiği görüşündeyiz. %15'in altında pnömotoraksa eşlik eden cilt altı amfizemli olgularda ilk 24 saatlik izlemin çok önemli olduğu yaptığımız değerlendirmede görülmüştür. Multitravmaya eşlik eden travmatik pnömotorakslı olgularda morbidite ve mortaliteyi en çok etkileyen patolojilerin kafa içi travmaları olduğu aşikardır.

COVID 19 PANDEMİSİNDE GÖĞÜS VE BOĞAZ AĞRISI?

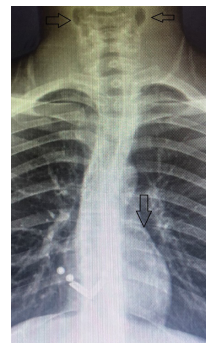
AYÇA ÇALBAY, ACİL TIP UZMANI
GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
ACİL TIP KLİNİĞİ

GİRİŞ

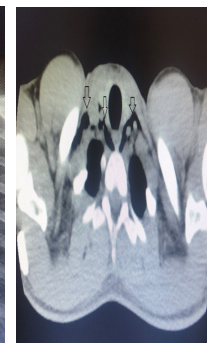
Covid-19 (SARS-CoV-2) enfeksiyonu ülkemizde ilk kez 11 Mart 2020'de görüldüğünden beri acil servis ve tüm kliniklerin yönetimini değiştirmiştir. Dünya sağlık örgütünün 17 Mart 2020'de pandemi ilan etmesiyle birlikte hastaların triajı, tanı ve tedavisi bilim kurulunun da önderliğinde yeniden planlanmış ve etkin bir pandemi programı uygulanmıştır.

VAKA

22 yaşındaki erkek hasta acil sevisimize bir gece öncesinde başlayan boğaz ve göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın tıbbi geçmişinde bilinen kronik bir hastalık öyküsü yok. Sigara kullanmayan hastanın ailevi geçişli bir tanısı yok. Travma öyküsü olmayan hasta, sadece bir gün öncesinde yapılmış ağır bir egzersiz programından bahsetti. Askeri birlikten gelen, 20 kişilik odalarda kaldıklarını söyleyen hastanın ateş ya da öksürük şikayeti bulunmamaktaydı. Hastanın vital bulguları stabildi. Yapılan fizik muayenesinde orofarenksi doğal, dinlemekle akciğer sesleri doğaldı. Kardiyak ek-ses ya da üfürümü yoktu. Çekilen elektrokardiyogramında her hangi bir



Resim 1



Resim 2



Resim 3

akut patoloji (iskemi ya da aritmi açısından) bulunmamaktaydı. Çekilen PA AC grafisinde akciğer parankimi doğal olan hastanın trakea boyunca mediastene uzanan hava görüntüsü dikkat çekmekteydi (Resim 1). Covid 19 enfeksiyonu ekartasyonu gereken hastaya çekilen torax bilgisayarlı tomografide boyun üst seviyelerinden başlayıp parakardiyak alana kadar uzanan pnömomediastinum görüntüsü dikkat çekmekteydi (Resim 2-3). Kardiyak etkilenme gözlenmeyen ve tansiyon pnömotorax gelişmemiş olan hasta takip amaçlı göğüs cerrahisi kliniğine yatırıldı.

SONUÇ

Boğaz ve göğüs ağrısı birlikteliği acil servislere üst solunum yolu enfeksiyonu gibi çok basit ve hayati risk içermeyen hastalıklarda görülebildiği gibi özellikle diyabetik, kadın ya da genç hastalarda inferior myokard enfarktüsü, aort diseksiyonu, pnömomediastinum, pnömotoraks, mediasten rüptürü gibi hayati risk taşıyan kliniklerde de görülebilir. Hastaların anamnezinde bulunan travma, kronik hastalık varlığı, şikayetlerin başlama zamanı ve şekli, ağrıların yayılımı ve eşlik eden klinik semptomlar biz acil hekimleri için önemli yol göstericilerdir. Pandemi varlığı hiçbir şikayetin altındaki hayati durumun üstünü örtmemeli, tam tersi dikkatimizin daha da yüksek seviyede olmasını sağlamalıdır.

BİLİNÇ BULANIKLIĞINDA AYIRICI TANI: NÖROLEPTİK MALİGN SENDROM

SUNA ERAYBAR

**BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, ACIL TIP ANABİLİM DALI**

GİRİŞ

Nöroleptik Malign Sendrom (NMS), trankilizan ve antipsikotik ilaçların kullanılmasıyla ilişkisi olan, santral nörotransmitterlerin inbalansı ile karakterize, dopaminerjik bloğun geliştiği düşünülen bir sendromdur. NMS katatonik benzeri bir durum olup çoğunlukla kendisini ekstrapiramidal bulgular, kan basıncı değişiklikleri, bilinç değişikliği ve hiperrefleksi şeklinde gösterir. Hastada kas rijiditesi, istemsiz hareketler, konfüzyon, dizatri, disfaji, solukluk, kardiyovasküler instabilite, ateş, pulmoner konjesyon ve diaforez görülebilir. Neirenberg nöroleptik malign sendrom tanı kriterleri ve DSM-IV kriterleri tanıda yol göstericidir.

OLGU

24 yaşında kadın hasta ani gelişen şuur bulanıklığı ve ateş yüksekliği nedeniyle acil serviste değerlendirildi. Bilinen ek hastalığı olmayan hastanın yaklaşık 10 gündür görsel halüsinasyonlar ve bilinç bozukluğu nedeniyle dış merkez psikiyatri servisinde yatış öyküsü mevcut idi. Yatış yapılan merkezde intramüsküler haloperidol+klorpromazin tedavisi almış ve tedavinin 6. gününde çenede başlamak üzere yaygın kasılmaları gelişmiş. Hasta taburculuğu sonrası şuur kaybı, ateş ve tüm vücudunda kasılmalar nedeniyle tarafımıza getirildi. Hastanın genel durumu kötü, şuur uykuya meyilli, dezoryante non koopere idi. Kan basıncı 120/80 mmHg, ateş: 38,5° nabız 120/dk, parmak ucu kan şekeri 168, dakika solunum sayısı 16 idi. Hastanın nörolojik muayenesinde tüm vücutta spastik kasılmalar gözlemlendi, derin tendon refleksleri canlıydı, belirgin motor laterelizasyon saptanmadı, ense sertliği suboptimal değerlendirildi. Hastanın kranial görüntülemelerinde bir özellik saptanmadı. Kan tetkiklerinde CRP;21,1mg/l, CK 3505 mg/ml harici belirgin patoloji yoktu. Hastada meningoensafalit ekartasyonu için lomber ponksiyon uygulandı, hücre saptanmadı. Yüksek ateş, CK yüksekliği, ekstrapiramidal sistem bulguları, antipsikotik kullanım öyküsü ve bilinç bozukluğu olan hastada nöroleptik malign sendrom düşünüldü ve yoğun bakım ünitesinde devredildi. Destek tedavisinin yanı sıra dantrolen ve diazepam tedavisine yanıt veren hastaya yoğun bakımda 12 kür Elektro konvulsif tedavi (EKT) uygulandı. Psikiyatri servisine devredilen hasta tedavi sonrası şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ

NMS az rastlanan fakat yüksek mortalitesi nedeniyle hayatı tehdit eden bir sendromdur. Acil tıp pratiğinde özellikle ateş ve şuur bulanıklığı tablosuyla gelen hastalarda NMS tanısının akılda tutulması ve anamnezde nöroleptik/antipsikotik ilaç kullanımını ısrarla sorgulamaları hastalığın mortal gidişini önlemede çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Factor SA. Neuroleptic malignant syndrome. In: Factor SA, Lang AE, Weiner WJ, editors. Drug induced movement disorders. New York: Blackwell Publishing; 2005. p. 174-212.
2. İşeri P, Selekler M. Nöroleptik malign sendrom. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1:39-42.
3. Trollor JN, Chen X, Sachdev PS. Neuroleptic malignant syndrome associated with atypical antipsychotic drugs. CNS Drugs 2009;23(6):477-92.
4. Ümit Yaşar Tekelioğlu1, İsa Yıldız1, Hakan Bayır ve ark. Nöroleptik Malign Sendrom: Olgu Sunumu Turk J Anaesth Reanim 2012; 40(6): 329-31

ARAÇ İÇİ TRAFİK KAZASI MI? SEREBROVASKÜLER HASTALIK MI?

SUNA ERAYBAR, MELİH YÜKSEL

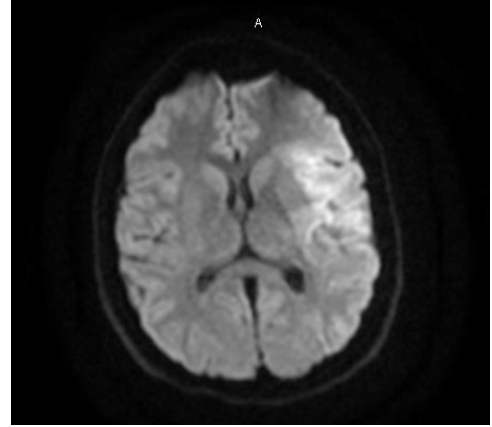
**BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, ACIL TIP ANABİLİM DALI**

GİRİŞ

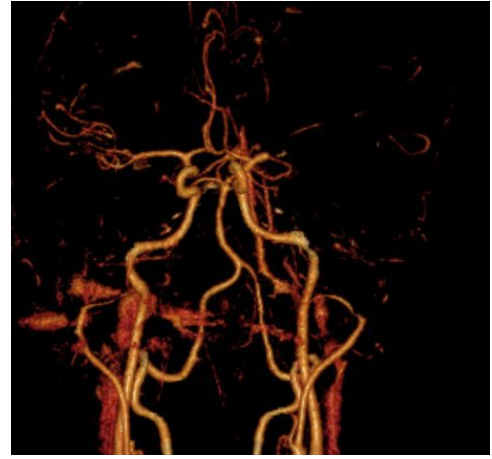
Serebrovasküler hastalıklar, beyinin bir bölgesinin geçici veya kalıcı olarak iskemi veya kanama nedeni ile etkilendiği ve/veya beyni besleyen damarların patolojik bir sürece maruz kaldığı tüm hastalıkları kapsar İnme kliniği olan bir olgunun ayırıcı tanısında intraserebral kanama, primer veya sekonder malignite, serebral apse ve travmaya bağlı serebral ödem yer alır. Travma hastalarında gold standart olarak kullandığımız Bilgisayarlı Beyin Tomografisi(BBT) akut kanamaların tespitinde Magnetic Rezonans Görüntüleme (MRG)'ye göre üstündür, ancak erken saatlerdeki bir iskemik infarkt BBT'de normal görülebilir. Biz de travma nedeniyle değerlendirdiğimiz genç stroke vakamızı literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU

29 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası sonucu 112 ekipleri tarafından acil servisimize getirildi. 70 km/saat hızla yolculuk sırasında başka bir araca çarpma olarak alınan öykü ile yüksek kinetik enerjili travma olarak değerlendirildi. Genel durumu iyi şuur açık GKS:15 idi. Hastanın nörolojik muayenesinde sağ yüz yarımını içine alan sağ hemihipoestezi ve sağ 3/5 kas gücünde hemiparezi saptandı. Hastanın diğer sistem muayeneleri doğaldı. Kan basıncı 120/80 mm/Hg, Nabız 100/dk, saturasyon 98% olarak kaydedildi. Hastanın kranial ve servikal tomografisinde bir özellik saptanmadı. Hastanın mevcut nörolojik defisiti nedeniyle diffüzyon MR istendi. Difüzyon MR'da sol trompotemporelde konveksite düzeyinde parietalde en geniş yerde 5cm ön arka çapa sahip difüzyon kaybı ile karakterize görünüm tespit edildi. Subakut enfarkt alanları olarak yorumlandı.(Resim:1).BT anjiyoya alınan hastanın sol MCA M1 segment distalinde akım kaybı görüldü (Resim 2). Vertebral arter ve karotid arterlerde ek patoloji saptanmadı. Hasta girişimsel radyoloji ile görüşülerek endovasküler tedavi uygulandı ve yoğun bakıma devredildi. Hasta tedavi sonrası tam kas gücü ile taburcu edildi.



Resim 1:



Resim 2:

TARTIŞMA

Acil servisler etkin tanı ve tedavinin eş zamanlı yürütüldüğü merkezlerdir. Hastaların detaylı değerlendirilmesi gözden kaçabilecek patolojiler için önemlidir. Hastamızda olduğu gibi inme tanısının erken konulması hastanın mortalite ve morbiditesini önlemektedir. Travmaya sekonder tüm patolojiler ile eş zamanlı olarak hastanın mevcut tablosu mutlaka araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, et al. An Updated Definition of Stroke for the 21st Century: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 2013; 44(7):2064- 89.
2. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, Stroke, 2018; 49(3):46-99.

SUNUM ŞEKLİ: SÖZEL

“ACİL BAŞVURUSU SIRASINDA TROPONİN NORMAL OLAN AKUT MİYOKART İNFARKTÜS HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ”

UZM. DR. PINAR DEMİR GÜNDOĞMUŞ, MD ^{1,*}

¹ SAĞLIK BAKANLIĞI, 29 MAYIS DEVLET HASTANESİ,
KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ, ANKARA/TÜRKİYE

*SORUMLU YAZAR:

SAĞLIK BAKANLIĞI, 29 MAYIS DEVLET HASTANESİ

KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ

AYDINLAR, DİKMEN CD. NO:312, 06105
ÇANKAYA/ANKARA/TÜRKİYE

MAIL: 1PINAR.DEMIR@GMAIL.COM

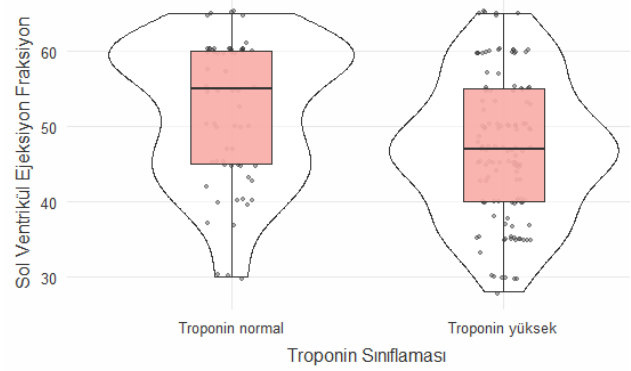
GİRİŞ

Akut miyokart infarktüsü (AMİ), acil servise başvuruların önemli bir kısmını oluşturan, sık rastlanan kardiyak acillerden biridir. AMİ tanısını işaret eden en önemli biyobelirteç troponin olmasına rağmen, hastaların bir kısmında başvuru sırasında troponin düzeyi normal sınırlar içerisinde saptanabilmektedir. Bu durum, AMİ tanısında ve risk teşkil eden hastaları belirlemede gecikmelere yol açabilmektedir. Troponinin normal sınırlar içerisinde saptanması genellikle erken başvuru olması, miyokart iskemi alanının dar olması, koroner arterlerde tam tıkaçıcı olmayan darlıkların varlığı ile ilişkilendirilmiştir. Fakat troponin negatifliği ile klinik değişkenlerin ilişkisini inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu bağlamda, mevcut çalışmada AMİ hastalarında acil servise başvuru sırasında troponin normal sınırlarda olması ile klinik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Kesitsel dizayndaki mevcut çalışmanın örneklemini acil servise başvurusu sırasında troponin normal olan 63 ve yüksek olan 131 olmak üzere toplam 194 AMİ hastası oluşturmaktadır. AMİ tanısı güncel kılavuzlara göre elektrokardiyografi, semptom ve biyobelirteç bulguları göz önüne alınarak konulmuştur. Hastalar, acil servise başvuru sırasında troponin değeri referans aralığa göre normal olan ve yüksek olan iki gruba ayrılmıştır. Gruplar arasında komorbiditeler, kullanmakta oldukları ilaçları, ekokardiyografik ölçümleri ve anjiyografik özellikleri karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması $69,01 \pm 7,37$ yıl ve %50,5'i kadın olup %22,7'si ST-segment yükselmeli miyokart infarktüsüydü. Troponin normal ve yüksek olan gruplar arasında perkütan koroner girişim öyküsü ($p=0.033$), kronik obstruktif akciğer hastalığı ($p=0.044$), başvurusu sırasında yeni oral antikoagülan kullanımı ($p=0.048$), beta bloker kullanımı ($p=0.023$), sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ($p=0.001$) ve SYNTAX skoru ($p=0.008$), koroner anjiyografi uygulanması ($p=0.007$) ve sol ön inen arterde kritik darlık ($p=0.009$) değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 1 ve 2, Şekil 1).



Şekil 1. Troponin sınıflaması gruplarına göre sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon ortalamasının grafik olarak dağılımı

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve başvuru medikal bilgilerinin gruplar arası karşılaştırılması

	Troponin normal (n=63)	Troponin yüksek (n=131)	İstatistik	
Yaş (yıl; Ort.±SS)	68,65±7,00	69,19±7,57	t=-0,476	p=0,634
Cinsiyet (Kadın; n(%))	27 (%42,9)	71 (%54,2)	X ² =2,189	p=0,139
Sigara (evet; n (%))	6 (%9,5)	12 (%9,2)	X ² =0,007	p=0,935
Başvuru Sırasında Komorbidite				
Kronik Böbrek Yetmezliği (evet; n (%))	15 (%23,8)	45 (%34,4)	X ² =2,213	p=0,137
Koroner Arter Hastalığı (evet; n (%))	31 (%49,2)	72 (%55,0)	X ² =0,566	p=0,452
Perkütan Koroner Girişim (evet; n (%))	19 (%30,2)	22 (%16,8)	X ² =4,559	p=0,033*
Koroner Arter Bypass (evet; n (%))	9 (%14,3)	26 (%19,8)	X ² =0,890	p=0,345
Periferik Arter Hastalığı (evet; n (%))	6 (%9,5)	10 (%7,6)	X ² =0,201	p=0,654
İnme (evet; n (%))	5 (%7,9)	12 (%9,2)	X ² =0,080	p=0,778
Diyabetes Mellitus (evet; n (%))	16 (%25,4)	48 (%36,6)	X ² =2,433	p=0,119
Hipertansiyon (evet; n (%))	50 (%79,4)	99 (%75,6)	X ² =0,343	p=0,558
KOAH (evet; n (%))	5 (%7,9)	25 (%19,1)	X ² =4,044	p=0,044*
Atrial Fibrilasyon (evet; n (%))	19 (%30,2)	29 (%22,1)	X ² =1,470	p=0,225
Başvuru Sırasında Tedavi				
Asetilsalisilik asit (evet; n (%))	30 (%47,6)	66 (%50,4)	X ² =0,130	p=0,719
Klopidogrel (evet; n (%))	14 (%22,2)	30 (%22,9)	X ² =0,011	p=0,916
Varfarin (evet; n (%))	7 (%11,1)	10 (%7,6)	X ² =0,643	p=0,422
YOAK (evet; n (%))	7 (%11,1)	5 (%3,8)	X ² =3,901	p=0,048*
RAS Bloker (evet; n (%))	28 (%30,1)	65 (%49,6)	X ² =0,456	p=0,499
Beta Bloker (evet;n(%))	44 (%69,8)	69 (%52,7)	X ² =5,157	p=0,023*
Ca Kanal Bloker (evet;n(%))	17 (%27,0)	46 (%35,1)	X ² =1,282	p=0,257

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı, YOAK: Yeni Oral Antikoagülan

Tablo 2. Katılımcıların klinik verilerinin gruplar arası karşılaştırılması.

	Troponin normal (n=63)	Troponin yüksek (n=131)	İstatistik	
Tanı (STEMİ; n(%))	12 (%19,0)	32 (%24,4)	$\chi^2=0,702$	p=0,402
Geliş Sistolik Kan Basıncı (mmHg; Ort.±SS)	132,00±28,16	132,77±25,04	t=-0,192	p=0,848
Geliş Diyastolik Kan Basıncı (mmHg; Ort.±SS)	74,27±15,66	76,29±13,14	t=-0,933	p=0,352
Geliş Kalp Atım Hızı (atım/dk;Ort.±SS)	89,26±26,97	86,54±19,93	t=0,787	p=0,432
Geliş Troponin (µg/L;Ort.±SS)	0,03±0,02	3,37±7,05	t=-5,422	p<0,001**
Pik Troponin (µg/L; Ort.±SS)	2,54±5,67	7,09±10,28	t=-3,966	p<0,001**
C-reaktif protein (mg/dL; Ort.±SS)	44,47±62,73	41,76±50,04	t=0,294	p=0,769
Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu (%;Ort.±SS)	51,90±9,51	47,04±9,24	t=3,396	p=0,001**
SYNTAX Skoru (Ort.±SS)	7,49±8,21	12,83±11,13	t=-2,712	p=0,008**
SYNTAX II-PKG Skoru (Ort.±SS)	34,25±8,16	40,01±9,86	t=-0,621	p=0,538
SYNTAX II-2 KABG Skoru (Ort.±SS)	39,65±7,70	34,96±10,56	t=1,600	p=0,117
Koroner Anjiyografi Uygulanması (evet; n(%))	49 (%77,8)	76 (%58,0)	$\chi^2=7,250$	p=0,007**
LMCA Kritik Darlık (evet; n(%))	1 (%2,2)	3 (%4,5)	$\chi^2=0,443$	p=0,506
LAD Kritik Darlık (evet; n(%))	15 (%32,6)	38 (%57,6)	$\chi^2=6,778$	p=0,009**
CX Kritik Darlık (evet; n(%))	25 (%53,2)	36 (%53,7)	$\chi^2=0,003$	p=0,955
RCA Kritik Darlık (evet; n(%))	20 (%41,7)	33 (%50,0)	$\chi^2=0,776$	p=0,378
Ağrı süresi (Saat;Ort.±SS)	19,22±21,10	24,78±34,86	t=-1,146	p=0,253
Yatış süresi (Gün;Ort.±SS)	6,27±5,48	7,06±6,12	t=-0,869	p=0,386

STEMİ:ST Segment Yükselmeli Miyokart İnfarktüsü , LMCA: Sol ana koroner arter, LAD: Sol ön inen arter, CX: Sirkumfleks arter, RCA: Sağ koroner arter

SONUÇ

Mevcut çalışmanın sonuçları , AMİ hastalarında, acil servise başvuru sırasında troponin normal olması ile ilişkili klinik değişkenleri ortaya koyması nedeniyle dikkate alınmalıdır. Gelecekteki çalışmaların, karmaşık ve ciddi bir kardiyak acil olan AMİ hastalarında troponin normal olmasının klinik özelliklerini ve patofizyolojisinin etyolojisinin aydınlatılmasına yönelik planlanması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Akut miyokart infarktüsü, başvuru troponin, klinik değişken, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu.

VİTAMİN B12 EKSİKLİĞİ İLE İDRAR YOLU ENFEKSİYONU ARASINDAKİ İLİŞKİ

DR.ÖĞR.ÜYESİ MUSTAFA BAYRAKTAR*

***ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, AİLE
HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI, ERZURUM.**

MUSTAFABAYRAKTAR@ATAUNI.EDU.TR

ÖZET

Vitamin B12 eksikliği megaloblastik anemi, unutkanlık, parestezi gibi nörolojik bulgularla seyreden ve kan sayımında pansitopeni ile karakterize bir vitamin eksikliğidir. Vitamin B12 eksikliği olan hastalarda lökopeni ve hipersegmente nötrofil saptanması nedeniyle, bağışıklık sistemi üzerinden enfeksiyonlara yatkınlığın gelişebileceği hipotezi ileri sürülebilir. Bu hipotezi araştırmak üzere, biz bu çalışmamızda, vitamin B12 eksikliği ile idrar yolu enfeksiyonu arasındaki ilişkiyi inceledik.

Çalışmamızda, retrospektif olarak Ocak 2019-Mart 2020 tarihleri arasında, 18-65 yaş aralığındaki hastaların kayıtları taranarak, vitamin B12 ve idrar tahlilleri aynı anda bakılmış, eGFR>60 ml/dk/1,73m² olan hastalar çalışmamıza alınmıştır. Vitamin B12 eksikliği için <200 pg/ml, anemi için erkeklerde hemoglobin <13 gr/dL, kadınlarda <12 gr/dL olarak alınmıştır. Spot idrarda dipstick yöntemi ile lökosit esteraz ve nitrit değerleri toplamı iki pozitif veya daha fazla ise idrar yolu enfeksiyonu tanısı konulmuştur.

Sonuçları değerlendirilen 23127 hastanın ortalama yaşı 43,6 ±13,4 yıl; %62,8'i kadın; ortalama vitamin B12 düzeyi 295,6 ±220,2 pg/ml; vitamin B12 eksikliği oranı %34,7; idrar yolu enfeksiyonu pozitiflik oranı ise %14,9 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analize göre, vitamin B12 düzeyi ile yaş ve kadın cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı farklılık varken (p=0,001); vitamin B12 düzeyleri ile idrar yolu enfeksiyonu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Ancak, vitamin B12 eksikliği olan ve anemi gelişmiş hastalar ile idrar yolu enfeksiyonu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,001).

Sonuç olarak, anemik bireylerde, vitamin B12 eksikliği ile idrar yolu enfeksiyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Dolayısıyla, idrar yolu enfeksiyonu geçiren bireylerde ayırıcı tanıda vitamin B12 eksikliğinin akıllara gelmesi ve araştırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Vitamin B12 eksikliği, İdrar yolu enfeksiyonu, Anemi

RELATIONSHIP BETWEEN VITAMIN B12 DEFICIENCY AND URINARY TRACT INFECTION

DR.MUSTAFA BAYRAKTAR

ABSTRACT

Vitamin B12 deficiency is accompanied by megaloblastic anemia, amnesia, paresthesia and characterized by pancytopenia in blood count. Due to the presence of leukopenia and hypersegmented neutrophils in patients with vitamin B12 deficiency, a hypothesis may be claimed that infection susceptibility may develop through the immune system in these patients. To investigate this hypothesis, we studied the relationship between vitamin B12 deficiency and urinary tract infection.

In our study, retrospectively between January 2019 and March 2020, records of patients between the ages of 18-65 were scanned, and vitamin B12 and urinalysis conducted at the same time were examined, and patients with eGFR>60 ml/min/1.73 m² were included in our study. The levels were taken as <200 pg/ml for vitamin B12 deficiency, hemoglobin <13 g/dL for men and <12 g/dL for women for the diagnosis of the anemia. If the sum of leukocyte esterase and nitrite values was two positive or more with dipstick test in spot urine, the diagnosis of the urinary tract infection was made.

The average age of 23127 patients whose results were evaluated, was 43.6±13.4 years; 62.8% were women; average vitamin B12 level was 295.6±220.2 pg/ml; vitamin B12 deficiency ratio was 34.7% and the urinary tract infection positivity was determined as 14.9%. According to the analysis results, there was a statistically significant difference between vitamin B12 levels and age and female gender (p=0.001); while, there was no significance between vitamin B12 levels and urinary tract infection (p>0.05). However, a statistically significant difference was found between vitamin B12 deficient and anemic patients with the urinary tract infection (p<0.001).

As a conclusion, a statistically significant relationship was found between vitamin B12 deficiency and urinary tract infection in anemic individuals. Therefore, vitamin B12 deficiency should be kept in mind and investigated in the differential diagnosis of individuals with urinary tract infections.

Keywords: Vitamin B12 deficiency, Urinary tract infection, Anemia

GİRİŞ

Vitamin B12 eksikliği, toplumda %2,5 ile %26 arasında sıklıkta

görülen DNA sentezinde bozulmaya bağlı olarak, hematolojik sistemde megaloblastik anemi, makrositoz, hipersegmente nötrofillere ve pansitopeniye, nörolojik olarak periferik ve santral sinir sistemde demiyelinizasyona neden olarak, duysal ve periferik sinir fonksiyon kaybına, depresyon ve kognitif bozukluklara yol açmaktadır (1). Vitamin B12 eksikliğinde parestezi, vibrasyon ve pozisyon kaybı, güçsüzlük, refleks kaybı, kognitif bozukluklar, depresyon, mani, paranoya ve unutkanlık gibi nörolojik semptomlara, hematolojik olarak ise makroovalositik anemi, lökopeni, pansitopeni, trombositopeni, trombositoz, azalmış haptoglobulin, artmış homosistein ve metilmalonik asidemiyeye neden olmaktadır (2).

Vitamin B12'nin hematolojik parametreler üzerinde bu kadar etkin olması, nötrofillerde hipersegmentasyon yapması ve lökositopeniye neden olması, vitamin B12 eksikliğinde vücut savunma sistemleri üzerinden enfeksiyona yatkınlık oluşabileceği sonucunu doğrulamaktadır. Bu hipotezi araştırmak üzere, bilindiği kadarıyla vitamin B12 ile ilişkiz bir enfeksiyon olan idrar yolu enfeksiyonu ile vitamin B12 eksikliği arasındaki ilişki bu çalışmamızda araştırılmıştır. Vitamin B12 eksikliği ile idrar yolu enfeksiyonu arasında ilişkini varlığı durumunda, vitamin B12 eksikliğinin enfeksiyona yatkınlığı artırıcı bir neden olarak toplumsal düzeyde taranması gereken bir koruyucu sağlık problemi olarak birinci basamak sağlık hizmet sunucularına görev düşecektir.

YÖNTEM

Bu çalışmamızda, Ocak 2019- Mart 2020 dönemi arasındaki hastane laboratuvar kayıtları retrospektif olarak taranarak, 18-65 yaş arası hastalardan, hemogram, serum vitamin B12, kreatinin, idrarda lökosit ve idrarda nitrit testleri yapılmış hastalar çalışmamıza dahil edilmiştir. Bu testlerin tümünün aynı gün, aynı protokol numarası ile yapılmış olma şartı aranmıştır. Çalışmamız retrospektif olarak planlandığı için hasta onam alınamamıştır.

Laboratuvar test değerlendirmesi için hastanemiz referans değerleri kullanılmıştır. Vitamin B12 düzeyi için <200 pg/ml eksiklik, 200-1000 pg/ml normal düzey, >1000pg/ml ise hipervitaminozis olarak alınmıştır. Vitamin B12 testi kemilüminisans yöntemi ile, serum kreatinin testi modifiye Jaffe yöntemi ile, idrar testleri spot idrarda dipstick test yöntemi ile yapılmıştır. Anemi için hemoglobin düzeyi erkeklerde <13 g/dL, kadınlarda <12 g/dL kabul edilmiştir. Serum kreatinin düzeyi, hastaların böbrek fonksiyonları değerlendirmesi için, tahmini Glomerüler Filtrasyon Hızı (eGFR) hesaplanmasında kullanılmıştır. eGFR hesaplanmasında MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) formülü (3) kullanılarak, eGFR değeri <60 mL/dk/1,73 m2 olan hastalar, hafif-orta düzeyde böbrek

fonksiyonları azalmış olarak kabul edilerek, çalışma dışında bırakılmıştır.

İdrar yolu enfeksiyonu tanısı için, hastalardan alınan orta akım idrarda, dipstick test yöntemi lökosit esterase pozitifliği ve nitrit pozitifliği bakılmıştır. Literatürde, idrar yolu enfeksiyon tanısında dipstick yönteminin, idrar kültürü ve klinik semptomlar ile karşılaştırıldığı çalışmalarda, dipstick yönteminin tanıda oldukça sensitif ve spesifik bir yöntem olduğu saptanmıştır (4-6). Yapılan bu çalışmalarda genelde lökosit esterase veya nitrit değerlerinden birinin pozitifliği tanı için yeterli kabul edilmiştir. Biz çalışmamızda idrar yolu enfeksiyonu tanısı için, en az lökosit esterase 1+ ve nitrit eser veya nitrit 1+ ve lökosit esterase eser olmak üzere, lökosit esterase ve nitrit toplamı 2+ veya daha yüksek pozitiflik durumlarında idrar yolu enfeksiyonu için pozitif olarak hastalar kabul edilmiştir.

Çalışmamızda IBM SPSS 23.0 paket programı kullanılarak istatistiksel analizler yapılmıştır. Normal dağılım değerlendirmesi için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Kategorik veriler frekans ve yüzde olarak, nümerik veriler ortalama ve standart sapma ile sunulmuştur. Karşılaştırılan gruplar iki grup ise ve normal dağılıyorsa Student t-testi, normal dağılmıyorsa Mann Whitney U testi, karşılaştırılan gruplar üç ve daha fazla ise ve normal dağılıyor ise One Way ANOVA varyans testi, normal dağılmıyor ise Kruskal Wallis Varyans testi kullanılmıştır. Çalışmada istatistiksel olarak anlamlılık $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

Çalışma kriterlerine uygun olarak, son on beş ayda, 18-65 yaş arası hastaların hastane kayıtlarından, serum vitamin B12, kreatinin, hemogram ve idrar testleri aynı gün yapılmış, hesaplanan eGFR değeri >60 mL/dk/1,73m² olan hasta sayısı 23.127 olarak bulunmuştur. Sonuçları değerlendirilen bu hastaların ortalama yaşı 43,6 ±13,4 yıl; %62,8'i kadın; ortalama vitamin B12 düzeyi 295,4 ±220,2 pg/ml; ortalama hemoglobin düzeyi 14 ±2,1 g/dL; vitamin B12 eksikliği oranı %34,7; idrar yolu enfeksiyonu pozitiflik oranı ise %14,9 olarak saptanmıştır. Hem vitamin B12 eksikliği olan, hem de anemisi olan hasta sayısı ise 1069 (%4,6) olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Hastaların vitamin B12 düzeyleri, vitamin B12 düzeyine göre yapılan gruplamalar ile diğer parametrelerin karşılaştırmaları Tablo 2'de verilmiştir. Yapılan istatistiksel analize göre, vitamin B12 düzeyleri ve grupları ile hastaların yaş, cinsiyet, hemoglobin değeri, MCV ve anemi pozitifliği arasından anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p < 0,001$).

Tablo 1. Hastaların genel özellikleri

Toplam Hasta Sayısı	23.127
Yaş (Yıl)	43,6 ±13,4
Cinsiyet- Kadın (n,%)	14.529 (%62,8)
Cinsiyet- Erkek (n,%)	8.598 (%37,2)
Hemoglobin (g/dL)	14 ±2,1
Anemi (Erkek<13 Kadın<12 g/dL)	3.488 (%15,1)
MCV (fL)	84,8 ±5,8
Ortalama Vitamin B12 (pg/ml)	295,4 ±220,2
Vitamin B12 Eksikliği (<200 pg/ml)	8.020 (%34,7)
Normal vitamin B12 (200-100 pg/ml)	14.549 (%62,9)
Hipervitaminöz B12 (>1000 pg/ml)	558 (2,4)
Vitamin B12 eksikliği + Anemi	1.069 (%4,6)
İdrar Yolu enfeksiyonu Pozitifliği	3.443 (%14,9)

Hastaların vitamin B12 düzeyleri ile idrar yolu enfeksiyonu arasındaki ilişki, nitrit pozitifliği ile anlamlı olduğu ($p<0,05$), ancak, idrarda lökosit esteraz pozitifliği ve genel olarak idrar yolu pozitifliği ile anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$). Tam tersi olarak, hastalar vitaminB12 düzeylerine göre gruplandırıldığında, lökosit esteraz pozitifliği ile anlamlı farklılık saptanırken ($p<0,05$), nitrit ve idrar yolu enfeksiyonu pozitifliği arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Bu durumda, hastalardan vitamin B12 eksikliği ile birlikte anemi pozitifliği olan hastalarla olmayan hastalar arasında yapılan gruplandırma ile, idrar yolu enfeksiyonu ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$).

*Vitamin B12 eksik (<200 pg/ml), normal (200-1000 pg/ml) veya yüksek (>1000 pg/ml)

TARTIŞMA

Bu çalışmamızda, vitamin B12 eksikliğinin enfeksiyona yatkınlığa sebep olup olmadığının araştırılması açısından, vitamin B12 ile bilinen bir sebep sonuç ilişkisi olmayan idrar yolu enfeksiyonu arasındaki ilişki araştırılmış ve vitamin B12 eksikliğine aneminin eşlik ettiği hastalarda idrar yolu enfeksiyonunun istatistiksel olarak anlamlı pozitif olduğu saptanmıştır. Bu çalışma, vitamin B12 eksikliği ile idrar yolu enfeksiyonu arasındaki ilişki olduğunu ortaya koyan literatürdeki ilk çalışma olmuştur. Böylece, idrar yolu enfeksiyonu saptanan hastalarda ayırıcı tanıya gitmek üzere vitamin B12 eksikliğinin de düşünülmesi ve gerekli tahlillerin yapılması gerektiği sunucuna ulaştırmaktadır.

Çalışmamızda vitamin B12 eksikliği oranının %34,7 oranında, literatüre göre yüksek bir oranda saptanmıştır. literatürde ortalama olarak %6-17 arasında vitamin B12 eksikliği sıklığı olduğu ifade edilse de (1, 7) bizim çalışmamızda daha yüksek bir oran tespit edilmiştir. Hayvansal ürün tüketimi fazla olan Erzurum gibi bir şehirde Vitamin B12 eksikliğinin bu kadar yüksek oranda saptanmış olması ilgi çekicidir.

Çalışmamızda dikkat çekici bir diğer husus ise, vitamin B12 eksikliğinin %34,7 oranında olmasına rağmen, anemi oranının %15,1 olduğudur. Kaynaklarda vitamin B12 eksikliğine bağlı anemi gelişmesi için bir süre geçmesi gerektiği, hatta nörolojik semptomların, hematolojik semptomlar oluşmadan önce

Tablo 2. Vitamin B12 ile diğer parametrelerin ilişkisi.

	Vitamin B12 düzeylerine göre	Vitamin B12 gruplarına göre*	Vitamin B12 eksikliği Var/Yok	Vitamin B12 eksikliği+ anemi varlığı
Yaş	0,000	0,000	0,000	0,000
Cinsiyet	0,009	0,000	0,000	0,000
Hemoglobin	0,000	0,000	0,000	0,000
MCV	0,000	0,000	0,601	0,000
Anemi	0,000	0,000	0,000	0,000
İdrarda Lökosit esteraz	0,542	0,023	0,270	0,000
İdrarda Nitrit	0,025	0,320	0,338	0,123
İdrar Yolu Enfeksiyonu Pozitif	0,929	0,206	0,394	0,001

ortaya çıkabileceği söylenmektedir (8). Bizim çalışmamızda da bu duruma benzer bir tablo ile, vitamin B12 eksikliği olan birçok hastada aneminin bulunmadığı tarafımızca saptanmıştır. Böylece, vitamin B12 semptomları gösteren hastalarda, sadece hemogram testi ile anemi taraması yapılarak, anemi yoksa vitamin B12 eksikliğinin ekarte edilmesinin, doğru olmadığı açıkça görülmektedir.

Çalışmamızın çıkış konusu olan vitamin B12 eksikliği ile idrar yolu enfeksiyonunun birlikteliğinin araştırıldığı, literatürdeki bu ilk çalışmada, anemi ve vitamin B12 eksikliği olan hastalarda idrar yolu enfeksiyonu pozitifliği, istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur. Bu sonuç, vitamin B12 eksikliğinin hematolojik değişikliklere neden olurken sadece eritrosit seriyeye olan megaloblastik anemi sonuçları ile değil, aynı zamanda lökosit seri ve immün sistem üzerindeki etkileri ile enfeksiyonlara yatkınlığın artmasına neden olduğu sonucunu göstermektedir. Böylece, vitamin B12 eksikliğinin sadece nörolojik semptomları ve nörolojik komplikasyonları ile birlikte değil, enfeksiyon sıklığının artmasına neden olması gibi başka sonuçları da dikkate alınarak, ciddiyle araştırılması ve tedavi edilmesi gereken bir hastalık olduğu görülmektedir.

SONUÇ

Bu çalışmamızda, literatürde ilk kez, anemi gelişen vitamin B12 eksikliği olan hastalarda, idrar yolu enfeksiyonu istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur. Bu sonucun, vitamin B12 eksikliğinin hematolojik olarak anemiye sebep olurken, aynı zamanda hastalarda enfeksiyona yatkınlığı arttırdığı sonucuna götürmektedir.

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal destek: Yoktur.

KAYNAKLAR

1. Green R, Allen LH, Björke-Monsen AL, Brito A, Guéant JL, Miller JW, et al. Vitamin B(12) deficiency. Nat Rev Dis Primers. 2017;3:17040. Epub 2017/07/01. doi: 10.1038/nrdp.2017.40. PubMed PMID: 28660890.
2. Stabler SP. Clinical practice. Vitamin B12 deficiency. N Engl J Med. 2013;368(2):149-60. Epub 2013/01/11. doi: 10.1056/NEJMc1113996. PubMed PMID: 23301732.
3. Stevens LA, Coresh J, Feldman HI, Greene T, Lash JP, Nelson RG, et al. Evaluation of the modification of diet in renal disease study equation in a large diverse population. J Am Soc Nephrol. 2007;18(10):2749-57. Epub 2007/09/15. doi: 10.1681/asn.2007020199. PubMed PMID: 17855641.
4. Ginting F, Sugianli AK, Kusumawati RL, Parwati I, de Jong MD, Schultz C, et al. Predictive value of the urinary dipstick test in the management of patients with urinary tract infection-associated symptoms in primary care in Indonesia: a cross-sectional study. BMJ Open. 2018;8(8):e023051-e. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023051. PubMed PMID: 30158234.
5. Bellazreg F, Abid M, Lasfar NB, Hattab Z, Hachfi W, Letaief A. Diagnostic value of dipstick test in adult symptomatic urinary tract infections: results of a cross-sectional Tunisian study. Pan Afr Med J. 2019;33:131. Epub 2019/09/29. doi: 10.11604/pamj.2019.33.131.17190. PubMed PMID: 31558930; PubMed Central PMCID: PMC6754830.
6. Simati B, Kriegsman B, Safranek S. FPIN's clinical inquiries. Dipstick urinalysis for the diagnosis of acute UTI. Am Fam Physician. 2013;87(10):Online. Epub 2013/08/14. PubMed PMID: 23939456.
7. Sukumar N, Saravanan P. Investigating vitamin B12 deficiency. BMJ. 2019;365:11865. doi: 10.1136/bmj.11865.
8. Ralapanawa DMPUK, Jayawickreme KP, Ekanayake EMM, Jayalath WATA. B12 deficiency with neurological manifestations in the absence of anaemia. BMC Res Notes. 2015;8:458-. doi: 10.1186/s13104-015-1437-9. PubMed PMID: 26385097.

SEFUROKSİME BAĞLI SUBARAKNOİD KANAMA

SEVGİ YUMRUTEPE¹, LEVENT ŞAHİN²

¹MALATYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, ACİL SERVİS, MALATYA

²KAFKAS ÜNİVERSİTESİ, ACİL TIP ANABİLİM DALI, KARS

GİRİŞ

İmmün trombositopeni (İTP) trombositlere karşı gelişen otoantikorlar sonucu trombosit yıkımı ile karakterize bir hastalıktır (1). Eğer İTP altta yatan bir hastalığa bağlı ise sekonder İTP denir. Bazı hastalarda ilaçlara bağlı oluşan antikorlar trombositlerin yıkımına neden olurlar. İlaçlara bağlı trombositopeni genellikle ilaç kullanmaya başladıktan ortalama 14 gün sonra ortaya çıkar.

Kanama bozukluğu hastalıklarında vücudun tüm organlarında kanama görülebilir. Subaraknoid kanama (SAK) bunlar içerisinde mortalitesi yüksek bir hastalıktır. İlaç ilişkili trombositopenide yapılması gereken ilk adım, sebep olan ajanı ortadan kaldırmaktır. Tedavide ayrıca platelet transfüzyonu, yüksek doz steroid ve intravenöz immünglobulin verilebilir. İTP'de travma olmadığı sürece yaşamı tehdit eden kanamaların olması beklenmez. Kadın cinsiyette sık rastlanır, ortalama görülme yaşı 50 yıldır (2). İTP ile ilişkili nörolojik kanamaların çoğu <20000 K/uL trombosit sayısı sonrası çıkar (3). Çok düşük trombosit sayılarına (<5.000 K/uL) bağlı ciddi komplikasyonlar arasında SAK, intraserebral kanama (ICH), alt gastrointestinal kanama veya diğer iç kanamalar bulunur (4).

OLGU

45 yaşında bir bayan hasta göğsünde meydana gelen kaynar su yanığına bağlı oluşabilecek bir enfeksiyonu önlemek amacıyla sefuroksim grubu bir ilaç kullanmaya başlıyor. İlaç kullanımının 4. günü el ve ayaklarda morluklar fark ediyor (Resim 1). Acil servisimize geldiğinde trombosit sayısı 12000K/uL bulunuyor. Özgeçmişinde hastalık öyküsü yok. İTP tanısı ile servise yatırılıp trombosit ve steroid tedavileri veriliyor. Yatışının 2. gününde aniden bilinç bozukluğu geliyor; radyolojik görüntülemeye SAK tespit ediliyor (Resim 2). Sonrasında kardiyopulmoner arrest olan hasta 2 saat sonra ex oluyor.



Resim1: El parmaklarında ve ayakta morluk



Resim 2 : Beyin BT'de görülen kanama alanı (SAK)

SONUÇ

Olgumuz; antibiyotik alımı sonrası kısa sürede İTP gelişimi ve hayatı tehdit eden SAK gibi ciddi kanamaya yol açması bakımından oldukça önemlidir. İlaç kullanımı sonrası oluşan sorunlarda, özellikle tekrarlayan başvurularda ayırıcı tanıları dışlamak gerekmektedir. Tüm etyolojik sebepler göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Provan D, Stasi R, Newland AC, Blanchette VS, Bolton-Maggs P, Bussell JB, et al. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. Blood 2010;115(2):168-86
2. Malgı O, Kahraman S, Katgı A, Pişkin Ö, Sevinç ÖG, Özcan MA, et al. İmmün Trombositopenili Hastaların Klinik Seyir ve Tedavi Cevabı Yönünden Değerlendirmesi; Tek Merkez Deneyimi. 2012.
3. Neunert C, Noroozi N, Norman G, Buchanan GR, Goy J, Nazi I, et al. Severe bleeding events in adults and children with primary immune thrombocytopenia: a systemic review. J Thromb Haemost. 2015;13(3): 457-464.
4. Afroz F, Rahim M, Haque H, Afroze S, Rahman A, Billah M, et al. Subarachnoid Haemorrhage Complicating Resistant Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: A Case Report. Birdem Med J. 2014; 4 (2): 105-107

SÖZLÜ SUNUM, 1. ULUSAL ACIL TIP E-KONGRE

BEHÇET HASTALIĞININ NADİR GÖRÜLEN BİR KOMPLİKASYONU; PULMONER EMBOLİZM VE PULMONER ARTER ANEVİZMASI.

İLTER AĞAÇKIRAN¹, MEHMET CİHAT DEMİR².

¹HİTİT ÜNİVERSİTESİ EROL OLÇOK EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, ACIL TIP KLİNİĞİ, ÇORUM.

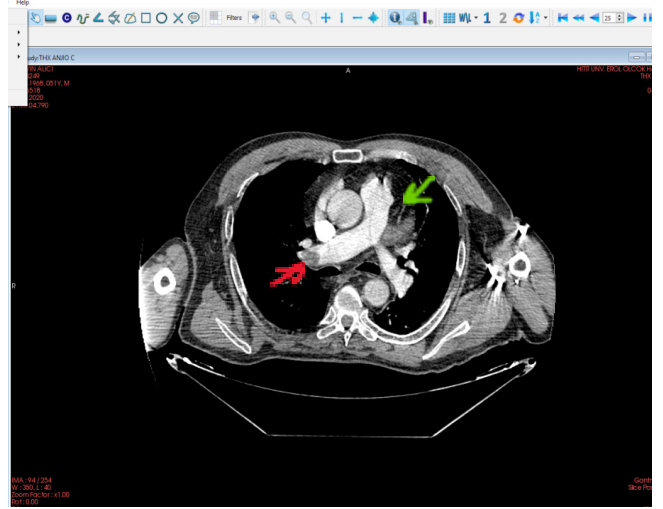
²DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,
ACIL TIP KLİNİĞİ, DÜZCE.

GİRİŞ

Behçet hastalığı (BH), oral ve genital ülser, üveiti, artirit, vaskülit ve derin ven trombozu ile karakterize multisistemik ve kronik inflamatuvar hastalıktır. Hastalarda pulmoner arter anevrizması nadir olarak görülür ve rüptür olma ihtimali vardır. Pulmoner arter anevrizması kötü prognoza sahiptir ve Behçet hastalarında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Hastalarda pulmoner arter anevrizması zemininde trombüs gelişmesi durumunda hastaya steroid ve antikoagülan aynı zamanda başlanmalıdır.

OLGU SUNUMU

51 yaşında erkek hasta acile göğüs ağrısı olarak başlamış. Eforla ilişkisiz batıcı tarzda ağrısı olan hasta, dış merkezde göğüs ağrısı geçmemesi üzerine sevk edilmiş. Hastanın özgeçmişinde Tip 2 Diyabetes Mellitus, Hipertansiyon, BH, Koroner arter hastalığı bulunmaktadır. Vital bulgular Ta:141/86 nbz:88 SaO2:90 ss:18 olup, fizik muayenesinde solunum sesleri doğal diğer muayeneler doğaldı. Laboratuvar sonuçları Bk: 8410, Hgb: 14,5, Plt: 143.000, d-dimer:3,26 (0-0,55) Troponin: normal- 0,144 karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Dış merkezde Aspirin 300 mg oral verilmiş. Çekilen tomografide Sağ ana pulmoner arterin distali ile lobar dallarında ve sol ana pulmoner arterin lobar dallarında pulmoner emboli ile uyumlu dolum defekti, ana pulmoner arter anevrizması izlendi (Figür 1). Bilateral alt ekstremité venöz doppler USG'de trombüs saptanmadı. Hastaya Steroid ve antikoagülan başlandı. Göğüs Hastalıkları servisine yatırıldı.



Şekil 1: Pulmoner emboli (kırmızı ok) ve Pulmoner arter anevrizması (yeşil ok)

SONUÇ

Behçet Hastalığında pulmoner tutulum sık karşılaştığımız bir durum değildir. Pulmoner emboli, hastalığın ciddi ve en kötü prognostik belirtilerinden biridir. BH'li hastalarda trombotik eğilimin altında yatan patojenik mekanizma iyi bilinmemektedir. Bununla birlikte, trombosit agregasyonunun artmasına yol açan endotelial hücre iskemisine veya bozulmasına bağlı olduğuna inanılmaktadır. Hastanın vaskülit ve antikoagülan başlanmasına bağlı olarak hemoptizi sık karşılaşılan bir durum olabilir ve bu açıdan yakın takip gerekmektedir.

SÖZEL BİLDİRİ

ATUDER 1. ULUSAL ACIL TIP E-KONGRE

E - KONGRE 11 - 13 HAZİRAN 2020

NEKROTİZAN FASİİTE BAĞLI GELİŞEN NADİR ÖLÜMCÜL KOMPLİKASYONLAR

BAŞAŞİSTAN .UZM. DR. İNAN BEYDİLLİ
ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

GİRİŞ

Nekrotizan fasiit yüzeysel ve derin dokularda hızla ilerleyen erken evrede tedavi edilmez ise ciddi mortalite ve morbitidite ile sonuçlanan nadir ölümcül bir enfeksiyondur.

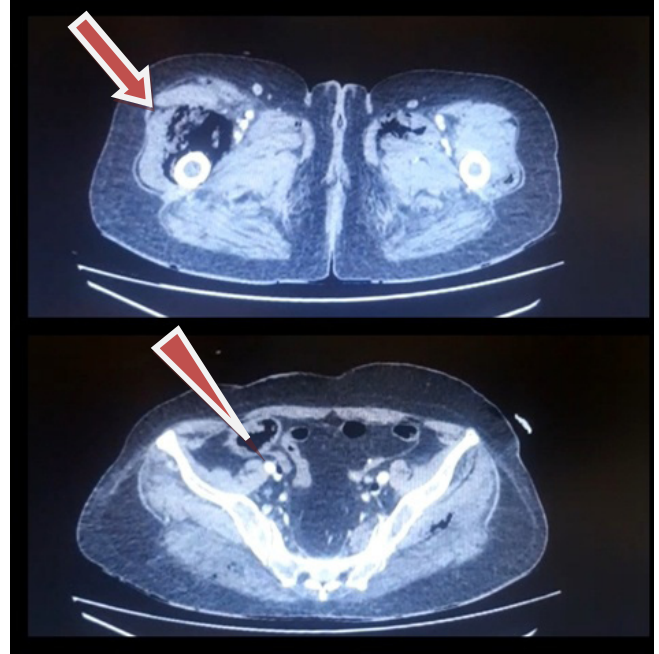
OLGU

67 yaşındaki kadın hasta genel durum bozukluğu , bacaklarda ağrı ve bilinç değişikliği nedeni ile acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde 1 ay önce lökoz tanısı almış kendi isteği ile hematolojik tedavi almadığı, 1 hafta önce genel ağrıları nedeni ile her iki gluteal bölgeden enjeksiyon yapıldığı, 2 gündür genel durumunun kötüleştiği öğrenildi.

FM: Genel durumu orta bilinç konfüze TA: 60/40 mmHg. Nb:110/dk , Ateş: 36.1 C, SS:22/dk, SPO2:%85. Hastanın palpasyonla her iki gluteal bölgede krepitasyon alınıyordu.

Kan gazında pH:7,03, pO2:63,4mmHg, pCO2:33,78mmHg, HCO3:5,0mmol/L ve laktat:17mmol/L olarak belirlendi. WBC: 47.009 /mm³, hemoglobin 8,5 g/dL, trombosit 107.000 /mm³, glukoz 186 mg/dL, kreatinin 1,17 mg/dL, sodyum 130 mmol/L, CRP:150,5mg/L saptandı. Hastanın elektrokardiyografisi ; ilk çekilen EKG si NSR idi kontrol EKG sine D1-AVL-D2-D3-AVF-V5-V6 da ST elevasyonu AVR deprese idi. Pulmoner BT anjiyografisi normal olan hastanın tüm batın ve abdominal anjio bilgisayarlı tomografisinde apandisit çapı 12 mm ölçüldü, hepatik ven, SMV, bilateral iliak ven ve VCI lümeninde hava dansiteleri izlendi. Bilateral gluteal kas dokuları arasında sağda daha belirgin olmak üzere yaygın hava dansiteleri izlendi. Mevcut klinik durum ve görüntüleme bulguları sonucunda hastaya nekrotizan fasiit tanısı koyuldu. Akut RCA infarktı olarak kabul edilen hastanın yüksek riskli çoklu komorbiditesinden dolayı PCI düşünülmedi. Septik şok tablosunda olan, hastaya 1 gr IV seftriakson uygulandı, 30 mL/kg IV kristalloid ve noradrenalin infüzyonu başlandı. Acil

servisteki takip ve tedavisi sırasında kardiyopulmoner arrest gelişen hasta cerrahiye alınamadan exitus oldu. Kan kültürü sonucunda Ecoli ve S hominis üredi.



SONUÇ

Hastamızda nekrotizan fasiite bağlı sepsik şok, akut apandisit, akut koroner sendrom ve literatürde ilk defa karşılaştığımız iatrojenik ve travmatik olmayan venöz hava embolisi gibi ölümcül komplikasyonlar gelişti. Komplikasyon yönetimi mortaliteyi azaltma açısından önemlidir.

MARCUS GUNN FENOMENİ; İKİ OLGU SUNUMU

DR.ÖĞR.ÜYESİ ALİ AYGÜN¹, UZM.DR.SEVGİ ÇIRAKLI²

**ORDU ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,
ACİL TIP ANA BİLİM DALI**

**ORDU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, PEDIATRİK NÖROLOJİ KLİNİĞİ**

SORUMLU YAZAR:

DR.ÖĞR.ÜYESİ ALİ AYGÜN

**ORDU ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,
ACİL TIP ANA BİLİM DALI**

EMAIL: DR_ALIAYGUN@HOTMAIL.COM

GİRİŞ

1883 yılında İskoçyalı doktor Marcus Gunn tarafından tanımlanmıştır. İlk kez konjenital pitozu olan 15 yaşındaki kız hastada çene hareketi ile ilişkili olarak göz kapaklarının açılıp kapanması olarak tarif edilmiştir (1).

Bu olgu serimizde acil servislere epileptik nöbet ile karışabilecek Marcus Gunn fenomeni hatırlatılarak, acil hekimlerinde farkındalık yaratılması amaçlandı.

OLGU SUNUMU

İlk olgu; çocuk acil servisimize başvurmuş olan iki aylık erkek bebek annesi emzirirken sol gözünde açılıp kapanma hareketi farketmiş. Sadece emzirirken bu hareket olup, başka zamanlarda hiç rastlamamış. İkinci olgumuz çocuk acilimize başvuran dört aylık erkek bebek 1 aylıktan itibaren emzirme esnasında ve emzik emerken sadece sol gözünde açma kapama hareketinin olduğu farkedilmiş.

Hastaların her ikisinde fizik muayene bulguları normal olup sadece emme, yutkunma sırasında sol göz kapaklarının eş zamanlı olarak açılıp kapanmakta olduğu gözlemlendi. Kilo alımları, baş çevreleri nöromotor gelişimleri normal idi. Hastaların bakılan rutin kan tetkikleri normal olup, herhangi bir intakkranyal patolojiyi ekarte etmek için çekilen beyin MRG leri normal idi. Hastalara Marcus Gunn fenomeni tanısı konulup hastalar çocuk nöroloji ve ileride gelişebilecek herhangi bir ambliyopi açısından göz bölümü tarafından takibe alındı.

TARTIŞMA

Marcus Gunn fenomeni çiğneme, emme, gülümseme ve ağız hareketleri sırasında ortaya çıkan etyopatogenezi tam olarak bilinmeyen bir fenomendir. Kranial sinir oluşum

esnasında 5. Kranial sinirin mandibular dalının 3. Sinir ile birleşme yaptığı düşünülmektedir. Bu nedenle 'Trigemino Occulomotor Sinkinezi' olarak ta bilinir. Bu nedenle ptergoid ve levator kasları eş zamanlı olarak beraber hareket edebilir (2). Bu hastalarda erken EMG çalışmalarında, çene kasları ile extraokuler kasların verilen uyarılara eş zamanlı yanıt verdiği gözlenmiştir (3,4). Bu hastalığın tanısı genellikle klinik olarak konmakta olup hastalarımıza EMG ağırlı bir tetkik olmasından dolayı planlamadık.

Doğuştan pitozlu olgular arasında % 4-6 oranında bulunmakta olup, genellikle tek taraflı ve solda gözlenmektedir. Çoğunlukla sporadik olarak ortaya çıkar fakat familial olgular da bulunmadır (5,6). Tedavide ambliyopiye yol açacak derecede veya kozmetik açıdan rahatsız edici pitozis olması durumunda cerrahi müdahale düşünülebilir (7).

Sonuç olarak acil servislere özellikle çocukluk çağı hastalarda epileptik nöbetler ile karışabilecek Marcus Gunn fenomeni akılda bulundurulmalı, bu hastalara acil serviste yanlış epilepsi tanısı ve tedavi uygulamasının önüne geçilecektir.

KAYNAKLAR

1. Gunn RM. Congenital ptosis with peculiar associated movements of the affected lid. Trans Ophthalmol Soc UK. 1883; 3(1): 283.
2. Kannaditharayil D, Geyer H, Hasson H, Herskovitz S. Bilateral Marcus Gunn jaw-winking syndrome. Neurology. 2015; 84(10): 1061.
3. Brodsky CM. Marcus Gunn Jaw Winking. Edited by Brodsky CM. Pediatric Neuro-Ophthalmology. 2nd ed. New York, Dordrecht, Heidelberg, London: Springer, 2015:343-346.
4. Liang HC, Zhang JD, Luo PF, Qiao Y, Su AL, Zhang T, Zhu HN. Is Marcus Gunn jaw winking a primitive reflex? Rat neuroanatomy. Int J Ophthalmol 2018;11(3):382-388
5. Conte A, Brancati F, Garaci F, Toschi N, Bologna M, Fabbrini G, et al. Kinematic and diffusion tensor imaging definition of familial Marcus Gunn Jaw-Winking Synkinesis. PLoS One 2012;7:e51749.
6. Pandey M, Baduni N, Jain A, Sanwal MK, Vajifdar H. Abnormal oculocardiac reflex in two patients with Marcus Gunn syndrome. J Anaesthesiol Clin Pharmacol 2014;27:398-9.
7. Demirci H, Frueh BR, Nelson CC. Marcus Gunn jaw-winking synkinesis: Clinical features and management. Ophthalmology 2010;117:1447-52.

ACİL SERVİSE KOKSİDİNİ YAKINMASI İLE BAŞVURAN BİREYLERİN

KOKSİKS MORFOLOJİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

*UZM. DR. SEVİL OKAN,

** DR. ÖĞR. ÜYESİ TUFAN ALATLI

*TOKAT DEVLET HASTANESİ, FİZİKSEL
TIP VE REHABİLİTASYON BİRİMİ

**TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ,
ACİL YARDIM VE AFET YÖNETİMİ BÖLÜMÜ,
TOKAT DEVLET HASTANESİ, ACİL SERVİS

GİRİŞ VE AMAÇ

Koksidini koksiks ve çevresinde ağrı olarak tanımlanır. Sıklıkla düşme gibi doğrudan aksiyel travmalar veya oturma gibi tekrarlayıcı minör travmalar sonucu ortaya çıkar. Koksiks morfolojisindeki farklılıkların koksidini ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada acil servise koksidini yakınması ile başvuran bireylerde koksiks morfolojisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD

Retrospektif tipte planlanan çalışmaya Ekim 2019- Ocak 2020 tarihleri arasında Acil Serviste koksidini nedeni ile koksiks grafisi çekilmiş olan 18-65 yaş arası 32 kadın, 18 erkek dahil edildi. Bireylerin Postacchini-Massobrio Sınıflamasına göre koksiks tiplendirmesi, sakrokoksigeal ve interkoksigeal açı ölçümleri yapıldı. Sonuçlar morfolojik farklılıklar açısından değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde sayı, yüzde, ortalama $\pm$ standart sapma, Ki-kare ve Mann Whitney u testleri kullanıldı. ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

En sık tip 1 ve tip 4 koksiks başvurusu tespit edildi. Koksidini yakınmasının kadınlarda erkeklerle göre 1,77 kat daha sık olduğu bulundu. Kadınlarda tip 1 ve tip 4 koksiks erkeklerde ise tip 1 ve tip 2 koksiks başvurusunun daha sık olduğu belirlendi. İnterkoksigeal ve sakrokoksigeal açıların ortalamaları sırasıyla $149,05\pm13,14$; $117,60\pm13,97$ bulundu. Sakrokoksigeal açı ortalaması 41-60 yaş arası bireylerde 18-40 yaş arası bireylere göre anlamlı şekilde yüksek tespit edildi ($p<0,05$). Açı tipleri arasında yaş ve cinsiyete göre anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

SONUÇ

Acil servise koksidini yakınması ile başvuran bireylerde en sık tip 1 ve tip 4 koksiks tespit edildi. Kadınlarda koksidini ile başvurunun daha sık olduğu görüldü. Sakrokoksigeal açının ileri yaşta daha yüksek olduğu tespit edildi. Koksiks morfolojisindeki varyasyonların bilinmesi koksidini yakınması olan bireylerin Acil Serviste değerlendirilmesinde klinisyene yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Koksidini, Sakrokoksigeal Açı, İnterkoksigeal Açı

PEDİATRİK OLGULARDA KÜNT ABDOMİNAL TAVMA SONRASI İZOLE PANKREATİK LASERASYON

SÖZEL BİLDİRİ

UZM. DR. İSMAİL KARTAL

GAZİANTEP İSLAHİYE DEVLET HASTANESİ,
RADYODİAGNOSTİK, ELAZEHR27@GMAIL.COM

GİRİŞ VE AMAÇ

Künt abdominal travmaya bağlı izole pankreas yaralanması çocuklarda oldukça nadir olup, tüm abdominal yaralanmaların % 2'sinden azını oluşturmaktadır. Sıklıkla nonspesifik semptom ve bulgular nedeniyle tanısı zor bir durumdur. Bu yazımızda bisikletten düşme sonrası künt travmaya bağlı izole pankreas yaralanmasıyla hastanemize başvuran üç ayrı pediatrik olguyu sunmayı amaçladık.

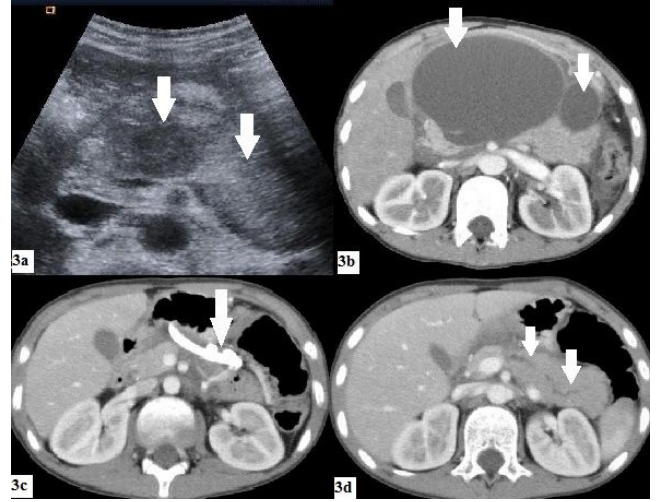
OLGULAR

Farklı zamanlarda hastaneye başvuran yaşları 11, 13 ve 14 olan üç çocuk hastamızın bisikletten düşme öyküsü ve muayenesinde karın ağrısı olduğu öğrenildi. Laboratuvar incelemelerinde üç hastamızın da amilaz, lipaz, LDH ve CRP değerlerinin yükseldiği tespit edildi. **Birinci vaka:** ilk olarak yapılan USG (ultrasonografi) incelemede pankreas gövde kısmında vertikal uzanan lineer hipoeoik laserasyon ve batın içerisinde yoğun içerikli serbest mayi izlendi (Resim1a,1b). Yapılan kontrastlı abdominal BT'sinde (Bilgisayarlı tomografi) pankreas gövde kısmında komplet laserasyon (Resim 1c,1d) ile birlikte batında yaygın serbest mayi (Resim 1d) izlendi. Dış merkeze sevk edilen hastanın daha sonra drenaj kateteri takılarak tedavi edildiği öğrenildi. İkinci vaka: abdominal

BT'de pankreas gövde düzeyinde geniş laserasyon ve hematom ile birlikte buna sekonder gelişen geniş psödokist izlendi (Resim 2a,2b). Hastaya epigastrik bölgeden drenaj kateteri yerleştirilerek takibe alındı (Resim 2c). Hematomu ve psödokisti boşaltılan hastanın takiplerinde laboratuvar değerlerinde düzelme ve kontrol BT'de belirgin regresyon gözlemlendi (Resim 2d). Üçüncü vaka: abdominal USG'de pankreas volümünde artış ve boyun-gövde kesiminde yaklaşık 3 cm boyutlarda hipoeoik kitle imajı veren alan ile peripankreatik sıvı izlendi (Resim 3a). Takibe alınan hastanın daha sonra çekilen kontrastlı BT'de pankreasta dev psödokistler izlendi (Resim 3b). Drenaj kateteri ile hematom ve psödokistler boşaltıldı (Resim 3c, 3d).



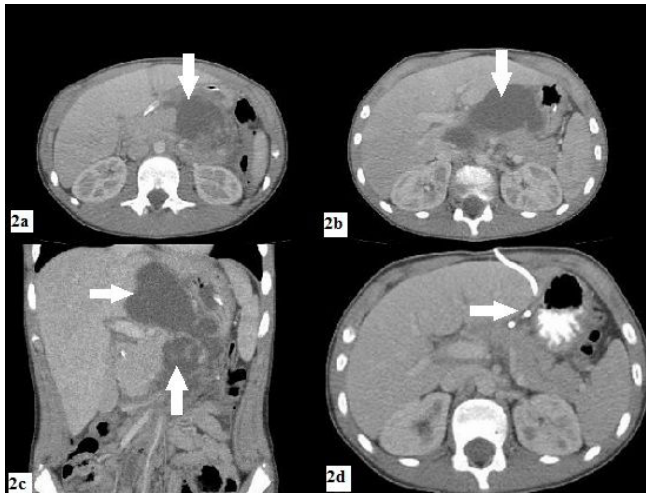
Resim 1



Resim 3

SONUÇ

Sonuç olarak çocuklarda künt abdominal travmaya bağlı izole pankreas yaralanmaları oldukça nadir olup genellikle diğer organ yaralanmaları ile beraber görülmektedir. Yüksek morbidite ve mortaliteye sebep olduklarından hızlı ve doğru tanısı önemlidir. Hemodinamik olarak stabil hastalarda ilk yapılması gereken ultrasonografi olup tanıda altın standart olarak kontrastlı BT kullanılmaktadır.



Resim 2

HEP GÖZARDI EDİLEN MORTALİTESİ YÜKSEK YARALAR

ŞÜKRÜ İŞLER¹, YEŞİM İŞLER²

BURSA YÜKSEK İHTİSAS EAH PLASTİK
CERRAHİ KLİNİĞİ BURSA¹

BURSA YÜKSEK İHTİSAS EAH ACIL TIP KLİNİĞİ BURSA²

GİRİŞ

Dekübit (bası) ülseri ; sıklıkla kemik çıkıntılarda basınç veya basınçla birlikte sürtünme ile oluşan deri ve/veya deri altında lokalize doku hasarı olarak tanımlanmaktadır(1). Dekübit ülserleri geriatrik hastalarda sık gözlenmekte olup ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilmekte ve sağlık bakımında yüksek maliyetlere neden olmaktadır (2,3). Geriatrik hastalarda hem yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler hem de eşlik eden komorbid hastalıklar dekübit ülserlerinin oluşmasına zemin hazırlamaktadır(4). Bununla beraber uygun tedbirler alındığında önlenabilir olduğundan bası yaralarının bakımı ve erken müdahale çok önemlidir.

Olgu 1: 53 yaş bayan hasta , trafik kazası sonrası femur fraktürü nedeniyle uzun süreli kısıtlı mobilize olması nedeniyle sakral bölge orta hatta yaklaşık 5x5 cm ebadında kısmi nekroze, akıntılı ve kötü kokulu grade 3 bası yarası oluşmuş. Hastanın WBC 15000, sedimantasyon 50, CRP 12 diğer kan değerleri normal idi. Uygun antibiyoterapi, günlük steril pansumanları yapılan ve kan değerleri gerileyen hasta Plastik Cerrahi kliniğinde fasyokutan flep ile kapaması yapıldı.

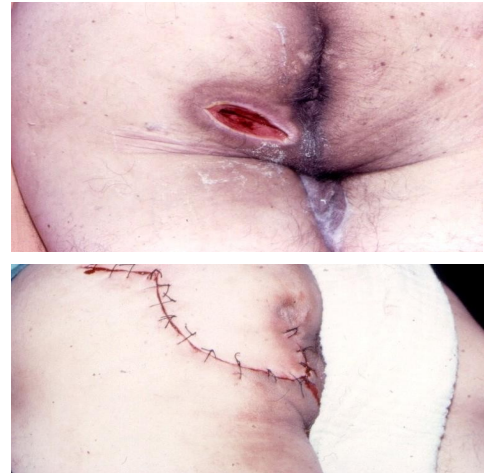


Olgu 2: 68 yaş bayan hasta , yüksekten düşme sonrası paraplejik kalması nedeniyle sağ torakanter bölgede 6x5 cm

ebadında grade 4 bası yarası mevcut.VAC kapama , uygun antibiyoterapi sonrası rotasyon flebi ile kapaması yapıldı.



Olgu 3: 53 yaş erkek hasta , yüksekten düşme sonrası paraplejik kalması nedeniyle sol iskiyal bölgede 5x5 cm akıntılı , kötü kokulu grade 3 bası yarası mevcut. VAC kapama , uygun antibiyoterapi sonrası rotasyon flebi ile kapaması yapıldı.



SONUÇ

Hastane yoğunluğu nedeniyle acil servislerde servis veya yoğun bakım yatışı bekleyen yatalak hasta oranının artışı dekübit ülserlerinin acil serviste bakım ve tedavilerinin bilinmesinin önemini arttırmaktadır..

KAYNAKLAR

1. <http://www.npuap.org/resources/educationaland-clinical-resources/npuap-pressure-ulcerstagescategories/>
2. Livesley NJ, Chow AW. Infected pressure ulcers in elderly individuals. Clin Infect Dis 2002;35(11):1390-6.
3. Norman RA. Geriatric dermatology. Dermatol Ther 2003;16(3):260-8.
4. Anders J, Heinemann A, Leffmann C, Leutenegger M, Profener F, von RentelnKruze W. Decubitus ulcers: pathophysiology and primary prevention. Dtsch Arztebl Int 2010;107(21):371-81.

FOURNIER GANGRENİNDE ACİL SERVİS BEKLEME SÜRESİ YATIŞ SÜRESİNİ ETKİLER Mİ?

HÜLYA YILMAZ BAŞER¹, AYKUT BAŞER²

¹ HITİT ÜNİVERSİTESİ EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, ACIL TIP KLİNİĞİ, ÇORUM
² HITİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,
ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ÇORUM

AMAÇ

Fournier gangreni skrotal, perineal, perianal bölgenin polimikrobiyal nekrotizan cilt enfeksiyonudur. Tedavisi acil debridman ve antibiyoterapi uygulamasıdır. Uygulanan acil debridmana ve yeterli antibiyoterapiye rağmen hala yüksek mortalite ile ve uzun hastane yatışları gerektirmektedir. Bu çalışmamızda hastanede yatış süreleri üzerine acil müdahale süresinin etkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

2015-2019 yılları arasında Pamukkale üniversitesi ve Hitit üniversitesi hastanesi acil servisine fournier gangreni nedeni ile başvurmış hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların temel demografik özellikleri ile birlikte hastaların acil bekleme süreleri, hastanede yatış süreleri incelendi.

BULGULAR

Çalışmaya 44 (37 erkek, 7 kadın) hasta alındı. Yaş ortalamaları $54,84 \pm 17,87$ yıl idi. Hastaların acil serviste bekleme süreleri $2,02 \pm 1,26$ saat, cerrahi müdahale sonrası hastanede ortalama yatış süreleri $26,66 \pm 21,77$ gün olarak saptandı. Hastaların demografik özellikleri tablo 1'de belirtilmiştir. Hastanede yatış süresi üzerine etki eden faktörlerin korelasyon analizi ile incelendiğinde; acil servis bekleme süresi arttıkça hastanede yatış sürelerinin arttığı ($r = 0,710$, $p < 0,001$), benzer şekilde debridman sayısı arttıkça da hastanede yatış sürelerinin pozitif yönde korelasyon ile arttığı saptanmıştır ($\rho = 0,472$, $p = 0,001$). Yaş, cinsiyet, diyabet varlığı, acil serviste bakılan hemogram sonuçlarından WBC, NLO (Nötrofil/Lenfosit Oranı), PLO (Platelet/Lenfosit Oranı) değerleri ile hastane yatış süreleri arasında istatistiksel anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. (Tablo 2)

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

		n=44
Cinsiyet	Erkek n(%)	37 (84,1)
	Kadın n(%)	7 (15,9)
Diyabet varlığı	Var n(%)	25 (56,8)
	Yok n(%)	19 (43,2)
Yaş (yıl) (ortalama $\pm$ standart sapma)		$54,84 \pm 17,87$
WBC ($10^9/L$) (ortalama $\pm$ standart sapma)		16098 ± 9337
NLO (ortalama $\pm$ standart sapma)		$14,29 \pm 12,84$
PLO (ortalama $\pm$ standart sapma)		258218 ± 17379
Debridman Sayısı [ortanca (minimum-maksimum)]		1 (1 – 4)
Acil servis bekleme süreleri (Saat)		$2,02 \pm 1,26$
Hastanede ortalama yatış süreleri (Gün)		$26,66 \pm 21,77$

NLO: Nötrofil/Lenfosit Oranı, PLO: Platelet/Lenfosit Oranı

Tablo 2. Hastane yatış süresine etki eden faktörlerin korelasyon analizi

	Hastane yatış Süresi	
	Korelasyon katsayısı	P value
Cinsiyet	0,017*	0,912
Yaş	-0,065	0,674
Acil servis bekleme süreleri	0,710	<0,001
WBC	-0,280	0,065
NLO	-0,156	0,313
PLO	0,068	0,662
Debridman Sayısı	0,472*	0,001
Diyabet varlığı	-0,161*	0,297

*Spearman korelasyon, NLO: Nötrofil/Lenfosit Oranı, PLO: Platelet/Lenfosit Oranı

SONUÇ

Fournier gangreni ani başlangıçlı ve ilerleyen bir ürolojik acildir. Hastanede kalış sürelerini, dolayısı ile iş gücü kaybı ve ekonomik maliyetleri azaltmak için acil servis bekleme sürelerini daha da azaltılması gerekebilir.

Ulusal Acil Tıp E-Kongresinde Sözel Bildiri olarak sunulmak istenmektedir.

AKUT İDRAR RETANSİYONUNUN NADİR BİR NEDENİ: ÜRETRA TAŞI.

HÜLYA YILMAZ BAŞER¹, AYKUT BAŞER²

**¹ HİTİT ÜNİVERSİTESİ EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, ACİL TIP KLİNİĞİ, ÇORUM**

**² HİTİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,
ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ÇORUM**

AMAÇ

Üriner retansiyon acil servislerde sık karşılaşılan bir ürolojik acildir. Kadınlarda çok nadir görülmekle birlikte; potansiyel nedenler, erkeklerde olduğu gibi nörolojik, farmakolojik, anatomik, miyopatik, işlevsel ve psikojenik ana başlıkları altında sıralanabilir. Bu olgu sunumunda kadın hastalarda üretra taşına bağlı üriner retansiyon gelişimi tanı ve müdahalesi anlatılması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

62 yaş bayan hasta, son 12 saattir idrar yapamama, karında şişkinlik şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon dışında bir özellik yok idi. Kabızlık tariflemeyen hastanın ürolojik veya nörolojik özgeçmişinde de özellik saptanmadı. Hastanın yaşamsal bulguları KB: 120/70 mm/Hg, nabız 82/dk, solunum hızı 20/dk, nabız oksimetresi:%98 olarak ölçüldü. Fizik muayene sırasında glob vezikale tespit edildikten sonra hastanın idrar sondası yerleştirilmesi planlandı. Hastanın eksternal meası hiperemik/ödemli ve ele sert gelen bir lezyon saptandı. Jinekolojik masada üretra ağzı ve vajen ön duvarı muayene edildi. bir el ile vajen ön duvarından üretra proksimaline baskı yapılarak eksternal mea forceps yardımı ile aralanarak lümeni obstrükte eden taş izlendi. Forceps ile taş alındı. Sonda takılarak üroloji poliklinik kontrolü önerildi.

SONUÇ

Kadınlarda nadir görülen üriner retansiyonun bir nedeni de üretra taşıdır. Etkili bir müdahale için fizik muayene ile taşı yerleşimi saptandıktan sonra, eksternal mea taşlarına hastaneye yatış gerektirmeden hızlı ve düşük maliyetlerle müdahale edilebilir. Daha proksimalde yer alan taşlar için sistoskopik müdahaleler gerekebilir.

Ulusal Acil Tıp E-Kongresinde Sözel Bildiri olarak sunulmak istenmektedir

ACİL SERVİSTE ÇEKİLEN BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİLERDE SAPTANAN RASTLANTISAL AORT ANEVİZMALARININ ANALİZİ

SÖZLÜ BİLDİRİ

KELİME SAYISI: 287

HÜLYA SEVİL ^{1*}, FEHİM CAN SEVİL ²

**ACİL TIP KLİNİĞİ, AFYONKARAHİSAR
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİ, AFYONKARAHİSAR, TÜRKİYE**

**KALP VE DAMAR CERRAHİSİ KLİNİĞİ,
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, AFYONKARAHİSAR**

**YAYININ HAZIRLANMASINDA VE ANALİZİNDE
HERHANGİ BİR FON YARDIMI KULLANILMADI VE
HERHANGİ BİR ÇIKAR ÇATIŞMAMIZ YOKTUR.**

SORUMLU YAZAR/ SUNUM YAPACAK YAZAR: HÜLYA SEVİL

**İLETİŞİM BİLGİLERİ: ACİL TIP KLİNİĞİ, AFYONKARAHİSAR
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİ, AFYONKARAHİSAR, TÜRKİYE**

DRHULYASEVİL@GMAIL.COM

AMAÇ

Acil serviste travma, genel durum bozukluğu, solunum yetmezlikleri gibi birçok nedenle bilgisayarlı tomografi çekilmektedir. Çalışmamızda amacımız çekilen bilgisayarlı tomografilerde saptanan rastlantısal aort anevrizması oranını saptamak ve acil hekimlerinin aort anevrizması ile ilgili farkındalığını artırmaktır.

MATERYAL VE METOD

Hastanemiz acil servisine başvuran 18 yaş üstü hastalardan, daha öncesinde bilinen aort hastalığı olmayan hastaların bilgisayarlı tomografi görüntüleri, demografik özellikleri, tanı konulmuş hastalıkları, kullandıkları ilaçlar hastane otomasyon sistemi taranarak analiz edildi. Torakal aortun çapının 40 mm üzerinde olduğu durumlarda torakal aort anevrizması tanısı konulurken abdominal aortun herhangi bir segmentinin 30 mm üzerinde olması durumunda abdominal aort anevrizması tanısı konuldu. Aort anevrizması tespit edilen hastalar ile anevrizması olmayan hastalar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 890 hastanın 479'u (53.8%) erkek olup hastaların yaş ortalaması 54.6 ± 17.5 yıl idi. En sık bilgisayarlı tomografi çekilme nedeni nefes darlığı ve solunum yetmezlikleri olup hastaların 361'inde (40.6%) saptandı. Diğer nedenler arasında hastaların 21.6%'sında malignite ve genel durum bozukluğu, 21.1%'inde karın ağrısı, 5.1%'inde trafik kazası, 3.6%'sında üriner sistem hastalıkları, 3.3%'ünde travma, 4.7%'sinde ise diğer nedenler ile tomografi çekildiği saptandı. Çekilen 506 abdominal bilgisayarlı tomografinin 12'sinde (2.3%) abdominal aortada anevrizma saptanırken, çekilen 691 torakal bilgisayarlı tomografinin 73'ünde (10.5%) torakal aort anevrizması tespit edildi. Yapılan istatistiksel analizlerde ileri yaş, kreatin yüksekliği, hipertansiyon varlığı, kronik arter hastalıkları varlığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı varlığı anevrizma saptanmayan hastalara göre anlamlı bulunurken ($p < 0.001$); cinsiyet, başvuru nedeni, statin kullanımı, hiperlipidemi varlığı, diyabetes mellitus varlığı iki grup arasında farklı değildi.

SONUÇ

Torakal ve abdominal aort anevrizmaları ileri yaşta hastalarda sıklıkla asemptomatik seyreden ancak ölümcül olabilecek komplikasyonlara yol açan hastalıklardandır. Bu hastalıkların tanı ve tedavisinde erken müdahale son derece önemlidir. Bu amaçla acil serviste özellikle aort patolojisi düşünülmeyen ileri yaşta ve ek hastalıkları olan hastalarda rastlantısal aort anevrizması akılda tutularak aort çapları özenle ölçülmelidir.

COVID-19 SALGIN DÖNEMİ ACİL DİŞ TEDAVİSİ SÜRECİNDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

DR. DOĞAN DURNA

Küresel ve yerel çapta meydana gelen salgınlar tarih boyunca çeşitli şekillerde ortaya çıkmış insan topluluklarının enfekte olmasına ve ölmesine sebep olmuştur. Salgın dönemlerinde sadece salgına sebep olan virüslerin sebep olduğu hastalıklar nedeniyle değil aynı zamanda salgın yüzünden verimli bir şekilde yürütülemeyen sağlık hizmetleri nedeniyle de insan ve toplum sağlığı üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır.

Salgın dönemlerinde yürütülen sağlık hizmetlerinde süreç çok daha fazla zorlu bir hâl almaktadır. Bu süreçte hem ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri verilmeye çalışılmakta hem de salgının yayılmasının önlenmesi bir zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır. Son dönemde yaşanmakta olan COVID-19 salgını bunun en belirgin örneğidir.

İnsanların sağlığı ve yaşam konforu bakımından önemli bir yeri olan ağız ve diş sağlığı ile ilgili hususların da bu bakımdan değerlendirilmesi gereklidir. Özellikle acil diş tedavisi süreçlerinde karşılaşılan sorunların tespit edilmesi ve bu sorunların ortadan kaldırılması ile ilgili süreçlerin verimli ve etkili bir biçimde yürütülmesi büyük önem arz etmektedir. Bu bildiride COVID-19 salgını döneminde acil diş tedavisi ile ilgili karşılaşılan sorunların tespit edilmesi ve olması muhtemel başka salgın dönemlerinde acil diş tedavisi süreçlerinin nasıl yürütülebileceği ile ilgili önerilerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

BEKLENMEYEN KOMPLİKASYONLARLA BİRİNCİ KABURGA KIRIKLARI

ERAY ÇINAR¹, NALAN YÜCE²

**¹T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ACIL SAĞLIK
HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ**

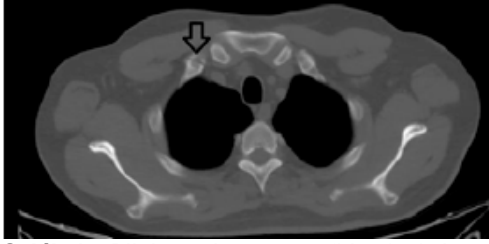
**²UFUK ÜNİVERSİTESİ DR.RİDVAN EGE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ ACIL TIP ANABİLİM DALI**

ÖZET

Birinci kaburganın izole kırıkları nadirdir. Bunlara büyük künt travma, şiddetli kas çekilmesi veya yorgunluk neden olur. Birinci kaburga kırıkları aşağıdakilerin bir sonucu olarak ortaya çıkar: doğrudan dış travma, dolaylı travma, yorgunluk, stres kırıkları veya şiddetli kas kasılması. Tanı genellikle göğüs radyografisi ve bilgisayarlı tomografi ile konur. İlk kaburga kırığı olan hastaların çoğunda ağrı görülür. Literatüre göre ağrı genellikle skapula ve omuz altında veya klavikula arkasında bulunur. İlk kaburga kırıkları majör toraks travması ile ilişkilidir ve subklavyan damarlara, brakiyal plexus ve mediastinal yapılara zarar verebilir.

OLGU

56 yaşında kadın hasta acil servise omuz ağrısı ve ev işi ardından sağ kolda güç kaybı ile başvurdu. Hastanın kuvvet kaybının başlangıcı ve eşlik eden ağrı serebrovasküler hastalık tansından uzaklaşmamıza neden oldu. Hastanın omuz bölgesinde hassasiyet vardı ve direkt radyografiler planlandı. Klavikula, humerus ve eklemler boşluğu doğal olarak görüldü. Hastanın bilgisayarlı tomografi görüntüsünde sağ 1. kaburga kırığı saptandı (Şekil 1). Nörolojik merkezi olaylar da ekarte edildi ve hastanın sağ üst ekstremité güç kaybının brakiyal plexus hasarına bağlı olduğu düşünüldü (olası C5-C6). Hasta 1. kaburga kırığı nedeniyle göğüs cerrahisi merkezimize sevk edildi.



Şekil 1. Bilgisayarlı tomografide 1. kaburga kırığı görüntüsü

SONUÇ

Akciğer apeksinin rüptürü, pnömotoraks, amfizem, plörezi, aortik ark anevrizması, trakeo-özofagus fistülü gibi birinci kaburga kırıklarından kaynaklanan erken komplikasyonlar, koliyal pleksus yaralanması, Horner sendromu, rüptüre subklavyen arter ve klavikula üstünde veya altında apse oluşumu bildirilmiştir. İzole ilk kaburga kırıkları, herhangi bir komplikasyon yoksa, hafif analjezi ile semptomlar gerileyene kadar takip edilir. . Komplikasyonlar varsa, her biri buna göre tedavi edilmelidir. nAcil servise başvuran geniş kapsamlı travma hastalarını düşünmeli ve travmatik olmayan bölgelerdeki eksikliklerin etyolojisini araştırmalıyız.

ANAHTAR KELİMELEER: birinci kaburga, kırık, göğüs, ağrı

SÖZEL BİLDİRİ VAKA SUNUMU ÖZETİ

TEK DOZ ORAL METRONİDAZOLLE GELİŞEN GEÇİCİ ENSEFALOPATİ OLGUSU: VAKA SUNUMU

DR ÖĞRETİM ÜYESİ ERMAN ALTUNİŞİK

ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Metronidazol anaerobik ve protozoal enfeksiyonların tedavisinde yaygın olarak kullanılan, beyin omurilik sıvısı ve santral sinir sistemine kolaylıkla penetre olabilen antibakteriyel ajandır. Metronidazol oldukça iyi tolere edilir ancak periferik nöropati, ataksi, dizatri, konvulziyon ve ensefalopati gibi ciddi nörolojik yan etkiler de oluşturabilir. Metronidazolle indüklenen ensefalopati nadir görülen bir yan etkidir. Manyetik rezonans görüntüleme ve elektroensefalografi hastalık tanısında yardımcı yöntemlerdir. Metronidazolle indüklenen ensefalopatinin mekanizması net aydınlatılabilmemiş değildir. Genellikle ilaç kesilmesiyle tamamen düzelme eğilimindedir. Bu yazıda literatürde daha önce örneğine rastlanmayan tek doz oral metronidazol aldıktan sonra acil servise başvuran erkek bir hastada gelişen ve hızla düzelen geçici ensefalopati tablosu sunulmuştur.

ACİL SERVİSTEKİ İNTRAKRANIAL KANAMALARIN MORTALİTE SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI

DOĞAN ERÇİN

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI, KARS

AMAÇ

Acil servise gelen hastalarda travma ya da travma dışı intrakranial kanama sıklığı ile mortalite açısından farklılıkların araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Kafkas Üniversitesi Hastanesi Acil servisine 01.01.2018 ile 01.01.2020 tarihleri arasında; travmatik ya da nontravmatik intrakranial kanama ile gelen hastaların kayıtları hastane bilgi sisteminden ulaşılarak retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen toplam 145 hastanın yaş ortalaması $67,8 \pm 19,6$ olarak tespit edildi. Hastalar tanılarına göre ayrıldığında 4 (%18,2) hasta epidural kanama ve 18 (%81,8) hasta subdural kanama olarak saptandı. Total kranial kanamalar değerlendirildiğinde 2 (%9,1) hastanın eksitus olduğu ve 20 (%90,9) hastanın yaşamlarını sağlıklı şekilde devam ettiği görülmüştür.

SONUÇ

Acil servise gelen travmalar geç tanı almadığı sürece mortalite ihtimali düşüktür. Ancak hastaları acile geç başvuru ve gecikmiş tanı almasıyla ek hastalık faktörleri mortalite ihtimalini artırmaktadır.

Tartışma Soruları

Kranial kanamalarda mortalite açısından travmatik-nontravmatik farkı var mıdır?

Anahtar Kelimeler: Kafa Travması, Subdural Kanama, Epidural Kanama

SÖZLÜ SUNUM

ACİL SERVİSE BAŞVURAN OMURGA TRAVMALI HASTALARDA NÖROŞİRÜRJİKAL VE RADYOLOJİK YÖNETİMİN TANI VE TEDAVİYE ETKİSİ

ALİ KARADAĞ¹

BEYİN VE SİNİR CERAHİSİ KLİNİĞİ, SAĞLIK
BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, İZMİR TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Minor yada major travmalı hastaların acil servise gelişlerini takiben ayırıcı tanı ve ilk müdahalelerinin kusursuz yapılması, klinik gidişatı ve tedaviyi belirleyen ilk basamak olup, kritik öneme sahiptir. Ardından, hızlı bir şekilde gerekli konsültasyonlar istenip tanı konulduktan sonra tedaviye geçilme sürecini ve bu sürecin sağlıklı şekilde nöroşirürjikal ve radyolojik yönetimini vurgulamayı amaçladık.

YÖNTEM

69 yaşında erkek olgu omurga travması ile acil servise başvurusu sonrası, örnek teşkil etmesi nedeniyle hasta yönetiminin ortaya konması amaçlı şikayet, muayene, nörogörüntüleme, tanı ve tedavi süreci ele alınmıştır.

BULGULAR

69 yaşında erkek hasta düz zeminde düşme sonrası lumbalji şikayeti nedeniyle acil servise başvurmuş. İlk müdahale

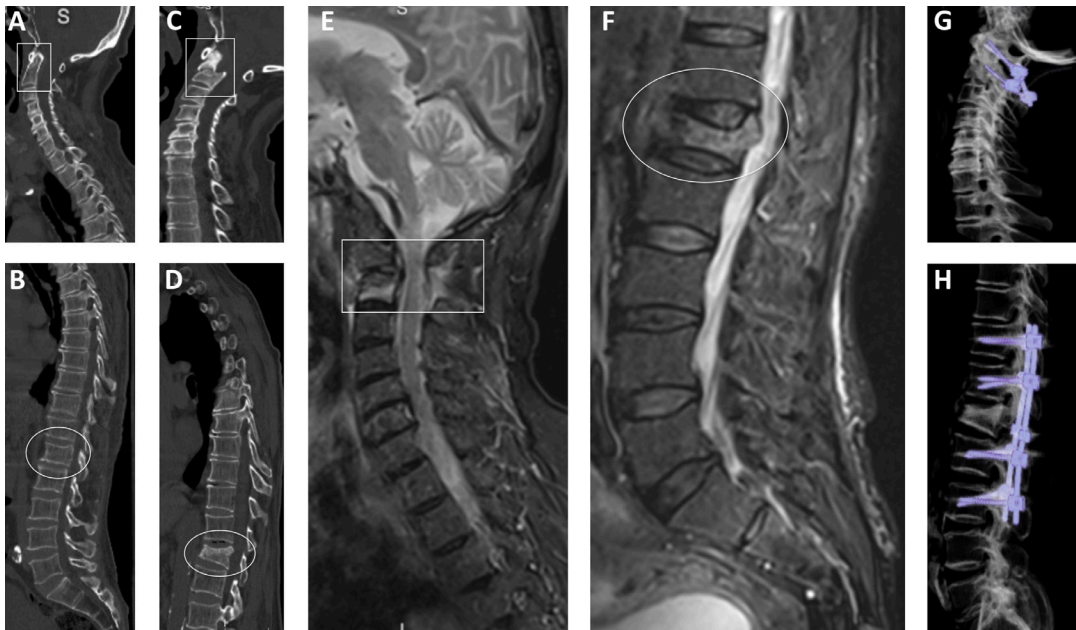
sonrası tüm spinal bilgisayarlı tomografi (BT) yapılmış ve Lomber 1. vertebrada şüpheli minimal çökme olması üzerine uygun tedavi olan korse, dinlenme ve nöroşirürjikal yakın takip önerileriyle taburcu edilmiş (Figür 1 A, B). 1 ay sonra boyun ağrısı ile tekrar başvurusu üzerine, takip ve tedaviye uyumsuz davrandığı öğrenildi. Yapılan muayenede nöromotor açıdan olağan olduğu, buna rağmen ağrılarının arttığını tarif etmesi üzerine çekilen tüm spinal BT' de C2 Tip III Hangman fraktürü, dislokasyon ve Lomber 1 omurga çökme kırığı saptandı (Figür 1C, D). Daha net tanı için yağ baskılı (stir sekanslı) manyetik rezonans görüntüleme (MRG) (Figür 1 E, F) ile yumuşak doku hasarı ortaya konduktan sonra nöroşirürji konsültasyonu istenen hasta operasyon amaçlı devir alındı. Posterior servikal ve lomber stabilizasyon (Figür 1G, H) uygulanan hasta 5 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Son yıllarda, ileri tıbbi görüntülemelerdeki ciddi gelişmeler ile tanılarının hızlı konması ve daha net kararların verilmesi mümkündür. BT' ye ek, yağ baskılı MRG, ilerleyen süreçte omurganın vereceği yanıtı ve ek hasarları güvenli şekilde yönetme fırsatı vermektedir. Ligaman, kas ve sinir hasarının ayrıca kemik ödeminin BT' de detaylı olarak incelenememesi nedeniyle, operatif ve konservatif tedavilerin sağlıklı şekilde işlemesi açısından radyolojik görüntülemelerin eksiksiz yapılması hasta yönetiminde kritik öneme sahiptir.

Anahtar sözcükler: Servikal, lomber, fraktür, stir MRG, travma

Kısaltmalar: BT, bilgisayarlı tomografi; C2, 2. Servikal omurga; MRG, manyetik rezonans görüntüleme



Figür 1.

BİR SANAYİ BÖLGESİNİN REFERANS HASTANELERİNE BAŞVURAN KBRN VAKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ, KOCAELİ DENEYİMİ

DR. ONUR KARAKAYALI

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ KOCAELİ
DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

GİRİŞ

KBRN; kasten, kazaen veya doğal afetler sonucu kimyasal, biyolojik, radyasyon ve nükleer tehlikeli maddelerden ortama yayılarak insan ve çevre üzerine birçok olumsuz etkiler oluşturan tehlikeli maddelerin hepsini ifade eder. Sanayileşme hızındaki artış ön planda endüstriyel kazalar olmak üzere KBRN vakalarının acil servise başvurusunu arttırmaktadır; ancak literatürde bölgesel deneyimlerin ve yönetiminin belirtildiği yayınlar yetersizdir. Çalışmamızda Türkiye’deki en yoğun KBRN vakalarının görüldüğü Kocaeli bölgemizdeki hastaların dağılımını ve deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD

Çalışma retrospektif çok merkezli olarak Kocaeli bölgesinde KBRN referans hastanelerinde 3 yıllık dönemde KBRN olayı sonrasında acil servise başvuran hastalar dahil edilerek yapıldı. Hasta bilgileri kriz koordinasyon biriminden alınarak, referans hastanelerin bilgi işlem birimi ve hasta dosyalarından verilere ulaşılarak kayıt altına alındı.

SONUÇLAR

4 referans hastanede toplamda 93 KBRN olayı görüldü. 2 olay radyasyona maruziyete bağlı iken diğer olaylar endüstriyel kaza sonrası gerçekleşti. 93 vakada toplam 302 hasta acil servise başvurdu. 12 hastaya olay yerinde müdahale edildi. Hastaların %96’sı (n=290) erkek ve yaş ortalamaları 27,21 ±8,9’idi. En sık başvuru şekilleri çeşitli nedenlerle endüstriyel gaz sızıntısı (%56,3), yangın (%15,2), karbonmonoksit zehirlenmesi (%10,3) idi. Hastaların %86,4’ü inhalasyona bağlı semptomlarla, %13,6’sı cilt bulguları ile başvurdu. 5 hastaya olay yerinde dekontaminasyon (%1,7), 221 hastaya da hastanede dekontaminasyon uygulandı. Hastaların nakil ve yönetimini sağlayan 12 sağlık personelinin dekontaminasyon ihtiyacı oldu. Bir işyerinden tek olayda 51 hasta başvurusu oldu. 2 hasta yanık yoğun bakıma, 11 hasta yanık servisine, 8 hasta servise yatırıldı, 281 hasta şifa ile taburcu edildi. Hastaların ortalama acil serviste kalış süresi 196 ±110 dakika olup toplamda 1 hasta (%0,33) ex olurken diğer vakalar şifa

ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Çalışmamızdan vakaların özellikle gençlerde ve erkeklerde daha sık görüldüğü, hastaların hastane öncesinde dekontaminasyon işleminin yeterli olmadığı, sağlık personelinin kendini korumada yetersiz olduğu ve vakaların sıklıkla semptomatik tedavi sonrasında yatış ihtiyacı olmadan yönetilebildiği sonucu çıkmaktadır.

SÖZLÜ BİLDİRİ: AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİNDE DİJİTAL İNTOKSİKASYONU

DR. ÖĞRT. ÜYESİ. MEHMET MURAT OKTAY

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ

MESLEK YÜKSEKOKULU

GİRİŞ

Digoksin, “digitalis purpurea” adlı bitkinin yapraklarından elde edilmektedir. Tıpta uygulamaları eski Mısır ve Roma döneminden beri bilinmektedir. Önceleri öksürük ve epileptik nöbet gibi farklı klinik durumlar için kullanılmıştır. Son 200 yıldan beri ise kalp yetmezliği tedavisinde kullanılmaktadır. Digoksin, Na-K ATP’az enzimini inhibe eder ve hücre içi kalsiyum miktarını artırarak inotropik etki sağlar. Ayrıca sinüs ritmindeki hastalarda sempatik aktivasyonu azaltarak kalp hızını azaltırken, atrial fibrilasyonu olan hastalarda ise parasempatik tonusu artırarak kalp hızını azaltır. Eskiden daha yüksek tedavi dozlarında kullanılan digoksin, son yıllarda yapılan çalışmalarla daha düşük kan düzeylerinde de etkili olduğunun gösterilmesi üzerine artık daha düşük dozlarda kullanılmaktadır. Günümüzde önerilen kan düzeyi 0.5ng/ml - 1.1ng/ml arasındır. Toksik bulgular ise 2 ng mL’yi aştığında ortaya çıkar. Bu ölçümün son dozdan 6 saat sonra yapılması önerilir. Digoksin oral yolla alındıktan 2-3 saat sonra etki etmeye başlar. Absorbe olan dozun önemli bir kısmı böbrekler tarafından elimine edilmektedir (1, 2). Her ne kadar artık daha düşük dozlarda kullanılması tercih edilse de tedavi ve toksik doz aralığının dar olması nedeniyle digoksin intoksikasyonları klinikte karşımıza çıkmaktadır. Digoksin özellikle kas kütlesi az, kreatinin klirensi azalmış, yaşlı hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Başta gastrointestinal, nörolojik ve kardiyak olmak üzere birçok sistemde yan etkilere neden olmaktadır. Digoksin intoksikasyonu sırasında her türlü aritmi ve ileti defekti oluşabilmektedir. Tanıda temel yaklaşım gelişmiş olan semptom ve bulguların digoksin intoksikasyonuna bağlı olabileceğinin düşünülmesidir. Bu tür hastalarda digoksin

hemen kesilmeli, altta yatabilecek herhangi bir metabolik durum ve elektrolit bozukluğu araştırılmalıdır. İleti defekti olan hastalar kardiyooloji yoğun bakım ünitesinde takip edilmelidir.

OLGU

47 yaşında erkek hasta, dispne ve şuur bulanıklığı şikayetleri ile acil servisimize başvurdu.

Hastanın özgeçmişinde triküspit kapak replasmanı öyküsü ve kalp yetmezliği mevcuttu. Alınan anamnezinden; İvabradin 5 mg 1×1, warfarin 0,5 mg 1×1, **spironolakton ve hidroklorotiazid** kombinasyonu 25 mg 1×1 ile digoxin 0,25 mg 2×1, kullandığı öğrenildi.

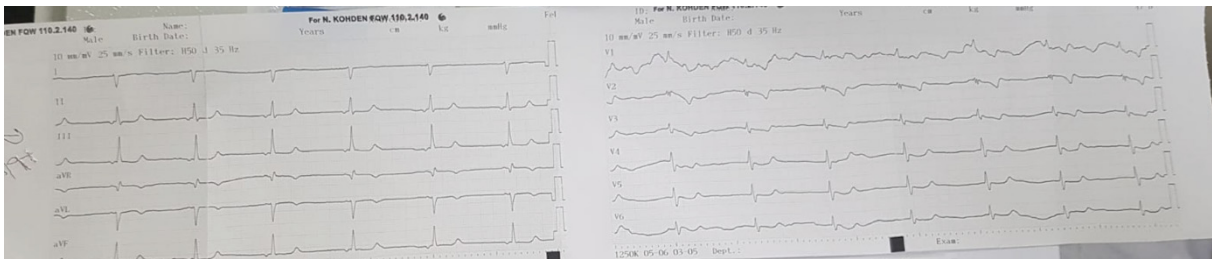
Kliniğimize başvuru sırasında hastanın, kan basıncı 80/50 mm/Hg, kalp atım hızı 55 atım /dk , solunum sayısı 18/dk' idi. Nörolojik muayenesinde patoloji saptanmadı. Yapılan fizik muayenesinde kalp sesleri ritmik ve bradikardik, apekte daha iyi duyulan metalik kapak sesi mevcuttu. Akciğerler bilateral eşit havalanmakla birlikte bazallerde nadiren ronküsleri mevcuttu. Batın muayenesinde deri turgor tonusu azalmıştı, defans ve rebound yoktu, barsak sesleri normoaktif olarak değerlendirildi. Çekilen EKG'sinde kalp hızının 55 atım/dakika olduğu saptandı. Lateral derivasyonlarda çanaklaşma şeklinde ST depresyonu izlendi (Şekil- 1: Başvuruda çekilen EKG).

Hastanın yapılan biyokimyasal incelemesinde digoksin düzeyi 1,73 ngr/dl olarak tespit edilmiş olup toksik sınırların altında olduğu (2 ngr/dl) görüldü. Diğer laboratuvar tetkiklerinde ise:

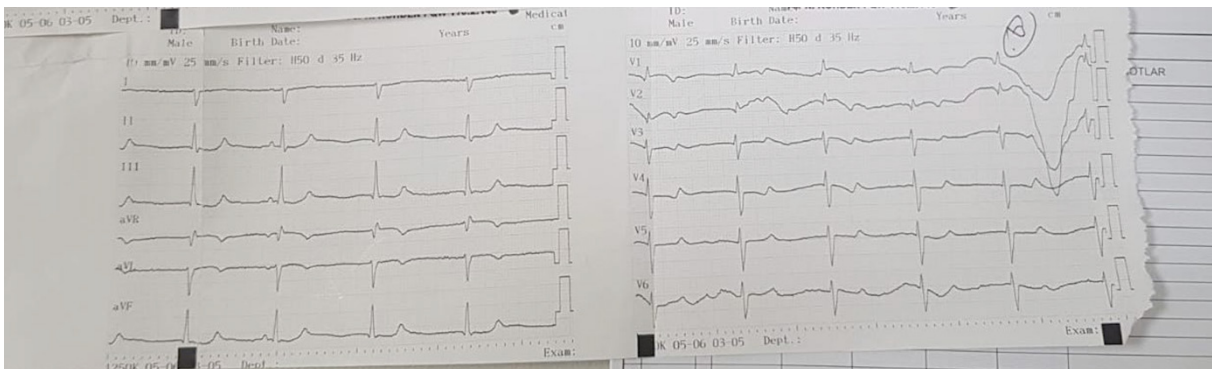
K⁺;6.65 mmol/lit (3,5-5,1 mmol/lit), Ca⁺⁺;5.8 mg/dL (8.5- 10.5 mg/dL)'dir. Na⁺;121 mmol/lit (136-146 mmol/lit), üre;309 mg/dl (17-43 mg/dl), Cr;5.9mg/dl' (0,67-1,17 mg/dl') idi. Oral alım bozulmuş, deri turgor tonusu azalmış olan hastanın yapılan, USG incelemesinde böbrek boyutlarının normal sınırlarda olduğu tespit edildi. USG'de postrenal patoloji saptanmadı. Saptanan yüksek üre (309 mg/dl) ve Cr (5.9mg/dl) değerlerinin prerenal akut böbrek yetmezliğine bağlı olduğu düşünüldü. Hastanın oral yoldan aldığı ilaçlar kesildi. Nefroloji tarafından değerlendirilen hastaya, yoğun bakım şartlarında diyaliz uygulandı. Diyaliz sonrası takiplerinde kan basıncı düşük seyreden hastanın tansiyonu 110/70 mm Hg olacak şekilde inotropik ajanlarla desteklendi. Digoksin düzeyi normal bulunan ve EKG'si digoksin intoksikasyonu ile uyumlu olan hasta, digoksin intoksikasyonu ön tanısı ile kardiyooloji servisine yatırılarak takip ve tedavisi düzenlendi.

TARTIŞMA

Digoksin artık yaygın kullanılmamakla birlikte intoksikasyonu hayati tehlike arz eden bir durumdur (3, 4). Digoksin intoksikasyonu şüphesi veya tanısı ile başvuran hastalarda digoksine karşı duyarlılığı artıran ve intoksikasyonu kolaylaştıran, hipokalemi, hipomagnezemi, hiperkalsemi gibi elektrolit düzensizlikleri bulunabilir. Bunlar içerisinde en sık hipokalemi ile karşılaşılmaktadır. Bu sebeble digoksin intoksikasyonu ile başvuran hastalarda acil olarak K⁺ düzeyi bakılmalı ve serum K⁺ seviyesi üst sınıra yakın (5,1 mmol/lit) tutulmalıdır. Bizim hastamızda



Şekil 1. Başvuru sırasında çekilen EKG



Şekil 2. Kontrolde çekilen EKG

ise prerenal azotemi nedeniyle bu lilaratür bilgisinin tersi olarak hiperkalemi mevcuttu. Ayrıca yaşlı hastalarda diüretikleri ve tiazid grubu diüretiklerin digoksin ile birlikte kullanımının digoksin intoksikasyon sıklığını arttırdığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (5, 6). Bizim olgumuzda da bu literatür bilgisi ile uyumlu olarak oral yoldan diüretik kullanımı mevcuttur. Biz hastanın digoksin preparatını önerilen dozlarda düzenli olarak kullanmasına rağmen, oral alım eksikliğine bağlı gelişen prerenal azotemi tablosunun intoksikasyona neden olduğunu düşünmekteyiz.

Digoksin intoksikasyonunda bulantı, kusma, iştahsızlık, halsizlik gibi GİS semptomlar sık görülmektedir (7). Bu etkisinin kemoreseptörü tetikleyici bölgeyi uyarmasına ve vagal etkilerine bağlı olduğu düşünülebilir. Digoksin intoksikasyonu sonrası yapılması gereken ilk iş ilacın kesilmesidir. Normal böbrek fonksiyonuna sahip bireylerde digoksinin yarı ömrü 36-48 saattir. Böyle hastalarda, hastanın hemodinamik açıdan stabil olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir. Bradikardi veya atriyoventriküler tam blok nedeni ile hemodinamisi bozulmuş hastalara intriksik ritm hemodinamik olarak yeterli seviyeye gelinceye kadar geçici kalp pili uygulaması gerekebilir. Hemodinamik olarak stabil seyreden hastalarda takip yeterli olabilir. Ayrıca bu hastalarda elektrolit bozuklukları gibi digoksin intoksikasyonuna kolaylaştıran metabolik bozukluklar varsa düzeltilmelidir (8). Bu tedavilere cevap vermeyen olgularda digoksin bağlayan antikor (FAB) ve hemodiyaliz gibi spesifik tedavilerde uygulanabilir (9).

Bizim vakamızda; diyaliz sonrası hastanın semptomlarında ve EKG sinde düzelme olması ve yapılan diğer tetkiklerin de normal olması ile digoksin intoksikasyonu tanısı doğrulanmıştır.

SONUÇ

Günümüzde az görülmekle birlikte Acil Hekimi digoksin kullanan hastalarada inotoks durumunu göz önünde bulundurmalıdır. Yaşlı, böbrek yetmezlikli, diüretik kullanan kişilerde normal kan düzeylerinde de digital intoksikasyonu görülebileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Pervaiz MH, Dickinson MG, Yamani M. Is digoxin a drug of the past? Cleve Clin J Med. 2006;73(9):821-4, 6, 9-32 passim.
2. Eichhorn EJ, Gheorghiadu M. Digoxin-- new perspective on an old drug. N Engl J Med. 2002;347(18):1394-5.
3. Currie GM, Wheat JM, Kiat H. Pharmacokinetic considerations for digoxin in older people. Open Cardiovasc Med J. 2011;5:130-5.
4. Rathore SS, Curtis JP, Wang Y, Bristow MR, Krumholz HM. Association of serum digoxin concentration and outcomes in patients with heart failure. JAMA. 2003;289(7):871-8.

5. McLean AJ, Le Couteur DG. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. Pharmacol Rev. 2004;56(2):163-84.
6. Wang MT, Su CY, Chan AL, Lian PW, Leu HB, Hsu YJ. Risk of digoxin intoxication in heart failure patients exposed to digoxin-diuretic interactions: a population-based study. Br J Clin Pharmacol. 2010;70(2):258-67.
7. Ehle M, Patel C, Giugliano RP. Digoxin: clinical highlights: a review of digoxin and its use in contemporary medicine. Crit Pathw Cardiol. 2011;10(2):93-8.
8. Bauman JL, Didomenico RJ, Galanter WL. Mechanisms, manifestations, and management of digoxin toxicity in the modern era. Am J Cardiovasc Drugs. 2006;6(2):77-86.
9. Santos-Araujo C, Campos M, Gavina C, Rocha-Goncalves F, Pestana M. Combined use of plasmapheresis and antidigoxin antibodies in a patient with severe digoxin intoxication and acute renal failure. Nephrol Dial Transplant. 2007;22(1):257-8.

ACİL TORAKOTOMİ UYGULAMALARI

DR. MUHARREM ÇAKMAK

Acil torakotomi genel durumu kötü ya da genel durumu kötüleşen hastalarda yapılan torakotomidir. Acil servis (**emergency**) veya hızlı (**urgent**) torakotomi olarak 2'ye ayrılır. Bu ayrım acil servisin hemen içinde hasta transport edilmeden yapılan torakotomi ya da acil servis dışında ameliyathanede yapılan torakotomilerden kaynaklanır. Temel amaçları; Perikardiyal tamponadın boşaltılması, intratorasik kanamanın kontrolü, kardiyak kanamanın kontrolü, masif hava embolisinin tedavisi, acil kardiyak masaj ve inen aortanın klemplenmesidir. İşlemin yapıldığı ya da yapılmadığı durumlar vardır (Tablo 1, 2). Çalışmamızda, son 2 yıl içinde acil torakotomi uygulanan hastaları sunmayı amaçladık.

Tablo 1: Acil torakotomi endikasyonları

Hastane öncesi 15dk'dan az, CPR yapılan penetran yaralanmalı hastalar
Hastane öncesi 5 dk'dan az CPR yapılan künt travmalı hastalar
Travma sonrası ciddi hipotansiyon
Kardiyak tamponad
Intratorasik kanama
Masif hava embolisi

CPR: kardiopulmoner resüsitasyon

Tablo 2: Acil torakotomi kontrendikasyonları

Ulaşım sırasında 15 dakikadan fazla olan resüsitasyon süresi
Varişta solunum ve nabızın olmaması
Yaygın ağır yaralanmalar (multisistem yaralanması)

PANDEMİ DÖNEMİNDE MULTIPL SKLEROZ HASTALARININ HASTANEYE BAŞVURU NEDENLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

NESLİHAN EŞKUT, ASLI KÖŞKDERELİOĞLU
SBÜ. İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİNDE

BİLİMSEL ZEMİN

Multipl skleroz (MS) , gençlerde non travmatik özüllülüğün en sık nedenidir. Santral sinir sisteminde demiyelinizasyon ve nörodejenerasyonla seyreden MS' te 24 saatten uzun süren, enfeksiyonun eşlik etmediği yeni gelişen nörolojik bulgular atak olarak tanımlanır. Hastaların takibinde hem progresyonun hemde atakların önlenmesinde hastalık modifiye edici ilaçlar kullanılır. MS hastalarının düzenli aralıklarla muayene edilmesi, görüntüleme hem laboratuvar kontrollerinin uygun şekilde takibi elzemdir.

Türkiye' de ilk COVID-19 tanısı 10 mart 2020 tarihinde koyulmasını takiben Sağlık bakanlığı organizasyonu doğrultusunda, hastanemizde 17 mart 2020 tarihinde yeni çalışma planına geçildi.

MATERYAL VE METOD

Çalışmamızda 15mart-20 mayıs 2020 tarihleri arasında SBÜ. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi nöroloji polikliniğine başvuran ve acil tıp kliniğinden nöroloji konsültasyonu istenen hastalar hastane bilgi kayıt sisteminden (HBYS) geriye dönük olarak tarandı. MS tanılı hastaların demografik verileri, başvuru nedenleri, takip süreçleri kaydedildi..

BULGULAR

HBYS kayıtlarından belirtilen tarihler arasında nöroloji polikliniğinde 1503 hasta muayene edildiği ve acil tıp kliniğinden 351 nöroloji konsültasyonu istendiği görüldü. Bu hastalardan 31' si MS tanılıydı. 31 MS tanılı hastanın 21' i kadın, 10' u erkekti. Hastalardan 27' si nöroloji polikliniğinde, 4' ü acile başvuru sonrasında konsültasyon ile değerlendirilmişti. 7 hasta nöroloji servisinde yatarak izlenirken, 6 hasta gününbirlik serviste tedavi edildi. 18 hastanın muayenesi poliklinikte tamamlandı. Acil tıp konsültasyonunda değerlendirilen 4 hasta yeni başlayan görme kaybı nedeniyle değerlendirildi ve optik nörit tanısı ile 1gr/gün pulse steroid tedavisi verildi. Toplam 8 hastada MS atağı olarak değerlendirildi ancak 2 hastanın duysal semptomları olması nedeniyle pulse steroid tedavisi verilmedi. Pulse steroid verilen 6 hastaya (4' ü optik nörit, 1' i

hemiparezi, 1' i ataksi saptandı) en kısa 3 gün en uzun 7 gün süreyle (ortalama 5 gün) tedavi verilmişti.

SONUÇ

Hastalarımız ile bu olağan dışı süreçte hem mail hem telefon yoluyla da iletişim kurarak hastaneye başvuruların azaltılmana katkı sağlandı. Okreluzumab ve natalizumab tedavi aralıkları uzatıldı, diğer tüm hastalık modifiye edici tedavilere devam edildi. Atak nedeniyle değerlendirilen hastaların steroid uygulanma kararı ve süresi titizlikle değerlendirildi. Genel popülasyonda olduğu gibi MS hastalarının da büyük kısmının COVID-19 hastalığını hafif semptomlarla geçireceği ön görülmektedir. Hastaların tedavilerinin nörolog öneri ve kontrolü dışında değiştirilmemesi gereklidir.

Neslihan Eşkut
nespur@hotmail.com
05054432205

ACİL SERVİSTE PLAZMA D DİMER DÜZEYİNİN ETKİN KULLANIMI

DR. HALİL İBRAHİM ÇIKRIKLAR

GİRİŞ

Fibrin yıkım ürünü olan D-dimer plazma düzeyi hemostatik anormalliklerin ve trombozun biyolojik bir göstergesi olabilir (1). Pulmoner emboli (PE) ve venöz tromboembolizm gibi trombotik hastalıklarda D-dimer düzeyi yükselebilir (2). Çalışmamızın amacı acil servise başvuran ve PE düşünülen hastalarda çalışılan plazma D-dimer düzeyinin etkinliğini araştırmaktır.

MATERYAL VE METOT

Ocak 2018-Aralık 2019 tarihleri arasında acil servise başvuran ve PE düşünülen hastalar arasında Wells Kriterlerine göre orta riskli kabul edilen on sekiz yaş üstü hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir. D-dimer konsantrasyonu ≥ 500 ng/mL ise pozitif kabul edilmiştir. Yaşlı (>50 yaş) hastalarda ise düzeltilmiş formül ($\text{Yaş} \times 10 = \text{ng/mL}$) kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya 506 erkek (%58,2) ve 363 kadın (%41,8) olmak üzere toplam 869 hasta dâhil edildi.

D Dimer (+) olan toplam 501 hasta incelendiğinde; 145 hastada (%28,94) yeni tanı saptanmıştır. En sık yeni tanıların oranı sırayla % 42,07 (n=61) Pnömoni, % 17,24 (n=25) Akut Koroner Sendrom ve % 9,66 (n=14) Tıkalıcı Beyin Damar

Hastalığı ve 12 (%8,28) PE olmuştur.

D-Dimer (+) hastaların 256'sında (% 51,10) ise daha önce mevcut hastalık zemininde gelişen ek sorunlar saptanmış ve tedavi edilmiştir. Eşlik eden en sık hastalıklar sırayla % 18,75 (n=48) Malignite, % 16,02 (n=41) Hipertansiyon ve % 10,94 (n=28) Diabetes Mellitus (DM) idi.

D-Dimer (+) 501 hastanın ikisinde acil serviste exitus gelişirken % 17,76'sı (n=89) YBÜ'ne ve % 21,76'sı (n=109) kliniğe yatırılmıştır. Hastaların %60'ı (n=301) taburcu edilmiştir. D-Dimer (-) hastaların ise % 1,36'sı (n=5) YBÜ, % 4,62'si (n=17) kliniğe yatırılmış ve hastaların % 94,02'si (n=346) ise taburcu edilmiştir.

SONUÇ

D-Dimer, PE tanısında spesifitesi düşük bir markerdir. Fakat D-Dimer (+) olgularda PE dışında klinik ve özellikle YBÜ'ne yatış gerektiren hastaların oranı yüksektir. Bu yüzden D-Dimer (+) olgularda PE tespit edilmese diğer ciddi tabloların sıklığı göz önünde bulundurularak bu hastaların ileri tetkik ve tedavisi gerektiği düşünülmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: D-dimer, Acil Servis

REFERANS

1. Weitz JI, Fredenburgh JC, Eikelboom JW. A Test in Context: D-Dimer. J Am Coll Cardiol. 2017;70(19):2411.
2. Keller K, Beule J, Balzer JO, Dippold W. D-Dimer and thrombus burden in acute pulmonary embolism. Am J Emerg Med. 2018;36(9):1613-8.

EFSANE Mİ GERÇEKTEN ETKİN Mİ? BİR ANTİDÖT OLARAK GLUKAGON KULLANIMI

HÜSEYİN AYGÜN

**BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, ACİL TIP ANABİLİM DALI**

GİRİŞ

İntihar amaçlı ilaç kullanımı acil servislere önemli bir başvuru nedenidir. Kullanılan ajanlar arasında özellikle antihipertansif ajanlara sıklıkla rastlanılmaktadır. Beta blokerler, katekolaminlerin beta reseptörlerini yarışmalı olarak antagonize eden ajanlardır. Aşırı alımlarında hipotansiyon, bradikardi en yaygın bulgulardır. Değişik düzeylerde kalp blokları, bronkospazm, hipoglisemi ve santral sinir sistemi baskılanması sonucu koma ve ölüm hali ile zehirlenmeleri karşımıza çıkmaktadır. Biz de beta bloker zehirlenmesi ile değerlendirdiğimiz ve antidot tedavisi ve yakın takip ile sağ kalımına katkı sağladığımız olgumuzu literatür eşliğinde

sunmayı planladık.

OLGU

27 yaşında kadın hasta suicid amaçlı ilaç alımı nedeniyle acil serviste değerlendirildi. Başvurusunda yaklaşık 40 dk önce 30 adet metoprolol 50mg alımı olduğu öğrenildi. Bulantı, kusma ve halsizlik yakınmaları mevcuttu. Genel durum orta bilinç açık, oryante, koopere GKS:15 idi. Kan basıncı 80/50 mm/Hg, kalp hızı 60/dk, sat %98, kan şekeri 74 idi. EKG de normal sinüs ritmi saptandı. Hastaya intravenöz hidrasyon ve %5 Dextroz infüzyonu başlandı. Nazogastrik sonda takılarak mide lavajı ve aktif kömür uygulandı Takibinde hastanın uyku hali arttı kan basıncı 70/40 mm/Hg'ya geriledi. Nabız ise 38/dk ölçüldü. Elektrokardiyografisinde sinüs bradikardisi olduğu görüldü. Hastada kan şekeri düzeyleri 70 in altındaki değerlere ulaştı ve hastanın bradikardisi derinleşti. Hastaya glukagon (glukagon hypo kit flakon 1mg/mlGlucagon HCL) toplamda 5mg olacak şekilde iv yavaş bolus uygulandı. İstenilen yanıt alınamayınca 2. bolus glukagon tedavisi uygulandı. Hastada ikinci dozdan sonra kusma harici yan etki görülmezken istenen yanıt alındı. Hasta yoğun bakım ünitesine devredildi.

Yoğun bakım takibinde hipotansiyon atakları tekrarlayan hastanın tedavisine kalsiyum glukonat eklendiği öğrenildi. Kan glukoz düzeyleri yakın takip edilerek insülin-dextroz infüzyonu ile hiperinsülinemik öglisemik durum sağlandı. Hastada vazopressör ihtiyacının olmadığı ve ek komplikasyonun gelişmediği öğrenildi. Hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Zehirlenmelerde tedavide temel amaç, alınan toksinin gastrointestinal sistemden uzaklaştırılmasını sağlamak ve destekleyici tedavi ile vital fonksiyonları desteklemektir. Olgumuzda olduğu gibi spesifik antidotlara sahip zehirlenmelerde bu noktanın akılda tutulması çok önemlidir. Sonuç olarak, bu olgumuzda beta bloker zehirlenmelerinde glukagon tedavisinin sağ kalım üzerindeki etkinliğini vurgulamış olduk.

KAYNAKLAR

1. Shepherd G. Treatment of poisoning caused by beta-adrenergic and calcium-channel blockers. Am J Health Syst Pharm. 2006 Oct 1;63(19):1828-35.
2. Engebretsen KM, Kaczmarek KM, Morgan J, Holger JS. High-dose insulin therapy in beta-blocker and calcium channel-blocker poisoning Clin Toxicol (Phila). 2011 Apr;49(4):277-83
3. Fatih Durak, Fulya Kamit Can, Neslihan Zengin Hayatı Tehdit Eden Kalsiyum Kanal Blokeri ve Beta Bloker Zehirlenme Olgusunda Başarılı İntravenöz Lipit İnfüzyon Tedavisi J Pediatr Emerg Intensive Care Med 2016;3:151-4
4. Bailey B. Glucagon in beta-blocker and calcium channel blocker overdoses: a systematic review. J Toxicol Clin Toxicol. 2003;41(5):595-602.

TEKRARLAYAN SPONTAN PNÖMOTORAKS İLE GELEN ÇOCUK OLGU

MUHAMMET FURKAN KORKMAZ ¹,
ESRA TÜRE ², SERPİL SANCAR ³

¹ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
KLİNİĞİ, BURSA ŞEHİR HASTANESİ

² ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI,

ÇOCUK ACIL KLİNİĞİ, BURSA ŞEHİR HASTANESİ ³

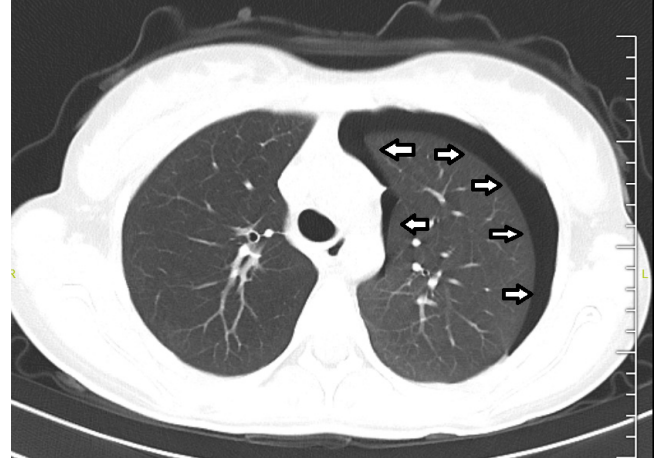
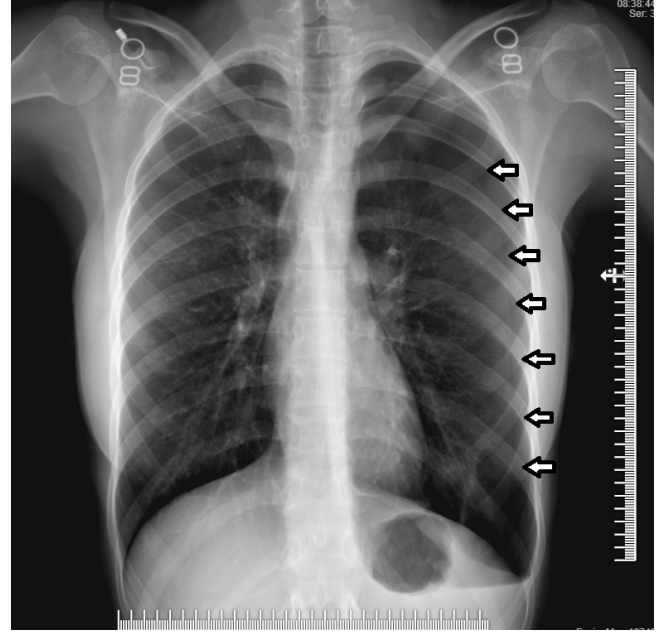
ÇOCUK CERRAHİSİ KLİNİĞİ, BURSA ŞEHİR HASTANESİ

GİRİŞ

Akciğerde parankimal hastalık olmaksızın aniden gelişen pnömotoraksa primer spontan pnömotoraks (PSP) denir. Astenik yapılı erkeklerde daha fazla olmak üzere, en sık prepubertal dönemde ve sporla uğraşanlarda gelişir. Bu bireylerde göğüs kafesinin vertikal olarak hızla büyümesinin intratorasik basıncı etkileyerek akciğer apeksinde subplevral bül oluşumuna yol açtığı savunulmaktadır. Literatürde az sayıda olgularla yapılan çalışmalar nedeniyle hastalığın çocuklardaki doğal seyri iyi bilinmemekte ve tedavi planlaması yetişkinlere göre yapılmaktadır. Bu yazıda, tekrarlayan PSP ile gelen çocuk hasta tartışılmıştır.

OLGU

17 yaşında kız hasta göğüs ağrısı şikayeti ile çocuk acil servisimize başvurdu. Hastanın daha önce iki kez PSP nedeniyle farklı merkezlerde tedavi olduğu öğrenildi. Soygeçmişinde özellik olmayan olgunun fizik muayenesinde sol hemitoraksta solunum seslerinde azalma saptandı. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Alınan laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 13,3 gr/dl, lökosit 4460/mm³, %53 parçalı hakimiyetinde, kardiak enzimler, karaciğer-böbrek fonksiyon testleri ve koagülasyon parametreleri normal, C-reaktif protein 0 mg/L idi. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde sol akciğer parankim alanında şüpheli pnömotoraks hattı izlenmesi üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografi (BT) sonucunda; sol akciğerde 50 mm derinliğe ulaşan pnömotoraks ve sol alt lobda atelektazik değişiklikler saptandı (Resim 1,2). Göğüs tüpü takılarak çocuk cerrahi servisinde izleme alınan hastanın takibinde hava dışarı durdu. 4 günlük izlem sonrasında tüpü çekilen ve herhangi bir şikayeti gözlenmeyen hasta taburcu edildi. Olgu daha sonra 2 kez daha aynı şikayetlerle başvurdu. Minimal PSP saptanan hasta herhangi bir tedavi uygulanmadan izlendi ve taburcu edildi.



SONUÇ

Çocuklarda PSP'nin ilk atağından sonra nüks sıklığı ve BT bulguları ile tahmin edilmesi zordur. PSP'nin yönetiminde amaç akut epizodu tedavi etmek ve minimal morbidite ile rekürrensleri önlemektir. Çocuklarda PSP'nin yönetimi ile ilgili birçok yön ve rekürrensleri önlemenin en iyi yolu hala tartışılmaktadır. Video yardımcılı akciğer cerrahisi tekrarlamaları önlemede güvenli ve etkili yollardan biridir. PSP'nin ilk atağında göğüs tüpü drenajı gerektiren hastalarda cerrahi müdahale daha gerekli olabilmektedir.

Anahtar kelimeler: Çocuk, spontan pnömotoraks, akciğer cerrahisi

AMOKSİSİLİN-KLAVULANİK ASİT İLE TETİKLENEN BİR STEVENS JOHNSON SENDROMU OLGUSU

**MUHAMMET FURKAN KORKMAZ¹,
ESRA TÜRE², BERNA AKTÜRK¹**

**¹ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
KLİNİĞİ, BURSA ŞEHİR HASTANESİ**

**² ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI, ÇOCUK
ACİL KLİNİĞİ, BURSA ŞEHİR HASTANESİ**

GİRİŞ

Stevens Johnson sendromu (SJS) morbidite ve mortalite ile ilişkili olabilen mukokutanöz bir hastalıktır. Çocuklarda nadir görülür ve genellikle ilaçlarla indüklenir. Antibiyotikler, özellikle sülfonamidler, çocuklarda SJS'de en çok yer alan ilaçlardır. Amoksisilin-klavulanik asit, genellikle iyi tolere edilen bir antibiyotiktir. Literatürde çocuklarda SJS gelişimine sebep olabildiği az sayıda vaka sunumu bildirilmiştir. Bu yazıda, 12 yaşındaki bir çocukta ortaya çıkan koamoksiklav kaynaklı bir SJS olgusu tartışılmıştır.

OLGU

12 yaşında erkek hasta eritematöz ve büllöz döküntü şikayeti ile çocuk acil servisimize başvurdu. Önce dudaklarda başlayan, sonrasında ellere ve vücuda yayılan içi su dolu kabarıklıklar olduğu öğrenildi. Döküntülerden önce amoksisilin-klavulanik asit kullanım hikayesi vardı. Fizik muayenesinde konjunktivaları hiperemikti, oral mukozada büllöz lezyonlar ve grimsi beyaz bir zarla kaplı ağrılı hemorajik erozyonlar vücutta yaygın vezikülobüllöz lezyonlar mevcuttu (Resim 1-3). Alınan laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 14,5 gr/dl, lökosit 9230/mm³, %63 parçalı hakimiyetinde idi, eozinofili yoktu. Aspartat aminotransferaz 41 UI/L, alanin aminotransferaz 103 UI/L idi. Böbrek fonksiyon testleri normal, C-reaktif protein 15 mg/L idi. Hasta çocuk hastalıkları servisine yatırıldı. Kullanmakta olduğu amoksisilin-klavulanik asit tedavisi kesildi. Beslenmesi iyi olmaması nedeni ile intravenöz sıvı

desteği verildi, elektrolit dengesi takip edildi. Sekonder bakteriyel enfeksiyonlardan korumak amacı ile eritematöz alanlarda düzenli olarak yara bakımı yapıldı ve steril çarşaf ve nevresimler kullanıldı. Proflaktik antibiyoterapi verilmedi. Metilprednizon tedavisi 2 mg/kg/gün dozunda başlandı. Takibinde döküntüleri gerileyen, genel durumu ve beslenmesi düzelen hasta şifa ile taburcu edildi.



SONUÇ

Klinisyenler, doğabilecek mortal sonuçları önlemek adına çocuklarda koamoksiklav kaynaklı SJS riski konusunda bilinçli olmalıdır. Bu durumda hasta yönetiminde erken teşhis, suçlu ilacın geri çekilmesi ve hızlı destekleyici tedavilerin başlatılması oldukça önemlidir.

Anahtar kelimeler: Çocuk, Amoksisilin-klavulanik asit, Stevens Johnson sendromu

ACİL SERVİSTE SERVİKAL MİYOFASİYAL AĞRI SENDROMUNDA ALTERNATİF AĞRI KONTROL YÖNTEMİ OLARAK KURU İĞNELEME

DR. AYSEL GÜRCAN ATCI

ACİL SERVİSTE BEL AĞRILI OLGULARA YAKLAŞIM

DR. AYSEL GÜRCAN ATCI

GİRİŞ

Servikal ağrı şikayeti ile acil servis başvuruları sık olarak yapılmaktadır. Etiyolojik faktörler çok geniş skalada yer almaktadır. Kranial hadiseler, boyun fıtığı, vasküler patolojiler ösephagus ve trakea patolojilerinde boyun ağrısı görülebilir. Fakat en sık neden servikal miyofasial ağrı sendromudur. Genelde ani başlangıçlı boyun spazmı hareket kısıtlılığı ile acil servise başvurulur. Tüm toplumda sıklık araştırması yapıldığında hayatları boyunca 15-25 % oranında şiddetli boyun spazmı ve ağrısı geçireceği öngörülür. Kadınlarda sıklığı fazladır.

Acil serviste hızlı anamnez fizik muayene ve gerekli olgulara görüntüleme yapıldıktan sonra organik nedenler dışlanan olgularda medikal tedavi ile ağrı kontrolü sağlanmaya çalışılmaktadır. Ağrı kontrol altına alınamayan olgularda özellikle fizik tedavi rehabilitasyon hekimlerince kuru iğneleme yapılabilmektedir.

MATERYAL –METOD

Kuru iğneleme akupunktur iğneleri ile muayene sırasında gerginlik oluşturan tetik noktalarına akupunktur iğnelerinin cilt altına geçerek kas içine belli bir uzunlukta belli bir süre batırılması ile fiziksel olarak anestezi madde vermeden kas kırımlarında gevşeme prensibine dayanır.

TARTIŞMA

Literatür tarandığında özellikle boyun ağrısında kuru iğne, lokal anestezi enjeksiyonu medikal tedavi kombinasyonlarını karşılaştırmalı irdeleyen çalışmalara rastlanmaktadır. Ağrı kontrolü acil serviste yeterli sağlanmayan seçili olgularda hızlı ve güvenli analjezi hasta memnuniyetinin sağlanması açısından kuru iğneleme yapılabilir. Protokol oluşturma öncesinde acil tıp hekimleri, girişimsel ağrı kontrolü ile uğraşan fizik tedavi rehabilitasyon uzman hekimlerinin koordinasyonlu çalışması ile yüz güldürücü sonuçlar alınabilir.

GİRİŞ

Bel ağrısı kas iskelet sisteminde en sık görülen ağrı tipidir. Klasik olarak, kostal alt sınır ile inferior gluteal kıvrımların üstü arasındaki kas gerginliği olarak da tanımlanabilen bel ağrısına bacak ağrısı da eşlik edebilir. Hayat boyunca toplumun 49-90% ı bel ağrısı yaşayacaktır. Bel ağrılı olguların yaklaşık %25'i ise akut bir ağrı epizodu ile acil servis ünitesine başvuracaktır.

ETYOLOJİ

Acil serviste yoğun iş yükü altında ağrı ile başvuran bir olguda öncelikle ağrının nasıl başladığı, ağrının şiddeti, bel de mi yoksa kalça bacağa doğru yayılımı var mı, süresi, ağrıyı arttıran faktörler hızlıca sorgulanmalıdır. Kırmızı bayrak bulguları akıldan çıkarılmamalıdır. 15 yaş altı 55 yaş üstü, 3 aydan kısa süredir olan ağrı, ateş, kilo kaybı, gece terlemesi, geceleri artan ağrı hastanın özgeçmişte kortizol kullanımı, immünsüpresyon öyküsü, malignensi olması, iv ilaç alışkanlığı olması özellikle dikkatle sorgulanmalıdır. Ağrı neden olur sorusuna acil serviste hızlı yanıt aranması gerekir. Etiyolojik faktörler Lomber disk herniyasyonu, enfeksiyon, inflamasyon, osteoporoz, iç organlardan yansıyan ağrı, romatoid artrit, kırık ya da neoplazi gibi spesifik bir patofizyolojik mekanizma neticesinde BA ortaya çıkabileceği gibi –ki bu ancak hastaların %10'unda görülür.

KLİNİK DEĞERLENDİRME

Acil serviste hızlı nörolojik bakı yapmak önem arz eder. Özellikle kırmızı bayrak bulguları önemlidir. Üriner retansiyon, gaita inkontinansı, eğer tip anestezi, bilateral nörolojik yakınmalar, kuvvet kayıplarını tespit ederek öncelikli ilgili uzman görüşü alınarak onların bilgisi dahilinde nöro görüntüleme yapılabilir.

GÖRÜNTÜLEME

Acil serviste değerlendirilen ve endikasyon konulan olgularda görüntüleme yapılabilir. Görüntüleme olarak X-Ray, bilgisayarlı tomografi veya MRG yapılabilir. Bulunduğumuz acil şartları ve imkanları neticesinde bu görüntülemeler kullanılabilir. Şiddetle bacağa yayılan nörolojik kayıplı olgularda yumuşak dokuya spesifik olan MRG son derece etkin tanı koymamızı sağlayacaktır.

TEDAVİ

Acil serviste bel ağrılı vakalarda nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar kas gevşetici kombinasyonlarla uygulanabilmektedir. Takip altına alınan olgularda ağrı gerilememesi durumunda opioid analjezikler kullanılabilir. Ağrısı yatışan olgular ilgili branş olarak beyin cerrahi veya fizik tedavi rehabilitasyon polikliniklerine yönlendirilebilir.

COVID-19' A AİT TİPİK RADYOLOJİK TUTULUMLA GELEN PCR NEGATİF OLGU

MUHAMMET FURKAN KORKMAZ ¹, ESRA TÜRE ²

¹ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
KLİNİĞİ, BURSA ŞEHİR HASTANESİ

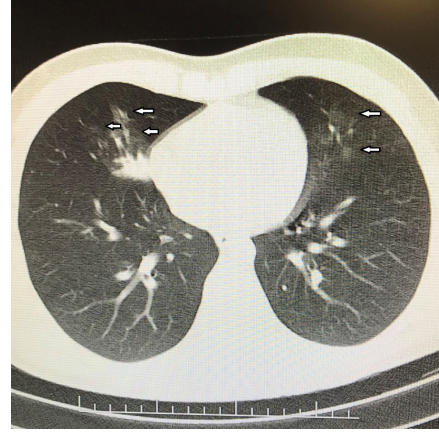
² ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI, ÇOCUK
ACİL KLİNİĞİ, BURSA ŞEHİR HASTANESİ

GİRİŞ

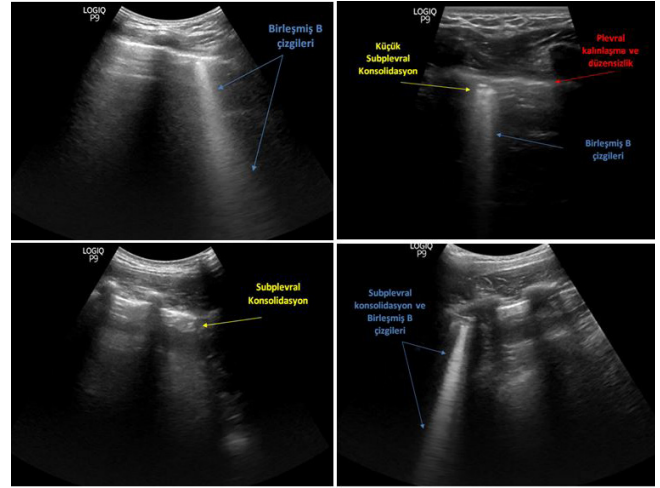
Aralık 2019'dan beri coronavirüs hastalığı (COVID-19) pandemisi milyonlarca insanı etkilemiştir. Daha önceki koronovirüs etkenlerine bağlı gelişebilen pulmoner tutulumla benzer şekilde COVID-19 hastalarında da tipik radyolojik bulgular; parankimal tahribatı yansıtan konsolidasyon ve buzlu cam görünümü şeklindedir. Bu bulgular tipik olarak bilateral multifokal, alt lob hakimiyetinde olmak üzere periferik dağılım göstermektedir. Bu yazıda, COVID-19 tipik pnömoni radyolojik bulguları olmasına rağmen PCR testi negatif sonuçlanan bir hasta tartışılmıştır.

OLGU

17 yaşında erkek hasta ateş ve öksürük şikayeti ile çocuk acil servisimize başvurdu. Ailesinde COVID-19 pozitif birey olmayan olgunun temas öyküsü de yoktu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan olgunun fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Alınan laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 14,9 gr/dl, lökosit 14790/mm³, %86 parçalı hakimiyetinde, laktat dehidrogenaz 168 U/L, kardiyak enzimler ve karaciğer-böbrek fonksiyon testleri normal, D-dimer <0.2 µg/mL, C-reaktif protein 16 mg/L ve eritrosit sedimentasyon hızı 13 mm/saat idi. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde bilateral lineer interstisyel infiltrasyonlar olması nedeni ile toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT sonucu her iki akciğer alt loblarda fokal infiltrasyon ve buzlu cam görünümü olarak raporlandı. Yatak başı çekilen akciğer ultrasonunda, BT ile uyumlu olarak, plevral kalınlaşma ve düzensizleşme, birleşme eğiliminde olan B çizgileri ile beyaz akciğer görünümü ve küçük subpleval konsolidasyon alanları tespit edildi. Hasta COVID-19 PCR numunesi alındıktan sonra servise yatırılarak gözlem altına alındı. Sekonder bakteriyel enfeksiyonlar için seftriakson ve azitromisin tedavileri uygulandı. İlk numunesi negatif gelen hastanın yatışının 48. saatinde ikinci numune alındı, fakat o da negatif olarak sonuçlandı. 6 günlük servis takibinin sonunda herhangi bir şikayeti kalmayan hasta evde izole olmak üzere ardışık antibiyotik tedavisi ile taburcu edildi.



Resim 1. Her iki akciğer alt loblarda fokal infiltrasyon ve buzlu cam görünümleri



Resim 2. Akciğer ultrason görüntüleri

SONUÇ

Mevcut tanı kriterlerine göre, PCR testi COVID-19 enfeksiyonu tanısı için standart değerlendirme yöntemi haline gelmiş olmasına rağmen, COVID-19 PCR numune sonuçları erken evredeki COVID-19 pnömonisini tespit etmek konusunda yetersiz kalabilmektedir. Özellikle akciğer ultrasonu, non-invaziv, hızlı, tekrarlanabilir olması, sterilizasyon kolaylığı ve düşük maliyeti nedeni ile ve ayrıca seçilmiş hastalarda toraks BT çocuk acil kliniklerinde bu yeni hastalıkta, akciğer tutulumu olan hastaları tanımlamaya ve erken tedaviye başlama konusunda yardımcı olabilir.

Anahtar kelimeler: Çocuk, COVID-19, Koronavirüs, Toraks bilgisayarlı tomografi, Akciğer ultrason

SAFRA ÇAMURUNUN EŞLİK ETTİĞİ HİPEREMEZİS GRAVIDARUM OLGULARINDA BİYOKİMYASAL PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI

DR. NİLÜFER ÇELİK DR. BEHÇET UZ ÇOCUK
HASTANESİ, BİYOKİMYA, İZMİR TÜRKİYE

ÖZET

AMAÇ

Bu çalışmada hiperemesis gravidarum (HEG) tanısı alan ve safra çamuru saptanan birinci trimester olguların biyokimyasal parametrelerinin karşılaştırılması amaçlandı.

YÖNTEM

HEG tanısı almış 50 hasta ile HEG şikayeti olmayan birinci trimester gebeliğine sahip 50 kontrol olgu çalışmaya dahil edildi. HEG tanısı bulantı, kusma, düzenli beslenememe mevcudiyeti ile konuldu. HEG ve kontrol grubundaki olguların obstetrik ultrasonografi (USG) ile ölçümleri yapıldı. Her gruptaki hastaya üst batin USG'si yapılarak safra çamurunun olup olmadığı kaydedildi. Hastalardan alınan kan örneklerinde, kolesterol, trigliserit, AST, ALT ve Na⁺ düzeyleri otoanalizör ile ölçüldü. Ketonürinin varlığı da idrarda test edildi. Safra çamuru varlığı ile biyokimyasal ve demografik parametreler arasında korelasyon analizi yapıldı.

BULGULAR

HEG grubunda kolesterol değerleri kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulundu (156.7 ± 12.5 mg/dL'e karşın 132.3 ± 3.21 mg/dL, $p < .05$). Trigliserit ve Na⁺ değerleri açısından gruplar arasında fark saptanmadı ($p > .05$). Ancak trigliserit yüksekliği ve safra çamuru varlığı arasında pozitif bir korelasyon saptandı ($r: 0.82$, $p < .05$). Ayrıca serum kolesterol düzeyleri ile safra çamuru varlığı arasında da pozitif ve anlamlı bir korelasyon vardı ($r: 0.76$, $p < .05$). Aspartat amino transferaz (AST) ve alanin amino transferaz (ALT) düzeyleri her iki grup arasında benzer olarak bulundu. Ketonüri varlığı HEG grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

HEG grubunda saptanan artmış kolesterol değerleri bu hastalığın etiyopatolojisinde yer alabilir. Ayrıca HEG olgularında serum kolesterol ve trigliserit düzeyleri ile safra çamuru varlığı arasında gözlenen pozitif korelasyon gelecekte bunların ayrı tanıda rolü olabileceğini düşündürür.

COVID19 NEDENİYLE TAKİP EDİLEN 2 VAKA, 2 FARKLI SONLANIM

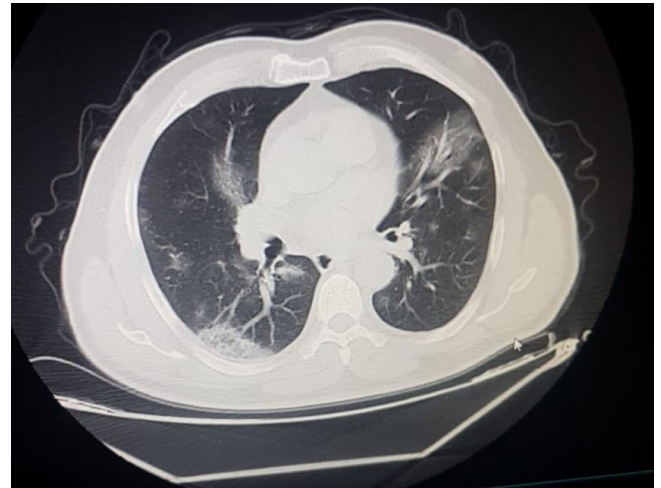
UZM.DR.GÜLSÜM KAVALCI

YENİMAHALLE EAH ANESTEZİYOLOJİ VE
REANİMASYON KLİNİĞİ, ANKARA

Covid 19, corona virüs ailesinden bir RNA virüsüne bağlı olarak ortaya çıkan hastalıktır. İlk olarak Çin'in Wuhan eyaletinde görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü tarafından hastalığın pandemi haline geldiği ilan edilmiştir. İlk vaka Ülkemizde 11 Mart 2020 tarihinde görülmüştür. Hastalık ateş, öksürük ve nefes darlığı ile seyretmektedir. Kesin tanısına PCR testi koyulmaktadır. Bu 3 semptomdan herhangi biri görülen hastaya PCT testi yapılması ve HRCT çekilmesi önerilmektedir. Tedavide Makrolid grubu antibiyotikler, Antiviral ajanlar ve hidroklorokin kullanılmaktadır, plazmaferezin faydalı olduğuna dair yayınlar vardır.

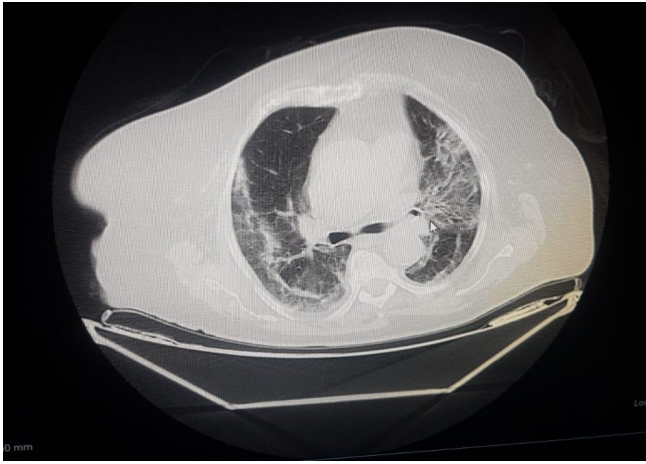
Bu olgu sunumunda Covid 19 nedeniyle yoğun bakımda takip edilen, benzer tedavilere alan, plazmaferez yapılan 2 olgunun güncel literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu 1: 60 yaşında erkek hasta ateş, öksürük, nefes darlığı şikayetleri ile 14.04.2020 tarihinde acil servise başvurdu, öyküsünde yaklaşık bir hafta önce, bir yakınlarının cenazesine katıldıkları öğrenildi. PCR testi için örnek alınan hasta çekilen HRCT'nin Covid 19 ile uyumlu (resim 1) olması üzerine hastaneye yatırılarak, tazocin 4*2.25mg, Favipiravir 2*600 mg ve Plaguenil 2*200 mg başlandı. Hastanın yatışının 8. günü solunum yetmezliği gelişmesi üzerine entübe edilerek yoğun bakımda tedavisine devam edildi. Hastaya 2 kez plazmaferez verildi. Hastanın yatışının 19. Gününde kardiyopulmoner arrest gelişti, CPR a yanıt vermeyen hasta ex kabul edildi.



Resim 1. 1 nolu olgunun HRCT'si

Olgu 2. 81 yaşında kadın hasta ateş, öksürük, nefes darlığı şikayetleri ile 14.04.2020 tarihinde acil servise başvurdu, öyküsünde yaklaşık bir hafta önce, bir yakınlarının cenazesine katıldıkları öğrenildi. PCR testi için örnek alınan hasta çekilen HRCT'nin Covid 19 ile uyumlu (resim 2) olması üzerine hastaneye yatırılarak, tazocin 4*2.25mg, Favipiravir 2*600 mg ve Plaquenil 2*200 mg başlandı. Hastanın yatışının 4. günü solunum yetmezliği gelişmesi üzerine entübe edilerek yoğun bakımda tedavisine devam edildi. Hastaya 2 kez plazmaferez verildi. Hastanın yatışının 27. gününde semptomlarının gerilemesi PCR testinin negatif gelmesi üzerine taburcu edildi.



Resim 2. ' nolu olgunun HRCR'si

SONUÇ

Covid-19 salgını nedeniyle Ülkemizde yoğun bakımda tedavi edilen hatalara Favipiravir, plaquanil ve plazmaferez tedavi uygulanmıştır. Tedaviye hastaların yanıtı farklı olmuştur. Tedavi başarısında hastalara ait faktörlerde etkilidir. Keywords: Covid-19, palquanil, favipiravir

ADORA RİSK SINIFLANDIRMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ: AMİTRİPTİLİN AŞIRI DOZ VAKALARI ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

DR. ÖĞR. ÜYESİ ABDULLAH ALGIN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ÜMRANIYE EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ACIL TIP KLİNİĞİ

ÖZET

AMAÇ

Amitriptilin merkezi sinir sisteminde; sinapslardan nörepinefrin, dopamin ve seratonin geri alımını inhibe ederek

etki etmektedirler. Toksik etkileri aşırı alımlarda 30 dakikada başlayıp 2-6 saatte zirve yapmaktadır. Düşük dozlarda antikolinergik etkiler baskınken, yüksek dozlarda santral sinir sisteminde belirgin depresyon sağlayıp, kardiyotoksiste, nöbetler ve hipotansif semptomlar ile birlikte. Klinik bulguların değerlendirilmesi için antidepresan aşırı doz risk değerlendirmesi (ADORA) kriterleri kullanılmaktadır. Bu çalışmada TSA zehirlenmesi nedeni ile acil servise başvuran hastaların klinik ve demografik özelliklerinin ADORA kriterleri ile ilişkisi araştırıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Ocak 2016 ve Aralık 2019 tarihleri arasında intihar amaçlı amitriptilin kullanma öyküsü olan 18 olgu dahil edildi. Olguların çeşitli klinik dataları, demografik verileri, ADORA risk sınıflaması ve kullanılan ilaç dozu kaydedilmiştir. ADORA risk sınıflaması ile ilaç dozu ve diğer klinik arasındaki ilişki analiz edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen olguların 2'si erkek (%10,5), 16'sı (%84,2) kadındır. Alınan amitriptilin dozu minimum 100 mm, maksimum 525 mg, ortalama 300 mg'dır. ADORA kriterlerine göre 12 olgu (%66,7) düşük risk, 6 olgu (%33,3) ise yüksek riskli olarak sınıflandırılmıştır. ADORA düşük riskli olguların %75'i taburcu, %25'si ise tedaviyi reddederek hastaneden ayrılmıştır, yüksek riskli olguların ise %100'ü yatırılarak tedavi edilmiştir (p<0.0001). Amoksisilin dozu ile ADORA arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlı olup (p=0.02) amoksisilin dozu kestirim değeri 285 mg olarak alındığında sensitivite %100, spesifisite %60, 350 mg olarak alındığında ise sensitivite %60, spesifisite %100 olarak elde edilmiştir.

SONUÇ

ADORA risk sınıflaması hasta yatışı ile doğrudan ilişkili bir klinik sınıflama olup, ≥350 mg amitriptilin kullanan hastalarda yüksek spesifite ile ADORA kalsifikasyonuna göre yüksek risk mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Amitriptilin zehirlenmesi, ADORA, acil tıp, toksikoloji

KIENBÖCK HASTALIĞI (LUNATOMALAZİ)

**UZM. DR. HATİCE TOPCU SBU ŞİŞLİ
HAMİDİYE ETFAL EAH, ACİL TIP KLİNİĞİ**

**UZM. DR. İSMAİL TUGAY YAĞCI SBU ŞİŞLİ HAMİDİYE
ETFAL EAH, ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ KLİNİĞİ**

GİRİŞ

Kienböck hastalığı el bileği karpal kemiklerinden lunatumun avasküler nekrozu ile seyreden, eklemdede progresif ağrı ve hareket kısıtlılığı ile karakterize bir hastalıktır. Mekanik, vasküler ve travmatik nedenler sonucu lunatumdaki fregmantasyon ve çökme görülür. Anatomi olarak distal radio-ulnar eklemdede ulnanın kısa olmasından dolayı eklem üzerine ve lunatuma daha fazla yüke binmesi bağlı olarak mikrokırık gelişir.

OLGU

51 yaşında kadın hasta sol el bileğinde ilerleyici vasıfta ağrı ve hareket kısıtlılığı ile acil servisimize başvurdu. Akut ve kronik travma ya da kırık öyküsü bulunmayan hastada minimal el bileği şişliği ile beraber el bileği dorsalinden yapılan kompresyon ağrılı ve ekstansiyonu kısıtlı idi. X-ray görüntülemesinde fraktür hattı görülmemekle beraber lunatumdaki skleroz artışı ve yükseklik kaybı, dismorfik ve (-) ulnar varyans izlendi. Ortopedi ve travmatoloji kliniği konsültasyonu sonucu sol el bileği MR çekilen ve evre 3b Kienböck hastalığı (Kapitatumun proksimale migrasyonu, skafoid kemik fleksiyonu, skafolunat açısı >60°, karpal yükseklikte azalma) olarak rapor edilen hasta elektif olarak opere edildi.

SONUÇ

El bileğinin travmayla alakası olmayan ağrılı durumlarında, fizik muayenede el bileğinde ekstansiyon kısıtlılığının olması ve X-ray görüntülemesinde özellikle lunatumdaki skleroz artışıyla beraber (-) ulnar varyans tespit edilmesi ön planda Kienböck hastalığını akla getirmelidir. İhmal edilmeden erken elektif cerrahi planlanarak iş gücü kaybı ve hastalığın ilerlemesinin engellenmesi önem arz etmektedir.

ACİL SERVİSTE FARKLI BİR GÖĞÜS AĞRISI NEDENİ: SPONTAN PNÖMOMEDİASTİNUM

MEHMET NECMEDDİN SUTAŞIR*

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL TIP KLİNİĞİ**

DRMEHMETNS@GMAIL.COM

ÖZET

Spontan pnömomediastinum mediastende dokuların arasında serbest hava bulunması olarak tarif edilir ve nadir görülen klinik bir durumdur. Acil kliniğimize göğüs ağrısı ve boğazda tıkanıklık hissi ile başvuran olgu özellikle göğüs ağrısı ayırıcı tanısında spontan pnömomediastinumun düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacı ile sunulmuştur.

GİRİŞ

Pnömomediastinum, solunum sistemi veya sindirim sistemi organlarının perforasyonu sonucunda havanın mediastende lokalize olmasıdır¹. Spontan pnömomediastinum nadir olmakla birlikte genellikle genç erkeklerde görülen ve çoğu kez kendiliğinden iyileşme eğilimi gösteren bir acildir. Spontan pnömomediastinum non travmatik olarak gelişir. Kliniği değişkenlik göstermektedir. Göğüs ağrısı, yutma güçlüğü, pnömotoraksın eşlik ettiği vakalarda solunum sıkıntısı görülebilir¹⁻². Olgular nadiren semptom vermekte ve tesadüfen saptanmaktadır. Sıklıkla tedaviye ihtiyaç duymadan semptomlar gerilemektedir. Ancak, yaşamı tehdit eden komplikasyonlarının olması nedeni ile göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikâyetleri ile gelen genç erkek hastalarda direkt grafi normal olsa bile spontan pnömomediastinum ayırıcı tanıda düşünülmeli, klinik şüphe hâlinde toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de çekilmelidir^{3,4}.

Bu yazıda, göğüs ağrısı, nefes darlığı ve yutma güçlüğü ile acil servise başvuran spontan pnömomediastinum olgusu sunulmuştur.

OLGU

Yirmi beş yaşında kadın hasta, acil servisimize nefes darlığı, göğüs ağrısı, yutma güçlüğü boğazda tıkanıklık hissi şikâyetleri ile başvurdu. Hasta öz geçmişi her hangi bir hastalık öyküsü olmayıp, hikâyesinde travma, cerrahi girişim, şiddetli öksürük, aşırı egzersiz, kusma, ağır yük kaldırma, inhaler ilaç kullanma, yüksek ses ile bağırma, madde bağımlılığı veya travma öyküsünün bulunmadığı öğrenildi. Hastadan, iki gündür bıçak saplanır tarzda boyundan göğüse vuran ve nefes alıp vermekle

artan ağrısının olduğu ve hafif derecede hissettiği nefes darlığı ve özellikle katı maddelerin yutulmasında belirginleşen boğazda tıkanıklık hissi şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Yapılan fiziki muayenesinde vital bulguları TA: 120/70 mmHg, Nabız 124 /dk, ateş 36,8°C, solunum sayısı 16, SpO2 %94 idi. Solunum sistemi muayenesi normal olan hastada herhangi bir cilt altı amfizemi düşündürecek krepitasyon saptanmadı. Diğer sistem muayenelerinde patolojik özellik yoktu. Laboratuvar tahlillerinde lökosit:9.12 U/L, hemoglobin:127 gr/dL, trombosit:192 U/L, Laktat 1.09 mmol/L olarak saptandı. HS Troponin değeri <2.3 ng/L olup, biyokimyasal diğer parametreler normal idi. Elektrokardiyografi (EKG)'de sinüs taşikardisi mevcuttu. Arka- ön (PA) akciğer grafisinde trakea orta hatta idi ve havalanma farkı yoktu (Resim 1). Hastanın semptomları akciğer grafisi ile açıklanamadığından, hastaya kontrastsız toraks BT çekildi (Şekil 1).



Şekil1. PA akciğer grafisi

Acil serviste çekilen toraksın BT'sinde ekstratorasik trakea seviyesinden itibaren mediastende subkarinal alana uzanan serbest hava imajları saptandı (Şekil 2).

Genel durumu iyi, şuuru açık ve stabil hasta takibe alındı. Nazal kanülden 2 L/dakika'dan oksijen ve istirahat tedavisi uygulandı. Takiplerinde ateşi olmayan genel durumu iyi ve stabil seyreden hastaya ek antibiyoterapi uygulanmadı. Üç gün izlenen ek bir acil durum gelişmeyen klinik olarak stabilleşmesi üzerine göğüs cerrahisi polikliniğine kontrole gelmek üzere taburcu edildi.



Şekil 2. Toraks BT parankim penceresi mediastende hava imajı.

TARTIŞMA

Pnömomediastinum, mediastende ekstraalveoler hava varlığıdır⁵. Erişkinlerde yapılan araştırmalarda, spontan pnömomediastinum daha çok erkeklerde, astımı olanlarda ve sigara içenlerde görülmektedir ve en sık görülen semptom ise göğüs ağrısıdır⁴. Hastalarda en sık görülen semptomlar sıklık sırasına göre ani başlayan göğüs ağrısı, nefes darlığı, öksürük, boyun ağrısı, boyun şişliği, disfaji, disfoni ve anksiyetedir⁷. Fizik muayenede komplike olmamış hastaların üçte birinde normal bulgular saptanabilir. Olgumuzda göğüs ağrısı ve nefes darlığı ve disfaji vardı.

Pnömomediastinum tanısı standart posteroanterior ve yan akciğer grafisi ile konabilmektedir¹⁸. Vakaların %10 kadarında akciğer grafisinde bir bulgu tesbit edilemeyebilir. pnömomediastinumda akciğer grafisinde görülmeyen bulgular için BT' nin rolü daha büyüktür⁸⁻⁹. BT ayrıca ilave tanısal bilgiler vermektedir bu nedenle tanımlanamayan patolojileri ekarte etmede altın standarttır¹⁰⁻¹¹. Thorax BT' de mediastende genişleme ve serbest hava görülmesi tanıyı kesinleştirir. Olgumuzda, acil servis toraks BT görüntülemesinde ve mediastinal ve paratrekeal alanda serbest hava gözlemlendi.

Spontan pnömomediastenium insidansı hastaneler arasında geniş bir aralıkta değişkenlik göstermekle birlikte kendini sınırlayan özelliği ve tanının atlanabilmesi nedeniyle bildirilmiş prevalansın gerçek değerinden daha az olduğu tahmin edilmektedir¹².

Spontan pnömomediasteniumlu hastalarda mediastinal

kompresyon ya da cilt altı amfizeminin üst solunum yollarındakompresyonu nedeni ile dikkatli olunmalıdır. Yanlış veya geç tanı tansiyon pnömotoraks, hatta aniölümle sonuçlanabilir¹³. Diğer ciddi komplikasyonlar arasında kardiyak aritmiler, miyokard infarktüsü, miyokardit sayılabilir. Hastalarda siyanoz, nefes darlığında artış, ritim bozukluğu, kalp yetmezliği, solunum yetmezliği gibi genel durum bozukluğu geliştiğinde mediastinal iğne aspirasyonu, mediastinostomi, trakeostomi ya da torakotomi en uygun ve acil tedavi seçenekleri olarak planlanabilir. Bununla birlikte trakeobronşiyal ya da özofageal rüptüre sekonder gelişmişse bu tanılara yönelik acil cerrahi müdahale gerekebilir². Spontan pnömomediasteniumlu hasta tanı konduğunda hastaneye yatırılmalı, en az 24 saat gelişebilecek komplikasyonlar açısından izlenmelidir¹⁴. Oksijen tedavisi, ağrı nedeni ile analjezik başlanmalıdır. Olgumuz da oluşabilecek Oksijen ihtiyacı ve ağrı nedeniyle hastanemizde takip edilmiştir. Spontan pnömomediastenli hastalarda, havanın boyundaki yumuşak dokular arasından geçerek üst solunum yolunutıkaması nadir, ancak ciddi bir komplikasyondur. Acil trakeotomi gerektiren üst solunum yolu obstrüksiyonubildirilmiştir¹⁴.

Spontan pnömomediasteniumlu hastalar monitorize edilerek yakın takip edilmelidir. Pnömomediastinumun tedavisinde ana bronş ya daözofagusda yaralanma yoksa ve akciğer dokusundan kaynaklanan büyük bir hava kaçağı kaynağı (bül veya blep gibi) saptanamıyorsa, tedavide yaklaşım çoğunlukla koruyucu (istirahat, ağrı kesici, antibiyoterapi ve valsava manevrasındankaçınma) ve destek amaçlı olmalıdır. Özofagus rüptürü ile ortaya çıkan mediastinal amfizem olgularında morbidite ve mortalitede artış görülür³.

SONUÇ

Genel olarak bakıldığında, Spontan pnömomediastenium nadir görülmekle birlikte oldukça da selim seyirlidir. Ancak yaşamı tehdit eden komplikasyonlarının gelişebileceği akıld tutulmalıdır. Özellikle genç batıcı tarzda göğüs ağrısı yutma güçlüğü gibi şikayetlerle gelen olgularda spontan pnömomediastenium düşünölmeli, ileri tetkik ve tedavi için takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Çobanoğlu U, Melek M, Edirne Y. Toraks Travması Dışı Nedenlerle Meydana Gelen Pnömomediastinum Olguları. Solunum. 2009; 11(2): 66-74.
2. Abolnik I, Lossos IS, Breuer R. Spontaneous pneumomediastinum. A report of 25 cases. Chest 1991; 100:93-5.
3. Ralph-Edwards AC, Pearson FG. Atypical presentation of spontaneous

pneumomediastinum. Ann Thorac Surg 1994;58(6):1758-60.

4. Altınok T, Ceran S. [Pneumomediastinum]. Türkiye Klinikleri J SurgMed Sci 2007;3(3):39-42.
5. Chu CM, Leung YY, Hui JY, Hung IF, Chan VL, LeungWS, et al. Spontaneous pneumomediastinum in patients with severe acute respiratory syndrome. Eur Respir J 2004; 23:802-4.
6. Freixinet J, García F, Rodríguez PM, Santana NB, Quintero CO, Hussein M. Spontaneous pneumomediastinum long-term follow-up. Respir Med 2005; 99:1160-3.
7. Mork T, Mutlu GM, Kuzniar TJ. Dysphonia and chest pain as presenting symptoms of pneumomediastinum. Tuberk Toraks. 2010;58: 184-7.
8. Fujiwara T. Pneumomediastinum in pulmonary fibrosis. Detection by computed tomography. Chest 1993; 104:44-6.
9. Kaneki T, Kubo K, Kawashima A, et al. Spontaneous pneumomediastinum in 33 patients: yield of chest computed tomography for the diagnosis of the mild type. Respiration. 2000; 67:408-11.
10. Ho AS, Ahmed A, Huang JS, Menias CO, Bhalla S. Multidetector Computed Tomography of Spontaneous Versus Secondary Pneumomediastinum in 89 Patients: Can Multidetector Computed Tomography be Used to Reliably Distinguish Between the 2 Entities?. J Thorac Imaging 2012; 27:85-92.
11. Zylak C M, Standen JR, Barnes GR, Zylak CJ. Pneumomediastinum Revisited. RadioGraphics 2000; 20:1043-1057.
12. Kaya H, Sezgi C, Şen S, Abakay Ö, Tanrıkulu A, Şenyiğit A, ve ark. Türkiye Klinikleri Arch Lung 2013;14(1):17-21
13. Rim T, Bae JS, Yuk YS. Life-threatening Simultaneous Bilateral Spontaneous Tension Pneumothorax. Korean J Thorac Cardiovasc Surg 2011;44 (3):253-6.
14. Weissberg D, Weissberg D. Spontaneous mediastinal emphysema. Eur J Cardiothorac Surg 2004;26(5):885-8

**DOĞURGANLIK ÇAĞINDAKİ KADIN
HASTALARA ÇEKİLEN PULMONER
ARTER BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİK
ANJİYOGRFİLERİN RETROSPEKTİF
ANALİZİ; TEK MERKEZLİ ÇALIŞMA**

(SÖZLÜ BİLDİRİ)

HASAN BAKİ ALTINSOY

**HBAKIALTINSOY@GMAIL.COM, DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI POSTA
CODE: 81620, ORCID: 0000-0003-0934-3600**

GİRİŞ

Pulmoner emboli (PE); pulmoner arteriyel yapıların değişen derecelerde oklüzyonu ve ortaya çıkan klinik durumdur. Şüpheli olgular klinik tahmin skorlamaları kullanılarak değerlendirilmekte (en kullanılanlar Wells ve Modifiye Genova skorlamaları) ve lüzum halinde altın standart tanı yöntemi olan Pulmoner Arter Bilgisayarlı Tomografik Anjiyografiye (BTPA) ihtiyaç duyulabilmektedir. Üreme çağındaki kadınların yoğun meme dokusunun radyasyona maruziyeti ve getireceği riskler tartışılmaya değer bir konudur. Bu çalışmada acil servisten istenen BTPA'ların retrospektif analizi yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

2013-2018 yıllarında acil servise başvuran hastalara çekilen 753 BTPA görüntüleri geriye dönük olarak incelenmiştir. 16 yaş ve üzeri, 50 yaş ve altı olan, Kadın cinsiyet, -PAAC grafisi çekilmiş ve normal olarak değerlendirmiş olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

BULGULAR

48 kadın hasta dahil edilmiştir. Yaş ortalaması $33,42 \pm 8,11$ (17-45, d-dimer değerleri $1,76 \pm 1,72(0,11-5,98)$ (d-dimer referans değeri $<0,5 \mu\text{g/mL}$ 'dir ve 27 hastanın 7(%25,9)'sinin d-dimer değeri referans değerinin altındaydı). Toplam 5 (%10,4) hastada PE saptanmıştır. PE dışı ek bulgular incelendiğinde bir (%2) hastada acil müdahale gerektiren bulgu izlenmiştir, 35 (%73) hastada acil müdahale gerektirmeyen bulgu izlenmiştir, 17 (%35,4) hastada birden fazla ek bulgu izlenmiştir, PE tespit edilen tüm hastalarda PE dışı ek bulgular izlenmiştir. Hastaların 12(%25)'inde hem PE hem de ek başka bulgu izlenmemiştir (Tablo-1).

Tablo-1 Tanımlayıcı İstatistikler

Hasta sayısı (n)	48
Yaş [ortalama±standart sapma (min-max)]	33,42±8,11 (17-45)
d-dimer [ortalama±standart sapma (min-max)]	1,76 ±1,72(0,11-5,98)
PE varlığı n (%)	Pozitif 5 (%10,4) Negatif 43 (%89,6)
Ek bulgular n (%) -Acil müdahale gerektiren bulgular 1 (%2) -Acil müdahale gerektirmeyen bulgular 35 (%73) -Ek bulgu yok 12 (%25)	Buzlu cam dansitesi 13 (%27,4) Normal bulgular 12 (%25) Dependan dansite 6 (%12,5) Konsolidasyon 8 (%16,6) İlımlı plevral effüzyon 6 (%12,5) Atelektazi 6 (%12,5) Lenf nodu 4 (%8,3) Plevral kalınlaşma 3 (%6,2) Pulmoner nodül 2 (%4,2) Subplevral hava kisti 2 (%4,2) Lineer dansite 2 (%4,2) Paratrakeal kist 1 (%2) Amfizem 1 (%2) Pulmoner vasküler genişlik 1 (%2) Pnömoni 1 (%2)

SONUÇ

Çalışmaya dahil edilen hastaların %25'inde BTPA tamamen doğal izlenmişken, hastaların %10,4'ünde PE izlenmiştir. Özellikle ailesel malignite öyküsü olan doğurganlık çağındaki kadın hastalara yüksek doz radyasyon içeren tetkikler istenirken olması gerekenden daha hassas olunması gerektiğini düşünüyoruz. Acil servis ortamlarındaki yoğunluk çoğu algoritmanın işlerliğini bozabilse de, klinik tahmin skorlamalarının daha yoğun kullanılması gerektiğini ve bu skorlamaların yoğun acil servis ortamları için kullanılabilecek versiyonlarının oluşturulması gerektiğini düşünüyoruz. PAAC grafisi ile birlik daha düşük radyasyon içeren yöntemler (EKO, Ventilasyon perfüzyon sintigrafisi gibi) özellikli hastaları yüksek doz radyasyon ve kontrast madde maruziyetinden koruyabileceği akılda tutulmalıdır.

KOLA ŞİŞESİ İLE KANAMA DURDURMA EĞİTİMİ NASIL VERİLİR?

(SÖZEL BİLDİRİ)

MUSTAFA BOĞAN

**MUSTAFABOGAN@HOTMAIL.COM, DÜZCE
ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ACIL TIP ANABİLİM
DALI, ORCID: 0000-0002-3238-1827**

GİRİŞ

Özellikle kırsal alanlar ve savaş alanlarında eksternal kanama kontrolünün sağlanması ölüme neden olabilecek kan kayıplarını önleyebilmektedir. Özellikle batılı ülkelerde giderek artan silahlı eylemler ve bu eylemlerde gerçekleşen ölümlerin çoğunun eksternal kanamalar nedeniyle halka yönelik “stop the bleed” eğitimleri giderek artmaktadır. Hyrid modeller, canlı hayvanlar, cansız simülatörler eğitim amaçlı sık kullanılan öğelerdir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2020’de Düzce Teknoparkta liseli öğrencilere yönelik temel yaşam desteği ve ilk yardım eğitimi verildi. Bu eğitimde 14-17 yaş arası öğrencilere kanama kontrolü eğitimi vermek için 1 litrelik açılmamış kola şişeleri kullanıldı. Kola şişeleri 10 sn kadar sallandıktan sonra arteriyel kanamanın pulsatil imajını yansıtmak amacıyla maket bıçak ile 0,3-05 cm’lik bir delik

açıldı. Delik açılan kola şişeleri katılımcıya 1 metre mesafeye bırakıldı. Katılımcının önceden hazırlanıp kendisine 50 cm uzaklığa bırakılan spançlarla ile şişeden kolanın fışkırarak çıktığı deliği bulup kontrol etmesi istendi. Yapılan işlem sırasında katılımcının tepki süresi (olayı görüp hareketlenen kadar ki süre) ve kanama kontrolü süresi (harekete geçip kanamayı kontrol ettiği süre) kaydedildi. İlgili veriler tanımlayıcı istatistikler üzerinde analiz edildi.

BULGULAR

Toplam 8 katılımcı il eğitim gerçekleştirildi. Ortalama tepki süresi $0,725 \pm 0,21$ sn, ortalama kanama durduma süresi $4,7 \pm 1,01$ sn olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların yalnızca birinin daha önce deneyimi vardı (ev kazası sırasında kesilen parmağına bası ile müdahale etmiş). 2 katılımcı heyecanlandığını, 2 katılımcı ise korktuğunu ifade etmiştir. Katılımcıların çoğu (5 katılımcı) mevcut eğitimin kendilerinde gerçek düşüncesi uyandırdığını ifade etmiştir (Tablo -1).

SONUÇ

Bu çalışmada ucuz maliyet (katılımcı başına 3,5 tl) ile kanama kontrolü eğitimi verilmek amaçlanmıştır. Katılımcıların tamamı başarılı bir şekilde işlemi tamamlamıştır. Halktan kurtarıcılarının eksternal kanamalara müdahale etmesinin mortalitenin önlenmesinde önemli bir rolü vardır. Kanama kontrolü eğitimlerinin yaygınlaşması için ulaşılabilir ve ucuz tekniklere ihtiyaç vardır. Bu çalışmada kullanılan materyalin (kola şişe) oldukça ucuz ve kolay temin edilebilir olması nedeniyle bu tür eğitimlerde kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Tablo-1 Tanımlayıcı istatistikler

Katılımcı	Tepki süresi (sn)	Kanama kontrolü süresi (sn)	Deneyim	Ne hissetti	Gerçek düşüncesi uyandı mı?
1	0,5	4,2	Yok	-	Kararsız
2	0,7	4,0	Yok	Heyecan	Evet
3	0,7	4,2	Var	-	Evet
4	0,6	4,8	Yok	Korku	Evet
5	0,7	4,2	Yok	Korku	Evet
6	0,8	4,8	Yok	Kötü	Kararsız
7	1,2	7,1	Yok	Heyecan	Evet
8	0,6	4,3	Yok	-	Evet

YANIK OLGULARININ EPİDEMİYOLOJİSİ, VAN, TÜRKİYE

**DR. ÖĞRETİM ÜYESİ ALİ GÜR – ATATÜRK
ÜNİVERSİTESİ ACİL TIP ANABİLİM DALI- ERZURUM**

ÖZET

Giriş: Yanık vücudun koruyucu tabakası olan derinin, kas ve iskelet sisteminin zedelenmesidir. Bu çalışma ile acil servise başvuran yanık hastalarının yanık derecesi, yüzdesi, bölgeleri ve yanık nedenini sunmayı amaçladık.

METHOD

Çalışmamıza 284 hasta dahil edildi. Hastalar yaş gruplarına göre, yanık derecelerine, yanığın anatomik bölgelerine, yanık sebebine, mevsimlere ve mortalitelerine göre sınıflandırıldı.

BULGULAR

Yanık en fazla 0-17 yaş gurubunda (%52.2) ve erkek cinsiyette (%53.8) görülmektedir. Yanıklar en fazla sıcak su yanığına bağlı olarak (%41.2), 3. Derece yanıklar (%41.6), üst ekstremiteler (%76.6) ve ilkbahar aylarında (%31.2) görülmektedir.

TARTIŞMA

Dünya geneline bakıldığında yanık vakaları önemli bir travma sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır. Yanık vakaları sonucu gelişen maddi ve manevi problemler, bu travmanın ne kadar önemli bir sorun olduğunu da ortaya koymaktadır. Yanık vakaları bölgesel olarak farklılıklar göstermekle birlikte yaratmış olduğu psikolojik ve sosyolojik etkiler açısından ciddi sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Yanıklar, oluşturdukları mortalite ve morbidite nedeni ile bireyler ve toplumlar için büyük problem teşkil etmektedir. Bizde bu çalışmada bölgesel olarak yanık vakalarını tartıştık.

SONUÇ

Yanık vakalarının çoğunluğu halen yaşamı tehdit eden önemli bir sağlık sorudur. Vakaların çoğunluğunun çocuk yaşta görülmesi aileler için gerekli bilgilendirmelerin yapılması gerekliliğini ve gerekli tedbirlerin artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler : Yanık, Travma, Acil Servis.

AKUT MASİF ÜST GASTROİNTESTİNAL KANAMADA TRANSARTERİYEL EMBOİZASYONUN ETKİNLİĞİ

MEHMET KOLU

**HARRAN UNIVERSITY, TIP FAKÜLTESİ,
RADIOLOJİ- BÖLÜMÜ, ŞANLIURFA**

GİRİŞ

Akut üst gastrointestinal kanama (ÜGİK), morbidite ve mortaliteye yol açabilen acil bir durumdur (1). En sık sebebi peptik ülser hastalığı olup, daha az sıklıkta benign ve malign tümörler, gastrit, iskemi, dieulafoy lezyonları gibi arteriovenöz malformasyonlar, Mallory-Weiss sendromu, travma ve iatrojenik nedenlere bağlı meydana gelir (2). Endoskopi aktif kanamayı saptamak ve hemostaz elde etmek için kullanılır. Endoskopi sonrası kanama devam ediyorsa transcatheter arterial embolizasyon (TAE) veya cerrahi girişim ile daha agresif tedavi gereklidir. Son yıllarda TAE cerrahi işlemin yerini almış olup, kanamayı kontrol etmede ve mortalitenin azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir (2,3).

MATERYAL VE METOD

Mart 2018 ve Ekim 2019 tarihleri arasında akut masif ÜGİK nedeniyle girişimsel radyoloji ünitesinde endovasküler yöntemlerle tedavi edilen 18 hasta çalışmaya dahil edildi. 13 (% 72.2) erkek, 5 (% 27.8) kadın ve ortalama yaş 55 idi (33-68 yıl). En sık rastlanan bulgu psödoanevrizma (n = 7; % 38.9) idi. Kanamaya neden olan en yaygın patoloji peptik ülser hastalığıydı (n = 9; % 50). Embolizan ajan olarak koil ve polivinil alkol parçacıkları kullanıldı. Tüm hastalarda teknik başarı elde edildi (n = 18; % 100). Klinik başarı oranı % 78.5 (11/14 hasta) idi. 30 günlük mortalite oranı 6/18 (% 33,3) idi.

TARTIŞMA

Endoskopi ile tedavi edilemeyen akut ÜGİK hastalarında TAE'nin teknik başarı oranı %90'nın üzerindedir (4,5,6). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak kanamanın en sık nedeni PUD idi (6). Bunu tümör kanaması ve iatrojenik nedenler takip etti. Pozitif anjiyografi bulguları tespit edilen hastaların büyük kısmını psödoanevrizma rüptürleri oluşturmaktaydı. Tétréau ve ark. gastrointestinal kanamaların %17'sinin psödoanevrizmalara bağlı gerçekleştiğini ve bunların %91'inin TAE ile başarılı bir şekilde tedavi edildiğini rapor etmişlerdir (7). Bu çalışmada toplam 30 günlük mortalite oranı %35.2 ile önceki çalışmalar ile (%20-46) benzerdir (6,8).

SONUÇ

TAE, yaşamı tehdit eden akut ÜGİK tedavisinde yüksek teknik ve klinik başarı oranları ile kullanılan güvenli ve etkili bir tedavi yöntemidir.

REFERANS

1. Bua-Ngam C, Norasetsingh J, Treesit T, Wedsart B, Chansanti O, Tapaneeyakorn J, et al. Efficacy of emergency transarterial embolization in acute lower gastrointestinal bleeding: A single-center experience. *Diagn Interv Imaging*. 2017;98:499-505.
2. Chang WC, Liu CH, Hsu HH, Huang GS, Tung HJ, Hsieh TY, et al. Intra-arterial treatment in patients with acute massive gastrointestinal bleeding after endoscopic failure: Comparisons between positive versus negative contrast extravasation groups. *Korean J Radiol*. 2011;12:568-78.
3. Loffroy RF. Recent advances in endovascular techniques for management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *World J Gastrointest Surg*. 2011;3:89.
4. Loffroy R, Rao P, Ota S, De Lin M, Kwak B-K, Geschwind J-F. Embolization of Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage Resistant to Endoscopic Treatment: Results and Predictors of Recurrent Bleeding. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2010;33:1088-100.
5. Loffroy R, Guiu B, Mezzetta L, Minello A, Michiels C, Jouve J-L, et al. Short- and Long-Term Results of Transcatheter Embolization for Massive Arterial Hemorrhage from Gastroduodenal Ulcers Not Controlled by Endoscopic Hemostasis. *Can J Gastroenterol*. 2009;23:115-20.
6. Loffroy R, Favelier S, Pottecher P, Estivalet L, Genson PY, Gehin S, et al. Transcatheter arterial embolization for acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: Indications, techniques and outcomes. *Diagn Interv Imaging*. 2015;96:731-44.
7. Tétreau R, Beji H, Henry L, Valette P-J, Pilleul F. Arterial splanchnic aneurysms: Presentation, treatment and outcome in 112 patients. *Diagn Interv Imaging*. 2016;97:81-90.
8. Aina R, Oliva VL, Therasse É, Perreault P, Bui BT, Dufresne M-P, et al. Arterial Embolotherapy for Upper Gastrointestinal Hemorrhage: Outcome Assessment. *J Vasc Interv Radiol*. 2001;12:195-200.

DURDURULAMAYAN POSTERİOR EPİSTAKSİSLERDE ENDOVASKÜLER TEDAVİNİN ETKİNLİĞİ

MEHMET KOLU

HARRAN UNIVERSITY, TIP FAKÜLTESİ,
RADIOLOJİ BÖLÜMÜ, ŞANLIURFA

GİRİŞ

Erişkin popülasyonun yaklaşık %60 ı hayatında en az bir kez epistaksis geçirmekle birlikte %6 sında medikal tedavi gerekir (1). %70 i idiyopatik olup risk faktörleri hipertansiyon, sigara, NSAID ilaç kullanımı ve koagülasyon bozuklukları olarak düşünülmektedir (2,3). Epistaksislerin çoğu kiselbach pleksusu tarafından beslenen anterior septal sahadan kaynaklanır. Bu bölgenin ana besleyici arteri sfenopalatin arterdir (4). Durmayan epistaksislerde koterizasyon, nazal tampon, arteryel ligasyon ve embolizasyon gibi tedavi seçenekleri mevcuttur (5).

MATERYAL VE METOD

Eylül 2018- Mart 2020 tarihleri arasında, durmayan epistaksis nedeniyle hastanemize başvuran ve transarteryel sfenopalatin arter embolizasyonu yaptığımız 10 hasta çalışmaya dahil edildi. 10 hastanın 6'sında pozitif anjiyografik bulgular olup 4'ünde bulgu saptanmadı. Sfenopalatin arterin besleme alanında anormal artmış vaskülarizasyon ve psödoanevrizma pozitif bulgularımızdı. Tüm hastalarda sfenopalatin arter tek taraflı başarılı bir şekilde embolize edildi. İki hastada tekrar kanama olması üzerine karşı taraf sfenoplatin arterde ikinci bir embolizasyon işlemi ile başarılı bir şekilde embolize edildi. Embolizan ajan olarak polivinil alkol parçacıkları kullanıldı. Tüm hastalarda kanama durdurulup %100 klinik başarı sağlandı.

TARTIŞMA

Epistaksis sık görülen, önemli acil durumlardan biridir. Epistaksislerin çoğu anterior septal bölgede olup koterizasyon veya anterior burun tamponu ile tedavi olur (3,4). Posterior epistaksisler posterior tampon ve endoskopik koterizasyon gibi daha agresif tedaviler gerektirir ve %26-52 civarında tedavide başarısız olunur (6,7). Posterior tampona rağmen devam eden epistaksilerde endovasküler tedavi önerilmektedir (8). Sfenopalatin arter embolizasyonu ile posterior epistaksislerin yaklaşık %90'ı başarılı bir şekilde durdurulmaktadır (9,10).

SONUÇ

Durdurulamayan posterior epistaksislerde internal maksiller arterin transarteriyel embolizasyonu güvenli ve etkili bir tedavi yöntemidir.

KAYNAK

1. Small M, Murray JA, Maran AG. A study of patients with epis-taxis requiring admission to hospital Health Bull (Raleigh)1982;40(1):20—9.
2. Leppänen M, Seppänen S, Laranne J, Kuoppala K. Microcatheterembolization of intractable idiopathic epistaxis. CardiovascIntervent Radiol 1999;22(6):499—503.
3. Elden L, Montanera W, Terbrugge K, Willinsky R, LasjauniasP, Charles D. Angiographic embolization for the treatment ofepistaxis: a review of 108 cases. Otolaryngol Head Neck Surg1994;111(1):44—50.
4. Willems PW, Farb RI, Agid R. Endovascular treatment of epistaxis. AJNR Am J Neuroradiol 2009;30:1637—45.
5. Melia L, McGarry GW (2011) Epistaxis: update on management. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 19(1):30—35.
6. Wang L, Vogel DH. Posterior epistaxis: comparison of treatment. Otolaryngol Head Neck Surg 1981;89:1001—1006.
7. Schaitkin B, Strauss M, Houck JR. Epistaxis: medical versus surgical therapy—a comparison of efficacy, complications, and economic considerations. Laryngoscope 1987;97:1392—1396.
8. Nathan P, Christensen et al. Arterial Embolization in the Management of Posterior Epistaxis. Otolaryngology—Head and Neck Surgery (2005) 133, 748-753.
9. Vitek JJ. Idiopathic intractable epistaxis: endovascular therapy. Radiology 1991;181:113—116.
10. Bin Wang et al. Transarterial embolization in the management of intractable epistaxis: the angiographic findings and results based on etiologies. ACTA OTO-LARYNGOLOGICA, 2016 <http://dx.doi.org/10.3109/00016489.2016.1164896>.

AKUT İSKEMİK İNME HASTALARINDA MEKANİK TROMBEKTOMİNİN ETKİNLİĞİ

MEHMET KOLU

HARRAN ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ,
RADİYOLOJİ BÖLÜMÜ, ŞANLIURFA

GİRİŞ

Akut iskemik inmede tedavide amaç hızlı bir şekilde tıkalı damarı açıp beyin dokusunun tekrar perfüzyonunu sağlamaktır. Doku plazminojen aktivatörü (t-PA) gibi intravenöz (IV) trombolitiklerin uygulanması sık kullanılan bir tedavi yöntemidir. Ancak bu tedavi düşük rekanalizasyon sonuçları ile seyrettiği için mekanik trombektomi gibi alternatif tedaviler ön plana çıkmıştır (1,2). Son yıllarda stent geri alma cihazları ile mekanik trombektominin üstünlüğünü gösteren kontrollü randomize çok merkezli klinik çalışmalar yayınlanmıştır (3 -7).

MATERYAL VE METOD

2014-2018 yılları arasında büyük damar tıkanıklığının neden olduğu akut iskemik inme ile hastanemize başvuran ve stent retriever ile endovasküler mekanik trombektomi yapılan 49 hasta çalışmaya dahil edildi. Rekanalizasyon başarısı TIC1 skorlaması temel alınarak belirlendi. TIC1 2b ve 3 başarılı kabul edildi. Klinik başarı modifiye rankin skalası (mRS) ile değerlendirildi ve 3.ay takiplerde mRS≤2 başarılı kabul edildi. 34 hastada (% 69) başarılı rekanalizasyon sağlandı. 3. ayda yapılan takipte 23 hastada (% 46,9) mRS skoru ≤2 idi. 90. günde mortalite oranı% 30 (n = 15) idi.

TARTIŞMA

Akut iskemik inmede intravenöz r-tPA tedavisi, ilk 4.5 saate kadar önerilmektedir. Bununla birlikte, IV trombolitik tedavi ile büyük damar oklüzyonlarında sistemik ve / veya kafa içi kanama riski ve yetersiz rekanalizasyon oranları, bu hasta grubunda alternatif veya tamamlayıcı tedavilerin araştırılmasına yol açmıştır (10-11). Özellikle 2014'ten sonra yayınlanan MR CLEAN, ESCAPE EXTEND IA, REVASCAT ve SWIFT PRIMA gibi randomize prospektif klinik çalışmalarda, büyük damar tıkanıklıklarının neden olduğu akut iskemik inme hastalarında yeni nesil endovasküler tekniklerle trombektomi tedavisinin daha yüksek rekanalizasyon sağladığını ve IV-rtPA ile karşılaştırıldığında daha iyi klinik sonuç ile ilişkili olduğu bildirildi (3-7).

SONUÇ

Stent retriever ile yapılan endovasküler mekanik trombektomi, büyük damar tıkanıklığının neden olduğu akut iskemik inme nedeniyle başvuran hastalarda etkili ve güvenli bir prosedür olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAK

1. Emberson J, Lees KR, Lyden P, Blackwell L, Albers G, Bluhmki E. at al. Effect of treatment delay, age and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomized trials. Lancet. 2014;29;384:1929-35
2. Bhatia R, Hill MD, Shobha N, Menon B, Bal S, Kochar P at al. Low rates of acute recanalization with intravenous recombinant tissue plasminogen activator in ischemic stroke: real-world experience and a call for action. Stroke. 2010; 41(10): 2254-8.
3. Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, van den Berg LA, Lingsma HF, Yoo AJ at al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2015;1; 372(1):11-20.
4. Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, Eesa M, Rempel JL, Thornton J at al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. N Engl J Med. 2015 12; 372(11): 1019-30.
5. Campbell BC, Mitchell PJ, Kleinig TJ, Dewey HM, Churilov L, Yassi N, at al. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. N Engl J Med. 2015 12; 372(11):1009-18.
6. Saver JL, Goyal M, Bonafe A, Diener HC, Levy EI, Pereira VM at al. Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs. t-PA alone in stroke. N Engl J Med. 2015; 11; 372(24): 2285-95.
7. Jovin TG, Chamorro A, Cobo E, de Miquel MA, Molina CA, Rovira A, at al. Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke. N Engl J Med. 2015; 11; 372(24): 2296-306.

SIRT AĞRISI ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN HASTALARDA GÖRÜLEN NADİR BİR TANI: NOTALGIA PARESTETİKA

HASAN ARMAĞAN UYSAL

MEDICAL PARK İZMİR HASTANESİ
NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR

GİRİŞ

Notalgia Parestetika etyolojisi tam olarak aydınlatılamamış, sırtta kahverengimsi, hiperpigmente, bazen kaşıntılı cilt lezyonları ile bu bölgede ağrı, parestezi, hipoestezi gibi sensoriyal bulgular ile karakterize, T2-T6 sinir köklerinin dorsal dallarının nedeni bilinmeyen unilateral nöropatisidir. Bu çalışmada amaç sırt ağrısı ve sırtta hissizlik şikayeti ile acil servise, fizik tedavi, dermatoloji ve nöroloji polikliniğine gelen hastalarda, acil sebepler ortadan kaldırıldıktan sonra tanı konulan nadir bir duruma, notalgia parestetikaya dikkat çekmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Mart 2018 – Nisan 2020 tarihleri arasında sırt ağrısı ve sırtta hissizlik şikayeti ile acil servise başvuran toplam 81 hasta dahil edildi. Sırt ağrısına sebep olabilecek acil sebepler ekarte edildikten sonra nöroloji polikliniğine yönlendirilerek muayene ile birlikte hemogram, geniş kan biyokimyası, tiroid fonksiyon testleri, B12 vitamini ve folik asit, demir paneli, toraks bilgisayarlı tomografi, servikal, torakal ve lomber manyetik rezonans görüntülemeler, abdominal ultrasonografi, elektromyografi multidisipliner olarak yapıldı.

BULGULAR

Toplam 81 hastanın 12'sinde tüm tetkikler normal sonuçlanırken 7 hastada sırtta tek taraflı hiperpigmente leke gözlemlendi. Beş hasta erkek, iki hasta kadın idi. Notalgia parestetika olan hastalardan altısının lezyonu T2-T3 dermatom alanında iken bir hastanın lezyonu T5-T6 dermatom alanında gözlemlendi. Dört hastanın lezyonu sol tarafta, üç tanesinin sağdaydı. Beş hastanın şikayeti ağrı iken ikisinin uyuşma ve hissizlikti. Tüm hastalar gabapentin tedavisine cevap verdiler.

SONUÇ

Notalgia Parestetika acil servise, fizik tedavi, dermatoloji ve nöroloji polikliniğine gelen, sırtta ağrı, uyuşukluk ve hissizlik şikayeti olan ancak etyolojik bir sebep bulunamayan hastalarda sadece inspeksiyon ile tanınabilecek basit ancak nadir bir hastalıktır. Tedavisinde birçok fizik tedavi yöntemi de kullanılabilirken gabapentin oldukça etkindir.

GEBELERDE AKUT APANDİSİT: 20 HASTALIK VAKA BİLDİRİMİ

**UZM. DR RIFAT PEKSÖZ, MUŞ DEVLET
HASTANESİ GENEL CERRAHI, MUŞ**

**DR. ÖĞR. ÜYESİ SULTAN TUNA
AKGÖL GÜR, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ ACIL
TIP ANABİLİM DALI, ERZURUM**

ÖZET

Giriş ve Amaç:

Akut apandisit gebelerde jinekolojik ve obstetrik olmayan en sık cerrahi acildir. Gebelik sürecinde meydana gelen fizyolojik değişiklikler akut apandisit benzer semptom ve bulgular gösterdiği için tanı konulması zorluk göstermektedir. Ayrıca gebelik süresince tanıya yardımcı olabilecek özgün radyolojik ve laboratuvar testleri de yoktur. Bu çalışmada II. Basamak bir devlet hastanesi acil servisine karın ağrısı şikayetiyle başvuran akut apandisit ön tanılı 20 gebe hastanın tanı, tedavi ve takip süresindeki deneyimimizi literatür bilgileri eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Materyal ve Metod:

2018 -2020 yılları arasında Muş Devlet Hastanesinde akut apandisit ön tanısıyla tetkik ve tedavi edilen 20 gebe hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, acil servise başvuru şikayetleri, fizik muayene bulguları, kan sonuçları, görüntüleme yöntemleri, tedavi süreci, gelişen komplikasyonlar ve apendiksin histopatolojik bulguları değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların yaş ortalaması 27.1 (19-39) yıl idi. Hastaların % 95' i karın ağrısı, % 70'i bulantı yada kusma, % 65'i iştahsızlık, %30'u ateş, %10'u kabızlık, %10'u ishal şikayetleriyle acil servise başvurdu.

Acil servise başvuru anındaki alınan kanların wbc değerleri ortalaması $12.88 \times 10^3 /\mu\text{L}$, crp değerlerinin ortalaması 2.88 mg/dl idi.

Akut apandisit ön tanılı 19 hastaya ultrasonografi ve 2 hastaya batın manyetik rezonans görüntüleme yapıldı. Ultrasonografinin sensitivitesi % 93 spesifitesi % 83 bulundu. Ameliyatlar spinal ve genel anestezi altında açık yada laparoskopik yapıldı. Ameliyat sonrası 2 hastada yara yeri enfeksiyonu ve 1 hastada ileus gelişti, 3 fetüs abortusla sonuçlandı.

Histopatolojik olarak % 80 hasta akut apandisit % 20 normal apendiks idi.

Tartışma ve Sonuç:

Gebelerde akut apandisit tanısının konulması zor olmasına rağmen tanıda gecikme ciddi maternal ve fetal komplikasyonlara sebep olmaktadır. Bu yüzden karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran gebe hastalar detaylı muayene edilmeli, klinik bulgular, laboratuvar bulgularıyla beraber ultrasonografinin kullanılması tanıdaki gecikmeleri en aza indirecektir. Her şeye rağmen negatif apendektom kaçınılmazdır ve ayırıcı tanı yapılamayıp akut apandisitten şüphelenilen gebe hastalar gözetim altında tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut apandisit, gebelik, komplikasyon

GİRİŞ

Akut apandisit (AA) gebelikte akut batının en sık sebebidir ve obstetrik olmayan cerrahilerin %25 kadarını oluşturur (1,2). Gebelikte hafif fizyolojik lökositoz görüldüğünden, apendiksin lokalizasyonu değiştiğinden ve ultrasonografinin daha düşük sensitivite oranlarından dolayı akut apandisit tanısı zorlaşmaktadır. Böylece komplikasyonlar gebe olmayan kadınlara göre daha sık meydana gelmektedir (3).

Hastaların şikayetlerini gebelikle ilişkilendirmelerinden dolayı hastaneye geç başvurmaları, bu hastaların öncelikle kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarıncaya değerlendirilmeleri ve AA için spesifik semptom ve bulgunun gebelerde olmaması sonucu oluşan tanıdaki gecikmeler daha yüksek oranda komplikasyonlara neden olmaktadır. Gebelerde daha konservatif yaklaşımlar ve yardımcı tanı yöntemlerinin uygulamadaki kısıtlamalarda bu durumu pekiştirmektedir (4). Bu durumlar gebe ve fetüs için zamanla daha komplike hale gelmektedir. Gebe hastalarda tanının biran önce konulması ve tedavinin olabildiğince hızlı yapılması aynı zamanda negatif laparotomidende kaçınılması gerekir (5).

Bu çalışmamızda II. basamak bir devlet hastanesi acil servisine karın ağrısı şikayetiyle başvuran akut apandisit ön tanılı 20 gebe hastanın tanı, tedavi ve takip süresindeki deneyimimizi literatür bilgileri eşliğinde tartışmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOD

2018 mayıs-2020 mayıs tarihleri arasında Muş Devlet Hastanesi Acil servis birimine karın ağrısı şikayetiyle başvuran akut apandisit ön tanısıyla tetkik ve tedavi edilen 20 gebe hasta retrospektif olarak incelendi. Hastane kardelen yazılım sistemi üzerinden hastaların demografik özellikleri, gebelik haftası,

HASTA	YAŞ	APENDİKS TİPİ	WBC	CRP	GEBELİK HAFTAS	EK HASTALIK	GÖRÜNTÜLEME	AMELİYAT	ANESTEZİ	YATIŞ/GÜN
1	26	müsinöz neoplazi	13.4	3.6	10 hafta	yok	usg gördü	açık	genel	2
2	22	lenfoid hiperplazi	11.2	4.7	erken gebelik	yok	usg gördü	açık	genel	2
3	30	akut apandisit	12.9	0.6	erken gebelik	migren	usg gördü	açık	genel	2
4	21	akut apandisit	19.8	0.12	erken gebelik	yok	usg gördü	açık	genel	3
5	19	perfore apandisit	9.3	2.8	18 hafta	yok	usg gördü	açık	genel	3
6	34	perfore apandisit	15.4	8.2	18 hafta	yok	usg gördü	açık	genel	2
7	22	oblitere apandiks	12.6	0.18	4 hafta	yok	usg gördü	açık	genel	2
8	24	akut apandisit	13.9	3.4	3 hafta	astım	bt gördü	laparoskopik	genel	2
9	30	akut apandisit	6.6	5,00	6 ay	yok	usg gördü	açık	genel	1
10	24	normal apandiks	8.6	0.51	ektopik gebelik	tüberküloz öyküsü	usg gördü	açık	spinal	3
11	29	akut apandisit	11.23	1.46	17 hafta	yok	usg gördü	açık	spinal	11
12	24	akut apandisit	14.25	2.19	15 hafta	yok	usg gördü	açık	spinal	14
13	29	akut apandisit	17.5	9,00	30 hafta	yok	usg görmedi	açık	spinal	2
14	21	akut apandisit	9.7	0.43	5 hafta	yok	usg gördü	açık	spinal	2
15	37	akut apandisit	14	5.8	16 hafta	baş ağrısı	usg görmedi ,mr gördü	açık	spinal	2
16	22	akut apandisit	12.23	2,00	erken gebelik	yok	usg gördü	açık	spinal	2
17	24	akut apandisit	12.8	0.6	10 hafta	yok	usg gördü	açık	spinal	4
18	39	akut apandisit	15.34	1.84	14 hafta	yok	usg gördü	açık	spinal	2
19	31	normal apandiks	11.6	0.6	15 hafta	böbrek patolojisi	usg görmedi ,mr gördü	açık	spinal	4
20	34	akut apandisit	15.3	4.6	23 hafta	yok	usg gördü	açık	spinal	2

Şekil 1 : Hastaların Özellikleri

acil servise başvuru şikayetleri, fizik muayene bulguları, kan sonuçları, görüntüleme yöntemleri, tedavi süreci, gelişen komplikasyonlar ve apendektomi materyalinin histopatolojik bulguları değerlendirildi. Hastalar ameliyat öncesi ve sonrası fetal iyilik hali değerlendirilmesi için kadın doğum birimine konsülte edildi. Ameliyat öncesi tüm hastalara 1 gram seftiriyakson uygulandı ve apendiksin durumuna göre antibiyotik tedavisi devamına karar verildi. Ameliyatlar spinal ve genel anestezi altında açık ve laparoskopik cerrahi yöntemlerle yapıldı. Sonuçlar sayı ve yüzde (%) olarak kaydedildi. İstatistiksel analizler için SPSS 21 paket programı kullanıldı.

BULGULAR

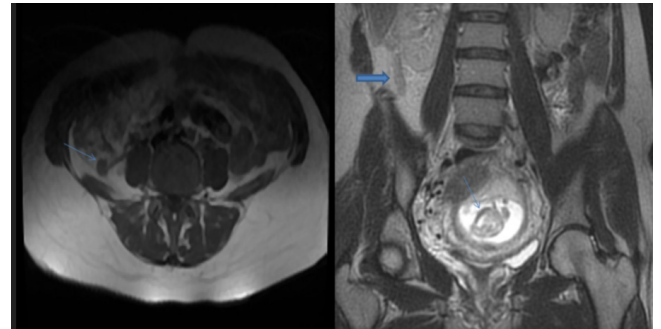
İki yıllık süre boyunca acil servis birimine karın ağrısı şikayetiyle başvuran akut apandisit ön tanılı 543 hasta ameliyat edildi ve hastaların 20'si gebe (%3.7) idi. Acil servise akut apandisit ön tanısıyla başvuran ve ameliyat edilen gebe hastaların yaş ortalaması 27.1 ± 5.76 (19-39) yıl idi. Gebelerin 10'u ilk trimesterde %50, 8'i II. trimesterde % 40 ve 2'si III. trimesterde %10 idi. Hastaların % 95' i karın ağrısı, % 70'i bulantı yada kusma, % 65'i iştahsızlık, %30'u ateş, %10'u kabızlık, %10'u ishal şikayetleriyle acil servise başvurdu (Tablo1).

Acil servise başvuru anındaki alınan kanların white blood cell (WBC) değerleri ortalaması $12.88 \pm 3.08 \times 10^3 /\mu\text{L}$ (normal aralık $4.4-11 \times 10^3 /\mu\text{L}$), c reaktif protein (CRP) değerlerinin ortalaması $2.88 \pm 2.63 \text{ mg/dl}$ (normal aralık 0-0.5 mg/dl) idi. Akut apandisit ön tanılı 19 hastaya %95 batın ultrasonografi (USG) ve apendiks vizüalize edilemeyen 3 hastadan 2'sine %10 batın manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'ye

başvuruldu. USG'nin sensitivitesi % 93 spesifitesi % 83 bulundu. Gebe olduğu bilinmeyen ilk hafta gebeliğinde olduğu anlaşılan 1 hastaya kontrastsız batın tomografi çekildiği görüldü ve gebelik takiplerinde fetusta herhangi bir patolojiye rastlanmadı. AA ön tanısıyla servise yatırılıp ameliyat edilen hastaların ortalama yatış süresi 3.35 ± 3.24 (1-14) gün idi. Ameliyatların 19'u (%95) açık 1'i (%5) laparoskopik yapıldı. Spinal anestezi 11 (%55) genel anestezi 9 (%45) hastaya uygulandı. Ameliyat sonrası 2 hastada yara yeri enfeksiyonu ve 1 hastada ileus gelişti, 3 fetüs abortusla sonuçlandı.

Tablo 1: Hastaların Başvuru Şikayetleri

Hastanın şikayeti	Hasta sayısı	Yüzde
Karın ağrısı	19	95
Bulantı yada Kusma	14	70
İştahsızlık	13	65
Ateş	6	30
Kabızlık	2	10
İshal	2	10



Şekil 2: Mr aksial ve koronal kesit: Apendiks duvarı ödemli, periapendiküler enflamasyon ve fetüsün görünümü

Apendektomi materyallerinin histopatoloji sonuçlarına göre 16 hasta % 80 hasta akut apandisit (13 hasta akut apandisit, 2 hasta perforate apandisit, 1 hasta müsinöz neoplazi) , 4 hasta % 20 normal apendiks (lenfoid hiperplazi, oblitere apendiks) idi. (Şekil1)

TARTIŞMA

Akut apandisit gebelerde jinekolojik ve obstetrik olmayan en sık cerrahi acildir (6). AA gebelerde % 0.05- %0.07 oranında ve en sık 2. trimesterde görülür (7). Bu kadar sık görülen hastalık maternal ve fetal etkilerinden dolayı çok önemlidir. Ancak gebelerde oluşan anatomik ve fizyolojik değişikliklerden dolayı AA tanısı gebe olmayan hastalara göre daha zordur. İştahsızlık, bulantı, kusma gibi gebeliğin fizyolojik değişiklikleri AA semptomlarını maskeleyebilir. Uterusun büyümesinden ve karın kaslarının tonusunun azalmasından dolayı apendiks anatomik yeri değişebilir ve tanıda zorluğa sebep olur (8).

Tanıda radyolojik tetkiklerin kullanımı fetusa zararlı etkilerinden dolayı sınırlıdır. AA tanısı fiziksel muayene ve semptomlarla konulmaya çalışılmaktadır . Böylece tanıda gecikmeler peritonit, sepsisle sonuçlanan apendiks perforasyonuna sebep olmaktadır (9). Gebe ve fetüste morbidite ve mortaliteye sebep olan istenmeyen bu olayın görülme oranı % 25-40 arasında değişmektedir (10). Yapılan çalışmalarda perforate olmayan apandisitli hastalarda fetüs düşük oranı % 1.5 iken perforate hastalarda % 35.7 saptanmıştır (11). Bizim hastalarımızda apendiks perforasyon oranı %10 olup mevcut literatür verilerine göre daha iyi sonuç elde edilmiştir. Fetüs üzerine etkilerinde ise 3 hastada %15 abortusla sonuçlanmış olup hastalar perforate olmayan hastalar idi ve muhtemel abortus etyolojilerinin obstetrik nedenlerden olduğu düşünüldü.

Akut apandisit şüphesi olan gebelerde tanının erken konulması gelişebilecek komplikasyonlardan korunmak için son derece önemlidir ancak olabildiğince tanının doğru konulup negatif apendektomiden de kaçınılmalıdır (5). Literatürde negatif laparotomi oranı % 15-50 arasında değişmektedir (10). Bizim çalışmamızda negatif apendektomi oranı % 20 olup literatüre göre nispeten daha düşük oranda saptanmıştır.

Apandisit klasik semptomları göbek çevresinden başlayıp sağ alt kadrana ulaşan ağrı, iştahsızlık, bulantı, kusma, kabızlık, bazen ishal görülebilsede bu klasik klinik bulgular hastaların %60'ında görülür (12). Özellikle gebelik gibi özel durumlarda bu klasik bulgular gebeliğin fizyolojik bulgularıyla karıştığından akut apandisit tanısını koydurabilecek spesifik semptom ve bulgu yoktur. Gebe hastaların en sık semptomları karın ağrısı, bulantı, kusma iştahsızlıktır. Ayrıca nadiren ateş, ishal, kabızlık, dizüri görülebilir (4,13). Hastanemiz acil

servisine başvuran hastalarda literatüre paralel olarak % 95' inde karın ağrısı ve % 70'inde bulantı yada kusma , % 65'inde iştahsızlık ve azalan sırasıyla ateş, kabızlık ,ishal şikayetleri mevcuttu.

Akut apandisit tanısında spesifik bir laboratuvar değeri olmamasına rağmen tanı için genelde wbc(lökosit) ve crp değerleri kullanılır(14). Lökosit değeri hemogram alt parametrelerinden olup kolayca ulaşılabilen temel testtir. Gebelikte fizyolojik lökositöz görülmeye rağmen yapılan çalışmalar akut apandisitli gebelerin normal gebelere göre istatistiksel olarak daha yüksek lökosit değeri olduğunu göstermiştir(8). Bizim çalışmamızda negatif apendektomi yapılan gebelerin lökosit değeri 11×10^3 / μ L iken akut apandisitli hastaların ortalama lökosit değeri 13.35×10^3 / μ L ile daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel olarak etki gücü yüksek anlamlı bir farkın saptanması için daha geniş hasta serilerine ihtiyaç vardır. Akut apandisit tanısında sık kullanılan diğer bir enflamasyon markırı olan CRP' nin yüksek düzeyi gebelikteki akut apandisit için spesifik bir bulgu olmamasına rağmen akut apandisit şüphelenilen vakalarda tanıyı desteklemek için kullanılabilir(15). Çalışmamızda negatif apendektomi hastalarında CRP düzeyi 1.49 mg/dl iken akut apandisit hastalarında ise 3.22 mg/dl ile daha yüksek saptanmıştır.

Fizik muayene ve laboratuvar değerlerine ek olarak ultrasonografi gebelik boyunca karın ağrısı olan hastalarda başvuru ilk görüntüleme yöntemidir. USG'nin akut apandisit tanısındaki spesifitesi %48-100 ve sensitivitesi % 70-100 dür (16). AA. hali USG ile tespit edilemez ise; iyonize radyasyon yaymayan, gebe ve fetüse yan etkileri olmayan yüksek spesifite ve sensitiviteye sahip MRG kullanılabilir(2). Çalışmamızda USG nin spesifitesi % 83, sensitivitesi % 93 bulunmuş olup, USG ile tanı konulamayan hastalara ise MRG tanı konulmuştur ve sonuçlarımız literatürle uyumludur .

AA tedavisinde açık veya laparoskopik cerrahi teknikler uygulanmaktadır, en iyi seçenek konusu tartışmalıdır (2). Laparoskopik cerrahi gebe kadın için daha güvenli ve intraoperatif daha düşük komplikasyon oranına sahip olmasına rağmen açık apendektomiye göre daha yüksek fetal kayba neden olmaktadır (17). Bizim klinik pratiğimizde II. basamak devlet hastanesinin şartlarında göz önünde bulundurulduğunda ilk tercihimiz açık ameliyat yöntemidir.

Ameliyat sonrası maternal komplikasyonlar yara yeri enfeksiyonu, ileus, intraabdominal apse, respiratuvar komplikasyonlar ve erken doğumdur. Fetal komplikasyonlar ise abortus, erken doğum, ölü doğum, konjenital anomaliler ve intrauterin büyümedir(10). Vaka serimizde 2 hastada yara yeri enfeksiyonu ve perforate apandisit olan bir hastada ileus

gelişti. Fetal komplikasyon olarak ise 3 abortus meydana geldi. Abortus gelişen 2 gebenin daha önceki gebeliklerinde abortus öyküsü mevcuttu.

SONUÇ

Gebelerde akut apandisit tanısının konulması gebelikte oluşan fizyolojik ve anatomik değişiklikler, yapılabilen görüntüleme tetkiklerinin kısıtlı olması nedeniyle zordur. Ancak tanıda gecikme ciddi maternal ve fetal komplikasyonlara sebep olmaktadır. Bu yüzden karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran gebe hastalar detaylı muayene edilmeli, klinik bulgular, laboratuvar bulgularıyla beraber ultrasonografinin kullanılması tanıdaki gecikmeleri en aza indirecektir. Diğer taraftan hekimlerin medikolegal kaygılarından dolayı negatif apendektomi oranlarının daha yüksek olması gebeler için kaçınılmaz bir sonuçtur. Her şeye rağmen ayırıcı tanı yapılmayan ve akut apandisitten şüphelenilen gebe hastalar gözetim altında tutulmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Long SS, Long C, Lai H, Macura KJ. Imaging strategies for right lower quadrant pain in pregnancy. *AJR Am J Roentgenol* 2011;196:4-12.
2. Arer İM, Alemdaroğlu S, Yeşilağaç H, Yabanoğlu H. Acute appendicitis during pregnancy: case series of 20 pregnant women. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2016;22:545-8.
3. Abbasi N, Patenaude V, Abenhaim HA. Evaluation of obstetrical and fetal outcomes in pregnancies complicated by acute appendicitis. *Arch Gynecol Obstet* 2014;290:661-7.
4. Yağcı MA, Sezer A, Hatipoğlu AR, Coşkun I, Hoşcoşkun Z. Gebelikte akut apandisit. *Dicle Tıp Derg* ; 37:134-139., (Basaran A, Basaran M. Diagnosis of acute appendicitis during pregnancy: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv.* 2009; 64:481-8.
5. McGory ML, Zingmond DS, Tillou A, Hiatt JR, Ko CY, Cryer HM. Negative appendectomy in pregnant women is associated with a substantial risk of fetal loss. *J Am Coll Surg* 2007;205:534-40.
6. Mourad J, Elliott JP, Erickson L, et al. Appendicitis in pregnancy: New information that contradicts long-held clinical beliefs. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(5):1027-9.
7. Pastore PA, Loomis DM, Sauret J. Appendicitis in pregnancy. *J Am Board Fam Med.* 2006;19(6):621-6.
8. Çınar H, Aygün A, Derebey M, Tarım İA, Akalın Ç, Büyükkıncak S, et al. Significance of hemogram on diagnosis of acute appendicitis during pregnancy. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2018;24:423-428.
9. Jung SJ, Lee DK, Kim JH, Kong PS, Kim KH, Bae SW. Appendicitis during Pregnancy: The Clinical Experience of a Secondary Hospital. *J Korean Soc Coloproctol* 2012;28:152-9.
10. Yılmaz HG, Akgun Y, Bac B, et al. Acute appendicitis in pregnancy-risk factors associated with principal outcomes: a case control study. *Int J Surg* 2007;5:192-197.
11. Babaknia A, Parsa H, Woodruff JD. Appendicitis during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1977;50:40-4.
12. Yeni M, Peksöz R, Dablan A, Dişçi E. A rare acute abdomen case: Acute appendicitis in the patient with situs inversus totalis. *J Surg Med.* 2019;3(10):766-768.
13. Atilla K, Uçar AD, Ünek T, Sevinç A, Çevik AA, Sökmen S. Gebelikte Akut apandisit. *Ulusal Travma Dergisi* 2002;8:98-101.
14. S. Lurie, E. Rahamim, I. Piper, A. Golan, O. Sadan. Total and differential leukocyte counts percentiles in normal pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 136 (2008), pp. 16-19.
15. B. Andersen, T.F. Nielsen. Appendicitis in pregnancy: diagnosis, management, and complications. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 78 (1999), pp. 758-762.
16. Basaran A, Basaran M. Diagnosis of acute appendicitis during pregnancy: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv.* 2009; 64:481-8.
17. Walsh CA, Tang T, Walsh SR. Laparoscopic versus open appendectomy in pregnancy: a systematic review. *Int J Surg* 2008;6:339-44.

KLİNİK VE LABORATUVAR FAKTÖRLERİN AKUT İZOLE VERTİGO VE SEREBELLAR İNFARKTÜS İLE İLİŞKİSİ

CİHAN BEDEL¹ MUSTAFA KORKUT¹

**¹ SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACIL TIP ANABİLİM DALI**

ÖZ

Amaç: İzole vertigo, dizziness ve denge kaybı vertebrobaziler sistem akut infarktında acil serviste başvuru semptomu olarak ortaya çıkabilir. Bu çalışmanın amacı acil servise izole vertigo semptomu ile başvuran hastalardaki akut serebrovasküler infarkt ve risk faktörleriyle ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmamız **üçüncü basamak** bir acil servise 1 Ocak 2018 – 1 Ocak 2019 tarihleri arasında izole akut vertigo atağı ve/veya dizziness semptomu ile başvurmış hastalar içinden retrospektif olarak seçilmiştir. İnfarkt lokalizasyonu göre serebellar ve non-serebellar olmak üzere iki gruba kategorize edildi.

Bulgular: Akut izole vertigosu olan 90 hasta analiz edildi. Hastaların ortalama yaşı 60,31± 15,18 ve 43 olgu erkekti. Hastaların 34 (%37,7)'ünde serebellar infarkt; 56 (% 62,3)'sında non-serebellar infarkt saptandı. Bulgularda hiperlipidemi (serebellar grupta %67,6, non-serebellara grupta %35,7; $p=0,005$) dışında iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık yoktu. Çoklu regresyon analizinde kan glikozu, hiperlipidemi ve bulantı-kusma artışının izole vertigolu hastalarda serebellar infarktın en güçlü göstergeleri olarak bulundu.

Sonuç: Acil serviste izole vertigo hastalarında eşlik eden bulantı kusmanın ve risk faktörlerinden de hiperglisemi ve/veya hiperlipidemisinin varlığı akut serebellar infarkt tanısı için güçlü göstergelerdir.

Anahtar Kelimeler: *vertigo, dizziness, serebellum, acil servis*

GİRİŞ

Vertigo veya dizziness genel popülasyonun % 20-30'unu etkileyen ve acil serviste sık karşılaşılan şikayetlerden birisidir.¹ Vertigo; hareket olmaksızın olan hareket algısı olarak tanımlanmaktadır ve hastalar sıklıkla hayali dönme hissinden bahsederler. Vertigo acil serviste yaklaşık % 4 ana semptom olarak belirlenmiştir.²

İlk olarak vertigo santral veya periferik kaynaklı olarak iki ana gruba ayrılır. Periferik kaynaklı olanlar genellikle benigndir.³ Santal kaynaklı vertigoya daha az rastlansada hayatı tehdit edici olabilir ve sıklıkla dizatri, diplopi, ataksi veya diğer nörolojik defisitler ile ilişkilidir.⁴ Bununla birlikte, diğer nörolojik bulguların yokluğunda vertigo ile başvuran hastalarda (izole vertigo), santral ve periferik vertigo türlerini ayırt etmek için kesin bir ipucu yoktur.⁵ Norrving ve ark. tarafından 24 hasta ile yapılan prospektif bir çalışmada izole vertigolu hastaların dörtte birinde serebellar infarkt saptanmıştır.⁶

Serebral infarktüs, klinik semptomların başlamasından kısa bir süre sonra difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntüleme (MRG) veya beyin tomografisi (BT) ile yüksek duyarlılık ve özgüllüğü ile tanımlanabilir. Yanlış teşhis yapılırsa, hastalar kalıcı sakatlık ya da hayatı tehdit eden bir seyir ile sonuçlanarak kötüleşebilirler. Bu tür hastalara erken bir aşamada doğru bir şekilde teşhis konulabilir ve uygun tedavi verilebilirse hastalar önemli ölçüde iyileşebilir.⁷

Bu nedenle, serebrovasküler etiyoloji ile ilgili faktörleri belirlemek için izole vertigosu olan ve serebral infarkt saptanan hastaların tek merkezli retrospektif bir analizini yaptık.

YÖNTEM

Çalışmamız retrospektif kohort olarak dizayn edilen bu çalışmada hastalar 1 Ocak 2018–1 Ocak 2019 tarihleri arasında acil servise izole akut vertigo atağı ile başvurmış hastalar içinden seçildi. Hastaların ilk nörolojik muayenesi acil tıp hekimleri tarafından yapıldı. Tedaviye acil serviste yanıt alınamamış hastalar bir nöroloji uzmanı tarafından değerlendirildi.

Vertigo ve dizziness herkesçe kabul gören uluslararası kılavuzlara göre tanımlandı.^{6,7} Vertigo; hareket oluşmadığında kendi kendine hareket hissi olması ya da normal bir baş hareketi süresi dışında çarpık kendi kendine hareket hissidir. Dizziness ise yanlış ve çarpık bir hareket hissi hariç, rahatsız veya bozulmuş mekansal oryantasyon hissidir.⁴⁻⁶

Acil serviste çekilmiş BT ve/veya MRG'sinde iskemik infarktı olan hospitalize edilmiş hastalar çalışmaya dahil edilmişti. Retrospektif olarak taranan hastalar BT/MRG'de infarkt lokalizasyonu göre serebellar ve non-serebellar gruplara kategorize edildi.

Tüm hastalar retrospektif yöntemle hastane bilgi-kayıt sistemi üzerinden geriye dönük olarak tarandı. Laboratuvar sonuçlarında; acil servise ilk başvuruda alınan kan örneklerine göre lökosit nötrofil, lenfosit, monosit, platelet, glukoz, üre ve kreatin değerlerine bakıldı.

Hastaların risk faktörleri, başvuru semptom ve bulguları, hastane içi mortalite ve hastane kalış süresi ve demografik özelliklerine ait veriler toplandı. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; ≥ 18 yaş, akut vertigo ve/veya diziness şikayeti olan, Beyin MRG ve/veya BT de iskemik infarkt olan hastalardı. Dışlama kriterleri; periferik vertigo, sistemik hastalığa bağlı diziness ve tamamlanamayan verisi olan hastalar olarak kabul edildi. Hasta akış şeması Şekil 1’de gösterilmiştir.

İstatistiksel değerlendirme, Sürekli değişkenler için standart sapma ve ortalama değerler, non parametrik verilerin ise ortanca ve interquartal aralığı hesaplandı. Bağımsız değişkenlerin her biri ki-kare uygulanarak karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı bulunanların akut vertigo şikayetine etkisini anlamak için çoklu regresyon analizi uygulandı. Tüm değişkenlerin tanımlayıcı istatistiksel analizi SPSS 18.0 kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışma süresince, vertigo nedeniyle acil servise başvuran ve hospitalize edilen 234 hasta vardı. Bu hastaların 144’ü dışlandı ve 90 hasta son analize dahil edildi, detaylı çalışma akış şeması Şekil 1 de gösterildi. Çalışmaya alınan hastaların 34 (%37,7)’ünde serebellar infarkt; 56 (% 62,3)’sında non-serebellar infarkt saptandı. Hastaların ortalama yaşı

60,31 $\pm$ 15,18 yılı ve 43 olgu erkekti. Serebellar infarkt saptanan hastaların ortalaması (64,74 $\pm$ 13,55) non-serebellar grubun yaş ortalamasına göre (57,63 $\pm$ 15,59) anlamlı yüksekti ($p=0,023$). Hipertansiyon, diyabet ve koroner kalp hastalığı her iki grupta da en sık rastlanan risk faktörleriydi. Hiperlipidemi serebellar grupta (% 67,6) non-serebellara göre (% 35,7) anlamlı daha fazla saptandı ($p=0,005$). Hastaların hastanede ortalama kalış süreleri 7,04 $\pm$ 3,92’ydi. 1 hastada da komorbid durumları nedeniyle mortalite izlendi. Her iki grup arasında diğer bazal özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 1).

Serebellar infarktüsü olan hastalarda nistagmus frekansı non serebellar infarktüsü olanlara göre anlamlı olarak yüksekti (% 23,5, % 7,1; $p=0,027$). Ayrıca serebellar infarktüsü olan hastalarda dengesizlik yüzdesi de non serebellar infarktüsü olanlara göre anlamlı yüksekti (%50, %26,8, $p=0,04$). Bulantı ve kusma non-serebellar infarktüsü olanlarda serebellar infarktüsü olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (% 73,2, % 50; $p=0,04$). Rotasyonel vertigo ve vücut duruşu ile korelasyon her iki grupta da sık rastlanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0,05$). Eşlik eden diğer semptom ve bulgular açısından iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 1. Akut vertigo ile başvuran serebellar ve non-serebellar infarkt hastalarının özellikleri ve vasküler risk faktörleri

Hasta özellikleri	Serebellar infarkt $n = 34$	Non- serebellar infarkt $n = 56$	p değeri
Demografik özellikler			
Erkek	15(44,1)	28(50)	0,666
Yaş	64,74 $\pm$ 13,55	57,63 $\pm$ 15,59	0,023
Vasküler risk faktörleri			
Hipertansiyon	25(73,5)	36(64,3)	0,486
Diabetes mellitus	18(52,9)	21(37,5)	0,190
Atriyal fibrilasyon	8 (23,5)	15(26,8)	0,807
Koroner kalp hastalığı	27(79,4)	39(69,6)	0,388
Hiperlipidemi	23(67,6)	20(35,7)	0,005*
Önceki TIA / inme	7(20,6)	12(21,4)	0,556
İlk sistolik KB > 160 mmHg	14(41,1)	13(23,2)	0,097
İlk diastolik KB > 90mmHg	7(20,5)	15(26,7)	0,616
Yatış süresi	7,32 $\pm$ 4,42	6,88 $\pm$ 3,61	0,811
Hastane içi mortalite	0(0)	1(1,8)	1,000
30 günlük mortalite	0(0)	1(1,8)	1,000

Veriler, aksi belirtilmedikçe n (%) toplam kohorttur. TIA geçici iskemik atak gösterir.

KB: kan basıncı. * İstatistiksel olarak anlamlı, $p < 0,05$.

Tablo 2. Akut vertigo hastalarının semptom ve bulguları

Semptom ve bulgular	Serebellar infarkt n = 34	Non- serebellar infarkt n = 56	p değeri
Rotasyonel vertigo	21(61,8)	25(44,6)	0,113
Vücut duruşu ile korelasyon	22(64,7)	34(60,7)	0,823
Bulantı-kusma	17(50)	41(73,2)	0,04*
Tinnitus	1(2,9)	1(1,8)	1,000
İşitme bozukluğu	0(0)	1(1,8)	1,000
Baş ağrısı	6(17,6)	9(16,1)	0,846
Dengesizlik	17(50)	15(26,8)	0,04*
Nistagmus	8(23,5)	4(7,1)	0,027*

Veriler toplam kohortun n (%) 'idir. * İstatistiksel olarak anlamlı, p <0.05.

Serebellar infarktüs saptanan hastaların kan glikoz düzeyi non-serebellar infarktüsü olanlara göre anlamlı olarak yüksekti (184.64 ± 104.63 , 139.42 ± 63.36 ; $p=0,03$). Diğer laboratuvar parametreleri gruplar arasında anlamlı farklı değildi ($p>0,05$) (Tablo 3).

Çok değişkenli lojistik regresyon analizi kan glikozu (OR 1,006; 95% CI 1,000-1,012; $p=0,037$), hiperlipidemi (OR 0,310; 95% CI 0,12-0,803; $p=0,016$) ve bulantı-kusma (OR 2,652; 95% CI 1,024-6,868, $p=0,045$) artışı izole vertigolu hastalarda serebellar infarktüsün en güçlü göstergeleriydi (Tablo 4).

Tablo 3. İzole vertigo ile başvuran serebellar ve non-serebellar infarktli hastalarda laboratuvar sonuçları

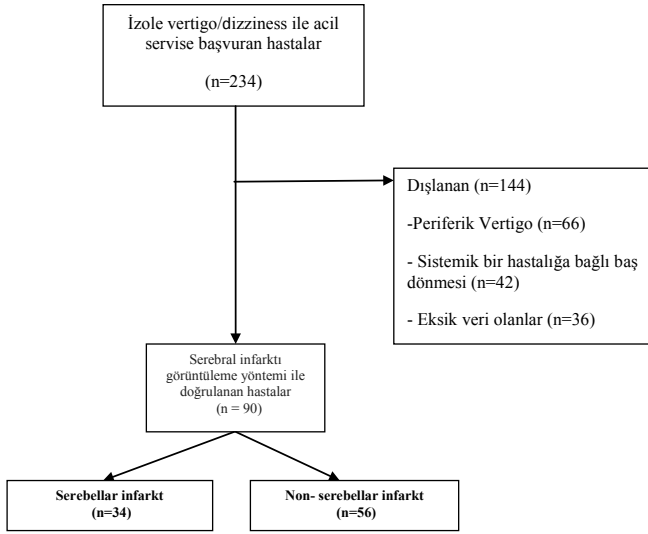
Hasta özellikleri	Serebellar infarkt n = 34	Non- serebellar infarkt n = 56	p değeri
Beyaz kan hücresi ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	$9,90 \pm 3,66$	$9,38 \pm 2,91$	0,708
Nötrofil ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	$6,74 \pm 3,01$	$6,29 \pm 2,63$	0,591
Lenfosit ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	$2,32 \pm 1,20$	$2,18 \pm 0,99$	0,838
Monosit ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	$0,57 \pm 0,16$	$0,65 \pm 0,31$	0,281
Platelet ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	$282,4 \pm 53,79$	$264,69 \pm 82,33$	0,117
MPV (fL)	$8,67 \pm 1,17$	$8,69 \pm 1,00$	0,793
PDW (fL)	$16,11 \pm 2,01$	$16,06 \pm 3,76$	0,513
PCT (%)	$0,24 \pm 0,66$	$0,23 \pm 0,08$	0,168
RDW (%)	$14,1 \pm 1,27$	$14,39 \pm 2,31$	0,881
Hemoglobin (g/dl)	$13,24 \pm 1,65$	$13,75 \pm 1,67$	0,215
Üre	$20,38 \pm 10,40$	$17,67 \pm 8,98$	0,203
Kreatinin	$1,09 \pm 0,41$	$0,98 \pm 0,26$	0,405
Glikoz	$184,64 \pm 104,63$	$139,42 \pm 63,36$	0,03*

(MPV: Ortalama trombosit hacmi; PDW: Trombosit Dağılım Genişliği; PCT: Platekrit)

Tablo 4. Akut izole vertigo ile başvuran hastalarda çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları

Değişken	OR (95% CI)	p değeri
Yaş	1,025(0,992-1,059)	0,14
Cinsiyet	1,229(0,477-3,167)	0,669
Glikoz	1,006(1,000-1,012)	0,037*
Hiperlipidemi	0,310(0,12-0,803)	0,016*
Bulantı-kusma	2,652(1,024-6,868)	0,045*
Dengesizlik	0,475(0,181-1,247)	0,131
Nistagmus	0,262(0,064-1,061)	0,061

CI: güven aralığını gösterir; OR: olasılık oranı. * İstatistiksel olarak anlamlı, p < 0,05.



Şekil 1. Veri akış diyagramı

TARTIŞMA

İzole vertigo toplumda en sık görülen klinik semptomlardan ve hastaneye en sık başvuru nedenlerinden biridir. Amerika da yapılan bir çalışmada yetişkinlerin % 3.5'ünün her birinin vertigo semptomları yaşadığı bildirilmiştir.⁸ Başka bir çalışmada ise bu oran % 5 olarak bulunmuştur ve bu hastaların büyük bir çoğunluğunun doktora başvurduğu belirtilmiştir.⁷ İzole vertigo yapılan çalışmalarca serebral infarktüsün tek semptomu olabileceği belirtilmiştir ve bu çalışmalarda bu oran % 0,7- %11 arasında değişmektedir.^{9,10} Bizim çalışmamızda izole vertigo nedeniyle acil servise başvuran hastaların 90/234 (% 38,4)'ini serebral infarkt nedeni ile hospitalize ettik. Bu hastaların % 37,7'inde serebellar infarkt; % 62,3'ünde non-serebellar infarkt vardı. Çalışmamızdaki bu oranın daha yüksek olması çalışmaya dahil edilme ve dışlama kriterlerindeki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve diyabet en sık saptanan serebral infarkt nedenleriydi. Serebellar infarkt ve non-serebellar infarkt gruplarını karşılaştırdığımızda ise sadece hiperlipidemisinin anlamlı şekilde serebellar infarktli hastalarda daha fazla yüzdede olduğunu bulduk. Yapılan bir çalışmada 3 ve daha fazla risk faktörü içeren hastaların 5,5 daha fazla inme riski taşıdığı belirtilmiştir (11). Başka bir çalışmada Aluçlu ve ark. en sık hipertansiyon (% 78,1), sigara kullanımı (% 50), atriye fibrilasyon (%50) olarak raporlamışlardır.¹² Bogousslavsky ve ark. yaptığı bir çalışmada ise sırasıyla hipertansiyon, sigara kullanımı, atrial fibrilasyon, hiperkolesterolemi en sık saptanan risk faktörleriydi.¹³

Bizim çalışmamızda hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve hiperlipidemi hastaların yarısından fazlasında bulunan risk faktörleriydi. Ayrıca diğer çalışmalardan farklı olarak hiperlipidemisi olan hastalarda serebellar infarkt daha fazla görülmekteydi ($p=0,005$).

Biz çalışmamızda serebellar ve non-serebellar hasta gruplarının semptom ve bulgularından nistagmus, dengesizlik ve bulantı-kusmayı anlamlı farklı saptadık. Yakın zamanlı yapılan bir çalışmada 227 serebral infarkt saptanan hastada en sık semptomlar bulantı-kusma (% 45,9) ve rotasyonel vertigo (% 45,9)'ydu.⁷ Diğer bir çalışmada vertigo nedeniyle başvuran hastaların çoğunun dengesizliğe eşlik eden serebellar infarktüs saptandığı raporlanmıştır.¹¹ Calic ve ark. yaptığı çalışmada ise bulantı-kusma (% 33,4), yürüyüşte dengesizlik (% 32,6) ve baş ağrısı (% 23,1) en sık saptanan semptomlardı.¹⁴ Başka bir yapılan çalışmada ise en sık şikayetlerin, bulantı-kusma (% 70), denge bozukluğu (% 58), görme bozukluğu (% 2) ve işitme bozukluğu (% 2) olduğu görülmüştür.¹⁵ Çalışmalardaki bu farklılık örneklem seçimi ve büyüklüğünden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Buck ve ark. yaptığı bir çalışmada infarkt saptanan hastalarda saptanmayanlara göre lökosit ve nötrofil sayısında anlamlı artış olduğu belirtmişlerdir.¹⁶ Başka bir çalışmada ise geçici iskemik atak sonrasında da lökosit ve nötrofil artışı olduğu bildirilmiştir.¹⁷ Greisenegger ve ark. yaptığı bir çalışmada ise MPV ve trombosit değerleri ile inme arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir.¹⁸ Bizim çalışmamızda ise literatürden farklı olarak basit hemogram parametreleri (nötrofil, lenfosit, MPV, platelet...) ile gruplar arasında bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda sadece serebellar infarkt saptanan hastaların kan glukoz değerleri saptanmayanlara göre daha yüksekti ($p=0,03$). Bu bulguda literatürle uyumludur.¹⁹

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları vardı. İlk olarak çalışmamızın retrospektif, tek merkezli ve kısmen az sayıda hasta ile yapılmıştır. İkinci olarak hastalık ile fizik muayene, tanı ve tedavisinin farklı hekim ve nörologlarca yapılmıştır. Vertigo nedeniyle değerlendirilen hastaların tanılarının daha doğru belirlenebilmesi için daha uzun süreli prospektif çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Sonuç olarak, acil serviste izole vertigo hastalarında eşlik eden bulantı kusmanın ve risk faktörlerinden de hiperglisemi ve hiperlipidemisinin varlığı akut serebellar infarkt tanısı için güçlü göstergelerdir.

ATİPİK AKUT TIP B DİSEKSİYON OLGUSU: AĞRISIZ VE GEÇİCİ ALT EKSTREMİTE PARAPLEJİSİ

**NİLÜFER BEKTAŞ, SBÜ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL
EAH KALP DAMAR CERRAHİSİ KLİNİĞİ**

**HATİCE TOPCU, SBÜ ŞİŞLİ HAMİDİYE
ETFAL EAH ACİL TIP KLİNİĞİ**

GİRİŞ VE AMAÇ

Bu çalışmada, acil tıp kliniğimize sadece atipik bir bulgu olan parapleji semptomu ile başvuran hastada tip B diseksiyon tanısı ve tedavisi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

YÖNTEM VE BULGULAR

Çalışmamızda Tip B aort diseksiyonu sonrası nadir görülen bir komplikasyon olan akut parapleji gelişimi ile acil servisimize başvuran hasta sunulmaktadır. 38 yaşındaki erkek hasta ani gelişen vücudunun alt kısmında başlayan his kaybı ile acil servise başvurdu. Sırt ve karın ağrısı tariflemeyen hastada tetkik aşamasında parapleji gelişti. Bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemelerinde sol subclavian arter düzeyinden başlayan ve sağ kommon iliak artere dek ilerleyen diseksiyon tespit edildi. Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği tarafından acil torasik endovasküler aortik tamir (TEVAR) yapılan hasta semptomlarında tam düzelme ile 5. gün taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Aort diseksiyonu sonrası en sık semptom ağrı olup hastalığın ilerleyici seyrinde malperfüzyona bağlı ek bulgular görülebilir. Spinal kord iskemisine bağlı olarak nörolojik rahatsızlıklar ise diğer ciddi bir komplikasyondur. Ancak ağrı ve ek bulgu olmaksızın sadece alt ekstremitelerde akut komplet parapleji semptomu ile Tip B diseksiyonu tanısı koymak zorlayıcıdır. Spinal kord iskemisi patofizyolojisi tam olarak bilindiği durumlarda ise erken tedavi mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Parapleji, tip B diseksiyonu, tedavi yöntemleri

TRAVMATİK ARTERİOVENÖZ FİSTÜLLERİN TANI VE TEDAVİSİ

**HELİN EL KILIÇ, SBÜ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL
EAH, KALP DAMAR CERRAHİSİ KLİNİĞİ**

**HATİCE TOPCU, SBÜ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL
EAH, KALP DAMAR CERRAHİSİ KLİNİĞİ**

GİRİŞ VE AMAÇ

Bu çalışmada, acil tıp kliniğimize travma sonrası gelişen travmatik arteriovenöz fistül (AVF) hastalarında tetkik, tanı ve tedavi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

YÖNTEM VE BULGULAR

Nisan 2014– Aralık 2019 tarihleri arasında acil tıp kliniğinde travma öyküsü olan 17 hastada travmatik AVF tanısı konuldu. Yaralanma yeri, yaralanma tipi, tedavi yöntemi geriye dönük olarak incelendi. Arteriovenöz fistüller alt ekstremitelerde 14 hastada (%82.35), üst ekstremitelerde üç olguda (%17.64) bulundu. Etiyolojik faktörler değerlendirildiğinde 11 hastada (%64.70) ateşli silah yaralanması, 4 hastada (%23.52) penetran yaralanma ve 2 hastada (%11.76) ise künt yaralanma saptandı. Alt ekstremitedeki AVF yerleşim yeri üç hastada trifukasyon arter ve ven arasında, dört hastada popliteal arter ve ven arasında, yedi hastada ise femoral arter ile ven arasında idi. Üst ekstremitedeki AVF yerleşim yeri ise aksiller arter ve ven arasında olup etiyolojik olarak hepsi ateşli silah yaralanmasına bağlı olarak gelişmişti. Tüm olgulara acil tıp kliniğinde kontrastlı tomografi ile tanı konulmuş olup, kalp ve damar cerrahisi kliniği ile tedavisi planlanmıştır. Pedal arter ve ven arasında gelişen AVF olguların tamamı kompresyon ile tedavi edilmiş olup aksiller arter kaynaklı AVF olgularının sadece birinde kompresyona yanıt alınmıştır. Femoral arter kaynaklı AVF olgularında dört hastada girişimsel radyoloji tarafından coil embolizasyon yapılmıştır ve kalan dokuz olgu cerrahi onarım ile tedavi edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sıklıkla penetran travma sonrası gelişen arteriovenöz fistüllere uzun zaman sonra tanı konulabilmektedir. Genellikle asemptomatik olan bu hastalarda palpasyon ve oskültasyon ile üfürüm ve pulsatil kitle görülebilir. Distal nabız alınabilmekle beraber iskele miye neden olabilir. Travma kaynaklı Penetran travma etiyolojisi kaynaklı bu hastalarda ise bilgisayarlı tomografi anjiyografi ile tanı konulmaktadır. Tanı konulamaması durumunda konjestif kalp yetmezliği, ödem ve kardiyomegaliye neden olabilecek bu patolojide kemik farktürü ve nörolojik defisit varlığında ayırıcı tanı olarak mutlaka akıllarda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Arteriovenöz fistüller, travmatik, tedavi yöntemleri

NONTRAVMATİK KARIN AĞRISI İLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA KULLANILAN GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİNİN (USG/BT) ACİLDE KALIŞ SÜRESİ VE CERRAHİ SONLANIMA ETKİSİ

**1. FATMA EKİZ CİN (İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ACİL TIP ANABİLİM DALI)**

**2. KURTULUŞ AÇIKSARI (İSTANBUL MEDENİYET
ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL TIP ANABİLİM DALI)**

GİRİŞ

Travmatik olmayan karın ağrısı acil servisin yaygın başvuru şikayetlerindendir. Gerekli durumlarda bilgisayarlı tomografi (BT) ve abdominal ultrasonografi (USG) kullanımı ile hızlı ve etkin tanısının konarak erken tedaviye başlanması önemlidir. Ayırıcı tanı için bazen iki tetkiki beraber istendiği gözlemlenmektedir. Çalışmamızda görüntüleme yöntemleri ile hasta sonlanım noktalarının ilişkisi araştırılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya travmatik olmayan karın ağrısı şikâyeti ile başvuran, 18 yaş ve üstü, gebe olmayan batin BT ve USG çekilen ile hem BT hem USG çekilen ve herhangi bir görüntüleme yöntemi kullanılmadan genel cerrahi kliniğine yatırılıp yapılan 767 (yaş 50,99±20,31) hastanın durumları incelenmiştir. Hastaların demografik özellikleri, geliş şikâyeti, BT bulgusu, USG bulgusu, yatış tanısı, acilde kalış süresi ve yatış sonrası; operasyon varlığı, operasyon sonrası tanıları, yoğun bakıma yatış durumu ve exitus olma durumları değerlendirilerek retrospektif bir çalışma yapılmıştır.

BULGULAR

Hastaların geliş şikâyeti en fazla (%46,5) bulantı ve kusmadır; yatış tanısı olarak en çok (%28,0) apandisit saptanmıştır. Hastaların %53,9'una BT çekilmiş, %16,6'sına USG çekilmiş, %10,0'ına hem BT hem USG çekilmiş, geri kalan %19,5 oranında hastaya ise görüntüleme yapılmamıştır. İki görüntülemenin de yapıldığı hastalarda BT ön tanı uyum düzeyi USG ön tanı uyum düzeyinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,023; p<0,05). Hem BT hem USG çekilen olgularda apandisit ve pankreatit saptama oranı sadece BT çekilen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05). Sadece BT çekilen olgularda ise ileus ve divertikülit saptama oranı hem BT hem USG çekilen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05). Apandisit ve ileus ise mortal seyretmiştir (p<0,05).

SONUÇ

Acil serviste özellikle apandisit, pankreatit, ileus ve divertikülit tanısı koymak için iki tetkikin eş zamanlı olarak yapılmasına gerek yoktur. Bu tanıların konması için iki görüntülemenin yapılması gereksiz zaman kaybına neden olabilmektedir. Özellikle mortal seyreden apandisit ve ileus tanısı koymak için ikili tetkik pratiğinden vazgeçilmelidir.

ACİL SERVİS PENİL FRAKTÜR DENEYİMLERİMİZ

HÜLYA YILMAZ BAŞER¹, AYKUT BAŞER²

**¹HİTİT ÜNİVERSİTESİ EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, ACİL TIP KLİNİĞİ, ÇORUM**

**²HİTİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,
ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ÇORUM**

AMAÇ

Penil fraktür insidansı 175000 de 1 ile en nadir görülen ürolojik acillerdendir. Penil fraktürde ön tanıya ulaşmak için, genel olarak hastanın öyküsü ve fizik muayenesi yeterlidir. Bizde bu çalışmamızda tanı için acil serviste ki deneyimlerimizi değerlendirdik.

GEREÇ-YÖNTEM

2007-2017 Yılları arasında Pamukkale üniversitesi tıp fakültesi hastanesi acil servisine penil fraktür ön tanısı ile başvuran ve cerrahi işlem uygulanmış hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya alınan 22 hastanın yaş, başvuru şikayetleri, fizik muayene bulguları ile hastalara yapılan radyolojik tetkiklerde fraktürün yerinin saptanması ile cerrahi sırasında saptanan fraktürün uyumu değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların yaşları minimum 14 yıl ve maksimum 69 yıl, ortalaması 42,5±14,2 yıl idi. Acil servise başvuru bulguları incelendiğinde hastaların %72,7'si en sık peniste morarma şikâyeti ile başvurdukları saptanmıştır. Penil fraktür sebebi araştırıldığında ise %59,1'i cinsel ilişki sırasında olduğunu belirtmiştir. Hastaların acil başvuru bulguları ve özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir. Hastalar anamnezlerinde %39,1'i ani gelişen ereksiyon kaybı (detümesans) olduğunu, %30,4'ü ise penisten ses gelmesi bulgularını teyit etmişlerdir. Hastaların acil serviste yapılan fizik muayene bulgularında; hastaların %87'sin de penil hematoma, %13'ün de perianal/skrotal hematoma saptanmıştır. Hastaların %40,9'una herhangi bir görüntüleme yöntemi yapılmadan anamnez ve

Tablo 1. Hastaların acil başvuru bulguları ve özellikleri

		n=22
Yaş (yıl) (mean±SD)		42,5±14,2
Acil servise başvuru bulguları	Peniste morarma n (%)	16 (72,7)
	Peniste ağrı n (%)	4 (18,2)
	Diğer (Testiküler ağrı, kasık ağrısı vb.)	2 (9,1)
Penil fraktür sebebi	Cinsel ilişki n (%)	13 (59,1)
	Kapıya çarpma / sıkıştırma n (%)	7 (31,8)
	Diğer (Penisi istemli bükme, uykuda penisin üstüne yatma vb.) n (%)	2 (9,1)

fizik muayene bulguları ile operasyona alınmıştır. %59,1'ine ise penil doppler ultrasonografi yapılmıştır. Ultrasonografide fraktür hattının yerini/varlığını raporlama oranı %38,5 olarak saptanmıştır. %61,5 hastada ise hematoma varlığı nedeni ile fraktür hattı görülemediği belirtilmiştir. Ultrasonografide fraktür varlığı net vurgulanan hastaların, cerrahi uygulanması sonrası yapılan fraktür yeri korelasyonunda ise %50 başarılı olduğu gözlemlenmiştir. Hastaların acil serviste üretral meada kan gözlenmesi nedeniyle çekilen retrograd üreterografi çekilmesi şüphesi, cerrahi uygulama sırasında teyit edilmiştir.

SONUÇ

Penil fraktürün en sık nedeni cinsel ilişki olup, tanısı tipik anamnez ve fizik muayene ile konulmaktadır. Üretral yaralanma şüphesi varlığında retrograd üreterografi çekilmesi faydalı olacaktır.

Ulusal Acil Tıp E-Kongresinde Sözel Bildiri olarak sunulmak istenmektedir

DİYABETİK OLAN VE DİYABETİK OLMAYAN AKUT İSKEMİK İNME HASTALARINDA OKSİDATİF STRESİN ROLÜ

SIRMA GEYİK¹, MAKSAT YAZJANOV², HÜLYA ÇİÇEK²

**¹GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI**

**²GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BİYOKİMYA ANABİLİM DALI**

Oksidatif stresin inme etyopatogeneziindeki rolü son yıllarda yoğun olarak araştırılmaktadır. Bu klinik çalışmada diyabeti olan ve olmayan akut inmeli olgularda oksidan ve antioksidan durumunun ilişkisi araştırılarak ilgili karşılaştırmalar yapılmıştır.

Çalışmaya 27'si (%28,4) diyabetli akut iskemik inme hastası, 36'sı (%37,9) diyabetli olmayan akut iskemik inme hastası, 32'si de (%33,7) sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 95 kişi dahil edilmiştir. 8-hydroxy 2 deoxyguanosine (8-OH-dG), Ürik asit, Total Antioxidant Status (TAS), Total Oxidant Status, (TOS), Nitrik oksit (NO), Tiyo Disülfid Dengesi,

parametrelerinin çeşitli faktörlerle ilişkisi incelenmiştir.

Bu çalışmada oksidatif stres belirteçlerinin akut inmeli hastalarda sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı yüksek olduğunu gözlemlerken, özellikle bazı belirteçlerin (native tiyol, total tiyol, dinamik disülfid, ürik asit) ve oksijen radikallerinin neden olduğu DNA hasarının bir göstergesi olan (8-OH-dG) değerlerinde diyabeti olan akut inmeli hastalarda, diyabeti olmayan akut inmeli hastalara göre anlamlı farklılık olduğunu gözlemledik.

Akut dönemde inme tedavisi ile birlikte hiperglisemiye müdahale ve antioksidan etkili tedavilerinde prognoz üzerine etkisi olabilir.

ANEVRİZMATİK SUBARAKNOİD KANAMA HASTALARINDA ENDOVASKÜLER TEDAVİ

MEHMET KOLU

HARRAN ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ,
RADIOLOJİ BÖLÜMÜ, ŞANLIURFA

GİRİŞ

Subaraknoid kanama (SAK) yüksek oranda morbidite ve mortaliteye sebep olan önemli bir sağlık sorunudur (1,2). SAK'ın %85 inden rüptüre intrakranial anevrizmalar sorumlu iken %10'u non-anevrizmal kanamalardır (3). Anevrizmal SAK'ta mortalite oranı %45-60 arasındadır (1). Tedavide cerrahi ve endovasküler embolizasyon olmak üzere iki tedavi yaklaşımı mevcuttur (4).

MATERYAL VE METOD

Mayıs 2018-Ocak 2020 tarihleri arasında, anevrizmal subaraknoid kanama (SAK) nedeniyle hastanemize başvuran 37 hasta çalışmaya dahil edildi. Bilgisayarlı tomografide SAK tespit edilen hastalara ilk 24 saat içerisinde kranial digital subtraction angiography (DSA) görüntüleme yapıldı ve endovasküler tedaviye uygun olduğu düşünülen 35 hastaya endovasküler embolizasyon yapıldı. Endovasküler tedavi tüm hastalarda başarı ile sağlandı. Embolizasyon sonrası kontrol anjiyografilerde hastaların %82,8' inde anevrizmaların tamamen kapatıldığı (RR1), %11,5' inde kısmen boyun kaldığı (RR2) ve %5,7' sinde anevrizmaların inkomplet kapatıldığı (RR3) saptandı. Prosedürel beş hastada (%14,2) komplikasyon gelişti. Toplamda on bir (%31,4) hasta ex oldu.

TARTIŞMA

SAK hastalarında mortalite oranları %45'in üstünde olup hayatta kalan hastalarda da ciddi morbidite oranları bildirilmektedir (1,3,5,6). Tedavide cerrahi ve endovasküler embolizasyon olmak üzere iki tedavi yaklaşımı mevcut olup endovasküler tedavinin ölüm ve bağımlı yaşam gibi uzun dönem sonuçlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir (7). Endovasküler tedavinin uzun dönem takiplerinde iki önemli problem rekanalizasyon ve tekrar kanama oranının cerrahiye göre daha yüksek olmasıdır (8,9,10). Yeni koil, intrakranial stent ve intrakranial balon gibi ürünlerdeki teknolojik gelişmeler rekanalizasyon oranlarının belirgin derecede düşmesini sağlamıştır (11,12). Ayrıca endovasküler işlem esnasında anevrizma içinin sıkı koillenmemesi de takipte rekanalizasyon açısından önemli bir faktördür.

SONUÇ

Sonuç olarak; bu çalışmada rüptüre anevrizmalarda endovasküler tedavi erken dönemde yüksek teknik başarı oranı, düşük komplikasyon, mortalite oranları ve yüksek oranlarda total anevrizma kapanma oranları saptanmıştır. Rüptüre anevrizmalarda endovasküler tedavi uygulanabilir, güvenli ve etkili bir tedavi yöntemi olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAK

1. Bederson JB, Connolly ES Jr, Batjer HH, Dacey RG, Dion JE, Diringer MN, et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. Stroke 2009; 40: 994-1025.
2. D'Souza S. Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. J Neurosurg Anesthesiol 2015; 27: 222-40.
3. Van Gijn J, Kerr RS, Rinkel GJ. Subarachnoid haemorrhage. Lancet 2007; 369: 306-18.
4. T.J. Phillips, R.J. Dowling, B. Yan, et al., Does treatment of ruptured intracranial aneurysms within 24 hours improve clinical outcome? Stroke 42 (7) (2011 Jul) 1936-1945.
5. Hijdra A, Braakman R, van Gijn J, Vermeulen M, van Crevel H. Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: complications and outcome in a hospital population. Stroke. 1987; 18: 1061-1067.
6. Hop JW, Rinkel GJ, Algra A, van Gijn J. Changes in functional outcome and quality of life in patients and caregivers after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. J Neurosurg. 2001; 95: 957-963.
7. Yao Z, Hu X, Ma L, You C, He M. Timing of surgery for aneurysmal subarachnoid hemorrhage: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Surgery 48 (2017) 266-274.
8. van Rooij WJ, Sluzewski M, Beute GN, Nijssen PC. Procedural complications of coiling of ruptured intracranial aneurysms: incidence and risk factors in a consecutive series of 681 patients. AJNR Am J Neuroradiol 2006; 27:1498-1501.
9. Plowman RS, Clarke A, Clarke M, Byrne JV. Sixteen-year single-surgeon experience with coil embolization for ruptured intracranial aneurysms: recurrence rates and incidence of late rebleeding. J Neurosurg 2011; 114:863-874.
10. Henkes H, Fischer S, Weber W, et al. Endovascular coil occlusion of 1811 intracranial aneurysms: early angiographic and clinical results. Neurosurgery 2004; 54:268-280.
11. Geyik S, Yavuz K, Ergun O, Koc O, Cekirge S, Saatci I. Endovascular treatment of intracranial aneurysms with bioactive Cerecyte coils: effects on treatment stability. Neuroradiology 2008; 50:787-793.
12. Ferns SP, Sprengers ME, van Rooij WJ, et al. Coiling of intracranial aneurysms: a systematic review on initial occlusion and reopening and retreatment rates. Stroke 2009; 40:523-529.