

11. ULUSAL ACIL TIP KONGRESİ

Rixos Sungate Hotel / Antalya

16-19 Nisan 2015

2nd Intercontinental Emergency Medicine Congress International

Critical Care and Emergency Medicine Congress

16-19 April 2015



BİLDİRİ ÖZETLERİ

www.acil2015.org

BİLİMSEL SEKRETERYA



Acil Tıp Uzmanları Derneği

ACIL TIP UZMANLARI DERNEĞİ

Yukarı Ayrancı Gülerüz Sk. No: 26/19 Çankaya / Ankara

T: +90 312 426 12 14 F: +90 312 426 12 44

info@atuder.org.tr / www.atuder.org.tr

ORGANİZASYON SEKRETERYASI



KONGRE VE ORGANİZASYON

İcadiye Cad. No: 3 Kuzguncuk 34674, İstanbul

T: +90 216 310 11 00 F: +90 216 310 06 00

info@genx.com.tr / www.genx.com.tr

facebook.com/GENXKONGRE twitter.com/GENX_KONGRE

ORAL PRESENTATIONS

CASE: A 25 years-old man presenting to emergency service with car accident. Patient had neck, back and chest pain. His vital signs and physical examination were normal. There is no pathology on ECG. Laboratory tests were normal. Free air were seen on poster anterior lung graphy and thorax tomography in mediastinum. There is no pneumothorax or hemothorax and there is no intubation before hospitalization. The patient admitted to thorax surgery service for observation.

RESULT: Isolated pneumomediastinum without pneumothorax, hemothorax or esophagus injury seen rarely in thorax traumas. This kind of patients should observe for the complication risks like mediastinitis that can be mortal.

KEYWORDS: pneumomediastinum, trauma, mediastinitis

SS-056 Travma acilleri

Paediatric Traumatic Asphyxia

Murat Carus, Hatice Topcu, Furkan Ozel, Fatih Comez, Ozlem Uzun, **Fatih Buyukcam**

Department of Emergency Medicine, Bagcilar Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

OBJECTIVE: Traumatic asphyxia (Perthes syndrome) is a triad of cyanosis in head and neck region, petechia and subconjunctival haemorrhage. This syndrome typically develops after severe thoracic and/or upper abdominal trauma which generally occurs during motor vehicle accidents. Symptoms arise due to closure of glottis with deep inspiration and increased intrathoracic pressure. Clinical picture varies in a spectrum from mild symptoms to coma. The aim of presentation of this case is to review the management of paediatric cases with blunt cervical trauma presenting with traumatic asphyxia.

CASE: A 2 year-old boy was brought to the emergency clinic by 112 emergency ambulance services due to cyanosis secondary to a home accident. Anamnesis revealed that his neck was squeezed with a plastic toy in the shape of a hand cuff. His past history and family history were nonspecific. His vital signs at arrival were as follows: Arterial blood pressure: 110/70 mmHg, Pulse: 100 beats/min, Respiratory rate: 20/min, SpO2: 98%, Temperature: 36.5 C. He was oriented, cooperated and conscious. His Glasgow Coma Scale was 15 (E4, M6, V5), pupilla were bilateral isochoric and bilateral light reflexes were positive. His head and neck region was mildly cyanotic and there were numerous petechia, strangling sign at both sides of the neck and bilateral subconjunctival haemorrhage (Figure 1). Computed tomography of the brain and cervical vertebra that were ordered due to blunt cervical trauma were interpreted as natural. Laboratory values performed for evaluation of the patient who was exposed to asphyxia were nonspecific. The patient was followed-up for four days at the observation room without development of any complications and was discharged with an outpatient follow-up plan.

CONCLUSION: Traumatic asphyxia is a rare condition and most of the cases develop following motor vehicle accidents. Other mechanisms of occurrence of the condition are crushing under a heavy machine or furniture and more rarely deep sea diving, epileptic seizure, difficult birth and asthma attack. In this present case, clinical findings had developed due to an increased pressure secondary to a trauma to the cervical region. Accompanying pathologies in addition to the respiratory disorders should be searched in a patient who is brought to the emergency service with asphyxia and those patients should be closely monitored for the management of life threatening injuries.

KEYWORDS: Traumatic asphyxia, blunt cervical trauma, paediatrics

SS-057 Kardiyovasküler aciller

Acil Servise Sol Yan Ağrısı İle Gelen Non-travmatik Şok Olgusu: Abdominal Aort Anevrizma Ruptürü

Taner Şahin, Fatih Tutucu, Mustafa Oğuz Cumaoğlu, **Bahadır Karaca**, Mehmet Yılmaz, Hüseyin Çebiçi

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

GİRİŞ-AMAC: Hipotansiyon ve şok acil servis hekimlerinin sık karşılaştığı hayatı tehdit eden durumlardır. Doğru tanı ve hedefe yönelik tedavi sağkalm için şarttır. ACES (Abdominal and Cardiac Evaluation with Sonography in Shock) protokolü ise non-travmatik hipotansiyon ve şok tespit edilen hastalarda yaşam kurtarıcı bir protokoldür. Acil servise ani başlayan sol yan ağrısı ve soğuk terleme ile gelen olguyu inceledik.

OLGU: 75 yaşında özgeçmişinde hipertansiyon olan ancak düzenli ilaç alımı olmayan erkek hasta 15 dakika öncesinde aniden başlayan ve şiddeti gittikçe artan sol yan ağrısı ile geldi. Travma öyküsü yoktu. Yapılan fizik muayenede şuuru açık, cilt soğuk, soluk ve terli, tansiyon arteriyel (TA): 90/60 mmHg, nabız(N):110/dk, solunum sayısı(SS): 20/dk, ateş:36,5°C idi. Sol kosta-vezebral açığı hassasiyeti(CVAH) vardı. Rektal tuşesi kolik gayta idi. Sol flank bölgesinde hiperemisi mevcuttu. Yatak başı bakılan USG de(ACES) sol hepato-renal aralıkta ve rekto-vezikal alanda serbest sıvı görünümü mevcuttu. Hastaya geniş lümenli periferik damar yoluyla bolus sıvı başlandı. Kan grubu ve crossmatch için kan alındı. İdrar sondası takıldı. İdrar rengi koyu sarı olarak görüldü. Bakılan hemogramında hemoglobin(Hg):12.2 gr/dL, hematokrit(HCT): % 41.1, platelet(Plt): 202*10³/uL idi. Hasta IV kontrastlı bilgisayarlı tomografi(BT) görüntüleme tetkikine alındı. Takibinde TA:70/55 mmHg N: 138/dk oldu ve hastaya acil kan istendi.1 saat sonrasında kontrol Hg: 9.7gr/dL,HCT: % 31.8, Plt: 174*10³/uL oldu. Ağrısı şiddetlendi ayrıca sol bacakta parestezi gelişti. Ağrı kontrolü için 1.5 mikrogram/kg IV fentanil uygulandı. BT de abdominal aorta adrenal düzeyden başlayıp iliak bifürkasyona kadar uzanım gösteren en geniş yerinde 115 mm çapında, sol perirenal alanda psoas kasına kadar uzanım gösteren hematoma ile uyumlu infrarenal düzeyde aorta sol lateralden hematoma içine ekstrevasyona, abdominal aort anevrizma(AAA)ruptürü ile uyumlu olabilecek görünüm izlendi. Ayrıca her iki ana iliak arter normalden geniş izlendi. Hastaya kendi grubundan kan istemi yapılarak, kalp ve damar cerrahisi ile konsülte edildikten sonra hasta acil ameliyata alındı. Ameliyatta aorta grefti konulup anastomoz yapıldıktan sonra yoğun bakımda 3 gün takip sonrası KVC servisine yatırılıp postop 10.günde şifa ile taburcu edildiği öğrenildi.

SONUÇ: AAA' da mortalite acil şartlarda yapılan operasyonlarda %40-60 gibi yüksek değerlerdedir. AAA' ya bağlı ölümleri azaltmak için erken tanı ve uygun zamanda gerekli girişim önemlidir. ACES protokolü ile yatak başı USG acil hekimlerine tanı koyma aşamasında kolaylık ve zaman kazandırmaktadır. Yatak başı USG travmada olduğu gibi travma dışı şok bulguları olan hastalarda da acil servise acil hekimleri tarafından yaygın olarak kullanılmalı ve bilinmelidir.

ANAHTAR KELİMELE: AAA (Abdominal Aort Anevrizma) Ruptürü,ACES(Abdominal and Cardiac Evaluation with Sonography in Shock),Şok,

SS-058 Travma acilleri

İstanbul Adalarında Meydana Gelen Bisiklet Kazalarının Analizi

Emin Gökhan Genç, Can Üner, Sinan Karacabey, Yavuz Yiğit, Özlem Güneşel

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

İstanbul Adalar İlçesi motorlu araç trafiğine kapalı olması nedeni ile bir çok yerli ve yabancı turist için bir bisiklet parkuru olarak işlev görmektedir. Adaya gelen turistlerin çoğunun bisiklet kullanımı konusunda tecrübesiz olması, bisikletlerin genellikle kiralık olması ve teknik bakımlarının yapılmaması ve yollarının tehlikeli olması gibi faktörler bisiklet kazalarının sık görülmesine neden olmaktadır. Ayrıca kask, dizlik, eldiven gibi koruyucu ekipman kiralanmaması da yaralanmaların şiddetini arttırmaktadır.

Adalarda olan her çeşit acil durumda başvuru hastanemize olmaktadır.

Çalışmamızın amacı bisiklet kazalarının da şiddetli yaralanmalara neden olabileceğini göstermek ve kullanımları ve koruyucu ekipman giyilmesi zorunluluğu ile ilgili yasal boşluğa dikkat çekmek ve bu yolla yaralanmaların şiddetini azaltabilmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Hastanemiz travma resusitasyon alanına 1 Ocak 2013 ve 1 Ocak 2014 tarihleri arasında İstanbul ili Adalar ilçesinde bisiklet kazası geçirme nedeni ile başvuran hastaları inceledik.

Hastaların yaş, cinsiyet, kazanın oluş tarihi, yaralanma bölgesi, yaralanmanın türü, hangi branşlarla konsülte edildiği, hastaneye yatırılıp yatırılmadığı ve tedavinin nasıl sonuçlandığı kayıt altına alınmıştır. Ayrıca hastalara kaza anında kask veya koruyucu ekipman takıp takmadıkları sorulmuştur.

BULGULAR: Saptanan 54 olgunun 28'eri erkek (%51,9)'u, 26'sı kadındır (%48,1). Yaşları 7 ile 51 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 23,50±10,95 yıl olarak saptanmıştır. Olguların %38,9'unun (n=21) kafa travması,%9,3'ünün (n=5) toraks, %7,4'ünün (n=4) batin, %38,9'unun (n=21) üst ekstremiteler, %46,3'ünün (n=25) alt ekstremiteler, %1,9'unun (n=1) ürojenital, %7,4'ünün (n=4) spinal ve %5,6'sının (n=3) maksillofasial travması vardı.

Yaralanmaların %74,1'inin (n=40) laserasyon abrazyon, %29,6'sının (n=16) uzun kemik, %1,9'unun (n=1) skull fraktürü, %5,6'sının (n=3) nazal fraktürü, %1,9'unun (n=1) subdural kanama, %1,9'unun (n=1) batin içi kanaması, %1,9'unun (n=1) pnömotoraks, %3,7'sinin (n=2) pelvik fraktür ve %11,1'inin (n=6) diş avülsyonu olduğu saptanmıştır. kazazedelerin %7,4'ü (n=4) beyin cerrahisi sevisinde, %1,9'unun (n=1) genel cerrahi, %1,9'unun (n=1) Ortopedi, %1,9'unun (n=1) KBB ve %1,9'unun (n=1) yoğun bakımda yatmış gözlenmiştir. Bir hasta ex olmuştur(%1,9).



POSTER BİLDİRİLER

angiography for aorta; aortic root dissection of the left iliac artery was found extending from the proximal portion. Then patient underwent surgery.

CONCLUSION: Aortic dissection may present with different clinical manifestations. Patients can be seen temporary improvement in symptoms when admitted to the emergency. Patients admitted to the emergency department should be monitored under close surveillance, new symptoms and signs should be considered and patients should be reassessed.

KEYWORDS: aorta dissection, chest pain, transient ischemic attack

PS-0131 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

A Case of Abdominal Pain; Rectus Sheath Hematoma

Mansur Kürşad Erkan, Arif Duran

Departments of Emergency Medicine, Abant İzzet Baysal University, Bolu, Turkey

OBJECTIVE: Rectus sheath hematoma is secondary to bleeding into the sheet of the rectus abdominis and pyramidalis muscles due to the rupture of epigastric artery or veins. One of the most important predisposing factors is anticoagulation therapy. Although ultrasonography is used as a first-line diagnostic tool in the diagnosis since it is easily available, rapidly performed and provides information about the localization of the mass, tomography reveals more specific results. Surgical or conservative treatment can be chosen. We presented here a case of a rectus sheath hematoma which is one of the rare causes of abdominal pain.

CASE: A 74 year-old female patient presented to the emergency service with abdominal pain. She had no diarrhea, constipation, vomiting or nausea accompanying the abdominal pain. She had atrial fibrillation and was on oral warfarin (coumadin) sodium in a dose of 5 mg/day. Her general condition was good, conscious and cooperated and oriented. Her blood pressure was 110/70 mmHg, pulse 94 beats/min., respiratory rate 16 breaths /min. and her body temperature was 36.7 °C. Inspection of abdomen was normal and her bowel sounds were normoactive. Palpation revealed diffuse tenderness in the abdomen, voluntary guarding and a palpable mass in the left lower quadrant. Her laboratory results were as follows: WBC: 10.3 K/uL, hemoglobin: 14.2 gr/dl, platelets: 190 K/uL, urea: 84mg/dl, creatinine: 1.37mg/dl, ast: 37, U/L, alt: 22U/L, Na: 138 mmol/L, K: 3.58 mmol/L, activated partial thromboplastin time: 46.8 sec., prothrombin time: 33.6 sec., INR: 3.30. Whole abdominal ultrasonography which was obtained for diagnostic purposes demonstrated that intraabdominal organs were normal and an area of hematoma was detected left lateral to the umbilicus measuring approximately 5x12x7 cm. Computed tomography of the abdomen without contrast enhancement demonstrated an intramuscular heterogeneous mass measuring approximately 70x57 mm, at the level of pelvic intro at the left paramedian localization of the abdomen and extending through the rectus abdominis muscle in the anterior wall of the abdomen (Figure 1,2). Rectus sheath hematoma was considered as the diagnosis and a general surgery consultation was requested. Surgical intervention was not chosen and she was admitted to the hospital for the purpose of follow-up in terms of bleeding.

CONCLUSION: In conclusion, rectus sheath hematoma is a diagnosis which should be considered in patients on anticoagulant treatment who present to emergency service with abdominal pain. Although it is rare, it should be kept in mind especially in elderly women using anticoagulation.

Keywords: Anticoagulant, bleeding, woman, elderly, rectus abdominis muscle.

PS-0132 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Pneumobilia: does it have clinical significance?

Ozcan Yavasi¹, Kamil Kayayurt¹, Ozlem Bilir¹, Gokhan Ersunan¹, Erhan Ugras¹, Baris Giakoup²

¹Department of Emergency Medicine, Recep Tayyip Erdogan University Research and Training Hospital, Rize, Turkey

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

INTRODUCTION: Pneumobilia is defined as the presence of air in the biliary system or as gas within the liver. It is usually iatrogenic and is frequently encountered following procedures such as endoscopic retrograde cholangiopancreatography, sphincterotomy or biliary surgery. It may represent a benign and clinically insignificant condition or may represent a life-threatening condition. The evaluation and treatment of pneumobilia requires early recognition and a thorough clinical history to determine when further intervention is necessary.

CASE REPORT: A 57-year-old male presented to the emergency department with complaints of crampy abdominal pain, nausea, vomiting and fever. He had a laparoscopic cholecystectomy operation 6 years ago and a percutaneous drainage operation was performed for an abscess in choleductus 2 months ago at another hospital. His vital signs were almost unremarkable except that of subfebrile fever of 37.4 °C. Her abdomen was distended and had slight tenderness on epigastrium and right upper quadrant. Laboratory results were; WBC: 15.5 K/uL, neutrophil: 14.3 K/uL, AST: 70 U/L, ALT: 469 U/L, amilase: 211 U/L and CRP: 10.7 mg/dL. There was not any air-fluid level at his standing abdominal x-ray, but caecum and descending colon were dilated with gas. There was no free air below the diaphragma. Bedside ultrasonography yielded highly reflective linear echoes with reverberation artefacts consistent with pneumobilia. A confirmatory computed tomography with intravenous contrast revealed dilated intrahepatic bile ducts filled with air. The patient was hospitalized by general surgeon. At tenth day he was discharged without any symptoms. Pneumobilia was thought to be the complication of abscess drainage. At his follow-up visits the patient was diagnosed as metastatic pancreatic cancer.

CONCLUSION: Although rare, the air can remain in the biliary tree for months or even years following biliary procedures it is not significant. The key is the discrimination between pneumobilia and portal air. Because pneumobilia may represent a benign and clinically insignificant condition whereas portal venous air may be a marker of ischemic or necrotic bowel.

KEYWORDS: biliary gas, pneumobilia, portal venous air

PS-0133 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Burn cases that are hospitalized in Şanlıurfa Education & Research Hospital

Mansur Kürşad Erkan¹, Ahmet Ceylan², Erhan Düzenli², Fatih Büyükcem³

¹Departments of Emergency Medicine, Abant İzzet Baysal University, Bolu, Turkey

²Department Of Emergency Medicine, Şanlıurfa Education And Research Hospital, Şanlıurfa, Turkey

³Department Of Emergency Medicine, Diskapi Yıldırım Beyazıt Education And Research Hospital, Ankara, Turkey

OBJECTIVE: The aim of this study is to search the epidemiologic characteristics of burns in the patients that are admitted with burn to the emergency department and hospitalized.

METHODS: The hospital records of 636 patients that are admitted with burn to the emergency department in 2012 and hospitalized in Şanlıurfa Education and Research Hospital, were investigated. Age, sex, burn causes, burn degree, anatomic localizations of burns, burn rate, and hospitalization duration were examined.

RESULTS: 383 (60.2%) of the patients were male. The mean age was 10.8. 441 (69.4%) of the burns were aroused from hot liquids. 568 of the patients had 2 to 3 degree burns. Mean burned body area was 14.72%. The most seen burn location was upper extremities.

CONCLUSION: Burns are seen mostly in men and children. Extremities are effected more than other parts of the body. Burns are mostly caused by hot liquids and the most frequent cause of burn that should be followed in intensive care unit, was electrical injuries.

KEYWORDS: epidemiology, burn, burns in children, hospitalization



POSTER BİLDİRİLER

PS-0198 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Beyin Sapı İnfarktına Bağlı İzole Oküломotor Sinir Felci: Olgu Sunumu

Feride Sinem Akgün¹, Miraç Ayşen Çakmak², Fatih Öner Kaya³, Mehmet Ediz Sarıhan⁴, Sibel Karşıdağ²

¹ Maltepe Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İstanbul

² Maltepe Üniversitesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

³ Maltepe Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁴ İnönü Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Malatya

GİRİŞ: Beyin sapı infarktıyla birlikte görülen oküломotor sinir felcinde pitoz, dışa ve aşağı deviasyon, içe, yukarı ve aşağı bakış kısıtlılığı ve midriasis görülür. Pupil tutulumunun olduğu oküломotor sinir felcinin en sık ve en acil nedeni anevrizmalardır. Pupilin korunduğu oküломotor felcinin ise en sık sebebi sinirin diyabet ve hipertansiyon nedeniyle mikrovasküler iskemisidir. Biz bu olguda 50 yaşında diyabetik ve hipertansif bayan hastada gelişen beyin sapı infarktına bağlı izole oküломotor sinir felcini sunduk.

OLGU: Elli yaşında bayan hasta acil servisimize bir gün önce başlayan sağ göz kapağında düşme, baş dönmesi ve çift görme şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, diyabetes mellitus ve koroner arter hastalığı olduğu ve bu nedenle ilaçlar kullandığı öğrenildi. Acil servise geldiğinde TA: 140/60 mm-Hg, Ateş: 36°C, Nabız:110/dk; sağ gözde tam pitoz, dışa ve aşağı deviasyon, içe yukarı bakış kısıtlılığı mevcuttu. Pupiller izokorik, ışık refleksi ++/++ ve diğer nörolojik muayeneleri doğaldı. Acil serviste nöroloji ve dahiliye görüşleri alındı ve kranial diffüzyon MR çekildi. MR'da mezensefalonda sağ tarafta ve sol serebellar hemisferde infarkt alanları tespit edildi. Hasta oküломotor sinir felci tanısı ile ileri tetkik ve tedavi amacıyla nöroloji kliniğine yatırıldı. Takiplerinde Karotis ve Vertebral Arter Doppler USG (RDUS) ve Transtorasik Ekokardiyografi yapıldı. Hastanın medikal tedavisine coumadin eklenerek şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Etiyolojisi; anevrizma, mikrovasküler infarkt, neoplazi, migren, travma ve inflamatuvar sebepler gibi oldukça geniş olan oküломotor sinir felcinin acil servis doktorları tarafından hatırlanması ve hızlı bir şekilde tetkiklerinin yapılması önemlidir.

ANAHTAR KELİMELE: Acil servis, Diyabetes mellitus, İnfarktüs, Oküломotor sinir felci

PS-0199 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Ani başlayan bilinç değişikliğinin nadir bir nedeni: Fahr Hastalığı

Murtaza Kaya, Ali Atilla Aydın, Sedat Bilge, Cengiz Kaya

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Fahr hastalığı; bazal ganglionlar, serebellar dentat nükleus ve beyaz cevherde bilateral ve hemen daima simetrik olarak kalsiyum ve diğer minerallerin depolandığı nadir bir hastalıktır. Klinik bulguları sıklıkla parkinsonizm, distoni, tremor, kore, ataksiye ek olarak demans ve duyu durum bozukluklarıdır. Genel olarak tanı kriterleri bilateral bazal ganglionlarda kalsifikasyon, progresif nörolojik disfonksiyon, metabolik, enfeksiyon, toksik ve travma gibi nedenlerin yokluğu ile otozomal dominant kalıtım gösteren aile hikayesidir. Bu makalede ani bilinç değişikliği nedeni ile başvuran ve nadir bir hastalık olan Fahr Hastalığı tanısı alan hastamız sunulmaktadır.

OLGU: 89 yaşında bayan hasta bir saat önce başlayan bilinç bulanıklığı nedeni ile acil servise getirildi. Vital bulguları TA: 122/58 Nb:79/dk. SaO2:%95 ve Ateş:36,5 C idi. HT ve DM nedeni ile takip edilen hastanın kolesistektomi ve tiroidektomi öyküsü mevcuttu. Fizik incelemede nörolojik muayenesinde şuuru açık, oryantasyon ve kooperasyon kısıtlı lateralizasyon, motor duyu defisiti yoktu. Cilt soluk renkteydi ve diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Biyokimyasal tetkiklerinde Hb:6.8 gr/dl ve Ca:5.59mg/dl olması dışında normaldi. Rektal tuşesinde meleno gözlenmedi. Çekilen Beyin tomografisinde her iki sentrum semiovale ve periventriküler beyaz cevherde, bazal ganglionlar bölgesinde, her iki serebellar hemisferde simetrik yoğun kalsifikasyon ve sol parietal lob lateral ventrikül komşuluğunda kalsifik alan içerisinde minimal fokal hipodens alan olduğu ve Difüzyon MR'ında akut infarkt ve difüzyon kısıtlılığı olmadığı raporlandı. Takiplerinde klinik düzelmeye gözlenen, anemisi nedeni ile eritrosit süspansiyonu planlanan hasta nöroloji kliniğinin görüş ve önerileri ile poliklinik kontrolüne gelmek üzere tedavisi planlanıp taburcu edildi.

SONUÇ: Ani bilinç değişikliği olan hastalara çekilen beyin tomografileri acil serviste yorumlanırken, ilk olarak kanama odağı olarak düşünülebilir. Ancak tomografideki bulguların bilateral bazal ganglionlarda kalsifikasyon şeklinde olması, intrakraniyal kalsifikasyonun nadir nedenlerden biri olan Fahr hastalığını da ayırıcı tanıda düşünmemiz uygun olacaktır.

ANAHTAR KELİMELE: Fahr Hastalığı, Bilgisayarlı Tomografi, Kalsifikasyon

PS-0200 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Faktör V Leiden mutasyonu olan hastada basillik ven trombüsü

Muhammed Yaşar Sever¹, Nedim Uzun¹, Mustafa Yalimol¹, Eldar Bekeshev², İlker Torun¹, Orhan Kaya¹, Ramazan Ünal¹, Nuşin Yalimol¹, Fatih Büyükcım¹

¹ Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

² Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Faktör V Leiden mutasyonu (G1691A) kalıtsal bir pıhtılaşma bozukluğudur. Protein C'nin aktivitesine direnç göstermesi patogeneze yer almaktadır. Mutasyon 506. aminoasit pozisyonundaki tek bir nükleik asit yer değiştirmesi (GDA) sonucu oluşur. Faktör V Leiden mutasyonu ve Faktör II mutasyonu derin ven trombozunda en sık karşılaşılan kalıtsal geçişli risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Yüzeyel ven trombozuna nadir olarak neden olduğu bilinmektedir. Bu sunuda faktör V Leiden mutasyonu olan olguda saptanan basillik ven trombozu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: 42 yaşında erkek hasta sağ üst kol iç bölgesinde şiddetli ağrı ve nefes darlığı yakınması ile acil servisimize başvurdu. Daha önce tekrarlayan tromboemboli öyküsü nedeni ile araştırılan ve faktör V Leiden gen mutasyonu tanısı alan hasta oral antikoagulan tedavi (Warfarin sodyum) ve subkutan enoksaparin sodyum kullanmakta idi. Fizik muayenede her iki üst ekstremité arasında çap, sıcaklık, renk farkı yoktu. Diğer fizik muayene bulguları doğal olan hastanın laboratuvar tetkiklerinde D-Dimer 0.85 µg/L, INR: 1.03, kan gazında pH: 7.37, pCO2: 44.5mmHg, pO2:70mmHg, diğer biyokimyasal tetkikleri normaldi. Hastada pulmoner emboli ön tanısı düşünülerek pulmoner anjiyografi ile değerlendirildi ve hastada emboli saptanmadı. Sağ kolda ağrı yakınması nedeni ile yapılan üst ekstremité doppler ultrasonografi tetkiki ile basillik ven trombüsü saptandı

SONUÇ: Faktör V Leiden gen mutasyonu tanısı almış hastalarda antikoagulan tedavi almasına rağmen INR değerinin tedavi hedefinin altında olması tekrarlayan tromboemboliye neden olmaktadır. Faktör V Leiden mutasyonu olan hastalarda üst ekstremité ağrılarında yüzeyel ven trombüsü ayırıcı tanıları arasında yer almalıdır.

ANAHTAR KELİMELE: basillik ven trombüsü, faktör v leiden, tekrarlayan trombo emboli, yüzeyel ven trombüsü

PS-0201 Dahili Aciller (Nöroloji, Enfeksiyon, Göğüs, Dahiliye, vb.)

Genç Hastada İskemik Serebrovasküler Olay

Harika Gündüz, Ertuğrul Altınbilek, Güleser Akpınar, Derya Öztürk, Duygu Kara, Murat Bozkurt, İbrahim İkizceli

Şişli Hamidiye Etfal eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği/İstanbul

GİRİŞ: Kalp kökenli emboli (KKE) tüm iskemik serebrovasküler olayların (SVO) 1/6 ile 1/4'ünden sorumludur ve aterosklerozdan sonra en sık iskemik SVO sebebidir (1-2). KKE' nin en sık sebepleri atrial fibrilasyon, iskemik kalp hastalığı, kalp kapak protezleri ve romatizmal kalp kapağı hastalığıdır. Genç hastalarda KKE diğer nedenlere göre daha fazla ortaya çıkmaktadır

Gelişen tedavilere rağmen infektif endokarditte iskemik SVO riski %15-20 civarında seyretmektedir. İskemik SVO' nun hemen tamamı hastanın gelişinde veya endokarditin teşhisinden sonraki ilk 48 saat içerisinde gözlenir. Tedavi uygun antibiyotiklerdir. Embolinin tekrarlaması antibiyotik tedavisinin etkisizliğine işaret eder.

OLGU: 25 yaşında erkek hasta diyaliz sonrası, baş ağrısı, kusma, sol kol ve bacadaki güçsüzlük ve bilinç kaybı olması nedeniyle acil servisimize gelmiştir. Öyküsünde bilinen kronik böbrek yetmezliği, haftada 3 gün diyaliz öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde bilinç uykuya meyilli, anlamsız sesler şeklinde verbal çıktısı var, sol nazolabial sulkus silik, sol hemiplejik, TA: 130/100, KTA: 100/dk, Ateş: 36,5, C°, solunum sesleri doğal, S1+S2 ritmik taşikardik tüm odaklarda 5-6/6 pansistolik üfürüm mevcuttu, batin muayenesinde özellik yoktu. Laboratuvar bulgularında WBC:19,07 K / uL (4-11 K / uL), HB:14 g / dL (13 to 17.5 g / dL), PLT:286 K / uL (150 – 400 K / uL), Glukoz: 152 mg/dl (82-115 mg/dl), Üre: 41,1 mg/dl (0-50 mg/dl), Kreatin:3,45 mg/dl (0-1,17 mg/dl), LDH: 351 U/L (135-214 U/L), Na:131 mmol/l (136-145 mmol/l), K:4,4 mmol/l (3,5-5,1 mmol/l), Troponin:0,189 ng/mL (<0.12 ng/mL), CK-MB:0,74 ng/mL (0-4.88 ng/mL), CRP:139,7 mg/L (0-5 mg/L) olarak izlendi. EKG: Sinüs ritminde idi. ST değişikliği yoktu. SVO ön tanısı ile çekilen kranial tomografide akut lezyon yoktu. Diffüzyon MR' da sağ MCA total infarkt ve minimal shifti mevcuttu (resim1). Nöroloji ile konsülte edilen hasta iskemik SVO tanısı aldı. Pansistolik üfürüm nedeni ile kardioloji ile konsülte edildi. Hastaya yapılan ekokardiyografide,



POSTER BİLDİRİLER

terventriküler septum kalınlığı, sol atriyum çapı, sol ventrikül diyastolik disfonksiyon, aort yetmezliği, mitral yetmezliği, triküspit yetmezliği, pulmoner arter basıncı, sağ atriyum ve ventrikül büyüklüğü, perikardiyal mayı, asendan aorta ölçümleri açısından kardiyolog ile acil tıp hekimi arasında anlamlı bir tutarlılık tespit edildi ($p<0.001$). Sol ventrikül posterior duvar kalınlığı ölçümü için ise anlamlı bir tutarlılık tespit edilemedi ($p=0.415$).

SONUÇ: Bu çalışma ile acil tıp hekimlerinin, seçilmiş TTE parametreleri için yatak başı TTE uygulamasını doğru ve güvenilir bir şekilde yapabileceği görülmüştür.

ANAHTAR KELİMELE: Acil Tıp, Dispne, Ekokardiyografi, Transtorasik Ekokardiyografi

PS-0348 Acilde görüntüleme

SSkafolunat koalisyonunda fraktür: Nadir bir olgu

Önder Yeniçeri¹, Neşat Çullu², Halil Beydilli³, Mehmet Deveer², Rabia Mihriban Kılınç³

¹Special Yücelen Hospital, Department of Radiology, Mugla, Turkey

²Mugla Sitki Kocman University School of Medicine, Department of Radiology, Mugla, Turkey

³Mugla Sitki Kocman University School of Medicine, Department of Emergency Medicine, Mugla, Turkey

GİRİŞ: Karpal koalisyon tek başına veya diğer konjenital anormalliklerin bir parçası olarak görülebilen nadir bir anatomik varyasyondur. Osseöz ve nonosseöz olmak üzere iki tipi vardır. Osseöz tipte koalisyon oluşturan karpal kemikler birleşip tek bir blok kemik oluşturur. Nonosseöz tipte ise kemikler birbirine ya kırık veya fibröz doku ya da her ikisi ile birleşmiştir. İnsidansı beyazlarda yaklaşık % 0,1 iken Afrika'nın batısında yaşayan bazı halklarda % 9,5'a kadar çıkmaktadır. Karpal koalisyonların en sık görülen tipi lunatum ile triquetrum arasında olanıdır (lunotriquetral). Bunu kapitatum ile hamatum (kapitohamat) arasındaki koalisyon takip eder. Skafoideum ile lunatum (skafolunat) arasındaki koalisyon nadir olan bir tip olup tüm karpal koalisyonların yaklaşık %2'sini oluşturur. Karpal koalisyonlar genellikle asemptomatik ve genelde fonksiyonel bir defsite de neden olmazlar.

OLGU SUNUMU: 21 yaşında erkek olgu el bileğini ani şekilde hiperekstansiyona zorlayan travma sonrası ağrı nedeni ile acil servisimize başvurdu. Muayenesinde skafoid kemik üzerinde hassasiyet mevcuttu. İlk grafisinde skafoid ile lunate kemik arasında inkomplete füzyonu düşündüren görünüm izlendi ve analjezik önerilerek hasta taburcu edildi. Ağrısının devam etmesi üzerine çekilen MRG'de skafoid ve lunat kemikte koalisyon ve koalisyon düzeyinde fraktür mevcuttu. Her iki kemik yapıda yaygın ödem mevcuttu. Sol el bileği atele alındı.

SONUÇ: Karpal koalisyonunda fraktür ileri derecede nadir bir durumdur. Üstelik koalisyon tek tarafı ve fraktür hattı füzyon bölgesinde ise yanlışlıkla inkomplete bir koalisyon olarak değerlendirilip gözden kaçabilir. Bu tip olgularda MRG'de füzyone kemiklerde izlenen ödem inkomplete koalisyonları fraktürlerden ayırt etmede oldukça yararlıdır.

ANAHTAR KELİMELE: skafolunat fraktür, acil servis, MRI

PS-0349 Acilde görüntüleme

Kemik Pelvis Sağ Kesiminde Renal Kros Ektopili Olguda Akut Apendisit

Berrin Demir¹, Sultan Tuna Akgöl Gür², Muhammet Demir³, Ahmet Yalçın⁴

¹Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, ERZURUM.

²Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İlk ve Acil Yardım Bölümü, ERZURUM

³Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Bölümü, ERZURUM

⁴Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, ERZURUM.

GİRİŞ-AMAC: Füzyonlu renal kros ektopi nadir görülen bir varyasyondur. Bu çalışmada acil servise sağ alt kadrana lokalize karın ağrısı nedeniyle başvuran ve akut apandisit tanısı alan, sağ pelvik renal kros ektopili olgu aracılığı ile, acil servise karın ağrısı şikayetiyle başvuran tüm olgularda karın ağrısı, mevcut anomaliye bağlanmamalı, ayırıcı tanıda akut apandisit tanısının mutlaka düşünülmesi gerektiğini amaçladık.

OLGU: Karın ağrısı nedeni ile acil servisimize başvuran elli iki yaşındaki erkek hasta fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Yapılan laboratuvar incelemede beyaz küre 15000 ile normalin üzerinde saptanmıştı. Olguya akut apandisit ve renal kolik ön tanıları ile ultrasonografi istenmiştir. Yapılan ultrasonografi tetkikinde kemik pelvis sağ kesiminde füzyon anomali gösteren renal kros ektopi saptanmıştır. Ancak eş zamanlı olarak çekimde duvar ödemi ve çekumdan çıkan, retroçekal uzanım gösteren, 10 mm çaplı, aperistaltik komprese edilemeyen, duvarı ödemli tübüler yapı izlenmiştir. Olgu akut apandisit tanısı ile Genel Cerrahi Kliniğine yatırılmıştır. Operasyon sonrası patoloji raporu akut apandisit şeklinde belirtilmiştir.

SONUÇ: Akut apandisit genç yaşta daha sık görülmesine rağmen her yaşta ve her cinsten karşılaşılabilecek önemli bir cerrahi hastalıktır. Tanısal yaklaşımda hikaye, fizik muayene, radyoloji ve laboratuvar bulgularının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi son derece önemlidir. Bu olgu sonucunda karın ağrısı özellikle sağ alt kadrana lokalize karın ağrısında mevcut klinik nadir görülen sağ alt kadranda yerleşim gösteren varyasyonel oluşumlar ile ilişkilendirilmemesi mutlaka akut apandisit tanısı dışlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELE: Apendisit, karın ağrısı, renal kros ektopi

PS-0350 Acilde görüntüleme

Öksürme Sonrası Gelişen Spontan Rektus Kası Hematomu

Süleyman Altun, Sema Avcı, Fatih Büyükcami, Ali Şahin, Nezih Kavak, Rıdvan Sarıkaya

S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Rektus kılıf hematomu akut karın ağrısının nadir bir nedeni olmakla beraber iyi bilinen patogenezi, kliniği ve tedavisi mevcuttur. Rektus kılıf hematomunun ayırıcı tanısında, akut inflamatuvar karın ağrıları ve intraabdominal tümörler invaziv işlem açısından akılda tutulmalıdır. Rektus kılıf hematomu, kadınlarda, beyaz ırkta ve ileri yaşta daha sık görülmektedir. Travma, antikoagülan kullanımı, öksürük atakları, ani pozisyon değişimleri, astım-KOAH alevlenmesi, yakın zamanda geçirilmiş cerrahi, enjeksiyon ve gebelik rektus kası hematomu için bilinen risk faktörleridir. Yaşlılarda epigastrik venlerde gelişen ateramatöz değişiklikler damar cidarının elastikiyet azalmasına ve kanamaya zemin hazırlamaktadır. Rektus kası boyunca uzanan süperior ve inferior epigastrik venlerin kanaması kas içinde gelişen hematomdan sorumludur. Tedavi sıklıkla konservatif olup komplike vakalarda cerrahi, taze donmuş plazma gerekebilir. Bu olgu ile ileri yaş kadın hastada öksürük atağı sonrası gelişen rektus kılıf hematomu sunulması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU: 75 yaşında bayan hasta acil servise birkaç saatte devam eden öksürme sonrası başlayan karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Anamnezinden on yıldır diyabetes mellitus nedeniyle oral antidiyabetik kullandığı başka ek hastalık ve ilaç kullanımı öyküsü olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede genel durum iyi olan hastanın sağ alt kadranda hassasiyeti mevcut idi. Laboratuvar tetkiklerinde glukoz:304 mg/dL, üre:34 mg/dL, kreatin:0.56 mg/dL, wbc:12.8 10³ mq/L, platelet:298 10³ mq/L, INR:0.928 olan hastanın çekilen yüzeyel doku ultrasonografisinde sağ rektus kasında 110*95*43 mm boyutunda hipoeoik-heterojen görünüm izlenmesi üzerine çekilen abdomen bilgisayarlı tomografide sağ rektus kasında hematoma bağlı kalınlık ve dansite artışı izlendi. Acil serviste yapılan tetkik ve tedavinin ardından genel cerrahi servisine yatırılan hasta hemodinamisinin stabil seyretmesi üzerine yatışının dördüncü gününde şifa taburcu edildi.

SONUÇ: Acil servise akut karın ağrısı ile başvuran hastalarda akut inflamatuvar hastalıklar dışlandıktan sonra ayırıcı tanıda spontan gelişen rektus kası hematomu gibi patolojiler radyolojik görüntüleme yöntemleri ile ayırt edilmelidir.

ANAHTAR KELİMELE: spontan, rectus kası, hematoma

PS-0351 Acilde görüntüleme

Aort diseksiyonunu taklit eden nadir bir karın ağrısı sebebi: Median Arkuat Ligaman Sendromu

Sinan Genç, Hikmet Duymaz, Sertaç Güler, Hayri Ramadan, Yavuz Katırcı, Mehmet Okumuş

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Median Arkuat Ligaman Sendromu; diyafragmanın median arkuat ligamanının çölyak trunkusun proksimaline basısı sonucu ortaya çıkan abdominal anjinyayla karakterize, acil serviste nadir karşılaşılan bir karın ağrısı sebebidir. Ayırıcı tanıda aort diseksiyonu ve peptik ülser düşünülmelidir.

OLGU SUNUMU: 83 yaşında erkek hasta yemekten sonra olan şiddetli karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın travma öyküsü ve bilinen bir kronik hastalığı yoktu. Vital bulguları;



POSTER BİLDİRİLER

- KAYNAKLAR:**
1. Wong CH, Khin LW, Heng KS, Tan KC, Low CO (2004). "The LRINEC LaboratoryRothersofttissueinfections". Critical CareMedicine 32 (7): 1535–1541.
 2. Wang YS, Wong CH, Tay YK. Stagingof necrotizingfasciitisbased ontheevolvingcutaneousfeatures.Int J Dermatol. 2007 Oct;46(10):1036-41.
 3. Wall DB et al. A simple model to help distinguish necrotizing fasciitis from non necrotizing soft tissueinfection. J Am CollSurg. 2000 Sep;191(3):227-31.

ANAHTAR KELİMELEER: debridman,fasiit,nekrotizan,sezeryan

PS-0402 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Renal Kolik Tanılı Hastada Ayırıcı Tanı

Erkan Güvenç¹, Hacı Mehmet Çalışkan², Şeyhmus Kaya³, Ahmet Tuğrul Zeytin³, Barış Öztürk³, Fatih Çakmak⁴

¹Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, Acil servis, İZMİR

²Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Acil Servis,KIRŞEHİR

³Eskişehir Devlet Hastanesi, Acil Servis, ESKİŞEHİR

⁴Balıklığıl Devlet Hastanesi, Acil Servis, Ş.URFA

GİRİŞ-AMAC: Aort diseksiyonları, ölümlü sonuçlanabilecek acil kardiovasküler durumlardır. Klasik olarak aort diseksiyonu ani, şiddetli, yarıtcı göğüs, sırt, bel ve karın ağrısı ile karakterizedir. Genellikle ileri yaşlarda daha sık görülmekle birlikte erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülür. [1] Hastalığın gelişimindeki en önemli risk faktörü kontrolsüz hipertansiyondur. Kardiak tamponad, hipovolemik şok, inme ve miyokard infarktüsü ölümcül komplikasyonlarıdır. Perikardiyal, torasik ya da abdominal kaviteye rüptür olabilir. Bu hastalar daha çok yarıtcı tarzda göğüs ve sırt ağrısı ile karşımıza çıkabileceği gibi atipik şikayetlerle de acil servise başvurulabilir. [2]

OLGU: 54 yaşında erkek hasta acil servisimize sol yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde renal kolik öyküsü bulunan hastanın 24 saat içinde başlayan sol yan ağrısının artması ve karın ön bölgesine yayılması üzerine acil servise başvurmuş. Acil servise geliş vital bulguları TA:125/80 mmHg, Nabız:96 atım/dk, SS:26/dk, SpO2: %97, Ateş:36,5 °C olarak saptanan hastanın, yapılan laboratuvar sonuçlarında; Hb:14,9 g/dl, Htc:43,4, tam idrar tetkiki her sahada 2 eritrosit olarak değerlendirildi. İntravenöz uygulanan nonsteroid antienflamatuvar ilaç ve hidrasyon sonrasında semptomları gerilemedi. Acil serviste gözlem sırasında hastanın ağrısının artması ve presenkop gelişmesi üzerine tekrarlanan vital bulgularının; TA:80/45 mmHg, Nabız: 120/ dk olması üzerine hastada abdominal aort anevrizma rüptürü düşünülerek çekilen kontrastlı batin tomografisinde Abdominal aort distalinde, pulmoner arterlerin çıkışından sonra başlayan yaklaşık 10 cm çapa ulaşan, posteriordan aktif kanaması olan rüptüre aort anevrizması mevcuttu. Hasta cerrahi tedavi için üst merkeze sevk edildi.

SONUÇ: Acil servise yan ağrısı ve bel ağrısıyla başvuran hastalarda ölümcül bir tabloyla seyreden akut aort diseksiyonu tanısı akılda tutulmalıdır. Klinik şüphe durumunda gerekli tetkikler zaman geçirilmeden yapılmalı ve tanı konulmasında geç kalındığında mortalitenin artacağı akıldan çıkarılmamalıdır. Hızlı ve doğru tanılama süreci ile erken tedavi sağlanarak mortalite oranı azaltılabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Aort Diseksiyonu, Ayırıcı Tanı, Renal Kolik, Karın Ağrısı

PS-0403 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Portakal yeme sonrası gelişen mezenter arter iskemisi

Orhan Kaya, Ali Göksu, Ramazan Ünal, Özlem Uzun, Hatice Topçu Doğan, Fatih Büyükcım

BAĞCILAR EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ, ACİL TIP KLİNİĞİ, İSTANBUL

Mezenter iskemisi, genellikle barsak nekrozuna sebep olan bir akut karın nedenidir. Süperior mezenter arter trombozu ya da emboli, mezenterik venöz tromboz ve vazokonstriksiyon, düşük arteriyel akım ile birlikte olan mezenterik tıkalı olmayan iskemisi başlıca nedenleri oluşturmaktadır. 71 yaşında erkek hasta, acil servise ileus ön tanısı ile sevk sonucu getirildi. Hasta birkaç saat önce iki adet portakal yedikten sonra başlayan karın ağrısı ve ardından bulantılarının eşlik ettiğini ifade etti, aynı zamanda ishal şikâyeti de mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde bilinen KOAH ve atriyal fibrilasyon dışında hastalığı olmayan hastanın kronik ilaç kullanımı yoktu. Ayakta çekilen direk karın grafisinde yaygın hava sıvı seviyeleri olduğu tespit edildi. Kontrastlı batin tomografide süperior mezenter arter üzerine oturmuş akıma izin vermeyen trombüse bağlı sağ tarafta dalak, böbrek parankiminde hetorejen dağılımlı iskemik alanlar ve mezenter iskemisi izlendi. Acil servise karın ağrısı şikayeti ile gelen 60 yaş üstü, atriyal fibrilasyonu olan hastalarda karın ağrısı nedeninin mezenter iskemisi olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu olguda da görüldüğü gibi basit bir ishal vakasını taklit edecek şekilde olgular görülebilmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: atriyal fibrilasyon, yaşlı, ishal, mezenter iskemisi

PS-0404 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

Öksürük sonrası gelişen subaraknoid kanama

Orhan Kaya, Muhammed Yaşar Sever, Ali Göksu, Ramazan Ünal, Emin Uysal, Fatih Büyükcım

BAĞCILAR EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ, ACİL TIP KLİNİĞİ, İSTANBUL

GİRİŞ: Subaraknoid kanamalı hastaların %20'sinde neden saptanamaz ayrıca %20'sinde kan basıncını yükselten aktivitelerden sonra ortaya çıkar. Burada öksürük sonrası ortaya çıkan subaraknoid kanama olgusu sunuldu ve tartışıldı.

OLGU: Otuzüç yaşında erkek hasta, öksürük sonrası ani başlayan baş ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın bilgisayarlı beyin tomografisinde sağ temporoparietal bölgede subaraknoid kanama ile uyumlu alanlar tespit edildi.

TARTIŞMA: Hipertansiyon, sigara, polikistik böbrek hastalığı, aşırı alkol tüketimi, ailede subaraknoid kanama öyküsü, aort koarktasyonu, marfan sendromu ve ehlers-danlos sendromu tip 4 subaraknoid kanama için risk faktörleridir. Bizim vakamızda olduğu gibi nadir de olsa kafa içi ani basınç artışına sebep olabilecek öksürük gibi nedenlerle de SAK gelişebilmektedir. Şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, bilinç bulanıklığı, fotofobi ve iskemik inme benzeri semptomlar subaraknoid kanama ile gelen hastaların başlıca şikayetleridir.

SONUÇ: Acil servis hekimleri kafa içi basınç artışı oluşturabilecek her durum sonrası olan baş ağrılarında ayırıcı tanıda subaraknoid kanama olabileceğini düşünmelidirler.

ANAHTAR KELİMELEER: öksürük, baş ağrısı, subaraknoid kanama

PS-0405 Cerrahi Aciller (Genel Cerrahi, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kalp Damar, Anestezi, KBB, Kadın Doğum, Göz, vb.)

20 Günlük Öksürük: Acil Mi ?

Selen Acehan¹, Müge Gülen², Duygu Selen Cengiz³, Mustafa Sencer Seğmen⁴, Akkan Avcı³

¹Mersin Devlet Hastanesi

²Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi

³Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

⁴Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi

GİRİŞ: Hemoptizi; ciddi ve ölümcül bir hastalığın ilk bulgusu olabileceğinden acilen araştırılması gereken alt solunum sistemi kanamasıdır. Tüm hemoptizilerin %90' ı bronşiyal sistem, %5' i pulmoner sistem ve %5' i diğer vasküler yapılardan kaynaklanır. Biz bu yazıda nadir görülen ve fark edilmemesi durumunda mortal seyredilebilecek bronkovasküler fistülün neden olduğu hemoptizili bir olguyu sunmak istedik.

OLGU: 54 yaşında bayan hasta acil servisimize 20 gündür devam eden öksürük ve kanlı balgam şikayeti ile başvurdu. Hasta acil servise geldiğinde şuuru açık, koopere idi. Vital bulgularına bakıldığında tansiyon arteriyel: 130/75 mmHg, nabız: 63/dk, vücut ısı: 36,7°C, solunum: 14/dk, oda havasında oksijen saturasyonu (SaO2): % 98' di. Dinlemekle akciğer sesleri solda orta zonda azalmış olarak tespit edildi. Çekilen posterior-anterior akciğer (PAAC) grafisinde, aort topuzunda genişleme ve sol akciğerde arkus aorta komşuluğunda bir opasite tespit edildi (şekil-1). Hastanın onayı alınarak hastaya kontrastlı bilgisayarlı toraks tomografisi (BT) ve anjiyografi çekildi. Toraks BT; arkus aorta, desendan aorta bileşkesinde 4x4,5 mm boyutlarında anterior duva-



11. ULUSAL ACIL TIP KONGRESİ

Rixos Sungate Hotel / Antalya

18-19 Nisan 2015

2

Intercontinental Emergency Medicine Congress
International Critical Care and Emergency Medicine Congress

AYDOS Tolga Reşat
AYGÜN Ali
AYGÜN Kemal
AYHAN Harun
AYKUT Ahmet
AYRANCI Mehmet

AYRANCI Mustafa Kürşat
AYRANCI Mehmet
AYRIK Cüneyt

AYTAR Halit
AYTEKİN Kürşad
AYTEMUR Zeynep Ayfer
AYVACI Barış Murat

AYVALI İmran Sona
AYYILDIZ Fatih Alper
AZAP Özlem Kurt
AZAPOĞLU Burcu
AZİRET Mehmet

B

BABA Miray

BABA Savaş

BABADOSTU Hasan
BABADOSTU Mümmüne
BACANLI Didem
BAĞCI Mustafa
BAĞDİĞEN Sedanur
BAKAN Fatma
BAKAR Sefa Özyay
BAL Ahmet
BAL Uğur

BALCI Arif Kadri
BALCI Kemal
BALCI Serdal
BALOĞLU KAYA Filiz

BALTACIOĞLU Hüseyin
BARAN Abidin
BARAN Sultan
BARLAS Gülşen
BARUT Mustafa
BAŞ Sibel Senem

BAŞAK Neşe
BAŞBUĞ Murat
BAŞBUĞ Murat
BAŞER Hasan
BAŞKAYA Nurhayat

BAŞKÖY Lütfullah
BAŞOĞUL Ercan
BAŞOK Banu İşbilen
BAŞOL Nurşah

BAŞPINAR İsa

BASTURK Mustafa
BAYDIN Ahmet
BAYHAN İrfan
BAYHAN Nilüfer Araz
BAYHAN Zülfü
BAYINDIR Özgür
BAYIR Hakan
BAYKAL Taygun
BAYRAK Selen

BAYRAKTAR Nilüfer
BAYRAKTUTAN Ömer Faruk

BAYRAM Hasan
BAYRAM Mehtap Kaynakçı

SS-014
SS-021, PS-0243, PS-0711
PS-0353, PS-0611
PS-0581, PS-0587
PS-0109, PS-0352
SS-064, SS-076, SS-077, SS-083,
SS-092, PS-0114, PS-0119, PS-0120,
PS-0135, PS-0154, PS-0451, PS-0598,
PS-0699, PS-0825, PS-0830, PS-0833,
PS-0835, PS-0837
PS-0072, PS-0604, PS-0795
SS-044, SS-045
PS-0191, PS-0364, PS-0366, PS-0471,
PS-0523
SS-027
PS-0891
PS-0058
PS-0160, PS-0166, PS-0167, PS-0190,
PS-0192, PS-0193, PS-0194
SS-0264
PS-0279, PS-0705
PS-0081
PS-0004, PS-0005
PS-0111, PS-0112

SS-040, PS-0065, PS-0099, PS-0103,
PS-0573, PS-0585, PS-0586, PS-0612,
PS-0616, PS-0759, PS-0786, PS-0811,
PS-0814, PS-0847
PS-0052, PS-0053, PS-0057, PS-0065,
PS-0099, PS-0100, PS-0103
PS-0076, PS-0077, PS-0584, PS-0797
PS-0584, PS-0797
SS-014
PS-0221
PS-0215, PS-0535, PS-0699
PS-0303, PS-0546
PS-0512
SS-031, PS-0546
SS-024, SS-026, SS-034, SS-039,
PS-0008, PS-0009, PS-0025, PS-0040,
PS-0054, PS-0078, PS-0079, PS-0140,
PS-0553, PS-0555, PS-0556, PS-0558,
PS-0559, PS-0560, PS-0572, PS-0625,
PS-0627, PS-0631, PS-0677, PS-0678,
PS-0679, PS-0740, PS-0741, PS-0742,
PS-0754, PS-0755

PS-0368
PS-0634
SS-112, PS-0221
PS-0181, PS-0218, PS-0370, PS-0401,
PS-0506
PS-0545
SS-104, PS-0836
PS-0683
PS-0146
PS-0239, PS-0240
SS-083, PS-0119, PS-0120, PS-0598,
PS-0830, PS-0833, PS-0835, PS-0837
PS-0668

PS-0024, PS-0043, PS-0684, PS-0410
PS-0367
SS-027, PS-0264, PS-0406, PS-0425,
PS-0441, PS-0445, PS-0613, PS-0617,
PS-0727

SS-072, SS-073, PS-0915
PS-0795
SS-077
SS-043, PS-0011, PS-0042, PS-0137,
PS-0238, PS-0336, PS-0421, PS-0423
SS-027, PS-0098, PS-0264, PS-0347,
PS-0406, PS-0425, PS-0441, PS-0593,
PS-0653, PS-0811, PS-0812, PS-0813,
PS-0816

PS-0104, PS-0658
PS-0310, PS-0691
PS-0058, PS-0409
PS-0174
PS-0016, PS-0017
PS-0524
PS-0672
PS-0127, PS-0128, PS-0151, PS-0322
SS-102, PS-0244, PS-0246, PS-0430,
PS-0433, PS-0435, PS-0437
SS-014

PS-0225, PS-0226, PS-0227, PS-0229,
PS-0267, PS-0269, PS-0272, PS-0295,
PS-0297
SS-028

SS-063, PS-0156, PS-0339

BAYRAMOĞLU Atif

BAYSAL Erkan
BECEL Sinan
BEDEL Cihan
BEGGİ Halil
BEKAR Ömer
BEKAR Özgür
BEKAROĞLU Selçuk
BEKÇİ Tahir Taha
BEKESHEV Eldar
BELLİ Ahmet Korkut
BENLİ Sibel
BERİKOL Göksu
BEŞTEMİR Atilla
BEYDİLLİ Halil

BEYDİLLİ İnan

BIÇAKÇI Şebnem
BİCAN Serkan
BIÇER Kemal

BIÇER Tanju
BİLAL Okkeş
BİLGE Adnan
BİLGE Sedat
BİLGİÇ Emre
BİLGİN Rasim
BİLİR Özlem

BİNGÖL Umut
BIYIKLI Ebru
BJØRNSEN Lars Petter
BOĞAN Mustafa
BOL Oğuzhan

BOLAT Mustafa Suat
BOLATKALE Mustafa

BOLEKEN Mehmet Emin
BORTA Tayfun
BOSTANCI Meriç Emre
BOYRAZ İsmail
BOZ Behic Volkan
BOZAN Korkut
BOZAN Öner
BOZDEMİR Nuri
BOZKURT Birkan
BOZKURT Murat
BOZKURT Özgür
BOZKURT Selim

BOZKURT Seyran

BOZKURT ÇAKIR Sıdika İrem
BUKIRAN Aytaç

BUKULMEZ Aysegül
BÜLBÜL Emre
BULUT Mehmet Fatih
BÜTÜKSÜTÇÜ Cihan
BÜYÜKASLAN Hasan

BÜYÜKÇAM Fatih

BUYUKKAYA Ayla
BUYUKKAYA Ramazan
BUYUKKAYA Eyüp
BÜYÜKSÜTÇÜ Cihan

C-Ç

ÇABIOĞLU Saltuk
ÇAĞIRAN Ferhat
ÇAĞLAR Ahmet
ÇAĞLAYAN Serdar
ÇAĞLIYAN Çağlar Emre
ÇAKAN Burçin
ÇAKAR Albert
ÇAKICI KOÇ Göknu

SS-032, SS-044, SS-045, SS-055,
SS-087, SS-093, PS-0134, PS-0153,
PS-0155, PS-0283, PS-0284, PS-0287,
PS-0288, PS-0298, PS-0354, PS-0355,
PS-0467, PS-0474, PS-0509, PS-0529,
PS-0606, PS-0725, PS-0834, PS-0903,
PS-0906, PS-0907

PS-0683
PS-0446
PS-0744
SS-112
PS-0431, PS-0436
PS-0590, PS-0662, PS-0663, PS-0664
PS-0061, PS-0130, PS-0469
PS-0321
PS-0200
PS-0019

SS-014
PS-0406
PS-0524
SS-001, PS-0001, PS-0019, PS-0203,
PS-0206, PS-0317, PS-0319, PS-0337,
PS-0341, PS-0348, PS-0363
PS-0314, PS-0479, PS-0480, PS-0729,
PS-0731
PS-0211
PS-0865

SS-018, SS-078, SS-080, SS-104,
PS-0569
PS-0127, PS-0280, PS-0322
PS-0061
SS-079, SS-081
PS-0199
PS-0335
PS-0689, PS-0841
SS-009, SS-113, SS-122, PS-0115,
PS-0116, PS-0132, PS-0219, PS-0306,
PS-0313, PS-0477

PS-0774
PS-0697
PS-0693
SS-028, SS-100, PS-0382, PS-0531
SS-062, SS-063, SS-067, SS-068,
PS-0359
PS-0505
PS-0342, PS-0407, PS-0464, PS-0543,
PS-0870

SS-099
PS-0188
PS-0387, PS-0388, PS-0389
PS-0614, PS-0748
PS-0551, PS-0745
PS-0567
PS-0165
PS-0729

PS-0387, PS-0388, PS-0389
PS-0201
PS-0254
SS-050, PS-0059, PS-0060, PS-0061,
PS-0062, PS-0130, PS-0148, PS-0469,
PS-0568, PS-0580, PS-0671, PS-0802
PS-0191, PS-0364, PS-0366, PS-0471,
PS-0523

PS-0514
PS-0342, PS-0407, PS-0464, PS-0543,
PS-0870
SS-031
PS-0716
PS-0154, PS-0396, PS-0535, PS-0700
PS-0825

SS-003, SS-036, SS-099, PS-0188,
PS-0255, PS-0369, PS-0374, PS-0447,
PS-0449, PS-0501, PS-0522, PS-0564,
PS-0733, PS-0855, PS-0863

SS-056, PS-0133, PS-0200, PS-0350,
PS-0403, PS-0404
PS-0003, PS-0316, PS-0549
PS-0003, PS-0549

PS-0857, PS-0859, PS-0860, PS-0888
SS-064, SS-076, SS-083, PS-0005,
PS-0119, PS-0120, PS-0135, PS-0154,
PS-0394, PS-0400, PS-0451, PS-0598,
PS-0699, PS-0700, PS-0830, PS-0833,
PS-0835, PS-0837

PS-0720
PS-0262, PS-0277, PS-0450
SS-082, PS-0565, PS-0685
PS-0385
PS-0867
PS-0271
PS-0482
PS-0400, PS-0534

ÇAKIR Dilek Ulker
ÇAKIR Okan
ÇAKIR Oya Durmuş
ÇAKIR Umut Cengiz
ÇAKIR Zeynep Gökcan
ÇAKMAK Fatih
ÇAKMAK Bülent
ÇAKMAK Fatih
ÇAKMAK Güner
ÇAKMAK Miraç Ayşen
ÇAKMAK Muharrem

ÇAKMAK Selda
ÇAKMAK YILDIZ Aysel
ÇAKMAKÇI Tuğba
ÇALIK Mustafa

ÇALIK Saniye Göknil

ÇALIŞKAN Burcu
ÇALIŞKAN Fatih
ÇALIŞKAN Hacı Mehmet

ÇALIŞKAN Orçun
ÇALTEKİN İbrahim

ÇALTILI Çilem
CAM Atilla
CAM Osman
ÇAMLİBEL Mehpere
CAMUSOĞLU Burcin
CAN Atilla
CAN Basri
CAN Çağdaş

CAN Derya
CAN Güray
CAN Hale Nur
CAN Özge

CAN Serdar
CAN Serpil
ÇANAKÇI Selçuk Eren
CANBAZ Hayri
CANBAZ KABAY Sibel
CANDER Başar

SS-018, SS-019, SS-020, SS-022,
SS-030, SS-046, SS-051, SS-054,
SS-066, PS-0075, PS-0076, PS-0077,
SS-078, SS-080, SS-082, SS-086, SS-089,
SS-090, SS-091, SS-094, SS-095,
SS-104, SS-124, SS-125, PS-0049,
PS-0066, PS-0072, PS-0073, PS-0074,
PS-0142, PS-0149, PS-0160, PS-0166,
PS-0167, PS-0187, PS-0190, PS-0192,
PS-0193, PS-0202, PS-0234, PS-0334,
PS-0338, PS-0565, PS-0569, PS-0570,
PS-0571, PS-0575, PS-0576, PS-0577,
PS-0578, PS-0579, PS-0599, PS-0600,
PS-0601, PS-0602, PS-0603, PS-0604,
PS-0615, PS-0618, PS-0620, PS-0640,
PS-0650, PS-0652, PS-0669, PS-0670,
PS-0685, PS-0689, PS-0690, PS-0777,
PS-0789, PS-0792, PS-0794, PS-0795,
PS-0797, PS-0799, PS-0800, PS-0801,
PS-0836, PS-0841, PS-0854

PS-0463, PS-0473, PS-0476
PS-0087, PS-0093, PS-0094, PS-0096,
PS-0123
PS-0508
SS-056, PS-0032, PS-0033, PS-0034,
PS-0035, PS-0036, PS-0037, PS-0170,
PS-0197, PS-0365, PS-0375, PS-0496,
PS-0607, PS-0609

PS-0113, PS-0279, PS-0613
PS-0024, PS-0043, PS-0410, PS-0684
SS-117, PS-0242, PS-0257, PS-0528,
PS-0708, PS-0723, PS-0826, PS-0882
PS-0546
PS-0869
PS-0501, PS-0522, PS-0733, PS-0855,
PS-0863

PS-0245, PS-0430, PS-0437, PS-0439
SS-016, PS-057, SS-059, SS-062,
SS-070, SS-128, PS-0339
SS-086, PS-0600, PS-0602, PS-0669
PS-0089, PS-0090, PS-0093, PS-0126
SS-008, PS-0152
PS-0205, PS-0336, PS-0379
PS-0188

ÇEBİ Nilay
ÇEBİÇİ Hüseyin

ÇEKMEN Bora
ÇELEBİ Fehmi
ÇELEBİ YAMANOĞLU Nalan Gökce
ÇELENK Yıldırım
CELİK Murat