

11. ULUSAL ACİL 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

ACİL TIP UZMANLARI DERNEĞİ
Yukarı Ayrancı Gülyerüz 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



11. ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

Rixos Sungate Hotel / Antalya

18-19 Nisan 2015

2 Intercontinental Emergency Medicine Congress
International Critical Care and Emergency Medicine Congress



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 mediastinit that can be mortal.

KEYWORDS: pneumomediastinum, trauma, mediastinit

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 petechiae, 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 Rüptürü

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

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tip Kliniği, Kayseri

GİRİŞ-AMAC: Hipotansiyon ve şok acil servis hekimlerinin sık karşılaştığı hayatı tehdit eden durumlardır. Doğru tanı ve hedefe yönelik tedavi sağkalım 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 olguya inceledik.

OLGU: 75 yaşında özeğmişinde 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 şunu ağık, 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 kosto-vertebral açı hassasiyeti(CVAH) vardı. Rektal tuşesi kolik gayta idi. Sol flank bölgesinde hiperremisi mevcuttu. Yatak başı bakılan USG de(ACES) sol hepatorenal aralıktı ve rekle-vezikal alanda serbest sıvı görünümlüydi. Hastaya geniş lümenli periferik damar yoluyla bolus sıvı baslandı. Kan grubu ve crossmatch için kan alındı. İdrar sondası takıldı. İdrar renki koyu sarı olarak görüldü. Bakılan hemogramında hemoglobin(Hg):12,2 gr/dL, hematokrit(HCT): % 41,1, platelet(Plt): 202*10^3/ul idi. Hasta IV kontrastlı bilgisayarlı tomografi(BT) görüntüleme tetkikine alındı. Takibinde TA:70 mmHg N: 138/dk olduweise hastaya acıl kan istendi. 1 saat sonrasında kontrol Hg: 9,7 gr/dL,HCT: % 31,8, Plt: 174*10^3/ul oldu. Ağrısi şiddetlendi ayrıca sol bacakta parestezi gelişti. Ağrı kontrolü için 1,5 mikrogram/kg IV fentanil uygulandı. BT de abdominal aorta adrenal düzeyden başlayıp ilak bifürkasyona kadar uzanım gösteren en geniş yerinde 115 mm çapında, sol perirenal alanda psoas kasına kadar uzanım gösteren hematom ile uyumlu infrarenal düzeyde aorta sol lateralden hematom içine ekstravazasyon, abdominal aort anevrizma(AAA)rüptürü ile uyumlu olabilecek görünüm izlendi. Ayrıca her iki ana ilak arter normalden geniş izlendi. Hastaya kendi grubundan kan istemi yapılarak, kalp ve damar cerrahisi ile konsülte edildikten sonra hasta acıl ameliyata alındı. Ameliyattha aorta grefti konulup anastomoz yapıldıktan sonra yoğun bakımda 3 gün takip sonrası KVC servisine yatırılmış术后10. günde şifa ile taburcu edildiği öğrenildi.

SONUÇ: AAA' da mortalite acıl şartlarında yapılan operasyonlarda %40-60 gibi yüksek değerlerdedir. AAA' ya bağlı ölümleri azaltmak için erken tanı ve uygun zamanda gereklili 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 serviste acil hekimleri tarafından yaygın olarak kullanılmalı ve bilinmelidir.

ANAHAT KELİMELER: AAA (Abdominal Aort Anevrizma) Rüptürü, ACES (Abdominal and Cardiac Evaluation with Sonography in Shock), Şok,

SS-058 Travma acilleri

İstanbul Adalarında Meydana Gelen Bisiklet Kazalarının Analizi

Emin Gökhane Gencer, Can Üner, Sinan Karacabey, Yavuz Yiğit, Özlem Güneyse

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

İstanbul Adalar İlçesi motorlu araç trafiline kapalı olması nedeni ile bir çok yerli ve yabancı turist için bir bisiklet parkuru olarak işlev görmektedir. Adaya gelen turistlerin çoğunun bisiklet kullanımı konusunda tecrübe olmasa, bisikletlerin genellikle kırılkılmazı veya teknik bakımlarının yapılmaması ve yolların tehlikeli olması gibi faktörler bisiklet kazalarının sık görülmemesine neden olmaktadır. Ayrıca kask, dizlik, eldiven gibi koruyucu ekipman kıralanmaması da yaralamaların şiddetini artırmaktadır.

Adalarda olan her çeşit acıl durumda başvurular hastanemize olmaktadır.

Çalışmamızın amacı bisiklet kazalarının da şiddetli yaralanmalara neden olabileceğiğini göstermek ve kullanıcıları 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 10 Ocak 2014 tarihleri arasında İstanbul ili Adalar İlçesinde 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: Saptanın 54 olgunun 28'i 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'unun (n=5) toraks, %7,4'unun (n=4) batın, %38,9'unun (n=21) üst ekstremité, %46,3'unun (n=25) alt ekstremité, %1,9'unun (n=1) ürogenital, %7,4'unun (n=4) spinal ve %5,6'sının (n=3) maksillofasial travması vardır.

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) batın 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 yattığı gözlenmiştir. Bir hasta ex olmuşdur(%1,9).



POSTER BİLDİRİLERİ

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 Erkuran, Arif Duran

Departments of Emergency Medicine, Abant Izzet 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 Yavas¹, Kamil Kayayurt¹, Ozlem Bilir¹, Gokhan Ersun¹, 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 Erkuran¹, Ahmet Ceylan², Erhan Düzenli², Fatih Büyükcamlı³

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

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

³Department Of Emergency Medicine, Diskapi Yildirim Beyazit 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



11. ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

Rixos Sungate Hotel / Antalya

16-19 Nisan 2015

2 Intercontinental Emergency Medicine Congress
International Critical Care and Emergency Medicine Congress



POSTER BİLDİRİLERİ

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

Beyin Sapi İnfarktüne Bağlı İzole Okülmotor Sinir Felci: Olgu Sunumu

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

¹Maltepe Üniversitesi, Acil Tip Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Maltepe Üniversitesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Maltepe Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁴İnönü Üniversitesi, Acil Tip Ana Bilim Dalı, Malatya

GİRİŞ: Beyin sapi infarktüyle birlikte görülen okülmotor sinir felcine pitoz, dışa ve aşağı deviasyon, içe, yukarı ve aşağı bakış kısıtlılığı ve midriasis görülür. Pupil tutulumunun olduğu okülmotor sinir felcinin en sık ve en acil nedeni anevrizmalardır. Pupilin korunduğu okülmotor felcinin ise en sık sebebi sinirin diyabet ve hipertansiyon nedeniyle mikrovasküler iskemisidir. Bu olayda 50 yaşında diyabetik ve hipertansif bayan hastada gelişen beyin sapi infarktüne bağlı izole okülmotor sinir felcini sunduk.

OLGU: Elli yaşında bayan hasta acil servisimize bir gün önce başlayan sağ göz kapağındında 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 difüzyon MR cıktı. MR'da mezenzefalonda sağ tarafta ve sol serebellar hemisferde infarkt alanları tespit edildi. Hasta okülmotor sinir felci tanısı ile ileri tetkik ve tedavi amacıyla nöroloji kliniğine yatırıldı. Takiplerde Karotis ve Vertebral Arter Doppler USG (RDUS) ve Transtorasik Ekokardiyografi yapıldı. Hastanın medikal tedavisine coumadin eklenerek şifa ile taburcu edildi.

SONUC: Etiyolojisi; anevrizma, mikrovasküler infarkt, neoplazi, migren, travma ve inflamatuar sebepler gibi oldukça geniş olan okülmotor sinir felcinin acil servis doktorları tarafından hatırlanması ve hızla bir şekilde tetkiklerinin yapılması önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: Acil servis, Diyabetes mellitus, İnfarktüs, Okülmotor sinir felci

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

Ani başlayan biliç değişikliğinin nadir bir nedeni; Fahr Hastalığı

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

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Acil Tip 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, prografs nörolojik disfonksiyon, metabolik, enfeksiyon, toksik ve travma gibi nedenlerin yokluğu ile otozomal dominant kalitim gösteren aile hikayesidir. Bu makalede ani biliç değişikliği nedeni ile başvuran ve nadir bir hastalık olan Fahr Hastalığı tanısı alan hastamız sunulmaktadır.

OLGU: 89 yaşında bayan hasta bir saat önce başlayan biliç 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 kolesistikomi ve tiroidektomi öyküsü mevcuttu. Fizik incelemede nörolojik muayenesinde şuru 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 melena 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'da akut infarkt ve difüzyon kısıtlılığı olmadığı raporlandı. Takiplerde klinik düzelleme gözlenen, anemisi nedeni ile eritrosit süspansiyonu planlanan hasta nöroloji kliniğinin görüş ve önerileri ile poliklinik kontrolüne gelmek üzere tedavisi planlanıp taburcu edildi.

SONUC: Ani biliç değişikliği olan hastalarla çekilen beyin tomografileri acil serviste yorumlanırken, ilk olarak kanama odağı olarak düşünülebilir. Ancak tomografideki bulguların bilateral bazal ganglionlarında kalsifikasyon şeklinde olması, intrakraniyal kalsifikasyonun nadir nedenlerden biri olan Fahr hastalığını da ayırcı tanıda düşünmemiz uygun olacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Fahr Hastalığı, Bilgisayarlı Tomografi, Kalsifikasyon

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

Faktör V Leiden mutasyonu olan hastada basilik ven trombusü

Muhammed Yaşa Sever¹, Nedim Uzun¹, Mustafa Yalimol¹, Eldar Bekeshev², İlker Torun¹, Orhan Kaya¹, Ramazan Ünal¹, Nuşin Yalimol¹, Fatih Büyükkam¹

¹Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tip Kliniği, İstanbul

²Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Faktör V Leiden mutasyonu (G1691A) kalitsal bir pıhtılıma bozukluguştur. Protein C'nin aktivitesine direnç göstermesi patogenezde yer almaktadır. Mutasyon 506. aminoasit pozisyonundaki tek bir nükleik asitin yer değiştirmesi (G16A) sonucu oluşur. Faktör V Leiden mutasyonu ve Faktör II mutasyonu derin ven trombozunda en sık karşılaşılan kalitsal geçişli risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Yüzeyel ven trombozuna nadir olarak neden olduğu bilinmektektir. Bu sunuda faktör V Leiden mutasyonu olan olguda saptanan basilik ven trombozu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: 42 yaşında erkek hasta sağ üst kol iç bölgesinde şiddetli ağrı ve nefes darlığı yakınıması 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 kullanmaktadır. Fizik muayenede her iki üst ekstremitede 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 normaldir. Hastada pulmoner emboli öntanısı düşünürlerek pulmoner anjiyografi ile değerlendirildi ve hastada emboli saptanmadı. Sağ kolda ağrı yakınısını nedeni ile yapılan üst ekstremité doppler ultrasonografı tetkiki ile basilik ven trombusü saptandı.

SONUC: Faktör V Leiden gen mutasyonu tanısı almış hastalarda antikoagulan tedavi alınmasına rağmen INR değerinin altında olmasının altında tekrarlayan tromboemboliye neden olmaktadır. Faktör V Leiden mutasyonu olan hastalarda üst ekstremité ağrısında yüzeyel ven trombusü ayırcı tanılar arasında yer almaktır.

ANAHTAR KELİMELER: basilik ven trombusü, faktör v leiden, tekrarlayan trombo emboli, yüzeyel ven trombusü

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

Gen Hastada İskemik Serebrovasküler Olay

Harika Gündüz, Ertuğrul Altınbilek, Gülesen Akpinar, Derya Öztürk, Duygu Kara, Murat Bozkurt, İbrahim İkizceli

Şişli Hamidiye Etfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tip Kliniği/Istanbul

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 kapaklı hastalığıdır. Genel hastalarda KKE diğer nedenlere göre daha fazla ortaya çıkmaktadır.

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

OLGU: 25 yaşında erkek hasta diyaliz sonrası, baş ağrısı, kusma, sol kol ve bacakta güvensizlik ve biliç kaybı olması nedeniyle acil servisimize gelmiştir. Öyküsünde bilinen kronik böbrek yetmezliği, haftada 3 gün diyaliz öyküsü mevcuttur. Fizik muayenesinde biliç üykuya meyilli, anlamsız sesler şeklinde verbal çöküş var, sol nazolabial sulcus silik, sol hemiplejik. TA: 130/100, KTA: 100/dk, Ateş: 36,5, C°, solunum sesleri doğal, S1+S2 ritmik taşkardır tüm odaklarda 5-6/6 pansistolik üfürüm mevcuttur, batın 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), Tropomin: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 ritiminde 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 konsült edilen hasta iskemik SVO tanısı aldı. Pansistolik üfürüm nedeni ile kardiyoloji ile konsült edildi. Hastaya yapılan ekokardiyografide,



POSTER BİLDİRİLERİ

terventriküler septum kalınlığı, sol atriyum çapı, sol ventrikül diyastolik disfonksiyon, aort yetmezliği, mitral yetmezliği, triküspit yetmezliği, pulmoner arter basıncı, sağ atriyum ve ventrikül büyütülüğü, perikardiyal mayı, asendan aorta ölçümüleri açısından kardiyolog ile acil tip hekimi arasında anlamlı bir tutarlılık tespit edildi ($p<0,001$). Sol ventrikül posterior duvar kalınlığı ölçümü içine ise anlamlı bir tutarlılık tespit edilemedi ($p=0,415$).

SONUÇ: Bu çalışma ile acil tip hekimlerinin, seçilmiş TTE parametreleri için yatak başı TTE uygulamasını doğru ve güvenilir bir şekilde yapabileceğini görmüştür.

ANAHTAR KELİMELER: Acil Tip, Dispne, Ekokardiyografi, Transtorasik Ekokardiyografi

PS-0348 Acilde görüntüleme

S Skafolunat koalisyonda fraktür: Nadir bir olgu

Onder Yeniçeri¹, Neşat Cullu², Halil Beydilli³, Mehmet Deveer², Rabia Mihriban Kılıç³

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

²Mugla Sıtkı Koçman University School of Medicine, Department of Radiology, Mugla, Turkey

³Mugla Sıtkı Koçman University School of Medicine, Department of Emergency Medicine, Mugla, Turkey

GİRİŞ: Karpal koalisyon tek başına veya diğer konjenital anomalilerin bir parçası olarak görülebilen nadir bir anatomi varyasyondur. Osseöz ve nonosseöz olmak üzere iki tipi vardır. Osseöz tipe koalisyon oluştururan karpal kemikler birleşen tek bir blok kemik oluşturur. Nonosseöz tipe ise iki kemikler birbirine ya kırıkkır veya fibröz doku ya da her ikisi ile birleşmiştir. İnsidansı beyazlarda yaklaşık % 0,1 iken Afrika'nın batısında yaşanan bazı halklarda % 9,5'a kadar çıkmaktadır. Karpal koalisyonların en sık görülen tipi lunatum ile triquetrum arasında oladır (lunotriquetral). Bunu capitatum ile hamatum (kapitonatham) arasındaki koalisyon takip eder. Skafoidum ile lunatum (skafolunat) arasındaki koalisyon nadir olan bir tip olup tüm karpal koalisyonların yaklaşık %2'sini oluşturur. Karpal koalisyonlar genellikle asemptomatiktir ve genelde fonksiyonel bir defisite 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 lunatum kemik arasında incomplete füzyonu düşündürünen 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 koalisyonda fraktürleri derecede nadir bir durumdur. Üstelik koalisyon tek taraflı ve fraktür hattı füzyon bölgesinde ise yanlışlıkla incomplete bir koalisyon olarak değerlendirilip gözden kaçabilir. Bu tip olgularda MRG'de füzyone kemiklerde izlenen ödem incomplete koalisyonları fraktürlerden ayırt etmede oldukça yararlıdır.

ANAHTAR KELİMELER: skafolunat fraktür, acil servis, MRI

PS-0349 Acilde görüntüleme

Kemik Pelvis Sağ Kesiminde Renal Kros Ektopili Olguda Akut Apandisit

Berrin Demir¹, Sultan Tuna Akgöl Gürlü², 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-AMAÇ: 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 şikayetileyse başvuran tüm olgularda karın ağrısı, mevcut anomalide bağlanmamalı, ayrıca tanıda akut apandisit tanısının mutlaka düşünülmesi gerekliliğini amaçladık.

OLGU: Karın ağrısı nedeni ile acil servisimize başvuranelli iki yaşındaki erkek hasta fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Yapılan laboratuvar incelemede beyaz kükürt 15000 ile normalin üzerinde saptanmıştır. Olguya akut apandisit ve renal kolik ön tanıları ile ultrasonografi istenmiştir. Yapılan ultrasonografi tetkikinde kemik pelvis sağ kesiminde füzyon anomalisi gösteren renal kros ektopi saptanmıştır. Ancak eş zamanlı olarak çekimde duvar ödemi ve gekundan çıkan, retrocekal uzanım gösteren, 10 mm çaplı, aperistaltik komprese edilemeyen, duvarı ödemi tübüleri 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 görülmeye rağmen her yaşta ve her cinsteki karşılaşılabilecek önemli bir cerrahi hastalıktır. Tanısal yaklaşımında 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 yerlesim gösteren varyasyonel oluşumlar ile ilişkilendirilmemeli mutlaka akut apandisit tanısı dışlanması malidir.

ANAHTAR KELİMELER: Apandisit, karın ağrısı, renal kros ektopi

PS-0350 Acilde görüntüleme

Öksürme Sonrası Gelişen Spontan Rektus Kası Hematomu

Süleyman Altun¹, Sema Avci¹, Fatih Büyükcemal¹, Ali Şahin¹, Nezih Kavak¹, Rıdvan Sarıkaya¹

¹S.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 ayırcı tanısında, akut inflamatuvar karın ağrırları ve intraabdominal tümörler invaziv işlem açısından akılda tutulmalıdır. Rektus kılıf hematomu, kadınlarda, beyaz ırkta ve ileri yaşta daha sık görülmektedir. Travma, antikoagulan kullanımı, öksürük atakları, ani pozisyon değişimi, astm-KOAH alevlenmesi, yakın zamanda geçirilmiş cerrahi, enjeksiyon ve gebelik rektus kası hematomu için bilinen risk faktörleridir. Yaşlılarında epigastrik venlerde gelişen ateramatöz değişiklikler damar cidarının elastikyet azalmasına ve kanamaya zemin hazırlamaktadır. Rektus kası boyunca uzanan superior ve inferior epigastrik venlerin kanaması içinde gelişen hematomdan sorumludur. Tedavi siklikla konservatif olup kompleks vakalarda cerrahi, taze donmuş plazma gereklidir. 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 saatir devam eden öksürme sonrası başlayan karın ağrısı şikayetile başvurdu. Anamnezinden on yıldır diyaliz mellitus nedeniyle oral antidiyabetik kullandığı başka ek hastalık ve ilaç kullanım 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 10^3 mq/l, platelet:298 10^3 mq/l, INR:0.928 olan hastanın çekilen yüzeyel doku ultrasonografisinde sağ rektus kasında 110*95*43 mm boyutunda hipoekoik-heterojen görünüm izlenmesi üzerine çekilen abdomen bilgisayarlı tomografide sağ rektus kasında hematomba bağlı kalınlık ve dansite artışı izlendi. Acil serviste yapılan tetkik ve tedavinin ardından genel cerrahi servisine yatalan hasta hemodinamisinin stabil seyretmesi üzerine yatişının dördüncü gününde şifa taburcu edildi.

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

ANAHTAR KELİMELER: spontan, rectus kası, hematom

PS-0351 Acilde görüntüleme

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

Sinan Genc¹, Hikmet Duymaz¹, Sertaç Güler¹, Hayri Ramadan¹, Yavuz Katircı¹, Mehmet Okumuş¹

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tip Kliniği, Ankara

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

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



11. ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

Rixos Sungate Hotel / Antalya

16-19 Nisan 2015

2 Intercontinental Emergency Medicine Congress
International Critical Care and Emergency Medicine Congress



POSTER BİLDİRİLERİ

- 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 ontheevolvingcutaneousefeatures.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 KELİMEler: 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

⁴Balkılıgöl Devlet Hastanesi, Acil Servis, Ş.URFA

GİRİŞ-AMAÇ: Aort diseksiyonları, ölümlü sonucanabilecek acil kardiovasküler durumlardandır. Klasik olarak aort diseksiyonu ani, şiddetli, yırtıcı göğüs, sırt, bel ve karın ağrısı ile karakterizedir. Genellikle ileri yaşlarda daha sık görülmekte birlikte erkeklerde kadınlar oranla daha sık görülür.[1] Hastalığın gelişimindeki en önemli risk faktörü kontrollsuz hipertansiyondur. Kardiak tamponad, hipovolemik şok, inme ve miyokard infarktüsü ölümcül komplikasyonlardır. Perikardiyal, torasik ya da abdominal kaviteye rüptür olabilir. Bu hastalar daha çok yırtıcı tarzda göğüs ve sırt ağrısı ile karşımıza çıkabilecegi gibi atipik şikayetlerle de acil servise başvurabilirler.[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 bölgelerine yayılması üzerine acil servise başvurmuş. Acil servise gelir vital bulguları TA:125/80 mmHg, Nabız:96 atım/dk, SS:26/dk, SpO₂: %97, Ates: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 değerlendirilirdi. İntravenöz uygulanan nonsteroid antienflamatuar ilaç ve hidrasyon sonrasında semptomları gerilemedi. Acil serviste gözlem sırasında hastanın ağrısının artması ve presenkop gelişimi üzerine tekrarlanan vital bulgularının; TA:80/45 mmHg, Nabız: 120/ dk olması üzerine hastada abdominal aort anevrizma rüptürü düşünürlerek çekilen kontrastlı batın 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 KELİMEler: 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 Topcu Doğan, Fatih Büyükcem

BAĞCILAR EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ, ACİL TIP KLINİĞİ, İSTANBUL

Mezenter iskemi, genellikle barsak nekrozuna sebep olan bir akut karın nedenidir. Süperior mezenter artere tromboz ya da emboli, mezenterik venöz tromboz ve vazokonstriksiyon, düşük arteriel akım ile birlikte olan mezenterik tikayıcı olmayan iskemi 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 şikayeti 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 batın tomografide süperior mezenter arter üzerinde oturmuş akıma izin vermeye trombusa bağlı sağ tarafa 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 görülebilirler.

ANAHTAR KELİMEler: atriyal fibrilasyon, yaşı, 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 Büyükcem

BAGCILAR EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ, ACİL TIP KLINİĞİ, İSTANBUL

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

OLGU: Ötütük yanında 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, polistik 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 artışı sebep olabilecek öksürük gibi nedenlerle de SAK gelişebilmektedir. Şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, biliç 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 olabileceği düşünmelidirler.

ANAHTAR KELİMEler: 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 yazda nadir görülen ve fark edilmemesi durumunda mortal seyredilebilecek bronkovasküler fistülün neden olduğu hemoptizili bir olguya sunmak istedik.

OLGU: 54 yaşında bayan hasta acil servisimize 20 gündür devam eden öksürük ve kanlı balgam şikayeti ile başvurdu. Hasta acil servise geldiğinde şuru açık, koopere idi. Vital bulgularına bakıldığından tansiyon arteriyel: 130/75 mmHg, nabız: 63/dk, vücut ısısı: 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 anjografi çekildi. Toraks BT; arkus aorta, desandan aorta bileşkesinde 4x4.5 mm boyutlarında anterior duva-



AYDOS Tolga Reşat	SS-014	BAYRAMOĞLU Atif	SS-032, SS-044, SS-045, SS-055,	ÇAKIR Dilek Ulker	PS-0776
AYGÜN Ali	SS-021, PS-0243, PS-0711		SS-087, SS-093, PS-0134, PS-0153,	ÇAKIR Okan	PS-0397
AYGÜN Kemal	PS-0353, PS-0611		PS-0155, PS-0283, PS-0284, PS-0287,	ÇAKIR Oya Durmuş	PS-0165
AYHAN Harun	PS-0581, PS-0587		PS-0288, PS-0298, PS-0354, PS-0355,	ÇAKIR Umut Cengiz	PS-0479
AYKUT Ahmet	PS-0109, PS-0352		PS-0467, PS-0474, PS-0509, PS-0529,	ÇAKIR Zeynep Gökcan	PS-0155, PS-0288
AYRANCI Mehmet	SS-064, SS-076, SS-077, SS-083,		PS-0606, PS-0725, PS-0834, PS-0903,	ÇAKMAK Fatih	PS-0547
AYRANCI Mustafa Kürşat	SS-092, PS-0114, PS-0119, PS-0120,		PS-0906, PS-0907	ÇAKMAK Bülent	PS-0803
AYRANCI Mehmet	PS-0135, PS-0154, PS-0451, PS-0598,	BAYSAL Erkan	PS-0683	ÇAKMAK Fatih	PS-0218, PS-0401, PS-0402
AYRIK Cüneyt	PS-0699, PS-0825, PS-0830, PS-0833,	BECEL Sinan	PS-0446	ÇAKMAK Güner	PS-0085, PS-0089
AYTAR Halit	PS-0835, PS-0837	BEDEL Cihan	PS-0744	ÇAKMAK Mirac Ayşen	PS-0198
AYTEKİN Kürşad	PS-0072, PS-0604, PS-0795	BEGGİ Halil	SS-112	ÇAKMAK Muharrem	PS-0428, PS-0429, PS-0443, PS-0462,
AYTEMUR Zeynep Ayfer	SS-044, SS-045	BEKAR Ömer	PS-0431, PS-0436	ÇAKMAK Selda	PS-0683
AYVACI Barış Murat	PS-0191, PS-0364, PS-0366, PS-0471,	BEKAR Özgür	PS-0590, PS-0662, PS-0663, PS-0664	ÇAKMAK YILDIZ Aysel	PS-0453
AYVALı İmran Sona	PS-0523	BEKAĞLU Selçuk	PS-0061, PS-0130, PS-0469	ÇAKMAK YILDIZ Tuğba	SS-051, SS-054, SS-066, PS-0777
AYYILDIZ Fatih Alper	SS-027	BEKİÇ Tahir Taha	PS-0321	ÇALIK Mustafa	PS-0194
AZAP Özlem Kurt	PS-0891	BEKESHEV Eldar	PS-0200	SS-053, SS-096, PS-0101, PS-0102,	
AZAPOĞLU Burcu	PS-0058	BELLİ Ahmet Korkut	PS-0019	PS-0129, PS-0136, PS-0320, PS-0321	
AZIRET Mehmet	PS-0160, PS-0166, PS-0167, PS-0190,	BENLİ Sibel	SS-014	ÇALIK Saniele Göknıl	SS-051, SS-053, SS-054, SS-066,
B	PS-0192, PS-0193, PS-0194	BERİKOL Göksu	PS-0406	SS-078, SS-080, SS-082, SS-096,	
BABA Miray	PS-0264	BEŞTEMİR Atilla	PS-0524	SS-104, PS-0066, PS-0101, PS-0102,	
BABA Savaş	PS-0279, PS-0705	BEYDİLLİ Hallı	SS-001, PS-0001, PS-0019, PS-0203,	PS-0129, PS-0136, PS-0234, PS-0320,	
BABADOSTU Hasan	SS-014	BEYDİLLİ İnan	PS-0206, PS-0317, PS-0319, PS-0337,	PS-0321, PS-0569, PS-0669, PS-0670,	
BABADOSTU Mümine	PS-0221	BEYDİLLİ İnan	PS-0341, PS-0348, PS-0363	PS-0689, PS-0789, PS-0841	
BACANLI Didem	PS-0502, PS-0553, PS-0575, PS-0605,	BEYDİLLİ İnan	PS-0314, PS-0479, PS-0480, PS-0729,	PS-0328, PS-0329	
BAĞÇI Mustafa	PS-0573, PS-0585, PS-0586, PS-0612,	BEYDİLLİ İnan	PS-0731	PS-0328, PS-0634	
BAĞDİGEN Sedanur	PS-0616, PS-0759, PS-0786, PS-0811,	BEYDİLLİ İnan	PS-0211	PS-0181, PS-0345, PS-0362, PS-0402,	
BAKAN Fatma	PS-0814, PS-0847	BEYDİLLİ İnan	PS-0865	PS-0864	
BAKAR Sefa Özay	PS-0052, PS-0053, PS-0057, PS-0065,	BEYDİLLİ İnan	SS-018, SS-078, SS-080, SS-104,	PS-0457	
BAL Ahmet	PS-0099, PS-0100, PS-0103	BEYDİLLİ İnan	PS-0569	PS-0157, PS-0305, PS-0358, PS-0673,	
BAL Uğur	PS-0076, PS-0077, PS-0584, PS-0797	BEYDİLLİ İnan	PS-0127, PS-0280, PS-0322	PS-0780, PS-0810	
BALCI Arif Kadri	SS-014	BEYDİLLİ İnan	PS-0061	PS-0376	
BALCI Kemal	PS-0584, PS-0797	BEYDİLLİ İnan	SS-079, SS-081	PS-0136	
BALCI Serdal	SS-014	BEYDİLLİ İnan	PS-0199	SS-001	
BALOĞLU KAYA Filiz	PS-0221	BEYDİLLİ İnan	PS-0335	SS-075	
BALTACIOĞLU Hüseyin	PS-0215, PS-0535, PS-0699	BEYDİLLİ İnan	PS-0689, PS-0841	ÇAMLIBEL Mehpare	
BARAN Abidin	PS-0303, PS-0546	BEYDİLLİ İnan	SS-009, SS-113, SS-122, PS-0115,	CAMUSOĞLU Burcin	
BARAN Sultan	PS-0512	BEYDİLLİ İnan	PS-0116, PS-0132, PS-0219, PS-0306,	PS-053	
BARLAS Gülsen	SS-031, PS-0546	BEYDİLLİ İnan	PS-0313, PS-0477	CAN Atilla	
BARUT Mustafa	SS-024, SS-026, SS-034, SS-039,	BEYDİLLİ İnan	PS-0774	CAN Basri	
BAŞ Sibel Senem	PS-0008, PS-0009, PS-0025, PS-0040,	BEYDİLLİ İnan	PS-0697	CAN Çağdaş	
BAŞAK Neşe	PS-0054, PS-0078, PS-0079, PS-0140,	BEYDİLLİ İnan	PS-0693	CAN Derya	
BASBUG Murat	PS-0553, PS-0555, PS-0556, PS-0558,	BEYDİLLİ İnan	SS-028, SS-100, PS-0382, PS-0531	CAN Güray	
BASBUĞ Murat	PS-0559, PS-0560, PS-0572, PS-0625,	BEYDİLLİ İnan	SS-062, SS-063, SS-067, SS-068,	CAN Hale Nur	
BAŞER Hasan	PS-0627, PS-0631, PS-0677, PS-0678,	BEYDİLLİ İnan	PS-0359	CAN Özge	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0679, PS-0740, PS-0741, PS-0742,	BEYDİLLİ İnan	PS-0505	CAN Serdar	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0754, PS-0755	BEYDİLLİ İnan	PS-0342, PS-0407, PS-0464, PS-0543,	CAN Serpil	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0368	BEYDİLLİ İnan	PS-0870	ÇANAKÇI Selçuk Eren	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0634	BEYDİLLİ İnan	SS-099	CANBAZ Hayrı	
BAŞKAYA Nurihayat	SS-112, PS-0221	BEYDİLLİ İnan	PS-0188	CANBAZ KABAY Sibel	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0181, PS-0218, PS-0370, PS-0401,	BEYDİLLİ İnan	PS-0387, PS-0388, PS-0389	CANDER Başar	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0506	BEYDİLLİ İnan	PS-0614, PS-0748	SS-018, SS-019, SS-020, SS-022,	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0545	BEYDİLLİ İnan	PS-0551, PS-0745	SS-030, SS-046, SS-051, SS-054,	
BAŞKAYA Nurihayat	SS-104, PS-0836	BEYDİLLİ İnan	PS-0567	SS-066, PS-0075, PS-0076, PS-0077,	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0683	BEYDİLLİ İnan	PS-0165	SS-078, SS-080, SS-082, SS-086, SS-	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0146	BEYDİLLİ İnan	PS-0729	089, SS-090, SS-091, SS-094, SS-095,	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0239, PS-0240	BEYDİLLİ İnan	PS-0387, PS-0388, PS-0389	SS-104, SS-124, SS-125, PS-0049,	
BAŞKAYA Nurihayat	SS-083, PS-0119, PS-0120, PS-0598,	BEYDİLLİ İnan	PS-0201	PS-0066, PS-0072, PS-0073, PS-0074,	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0830, PS-0833, PS-0835, PS-0837	BEYDİLLİ İnan	PS-0254	PS-0142, PS-0149, PS-0160, PS-0166,	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0668	BEYDİLLİ İnan	PS-0505, PS-0509, PS-0060, PS-0061,	PS-0167, PS-0187, PS-0190, PS-0192,	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0024, PS-0043, PS-0684, PS-0410	BEYDİLLİ İnan	PS-0062, PS-0130, PS-0148, PS-0469,	PS-0193, PS-0202, PS-0234, PS-0334,	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0367	BEYDİLLİ İnan	PS-0568, PS-0580, PS-0671, PS-0802	PS-0338, PS-0565, PS-0569, PS-0570,	
BAŞKAYA Nurihayat	SS-027, PS-0264, PS-0406, PS-0425,	BEYDİLLİ İnan	PS-0191, PS-0364, PS-0366, PS-0471,	PS-0571, PS-0575, PS-0576, PS-0577,	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0441, PS-0445, PS-0613, PS-0617,	BEYDİLLİ İnan	PS-0523	PS-0578, PS-0579, PS-0599, PS-0600,	
BAŞKAYA Nurihayat	PS-0727	BEYDİLLİ İnan	PS-0523	PS-0601, PS-0602, PS-0603, PS-0604,	
BAŞKÖY Lütfullah	SS-072, SS-073, PS-0915	BEYDİLLİ İnan	PS-0514	PS-0615, PS-0618, PS-0620, PS-0640,	
BAŞOĞUL Ercan	PS-0795	BEYDİLLİ İnan	PS-0342, PS-0407, PS-0464, PS-0543,	PS-0650, PS-0652, PS-0669, PS-0670,	
BAŞOĞUL Niliüfer	SS-077	BEYDİLLİ İnan	PS-0870	PS-0685, PS-0689, PS-0690, PS-0777,	
BAŞOĞUL Niliüfer	PS-043, PS-0011, PS-0042, PS-0137,	BEYDİLLİ İnan	SS-031	PS-0789, PS-0792, PS-0794, PS-0795,	
BAŞOĞUL Niliüfer	PS-0238, PS-0336, PS-0421, PS-0423	BEYDİLLİ İnan	PS-0716	PS-0797, PS-0799, PS-0800, PS-0801,	
BAŞPINAR İsa	SS-027, PS-0098, PS-0264, PS-0347,	BEYDİLLİ İnan	PS-0154, PS-0396, PS-0535, PS-0700	PS-0836, PS-0841, PS-0854	
BAŞPINAR İsa	PS-0406, PS-0425, PS-0441, PS-0593,	BEYDİLLİ İnan	PS-0825	PS-0463, PS-0473, PS-0476	
BAŞPINAR İsa	PS-0653, PS-0811, PS-0812, PS-0813,	BEYDİLLİ İnan	SS-003, SS-036, SS-099, PS-0188,	PS-0087, PS-0093, PS-0094, PS-0096,	
BAŞPINAR İsa	PS-0816	BEYDİLLİ İnan	PS-0255	PS-0123	
BASTURK Mustafa	PS-0104, PS-0658	BEYDİLLİ İnan	PS-0198	PS-0508	
BAYDIN Ahmet	PS-0310, PS-0691	BEYDİLLİ İnan	PS-0344	PS-0463, PS-0473, PS-0476	
BAYHAN İrfan	PS-0558, PS-0409	BEYDİLLİ İnan	PS-0040	PS-0087, PS-0093, PS-0094, PS-0096,	
BAYHAN Nilüfer Araz	PS-0174	BEYDİLLİ İnan	PS-0003, PS-0316, PS-0549	PS-0123	
BAYHAN Zülfü	PS-0016, PS-0017	BEYDİLLİ İnan	PS-0003	PS-0463, PS-0473, PS-0476	
BAYINDIR Özgür	PS-0524	BEYDİLLİ İnan	PS-0059	PS-0197, PS-0365, PS-0375, PS-0496,	
BAYIR Hakan	PS-0672	BEYDİLLİ İnan	PS-0549	PS-0607, PS-0609	
BAYKAL Tayyip	PS-0127, PS-0128, PS-0151, PS-0322	BEYDİLLİ İnan	PS-0857, PS-0859, PS-0860, PS-0888	PS-0113, PS-0279, PS-0613	
BAYRAK Selen	SS-102, PS-0244, PS-0246, PS-0430,	BEYDİLLİ İnan	SS-064, SS-076, SS-083, PS-0005,	PS-0024, PS-0043, PS-0410, PS-0684	
BAYRAKTA R Nilüfer	PS-0433, PS-0435, PS-0437	BEYDİLLİ İnan	PS-0119, PS-0120, PS-0135, PS-0154,	SS-117, PS-0242, PS-0257, PS-0528,	
BAYRAKTAN Ömer Faruk	SS-014	BEYDİLLİ İnan	PS-0394, PS-0400, PS-0451, PS-0598,	PS-0708, PS-0723, PS-0826, PS-0882	
BAYRAM Hasan	PS-0225, PS-0226, PS-0227, PS-0229,	BEYDİLLİ İnan	PS-0699, PS-0700, PS-0830, PS-0833,	PS-0546	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	PS-0267, PS-0269, PS-0272, PS-0295,	BEYDİLLİ İnan	PS-0835, PS-0837	PS-0869	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	PS-0297	BEYDİLLİ İnan	SS-056, PS-0133, PS-0200, PS-0350,	PS-0501, PS-0522, PS-0733, PS-0855,	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0403, PS-0404	PS-0863	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-063, PS-0156, PS-0339	BEYDİLLİ İnan	PS-0003, PS-0316, PS-0549	PS-0245, PS-0430, PS-0437, PS-0439	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	PS-0297	BEYDİLLİ İnan	PS-0003, PS-0549	SS-016, SS-057, SS-059, SS-062,	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	PS-0297	BEYDİLLİ İnan	PS-0857, PS-0859, PS-0860, PS-0888	SS-070, SS-128, PS-0339	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	SS-064, SS-076, SS-083, PS-0005,	SS-086, PS-0600, PS-0602, PS-0669	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0119, PS-0120, PS-0135, PS-0154,	PS-0089, PS-0090, PS-0093, PS-0126	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0394, PS-0400, PS-0451, PS-0598,	PS-0089, PS-0090, PS-0093, PS-0126	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0699, PS-0700, PS-0830, PS-0833,	PS-0089, PS-0090, PS-0093, PS-0126	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0835, PS-0837	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	SS-056, PS-0133, PS-0200, PS-0350,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0403, PS-0404	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0003, PS-0316, PS-0549	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0003, PS-0549	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0857, PS-0859, PS-0860, PS-0888	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	SS-064, SS-076, SS-083, PS-0005,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0119, PS-0120, PS-0135, PS-0154,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0394, PS-0400, PS-0451, PS-0598,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0699, PS-0700, PS-0830, PS-0833,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0835, PS-0837	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	SS-056, PS-0133, PS-0200, PS-0350,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0403, PS-0404	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0003, PS-0316, PS-0549	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0003, PS-0549	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0857, PS-0859, PS-0860, PS-0888	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	SS-064, SS-076, SS-083, PS-0005,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0119, PS-0120, PS-0135, PS-0154,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0394, PS-0400, PS-0451, PS-0598,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0699, PS-0700, PS-0830, PS-0833,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0835, PS-0837	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	SS-056, PS-0133, PS-0200, PS-0350,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0403, PS-0404	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0003, PS-0316, PS-0549	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0003, PS-0549	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0857, PS-0859, PS-0860, PS-0888	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	SS-064, SS-076, SS-083, PS-0005,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0119, PS-0120, PS-0135, PS-0154,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0394, PS-0400, PS-0451, PS-0598,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0699, PS-0700, PS-0830, PS-0833,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0835, PS-0837	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	SS-056, PS-0133, PS-0200, PS-0350,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0403, PS-0404	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0003, PS-0316, PS-0549	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0003, PS-0549	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0857, PS-0859, PS-0860, PS-0888	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	SS-064, SS-076, SS-083, PS-0005,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0119, PS-0120, PS-0135, PS-0154,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0394, PS-0400, PS-0451, PS-0598,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0699, PS-0700, PS-0830, PS-0833,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0835, PS-0837	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	SS-056, PS-0133, PS-0200, PS-0350,	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BEYDİLLİ İnan	PS-0403, PS-0404	PS-0188	
BAYRAM Mehtap Kaynakçı	SS-028	BE			