

Türkiye Acil Tıp Derneği

# 9.Türkiye Acil Tıp Kongresi

2 - 6 Ekim 2013

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Kongre ve Kültür Merkezi

TATKON 2013

# BİLDİRİ KİTABI



[www.tatkon2013.org](http://www.tatkon2013.org)



## **Kongre Onursal Başkanları**

Hasan Gönen (Eskişehir  
Osmangazi Üniversitesi  
Rektörü)  
Bekir Yaşa (Eskişehir  
Osmangazi Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Dekanı)

## **Kongre Başkanları**

Levent Avşaroğulları  
Arif Alper Çevik

## **Kongre Genel Sekreterleri**

Haldun Akoğlu  
Nurettin Özgür Doğan

## **Kongre Genel Sekreter Yardımcısı**

Davut Kaplan

## **Ulusal Organizasyon Komitesi**

Abdulkadir Gündüz  
Ahmet Ak  
Ahmet Demircan  
Ahmet Baydin  
Arzu Denizbaşı  
Cuma Yıldırım  
Çetin Avcı  
Ersin Aksay  
Gül Pamukçu Günaydın  
Hüseyin Fidan  
İbrahim Türkçüler  
Kadir Demirel  
Kurtuluş Açıksarı  
Mehmet Ali Karaca  
Mehmet Mahir Kunt  
Mehmet Üstündağ  
Murat Ersel  
Murat Sarıtemur  
Murat Pekdemir  
Mustafa Serinken  
Neşe Çolak Oray  
Niyazi Özçelik  
Nurullah Günay  
Oktay Eray  
Orhan Çınar  
Özlem Bilir  
Özlem Güneysel  
Selcan Enver Dinç  
Süleyman Türedi  
Yusuf Ali Altuncı  
Zeynep Kekeç

## **Lokal Organizasyon Komitesi**

Ayşenur Daşdibi  
Ebubekir Arslan  
Engin Özakin  
Filiz B. Kaya  
Göknur Yıldız  
Hakan Dolgun  
Hava Turan  
İsmail Okutan  
M.Emin Çanakçı  
Mine Gülşin  
Mükerrem Altuntaş  
Nihal Türe  
Osman Çetinkaya  
Ruşengül Demircan  
Rümeysa Can  
Serkan Doğan  
Şaben Şakalar  
Şeyhmusta Kaya  
Tuğrul Zeytin  
Turgay Çağlayan  
Onur Zorbozan

## **Bilimsel Danışma Kurulu**

Adnan Şahin  
Ali Coşkun  
Betül Gülpalp  
Cahfer Güloğlu  
Cem Oktay  
Cüneyt Ayrık  
Enver İhtiyar  
Erden Erol Ünlüer  
Erol Armağan  
Erol Göktürk  
Ersin Aksay  
Evvah Karaklıç  
Fatih Ozan Kahveci  
Figen Coşkun  
Hakan Topaçoğlu  
Hasan Çağıl  
Havva Şahin Kavaklı  
Hayati Kandış  
İlhami Ünlüoğlu  
İsmet Parlak  
John Fowler  
Mehmet Akif Güleç  
Mehmet Mahir Özmen  
Muhammed Gökhan Turtay  
Murat Ayan  
Murat Durusu  
Murat Pekdemir  
Mustafa Burak Sayhan  
Mustafa Serinken  
Mücahit Avcıl  
Nejat Akgün  
Neşe Nur User  
Nurdan Acar  
Okhan Akdur  
Önder Tomruk  
Özge Ecmel Onur  
Özgür Karcıoglu  
Özgür Sögüt  
Sedat Yanturalı  
Sevdeğül Karadaş  
Sezgin Sarıkaya  
Şevki Hakan Eren  
Turgut Deniz  
Umut Yücel Çavuş  
Yunsur Çevik  
Yusuf Yürümez

## **Bilimsel Değerlendirme ve Ödüllendirme Komitesi**

Ersin Aksay  
İbrahim Türkçüler  
Murat Pekdemir (Başkan)  
Orhan Çınar  
Süleyman Türedi

### Akut bizmut zehirlenmesi: Olgu sunumu

Selim Genç, Macit Aydın, Kemal Aydın, Ömer Faruk Demir, Fatih Büyükcamlı  
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Ankara

Giriş: Bizmut mide ve duodenal ülserin tedavisinde yardımcı olarak kullanılan bir ilaçtır. Bizmut zehirlenmesi nadir olarak görülen fakat hayatı tehdit eden tablolara neden olabilen bir durumdur. Klinik bulgular bulantı, kusma, ishal, deri döküntüleri gibi hafif bulgulardan karaciğer yetmezliği, methemoglobinemi, böbrek yetmezliği, encefalopati, nöbet, deliryum gibi daha ağır bulgulara kadar değişkenlik gösterebilir. Kan bizmut düzeyinin  $< 5$  mcgr/dL olduğunda zehirlenmenin ağır bulgularının görülme sıklığı oldukça nadirdir. Bu makalede acil servise bilinç bozukluğu yakınması ile getirilen bizmut zehirlenmesi olan olgu sunuldu.

Olgu: 24 yaşında bayan hasta bilinç bozukluğu şikayeti ile acil servise getirildi. Öyküsünden acil servise başvurudan iki saat önce öz kiyim amaçlı, kollaidal bizmut subsitrat içeren tabletlerden toplam 15 gram aldığı öğrenildi. Başvuruda vital bulguları stabil idi. Yapılan muayenesinde bilinç uykuya eğilimli idi. Hastada konsantrasyon güçlüğü ve ataksi mevcut idi. Diğer fizik muayene ve labaratuvar bulguları normal idi. Hastaya acil serviste mide lavajı yapılp aktif kömür verildikten sonra acil gözlem odasına alındı. Takibinin 12. saatinde bulantı, kusma, diyare, kol ve bacaklı dermatit gözlandı. Bilinç bozukluğunun artması üzerine 3 mg/kg dozunda dimerkaprol başlandı. Birinci günde kan bizmut düzeyi 1.4 mcgr/dL saptanması üzerine dimerkaprol kesildi. İkinci gününde hastanın şikayetleri geriledi. Dördüncü günde yapılan fizik muayene ve klinik bulgular tamamen normal olması üzerine taburcu edildi.

Sonuç: Bizmut zehirlenmesinin tedavisinde zehirlenmenin bulguları ile kan bizmut düzeyi ölçümlü önemli faktörlerdir. Ağır zehirlenme bulguları gösteren ve kan bizmut düzeyi 5 mcgr/dL üzerinde olan olgularda şelasyon tedavisi başlanması gerektiğini düşünmektediriz.

**Anahtar Kelimeler:** bizmut zehirlenmesi, kan bizmut düzeyi, şelasyon tedavisi

## İvermektin enjeksiyonu ne yapar?: Bir olgu sunumu

Erol Acar, Arzu Semiz, Bahar Gülcay Çat, Sema Avcı, Fatih Büyükcamlı

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

**Giriş:** İvermektin, antihelmintik ve antiparaziter bir ilaç olup intervertebral kas ve sinir hücrelerindeki glutamat kapılı klor kanallarına yüksek afinité göstermektedir. Bu afinitéyle beraber hücre membranındaki klor iyonlarının permeabilitesi artar ve oluşan hiperpolarizasyon parazitin paralizi sonucu ölümüne neden olur. İvermektin, insanlarda gastrointestinal sistemdeki Ascaris Lumbricoides Strongyloidozis ve Onchocerciasis gibi enfeksiyonların tedavisinde kullanılmaktadır.

**Olgu:** 25 yaşında erkek hasta yaklaşık dört saatir devam eden bulantı, kusma, ateş ve tansiyon düşüklüğü şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın bir gün önce büyükbaş bir hayvana subkutanöz olarak ivermektin enjeksiyonu esnasında ilacı yanlışlıkla kendi sol ön kolunun dorsomedial yüzüne enjekte ettiği öğrenildi. Hastanın bunun dışında özgeçmişinde bilinen ek hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Hastanın başvurusu fizik muayenesinde epigastrik bölgesinde hassasiyet mevcuttu ve ciltte flushing vardı, lokal deri reaksiyonu mevcut değildi. TA:90/60 mmHg, Nb:115 atım/dk, solunum sayısı:23/dk, sO<sub>2</sub>:%94 ve ateş:38.6°C (timpanik) idi. Laboratuar tetkiklerinde WBC:13.7 10<sup>3</sup>/µL idi, diğer tetkikler normaldi. Hasta bir süre acil serviste gözlem altında tutuldu ve öneriler ile taburcu edildi.

**Sonuç:** İvermektin insanlar dışında domuz ve sığır gibi hayvanlarda internal ve external parazitizmin kontrol ve tedavisinde de veterinerlik alanında oldukça yaygın kullanılan bir ilaçtır. Oral olarak alındığında görmede azalma, konfüzyon, gözlerde kızarıklık, ağrı ve şişme, epileptik nöbet, bulantı, kusma, baş dönmesi, el ve ayaklarda şişlik, lenf nodlarında şişlik ve hassasiyet, ciltte kaşıntı ve gözlerde yabancı cisim hissi gibi yan etkilere neden olmaktadır. Hayvanlarda kullanılan enjektabl formların insanlarda sebep olabileceği yan etkiler konusunda literatür bilgisi sınırlıdır. Biz bu olgu sunumunda başvurusundan yaklaşık 24 saat önce kendisine yanlışlıkla büyükbaş hayvanlarda kullanılan enjektabl ivermektinin insana enjeksiyonu sonucu hasta takibinde ortaya çıkabilecek yan etkileri göstermeyi amaçladık. Sonuç olarak kullanımını yaygın olmayan veya kullanımını ve yan etkileri konusunda kısıtlı bilgiye sahip olduğumuz ilaçlara maruziyet sonucu acil servise başvuran hastalar yakın ve monitörize takip edilmeli, ortaya çıkan yan etkiler kayıt altına alınmalı ilgili kurumlar bu ilaçlar konusunda bilgilendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** ivermektin, hipotansiyon, bulantı, kusma, ateş

## Eroin zehirlenmesi ve akut böbrek yetmezliği

Nezih Kavak, Rıdvan Sarıkaya, Sema Avcı, Fatma Nihal Özmen, Fatih Büyükcamlı  
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

Giriş: Ülkemizde madde kullanımını giderek artmaktadır. Buna bağlı olarak madde kullanımına bağlı komplikasyonlar ve zehirlenmeler acil servislere sık başvuru sebepleri olmaktadır. Bu makalede intravenöz eroin alımına bağlı nadir olarak meydana gelen böbrek yetmezliği olgusundan bahsedildi.

Olgu: Yaklaşık 22 yıldır tüttürme yolu ile esrar kullanımını olan 36 yaşında erkek hasta acil servisimize ilk kez intavenöz tek doz eroin alımı sonrası gelişen dispne ve göğüs ağrısı ile acil servise başvurdu. Hastanın bilinen kronik hastalığı ve sürekli ilaç kullanımı yoktu. Hasta uykuya meyilli idi, tremor, konfüzyon, depresyon, hipersalivasyon, midriyasis, dispne, hipertermi, bulantı mevcuttu. Hastanın muayenesinde akciğerde yaygın ronkus mevcuttu, ek muayene bulgusu yoktu. Hastanın başvuru sırasında EKG sinüs ritiminde idi, WBC:53.6  $10^3/\mu\text{L}$ , kreatinin: 2.71 mg/dL, üre:43 mg/dL, K:6.3 meq/dL, troponin:0,823 ng/mL, CK:286 U/L, CK-MB:57 U/L, pH:7.167, CO<sub>2</sub>:51.3 mmHg idi. Ekokardiyografi normal olarak değerlendirildi. Takipte hastada oligüri (400cc/gün) gelişti. Hastaya 125 cc/st izotonik ve 75 cc/st 4ü kristalize insülin ile nötralize edilmiş %5 dekstroz infüzyonu başlandı. 36 saat takip edilen hastanın WBC değeri  $20.7 \cdot 10^3/\mu\text{L}$  ye kreatinin 1,03 mg/dL seviyesine geriledi potasyum 4.4 mg/dL idi. Hastanın bir hafta sonraki kontrolünde böbrek fonksiyonları normal seviyelerde idi.

Sonuç: Eroin yüzyillardır uyuşturucu olarak kullanılmaktadır. Eroin Diasetilmorfin (diamorfin) yarı-sentetik bir afyon alkaloidi türevidir. Morfinin 3,6-diasetil türevidir ve onun asetilasyonu ile sentezlenir. Beyaz ve kristalize olan formu genellikle hidroklorid tuzu olan diasetilmorfin hidrokloriddir. Bilinen sık yan etkileri analjezi, öfori, sedasyon, bulantı, kusma, konstipasyon, solunum depresyonu, bilirspazm, idrar retansiyonu, hipotansiyon, bronkospazm miyozis, şuur durum değişiklikleri, vücut ısısında azalma şeklindedir. Bu olguda eroinin nadirde olsa tek intra venöz kullanımında bile akut böbrek yetmezliğine neden olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** eroin, akut böbrek yetmezliği, bağımlılık

### **Esrar her zaman keyif vermez**

Nezih Kavak, Rıdvan Sarıkaya, Fatma Nihal Özmen, Sema Avcı, Fatih Büyükcamlı  
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

Giriş: Esrar (Marijuana), kenevir bitkisinin Cannabis Sativa/Cannabis Indica türlerinin çiçeklerinden ve tohum yataklarından elde edilen sarhoşluk ve keyif veren bitki parçalarından oluşan bir uyuşturucudur. Esrar kullanımı coğunlukla öfori, sedasyon ve gevşeme oluşturur.

Olgu: 47 yaşında erkek hasta dispne şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın Sürekli kullandığı bir ilaç yoktu ve bilinen kronik bir hastalığı yoktu. Fizik muayenesinde bazallerde ronküsleri vardı. GKS 15 idi. Tansiyon arteryal 110/70 mm/hg, nabız: 89 atım/dk, saturasyon %80 olarak ölçüldü. Hasta son iki gündür nazal yolla esrar kullandığını ifade etti. Daha önceden madde kullanımı yok idi. Yapılan tetkiklerinde kan gazında karbon monoksit düzeyi %15,8 olarak saptandı, diğer laboratuar tetkikleri normal idi. Hasta kısa süreli nazal oksijen tedavisi sonrası taburcu edildi.

Sonuç: Esrar, Hint keneviri bitkisinin Cannabis Sativa/Cannabis Indica türlerinin dışı eşeyli bitkilerinin tohum yataklarının işlenmesiyle elde edilir. Bitkinin yapraklarının kurutulup bastırılması suretiyle hazırlanan ve aktif maddesini bu kısımlardan salgılanan reçine içindeki kannabinoidlerin oluşturduğu bir maddedir. Esrar levha ya da çubuk biçimine getirildikten sonra daha çok tüne karıştırılarak sigara gibi içilir. Karbon monoksit odun, kömür, propan, benzin, vinil plastik gibi karbonlu bileşiklerin tam olarak yanmamasıyla ortaya çıkmaktadır. Bizim vakamızda da esrarın yanması sonrası ortaya çıkan dumanın nazal yol ile inhale edilmesi sonrası karbon monoksit zehirlenmesi olmuştur. Sonuç olarak esrar dumanı ile hafif düzeyde de olsa karbon monoksit zehirlenmesi bulguları görülebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** esrar, marijuana, dispne, karbonmonoksit

## Miyokard infarktüs ve ardından gelişen femoral arter trombübü

Sema Avcı, Rıdvan Sarıkaya, Selim Genç, Macit Aydin, Fatih Büyükcem  
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

**Giriş:** Akut extremite iskemisinin en yaygın sebebi trombotik oklüzyon olup vakaların %80'den fazlasında bu oklüzyon alt extremitede meydana gelmektedir. Akut arteriyel tikanıklığa trombüüs, emboli, kateterizasyon komplikasyonları, vaskülitler, travma ve şoka bağlı arteriyel iskemi gibi durumlar neden olmaktadır. Emboliye bağlı tikanıklık trombüse oranla daha az görülmekte olup vakaların yaklaşık %90'ı kardiak kökenlidir. Periferal emboli gelişen hastaların yaklaşık üçte ikisinde neden atrial fibrilasyon olup, ikinci en sık neden ise miyokard infarktüsü sonrası gelişen ventriküldeki mural trombüstür.

**Olgı:** Elli dokuz yaşında erkek hasta acil servise yaklaşık iki saatir devam eden sağ bacakta uyuşma ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın bilinen sigara kullanımı ve Diyabetes Mellitus hastalığı olmasına rağmen ilaç kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenede hastanın sağ alt extremitede periferik nabızları alınamadı. Acil serviste yapılan arteriyel sistem renkli doppler ultrasonografide ana femoral arter distal 1, 5 cm. segment, yüzeyel femoral arter, derin femoral arterin proksimal kesimi, popliteal arter damar kalibrasyonu ve lumen ekojenitesi artmış olup erken subakut süreçte total trombüüs olan oklüzyonla uyumlu idi. Ayak bileği düzeyinde anterior ve posterior tibial arterde akım sinyali alınmamış olup postoklüzyonla uyumlu idi. EKG'de anterior derivasyonlarda ST segment elevasyonu mevcuttu. Laboratuar tetkiklerinde troponin I:43.700 ng/mL, kütle CK-MB: 1.67 ng/ml olup diğer laboratuar tetkiklerinde anormallik saptanmadı. Hasta embolektomi ve anjiografi amacıyla koroner yoğun bakım ünitesine yatırıldı.

**Sonuç:** Atrial fibrilasyon ve akut miyokardiyal infarktüs kardiyak duvar hareketlerinde yavaşlamaya ve durgun kan akımının pihti oluşturmamasına zemin hazırlamaktadır. Emboli ve trombüsun tedavisinde önleyici antikoagulan ilaç tedavisi ve embolektomi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Acil servisimize başvuran hastamızda femoral arterde trombüüs saptanmış olup eş zamanlı anterior derivasyonlarda ST segment elevasyonu mevcuttu. Sonuç olarak acil servise periferik arter tikanıklığı tablosıyla başvuran hastalarda en sık neden olan kardiyak kökenli patolojiler akılda tutulmalı ilk muayenenin ardından elektrokardiyografi görülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** miyokard infarktüsü, subakut trombüüs, femoral arter

## Hızlı spontan rezolüsyon gösteren epidural hematom olgusu

Selim Genç<sup>1</sup>, Sinan Yıldırım<sup>2</sup>, Macit Aydın<sup>1</sup>, Fatih Büyükcaml<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Ankara

<sup>2</sup>Ağrı Devlet Hastanesi, Acil Servis, Ağrı

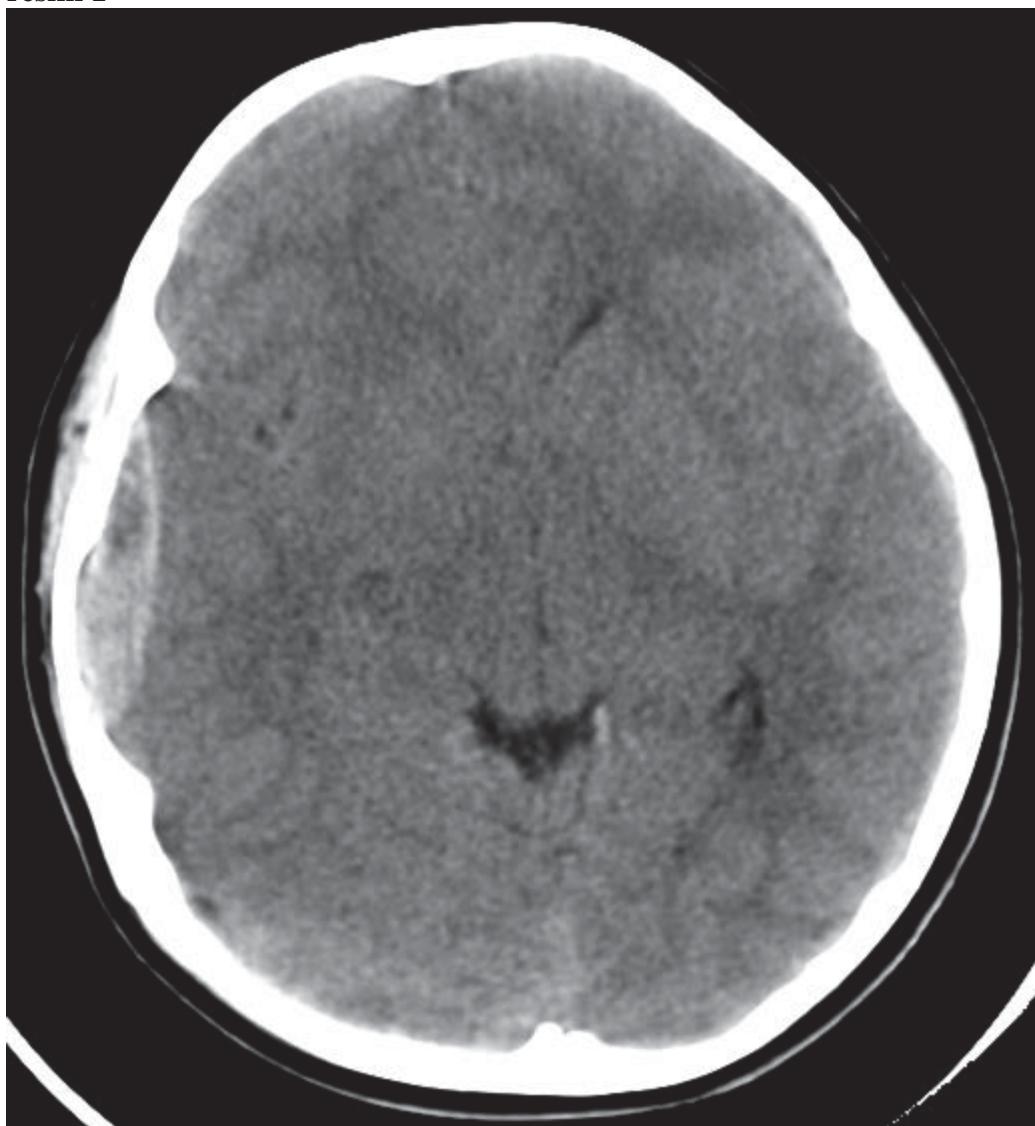
**Giriş:** Epidural hematomlar yaşamı tehdit eden ağır klinik tablolardır. Erken tanı ve erken cerrahi boşaltma standart yaklaşımı oluşturmaktadır, aksi takdirde klinik tabloda hızla bozulma gelişebilmekte ve ölüm riski artmaktadır. Asemptomatik küçük bir hasta grubu, yakın nörolojik ve radyolojik takip ile konservatif olarak tedavi edilebilir. Bu makalede, kısa bir süre içerisinde rezolüsyon gösteren travmatik epidural hematom olgusu sunuldu. Bu olgu saatler içerisinde hızlı rezolüsyon görülen nadir olgulardan biridir.

**Olgu:** 14 yaşında erkek hasta, araç dışı trafik kazası sonrası acil servisimize sevk edildi. Öyküsünden hastanın travma sonrası iki defa fişkİR tarzda kusmasının olduğu öğrenildi. Başvuda vital bulguları stabil idi. Yapılan nörolojik muayenesinde bilinci uykuya meyilli, kooperasyon ve oryantasyon kısıtlı, Glasgow Koma Skoru (GKS) 13 (E4,M5,V4) idi. Diğer sistemik muayenesi sağ dış kulak yolunda laserasyon ve hemorajik mayı varlığı dışında normal idi. Başvurduğu ilk merkezde çekilen beyin tomografisinde sağ temporal kemikte fraktür ve sağ temporal epidural mesafede hematom ile uyumlu görüntü tespit edildi (Resim 1). Yapılan batın ultrasonografi ve labaratuvar incelemeleri normaldi. Hastaya 18mg/kg yükleme dozunu takiben 5 mg/kg idame dozunda fenitoin verildi. Tekrarlayan muayenelerinde bilincinin açık, kooperasyon ve oryantasyonunun tam, GKS'nun 15 olması üzerine takibinin 2. saatinde çekilen beyin tomografisinde epidural hematomun kendiliğinden rezorbe olduğu gözlandı (Resim 2). Kliniğe yatırılarak izlenen olgu sistemik ve nörolojik muayenesinin tamamen normal olması üzerine takibinin 2. gününde komplikationsuz olarak taburcu edildi.

**Sonuç:** Epidural hematomlar genellikle cerrahi olarak tedavi edilir. Ancak fokal nörolojik deficitin olmadığı, hematoma eşlik eden intradural lezyonların bulunmadığı, hematom volumünün 40 ml'nin altında ve orta hat yapılarındaki şiftin 1,5 cm'nin altında olduğu epidural hematom olguları yakın gözlem ile birlikte konservatif olarak izlenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Epidural hematom, Erken rezolüsyon, Acil servis

**resim 1**



## OLGU SUNUMU: Bisiklet kazası sonrası eksternal iliak arterde trombus gelişimi

Fatma Nihal Özmen, Ahu Karsandı, Fatih Büyükcem, Seda Özkan

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

**Giriş:** Çocuklarda penetrant travmalar inspeksiyonla seçilebilmekteyken künt batın travmalarda iyi bir fizik muayene önemlidir. Yaralanmanın mekanizması itraabdominal travmanın şiddetinin göstergesi olabilir. Burada bisiklet kazası sonrası gelişen eksternal iliak arterde oluşan trombüsten bahsedildi.

**Olgu:** On dört yaşında erkek hasta bir gün önce geçirdiği bisiklet kazası sonrası sabah başlayan karın ağrısı ve bulantı ile acil servise başvurdu. Hastanın genel durumu iyi idi. Fizik muayenede TA:110/70 mmHg, Nb:90 atım/dk, solunum sayısı:32 nefes/dk, sO<sub>2</sub>:%73 ve ateş:37.1°C (timpanik) idi; periferik nabızlar tüm ekstremitelerde bilateral alınıyordu; akiçiger ve kalp muayenesi dinlemekle normaldi, karın muayenesinde sol alt kadranda ağrı, hassasiyet ve defans vardı. Laboratuvar tetkiklerinde belirgin patoloji yoktu. Acilde yapılan abdominal ultrasonografide (USG) organ bütünlükleri doğaldı ve batın içi serbest sıvı yoktu. Kontrastlı abdomen tomografide sol eksternal iliak arter femoral arter düzeyinde trombus veya laserasyon şüphesi mevcuttu (Resim 1). Bunun üzerine yapılan sol femoral arter renkli doppler USG'de eksternal iliak arter proksimal kesiminde spike akım izlendi, distal kesimde yaklaşık 3,5 cm lik bir segmentte ekojen trombus materyali ile total oklüzyon saptandı. Solda ana femoral arterde ve yüzeyel femoral arter proksimalinde akım yönü doğal idi, renkli doppler USG inclemeye ile postokluzif monofazik akım deseni izlenmişti; derin femoral arter proksimal kesiminde ters yönlü akım izlendi. Kontrol doppler USG'lerde herhangi bir ilerleme, eksternal arter diseksiyonu saptanmadı, hasta taburcu edildi.

**Sonuç:** Künt batın travmaları abdomene bisiklet gidonlarından gelen travmalar, motorsiklet kazaları, trafik kazası yüksektten düşme gibi durumlarda gelişebilmektedir. Bu gibi hastalarda ultrasonografi hızlı, erken dönem stabil hastalarda uygulanabilecektirken negatif fast abdominal künt organ yaralanmalarının ekarte etmeye yeterli değildir. Bu olgu sunumunda da bizim acil servisimize başvuran hastada bisklet bidonunun sol kasığa çarpması sonucu femoral arter trombusu gelişmiştir ve bunun standart ultrasonografî ile tespit edilmesi mümkün değildir.

Sonuç olarak, acil travma ile gelen çocuk hastalarda fizik muayene göz önünde bulundurulmalıdır. Abdominal USG ve labaratuvar tetkiklerinin normal olması bizi yanılmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** bisiklet gidonu, travma, iliak arter, trombus

**Resim 1**



*Abdominal bilgisayarlı tomografi'de sol iliak arter, femoral arter düzeyinde trombiüs görüntüüsü*

### Olgu sunumu: Esrar kullanımına bağlı yeni gelişen sol dal bloğu

Fatma Nihal Özmen, Esra Özer Ünal, Sema Avcı, Rıdvan Sarıkaya, Fatih Büyükcam  
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

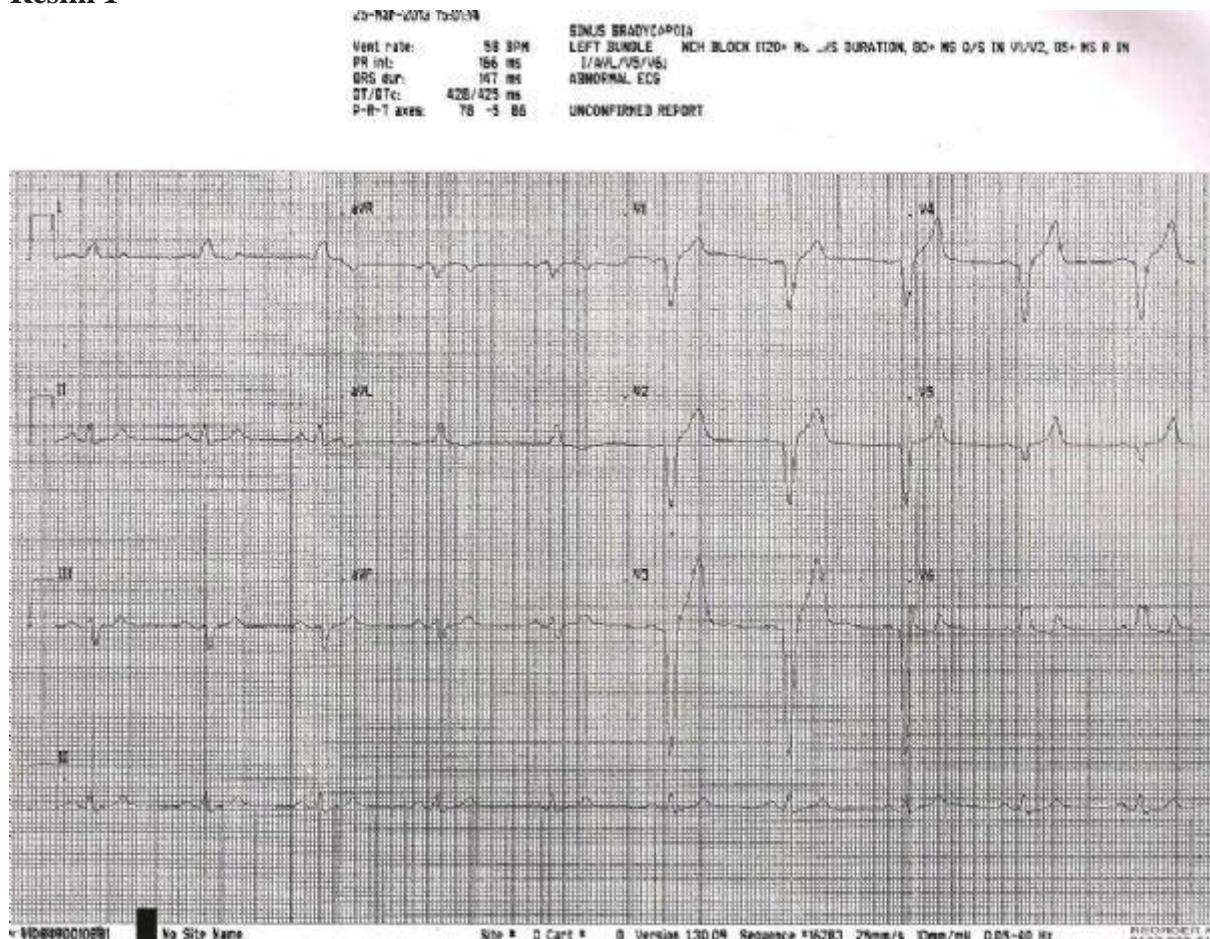
Giriş: Esrar, diğer adıyla marihuana veya kannabis olarak bilinmekte olup halen gençler tarafından en sık istismar edilen psikoaktif halüsinojenlerden birisidir. Psikoaktif özellikleri öncelikle delta 9 tetra hidrokarabinol (THC) içeriğinden gelmektedir. Taşikardi, hipertansiyon, takipne, ağız kuruluğu, iştah artışı, konjonktival kızarıklık, bronkodilatasyon, ortostatik hipotansiyon, zayıflanmış motor koordinasyon, öfori ve paranoya sık görülen fizyolojik etkileri olup, nadir olarak da kısa süreli toksik psikozlara, pnömomediastinuma, pnömotoraksa sebep olabilmektedir. Bizim olgumuzda, tek doz esrar kullanımına bağlı sinüyal taşikardi ve EKG de yeni gelişen sol dal bloğu saptanmıştır.

Olgu: 48 yaşında erkek hasta yaklaşık bir saat önce başlayan çarpıntı ve sıkıştırıcı tarzda göğüs ağrısı ile acil servise başvurdu. Hastanın bilinen kronik bir hastalığı ve sürekli kullandığı bir ilaçın olmadığı öğrenildi. Hasta, ilk kez arkadaşı önerisiyle yaklaşık iki saat önce tütüne karıştırarak sarma ve sigara şeklinde içme yöntemiyle esrar aldığı belirtti. Yaklaşık 20 yıldır ortalama günde bir paket sigara kullanımı vardı. Başvuru sırasında hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, koopere ve oriyente idi. Fizik muayenede TA:120/70 mmHg, Nb:121 atım/dk idi; periferik nabızlar tüm ekstremitelerde bilateral alınıyordu; akciğer ve kalp muayenesi dinlemekle normaldi. Laboratuar tetkiklerinde herhangi bir patoloji tespit edilmedi. EKG' de sinüs taşikardisi olan hastanın 15 dk sonra çekilen EKG'sinde yeni gelişen sol dal bloğu tespit edildi (Resim 1). Acilde yapılan transtorasik ekokardiyografide, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %60, segmental duvar hareket bozukluğu yoktu. Koroner anjiyografide LAD'de yavaş akım tespit edildi, RCA ve CX normal idi, LAD, RCA ve CX'te belirgin bir tikanıklık saptanmadı.

Sonuç: Acil servise kardiyak şikayetler ile gelen hastalarda, esrar ve madde kullanımı sorulmalıdır ve bunlara bağlı kardiyak yan etkilerin olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca madde kullanım öyküsü ile acil servise başvuran hastalar kardiyak yan etkiler ve komplikasyonları açısından değerlendirilmelidir. Yüksek dozda alındığında hipotansiyon ve bardikardiye neden olmaktadır. Seri çekilen EKG' lerde ise T ve ST segmentlerinde elevasyon, supraventriküler ve ventriküler ektopik atımlar görülebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** esrar, göğüs ağrısı, sol dal bloğu

## Resim 1



*Elektrokardiyografide görülen sol dal bloğu*

## Sol yan ağrısı ??? Bir daha düşün, bir daha muayene et !

Nezih Kavak, Fatma Nihal Özmen, Rıdvan Sarıkaya, Sema Avcı, Fatih Büyükcamlı  
Dışkapı Yıldırım Beyazıt eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

Giriş: Subdural hematom genellikle travma sonrası oluşan ve hayatı tehdit eden bir patolojidir. Erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır. En sık baş ağrısı, bilinç değişikliği ve nörolojik defisit ile acil servislere başvurmaktadır.

Olgu: 62 Yaşında erkek hasta acil servise, sol yan ağrısı nedeniyle getirildi. Hastanın geçmişte nefrolitiazis öyküsü mevcut. Sürekli kullandığı bir ilaç yoktu ve bilinen kronik bir hastalığı yoktu. Hastanın fizik muayenesinde solda KVAH negatif olarak tespit edildi; hematüri, dizüri karın ağrısı yoktu. Hastanın yan ağrısına yönelik muayenesi sırasında hafif apatik olması nedeniyle öykü ve semptomlar yeniden sorgulandı. Hastanın bilinç durumu hakkında eşi; son dört gündür zaman zaman anlamsız konuşmaları ve ajitasyonunun olduğunu söyledi; bilinen kafa travması olmadığı belirtildi. Hastanın nörolojik muayenesinde belirgin bulgu yoktu, denge kaybı yoktu, belirgin baş ağrısı yoktu. Hastada yakın dönemde gelişmiş olan kişilik değişikliği ve apatik duruşu nedeniyle beyin bilgisayarlı tomografi tetkiki yapıldı. BT'de sağ temporal kemik squamoz parçada fraktür hattı, sağ temporoparietal bölgede 35 mm kalınlığa ulaşan, ekstraaksiyel hematom vardı; sağda sulkuslar silikti, sağ lateral ventriküle bası vardı ve orta hatta sola doğru 6mm şift görüldü (Resim 1). Hasta, subdural hematom tanısı ile acil operasyona alındı.

Sonuç: Subdural hematom sıklıkla kafa travmaları ile gelmekle beraber, acil servislerde öykü her zaman güvenilir olmayabilir. Hangi semptomla gelmiş olursa olsun hastalar bir bütün olarak değerlendirilmeli ve şikayetinin haricindeki diğer sistem sorgulamaları da yapılmalıdır. Bizim vakamızda da hastanın geliş şikayeti renal kolik gibi görünmekte ayrıca önceden de nefrolitiazis öyküsünden bahsedilmektedir, fakat muayene sırasında hastanın sadece apatik konuşması ve duruşu altta yatan ciddi bir sorun olabileceğini düşündürmüştür. Burada da görüldüğü gibi hasta muayenesi öncelikle şikayet odaklı başlamalı fakat kabaca da olsa sistemik muayene şeklinde bitirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** subdural hematom, yan ağrısı, fizik muayene

**Resim 1**



*Hastanın beyin bilgisayarlı tomografi görüntüsü*

## Amitriptilin intoksikasyonunda nadir bir ekg bulgusu: sağ dal bloğu

Sema Avcı, Rıdvan Sarıkaya, Nezih Kavak, Fatih Büyükcamlı

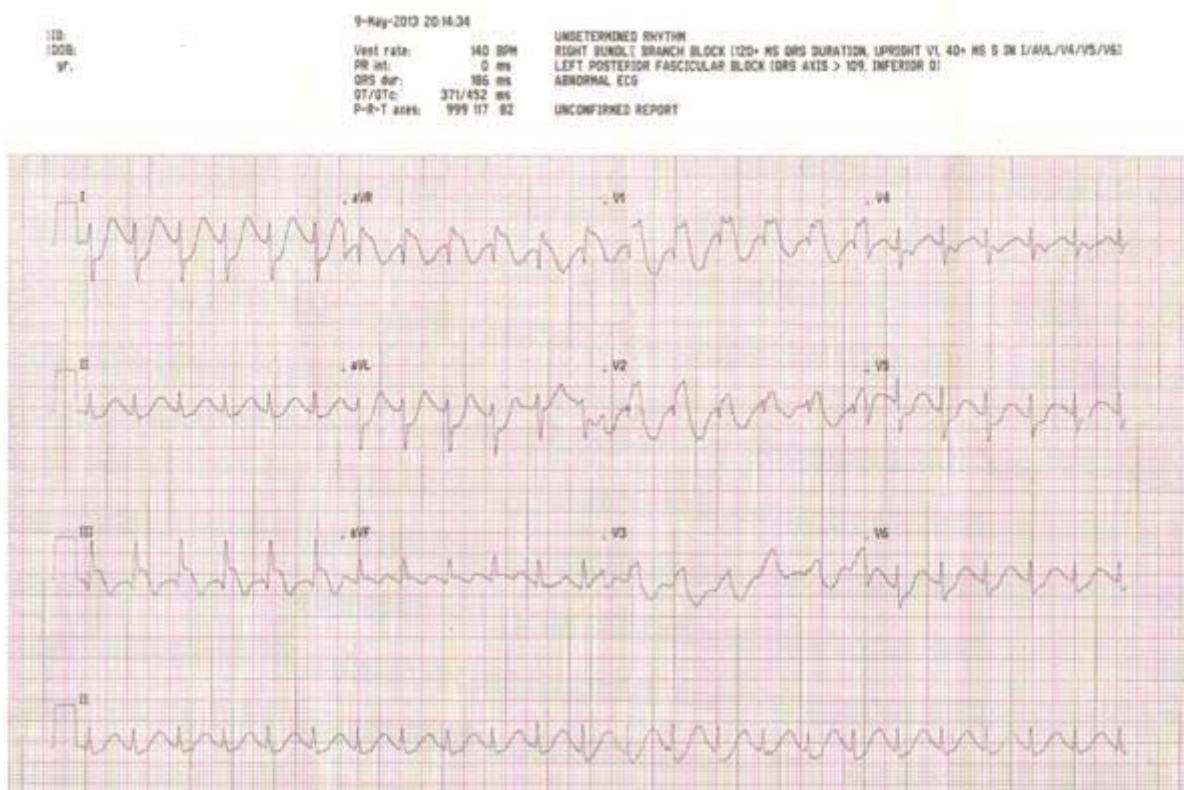
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

Giriş:

Olgu: 22 yaşında bayan hasta acil servise yaklaşık altı saat önce intihar amaçlı 40 adet amitriptilin 25 mg içmesi nedeniyle getirildi. Hastanın bir yıldır depresyon nedeniyle bu ilacı kullandığı, bunun dışında ek hastalığı olmadığı ve başka ilaç kullanımı olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede genel durum kötü, bilinc kapalı, spontan solunumu mevcut olup solunum kasları solunuma eşlik etmekteydi. Glasgow Koma Skoru:8 (G:;M:; V: ) idi. Başvuru sırasında TA:170/100 mmHg, Nb:142 atım/dk, solunum sayısı:32/dk, sO<sub>2</sub>:%73 ve ateş:37.1°C (timpanik) idi. Hasta entübe edildi. Laboratuar tetkiklerinde pH:7.323, pCO<sub>2</sub>:50.5 mmHg, pO<sub>2</sub>:16.9 mmHg, HCO<sub>3</sub>:25.6 mmol/L, laktat:1.08 mmol/L, wbc:10.200, hgb:12.1, plt:341.000, glukoz:128 mg/dl, üre: 24 mg/dl, creatinin:1.02 mg/dl, Na:141 mEq/L, K:4.9 mEq/L idi. EKG'de sağ dal bloğu ve beraberinde ST segmentlerinde yaygın elevasyon mevcuttu. Yapılan tetkik ve tedavinin ardından hasta Yoğun Bakım ünitesine yatırıldı. Sonuç: Antidepresanlar ilaca bağlı ölümlerin üçüncü en sık nedenidir. Acil servise başvurularda nöbet ve kardiak disritmiler gibi ciddi komplikasyonlar sık görülmektedir. Hastalarda ciddi toksisite belirtileri olan koma, kardiak ileti bozuklukları, supraventriküler taşikardi, hipotansiyon, solunum depresyonu, prematüre ventriküler atımlar, nöbet ve ventriküler taşikardi genellikle ilk 6 saatte ortaya çıkmaktadır. Klasik EKG değişikliği olarak sinüs taşikardisi, PR, QRS ve QT uzaması, nonspesifik ST segment ve T dalga anormallikleri ve daha nadiren de sağ dal bloğu ve yüksek dereceli AV bloklar görülmektedir. Bizim acil servisimize başvuran hastada siklik antidepresan toksisitesine bağlı olarak nadir bir EKG bulgusu olan sağ dal bloğu gelişmiştir (Şekil 1). Sonuç olarak siklik antidepresan kullanımına bağlı gelişen toksisite olgularında tedavide hastalar olası kardiyak etkiler nedeniyle yakın monitörize edilmeli, gastrointestinal dekontaminasyon ve sodyum bikarbonat tedavisi uygulanmalı ve hastalar yoğun bakım ünitelerinde takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** amitriptilin, toksisite, sağ dal bloğu

## Resim 1



## Postural tachycardia syndrome (POTS) olgusu

Nezih Kavak, Fatma Nihal Özmen, Rıdvan Sarıkaya, Sema Avcı, Fatih Büyükcamlı  
Dışkapı Yıldırım Beyazıt eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

**Giriş:** Acil servislere senkop ile başvurular sıkılıkla rastlanmaktadır. Senkop nedeni en sık nörolojik ve kardiyak senkop olarak bilinmektedir.

**Olgu:** 28 yaşında bayan hasta acil servise gün boyu geçirdiği sık senkop atakları sonrası başvurdu. Daha önceleri de zaman zaman senkop ataklarının olduğunu belirtmekle beraber başvuru öncesinde senkop ataklarının daha sık ve daha uzun olduğundan bahsetti. Sürekli olarak fludrokortizon 1x0,1mg/gün dozunda kullanmaktaydı. Bu tedavi hastaya daha önceden konulan POTS (Postural tachycardia syndrome) nedeniyle verilmişti. Hastanın gelişimde arteriyel tansiyon 110/70 mmHg, nabız 85 atım/dk idi. Hasta göğüs ağrısı tarif etmiyordu. Nörolojik ve kardiyak muayenesinde herhangi bir patoloji yoktu. Senkop atakları sonrası postiktal dönem tarif edilmedi. Hastanın elektrokardiyografik incelemesi sinüs ritmindeydi ve patolojik bulgu yoktu. Bilgisayarlı beyin tomografi ve sonrasında difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemede patoloji tespit edilmedi. Hastaya son bir yıl içerisinde iki defa holter ve ekokardiyografi ile değerlendirildiği ve patoloji tespit edilmediği öğrenildi. Hastanın semptomları oturduğu veya yattığı yerden kalkarken sıkılıkla görülmekteydi. Hasta acil serviste yatarken tansiyon ve nabız değerleri normal sınırlardayken, oturur pozisyonuna getirildiğinde TA: 90/60 mmHg ve nabız 140 atım/dk olarak ölçüldü ve hasta aniden baş dönmesinin arttığını söyledi. Hastanın kulak muayenesi normaldi. Hastanın şikayetlerini daha önceden bilinen POTS sendromuna bağlı olabileceği düşünüldü. Hastaya intravenöz 500 cc izotonik sıvı replasmanı yapıldı ve kardiyoloji poliklinigine yönlendirildi.

**Sonuç:** POTS sendromu en az altı aydır olan ve aralıklı olarak tekrar eden ortostatik durum intoleransı olarak tanımlanmaktadır. Hastalar yatar pozisyondan oturur pozisyonuna getirildiğinde kalp hızında 30 atım/dk veya daha fazla artış ve tansiyonda 20/10 mmHg veya daha fazla düşüş görülmektedir. Hastalarda genellikle çarpıntı, denge kaybı, dispne, baş ağrısı, bulantı, bulanık görme, uyku bozukluğu, egzersiz intoleransı halsizlik gibi şikayetler görülmektedir. Denge kaybı ve presenkop sık görülmemesine rağmen yaklaşık %30'unda bayılma görülebilmektedir. Acil servise senkop ile gelen hastalarda POTS sendromu ayırıcı tanılar arasında düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** senkop, POTS sendromu, taşikardi

## Otitis media sonrası gelişen beyin absesi

Sema Avcı, Rıdvan Sarıkaya, Fatma Nihal Özmen, Nezih Kavak, Fatih Büyükcamlı  
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

**Giriş:** Otitis mediada hastalar sıklıkla ateş veya ateş olmaksızın kulak ağrısı ile hastaneye başvurmaktadır; kulak çınlaması, baş dönmesi, nistagmus, işitme kaybı ve kulak akıntısı klinik tabloya eşlik edebilir. Otitis medianın komplikasyonları intrakranial ve intratemporal olup en sık timpanik membran perforasyonu görülür ve genelde otore ile bulgu verir. Akut mastoidit, lateral sinüs trombozu ve süpüratif yolla oluşan menenjit ve beyin absesi hayatı tehdit edici diğer komplikasyonlardır. Bu makalede 21 yaşında bir hastada otitis media sonrası gelişen beyin absesi olgusundan bahsedildi.

**Olgu:** 21 yaşında erkek hasta acil servise yaklaşık dört saatir devam eden bilinc bulanıklığı, ateş ve uykuya meyil sıkayıtle getirildi. Hastanın on yıldır madde bağımlılığı (eroin kullanımı) olduğu öğrenildi, bunun haricinde bilinen kronik bir hastalığı veya sürekli kullandığı bir ilaç yoktu. Hastaya beş gün önce otitis media tedavisi verilmişti. Hastanın başvurusunda Glasgow Koma Skoru:9 (G2, M4, S3) idi; TA:110/70 mmHg, Nb:125 atım/dk ve ateş:38.6°C (timpanik) idi. Laboratuar tetkiklerinde WBC:20.500 idi ve diğer kan tetkikleri normaldi. BBT'de sol serebral hemisferde frontoparyetal bölgede, en kalın yerinde 6 mm'ye ulaşan subdural koleksiyon, sol hemisfer sulkuslarda silinme ve ödem, orta hattın sağına doğru 5.6 mm şift mevcut idi (Resim 1). Kontrastlı beyin MRG'de sol temporal bölgede parankimal extra-aksiyal sıvı koleksiyonu ve periferal kontrastlanma görülmekte idi (Resim 2). Hastaya vankomisin 2x500mg ve meropenem 3x2gr dozunda başlandı ve ertesi gün de beyin berrahisi tarafından opere edildi. Hastada operasyon sonrası sekel olarak sensorinöral afazi haricinde sorun olmadı.

**Sonuç:** Menenjit ve beyin absesi gibi intrakranial komplikasyonlar kronik otitis mediada daha eşlik etmesine rağmenimmün yetmezlikli hastalarda akut otitis mediada sıklık göstermektedir. Bizim hastamızın intravenöz madde bağımlılığı nedeniyle immün sisteminin baskılanmış olabileceği ve bu immün zayıflığının otitis media sırasında beyin absesine zemin oluşturmuş olabileceği düşünüldü. Akut otitis mediada karşılaşılabilen komplikasyonlar hakkında hastalar bilgilendirilmeli ve immün yetmezlige zemin oluşturabilecek durumlar hastalarda sorgulanmalıdır. Böyle bir riski olan hastalar ise yakından takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** otitis media, beyin absesi, komplikasyon

**Resim 1**



*Hastanın tanı anında Beyin BT görüntüsü*

## Olgu Sunumu: Analjezik baş ağrısı yapar mı?

Rıdvan Sarıkaya, Fatma Nihal Özmen, Sema Avcı, Nezih Kavak, Selim Genç, Fatih Büyükcam

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

Giriş: Non steroid antiinfamatuvar ilaçlarının (NSAID) akut doz aşımı nadir de olsa görülebilen bir durumdur. NSAID akut toksisitesinde en sık bulantı, kusma, uyuşukluk, bulanık görme, baş dönmesi görülebilmektedir. Bu hastaların %5'inden az bir kısmı böbrek yetmezliği gibi ciddi bir etki gösterirken, çoğuna hiçbir müdahale gerekmektedir. Ciddi klinik toksisite yaklaşık 400mg/kg ve daha yüksek dozlarda alındığında ortaya çıkar. Aşırı doz almında hafif hipotermi görülebilir.

Akut NSAID zehirlenmesinin santral sinir sistemindeki etkisi çok yaygın ve çeşitlidir. Yapılan prospektif bir çalışmada ibuprofen alan hastaların %30'unda uyuşukluktan koma haline kadar giden santral sinir sistemi (SSS) etkileri görülmüştür. Çok sayıda olguda ataksi, nistagmus, baş ağrısı, oryantasyon bozukluğunu içeren nörolojik sekeller bildirilmiştir. Bunun yanında çoğu yüksek dozda olmak üzere nadir nöbet görülebilmektedir. Santral sinir sistemi etkilerinin mekanizması halen tam olarak açıklanamamakla birlikte tromboksan ve prostaglandin sentezinin artışına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Olgu: Yirmiç yaşındaki bayan hasta acil servise yaklaşık sekiz saat önce suisidal amaçlı 15 adet 400 mg'lık ibuprofen, 4 adet 500 mg'lık parasetamol alımı sonrasında gelişen frontal tip baş ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın bilinen kronik hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü yoktu; ayrıca aralıklı baş ağrısı veya migren öyküsü yoktu. Fizik muayenede genel durum iyi, bilinc açık olup hastada taşikardi, flushing ve bacaklıarda +1 bilateral ödem mevcut idi. Glasgow Koma Skoru:15 ve nörolojik muayenesi normal idi. Başvuru sırasında tansiyon arteriyel:160/100 mmHg, nabız:124 atım/dk, solunum sayısı:25/dk, sO<sub>2</sub>:%98 ve ateş:37.4°C (timpanik) idi. Laboratuar tetkiklerinde anormal bulgu yoktu. EKG sinüs ritminde idi. Hastanın acil serviste intravenöz hidrasyon ile takibinde baş ağrısı geriledi.

Sonuç: Hastamızda baş ağrısına neden olabilecek kronik hastalığı ve aralıklı baş ağrısı atak öyküsü yoktu. Bu nedenle hastanın baş ağrısının sebebinin yüksek doz NSAID alımına bağlı olduğu düşünüldü. Sonuç olarak NSAID yüksek doz alımlarda baş ağrısının gelişebilir ve konservatif yaklaşım ile baş ağrısı gerilemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** ibuprofen, toksisite, frontal tip baş ağrısı, NSAID

## İntravenöz uygulamanın nadir bir komplikasyonu: Subakut trombüs

Eren Usul, Sema Avcı, Nezih Kavak, Engin Deniz Arslan, Fatih Büyükcem  
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

**Giriş:** Periferal kateterizasyonda üst extremite venleri alt extremiteye oranla daha sık tercih edilmekte olup en sık elin dorsumu ve anteküital fossadaki venler kullanılmaktadır. Periferal venöz damaryolu uygulamasının hematom, sıvı extravazasyonu, flebit (venöz inflamasyon), selülit, nörovasküler yaralanma, bakteriyemi, sepsis, derin venöz tromboz ve doku nekrozu gibi komplikasyonları mevcuttur. Hipovolemik şok, kronik ilaç kullanımı, son dönem böbrek yetmezliği, anatomik varyant ve orak hücreli anemi gibi durumlar periferal damaryolu işlemi gerçekleştirken oluşacak komplikasyon riskini artırmaktadır. Bu makalede sık tercih edilen bir damaryolu bölgesinde komplikasyon olarak subakut trombüs olgusundan bahsedildi.

**Olgu:** 22 yaşında bayan hasta acil servise sol el dorsal bölgede yabancı cisim hissi, sertlik ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Kronik hastalık ve ilaç öyküsü olmayan hastanın üç gün önce doğum yaptığı ve hastanede yatiş esnasında sol el dorsal bölgeden açılan intravenöz yoldan sıvı tedavisi verildiği öğrenildi. Fizik muayenede hastanın sol el sırtında venöz vasküler trase ile uyumlu palpasyon ile ele gelen lineer tarzda sertlik mevcuttu (Resim 1). Sol el grafi normaldi. Venöz Doppler Ultrasonografi'de şişkinlik tariflenen düzeyde distal venöz yapının kompresyon yanıtını kaybolmuş olup yaklaşık 1 cm. segmentte lumen ekosu ve çapı artmış olarak tespit edildi. Bu düzeyde akım sinyali alınamamış olup subakut trombüs ile uyumlu olduğu gözlandı. Tanımlanan venöz yapının proksimalinde kompresyon yanıtını tam olup lumen içinde akım sinyali alınmıştır. Hasta düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlanarak taburcu edildi.

**Sonuç:** Düşük molekül ağırlıklı heparin venöz tromboembolinin profilaksisinde, gelişmiş veya gelişme ihtimali olan derin ven trombozunun tedavisinde kullanılan bir ilaç olup plazmada anti-Xa, anti-IIa ve anti-trombin aktivitesi üzerinden etkinlik göstermektedir. Bizim olgumuzda da düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi tercih edilmiştir. Sonuç olarak acil servislerde damaryolu açılırken komplikasyon riski göz önünde tutulmalı ve gereken tıbbi özen işlem esnasında gösterilmelidir. Hastaların ağrı ve şişlik gibi şikayetleri göz ardı edilmemelidir.

**Anahtar Kelimeler:** subakut trombüs, intravenöz uygulama, periferik damaryolu

## Karaciğer transplantasyonun değerlendirilmesinde MELD skoru: Olgu sunumu

Selim Genç, Sema Avcı, Bahar Gülcay Çat, Fatih Büyükçam, Macit Aydın  
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

**Giriş:** Karaciğer sirozu değişik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan kronik karaciğer hastalıklarının nihai evresi olarak düşünülebilir. Model for End-Stage Liver Disease (MELD) skoru karaciğer hastalığının şiddetini tahmin etmekte, mortalite riskini ve transplantasyon ihtiyacını belirlemeye önemli bir role sahiptir ve “ $10 \{0.957 \log (\text{serum kreatinin}) + 0.378 \log (\text{toplam bilirubin}) + 1.12 \ln(\text{INR}) + 0.643\}$ ” formülü ile hesaplanır fakat pratik olması açısından zaman içerisinde otomatik hesaplayıcı bilgisayar programları oluşturulmuştur. Bu makalede kronik karaciğer hastalığı akut alevlenme tablosuyla acil serviste izlenen ve MELD skoru 22 olarak hesaplanan ve hepatik trasplantasyon gerekebilecek bir olgu sunuldu.

**Olgu:** 42 yaşında erkek hasta halsizlik yakınması ile acil servise getirildi. Öyküsünden şikayetinin üç gün önce başladığını, bir gün önce buna vücutunda sararma, bulantı, kusma, epigastrik bölgede rahatsızlık hissi eklendiğini ve 15 yıl önce HbsAg pozitifliği nedeniyle takip edildiği öğrenildi. Başvuruda tansiyon arteriyal 135/95 mmHg, kalp atımı 76/dk, solunum 16 /dk, ateş 36.1°C (timpanik) idi. yapılan fizik muayenesinde cilt ve skleralar ikterik idi ve sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu. Diğer fizik muayene bulguları normal idi. Laboratuar incelemesinde beyaz küre 9800 /mcL, hemoglobin 15.5 g/dL, platelet 126000 / mcL, total bilirubin 15,96 mg/dL, direk bilirubin 13,92 mg/dL, AST 2679 mg/dL, ALT 2663 mg/dL, kreatinin 1 mg/dL, protombin zamanı 17.6 sn, INR 1,66 idi. Yapılan ultrasonografik görüntülemede karaciğer konturları düzgün, boyutu artmış (225 mm) ve parankim ekosu hafif derecedeki steatoza bağlı olarak artmış idi. Safra kesesi normal idi. Hastanın MELD skoru 22 olarak hesaplanması üzerine hepatik transplantasyonun yapılabileceği bir merkeze nakledildi.

**Sonuç:** MELD skoru hepatik yetmezlik tanısı konan hastalarda hastalığın şiddetini, mortalite riskini değerlendirebileceği gibi trasplantasyon ihtiyacını ve bu tür hastaların yönlendirilmesi gereken merkezleri de belirler.

**Anahtar Kelimeler:** Hepatik yetmezlik, hepatik transplantasyon, MELD skoru

## Akut koroner sendromu taklit eden intraserebral hemoraji: Olgu sunumu

Selim Genç<sup>1</sup>, Sinan Yıldırım<sup>2</sup>, Fatih Büyükcaml<sup>1</sup>, Macit Aydın<sup>1</sup>, Seda Özkan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Ağrı Devlet Hastanesi, Acil Servis, Ağrı

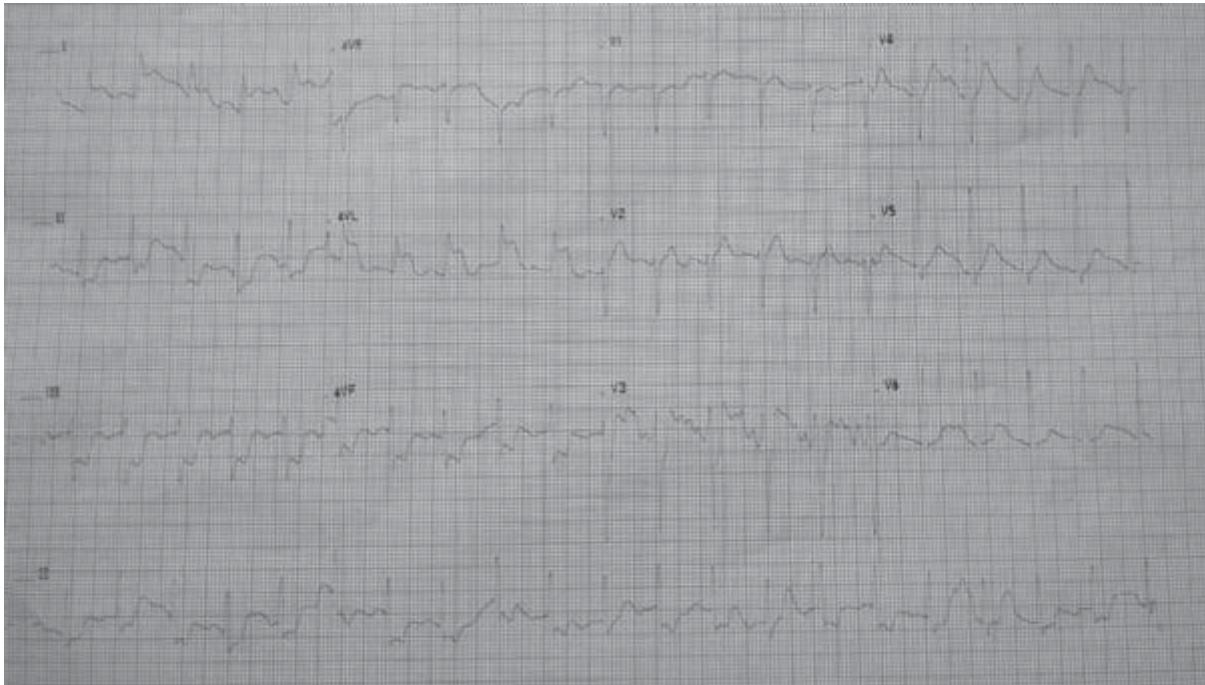
**Giriş:** İntrakraniyal kanaması (İKK) olan hastalar özellikle bilinç kaybı ile acil servise ilk getirildikleri sırada acil serviste ilk yaklaşım prensiplerinden dolayı öncelikle anormal EKG bulguları nedeniyle akut koroner sendrom olarak değerlendirilebilmektedirler. İKK'da görülen EKG değişiklikleri ile ilgili mevcut literatür bilgileri sınırlıdır. İKK gibi akut intrakranial hadiselerde, kalpte sempatomimetik sinir aktivitesinin artışının gözlemlenmiş ve bunun EKG değişikliklerine yol açabileceği düşünülmüştür. İKK ile koroner arter hastalıklarının ortak risk faktörleri olmasından ötürü alternatif olarak İKK'da mevcut olan koroner arter hastalığının ilerlemesi nedeniyle myokardial hasar gelişebileceği düşünülmüştür.

**Olgu:** 48 yaşında erkek hasta solunumunun bozulması ve bilinç değişikliği nedeniyle acil servise getirildi. Öyküsünden hipertansiyon ve koroner arter hastalığı nedeniyle klopidogrel 75 mg/gün, perindopril 10 mg/gün kullandığı öğrenildi. Başvuruda tansiyon arteriyal (TA):250/150 mmHg, solunum 8/dk, nabız 120/dk, ateş(timpanik):36.8°C idi. Fizik muayenede bilinç koma durumunda idi (GKS:3); pupiller dilate ve ışığa yanıtı yoktu. Hasta entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. EKG'de DI-aVL derivasyonlarında ST elevasyonu, DII-DIII-aVF derivasyonlarında ST çökmesi görüldü (Resim 1). Bilgisayarlı tomografide beyin sapında 55x43x33 mm boyutunda, ventriküllere açılmış hemoraji ile uyumlu görünüm izlendi. Ayrıca her iki hemisferik kortikal sulkuslarda subaraknoid kanama ile uyumlu hiperdens görünüm vardı. Labaratuar incelemesinde venöz kanda pH:6.86, pO<sub>2</sub>:22.8 mmHg, pCO<sub>2</sub>:107.8 mmHg, HCO<sub>3</sub>:18.9 mmol/L, troponin-I:0.22 ng/ml idi. Hastaya midazolam (0.1 mg/kg/saat); sodyum nitroprussid (1 mcg/kg.dak), manitol, fenitoin sodyum (15 mg/kg), metoprolol (50 mg/gün) başlanarak yoğun bakıma yatırıldı. Takibinin 30. dakikasında çekilen EKG tamamıyla normale dönmüştü (Resim 2). İlkinci saatinde kan gazı incelemesinde respiratuar asidoz düzeldi. TA 180/100 mmHg idi. Takibin dördüncü saatindeki labaratuar incelemesinde CK: 1842 u/L, CK-MB: 163 u/L, troponin-I:50 ng/ml idi. Gelişen hipertermi için internal ve eksternal soğutma yapıldıysa da başarılı olunamadı. Takibin altıncı saatinde hasta exitus oldu.

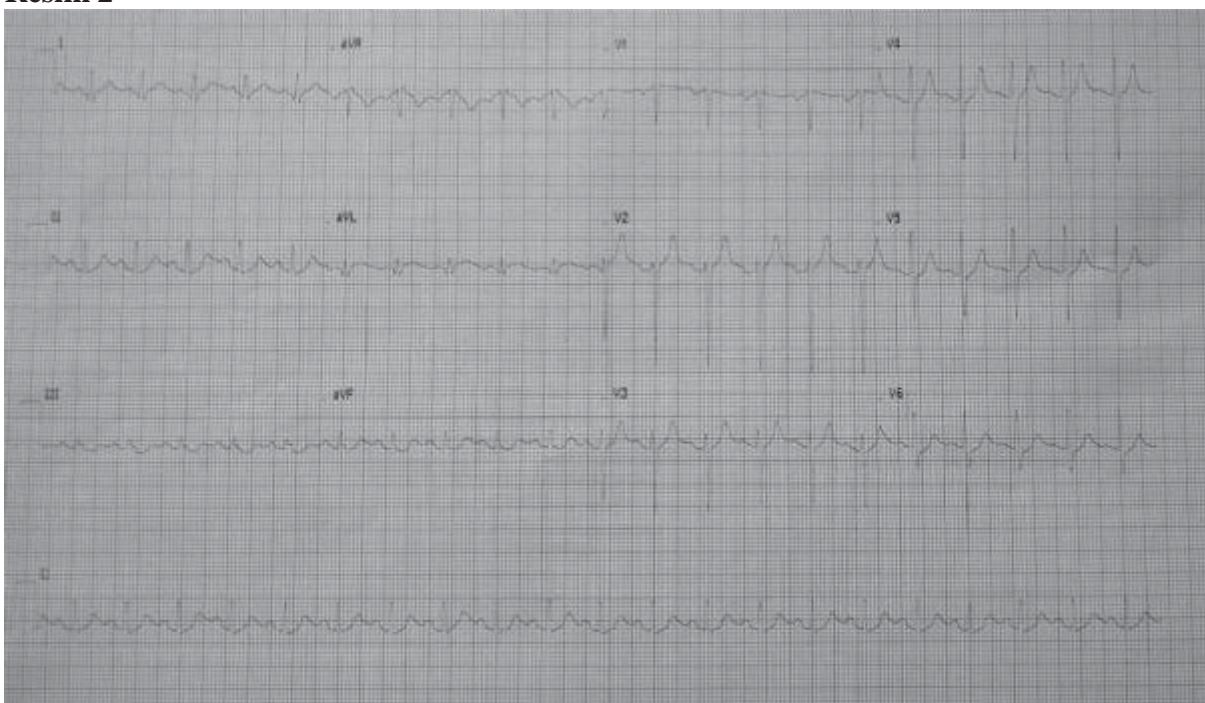
**Sonuç:** Sonuç olarak anormal EKG değişiklikleri ile acil servise getirilmiş bilinci kapalı hastalarda İKK ihtimalinin de olabileceği düşünülmelidir. Bu tip hastalarda İKK'nın atlanması durumunda anjiyografi sırasında verilecek heparin kanama ve mortaliteyi artıracaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut koroner sendrom, intra serebral hemoraji, elektrokardiyoografi

**Resim 1**



**Resim 2**



## Hepatik encefalopatide gelişen epileptik nöbet

Sema Avcı, Sinan Yıldırım, Ömer Faruk Demir, Fatih Büyükcamlı

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

**Giriş:** Hepatik encefalopati karaciğer fonksiyon bozukluğu olan hastalarda artmış veya asimetrik tendon refleksleri, Babinski bulgusu, gövde ve extremitelerde rigidite, fokal ve yaygın nöbetler gibi nöropsikiyatrik belirtilerinin tabloya eşlik ettiği bir hastalıktır.

**Olgu:** 51 erkek hasta acil servise jeneralize tonik-klonik tarzda nöbet sonrası acil servise getirildi. Hastanın HCV pozitifliği ve karaciğer sirozu dışında bilinen kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Hastanın başvurusunda, fizik muayenede genel durum kötü, bilinc durumu stupor, cilt ikterik görünümde, spontan solunumu mevcut ve düzenli idi. Glasgow Koma Skoru:9 (G:2, M:4, S:3) idi. TA:170/100 mmHg, Nb:90 atım/dk, solunum sayısı:20/dk, sO<sub>2</sub>:%92 ve ateş:37.3°C (timpanik) idi. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:10.5, PLT:86000, bilirubin (total/direkt): 2.44/1.45, AST:42, ALT:37, laktat:4.56, pH:7.578, pCO<sub>2</sub>:23.4, HCO<sub>3</sub>:21.3 idi. Başvuru sırasında BBT'de atrofi dışında özellik yoktu. EEG'de zemin aktivitesi ve trifazik dalgalar gözlenmedi. Hepatik encefalopati tablosunda seyreden hasta yoğun bakım servisine yatırıldı.

**Sonuç:** Akut hepatik encefalopatinin en yaygın sebebi kronik karaciğer hastalığı olup bu tabloda mental konfüzyon ve psikomotor aktivitede azalma, takip eden stupor ve koma ile karakterizedir. Kanda ve BOS'ta yükselen amonyak, intrakranial basıncın artmasına ve beyin şişmesine neden olarak toksik etkiler ortaya çıkarmaktadır. Encefalopatide portal sistemle karaciğerden elimine olan toksinler detoksifiye edilememekte ve bu toksinlerin sistemik dolaşımı katılmaları sonucu serebral hasar oluşturmaktadır. Hız ve arkadaşları 63 yaşında jeneralize tonik-klonik status tablosunda ilk başvurusu olan hastada bu tabloya neden olarak hepatik encefalopatinin nadir ve irreversibl bir komplikasyonu olarak akkiz hepatoserebral dejenerasyonu göstermişlerdir. Bizim acil servisimize başvuran hastada karaciğer sirozu ve HCV pozitifliği bilinmekte olup ilk kez epileptik nöbet ile acile başvurmakta idi.

Sonuç olarak olgumuzda gelişen epileptik nöbetin nedeni olarak var olan kronik hastalığına bağlı gelişen hepatik encefalopati olarak düşünüldü. Acil servise nöbet ile başvuran hastalarda etyoloji irdelenmeli altta yatan kronik hastalıkların serebral toksisiteye ile beraber epileptik nöbeti tetikleyebileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** tonik-klonik nöbet, siroz, encefalopati

## Deksketoprofen trametamol kullanımına bağlı gelişen ataksi: Olgu sunumu

Selim Genç, Sema Avcı, Adem Melekoğlu, Macit Aydın, Fatih Büyükcəm  
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

**Giriş:** Ataksi, altta yatan parezi, kas tonus bozukluğu veya istemsiz hareket olmaksızın hareketlerin dengeli ve amacına uygun şekilde yapılmasında bozukluk olması durumudur. Bu durum, hemisferik, serebellar, vestibüler ve periferik duyusal nedenlerle ortaya çıkabilir. Her istemli hareketi etkilediği gibi pek çok refleks hareketi de etkiler. Postüral stabilite, yürüme, ekstremitelerin koordinasyonu, konuşma ve göz hareketleri ataksi nedeniyle belirgin ölçüde bozulabilir. Bu makalede deksketoprofen trametamol kullanımına bağlı gelişen, altı saat sonrasında düzelen ataksi ve dizartri bulguları olan bir olgu sunuldu

**Olgu:** 41 yaşında bayan hasta acil servise iki saatir devam eden konuşmada zorlanma ve dengesizlik nedeniyle getirildi. Kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmayan hastanın şikayetleri başlamadan bir saat önce baş ağrısı nedeniyle 25 mg deksketoprofen trametamol tablet aldığı öğrenildi. Başvuruda tansiyon arteriyal 110/60 mmHg, Nabız 75 atım/dk, solunum sayısı 22/dk, oksijen saturasyonu %99, ateş:37.1°C (timpanik) ve parmak ucu kan şekeri 101 mg/dL idi. Hastanın nörolojik muayenesinde dizartri ve ataksi tespit edildi; ekstremitelerde vibrasyon ve pozisyon duyusu kaybı yoktu; derin tendon refleksleri normoaktif idi; dismetri ve disdiyadokinezî yoktu; diğer fizik muayene bulguları ve laboratuar incelemesi normal idi. Çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinin normal olarak değerlendirilmesinden sonra çekilen difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemede patoloji yoktu. Acil gözlem ünitesinde izleme alınan hastanın takibinin ikinci saatinde bulguları gerilemeye başladı. Takibinin dördüncü saatinde bulgular tamamen gerilemesi üzerine hasta taburcu edildi.

**Sonuç:** Deksketoprofen trametamol hafif ve orta dereceli ağrı tedavisinde sıkılıkla kullanılan bir ilaçtır. Burada bahsedilen olgu sunumunda hastanın şikayetleri ve klinik durumu ilk bakışta geçici iskemik atak benzeri bir durum olmasına rağmen hem bilgisayarlı tomografi hem de şikayetler devam ederken görülen difüzyon ağırlıklı manyetik rezonansa görüntülemede patoloji tespit edilmemesi nedeniyle görülen ataksi ve distoninin ilaç yan etkisinin sonuçları olduğu düşünüldü. Daha önce deksketoprofen trametamol kullanımına bağlı böyle bir yan etki bildirilmemiştir. Bu ilaçın kullanımında ataksi ve distoni gelişebileceği akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Deksketoprofen trametamol, ataksi, distoni

## Bitkisel ürünler her derde çare mi?

Eren Usul, Sema Avcı, Rıdvan Sarıkaya, Engin Deniz Arslan, Fatih Büyükcamlı  
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

Giriş: İlaç kullanımı, metabolik hastalıklar, alkol, toksinler ve virus gibi değişik nedenlerle böbrek ve karaciğer hasarı gelişebilmektedir. Son yıllarda yaygın kullanımı olan bitkisel ürünler de toksik hepatit ve akut böbrek yetmezliği tablolara sebep olabilmektedir. Burada Ginseng Panax, Tribulus Terresti ve Avena Sabita maddelerini içeren bir ürünün sebep olduğu toksik heaptit ve akut böbrek yetmezliği olgusundan bahsedildi.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta üç gündür devam eden bulantı-kusma, idrar miktarında azalma ve renk değişikliği şikayetiyle acil servise başvurdu. Koroner arter hastalığı, koroner by-pass operasyonu ve hiperlipidemi öyküsü olan hastanın bir aydır ilaçlarını kullanmadığı bunun yerine içersinde bilinmeyen miktarda Ginseng Panax, Tribulus Terresti ve Avena Sabita bitkilerini içeren karışımından günde iki kez kapsül olarak aldığı öğrenildi. Fizik muayenede sağ üst kadran hassasiyeti dışında patolojik bulguya rastlanmayan hastada başvuru sırasında nabız:102 atım/dk, ve ateş:37.1°C (timpanik) idi, diğer vital bulgular nomalıdı. Laboratuar tetkiklerinde üre:169 mg/dl, kreatinin:2.71 mg/dl, ALT:3604 U/L, AST:4088 U/L, total bilirubin:1.32 mg/dL, direk bilirubin:0.67 mg/dL, idrar mikroskopisinde 369 eritrosit ve 7 lökosit mevcut idi. Hepatobilier ve üriner sistem ultrasonografide patoloji izlenmedi. Hasta bitkisel ürün kullanımına bağlı akut böbrek yetmezliği ve toksik hepatit ön tanısıyla dahiliye servisine yatırıldı ve destek tedavisi verildi. Yatışının onuncu gününde böbrek ve karaciğer fonksiyon testlerinin normal olması üzerine hasta taburcu edildi.

Sonuç: Acil servise başvuran hastalarda karaciğer ve böbrek fonksiyon bozukluğu tespit edildiğinde bunun bitkisel ilaçlara bağlı toksisite olabileceği akılda bulundurulmalı ve öyküde sorgulanmalıdır. Ayrıca hastalar kontrolsüz ilaç kullanımının yol açabileceği ciddi sorunlar hakkında bilgilendirilmelidir. Tedavi temel olarak toksik olduğu düşünülen ilaçın kullanımının kesilmesi, intravenöz hidrasyon ve destek tedavisidir; ayrıca toksik maddenin vücuttan hızla uzaklaştırılması için diyaliz uygulaması düşünülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** bitkisel ilaç, toksik hepatit, akut böbrek yetmezliği