

POSTER PRESENTATIONS

POSTER BİLDİRİLER

**TÜRK YOĞUN BAKIM UZMANLARI DERNEĞİ 19. ULUSAL KONGRESİ VE
11. AVRASYA YOĞUN BAKIM TOPLANTISI - POSTER BİLDİRİLER**

**19TH ANNUAL CONGRESS OF SOCIETY OF TURKISH INTENSIVISTS &
11TH EURO-ASIAN CRITICAL CARE MEETING - POSTER PRESENTATIONS**

PS-01

SIGNIFICANCE OF ULTRASONOGRAPHY IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN CROHN'S AND ULCERATIVE COLITIS PATIENTS

Natavan Zafar Aliyeva, İlham Lazim Kazimov

Scientific Surgery Center named after Academician M.A. Topchubashov

Introduction: Among inflammatory bowel disease the Crohn's disease and ulcerative colitis are chronic, often aggravated idiopathic diseases. Since the clinical course of these diseases is different and even extraintestinal symptoms are found, the untimely diagnosis often leads to complications. When complications are detected, it is often necessary to perform an emergency operation. Due to the condition of the patients, sometimes the recovery process is very slow in the postoperative period, and as a result, the resuscitation period is prolonged. Since the disease the presence of bloody feces with long-term diarrhea, almost all patients have low weight, body weakness, and depression.

Objective and methods: In SSC named after academician M.A. Topchubashov 17 patients with complications of IBD underwent surgery in 2021-2022. 5 of these patients treated in a hospital with the diagnosis CrD, 12 of these patients with the diagnosis of UC. Complications such as perforation of the colon in 3 patients widespread peritonitis, in 2 abscess of the abdominal cavity and acute colon bleeding, severe anemia were observed in the 12 patients. However, pre-operative US were performed only in 10 patients. The resuscitation 7 patients were taken to emergency surgery based on US in other medical clinic. Correct determination of the level of resection due to preoperative topical US and colonoscopy will shorten the postoperative recovery period in patients. During the first 2-3 days after the operation, procedures such as determination and US of the anastomosis region, of the condition of the resected intestinal tracts, identification of the inflamed intestinal loop proximal to the stoma were performed on the patients in the resuscitation and intensive care department.

Results: The healing process was faster in 10 patients who underwent sonography before the operation. 7 patients who underwent surgical operation without purposeful US In our clinic, including the resuscitation period, had prolonged bed days (9±2 days). In the early postoperative period during the dynamic examination of the abdominal cavity because the volume of free fluid increased in 3 patients relaparotomy was needed, in 1 patient the operation was repeated due to the perforation of the ileum, and in 2 patients due to insufficient anastomosis. Conclusion: Determination of the level of resection by US in the preoperative period of the patient who is taken to surgery with complications during inflammatory diseases of the large intestine significantly reduces the frequency of postoperative complications and accelerates the postoperative recovery period.

Keywords: s. IBD-inflammatory bowel disease, CrD-Crohn's disease, UC - ulcerative colitis, US- ultrasonography

PS-02

HİPERTANSİF ENSEFALOPATİNİN TETİKLEDİĞİ MİKSÖDEM KOMA

Türkay Akbaş¹, Özgür Barışcan Kaya²

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Tedavi edilmeyen veya tanısı konulmayan hipotiroidiler ciddi dekompanse hipotiroidizme (miksödem koma) ilerleyebilirler. Komanın ortaya çıkmasına enfeksiyon, ameliyat, travma ve soğuk maruziyeti gibi etkenler neden olmaktadır. Hipertansif kriz sonrası miksödem komaya giren bir vakanın bildirimi yapılacaktır.

Olgu: Özgeçmişinde 13 yıl önce tiroidektomi ve 11 yıldır hipertansiyon hikayesi olan 48 yaşındaki kadın hastaya, 2019 yılında serebral hemoraji nedeniyle sağ parietal ventriküloperitoneal şant takılmış. Bilinci açık, mobil ve işlerini yapabilen hastanın 06.06.2022 sabah saatlerinde peltex konuşma ve sağ alt ve üst ekstremitelerde güç kaybı gelişmiş. Acil servis başvurusunda tansiyon değeri 230/120 mm Hg ölçülmüş. Kraniyal bilgisayar tomografisi ve anjiyografisinde aktif lezyon görülmemiş. Kraniyal magnetik rezonans diffüzyon görüntülemesinde her iki serebral beyaz cevherde yaygın diffüzyon parlaklaşması saptanmış. Kraniyal şanta ait patolojik bir bulguya rastlanılmayan hastanın nörolojik muayenesinde Glasgow koma skoru (GKS) düşüklüğü dışında bir patoloji görülmemiş. Nöroloji anabilim dalı tarafından hastaya hipertansif ensefalopati tanısı konulmuş. Tansiyon regülasyonu ve yakın takip amacıyla hasta aynı gün dahiliye yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Yoğun bakım ünitesinde esmolol infüzyonu başlanan hastanın tansiyon değeri ilk altı saat içinde 160/100 mm Hg indirildi. Hipotiroidi tedavisi alan hastanın levotiroksin tedavisi 1x100 mikrogramdan devam edildi. Tansiyon değerleri 24. ve 48. saatlerde istenilen aralıkta tutulmasına rağmen, hastanın GKS'si 10-11 arasında seyretti. Yatışın 3. gününde çekilen kontrol kraniyal bilgisayarlı tomografisinde aktif patoloji saptanmadı. Aynı günün sabahında çalışılan tiroit stimulan hormon (TSH) değeri >100 (normal, 0.3-4.2) µIU/mL, serbest triiodotironin değeri 1.52 (normal, 2.0-4.4) pg/dL ve serbest tiroksin seviyesi 0.42 (normal, 0.93-1.7) ng/dL raporlandı. Hastanın tiroit ilacını düzenli kullanmadığı aileden öğrenildi ve hastanın miksödem komada olabileceği düşünülerek oral levotiroksin tedavisi 2x200 mikrograma yükseltildi. Levotiroksin tedavisinin 2. gününde GKS'si 13'e yükseldi, 3. gününde GKS 15 oldu. Tedavinin 4. gününde esmolol infüzyonu kesilip oral tedaviyle tansiyon regülasyonu sağlanabildi. Hasta levotiroksin tedavisinin 5. gününde (yatışının 7. gününde) servise gönderildi ve bir hafta sonra levotiroksin 1x200 mikrogram dozuyla eve taburcu edildi. Taburculuk öncesi bakılan TSH değeri 31.95 µIU/mL ve serbest tiroksin değeri 2.08 ng/dL ölçülmüş.

Sonuç: Hipotiroidi hikayesi olan hastalarda akut serebrovasküler hadiseler miksödem komayı tetikleyebilir. Nörolojik muayenesinde düzelme görülmeyen hipotiroidi hastalarında miksödem koma tanısı araştırılmalı ve tanı konulan vakalara ivedilikle levotiroksin tedavisi başlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Hipertansif ensefalopati, hipotiroidi, miksödem coma

PS-03

NAZAL KANÜL VE MASKE OSİJEN ETKİNLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Funda Akdoğan¹, İlknur Çalışkan²

¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Istanbul Okan Üniversitesi, Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Oksijen uygulaması, hipoksemiye bağlı semptomları elimine etmek ve ortadan kaldırmak amacıyla ortam havasında olan oksijen yoğunluğundan daha yüksek miktarda oksijen verilmesidir. Ekstübasyondan sonra hastaya optimum oksijen verilmesi, yeterli oksijenasyonu sağlamak ve yeniden inkübasyonu engellemek için hayati önem taşır. Oksijen verilme yöntemlerine uyulmadığı zaman uygulanan bireylerde ağır yan etki ve tehlikeler görülebilir. Hemşire, oksijen uygulamasının ana ilkelerini, verilmiş biçimlerini, endikasyonlarını, komplikasyonlarını, hipoksemiye sebep olan durumları öğrenerek tedaviyi yapmalıdır.

Amaç: Genel anestezi sonrası ameliyat sonrası bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda hipoksinin önlenmesi için uygulanan nazal kanül ve basit maske ile oksijen tedavisinin etkinliğinin karşılaştırılması ve hemşirelik girişimlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, ameliyat sonrası maske ve nazal oksijen tedavisinde hastalar için uygun yöntemin kullanılmasına karar vermek, hasta takibi ve hemşirelik bakımının sağlanmak amacıyla tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde çeşitli nedenler ile ameliyat edilen ve ameliyatı genel anestezi ile yapılan ve takip için uyanma odasına alınan hastalar, örnekleme ise 301 hasta oluşturmuştur.

Elde edilen veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki hastaların %17,9'unun erkek olduğu bulundu. Nazal kanül oksijen grubundakı hastaların yaş ortaması 41,00, basit maske grubunda olanların yaş ortalaması 39,00 olduğu belirlendi. Hastaların nazal kanül oksijen grubunda olanların BMI'ı 25,95, basit maske grubunda olanların BMI'ı 26,1 olduğu belirlendi. Hastaların %56,1'i (169 kişi) kadın hastalıkları ve doğum, %30,6'sı (92 kişi) genel cerrahi, %11'i (33 kişi) üroloji, %2,3'ü (7 kişi) plastik ve rekonstrüktif cerrahi ameliyatı olduğu bulundu. Araştırmaya katılan hastaların nazal kanül oksijen grubunda olanların ameliyat sonrası problemlerinin değerlendirilmesinde %52,7'sinin (79 kişi) problemi olmadığı, %29,3'ünde (44 kişi) ağrı, %0,7'sinde (1 kişi) hipertansiyon, %0,7'sinde (1 kişi) hipertansiyon ve ağrı, %3,3'ünde (5 kişi) bulantı-kusma, %0,7'sinde (1 kişi) bronkospazm, %2'sine (3 kişi) ağrı ve titreme, %2'sinde (3 kişi) titreme belirlendi. Basit maske oksijen grubunda olanların ameliyat sonrası problemlerinin değerlendirilmesinde %43,7'sinin (66 kişi) problemi olmadığı, %35,8'inde (54 kişi) ağrı, %0,7'sinde (1 kişi) hipertansiyon, %0,7'sinde (1 kişi) hipertansiyon ve ağrı, %1,3'ünde (2 kişi) bulantı-kusma, %3,3'ünde (5 kişi) bronkospazm, %2'sine (3 kişi) ağrı ve titreme, %0,7'sinde (1 kişi) ağrı-bulantı-bronkospazm, %1,3'ünde (2 kişi) ağrı-titretilme-bulantı, %2,6 (4 kişi) ağrı-bronkospazm, %0,7'sinde (1 kişi) ağrı-titretilme-bronkospazm tespit edildi.

Araştırma kapsamındaki hastalarda maske ve nazal kanül oksijen gruplarının tamamında desatürasyon saptanmadı. Oksijen saturasyonu ortalamaları arasında zaman ($F=4,647$, $p=0,008$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Fakat maske ve nazal oksijen grupları ($F=0,019$, $p=0,891$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi.

Sonuç: Oksijen tedavisi, hipoksinin belirti ve bulgularını engellemek ve tedavi etmek için ameliyat sonrası bakım ünitesinde uygulanabilir.

Anahtar kelimeler: Ameliyat sonrası bakım, Basit maske, Hemşirelik, Nazal kanül, Oksijen tedavisi

PS-05

AKUT BÖBREK HASARINDA HİPERÜRİSEMİNİN ROLÜ

Fatih Seçmen, Elmas Uysal, Deniz Erdem

Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş: Yoğun bakım hastalarında akut böbrek hasarı mortaliteyi etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Bu nedenledir ki akut böbrek hasarını öngörmek için çeşitli moleküller çalışılmakta ancak henüz bunun ile ilgili kesin kanıtlar bulunmamaktadır. Bu çalışmalardan bazıları da ürik asit seviyelerinin akut böbrek hasarı ile ilgili olup olmayacağı yönündedir.

Amaç: Ürik asit seviyeleri ile akut böbrek hasarı arasında bir ilişki olup olmayacağını değerlendirmektedir.

Yöntem: Ankara Şehir Hastanesi MH3 Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki hastalar retrospektif olarak incelenerek glomeruler filtrasyon hızı (GFR) 80-120 arasındaki hastaların yaş, cinsiyet, komorbidite gibi demografik verilerinin yanında yoğun bakımda yatış süresi, mekanik ventilasyon süresi, mortalite oranı gibi veriler kaydedilmiştir. Laboratuvar verilerinden yatış üre, kreatinin, GFR, ürik asit, sodyum (Na), potasyum (K) verileri kaydedilerek takiplerinde RIFLE kriterlerine göre akut böbrek hasarı (ABH) gelişip gelişmediği belirlenerek ABH gelişti ise o dönemdeki üre, kreatinin, GFR, Na, K ve ürik asit değerleri de kaydedildi. ABH gelişen hastalarda ise renal replasman tedavisi (RRT) endikasyonu olup olmadığına bakıldı. RRT tedavisi yapılan hastaların da o dönemdeki ürik asit seviyesine bakılarak başlangıçtaki,

ABH dönemindeki ve RRT dönemindeki ürik asit düzeyleri ile anlamlı korelasyon olup olmadığına bakıldı.

Bulgular: Hastaların %27,1'inde ($n=271$) akut böbrek yetmezliği görüldü. Hemodiyaliz ABY'li hastaların %44,3'üne ($n=120$) uygulanmıştı. Hemodiyaliz nedenleri %36'sında iskemi, %32'sinde sepsis ve multifaktöryel nedenler vardı. İstatistiksel olarak üre, kreatinin, ürik değerlerinde ilk ölçümlere göre anlamlı fark bulundu. Üre, kreatinin, ürik asit ve sodyum, bazal değere kıyasla potasyum hariç tüm parametreler arttı ($p<0,001$). Hemodiyaliz uygulanan hastaların ürik asit ölçümlerinin başlangıça göre istatistiksel olarak arttığı gösterildi ($p<0,05$).

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları ile ilgili olarak, serum ürik asit seviyesinin azalmış böbrek fonksiyonu için bağımsız bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Bunlara ek olarak, yüksek ürik asit seviyeleri, hastalarda hemodiyaliz, morbidite ve mortalitenin artmasına neden olur.

Anahtar kelimeler: Akut böbrek hasarı, hemodiyaliz, hiperürisemi

PS-06

RENKLİ DOPPLER İNCELEMESİNDE PORTAL VENDE HAVA GÖRÜNÜMÜ SAPTANAN BİR OLGU SUNUMU

Uğur Can İzlimek¹, Ahmet Fırat², Kaniye Aydın², Emre Karakoç²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

Giriş: Hepatik portal venöz gaz (HPVG), ilk olarak nekrotizan enterokolitli bebeklerde tanımlanmış olup çoğunlukla ölümün habercisi olarak kabul edilmektedir. Sebepler arasında; iskemik barsak hastalığı, nekrotik ülser veya kolorektal karsinom, inflamatuvar barsak hastalığı, perforatör peptik ülser ve endoskopik işlemlere bağlı iyatrojenik nedenler vardır. HPVG tanısında en sık kullanılan yöntemler; direkt grafi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve ultrasonografidir (USG). Yoğun bakımdaki kritik hastaların hemodinamisi stabil olmadığı için BT çekmek her zaman mümkün değildir. Düz grafi, hepatic vasküler yapıların değerlendirilmesi için sıklıkla yetersizdir. Hedefe yönelik ultrason (POCUS), HPVG tespitinde en az BT kadar başarılıdır. Biz de bu olgumuzda HPVG'nin tespitinde nadiren elde edilen renkli doppler görüntüsünün sunmak istedik.

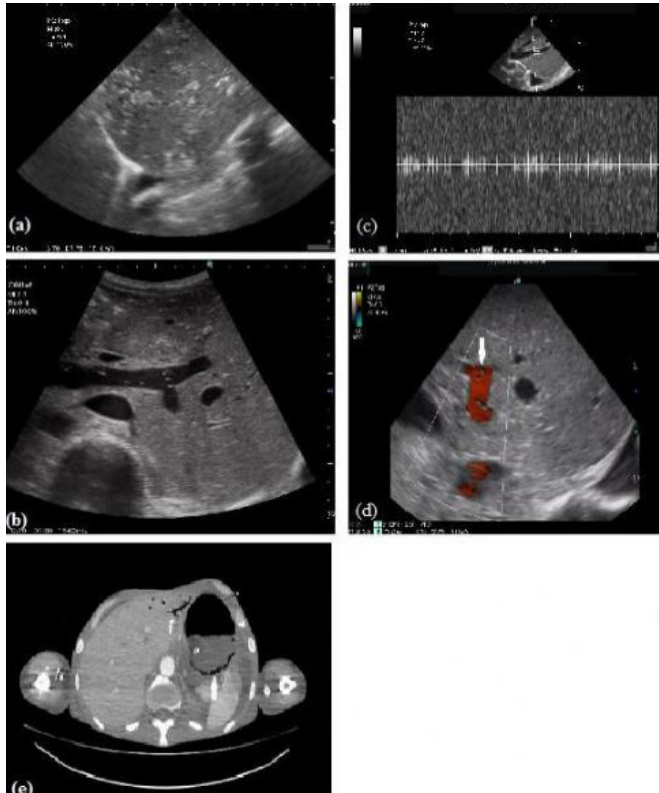
Olgu: Otoimmün hemolitik anemi, Çölyak hastalığı ve Memranöz glomerülonefrite sekonder kronik böbrek yetmezliği nedeniyle rutin hemodiyalize giren 44 yaşında erkek hasta nefes darlığı, oral alım bozukluğu nedeniyle acil servise başvurusu sonrasında nefroloji kliniğine yatırıldı. Fırsatçı akciğer enfeksiyonu nedeniyle antibiyoterapi başlandı. Solunum sıkıntısı artması üzerine dahiliye yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Üç gün sonrasında karın ağrısı ve ishal şikayeti gelişen hastanın fizik muayenesinde patolojik bulgu olarak sağ akciğer alt lobta ral, epigastrik hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar değerleri tablo 1'de gösterilmiştir. Gaitada Clostridium difficile toksinA pozitif gelmesi üzerine antibiyoterapi düzenlendi. Karın ağrısı nedeniyle yapılan POCUS'ta portal ven dallarında gaz tespit edildi (Resim 1). Femoral kateter ilişkili olduğu şüphesi nedeniyle kateteri çıkarıldı. Kontrol ultrason görüntülemesinde portal venlerde gaz görünümü devam etmekteydi. Hemodinamik olarak stabil hale geldikten sonra gastrointestinal patolojileri ekarte etmek için abdominal BT çekildi. Perforasyon lehine bulgu yoktu. Ana portal ven ve sol ana portal ven trasesinde, mide duvarında hava dansiteleri saptandı (Resim 1). Genel cerrahi tarafından acil ameliyat düşünülmeydi. 10 gün sonrasında fırsatçı akciğer enfeksiyonunun neden olduğu ARDS (Akut Respiratuvar Distres Sendromu) gelişmesi sonucu exitus oldu.

Sonuç: HPVG mortalitesi yüksek, mide amfizemi sonucu artan karın içi basınç ile kusmaya neden olan nadir bir durumdur. Doku hasarına bağlı olarak oluşan intraluminal gaz portal venöz sisteme geçer. Peptik ülser,

inflamatuar barsak hastalıkları, barsak distansiyonu, sepsis ve gastrik dilatasyon gibi iyatrojenik nedenlerle indüklenen barsak mukoza hasarı HPVG'nin risk faktörleridir. HPVG teşhisi direkt grafi, USG, renkli doppler veya BT taraması ile konur. POCUS, HPVG'yi tanımlamada düz grafilere üstündür. BT, HPVG'nin saptanması ve etiyolojisi için hassas bir yöntemdir. Ancak hemodinamik instabilitesi olan kritik hastalarda uygulanması zor olabilir. Bizim olgumuzda da hemodinamik stabilite sağlandıktan sonra BT çekilebildi. Öncesinde USG incelemesi yapıldı ve HPVG tespit edildi. HPVG'nin 3 sonografik paterni tanımlanmıştır. Bu paternler gaz miktarı ve hastalığın prognozu hakkında bilgi verir.

1) Nokta benzeri model 2) Çizgi benzeri patern 3) Tüm intrahepatik portal sistemi gazla kaplaması nedeniyle oluşan bir başka patern, meyve posası benzeri paterndir. Karaciğer kapsülüne ulaşabilen ciddi derecede yoğun ekojenik partiküller gözlenir ve genellikle kötü prognozla ilişkili olduğu düşünülür. Olgumuzda sonografik görüntü meyve posası benzeri patern ile uyumluydu. Literatürde daha önce doppler sonografi, BT ve nadiren renkli doppler ile gösterilen HPVG görüntüsü, kliniğimizde renkli doppler ile gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: HPVG, POCUS, Renkli Doppler, Clostridium difficile



Resim 1. (a) HPVG.Dense ekojenik parçacıkların meyve hamuru benzeri paterni, küçük bir miktar normal parankimi gösteriyor. (b) Portal venede birkaç parlak eko görülüyor. (c) Spektral Doppler incelemesi, damar içi gazdan akustik yansıma karşılık gelen, damarın normal dalga biçimi üzerine bindirilmiş yüksek genlikli sivri uçları ortaya çıkarmaktadır (d) Renkli doppler sonografi ile teyit edilen portal damar dallarındaki hava. (e) BT'de Intrahepatik portal dallarda HPVG (ince ok) ve mide duvarında hava yoğunluğu (kalın ok).

Tablo 1. HPVG saptandığı gün laboratuvar değerleri

WBC:17600	BUN:42,9 mg/dL	T.BİL:0.75 mg/dL
NEU:17000	KRE:1,94 mg/dL	PCT:4,1 ng/ml
HB:11 g/dl	AST:126 birim/L	CRP:24 mg/dL
HCT:%31,7	ALT:103 birim/L	SOFA:13
PLT:60000	LDH:567 birim/L	

PS-07

ERİŞKİN HASTADA ALFA LİPOİK ASİT İNTOKSİKASYONU: OLGU SUNUMU

Nilgün Savaş

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tokat

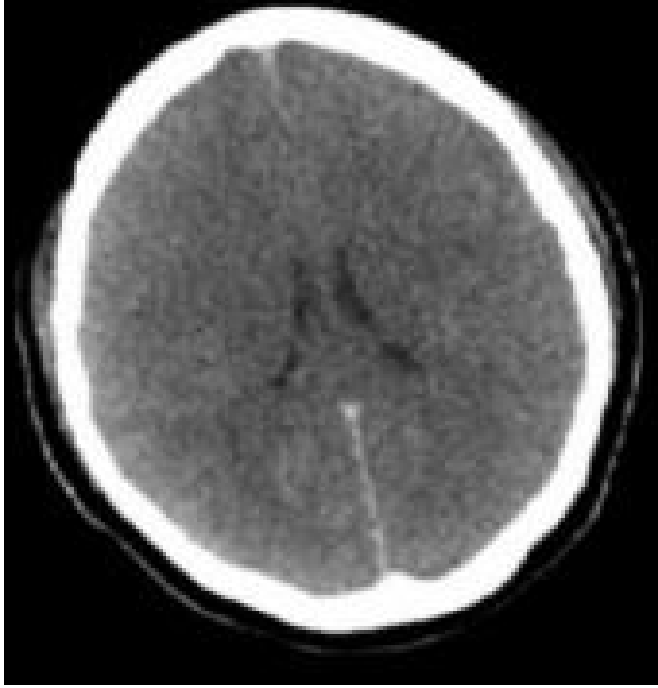
Giriş: Alfa Lipoik asit (ALA), E vitamini, C vitamini ve glutasyonu yeniden üreten antioksidan etkili bir ilaçtır. Diyabetik nöropati, meme kanseri, omurilik yaralanmasından sonra ve kemoterapi ilaçlarının yan etkilerini azaltmak için, vitiligo, glukoz-6 -fosfat dehidrojenaz eksikliği tedavisinde kullanılmaktadır. ALA, birçok enzimatik reaksiyonun ko-enzimi olarak görev yapar, metalleri şelatlar. Yetişkinlerde günlük 200-2400 mg/gün ALA dozunda oral uygulamada yan etkiler nadiren yaşanır ancak yüksek düzeyde hücrel makromoleküllere zarar verme potansiyeli vardır.

Olgu: 19 yaşında bilinen hastalığı olmayan kadın hasta; suikid amacı ile annesine ait olan 600 mg ALA içeren tabletten 18 adet içmiş, bulantı, karın ağrısı şikayeti ile başvurduğu ilçe devlet hastanesinden acil servisimize istemsiz hareketleri ve bilinç bulanıklığı olması nedeni ile sevk edilmiş. Acil serviste desoryante nonkoopere anlamsız söylemleri olan emirlere uymayan nistagmusu, tüm vücutta titreme ve kasılma olan hastaya status epilepticus?? düşünülerek toplamda 15 mg diazepam, 15 mg midazolam yapılmış. Hasta nöroloji bölümüne danışılmış.; beyin BT çekilmesi önerilmiş. Hastanın gelişinde vital bulguları Nabız: 143/dk TA:132/82 mmHg, Ateş: 36.4 °C, O₂ Sat: %98 idi. Hastaya 1 mg/kg dan aktif kömür uygulanmış, zehir danışma merkeziyle görüşülmüştü. İlacın metabolik asidoz, kreatin kinaz yüksekliği, trombositopeni yapabileceği bildirilmiş; yoğun bakım takibi, aktif kömür ya da diyaliz tedavisinin faydasının olmayacağı bildirilmişti. Derin metabolik asidozu ve hipoglisemisi olan hastaya püşe NaHCO₃, bolus SF ve %20 dekstroz tedavileri verilmişti. Takipte kardiyak arrest gelişmesi üzerine entübe edilip 3-5 dk CPR yapılmıştı.

Hasta yoğun bakıma alındı. Mizadolam ile fentanil tedavisi altında nöbeti devam eden hastaya propofol infüzyonu başlandı; levatirasetam(1500 mg yükleme, 2x500 idame) uygulandı. Hipotansif ve taşikardik (hız 175/dk, ventriküler extrasistoller mevcut) seyreden hastanın ekokardiyografisinde EF: 60 idi; kapak patolojisi saptanmadı. Yüksek doz noradrenalin verilmesi gerekti. Metabolik, laktik asidozu olan potasyumu 6,16 mmol/l saptanan akut böbrek yetmezliği ve rabdomyoliz gelişen (CK: 105.000 U/L) hastaya hemodiyaliz uygulandı. Takiplerde PT, APTT uzamış; fibrinojen düşük (108 mg/dl) seyreden PLT: 24.000'e kadar düşen hastaya DIC ön tanısıyla taze donmuş plazma, trombosit süspansiyonu replasmanı yapıldı. Hastanın laboratuvar bulguları Tablo 1'de görülmektedir. Yatışının 2. gününde spontan solunumu da olmayan hastanın pupileri fix dilate saptandı.Beyin BT'sinde saptanan beyin ödemi nedeni ile (Şekil 1) hastaya mannitol, furosemid ve dexametazon başlandı ancak cevap alınmadı. Hipoksik iskemik ensefalopati düşünüldü. Yatışının 1. haftasında noradrenalin tedavisi kesilebildi. Takipte yatışının 25. gününde kreatinin düzeyleri normale gelen; diabetes insipidus ve santral hipotroidi gelişen hastaya hipofizer yetmezlik nedeniyle desmopressin ve levotiroksin başlandı.

Sonuç: Alfa lipoik asit zehirlenmeleri nadir görülür, antidotu yoktur, yüksek dozlarda ve gecikmiş vakalarda ciddi bir morbidite nedenidir.

Anahtar kelimeler: alfa lipoik asit, hipofizer yetmezlik, intoksikasyon, serebral ödem, yoğun bakım



Şekil 1. Hastanın yatışının ikinci gününde çekilen beyin BT görüntüsü
Bilateral serebral hemisferlerde sulcus ve fissürlerde silinme, üçüncü ve lateral ventriküllerde basıya bağlı daralma saptandı.

Tablo 1. Hastanın laboratuvar bulguları

Parametre	Geliş	1. Gün	1. Gün	1. Gün	2. Gün	3. Gün	1. Hafta
pH	7,24(N:7-35-7,45)	6,86	7,09	7,20	7,27	7,45	7,41
pO2(mmHg)	61(N:83-108)	78	66	98	39	104	114
pCO2(mmHg)	31(N:32-48)	70	57	47	68	36	42
HCO3(mmol/l)	13(N:22-26)	12	16	18	26	24	26
O2 Sat(%)	86(N:95-99)	78	80	93	62	96	98
Laktat(mmol/l)	8,8(N:0,5-1,6)	14,0	6,1	3,3	4,0	3,0	2,1
WBC(103/ml)	43,00(N:4,49-12,68)		18,9		12,03	21,760	12,50
NEU(103 ml)	16,60(N:2,1-8,89)		14,50		10,55	19,76	10,20
HB(gr/dl)	16,6(N:12-16)		14,8		11,1	10,7	9,4
PLT	127(N:173-390)		24		54	111	160
INR	2,05(N:0,8-1,24)		4,15		2,37	2,12	1,9
APTT(sn)	109(N:21,3-36,3)		>210		59	43	36
BUN(mg/dl)	9,4(N:6-23)		12,3			27,4	67,1
Kreatinin(mg/dl)	1,15(N:0,5-0,9)		1,88			1,4	2,83
Glukoz(mg/dl)	49(N:70-110)		101		158	231	275
AST(U/L)	835(N:10-38)		2435			1977	1262
ALT(U/L)	141(N:7-35)		305			445	413
Kreatin Kinaz(U/L)	7338(N:26-192)		35000			65000	105000
Procalcitonin(ng/ml)	100 (N: 0-0.05)		100				17
CRP(mg/L)	0,55(N:0-5)		17				141
Troponin T (pg/ml)	7500 (N:0-100)		6500			2500	1500
D-Dimer(mikrogr/ml)	25(N:0-0.5)					9,9	

Laboratuvar parametrelerinin normal aralıkları geliş değerlerinin yan kısmında verilmiştir.

PS-08

COVID-19'DA ÖNEMLİ BİR MORBİDİTE NEDENİ; TROMBOTİK MİKROANJİOPATİLER, OLGU SUNUMU

Can Çolakoğlu, Süleyman Yıldırım, Cenk Kıraklı

Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH, Yoğun Bakım Bilim Dalı, İzmir

Giriş: 17 Kasım 2019 tarihinde Çin'in Wuhan eyaletinden başlayarak dünya çapında bir salgına dönüşen coronavirus hastalığı-19(COVID-19), aradan geçen iki yıla yakın süreye rağmen ciddi bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Özellikle ağır akciğer tutulumu başta gelen mortalite ve morbidite nedeni iken, bir kısım hastalarda ise ağır akciğer tutulumu yerine diğer sistemik anormalliklerin daha ön planda olduğu olguları da görebiliyoruz. Bu olgu sunumunda uzuv kaybı ile sonuçlanan trombotik mikroanjiopati ile seyreden bir COVID-19 olgusu sunulmuştur.

Olgu/Olgusu: 35 yaş, bilinen kronik hastalığı olmayan kadın hastanın post-partum üçüncü ayında halsizlik yakınması ile başvurduğu iç hastalıkları bölümünde karaciğer enzim yüksekliği ve akut böbrek yetmezliği nedeni ile interne edildiği, takibinin ilk gününde ortaya çıkan nefes darlığı yakınması nedeni ile istenen SARS CoV-2 PCR testinin pozitif bulunduğu öğrenildi. Hasta COVID-19 tanısı ve çoklu organ yetmezliği nedeni ile yoğun bakım ünitesine kabul edildi. İlk değerlendirmesinde bilinç açık, GKS:13, solunum sayısı:24-28/dk, TA:150/90mmHg, EKG 96atm/dk, sinüs ritim, her dört extremite distallerinde siyanoz ve nekrotik doku değişiklikleri izlendi (Resim 1), periferik nabızlar palpe edilemedi, pulse oksimetre ile SatO2 ölçülemedi. Analjezi ve Oksijen desteği (2-4L/dk, nazal kanül ile) sağlandı ve 5000 İÜ standart heparin İV uygulandı. Arter kan gazı örneği ile PaO2/FiO2>200 hesaplandı. Kontrastlı BT anjiyografi ile pulmoner ve periferik dolaşımda tromboemboli ve emboli görülmedi. Tetkik öncesinde kontrast nefropatiden korunmak amacı ile 500cc izotonik salin infüzyonu ile hidrasyon sağlandı. Kalp ve damar cerrahisi ile konsülte edildi, vazodilatör tedavi amacıyla prostasiklin analogu olan İloprost 40 mcg/gün dozuyla İV infüzyon şeklinde erken dönemde tedaviye eklendi. Antikoagülan tedavi Enoksoparin 2x0.4ml dozuyla devam edildi. Laboratuvar tetkiklerinde; Üre:116mg/dl, Kreatinin:3.3mg/dl, AST:65U/L, ALT:152U/L, Total Billürubin:0.9mg/dl, Direkt Billürubin:0.5mg/dl, K:4.7mmol/L, LDH:1081U/L, aPTT:35sn, INR:1.17, WBC:29000/mm³, Hb:7.1g/dl, Trombosit:27000/mm³, BetaHcG:Normal, ANA:Negatif, cANCA:Negatif, C3:Normal, C4:Normal, Direkt COOMBS:(-) bulundu ve periferik kan yaymasında fragmente eritrositler görüldü. HELLP sendromu, Atipik HÜS ve TTP ön tanıları ile Hematoloji konsültasyonu istendi. Mevcut bulgular ışığında TTP ön tanısı ile beş gün süreyle Plazmaferez planlandı. ADAMTS-13 aktivitesi sonucu, tedavinin geciktirilmemesi gerekliliği nedeni ile beklenmedi. Trombosit ve Eritrosit süpsansiyonları ile replasmandan kaçınıldı. Takibinin ikinci gününde sürekli uyku halinde ve ağırlı uyararla göz açar durumda görülen hasta entübe edilerek havayolu güvenliği sağlandı. Tedavi ile renal fonksiyon bozukluğu, karaciğer enzim yüksekliği, hemolitik anemi ve trombositopeni anormallikleri tamamen düzeldi. Trombotik sürecin ilerlemesi sınırlanabilirdi ancak extremite distallerinde oluşan nekroz nedeni ile uzuv kaybı önlenemedi. Takibinin 7.gününde mekanik ventilatörden başarıyla ayrıldı ve 10.gününde Yoğun Bakım izlemi haliyle sonlandırıldı.

Sonuç: COVID-19'un neden olduğu trombotik mikroanjiopatiler nadir görülse de ciddi mortalite ve morbidite nedeni olabilmesi nedeni ile önemlidir. Bu durum hastalığın akciğer tutulumunun ağırlığı ile korele olmayabilir. COVID-19'un neden olduğu trombotik mikroanjiopatiler ile ilgili kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, İloprost, Mikroanjiopati, Trombositopeni, Plazmaferez



Resim 1

PS-09

HAYAT KURTARICI BİR YÖNTEM: EKSTRAKORPORAL MEMBRAN OKSİJENASYONU, OLGU SUNUMU

Can Çolakoğlu, Süleyman Yıldırım, Cenk Kıraklı

Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH, Yoğun Bakım Bilim Dalı, İzmir

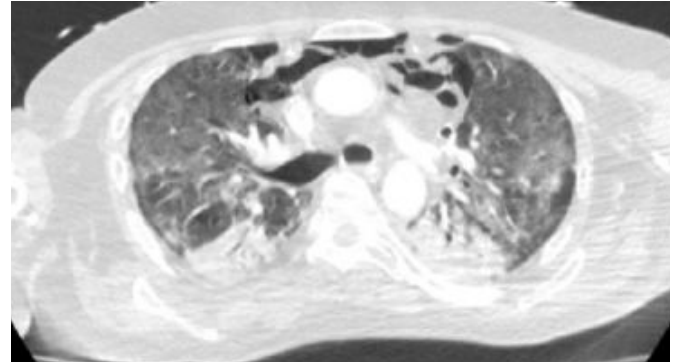
Giriş: Ekstrakorporal Membran Oksijenasyonu (ECMO), uygun tedavilere rağmen hipokseminin düzilemediği ARDS'li hastalar için hayat kurtarıcı bir destek yöntemi olarak kabul edilmektedir. Extracorporeal Life Support Organization (ELSO) tarafından ECMO için endikasyonlar ve kontrendikasyonlar belirlenmiştir. Ancak ECMO konusunda daha çok araştırmaya ihtiyacımız vardır. Bu olgu sunumunda ağır ARDS ile seyreden 38 yaşında bir COVID-19 hastasını, izlemi süresince karşılaşılan ağır komplikasyonlara rağmen, uygulanan ECMO desteği sayesinde elde edilen yüz güldürücü sonuç nedeni ile sunuyoruz.

Olgu: 38 yaş, erkek hasta, 2 gündür devam eden ateş, öksürük ve halsizlik yakınmaları ile başvurdu. SARS CoV-2 PCR(+)liği ile COVID-19 tanısı konuldu. Özgeçmişinde Crohn Hastalığı tanısı ile immünsüpresif tedavi aldığı öğrenildi. Semptomların başlangıcından sonraki 7. gününde solunum sıkıntısı nedeniyle yoğun bakım ünitesine kabul edilen hasta, yoğun bakım izleminin 3. gününde oksijen ve non-invaziv mekanik ventilasyon (NIMV) desteğine rağmen solunum sayısı >30/dk ve yardımcı solunum kaslarının kullanımı nedeni ile entübe edildi. Nöromusküler blokaj ile akciğer koruyucu ventilasyona başlandı (CMV mod PEEP:8cmH2O VT:6ml/kg frekans:28/dk FiO2:%60 p-drive<15cmH2O). PaO2/FiO2 ilerleyici biçimde düşmeye devam eden hasta için recruitment manevrası ve prone pozisyon verilmesi denendi. İzleminde X-ray ile sol pnömotoraks görüldü ve tüp torakostomi+kapalı su altı drenajı uygulandı. Ancak klinik komplikasyonlar ani kardiyak arrest ile devam etti. Spontan dolaşımın geri dönüşü (ROSC) 5 dakika süren resusitasyon ile sağlanabildi. Resusitasyon sonrası hedeflenmiş sıcaklık yönetimi (TTM) uygulanamadı. ROSC sonrası 72. saatte E1M1Ve (koma) ve tek taraflı ışık refleksi yanıtı alınamayan hasta beyin bilgisayarlı tomografisi (BBT) ile değerlendirildi. İntrakranial patoloji saptanmadı. Amantadin 300 mg/gün dozuyla 5 gün süreyle tedaviye eklendi. Toraks BT'de her iki akciğerde buzlu cam ve yer yer konsolidasyon alanları (ARDS) ile birlikte pnömomediastinum izlendi (Resim 1). Akciğer koruyucu ventilasyon yöntemlerinin yetersiz olması nedeniyle invaziv mekanik ventilasyonun başlanmasından sonraki 7. gününde v-VECMO uygulanması kararı alındı. ECMO ile akım:3.5lt/dk FiO2:%60 ve invaziv mekanik ventilasyon ile CMV mod PEEP:12cmH2O VT:4ml/kg frekans:8/dk FiO2:%40

p-drive <15 cm H2O ayarları kullanıldı. Trakeostomi uygulandı. ECMO desteğine başlanması sonrası 7. gününde ECMO ile akım: 1lt/dk FiO2: %21 ve invaziv mekanik ventilasyon ile ASV mod PEEP:12cmH2O EksMinVol:%120 FiO2:%40 P-ins:20cmH2O destek seviyelerine ulaşıldı. Alınan arter kan gazı ile pH:7.28 pO2:79mmHg pCO2:64mmHg sO2:%94 görüldü. ECMO başarıyla sonlandırıldı. Sedasyon amacı ile uygulanan ilaç infüzyonları sonlandırıldıktan sonraki 7. günde nörolojik değerlendirmede ağrılı uyarılarla göz açtığı (E2) ve ağrılı uyarılarla extansör yanıt (M2) gözlemlendi. İzlemine ev-tipi mekanik ventilatör cihazlarının temini, solunum sekresyonlarının kontrolü ve fizyoterapi amacı ile 21 gün daha devam edildi. Süreç sonunda bilinç açık, oryante, her dört ekstremitte hareketli, kas gücü 3/5, yatak kenarında destekle oturabilir durumda olan hasta için fizyoterapi ve aralıklı ev-tipi ventilatör desteği planlanarak yoğun bakım izlemi sonlandırıldı.

Sonuç: ECMO, deneyimli personellerce uygulandığında hayat kurtarıcı bir yöntemdir. ROSC sonrası 72. saatte koma halindeki bir hastada alınan v-VECMO kararı cesur bir karar olarak görülebilirse de yüz güldürücü sonuç elde edilebilmiştir. ECMO alanında daha fazla çalışmaya ihtiyacımız vardır.

Anahtar kelimeler: ECMO, COVID-19, Resusitasyon, Koma, Amantadin



Resim 1

PS-10

YOĞUN BAKIM SÜRVEYANSINDA STANDARDİZE ENFEKSİYON ORANI İLE DEĞİŞEN NEDİR ?

Kadir Bulut¹, Onur Özalp², Alper Gündüz², Güldem Turan¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Giriş: Ülkemizde yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyonların [ventilatör ilişkili pnömoni (VİP), santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SVKİ-KDE) ve kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (Kİ-ÜSE)] surveyanı yapılmakta ve "Ulusal Hastane Enfeksiyonları Surveysı Ağı"na kaydedilmektedir. Ağırlıklı ortalamalar ve persentiller (<%10, %10-%25, %25-%50, %50-%75, %75-%90, >%90) şeklinde sunulan VİP hızı, SVKİ-KDE hızı ve Kİ-ÜSE hızı ulusal düzeyde bir yıl boyunca bildirilen toplam veriler kullanılarak hesaplanmaktadır. Fakat bu toplam verilerden sağlanan ortalama hızlar, kurumlardaki ve kurumlar arasındaki hasta popülasyonları arasındaki farklı invaziv araç ilişkili enfeksiyon risklerini yansıtmamaktadır (1) Bu nedenle mevcut hızlara ek olarak "Standardize enfeksiyon oranı (SIR)" ve "Kümülatif atfedilebilir fark (CAD)" gibi özet ölçütlerin kullanımına geçilmiş.

Amaç: SIR ölçüm olarak sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların (SHİE) riskine katkıda bulunan kurumsal ve/veya hasta düzeyindeki çeşitli faktörlerin enfeksiyon sayısı üzerine olan etkisini düzelten ve bu sayede karşılaştırma yapmada daha güvenilir olan bir ölçüttür. (2)

SIR = Gözlenen enfeksiyon sayısı / öngörülen enfeksiyon sayısıdır (3).

Kümülatif atfedilebilir fark ("cumulative attributable difference") SIR'ın tamamlayıcısı olarak kullanılan diğer bir özet ölçüttür. Bu ölçütü hesaplamamızın amacı enfeksiyon kontrol önlemleri ile en büyük miktarda iyileşmenin sağlanabileceği kurumları veya üniteleri belirlemek ve önceliklendirmektir. $CAD = \text{Gözlenen enfeksiyon sayısı} - (\text{SIR hedef} \times \text{öngörülen enfeksiyon sayısı})$.

Yöntem: Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, 2022 yılı Nisan-Mayıs-Haziran aylarında Genel Yoğun Bakımlarda KI-ÜSE Sürveyans Bilgileri esas alınarak daha önceki sistem ile 2022 yılından itibaren kullanılan sistem dökümanına edilmiştir (Tablo 1).

Bulgular: Genel YB 1, 2, 9'da 3 aylık periyotta birer adet KI-ÜSE gözlemlenmiş, sadece birer adet enfeksiyon ile tüm ülke geneline göre %50-75 persentil aralığında ve ortalamanın üzerinde saptanmıştır. Persentil aralığındaki yerine göre enfeksiyon kontrol önlemleri iyileştirilmelidir. Ancak Genel YB 1, 2, 9 kendi seviyesi ile benzer seviyede olan hastanelere göre durumunu gösteren ölçütler olan SIR ve CAD ile değerlendirildiğinde enfeksiyon kontrol önlemleri başarılıdır; öngörülen sayıya göre gözlenen enfeksiyon sayısı azdır, SIR birden küçüktür, CAD negatif değerdedir. **Sonuç:** Sonuç olarak SIR ve CAD enfeksiyonu belirlemede aynı seviyedeki hastaneler ile karşılaştırmaya olanak sağladığı için daha güvenilir olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Standardize enfeksiyon oranı, Kümülatif atfedilebilir fark, İnvasif araç ilişkili enfeksiyon

Tablo 1. 2022 Yılı 2. Çeyrek Dönem KI-Sürveyans Bilgilerinin Persentil Aralığı ve SIR/CAD olarak Değerlendirilmeleri

Yoğun Bakım	Üriner Kateter Günü	Gözlenen KI-ÜSE	KI-ÜSE Hızı	Persentil Aralığı	Öngörülen Sayı	SIR	Kümülatif Atfedilebilir Fark (CAD)
Genel YB-1	1445	1	0,69	%50-%75	4,38	0,23	-2,29
Genel YB-2	1455	1	0,69	%50-%75	4,90	0,20	-2,29
Genel YB-3	1449	0	0	-	-	0	-
Genel YB-4	1450	0	0	-	-	0	-
Genel YB-9	1454	1	0,69	%50-%75	4,15	0,24	-2,11

PS-11

COVID'E BAĞLI SEPSİSTE OXIRIS FİLTRESİ DENEYİMLERİMİZ

Çağla Erdoğan¹, İlnur Hatice Akbudak¹, İsmail Hakkı Akbudak²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Denizli
²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

Giriş: COVID-19, ARDS ve sepsis tablosuna neden olarak mortaliteye sebep olmuştur. Patofizyolojisinde artmış IL-6, IL-10, TNF-alfa'ya bağlı sitokin fırtınası ve hiperkoagülopati durumu düşünülmektedir. Bu durumlar artmış mortalite, yoğun bakım yatışı, akut böbrek yetmezliği ile ilişkilidir. Sitokin fırtınasına yönelik kanıtlanmış bir tedavi bulunmamakla beraber, OXIRIS gibi hemodiyafiltrasyon filtrelerinin sitokinleri uzaklaştırarak tedaviye katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Sunumumuzda COVID-19 sepsisinde OXIRIS filtresi kullanma deneyimlerimizi olgular ve filtre uygulanması sonrası laboratuvar, radyolojik takiplerimizle sunacağız.

Olgu 1: 47 yaşında erkek hasta nefes darlığı şikayeti ile yatırıldı ve entübe edildi. Hastanın her iki akciğerde yoğun buzlu cam ve konsolidasyon

alanları mevcuttu ve yapılan PCR testi pozitif olarak geldi. Akut faz reaktanlarında yüksekliği olan hasta sitokin fırtınasında kabul edilerek OXIRIS filtresi ile 20 saat sürekli renal replasman tedavisi (SRRT) uygulandı. SRRT sonrası 24. Ve 48. Saat kontrol değerlerinde ve radyolojik görüntülemesinde belirgin düzelme olan hasta, bir hafta içinde ekstübe edilerek yoğun bakımdan çıkarıldı.

Olgu 2: 36 yaşında erkek hasta solunum sıkıntısında artma olması üzerine COVID servisinden yoğun bakım ünitesine alındı ve entübe edildi. Prcv-Simv modunda yüksek PEEP ve düşük tidal volümle takip edildi. Yüksek CRP, LDH ve nötrofil/lenfosit oranı nedeniyle hemofiltrasyon kararı alındı ve OXIRIS filtresi ile 22 saat SRRT uygulandı. SRRT sonrası 24. Ve 48. Saat kontrol değerlerinde belirgin düzelme olan hasta, yatışının 17. Günüde ekstübe edilerek servise devir edildi.

Olgu 3: 45 yaşında kadın hasta, şiddetli solunum sıkıntısı ile başvurduğu acil servisten entübe edilerek devir alındı. Toraks tomografisinde bilateral yaygın buzlu cam dansiteleri olan hastada PCR testi pozitif geldi. Yüksek CRP, ferritin ve IL-6 seviyeleri olan hastaya 18 saat OXIRIS filtresi ile SRRT uygulandı. SRRT sonrası laboratuvar değerlerinde belirgin düzelme görüldü. Hasta yatışının 12. Günüde ekstübe edilerek servise devir edildi.

Olgu 4: 56 yaşında erkek hasta, COVID servisinden genel durumunda kötüleşme olması üzerine devir alındı. Hasta entübe edilerek takip edildi. Hastanın akut faz reaktanları ve IL-6 yüksek olması üzerine hastaya 37 saat SRRT uygulandı. Hastanın SRRT sonrası belirgin laboratuvar değerlerinde düzelme oldu. Ancak ekstübasyon planlanan hastada, ventilatör ilişkili pnömoni gelişmesi üzerine tekrar sepsis tablosu gelişti. Hasta yoğun bakım yatışının 15. gününde kaybedildi. Hastaların laboratuvar değerleri tabloda özetlenmiştir.

Sonuç: OXIRIS filtresi kullanımı, sepsis hastalarında hayat kurtarıcı olabilir. Hastalarımızda da görüldüğü üzere gerek klinik olarak gerekse laboratuvar değerlerinde belirgin düzelme görülmüştür. OXIRIS filtresi sitokinleri azalttığından sitokine bağlı aşırı immün reaksiyonları azaltmakta, renal fonksiyonları düzeltmekte ve filtre ile birlikte heparin kullanımına bağlı antitrombotik özellik taşımaktadır. Kanıtlanmış bir tedavi olmamakla beraber mortaliteyi azaltmada umut vaat edici olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Sepsis, Hemodiyafiltrasyon, COVID

Olguların Laboratuvar Değerleri

	Hemodiyafiltrasyon Öncesi	Hemodiyafiltrasyon Öncesi	Hemodiyafiltrasyon Öncesi	Hemodiyafiltrasyon Öncesi	Hemodiyafiltrasyon Sonrası-24. Saat	Hemodiyafiltrasyon Sonrası-24. Saat	Hemodiyafiltrasyon Sonrası-24. Saat	Hemodiyafiltrasyon Sonrası-24. Saat
	CRP	NLR	Ferritin	IL-6	CRP	NLR	Ferritin	IL-6
Olgu-1	22.2	6.14	2048	42	3.24	3.29	604	18
Olgu-2	176.6	6.81	1310	56	86.9	4.2	356	24
Olgu-3	56.1	5.98	1869	38	18.2	3.6	269	15
Olgu-4	286.7	6.54	2950	72	167.2	4.7	856	32

Hemofiltrasyon öncesi ve sonrası laboratuvar değerleri

PS-12

IS THERE A RELATIONSHIP BETWEEN CYTOMEGALOVIRUS INFECTION AND SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX INCIDENCE IN SEVERE COVID-19 PATIENTS?

Mehmet Eren Yüksel¹, Ahmet Bilal Kandemir¹, İlknur Aydar², Seval İzdeş¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt University School of Medicine, Department of Anesthesiology and Intensive Care, Ankara, Turkey

²Hacettepe University School of Medicine, Department of Thoracic Surgery, Ankara, Turkey

Introduction: We encountered spontaneous pneumothorax in 3 critically ill patients with a prolonged course of Coronavirus-19 (Covid-19) disease within 3 consecutive days in the intensive care unit (ICU). These 3 patients were tested positive for antibodies against Cytomegalovirus (CMV) infection (anti-CMV-IgG+).

Objective: We wanted to investigate whether anti-CMV-IgM and anti-CMV-IgG positivity increased the incidence of spontaneous pneumothorax in severe Covid-19 patients.

Methods: Local ethics committee approval for this study was obtained from Ankara City Hospital (E2-21-981, date:10.11.2021). Twenty-seven female (40.3%) and 40 male (59.7%) adult patients with severe Covid-19 disease hospitalized in the tertiary ICU between April 2020 and October 2021 were included in this study. Median age of the patients was 70 (52-77). Mean ICU follow-up period was 23.86 days (min-max:1-90). Electronic records of these 67 patients were retrospectively reviewed for spontaneous pneumothorax, anti-CMV-IgM and anti-CMV-IgG antibodies.

Results: Anti-CMV-IgM was positive in 1 patient (1.5%) and negative in 66 patients (98.5%). Anti-CMV-IgG was positive in 61 patients (91%) and negative in 6 patients (9%). Spontaneous pneumothorax was encountered in 9 patients (13.4%). Three patients with pneumothorax had neither anti-CMV-IgM nor anti-CMV-IgG. Six patients with pneumothorax had only anti-CMV-IgG antibodies. None of the severe Covid-19 patients with pneumothorax had anti-CMV-IgM antibodies. There was not a statistically significant relationship between anti-CMV-IgM antibodies and the development of spontaneous pneumothorax ($p=1$). However, there was a statistically significant relationship between anti-CMV-IgG antibodies and spontaneous pneumothorax incidence in severe Covid-19 patients ($p=0,028$).

Conclusion: Severe Covid-19 patients with anti-CMV-IgG antibodies may be more susceptible to the development of spontaneous pneumothorax. However, a prospective multi-center study with a larger sample size should provide more information about the relationship between CMV infection and spontaneous pneumothorax incidence in severe Covid-19 patients.

Keywords: Covid-19, Cytomegalovirus, Intensive care, Pneumothorax

PS-13

FAMOTİDİNE BAĞLI TROMBOSİTOPENİ OLGUSU

Mithat Kahramanoğlu¹, Çağla Erdoğan¹, İsmail Hakkı Akbudak²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

Giriş: Yoğun bakımda en çok atlanan ve gözden kaçan konulardan biri ülser profilaksisidir. Proton pompa inhibitörleri ve H2 reseptör antagonistleri profilaksi için kullanılan medikasyonlardır. Famotidin sık kullanılan bir H2 reseptör antagonisti olup, nadir yan etkileri arasında myelosupresyon, anemi ve trombositopeni mevcuttur. Olgumuzda famotidine bağlı trombositopeni gelişen yoğun bakım hastası sunulmuştur.

Olgu: 65 yaşında erkek hasta, yoğun bakımımıza tip 2 solunum yetmezliği ve pnömoni tanısıyla yatırıldı. Bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hipertansiyon tanıları mevcuttu. Hastanın takiplerinde solunum sıkıntısı derinleşerek entübe edildi. Yatışındaki laboratuvar değerlerinde akut faz reaktanlarında yükseklik ve lökositoz dışında belirgin patolojik mevcut değildi. Hastaya tromboz ve ülser profilaksisi verildi. Antibiyoterapi olarak piperasilin- tazobaktam başlandı. Akut faz reaktanlarında düşme olan ve radyolojik yanıtı olan hastada antibiyoterapi ikinci haftanın sonunda sonlandırıldı. Hastanın yatışının üçüncü haftasında trombosit sayıları giderek azaldı ve ölçülen trombosit sayısı 12 bin olarak saptandı. Hastanın aldığı düşük molekül ağırlıklı heparin kesildi. İzole trombositopeniye yönelik hematoloji görüşü alındı ve anemi parametreleri, b12, folik asit, periferik yayma planlandı. Hastanın parametrelerinde ve yaymasında belirgin patoloji görülmedi, trombosit sayısı laboratuvar sayımı ile benzer saptandı. Enfektif süreçler ve medikasyonlar ele alındı. Aktif antibiyoterapi almayan hastada enfeksiyona sekonder olduğu düşünülmeydi. Heparin kesilmesinden bir hafta geçmesine rağmen trombosit sayılarında düzelme olmaması üzerine hastanın aldığı diğer medikasyonlara bakıldı. Ülser profilaksisi için aldığı famotidin, hastanın daha önce kullandığı bir medikasyon olmayıp yoğun bakımda başladığı görüldü. Hastada famotidin kesilerek omeprazole geçildi. Hastanın famotidin kesilmesinden dört gün sonrasında trombosit sayıları artarak bir hafta içinde 50 bin düzeyine ulaştı. Hastada ekartasyon tanısı ile famotidine bağlı trombositopeni olduğu düşünüldü.

Sonuç: Trombositopeni, yoğun bakımlarda karşımıza gelen hematolojik bir tablodur. Heparine bağlı trombositopeni gibi hayatı tehdit edici durumlar görülebilmektedir. Bu durumların tedavi, ekartasyonu sonrasında düzelme olmaması üzerine hastanın ek durumları ve aldığı ilaçlar düşünülmelidir. Ülser profilaksisi her ne kadar masum bir tedavi olarak görülse de ciddi yan etkileri olabilmektedir. Yoğun bakımlarda verilen tedavilerin yan etkileri bilinmeli ve ilaç kullanımı konusunda dikkatli olunmalıdır.

Anahtar kelimeler: Advers Etki, Famotidin, Trombositopeni

PS-14

YOĞUN BAKIMDA VENÖZ YÜKLENME ULTRASON SKORUNUN (VEXUS) KULLANIMI - OLGU SUNUMU

Ahmet Kutluay¹, İsmail Hakkı Akbudak²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli/TÜRKİYE

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Denizli/TÜRKİYE

Giriş: Yoğun bakımda yatan kritik hastalarda volüm durumu ciddi önem arz etmektedir. Fizik muayenenin ve akciğer radyografisinin duyarlılığı sınırlı olup doğru klinik kararı vermeyi engelleyebilmektedir (1-7).

Sistemik venöz konjesyon özellikle karaciğer, böbrek ve beyin gibi kapsüllü organlarda interstisyel ödeme, organ perfüzyonunun azalmasına ve buna bağlı olarak bu organlarda yetmezliğe varabilen fonksiyon bozukluklarına neden olmaktadır (8-10).

Yakın geçmişte, hasta başı ultrasonografisi (POCUS) ve venöz yüklenme ultrasonografisi (VExUS), volüm durumunu belirlemek ve dekonjestif tedavinin etkinliğini izlemek için etkileyici bir yatak başı tanı aracı olarak ortaya çıkmıştır. VExUS'da hepatik, portal ve intrarenal venler doppler ultrasonografi ile değerlendirilmektedir (7,11). VExUS derecelendirme sistemi (Tablo 1), yüksek sağ atrium basıncının (RAP), organ disfonksiyonuyla sonuçlanan, klinik olarak anlamlı bir venöz konjesyona dönüşüp dönüşmediğini saptamada ve dekonjestif tedavinin etkinliğini daha hassas izlemeye yardımcı olmaktadır (11,12). Pulmoner emboli veya şiddetli pulmoner hipertansiyon nedeniyle sağ kalp yetmezliği olan bir hastada, venöz doppler anormallikleri gözlenebilmekte olup bu durum volüm yüklenmesinden değil basınç yüklenmesinden kaynaklanmaktadır (13).

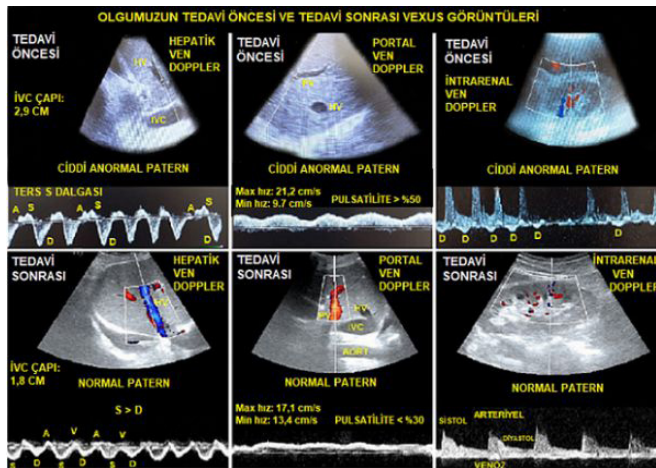
VExUS ve POCUS'un kalp, böbrek, karaciğer ve akciğer arasındaki etkileşimlerin ve volüm durumunun karmaşık patofizyolojisini çözmede ve sıvı yönetiminde klinisyenlere önemli bir katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Bu nedenle bu olguyu sizlere sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen tip 2 diyabetes mellitus ve hipertansiyon tanıları olan 68 yaşındaki erkek hasta akut böbrek yetmezliği (ABY) ve akut solunum yetmezliği tablosunda entübe şekilde yoğun bakıma kabul edildi.

Hastanın yoğun bakıma kabulünde periferik oksijen saturasyonu (SpO₂) %95 olup diğer vitalleri olağandı. Arter kan gazı incelemesinde parsiyel oksijen basıncı (PaO₂)/ fraksiyone inspire oksijen basıncı (FiO₂) 138 mmHg olarak saptandı. Akut solunum yetmezliği tablosundaki hastaya tarafımızca POCUS yapıldı. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu yaklaşık %55 saptanan hastada belirgin kapak patolojisi, pulmoner hipertansiyon veya pulmoner emboli bulgusu bulunmamaktaydı. Akciğer ultrasonografisinde, artmış B çizgileri, bilateral plevral effüzyon ve atelektatik akciğer dokusu görüldü. POCUS incelemesinde ek anlamlı patoloji saptanmadı. İVC çapı 2,9 cm olarak saptanan hastanın yapılan ultrasonografisinde VExUS skoru grade 3 (Şekil 1-tedavi öncesi) saptandı. POCUS ve VExUS bulguları ciddi sistemik venöz konjesyonla uyumlu saptanan anürik hastaya sürekli venovenöz hemodiyalizasyon (CVVHD) ile 6 günde yaklaşık 14 lt ultrafiltrasyon uygulandı. ABY tablosundaki anürik hastanın tedavi sonrası 0,4 cc/kg/saat hızında idrar çıkışı başladı ve PaO₂/FiO₂ oranı 340 mmHg seviyesine yükseldi. Kontrol akciğer ultrasonografisinde patolojik bulgularda belirgin iyileşme izlenen hastanın tedavi sonrası İVC çapı 1,8 cm ve VExUS skoru grade 0 (Şekil 1-tedavi sonrası) saptandı. POCUS uygulaması ve VExUS skorlaması rehberliğinde uygulanan tedavi sonrası hastanın hipervolemi ve sistemik venöz konjesyon kliniği anlamlı olarak gerilemiştir.

Sonuç: Volüm durumunun objektif olarak değerlendirmesinde ve dekonjestif tedaviye rehberlik etmede VExUS ve POCUS'un kullanımı önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde bu tekniklerin kullanımının artması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: POCUS, Sistemik venöz konjesyon, Venöz Yüklenme Ultrason Skoru, VExUS, Yoğun bakım



Resim 1. Olgunun tedavi öncesi ve sonrası VExUS görüntüleri

VExUS'da inferior vena kava, hepatik, portal ve intrarenal venler doppler ultrasonografisi ile değerlendirilmektedir: 1.) İ inferior vena kava çapı >2 cm olduğunda hepatik ven, portal ven ve intrarenal ven(interlober/arcuat ven) değerlendirilmelidir. 2.) Hepatik ven doppler incelemesindeki dalgalar sırasıyla A, S ve D dalgaları olarak bilinir ve bu dalgalar juguler venöz dalgalardan sırasıyla A dalgası, X inişi ve Y inişine karşılık gelir. Genel olarak, ortalama sağ atriyal basınç yükseldikçe, A dalgası daha belirgin hale gelir, S dalgası ise ters yöne dönerek A dalgası ile füzyon oluşturur. 3.) Portal venöz doppler sinyali, taban çizgisinin üzerinde, minimal dalgalı ve monofazik bir akıştır. Venöz konjesyon arttıkça bu normal dalgalı akışın

pulsatilitesi artar. 4.) İntrarenal venöz doppler sinyali normalde taban çizgisinin altında sürekli monofazik bir akıştır. Artan venöz konjesyon ile venöz akış pulsatil hale gelerek hepatik ven akış paternine benzer şekilde S ve D dalgaları gelişir ve bifazik bir akım paterni oluşur. Venöz konjesyon daha da kötüleşirse, hepatik ven paternine benzer şekilde, S dalgası küçülür ve tamamen kaybolur ve D dalgası daha belirginleşerek geriye sadece monofazik bir D dalgasının kaldığı patern oluşur.

Tablo 1. Venöz Yüklenme Ultrason (VExUS) skorlaması

VExUS'ta Değerlendirilen Venöz Yapılar	Normal Patern	Hafif Anormal Patern	Ciddi Anormal Patern
1) İ inferior Vena Kava	İVC çapı <2 cm	İVC çapı >=2 cm	İVC çapı >=2 cm
2) Hepatik Ven Doppler	Taban çizgisi altında sistolik S ve diyastolik D dalgaları bulunur ve S amplitüdü, D amplitüdünden daha büyüktür. "S>D"	Taban çizgisi altında sistolik S ve diyastolik D dalgaları bulunur ve S amplitüdü, D amplitüdünden daha küçüktür. "S<D"	S dalgası ters döner taban çizgisinin üzerinde yer almaktadır. D dalgası taban çizgisinin altında yer almayla devam etmektedir. "Ters S dalgası"
3) Portal Ven Doppler	Portal Venöz Akım taban çizgisinin üzerinde devamlı bir akımdır. Portal Venöz Akım Pulsatilitesi <%30 Pulsatilitite: [(Vmax-Vmin)/Vmax]	Portal Venöz Akım Pulsatilitesi %30-50	Portal Venöz Akım Pulsatilitesi >%50
4) İntrarenal Ven Doppler (interlober/Arcuat ven)	Taban çizgisi üzerinde pulsatil arteriyal kan akımı bulunur. Taban çizgisinin altında devamlı venöz kan akımı bulunur.	Taban çizgisi üzerinde pulsatil arteriyal kan akımı bulunur. Taban çizgisi altında sistolik S ve diyastolik D dalgaları görülür. "Bifazik Görünüm"	Taban çizgisi üzerinde pulsatil arteriyal kan akımı bulunur. Taban çizgisi altında sadece diyastolik D dalgası görülür. "Monofazik Görünüm"

GRADE 0 (NORMAL): İVC çapı <2 cm ve venöz konjesyon bulgusu yok
GRADE 1 (HAFİF) KONJESYON: İVC çapı >= 2 cm ve normal veya hafif anormal venöz doppler paternlerinin herhangi bir kombinasyonu
GRADE 2 (ORTA) KONJESYON: İVC çapı >= 2 cm ve >= 1 ciddi anormal venöz doppler paterni
GRADE 3 (CİDDİ) KONJESYON: İVC çapı >= 2 cm ve >= 2 ciddi anormal venöz doppler paterni

PS-15

HAYVAN SALDIRISINA BAĞLI TORAKS TRAVMASI OLAN HASTADA EREKTÖR SPİNAL PLANE (ESP) BLOĞU UYGULAMASININ KLİNİK İYİLEŞMEYE KATKISI

Mehmet Gökhan Gök¹, Ferhat Çetinkaya¹, Ruken Akar Eroğlu², Dilek Özcengiz¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Toraks travması mortalite ve morbiditeyi arttırabilecek kosta fraktürlerine neden olabilir. Kosta fraktürleri şiddetli ağrı nedeniyle azalmış solunum eforu ve yetersiz öksürük ile beraber sekresyonların atılmasına neden olabilir. İkincil komplikasyonları önlemek ve azaltmak için; sistemik analjezinin yetersiz olduğu durumlarda bölgesel analjezi teknikleri

kullanılabilir. Klasik yöntemlerin yanında erektr spinal plane (ESP) bloğu da toraks travması olan hastalarda bölgesel analjezi için kullanılabilecek bir yöntemdir. Bu olgu sunumunda; travma nedeniyle yoğun bakımda takip edilen çoklu fraktürleri olan bir hastaya uygulanan ESP bloğu işleminin solunum desteği ve oksijen ihtiyacına olan katkısı gösterilmiştir.

Olgu: Yetmiş dört yaşında sigara kullanımı (30 paket/yıl) dışında sistemik hastalığı olmayan erkek hasta; travma (büyük baş hayvan) sonrası humerus boyun fraktürü, bilateral kot fraktürü (sağda 2.3.4. ve 5. kotlarda; solda 3.4.5.6.7. ve 8. kotlarda) ve solda pnömohematoraks gelişmiş olup; humerus fiksasyon işlemi sonrası entübe şekilde yoğun bakıma kabul edildi. Takipleri sırasında ekstübe edildi, ancak hipoksi nedeniyle yüksek akım nazal oksijen (HFNO) tedavisi ile takip edildi. Aralıklı olarak non invaziv mekanik ventilasyon (NIMV) uygulandı. Sekresyonlarını yeterince çıkaramadığı için sağ akciğerin total havalanmadığı dönemler oldu. Hastanın sekresyonlarını atamamasının en önemli nedeni toraks travmasına bağlı ağrı olduğu kabul edildi. Bu sebeple sol tarafa ESP bloğu uygulandı. Hastanın nefes alıp vermekle olan ağrısı belirgin azaldı. Postural drenaj ve öksürük ile beraber yeterli sekresyon çıkarması sağlandı. Sağ akciğer havalanması sağlandı. HFNO ihtiyacı kalmayan hasta; nazal oksijen ile servise devir edildi. Hastanın blok işlemi öncesi ve sonrası oksijen ihtiyacı ve vizüel analog skala (VAS) değerleri tabloda gösterilmiş olup; akciğerdeki değişiklikler görüntülerle belirtilmiştir.

Sonuç: Travmaya bağlı kosta fraktürü olan hastalar yoğun ağrı hissederler. İki ve daha az fraktür olduğu durumda, etkili sistemik analjezi genelde yeterli olmasına rağmen; üç ve daha fazla fraktür mevcutsa sistemik analjezinin yanında bölgesel analjezi uygulamaları da gerekebilmektedir. Olgumuzda sağda dört solda altı sayıda kot fraktürü mevcuttu ve sistemik analjeziye ek olarak bir kez ESP blok uygulandı. ESP blok uygulanan hastalarda sistemik analjezi ihtiyacı azaldığı gösterilmiştir. Olgumuzda da başlangıçta 9mg/gün morfin ve 300 mg/gün tramadol uygulanırken; blok sonrası sadece 300 mg/gün tramadol ihtiyacı oldu. Ayrıca ESP blok işlemi hastaların solunum mekaniğini iyileştirip, uygulanan solunum desteğinin azalmasını sağlayabilir. Bu iyileşme sürecini olgumuzda da gözlemledik. Başlangıçtaki gerek solunum desteğinin yüksek oluşu gerekse PaO₂/FiO₂ oranındaki düşüklük ESP blok işlemi sonrası belirgin olarak düzeldi. Sonuç olarak; kosta fraktürü olan travma hastalarında sistemik analjeziye ek olarak uygulanan ESP blok işlemi solunum mekaniğinin düzelmesi, sistemik analjezi ihtiyacının ve ikincil komplikasyonların azaltılması konusunda akıldaki tutulması gereken bir uygulama olduğunu hatırlatmak istedik.

Anahtar kelimeler: Hayvan Saldırısı, Travma, Kosta fraktürü, Eretr Spinal Plane Blok

Tablo 1. Hastanın Blok İşlemi Öncesi ve Sonrası Oksijen İhtiyacı, PaO₂/FiO₂ oranı ve VAS Değerleri

	0.gün	Blok öncesi	Blok sonrası 1. gün	Blok sonrası 2. gün	Servise çıktığı gün
Solunum desteği	HFNO	HFNO+NIMV	Nazal O₂ (5lt/dk)	Nazal O₂ (3lt/dk)	Nazal O₂ (3lt/dk)
PaO ₂ /FiO ₂	210	180	250	275	275
VAS skoru	9-8	8-7	5-4	5-4	5

PS-16

UZAMIŞ ANAFLAKSİ OLGU SUNUMU

Zeynep Usul Türkoğlu¹, Gökhan Önder¹, İsmail Hakkı Akbudak²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

Giriş: Anafilaksi, acil tanı ve tedavi gerektiren, potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir acil durumdur. Anafilaksi tablosu ortaya çıkan hastalar, tanımı doğrulamak ve olası diğer nedenleri ekarte etmek (diğer tıbbi durumlar (komorbiditeler) ve eşzamanlı ilaçlar gibi olası nedenleri belirlemek) için değerlendirmeye ihtiyaç duyar. Çoğu anafilaksi epizodu hızla başlar, yükselir ve özellikle uygun tedavi uygulandığında tamamen düzeler. Bununla birlikte, bazı anafilaktik reaksiyonlar saatler sonra düzeler ve tekrarlar ya da saatler hatta günler boyunca tamamen düzelmez. Olgumuzda uzamış anafilaksi ile takip edilen yoğunbakım hastası sunulmuştur.

Olgu: 59 yaşında acil servise oral tablet alımı sonrasında boğazda takılma hissi ve solunum sıkıntısı nedeniyle başvurmuş. Hastanın bilinen diyabet ve hipertansiyon tanıları mevcut olup çoklu ilaç tedavisi alıyordu. Oral olarak aldığı ilaç kendi ilacı olmayıp alfa lipoik asit içeren preparat kullanmış. Hastanın acil servis de solunum sıkıntısının artması ve solunum arresti olması üzerine hastaya cpr uygulanmış olup hasta entübe şekilde dahiliye yoğun bakıma kabul edildi. Hasta yoğun bakıma geldiğinde adrenalin infüzyonu ve kortikosteroid başlandı. Hasta KBB ye danışıldı, muayenesinde yaygın epiglot ödemi görülmesi üzerine enfeksiyon hastalıklarına epiglottit şüphesi ile danışılarak antibiyotik tedavisi düzenlendi. Fakat crp yüksekliği oluşmayan hastada epiglottit tanısından uzaklaşıldı. Ödemi gerilemeyen hastaya 4. gününde trakeostomi açıldı. Daha sonra hastanın sedasyonu kesilerek weaning hazırlığı yapılmaya başlandı. KBB önerisiyle günlük dekanülasyon açısından takip edildi. Ailesinde allerji öyküsü olan hastada c1 esteraz düzeyi istendi sonuç normal aralıkta geldi. Trakeostomi spontan solunum ile takip edilerek dekanülasyon açısından günlük değerlendirme yapıldı. KBB tarafından günlük muayenesi ile takip edilen hastanın larenks ödeminin azalması üzerine hasta trakeostomisinin 11. gününde dekanüle edildi. Genel durumu stabil olan hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Anafilaksi nadir görülen fakat hayatı tehdit edici özelliği nedeniyle hızlı tanı ve tedavi gerektiren acil durumdur. Anafilaksin en sık görülen tipi tek fazlı tip olup, nadiren uzamış anafilaksi görülebilmektedir. İlaç anafilaksisi de uzamış anafilaksi açısından akıldaki tutulması gereken nedenler arasında yerini almaktadır.

Anahtar kelimeler: alfa lipoik asit, anafilaksi, C1 esteraz

PS-17

MALİGNİTE NEDENLİ MAJÖR CERRAHİ GEÇİREN POSTOPERATİF HASTALARDA YOĞUN BAKIMA İLK GELİŞTE AĞRI DEĞERLENDİRMESİ

Alev Öztaş¹, Hilal Şahan², Güldem Turan¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, İstanbul

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

Giriş: Postoperatif malignite hastalarının büyük bir kısmı yoğun bakımlarda takip edilmekte olup bu hastaların ağrı yönetimi dikkat gerektirmektedir. Hastaların takibinde ağrı değerlendirilmesi, geçirilmiş majör operasyon ile birlikte yakın takip gerektiren sistemik etkiler nedeniyle daha geri planda kalabilir. Ancak özellikle majör cerrahi geçiren hastalarının iyileşmesinde gerek intraoperatif gerekse postoperatif dönemde ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi önem taşımaktadır.

Amaç: Yoğun bakım ünitemizde (YBÜ), majör malignite cerrahisi nedeniyle postoperatif bakım ünitesinden (PACU) transferi sağlanan hastaların ilk geliş ağrı değerlendirilmesini yaparak hastaya uygun analjezinin girişimsel ya da medikal ajanlarla sağlanmasının postoperatif erken dönemde değerlendirilmesini amaçladık.

Yöntem: 01-31 Temmuz 2021 tarihleri arasında, malignite nedeniyle majör cerrahi geçiren, 18 yaş üstü, ekştübe olarak PACU dan kabul edilen hastalar retrospektif olarak incelendi. 5 günden uzun süreli yatışı olan hastalar uzun yatış kabul edilerek çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik verileri, YBÜ' ye kabul sonrasında ilk 1 saat içinde takip formundaki numerik ağrı skalası (Şekil 1) değerleri kaydedildi. Verilerin ortalama, standart sapmaları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya; 21 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 56.4 ±11.2 iken, 6'sı erkek, 15'i kadındı. Hastaların ortalama yoğun bakım yatış gün sayısı 2.7 ± 0.9 idi. Numerik ağrı skalası ortalamaları hafif ağrı (2.3 ± 1) ile uyumluydu. 10 hastada (% 47) sadece hareketle ağrı tespit edildi. Hastaların uygulanan analjezi ise; peroperatif dönemde iki hastaya erektrör spina plan (ESP) bloğu, bir hastaya transversus abdominis plan (TAP) bloğu ve bir hastaya da epidural katater yerleştirilerek sağlanmıştı. 17 hastaya da operasyon bitiminden 30 dakika önce 1g parasetamol + 100 mg tramadol ile medikal ağrı protokolü uygulanmıştı. YBÜ de ilk 1 saat içerisinde ek analjezi uygulanmamıştı.

Tartışma -Sonuç: Ağrının ortaya çıkışını önlemek ve tedavi edebilmek için öncelikle değerlendirilmesi gerekir. PACU' dan yoğun bakıma ilk gelişte, hastanın transferi, ameliyat örtülerinin değişimi ve uygun pozisyonun sağlanması gibi ilk bir saat içinde uygulanan işlemler postoperatif dönemde ağrı nedenleri arasındadır. Peroperatif olarak uygulanan rejonel analjezi yöntemleri ve medikal tedavi ile birlikte bu dönemde hastaların ağrı kontrolü çok daha kolay sağlanabilmektedir. Akut ağrının yetersiz tedavi edilmesi, fizyolojik stres yanıtı olumsuz yönde etkileyerek, tromboembolik, pulmoner ve diğer organ sistemlerinde komplikasyonlara ve bu nedenle hastaların yoğun bakım ünitelerinde veya hastanede kalış sürelerinin uzamasına neden olabilir.

Sonuç olarak; majör cerrahi geçiren postoperatif hastaların, rejonel analjezi ya da medikal analjezi protokolleri ile peroperatif analjezi sağlandıktan sonra YBÜ'ye transferinin gerçekleştirilmesinin erken dönemdeki ağrı değerlendirilmesindeki önemine dikkat çekmek istedik.

Anahtar kelimeler: Malignite Cerrahisi, Postoperatif Ağrı, Postoperatif Yoğun Bakım

PS-18

YOĞUN BAKIMA AKUT RESPIRATUAR DİSTRES SENDROMU (ARDS) VE ŞOK TABLOSU İLE PREZENTE OLAN "ATİPİK HÜS" OLGUSUNDA "ECULİZUMAB" İLE KÜRATİF TEDAVİ

Harbi Abuhadwan¹, Ahmet Oğuzhan Küçük², Mehtap Pehlivanlar Küçük²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Giriş: Mikroanjiyopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve akut böbrek yetmezliği ile giden hemolitik üremik sendrom (HÜS) geniş bir hastalık yelpazesinin ortak sonucudur. Kompleman sisteminin düzenlenmesi ile ilgili bozukluklar atipik hemolitik üremik (aHÜS) sendromun en önemli nedenleridir. Eculizumab komplemanın alternatif yolunda proinflatuvar C5a ve litik C5b-C9 kompleks oluşumunu durdurur. Son dönemde aHÜS tedavisinde eculizumab ilk tedavi seçeneği olarak kullanılabilmektedir. ARDS ve böbrek yetmezliği tablosunda mekanik ventilasyon, CRRT, plazmaferez ve eculizumab tedavileri ile yoğun bakımda izlenen aHÜS olgusu literatür eşliğinde sunulmuştur.

Olgu: Altmış yedi yaşında kadın hasta, tip 2 DM, hipertansiyon, total tiroidektomi, kolesistektomi öyküleri mevcut. Bir aydır halsizlik, ateş, idrarda azalması olan hastanın yatış lökosit (WBC) 3070 K/µL, kreatinin 3,07 mg/dL, hemoglobin (Hgb)6,5 g/dL, trombosit (PLT) 39000 K/µL, aspartat aminotransferaz (AST)57 IU/L, alanin aminotransferaz (ALT) 45 IU/L idi. Ampirik başlanan meropenem 2 g/gün ve teikoplanin 2x400 mg tedavilerine rağmen ateş yanıtı olmadı. Proteinürisi olan hastanın kreatinin klirensi 9.72 mL/dakika, periferik yaymada şistositler (>%12), nadir fragmente eritrositler ve polikromazi gözlemlendi, trombosit değeri 30000 /mikrolitre idi. LDH: 576 U/L idi, bakılan otoantikörleri (ANA, ANCA vd) negatifti, idrar beta 2 mikroglobulin yüksek, idrar immunoelektroforez anormal bant saptanmamıştı. Direkt ve indirekt Coombs testleri negatif olarak sonuçlanmıştı. ADAMTS13 aktivite sonucu %59.58 (>%5) idi. Takibinde konvansiyonel diyaliz ihtiyacı gelişen hasta mevcut klinik tablo aHÜS olarak değerlendirilerek plazmaferez tedavisi 10 seans başlanmış ancak klinik yanıt alınmamıştı. İzleminde ARDS tablosu ile yoğun bakım ünitemize devralındı. Hasta entübe edilerek yüksek PEEP değerleri ile ventile edildi ve uzun süre Sürekli Venö-Venöz Hemofiltrasyon uygulandı. Tüm tedavilere dirençli hastaya endikasyon dışı onamı alınarak yoğun bakımda eculizumab başlandı. Tedavi sonrası klinik ve laboratuvar olarak dramatik iyileşme izlenen hasta sonrasında 4 hafta boyunca haftada bir kez intravenöz 900 mg, ardından bir hafta sonra 1200 mg'lık bir doz ve ardından iki haftada bir 1200 mg'lık "idame" dozu ile eculizumab tedavisine devam edildi. ACIP 2022 klavuzu önerisine göre kompleman inhibitörü verilmeden 2 hafta öncesinde meningokok aşısını yapmıştı. Hasta takip ve tedavisinin devamı için on gün yoğun bakım tedavisinin ardından nefroloji bölümüne devredildi. Hastanın geliş ve taburculuk laboratuvar değerleri ekte sunulmuştur.

Tartışma/Sonuç: Atipik HÜS olgularının %50'sinden fazlası komplemanın alternatif yolunun düzenlenmesindeki bozuklukla ilişkilidir. Klinik bulgular trombotik mikroanjiyopati varlığı sonucu ortaya çıkarlar. Akut dönemde yüksek mortalite ve morbidite riski olan hastalıkta, son dönem böbrek yetmezliğine ilerleme olasılığı artmıştır. Monoklonal anti-C5 antikorları olan eculizumab son birkaç yıldır kullanımda olup olgumuz gibi yoğun bakım gerektiren ağır olgularda da hayat kurtarmakla kalmayıp, böbrek işlevlerini geri döndürerek yaşam kalitesini de arttıran bir tedavi şeklidir.

Anahtar kelimeler: Atipik hemolitik üremik sendrom, Eculizumab, Trombotik mikroanjiyopati

Tablo 1. Hastanın yatış, klinik takip süreci ve taburculuk laboratuvar değerleri

Laboratuvar sonuçları	Yatış	Taburculuk
Kreatinin (mg/dl)	3.07	1.09
BUN(mg/dl)	100	36
Na(meq/L)	129	131
K(meq/L)	3.1	3.7
Ca(mg/dl)	8.5	8.6
Hb(g/dl)	6.5	9.7
Hct(%)	20.3	28.1
Lökosit($10^3/\mu\text{L}$)	4.02	5.53
Trombosit($10^3/\mu\text{L}$)	39	85
PTT(sn)	10.95	13.13
aPTT(sn)	25.9	26.56
INR	0.91	1.1
AST(U/L)	57	55
ALT(U/L)	45	42
LDH(U/L)	678	223
24 SAAT İDRAR TETKİKLERİ	Albumin atılımı: 0,03 gr/gün Protein atılımı:0,31 gr/gün Sodyum atılımı:2,44 gr/gün kreatinin klerensi: 9.72 ml/dk Protein/kreatinin:0,56 albumin/kreatinin:0,05	Albumin Atılımı:0,01 gr/gün Protein Atılımı:0,23 gr/gün Sodyum Atılımı:7,82 gr/gün Kreatinin Klerensi: 19,91 ml/dk Protein/Kreatinin:4,26 Albumin/Kreatinin:0,64
TIT	pH 5 Dansite 1.030 Glukoz 0 Protein 30 Eritrosit 80	pH 5 Dansite 1.030 Glukoz 0 Protein 0 Eritrosit 500
Bilirubin(total/indirekt) (mg/dl)	1.21 /0.32	0.95/0.3
GGT(U/L)	130	111
D-Dimer(mg/L)	>36.22	3.55
Periferik yayma bulguları	anizositoz, mikrositoz, hafif hipokromi, 5-8adet fregmantasyon şistositler (>%12), helmet hücreleri PLT:30-40 bin Retikülosit %2-3	anizositoz, mikrositoz, hafif hipokromi, 2-3 adet fregmantasyon PLT: 160-170 bin Şistosit: yok Retikülosit %1-2

PS-19

HAYATI TEHDİT EDEN İDİOPATİK SUBGLOTTİK STENOZ VAKASI

İrem Akın Şen¹, İyed Oğuz²

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları AD/Yoğun Bakım BD, Mersin/Türkiye

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Mersin/Türkiye

Giriş: Trakeal stenozun genel nedenleri; entübasyon, trakeostomi, kimyasal veya termal hasar ve travmadır, daha nadir olarak inflamatuvar hastalıklar, bağ dokusu hastalıkları etyopatogenezde rol alabilir. Stridor en sık semptomdur ancak diğer solunum sistemi bulguları ile de karşımıza çıkabilir. Burada; yaklaşık 3 gün önce kafa travması geçiren sonrasında solunumsal sıkıntısı olmayan diyabetik ketoasidoz ile yatırıldığımız subglottik stenoz vakasından bahsettik.

Olgu: 66 yaşında hafif erkek hasta hafif mental retardasyon ve Tip 2 Diyabetes Mellitus tanısı mevcut. Halsizlik, öksürük ve genel durumda ani bozulma ile acil servise başvuruyor. Açlık kan şekeri; 568 mg/dl, tam idrar analizinde; keton pozitif, kan gazı analizinde; pH 7.18, HCO₃:13,8 mmol/L, PCO₂; 38,3 mmHg olması nedeni ile diyabetik ketoasidoz ön tanısı ile dahiliye yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Anemnezinde üç gün önce denge kaybı ve düşme sonrası kafa travması geçirmiş fakat hastaya nede yatmamış. Yoğun bakımda yatışının 1. gününde ani solunum arresti olarak entübe edildi. Etiyolojiye yönelik yapılan görüntüleme ve laboratuvar bulgularında patoloji saptanmadı. Hasta toplam 4 kez usulüne uygun şekilde farklı günlerde extübe edildi. Her extübasyondan sonra en fazla 6 saat sonra desatüre olması ve stridoru olması nedeni ile tekrar reentübe edildi. Çekilen tomografilerde darlık lehine bulgu saptanmadı. Hastaya Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı tarafından direk laringoskopi yapıldı. Direk laringoskopide subglottik stenoz saptanan hastaya aynı seansta trakeostomi açıldı. Hastanın halen yoğun bakım ünitemizde palyatif bakım hazırlıklarına devam edilerek takip edilmekte.

Sonuç: Sonuç olarak nadir görülse de; tekrarlayıcı solunumsal bulguları özellikle üst solunum yolu obstrüksiyon bulguları olan olgularda subglottik stenoz mutlaka akılda tutulması gereken bir patolojidir.

Anahtar kelimeler: idiyopatik, Subglottik, stenoz

PS-20

SARS-COV2 RELATED ACUTE VIRAL PANCREATITIS IN PREGNANT PATIENT

Nurgul Naurzvai

Respiratory Medicine Department, Kocaeli Acibadem Hospital

Background: Acute pancreatitis (AP) in pregnancy is a rare event with an incidence of 3/10 000 pregnancies. AP during pregnancy could cause serious life threatening disease. The most common cause of AP is gallstones. Alcoholism, hypertriglyceridemia and infections are less common causes. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) causes coronavirus disease 2019 (COVID-19) that has now affected more than 600 million people and caused more than 6 million deaths. There are reported cases of SARS-CoV-2 causing AP. Here we present a pregnant patient with COVID-19 who developed AP.

Case presentation: A 26 years old pregnant woman was admitted to the emergency department with sudden onset of severe abdominal pain and nausea at 19+2 weeks of gestation. With high lipase level 682U/L and exclusion of other possible diseases, she was diagnosed with AP. Her vital signs and organ function test were within normal limits. She never smoked and her medical records were unremarkable. Her abdominal ultrasound was normal with no gallstones. Her current symptoms were reduced gradually the day after the admission. However, subsequently she developed respiratory symptoms with sore throat and was tested positive for SARS-CoV-2. She didn't develop severe COVID-19 unlike previously reported cases(1). In the second weeks of follow-up examination her lipase level was reduced to 90 U/L.

Discussion: AP in pregnancy is a serious condition that could be complicated with maternal and fetal death. Viral pancreatitis is slightly uncommon and there is no optimal treatment protocol. We reported this case to be aware of the association of SARS-CoV-2 and AP in pregnant women.

1. Mocan, M.; Szabo, R.; Constantinescu, C.; Cucoreanu, C.; Chira, R.I. Association between Severe SARS-CoV-2 Infection and Severe Acute Pancreatitis in Pregnancy and Postpartum. J. Clin. Med. 2022, 11, 2554. <https://doi.org/10.3390/jcm11092554>

Keywords: Acute Pancreatitis In Sars-Cov2, Acute Pancreatitis In Pregnancy, Viral Acute Pancreatitis In Pregnancy, Sars-Cov2 Acute Pancreatitis In Pregnancy

PS-21

KONDROİTİN SÜLFAT KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN AKUT İNTERSTİSYEL NEFRİT

Hümevra Yüçetürk¹, Hasan Kerim Yılmaz¹, Nefise Özen¹, Tünay Kandemir², İzzet Yavuz¹, Muhammet Güven¹

¹Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Ana Bilim Dalı, Ankara

²Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi Ve Yoğun Bakım Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Akut interstisyel nefrit (AİN) genellikle geri dönüşümlü, interstisyumda inflamatuvar infiltratlar ve ödemle karakterize olup nadir görülen bir akut böbrek hasarı nedenidir (1). Etiyolojide genellikle bir ilaç veya enfeksiyöz ajana karşı immunolojik olarak ortaya çıkmış bir hipersensitivite reaksiyonu vardır. Hastaların çoğu etken ilaç başlandıktan birkaç gün ile birkaç hafta arasında: non-spesifik semptomlar (bulantı, kusma, halsizlik...) veya böbrek fonksiyonunda ani bozulma ile başvurur (2,3). Biz de bu olgu sunumunda diz ağrısı nedeniyle kondroitin sülfat kullanımı sonrası gelişen akut interstisyel nefrit vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu: 40 yaşında kadın hasta öyküsünde osteoartrit, kolelitiazis bulunmaktadır. Dış merkezde akut kolesistit tanısı konulması üzere operasyona hazırlığı sırasında akut böbrek yetmezliği tespit edilen hasta hastanemiz aciline başvurdu. Başvuru sırasında bulantı, kusma, halsizlik yorgunluk şikayetleri mevcuttu. Akut kolesistit ön tanısı ile yapılan kan tahlillerinde beyaz küresi: 16 bin, C-reaktif protein (CRP):31mg/L, kreatinin:6.63mg/dl, BUN(kan üre azotu): 52mg/dl, venöz kan gazı pH:7.28, HCO₃:14.9 mmol/L, PCO₂: 28.1 mmHg, PaO₂:51.9 mmHg, BE:-12.3mmol/L, K:5,2 olarak bulundu. İlk gün idrar çıkışı 100cc idi. Batın USG' de safra kesesi duvar kalınlığı 4 mm, safra kesesi içerisinde 15 mm'lik taş saptandı. Hastaya akut böbrek yetmezliği tanısı konularak yoğun bakıma yatırıldı. Oligürik akut böbrek yetmezliği (ABY) nedeniyle hidrasyona başlandı. İlk gün verilen 300 cc/saat hidrasyon ile ikinci gün çıkan idrar miktarı 150 cc olması üzerine prerenal ABY dışlandı. Akut interstisyel nefrit düşünülerek ilaç anemnezi tekrar alındı. Hasta on beş gün önce bir hafta süre ile diz ağrısı için kondroitin sülfat kullandığını ve bunun dışında ilaç kullanmadığını belirtti. ANA, RF, c-ANCA, p-ANCA, kompleman C3-C4, anti-GBM negatif çıkması ile renal parankimal hastalık ve vaskülitler ekarte edildi. Kondroitin sülfata bağlı akut interstisyel nefrit ön tanısı ile hastaya 100 mg prednol başlandı. Tedavinin dördüncü gününde prednol dozu 60 mg'a düşülerek devam edildi. Dördüncü gün hastanın idrar çıkışı artmaya başladı ve dokuzuncu günde 4500 cc oldu. Kreatinin değerleri ise dördüncü günde 13.17 mg/dL' den, sekizinci gün 16.90 mg/dL' ye kadar arttı ve dokuzuncu gün den sonra azalmaya başladı. 16. günde kreatinin değeri 1.94 mg/dL' ye kadar geriledi (tablo1). Kreatinin değerleri tedricen yükselmesine rağmen idrar miktarında hızlı artış nedeniyle hasta hiç hemodiyalize alınmadı. Steroid tedavisi taburculuk sonrasında da kapsayacak şekilde tedricen kesildi. Steroide sekonder komplikasyon gelişmedi. Yakınmaları gerileyen, idrar miktarı artan hastanın tedavisi düzenlenerek 16. günde taburcu edildi. Hastanın 3 ay sonraki kontrolünde kreatinin:0.80 mg/dl'ye gerilediği görüldü.

Sonuç: Akut interstisyel nefrit bir çok ilaca bağlı olarak gelişebilmektedir. Özellikle osteoartrit hastalarında gelişen akut interstisyel nefrit vakalarında kondroitin sülfat kullanımının da sorgulanması düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: kondroitin sülfat, akut interstisyel nefrit, akut böbrek hasarı

PS-22

SARS-COV-2 AKALAZYA İÇİN POTANSİYEL TETİKLEYİCİ BİR AJAN MI? POST -COVID GELİŞEN AKALAZYA OLGU SUNUMU

İrem Akın Şen¹, Merve Karakuş²

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD/Yoğun Bakım BD,MERSİN

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD,MERSİN

Giriş: Akalazy, myenterik pleksustaki ganglion hücrelerinin ilerleyici dejenerasyonu ile distal özofagusta peristaltizm kaybı ve alt özofagus sfinkterinin gevşeyememesine yol açan bir hastalıktır. Özofagus motilitesi asetilkolin, intestinal vazopetid ve nitrik oksit gibi inhibitörler ve motor aktivitenin kontrolüne katılan Anjiyotensin II ile sağlanır (2). Anjiyotensin dönüştürücü enzim, papillaların tepesinde bulunan kılcak duvarlarda ve distal özofagusun lamina propriasında bulunur. SARS-CoV-2 konakçı hücrelere anjiyotensin dönüştürücü enzim-2 reseptörü yoluyla girer. Sitokinler tarafından bağışıklık hücrelerinin aktivasyonu ve infiltrasyonu ile inflamatuvar bir tepkiye neden olarak replikasyonu ve olgunlaşmaya uğrar (2). Bu olgu sunumunda COVID-19 sonrası geliştiğini düşündüğümüz akalazy vakasını sunduk.

Olgu: 80 yaş erkek hasta yutma güçlüğü, 2 ayda yaklaşık 8 kg kaybı, göğüs ağrısı şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenesi normaldi. Laboratuvar parametrelerinde; kreatinin,1,44 mg/dl, potasyum; 2,8 mEq/dl, albumin; 2,3 g/L, CRP; 194 mg/L, Hb; 13,8 g/dl idi. Özgeçmiş; gut hastalığı ve 2 ay önce COVID-19. Kullandığı ilaçlar: allopurinol ve kolşisin. Hastanın yutma güçlüğü ve zayıflama şikayetleri COVID sonrası olmuş ve progresif bir şekilde artış göstermiş. Hasta tetkik edilmek için servise yatırılmış. Yapılan endoskopide; neoplazi yönünden patoloji saptanmamış. Hastaya akalazy ön tanısıyla özofagus pasaj grafisi çekildi. Özofagus pasaj grafisi: Özofagus normalden geniş, özofagogastrik bileşke tersiyer kontraksiyonlar gözlemlendi, bulgular akalazy ile uyumlu idi (Şekil 1). Peroral endoskopik myotomi planı olan hastada hipoksi takipne gelişmesi üzerine yoğun bakıma alındı. Hasta periferik beslenme desteğiyle takip edildi. Yüksek akımlı oksijen tedavisi ve non-invaziv mekanik ventilatör ile dönüşümlü takip edildi. PAAC grafisi aspirasyon pnömonisi ile uyumlu idi (Şekil 2). Trakeal aspirat kültüründe acinetobacter üremesi olan hastaya kolistin başlandı. Genel durumu bozulan, inotrop ihtiyacı olan hasta entübe edildi. İnotrop ihtiyacı giderek artan ve antibiyoterapiye cevabı olmayan hasta yoğun bakım takibi sonrası exitus oldu.

Tartışma: Akalazy, özofagus distalinde ve alt özofagus sfinkterinde myenterik pleksus nöronlarının kaybı veya azalması ile karakterize bir özofagus motor bozukluğudur. Bilinmeyen etiyojiden, bir virüs veya tetikleyici bir ajana otoimmün yanıt vardır. Belirtileri paradoksal disfaji,regürjitasyon,göğüs ağrısı,kilo kaybı ve aspirasyondur.Baryumlu özofagus grafisi,direkt grafi,bt,endoskopi ve manometri testleri ile tanı konur. COVID-19'un neden olduğu gastrointestinal belirtilerin mekanizmaları bilinmemekle birlikte, ACE-2 reseptörlerinin özofagus, ince bağırsak ve kolondaki rolü açıktır,viral bir hedef olarak hizmet edebilir.

Sonuç: SARS-CoV-2'nin hastamızda anormal bir bağışıklık tepkisine neden olarak akalazy geliştirmesine yol açtığını varsayıyoruz.COVID-19 enfeksiyonu sonrası yutma güçlüğü kilo kaybı ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda akalazy unutulmamalıdır. Akalazyanın COVID-19 un uzun dönem komplikasyonları arasında olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Akalazy, Anjiyotensin dönüştürücü enzim-2, Covid-19, Otoimmün hastalık



Şekil 1. Çift Kontrastlı Özefagus-Mide Pasaj Grafisi

PS-23

TİROİDEKTOMİYE KÖPRÜ OLACAK TERAPÖTİK PLAZMAFEREZ İLE YOĞUN BAKIMDA TEDAVİ EDİLEN TİROİD FIRTINASI: BİR OLGU SUNUMU

Hazal Karakılıç¹, İrem Akın Şen²

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ad/Yoğun Bakım Bd,Mersin/Türkiye

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Ad

Tiroid fırtınası; tirotoksikozun daha ciddi klinik belirtileriyle ortaya çıkan nadir bir klinik durumdur. Tanısı ve bulguları hipertiroidiyle benzerlik olmasına rağmen daha abartılı düzeydedir (1). Tedavi yaklaşımında üç primer amaç bulunur; hormon sentezi, salınımı ve hormonların dokularda ki etkilerinin bloke edilmesi (2). Tiroid krizinde tedavilerin yetersiz olduğu vakalarda terapötik plazma değişimi de alternatif bir yöntemdir (3). Bu olgu sunumunda medikal ajanlar ve terapötik plazmaferrez ile tedavi ettik; cerrahiye hazırladığımız tiroid fırtınası vakasından bahsettik. 55 yaşında erkek hasta 2 haftadır bulantı, kusma, nefes darlığı, çarpıntı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayene: Genel durum kötü, bilinç açık, ajitasyon mevcut. Ekzoftalmi, boyunda dev guatr uyumlu görünüm; s1 ve s2 duyulmakta, ritim taşikardik, düzensizdi. Bilinen multinodüler guatr tanılı hastada bakılan tiroid hormon panelinde: TSH 0 µU/mL (0,38- 5,33), Serbest T4 (FT4) >77,75 pmol/L (8-22) olması üzerine tirotoksikoz ön tanısıyla dahiliye yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Hastaya metilprednizolon, propiltiourasil başlandıktan sonra tedaviye lügol solüsyonu eklendi. Hastanın takiplerinde solunum sıkıntısı ve hipoksisi olması nedeniyle bası olabileceği düşünülerek boyun ve toraks tomografileri çekildi. Tomografide hava pasajında darlık saptanması, antitiroid ilaçlara yeterli cevabı olmaması üzerine farklı günlerde olmak üzere toplamda iki kere plazmaferrez yapıldı. Antitiroid ilaçlarına devam edilen hastanın son bakılan tiroid hormon panelinde sT4:19,6 pmol/L, TSH 0,01 µU/mL olup; operasyon açısından genel cerrahiye danışıldı. Hasta cerrahiye devir edildi. Total tiroidektomi sonrası postoperatif 5. Gününde akut böbrek yetmezliği nedeniyle hasta kaybedildi. Terapötik plazmaferrez; hasta kanının bileşenlerinden ayrılan plazmasınının, albümin ve/veya plazmayla yer değiştirilmesi esasına dayanan ekstrakorporeal bir

tekniktir. Plazmaferrez, proteinle taşınan hormonları, antikorları ve toksinleri dolaşımından hızla uzaklaştırarak çeşitli hastalıkların tedavilerinde kullanılmaktadır (4). Tiroid hormonlarının büyük bir kısmı plazma proteinlerine bağlı olduğundan bu uygulama, tiroid hormonlarının hücre içi bölümünden replasman çözültisine seyreltilmesini sağlayarak serbest tiroid hormonlarının konsantrasyonunu azaltır. Olgumuzda medikal tedaviyle birlikte terapötik aferezi kullandığımızda yanıtın daha hızlı olduğunu saptadık. Bu nedenle tanısının ve tedavisinin akut bir şekilde yapılması gereken tiroid fırtınası vakalarında plazmaferrezin alternatif tedavi olarak akılda tutulması gerektiği kanısındayız.

Kaynaklar

1. Devereaux D, Z.Tewelde S. Hyperthyroidism and thyrotoxicosis. Emerg Med Clin North Am 2014 May;32(2):277-92
2. Kravets I. Hyperthyroidism: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2016 Mar 1;93(5):363-70.
3. Valladares S, Ciudin A, González O, Lecube A. Usefulness of preoperative plasmapheresis in patients with thyrotoxicosis. Med Clin (Barc) 2015 Mar 15;144(6):282-3.
4. Szczeplorkowski ZM, Bondarenko N, Kim HC, Linenberger ML, Marques MB, Sarode R, et al. Guidelines on the use of therapeutic apheresis in clinical practice: evidence-based approach from the Apheresis Applications Committee of the American Society for Apheresis. J Clin Apher 2010;25:83-177

Anahtar kelimeler: multinodüler guatr, teröpatik plazmaferrez, tiroid fırtınası



Resim 1

PS-25

YOĞUN BAKIMDA SEREBRAL TUTULUMLU P.FALCIPARUM ENFEKSİYONU

Ela Paksoy Şenol, İnci Vetem Karagülle, Esin Ece Korkmaz, Ebru Karakoç, Birgül Büyükkıdan Yelken

Eskişehir Osmangazi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Eskişehir

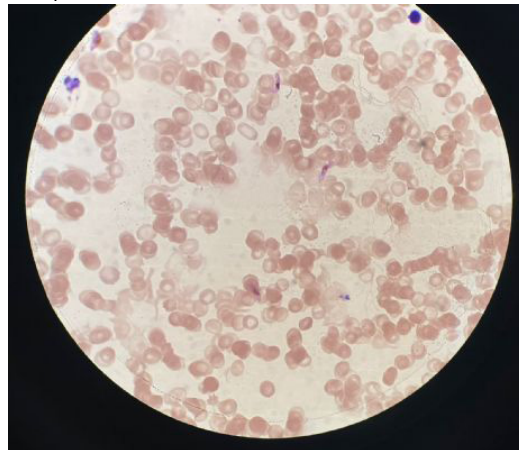
Giriş: Serebral sıtma nadir görülen nörolojik bulguları her vakaya göre değişen ve daha çok çocuklarda görülen bir hastalıktır. Ülkemizde genellikle sıtma etkeni P vivax olarak tespit edilmiştir. Bununla beraber ülkemizde tespit edilmiş olan P. falciparum olgularının çoğu yurtdışına seyahat ve çalışma amaçlı giden vatandaşlarımıza aittir.

Olgu sunumu: Yoğun bakıma kabul edilen 42 yaş erkek hastanın öyküsünde yaklaşık 1 yıl çoğunluğu Afrika ülkeleri olmak üzere son olarak Fildişi sahillerinde çalışma öyküsü bulunmakta idi. Acil servise idrar kaçırma dizatri, yüksek ateş şikayetiyle başvurmuş laboratuvar incelemesinde trombosit sayısı 37000 CRP: 171 dışında özellik saptanmamış. Bilinç bulanıklığının artması üzerine santral sinir sistemiyle (SSS) ilgili patoloji düşünülerek görüntüleme yapılmış. Görüntülemesinde patoloji saptanmamış. Ateş ve CRP yüksekliği nedeniyle LP yapılmış. Gram boyamada patoloji saptanmamış. Enfeksiyon servisine yatırılan hastanın yakınlarından alınan anamnez ile Afrikaya çalışmaya gittiği tespit edilmiş. İnce ve kalın periferik yaymasında P falciparum saptanmış. (Resim 1) GKS 5 bilinci kötüleşen dezoryante ve non koopere ve solunumu apneik olan hasta yoğun bakımımıza alındı. Entübe edildi. Anti malarial tedavi olarak intra venöz artesunat tedavisine başlandı. Yoğun bakım takibinde hemoglobin düşüşü, hemoliz bulguları ve sonrasında oligüri ve böbrek yetmezliği oluşan hastaya eritrosit exchange transfüzyon uygulandı. Artesunat tedavi dozu tamamlanan ve exchange transfüzyon uygulanan hasta yoğun bakım takibinin 4. gününde bilinç durumu ve hemoliz bulguları düzeldi. Böbrek fonksiyonları düzelen ve idrar çıkışı artan hasta ekstübe edildi. Yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hasta enfeksiyon servisine devredildi. Enfeksiyon servisinde antibiyoterapi tamamlandı, taburcu edildi.

Tartışma: Yoğun bakımda şiddetli sıtma, bilinç düzeyinde değişiklik, solunum sıkıntısı, şok, akut böbrek hasarı, konvülsiyonlar gibi çok sayıda semptom karşımıza çıkabilir. Serebral sıtma, şiddetli sıtmanın bir alt kümesidir ve bilinç bozukluğu ile ilişkilidir. Antimalarial ilaçların intravenöz uygulaması ve destekleyici tedaviler, tedavinin temel taşıdır. Ağır vakalarda exchange transfüzyon etkili bir alternatif olabilir. P. falciparum türlerinden kaynaklı şiddetli sıtmada uygun tedavide bile yüksek ölüm oranına (%5'ten fazla) sahiptir. Hızlı insan göçü ve iklim değişikliklerinin yaşandığı günümüzde, bilinç düzeyleri değişmiş, endemik bir bölgeden dönen hastalarda erken tanı ve tedavi için farkındalığa katkıda bulunmak ve yüksek ateş, bilinç değişikliği şikayetleri ile yoğun bakımda tedavi edilen hastaların ayırıcı tanısında sıtmaya bağlı ensefalopati ihtimalini hatırlatmanın faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Serebral Sıtma, P Falciparum, Eritrosit Exchange

Pfalciparum



Resim 1. periferik yaymasında P falciparum içeren eritrositler

Tablo 1. Exchange transfüzyon öncesi ve sonrası laboratuvar değerleri

	Wbc 10 ⁹ /uL	Eritrosit 10 ⁶	Hemoglobin gr/dl	Trombosit 10 ³ /uL	aPTT sn	INR	AST u/L	ALT u/L	Laktat mmol/L	CRP mg/L	Prokalsitonin ng/ml
Exchange transfüzyon öncesi	7,29	2,82	7,9	86	34,4	1,5	200	20	2,7	241	48,7
Exchange transfüzyon sonrası	6,58	2,69	8	91	31,7	1,21	39	18	1,1	76	42,2

PS-27

RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME AND COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

Otilia Odajiu¹, Cornelia Gutu Bahov², Tatiana Sadura¹, Lucia Girbu¹, Victor Garbuz¹, Mircea Mita¹, Andrei Iordan¹

¹Municipal Clinical Hospital „Sfanta Treime”, Chisinau, the Republic of Moldova,

²Chair of Anaesthesiology and Reanimatology N2, „Nicolae Testemitanu” State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, the Republic of Moldova

Introduction: Respiratory distress syndrome remains a challenge for intensive care units (ICU) with high mortality rates. In the Republic of Moldova, the incidence of pneumonia has been increasing for the last 10 years. From 19 177 to 23 022 cases, with the morbidity index - from 4 to 5.9 per 1000 population.

A retrospective analysis of a clinical case of a patient hospitalized with acquired pneumonia complicated with respiratory distress syndrome in ICU, the management being performed according to SSC-2020 recommendations.

Case: A 36-year old male, diagnosed with CAP complicated by acute respiratory distress syndrome, scored qSOFA 2 points, APACHE 20 points, SOFA 10 points, CURB-65 4 points and PSI 139 points (class V). Intensive treatment was initiated: early evaluation of severity, ventilatory support (PEEP↑, Vt↓, PΔ), the guidance of antibacterial therapy using procalcitonin/microbiological cultures, PICCO monitoring of infusion therapy and vasopressors. The patient recovered and was able to be discharged from the ICU.

Conclusion: Immediate actions, in the first hour of hospitalization in ICU, by applying SSC-2016 recommendations, allowed severe CAP to be successfully treated. This case highlights the importance of early diagnosis and effective treatment to the care of critical patient.

Keywords: community acquired pneumonia, respiratory distress, PICCO technology

PS-28

A CASE OF ENCEPHALOPATHY WITH A REVERSIBLE DIFFUSION-RESTRICTED LESION WITHIN THE SPLENIUM OF THE CORPUS CALLOSUM: NOT ISCHEMIA OR ABSCESS, IT'S JUST RHINOVIRUS!

Eda Tosun¹, Canan Esin Sağlam², Sarpcan Maden¹, Özge Berna Gültekin Zaim³, Esat Kıvanç Kaya², Arzu Topeli İskit²

¹Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine, Ankara

²Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Intensive Care Medicine, Ankara

³Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Neurology, Ankara

Introduction: The corpus callosum is a thick nerve tract connects the cerebral hemispheres. Mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenic lesion in the corpus callosum (MERS) is a rare clinico-radiological entity characterized by a transient lesion in the splenium of corpus callosum.

Rhinovirus is a common respiratory pathogen; it usually causes upper respiratory tract infections. Its central nervous system involvement is extremely rare, and only three cases of encephalitis and encephalopathy have been reported to date. We present a case of MERS in a patient presenting with confusion and encephalopathy.

Case: A 60-year-old man was admitted to the state hospital emergency department with complaints of dyspnea and altered consciousness on June 16th. He was admitted to the intensive care unit due to pneumonia and encephalopathy and on the third day of his hospitalization, he was transferred to our tertiary intensive care unit.

The respiratory pathogens panel (RP panel) was studied. Cranial MRI performed at another center had a 7 mm splenic lesion suggestive of ischemia. On admission, he had confusion but after 2nd day he was completely oriented and cooperative. The patient's neurological examination was normal. Meanwhile, the RP panel was checked for pneumonia was positive for Human Rhino Virus (HRV). The Neurology department reported that the lesion was compatible with MERS and suggested another SWI MRI with stroke protocol. In the second cranial MRI study repeated five days later, it was seen that the old findings disappeared completely.

Conclusion: MERS was first described by Tada et al. The clinical manifestations consist of mild neurologic symptoms. In our case, the patient presented with confusion and muscle weakness mimicking hemiplegia on his right side. Ka et al. reported that there was no correlation between the severity and duration of MRI findings and clinical symptoms. Similarly, in our case, there was minimal and monolithic splenic involvement on the MRI, while clinical signs indicated a serious pathology. MERS is caused by various infections and other diseases. Although HRV rarely involves the central nervous system, such involvement could result in MERS. Clinicians should recognize this condition to ensure appropriate diagnosis and avoid unnecessary testing and treatment.

Keywords: corpus callosum, encephalopathy, rhinovirus

PS-29

SEVERE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CASE OF DIABETIC KETOACIDOSIS

Otilia Odajiu¹, Cornelia Gutu Bahov², Tatiana Sadura¹, Lucia Girbu¹, Victor Garbuz¹, Mircea Mita¹, Andrei Iordan¹

¹Municipal Clinical Hospital „Sfanta Treime”, Chisinau, the Republic of Moldova,

²Chair of Anaesthesiology and Reanimatology N2, „Nicolae Testemitanu” State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, the Republic of Moldova

Introduction: Ketoacidosis continues to be an important cause of ICU admissions and mortality among patients with diabetes. Infections remain the most common cause

A retrospective analysis of a clinical case of a patient hospitalized with severe ketoacidosis and CAP in ICU. Fluid management using PiCCO.

Case: A 24-year old female, diagnosed with ketoacidosis and CAP complicated with acute respiratory distress syndrome, scored qSOFA 2 points, APACHE 23 points, SOFA 12 points, CURB-65 4 points and PSI 140 points (class V).

The management includes early evaluation of severity, ventilatory support, fluid resuscitation (PiCCO technology), insulin therapy, electrolytes replacement, guidance of antibacterial therapy using procalcitonin/microbiological cultures.

Conclusion: Early diagnosis and management of pulmonary infections associated with ketoacidosis offers the promise of reducing mortality. Fluid management in diabetic ketoacidosis in case of CAP using PiCCO technology had positive role over prognosis, with patient's survival.

Keywords: ICU, respiratory distress, diabetic ketoacidosis

PS-30

POST-COVID SYNDROME IN NON-COVID -19-ICU. YEAR'S EXPERIENCE

Otilia Odajiu¹, Cornelia Gutu Bahov², Tatiana Sadura¹, Lucia Girbu¹, Victor Garbuz¹, Mircea Mita¹, Andrei Iordan¹

¹Municipal Clinical Hospital „Sfanta Treime”, Chisinau, the Republic of Moldova,

²Chair of Anaesthesiology and Reanimatology N2, „Nicolae Testemitanu” State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, the Republic of Moldova

Introduction: A lot of patients who have COVID-19 recover completely within a few weeks. But some patients — even those who had mild versions of the disease — continue to experience symptoms after their initial recovery.

After 6-12 weeks, <50% of patients with SARS/CoV-2 have COVID-19 complications, and 20% require hospitalization in the non-COVID-19 ICU. Common signs and symptoms that linger over time include: memory concentration or sleep problems, worsened symptoms after physical or mental activities, cognitive dysfunction, a multisystem inflammatory syndrome, immune-mediated vascular dysfunction, thromboembolism, and nervous system dysfunction.

Objective: Identifying the causes and risk factors for the occurrence of post-covid syndrome in patients discharged from the COVID-19 IT, and the need for readmission in non-Covid ATI

Methods: This is a retrospective study conducted on a 825 patients with PCS discharged from the COVID-19 ICU over a period of a year (January-December, 2021, Municipal Hospital "Sfata Treime"), 498 of them needed non-Covid-19 IC (mean age 57.68±2.35 years, P=0.202; APACHE 20-26p).

Results: The common characteristics of patients were: leukopenia/leukocytosis, thrombocytopenia, high level of protein C, hypoproteinemia, a long period of treatment in COVID ICU with corticosteroids 100%, tocilizumab 34.5%, anticoagulants 95.7%, convalescent plasma 2.2%, antibiotic therapy 62.2%, opioids 45.25, propofol 37.2%. Comorbidities were present in: 26% -AMI, TEAP, myocarditis, 20% -ketoacidosis, 25% -coagulopathy, 4% -BCVA. On the 12th day of the onset of the COVID disease mechanical ventilation was applied with a duration of 9.6 days.

The overall mortality in the non-COVID ICU was 38.2% (who died of respiratory causes and MODS).

Conclusion: During the observation period, we observe that people discharged from the COVID ICU had an increased risk of re-hospitalization in the non-COVID ICU, because had a persistence of a prolonged systemic proinflammatory syndrome (SIRS), comorbidities. This indicates long-term IT post-COVID recovery.

Keywords: discharge, readmission, ICU, post-COVID syndrome

PS-31

RENAL TRANSPLANTLI HASTALARDA COVID-19

Canan Çam Gönen, Fatih Seğmen, Elmas Uysal, Pınar Ulubaşoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Cerrahlar ve klinisyenler böbrek nakli hastalarında yaşamı tehdit eden diğer enfeksiyonların COVID-19 ile benzer özelliklere sahip olduğunu düşünmektedir. Bu çalışmada böbrek nakli hastalarında COVID-19 prognozu üzerinde olumlu etkisi olan tedavi protokollerini aydınlatmayı amaçladık.

Amaç: Bu çalışmada böbrek nakli hastalarında COVID-19 prognozu üzerinde olumlu etkisi olan tedavi protokollerini aydınlatmayı amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif analizde, COVID-19 tanısını doğrulanan toplam 17 renal transplant hastası dahil edilmiştir. Antisitokin, vazopressörler ve steroid olmayan antiinflamatuvar ilaç kullanımı kaydedildi. Entübasyon durumu, eşlik eden hastalıklar (diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği), başka enfeksiyon varlığı ve yoğun bakımda kalış süresi hastane kayıtlarından öğrenildi. Laboratuvar parametreleri: beyaz küre, üre, kreatinin, lenfosit sayısı, trombosit sayısı, AST, ALT, LDH, ferritin, CRP, IL – 6, D – dimer ve PCT değerleri elektronik veri tabanından alınarak analiz için kullanıldı.

Bulgular: Mortalite grubunda, katılımcıların %100'üne steroid, %14.29'u anti-sitokin tedavisi ve %85.71'ine vazopressör tedavisi verildi. Mekanik ventilasyon gereksinimi şu şekildeydi: %85,71 entübasyon, %100 HFNO %42,86 NIMV, %71,43 HDF, %85,71 MV. %14.29'unda DM, %28.57'sinde HT ve %85.71'inde enfeksiyon gözlemlendi. Mortalite grupları arasında entübasyon, vazopressör ve MV insidansının farklılık gösterdiği belirlendi. Mortalitesi olan grupta entübasyon, vazopressör ve MV insidansı mortalitesi olmayan gruba göre daha yüksekti (sırasıyla p=0.015, p=0.004 ve p=0.004). IL-6 düzeylerine göre mortalite grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0.014).

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları ile ilgili olarak, COVID-19'lu exitus olan böbrek nakli hastalarının daha yüksek oranda mekanik ventilasyon, entübasyon, yüksek akışlı nazal oksijen, invaziv olmayan mekanik ventilasyon ve hemodiyafiltrasyon gerektirdiği söylenebilir. Ayrıca steroid kullanımı mortalite grubunda daha yüksekti.

Anahtar kelimeler: COVID-19, immuno-suppressive therapy, intensive care unit, Mortality, Renal transplantation

PS-32

İNTRAVENÖZ İLAÇ UYGULAMALARINDA İLAÇ GEÇİMSİZLİKLERİNİN ÖNLENMESİ VE KLİNİK ECZACININ ROLÜ: BİR OLGU RAPORU

Tülay Kayra¹, Neriman Defne Altıntaş², Leyla Feriçolak², İlker Ateş³

¹Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

³Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmasötik Toksikoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Geçimsizlik, "bazı parenteral ilaçların veya karışımların bir arada verilmesiyle ortaya çıkan fiziksel veya kimyasal özelliklerdeki değişimler sonucu, konsantrasyona bağlı çökelti oluşumu veya asit-baz reaksiyonlarının ortaya çıkması" şeklinde tanımlanmaktadır. İlaç geçimsizlikleri, ilaç aktivitesinin azalmasına, yeni bir toksik veya toksik olmayan aktif bileşenin oluşmasına, ilgili ilaçlardan birinin veya daha fazlasının toksisitesinin artmasına neden olabilir. Yoğun Bakım Ünitesi(YBÜ)'nde yatan hastalara intravenöz(IV) ilaçlar çok sık uygulanmaktadır. Bu hastalar için ideal olan her ilaç için farklı bir uygulama yoluna sahip olmalarıdır. Fakat ilaçların güvenli bir şekilde uygulanmasını zorlaştıran sınırlı sayıda venöz erişim yoluna sahiptirler. Bu sebeple çoğu hastada IV ilaçlar Y-parça kullanılarak uygulanmak durumunda kalır. Bu da ilaç geçimsizlik riskini arttırmaktadır. Eşzamanlı ilaç uygulamasını sağlamak için, ilaçların fiziksel olarak uyumlu olması gerekmektedir.

Olgu: Bilinen diyabet, hiperlipidemi, hipertansiyon tanıları olan 72 yaşında erkek hasta, tibia üzerinde başlayan kaşıntılı lezyonlar nedeniyle dermatoloji kliniğine bullöz pemfigoid ön tanısı ile kabul edilmiştir. Lezyonlarından biyopsi alınarak steroid ve azatioprin tedavisi başlanılan hastada uygulanan tedaviye rağmen lezyonlarında artış olmuştur. Hastanın pulmoner bilgisayarlı tomografi anjiyografisinde akut tromboemboli saptanması, takiplerinde oksijen ihtiyacının artması, pansitopeni gelişen hastada febril nötropeni saptanması üzerine takip ve tedavi planı açısından YBÜ'ye devir alınmıştır. YBÜ'de günlük ortalama 13 IV ilaç alan hastanın ilaç istem listesi klinik eczacılık uzmanlık öğrencisi tarafından her gün kontrol edilmiştir. IV ilaç geçimsizlikleri Stabilis 4.0 ve IBM Micromedex® IV Compatibility ilaç bilgi sistemleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Eş zamanlı uygulanan "geçimsiz" veya "literatürde çelişkili veriler bulunan" ilaç çiftleri ile ilgili önerilerini hekime ve hemşirelere sözlü ve yazılı bildirecek olası ilaç geçimsizliklerinin önlenmesine katkıda bulunmuştur. Hastanın ilaç istem listesine "tedavilerin %5 dekstroz içinde verilmesi" notu eklenmiştir. Fakat hastaya uygulanacak olan kaspofungin tedavisi %5 dekstroz ile geçimsizdir. Aynı zamanda saatte 30 cc %5 dekstroz tedavisi alan hastanın kaspofungin ile aynı Y-parça ile verilmemesi gerekmektedir. Hastanın ilaç istem listesinde eş zamanlı olarak alınacak olan kaspofungin-klindamisin, gansiklovir-klindamisin, gansiklovir-hidrokortizon sodyum süksinat ilaç çiftleri geçimsizdir. Bu ilaç çiftlerinin de aynı Y-parça ile verilmemesi gerekmektedir. Art arda uygulanacak geçimsiz ilaç çiftlerinin uygulama öncesi ve sonrasında ise Y-parçanın yıkanması gerekmektedir. Gansiklovir uygulama saati değiştirilerek ve aynı Y-parça üzerinden geçimsiz ilaçların verilmemesi konusunda hemşireler bilgilendirilerek olası ilaç geçimsizlikleri önlenmiştir.

Sonuç: İlaçlar arasındaki olası geçimsizlik özellikle YBÜ'de son derece önemli bir terapötik sorundur. İlaç hataları önenebilir advers olay olarak kabul edildiğinden, hastaya eşlik eden multidisipliner ekip içerisinde klinik eczacı bulunmalı ve bir ekip üyesi olarak, olası ilaç geçimsizliği gibi ilaç tedavisini etkileyebilecek olası hataları önlemek için reçeteden uygulamaya kadar ilaç tedavi zincirine katılmalıdır.

Anahtar kelimeler: eczacılık araştırmaları, ilaç geçimsizliği, intravenöz uygulama, yoğun bakım üniteleri

Tablo 1. IV ilaç geçimsizlik tablosu

IV ilaç	IV ilaç	IBM Microme dex®	Stabilis 4.0
Kasofungin	%5 dextrose	Geçimsiz	Geçimsiz
Kasofungin	Klindamisin	Geçimsiz	Geçimsiz
Gansiklovir	Klindamisin	Geçimsiz	Veri yok
Gansiklovir	Hidrokortizon	Geçimsiz	Veri yok
Gansiklovir	sodyum süksinat	Geçimsiz	Veri yok

PS-33

BEYİN ÖLÜMÜ MUAYENESİ SIRASINDA APNE TESTİ SÜRESİNİN UZAMASI

Damla Nur Üstün¹, Kamil Gönderen²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Apne testi beyin ölümü tanısı konulurken yapılması gerekli en temel muayenedir. Apne testinin süresi değişken olmakla birlikte sıklıkla 8-10 dakika içinde sonlandırılmaktadır. Hipotermi durumunda uzun süreli apne testleri bildirilmiştir. Bu olguda uzun süreli apne testi vakası sunulmuştur.

Olgu: 2017 yılında dış merkezde glioblastome multiforme (GBM) tanısı alan Pamukkale Üniversitesinde 3 kere opere olan hastanın tabkinde 3 yıl sonra nüks GBM nedeniyle yeniden opere olma öyküsü mevcut. Yakın zamanda epileptik nöbet ve tedavi planlanması açısından nörolojide yatış öyküsü mevcut olan hasta son bir haftadır genel durumunda ve oral alımda bozulma nedeni ile acil servise başvurmuş. Oryantasyon kooperasyonu olmayan hastanın gözleri kapalı, ir:+/+, sağa kısmı deviye nistagmusu mevcut. İç hastalıkları yoğun bakıma yatırılan hasta beyin cerrahisine konsülte edilerek deksametazon ve mannitol tedavisi başlandı. Takibinde ağrılı uyarana yanıtı olmaması beyin sapı reflekslerinin olmaması ve pupillerin fix dilate olması nedeniyle kontrol beyin tomografisi çekildi. Sağ serebellar hemisferi çevreleyen en geniş yerinde 9 mm ölçülen subdural hematoma, sol serebellar hemisferde frontopariyetal alanda temporal bölgeye ve bazal ganglionlara uzanım gösteren heterojen geniş kitlesel lezyon izlendi. Buna bağlı lateral ventriküllerde basılanma, orta hat yapılarında sağa doğru 3mm şift ve supraselar sisternada silinme saptandı. Beyin ölümü açısından ön koşulları sağlandıktan sonra (TA 126/81 mmHg, kalp hızı 64/dak, vücut sıcaklığı 36.4 °C, PCO₂ 33.2 mmHg) apne testine başlandı. Onuncu dakikada PCO₂ düzeyi 60 mmHg üzerine çıkmayınca hastanın vital bulguları da stabil olması nedeniyle test uzatıldı. Testin 28. dakikasında test pozitifliği sağlayacak kan gazı değerine ulaşılması üzerine test sonlandırıldı. Daha sonra yardımcı test dört damarlı serebral anjiyogram ile serebral dolaşımın durmasını doğrulandı.

Sonuç: Olgu sunumumuz literatürde daha önce bildirilen 110 ve 71 dakikalık apne testi süresinden daha az olmasına rağmen ülkemizden bildirilen en uzun apne süresidir. Apne süresinin 110 dakika olduğu vaka da apne testi süresinin uzun olması kardiyak ventilasyona bağlanmıştır. Sunduğumuz vaka apne testi sırasında meydana gelebilecek PaCO₂'de yavaş artışa dikkat çekmek için önemlidir. Apne testi sırasında hasta stabil ise teste devam edilmelidir.

Anahtar kelimeler: beyin ölümü, apne testi, uzamış süre, karbondioksit

Tablo 1. Apne testi sırasında arter kan gazı sonuçları

	pH	P02	PC02	S02	HCO3	Laktat	BE
Başlangıç	7.27	296	33.2	100	16	2.3	-10.6
10. dakika	7.15	238	54.3	99.4	16.6	2.1	-8.9
17. dakika	7.11	271	59.5	99.3	15.8	2	-9.6
28. dakika	7.09	238	62.9	99	15.5	2.1	-9.8

PS-34

SGLT-2 İNHİBİTÖRÜ KULLANIMINA BAĞLI DİRENÇLİ HİPOKALEMİNİN EŞLİK ETTİĞİ ÖĞLİSEMİK DİYABETİK KETOASİDOZ OLGUSU

Hazal Yavuz¹, Damla Nur Üstün², Kamil Gönderen¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Diabetes mellitus (DM) tedavisinde kullanılan sodyum glukoz ko-transporter 2 (SGLT-2) inhibitörleri 'glukoretikler' veya 'gliflozinler' diye de adlandırılmakta olup renal proksimal tubulusta SGLT-2 inhibisyonuna yol açarak böbrekten glukoz reabsorpsiyonunu azaltır ve idrar ile glukoz atılımını artırır. Bu olguda SGLT-2 inhibitör kullanımına bağlı gelişen öglisemik diabetik ketoasidoz ve poliüriye sekonder ortaya çıkan derin hipokalemi sunulmuştur.

Olgu: Bilinen hipertansiyon, hiperlipidemi, tip 2 DM öyküleri olan 67 yaşında kadın hasta acil servise genel durum bozukluğu, bulantı, kusma şikayetleri ile başvurdu. Daha önce diyabetik ketoasidoz (DKA) öyküsü olmayan ve bir hafta önce dış merkezde akut pankreatit tanısı ile takip edilen hasta medikal tedavi verildikten sonra taburcu edilmiş. Vital bulguları olağan, ekg sinus taşikardisi mevcut olup genel durumu orta-kötü bilinci açık oryantasyon kooperasyon kısıtlı değerlendirildi. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Sürekli kullandığı ilaçlar glükolazid 60mg, karvedilol 6,25mg, losartan/hidroklortiyazid 100/12,5mg, vildagliptin/metformin 50/1000mg, empagliflozin 25mg. Hasta artmış anyon açıklı metabolik asidoz nedeniyle SGLT-2 inhibitör kullanımı ilişkili öglisemik DKA tanısıyla yatırıldı. Tedavinin 4. saatinde potasyum düzeyi 3,17 mEq/L görülmesi üzerine saatte 10 mEq/L potasyum replasmanına başlandı. Tedavinin 10. saatinde hipopotaseminin devam etmesi, metabolik asidozunun derinleşmesi ve glasgow koma skoru <8 olması üzerine elektif entübe edildi. Takiplerinde sodyum bikarbonat infüzyonu ve 20mEq/h ten santral kataterden potasyum verilmeye devam edildi. 36. saatte hem metabolik asidozu hem de hipokalemi düzeldi. Hipokalemi etyolojisine yönelik istenen diğer tetkikler olağan saptandı (spot ve 24 saatlik idrarda potasyum, renin-aldosteron düzeyi). Hastanın 36 saatlik izleminde toplam 580 meq KCL replasmanı yapıldı. SGLT-2 inhibitör kullanımına bağlı poliüri ve hipopotasemi gelişen hastaya insülin eğitimi verilerek insülin aspart+glarjin tedavisi ile taburcu edildi. Hastanın ilaç değişimi sonrası poliklinik kontrolünde normokalemik olduğu görüldü.

Sonuç: Dapagliflozin, canagliflozin gibi SGLT-2 inhibitörleri aterosklerotik kalp hastalığı olan ya da yüksek riskli hastalarda kullanımı önerilen oral antidiyabetik seçeneğidir. Ancak poliüri, hipoglisemi, öglisemik diabetik ketoasidoz gibi önemli yan etkileri mevcuttur. Bu yüzden SGLT-2 inhibitörü kullanan ve asidozu olan hastalar, kan glukoz düzeyi yüksek bulunmasa bile DKA yönünden değerlendirilmelidir. Diğer bir yan etki olarak dirençli hipokalemi hayatı tehdit eden aritmilere neden olabileceği için yüksek dozlarda replasman ihtiyacı olabilmektedir. Tedavide öncelikle neden olduğu düşünülen ilaç kesilmeli ve sıvı elektrolit tedavisi yapılmalı, saatlik kan şekeri takibi ile hedef glukoz 150-200 mg/dL olacak şekilde insülin tedavisi düzenlenmeli ve hipoglisemiden kaçınılmalıdır.

Anahtar kelimeler: öglisemik ketoasidoz, dapagliflozin, dirençli hipokalemi

Tablo 1. Ögilemik ketoasidoz tedavi boyunca arter kan gazı ve elektrolit değerleri

	0. saat	4. saat	6. saat	10. saat	14. saat	16. saat	18. saat	20. saat	24. saat	26. saat	28. saat	36. saat
Kan glukozu	127	141	193	241	209	156			258	237		201
Kreatin	1.06	1.21				0.81			0.96			
Sodyum	142	146	146	154	158	152			168	176		165
Potasyum	4.84	3.17	2.7	2.9	2.96	3.17	2.95	3.21	2.58	2.82	2.2	3.55
Magnezyum					2.13				2.02			
Potasyum replasmanı	-	10 mEq/h	10 mEq/h	20 mEq/h	20 mEq/h	20 mEq/h	20 mEq/h	20 mEq/h	20 mEq/h	20 mEq/h	20 mEq/h	20 mEq/h
pH	6.90	7.22	7.29	7.03	7.057	7.15		6.93	6.98	7.20	7.34	7.41
HCO3	6	10	11.8	6.7	7	9.5		5.7	7.5	12.9	16.9	24.2
PCO2	22.7	14.6	16.1	16.1	13.1	19.7		17.5	27.2	30	27.9	38.2
Laktat	3	2.5	1.3	1	0.7	0.6		1.1	0.7	1.5	1.1	1
BE	-25.8	-20.9	-18	-25.8	-25.2	-20.7		-26.4	-23	-14.9	-9.8	-0.1

PS-35

AKUT SEREBROVASKÜLER OLAY NEDENİ İLE ACİLE BAŞVURAN VE SPORADİK SAPTANAN FAHR HASTALIĞI OLGUSU

Seda Mısırlıoğlu Sücan¹, Damla Nur Üstün², Kamil Gönderen¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, İzmir

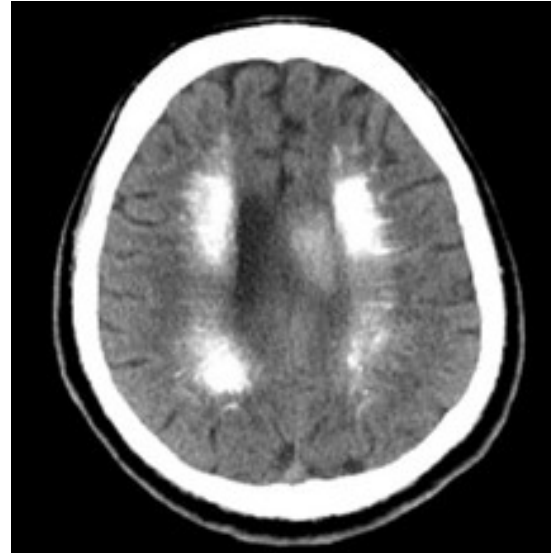
Giriş: Fahr Sendromu bazal ganglion kalsifikasyonunun görüldüğü sporadik veya kalıtsal nörolojik bir hastalık olup prevalansı <1/1.000.000'dir. Dört veya beşinci dekatta sık olup extrapiramidal bulgular ile kendisini gösterir. Akut intraventriküler kanama ve akut iskemik inme saptanan hastada eş zamanlı görülen Fahr hastalığı olgusu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen diabetes mellitus dışında kronik hastalık öyküsü olmayan 63 yaşında erkek hasta yakınları tarafından yakın zamanda başlayan konuşamama, agresif davranış bozukluğu ve hareketlerde azalma nedeni ile acil servise getirilmiş. Semptomların son beş günde başladığı, senkop, nöbet, travma öyküsü, toksin maruziyeti olmadığı, başvuru öncesinde de ailesiyle iletişiminin kısıtlı olduğu, basit aktiviteleri kendi yapabildiği ancak kompleks motor aktivitelerde bulunamadığı, zaman zaman çok sinirli ve davranışlarının öngörülemediği öğrenildi. Acil serviste yapılan nörolojik bakısında motor ve duyu defisiti, lateralizasyon bulgusu ve patolojik refleksi yoktu, basit emirleri almakta ancak kompleks emirleri yerine getirememekteydi. Parmak burun testi negatif, nistagmusu yoktu ancak kooperasyonu kısıtlı olması nedeniyle diğer serebellar testler uygulanamadı. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Acil servisteki laboratuvar testlerinde hemogram sayımı ve biyokimyasal tetkikleri normaldi. Çekilen beyin tomografisinde sol lateral ventrikül posterior kurusta akut enfarkt, her iki lateral ventrikülde sol lateral ventrikülü tama yakın dolduran 3. ve 4. ventriküle uzanan intraventriküler hemoraji izlendi. Bilateral sentrium semiovale, periventriküler, bazal ganglionik ve bilateral serebellar hemisferlerde daha belirgin olmak üzere yaygın serebral kalsifikasyon alanları izlendi. Ayrıca oksipitotemporal bölgede daha belirgin giral kalsifikasyon odakları saptandı. Görünüm Fahr Hastalığı ile uyumlu (Resim 1, Resim 2). Mevcut tanılarıyla dahiliye yoğun bakım kliniğine interne edildi. Fahr hastalığı açısından ileri tetkikleri planlanan hastanın fosfor: 3,8mg/dL, magnezyum: 1,8 mg/dL, parathormon: 30ng/L ve 25-OH-D vitamini: 9pg/L ve alkalen fosfat: 46 U/L, hepatit A, B, C markerları ve HIV testleri negatif görüldü. Ultrasonografide paratiroid bezlerde patoloji saptanmadı, kemik mineral dansitometrisinde lomber t-skoru:0,6 ölçüldü.

Kontrol beyin tomografisinde kanamada değişiklik saptanmadı ve yoğun bakım takibi tamamlanan hasta servis izlemi amaçlı nörolojiye nakil verildi.

Sonuç: Fahr hastalığının prevalansı tam olarak bilinmemekle beraber, otozomal dominant, otozomal resesif geçişli veya sporadik vakalar bildirilmektedir. Patofizyolojisi net aydınlatılmamış olmakla birlikte kalsiyum depositlerinin anormal beyin kalsiyum metabolizması ya da beyin kan bariyerindeki lokal bozulmalar ile ilişkili metastatik kalsifikasyon olabileceği öne sürülmüştür. Mevcut hastalığı geri döndürülebilir bir tedavi bulunmamakla birlikte semptom kontrolü için medikal tedavi ve fizik tedavi rehabilitasyon desteği verilmektedir. Hastalık teşhisinin erken konulması, hastalık geçiş paterninin belirlenmesi ailelere genetik danışmanlık sağlanması, prenatal danışmanlık ile yüksek riskli bireylerin saptanması açısından önem arz etmektedir. Vakanın literatürde anlatılanlardan farkı extrapiramidal bulgularının olmaması; apati, depresyon gibi nöropsikiyatrik semptomlar ve demans bulguları ile başlangıç göstermesi ve akut SVO sonrası tanı almasıdır.

Anahtar kelimeler: Fahr hastalığı, akut serebrovasküler olay, hemoraji



Resim 1. Bilateral sentrium semiovale, periventriküler kalsifikasyon alanları

PS-36

AYNI VAKADA TTP, PERSİSTAN SOL VENA CAVA SUPERİOR SENDROMU, ZOR ENTÜBASYON

Gamze Kılıçarslan, Elmas Uysal, Fatih Seğmen, Gül Meral Kocabeyoğlu, Deniz Erdem

Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş: Trombotik Trombositopenik Purpura (TTP), mikroangiopatik hemolitik anemi ve trombositopeni ile seyreden multipl organ sistemini etkileyen akut bir sendromdur. Bu laboratuvar değerlerine ateş, nörolojik semptomlar ve böbrek yetmezliği gibi klinik durumlar da eşlik edebilir. Mevcut bulgular değerlendirildiğinde; aksi ispatlanana kadar hasta TTP kabul edilmeli ve tedaviye gecikmeden başlanmalıdır.

Olgu: 59 yaşında kadın hasta, presenkop nedeni acil servise getirilmiş. GKS düşüklüğü nedeni ile elektif entübe edilen hasta yoğunbakıma kabul edildi. Çekilen Kranial BT ve Difüzyon MR normal olarak raporlandı.

Hastanın gönderilen tetkiklerinde WBC/NE/LYM:16.5/ 14.9/0,82 x 10⁹/L, HB:9.8 g/dl, trombosit sayısı: 18 x 10⁹/L, indirek billüribinemi (T. Billüribin/ Direk Billüribin: 5.7/1.1 mg/dL), LDH:1357U/L (120-246), retikülositoz (%6,6), periferik yaymada şistosit görülmesi nedeni ile TTP ekarte

19th ANNUAL CONGRESS OF SOCIETY OF TURKISH INTENSIVISTS &
11th EURO-ASIAN CRITICAL CARE MEETING - POSTER PRESENTATIONS - 9-12th of November 2022

edilemediği için ADAMTS-13 aktivite testi gönderilerek plazmafereze alındı. 1 mg/kg dan metilprednizolon tedavisi başlandı.

Hastaya plazmaferez için sol juguler hemodiyaliz katateri takıldığı zaman çekilen PA AC grafisinde kataterin kalbin sağına yönelmediği görüldü. Çekilen BT anjiyografisi raporlatıldığında persistan sol superior vena cava sendromu olduğu saptandı. (Şekil-1)

Ekartasyon amacı ile gönderilen koagülasyon parametreleri normal (PT:12,7sn, aPTT:22,2 sn, INR:1,1 sn, Fibrinojen:2,5 gr/L (1,7-4,2), D-dimer:2,5 mg/L(<0,55)), B12 (309 ng/L) ve folat (9 ng/mL) değerleri normal olarak saptandı. Direk Coombs testi negatif idi.

Günlük plazmafereze alınan hastanın ADAMTS-13 aktivitesi <% 0.2 (Normal:%40-130) olarak gelmesi üzerine TTP tanısı konuldu.

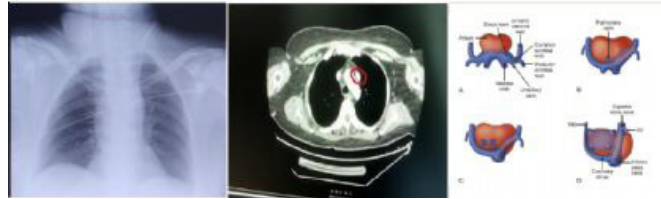
Hasta 1 ay boyunca günlük plazmafereze alındı. Tedaviye dirençli olması nedeni ile haftada bir 375 mg/m2 Rituksimab tedavisi verildi. Laboratuvar değerlerinin tedaviye yanıtı Tablo-1 de gösterilmiştir.

Trombosit sayısı >50 x 10⁹/L olunca tedaviye Ecopirin eklendi.

2 kez trombosit sayısı >150 x 10⁹/L olarak sağlandığı zaman plazmaferez sonlandırıldı.

Entübe halde takiplerinde ajitasyonu olması ve 2 kez zor entübasyon olarak değerlendirilmesi nedeni ile KBB tarafından ameliyathane şartlarında trakeotomi açıldı. 1 ay sonunda weaning kriterlerini karşılayan hasta ekstübe edilerek takibinde dekanüle edildi. Hasta metilprednizolon tedavisi azaltılarak kesilmesi önerilerek şifa ile taburcu edildi. Sonuç: Nörolojik semptomlar ile gelen hastalarda, tek sebebin kranial patoloji olmayabileceği; altta yatan diğer sebepler açısından dikkatli olunması gerektiği akılda tutulmalıdır. Ayrıca vaka tek hastada; TTP, persistan sol vena cava superior sendromu ve zor entübasyon görülmesi açısından da farklılık göstermektedir.

Anahtar kelimeler: persistan sol vena cava superior sendromu, TTP, zor entübasyon



Şekil 1. Hastanın görüntülemelerinde persistan sol vena cava superior sendromu

Tablo 1. Hastanın laboratuvar değerlerinin takibi

	16.07	22.07	24.07	25.07	01.08	03.08	08.08	15.08	17.08
PLTx10 ⁹ /L	30	53	41	47	143	126	152	213	206
LDH (U/L)	482	445	344	279	232	205	223	206	254
T.Bilirubin (mg/dL)	2,8	2,5	2,6	2,7	1,1	1	1,4	0,6	0,6
D.Bilirubin (mg/dL)	0,8	0,8	1	0,9	0,3	0,4	0,5	0,2	0,2

PS-37

COVID-19 PANDEMİSİNDE GÖZDEN KAÇAN HASTALIKLAR: LEJYONELLA PNÖMONİSİ OLGU SUNUMU

Kübra Saçar Kübüç¹, Mehmet Kılıç¹, Esra Gürbüz²

¹SBU Van eğitim ve araştırma hastanesi, Anestezi ve reanimasyon yoğun bakım, Van

²SBU Van eğitim ve araştırma hastanesi, Enfeksiyon hastalıkları, Van

SARS-CoV-2, COVID-19 pandemisine neden olan bir koronavirüs türüdür. Diğer viral enfeksiyonlar gibi ateş ve solunum yolu semptomları gibi nonspesifik şikayetlere neden olmaktadır. Legionella bakterileri, toplum ve hastane kökenli pnömoninin önemli nedenleri arasında yer almaktadır.

Pandemide artan iş yükü ile nadir görülen hastalıklar gözden kaçabilir. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla COVID-19 ön tanısı ile takip edilen ve Legionella pnömonisi saptanan olgumuzu sunuyoruz. Kırk üç yaşında, erkek hasta şuur bulanıklığı, güçsüzlük, yaygın ağrı ve solunum sıkıntısı ile başvurmuş. Tetkiklerinde hiponatremi (Na:120 mmol/L), Toraks BT'de atipik buzlu cam dansiteleri ve konsolidasyon saptanmış. COVID-19 olarak değerlendirilen hasta hiponatremi ve hipoksemi nedeniyle yoğun bakıma alındı. klima cihazları tamirinde çalıştığı öğrenildi. Üç hafta önce klima tadilatı için bir otele çalışmış. Bu dönemde Covid-19 teması olmuş. 10 gün önce ishal, halsizlik, başağrısı, şuur değişikliği, yürümede güçlük, konuşma akışında yavaşlama gelişmiş. 2 doz BioNtech aşısı olmuş (en son aşı 3,5 ay). Şuuru konfüze, disartri, tremor mevcut, her iki alt ekstremitede kas gücü 4/5 idi. Vital bulguları normal olan hastada maske 5lt/dk O2 ile SpO2 %95 idi. Hastaya IVsıvı replasmanı ve moksifloksasin 1x400mg başlandı. 24 saat ara ile 2kez COVID-19PCR testi negatif saptandı. Özgeçmiş, işi ve semptomları nedeni Legionella şüphesiyle kan, idrar ve balgam örnekleri gönderildi. idrarda Legionella pneumophila 1antijeni Pozitif sonuçlandı. Takibinde serumsodyum (Na) değeri 130 mmol/L oldu. Stabil olan hasta servise devredildi. Vakamızdaki gibi nadir hastalıklar pandemilerde riskli gruplarda görülebilmekte ve erken tanı ve tedavisi gözden kaçabilmektedir. Hastada fizik muayene, anamnez ve laboratuvar bulguları birlikte dikkatle değerlendirilip Legioner hastalığının erken tanı ve tedavisi sağlanmıştır. Legionella enfeksiyonları sporadik olarak veya salgınlar sırasında bulaşabilir. Lejyonella türleri, bakımı yapılmayan otel gibi tesislerin su sistemlerinde saptanabilmektedir. Legionella türleri; Lejyoner hastalığı ve Pontiak Ateşi denilen iki hastalığa neden olurlar. LD için risk faktörleri; >= 50 yaş, sigara, kronik akciğer hastalığı, immünsüpresyon olarak belirtilmektedir. COVID-19 pandemisinde kapatılan tesislerin su sistemlerinde beklemiş suların kullanılmaya başlanması Lejyonella spp.'lara maruz kalma riskinin artmasına zemin hazırlamıştır. Covid-19'da görülen ateş yüksekliği, başağrısı, konfüzyon, nefes darlığı, bulantı-kusma gibi semptomlar Lejyonella spp. enfeksiyonunda da sıklıkla görülmektedir. Vakamız, Covid-19 pandemisinin yeniden pik yaptığı bir dönemde; temas öyküsü, semptomları, destekleyici radyolojik ve laboratuvar bulguları olması nedeniyle Covid-19 pnömonisi olarak değerlendirilmiştir. Fakat olgunun su arıtma işçisi olması, seyahat öyküsü, laboratuvar testlerinde ferritin, D-Dimer, serum LDH, CRP, WBC, procalcitonin düzeylerinin yüksek olması yanında hafif lenfopeni olması, hiponatremi ve buna bağlı SSS semptomlarının olması (ajitasyon, konfüzyon, ellerde tremor gibi), BT bulgularının tipik olmaması ve 2 kez COVID-19 (PCR) testi negatif saptanması sonrası ayırıcı tanıda Lejyoner hastalığı düşünülerek yapılan tetkiklerde etkenin saptanması ile doğru tanıya gidilmiştir. Hastada moksifloksasin antibiyoterapisi ile iyileşme sağlanmıştır. Legionella Pneumophila'nın tanısında kullanılan üriner antijen testi tüm serotiplerde pozitifleşmektedir. Bu olguda da alınan idrar örneğinde ortalama 1saat sonra Legionella pneumophila Sg-1 için idrarda spesifik antijen tespit edilerek tanı koyulmuştur. kan serum örneğinde antikor testi yaklaşık 1 hafta sonra pozitif sonuçlanmıştır.

Sonuç olarak, COVID-19 hastalarının ayırıcı tanısında benzer klinik tabloya neden olan Lejyoner hastalığı gibi diğer enfeksiyonlar yer almalı ve anamnez, radyoloji ve laboratuvar bulguları kapsamlıca değerlendirilmeli gereken testler yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Lejyonella, Covid-19 pandemisi, Pnömoni

PS-38

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ENFEKTİF ENDOKARDİT: OLGU SUNUMU

Fatıma Özkaya Kutluay¹, İsmail Hakkı Akbudak²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli/TÜRKİYE

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Denizli/TÜRKİYE

Giriş: Enfektif endokardit(EE), Avrupa toplum temelli çalışmalara göre 100.000 kişide 3-5 arasında insidansa sahiptir (1). EE'nin son yıllarda sıklığı iki katına çıkmış olup bu artışın sebeplerinden biri artan cerrahi girişimlerdir. Morbiditesi ve mortalitesi oldukça yüksek olup hızlı tanı koyularak tedavisine başlamak gerekmektedir. Tedavisi medikal ve komplike olanlarında ise cerrahidir.

Enfektif endokarditte esas sorumlu mikroorganizmalar; Staphylococcus aureus, streptococcus viridans, streptococcus gallolyticus, HACEK (Haemophilus, Aggregatibacter, Cardiobacterium, Eikenella, Kingella) ve enterokoklardır. Enfektif endokardit ilişkili mikroorganizmalara bağlı bakteriyemisi olan hastalarda EE akla gelmelidir. Risk faktörleri arasında; kalp kapak hastalığı öyküsü, önceden EE geçirmiş olmak, intravenöz ilaç kullanımı, kalıcı intravenöz katater bulunması, immünsupresyon ve dental ya da cerrahi işlem uygulanması bulunmaktadır (2).

Enfektif Endokardit tanısında esas olarak ekokardiyografi kullanılmaktadır. Transtorasik ekokardiyografi (TTE) hem doğal hem de prostetik kapaklardaki vejetasyonların saptanmasında orta derece duyarlıdır. Ancak yoğun bakım uzmanı tarafından yatak başı olarak kolayca kullanılabilir. Transözefageal eko ise doğal kapaklarda %90-100, prostetik kapaklarda %90 oranında duyarlılıkla vejetasyonları saptayabilmektedir. Bununla birlikte kardiyak bilgisayarlı tomografi (BT) ve florodeoksiglukoz FDG pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (PET/BT) de tanıda kullanılabilmektedir (3). Tanıda 2015 yılında düzenlenen Modifiye Duke Kriterleri kullanılmaktadır (4) (Tablo 1).

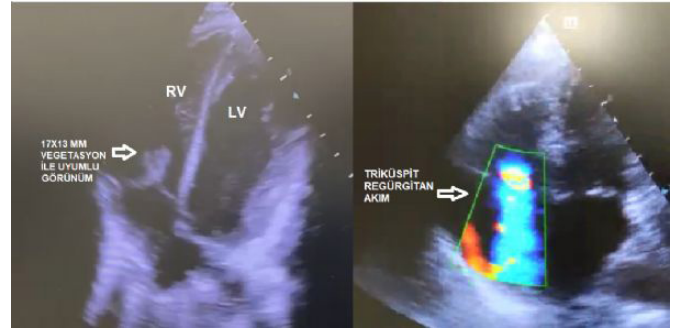
Septik şoklu enfektif endokardit vakalarında mortalite %60-70'e kadar çıkabilmektedir (5). Bu yüzden yoğun bakım takibi gerektiren kritik durumdaki enfektif endokardit vakalarının tedavisi ve perioperatif takibi oldukça önemlidir.

Olgu: Bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, son dönem kronik böbrek yetmezliği (SDBY) öyküsü olan 65 yaşında kadın hasta sepsis ve akut solunum yetmezliği nedeniyle yoğun bakıma interne edildi. Hastanın öyküsünde son 2 aydır SDBY nedeniyle hastane yatışı ve son 1 aydır odağı net olarak saptanamayan ve çoklu antibiyoterapiye dirençli enfeksiyöz kliniği söz konusuydu.

Hastanın vital bulgularında;arteriyel tansiyon 102/54 mmHg, ortalama arter basıncı 70 mmHg, nabız 98 atım/dk, solunum sayısı 26/dk, periferik oksijen saturasyonu %90 olarak saptandı.Hastanın fizik muayenesinde patolojik bulgu olarak; kardiyak muayenesinde mezokardiyak odakta sistolik üfürüm mevcuttu ve enfektif odak lehine ek patolojik bulgu saptanmadı. Bunun üzerine hastaya tarafımızca yapılan yatak başı ekokardiyografide triküspit kapakta 17x13 mm boyutlarında vejetasyonla uyumlu görünüm ve triküspit yetmezlikle uyumlu regürgitan akım saptandı (Resim 1). Yoğun bakıma yatışında meropenem alan hastaya nazokomiyal kökenli enfektif endokardit tanısıyla ampirik olarak vankomisin ve gentamisin başlandı. Kalp damar cerrahisi ile birlikte değerlendirildiğinde hastada acil cerrahi endikasyonu saptanmadı. Hastanın takibinde kan ve katater kültürü üremelerinde metisiline dirençli koagülaz negatif streptokok üremesi saptanması üzerine hastanın antibiyoterapisi tek başına vankomisin olarak revize edildi.Yatışının beşinci gününde akut solunum yetmezliği kliniği gerileyen hasta enfeksiyon hastalıkları servisine devredildi.

Sonuç: Enfektif endokarditin mortalitesi yüksek olup yoğun bakımda tedavi gören EE risk faktörü bulunan enfektif tablodaki hastalarda akla gelmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: ekokardiyografi, enfektif endokardit, yoğun bakım



Resim 1. Triküspit kapakta EE ile uyumlu vejetasyon ve EE'ye bağlı regürgitan akım

Tablo 1. Modifiye Duke Kriterleri

Major Kriterler

- Enfektif endokardit için pozitif kan kültürü (tipik mikroorganizmalarla en az 2 kültürde üreme)
- Endokardiyal tutulum
 - a) Pozitif ekokardiyografi (vejetasyon, apse, kapak perforasyonu veya anevrizması, prostetik kapakta yeni gelişen ayrışma)
 - b) Prostetik kapak çevresinde PET/BT'de (kapak replasmanı 3 ay içinde yapıldıysa yanlış sonuç verebilir) veya SPECT/BT ile birlikte işaretli lökosit sintigrafisinde anormal aktivite belirlenmesi
 - c) Kardiyak BT'de kesin paravalvüler lezyonlar

Minör Kriterler

- Ateş > 38° C
- Predispozan faktörler (IV ilaç kullanımı ya da yatkınlığı arttıracak kalp rahatsızlığı)
- Vasküler fenomen (Majör arteriyel emboli, septik pulmoner enfarkt, intrakraniyel hemoraji, konjunktival hemoraji veya janeway lezyonları)
- İmmünolojik fenomen (glomerülo nefrit, osler nodülü, roth lekeleri ve romatoid faktör)
- Mikrobiyolojik kanıt (Major kriteri karşılamayan pozitif kan kültürü)

Kesin Enfektif Endokardit Tanısı

Patolojik ölçütler;

- Vejetasyonda, embolize olmuş vejetasyonda veya intrakardiyak bir apse de mikroorganizma üretilmesi veya histopatolojik incelemede mikroorganizma gösterilmesi
- Histopatolojik incelemede vejetasyon, apse gibi aktif endokardit gösteren lezyonların belirlenmesi

Klinik ölçütler;

- 2 major ölçüt veya
- 1 major, 3 minor ölçüt veya
- 5 minor ölçüt

Olası Enfektif Endokardit Tanısı

- 1 majör ve 1 minör ölçüt
- 3 minör ölçüt

Enfektif Endokardit Dışlama Kriterleri

- Başka bir tanının konulmuş olması; veya
- <=4 günlük antibiyotik tedavisiyle, enfektif endokardit düşündürülen semptomların ortadan kaybolması; veya
- <=4 günlük antibiyotik tedavisi altında yapılan cerrahi veya otopsi sırasında çıkarılan örnekte, enfektif endokardit düşündürecek patolojik kanıtların olmaması; veya
- Klinik ölçütlerle olası enfektif endokardit olarak sınıflandırılmaması

PS-39

NÖBETLE PREZENTE OLAN COVID-19 ENSEFALİTİ; OLGU SUNUMU

Ahmet Safa Kaynar¹, Eldane Mammadova², Recep Civan Yüksel¹, Şahin Temel¹, Kürşat Gündoğan¹, Murat Sungur¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Yoğun Bakım Bilim Dalı / Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Ana Bilim Dalı / Kayseri

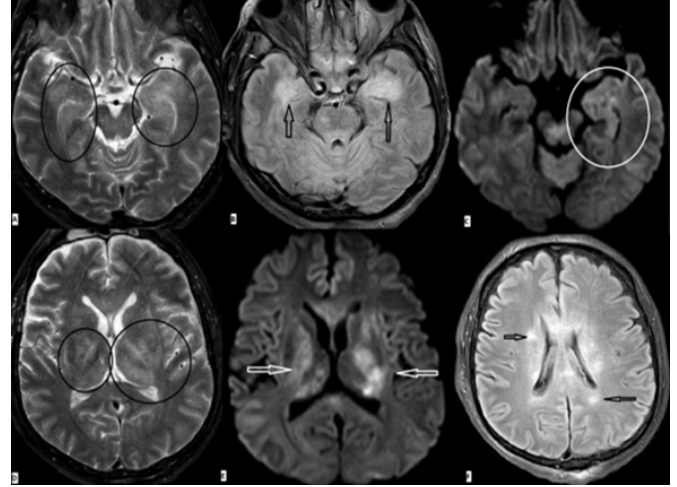
Giriş: COVID-19 enfeksiyonu, nörolojik komplikasyonu olan hastaların %12-49'unda akut ensefalopati tablosu oluşturmaktadır. Bu hastaların bir kısmında nöbetlerin tetiklendiği ve dirençli hale geldiği bildirilmiştir (1). Burada nöbet ile prezente olan, COVID-19 ensefaliti tanısı alan olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen hipertansiyon ve kronik obstruktif akciğer hastalığı olan 64 yaşında erkek hastanın eşi COVID-19 pozitif tespit edilmiş. Kendi testi negatif gelen hasta, 2 gün sonra ani gelişen bilinç ve davranış değişikliğiyle acil servise başvurdu, burada jeneralize tonik klonik nöbet geçiren hastaya çekilen kranial manyetik rezonans (MRG) görüntüleme ensefalit, menenjit düşündürdü herhangi bir görüntü yoktu. Elektroensefalografide (EEG) temporal lobda yaygın-yavaş dalga aktivitesi izlenmesi üzerine antiepileptik tedavi levetirasitam başlandı. Kan tetkikleri Tablo 1'de gösterildi. Ensefalit açısından lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) örneği sonuçları normal geldi. Hasta yoğun bakıma yatırıldı. Glaskow koma skoru (GKS) 5 olan ve solunum yetmezliği gelişen hasta entube edildi. COVID-19 polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi pozitif saptandı. İnhaler tedavi ve intravenöz prednizolon başlandı. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) belirgin akciğer tutulumu yoktu. Şuurlarda düzelmeyen hastaya takibinin 3. gününde kontrol LP yapıldı. BOS hemogramı ve biyokimya normal, otoimmün ve viral markırlar ile BOS COVID-19 PCR sonuçları negatif geldi. Hastanın COVID-19 ensefalopatisi olabileceği düşünülerek kontrol kranial MRG çekildi (Resim1). Başvuru sırasında çekilen MRG ile karşılaştırıldığında lezyonların yeni gelişmiş olması dikkat çekti. Olgu radyolojik olarak COVID-19 ensefalopatisi yönünde değerlendirildi. Literatürdeki tedaviler göz önüne alınarak, entübasyonun 5. gününde, hastaya toplam 5 seans plazmaferez günlük uygulandı (2,3). Entübasyon süresinin uzaması üzerine trakeostomi açıldı, ventilatör ilişkili pnömoni gelişti tedavilerini aldı. Plazmaferezle birlikte 3. günden itibaren GKS 5'ten GKS 9'a kadar hızla iyileşti. Emirlere uyma ve kognitif fonksiyonlarında belirgin iyileşme olmadı.

Sonuç: COVID-19 hastalığı olan hastalarda tekrarlayan nöbetler status epileptikus tablosuna rastlanmaktadır (1). Hastamız acil servise nöbetle başvurmuştur. Bilinen epilepsi öyküsü olmayıp nöbetlerinin COVID-19 enfeksiyonu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. COVID-19 enfeksiyonunun yol açtığı ateş, hipoksi ve metabolik bozukluklar nöbetleri tetikleyebilmektedir (1). Hastamızın MRG'inde bazal ganglionlar, kapsüla interna, talamus ve korpus kallosumun düzeylerinde COVID-19 ensefalitiyle uyumlu tutulumlar izlendi (4). Akut ensefalopati tablosu ile takip edilen COVID-19 hastalarının, hastane içi ölüm oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir, yüksek doz steroid ve plazmaferez tedavilerinin faydası gözlemlenmiştir ancak bu tedavilerin uygulanma sırası günü şekli hakkında net bilgiler yoktur (2,3). Bu olguda, hastada *klebsialla pneumonia* ilişkili pnömoni gelişmesi nedeniyle pulse steroid tedavi uygulayamadık, plazmaferez uygulamasından fayda görse de halen trakeostomi ile GKS 9 olarak, iletişimi zayıf olarak takip ediliyor. Tedavi konusunda modalitelerin ve verilerin artması gerektiğine inanıyoruz.

Anahtar kelimeler: COVID-19, ensefalit, nöbet, plazmaferez

Kranial MRG Görüntüleri



Resim 1. Kranial MR görüntüleri. Solda daha belirgin olmak üzere bilateral temporal lob medialinde ve hipokampus düzeyinde T2 (A), FLAIR (B) ve Difüzyon (C) görüntülerinde hiperintens sinyal değişiklikleri izlenmektedir. D: Bazal ganglion ve talamus düzeyinden geçen kesitlerde, beyaz cevherde T2 hiperintens sinyal değişiklikleri (siyah çemberler) E: Difüzyon görüntülerindeki hiperintens değişiklikler (beyaz oklar) F: Bilateral periventriküler FLAIR hiperintens sinyal değişiklikleri (siyah oklar)

Tablo 1. Kan parametreleri

Koagülasyon paneli	Sonuç	Referans aralığı
Fibrinojen	221,1 mg/dL	180-350
APTT	18,8 sn	25-36
PT INR	0,93	0,8-1,2
D-dimer	6190 µg/L	0-500
Arter kan gazı	Sonuç	Referans aralığı
PH	7,46	7,35-7,45
PO2	68,2	80-100
PCO2	35,7	35-45
SO2	76,9	75-99
Laktat	1,02	0,4-2,2
HCO3	25	18-26
BE	1,5	-3/+3
Hemogram	Sonuç	Referans aralığı
Beyaz küre (WBC)	8,92 *103/µL	4,8-10,7
Hemoglobin (HGB)	12,7 g/dL	14-18
Hematokrit (HCT)	36,1 %	42-52
Lenfosit (LY)	1,31 *103/µL	1,3-2,9
Nötrofil (NE)	6,85 *103/µL	2,2-4,8
Platelet (PLT)	153 *103/µL	130-400
Biyokimya	Sonuç	Referans aralığı
Glukoz	116mg/dL	82-115
BUN	20,2mg/dL	8-23
Kreatinin	0,85mg/dL	0,5-1,20
ALT	20,8µ/L	0-41
AST	30,2µ/L	0-41
Sodyum(Na)	138mmol/L	136-145
Potasyum(K)	4,51mmol/L	3,5-5,1
Kalsiyum(Ca)	8,84mmol/L	8,8-10,2
Magnezyum(Mg)	0,89mmol/L	0,66-0,99
Fosfor(PO4)	4,58mmol/L	2,5-4,5
Klorür	105,3mmol/L	98-107
CRP	11,6mg/dL	0-5
Prokalsitonin	0,11 mg/dL	0-0,5
Ferritin	487ng/mL	30-400
LDH	258µ/L	135-250
Albumin	3,7mg/dL	2,2-4,2

PS-40

EFFECT OF VENO-VENOUS ECMO CANNULA DISTANCE AND FLOW RATE ON OXYGEN SATURATION IN PHANTOM

Julija Grigorjeva¹, Roberts Leibuss², Inese Maslova⁴, Nikita Klimov⁴, Yuri Dekhtyar⁴, Eva Strike³, Peteris Stradins³

¹Riga East University hospital, Hipokrata street 2, Riga, LV-1079, Latvia;

²Riga Stradiņš University, Dzirciema street 16, Riga, LV-1007, Latvia;

³Pauls Stradiņš Clinical University Hospital, Pilsõņu iela 13, Riga, LV-1002, Latvia;

⁴Riga Technical University, Institute of Biomedical Engineering and Nanotechnologies, Ķīpsalas 6B, Riga, LV-1048, Latvia.

Introduction: Veno-venous extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) is a life-threatening support method used in patients with impaired respiratory system function. In the last 2 years, this method became much more requested and applied due to the spread of SARS-CoV-2 infection. The main problem during VV-ECMO support therapy is to achieve optimal oxygen delivery to patient tissues needs, that depends on complex ECMO - heart - lung synchronization ratio.

Objective: The aim of the study was to investigate how distance between the ECMO cannulas and ECMO flow rate effect on oxygen saturation in the heart-lung phantom.

Methods: To achieve the goal of the study, a physical model of heart-lungs, blood vessels were created, and blood-mimicking fluid, experiments were carried out by changing the distance between the ECMO cannulas and the ECMO flow rate.

Results: We can conclude that the fastest time the dye got into the pulmonary artery tube was at the distance between the cannulas of -5 cm, but it took the longest at the distance of 0 cm between the cannulas. On the other hand, at a cannula distance of 0 cm, the oxyhemoglobin substitute could not leave the lung model in the 15 minutes allotted for the experiment.

The difference in results between 4 l/min and 6 l/min is significant, it differs by several minutes, while the difference between, for example, 2 l/min and 4 l/min or 8 l/min and 10 l/min is less than minute or none. At a fluid flow rate of 2 l/min, the oxygen content of the blood-equivalent fluid after an artificially inflamed lung is the same as with an infusion cannula. At a flow rate of 4 l/min, oxygen saturation is not optimal. It is only slightly above 90%. At a flow rate of 6 l/min, the oxygen saturation is even below 90%. Furthermore, at liquid flow rates of 8 l/min and 10 l/min, the signal of sufficient oxygen saturation was not recorded at all.

Conclusion: In general, we can conclude that the ECMO flow rate is more important to oxygen distribution in the phantom than the distance between ECMO cannulas. The parameters at which oxygen saturation in the phantom would be the highest are the distance between the cannulas -5 cm and the ECMO flow rate 2 l/min.

Keywords: Heart-lung phantom, ECMO, COVID-19, oxygen delivery

PS-41

REJEKSİYON GELİŞEN KARACİĞER TRANSPLANTLI OLGUDA BİRLEŞTİRİLMİŞ PLAZMA FİLTASYON ADSORBSİYON (CPFA) TEDAVİSİ

Mehmet Yılmaz¹, Hayriye Cankar Dal², Aziz Aysel¹, Muhammed Çobas¹, Ufuk Takak¹, Hasan Oktay Emir², Alper Bayar², Sema Turan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Karaciğer yetmezliği (KY), yüksek mortalite oranlarına sahip bir klinik tanıdır. Kesin tedavisinde karaciğer transplantasyonuna alternatif bir yöntem halen mevcut değildir (1). Transplantasyon sonrası süreçte de parankimal, vasküler ve biliyer nedenlere bağlı KY gelişebilmektedir (2). KY eşlik eden hiperbilirubinemi durumlarında ekstrakorporeal destek modaliteleri kullanılabilir (3). Literatürde bu konudaki veriler halen sınırlıdır. Bu olgu sunumuyla, ciddi hiperbilirubinemi gelişen, yoğun bakımda (YB) CPFA (birleştirilmiş plazma filtrasyon adsorbsiyon) uygulanan, kronik rejeksiyon tanısı alan karaciğer transplantlı olguya ilgili deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 37 yaş, erkek, bilinen Tip II Diyabetes Mellitus, hemakromatozis tanıları olan ve canlı vericiden karaciğer transplantasyonu öyküsü mevcut hasta, 3 gündür devam eden karın ağrısı ve sarılık şikayetleriyle acile başvurdu. Laboratuvar tetkiklerinde alanine aminotransferase (ALT) 396 U/L, aspartate aminotransferase (AST) 334 U/L, gama glutamil transferase (GGT) 1093 U/L, alkalen fosfatase (ALP) 1561 U/L, total bilirubin 14.7 mg/dL, direkt bilirubin 5.1 mg/dL, kreatinin 0.69 mg/dL, INR (International normalized Ratio) 1.2 idi. Acil serviste yapılan ultrasonografi "intrahepatik safra yolları hilus düzeyinde hafif belirgin görünümde ve kolelektik dilatasyon saptanmamıştır" şeklinde raporlandı. Genel durumu orta-kötü, kooperasyon kısıtlılığı olan ikterik görünümülü hasta YB'ya kabul edildi. Acil şartlarda çekilmiş olan USG'de intrahepatik safra yolları belirgin izlenmesi üzerine çekilen manyetik rezonans kolanjiyografi (MRCP) safra kanalları normal boyutlarda olduğu görüldü.

YB izlemi esnasında karaciğer fonksiyon testlerinde (KCFT) progresif artışı olup, total bilirubin düzeyi 34,3 mg/dL'ye yükselmesi üzerine CPFA tedavisi başlanması kararlaştırıldı. Hastaya 3 gün süre ile CPFA tedavisi uygulandı. İşlem sonucunda KCFT ve bilirubin değerlerinde anlamlı düşüş izlendi (Figür 1). Karaciğer transplantasyon öyküsü olan hastaya karaciğer biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucu geç kronik sellüler rejeksiyonla uyumlu olan hastaya metilprednizolon, mikofenolat mofetil başlandı. Gelişen hepatic ensefalopati tablosunda olan, takibinde oryante koöper hale gelen ve YB endikasyonu kalmayan retransplantasyon planlanan hasta, servise devir edildi.

Tartışma: CPFA genellikle septik şok tablosunda inflamatuvar araçları uzaklaştırmak amaçlı plazma filtrasyonu ve hemofiltrasyon sağlayan ekstrakorporeal tedavidir (3). Son dönemlerde KY'de kullanımı gündemdedir. CPFA'nın reçine kartuşunun hidrofobik polistiren-divinilbenzen kopolimerinin in vitro olarak bilinen miktardan daha fazla miktarda bilirubini bağladığı bildirilmiştir. Reçinenin, hepatic ensefalopatiyle ilişkili olan triptofan ve fenoller için detoksifikasyon sağladığı raporlanmıştır (4). Ullo ve ark. KY'li hastalarda CPFA'nın etkilerini değerlendirdikleri bir olgu serisinde bilirubin düşüş oranının %28 (2.2 - 40) olduğu bildirilmiştir (5). Bizim olgumuzda ise bilirubin düşüş oranının %55 olduğu görüldü. Kronik rejeksiyon gelişen karaciğer transplantlı hastada, progresif olarak bilirubin artışının geliştiği dönemde retransplantasyona köprüleme amacıyla CPFA tedavisi uygulanmış olgumuzla ilgili deneyimlerimizi paylaştığımız bu sunumun, literatürde kısıtlı veri bulunan bu konuyla alakalı ileride yapılacak çalışmalara ışık tutacağı kanısındayız.

Anahtar kelimeler: karaciğer yetmezliği, CPFA, hiperbilirubinemi, transplantasyon, yoğun bakım

PS-42

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARININ NADİR BİR NEDENİ: AORTA-ÖZEFAĞIAL FİSTÜL

Bensu Selbest¹, Çağla Erdoğan², İsmail Hakkı Akbudak¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana bilim Dalı, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana bilim Dalı, Denizli

Giriş: Aortaözefagial fistül gastrointestinal sistem kanama nedenleri arasında nadir görülen, mortalitesi yüksek bir tablodur. Genellikle aort anevrizması ve rekonstrüksiyon cerrahisi sonrasında, nadiren yabancı cisim, enfeksiyonlar, maligniteler, koroziv madde içimi sonucunda izlenir. Endoskopide pulsatil submukozal kitlesel görünüm, fistül ağzı, intramural hematoma nedeniyle mavi-grimsi renk izlenebilir. Bu olguda mide ağrısıyla başvuran masif kanlı kusma nedeniyle tekrarlanan endoskopilerde kanama odağı belirlenemeyen aort grefti öykülü hasta sunulmaktadır.

Olgu: 30 yaşında erkek hasta halsizlik ve mide ağrısı nedeniyle acile başvurdu. Fizik muayenede genel durumu iyi, şuuru açık, koopere, oryanteydi. Solunum ve kalp sesleri doğaldı. Tansiyonu 117/66 mmHg'di. Batını rahattı. Hastanın EKG'si sinüs ritmi, normal aks, kardiyak enzimleri normaldi. Nefrolitiazis nedeniyle kronik böbrek hastalığı tanılı hastanın 17 yıl önce hipertansiyona sekonder geçirilmiş aort anevrizma öyküsü mevcuttu. Hastanın ağrısı kalp damar cerrahisi tarafından bütün ekstremitelerinin manual ve eşit olması nedeniyle miyalji lehine değerlendirildi. Yatışından birkaç saat sonra başlayan parlak kırmızı masif kusmasından sonra yoğun bakıma alınan hastanın yapılan ilk endoskopisiyle midede taze ve hematinik mai görüldü. Kanlı kusması devam eden hastaya yapılan 2. endoskopide midede kardiyanın distalinde, arka duvarda görünen damardan kanama mevcuttu, klipslenip skleroterpiyle adrenalin enjeksiyonu yapıldı. Aralıklı kanlı kusma ve hemoglobin düşüşü devam eden hastaya embolizasyon için girişimsel radyoloji tarafından yapılan anjiyoda çölyak trunkus, superior mezenterik arter düzeylerinde belirgin ekstrasözözasyon bulgusu saptanmadı. Hastanın abdominal aortagrafisinde, aortta anevrizmatik genişleme izlendi. Embolizasyon yapılamayan hastaya genel cerrahi tarafından acil şartlarda duodenotomi+gastrotomi, gastroduodenal arter ligasyonu yapıldı. Operasyon sonrasında asistoli gelişen hastaya hemodinamisi düzeldiğinde tekrar endoskopi yapıldı. İşlem sonlandırılınca kesici dişlerden itibaren yaklaşık 28-30.cm'de, 15-20 mm'lik, doku defektli alan ve sızıntı şeklinde kanama görüldü. Sonrasında KVC önerisiyle çekirtilen torakal aorta bt anjiyosunda arcus aortada en geniş yerinde 6cm çaplı, tromboze sakküler anevrizmatik genişleme ve anevrizma içerisinde özofagustan kaynaklandığı düşünülen hava dansiteleri görüldü. Anevrizma ile özofagus arasında fistülizasyon düşündürülen görünüm mevcuttu aktif kontrast kaçağı izlenmedi, anevrizma kesesi içerisinde, inen aort proksimalinde, en geniş yerinde, 12x29 mm boyutlu, 5 mm boynu bulunan psödoanevrizma izlendi. Bu düzeyin distalinde benzer natürlü yaklaşık 6x7 mm boyutlu ayrı bir psödoanevrimza mevcuttu. Yalancı lümen subtotal trombozeydi gerçek lümen belirgin basılanmıştı. Yalancı lümen içerisinde fenestrasyon aracılığıyla yer yer kontrast geçişi görüldü. Hasta bu süreçte kaybedildi.

Sonuç: Aorto-özofageal fistül tanı ve tedavisi zor olan, saptandığında mortalitesi yüksek nadir bir tablodur. Primer aorto-enterik fistüller genellikle aort anevrizmalarından kaynaklanır. Sekonder fistüller daha siktir ve aort rekonstrüksiyon cerrahisinden 3-5 yıl sonra %0,4-2,4 oranında, çoğunlukla da greftin proksimalinde görülür. Endoskopik incelemelerde özellikle kanama odağı bulunamayan lezyonlarda vasküler patoloji şüphesinde mutlaka ileri radyolojik değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: GIS kanama, aortaözofageal fistül, Endoskopi

PS-44

NADİR ETİYOLOJİLİ ATİPİK SEYİRLİ BİR NMS VAKASI

Cevdet Furkan Köşker, Hakan Sapmaz, Mahmut Yılmaz, Özlem Gürbüz, Gürhan Taşkın, H. Levent Yamanel

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Nöroleptik malign sendrom (NMS), antipsikotik (nöroleptik) ajanların kullanımı ile ilişkili ve mental durum değişikliği, rijidite, ateş ve disotonomiden oluşan bir klinik sendrom ile karakterize, yaşamı tehdit eden nörolojik bir acil durumdur. Mortalite, doğrudan hastalığın disotonomik belirtilerinden ve sistemik komplikasyonlardan kaynaklanır. NMS en sık olarak, daha önce nöroleptik ajanlar (örn., haloperidol, flufenazin) olarak adlandırılan yüksek potensli birinci nesil antipsikotik ajanlarla görülür. Bununla birlikte, düşük potensli (örneğin klorpromazin) ve ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar (örneğin klozapin, risperidon, olanzapin) ve ayrıca antiemetik ilaçlar (örneğin metoklopramid, prometazin ve levosulpirid) dahil olmak üzere her sınıf antipsikotik ilaç suçlanmıştır.

Biz de kliniğimizde karşılaştığımız ve takip, tedavi ettiğimiz depo paliperidona sekonder oluşan bu nadir rastlanan atipik olguyu paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 26 yaş kadın hasta hareket edememe, bilinç bulanıklığı, terleme ve çarpıntı şikayetleri ile acil servise getirildi. Acil serviste yapılan tetkiklerinde kreatin kinaz (CK):1086 U/L WBC: 14.500 olan fizik muayenesinde yaygın rijiditesi olan hasta çekilen EKG'sinde sinüs taşikardisi olması ve GKS: 11 olması üzerine nöroleptik malign sendrom ön tanısı ile yoğun bakım ünitemize alınarak takip edildi. Hastanın 5 yıldır bipolar bozukluk tanısı mevcut olup bu nedenle daha önce karbamazepin tedavisi aldığı ve acil başvurusundan 10 gün önce 5 gün aralıkla 2 sefer depo paliperidon enjeksiyonu yapıldığı öğrenildi. Hastaya 24 saat dantrolen infüzyonu verildi. İnfüzyon sonrası rijiditede azalma gözlemlenen ancak tetrapleji ve yutma zorluğu devam eden hastaya amantadin tedavisi başlandı. Beklenen yanıt alınamaması üzerine konsey kararı ile EKT uygulanmasına karar verildi. EKT öncesi kontraendike patolojiler açısından tetkikleri tamamlanan hastaya aralıklarla 1 ay içerisinde toplamda 5 seans EKT yapıldıktan sonra yapılan nörolojik değerlendirmesinde hastanın üst ekstremitelerde mobil, hasta oral yolla beslenebiliyor, alt ekstremitelerde kısmi mobil ve hasta 3-4 kelime ile cümle kurabiliyor haldeydi.

Toplamda 10 seans EKT'si tamamlanan hasta desteksiz oturma, kısmen destekli bir şekilde yürüme, kendi başına yemek yeme ve akıcı bir şekilde konuşma fonksiyonlarını yerine getirir halde taburcu edildi.

Sonuç: NMS yüksek dopaminerjik afiniteye sahip ajanların kullanımı ile ortaya çıkabilir. Klozapin ve atipik antipsikotiklere bağlı olarak kısmi veya olağan dışı NMS vakaları bildirilmiştir. Sunduğumuz olgu, NMS'nin atipik ve uzun progresi nedeniyle dikkat çekicidir. Tedavide medikal tedaviye dirençli olgularda EKT'nin etkin bir tedavi seçeneği olabileceği de akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: EKT, NMS, Nöroleptik malign sendrom, Paliperidon, Rijidite

PS-45

NADİR GÖRÜLEN ÖGLİSEMİK KETOASİDOZ

Fatma Yörük, Hakan Sapmaz, Mete Erdemir, Özlem Gürbüz, Gürhan Taşkın, Levent Yamanel

Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

Giriş: Diyabetin ciddi bir komplikasyonu olan diyabetik ketoasidoz (DKA) metabolik asidoz, ketonemi ve hiperglisemi ile karakterize olup hayatı tehdit eden bir durumdur (1). DKA'lu hastaların yaklaşık %2.6-3.2'si "öglisemik DKA" adı verilen 250 mg/dl altında plazma glukoz değerleri ile başvurabilir (2). Nadir de olsa öglisemik ketoasidoz gibi ciddi yan etki oluşturabilirler (1). Olgu sunumunda, nadir görülen bir durum olan empagliflozin kullanımına bağlı gelişen öglisemik diyabetik ketoasidoz olgusu anlatılacaktır.

Olgu: 47 yaşında kadın hasta 2 gündür devam eden halsizlik ve iştahsızlık şikayetlerinin olması, son 1 gündür şikayetlerinin şiddetlenmesi, şikayetlerine bulantı ve kusmanın da eklenmesi üzerine acil servise başvuruyor. Hastamızın genel durumu kötü, bilinci açık, koopere ve oryante vital bulguları tansiyon 98/68 mm/hg nabız 118 atım/dk vücut sıcaklığı 37.3 C solunum sayısı 32/dk saturasyon % 94 olarak ölçüldü. Kusmall solunumu mevcut olan hastanın acil serviste alınan kan gazı ph: 7.01 pco2: 12 mmHg hco3: 4 nmol/l laktat:3 nmol/l glukoz:271 mg/dl anyon gap:22 mmol/l olan hastamız anyon açığı artmış metabolik asidoz olarak değerlendirildi. Bilinen diabetes mellitus (10 yıl) tanılı hastanın 1 hafta önce endokrinoloji bölümü tarafından diyabet tedavisinin düzenlendiği öğrenildi. Vücut kitle indeksi 36 kg/m2 olan hastamızın mevcut kullanmakta olduğu insülin glarjin ve eksenatid tedavisine Hga1c: %8.7 olması nedeniyle empagliflozin 25 mg eklendiği öğrenildi. İlaç kullanımının düzenli olduğunu öğrendiğimiz hastamızın laboratuvar tetkiklerinde tam idrar tahlili ketonüri (4+), protein (2+), glukoz (-), lökositüri (-), eritrositüri (-); crp 12 mg/l, wbc: 6500 ul, kreatin 1.09 mg/dl, üre 33 mg/dl olarak görüldü. 1 hafta önce SGLT-2 kullanmaya başlayan, kapiller glisemisi 265 mg/dl olan metabolik asidoz, ketonürisi olan hasta öglisemik DKA olarak değerlendirildi. Derin metabolik asidoz ve takipne nedeni ile yoğun bakım ünitesinde takibe alındı. DKA izlem protokolü uygulandı. Uygun DKA tedavisi sonrası 24 saat içerisinde asidozu düzelen ketonürisi azalan hasta endokrinoloji servisine diyabet tedavisinin düzenlenmesi amacı ile nakil edildi.

Sonuç: Sağlık harcamalarımızın önemli bir kısmını oluşturan diabetes mellitus tedavisi için son dönemde pek çok ilaç kullanıma girmiştir (3). Kardiyak ve renal protektif etkileri nedeniyle kullanımı hızla artan bu ilaçların yan etki profilleri çok iyi bilinmelidir (4). Diyabetik ketoasidozun atipik bir sunumu olan bu durum tanı ve tedaviyi geciktirebilir (5). Kan şekeri seviyeleri yüksek olmasa bile uyumlu semptomları olan SGLT2 inhibitörleri alan hastalarda ketoasidoz olasılığını göz önünde bulundurmalıdır (5). Büyük cerrahi prosedürler veya ciddi hastalık nedeniyle hastanede yatan hastalarda artan DKA riski nedeni ile SGLT2-inhibitör tedavisinin geçici olarak durdurulması tavsiye edilmektedir (5). Vakamızda anlattığımız öglisemik DKA SGLT-2 inhibitörlerinin nadir yan etkileri arasındadır ancak farkındalığın az olması durumunda önemli mortalite nedeni olabilir.

Anahtar kelimeler: diyabetik ketoasidoz, öglisemik, sglit-2

PS-46

PULMONER ÖDEM İLE BAŞVURAN HASTADA IGG4 İLİŞKİLİ HASTALIK TANISI: OLGU SUNUMU

Bilge Gözükara, Cihangir Doğu, Dilek Kazancı, Sema Turan

Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

Giriş: İmmünglobulin-G4 ilişkili hastalık (IgG4-İH), tümör benzeri kitle birçok organda lenfoplazmositer hücre infiltrasyonu, storiform fibrozis ve her zaman olmasa da serumda IgG4 seviyelerinin artmış olduğu sistemik bir hastalıktır. Tanıdaki en önemli sorun, IgG4-ilişkili hastalığın sıklıkla hem klinik hem de radyolojik olarak maligniteyi taklit eden bulgularla ortaya çıkabilmesidir. Bu olgu raporunda, malignite ön tanısı ile araştırılan ve IgG4 tanısı koyulan bir vakanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Bilinen komorbiditesi olmayan 56 yaşında erkek hasta, Warthin tümörü tanısı almış. Tomografisinde metastatik olduğu düşünülen organlarda yaygın kiteller tespit edilmesi üzerine ileri tetkikleri planlanmış. Bu süreçte hasta pulmoner ödem kliniği ile acil servise başvurduğunda elektif entübe edilip, tetkiklerinde de kreatinin 14,93 mg/ dL, BUN 308 mg/dL olması üzerine acil hemodiyaliz tedavisi uygulanmış. Hasta Genel Yoğun Bakım servisine devralındığında Kresenterik glomerülo nefrit ön tanısıyla bakılan immünolojik belirteçlerde c-anca negatif, p-anca 1/320 +, Pr3 +4, ANA negatif, dsDNA negatif saptandı. Tomografide mediastinel multipl LAP, karaciğerde multiple kist, pankreasta kitle görünümü saptandı. Birçok organ tutulumu olması nedeniyle IgG4 paneli istendi. IgG4 3.99 g/L (0.03-2.01) diğer IgG' düzeyleri normal sonuçlandı. Böbrek biyopsi sonucu kresantik glomerülo nefrit olarak sonuçlandı. Karaciğer biyopsi sonucu portoparankimal bileşkede hafif düzeyde interface hepatit ve portal alanlarda hafif düzeyde mononükleer hücre infiltrasyonu, portal fibrozis olarak raporlandı. Pankreas başı lezyonundan örneklem yapılamadı. Hastaya IgG4 ilişkili hastalık ve olası vaskülit ön tanısı ile steroid tedavisi başlandı. Takibinde hasta ekstübe edildi, oksijen ihtiyacı olmadan vital bulguları desteksiz stabil olarak izlenmeye başlandı. Yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hasta nefroloji servisine devredildi. Hasta nefroloji servisinde kalıcı diyaliz hastası olarak ayaktan izlem ile taburcu edildi.

Sonuç: IgG4-İH vücudun hemen her yerinde tutulum yapabilir. Kısa süre içerisinde vücutta yaygın kiteller saptanan hastalarda malignite ile birlikte IgG4-İH de ayırıcı tanılar arasında yer almalıdır.

Anahtar kelimeler: IgG4 ilişkili hastalık, kresenterik glomerülo nefrit, metastaz

PS-47

FOKAL STATUS İLE PREZENTE OLAN NADİR BİR CREUTZFELDT- JAKOB HASTALIĞI OLGUSU

Alperen Boyraz, Hakan Sapmaz, Mete Erdemir, Gürhan Taşkın, H. Levent Yamanel

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Creutzfeldt-Jakob Hastalığı (CJH), hızlı progrese olan ve ölüme sonuçlanan nörodejeneratif bir hastalıktır. Olgu sunumumuzun amacı nadir görülen hastalıklardan olan CJH ile ilgili klinisyenlerin farkındalık düzeyini arttırmaktır.

Olgu: Bilinen hipertansiyon tanısı olan 73 yaşındaki kadın hasta; bir ay önce başlayan, hızla ilerleyen unutkanlık ve akut gelişen, sağ kolunda istemsiz kasılma yakınmaları ile acil servise getirilmiş. Nörolojik muayenesinde; bilinci açık fakat oryantasyon ve kooperasyonu kısıtlı, myoklonik jerk tarzında nöbetleri saptandı. Acil serviste çekilen kontrastlı kranial MR tetkikinde sol insuladan inferior frontal gyrusa uzanan difüzyon kısıtlılığı saptandı. Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) tetkikinde 14-3-3 proteini ve tau

proteini yüksekliği saptandı. Yapılan elektroensefalografi (EEG) tetkikinde sol hemisferde keskin yavaş dalga paroksizmleri tarzında epileptiform anomali izlendi. Olası CJH tanısı ile takip edilen hastanın, takipleri esnasında diazepam, levatirasetam ve lakozamid tedavilerine yanıt vermeyen fokal status gelişmesi üzerine nöbet kontrolü ve havayolunun korunması amacıyla yoğun bakım ünitemize (YBÜ) nakil alındı. YBÜ'de nazal oksijen desteği ile takip edilen hastanın midazolam infüzyonu ile nöbet kontrolü sağlandı. YBÜ takibinin 10. gününde midazolam infüzyonu ihtiyacı ortadan kalkan, nöbet kontrolü sağlanan, şuru açık ve oral beslenen hasta kliniğe nakledildi. Hasta servis yatışının 9. gününde solunum yetmezliği, pnömöni ve sepsis tanıları ile tekrar YBÜ'ye kabul edildi. Entübe edilerek invaziv mekanik ventilasyon desteğine alındı. Meropenem ve Teikoplanin antibiyoterapilerine ek olarak vazopressör desteği de alan hasta, YBÜ yatışının 5.gününde kaybedildi.

Sonuç: CJH prevalansı milyonda bir olan nadir görülen bir hastalıktır (1). Heterojen bir kliniğe sahip olsa da hızlı progresyon gösteren demans hastalığının ilerlemesiyle baskın hale gelir. Hastalar semptomların başlangıcından sonraki bir yıl içerisinde kaybedilir (2). CJH vakalarının sadece %3 kadarı erken semptom olarak nöbetlerle kendini gösterir (3). Bu nöbetler genellikle konvulzif olmayan status epileptikus veya fokal epilepsi olarak ortaya çıkar (4). Biz atipik klinik prezentasyonu gösteren ve takipleri sırasında dirençli status nedeniyle YBÜ ihtiyacı gelişen, olası CJH tanısı olan vakayı sizlere sunmak istedik.

Anahtar kelimeler: Creutzfeld-Jakob Sendromu, Demans, Nöbet

MR



Şekil 1. Sunulan olgunun MR bulgusu

PS-48

ANJİOTENSİN DÖNÜŞTÜRÜCÜ ENZİM İNHİBİTÖRÜ İNTOKSİKASYONUNDA NALOKSON TEDAVİSİNİN YERİ

Alper Bayar¹, Hayriye Cankar Dal¹, Abdülaziz Aysel², Hasan Oktay Emir¹, Cihangir Doğu¹, Sema Turan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ACEI) intoksikasyonu hafif klinik tablodan hayati tehdit edici durumlara kadar geniş spektruma sahiptir. ACEI intoksikasyonunda aktif kömür, sıvı hidrasyonu, vazopressör ajanlar kullanılır. Nalokson tedavisinin ACEI intoksikasyonunda görülen endojen opioidlerin birikiminin yol açtığı vazoplejiyi engellemek amacıyla kullanılabileceği hakkında veriler bulunmaktadır (1). Ancak literatürde; nalokson tedavisinin klinik pratikte rutin kullanımı açısından yeterli öneri bulunmamaktadır. Bu olgu sunumuyla tedavisinde nalokson kullanılan ACEI intoksikasyonlu olgudaki deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 18 yaşında, 60 kilogram ağırlığında, komorbid hastalığı olmayan kadın hasta suicid amaçlı 60 adet 4mg benidipin (toplam 240 mg) ve 28 adet 30 mg zofenopril kalsiyum (toplam 840 mg) alımı sonrasında acil servise getirilmiş. Acil serviste mide lavajı yapılan ve aktif kömür verilen hastanın kan basıncının sıvı tedavisine rağmen düşük seyretmesi üzerine hastaya 2'li inotrop destek başlanmış. Bilinci kapalı hasta elektif olarak entübe edilmiş. Yoğun bakıma kabulü sonrası, 1.7 mcg/kg/dk dozda noradrenalin, 0.1 mcg/kg/dk dozda adrenalin, 10 mcg/kg/dk dozda dopamin infüzyonu alıyordu. Yoğun bakıma kabul edilen hastaya yüksek doz insülin öglisemi terapisi (0.5 u/kg/s dozda kristalize insülin infüzyonu ve 25 gr/s dekstroz infüzyonu dozunda) başlandı. Transtorasik ekokardiyogramında ventrikül fonksiyonları normaldi. Elektrokardiyogramı sinüs taşikardisi ile uyumluydu (nabız:117), iskemik değişiklik görülmedi. Taktipte sedasyon dozları azaltıldı. Hasta ekstübe edildi. İzlemede gelişen insülin duyarlılığı; kalsiyum kanal blokerleri ile zehirlenmenin etkilerinin azaldığını düşündürdü ve hastada kademeli olarak insülin infüzyonu dozu azaltılarak 48 saat içinde tedavi sonlandırıldı. Ancak hasta yoğun bakıma kabulünün üçüncü gününde 0.7 mcg/kg/dk dozda noradrenalin infüzyonu almaya devam ediyordu. Ulusal zehir danışma merkezi ile yapılan görüşme sonrasında ace inhibitörlerinin vazopleji yapabildiği öğrenildi. Benzer olgular içeren literatür taramaları sonrasında hastanın yüksek dozda vazopressör ihtiyacının intravenöz nalokson ile tedavi edilebileceği düşünüldü. Hastaya toplam 1.6 mg nalokson 3-5 dakikada bir 200 mcg dozunda uygulandı. Arter monitorizasyonu ile izlenen hastanın ortalama arteryel basıncı 65mmhg üstünde olması hedeflenerek takip edildi. Noradrenalin ihtiyacının nalokson uygulanmasının 3. saatinde 0.3 mcg/kg/dk dozda olduğu gözlemlendi. Nalokson uygulanmasını takip eden 24 saat içinde vazopressör ihtiyacı kalmadı. Yatışının 6. gününde hasta yoğun bakımdan göğüs hastalıkları servisine devir edildi.

Sonuç: ACEI intoksikasyonu hipotansiyon, akut böbrek yetmezliği, solunum sıkıntısı ve santral hipoperfüzyona bağlı mental durumda değişiklikler yapabilir (1). Nalokson opioidlerin kompetitif reseptör antagonistidir, genel kullanımda opioid doz aşımında kullanılır. Olgudaki hastamızdaki zorluk hastanın kalsiyum kanal blokerleri ve ACEI fazla dozda birlikte almasıydı. Olgumuzda ACEI etkisi endojen opioid sistem üzerine, özellikle enkafalinaz antagonizması üzerinedir. Bunun sonucunda enkafalin birikmesi ve biriken enkafalinlerin yol açtığı vazodepresör etki ön plandaydı (2,3). Aynı zamanda olgumuzda merkezi anjiotensin II aktivitesi inhibe olduğundan, nalokson uygulaması sonrasında sempatik aktivitede artış görüldü. Naloksonun hemodinami üzerine olumlu etkisi bu mekanizma ile açıklanabilir. ACEI intoksikasyonunda vazoplejik şok durumlarında endojen opioidlerin vazodepresör aktivitesini engellemek için nalokson kullanımı konusunda yapılacak çalışmalara ışık tutacağı kanısındayız (4).

Anahtar kelimeler: ace inhibitörü intoksikasyonu, nalokson, yoğun bakım, vazopressör

PS-49

YOĞUN BAKIMDA ŞİDDETLİ HEMOLİTİK KRİZDE COUPLED PLAZMA FİLTREASYON ADSORPSİYON (CPFA) TEDAVİ DENEYİMİ

Elif Çağlayan¹, Büşra Çetin Aslan¹, Ahmet Oğuzhan Küçük², Mehtap Pehlivanlar Küçük²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Giriş: Birleştirilmiş plazma filtrasyon adsorpsiyonu (CPFA), bir plazma adsorpsiyon devresini sürekli bir renal replasman tedavisi ile birleştiren bir detoksifikasyon sistemidir. Elli altı yaşında, NSAİ kullanımı sonrası şiddetli hemolitik kriz sonrası çoklu organ yetmezliği gelişmiş vakada CPFA deneyimimiz literatür eşliğinde sunulmuştur.

Olgu: Bilinen herhangi bir kronik hastalık öyküsü olmayan 56 yaşında kadın hasta, çoklu organ yetmezliği tablosunda yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Etiyolojiye yönelik sorgulamada diz ağrıları için son iki gün içinde birer adet diklofenak, ibuprofen ve feniramidol kullandığı, sonrasında karın ağrısı, kusma şikayetleri ile acil servise başvurduğu öğrenildi. Hastada ön planda nsai ve bilirubin toksisitesine bağlı akut böbrek hasarı ve toksik hepatit düşünüldü. Hasta anürik, bilinci konfü idi. Acil serviste bakılan kreatinin 3.65 mg/dL, ALT/AST 435/1101 U/L, total/direkt bilirubin 14.78/5.69 mg/dL, ldh 9397 U/L, crp 159 mg/L, pH 7.218, HCO₃-std/BE(ecf) 13.1/-13.6 mmol/L, pCO₂ 32.2 mmHg, lökosit 19.75 x10³/µL, trombosit 143x10³/µL, hemoglobin 10.9 g/dL, INR 2.19, d-dimer 36.22, fibrinojen 123, retikülosit %2.76, idrarda eritrosit/protein 500/100 saptandı. Detaylı laboratuvar değerleri tabloda verilmiştir. İstenebilen lepto-hanta tetkikleri negatif sonuçlandı. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Kollagen doku markerları, karaciğer otoantikörleri, VDRL negatifti. Başvuru günü anüri ve metabolik asidoz nedeniyle tekrarlayan seanslarla 6 defa hemodiyalize alındı, bilirubin yüksekliği, INR artışı, KCFT artışı nedeni ile ilk gün diyaliz sonrası hastaya Coupled Plasma Filtration Adsorption (CPFA) tedavisi uygulandı. CPFA sonrası KCFT, bilirubin değerlerinde anlamlı düşüş, şuurunda belirgin açılma oldu.

İndirekt hiperbilirubinemi, LDH yüksekliği, anemi, eritrosit-hemoglobin uyumsuzluğu, MCH-MCHC'nin yüksek değerleri hemolitik anemi, soğuk aglutinin hastalığını düşündürmekle birlikte akut dönemde coombs ve periferik yayma çalışılmamış olması sebebiyle hastanın tanısı netleştirilemedi. Akut dönemde bakılmamasına rağmen izlemde haptoglobulin düşük (0.04 (0.3 - 2)) saptanması hemolitik anemiyi desteklemektedir. Yatışında NSAİ ve bilirubin toksisitesine bağlı akut böbrek hasarı ve toksik hepatit düşünülmüş olmasıyla birlikte, mevcut durumun şiddetli hemolitik kriz ilişkili olması da muhtemeldir. Hasta 12 gün yoğun bakım yatışı sonrası nefroloji servisine devredilmiştir.

Sonuç: Diklofenak, ibuprofen ve feniramidol karaciğer toksisitesi, diklofenak ve ibuprofen otoimmün hemolitik anemi nedeni olabilir. CPFA, plazma ayırma işlemi ve sitokinlerin, inflamatuvar mediyatörlerin ve/veya toksinlerin adsorpsiyonunu içeren birinci aşama ve ardından volüm kontrolü ve suda çözünen küçük mediyatörlerin uzaklaştırılması için ikinci bir hemofiltrasyon aşamasını birleştiren bir ekstrakorporeal kan saflaştırma tedavisidir. Teknik sepsis ve septik şok tedavisi için geliştirilmiş olsa da karaciğer yetmezliği, rabdomiyoliz, şiddetli otoimmün alevlenmeler ve zehirlenmeler gibi durumlarda kullanımı ile ilgili deneyimler artmaktadır. Şiddetli hemolitik anemide, hemoliz durumunun neden olduğu gürültülü organ hasarı etkilerinin önüne geçilebilmesi için akut dönemde "CPFA" uygulanabilecek bir tedavi yöntemi olabilir, seçilmiş hastalarda klinik fayda sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: CPFA, Hemolitik anemi, Soğuk aglutinin hastalığı

Tablo 1. Hastanın yatış, klinik takip süreci ve taburculuk laboratuvar değerleri

Tarih	Hgb	Htc	Mcv	Mch	Mchc	Plt	Wbc	T/d Bil	Ldh	ALT/AST	Alb	Amonyak	Inr	Fib	dd	Kre	
23/05/22 BAŞVURU	10.9	4	114.3311	427.2	5143	19.75	14.78/5.69	9397	435/1101	43.6		2.19	123	36.22	3.65		
24/05/22 HD+ CPFA YAPILDI	7.2	6.3	115.2	122	114.3	74	16.06	19.81/9.79	7350	567/1226	36.5	90.2	>58.7	1.27	221.9	>36.22	5.31
25/05/22 HD	8.2	10.2	103	82.8	80.4	83	16.08	13.95/8.36	4026	335/383	33	55.1	0.93	261	>36.22	4.71	
26/05/22 HD	8.4	17.8	101.1	47.7	47.2	72	17.78	19.13/12.99	2539	263/134			0.83	312.12	>35.9	4.63	
27/05/22	8.1	18.9	97.4	41.8	42.9	62	17.94	17.34/9.71	1600	181/66	29.4	38.1	0.93	307.73	29.07	6.97	
28/05/22 HD	8.1	22.9	88.1	31.2	35.4	78	14.65	16.55/9.9	1542	125/40			0.79	388.17	15.38	6.12	
29/05/22	7.5	21.2	88.7	31.4	35.4	73	11.16	14.07/8.1		95/33			0.81	439.54	12.16	4.88	
30/05/22 HD	8.2	23.3	86.9	30.6	35.2	90	11.04	12.32/7.05	1017	69/28			0.85	411.52	8.76	6.65	
31/05/22 HD	8.3	23.7	88.1	30.9	35	111	11.17	11.07/6.14	916	52/24	30.4	41.3	0.84	448.48	8.56	7.94	
04/06/22	7.4	21.3	89.5	31.1	34.7	141	8.92			38/33						2.37	
06/06/22 NEFROLOJİ DEVİR	6.6	19.8	92.5	30.8	33.3	161	7.69	5.26/2.44	581	109/78	31					4.91	
04/07/22 TABURCULUK								1.39/0.45	191	19/19						1.56	

PS-50

MİLİYER TÜBERKÜLOZ VE YIKICI SONUÇLARI: MORTAL SEYREDEN BİR YOĞUN BAKIM VAKASI

Asiye Yılmaz¹, Aleyna Bektaş¹, Mehtap Pehlivanlar Küçük², Tefvik Özlü², Ahmet Oğuzhan Küçük²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Trabzon, Türkiye
²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Trabzon, Türkiye

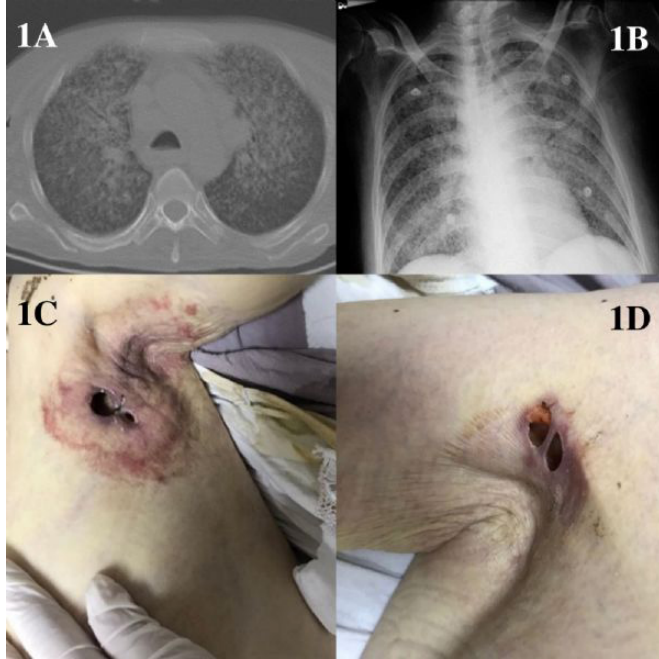
Giriş: Miliyer TB, tüm TB olgularının %1-2'lik kısmını oluşturmaktadır. Bağışıklık sistemini baskılayan ilaçların yaygın kullanımı ve Human Immunodeficiency Virus (HIV) olgularının artışı özellikle erken tanı konulamayan olguların hızla yoğun bakıma alınmasına ve mortal seyretmesine neden olur.

Olgu: İki aydır kilo kaybı, gece terlemesi ve ateş şikayetleri olan 50 yaşındaki hasta oral alımda azalma, yürümekte zorlanma, nefes darlığı ile göğüs hastalıkları servisine kabul edildi. Toraks BT'si miliyer tüberküloz ile uyumlu bilateral nodüler infiltrasyonlar (Resim 1A) olan hastanın periferik saturasyonu (SpO₂) %80 olması üzerine yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Fizik muayenesinde ekspiratuar ronküsleri ve bilateral axillar bölgede nekrotik cilt altına açılan akıntılı lezyonlar, görüldü (Resim 1C, Resim-1D). Hastanın başvuru laboratuvarında CRP:278.2, procalcitonin:12.91, ph: 7.465, pco₂:32.8 mmHg, po₂:43.8 mmHg, so₂:73.6 mmHg, hco₃: 24.3 mmol/L, laktat 23 mg/dL, hb:8,2 g/dL, trombosit 70000, lökosit 930 µL, nötrofil 830 µL idi ve akciğer grafisinde bilateral yaygın infiltrasyonları mevcuttu (Resim 1B). Eşinin 1 yıl önce tüberküloz ve HIV tanıları ile vefat ettiği ve tüberküloz nedeniyle 2 ay tedavi aldığı öğrenildi. Yoğun bakımda şok tablosunda iken resusite edilen ve sonrasında entübe edilen hastanın balgam ve koltuk altı sürüntü ARB sonuçları çıkmadan ampirik antitüberküloz tedavisine başlandı. Sürrenal yetmezlik şüphesi ile metilprednizolon tedavisi başlandı, çoklu inotrop/vazopressör ihtiyacı gelişti, takiplerinde hasta akut atrial fibrilasyona girdi. Tüm tedavilere rağmen yoğun bakım yatışının 3. gününde hasta kaybedildi. Ex olduktan sonra takip edilen sonuçlarında axillar bölge sürüntü örneğinde mycobakterium tuberculosis complex üredi, HIV doğrulama testi pozitif geldi. HSV-1, HSV-2 ve VZV sonuçları pozitif gözlemlendi.

Tartışma/Sonuç: Miliyer tüberküloz genellikle primer enfeksiyon esnasında oluşur. Kan yolu ile bütün vücuda yayılmış olan basiller, tipik miliyer lezyonlara yol açar. Bizim olgumuzdaki gibi erken tanınip tedavi edilmeyen

olgular ciddi sistemik çoklu organ tutulumları yanında nekrotik cilt fistüllerine de neden olabilir hatta bazen bu lezyonlarla tanı alabilirler. Akciğer grafisinde lezyonların görünür hale gelebilmesi için 1-2 ay gereklidir. ARDS ve sürrenal yetersizliği gibi komplikasyonların eşlik ettiği olgularda kortikosteroid eklenmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Milier tb, MODS, Nekrotik cilt lezyonları



Resim 1A,1B. Radyolojik PAAC ve HRCT görüntüleri
Resim 1C,1D. Ciltte fistülize nekrotik lezyonlar

PS-51

AKCİĞERİ TAMAMEN KAPATAN VE KALPTE DEPLESYONA NEDEN OLAN AMPİYEMİN NADİR BİR ETKENİ: GEMELLA MORBILLORUM

Yunus Emre Yüceyurt¹, Damla Nur Üstün², Kamil Gönderen¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Gemella morbillorum, insan orofaringeal, gastrointestinal ve ürogenital sisteminin doğal florasında bulunan mikroaerofilik gram pozitif bir koktur. Pulmoner veya plevral enfeksiyon etkeni olarak nadiren izole edilmekle birlikte sıklıkla endokardit gibi endovasküler enfeksiyonlar ve akut invaziv enfeksiyonlarla ilişkilendirilmiştir. Çoklu dental girişim öyküsü olan hastada gelişen ampiyemin plevral sıvı kültüründe Gemella morbillorum üremesi tespit edilen vaka sunulmuştur.

Olgu: Altmış üç yaşında görme engelli ve tek yaşayan erkek hasta yakınları tarafından evinde baygın durumda bulunmuş ve 112 aracılığıyla hastanemiz acil servisine getirilmiş. Başvurudan önceki birkaç gün içinde öksürük, ateş, burun akıntısı şikayetleri olmuş. Çoklu dental girişim dışında bilinen şikayeti ve görme engeli dışında eşlik eden hastalığı olmadığı öğrenilen hasta acil serviste solunum sıkıntısı ve metabolik asidoz nedeni ile entübe edilmiş. Hastanın acildeki laboratuvar tetkiklerinde WBC:33,68X106/L nötrofil:31, 17X106/L BUN:96 mg/dl, kreatin 2,23 mg/dl sodyum:151 mmol/l CRP:396 mg/dl prokalsitonin 23,16 ug/l olması dışında patolojik sonuç bulunmadı. İç hastalıkları yoğun bakım ünitesine entübe şekilde kabul edilen hastaya imipenem ve linezolid başlandı. Acil serviste çekilen

toraks BT'de sol hemitoraksı tamamen dolduran sol hemidiyaframı inferiora doğru deplase eden kalp mediastinal yapıları sağa deplase eden yer yer loküle içerisinde hava sıvı seviyelenmeleri bulunan ampiyem ile uyumlu plevral kolleksiyon izlendi. Toraks BT bulguları ile hastaya toraks tüpü yerleştirildi ve yaklaşık 3 saat içinde 1500 cc pürülan mayı boşaltıldı. Aşırı geleni önlemek için klemlenerek gün içinde 2000 cc ye tamamlandı. Hastanın pürülan mayisinden gönderilen hücre sayımında WBC:6179 106/L PMN:4569 106/L biyokimya mayide glukoz:0,2 mg/dl (40-70), protein:378 mg/dl(15-40), LDH: 7 U/l(10-40), trigliserit:0 saptandı. Kültür, mikroskopi ve ARB gönderildi. Plevral sıvı kültüründe gemella morbillorum üremesi saptandı. Hastanın antibiyotik tedavisinin 72. saatinde alınan kontrol plevral sıvı kültüründe üreme tespit edilmezken hücre sayısı 1500 lökosit/mm³'e gerilediği görüldü.

Hasta yatışından sonra iki kez kardiyak arrest oldu. Müdahale sonrasında spontan dolaşımı geri dönen hastanın takibine devam edildi. Çekilen kontrol PAAC grafi ve toraks BT'de ampiyemin gerilediği görüldü. Septik şoka bağlı kçft, bft yüksekliği ve metabolik asidozu olan hastaya yatışının üçüncü gününden itibaren CRRT desteği sağlandı. Günlük değerlendirilmede GKS:2+E olan hasta yatışının dokuzuncu gününde exitus oldu.

Sonuç: Gemella morbillorum orofaringeal bölgede yerleşimli bakteri olup insanlarda nadir hastalık etkenidir. Tekrarlanan kanal tedavilerinden sonra düzelmeyen kistleri olan dişlerde en sık görülen bakterilerdendir. Olguda uzun süredir mevcut olan çoklu dental girişim öyküsü sonucu ampiyem gelişimi saptanmıştır. Aspirasyon, kötü diş hijyenine bağlı gelişen anaerobik enfeksiyonda gidişat daha sinsidir ve hastaların tanı alması gecikebilmektedir. Sonuç olarak ampiyem etyolojisinde dental girişim gibi nedenlere bağlı nadir etkenler de akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: ampiyem, dental girişim, gemella morbillorum



Resim 2. Su altı drenajı ile boşaltılan ampiyem

PS-52

TOPLUM KAYNAKLI LEGIONELLA PNÖMONİSİ

Eren Mingsar, Kamil Gönderen

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yoğun Bakım Ünitesi, İzmir

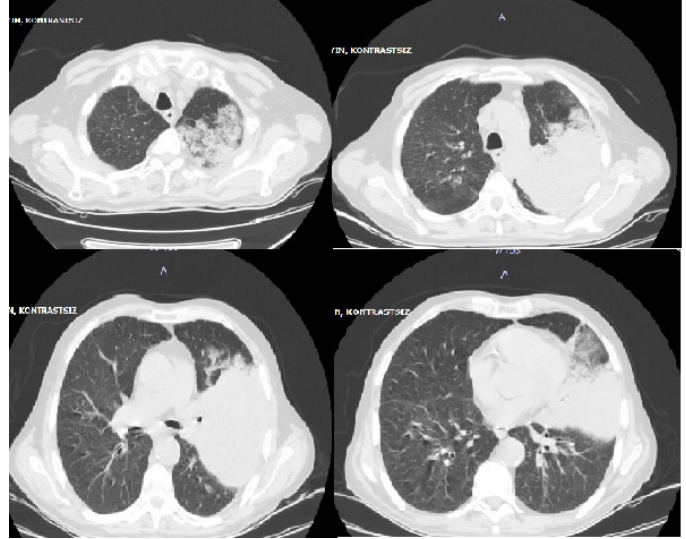
Giriş: Lejyoner hastalığı, hava yoluyla bulaşan, gram negatif bir bakteri olan Legionella pneumophila'nın neden olduğu bir pnömoneerdir. Legionella pneumophila, ilk olarak 1977'de ABD'de bir akut pnömone salgını sonrasında tanınmıştır. Baskın semptomlar genellikle ateş, öksürük ve nefes darlığıdır. Risk faktörleri arasında ileri yaş, sigara kullanımı, kronik akciğer, kardiyovasküler veya böbrek hastalığı ve immün yetmezlik yer alır. Hastane yatışı gereken Lejyoner hastalığı vakalarının %44'ünde yoğun bakım ihtiyacı olmakta ve mortalitesi yaklaşık %1-10'dur. Bu olgu sunumunda şiddetli pnömone ile seyreden bir Legionella pnömoneisi vakası anlatılmaktadır.

Olgu: 63 yaşında erkek hasta, bir aydır olan ve son 24 saatte artan nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Hastanın özgeçmişinde; astım, sarkoidoz ve sarkoidoz ilişkili üveit tanıları olup, son dört aydır azatiyopürin 50 mg kullanmakta olduğu öğrenildi. Tetkik ve tedavi amaçlı göğüs hastalıkları servisine yatırılan hasta yatıştan 1 gün sonra hipoksi gelişmesi üzerine entübe edilerek iç hastalıkları yoğunbakım kliniğine nakil alındı. Fizik muayenesinde; sol akciğerde solunum sesleri normal saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde; Üre:38, Kreatinin:1.65, Na:126 mmol/L, K:4.2 mmol/L, Hg:15.1 gr/dl, Wbc:5.9, Prokalsitonin:96, CRP:481, ALT:120, Kan gazında pH:7.23, Po2: 90 mm/hg, PCO2:31, HCO3:14 olarak saptandı. Toraks BT'de sol akciğerde lobar pnömone ve parapnömonik efüzyon görüldü. Toplum kökenli pnömone düşünülen hastaya, immünespresif tedavi alması nedeniyle ampirik meropenem ve levofloksasin tedavisi başlandı. Yoğun bakıma nakil sonrası gönderilen idrarda legionella pneumophila antijeni pozitif saptandı. Kan kültüründe üreme olmadı, endotrakeal aspirat kültüründe serratia marcesens üremesi oldu. Hasta mekanik ventilatörün SIMV basınç kontrollü modunda takip edildi. Septik şok tablosundaki hastaya ortalama arteriyel kan basıncı 65 mmHg olacak şekilde noradrenalin infüzyonu 2 mcg/dk ve intravenöz dengeli kristaloit başlandı. Takibinde kardiyak arrest gelişen ve kardiyopulmoner resütitasyona yanıt alınamayan hasta eksitus olarak kabul edildi.

Sonuç: Legionella infeksiyonunun en yaygın bulgusu pnömone olup, Lejyoner hastalığı olarak isimlendirilir. Legionella pneumophila insidansı toplumdan edinilmiş pnömoneilerde %1-30 arasında değişmektedir. Legionella pnömoneisi tanısı için solunum yolu nükleik asit PCR testi tercih edilen testtir. PCR yapılamayan merkezlerde idrarda antijen testi kabul edilebilir bir alternatiftir. Sunduğumuz hastada Legionella pnömoneisi kesin tanısı idrarda Legionella antijen testinin pozitifliği saptanmasıyla kondu. Legionella infeksiyonunun tedavisinde levofloksasin veya azitromisin ilk tercih ilaçlardır. Legionella pnömoneisi alternatif ilaçlar moksifloksasin, siprofloksasin, makrolidler ve tetrasiklinlerdir. Lejyonella pnömoneisi immünespresif, ileri yaş, sigara kullanan ve kronik akciğer hastalığı olan, ciddi pnömone ve eşlik eden hiponatremi durumlarında ayırıcı tanıda akıldan bulundurulmalıdır. Erken ampirik tedaviye başlanarak doğrulayıcı testlerin gönderilmesi daha iyi klinik sonuçlar alınmasını sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Hiponatremi, Legionella pneumophila, Pnömone

Toraks bilgisayarlı tomografide sol akciğerde yaygın konsolidasyon alanları



PS-53

METANOL ZEHİRLENMESİNİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU OLAN SUBARAKNOİD KANAMA OLGUSU

Merve Tekinyıldız¹, Derya İnsal Saygılı¹, Mehmet Yıldırım², Meltem Şimşek²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

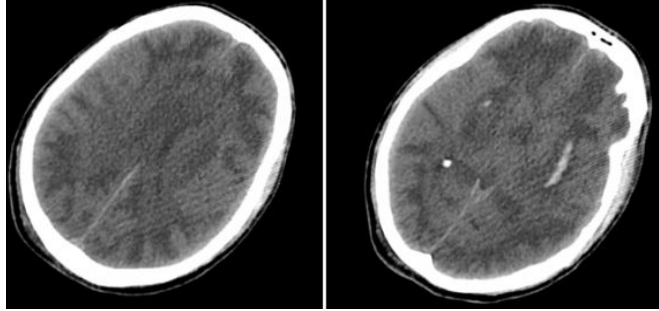
Giriş: Metanol çok küçük miktarlarda bile körlüğe ve ciddi nörolojik semptomlara neden olan oldukça toksik bir ajandır. Erişkinlerde saf metanolün 20 ml dozda alınması mortal kabul edilmektedir. Hastalar genellikle karın ağrısı, bulantı, kusma, baş ağrısı ve görme bulanıklığı ile hastaneye başvururlar. Metanol intoksikasyonunda bilateral putaminal nekroz radyolojik olarak sık görülmekle birlikte serebral hemoraji nadir görülmektedir. Biz de burada yüksek doz metanol alımı sonrası nörolojik bulgularla acil servise başvuru takiplerinde subaraknoid kanama (SAK) gelişen bir vakayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan 31 yaşında erkek hasta yaklaşık 150 ml kolonya içtikten sonra yakınları tarafından acil servise getirildi. Başvurusunda bilinç bulanıklığı ve görme bozukluğu olan hastada ön tanı olarak metanole bağlı intoksikasyon düşünüldü. Hasta Yoğun Bakım Ünitesine kabul edildi. Takipneik olan ve takibinde bilinç durumu bozulan hasta entübe edilerek inotrop ilaç desteği altında takip edildi. Hastanın yoğun bakıma kabulünde ph: 6.91, HCO3: 5.4 idi. Tetkik sonuçlarında ciddi metabolik asidozu olan hasta ivedilikle sürekli renal replasman tedavisine (CRRT) alındı ve eş zamanlı olarak hastaya intravenöz (iv) etil alkol tedavisi başlandı. Çekilen elektrokardiyografisinde (EKG) düzeltilmiş QT mesafesi 541 msn olarak hesaplandı. Takiplerinde inotrop ihtiyacı kalmayan ve spontan solunumu olan hastada ekstübasyon planlandı. Ani gelişen hipotansiyon ve bradikardi sonrası hastanın yapılan fizik muayenesinde pupillerin fiks dilate görüldü ve ağrılı uyarana yanıt izlenmedi. Etiyoloji aydınlatmak amacıyla çekilen kontrastsız beyin bilgisayarlı tomografisi (BT) subaraknoid kanama ile uyumlu geldi (Şekil 1). Hastaya 4x8 mg dekort tedavisi başlandı. Takiplerinde gag refleksinin olmaması ve sedasyon almamasına rağmen sponran solunumunun olmaması beyin ölümünü düşündürdü. Hastaya apne testi yapıldı. Apne testi pozitif olan hastanın anjiyografi (DSA) sonucunda serebral perfüzyon gözlenmemesi üzerine hasta beyin ölümü olarak değerlendirildi.

Sonuç: Metanol intoksikasyonu nadir görülen ve son derece tehlikeli bir zehirlenme şeklidir. Hızlı teşhis edilip tedavi edilmezse genellikle mortal seyrederek. Biz bu vakada tedaviyi de başarılı bir şekilde vermiş olmamıza rağmen metanole bağlı gelişen nadir bir komplikasyona rastladık. Metanol zehirlenmesinde kanama ve nekrozun kesin mekanizması hala bilinmemektedir. Literatürdeki diğer olgu sunumlarında metanol intoksikasyonuna bağlı bilateral putamen ve tentorial kanama, interventriküler kanama ve SAK gelişimi gözlenmiş ve hastaların hepsi kaydedilmiştir. Metanol zehirlenmelerinde ani gelişen hipotansiyon ve bradikardi gibi bir klinik durum gözlemlendiğinde subaraknoid kanama mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: beyin ölümü, metanol zehirlenmesi, subaraknoid kanama

SAK gelişen hastanın beyin BT görüntüleri



Tablo 1. Hastanın başvuru ve beyin ölümü tanısı aldığı gün laboratuvar değerleri

Parametreler	Başvuru anındaki değerler	Beyin ölümü anındaki değerler	Referans Aralığı
pH	6,91	7,38	7.35- 7.45
hCO ₃ mmol/L	5,4	23,4	21-26
Üre mg/dL	10,8	24	19-49
Kreatinin mg/dL	1,49	1,59	0,7-1,2
Sodyum mmol/L	140	155	136-145
Potasyum mmol/L	5,10	3,53	3,5-5,1
Alanin aminotransferaz U/L	35,3	50	0-40
Aspartat aminotransferaz U/L	27,4	23	0-41

PS-54

YOĞUN BAKIMDA ÇOKLU ORGAN YETMEZLİĞİ VE ŞOK NEDENİ OLARAK NADİR BİR HASTALIK: "VİSSERAL ZONA"

Tanay Özkan¹, Lala Alizade², Ali Osman Metintaş³, Mehtap Pehlivanlar Küçük⁴

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

³Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Trabzon

⁴Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Trabzon

Giriş: Varicella zoster virüsü primer hastalıkta ve sekonder reaktivasyonda iki farklı kliniğe neden olabilir. Herpes zoster, suçiçeği sırasında duyu ganglionlarında latent kalan VZV'nin reaktivasyonu sonucu genellikle unilateral, bir veya 2 dermatomu tutan ağrılı veziküler döküntülerle prezente olur. Vücut döküntüleri yanında nadir olarak aseptik menenjit, ensefalit, periferik nöral miyopati, myelit, Guillain-Barre sendromu, herpes zoster oftalmikus, akut retinal nekrozis, herpes zoster oticus gibi bulgularla prezente olabilir.

Kırkyedi yaşında kadın atipik zona prezentasyonu ile yoğun bakım ünitemizde takip edildi, olgu detayları literatür eşliğinde sunuldu.

Olgu: Kırk yedi yaşında, kadın, tip 2 diyabet, hipotiroidi, tanıları olan hasta yoğun bakım ünitemize kabulünden 2 hafta önce boyunda şişlik ve döküntü nedeni ile hospitalize edilerek takip edilmiş. Takibinde zona ön tanısı ile brivudin, asiviral başlanmış ancak döküntülerde artış, kusma, yoğun ishal ve genel durum bozukluğu da olunca tedavisine ampirik olarak meropenem ve vankomisin eklenmiş. Başvurusunda alınan tüm vücut kültürleri negatif olan hasta şok tablosunda, yüksek doz pozitif inotrop ile yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Yatışının 2.günü hastada ensefalit tablosu gelişti. Toraks BT'de bilateral pleural efüzyon dışında patoloji olmayan hasta, takipneik hipoksemik olması üzerine entübe edildi. Entübasyon sonrası akut hızlı ventrikül yanıtı atrial fibrilasyonun medikal tedavi yanıtı olmadığı olunca kardiyoversiyon yapıldı. Yatışın 3. gününde hemodinamik instabilite ve Evre-4 akut kidney injury(AKI) gelişmesi üzerine hastaya sürekli renal replasman tedavisi(CRRT) başlandı. VZV nedeni ile almakta olduğu asiklovir tedavisi visseral zona tutulumu düşünülerek intravenöz renal doz ayarı ile uygulanmaya devam edildi. Asiklovir tedavisi altında gönderilen VZV IgG664,954U/1 (pozitif), IgM0,090S/CO (negatif) sonuçlandı. Göz bakısında sağ gözünde retinal hemorajiler saptandı. Beyin BT/MR normaldi. ANA zayıf pozitif, AMA M2 zayıf pozitif olan hastada anamnez derinleştirildiğinde immünoloji bölümünce vaskülit düşünülmedi.

Cildiye tarafından değerlendirilen hastanın dermatolojik muayenesinde; boyun sol lateralde, meme üzerinde, orta hatta kesilen ve ayrıca sol skapula hizasında eritemli makül ve yamaları mevcuttu, vezikül izlenmedi, lezyonlardan bakılan direkt mikroskopisi negatifti. Tipik vezikül, püstül izlenmemesine rağmen hastanın unilateral dermatomal yerleşimli döküntüsü ve öncesindeki semptomları, septik durum ve şüpheli ensefalit tablosu mevcut olması sebebiyle olası visseral zona tutulumu düşünülerek IV asiklovir tedavisine devam edildi, dramatik yanıt alındı. Yatışının 11. gününde ekstübe edilen hasta, cildiye servisine devredildi.

Sonuç: Yoğun bakıma ensefalit tablosu, ishal, kusma, akut böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği ve cilt döküntüleri ile alınan hastalarda ön tanılar arasında "visseral zona" düşünülmelidir. Benzer klinikle başvuran zona hastaları immünsupresif olmasalar dahi çoklu organ yetmezliği ve şok tablosu ile başvurabilirler. Böyle hastalarda ön tanılar arasında zonanın çoklu organ tutulumu düşünülmeli mortaliteyi engellemek için ampirik IV asiklovir ivedilikle başlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: ensefalit, herpes zoster, retinal hemoraji, visseral zona

Tablo 1. Hastanın yatış, klinik takip süreci ve taburculuk laboratuvar değerleri

Laboratuvar sonuçları	Yatış	Taburculuk
Kreatinin (mg/dl)	2,53	0,56
BUN(mg/dl)	44	24
Na(meq/L)	136	135
K(meq/L)	4,2	4,3
Ca(mg/dl)	7	7,4
Hb(g/dl)	8,3	8,2
Hct(%)	27,9	25,6
Lökosit($10^3/\mu\text{L}$)	27,9	10,65
Trombosit($10^3/\mu\text{L}$)	229	343
PTT(sn)	16,46	11,21
aPTT(sn)	33,35	24,55
INR	1,39	0,93
AST(U/L)	123	36
ALT(U/L)	118	103
LDH(U/L)	414	328
24 SAAT İDRAR TETKİKLERİ	Albumin Atılımı: 0,05 gr/gün Protein Atılımı: 1,08 gr/gün Sodyum Atılımı: 19,34 gr/gün Kreatinin Klerensi: 69,44 ml/dk Protein/Kreatinin: 1,09 Albumin/Kreatinin: 0,05	Albumin Atılımı:0,05gr/gün Protein Atılımı:1,15 gr/gün Sodyum Atılımı:27,22 gr/gün Kreatinin Klerensi:106,65 ml/dk Protein/Kreatinin: 1,33 Albumin/Kreatinin: 0,06
TİT	pH: 5 Dansite: 1.011 Glukoz: > 1000 Protein: 0 Eritrosit: 25	pH: 7,5 Dansite: 1.016 Glukoz: 250 Protein: 0 Eritrosit: 10
Bilirubin(total/indirekt) (mg/dl)	2,37/1,39	0,96/0,27
GGT(U/L)	44	124
D-Dimer(mg/L)	27,49	3,55
CRP	420,5	124,2

Hastanın yoğun bakımımıza yatışına ve taburculuğuna ait laboratuvar değerleri

PS-55

METİL ALKOL İNTOKSİKASYONUNA BAĞLI GELİŞEN BİLATERAL PUTAMEN NEKROZU: VAKA SUNUMU

Barış Tırman, Özge Kuzgun, Kezban Özmen Süner, Yaşar Cırdı

Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş: Metil alkol özellikle son yıllarda yasa dışı içki yapımında kullanılan, tüketildiğinde santral sinir sistemi tutulumundan ölüme kadar giden ağır tablolara neden olan toksik bir alkol türüdür. Metil alkol intoksikasyonuna bağlı bilateral putamen nekrozu gelişen olguyu nadir görülmesi nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

Olgu: 53 yaşında kadın, kronik alkol kullanım öyküsü olan hasta acil servise genel durum bozukluğu ve görme bozukluğu şikayeti ile getirilmiş.

Hastanın acilde alınan kan gazında artmış anyon gapli metabolik asidozu mevcut olması ve evde kendi alkolünü yapması nedeniyle hastada ön planda metil alkol intoksikasyonu düşünüldü. Hasta metil alkol intoksikasyonu ön tanısı ile yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Hasta yoğun bakıma alındığında, GKS: 8, entübe mekanik ventilatörde SIMV modunda takipli idi. Hasta 2 kez acil hemodiyalize alındı. Zehir danışma ile iletişime geçilerek intravenöz (IV) %10 Etil alkol temin edildi ve hastaya 8 ml /kg yükleme, 2 ml /kg idame olacak şekilde santral venöz yoldan IV %10 etil alkol verildi. Etil alkol düzeyi 100-150 mg/dl olacak şekilde takip edildi. Hastaya kalsiyum folinat 6x50mg başlandı. Kan gazında metabolik asidozu düzelinceye kadar IV etil alkol tedavisine devam edildi. Hastanın takiplerinde sedasyonu kesilmesine rağmen tam uyanıklık hali olmaması üzerine hastaya beyin BT çekildi. Beyin BT'de bilateral putamenlerde hiperdens odaklar içeren hemorajik nekrozu düşündürür yaygın hipodens lezyonlar izlendi ve nörolojiye danışıldı. Nöroloji tarafından metil alkol intoksikasyonuna bağlı putamen nekrozu düşünüldü, takip önerildi. Takiplerinde bilinci açılan ve weaning için uygun olan hasta ekstübe edildi. Görme problemi devam eden hasta göz hastalıklarına danışıldı. Göz dibi muayenesinde sağ optik disk silik olarak izlendi ve retina birimine poliklinik kontrolü önerildi. Oksijen desteği ile takip edilen yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hasta dahiliye servisine devredildi. İki gün servis takibi sonrası hasta taburcu edildi.

Sonuç: Metil alkol intoksikasyonuna bağlı santral sinir sistemi bulguları, letarji, baş ağrısı, vertigo, ekstrapiramidal bulgular, kraniyal sinir tutulumları, epileptik nöbetler ve komadır. Santral sinir sistemi tutulumu olan hastalarda bilateral putamende dejenerasyona ait nekroz görülebilir. Nadir görülen bu bulgunun metil alkol intoksikasyonuna bağlı olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Methyl Alcohol, toxicity, putamen

PS-56

AMFETAMİN ZEHİRLENMESİ VAKALARINDA YOĞUN BAKIM DESTEĞİ

Çilem Bayındır Dicle, Songül Binay, Dilek Kazancı, Berrin Er, Cihangir Doğu, Burcu Tekgül

Ankara Şehir Hastanesi

Giriş: Zararlı etkileri bilindiği halde uyuşturucu maddeye karşı duyulan sürekli alma isteğinin aşılammaması kişinin madde kullanma alışkanlığından vazgeçememesi hâli madde bağımlılığı olarak tanımlanır. Amfetamin SSS'de dopaminerjik reseptörleri indirekt bir şekilde etkileyerek öfori yapan, uykusuzluğa, yorgunluk ve açlığa karşı dayanıklılığı arttıran ve iştahı azaltan psikostimulan ilaçlardır. Karaciğerden metabolize olurlar ve böbreklerden atılırlar. Kronik kullanımı, hipereksitasyon, hallüsinasyon ve psikoza yol açar. Toksikasyonunda ise yüksek ateş, hipertansiyon, aritmiler, subaraknoidal ve intraserebral kanamalar Paranoya, taşikardi, hipertansiyon, hiperpireksi, diaforezis, piloereksiyon, midriazis, hiperrefleksi, nöbet izlenebilir. Ciddi olgularda hipotansiyon ve disritmiler olabilir, amfetamin aşırı dozlarında rabdomyoliz, koagülasyon bozuklukları ve hepatik yetmezlik gibi çok ciddi yan etkileri vardır.

Olgu: 33 yaş, 24 yaş ve 36 yaş 3 erkek hasta, entübe olarak yoğun bakıma amfetamin intoks olarak gks; 7, gks; 5 ve gks 6 olarak yoğun bakıma alındı. Beyin BT lerinde patoloji saptanmayan vakaların ikisinde çekilme sendromları ve konvüzyonlar görüldü, nöroloji ve psikiyatri önerileri ile benzodiazepin başlandı. Vakalardan birinde akut böbrek yetmezliği, metabolik asidoz tablosu gelişmesi nedeniyle diyalize alındı. Vakaların ikisi trakeostomiden extübe edildi. Trakeostomiden dekanüle edilenlerden biri peg ile olmak üzere gks; 10-11 olarak taburcu edildi. Üçüncü vaka direk extübe edildi ve antikoagülasyon başlanarak gks 15 olarak taburcu edildi

Sonuç: Amfetamin İntoksikasyonlarında yoğun bakım endikasyonları; Bilinç değişikliği, havayolu korunmasını sağlamak, ciddi ve durdurulmayan konvülsiyonlar, PaCo₂>45 mmHg, PaO₂<60 mmhg, aritmiler, QRS uzaması, ikinci ve üçüncü derece AV blok, sistolik kan basıncı <90 mmhg altında olmasıdır.

İlk olarak havayolu, solunum ve dolaşım değerlendirilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır. Semptomatik ve destekleyici tedavi, hipertermi gelişen hastalarda eksternal soğutma uygulanmalı, parasetamol verilmelidir. Halusinasyon, ajitasyon ve nöbetlerde benzodiyazepinler verilmelidir. Hipertansiyon ve taşikardi sıklıkla benzodiyazepinlere iyi yanıt verir. Hipertansiyon için beta-blokörler (örn. propranolol) yararlı olabilir. Sedasyonla kontrol altına alınamayan hipertansiyon için kalsiyum kanal blokerleri verilebilir. Konvülsiyonlar, sodyum tiyopental gibi kısa etkili barbitüratlarla kontrole alınır. Ciddi kas spazmları varsadantrolen yararlı olabilir. Rabdomyoliz varsa rehidratasyon (ör. %0,9 NaCl), idrar alkalinizasyonu yararlı olabilir. Hiponatremi ve/veya diğer elektrolit anormallikleri için sıvı tedavisi kristaloit sıvılarıyla (ör. %0,9 NaCl) yararlı olabilir. Tedaviye yanıtız vakalarda nadiren de olsa diyaliz gerekebilir. Tüm vakalar yaşamsal bulguları stabil ve asemptomatik olana kadar takip edilmelidir. Madde kullanım bozukluğu açısından psikiyatrik değerlendirme sağlanmalıdır. Zamanında müdahale edildiğinde tedavi başarısının yüksek olduğu bu hastalık grubunda gerek acilde ve gerekse ilgili klinik ve yoğun bakım ünitelerinde intoksikasyonun türüne göre tedavi protokollerinin iyi bilinmesi durumunda başarı oranları daha da yükselecektir

Anahtar kelimeler: amfetamin, yoğun bakım, zehirlenme

PS-57

COVID YOĞUN BAKIMLARDA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN COVID-19 AŞISINA İLİŞKİN TUTUMU VE AŞI TEREDDÜTÜ: KAYSERİ ŞEHİR HASTANESİ DENEYİMİ

Ali Sarı¹, Ali Yeşiltepe², Esmâ Eren Yılmaz², Recep Civan Yüksel³

¹Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi

²Kayseri Şehir Hastanesi

³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Covid pandemisi başladıktan sonra ülkemiz aşı erişimi sağlayınca sağlık personeli, sağlık bakanlığı tarafından COVID-19 aşısı için öncelikli grup olarak belirlenmiştir. Aşılama zorunlu değildi ama şiddetle tavsiye edildi. Pandeminin artış dönemlerinde hastanemiz yoğun bakımlarının çoğu covid yoğun bakım olarak organize edildi. Yoğun bakım çalışanlarının aşı olma tutumlarını değerlendirmek için şubat-mart 2022 de covid yoğun bakımlarda çalışan hekim ve hemşirelere yönelik anonim çevrimiçi bir anket gerçekleştirdik. Bu sırada sağlık bakanlığı sağlık çalışanları için 5 doz aşı tanımlamıştı.

Amaç: Bu çalışmada özellikle sosyal medyada karşılaştığımız şiddetli aşı karşıtı insanların covid 19 enfeksiyonlarının en ağır formunu gören ve sağlık konusunda en eğitilmiş kısım olan yoğun bakım çalışanlarında yansımaları var mı sorusuna cevap aramaktır.

Yöntem: 39 sorudan oluşan anket elektronik olarak hastanedeki yoğun bakım çalışanlarına (hekim ve hemşire) çevrimiçi gönderilmiştir. Anketi doldurmak gönüllülük esasına dayalıydı ve dolduranların isimleri sorulmadı. Sorular, aşılar karşı genel düşünce, tavır, COVID-19 aşısı hakkında genel görüşler, çalışanların covid 19 hastalığı ile ilgili deneyimi, covid 19 aşısı ile ilgili kişisel görüşlerine odaklandı. Yanıtlar, tek değişkenli ve çoklu lojistik regresyon yöntemleri kullanılarak analiz edildi. 5 ve 4 doz aşılı olanlar tam aşılı, 3 ve daha az doz olanlar eksik aşılı olarak tanımlandı.

Bulgular: Toplam 127 yoğun bakım çalışanı anketi tamamladı (%47,3 yanıt oranı) ve katılanların %33,9'u erkekti (n:43) Cevaplayanların %26,7'si (n:34) hekim, 93'ü yoğun bakım hemşiresidir. Ankete katılanların %33,8'i

tam aşılı ve %6,2'si (n:8) hiç aşı olmamıştı. %23,6 2 doz aşılı, %30,7 3 doz aşılı idi. Doktorların %50'si tam aşılı iken (n:17), hemşirelerde bu oran %27,9 (n:26). Çocuğumun aşı takviminde yer alan tüm aşıları yaptırmaması gerektiğini düşünüyorum diyenlerin %97,7'si tam covid aşılı iken, aşısı eksik olanlardan %7,1'i çocukluk çağı aşılarına karşıydı, %9,5 bu aşılar karşı tereddütlüydü. Covid aşısı eksik olanların %25'inin hepatit B aşıları da eksikti. Covid geçirenlerin %58,3'ünde covid aşısı eksikti. Aşısı eksik olanların %39,2'si uzmanlardan aldığı bilgiye güvenmediğini belirtti. Ankete katılanların %60 dan fazlası daha fazla bilgiye ihtiyacı olduğunu belirtti. Eksik aşılı grupta aşıların ciddi yan etkisinden korkanlar %52,2 iken, tam aşıllarda bu oran %27,9'du. Eksik aşılı grupta aşıların içeriğinin dini inanca aykırı madde olabileceğini düşünenler %26,2 iken tam aşılı grupta bu oran %7'yd.

Sonuç: Aşı reddi ve aşı tereddütü son yıllarda giderek artan özellikle çocukları tehdit eden küresel sağlık sorunudur. Yoğun bakımda çalışan görece kıdemli sağlık çalışanlarında da bu tereddütü ve hatta karşıtlığı görmek çok şaşırtıcı olsa da toplumun iknası noktasında öncelikle sağlık çalışanlarından başlayarak eğitimde ısrarcı olmak gerekmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe aşı kabul oranı da yükselmektedir.

Anahtar kelimeler: Aşı, Aşı reddi, Aşı tereddütü, Covid 19

PS-58

YOĞUN BAKIMDA BRONKOSKOPİ UYGULAMASINDA SEDOANALJEZİ İÇİN PREGABALİN KULLANIMI: OLGU SUNUMU

Emine Kaya Çubuk¹, Aslı Alkan¹, Canan Gürsoy¹, Hüseyin Oğuz Yılmaz², Sinan Pektaş³

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Yoğun Bakım BD

²Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği

³Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Algoloji BD

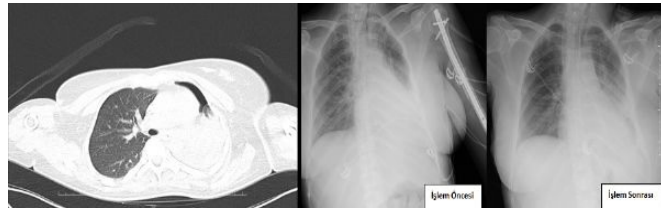
Giriş: Yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) uygulanan girişimsel işlemlere bağlı ortaya çıkan ağrı hemodinamik instabiliteye neden olurken, bu işlemler sırasında uygulanan sedoanaljezik ajanların da yan etkileri ile karşılaşılmaktadır. Kullanılan ajanlara bağlı olarak solunum depresyonu, uzun derlenme süresi, kardiyovasküler sistem etkileri mortalitede artışa, uzun yoğun bakım yatış sürelerine neden olmaktadır. Bu nedenle YBÜ'de özellikle spontan solunumdaki hastalarda uygulanacak sedoanaljeziklerin seçiminde; ilaç-ilaç etkileşimleri de göz önünde bulundurularak, hemodinamik ve respiratuar sistem üzerine minimal etkili olanlar tercih edilmelidir. Bu olgu sunumunda YBÜ'de fiberoptikbronkoskopi (FOB) uygulamasında sedoanaljezi için pregabalın kullanımını literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu: AİTK'ya bağlı talamus hemorajisi, diafragma rüptürü ve humerus fraktürü nedeniyle YBÜ'de takip edilen 27 yaş, kadın hastada sol akciğerde total atelektazi sebebi ile FOB planlandı (Şekil 1). İşlem öncesi hastanın muayenesinde E4M4-5V2, taşikardik (128-135/dk), normotansif, solunum sayısı 20-24/dk, difüzyon maske 4lt/dk oksijen desteğinde SpO₂%94-97 olarak değerlendirildi. FOB'tan 30dk önce 300 mg pregabalın NG yolu ile verildi. İşlem esnasında farenkse %2'lik lidokain sprey uygulandı ve 30 mg propofol intravenöz olarak verildi. İşlemden ek doz propofol ihtiyacı olmayan hastanın SpO₂ ve solunum sayısı normal sınırlarda olup, hemodinamisi stabil seyretti (Tablo 1).

Sonuç: Pregabalın anksiyolitik, analjezik etkisi olan, GIS'ten hızlı emilen ve iyi tolere edilen bir ajandır. Oral alımdan bir saat sonra peak plazma konsantrasyonuna ulaşılır. Karaciğer enzim sistemi ile etkileşmemesi, metabolize olmadan böbrekten atılması, ilaç etkileşimi ve yan etki sıklığını

azaltılmaktadır. Pregabalinin entübasyon yanıtı, postoperatif ağrı ve analjezik tüketimi üzerine etkisini değerlendiren pek çok çalışma mevcuttur. FOB sırasında premedikasyon amaçlı pregabalinin kullanıldığı bir çalışmada; pregabalin verilen grubun sedasyon skoru daha yüksek, analjezik ihtiyacı, derlenme süresi, öksürük skoru, kalp hızı ve ortalama arter basıncı daha düşük olup, hastaların ve uzmanların memnuniyeti daha yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak; YBÜ'de premedikasyon olarak kullanılan pregabalinin; anestezi ajan miktarını azaltması, hızlı derlenme sağlanması, hemodinamik etkilerinin daha az olması sebebi ile hasta ve doktor konforunu arttıracak bir ajan olduğu görüşüyle.

Anahtar kelimeler: pregabalin, fiberoptikbronkoskopi, sedoanaljezi, yoğun bakım



Resim 1. Toraksın BT Görüntülemesinde Atelektatik Sol Akciğer Görüntüsü ve İşlem Öncesi-Sonrası Akciğerin Direk Grafi Görüntüleri

Tablo 1. Hastanın hemodinamik parametre verileri

	Pregabalin öncesi	FOB öncesi	FOB 10. Dk	FOB sonrası
Sistolik Arter Basıncı (mmHg)	134 mmHg	114 mmHg	132 mmHg	121 mmHg
Diastolik Arter Basıncı (mmHg)	72 mmHg	62 mmHg	77 mmHg	74 mmHg
Kalp Atım Hızı (/dk)	132/dk	118/dk	127/ mmHg	119/dk
SpO2	%97	%98	%97	%98
Solunum Sayısı	28/dk	26/dk	28/dk	22/dk
RASS*	+1, +2	0, +1	-1, 0	0, +1

RASS*: Rischmond ağrı ve sedasyon skalası

PS-59

COVID-19 AKCİĞER TUTULUMUNDA NİNETANİB TEDAVİSİ

Aytül Coşar Ertem¹, Ayşenur Koldaş², İlkay Ceylan³

¹Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Dahiliye Ana bilim dalı, Yoğun Bakım Ünitesi

²Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Dahiliye Ana bilim dalı

³Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Ana bilim dalı, Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş: SARS-CoV-2 virüsü, günümüz pandemisinin ana kahramanı olup sıklıkla şiddetli solunum yetmezliğine (ARDS) neden olmakta ve malesef tedavisi hala net değildir (1). Covid-19 pnömonisinin radyolojik görünümü; yamasal-bilateral multilobüler buzlu cam tutulumlar şeklindedir (2). Covid-19 enfeksiyonunun asemptomatik seyirinde bile, akciğer fibrozisi geliştirme insidansı %2-6 olarak tahmin edilmektedir (3). Bu olgu sunumunda, akciğer fibrozisinde etkili olabileceği düşünülen nintedanib medikasyonu sonrası, elde ettiğimiz sonucu sunmayı amaçladık.

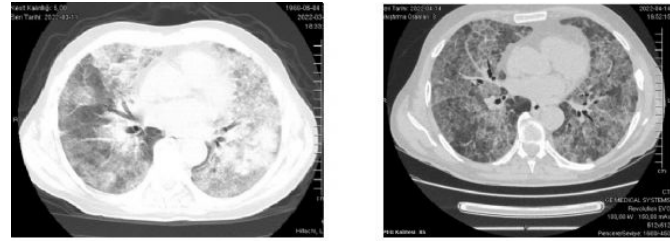
Olgu: 53 yaşında, bilinen hipertansiyon, alkolizm öyküsü olan hasta acil servise; nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Hastanın başvuru anında, solunum sayısı 33/dk, parmak ucu saturasyonu: 90 (10 lt/dk rezervuarlı maske ile oksijen desteğinde); crp: 498 mg/dl, prokalsitonin:0.07 ng/ml. Covid-19 PCR sonucu: negatif olduğu halde, Toraks BT'sinde bilateral yaygın buzlu cam alanları mevcuttu. Hasta; Covid-19 pnömonisi şüphesiyle yoğun

bakım ünitesine alındı, desatüre olması üzerine yüksek akımla oksijen terapi / aralıklı Noninvaziv mekanik ventilasyon (CPAP) tedavisine başlandı. Hastanın tedavisine, piperasilin tazobaktam 3*4.5 gr/gün ve 40mg metilprednizolon eklendi. İlerleyen günlerde kültür sonucuna göre antibiyoterapi; meropenem 3*1 gr/gün olarak değiştirildi. Yatışının 8.gününde hastaya, akciğer fibrozisine yönelik nintedanib 1*150 mg/gün olarak başlandı ve 13 gün süresince verildi. Yatışının 17. günü, nazal kanülle oksijen desteğinde göğüs hastalıkları servisine devredildi. Hasta göğüs hastalıkları servisinde tedavisi düzenlenerek, 27 günlük toplam yatış süresi sonrası ayakta taburcu edildi.

Sonuç: Nintedanib; idiyopatik pulmoner fibroz (IPF) ve diğer ilerleyici fibrotik akciğer hastalıklarında, yaşam beklentisini arttıran antifibrotik bir ilaçtır. Nintedanibin antifibrotik aktivitesi, trombosit kaynaklı büyüme faktörü (PDGF) ve fibroblast büyüme faktörü (FGF), dönüştürücü büyüme faktörü beta (TGF) dahil olmak üzere profibrotik araçların inhibisyonu ile ilişkilidir (3,4).

Hastamızda, akciğer tomografilerinde görüldüğü üzere; 13 günlük nintedanib sonrası akciğer tutulumunun belirgin gerilediği gözlenmiştir. Fakat bu regresyonun yalnızca nintedanib değil, medikal destek tedavisi ile beraber olduğunu düşünmekteyiz. Nintedanib tedavisi için halihazırda devam eden klinik çalışmalar olsa da; hem sayıca klinik çalışmaların artırılması hem de yeni çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: nintedanib, COVID-19 pnömonisi, ARDS



Şekil 1. Hastanın yatışı boyunca çekilen Toraks Bt'leri

PS-60

COVID-19 HASTALIĞI, AKUT HEMORAJİK NEKROTİZAN ENSEFALOPATİ OLGU SUNUMU

Mehmet Selim Ay¹, Kamil Devceci¹, Emel Emir Yetim³, Özlem Çakın¹, Murat Yıldız², Melike Cengiz²

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Yoğun Bakım Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Bilim Dalı, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Antalya

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Çin Ofisi, 31 Aralık 2019'da, Çin'in Hubei eyaletindeki Wuhan kentinde, Aralık 2019 başından itibaren bir balık ve canlı hayvan pazarı çevresinde kümeleşen, etkeni bilinmeyen pnömoni, akut solunum yetmezliği vakaları ile ölümlerin varlığını ve yeni bir virüsün buna neden olabileceğini bildirdi. Etken WHO tarafından önce novel coronavirus "2019-nCoV" daha sonra 11 Şubat 2020'de severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) olarak isimlendirilmiştir. Hastalar tipik olarak ateş, nefes darlığı ve öksürük ile başvururken, çok daha az ölçüde de olsa nörolojik bulgular bildirilmiştir. Bu yazıda, diğer viral enfeksiyonlarla ilişkili nadir görülen bir ensefalopati olan COVID-19 ile ilişkili akut nekrotizan hemorajik ensefalopatinin vakası sunulmuştur.

Olgu: Bilinen kronik bir hastalığı ve geçirilmiş travma öyküsü olmayan 41 yaşında erkek hasta acil servise baş ağrısı, kusma şikayeti ve bilinç durumunda değişme ile başvurdu. Acil serviste aniden kötüleşen ve GKS 3, pupiller fix dilate olan hasta orotrakeal entübe edildi. Acil biyokimyasal

tetkikleri, covid PCR testi alındı ve beyin tomografisi (BT) çekildi. BT'de Foramen monro lokalizasyonunda zayıf dens kitle görülen hastada MR önerildi. Kafa içi basınç artışı olan hasta beyin cerrahisi tarafından acil EVD operasyonuna alınıyor. Çalışılan labaratuvar değerlerinde biyokimyasal parametrelerde anormal bir parametre saptanmazken, Covid PCR testi pozitif gelen hasta operasyon sonrasında izole yoğun bakım ünitesinde takibe alınıyor. BT'deki kitlesel lezyon için çekilen MRG Sağ lateral ventrikülde asimetrik dilate görünüm, transependimal BOS kaçağı, şant kateteri, bilateral serebral beyaz cevherde, parietookspitalde, interhemisferik fissür komşuluğunda korpus kallozumda daha yaygın olmak üzere, ayrıca pons-ta, hipokampal-parahipokampal alanda, talamus ile bazal ganglionlarda yaygın hemorajik alanların eşlikçi olduğu akut enfarktlar saptanan hastanın radyolojik görünümünün Akut Hemorajik Nekrotizan Ensefolapati ile uyumlu olduğu şeklinde raporlanıyor. BOS tan alınan Covid PCR negatif tespit edildi. Postoperatif yedinci gününde kardiyak arrest sonrası ex kabul edildi.

Tartışma: Akut hemorajik nekrotizan lökoensefalit, beyaz cevherin demiyelinizan ve fibrinoid nekrozu ile karakterize bir hastalıdır. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) FLAIR ve T2 sekanslarda sağ mezial temporal lobda hiperintensite saptanan hastanın BOS'unda SARS-CoV-2 izole edilerek ilk limbik ensefalit vakası kayda geçmiştir. En karakteristik görüntüleme özelliği değişmez talamik tutulumlu simetrik, multifokal lezyonlardır. Diğer yaygın olarak tutulan yerler arasında beyin sapı, serebral beyaz cevher ve beyincik bulunur. Lezyonlar BT görüntülerinde hipoyatifiye edici olarak görülür ve MRG'de iç kanama ile birlikte T2 FLAIR hiperintens sinyali görülür.

Sonuç: Bu doğrultuda hastalığın tipik klinik bulguları içerisinde yer alan ateş ve bilinç etkilenmesi göz önüne alındığında, Covid-19 hastalarında SSS enfeksiyonu için klinisyenin dikkatli olması önerilmektedir

Anahtar kelimeler: Akut nekrotizan hemorajik lökoensefalit, covid 19, yoğun bakım