

POSTER BİLDİRİLER

POSTER PRESENTATIONS

**16. ULUSAL DAHİLİ VE CERRAHİ BİLİMLER
YOĞUN BAKIM KONGRESİ, KASIM 2019**

***16th NATIONAL CONGRESS OF THE TURKISH SOCIETY OF MEDICAL
AND SURGICAL INTENSIVE CARE MEDICINE, NOVEMBER 2019***

8. AVRASYA YOĞUN BAKIM TOPLANTISI, KASIM 2019

8th EURO-ASIAN CRITICAL CARE MEETING, NOVEMBER 2019

PS-02

DOES ALBUMIN THERAPY LOWER MORTALITY IN SEPSIS PATIENT WITH HYPOALBUMINEMIA?

Madhyra Tri Indraswari¹, Imam Subekti²

¹Faculty of Medicine, Universitas Indonesia

²Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Universitas Indonesia- Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital, Jakarta

Objective: To know whether albumin infusion will lower mortality rate in sepsis patient with hypoalbuminemia

Case: Mr. A, 62 years old came to the hospital with chief complaint of weakness that gotten worse since 3 days ago. Weakness felt all over his body and not triggered by activity. Patient also complaining about shortness of breath that not triggered by activity and position, which getting worse since 2 weeks ago. There was no chest pain and cough. During that 2 weeks, patient said that he has blood stool. At first, the consistency of the stool was a clot, then it became watery with a fresh red color with a normal frequency. There was stomachache or fever. Patient had nausea but no vomiting. Patient has a trouble in swallowing, thus he only ate 2-3 times a day of soft consistency with a small portion. Patient admitted that his urination frequency become lesser, but no blood in the urine. Both of the patient's legs also swelling.

Several months before, patient already got admitted in RSCM due to shortness of breath. Patient was diagnosed with COPD and treated with ventilator. ECG showed that patient had supraventricular tachycardia and cardioversion was done. Nowadays, patient mobility is totally dependent to another people. Patient had tuberculosis in 1998 and 2010. Medicine that being consumed now are MP 2X16.5 g, amlodipine 1x10g, digoxin 1x0.2 g, ventolin inhaler 2x2 spray.

In physical examination, it was found that the conjungtiva was not pale, and icteric sclera. JVP at 5-2 cmHg and there was no lymph node felt in the coli area. In heart examination there was no abnormality, the heart sound was regular without additional sound. In lung examination, it was vesicular with bilateral soft moist ronchi. There was no hepatosplenomegaly. In the extremities, there was pitting edema in both legs. Rectal Touche was done and there was no blood in the feces.

Patient was diagnosed with COPD dd/ post tuberculosis obstructive syndrome with sepsis, community acquired pneumonia with secondary infection, hypertension, and hypoalbuminemia

Conclusion: Albumin infusion did not give any benefit on mortality rate in sepsis patient

Keywords: albumin infusion, hypoalbuminemia, mortality, sepsis

Critical Appraisal

Parameters	Description
Was there a clear clinical question (PICO)?	Yes P. hypoalbuminemia patients with sepsis I. albumin therapy C. another intravenous fluid O. mortality
Was the clinical question used to lead the literature search and selection for the articles included in this systematic review?	Yes inclusion criteria: 1. Prospective randomised clinical trial reporting on adults in a critical or intensive care unit setting that have not been retracted 2. Trial or subgroup of patients diagnosed before or at randomisation with sepsis of any severity 3. At least one exposure group that received intravenous human albumin solution of any concentration 4. At least one control group that received any intravenous fluid (crystalloid or colloid) of any strength or type in any carrier solution after randomisation 5. Availability of all-cause mortality outcome data in the patients and comparison groups identified with criteria 1 to 4
Was the literature search comprehensive enough to obtain relevant studies thoroughly?	Yes The literature search was done from several big databases such as PubMed, Medline, Embase, Cochrane, Clinical Trial, Controlled Trial. References from conferences and hand searching also included. Contact with authors also done if necessary
Have the studies in this article been critically appraised?	Yes Four investigators assessed the study for its eligibility independently. Risk of bias, trial methods, patients, interventions, comparisons, and outcome were assessed. The appraisal was done using GRADE.
blinding	Yes

Two reviewers analysed the studies independently. Disagreements were resolved by the third party

Fixed and random effect Model
Yes
Signal intensity method was used as a fixed-effects model/analysis. An analysis of heterogeneity, Cochran Q and I statistic was done

Did the included studies come with similar qualities?
Yes
There was no statistically significant heterogeneity among all of the included studies and no evidence of bias was found.

Were the results synthesized into the appropriate plot, table and narrative?
Yes
The authors provide a forest plot, table, and also the narrative about the results of the meta-analysis of included studies.

Were the results similar from study to study?
Yes
There are 16 studies included in this meta-analysis. However not all of the studies favor albumin therapy. Some of the studies favor other intravenous fluid. Meta-analysis assessment was done and shows that the studies are homogeneous

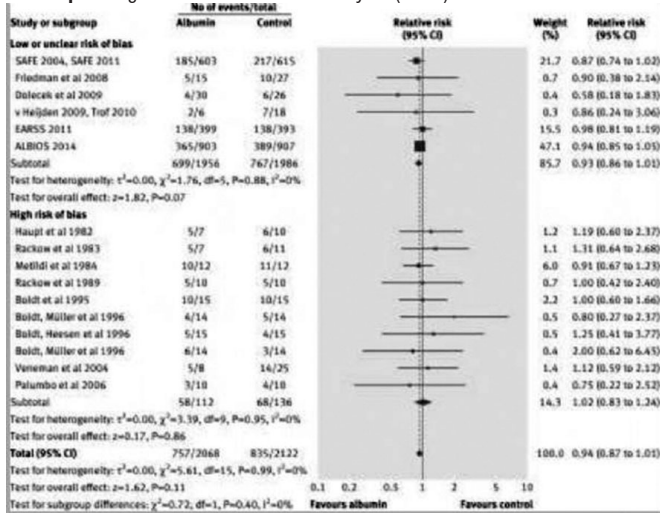
Level of evidence
is

Critical Appraisal Result

Applicability

Parameters	Description
Were the characteristic similar to my patient? Is the result applicable to the patient?	The patient used in this meta-analysis are patient with sepsis, severe sepsis, and septic shock. All of the studies have albumin group with any dose and concentration that compared to non-albumin therapy. However, all of the subjects are non-Asian people.
Can the patient's value and preference be contented by the regimen?	Yes, because the less intervention to the patient makes the patient feels more comfortable
Benefit and its comparison to harm and price	Albumin therapy is an expensive intervention. Even though there is no harm on giving albumin therapy, based on the meta-analysis, albumin infusion do not show any significant benefit.
Conclusion	Applicable

Funnel plot diagram in Amit et al meta-analysis (2014).



PS-04

FAHR SENDROMU OLAN BİR OLGUDA YOĞUN BAKIM SÜRECİ VE DEKSMEDETOMİDİN KULLANIMI

Büşra Tezcan, İbrahim Mungan, Çilem Bayındır Dicle

Ankara Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

Amaç: Fahr Sendromu, bazal ganglia ve serebral kortekste kalsiyum depozitleriyle karakterize nadir görülen bir sendromdur (<1/1,000,000). Genellikle ekstrapiramidal semptomlarla tanı alan hastalar, serebellar disfonksiyon, konuşma bozuklukları, demans ve nöropsikiyatrik semptomlar da gösterebilir. Bu bildirideki amacımız yoğun bakımımızda takip ettiğimiz Fahr Sendrom'u bir hastanın özellikle sedasyon süreci ve deksmedetomidin kullanımından bahsetmektir. Literatürde Fahr Sendromu'yla ilgili birçok yayın bulunmasına rağmen bu hastalardaki yoğun bakım takibi ve deksmedetomidin kullanımıyla ilgili yayına rastlanmamıştır.

Olgu: Dört yıldır Fahr Sendromu tanısıyla takip edilen 49 yaşındaki bayan hasta, antiepileptik ilaç alımı yoluyla intihar girişimi nedeniyle acil servisten yoğun bakımımıza entübe şekilde kabul edildi. Hastanın anamnezinde depresif belirtiler nedeniyle 10 yıldır psikiyatri tarafından takip edildiği ve epilepsinin olduğu öğrenildi. D vitamini ve kalsiyum desteği alan, antidepresan ve antiepileptik tedavi altındaki hastaya ajitasyonu nedeniyle deksmedetomidin başlandı, aktif kömür ve diyaliz uygulandı. Hipokalsemi düzeltildi, asidozu ve genel durumunun düzeltilmesi amaçlandı. Deksmetomidin dozu 1,5 mcg/kg/st'e kadar yükseltmesine rağmen yeterli sedasyon sağlanamayan hastaya aralıklı olarak 1 mg midazolam uygulansa da hasta kendini ekstübe etti. Tekrar entübe edilen hasta ekstremitte kısıtlaması, 1,5 mcg/kg/st dozunda deksmedetomidin ve aralıklı midazolam (1-2 mg) sedasyonu ile takip edildi. Devam eden süreçte ARDS ve sepsis gelişen hasta takibinin 29. gününde kaybedildi.

Sonuç: Fahr Sendrom'u hastaların yoğun bakım takibinde, özellikle idiyopatik hipoparatiroidi gibi eşlik edebilen endokrin hastalıkları nedeniyle kalsiyum düzeyleri yakından izlenmelidir. Ayrıca bu hastalar, nöropsikiyatrik semptomlarının tedavisi amacıyla yoğun ve çeşitli ilaç kullanıyor olabileceklerinden sedatif ilaçlara tolerans gösterebilirler. Diğer yandan deksmedetomidin bir α_2 agonisttir. α_2 reseptörler bazal ganglionlar dahil beyinde birçok alanda bulunur, en yoğun oldukları bölge ise locus coeruleus'tur. Bazal ganglionlar, locus coeruleus'a yakın komşulukta olup, locus coeruleus'la yoğun sinaptik ve fonksiyonel ilişki içindedir. Hastamızda serebral korteks ve bazal ganglionlarda yoğun intraserebral kalsifikasyon mevcuttu. Yani deksmedetomidinin etkisi hedef nöronlardaki kalsifikasyon nedeniyle de azalmış olabilir. Ayrıca Fahr Sendromu'nun patofizyolojisiindeki muhtemel nedenlerden biri olan kalsiyum metabolizma

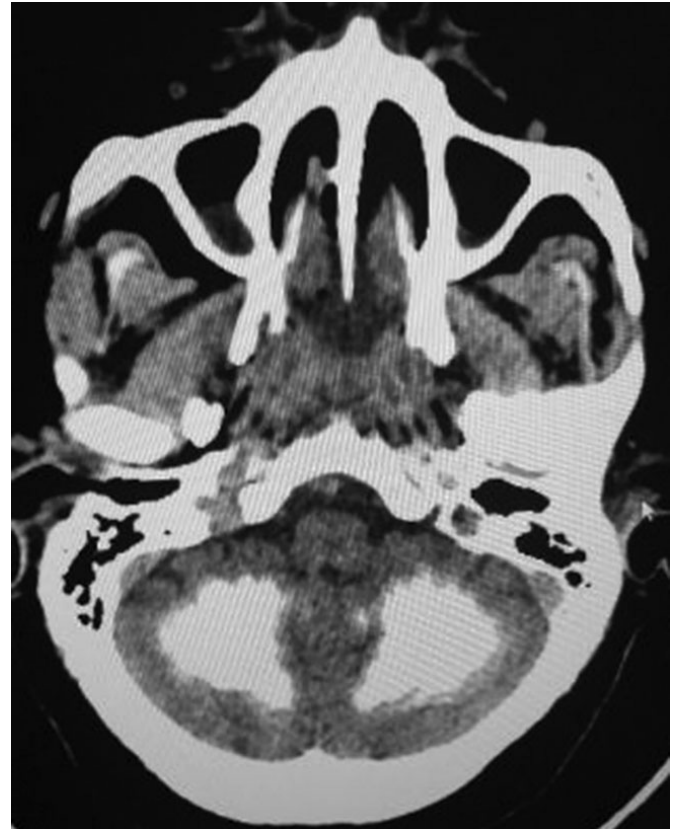
bozukluğu da, α_2 adrenoreseptörlerin kalsiyum aracılıklı nörotransmitter salınım inhibisyonunu etkilemiş ve bu reseptörler aracılığıyla gerçekleşen serebral inhibisyonu engellemiş olabilir.

Sonuç olarak Fahr Sendromu olan hastalarda, deksmedetomidin etkinliği düşük olabilir. Bu hastalarda sedasyon gerekliliği olduğunda birden fazla sedatif ajana yüksek dozlarda ihtiyaç duyulabilir.

Kaynaklar

1. Ralph Gertler, H. Cleighton Brown, Donald H. Mitchell & Erin N. Silvius (2001) Dexmedetomidine: A Novel Sedative-Analgesic Agent, Baylor University Medical Center Proceedings, 14:1, 13-21, DOI: 10.1080/08998280.2001.11927725
2. Saleem S, Aslam HM, Anwar M, et al. Fahr's syndrome: literature review of current evidence. Orphanet J Rare Dis. 2013 Oct 8;8:156.

Anahtar kelimeler: Fahr Sendromu, deksmedetomidin, yoğun bakım, sedasyon



Şekil 1. Hastanın kraniyal tomografisindeki kalsifikasyonlar

PS-05

İKİNCİ BASAMAK DEVLET HASTANESİNDE PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Musluh Hakseven¹, Serdar Gümü²¹Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi, Diyarbakır²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Amaç: Gastrointestinal bütünlüğü bozulmamış olan ve oral alımı kısıtlı olan hastalarda ilk seçenek beslenme şekli enteral beslenme olmalıdır. Uzun süre oral beslenemeyecek hastalarda enteral beslenmeyi sağlamanın en kolay ve en sık uygulanan yolu perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) uygulamasıdır. Böylece enerji ihtiyacı enteral yoldan sağlanırken vücut direnci, intestinal flora korunmuş olacaktır. Bu çalışmamızda ikinci basamak devlet hastanesindeki PEG deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık

Gereç-Yöntem: Nisan 2018- 2019 tarihleri arasında endoskopi ünitemizde PEG uygulanan 29 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: PEG uygulanan hastaların 15'i (%51,72) erkek, 14'ü (%48,28) kadındı. En yaşlı hasta 96 en genç hasta 19 olmak üzere ortalama yaş 75 idi. En sık serebrovasküler hastalıklar nedeniyle PEG uygulandı. İşlem esnasında komplikasyon görülmedi. 1 hastamızda işlemden sonraki 1 haftalık fönem içerisinde selülit gelişti, pansuman ve antibiyotik tedavisi ile takip edildi. Takiplerinde problem gelişmedi. İşlemi takip eden 4 ay içerisinde 4 hasta primer hastalıkları nedeniyle ex oldu. 1 hastada takiplerinde tüpün çıkması nedeniyle 4 ay sonra tekrar PEG uygulaması gerçekleştirildi.

Sonuç: İkinci basamak hastanelerde PEG endikasyonlarının büyük çoğunluğunu nörolojik hasta grubunun oluşturduğunu, hastanenin donanımı geliştikçe cerrahi hasta sayısının artacağını düşünmekteyiz. Endikasyon hangi branş ile ilgili olursa olsun doğru endikasyon konulan hastalarda genel anestezi gerektirmemesi, yatak başında ya da endoskopi odasında uygulanabilir olması, kısa sürede uygulanması, mortalite oranının düşük olması, majör ve minör komplikasyonlar açısından da avantajlı olması nedeniyle güvenli ve etkin bir şekilde kullanılabilir

Anahtar kelimeler: Enteral Beslenme, Beslenme Tüpü, Gastrostomi

AuthorToEditor: Hastaların iyileşmelerinde yeterli beslenmenin önemi net olarak anlaşılmıştır. Mümkün olan en kısa sürede enteral beslenmeye geçilmesi; hem hastaların parenteral beslenme risk ve komplikasyonlarından sakınarak daha hızlı iyileşmesi hem de ekonomik kayıpların azaltılması açısından çok önemlidir. Büyük hastanelerde rutinleşen ve avantajları ispatlanmış olan Perkütan endoskopik gastrostomi uygulamasını ikinci basamak hastanelerde de artık rahatlıkla uygulanabilir olduğunu ve literatür ile uyumlu sonuçlar elde ettiğimizi gördük.

PS-06

İKİNCİ BASAMAK HASTANEDE YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE GELİŞEN KANDİDEMİLERİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Sevil Alkan Çeviker¹, Zafer Ayhan², Atalay Özgüven², Gönül Koç³, Nazmiye Güngörmüş³, Hava Canbay Bayata³, Gülşen Simavlıoğlu⁴¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bakanlığı Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Kütahya²Balıkesir Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Balıkesir³Balıkesir Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Balıkesir⁴Kütahya S.B.Ü. Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım, Kütahya

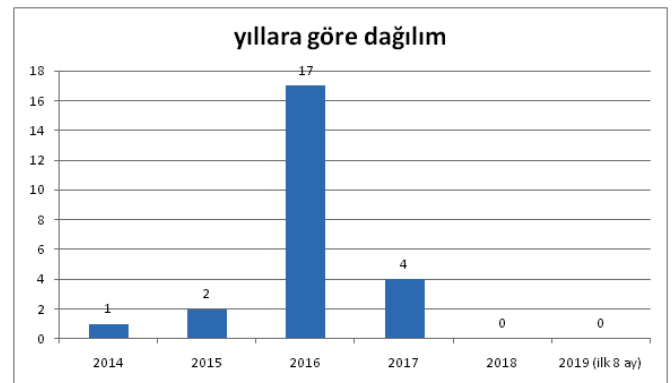
Amaç: Candida türleri, kan kültüründen en sık izole edilen mikroorganizmalardan olup, sağlık bakım hizmetlerindeki gelişmeler ve immunsupresif hasta sayılarındaki artışla beraber daha da önem kazanmaktadır. Amerika'da hastane kökenli kan dolaşımı enfeksiyonlarının %8-10'una sebep olan Candida türleri, kan dolaşım enfeksiyonu etkenleri arasında dördüncü sırayı almakta ve önemli oranda morbidite ve mortaliteye nedeni olarak bildirilmektedir.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada Balıkesir Devlet Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde 1 Ocak 2014-1 Ağustos 2019 tarihleri arasında gelişen kandidemiler retrospektif olarak incelendi. Verilerin toplanmasında hastanemiz sürveys verileri ve otomasyon sisteminden yararlanıldı.

Bulgular: Çalışma döneminde yoğun bakım ünitelerinde toplam 24 kandidemi tespit edildi. Kandidemi gelişen hastaların yaş ortalaması 52.25 ve 16'sı (%66,6) erkekti. Kan kültürlerinden izole edilen Candida türlerinin 11'i (%45,8) C. albicans, 14'ü (%58,2) Non-albicans Candida idi (Tablo 1). Kandidemilerin yıllara göre dağılımı değerlendirildiğinde; 2014 yılında 1, 2015 yılında 2, 2016 yılında 17, 2017 yılında 4 kandidemi tespit edildi. 2018 yılı ve sonrasında ise kandidemi saptanmadı (Grafik 1). Kandidemiler odak açısından değerlendirildiğinde; laboratuvar tarafından doğrulanmış kan dolaşım enfeksiyonu (LTD-KDE) 6(%25) hastada, santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (KİKDE) 18 (%75) hastada tespit edildi. Sekonder KDE ise hiçbir hastada saptanmadı (Tablo 1).

Sonuç: Kandidemilerde düzeltilebilir risk faktörlerinden olan invazif kateterlerin gereksiz kullanımının azaltılmasının ve etkili enfeksiyon kontrol önlemleri ile bu enfeksiyonların gelişiminin engellenebileceği kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Kandidemi, kan dolaşım enfeksiyonu, yoğun bakım



Grafik 1. Kandidemilerin yıllara göre sayısal dağılımı

Tablo 1. Kandidemilerin genel özellikleri

	Sayı (%)
Erkek cinsiyet, n (%)	16(66,6)
*C. albicans	11(45,8)
*Non-albicans Candida	14(58,2)
-C. parapsilosis	1 (4,2)
-C. tropicalis	1 (4,2)
-C. spp.	11(45,8)
KDE alt tipi	6 (25)
-LTD-KDE	18(75)
-santral KİKDE	0(0)
-sekonder KDE	
Toplam	24(%100)

LTD-KDE: laboratuvar tarafından doğrulanmış kan dolaşım enfeksiyonu, KİKDE: santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu, KDE: kan dolaşımı enfeksiyonu

PS-07

MERKEZİ SINIR SİSTEMİ ENFEKSİYONUNU TAKLİT EDEN BİR MALİGN NÖROLEPTİK SENDROM OLGUSU

Sevil Alkan Çeviker¹, Emel Yıldız², Gülşen Simavlıoğlu³

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bakanlığı Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Kütahya

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bakanlığı Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Kütahya

³Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bakanlığı Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım, Kütahya

Amaç: Malign nöroleptik sendrom(MNS),antipsikotik ilaçların nadir görülen bir yan etkisidir. Sendrom,rijidite, titreme,taşikardi, ateş yükseliği, bilinç değişikliği, otonomik disfonksiyon, yüksek serum kreatinin fosfokinaz (CK) ve lökositoz ile karakterize olan bir tablodur. Antipsikotik ilaç kullanan hastalarda MNS insidansı %0,02-3 arasında değişir.Etyolojide antiemetiklerin kullanımı,elektrolit düzensizlikleri(özellikle hipopotasemi),organik beyin sendromu, malnütrisyon da rol oynayabilir.MNS, yaşamı tehdit eden bir durum olup, tanı ve tedavisinde zorluk olabilir.Bu olgu sunumunda bilinen kronik hastalığı olmayan hastada gelişen tedavisi ve tanısında oldukça zorlandığımız bir malign nöroleptik sendrom olgusunun sunulması amaçlandı.

Olgu: 38 yaşında erkek hasta,acil servise yakınları tarafından ateş yükseliği, bilinç değişikliği ile getirildi.Öncesinde ilaç kullanımı olmayan hastaya 2 gün önce ishal, ateş ve kusma şikayetleriyle gittiği bir acil polikliniğinde metoklorpromid IV yapıldığı ve metoklorpromid tablet reçete edildiği öğrenildi.Hastaninyeni gelişen bilinç değişikliği olunca hasta acil servise getirilmiş.Fizik muayenesinde(FM);genel durumu orta,bilinci konfü, ajite, Glasgow Koma Skoru: 9,ateş 39,1°C,kan basıncı 140/80 mmHg, kalp atım hızı 96 atım/dk, dakika solunum sayısı 18 idi. Her iki pupil çapı izokorik, ışık refleksi (+/+),ense sertliği şüpheli pozitif ve motor muayenede lateralizasyon bulgusu yoktu.Beyin tomografisinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Hastadan istenen nöroloji konsültasyonu sonucunda kranial MR istendi.Patoloji saptanmadı.Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 16,400/mm³, AST: 45 U/L, ALT: 192 U/L, üre: 16 mg/dL, kreatin: 0,6 mg/dL, C Reaktif Protein (CRP) 108 mg/L, kreatin kinaz (CK): 1689 U/L olarak tespit edildi. Elektrolit değerleri normaldi. Akciğer radyografisinde infiltratif görünüm yoktu. Fizik muayenede şüpheli ense sertliği dışında patolojik bulgusu yoktu. Hastaya bunun üzerine merkezi sinir sistemi enfeksiyonu ön tanısıyla lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde; BOS hücre sayımında hücreye rastlanmadı, BOS glikoz, protein normaldi. Hasta yakın takip amaçlı yoğun bakım ünitesine alındı.Hastaya ampirik olarak kan, idrar, BOS kültürleri ve ayrıca herpes encefaliti ön tanısıyla BOS'tan Herpes PCR tetkiki alındıktan sonra seftriakson 2x2 gr IV+asiklovir 3x750 mg IV tedavileri başlandı. Hasta monitorize edilerek hidrasyon başlandı. Ajitasyonları olan hastaya gerektiğinde 1-2 mg

midazolam IV tedavisi verildi. Yatışının 1. gününde arteriyel kan gaz analizi sonucu pH:7.21, pO₂:51.2 mmHg, pCO₂:46 mmHg olan ve solunum sıkıntısı artan hasta entübe edildi. Hastanın kültürlerinde üreme olmadı ve Herpes PCR negatif olarak saptandı. FM bulguları ve öyküsü ile hastanın MNS olabileceği düşünülerek (Tablo 1) hastaya nazogastrik kateterden 3x2,5 mg bromokriptin tedavisi başlandı ve 1 gün sonra dandrolen 1mg/kg/6 saatte bir başlandı ve bromokriptin kesildi.Tedavi ile ateşi ve CK değerleri düştü. Takibinin 7. gününde arteriyel kan gaz patolojileri düzeldi,sedasyon kesildi ve mekanik ventilasyondan ayrıldı.

Sonuç: MNS nadir ancak tanı konulamazsa yüksek mortaliteye neden olabilen bir sendromdur. Antipsikotik kullanımının yanısıra nadir olarak antiemetiklere bağlı da MNS görülebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Malign nöroleptik sendrom, metoklorpromid, yoğun bakım

Tablo 1. Nöroleptik Malign Sendromun Tanı Kriterleri

A kriterleri
1. Kas rijiditesi
2. Yüksek ateş
B kriterleri
1. Terleme
2. Disfaji
3. Titreme
4. İnkontinans
5. Bilinç değişikliği
6. Mutizm
7. Taşikardi
8.Yüksek veya değişken kan basıncı
9. Lökositoz
10. Kas hasarını gösteren laboratuvar bulguları (CK yüksekliği)

A kriterinin her ikisinin ve B kriterlerinden en az 2 maddenin varlığında tanı koyulabilir.

PS-08

INTRACRANIAL HEMORRHAGE IN INTENSIVE CARE A RARE FINDING: CHEMOSIS

Murat Güneş, Mehmet Yavuz, Adem Şahin, Aykut Sarıtaş, Nimet Şenoğlu

Department of intensive care unit, Medical Sciences University Tepecik Training and Research Hospital, İzmir, Turkey

Objective: Chemosis, which is a sign of intracranial hemorrhage, is frequently seen in aneurysmal hemorrhage due to hypertension at a young age. We wanted to share the intracranial hemorrhage we detected in the patient who was investigated for chemosis in the intensive care unit

Case: 69-year-old female case. The patient was followed-up for wound infection and ventilator-associated pneumonia after abdominal surgery, and his consciousness was open until the 50th day of hospitalization. During the follow-up, the patient underwent septic shock due to A. Baumann pneumonia, and her cooperation decreased day by day. We thought the change in consciousness was encephalopathy because of sepsis. Pupil anisocoria and lateralizing findings were not detected in neurological examination. At this time, treatment was requested from the ophthalmology clinic with the preliminary diagnosis of chemosis-keratopathy and artificial tears and antibiotic eye drops were initiated. Forced diuresis was started to keep the fluid state in balance. On day 60, antifungal therapy was initiated for candida sepsis and consciousness score started to decrease day by day. We also commented that this may be hypodelirium due to a newly developing sepsis attack or a prolonged intensive care unit stay. No simultaneous pupil anisocoria and lateralizing findings were observed in the neurological examination. On the 68th day of hospitalization, an eye consultation was requested from the ophthalmology clinic due to chemosis that did not improve despite the current treatment. We

detected intracranial hemorrhage opening to the ventricle when we pulled a brain CT for a possible cranial pathology (Figure 1).

Conclusion: Consciousness is often affected in critically ill patients due to underlying disease or prolonged intensive care. Chemosis is common in the intensive care unit in cases of sepsis-induced fluid overload and increased capillary permeability. However, a possible intracranial pathology should also be considered in resistant chemosis cases with decreased consciousness score

Keywords: Chemosis, Intracranial Hemorrhage, Intensive Care Unit

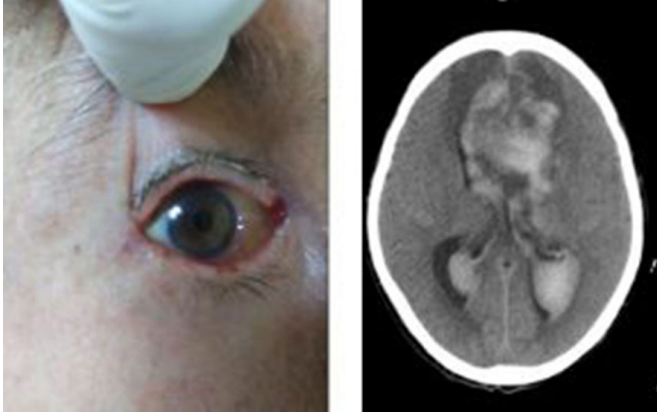


image 1. The eye consulted for chemosis and hemorrhage to the ventricle.

PS-09

CONTRAINDICATION OF USING INTERMITTENT PNEUMATIC COMPRESSION DEVICE: VENOUS THROMBOSIS

Murat Güneş, Adem Şahin, Mehmet Yavuz, Uğur Uzun, Nimet Şenoğlu

Department of intensive care unit, Medical Sciences University Tepecik Training and Research Hospital, İzmir, Turkey

Objective: Mechanical thrombophylaxis is often preferred in postoperative surgical patients with pharmacological thrombophylaxis contraindicated, active bleeding and high risk of bleeding. We wanted to share with you the patient who was operated due to intraabdominal abscess and we found blood in the drains and thrombosis of the femoral vein before mechanical thrombophylaxis started.

Case: 61-year-old female case. Operated for endometrial cancer. After the operation, the patient was re-operated due to abscess in the abdomen and transferred to us. The patient had hemorrhagic drainage from the drain in the lower quadrant of the abdomen. Pharmacological thrombophylaxis was missed at 12th postoperative hour due to hemorrhagic drain. We decided to perform mechanical thrombophylaxis. Due to the history of malignancy and immobility for the last few days, we examined the bilateral femoral veins by ultrasonography before the procedure. There was no collapse by pressing on the right femoral vein and no flow was detected in the doopler flow imaging (Figure 1). Thus, we discontinued mechanical thrombophylaxis and contacted the surgical team and immediately started the treatment of deep vein thrombosis with low molecular weight heparin.

Conclusion: Intermittent pneumatic compression devices prevent venous stasis by directing blood from superficial veins to deep veins and increasing blood volume and velocity in deep veins. However, it is necessary to carefully review the contraindicated conditions such as decompensated heart failure, suspected thrombosis or thrombosis, extensive phlebitis, acute erysipelas, uncontrolled hypertension, compartment syndrome and lymphatic obstruction before use. In this case, we did not perform

mechanical thrombophylaxis due to venous thrombosis and we wanted to emphasize the situations where intermittent pneumatic compression device is contraindicated.

Keywords: Mechanical Thrombophylaxis, Intermittent Pneumatic Compression, Venous Thrombosis

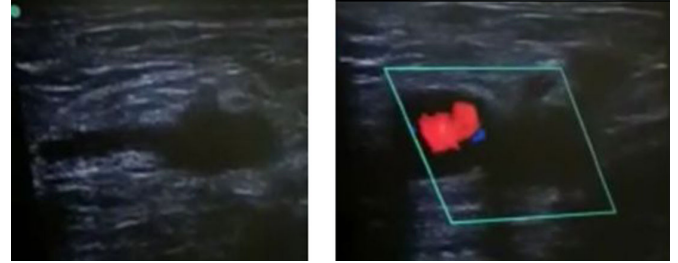


image 1. Non-collapsible vein by compression and vein with no flow detected by doopler

PS-10

AKUT RESPIRATUAR DISTRES SENDROMU: SITOMEGALOVIRUS PNÖMONİSİ

Behiye Deniz Kosovalı, Burçin Halaçlı

Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

Amaç: İmmün süprese hastalar enfeksiyonlara oldukça yatkın olduğu gibi tedavileri uzun ve zorludur. Sitomegalovirus (CMV) pnömonisi immünsüprese hastalarda sık görülen ve solunum yetmezliğine neden olarak hayatı tehdit eden akut respiratuar distres sendroma (ARDS) neden olabilen bir etkidir. Bu olgumuzda CMV'ye bağlı ARDS gelişen hastamızdaki yoğun bakım tecrübelerimizi paylaşmayı amaçladık.

Olgu: Ankilozan spondilit, ailesel akdeniz ateşi, kronik böbrek hastalığı tanıları ile takip edilen ve uzun süredir prednizolon (4 mg/gün) kullanan hasta romatoloji kliniğinde renal biyopsi sonrası retroperitoneal hematoma, hemoglobin düşüklüğü ve solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine yoğun bakım kliniğimize kabul edildi. Yoğun bakımda gelişen hasta takipneik (30-35 soluk/dk), taşikardik (120 atım/dk), hipoksik (SpO₂ %65- 70, 5-7 lt/dk maske oksijen), Glaskow Koma Skoru 15, bilateral yaygın ralleri ve akciğer grafisinde bilateral nonhomojen opasite artışı mevcuttu (Resim 1). Atrr kan gazı pH:7.30,PaCO₂:30, PaO₂:49, SO₂:%79, HCO₃:14.7mmol/L idi. Hasta anestezi teknikeri olarak ameliyathanede görevliydi ve entübasyonu kabul etmedi, ayrıca noninvasiv mekanik ventilasyonu tolere edemedi bu yüzden hipoksemisini tedavi etme amacıyla yüksek akımlı nazal oksijen (HFO) tedavisi uygulandı. Antibiyoterapisi TMP-SMX (10 mg/kg/gün), oseltamivir 30 mg/gün, levofloksasin 750 mg, meropenem 2x1gr iv başlandı. Bu süre içerisinde etkene yönelik tetkiklerinde plazmada CMV DNA PCR 4589 kopya/mL geldi ve gansiklovir 2.5 mg/kg/gün başlandı. Yaklaşık 10 gün HFO ile takip edilirken desature olması üzerine entübe edilerek mekanik ventilatörde takip edilmeye başlandı. Entübasyon sonrası bronkoskopi yapıldı ve bronş lavajında CMV DNA PCR 77113 kopya/mL, eş zamanlı plazmada ise 104 kopya/mL olarak geldi. Takiplerinde hasta kendini ekstübe etti ve maske oksijen ile takip edildi, tekrar MV ihtiyacı olmadı. Antiviral tedavi sonrası akciğer grafisi regrese olan ve kan gazında hipoksemisi gerileyen hasta romatoloji kliniğine ardından evine taburcu edildi (Resim 2).

Sonuç: Kronik böbrek hastalığı, steroid kullanımı, romatolojik hastalıklara bağlı immünsüprese ilaç kullanımı, hematolojik ve solid organ transplantasyonları sonrası immünsüprese durumlarda pnömoni ve ARDS etkeni olarak CMV akla gelmeli ve diğer olası etkenler taranırken hem plazma hem de bronş lavajında CMV DNA PCR akla gelmelidir.

Anahtar kelimeler: Akut respiratuar distres sendromu, sitomegalovirus, pnömoni, yoğun bakım



Resim 1. Bilateral yaygın nonhomojen opasite artışı

PS-11

VARİS DIŞI ÜST GASTROİNTESTİNAL KANAMALI HASTALARIN DEMOGRAFİK ANALİZİ

Bahri Abaylı¹, Akkan Avcı², Begüm Şeyda Avcı³

¹Seyhan Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Adana

²Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana

³Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Adana

Amaç: Amacımız, varisiel olmayan üst gastrointestinal kanamalı hastalarımızın demografik özelliklerini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Acil Tıp Kliniğimize 1 Ocak 2017 ile 30 Haziran 2017 tarihleri arasında başvuran ve endoskopik tanısında varis dışı kanama saptanan 60 hastanın dosyaları geriye dönük olarak tarandı. Hastaların demografik, labaratuvar ve endoskopik verileri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 60 hasta dahil edildi. Hastaların 33'ü (%55) erkek, 27'si (%45) ise kadın idi. Hastaların yaş ortalaması 64,27±17,90 olarak saptandı. Hastaların biyokimyasal parametreleri incelendiğinde, başvuru anında ortalama hemoglobin değerleri 9,54±2,67 g/dl, ortalama platelet değerleri 257.117±95.420/mm³ olarak saptandı. Forrest sınıflamasına göre ise sırasıyla 1 hasta (%1,7) 1A, 3 hasta (%5) 1B, 11 hasta (%18,3) 2A, 8 hasta (%13,3) 2B, 6 hasta (%10) 2C ve 31 hasta (%51,7) 3 olarak tespit edildi.

Sonuç: Üst GIS kanamaları acil serviste dikkatle değerlendirilmesi gereken bir klinik tablodur. Hastaların melena ve hematemez/hematokezya dışında da halsizlik ve baş dönmesi gibi özgün olmayan genel semptomlarla da başvuruabilecekleri akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: GIS kanama, forrest sınıflaması, endoskopi

PS-12

MALİGNİTE İLİŞKİLİ EŞ ZAMANLI GELİŞEN MASİF PULMONER EMBOLİ VE PERİKARDİYAL TAMPONAD OLGU SUNUMU

Ahmet Kutluay, İsmail Hakkı Akbudak

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Denizli¹

Amaç: Olgumuzda maligniteye bağlı eş zamanlı gelişen masif pulmoner emboli ve perikardiyal tamponad tablosunda erken teşhis ve etkin tedavi ile mortalitenin önlenebileceğini göstermek istedik.

Olgu: Yeni tanı alan, küçük hücreli dışı akciğer karsinomu olan 39 yaş erkek hastaya ikinci kür karboplatin-paklitaksel kemoterapi rejimi verilmiş. Hasta kemoterapiyi aldıktan sonra aynı gece sol kolda çap artışı gelişmesi nedeniyle hastaya yapılan üst ekstremité doppler ultrasonografide sol brakial vende trombüs saptanması üzerine hasta onkoloji servisine yatırılmış. Onkoloji servisinde yatmakta iken akut solunum yetmezliği gelişmesi nedeniyle hasta dahiliye yoğun bakım ünitesine devralındı. Akut derin ven trombozu olan hastada wells skorlama sistemine göre pulmoner emboli açısından yüksek klinik olasılık olması nedeniyle hastaya bilgisayarlı tomografik anjiyografi çekildi. Görüntüleme her iki ana pulmoner arterde masif pulmoner emboli ve kalp etrafında 3,5 cm'ye varan perikardiyal efüzyon saptandı. Hastanın akut kardiyovasküler yetmezlik, akut solunum yetmezliği, akut karaciğer yetmezliği ve akut böbrek yetmezliği tablosunda olması nedeniyle hastada perikardiyal tamponada bağlı obstrüktif şok geliştiği düşünüldü. Hastaya yaptığımız ekokardiyografide perikardiyal tamponad ile uyumlu sağ kalbe bası bulguları gözlenmesi üzerine hastaya perikardiyosentez katateri takılarak 2000 cc hemorajik mayi direne edildi ve eş zamanlı olarak iv bol hidrasyon yapıldı. Perikardiyosentez kataterinden düzenli aralıklarla drenaj yapıldı. Hastanın perikardiyosentez sonrası takiplerinde arteriyel tansiyonu normale döndü. Masif pulmoner embolisi olan hastanın trombositopenik olması, hemorajik perikardiyal efüzyonu olması, hastaya invaziv girişim yapılması ve perikardiyosentez sonrası takipnesinin ve hipoksisinin düzelmesi nedeniyle hastaya trombolitik tedavi verilmedi. Derin ven trombozu nedeniyle 2x0,6 ml enoksaparin başlandı. Tedavinin 5. gününde progresif trombositopeni gelişmesi üzerine tip2 hit düşünülerek enoksaparin kesilip dabigatran başlandı. Enoksaparin kesildikten sonra takip eden günlerde hastanın trombosit sayısı normal değerlere döndü. On gün sonra çekilen kontrol bilgisayarlı tomografik anjiyografide her iki ana pulmoner arterdeki trombüsün belirgin azaldığı gözlemlendi. Perikardiyosentez katateri ile takibi esnasında perikardiyal efüzyonda belirgin gerileme gözlemlendi. Yoğun bakım takibi süresinde non-invaziv mekanik ventilasyon desteği alan hastanın takibinde tedavimiz sonrası non-invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı kalmadı. Hasta onkoloji servisine devredildi.

Sonuç: Malignite hastalarında akut solunum yetmezliği tablosu geliştiğinde pulmoner emboli ile birlikte perikardiyal tamponadın aynı anda gelişebileceği ve bununla birlikte tedaviye bağlı hit tablosunun gelişebileceği akla getirilmelidir. Erken teşhis ve etkin tedavi ile mortalite önlenbilir.

Anahtar kelimeler: Pulmoner emboli, perikardiyal tamponad, obstrüktif şok, hit



Şekil 1. Pulmoner emboli ve perikardiyal tamponad

PS-13

KARACİĞER KİST HİDATİĞİNDE PAİR-D SONRASI GELİŞEN ANAFİLAKTİK REAKSİYON VE YOĞUN BAKIM SÜRECİ

İbrahim Mungan¹, Serdar Yamanyar¹, Müçteba Can¹, Sema Turan¹, Erdal Birol Bostancı², Derya Ademoglu¹

¹Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Karaciğer Kist hidatik (KKH) hastaları genellikle asemptomatiktir ve tedavi medikal, cerrahi ve perkütan girişim seçeneklerini içerir. PAİR-D (perkütan aspirasyon, enjeksiyon ve reaspirasyon-drenaj) en sık tercih edilen perkütan girişimlerdenidir. Bu cerrahi dışı teknikte ameliyat riskleri azalmakla beraber allerjik reaksiyonlar, kanama, enfeksiyon, rüptür gibi bazı riskler aynı oranda kalmaktadır. KKH rüptür oranı %16'ya kadar rapor edilmiştir ancak rüptür olmadan da anafilaksi gelişen vakalar bildirilmiştir. Anafilaktik şok temel olarak tip 1 hipersensitivite ve endotoksik şokun sinerjistik etkilerinin sonucudur. Olgu sunumuzda KKH nedeni ile PAİR işlemi yapılan ve bu sırada anafilaksi gelişen bir hasta ve yoğun bakım (YB) süreci ele alındı.

Olgu: 22 yaşında bayan hasta, gastrocerrahi ve radyoloji kliniğince yapılan değerlendirme sonrasında Tip 1 KKH nedeni ile PAİR-D yapılması amacı ile yatırıldı. Daha önce allerjik hastalık öyküsü olmayan hasta, yapılan işlem sırasında gelişen allerjik reaksiyon nedeniyle YB kliniğine yatırıldı. Yapılan US kontrolünde kist bütünlüğünde bozulma saptanmadı. Karaciğer ve böbrek fonksiyonu testleri normaldi ve lökositöz veya eozinofili yoktu. Başlangıçta ekstremitelerde yaygın eritemli döküntüsü olan hastada kısa süre içinde KB ve O₂ satürasyonunda düşme, solunum sıkıntısı ve bronkospazm geliştiği gözlemlendi. Anafilaktik şok tanısı konulan hasta entübe edildi ve agresif sıvı resüsitasyonu, intravenöz steroid, antihistaminik, inhale ve i.v adrenalin- noradrenalin infüzyonu ile medikal tedavisi başlandı. 24 saat içinde ekstübe edilen ve kliniği düzelen hastanın daha sonra servise transferi sağlandı.

Sonuç: KKH için yapılan perkütan işlemlerin %0.03'ünde ölümcül anafilaksi gelişebildiği belirtilmiştir. Hızlı ilerleyen hemodinamik ve solunum problemleri nedeniyle tedavi hemen başlanmalıdır. Başlangıç olarak tedavinin amacı yeterli kardiyak debiyi ve dolaşımın yeterliliğini sağlamaktır. Bu açıdan intravasküler volüm replasmanı, Alfa ve beta stimulan vazopresörlerin –özellikle epinefrin- kullanımı ile bronkospazm ve masif periferik vazodilatasyonun geri döndürülmesine çalışılır. Antihistaminiklerin

ve kortikosteroidlerin kullanımı da daha fazla allerjik reaksiyonu oluşmasının engellenmesi veya geriye döndürülmesi için tavsiye edilir. Tüm ihtiyatı tedbirlere ve kist hidatik rüptürü olmamasına rağmen anafilaksin ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Karaciğer Kist Hidatik, PAİR-D, anafilaksi, Yoğun Bakım

PS-14

POSTOPERATİF GELİŞEN ÖZEFAGOJEJUNOSTOMİ KAÇAĞININ ENDOSKOPİK OLARAK TEDAVİSİ VE YOĞUN BAKIM SÜRECİ

İbrahim Mungan¹, Serdar Yamanyar¹, Dilek Kazancı¹, Erol Aksoy², Müçteba Can¹

¹Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Gastrik karsinomlarının yaygınlaşmasıyla daha sık uygulanan total gastrektomi ve özefagojejunostomi ameliyatında, cerrahi mortalite oranları %1'den az, kaçak oranı %1 olarak bildirilmiştir. Günümüzde bu ameliyatlardan sonrası asıl önemli olan postoperatif komplikasyonların erken saptanması ve mümkün olan en iyi tedavinin sağlanması olmuştur. Postoperatif anastomoz kaçaklarına nadiren rastlanmakla beraber bunların noninvaziv yöntemlerle tedavisi son dönemlerde oldukça önem kazanmıştır. Anastomoz kaçaklarının tedavisinde tam kapalı metalik stentlerin kullanımı da günümüzde artmaktadır. Bu olguda, total gastrektomi ve özefagojejunostomi ameliyatı sonrasında gözlenen anastomoz kaçığının endoskopik yolla tedavisi ve yoğun bakım süreci sunulmuştur.

Olgu: 52 yaşında erkek hasta, mide kanseri nedeniyle Total Gastrektomi+D2 lenf nodu disseksiyonu+Roux En Y Özefagojejunostomi ameliyatı yapılmıştı. Postoperatif 5. günde septik tablo gözlenen hasta acil şartlarda ameliyata alındı ve ÖJ hattından kaçak tespit edilerek hastaya primer onarım uygulandı. Yoğun bakımda entübe olarak takip edilen hastada gözlenen sitokin fırtınası nedeni ile sitokin filtrasyonu uygulandı. Antibiyoterapisi devam eden ve inflamatuvar belirteçleri gerileyen hastanın (lökosit: 9780/mm³, CRP: 7 ng/dL) 15 gün sonra yapılan kontrol üst gastrointestinal sistem endoskopisinde anastomoz hattında kaçak olduğu gözlemlendi. Anastomoz hattından sonraki jejunum anslarının devamlılığı normaldi. Kaçağa endoskopik olarak anastomoz hattına genişletilebilir kaplanmış stent uygulandı. İşlemden 15 gün sonra orali açılan hastanın daha sonra stenti çıkarıldı. Oral kontrast verilerek yapılan skopide ve endoskopik değerlendirmede kaçak izlenmedi. Hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Özefagojejunostomi anastomozunun erken dönemde taşıdığı kaçak riski halen en önemli mortalite ve morbidite kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Kaçak saptanan ya da düşünülen olgularda tedavi yaklaşımı hastanın kliniğine göre değişkenlik gösterir.

Günümüzde multidisipliner tedavilerde, girişimsel endoskopinin önemi giderek artmaktadır. Mide cerrahisi sonrası gelişen anastomoz kaçaklarında da endoskopik müdahale ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir. İlk on gün içinde saptanan, generalize peritonit ve şiddetli sepsis bulgularının olmadığı kaçaklarda %83-94 oranında başarı bildirilirken daha geç olgularda bu oran %50'lere kadar inmektedir. Bizim vakamızda da cerrahi sonrası gelişen anastomoz kaçığında ilk olarak hemodinamik anstabilite nedeniyle cerrahi yaklaşım uygulanmıştır. Daha sonraki süreçte ise inflamasyon bulguları olmadan gözlenen kaçığın tedavisinde genişletilebilir kaplanmış stent uygulaması kullanılmış ve kaçak tamamen kapatılmıştır.

Anahtar kelimeler: anastomoz kaçığı, total gastrektomi, endoskopik stent

PS-15

POSTPARTUM DÖNEMDE GÖRÜLEN OTOİMMÜN HEPATİT OLGUSU VE KARACİĞER TRANSPLANTASYONU

İbrahim Mungan¹, Çilem Bayındır Dicle¹, Müçteba Can¹, Meral Akdoğan Kayhan², Sema Turan¹¹Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara²Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

Amaç: Otoimmün hepatit (OH), genç kadınlarda daha sık görülen ancak 100.000'de 16 prevalans ile yaygın olmayan bir enflematuar hastalıktır. Hastaların çoğu immünosüpresif tedaviye yanıt verir, ancak nadiren fulminan karaciğer yetmezliğine ilerler. Karaciğer transplantasyonu (KT) bu nadir görülen vakalar için etkili bir tedavi olmasına rağmen KT sonrası rekürrens de bildirilmiştir. Gebeliğin immün baskılama etkisinin kaybolması ve karaciğer fonksiyonlarının bozulması ile OH görülebileceği bildirilmektedir. Bu olgu sunumunda karaciğer yetmezliğine ilerleyen ve KT ile tedavi edilen postpartum otoimmün hepatit vakasını sunuyoruz.

Olgu: 29 yaşında kadın hasta, karaciğer fonksiyon bozukluğu nedeniyle hastanemize başvurdu. Üçüncü çocuğunun doğumundan sonra genel bir yorgunluk hissettiğini belirten hastanın laboratuvar değerleri incelendiğinde ilerleyici bir karaciğer yetmezliği gözlemlendi. Özgeçmişinde veya ailesinde karaciğer hastalığı öyküsü yoktu ve viral hepatit testlerinin tümü negatifti. Hepatik yetmezliğinin ve ensefalopatinin hızlı ilerlemesi nedeniyle acil karaciğer transplantasyonu listesine eklendi (MELD skoru 19'dan 27'ye yükseldi). Karaciğerin iğne biyopsisinde OH ile uyumlu histolojik bulgular ve Revize Orijinal Skor 17 bulundu. Ortotopik KT yapıldı ve operasyon sorunsuz geçti. Ameliyat sonrası immünosüpresyon kortikosteroid ve takrolimus ile sağlandı. Semptomları ve karaciğer fonksiyon bozukluğu KT sonrası düzeldi ve 2 ay sonra taburcu edildi. Hastamız KT'den 10 yıl sonra hayatta ve OH immünosüprese olarak takip ediliyor.

Sonuç: OH, kesin olmayan etiyojolojiye ve patogeneze sahip nadir bir hastalıktır. Çeşitli şekillerde kendini gösterir ve vakaların %25'inde asemptomatik karaciğer test anomalileri mevcuttur. Ancak bazı olgularda akut karaciğer yetmezliği hızlı progresyon gösterir. Otoimmün hastalıklar, immün rebound mekanizması (otoantikör yapımında rebound artış) nedeniyle doğumdan sonra şiddetlenebilir. Çoğunlukla bu etki yalnızca geçici disfonksiyonu içerir, ancak vakaların %20'sinde medikal tedavi başarısız olur ve organ yetmezliğine ilerler. Transplantasyon, akut OH veya OH'ye sekonder dekompanse siroz nedeniyle fulminan karaciğer yetmezliği olan hastalarda endikedir. OH için karaciğer transplantasyonu yapılan hastalar için öngörülen 5 yıllık sağkalım 0,73 olarak belirtilirken immünosüpresyon ve etkili yoğun bakım süreci ile olgumuz 10. yılını tamamlamıştır. OH kendini ilk olarak postpartum periyotta gösterebilir ve karaciğer disfonksiyonunun ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: otoimmün hepatit, karaciğer yetmezliği, transplantasyon

PS-16

KARACİĞER NAKLİ SONRASI NADİR GÖRÜLEN BİR EPİPLOİK APANDİJİTİS OLGUSU

İbrahim Mungan¹, Mehmet Nesim Aktaş¹, Derya Ademoglu¹, Erdal Birol Bostancı², Sema Turan¹¹Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara²Ankara Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Epiploik apandijitis, kolonun serozal yüzeyinde bulunan epiploik apandikslerin inflamasyonu ile ilgili nadir bir durumdur. Genellikle divertikülit veya akut apandisit olarak yanlış teşhis edilir. Tanı esas olarak radyolojik bulgulara dayanır ve tanı doğru şekilde yapıldığında çoğu hasta ağrı kontrolüne ve konservatif tedaviye yanıt verir. Böylece gereksiz tetkik veya müdahale önlenir. Solid organ transplantasyonunun hızla artması ve hayatta kalma oranının yükselmesi ile nakil sonrası alıcı popülasyonu artmaktadır ve bu nedenle nadir vakalar daha sık görülmektedir. Bu olgu sunumunda, KT sonrası görülen epiploik apandijitis vakasını sunuyoruz.

Olgu: 30 yaşında erkek hasta, son dönem sirozu nedeniyle ortotopik karaciğer transplantasyonu uygulandıktan sonra YBÜ'ne yatırıldı ve immünosüpresyon için takrolimus tedavisi başlandı. Takibinde rutin abdominal ultrasonografi incelemesi sol alt kadranda şüpheli kitle gösterdikten sonra (divertikülit?) Bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki yapıldı. BT sonucunda inen kolona bitişik antimesenterik tarafta oval, iyi sınırlı kitle gözlemlendi. Kitlenin görünümü epiploik apandijitis ile uyumluydu. Fizik muayenesinde vital bulguları normal ve özellik yoktu. Tam kan sayımı, C-reaktif protein (CRP) ve idrar analizi normal sınırlardaydı. CMV ve tbc gibi bulaşıcı sebepler dışlandı. İntravenöz sıvı tedavisi, antibiyoterapi ve non-steroidal antiinflamatuar ilaçla konservatif olarak tedavi edildi. Bir hafta sonra BT taraması tekrarlandı ve kitlenin kaybolduğu doğrulandı. Hasta bir ay sonra servise transferi sonrasında taburcu edildi.

Sonuç: Epiploik apandijitis, konservatif olarak intravenöz sıvı ve non-steroidal antiinflamatuar ilaçlarla tedavi edilen, nispeten nadir ve kendi kendini sınırlayan bir inflamasyondur. Genellikle karın ağrısı alt kadranda fokal olarak ani başlar ve lökosit sayımı normal ya da hafif yüksektir. Lokalizasyon olarak en fazla epiploik apandiks içeren sigmoid kolonda görülür. Başvuru sırasındaki semptomların benzerliklerinden dolayı, klinik tablo genellikle divertikülit ve apandisit ile karıştırılır. Bildiğimiz kadarıyla, sunulan olgu karaciğer nakli yapılan hastada epiploik apandijitisin tek sunumuydu. BT bulguları bu vakada iyi belirlenmiş ve patognomonikti. Gereksiz cerrahi müdahaleleri ve buna bağlı morbiditeyi önlemek için özellikle transplant popülasyonunda bu nadir görülen kliniğin farkında olmak önemlidir.

Anahtar kelimeler: karaciğer transplantasyonu, epiploik apandijitis, yoğun bakım



Şekil 1. BT kesitinde inen kolon antimesenterik kenarda belirgin kitle

PS-17

İKİNCİ BASAMAK HASTANEDE YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE SAĞLIK HİZMETİ İLİŞKİLİ SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARINDA İZOLE EDİLEN ETKENLERİN YILLARA GÖRE DAĞILIMI

Sevil Alkan Çeviker¹, Zafer Ayhan², Atalay Özgüven², Gönül Koç³, Nazmiye Güngörmüş³, Hava Canbay Bayata³, Gülşen Simavlıoğlu⁴

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bakanlığı Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Kütahya

²Balıkesir Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Balıkesir

³Balıkesir Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Balıkesir

⁴Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım, Kütahya

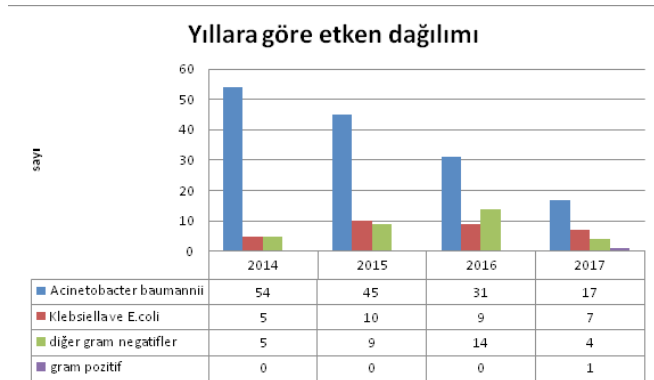
Amaç: Özellikle yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda gelişen sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonlar artmış hastane yatış günü, maliyeti, hasta mortalite ve morbiditesiyle doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle bu enfeksiyonların gelişimini engellemek amaçlı sürveyans yapılmalı, enfeksiyon kontrol önlemlerine uyulmalı ve etken dağılımı bilinip, ampirik tedaviler bu doğrultuda düzenlenmelidir. Bu çalışmada yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda gelişen sağlık hizmeti ilişkili solunum yolu enfeksiyonlarında izole edilen etkenlerin yıllara göre dağılımının araştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Ocak 2014 – Aralık 2018 tarihleri arasında 2. Basamak hastane olan Balıkesir Devlet Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde yatan gelişen sağlık hizmeti ilişkili solunum yolu enfeksiyonu olan hastalardaki etken dağılımı incelendi. Çalışmanın yapılabilmesi için hastane enfeksiyon kontrol komitesinin verilerinden yararlanıldı.

Bulgular: Önceki yıllarda sağlık hizmeti ilişkili solunum yolu enfeksiyonlarında *Acinetobacter baumannii* en önemli etken mikroorganizma iken, yıllar içinde hem görülen toplam enfeksiyon sayısında azalma olduğu hem de *Acinetobacter baumannii*'nin daha az izole edildiği saptandı. Ayrıca genişlemiş spektrumlu beta laktamaz (GSBL) ve karbapenem direnci gibi birçok dirence sahip olabilen *Klebsiella* spp. ve *Escherichia coli* izolasyonunda 2014 yılına göre artış olduğu saptandı. Tüm yıllara bakıldığında gram pozitif mikroorganizmaların solunum yollarından izolasyonunun azımsanacak düzeyde olduğu saptandı.

Sonuç: Her hastane kendi enfeksiyon etken dağılımını ve antibiyotik direnç profilini takip etmeli, sürveyans verilerine göre ampirik tedaviler düzenlenmelidir.

Anahtar kelimeler: Sağlık hizmeti ilişkili solunum yolu enfeksiyonları, sürveyans, etken dağılımı



Grafik 1. Yoğun bakım ünitelerinde sağlık hizmeti ilişkili solunum yolu enfeksiyonlarında izole edilen etkenlerin yıllara göre dağılımı

PS-18

YAŞAMI TEHDİT EDEN BİR KOMPLİKASYON; HIT

Safiye Tuba Kaplan, Sait Karakurt

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı-Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

Amaç: Heparin ilişkili trombositopeni (HIT) %5 sıklığında görülen tedavinin 5-14. günlerinde gelişen mortalitesi yüksek ciddi komplikasyonları olan bir durumdur.

Tanı 4T testi ve PF4/heparine karşı antikorların (ab) varlığı ile konur. Tedavisi heparinin kesilmesi ve direkt trombin inhibitörlerinin başlanmasıdır. HIT gelişen 3 olgu sunulmuştur.

Olgular:

1.Olgu: 82 yaş (♀) Aort diseksiyonu operasyonu sonrası DYBÜ'ne yatırıldı. Periop heparin infüzyonu verilen ve postop Atrial fibrilasyon (AF) nedeniyle Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin (DMAH) başlanan hastanın trombosit sayısı: 153×103µ/L'dir. Tedavinin 12. gününde trombosit sayısı progresif olarak 19000/mm³'e geriledi ve sol elinde solukluk, morarma, soğukluk gelişti. 4T skoruna göre 6 puan alan, PF4 antikor negatif olan hastanın HIT olasılığı %10 bulunarak DMAH kesilip Fondaparinux başlandı. Tedavisinin 4. gününde trombosit değerleri 169000/mm³'e yükseldi.

2. OLGU: 75yaş (♀) Akut iskemik SVO ve Atrial fibrilasyon nedeniyle DMAH başlanan hastanın Plt:271×103µ/L'dir. Tedavinin 8. gününde trombosit sayısı progresif olarak 9000/mm³'e geriledi. 4T skoruna göre 6 puan alan, PF4 antikor negatif olan hastanın HIT olasılığı %10 bulunarak DMAH kesilip Fondaparinux başlandı. Tedavisinin 4. gününde trombosit değerleri 366000/mm³'e yükseldi.

3. Olgu: 72 yaş (♂) Akut Pulmoner Emboli nedeniyle DMAH başlanan hastanın Plt:178×103µ/L'dir. Tedavinin 8. gününde trombosit sayısı progresif olarak 80000/mm³'e geriledi. 4T skoruna göre 8 puan alan, PF4 antikor pozitif olan hastanın HIT olasılığı %90-99 bulunarak DMAH kesilip Fondaparinux başlandı.

Hastanın takiplerinde trombosit değerleri yükselmedi ve hasta tekrarlayan tromboz ve pulmoner emboli atakları sonucu kaybedildi.

Sonuç: HIT: Tip1 (erken, nonimmün, reversibl) tedavinin ilk 4 gününde, Tip 2 (geç, immün) 5. günden sonra ortaya çıkan trombositopeni ile seyreden durumdur.

HIT şüphesinde 4T skoru ile Anti PF4 ab birlikte değerlendirilerek tanı konulur. Tüm olgularımızın ilk 5 gününde trombosit sayısında %50'den fazla düşme olup 4T skoruna göre yüksek risklidir. 1 ve 2. olgumuzda Anti PF4(-) olup HIT olasılığı %10, 3. olgumuzda Anti PF4(+) olup HIT olasılığı %90-99 olup heparin tedavisi kesilerek fondaparinux başlandı.

Hastaların %50'sinde veno-arterial tromboembolik komplikasyonlar gelişebilmektedir. İlk olgumuzda sol elinde arteryel emboli, 3. olgumuzda tekrarlayan derin ven trombozları, PTE atakları gözlenmiştir.

Heparin kullanan ve trombosit sayısı progresif azalan hastalarda HIT düşünülmeli, 4Tskoru ve AntiPF4 antikor düzeyi bakılarak tanısı konulmalıdır. Tedavisinde heparin kesilip trombin inhibitörü başlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: heparin-induced thrombocytopenia, pulmonary embolism, Thrombocytopenia; Thrombosis



Resim 1. Olgu 1

Tablo 1.

OLGU	Hasta tipi	Heparin Tip/doz	4Tskoru puan-klinik risk	AntiPF4+ negatif	4Tskoru ve AntiPF4+ sonrası HIT olasılığı (%)	Tedavi tipi	Heparin öncesi trombosit sayısı	Heparin sonrası trombosit sayısı	Fondaparinux sonrası trombosit sayısı
1. Olgu	postcerrahi (KVC)	UH&DMAH/ Terapötik	6-yüksek	negatif	%10	fondaparinux	153.000	19.000	169.000
2. Olgu	medikal	DMAH/ Terapötik	6-yüksek	negatif	%10	fondaparinux	271.000	90.000	366.000
3. Olgu	medikal	UH&DMAH/ Terapötik	8-yüksek	pozitif	%90-99	fondaparinux	178.000	80.000	30.000

PS-19

OVERVIEW OF ICU-ACCEPTED SUICIDE

İnşa Gül Ekiz İşcanlı¹, Asu Özgültekin², Osman Ekinci²

¹Department of Respiratory Intensive Care Unit, Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital, Istanbul and Turkey

²Department of Anesthesiology and Reanimation, Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital, Istanbul and Turkey

Objective: World Health Organization(WHO) defined suicide as “the act of intentionally killing one's self”. Some patients who are hospitalized due to suicide are admitted to the intensive care unit for follow-up and treatment. The aim of this study is to retrospectively evaluate the patients admitted to our intensive care unit following a suicidal attempt.

Materials-Methods: A retrospective analysis was performed for a one year period, from the hospital records of Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital-ICU.

Results: Of the 50 patients who were hospitalized in the ICU after committing suicide, 32 were female (64%) and the mean age was 31,6 (15-67) years. The mean duration of ICU stay was 2.43 (1-11) days. The means of suicide was drug overdose in 48 of the cases, whereas 1 had a gunshot wound, and 1 jumped from a height. The mean APACHEII value was 6.78 (1-42). Twenty-two(44%) patients had pre-existing psychiatric disorders. The most common drug used was benzodiazepines (36%), followed by

tricyclic antidepressants (23.2%), antiepileptics (7%) and alcohol and drugs together(7%).Some patients had taken multiple substances and drugs those could not be detected.

Mechanical ventilation was required in 8(16%) of the patients for the loss of consciousness(87,5%) and respiratory insufficiency(12,5%) on admission, one needed hemodialysis for the ethyl alcohol intoxication. One patient who had gunshot wound was died. 45% of patients treated with activated charcoal, hydration, gastric lavage and one with urine alcalisation. Non-intubated patients did not required further respiratory support until discharge.

Conclusion: ICU beds are limited and expensive resources therefore rational use is required. Our analysis showed that the greatest risk factor for mortality and morbidity in patients admitted to the ICU following a suicide attempt is the need for respiratory support. In patients who do not need respiratory or other system supporting measures could easily be followed up in units where close monitoring can be provided. In this viewpoint, there may be a need for new criterion and scores for ICU admission of these patients.

Keywords: Suicide, Drug Overdose, Emergency Care, ICU

PS-20

RISK FACTORS FOR RESISTANT GRAM NEGATIVE INFECTIONS IN CRITICALLY ILL PATIENTS

Yusuf Savran¹, Sercan Sahutoglu², Bilgin Comert¹

¹Department of Medical Intensive Care, Dokuz Eylul University Faculty of Medicine

²Department of Geriatric Medicine, Aegean University Faculty of Medicine

Objective: The most common resistant gram negative bacteria isolated in hospital-acquired blood stream infections are Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter species and Klebsiella pneumoniae. These infections are associated with increased mortality rates. In this study, we aimed to identify the risk factors for emerging resistant gram negative bacterial infections.

Materials-Methods: Data of 280 patients hospitalized in Medical Intensive Care Unit (ICU) between September 1st,2013 and September 30th, 2014 were reviewed retrospectively.

Results: Resistant gram negative bacterial infections were detected in 80 patients. Acinetobacter baumannii, Klebsiella pneumoniae and Pseudomonas aeruginosa were the most resistant strains, respectively. APACHE II score, duration of mechanical ventilation, length of ICU stay and length of hospital stay were independent risk factors for resistant gram negative bacteria isolation. Mechanical ventilation and central venous catheterization were related with increased mortality rates. Length of ICU stay was an independent risk factor for resistant *A.baumannii* isolation. Prolonged mechanical ventilation, hospital and ICU stay were common risk factors for resistant *K.pneumoniae* and *P.aeruginosa* isolation. Total parenteral nutrition was an additional risk factor for resistant *K.pneumoniae* isolation and mortality rates for *K.pneumoniae* were higher than the other bacteriae.

Conclusion: In the management of critical patients; prolonged ICU and hospital stays should be avoided as much as possible and central venous catheterization should only be used for appropriate indications and removed as soon as possible to prevent resistant gram negative bacterial infections. In addition, mechanically ventilated patients should be weaned from the ventilator as soon as possible, parenteral nutrition products should not be used instead of enteral nutrition if it's not necessary and antibiotics must be used appropriately.

Keywords: bacteria, infection, intensive care, resistance, risk factor

Impact of factors on GNB isolation

	GNB CP (n=80)	GNB CN (n=200)	P value
Gender (m/f)	44/36	108/92	> 0.05
Age	68.2±15.1	66.6±17.3	> 0.05
APACHE II	30.3±6.5	27.6±9.1	< 0.008
Duration of Mechanical Ventilation (days)	28.3±24.1	7.4±11.4	< 0.001
ICU stay	31.2±25.8	10.1±11.9	< 0.001
Hospital stay	47.3±31.5	25.0±24.2	< 0.001
Complicated DM	8 (%10)	31 (%15.5)	> 0.05
Noncomplicated DM	13 (%16.3)	29 (%14.5)	> 0.05
COPD	16 (%20)	38 (%19)	> 0.05
CRF	17 (%21.3)	41 (%20.5)	> 0.05
Cancer	30 (%37.5)	67 (%33.5)	> 0.05
Surgery	7 (%8.8)	16 (%8)	> 0.05
Mechanical ventilation	71 (%88.8)	146 (%73)	< 0.005
TPN	31 (%38.8)	55 (%27.5)	> 0.05
Immune suppression	17 (%21.3)	55 (%27.5)	> 0.05
CVC	79 (%98.8)	181 (%90.5)	< 0.02

COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease CRF: Chronic Renal Failure TPN: Total Parenteral Nutrition CVC: Central Venous Catheterisation

Impact of factors on survival

	Nonsurvivors (n=177)	Survivors (n=103)	P value
Gender (m/f)	107/70	45/58	< 0.008
Age	68.6±15.4	64.3±18.4	> 0.05
APACHE II	31.1±7.3	23.7±8.4	< 0.001
Mechanical ventilation	161 (%91.0)	56 (%54.4)	< 0.001
Duration of Mechanical Ventilation (days)	17.2±20.9	6.8±11.2	< 0.001
ICU stay	18.1±21.7	12.8±14.4	< 0.02
Hospital stay	29.1±26.1	35.3±31.5	> 0.05
Complicated DM	26 (%14.7)	13 (%12.6)	> 0.05
Noncomplicated DM	26 (%14.7)	16 (%15.5)	> 0.05
COPD	34 (%19.2)	20 (%19.4)	> 0.05
CRF	40 (%22.6)	18 (%17.5)	> 0.05
Cancer	79 (%44.6)	18 (%17.5)	> 0.001
Surgery	14 (%7.9)	9 (%8.7)	> 0.05
TPN	64 (%36.2)	22 (%21.4)	> 0.05
Immune suppression	52 (%29.4)	20 (%19.4)	> 0.05
CVC	176 (%99.4)	84 (%81.6)	< 0.001
GNB CP	62 (%35)	18 (%17.5)	< 0.003
Resistant <i>A.baumannii</i>	42 (%23.7)	11 (%10.7)	< 0.008
Resistant <i>P.aeruginosa</i>	8 (%4.5)	3 (%2.9)	> 0.05
Resistant <i>K.pneumoniae</i>	30 (%16.9)	7 (%6.8)	> 0.05

PS-21

İNTRAVENÖZ İMMÜNOGLOBULİN TEDAVİSİ SONRASI GÖZLENEN AKUT KORONER SENDROM

Derya Ademoğlu¹, Görkem Tural Gürsoy², İbrahim Mungan¹, Çilem Bayındır Dicle¹, Büşra Tezcan¹, Sema Turan¹

¹Ankara Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

²Ankara Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniği

Amaç: İntravenöz immünooglobulin (IVIG), otoimmün nöromusküler hastalıklar dahil olmak üzere çeşitli otoimmün hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Genellikle güvenli bir ilaç olarak kabul edilir ve IVIG tedavisine bağlı çoğu yan etki hafif ve geçicidir. Ancak, IVIG tedavi sırasında veya sonrasında akut miyokard enfarktüsü (MI) geçiren olgularda bildirilmiştir.

Olgu: 65 yaşında erkek hasta bacaklarda güçsüzlük, yutma güçlüğü ve gözlerini kapatamama şikayeti nedeni ile acilde görüldü. Hastanın nörolojik muayenesinde bilateral fasial paralizi, öğürme refleksinde kayıp, motor muayenede ise 4 ekstremitede güçsüzlük mevcuttu. DTR'ler alınamıyordu. Hastanın özgeçmişinde DM, HT, KOAH öyküleri mevcuttu. Çekilen Beyin Diffüzyon MRG'de akut enfarkt lehine bulgu yoktu. Hastaya EMG yapıldı ve Guillain-Barré sendromu (GBS) düşünüldü. IVIG tedavisi verildi. Tedaviden 7 gün sonra hastada göğüs ağrısı ve kalp enzimlerinde

yükselme olup kardiyak arrest oldu. Resüste edilen hastaya anterior MI nedeni ile koroner anjio yapıldı ve sol ön inen artere (LAD)'e perkütan koroner girişim (PKG) yapıldı ve koroner yoğun bakımda entübe olarak takip edildi. İdrar çıkışı azalan ve metabolik asidozu gelişen hasta aralıklı olarak diyalize alınmasına karşın dirençli asidozu devam etti, ateşleri oldu ve antibiyotik tedavisi ile hipotansiyon için noradrenalin infüzyonu başlandı. Takipte hasta ex oldu.

Tartışma: Guillain-Barré sendromu (GBS), periferik sinir sisteminin (PNS) enfeksiyöz ve non enfeksiyöz nedenlerle tetiklenebilen immün aracılı bir hastalıktır. Tedavisinde IVIG önemli bir yer tutmaktadır. IVIG'nin, bağışıklık yanıtını pekçok düzeyde etkileyebildiği bildirilmekte ve bu nedenle de birçok hastalıkta denenmektedir. İnfüze edilen IgG'nin immün-modülatuar etkisi; B hücrelerinden antikor salgılanması ve otoantijenlere bağlanarak antijen-antikor oluşumunu engellemek şeklindedir. Bu tedavinin yan etkileri hastaların %10-30'unda görülür ve genellikle hafif ve geçicidir. IVIG infüzyonunun yan etkileri, ateş, döküntü, titreme, hipotansiyon, hipotermi, sinirlilik, kusma, göğüs ağrısı ve trombotik olayları içerir. Bu advers reaksiyonların çoğu infüzyonun ilk birkaç saati içinde görülür. IVIG'in yarı ömrü 18-32 gündür; bu nedenle yan etkiler infüzyon uygulamasından birkaç gün sonra ortaya çıkabilir veya devam edebilir. Venöz tromboembolizm, inme ve miyokard enfarktüsleri gibi trombotik komplikasyonlar da vakaların %0,6 ile %13'ünde bildirilmiştir. Olası mekanizmalar arasında artmış plazma viskozitesi, trombosit agregasyonu ve vazospazmdır. Tromboembolik olaylarda IVIG infüzyonunun da önemli bir rolü olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle, araştırmacılar, IVIG tedavisinin vücut ağırlığına göre, yavaş infüzyon şeklinde uygulanmasını önermektedirler.

Sonuç: Akut MI, özellikle yaşlı, yüksek riskli kardiyovasküler hastalarda, IVIG infüzyonu sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilir. IVIG tedavisine başlamadan önce, tedavi eden doktor hastanın kardiyovasküler risk profilini değerlendirmeli ve dahil olan risklere karşı potansiyel faydaları değerlendirmelidir.

Anahtar kelimeler: Akut koroner Sendrom, Guillain-Barré sendromu, IVIG, tromboemboli

PS-22

AKONDROPLAZİLİ HASTADA PERKUTAN TRAKEOSTOMİ DENEYİMİMİZ

Zeynep Çınar¹, Yusuf İpek²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Anabilim Dalı, Ankara

²Balıkgöl Devlet Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesi, Şanlıurfa

Amaç: Akondroplazi en yaygın letal olmayan iskelet displazisidir ve cüceliğin de en yaygın sebeplerinden biridir. Görülme sıklığı canlı doğumda 1/1500 ile 1/40000 arasında değişmektedir. Hastalığın karakteristik özellikleri: geniş öne doğru bombeleşen alın, büyük kafa basık burun kökü, kısa maksilla, geniş mandibula, büyük dil, geniş tonsil, nazalfaringeal-laringeal hipoplazi, torokolomber kifoz, ve lomber hiperlordozdur. Obstrüktif uyku apnesi akondroplazili hastaların çoğunda mevcuttur. Akondroplazili hastalara cerrahi uygulamak anatomik deformiteler nedeniyle zor hava yolu yönetimini beraberinde getirmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde endotrakeal entübasyon uygulanan hastalar uzun süreli mekanik ventilatöre bağlı kalabilmektedir. Uzamış endotrakeal entübasyonun laringeal hasar, vokal kord paralizisi, glottik ve subglottik stenoz, enfeksiyon, trakeal hasar (trakeomalazi, trakeal dilatasyon ve trakeal stenoz) gibi komplikasyonları vardır. Bu komplikasyonları azaltmak amacıyla gerçekleştirilen trakeostomi ile laringeal hasarı azaltmak, hemşirelik bakımını ve solunum yollarının aspirasyonunu kolaylaştırmak, güvenli hava yolu sağlayarak hastanın mobilizasyonunu arttırmak, hastanın yoğun bakım ünitesinden transferini kolaylaştırmak, hasta konforunu arttırmak, konuşmanın erkenden geri dönmesine yardımcı olmak, ağızdan beslenmeyi kolaylaştırmak amaçlanmaktadır. Bu olgu sunumunda yoğun bakım ünitemizde hemorajik

serebrovasküler olay tanısıyla takip ve tedavi ettiğimiz Akondroplazik bir hastada Griggs metoduyla gerçekleştirdiğimiz başarılı perkutan trakeostomi deneyimimizi tartışmayı amaçladık.

Olgu: 47 yaşında, kadın, bilinen Akondroplazi ve hipertansiyonu olan, düzenli ilaç kullanım öyküsü olmayan hasta; ani gelişen senkop nedeniyle 112 tarafından hastanemiz acil servisine getirildi. Bilinç kapalı, GKS:7, solunum düzensiz, TA:170/60mmHg idi. Bilinç kapallığı dışında tüm sistem muayeneleri normaldi. Hasta elektif entübe edildi. Çekilen beyin tomografisinde yaygın intraserebral hematoma görüldü. Hasta yoğun bakım ünitemize alındı. Akciğer grafisi normaldi. Hastanın tedavileri düzenlendi. Yatışının ilk haftasında trakeostomi onayı alındı. İki kez başarısız weaning olan hastaya yatışının 12. gününde yatakbaşı perkutan trakeostomi planlandı. Hastaya uygun pozisyon verildi. İşlem öncesi tiroid kartilaj, birinci trakeal halka, manibrium sterni işaretlendi. Krikoid kartilaj palpe edilemedi. Tiroid kartilaj ve birinci trakeal halka arası mesafe 2.5 cm ölçüldü. Hasta uygun antisepsi sağlanıp, steril örtüldükten sonra 7.5 numara portex kanül kullanılarak Griggs metodu ile başarılı perkutan trakeostomi açıldı. Hasta yatışının 45.gününde kardiyak arrest sonucu exitus oldu.

Sonuç: Perkutan trakeostomi kontrendikasyonları içerisinde; kısa boyun, obezite, guatr ya da servikal innominate arter, krikoid kırıkdağın palpe edilememesi, spinal kord hasarı gibi anatomik defektler sayılır. Bizim olgumuzda; kısa boyun ve krikoid kartilajın palpe edilememesi mevcuttu. Çalışmalardaki hasta sayısı az olmasına rağmen kısa boyunlu hastalarda, obez hastalarda, antiplatelet ilaç kullananlarda, karaciğer hastalıklarında ve servikal cerrahi durumlarında perkutan trakeostominin güvenle açıldığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Olgumuzda olduğu gibi deneyimli bir ekiple Akondroplazi gibi anatomik defektlere sahip hastalarda yatakbaşı perkutan trakeostomi güvenle açılabilir.

Anahtar kelimeler: Akondroplazi, perkutan trakeostomi, zor hava yolu

PS-24

OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMLU HASTADA AMELİYAT SONRASI GELİŞEN POSTOBSTRÜKTİF PULMONER ÖDEM OLGUSU

İbrahim Mungan, Müçteba Can, Derya Ademoglu, Büşra Tezcan, Sema Turan

Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

Amaç: Postobstrüktif pulmoner ödem (PPÖ) genel anestezi sonrası %0,1 oranında görülebilen ve hayatı tehdit eden bir komplikasyondur. Çoğunlukla laringospazmın neden olduğu PPÖ, obstrüktif uyku apnesinin (OSA) patofizyolojisi için temel olan üst solunum yolu tıkanmasının rahatlaması ile ilişkilendirilmiştir. OSA aralıklı üst hava yolu kapanmasının ardından takip eden hipoksemi, hiperkapni ve kesintili bir uyku ile karakterize bir durumdur. Yapılan bir çalışmada trakeotomi ile tedavi edilen 45 OSA hastasının 30'unda (%67) ve 25 kontrol grubundaki hastaların sadece 5'inde (%20) PPÖ mevcut olduğu belirtilmiştir. %73 hastada hafif derecede PPÖ gözlenirken iki hastada kor pulmonale gözlenmiştir. PPÖ tedavisi oksijen takviyesi, optimal pozitif son ekspiratuar basınç (PEEP) restorasyonu ve diüretikleri içerir. OSA nedeniyle opere edilen ve postoperatif dönemde PPÖ gelişen bir vakayı sunuyoruz.

Olgu: 44 yaşında erkek hasta, OSA nedeniyle KBB kliniği tarafından elektif opere edilen ve genel anestezi induksiyonu sırasında ek problem gelişmeyen hastada solunum sıkıntısı geliştiğinden tekrar entübe edilmiştir. Preoperatif değerlendirmede Mallompati 4 olarak sınıflandırılan hastada operasyon bölgesinden sızıntı tarzında kanama olmuştu. KBB kliniği tarafından kanamasına müdahale edilen hastaya diüretik tedavi, pozitif basınçlı mekanik ventilasyon ve antibiyoterapi başlanmıştı. Kliniği düzelen hasta 48

saat sonra ekstübe edildi ve ek problem olmadığından KBB servise devir verildi. Hasta postoperatif 7. gün taburcu edildi.

Sonuç: Yetişkinlerde PPÖ'nün en sık bildirilen nedeni ekstübasyon sonrası gelişen laringospazmıdır ancak hastamızda postoperatif dönemde olan kanama ve OSA obstrüksiyonun diğer nedenleri olabilir. Yapılan çalışmalar OSA için tedavi edilen hastalarda, postoperatif pulmoner ödem gelişimi için yüksek bir şüphe indeksinin korunmasını desteklemektedir. Bu hastalarda neden akut obstrüksiyon sonrası oluşan negatif intratorasik basınçta artma veya kronik tıkanıklığın ortadan kalması ile kaybolan oto-PEEP etkisiyle negatif intratorasik basınçta artma olabilir. Bu nedenlere artmış pulmoner permeabilite ve sempatik aktivite eşlik eder. Non-invazif veya invazif ventilasyonla solunum işyükünün azaltılması, yeterli oksijenasyonun sağlanması esastır. Esas itibarıyla solunum ve hemodinamik parametrelerin düzelmesi ile kendini sınırlayan bir hastalık olan PPÖ yeterli ve zamanında müdahale ile kolaylıkla geri döndürülebilir. Pozitif basınçlı ventilasyon ve diürez gibi tedavi seçenekleri ve bu durumun farkındalığının artması, bu hastalığın tedavisi ile ilişkili morbidite ve mortalitenin azaltılmasına yardımcı olabilir.

Anahtar kelimeler: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu, Postobstrüktif Pulmoner Ödem, yoğun bakım



Şekil 1. Hastada postoperatif dönemde gelişen PPÖ

PS-25

MİRTAZAPİNE KULLANIMINA BAĞLI UZAMIŞ SEDASYON OLGUSU

İbrahim Mungan, Müçteba Can, Derya Ademoglu, Çilem Bayındır Dicle, Sema Turan, Dilek Kazancı

Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

Amaç: Mirtazapin, majör depresif bozukluk için yaygın olarak kullanılan bir antidepresandır ve hem noradrenerjik hem de serotonerjik sistem üzerinde etki gösterir. Düşük dozlarda Mirtazapin ayrıca histamin-1 reseptörü için yüksek bir afiniteye sahiptir. Hem histaminik hem de serotonerjik etkiler sedasyonun artmasına katkıda bulunur. Uykuyu destekleme ve bazen kilo alımına neden olma özelliği bilinen yetkinliği, yaşlı erişkinlerde genellikle depresyona eşlik eden uykusuzluk, anoreksi ve kilo kaybını gidermede iyi bir seçenek haline getirir. Bu olgu sunumunda mirtazapin kullanımına bağlı uzamış sedasyon gelişen bir hastayı ele aldık.

Olgu: Bilinen majör depresyon, uyku bozukluğu, KAH tanıları ile izlenen ve İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör (ICD) takılı olan 66 yaşında erkek hasta acil servise uyandırılmama şikayetleri ile getirilmiş. İlk nörolojik muayenesinde bilinç stupor ve agrılı uyarıcı fleksör cevabı olan hastanın IR+/- ve anizokori mevcut değildi. Daha sonra hastanın GKS:

3 olarak geriledi ve bu dönemde hasta entübe edildi. Nörolojik muayene sonrası tüm tetkikler yapıldı. Kranial BT, BT anjiyografi, EEG bulguları normal olan hastanın EKG değişikliği mevcut değildi ve ICD kayıtlarında asistoli, VF, VT gözlenmemişti. Mevcut tabloya açıklamak üzere ilaç entoksikasyonu düşünüldü. Mevcut tabloya açıklamak üzere ilaç entoksikasyonu düşünülerek olası tüm ilaçların plazma seviyeleri çalışıldı ancak yüksek bir değer gözlenmedi. Bu dönemde hasta yoğun bakım kliniğine yatırılmış ve destek tedavisine başlanmıştı. Acil serviste yapılan LP sonucu normal olarak belirlendi ve menajit veya ensefali olasılığı dışlandı. Yakınları bu arada evde alprazolam içeren tablet bulduklarını belirtince-dolu kutu- benzodiazepine kullanımına bağlı sedasyon ve solunum depresyonu düşünülerek flumazenil bir dakika ara ile 0.2mg, 0.4mg ve 0.4mg intravenöz tedavisi uygulandı. Toplam 1 mg flumazenil yapıldı. Ancak hastanın şuurunda ve nörolojik muayenesinde bir değişiklik olmadı. Medikal tedavisine devam edilen hastaya kontrol kranial BT çekildi ve sonuçta patoloji saptanmadı. Takibinin 3. gününde hastanın GKS artmaya başladı ve 4. gün itibarıyla hastanın spontan göz açıklığı mevcuttu ve nörolojik muayenesi tamamen normaldi. Hasta ekstübe edilerek servise transfer edildi.

Sonuç: Bu hastamızda gelişen tabloyu mirtazapine kullanımı ile ilişkilendirmemiz diğer nedenlerin ekartasyonu sonrasında olabilmisti. KAH, KKY olan ve iskemik SVO risk faktörleri olan hastada öncelikli olarak iskemik SVO düşünüldü. Beyin BT, BT Anjiyografi ve EEG tetkikleri normal olan hastada VF, VT, geçirilmiş MI dışlanıp hipoksi nedenleri de ekarte edildikten sonra ilaç intoksikasyonları da dışlandı. Düşük plazma konsantrasyonlarında mirtazapin histamin reseptörlerine serotonerjik reseptörlerden daha yüksek bir afiniteye sahiptir ve artmış sedasyona yol açabilir. Yarı ömrü yaklaşık 16 saat olan mirtazapin bu dönem sonrası –özellikle tedavinin başladığı ilk hafta- düşük plazma seviyesi artmış sedasyona yol açabilir. Bu nedenle advers reaksiyonlar için tetikte kalmamız ve bu yan etkinin bilincinde olmamız gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: mirtazapin, uzamış sedasyon, yoğun bakım

PS-26

GOODPASTURE SENDROMLU HASTADA GELİŞEN NÖROLOJİK SEMPTOMLAR VE ŞÜPHELİ POSTERİOR REVERSİBL ENSEFALOPATİ OLGUSU: VAKA SUNUM

İbrahim Mungan, Sema Sarı, Derya Ademoglu, Büşra Tezcan, Dilek Kazancı

Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

Amaç: Goodpasture hastalığı, renal ve pulmoner bazal membranlara karşı patognomonik antikorların oluşumu ile görülen nadir immünolojik bir hastalıktır. Bazı vakalarda literatürde serebral tutulum olduğu bildirilmiş, ancak patogenetik mekanizma tamamen açıklanamamıştır. Böbrek ve pulmoner alveollerin bazal membranlarında bulunan spesifik antiijenlerin koroid pleksusta bulunması veya hipertansif dönemde gelişen artmış kan akımı suçlanmaktadır. Posterior reversibl ensefalopati (PRES), görme ve bilinç durumunda değişiklik, nöbet eşliğinde azalma, status epileptikus kliniklerinin görülebildiği ve üremi, arteriyel hipertansiyon (AHT), immünosüpresif tedavi ve Goodpasture sendromu gibi çeşitli faktörlerle ilişkilendirilen bir sendromdur. Bu vaka sunumunda bilinen Goodpasture sendromlu hastada gelişen nörolojik şikâyetleri ele almayı amaçladık.

Olgu: 21 yaşında erkek hasta, bilinen Goodpasture sendromu, KBY, HT, epilepsi ve tekrarlayan alveoler hemoraji tanıları ile takip edilmekteyken nefes darlığı şikâyeti ile acil servise getirilmiş. Kullanmakta olduğu ilaçlara -epdantoin ve prednol- ara verdiği öğrenilen hasta acil servisteki takibinde iki defa tonik-klonik nöbet geçirmiş. Diazepam ve fenitoin ile müdahale edilen hastada ilerleyici bilinç seviyesinde azalma gözlemlendiğinden entübe edilmiş. Yoğun bakım kliniğine yatırılan hastada, kortikosteroid tedavisi, antibiyotik tedavisi ve HD ile tedaviye başlandı. Hipertansif olan hastaya kullandığı antihipertansifler haricinde esmolol i.v. olarak başlandı. Antiepileptik tedavi fenitoin 3x100 mg ile idame ettirdi. Toraks BT'de buzlu

cam dansiteleri izlendi ve beyin BT'de periventriküler beyaz cevherde şüpheli hipodens görünüm haricinde patoloji izlenmedi. DTA kültüründe K.pneumonia üreyen hastaya meropenem başlandı. Yaklaşık 4 gün entübe olarak takip edilen hastanın ara ara hipertansif atakları oldu ve anti hipertansif tedavi 4'lü olarak düzenlendi (Nebivolol, Doksazosin, Rilmenidin, Nifedipin). Nörolojik muayenesi 2. gün tamamen düzelen hastanın sadece ara ara ajitasyonları oluyordu ve dexemetodomine ile müdahale edildi. Rutin diyaliz programında olan hasta 5.gün ekstübe edildi ve servise devredildi.

Sonuç: Goodpasture sendromlu bu hasta için olası senaryolar hipertansif ensefalopati, vaskülit ve PRES'tir. Böbrek yetmezliği (üremi) ve immünosüpresyon hipertansif ensefalopatinin nörotoksitesini artırabilir ancak hastanın AHT kontrol edilemediği dönemlerde bile bilinç durumunda düzelme olması bizi bu tanıdan uzaklaştırmaktadır. Serebral vaskülit, altta yatan hastalığın ekstrarenal bir tezahürü olarak görülebilir. Koroid pleksus ile antikorların olası çapraz reaktivitesi ile akut alevlenme –immünosüpresyon tedavisini bırakmış- serebral vaskülit ihtimalini akla getirmektedir. Ancak tanı için patolojik inceleme ve LP'de antiijen-antikör taraması yapılmamıştır. Hastanın ara verdiği steroid tedavisi romatoloji ve nefroloji klinikleriyle birlikte düzenlenmiştir. Diğer ihtimal olan PRES genellikle AHT ile ilişkili vazojenik beyin ödemi içerir. Bu hastalık esas olarak doku yoğunluğu nedeniyle beyaz maddeyi ve arka lobları etkiler ve bu bölgeleri AHT'ye karşı daha savunmasız hale getirir. Klinik belirtiler baş ağrısı, değişmiş bilinç durumu, görsel anormalliler (bulanık görme, skotoma, kortikal körlük) ve tonik-klonik nöbetleri içerir.

Anahtar kelimeler: Goodpasture sendromu, nörolojik semptomlar, posterior reversibl ensefalopati



Şekil 1. Toraks BT'de buzlu cam görünüm tekrarlayan pumoner hemoraji ve ödeme bağlı düşünüldü

PS-29

İLERLEYİCİ TİPTE BAŞAĞRISI VE NÖBET KLİNİĞİ İLE BAŞVURAN SEREBRAL VENÖZ TROMBOZ VE SUBDURAL HEMATOM OLGUSU

İbrahim Mungan, Serdar Yamanyar, Müçteba Can, Derya Ademoglu, Sema Turan, Dilek Kazancı

Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

Amaç: Serebral venöz tromboz (SVT), tüm strok vakalarının %0,5-1'ini oluşturan nadir ve teşhisi zor bir hastalıktır. SVT başvurusu inme dışı semptomlarla da olabilir ve arteriyel inmenin aksine, genç yetişkinlerde ve çocuklarda daha sık görülür. SVT'de esas patoloji serebral damarlarda oluşan tromboz ve tıkanıklığın yol açtığı venöz sinüslerdeki drenajın engellenmesidir. Bu nedenle artan basınç beyin ödemi ve bazı durumlarda enfarkt veya kanamaya neden olur. Hastalar genellikle bir baş ağrısı veya fokal nörolojik bozuklukla başvururlar ancak zamanla bu ilerleyebilir. SVT'nin yönetimi, trombüs yayılımının ve komplikasyonlarının erken saptanması ve önlenmesini amaçlamaktadır. Bu vaka sunumunda basit bir baş ağrısı ile başlayan ancak gittikçe ilerleyen bir SVT ve subdural hematom olgusunu ele aldık.

Olgu: 66 yaşında erkek hasta, 6 gün önce başlayan başağrısı şikâyeti ile dış merkeze başvurmuş. Bilinen KAH nedeniyle Klopidogrel ve metoprolol kullanmakta olan hastaya kranial BT çekilmiş ve patoloji gözlenmediğinden ağrı kesici ile eve gönderilmiş. 2 gün sonra tekrar başvurusunda kranial BT ve MR istenmiş ve bunlarda da patoloji gözlenmemiş. Hasta acil servimize başağrısı, bulantı-kusma ve sonrasında gelişen nöbet şikâyetleri ile başvurdu. İlk değerlendirmesinde GKS:15 olan hastaya çekilen kranial BT sonucu kronik bilateral subdural hematoma ve difüzyon MR normal olarak raporlandı. Takibinde genel durumu kötüleşen ve tonik-klonik tarzda nöbet geçiren hasta entübe edilerek antiepileptik tedavi başlandı. Yoğun bakım kliniğine yatırılan ve GKS:6 olan hastaya kontrol kranial BT, BT anjiyografi ve MR venografi çekildi. Bunların sonucu bilateral temporal alanda ve solda oksipital alanda kortikal venöz yapılar ve superior sagittal sinüste SVT ve subakut evrede subdural hematoma ile uyumlu olarak raporlandı. Yatışı sonrasında DMAH ile antikoagülasyon tedavisi başlanan hastaya mannitol 300 cc yükleme yapıldıktan sonra 3x100 cc i.v. idame tedavisi ve levasiteram ile antiepileptik tedavisi devam edildi. Takibini 3. gününde bilinç seviyesi düzelmeye başlayan hasta ekstübe edilerek nöroloji kliniğine devir edildi.

Sonuç: SVT klinik sunumu akut, subakut veya sinsi başlangıçlı semptomlarla olabilir. Klinik bulgular venöz drenaj, venöz iskemi, kanama veya artmış kafa içi basıncı ile ilişkilidir. SVT'nin neden olduğu hemodinamik stresin venöz yapılar da bozulma ve akut subdural hematoma neden olduğu ileri sürülmüştür. Subdural hematoma ile komplike olan SVT'nin tedavisinde hem AHA / ASA hem de Avrupa Nörolojik Topluluklar Federasyonu kılavuzları, hastaların hemorajı varlığında bile antikoagüle edilmesini önermektedir. Prognoz genellikle iyidir ve hastaların %80'i tamamen iyileşebilir. Geniş sunum yelpazesine sahip 624 hastayı içeren en büyük uluslararası çok merkezli SVT çalışmasında mortalite akut fazda %4,3 olarak belirtilmiştir. Ancak büyük bir bölüm hastanın takibinde ise yoğun bakım gereksinimi olmamıştır.

Anahtar kelimeler: serebral venöz tromboz, subdural hematoma, başağrısı, yoğun bakım



Şekil 1. Superior sagittal sinüste, sağ da transvers sinüste ve jugüler bulbus düzeyinde lümen akımını oblitere eden sinüs ven trombozu ile uyumlu sinyal kayıtları

PS-30

DİGOKSİN VE METOPROLOLÜN ORTAK KARDİYOTOKSİSİTESİ VE BİR ZEHİRLENME VAKASI

İbrahim Mungan, Çilem Bayındır Dicle, Müçteba Can, Derya Ademoglu, Sema Turan

Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

Amaç: Digoksin kullanımı gittikçe azalmasına rağmen halen kalp yetmezliği ve AF tedavisinde kullanılmaktadır. Digoksin, hücre zarındaki sodyum-potasyum pompasını inhibe ederek etki gösterir. Teröpatik düzey ile toksik seviye arasında az bir fark vardır ve terapötik düzeyde bile toksik etkiler gözlenebilir. Toksikite durumunda kardiyak arrestten bloklu atrial taşiaritmilere kadar uzanan geniş bir yelpazde EKG değişiklikleri görülür. Beta-bloker ajanlar (BBA) yaygın olarak hipertansiyon, taşidistritmi, akut koroner sendromlarda kullanılır. BBA'yla zehirlenme klasik olarak kardiyovasküler ve merkezi sinir sistemi bulgularına yol açar. BBA ile Digoksin birlikte kullanımı AV-blok ve bradikardi etkisini artırır. Bütün yetişkin zehirlenmelerinin %5,6'sı kardiyovasküler ilaçlarla ilişkili olarak gözlenmiştir. Bu olgu sunumunda, metoprolol ve digoksin alımı sonrasında gelişen bir zehirlenme vakasını ele aldık.

Olgu: 0 yaşında kadın hasta, yakınları tarafından acil servise getirilmişti. KAH ve geçirilmiş by-pass öyküsü olan hasta 2 gr metoprolol ve 12,5 mg digoksin tabletlerin tamamını özkıyım amaçlı yutmuş. Daha önce depresif ataklar geçiren hastanın bilinci açık, oryente ve koopereydi. Acil serviste kan basıncı 68/42 mmHg, kalp hızı 46 bpm olan hasta YBÜ yatırıldı. Sinüzal bradikardisi ve hipotansiyonu nedeniyle atropin i.v. puşe yapılan hastaya dopamin 7.5mcg/kg/dk infüzyonu başlandı. EKG'de sinüzal bradikardi haricinde VES'ler gözlenen hastada hipokalemi olduğu gözlemlendi ve düzeltilildi. Bronkospazm, solunum depresyonu ve hipoglisemi saptanmadı. Acilde digoksin seviyesi 6,7 olan hastaya i.v. hidrasyon başlandı. Metoprolol kan seviyesi bakılmadı. Kardiyak enzimler ve diğer laboratuvar parametrelerinde anomali gözlenmedi. Kardiyoloji kliniğince ek öneride bulunulmayan hastanın takibinin 24. saatinde bakılan digoksin ilaç düzeyi:1,87 ve 72. saatte 1,09 bulundu. Kliniği düzelen hasta takibinin 4. gününde servise devredildi.

Sonuç: Digoksinin terapötik konsantrasyonu toksik konsantrasyona çok yakındır ve yeni öneriler daha düşük ve daha dar bir aralık (0.5-1.0 ng / mL) belirtmektedir. Digoksin serum düzeyi önemli olsa da hipokalemi, hipomagnezemi, hiperkalsemi, miyokardiyal iskemi, hipoksemi ve asit-baz bozukluklarında digoksine duyarlılık artar. Digoksinin orta dereceli toksisitesinde erken dönemde başvuru olursa aktif kömür, hidrasyon ile ventriküler taşiaritmi durumunda Lignokain ve bradikardi için atropin önerilmektedir. Ventriküler fibrilasyona yol açabilecek kardiyoversiyondan kaçınılmalıdır. Digoksine özgü antikor kullanımı için önerilen endikasyonlar hayatı tehdit eden aritmi, kardiyak arrest, belirgin hiperkalemidir. Bu hastalarda sinüs bradikardisi bekleniyor olsa da ventriküler taşikardi ve VF bile gözlenebilmektedir. Ancak vakamızda olduğu gibi BBA ile birlikte kullanıldığında AV-blok ve bradikardi etkisi daha belirgindir. Tedaviye cevap alınamamış olunsaydı digoksin- özgün antikor veya geçici pace takılması gerekebilecekti.

Ayrıca BBA ve digoksinin kullanımı ile yorgunluk ve depresyon arasında bir bağlantı olduğu öne sürülmüştür. Hastamızın özkıyım nedeni daha sonra sorgulandığında depresif ataklar geçirdiği belirlenmiştir. Her ne nedenle olursa olsun digoksin ve BBA birlikteliği ve toksisitesi dikkatli olunmasını gerektirir.

Anahtar kelimeler: Digoksin, metoprolol, kardiyotoksikite, özkıyım



Şekil 1. EKG'de sinüzal bradikardi ve VES gözlemlendi

PS-31

KALSİYUM KANAL BLOKERİ VE ANJİOTENSİN RESEPTÖR ANTAGONİSTİ İLE ZEHİRLENME OLGUSUNDA BAŞARILI İNTRAVENÖZ LİPİT İNFÜZYON TEDAVİSİ

Nilgün Alptekinoğlu Mendil¹, Derya Hoşgün²

¹Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Kahramanmaraş

²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

Amaç: Kalsiyum kanal ve anjiyotensin 2 reseptör blokerleri ile olan zehirlenmelerde hayati tehdit edici kardiyovasküler kollaps bulguları gelişebilmekte ve tedavi için özgül bir antidot bulunmamaktadır. Biz de bu olgu ile hayati tehlike yaratabilen bu zehirlenmelere tekrar dikkat çekmek ve destek tedaviye yanıtız olgularda intravenöz lipit infüzyonu tedavisinin başarılı olabileceğini vurgulamak istedik.

Olgu: On dokuz yaşında bayan olgu, aşırı doz olmesartan ve amlodipin alımını takiben ciddi hipotansiyon ve bradikardi bulguları ile getirildi. Kardiyovasküler kollaps tablosu sıvı tedavisi, kalsiyum glukonat ve yüksek doz vasopressör infüzyonuna dirençli idi. Hiperinsülinemik öglisemi tedavisi ile de dirençli hipotansiyonu devam eden olguya intravenöz lipit infüzyonu izleminin 1. saatinde uygulandı. Olgunun yüksek doz vasopressör ihtiyacı devam etmesi üzerine intravenöz glukagon verildi. Lipit ve glukagon tedavisine yanıt alınan olgunun intravenöz noradrenalin dozları azaltıldı. Olgu izlemin 9. günü extübe edilerek 12. Günü yoğun bakımdan servise nakledildi. 14. günde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Kalsiyum kanal ve anjiyotensin II reseptör blokerleri ile olan zehirlenmeler, hayati tehdit edebilen zehirlenmelerdir. Bu zehirlenmelerde önerilen klasik destek tedavileri yetersiz kalabilmekte, intravenöz lipit infüzyonu ile başarılı sonuçlar alınabilmektedir.

Anahtar kelimeler: Kalsiyum kanal blokeri, anjiyotensin II reseptör blokeri, hiperinsülinemik öglisemi, intravenöz lipit infüzyonu, intoksikasyon

PS-35

DİRENÇLİ SANTRAL NÖROJENİK HİPERVENTİLYASYON OLGUSU: MEKANİK VENTİLYASYON DEVRESİNDE ÖLÜ BOŞLUĞU ARTTIRILARAK DÜZELTİLEN RESPIRATUAR ALKALOZ

Büşra Tezcan, Sema Sarı, Derya Ademoğlu, İbrahim Mungan, Çilem Bayındır Dicle, Songül Binay, Müçteba Can, Dilek Kazancı

Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

Amaç: Santral Nörojenik Hiperventilasyon (SNH); toksik veya metabolik bir etyoloji olmaksızın, serebral bir bozukluk nedeniyle oluşan ve düşük PaCO₂, yüksek arteriyel pH ile seyreden hiperventilasyonla karakterize nadir görülen bir durumdur. Tedavisinde altta yatan neden belirlenip, bu nedene yönelik tedaviden sonuç alınıncaya kadar benzodiyazepin, propofol ve opioidlerle solunumu baskılamaya yönelik sedasyon yer almaktadır. Bu bildiride; yüksek doz sedasyonla düzeltilemeyen ileri respiratuar alkalozu olan entübe bir hastada, mekanik ventilasyon devresindeki ölü boşluğun artırılmasıyla kan pH'sının normalize edilmesinden bahsedilecektir.

Olgu: Hipertansiyon dışında ek hastalığı bulunmayan, 75 yaşındaki bayan hasta iki gün önce başlayan bilinç değişikliği nedeniyle başvurduğu acil serviste konfüzyon, orientasyonunun bozulması ve solunumunun kötüleşmesi nedeniyle entübe edildikten sonra ileri tetkik ve tedavi amacıyla yoğun bakımımıza kabul edildi. Lomber ponksiyonda, abdominal, torakal ve kranial tomografisinde patolojik bulgu saptanmayan hastanın, kranial manyetik rezonans incelemesinde lineer ve nodüler kontrastlanma artışı izlendi. Yapılan diğer ileri tetkiklerle enfeksiyöz nedenler, otoimmün vaskülitler ve kollajen doku hastalıkları dışlandı. Santral Sinir Sistemi Lenfoma (SSSL) öntanısına yönelik beyin biyopsisi planlandı. Bu sırada devam eden takipne (45-50/dk) ve ileri respiratuar alkalozu (pH:7,60 üstü) mevcut olan hastaya deksmedetomidin, remifentanil, propofol ve midazolam gibi sedatiflerle derin sedasyon uygulandı. Buna rağmen düzelmeyen respiratuar alkalozu, solunum devresine ilave devre bağlanarak ve böylece ölü boşluk ventilasyonu artırılarak 7,35-7,45 aralığına çekildi. Hastanın tetkik ve tedavisi halen kliniğimizde devam etmektedir.

Sonuç: İlk olarak akut anoksik hastalarda tariflenen SNH'nın; diffüz infiltratif lenfoma, pontin glioma, medulloblastom, ensefalit, multipl skleroz, histiyositoz ve larinks karsinomu gibi diğer bazı kronik, diffüz infiltratif durumlarda da görülebildiği daha sonraki yayınlarda bildirilmiştir. Patofizyolojisi tam bilinmemekle birlikte, beyin sapındaki inspiratuar ve ekspiratuar merkezlerin önlenemeyen şekilde uyarılması sonucu oluşan derin solukların dakikada 25'in üstünde olmasıyla karakterizedir. Bu durumda oluşan hipokapni doku oksijenasyonunu bozarken, pH'nın 7,65 üstü olduğu alkaloz durumlarında, mortalite oranı %80'i bulmaktadır. Bu nedenle; SNH hastalarında asıl tedavi altta yatan nedenin çözülmesi olsa da, alkaloz mümkün olan en kısa sürede çözülmelidir. Sedatif ajanlar bu nedenle solunumun baskılanmasında kullanılabilir. Bu olguda; mevcut tüm sedatifler, hemodinaminin izin verdiği maksimum dozda kullanılmasına rağmen pCO₂:15-25mmHg, pH:7.55-7.65 arasında seyretmiştir. Mekanik ölü boşluğu ve ekshale edilen CO₂'in geri solunma oranını arttırmak için mekanik ventilatörün solunum devresine ilave uzatmalar eklenmiş ve bu yolla hastanın pCO₂'si 40-45 mmHg, pH'sı ise 7.35-7.45 arasında tutulabilmiştir. Hasta halen yoğun bakımımızda entübe bir şekilde takip edilmekte olup, SSSL öntanısı doğrultusunda Beyin Cerrahi Kliniği'yle birlikte beyin biyopsisi planlanmıştır.

Anahtar kelimeler: santral nörojenik hiperventilasyon, hipokapni, alkaloz

PS-36

PRADER WILLİ SENDROMLU MORBİD OBEZ HASTADA ÖZEFAGUS BASINÇ ÖLÇÜMÜ İLE PEEP TİTRASYONU**Ferhan Demirer Aydemir, Yasin Levent Uğur, Yusuf Savran, Bilgin Cömert***Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım Uzmanlık Eğitim Programı İzmir*

Amaç: Prader Willi Sendromu paternal kromozomda, kromozom 15 (q11-13)'de delesyon veya anekspsiyon sonucu ortaya çıkan nadir görülen iki evreli genetik bir bozukluktur. Klinik hipotonik infantil evre ve onu takip eden hiperfaji ve obez evreden oluşur. Hipotoni, gelişme geriliği, karakteristik yüz görünümü, hipogonadizm, hiperfaji ve bunun sonucunda oluşan morbid obezite ile karakterizedir. Santral hipoventilasyon, obstrüktif apne sendromu bu hastalarda sıklıkla görülen respiratuar problemlerdir. Morbidite ve mortalitenin en önemli nedeni obezite ve ilgili komplikasyonlardır.

Plevral basınç ve alveolar basınç arasındaki farka transpulmoner basınç denir. Transpulmoner basınç ölçümünü solunum mekaniklerini ölçme, akciğer rekrutabilitesini değerlendirme, rekrutman manevrasına rehberlik, ventilatör ayarlarının (PEEP, tidal volüm) optimizasyonu için yol göstericidir. Optimal mekanik ventilatör ayarları yapabilmek için son yıllarda transpulmoner basıncın monitorizasyonu önerilmektedir. Transpulmoner basıncın hesaplanabilmesi için özofagusna yerleştirilen bir balon kateter yardımı ile plevral basıncı temsil eden özofagus basıncı ölçümü gereklidir.

Olgu: 19 yaşında daha önce bilinen Prader Willi sendromu tanımlı morbid obez, obstrüktif sleep apne sendromu, pulmoner hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, hipertansiyon, hipotiroidi komorbidleri olan hasta bir haftadır olan sulu sarı yeşil ishal ve son iki gündür idrar çıkaramama şikayeti ile merkezimize acil servis birimine başvurmuş. Takibinde kardiopulmoner arrest gelişen hastaya kardiopulmoner resusitasyon uygulanmış. Hasta CPR yaşayan ve septik şok ön tanılı ile entübe, sedatize ve invaziv mekanik ventilatöre bağlı halde yoğun bakım ünitemize devralındı. Ortalama arteriyel basıncı >65 mmHg olacak şekilde norepinefrin tedavisine devam edildi. Analjezik olarak talinat, sedasyon için propofol infüzyonu başlandı.

Geliş mekanik ventilatör ayarları P-SIMV modunda, frekans 18/dk, inspirasyon basıncı 28 cmH₂O, FiO₂ %60, PEEP 8 cmH₂O olan hastanın kan gazı; pH:7,31, pCO₂: 64 mmHg, pO₂: 66 mmHg olarak saptandı. Özofagus balon kateteri (Nutrivent Özofageal Kateter) yerleştirildi. Mevcut mekanik ventilatörün uygun olmaması nedeni ile balon kateterin basınç portu invaziv transducer ile hastabaşı monitöre bağlandı. Plevral basınç 22 cmH₂O saptandı. Eş zamanlı mesane basıncı ölçümü yapılarak 30 cmH₂O ölçüldü. Mekanik ventilatörde üst basınç alarm limitleri artırılarak P-SIMV modunda PEEP 25 cmH₂O olarak ayarlandı. Takibinde ölçülen kan gazı; pH 7,45, pCO₂ 44 mmHg, pO₂ 128 mmHg olarak saptanan hastanın hipoksi ve hiperkarbisinin düzeldiği gözlemlendi.

Sonuç: Prader Willi sendromu gibi morbid obezite ile seyreden hastalıklarda özofagus basınç monitorizasyonu ile uygun PEEP ayarlanması yapılabilir. Uygun PEEP düzeyi ile barotravmadan kaçınılarak atelektaziler önlenebilir.

İlave basınç ölçüm portu olmayan mekanik ventilatöre bağlı hastalarda da invaziv basınç transducerları aracılığı ile hasta başı monitörlerini kullanarak özofageal basınç ölçümü ve dolayısı ile transpulmoner basınç hesaplamasını yapmak mümkün olabilmektedir.

Anahtar kelimeler: Prader Willi, transpulmoner basınç, PEEP titrasyonu

Hastabaşı monitörde izlenen vital parametreler

Hastabaşı monitörde EKG ritim, invaziv kan basıncı, sPO₂/pletismograf yanında üçüncü sırada izlenen özofageal basınç trasesi

PS-39

DAHİLİ YOĞUN BAKIMDA STEROİD ALAN KOAH HASTASINDA CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ENFEKSİYONU**Betül Yıldız Üstün¹, Sait Karakurt¹, Volkan Korten²**¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Bilim Dalı²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

Amaç: Solunum sıkıntısı nedeniyle dahili yoğun bakım ünitesine(DYBÜ) nakledilen KOAH'lı bir hastanın pnömoni etkenlerinin ayrıntılı tanısında nadir görülen bir enfeksiyon olan cryptococcus neoformans hatırlatmak

Olgu: KOAH ve geçirilmiş larenks kanseri ve son 3 ayda 10 kg kilo kaybı olan hasta (77 yaş, erkek) pnömoniye sekonder KOAH alevlenmesi nedeniyle yatırıldığı iç hastalıkları servisinde, solunumsal asidozu ve artan solunum sıkıntısı Noninvazif mekanik ventilasyona yanıt alınmadığı için entübe edilerek DYBÜ'ne yatırıldı. DYBÜ'de geniş spektrumlu parenteral antibiyotik kombinasyonları, bronkodilatör tedavi, metilprednisolon(48 mg/gün'den başlanarak azalan dozda 4 hafta)da kullanılan hastaya, mekanik ventilatörden ayrılmadığı için geç onam verilmesi nedeniyle yatışının 4. haftasında trakeostomi açıldı. Sol akciğer alt lobda sebat eden konsolide görünüm nedeniyle bronkoskopi yapıldı. Önce kan kültüründe iki gün sonra ise kateter kültüründe, BAL'da, CN üremesi oldu. Sol göğüs tüpü Acinetobacter baumannii ampisemi nedeniyle takıldı, meropenem+kolistin tedavisine yanıt verdi ve takibinde gelişen yapışıklar VATS ile açıldı. Kriptokok enfeksiyonlarının çoğunluğunda gelişebilen asemptomatik santral sinir sistemi tutulumu tedavi değişikliği yapacağı için lumbal ponksiyon yapıldı, BOSTa üreme görülmüdü. Göz dibi muayenesi ve ekokardiyografi normal bulundu.

Hastamızda KOAH ve steroid tedavisinin hızlıca kesilememesinin risk faktörü olduğu kabul edildi.

Flukonazol (1x200 mg) ve ambisome (3 mg/kg) başlandı. ALT ve AST yükseliği gelişen hastada flukonazol kesilerek ve ambisome tedavisinin 6 aya tamamlanması planlandı, tekrarlayan kültürlerde yeniden kriptokok üremesi olmadı, toraks tüpü 2 hafta sonunda çekildi. Trakeostomisi olan hastaya mekanik ventilasyon, beslenme ve fizyoterapi desteği verilmektedir.

CN doğada yaygın olan kapsüllü bir maya mantarıdır. Solunum yolu ile girip kriptokokozu neden olur. Akciğerler ise SSS enfeksiyonundan sonra 2. sıklıkla tutulan organlardır. Hastaların %30'unda semptomsuz seyredir. Pulmoner hastalığın belirti ve bulguları spesifik değildir, fakat kilo kaybı, gece terlemeleri görülebilir. Pulmoner kriptokokozu olan hastalarda yayılım hızlı ve siktir. Hemen antifungal tedaviye başlanmalıdır. Nadiren, özellikle

immüno-supresif hastalarda kriptokoksemi, endokardit ve septik şok görülebilmektedir. Semptomatik olgularda ilk seçenek 200-400mg/gün flukonazol 3-6 ay verilmektedir. Flukonazolü tolere edemeyen hastalarda 6 ay süreyle amfoterisin-B önerilmektedir.

Sonuç: İmmüno-supresif olan ya da kronik hastalığı bulunan, ampirik antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen hastalarda kriptokok enfeksiyonu hatırlanmalı ve kültür alınarak tedavi yönlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Cryptococcus neoformans, amfoterisin B, flukonazol

PS-40

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ENFEKSİYON KONTROL UYGULAMALARI

Zerrin Özçelik¹, Yücel Gültekin²

¹Balikesir Devlet Hastanesi

²Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Hastane kaynaklı enfeksiyonlar, özellikle yoğun bakım hasta tedavisinde zorluklar oluşturmaktadır. Enfeksiyonlar, hastanelerin diğer ünitelerine göre yoğun bakımlarda 5 kat daha sık görülmektedir. Hastane kaynaklı enfeksiyonlar, hastanede yatış süresini, hastane mortalitesini ve maliyetleri arttırmaktadır. Bu nedenle yoğun bakımlarda hasta bakımını üstlenen sağlık personelinin bu konudaki farkındalığı önemlidir. Bu çalışma, yoğun bakım hemşirelerinin enfeksiyon kontrol uygulamalarının değerlendirilmesini amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem: Balikesir Devlet Hastanesi ve Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakımlarında (genel, anestezi, dahiliye, cerrahi, koroner) çalışmakta olan yoğun bakım hemşirelerinden 20 soruluk bir anket doldurmaları istenmiştir. Anket katılımcılara, yaş, çalışma yılı, eğitim durumu, hasta bakımı öncesi, sırası ve sonrasındaki enfeksiyon ve izolasyon kurallarını bilme ve uygulamaları, yoğun bakım eğitim veya sertifikasyon durumları soruldu.

Bulgular: Toplamda 155 yoğun bakım hemşiresi ankete katıldı. Katılımcıları %67,1 kadın, ortalama yaş 37,2±8 yıl ve ortalama çalışma yılı ise %66 oranında 5-10 yıldır. Yoğun bakım sertifikalı hemşire oranı %63,9 iken yoğun bakım eğitimine katılan hemşire oranı %94,8 idi.

Çalışmada hastaya bakım vermeden önce ve sonra el yıkama %98 olarak yüksek bulundu, ancak eldiven kullanmadan önce ve sonra el yıkama ise %75 idi. Kan ve vücut sıvıları ile kontamine araçlara dokunduktan sonra el yıkama ise %100 olarak başarılı bulundu. Kan veya vücut sıvısı sıçrama ihtimaline karşı gözlük kullanma oranı ise yeterli değildi (%50). Damlacık izolasyonu olan hasta bakımında cerrahi maske kullanma oranı %89 iken, temas izolasyonu olan hasta bakımında önlük kullanma oranı da %89 olarak bulundu. Hepatit B, HIV tanılı hastalarda çift eldiven kullanma oranı ise %84 iken, izole odada hasta bakımını tamamladıktan sonra eldivenimi odadan çıkmadan çıkarma %95, hasta yara bakımında eldiven kullanma %100 oranında idi.

Damlacık izolasyonu olan hasta başka bir üniteye transfer olursa, üniteyi bu konuda bilgilendirme, hastanın transferinde maske takma ve hastaların arasında en az 1-5 m ayrı olacak şekilde yatırılması gerekliliğini bilme sırasıyla %98, %89 ve %84 olarak değerlendirildi. Hava ile bulaşan enfeksiyonu olan hastalarda izole odanın kapısını kapalı tutulması gerekliliğini bilme ise %93,5 idi. Temas izolasyonu olan hastalarda kullanılan malzemelerin diğer hastalarda kullanılmasının sakıncalı olduğunu bilme oranı ise %82 olarak tespit edildi.

Hemşirelerin ancak %74,2'si hastanede bir enfeksiyon komitesinin olduğundan haberdardı. Çalışma yılı 10 yıldan fazla olanlarda daha belirgin olmak üzere, 2 yıldan az ve 10 yıldan fazla çalışma yılı olan hemşirelerin enfeksiyon kontrol kurallarına diğerlerinden daha fazla önem verdikleri görüldü.

Sonuç: Yoğun bakım hemşirelerinin, çalışma yılı fazla olanların farkındalıklarının daha iyi olduğu, eğitim almış olsalar dahi izolasyon kuralları konusunda eksikliklerin olduğu, el yıkama konusunda gerekli alışkanlığın yüksek oranda kazandırılmış olduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Enfeksiyon, Hemşire, Yoğun Bakım

Tablo 1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Enfeksiyon Kontrol Uygulamaları Anketi

Sıra No	Uygulama	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
1-	Hastaya bakım vermeden önce ve sonra elimi yıkarım	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
2-	Eldiven kullanmadan önce ve sonra elimi yıkarım	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
3-	Kan, vücut sıvısı, vücut salgılarına kontamine araçlara dokunduktan sonra elimi yıkarım.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
4-	Kan veya vücut sıvısına bulaşacak bir bakım esnasında ellerimi iyotlu (batikon) sabunla yıkarım.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
5-	Hasta teması sonrası eldivenimi çıkardıktan sonra antiseptik solüsyonla ellerimi yıkarım.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
6-	Kan veya vücut sıvısı sıçrama ihtimaline karşı göz koruması için gözlük kullanırım.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
7-	Kan veya vücut sıvısı sıçrama ihtimaline karşı maske takarım.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
8-	Damlacık izolasyonu (90 cm e kadar yaklaşma) olan hasta bakımında cerrahi maske kullanırım.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
9-	Kan veya vücut sıvısı sıçrama ihtimaline karşı önlük giyerim.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
10-	Temas izolasyonu olan hasta bakımında önlük kullanırım.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
11-	Hepatit B, HIV tanılı hastalarda çift eldiven kullanırım.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
12-	İzole odada hasta bakımını tamamladıktan sonra eldivenimi odadan çıkmadan çıkarırım.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
13-	Hasta yara bakımında eldiven kullanırım.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
14-	Damlacık izolasyonu olan hasta başka bir üniteye transfer olursa, üniteyi bu konuda bilgilendiririm.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
15-	Damlacık izolasyonu olan hastanın transferinde maske takarım.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
16-	Damlacık izolasyonu olan hastaları aralarında en az 1-5 m ayrı olacak şekilde yatırırım.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
17-	Hava ile bulaşan enfeksiyonu olan hastalarda izole odanın kapısını kapalı tutarım.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
18-	Temas izolasyonu olan hastalarda kullanılan malzemelerin diğer hastalarda kullanılmasında sakınca görmem.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
19-	İğne veya bistürileri kapağını kapattıktan sonra atarım.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla
20-	Hepatit B aşılıyım.	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla

PS-41

TRAKEOSTOMİ SONRASI GELİŞEN TRAKEOÖZEFAGEAL FİSTÜL OLGUSU**Melek Süzer Aslan, Feyyaz Kabadayı, Emel Eryüksel, Sait Karakurt***Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Yoğun bakım ünitelerindeki (YBÜ) uzamış entübasyonun neden olacağı komplikasyonları azaltmak ve hasta bakımını daha kolay hale getirmek amaçlı trakeostomi uygulanmaktadır. Yoğun bakımlarda trakeoözefageal fistül (TÖF) genellikle uzamış entübasyonlarda endotrakeal tüp kafının artmış basıncına sekonder gelişen bası nekrozu nedeni ile oluşmakla beraber, trakeostomi sonrası da <%1 insidans ile TÖF görülebilmektedir. Burada cerrahi trakeostomi sonrası gelişen TÖF vakamızı sunmaktayız.

Olgu: 22 yaşında, bebeklik çağına Leigh sendromu tanısı almış, motor ve mental retarde, yatağa bağımlı erkek hasta acil servise ailesi tarafından bilinç kaybı nedeniyle getirildi. Anamnezde dirençli epilepsi nedeni ile tedavi gördüğü de öğrenilen hastada status epileptikus (SE) ve aspirayon pnömonisi saptanarak entübe edilip Dahili YBÜ'ye yatırıldı. İlk hafta içerisinde bilinci açılan ve gag refleksi olmayan hastaya entübasyonun 15. gününden sonra aile onamı da alınarak cerrahi trakeostomi ve perkütan endoskopik gastrotomi (PEG) açıldı. İşlem gününün ardından ventilatör dalgalarında hava kaçağı ve PEG kateterinden de hava çıkışı saptandı. Pozisyonel olarak artan ve azalan miktarlarda hava kaçağı olması nedeni ile öncelikle daha büyük çaplı trakeostomi kanülü ile değişim yapıldı, ancak hava kaçağının persiste ettiği izlendi. TÖF ön tanısı ile yapılan bronkoskopide trakeostomi kanülü kafının yaklaşık 2cm üzerinde trakeostomi deliğinin tam karşısında longitudinal, düzgün sınırlı yaklaşık 1.5-2cm uzunluğunda perforasyon alanı izlenerek cerrahi trakeostomiye sekonder gelişen iyatrojenik TÖF tanısı kondu (Şekil 1). Özefagoskopide de fistül ağzı görüldü. Aile cerrahi tedaviyi kabul etmeyerek trakeal stent yerleştirilmesini onaylaması nedeni ile trakeal stent takıldı. Konservatif tedavisi süren (yatak başı 45° yükselmesi, anti-reflü tedavi), hastaya perkütan jejunostomi açıldı. Haftalık bronkoskopi ile fistül izlemi yapıldı. Yaklaşık 4. haftada fistülün küçüldüğü izlendi. Hasta Dahili YBÜ yatışının yaklaşık 2. ayında dahiliye servisine devredildi.

Sonuç: TÖF uzamış entübasyonlara(%3) bağlı olarak gelişebileceği gibi, trakeostomi komplikasyonu(<%1) olarak da gelişebilir. Bu tip hastalarda ventilatör dalgalarının takibinde hava kaçağının saptanması TÖF tanısını düşündürmelidir. TÖF şüphesi olan hastalar bronkoskopi öncelikli olmak üzere görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmeli ve multidisipliner takip edilmelidir. TÖF'ün spontan kapanması nadirdir, ancak yine de konservatif tedavi basamakları uygulanmalıdır. TÖF tedavi yöntemleri arasında cerrahi yöntemler ve trakeal stent uygulamaları bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Trakeoözefageal fistül, cerrahi trakeostomi, persitan hava yolu kaçağı, konservatif tedavi



Şekil 1. TÖF Bronkoskopik görüntüsü

PS-42

APPROACH TO A PATIENT ADMITTED TO ICU WITH ADVERSE EFFECTS DUE TO IMMUNOTHERAPY**İnşa Gül Ekiz İçsanlı, Bengü Şaylan, Tayfun Çalışkan, Oğuzhan Okutan***Department of Respiratory Intensive Care Unit, SultanAbdülhamid Han Training and Research Hospital, Istanbul and Turkey*

Objective: The efficacy of immunotherapy in the field of oncology is increasingly understood. The PD-1 molecule in T cells acts as a stopping and limiting immune activation by triggering programmed cell death. The tumor may express PD-L1 that binds to the PD-1 molecule to stop the immunological response. This is a case report of the patient who has received immunotherapy as metastatic lung ca treatment and has been admitted to intensive care unit due to side effects.

Case: A 48-year-old male patient was diagnosed as adenocarcinoma about 2 months ago. When she was diagnosed, she had bone metastases. PD1 was examined and cemiplimab was started as anti-PD1 treatment. The Intensive Care Unit (ICU) received a single dose of 350 mg cemiplimab 15 days before admission. She admitted to the emergency room with the exacerbation of shortness of breath that started at home for the last 2 days. When the patient arrived, the respiratory rate ranged from 30-40. The patient was urgently initiated non-invasive mechanical ventilation (NIV). 2 hours NIV was planned to be 15 minutes nasal. antibiotherapy was started. The patient was evaluated for cardiologic and cardiac insufficiency because of a history of previous coronary artery disease. Ejection fraction was evaluated as 45-50% and cardiac pathologies were excluded. He was started on prednisolone because he had pneumonitis as a side effect of using cemiplimab in his history. As the patient had left-sided effusion, he was consulted for thoracic surgery, but the patient refused pleurocentesis, but drainage was achieved by inserting pleurocentesis after respiratory distress persisted despite any treatment. 6. Non - invasive ventilation was continued on day 1 and he was discharged from intensive care unit. She was discharged home on the 7th day of her treatment in the clinic.

Conclusion: Immunotherapeutic drugs are increasingly used as a treatment in the recent period. Intensive care units will increase the frequency of encountering side effects of these drugs and should prepare training plans to struggle them.

Keywords: cemiplimab, immunoterapi, lung cancer

PS-43

PNÖMONİLİ HASTANIN AKCİĞER ULTRASONOGRAFİ BULGULARI

Korhan Kollu¹, Funda Gök²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları AD, Yoğun Bakım BD, Konya

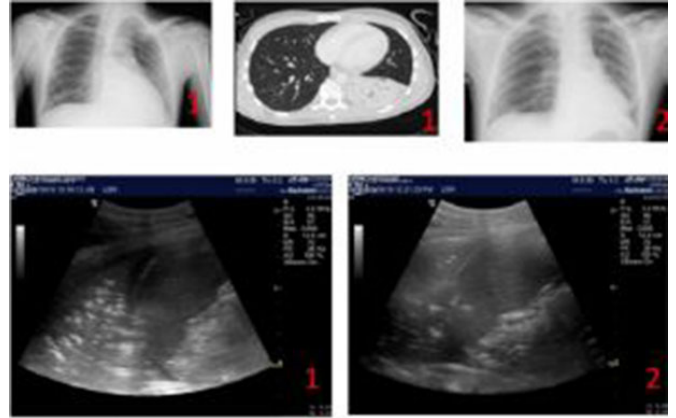
²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Yoğun Bakım BD, Konya

Amaç: Son yıllarda klinisyenler tarafından uygulanan yatak başı hedefe yönelik ultrasonografik değerlendirme (POCUS) taniya gidişte kullanışlı ve fizik muayenenin tamamlayıcısı olarak kabul edilir. POCUS, hastayı detaylı radyolojik tetkiklerden koruyarak zaman kaybını azaltır, tanıya hızlı ve doğru algoritmalar ile ulaşmayı sağlar. Özellikle kritik hastanın değerlendirilmesinde hızlı tanı konulmasını sağladığı gibi, fizik muayeneye paralel olarak uygulandığında hastanın tedavisinin takibini sağlar. Yoğun bakım ünitelerinde en sık görülen hastane enfeksiyonu pnömonidir. Biz de burada yoğun bakımda pnömoni bir olgunun sonografik bulgularını sunmayı amaçladık.

Olgu: Yoğun bakım ünitemize araç dışı trafik kazası sonrası aldığımız 22 yaşında erkek hastanın takibinin yaklaşık yirmi beşinci gününde ateş, sekresyonlarında artış, takipne, arter kan gazında hipoksemi olması nedeniyle değerlendirildi. Hastanın trakeostomisi aracılığıyla oksijen almakta ve spontan solunumda idi. Hastanın çekilen akciğer grafisinde belirgin bir infiltrasyon görülmedi (Resim 1-1). Yapılan yatak başı ultrasonografide sol akciğer alt lobunda konsolide alan gözlemlendi. Sonografik inceleme Posterolateral alveoler ve/veya plevral sendrom (PLAPS) noktasında konveks proba gerçekleştirildi. Sonografik olarak hiperekoik noktalanma tarzında görünümle karakterize hepatizasyon bulgusu oluşmuştu (Resim 1-1). Bunun üzerine çekilen akciğer BT de sol akciğer alt lobda pnömonik infiltrasyon görüldü (Resim 1-1). Hasta her gün sonografik olarak değerlendirildi. Klinik bulgularında yaklaşık bir hafta sonra iyileşme gözlenen hastanın bu esnada yapılan sonografik incelemesinde pnömonik infiltrasyonun gerilediği görülmektedir (Resim 1-2).

Sonuç: Ultrason pnömoni ön tanılı hastalarda hatta diğer dispne ayırıcı tanıları değerlendirilmede tercih edilebileceği bir görüntüleme yöntemi olup, düz grafiye üstünlüğü de birçok çalışmayla kanıtlanmıştır. Sonuç olarak, invaziv olmayan ve radyasyon içermeyen bir yöntem olan ultrasonografinin pnömoniyi saptamak için doğru ve güvenilir bir araç olduğunu düşünüyoruz. Bu nedenle kritik hastalarda ultrasonografi uygulamalarına daha çok yer verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Yoğun Bakım, Ultrasonografi, Pnömoni



1: Pnömoni ilk görüntüleri
2: Tedaviden bir hafta sonra alınan görüntüleri

Şekil 1. Akciğer infiltrasyonunun USG ile takip

PS-45

BRAIN DEATH AFTER ISCHEMIC BRAIN INJURY DUE TO ABDOMINAL SEPSIS

Zerrin Özçelik, Emine Dursun Ekinci

Balkesir Devlet Hastanesi

Objective: Sepsis is often characterized by an acute brain dysfunction resulting from both inflammatory and noninflammatory processes. These processes may induce significant alterations in vulnerable areas of the brain. This is associated with increased morbidity and mortality. We aimed to present a case report who developed ischemic injury than brain death after abdominal septic shock.

Case: A 64 year old male patient accepted from emergency service after laparotomic surgery of strangulate hernia and volvulus at a different state hospital. After general surgery consultation and abdominal tomography, reoperation was recommended. Gastric necrosis was detected in the intra-operative period. Total gastrectomy and oesophagojejunostomy procedure was performed. The patient was followed up in the intensive care unit. After 2 days follow up the patient was transferred to ward. On the 3th day the patient re-evaluated due to the development of respiratory distress and hypotension. The patient reaccepted to intensive care unit because of septic shock and mechanical ventilator support. Fluid and antibiotic treatment was started according to sepsis bundle. The patient was hypotensive despite inotropic and corticosteroids. On the 3rd day of his follow up, pupil dilatation was observed. The coma scale was 3. The apnea test could not be performed because the patient was hemodynamically unstable. At brain CT angiography no blood flow was observed and the patient diagnosed with brain death. The organ transplantation committee was informed. In the family interview, organ transplantation was accepted.

Conclusion: Prolonged inflammation, severe hypoxemia, persistent hypertension may contribute to aggravate sepsis-induced brain dysfunction or injury. Acute brain dysfunction often develops in critical patients with sepsis. Early diagnosis is extremely important. Although the patient provides limited information, daily routine neurological examination should be performed.

Keywords: brain death, sepsis, intensive care unit

PS-46

YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRE VE YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİNDE KIZAMIK BAĞIŞIKLIK DURUMLARININ VE KIZAMIK AŞI REDDİNİN NEDENLERİNİN İNCELENMESİ

Sevil Alkan Çeviker¹, Gülşen Simavlıoğlu²

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bakanlığı Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Kütahya

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım, Kütahya

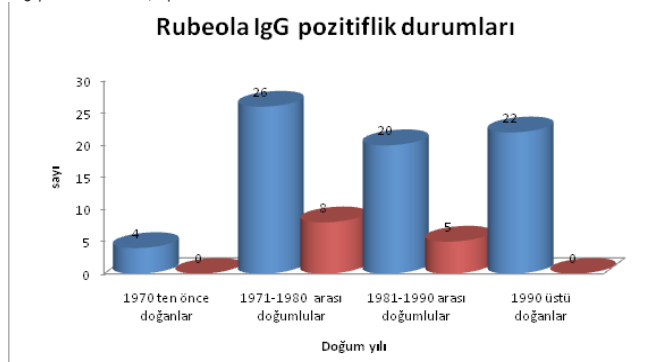
Amaç: Yoğun bakımda çalışan hemşire ve yardımcı sağlık personelinde KKK aşılama durumlarının ve kızamık aşı reddinin nedenlerinin değerlendirilmesi amaçlı bu çalışma yapıldı.

Gereç-Yöntem: Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ana hizmet binası) yoğun bakımda çalışan hemşire ve yardımcı sağlık personelinde Ocak-Eylül 2019 tarihleri arasında polikliniğimizde sağlık taraması amacıyla istenen "Kızamık IgG Antikorları" (Rubeola IgG) sonuçları retrospektif olarak incelendi. Kızamık IgG Antikorları negatif saptanan sağlık çalışanlarına aşı önerildi. Aşı reddi olanların red nedenleri, yüzyüze değerlendirme ile saptanmaya çalışıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılanların 58 (%67,4)'i kadın, 28 (%32,5)'i erkek olup, yaş ortalaması 34,76±6,7 yıldı. 73 (%84,8)'inde Rubeola IgG pozitifliği tespit edilirken, 13 (%15,1) kişide negatif olarak saptandı. Doğum yıllarına göre kızamık virüsü açısından bağışıklamanın değerlendirilmesinde, en fazla seronegatiflik oranının 1971-1980 yılları arası doğanlarda olduğu tespit edildi (Grafik 1). Retrospektif inceleme sonrası, Rubeola IgG negatif olan kişilere KKK aşılması önerilmesine rağmen bu kişilerin aşılama için başvurmadığı ve kişilerle iletişime geçilmesine rağmen aşmayı reddettiği tespit edildi. En sık aşı reddi sebebi, aşının yan etkilerinden çekinme (%76,9) idi (Tablo 1).

Sonuç: Kızamık enfeksiyonu açısından risk grubunda olan sağlık çalışanlarımızdan yaklaşık %15'inin seronegatif olduğu saptandı. Ancak bu kişilerle defalarca iletişime geçilmesine rağmen aşılama reddettiği saptandı. Özellikle aşı reddi nedeniyle erişkinlerin ve sağlık çalışanlarındaki stigmaların yıkılması için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Kızamık, Yoğun bakımda çalışan hemşire ve yardımcı sağlık personeli, bağışıklama durumu, aşı reddi



Grafik 1. Rubeola IgG pozitiflik durumlarının yaş gruplarına göre değerlendirilmesi.

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının Kızamık aşılmasını reddetme sebepleri

Kızamık aşılmasını reddetme sebebi	n(%)
Aşının yan etkilerinden çekinme	10(76,9)
Aşının etkinliğine inanmama	7(53,8)
Test sonucunun yanlış olduğuna inanma	1(7,7)

PS-48

ERİŞKİN YOĞUN BAKIM HASTASINDA PANSİTOPENİNİN NADİR BİR NEDENİ: EBSTEİN-BARR VİRÜS İLİŞKİLİ SEKONDER HEMOFAGOSİTİK LENFOHİSTİOSİTOZİS

Eda Macit Aydın, Kamil İnci, Sümeyye Kodalak, Müge Aydoğdu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesi

Amaç: Hemofagositik lenfositosis (HLS), aşırı sitokin üretimi ile birlikte aktive lenfosit, makrofaj ve histiyosit aktivasyonuna bağlı hiperinflamasyon sonucu gelişen seyrek görülen ve yetersiz tanı konulan bir durumdur. Primer (genetik) ve sekonder (reaktif) olmak üzere iki ayrı formu bulunmaktadır. Primer form çocuklarda daha sık görülürken; sekonder form enfeksiyon, otoimmün ve malignite ile ilişkilidir ve erişkinlerde daha sık görülür. Viral enfeksiyon, primer enfeksiyon olarak veya immünsüprese hastalarda reaktivasyon sonrası en sık görülen tetikleyicidir.

Olgu: Bilinen KOAH, diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve Parkinson tanıları olan 77 yaşında erkek hasta 15 gün önce halsizlik, iştahsızlık ve ateş yüksekliği nedeniyle dış merkeze başvurmuş. Laboratuvar incelemesinde pansitopenik olduğu izlenen ve abdominal ultrasonografi (AUS)'sinde splenomegali, toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde pnömoni ile uyumlu alanlar olan hastaya piperasilin-tazobaktam ve seftriakson başlanarak yoğun bakıma yatırılmış. Klinik yanıt alınamayan ve akciğer grafisinde progresyon saptanan hasta malignite, pnömoni ve tüberküloz ön tanılarıyla etiyoloji araştırılmak üzere ayaktan hastanemize yönlendirilmiş. Acil servis muayenesinde; dinlemekle sağ akciğer alt zonda kaba ral, batında hafif hassasiyet belirlenmiş ve glaskow koma skalası(GKS)'da 13 olarak değerlendirilmiş. Ateşi 39°C olan hastanın laboratuvar incelemesinde Hemoglobin(Hb): 8.3g/dL, platelet(plt): 19x10.e3/uL, Wbc: 1.20x10.e3/uL, Nötrofil sayısı: 0.56x10.e3/uL olarak saptanmış. Çekilen BT'de sağ hemitoraksta plevral sıvı, multipl mediastinal lenfadenopati ve sağ alt lobda içinde hava bronkogramları içeren konsolide alan izlenen hastaya meropenem, linezolid ve klaritromisin başlanmış. Hasta acil başvurusunun 7. gününde yoğun bakım ünitesine alındı. Yapılan ilk değerlendirmede 2lt/dakika nazal oksijen desteği altında O₂Sat: %94 olan, bilinci konfü hastanın 38.6oC ateş dışında vitalleri stabildi. Karaciğer fonksiyon testleri (AST:148U/L, ALT:50U/L) sınırdan yüksek olan hastaya yapılan AUS'de splenomegali (dalak boyutu 18cm) tespit edildi. Pansitopenisi ve ateş yüksekliği devam eden hastada tüm viral panel (EBV, SYVP, CMV, Parvovirus) ve quantiferon çalışıldı. Periferik yaymasında, her alanda 1 tane gözyaşı hücresi, anizisitoz, polikromazi ve uyumlu trombosit sayısı saptandı. Ek olarak hipofibrinopenemi (141mg/dL), hiperferritinemi (780µg/L) ve hipertrigliseridemi (260 mg/dL) mevcuttu. EBV sonucu pozitif olarak gelen hasta HLS ön tanısıyla kemik iliği aspirasyonu-biyopsisi açısından hematoloji bölümüne konsülte edildi. Alınan biyopsi materyalinde hemofagositik aktivite artışı saptanan hastaya deksametazon başlandı. Rituksimab ve IVIG verilmesi planlanan hasta bilincinin kötüleşmesi üzerine elektif olarak entübe edilerek mekanik ventilasyona bağlandı. Hasta yoğun bakıma kabulünün 11. gününde exitus oldu.

Sonuç: Hemofagositik lenfositosis ateş, konvülsiyon, splenomegali, sitopeni, hiperferritinemi, hipofibrinopenemi, hipertrigliseridemi ve hemofagositoz ile karakterize bir hastalıktır. Tedavideki hedef hiperinflamasyonun baskılanarak, uyarının ortadan kaldırılmasıdır. HLS patogenezinin daha iyi anlaşılması, pansitopenisi, splenomegalisi olan erişkin hastalarda ayırıcı tanıda akıldan tutulması, erken tanı ve tedavinin başlanması bu hastaların mortalitesinin önlenmesi için büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Hemofagositik lenfositosis, pansitopeni, splenomegali, yoğun bakım

PS-49**KPR YAPILAN OLGUDA AMANTADİN İLE BİRLİKTE TİAMİN KULLANIMININ NÖROLOJİK SONUCA ETKİSİ: OLGU SUNUMU****Adem Şahin, Murat Güneş, Mehmet Yavuz, Ali Çayır, Kazım Rollas, Merve Çetin, Nimet Şenoğlu***Department of intensive care unit, Medical Sciences University Tepecik Training and Research Hospital, İzmir, Turkey*

Amaç: Ani kardiyak arrest toplumda önemli bir sağlık sorunudur ve erken müdahale hayatı kurtarır. Yapılan işlemlerin başarısı ise resüsitasyon sonrası bakıma bağlıdır. Biz ani kardiyak arrest nedeniyle KPR (Kardiyopulmoner Resüsitasyon) yapıp amantadin ile birlikte tiamin verilen ve tam nörolojik iyileşme sağlanan olguyu paylaşmak istedik.

Olgu: 62 yaşında erkek olgu. Bilinen bir hastalık öyküsü yok. 40 yıldır günde 2-3 paket sigara ve günlük 700 cc kadar %40 alkol oranı olan içki tüketiyordu. Kronik alkol kullanım öyküsü olan olgu yoğun bakım kliniğine alınmadan 4 gün önce çalıştığı iş yerinde aniden yere yığılmış ve çalışma arkadaşları tarafından hemen KPR başlanmış. Olay yerine gelen 112 ekibi tarafından olguya KPR yapılarak hastaneye getirilmiş ve acil serviste ventriküler fibrilasyon ritmi nedeniyle defibrile edilmiş. Koroner anjiyografiye alınan olguda RCA (Right Coronary Arter)'ya PCI (Percutaneous Coronary Intervention) uygulanmış. İşlem sonrası koroner yoğun bakımda takipli iken propofol ve midazolam sedasyonuna rağmen nöbet aktivitesi olması üzerine klinik takibinin devamı için yoğun bakım kliniğimize devir alınmış. Geliş GKS (Glaskov Koma Skoru)'si sedatize olduğundan değerlendirilemedi. Devir alındıktan sonra hiç nöbeti olmadı ancak ajitasyonu devam etti. Kronik alkol kullanım öyküsü olması üzerine alkol çekilme sendromu ön tanısıyla 5 gün boyunca 100 mg tiamin verildi. Sedasyon ihtiyacının devam etmesi üzerine lorezepam tedaviye eklendi ve olgunun midazolam ve propofolü 13. gün kesildi. Sedasyon kesildiğinde GKS:E2M3VE idi. Bilinç skorunda artma olmaması üzerine hipoksik iskemik ensefalopati açısından beyin mr çekildi ve normal sınırdaki raporlandı. Bunun üzerine 20. günde amantadin 2x 500 cc iv başlandı. 30. günde ilk seslenmekle göz açıyor, basit emirleri yerine getiriyor, göz kontağı kurulmuyor ve ara ara halüsinasyonları oluyordu. Wernicke ensefalopatisi ön tanısıyla olguya amantadinin (100 mg tb 1*1) yanı sıra 100 mg/gün B vitamin kompleksi başlandı ve 35. günde bilinci tam kooperatif ve oryante ve göz kontağı mevcuttu.

Sonuç: Ani kardiyak arrestte yaşam zinciri erken müdahale, erken KPR, erken defibrilasyon ve resüsitasyon sonrası bakım halkalarından oluşmaktadır. Resüsitasyon sonrası bakım halkasının etrafında düşünülerek yapılmasının nörolojik sonlanıma büyük katkısı olmaktadır. Biz bu olguda KPR yapılan kronik alkolizm öyküsü olan olgularda nörolojik sonucu iyileştirmek için amantadin gibi ajanların yanı sıra tiaminin de akla gelmesine ve hastaların tıbbi öykülerinin detaylı alınmasına vurgu yapmak istedik.

Anahtar kelimeler: amantadin, kardiyopulmoner resüsitasyon, kronik alkolizm, tiamin

PS-50**MAJÖR TRAVMA HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI; OLGU SUNUMU****Birgül Arslan Erkuş, Sevgi Köksal***Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara*

Amaç: Majör travma; birden çok organın etkilendiği travma olarak tanımlanmaktadır. Majör travmaların takip açısından 3 aşama; acil, yoğun bakım, rehabilitasyon incelendiğinde; yoğun bakım bu sürecin en karmaşık ve uzun sürecidir. Bu olgu sunumunda; bu süreçte hastayı en çok takip eden grup olan hemşirelerin, majör travma sürecini tanımlamaları ve komplikasyon takip ve önlemleri amaçlanmıştır. Bu sunumumuzda; 29 yaşında, araç içi trafik kazası nedeniyle multible kırık, konfüzyon ve enfeksiyonla anestezi yoğun bakıma sevk ile kabul ettimiz hastanın süreç yönetimi tanımlanmıştır. Komplikasyonların önlenmesi, yoğun bakım sürecinin kısaltılması ve iyileşme sürecinin hızlandırması amacıyla yaptığımız uygulamalar ve sonuçları açıklanmıştır. Majör travma olguları; multible bakım ve etkin süreç yönetimi gerektiren zor olgulardan olup, en uzun ve zorlu sürecini yoğun bakımda geçirmektedir. Bu sürecin; karmaşık yapısı tanımlanıp, deneyimli kişiler tarafından yönetilmesi, hem yoğun bakım sürecini kısaltacak hemde komplikasyonsuz iyilik hali için yardımcı olacaktır.

Anahtar kelimeler: majör travma, yoğun bakım, hemşirelik

PS-51**KARDİYAK ARREST SIRASINDA TROMBOLİTİK TEDAVİ UYGULANARAK SAĞKALIM SAĞLANAN MASİF PULMONER TROMBOEMBOLİ OLGUSU****Şengül Topcu, Kazım Rollas, Ali Çayır***Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Amaç: Kardiyak arrest nedeni olarak pulmoner emboli şüphesi ya da ispatı varsa kardiyopulmoner resüsitasyon sırasında trombolitik uygulanmasının hayat kurtarıcı olabileceğini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: 47 yaşında bayan hasta. 10 gün önce akut ampiyematöz kolesistit nedeniyle genel anestezi altında açık kolesistektomi yapılmış, 3 gün hastanede interne edildikten sonra taburcu edilmiş. 1 gün önce bacağına şişlik ve ağrı farkeden hasta kalp damar cerrahisi polikliniğine başvurmuş. Burada muayene edilirken ani solunum sıkıntısı ve fenalık hissi olması üzerine acil servise yönlendirilmiş. Acil servise başvurusunda pulmoner anjiyografi yapılan hastanın bilateral PTE ile uyumlu dolun defektleri izlenmişti. Hasta bu sırada kardiyopulmoner arrest geçirmişti. Tarafımızca acil serviste bu sırada değerlendirilen hasta entübe edilip CPR başlandı ve yaklaşık 15 dakika CPR yapıldı, hastaya bu sırada 100 mg alteplaz uygulandı. CPR'a devam edilen hastada yaklaşık 20. dakikada ritim sağlandı. Ritim sağlandıktan sonra alınan kan gazında Ph:7.0 PCO₂:64 PO₂:49 Laktat:5.7 Bikarbonat:12.5 olup tansiyonu noradrenalin desteği ile 95/69'du. Hasta sonrasında tarafımızca yoğun bakım ünitesine devir alındı. Hastaya heparin infüzyonu başlandı APTT takibi yapıldı. Ayrıca yoğun bakım ünitesine kabulünde E2M3VE olan ve kardiyak arrest öyküsü olan hastaya derin sedasyon eşliğinde hipotermi tedavisi başlandı. Takiplerinde hemodinamisi düzelmeye eğiliminde olan hastanın vazopressör desteği kesildi. İdrar çıkışı mevcut olan hastanın böbrek fonksiyon testleri de normal aralıktaydı. Hipotermi sonlandırıldığında spontan extermite hareketleri mevcuttu. kraniyal BT normaldi. Hastada gelişen ARDS nedeniyle halen yoğun bakım ünitesinde sedasyon eşliğinde takip edilmekte.

Sonuç: Masif pulmoner tromboemboli hayatı tehdit eden önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Pulmoner emboli farklı semptom ve bulgularla prezente olabilir. Hastalar asemptomatik olabildikleri gibi, şok, senkop veya kardiyak arrest ile acil servislere başvurabilirler. Özellikle masif pulmoner emboli kardiyak arrest sebebi olabilmekte. Öyle ki hastane

dışı ortamda kardiyak arrest gelişen hastaların %70 kadarında neden akut miyokard infarktüsü ya da masif pulmoner emboli olabilmektedir ve kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanmasına rağmen yüksek mortalite ile sonuçlanmaktadır. Avrupa Resüsitasyon Konseyi Kılavuzu (2015)'e göre akut pulmoner emboli kardiyak arrestin bilinen ya da şüphelenilen nedeni ise fibrinolitik (trombolitik) tedavi önerilmektedir. Bu durumda mortalite de azalmaktadır. Devam eden CPR trombolitik uygulama açısından bir kontrendikasyon teşkil etmemektedir. Bu noktada acil servis ve yoğun bakım hekimleri başta olmak üzere pulmoner tromboemboli ile karşılaşan tüm hekimlerin trombolitik tedaviyi akılda tutmaları ve uygulamayı bilmeleri, hastaların sağ kalımı açısından çok önemlidir.

Anahtar kelimeler: pulmoner tromboemboli, kardiyak arrest, trombolitik

PS-55

ASI SONRASI YOĞUN BAKIMDA TAKİP EDİLEN HASTADA EXTÜBASYONU TAKİBEN GELİŞEN NEGATİF BASINÇLI PULMONER ÖDEM OLGUSU

Şengül Topcu, Kazım Rollas, Berna Sönmez

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Akut solunum yetmezliğinin nadir bir nedeni olan negatif basınçlı pulmoner ödemini tanımak ve yaklaşımını gözden geçirmek.

Olgu: 54 yaşında erkek hasta. Yakınları ile tartıştıktan sonra suisid amaçlı asi girişiminde bulunmuş. Yakınlarının yaklaşık 2-3 dakika sonra müdahale etmeleri sonucu kurtarılmış. Ancak kardiyak ritmi olan hastanın şuurunun kapanması üzerine 112 ekiplerince entübe edilerek acil servise getirilmiş. Acil serviste muayenesinde şuru letarjik olan hastanın kasılmaları da mevcuttu. Ayrıca sağ gözde subkonjonktival hematoma mevcuttu. Acil servise gelişinde alınan Akg'de Ph:7.0 PCO₂:71 PO₂:58 laktat:14'tü. Sedasyon, hidrasyon başlanan hastanın kraniyal, servikal ve torakal görünümleri yapıldı. Kraniyal, servikal ve torakal bölgede anlamlı patoloji izlenmedi. Hasta sonrasında ileri tetkik ve tedavi amacıyla yoğun bakım ünitemize devir alındı. Yoğun bakıma kabulünde ilk 12 saat sedasyon ile izlendi. Sonrasında kan gazı böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal aralıkta olan, hemodinamisi stabil seyreden, dinlemekle akciğer sesleri doğal olan ve PA akciğer grafisi doğal olan hastanın sedasyonu kesildi. Şuuru açılan hasta koopere ve oryenteydi. Bunun üzerine önce spontan moda alındı, stabil seyreden hasta T tüpe alındı. T tüpte de solunum sıkıntısı izlenmeyen, saturasyonu 96 olan ve akgde PO₂ ve PCO₂ değerleri normal aralıkta olan hasta kontrollü şekilde extübe edildi. Extübasyondan hemen sonra hastanın solunum sıkıntısı gelişti. Dinlemekle akciğerlerinde daha önce olmayan stridor, ronküs ve kreptan raller duyuluyordu. Saturasyonu düşen hastaya CPAP başlandı. Akciğer grafisi çekilen hastanın bilateral yaygın infiltrasyonları mevcuttu. Akciğer ödemi olarak değerlendirilen hastaya bronkodilatör ve diüretik tedavi verildi. Aralıklı NIV desteği ve sürekli oksijen desteği sağlandı. Ayrıca metilprednizolon tek doz uygulandı. Etyolojiye yönelik olarak olası kardiyojenik ödem açısından kardiyojenez görüldü ancak kardiyak fonksiyonları normal olarak değerlendirilen hastada kardiyojenik ödem düşünülmedi. Olası trakeal obstrüksiyon açısından KBB görüşü alındı. KBB muayenesinde herhangi bir trakeal obstrüksiyon veya stenoz bulgusu izlenmedi. Hastanın şikayetlerine yönelik tedavi başlanmasını izleyen yaklaşık 24. saatte semptom ve bulguları tamamen gerilemişti. Solunumsal şikayeti kalmayan ve genel durumu düzelen hasta yoğun bakıma kabulünün 3. gününde psikiyatri önerisi ile kapalı psikiyatri servisi olan üst merkeze sevk edildi.

Sonuç: Negatif basınçlı pulmoner ödem genelde postoperatif dönemde üst hava yolunun akut kapanmasına karşı yapılan zorlu inspirasyon sonucu gelişen artmış intratorasik ve hidrostatik pulmoner basınca bağlı gelişen pulmoner ödem tablosudur. Akut solunum yetmezliğinin nadir bir sebebi olmakla beraber hayatı tehdit eden bir durumdur. NBPÖ erken tanınip doğru tedavi edildiğinde ciddi bir morbidite ve belki mortalite engellenebilir.

Erken tanı hava yolu açıklığının ve yeterli oksijenasyonun sağlanması ile olgular genellikle hızlı ve sorunsuz olarak düzeler. Sunduğumuz vakada olduğu gibi invazif mekanik ventilasyon genellikle gerekmez.

Anahtar kelimeler: Asi, negatif basınçlı pulmoner ödem, laringospazm

PS-56

KAFEİN İNTOKSİKASYONU OLGUSU

Demet Bölükbaşı¹, Baha Burak Konak¹, İrfan Kenan¹, Ahmet Gökhan Akdağ², Şerife Gökbulut Bektaş², Seval İzdeş¹

¹*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara*

²*Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara*

Amaç: Günümüzde kafein en sık kullanılan stimülandır. Son yıllarda özellikle stimülan olarak tablet formlarının tüketimi artmıştır. Kafeinin yüksek dozları kardiyovasküler, santral sinir ve gastrointestinal sistemde stimülasyona neden olur. Kafein intoksikasyonu nadir görülmesine rağmen, 10 g ve daha yüksek dozlarda kafein tüketilmesi hayati tehlike oluşturan komplikasyonlara neden olabilir. Ders çalışırken uyanıklığı artırmak amacıyla

10 gr kafein alan sonrasında kardiyak arrest olan bir olguyu sunarak, giderek yaygınlaşan kafein tablet kullanımı nedeniyle kafein intoksikasyon yönetimine dikkat çekmek istedik.

Olgu: Olgumuz 18 yaşında erkek hasta olup internetten almış olduğu kafein tabletinden 50 adet içmiş (1tb 200 mg) evde fenalaşınca 112 aramış ve acil servise getirilmiş. Acil serviste Kan basıncı 80/44 mmHg, nabızı 164 atım/dk olan hastanın takiplerinde ventriküler fibrilasyon ve kardiyak arrest gelişmiş. Hasta 3 kez defibrile edilmiş ve entübe edilmiş. Noradrenalin infüzyonu başlanmış. Acil serviste dirençli hipototesemi için potasyum klorür (KCl) infüzyonu, hiperglisemisi için de insülin infüzyonu başlanmış, iki kez jenerize nöbeti olmuş ve pH: 7.13 olan hasta hemodializ tedavisine alınmış iv lipit solüsyonu verilmiş. Hasta entübe olarak YBÜ kabul edildi. Genel durum orta bilinç konfü, entübe, kan basıncı 140/80 mmHg, nabızı 160 atım/dk (sinüs taşikadisi) idi. Noradrenalin infüzyonu kesildi. Remifentanil ve esmelol infüzyonu başlandı. Hastanın dirençli hiperglisemisi, hipototasemisi vardı. Acil Serviste başlanmış olan insülin, KCl ve lipit infüzyonlarına devam edildi. YBÜ yatışından 24 saat sonra ekstübe edildi. Ekstübe edildiğinde kan basıncı 110/68 mmHg, Nabızı 112 atım/dk idi. Ateş ve hipotermisi olmadı. Ybü yatışını takiben herhangi bir nöbeti olmadı. Esmolol 2 gün daha devam etti. Yatışının 4.günü genel durum iyi bilinç açık oryante ve koopere hemodinamisi stabil olan hasta, psikiyatrinin poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi.

Sonuç: Kafein oral alımı takiben 1 saat içinde maksimum düzeye ulaşır. Kafein tüketim sonrası hızlı bir şekilde dokulara dağılır ve fizyolojik etkilerini göstermek üzere kan-beyin bariyerini geçer. Kafein adenilat siklaz inhibitörüdür ve intrasellüler cAMP artışına bağlı taşıyartımlar, yüksek kardiyak outputa rağmen vazopleji nedeniyle hipotansiyon ve dağılım hipokalemisi gözlenir. Olgumuzda da bu bulgular oluşmuştur. Özellikle yüksek doz potasyum infüzyonuna rağmen inatçı hipokalemi gözlenmiştir. Kafein yağda çözünür bir madde olduğu için iv lipit tedavisi verilmiş ve fatal dozda kafein alımına rağmen kötü sonlanım olmamıştır.

Anahtar kelimeler: jenerize nöbet, kafein intoksikasyonu, kardiyak arrest, iv lipit infüzyonu

	Acil geliş	Yb yatış	12. saat	24. saat	72. saat
glikoz	360	276	257	83	80
ÜRE	32	28	28	26	19
KREATİN	1.1	1.3	1.4	1.1	0.8
K	2.9	2.9	3.0	3.1	3.4
Na	142	141	141	139	142
AST	112	137	148	333	161
ALT	160	203	193	196	150
LDH	526	697	828	935	459
pH	7.13	7.16	7.31	7.39	7.46
BK		34	35	33	6.8
CRP		5	35	157	5
PCT		23	30	20	1.6
Laktat	10	4	2.6	1.5	0.77

Laboratuvar takip çizelgesi

PS-57

MOUNIER-KUHN SENDROMU OLGUSU

Demet Bölükbaşı¹, Şerife Gökbulut Bektaş², İrfan Kenan¹, Ahmet Gökhan Akdağ², Baha Burak Konak¹, Seval İzdeş¹

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

Amaç: Mounier-Kuhn sendromu (MKS), nadir görülen, trakeal ve bronşiyal dilatasyon ile karakterize klinik ve radyolojik olarak tanı konulan bir sendromdur. Akciğer grafisinde trakeobronkomegali görülmesiyle şüphelenilir. Bu sendromda trakeanın ve proksimal bronşların genişlemesi, azalmış mukosilier klirens, hava yolu inflamasyonu, yetersiz öksürük, bronşektazi ve/veya amfizem ile sonuçlanır. Bu durum da tekrarlayan akciğer enfeksiyonlarına neden olur.

Olgu: Altmış dokuz yaşında erkek hasta, aspirasyon pnömonisi ön tanısı ile Acil servisten yoğun bakıma kabul edildi. Daha önceden çok sayıda akciğer enfeksiyonu nedeniyle Acil servise müracat edip tedavi alan hasta, son bir yıldır da serebrovasküler olay nedeni ile evde bakım hastası olan hasta, evde solunum sıkıntısı nedeni ile arrest olup entübe edilerek hastaneye getirilmiş. Çekilen PA akciğer grafisinde ve toraks bilgisayarlı tomografisinde(BT) trakeanın ve bronşların dilate olduğu belirlendi. Trakea genişliği 44.7mm, sağ ana bronş 19.7mm, sol ana bronş 18,7 mm olarak ölçüldü. Trakea arka duvarında divertikülit gözlemlendi. Hastanın anamnezi derinleştğinde tekrarlayan akciğer enfeksiyonu olduğu öğrenildi. Kardiyak arrest sonrası hipoksik ensefalopati tanısı kondu. 8.5 numaralı endotrakeal tüple entübe iken hava kaçağı olan hastaya 9 numara trakeostomi kanülü ile trakeostomi açıldı, hava kaçağı azaldı.

Sonuç: Yetişkinlerde, koronal trakeal çapı (karınanın 2 cm üzerinde ölçülen) 30 mm'yi aştığında veya üst üste binmiş torasik vertebral gövdelerden daha geniş olduğunda, göğüs radyografisinde ve BT'de trakeamegali tanısı konur. Ek olarak, sağ ve sol ana bronşların koronal çapları, sırasıyla erkekler için 21 mm ve 18 mm'den büyük, kadınlar için 20 mm ve 17 mm'den daha büyük olduğunda bronkomegali olarak adlandırılır. Olgumuzda hem trakea hem de bronşlar yukarıda verilen ölçülerden geniş olarak ölçüldü ve posterior trakeal duvarda divertikülit mevcuttu. Olgumuza Mounier-Kuhn Sendromu tanısı kondu. Olgumuza erken dönemde tanı konsayı endobronşyal stent konulabilirdi. Ancak arest olduktan ve hipoksik kaldıktan sonra tanı konduğu için endobronşyal stent konulamadı.

Sık akciğer enfeksiyonu geçiren hastalarda akciğer grafisi trakeabronşiyal genişlik açısından da incelenmelidir. Trakeobronkomegalisi olan olgularda Mounier-Kuhn Sendromunun akla getirilmesi hayat kurtarıcı olacağı kanısındayız.

Anahtar kelimeler: aspirasyon pnömonisi, Mounier-Kuhn sendromu, trakeobronkomegal, itrakeostomi

PS-58

SANTRAL PONTİN MYELİNOZİS VE EKSTA PONTİN MYELİNOZİS: İKİ OLGU SUNUMU

Demet Aydın¹, Ece Salim¹, Ertan Karaçay², Özlem Çakın¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Ana Bilim Dalı, Antalya

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Santral pontin miyelinozis osmotik değişime bağlı, ponsun santral kısmında miyelin kaybı oluşan nörolojik bozukluktur. En sık hiponatreminin hızlı düzeltilmesi ile ortaya çıktığı görülmektedir.

Yazımızda hiponatremi tablosunun hızlı düzeltilmesi ile ortaya çıkan santral pontin miyelinozis ve ekstra pontin miyelinozis vakalarını sunduk.

Olgu 1: 47 yaşında erkek şizofreni hastası acil servise bilinç kaybı ile geldi. Dirençli nöbet geçiren hasta acil serviste entübe edildi ve YBÜne alındı. Glasgow Koma Skoru(GKS)4, Pupiller İzokorik, Işık refleksi (IR) +/+, Derin tendon refleksleri normoaktif, babinski negatif idi. BUN: 4mg/dl, Kreatinin 0.8mg/dl, Sodyum(Na):109 mmol/L, Potasyum(K):3.92 mmol/L, Klor(Cl):82 mmol/L, CRP:12, Kalsiyum(Ca):7.8 mg/dL, Kreatin kinaz(CK):224 U/L, Laktat dehidrogenaz (LDH):301 Hastada hipervolemik hiponatremi düşünülmüdü. Acilde hipertonic sıvı (%3NaCl) ve serum izotonik(%0.9 NaCl) tedavisinden 4 saat sonra, Na:116 mmol/L ve 21saat sonra Na:131mmol/L e yükselmiş idi. Hastanın beyin tomografisi nöroloji ve beyin cerrahisi tarafından değerlendirilmiş olup akut gross patoloji saptanmadı. Lomber ponksiyon(LP) yapıldı patoloji saptanmadı. Beyin sapı lezyonu ve hiponatremi hızlı tedavi edilme öyküsü nedeniyle santral pontin miyelinozis ekartasyonu için MR çekildi. T2 ve FLAIR serilerde bilateral bazal ganglionlarda hiperintens diffüz sinyal artışı

Olgu 2: 60 yaş erkek hasta bilinen Hipertansiyon(HT) ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hatalığı(KOAH) mevcut. Hastada tetraparezi mevcuttu, solunum sıkıntısı nedeni ile yoğun bakımda entübe edildi. Bilinç kapalı, pupiller izokorik, konjuge sola bakışta nistagmus saptandı. Beyin tomografisinde özellik yoktu. Hastanın Na:116mmol/L dan 8 saat de 126mmol/L ya çıkarılmış. Kabul sonrası BUN:22 mg/dl, Kreatinin 0,7 mg/dl, Na:139 mmol/L, K: 4,8mmol/L Cl:103 mmol/L, Ca: 8,9 mg/dL, CK:289 U/L, LDH:462 saptandı. LP de özellik yoktu. Sodyum hızlı düzeltilmesi nedeni ile santral pontin demiyelinozis düşünüldü. Çekilen MR da T2 ve FLAIR serilerde pons sant-ralinde hiperintense diffüz sinyal artışı

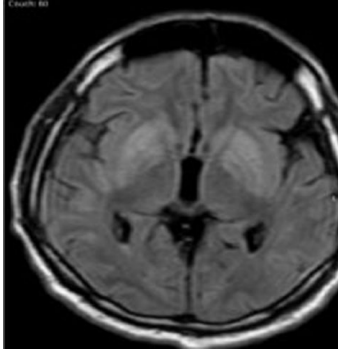
Sonuç: Santral pontin miyelinozis sıklıkla osmotik değişime bağlı gelişen ve ponsun santral kısmında miyelin kaybı ile ortaya çıkan nörolojik bir bozukluktur. Direkt osmotik etkinin yanında sitotoksik metabolitler suçlanmış. Metabolitlerin kan beyin bariyerinin geçirgenliğini bozup vazojenik ödeme yol açarak ve sitotoksik ajan salınımına sebep olarak akson miyelin kılıfının ayrılıp oligodendrositlerde kalıcı hasar oluşturarak mevcut tabloya yol açtığı düşünülmektedir. Osmotik değişimi engellemek için hiponatremi 0.5-1 mEq/L/ saati geçmeyecek şekilde hızlı düzeltilmemelidir.

Akut dönemde MRG, BType göre demiyelinizan lezyonlar açısından önemli bulgular verir.

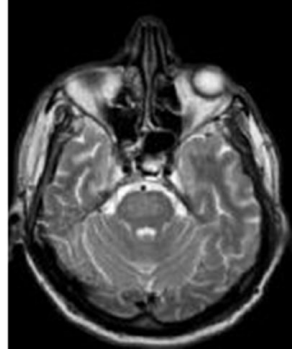
Her iki olgunun da başvurusunda ciddi hiponatremisi mevcuttu ve sodyumun fazla yükseltilmesi sonucu osmotik değişim ve sonucunda santral pontin ve ekstra pontin demiyelinozis tablosu gelişmiştir.

Metabolik bozukluk ile gelen hastalarda tedavi düzenlenirken osmotik değişimler göz önünde bulundurulmalı ve tedavide tablonun hızlı düzeltiminden uzak durulmalıdır.

Anahtar kelimeler: santral pontin miyelinozis, ekstra pontin miyelinozis, hiponatremi



Olgu 1



Olgu 2

PS-59

YOĞUN BAKIM HASTALARINDA GELİŞEN ESCHERİCHİA COLİ KAYNAKLI ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARININ GERİYE DÖNÜK İNCELENMESİ

Sevil Alkan Çeviker¹, Zafer Ayhan², Atalay Özgüven², Gönül Koç³, Nazmiye Güngörmüş³, Hava Canbay Bayata³, Gülşen Simavlıoğlu⁴

¹Kütahya S.B.Ü. Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Kütahya

²Balıkesir Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Balıkesir

³Balıkesir Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Balıkesir

⁴Kütahya S.B.Ü. Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım, Kütahya

Amaç: Üriner sistem enfeksiyonları, yoğun bakım dışında gelişen hastane enfeksiyonları içerisinde ilk sırada gelir. Sıklıkla bu enfeksiyonlar üriner kateter ilişkilidir. Nozokomiyal enfeksiyonların %40-45'e varan kısmından sorumludur ve bu hastaların %3'ünde bakteriyemi gelişir. Ayrıca hastane yatış süresinde ve maliyetlerinde %10-15 kadar artışa sebep olduğu bildirilmektedir. Bu enfeksiyonlara sebep olan en sık patojenler Escherichia coli, diğer gram negatif basiller, enterokoklar ve kandidalardır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada Balıkesir Devlet Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde 1 Ocak 2014-1 Ağustos 2019 tarihleri arasında gelişen üriner sistem enfeksiyonları retrospektif olarak incelendi. Verilerin toplanmasında hastanemiz sürveyans verileri ve otomasyon sisteminden yararlandı.

Bulgular: Çalışma döneminde yoğun bakım ünitelerinde toplam 52 Escherichia coli kaynaklı üriner sistem enfeksiyonu tespit edildi. Bu enfeksiyon gelişen hastaların yaş ortalaması 56,85 ve 32'i (%61,5) kadındı. Bu enfeksiyonların tamamı kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (KİÜSE) idi. 3 hastada sekonder kan dolaşım enfeksiyonu gelişti.

İdrar kültürlerinden *Escherichia coli* izolasyonu en sık olarak 3. Basamak genel yoğun bakım ünitesinde saptandı. Sağlık bakımı ilişkili ÜSE nedeni olan *Escherichia coli* kökenlerinde ESBL pozitiflik oranı 42/52(%80,7) olarak saptandı (Tablo 1).

Sonuç: *Escherichia coli* kaynaklı üriner sistem enfeksiyonları, sekonder bakteriyemiye neden olmaları ve artmış antibiyotik dirençleri nedeniyle özellikle yoğun bakım ünitelerinde sorun mikroorganizmalardır. Bu enfeksiyonların gelişiminin engellenmesi amaçlı ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Escherichia coli, üriner sistem enfeksiyonu, yoğun bakım, direnç

Tablo 1. E.coli kaynaklı ÜSE olan olguların servis dağılımları ve E.coli'lerin ESBL pozitiflik oranlarının değerlendirilmesi

Servis adı	Toplam etken E. coli sayısı (n)	ESBL + E.coli sayısı	Dirençli etken oranı(%)
1. Basamak yoğun bakım	2	0	0
3. Basamak Genel yoğun bakım	20	17	85
3. Basamak Genel yoğun bakım 1	3	3	100
Anestezi ve Reanimasyon yoğun bakım	7	7	100
Genel yoğun bakım 2	11	11	100
Genel yoğun bakım 3	4	3	75
Kalp damar cerrahisi yoğun bakım	1	0	0
Koroner yoğun bakım	3	0	0
Nöroloji yoğun bakım	1	0	0
Toplam	52	42	80,7

E.coli: Escherichia coli, **ESBL:** extended-spectrum beta-lactamase (genişlemiş spektrumlu beta laktamaz)

PS-60

İTERNAL JUGULER VEN KANÜLASYONUNUN ARDINDAN GELİŞEN MASİF HEMATOM: BİR UYARI NOTU

İbrahim Mungan, Çilem Bayındır Dicle, Derya Ademoglu, Dilek Kazancı, Sema Turan

Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

Amaç: Santral venöz kateterizasyon, acil ve yoğun bakım kliniklerinde sıvı resüsitasyonu, masif transfüzyon, total parenteral beslenme, santral venöz basınç takibi ve hemodiyaliz için yaygın olarak kullanılan bir işlemdir. Santral venöz kanülasyon ile ilişkili komplikasyonların listesi oldukça uzun olsa da, tekniğe ve hasta yönetimine dikkat edilmesi morbidite ve mortaliteyi kabul edilebilir asgari seviyeye indirebilir. En sık görülen mekanik komplikasyonlar arter ponksiyonu ve sekonder hematomdur. Bu vaka sunumunda acil serviste hemodiyaliz kataterinin malpozisyonu sonrası gelişen servikal-mediastinal hematom ve acil treakeostomi olgusunu ele aldık.

Olgu: 87 yaşında kadın hasta, acil servise nefes darlığı şikayeti ile gelmişti. KKY, kronik AF, astım tanıları ile takipli hastanın 1 ay önce de tip 1 solunum yetmezliği nedeniyle hastane yatışı olmuş. Hastanın başvurusu sonrası yüklenme bulguları olup yapılan medikal tedaviye cevap vermediğinden furosemid infüzyon- hemodiyaliz yapılması kararlaştırılmıştı. Sağ İJV'den hemodiyaliz katateri takılmaya çalışılan hastanın işlem öncesinde INR: 2,41 ve aPTT: 27,2 sn olarak belirlenmişti. Kataterin intraarterial olarak ilerlemiş olduğu gözlenince işlem tamamlanmadan katater çekilmiş ve bası ile kanama olması engellenmiş. Ancak takibinde sağ juguler bölgede ve mediastende hematom gelişen hasta endotrekeal olarak entübe edilemeyince acil olarak KBB kliniğince cerrahi treakeostomi açılmış. Hasta yoğun bakım kliniğimize devir alınarak takip edildi. Fleksibl bronkospi ile treakeostomi kanül açıklığı teyit edilen hastaya femoral katater takılarak hemodiyaliz tamamlandı. Hematomu gerileyen ve mekanik ventilatörde spontan modda takip edilen hastanın tedavisi KBB, Göğüs hastalıkları ve kardiyoloji klinikleri ile birlikte düzenlendi. Takibinin 5. gününde kardiak arrest gelişen hastada yapılan müdahalelere cevap alınamadı ve hasta eksitus olarak kabul edildi.

Sonuç: Çoğu vakada santral venöz kateterizasyon komplikasyonsuz güvenle yapılmasına rağmen bazı durumlarda minör veya ölümcül komplikasyonlar gelişebilir. Santral venöz kateterizasyon sırasında yaşamı tehdit

edici komplikasyonların toplam görülme oranı %0.02 ~ 1.5 olarak tahmin edilmektedir ve arter hasarı oranı yaklaşık %1-15'tir. Arteriyel ponksiyon gelişmesine rağmen, hematoma minörse ve hemodinamik olarak stabilize yakın gözlem yeterli olmaktadır. Ancak santral venöz kateterizasyon sonrası hastanın genel durumunun ani bir şekilde bozulması, komplikasyon şüphesi uyandırmalıdır. Prensip olarak, AC-PA, toraks ultrasonografisi, transözofageal ekokardiyografi veya toraks BT gibi hızlı tanı prosedürlerine ihtiyaç vardır. Bununla birlikte, tipik bir klinik senaryo varlığında, görüntüleme değerlendirmesinde hiç zaman harcanmadan derhal tedavi yapılması gerekli olacaktır. Büyük bir hematoma vakamızda olduğu gibi hava yolu obstrüksiyonu gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Ayrıca sadece yerleştirme sırasında değil, kateterin çıkarılması sırasında da özen gösterilmelidir. Gibson ve Bodenham, yanlış yerleştirilmiş santral venöz kateter ile ilgili olarak kısa vadede "şüphelenirse çıkarılmayın" önerisinde bulunur. Değerlendirme ve sonrasında floroskopik veya direk görerek kateteri çekme tavsiye edilmektedir.

Anahtar kelimeler: santral kateterizasyon, arter yaralanması, trakeostomi, hematoma



Şekil 1. Hematom ve trekeal bası