

# E-POSTER BİLDİRİLER

*E-POSTER PRESENTATIONS*

14. ULUSAL TÜRK DAHİLİ VE CERRAHİ BİLİMLER  
YOĞUN BAKIM KONGRESİ, EKİM 2017

*14<sup>th</sup> NATIONAL CONGRESS OF THE TURKISH SOCIETY OF MEDICAL  
AND SURGICAL INTENSIVE CARE MEDICINE, OCTOBER 2017*

---

6. AVRASYA YOĞUN BAKIM TOPLANTISI, EKİM 2017

*6<sup>th</sup> EURO-ASIAN CRITICAL CARE MEETING, OCTOBER 2017*

## EP 1

**THE EFFECTS OF SEDATIVE AGENTS USED IN INTENSIVE CARE UNIT ON QT INTERVAL**

**Onur Avcı<sup>1</sup>, Sinan Gürsoy<sup>2</sup>, Cevdet Düğer<sup>2</sup>, Kenan Kaygusuz<sup>2</sup>, İclal Özdemir Kol<sup>2</sup>, Ahmet Cemil İsbir<sup>2</sup>, Mehmet Caner Mimaroglu<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Numune Hospital Department of Anesthesiology, Sivas, Türkiye

<sup>2</sup>Cumhuriyet University Department of Anesthesiology, Sivas, Türkiye

**Objective:** The aim of this research is the effects of sedative drugs which are used on intensive care unit (ICU) patients on QT interval.

**Materials and Methods:** After ethics committee and patient's relative's approval, 90 patients who are age of 30-90 hospitalized at ICU due to respiratory insufficiency and connected to mechanic ventilator. Only patients that have sedative requirement were included in this research. Patients that have conscious changes, hemodynamic instability, endotracheal tube changing requirement, anticholinergic, antiarrhythmic, vasopressor and vasodilator drug requirement during the research were removed from the research. After the respiratory and cardiac monitorizations were enabled on patient with respiratory insufficiency in ICU, 12 derivations ECG's were recorded, systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure (DBP), mean arterial blood pressure (MABP), heart rate (HR) and peripheric oxygen saturation (SpO<sub>2</sub>) values were recorded simultaneously. These values were used as base. At 1<sup>st</sup> and 12<sup>th</sup> hours of sedation (midazolam, propofol or dexmedetomidin), 12 derivations ECG's were recorded and again, SBP, DBP, MABP, HR and SpO<sub>2</sub> values were recorded. Among the derivations in ECG recordings, the longest QT interval was measured by 2 anesthesiologists who don't know the groups and by measuring the RR interval on the same derivation. Measured QT and QTc values were recorded.

**Results:** Among the groups, there was no difference in terms of age, glasgow coma scale and sex. When the effect of sedation type on HR, MABP and SpO<sub>2</sub> was investigated, there was no significant difference in terms of HR, MABP, SpO<sub>2</sub> at 0<sup>th</sup> and 1<sup>st</sup> hours among different sedative drugs. When HR's at 12<sup>th</sup> hour were evaluated, HR at dexmedetomidin group was lower than both midazolam and propofol groups' HR and this was statistically significant. When MABP's at 12<sup>th</sup> hour were evaluated, MABP in propofol group was lower than dexmedetomidin group and this was statistically significant. When SpO<sub>2</sub> values at 12<sup>th</sup> hour were evaluated, SpO<sub>2</sub> values in midazolam group was significantly lower than the other 2 groups' SpO<sub>2</sub> values. When the effect of sedation type on QT and QTc interval was evaluated, there was no significant difference among different sedative agents at 0<sup>th</sup> hour for QT interval, 0<sup>th</sup> and 1<sup>st</sup> hour for QTc interval. For QT interval, dexmedetomidin prolonged the interval more than the other 2 agents both at 1<sup>st</sup> and 12<sup>th</sup> hours and this was statistically significant. There was statistically significant difference in QT intervals between propofol and midazolam groups at 12<sup>th</sup> hours. When QTc intervals were evaluated, only QTc values at 12<sup>th</sup> hour were different between different sedative agents and the QTc values in these groups belong to these different sedative agents were different each other and this was statistically different. Dexmedetomidin prolonged QTc mostly

however propofol shows favorable efficacy by shortening the QTc interval.

**Conclusion:** Monitorization is necessary for using sedative agents in ICU because these agents can cause cardiac and respiratory changes. Dexmedetomidin is superior to propofol because it causes less hypotension. In our opinion, propofol is a good alternative sedative agent for dexmedetomidin and midazolam in patients with long QT interval because it shortens the QT interval however dexmedetomidin and midazolam can cause cardiac arrhythmia by prolonging QT interval. When making drug choice for sedation in ICU, patient's clinical situation, hemodynamic parameters and cardiac monitorization must be considered.

## EP 2

**RETROSPECTIVE EVALUATION OF TRACHEOTOMY CASES IN INTENSIVE CARE UNITS**

**Onur Avcı, Asiye Doğan, Canan Baran Ünal**

Numune Hospital Department of Anesthesiology, Sivas, Türkiye

**Objective:** We aimed to retrospectively evaluate the clinical outcomes of cases with tracheotomy in intensive care units and to reveal the benefits of tracheotomy on patient follow-up and clinical outcome.

**Material and Methods:** File records of 116 tracheotomy cases being followed-up over 24 months were reviewed retrospectively. Patients' ages, genders, diagnosis, additional diseases, APACHE II scores, day and method of tracheotomy, complications, mortality, weaning ratios and clinical outcomes were reviewed in detail.

**Results:** Reason for tracheotomy was mostly due to extended intubation. Of 116 patients, 18 had surgical and 98 had percutaneous tracheotomy. For both methods, patients were prepared electively. During or after (first 24 hours) both methods, no major complications occurred. Neurologic causes were the most observed reason for hospitalization. Mortality in the group hospitalized for cardiologic reasons was 100% and no patients were discharged. When ratios of decannulated discharges and tracheotomized discharges were compared between groups, tracheotomized discharge ratios were higher in every group (GIS, neurologic and renal) except the respiratory reasoned hospitalized group. We observed that, as additional diseases increased, mortality also increased and weaning ratio decreased. There was a significant correlation between age and mortality. No significant correlation was observed between extended day of tracheotomy and mortality, despite a slight increase (p>0.05). This was also the case between day of tracheotomy and weaning. Weaning ratio decreased as age increased. In addition, weaning ratios were found higher in males, which was statistically significant (p<0.05).

**Conclusion:** Tracheotomy is beneficial for patients after extended intubation in intensive care units. If we consider that tracheostomy has less complications than extended endotracheal intubation, this procedure can be safely applied to patients with extended intubation. However, more research is needed for specific information regarding tracheostomy timing.

## EP 3

**EVALUATION OF DECUBITUS ULCERS CASES IN INTENSIVE CARE UNIT****Onur Avcı***Numune Hospital Department of Anesthesiology, Sivas, Türkiye*

**Objective:** The study was conducted to determine the frequency of decubitus ulcers, average decubitus ulcer generation time, the correlation with Waterlow risk score, the most frequent locations of decubitus ulcers, and to compare the number of patients with decubitus ulcers inside and outside anesthesia intensive care units, to raise awareness, to take precautions against decubitus ulcers and to contribute in these subjects.

**Material and Methods:** 1739 patients who were treated between March 2013 and April 2016 in the intensive care unit in our hospital were included in this definitive study. SPSS for Windows 22.0 program was used to evaluate findings from the research.

**Results:** Between March 2013 and April 2016, decubitus ulcer occurrence rate in the intensive care unit was 11%. 1153 of 1739 patients were taken over from the emergency service or directly as a patient cared at home. 586 patients were taken over from other services. In this period, a total of 973 patients were reported dead. Out of 201 patients with decubitus ulcers 47.8% (96 patients) were male, 52.2% (105 patients) were female. Average age among patients was 65,83. While the lowest Waterlow risk score was 11 and the highest was 31, average Waterlow risk score was 23,22. Average time for decubitus ulcer generation was 22.94 days. Of the 201 patients diagnosed with decubitus ulcers, 57 were stage 1, 105 were stage 2, 34 were stage 3 and 5 were stage 4. The patient group taken over from another service and which had the most decubitus ulcer diagnosis was internal medicine service with 40,8%. The most common locations of decubitus ulcers were sacrum and coccyx, followed by heels.

**Conclusion:** When the intensive care unit was compared with other services, there was a significant difference regarding number of patients with decubitus ulcers and ulcer generation time. We think that decubitus ulcer occurrence can be prevented with a multidisciplinary approach, such as more qualified medical staff in intensive care units, trainings, regular decubitus ulcer risk score analysis and preventive applications.

## EP 4

**KOLİSTİN KULLANIMINA SEKONDER GELİŞEN TROMBOSİTOPENİ: OLGU SUNUMU****Mahmut Sami İnce, Turgut Teke, Fatih Yücel***Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Bilim Dalı, Konya, Türkiye*

**Amaç:** Yoğun bakım ünitesinde ilaç kullanımına bağlı trombositopeni sık görülmektedir. Dirençli gram negatif bakteriyel enfeksiyonların teda-

visinde sık olarak kullanılan kolistin daha çok nefrotoksisite ve nörotoksisite yan etkileriyle bilinmektedir. Mevcut bilgilerimizle, kolistin hematolojik yan etkileriyle ilgili olarak bir vaka bildirimini dışında literatürde çalışma bulunmamaktadır. Bu yazıda kolistin kullanımına sekonder gelişen trombositopeni vakası rapor edilmiştir.

**Olgu:** Daha önceden bilinen Huntington Hastalığı mevcut olan 60 yaşında erkek hasta kliniğimize nefes darlığı, hırıltılı solunum ve balgam çıkaramama şikayetiyle başvurdu. Yapılan fizik muayenede vücut ısısı 38.7°C, kan basıncı 100/60 mmHg, periferik oksijen satürasyonu %88 ve solunum sesleri bilateral orta ve alt zonlarda sonör ronküs ve sağ üst zonda bronşial solunum sesi tespit edildi. Tam kan sayımında beyaz-küre sayısı: 9300/µL, hemoglobin: 11 g/dL, hematokrit: %34,7, trombosit: 329000/µL; oda havasında elde edilen arteryel kan gazı analizinde pH: 7.45, pCO<sub>2</sub>: 36,1 mmHg, pO<sub>2</sub>: 77,6 mmHg, cHCO<sub>3</sub>: 25 mmol/L, sO<sub>2</sub>: %93,8 olarak tespit edildi. Biyokimya analizinde CRP: 136,9 mg/L, kreatinin: 0,85 mg/dL, albümin: 2,8 g/dL olarak tespit edildi, elektrolit bozukluğu saptanmadı. Akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda ve sağ orta zonda gölge koyuluğu artışı tespit edilmesi üzerine aspirasyon pnömonisi tanısıyla kliniğimize yatırılarak; kan, idrar ve balgam kültürü gönderildikten sonra ampirik olarak seftriakson ve metronidazol antibiyoterapileri başlandı. Takibinde kliniği iyileşmeyen, radyolojik progresyon gösteren ve pürülen sekresyon artışı izlenmesi üzerine seftriakson meropenem tedavisi ile değiştirildi. Öksürük refleksinin zayıf olması, sekresyonlarını atamaması nedeniyle hasta yakınlarından onam alınarak hastaya trakeotomi açıldı. Trakeotomi kanülünden yapılan bronkoskopide endobronşial lezyon izlenmedi, mukus tıkaçları izlendi ve aspire edildi. Bronkoskopik yöntemle alınan bronkoalveolar lavaj sıvısından kültür gönderildi. Kültürde acinetobacter baumannii üremesi ve kültür antibiyogramda duyarlı olması üzerine inhaler kolistin tedaviye eklendi. Takiplerinde ateşlerinin devam etmesi, hipotansif, taşikardik, takipneik seyretmesi ve pozitif inotrop desteği ihtiyacı gelişmesi üzerine tedaviye antibiyogram duyarlılık sonucuna göre intravenöz kolistin ve tigesiklin eklendi. Tedavi sonrası 48 saat içerisinde ateş, CRP ve klinik yanıt alındı; intravenöz kolistin ve tigesiklin tedavisinin 7. gününde trombosit değerlerinde tedrici düşüş izlendi. Hemorajik sekresyon ve trombosit değeri 2000/µL'ye düşmesi nedeniyle trombosit süspanasyonu replase edildi. Periferik yaymada hemogram değerleriyle uyumlu trombositopeni dışında anormal bulgu tespit edilmedi. Trombositopeninin diğer nedenlerinin araştırılması açısından hepatit viral markerları ve anti-HIV dahil diğer viral serolojik markerlar, tiroid fonksiyon testleri, VDRL-RPR çalışıldı ve negatif olarak tespit edildi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinde anormallik saptanmadı, PT, aPTT, fibrinojen değerleri normal, direkt coombs testi negatif saptandı. İlaça bağlı trombositopeni araştırması nedeniyle öncelikle tedavinin 10. gününde tigesiklin kesildi, ancak trombosit değerlerinde düzelme izlenmemesi üzerine intravenöz kolistin tedavisi 15. günde stoplandı. Tedavinin kesilmesinden 48 saat sonra alınan hemogram takiplerinde trombosit değerlerinin yükseldiği ve 5. günde 100000/µL üzerine çıktığı izlendi. Antibiyogramda duyarlı olması nedeniyle tedaviye inhaler kolistin ve intravenöz tigesiklin ile devam edildi. Diğer tedavileri de tamamlanan hastanın taburculuk öncesi trombosit değeri 318000/µL idi.

**Sonuç:** Özellikle yoğun bakım ünitelerinde son zamanlarda artış gösteren dirençli gram negatif enfeksiyonlar nedeniyle kolistin kullanım sıklığının artacağı öngörüsünde bulunursak, nefrotoksik ve nörotoksik yan etkileri yanında kolistin ciddi morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilen trombositopeniye de neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

## EP 5

**YOĞUN BAKIMDA İMMUNSUPRESİF HASTA: CMV Mİ? VZV Mİ?****Mehtap Pehlivanlar Küçük, Davut Aydın, Çağatay Erman Öztürk, Fatma Ülger***Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Samsun, Türkiye*

**Amaç:** Yoğun bakımda immunsupresif hastaların tanınması ve tedavisi ivedilikle yürütülmesi gereken özellikli bir klinik durumdur. Olgumuzda suçiçeği (Varicella Zoster Virus-VZV) ve Citomegalovirus (CMV) enfeksiyonları ayırıcı tanısı netlik kazanmadan kaybedilen bir hasta sunulmuştur.

**Olgu:** Elli dokuz yaşında fokal segmental glomeruloskleroz tanısı ile takipli erkek hastaya 10 ay önce dış merkezde böbrek transplantasyonu yapılmış. Dört gün önce öncelikle baş bölgesinde başlayan ve sonrasında tüm vücuda yayılan kaşıntılı makülopapüller döküntüler, suçiçeği ile uyumlu bulunmuş (Resim 1). Hasta mekanik ventilatör desteğinde ARDS tablosunda yoğun bakım ünitemize devralındı. Bakteriyel etkenler yanında klinik, döküntü karakteristiği ve akciğer bulguları ile öncelikle su çiçeği pnömonisi düşünülerek hastaya asiklovir, meropenem, levofloksasin, ve bactrim tedavileri başlandı. APRV modla invaziv mekanik ventilatör (IMV) uygulandı. Tetkiklerinden VZV Ig-M negatifken, CMV Ig-M pozitif olarak saptandı. Asiklovir tedavisi gansiklovir ile değişildi. Çekilen HRCT’inde üst zon ağırlıklı bilateral alveoler konsolidasyonlar, buzlu cam alanları, yer yer septal kalınlaşmalar izlendi (Resim 2). Kan gazında derin metabolik asidozu mevcuttu, CRP:13,4, BK:19,700, kreatin:4,01, Na:132, prokalsitonin:1,7 idi. Klinik stabilite sağlanır sağlanmaz bronkoskopik örnekleme yapılması planlandı. Hasta ileri tetkiklerle tanı netleştirilemeden, kabulünün ikinci gününde kaybedildi.

**Tartışma:** CMV enfeksiyonu transplant alıcılarında sık görülür, ciddi hastalık tablolarına yol açar ve sıklıkla diğer patojenlerle (P. carinii, enterik Gram (-) basiller, vb) birlikte bulunmaktadır. CMV enfeksiyonu insidansı renal transplant alıcıları için %75 olarak bildirilmiştir. Tanıda CMV Ig-M pozitifliği yetersizdir. PCR ile CMV-DNA varlığı, kan veya vücut sıvılarında virus ilişkili antijen (pp65) tespiti ve en azından ikinci bir yöntemle virusun gösterilmesi gerekir. Ya da kesin tanı için histopatolojik örnekleme gerekir. VZV enfeksiyonunda ise su çiçeğine ait tipik döküntülerin görülmesi, radyolojik görüntülerin varisella pnömonisi ile uyumlu olması ve VZVye karşı gelişen Ig-M türü antikorların serumda gösterilmesi tanı için yeterlidir. Tedavide destek tedavi ve antiviral tedaviler önerilmektedir. Her iki tabloda da karışıklığa yol açabilecek şekilde Bilgisayarlı Tomografide buzlu cam opasiteleri, fokal konsolidasyonlar, birleşme eğiliminde küçük nodüller yanısıra septal kalınlaşmalar izlenebilir. Olgumuzda da döküntülerle beraber radyolojik bulgular öncelikle suçiçeği pnömonisini düşündürmekle beraber VZV serolojisi negatif iken CMV-IgM pozitifliği CMV pnömonisi olasılığını desteklemiştir.

**Sonuç:** Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda yeni oluşan pulmoner infiltratların tanısı ve tedavisi genellikle güçlük yaratır. Hastaların yaklaşık yarısında birden fazla enfeksiyon ajanı ya da enfeksiyon ve enfeksiyon dışı patolojilerin birlikteliğinin görülmesi tanısız yaklaşım güçlüğüne doğurmaktadır.

## EP 6

**TORAKS TÜPÜ SONRASI DALAK YARALANMASI VE KONSERVATİF TAKİP****Serdar Yamanyar<sup>1</sup>, Hayriye Cankar Dal<sup>1</sup>, İbrahim Mungan<sup>1</sup>, Erdem Çakmak<sup>1</sup>, Dilek Kazancı<sup>1</sup>, Sema Kultufan<sup>1</sup>, Mohammed Deniz<sup>2</sup>***<sup>1</sup>Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye  
<sup>2</sup>Yozgat Şehir Hastanesi, Yozgat, Türkiye*

**Amaç:** Günümüzde toraks tüpü takılması sık kullanılan ve çeşitli komplikasyonları olan bir girişimdir. Bu sunumda toraks tüpü takılması sonrası nadir görülen bir komplikasyon olan iatrojenik dalak yaralanması gelişen bir vaka bildirilmiştir.

**Olgu:** 76 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası nedeni ile yoğun bakımda 16 gün takip edildi. Multipl kot fraktürü, hemopnomotoraks nedeni ile bilatera ltoraks tüpü yerleştirilen hasta düşük molekül ağırlıklı heparin başlanarak taburcu edildikten 1 ay sonra solunum sıkıntısı ile acil servise başvurdu. PA AC de tespit edilen sol hemotoraks nedeniyle toraks tüpü takıldı. Kontrol PA AC de tüpün abdominal alanda olduğu görüldü. Tüpün dalağı tam kat penetre ettiği görüldü. Hasta yoğun bakım ünitesine yatırıldı, monitörize edildi, toraks tüpü analjezi sonrası çıkartıldı. Hastanın TA:130/80 Nb:95/dk. Hbg:12,5. Hasta hemodinamik açıdan stabil seyretti. İşlem sonrası hastanın transfüzyon gereksinimi olmadı.

**Tartışma:** İatrojenik dalak yaralanması sonrası Hemodinamik instabilite olması durumunda acil cerrahi veya embolizasyon kullanılır. Ancak vaka sunumunda olduğu gibi Hemodinamik stabilite durumunda konservatif takip yapılabilir. Literatürde 2 yöntem bildirilmiştir. Birincisi hemostatik meteryallerin tüp içinden uygulanarak tüpün hemen çekilmesi bir diğeri tüpün yaklaşık 2 hafta bekletilmesi sonrası çekilmesi. Bu vakada tüp hemen çekildi. Bu vaka sunumunda iatrojenik dalak yaralanması sonrası konservatif takibin stabil hastalarda uygulanabileceğini vurguladık.

## EP 7

**PERİFER DEVLET HASTANESİ YOĞUN BAKIM HASTA PROFİLİ****Ahmet Oğuzhan Küçük***Gazi Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Samsun, Türkiye*

**Amaç:** Türkiye’ de yoğun bakım hasta profili oldukça geniştir. Yoğun Bakım (YB) yatışından fayda görmeyeceği klinik olarak öngörülen hastalara uygun bakım ve destek tedavilerinin sağlanabileceği yeterli sayıda alternatif merkezlerin olmayışı yoğun bakımların etkin kullanımını kısıtlamaktadır.

**Bulgular:** Merkezimizde 3 adet yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Cerrahi yoğun bakım ünitesi 8 yatak, dahiliye yoğun bakım ünitesi 11 yatak, koroner yoğun bakım ünitesi 8 yatak toplam 27 yatak, 19

mekanik ventilatör mevcuttur.Çalışma bu yoğun bakımlarda invaziv mekanik ventilatörde takip edilen hastaların 3 ay boyunca gözlemlenerek takibi şeklinde planlandı.Bu sürede 58 mekanik ventilatör ihtiyacı olan hasta çalışmaya dahil edildi.Elli sekiz hastanın 28'i (%48,3) kadın, 30'u (%51,7) erkek idi.Sayısal verilere bakıldığında; median yaş 82 (min-max 30-93), median SOFA skoru 7 (min-max 3-16), median APACHE skoru 23 (min-max 10-47), median mekanik ventilatörde gün sayısı 8 (min max 1-77), median yoğun bakım yatış günü 10,50 (min-max 1-96) idi.Hasta sonlanımına bakıldığında 58 hastanın 48'i (%82,8) i exitus ile, 9'u (%15,5) başarılı weaning, 1 (%1,7) hasta trakeostomi ile sonlandırılmıştı.

**Tartışma:** Yoğun bakım (YB) üniteleri gerek akut ve kronik hastalıkların seyriinde görülen ve hayatı tehdit eden organ yetmezliklerinin takip ve tedavisi için geliştirilmiş, yakın gözlem ve hızlı müdahale için hasta başına düşen hemşire sayısının fazla olduğu, yüksek teknolojik donanıma sahip özel tedavi birimleridir. Yoğun bakım tedavi maliyetlerinin yüksek olması ve yatak sayısının kısıtlı olması, yoğun bakım ünitesine yatıştan fayda görecektir hastaların dikkatli seçilmesini gerektirmektedir.Ülkemizde yoğun bakım hasta triajında standart kabul görmüş bir yöntemin ya da klavuzun olmaması, hekimin bu kararı tıbbi ihtiyaçlar dışında bir takım sosyal nedenler ve belkide rutinler dahilinde almasına neden olmakta bu da mevcut kısıtlı yatakların amacının dışında kullanıldığı düşüncesini doğurmaktadır.Üç aylık izlemde gösterdiğimiz üzere yoğun bakımda invaziv mekanik ventilasyon destek ihtiyacı olan hastaların %82,8'i ex olmuştur. Yine bu hastaların yaş ortalaması oldukça ileridir median 82 (min-max 30-93). Bu ileri yaş ve yüksek mortalite oranları yoğun bakımların kullanım amacını yansıtmamaktadır.

**Sonuç:** Türkiye'de perifer devlet hastanelerinin fiziki şartları, personel sayıları göz önüne alınarak yoğun bakım desteğinden fayda görecektir hastaların önceliklendirileceği sistemlerin geliştirilmesi ve hekimlerin etkin triaj yapabileceği yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

## EP 8

### BONZAI KULLANIMINA BAĞLI BAZİLER TEPE SENDROMU

**Serdar Efe, Volkan İnal**

*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Edirne, Türkiye*

**Amaç:** Ülkemiz toplum sağlığı açısından önemli bir sorun haline gelen sentetik kannabinoidler (bonzai) tüm dünyada yaygın olarak suistimali olan, ucuz, ulaşılması kolay ve kullanımı gün geçtikçe artan maddelerdir. Gün geçtikçe artan türevlerinin varlığı nedeni ile kan ve idrar örneklerinde saptanması zordur. Olgularda hemodinamik değişiklikler, elektrolit dengesizlikleri, böbrek yetmezliği, epileptik nöbet, koma, solunum depresyonu, kardiyak arrest ve ölüm görülebilir. Akut serebral iskemik olaylar nadiren rapor edilmektedir. Baziler tepe sendromu, baziler arterden sulanan beyin sapı, alt serebral ve serebellar alanlarda infarkt sonucu ortaya çıkar. Okulomotor belirtiler, pupilla değişiklikleri ve uyanıklık kusurları oluşabilir.

**Olgu:** Banyoda baygın ve kasılı halde bulunarak acil servise getirilen 24 yaşında erkek hastanın difüzyon MR tetkikinde sol talamus, beyin sapı ve mezensephalonda yaygın enfarkt alanları saptanmış. Hasta entübe halde yoğun bakıma alındı, kuadriplejisi olan hasta yukarı ve aşağı göz hareketleri yoluyla sorulara yanıt verebiliyordu. Daha önce madde kullanım öyküsü olan hastanın kan ve idrar toksikolojisi sonuçları negatif saptandı. Hiperkoagülabilitate panelinde özellik yoktu. Kranial BT Anjio tetkikinde her iki vertebral arter ve karotislerde boğum şeklinde imajlar izlendi. Vasospazm ya da madde kullanımına sekonder arterit olarak yorumlandı. Sistemik vaskülit açısından değerlendirilen batın BT Angio tetkiki doğal saptandı. Yatışının 18. günü trakeotomi, 25. günü PEG açıldı, 33. günü mekanik ventilasyon desteğine ihtiyacı kalmayan hasta 36. günü nöroloji servisine çıkarıldı. Hastanın üç hafta sonra her iki alt ve sağ üst ekstremitelerinde 3/5 kas kuvvetine ulaştığı ancak afazisinin devam ettiği ve beslenmesine PEG' den devam edildiği öğrenildi.

**Sonuç:** Sentetik kannabinoidler birçok türevlerinin olması nedeniyle kan ve idrarda saptanamayabilirler, iskemik inme ile başvuran ve daha öncesinde sağlıklı genç hastalarda madde kullanımının vaskülit benzeri damar değişikliklerine neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

## EP 9

### GEÇ BAŞLANGIÇLI DOĞUŞTAN METABOLİK HASTALIK

**Serdar Efe, Volkan İnal**

*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Edirne, Türkiye*

**Amaç:** Karbohidrat, yağ asidi ve protein sentez veya katabolizmasındaki herediter defektler metabolik hastalıklara neden olur. Bu hastalıkların tek başlarına görülme sıklıkları düşük olmasına rağmen akraba evliliğinin nadir olmadığı ülkemizde önemli bir hastalık grubunu oluşturmaktadır. Erişkin yaşa kadar semptom vermeden gelebilen metabolik hastalık olguları oldukça nadirdir. Belirti ve bulguları nonspesifik olduğundan akla gelmesi zordur. Laktik asidoz, hipoglisemi, ketoasidoz, hiperamonyemi, hepatomegali, hepatoselüler yetmezlik, mental konfüzyon, psikiyatrik ve nörolojik belirtiler eşlik edebilir ve bazıları ataklara halinde seyredebilir.

**Olgu:** Son dört gündür kusma, atipik karın ağrısı ve uykuya meyil yakınmaları başlayan hasta acil servisten dirençli hipoglisemi, laktik asidoz ve genel durum bozukluğu nedeniyle yoğun bakıma alındı. Batın BT incelemesinde hepatomegali (23 cm), splenomegali (15 cm), karaciğerde 2,5 cm ve dalakta da 4,5 cm' lik enfarkt alanları saptandı. Laboratuvar incelenmesinde; AKŞ: 51, HbA1C: 5.14, İdrar ketonu: ++, Laktat: 217, Amonyak 215, AKG (PH 7.17, PCO<sub>2</sub> 15, HCO<sub>3</sub>: 5.5), AST:148, ALT: 56, LDH: 3050, ALP:315, GGT: 262, Albumin 2,5, T/D Bil: 4,7 / 2,8, viral hepatit markerları negatif, Hb: 10,6, WBC: 10,3, PLT:257 bin, PT: 20,4, aPTT:28,9, INR:1,73. Hastaya DMAH, %20 dekstroz ve HCO<sub>3</sub> desteği başlandı. Olası metabolik hastalık açısından karnitin ve multivitamin desteği verildi. Dirençli asidoz nedeniyle yatışının üçüncü gününde CVVHDF işlemine başlandı, ancak 48 saat sonrası metabolik değerlerinde düzelme olmadığından sonlandırıldı. Olası hematolojik malignite açısından kemik

iliği aspirasyon ve biopsi işlemi yapıldı. Atipik vakoollü lenfoid hücreler dışında patoloji izlenmedi. Yatışının altıncı gününde karaciğer sentez fonksiyonları kötüleşen hasta Prometheus cihazına (selektif plazma separasyonu ve adsorpsiyon modülü) bağlandı ve altı saatlik tedavi sonrası laktat 83'e, amonyak ise 140'a geriledi. Hastada glikojenoliz ve glukoneogenez defektleri ön planda düşünülürken kan ve idrardan metabolik hastalık tarama paneli gönderildi ancak dört gün sonra metabolik değerleri tekrar bozulan hasta tüm destekleyici tedavilere rağmen, tetkik sonuçları alınmadan mortal seyretti.

**Sonuç:** Çoğu metabolik hastalığın tedavisi sadece destek tedavisi olmakla birlikte bazı metabolik hastalıklarda spesifik tedavi şansı vardır. Bu tedavi şansının kaçırılmaması için laktik asidozu olan hastalarda hipoglisemi de eşlik ediyorsa metabolik hastalıklar akla gelmelidir.

## EP 10

### DİEULAFÖY LEZYON KANAMASINA SEKONDER DİSSEMİNE İNTRAVASKÜLER KOAGULOPATİ

**Serdar Efe, Volkan İnal**

*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Edirne, Türkiye*

**Amaç:** Dieulafoy lezyonu (DL) kanaması, nadir fakat ciddi bir üst gastrointestinal sistem kanamasıdır. Karakteristik olarak büyük, kıvrıntılı ve ektatik submukozal damar, mukozal yüzeye doğru protrude olur ve arteriyel ruptür gelişir. Gastrik DL tipik olarak kanlanması gastrik arter ve dallarından sağlanan mide küçük kurvaturunda yer alır. Ekstragastrik yerleşim %30 civarında olup duodenum, kolon, özofagus ve jejunumdur. Daha çok konjenital vasküler malformasyona bağlı olabileceği düşünülmekle birlikte; sigara, alkol ve NSAİİ kullanımı ile ilişkisi de gösterilmiştir. Sıklıkla orta ve ileri yaşlı erkeklerde görülür. Endoskopik bant ligasyonu ve skleroterapi kanama kontrolünde oldukça başarılıdır. Durdurulamayan kanamalarda selektif arteriyel embolizasyon ya da cerrahi tedavi gerekebilmektedir.

**Olgu:** On beş yıldır alkol ve sigara kullanımı olan 29 yaşında erkek hastaya aktif hematemez ve melenasının olması nedeniyle son iki gündür 15 ünite ES 11Ü TDP desteği verilmiş. Acilen yapılan üst GİS endoskopisinde korpus proksimali büyük kurvatur anteriorunda fışkırır tarzda kanayan lezyona adrenalin enjeksiyonları uygulanmış ancak kanamanın sızıntı şeklinde devam ettiği gözlenmiş. Takibinde DİC tablosu gelişen ve genel durumu bozulan hasta yoğun bakıma alındı. Yaklaşık yedi saat içinde 14 Ü ES, 14 Ü TDP, 10 Ü kriyopresipitat ve 2 Ü aferez desteği verildi. Operasyon için yüksek riskli olan hastada kanama odağının netleştirilmesi için acil BT angio tetkiki yapıldı ve mide küçük kurvatur komşuluğunda aktif hemoraji ve kontrast ekstravazasyonu ile uyumlu hiperdens alan izlendi. Bunun üzerine hastaya genel cerrahi tarafından gastrotomi ve primer sütür uygulandı, postoperatif dönemde komplikasyon görülmeyen hasta genel cerrahi servisine verildi.

**Sonuç:** Dieulafoy lezyon kanamaları genellikle orta ileri yaşta görülse de alkol ve sigara tüketiminin yoğun olduğu hastalarda daha genç yaşlarda görülebilir. Endoskopik müdahalenin başarılı olmadığı durumlarda cerrahların daha erken müdahale kararı almaları masif transfüzyon ilişkili komplikasyonları azaltabilir.

## EP 11

### NAZAL CİLT ÜLSERLİ HASTADA HİPERKARBİK SOLUNUM YETMEZLİĞİNİN DECAP® İLE TEDAVİSİ

**Serdar Efe, Volkan İnal**

*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Edirne, Türkiye*

**Amaç:** Non-invaziv mekanik ventilasyon(NIMV) desteği birçok hastada invaziv MV gerekliliğini azaltarak yoğun bakımda kalış süresi ve mortalitenin azaltılmasına katkı sağlamaktadır. Ancak GKS iyi düzeyde olmasına rağmen bazı hastalarda NIMV tedavisine ara verilememekte ve bu durum hasta konforunu olumsuz etkilemektedir, bununla birlikte burun sırtı cildinde nekroza neden olabilmektedir. Karbondioksit yüksekliğinin ön planda olduğu hastalarda ekstrakorporeal karbondioksit uzaklaştırması (ECCO2-R) tekniklerinden biri olan DECAP® yöntemi renal yetmezlik eşlik etsin ya da etmesin CVVHDF işlemiyle birlikte uygulanabilmektedir.

**Olgu:** İnop metastatik mide CA, KAH, HVYAF ve Pulmoner HT tanıları olan ve en son 3 ay önce kemoterapi ve 1,5 ay önce kemiğe yönelik radyoterapi alan hasta solunum sıkıntısı nedeniyle yatırıldığı göğüs hastalıkları servisinde devralındı. Toraks BT incelemesi sonucu sağ pulmoner arterin küçük dallarına tümoral emboli sonucu gelişen lenfanjitis karsinomatosa tablosu düşünüldü. İki gün boyunca NIMV desteğine kısa süreli dahi ara verilemeyen hastanın burun sırtında nekroz gelişti, GKS 15 olan hastanın yakınları entübasyonu kabul etmedi. Hastaya venö-venöz ekstrakorporeal destek cihazı DECAP® bağlandı (PH 7.30, PCO<sub>2</sub> 82, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 40, satO<sub>2</sub>: %98, CRP:1.65, sekresyon artışı yok). İşleme başladıktan 3 saat sonra NIMV sonlandırıldı (PH 7.42, PCO<sub>2</sub> 60, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 38, SAT%97) ve taburcu olana kadar difüzyon maskesi ile 8 Lt/dk O<sub>2</sub> desteği ile takip edildi. DECAP CO<sub>2</sub> tutucu filtresi 72. saatte tıkanı. (PH 7.42, PCO<sub>2</sub> 54, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 31, SAT %97). Sonrasında 24 saat daha takip edilen hasta yatışının yedinci gününde göğüs hastalıkları servisine taburcu edildi (PH 7.38, PCO<sub>2</sub> 63, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 36, SAT %97).

**Sonuç:** GKS iyi olan hiperkarbik solunum yetmezliği olan hastalarda NIMV tedavisine ara verilemediğinde ve veya nazal cilt ülserinin geliştiği hastalara uygulanacak DECAP® tedavisinin hasta konforunu belirgin şekilde arttırdığını ve entübasyonu engellemede etkin olduğunu düşünüyoruz.

## EP 12

### İKİ MERKEZ ARASINDAKİ İLETİŞİM EKSİKLİĞİ TRANSPLANTE EDİLECEK BİR BÖBREĞİN ÇÖPE GİTMESİNİ ENGELLEDİ

**Aynur Arslan<sup>1</sup>, Çağatay Erman Öztürk<sup>2</sup>, Birgül Tan<sup>1</sup>, Yarkın Kamil Yakupoğlu<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Organ ve Doku Nakli Koordinatörlüğü Bölümü, Samsun, Türkiye

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Bölümü, Samsun, Türkiye

<sup>3</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Bölümü, Samsun, Türkiye

Kadavra donörlerden temin edilen organlar kanser dahil birçok risk taşımaktadır. Organ bağışi sonrasında donörün klinik değerlendirilmesi bu risklerin tespitine izin verebilir. Görüntüleme yöntemleriyle bu riskler minimize edilebilir ancak yok edilemez. Organ çıkarımından önce mümkün olan en ayrıntılı değerlendirme yoğun bakım hekiminin ve hastane koordinatörünün sorumluluğundadır. Bağışlanan organ ve dokuların alıcı hasta için kullanılıp kullanılmayacağına karar verme sorumluluğu ise alıcının doktoruna aittir. Bu süreçte organ çıkarımında görevli cerrahın sorumluluğu ise perioperatif makroskopik değerlendirme konusunda uyanık olmalıdır. 67 yaşında subaraknoid kanama nedeniyle başka bir merkezde yoğun bakımda takip edilen hastanın beyin ölümü gelişikten sonra karaciğer ve böbrekleri bağışlandı. Bağış sonrası yapılan batin ultrasonografide şüpheli herhangi bir lezyon izlenmedi. Başka bir merkezden giden harvesting ekibi tarafından organ çıkarımı gerçekleştirildi ve herhangi majör bir anomali rapor edilmedi. Karaciğer ve sol böbrek bir merkeze, sağ böbrek ise başka bir merkeze yönlendirildi. Sol böbreği alan merkezde backtable aşamasında böbreğin alt polünde 4x3x3 cm.lik bir lezyon görülmesi üzerine, yapılan biopside renal hücreli karsinom (Fuhrman-Grade 2) tespit edilmesi sonucunda transplantasyondan vazgeçildi ve ulusal koordinasyon merkezine durum bildirildi. Merkez Bilim Kurulu sağ böbreğin de nakil için kullanılmamasını istedi. Ancak merkezimizde alıcı operasyonu başlamış olduğu için ve hem makroskopik hem de yapılan allograft biyopsisinde kanser lehine herhangi bir bulgu saptanmadığından transplantasyona devam kararı verildi. Başarılı transplantasyon sonrası hasta yakın takip protokolüne alınarak taburcu edildi. Halen hasta posttransplant 36 aylık takibini bitirmiş olup, stabil böbrek fonksiyonu ile, kansersiz olarak takip edilmektedir. Kadavradan organ temini, organ çıkarım organizasyonu, prezervasyonu ve organların paylaşımı, zor ve ciddi bir süreçtir. Bu dönemde yapılan radyolojik görüntülemeler majör patolojileri atlayabilmekte, hatta harvesting ekiplerince fark edilemeyebilmektedir. Etkili bir iletişim ve organizasyon ile bu tür sorunların minimize edileceği ve her zaman bizim olgumuzda olduğu kadar şanslı olunamayacağı akıldaki tutulmalıdır.

## EP 13

### YOĞUN BAKIMLARDA TAKİP ETTİĞİMİZ SOL VENTRİKÜL DESTEK CİHAZLI HASTALARDAKİ KOMPLİKASYONLAR

Sultan Sevim Yakın, Hayriye Cankar Dal, Serdar Yamanyar, Derya Ademoğlu, Sema Sarı, Büşra Tezcan, Dilek Kazancı, Sema Turan

*Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara, Türkiye*

**Amaç:** Ülkemizde kalp yetmezliği olan birçok hastada, kalp transplantasyonu için donör yetersizliği nedeniyle sol ventriküle yardımcı cihazları(LVAD) sıklıkla kullanılmaktadır. Bu cihazlar kalp transplantasyonuna köprü olarak ya da nihai tedavide kullanılmaktadır. LVAD'lerin hastalarda sağkalıma katkı sağlamalarının yanında ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilen komplikasyonları da mevcuttur. Sağ ventrikül yetmezliği, kanama, pompa trombozu, kardiyak arrest gastrointestinal sistem kanaması, inmeler, böbrek yetmezliği ve enfeksiyonlar bu komplikasyonlar arasındadır. Kanama, LVAD implantasyonundan sonra görülen en yaygın komplikasyondur. Çünkü LVAD kullanımı, kanama

komplikasyonlarına yatkınlık yaratan antitrombotik ve antikoagülan tedavi gerektirir. Kanamaların diğer nedenleri arasında arteriovenöz malformasyonların gelişimi, sağ ventrikül yetmezliğinden kaynaklanan karaciğer fonksiyon bozukluğu ve edinsel von Willebrand sendromu yer alır. Cerrahi alan kanamaları ve tamponad sık görülmekle birlikte gastrointestinal sistemden kanama da görülebilir. Nörolojik olaylar LVAD desteğinin en korkunç komplikasyonlarından biri olmayı sürdürmektedir ve iskemik inme sıklıkla görülmekle birlikte hemorajik inmeler de olabilir. LVAD'li hastalarda enfeksiyonlar da sık görülür ve ilk altı ayda ikinci sıradaki ölüm nedenidir. Genellikle akciğer kaynaklı enfeksiyonlar görülürken pompa içi enfeksiyonlar nadirdir. Biz bu çalışmada hastanemizde 2017 yılının ilk yarısında LVAD takılan hastaları geriye yönelik taradık. Hastalarımızda gelişen komplikasyon oranlarını ve mortalitelerini inceledik.

**Bulgular:** Son altı ay içerisinde hastanemizde 12 hastaya LVAD takıldı. Hastalardan 10 tanesi erkek 2 tanesi kadındı. Yaş ortalamaları 44 olan bu hastalardan 3 'ü ilk bir ay içerisinde kanama ve tamponad gelişimi nedeniyle revizyona alınırken 1'inde dört ay sonra gastrointestinal kanama görüldü. 2 hastamızda intrakranial kanama ve iskemik inme gelişti. 2'sinde ise enfeksiyon bulguları ile birlikte kan kültürlerinde stafilococcus aureus üredi. Gerekli tedaviler ve girişimler yapılan bu hastalardan 4 tanesi ex olurken 8 tanesi genel durumu düzeltilerek servise devredildi.

**Sonuç:** Kalp yetmezliği hastalarında LVAD cihazları hayat kalitesini ve sağ kalımı artırması nedeniyle kullanım sıklığı giderek artmaktadır. Fakat bu cihazların mortaliteye varabilen komplikasyonları da vardır. Yoğun bakım hekimlerinin bu hasta grubuyla karşılaşma oranları arttığı için bu konuda bilgi ve deneyimlerinin olması gerektiği kanısındayız.

## EP 14

### HUMAN HERPES VİRUS-7 YENİ BİR MİYOKARDİT ETKENİ OLABİLİR Mİ? : YÖNETİMİNDE SOL VENTRİKÜL DESTEK CİHAZI VE ECMO KULLANILAN BİR AKUT VİRAL MİYOKARDİT OLGUSU

Hayriye Cankar Dal<sup>1</sup>, Sema Sarı<sup>1</sup>, İbrahim Mungan<sup>1</sup>, Büşra Tezcan<sup>1</sup>, Dilek Kazancı<sup>1</sup>, Sema Turan<sup>1</sup>, Ümit Kervan<sup>2</sup>, Mustafa Paç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara, Türkiye*

<sup>2</sup>*Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara, Türkiye*

**Amaç:** Miyokardit; inflamatuvar infiltrasyon sonucu miyositlerin nekrozu ile seyreden bir hastalıktır. Başta virüsler olmak üzere, çeşitli bakteri, mantar, otoimmün hastalık ve farmakolojik ajanlara bağlı gelişebilmektedir. Genellikle asemptomatik seyretse de bazı olgularda kalp yetmezliğine (KY), hatta ölüme neden olabilmektedir. Refrakter KY'li olgularda ventrikül destek cihazı (VAD) ya da ekstrakorporeal membran oksijenizasyonu (ECMO) destek amacıyla uygulanabilecek tedavi seçenekleri arasındadır. Bizler bu yazıyla; miyokardit sonrası KY nedeniyle ECMO ve VAD desteğinde izlenen, etiyojisi için gönderilen tetkiklerinde, literatürde öncesinde miyokardit etkenleri arasında tanımlanmamış olan Human Herpes Virus-7 (HHV-7) pozitifliği saptanan bir olguyu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 19 yaşında erkek hasta, dışmerkezde miyokardit nedeniyle izlenmekteyken, medikal tedavilere refrakter KY gelişmesi üzerine, ileri tedavi amaçlı hastanemize sevk edildi. Ekokardiyografide global hipokinezi ve EF:%20 saptandı; maksimum doz dopamin, dobutamin, nörepinefrin, levosimendan tedavilerine rağmen kliniği düzelmeyen hastaya intraaortik balon pompası (İABP) takıldı. 1:1 İABP desteğindeyken hipotansiyon ve akciğer ödemi kliniğinin devam etmesi üzerine sol ventrikül destek cihazı (LVAD) takıldı, İABP çekildi. Takiplerinde solunum arresti gelişen hasta 10.dakikada CPR'a cevap verdi. Arrest sonrası izleminde anlamlı uyanıklığı olan ancak weaning sağlayamayan hastaya trakeostomi açıldı. İdrar çıkımları azalan hasta hemodiyalize alındı. Kontrol ekokardiyografilerinde sağ ventrikül disfonksiyonu gelişmesi üzerine venoarteriyel-ECMO takıldı. Mekanik ventilatör eşliğinde, LVAD ve ECMO desteğinde izlenmeye başlanan hastada hemodinamik stabilize sağlandı. Miyokardit etiyojisine yönelik gönderilen diğer tetkikleri negatifken, HHV-7 PCR pozitifliği saptandı. Takibinde destek tedavilerine rağmen hemodinamisi tekrar bozulan hasta izleminin 28.gününde ex oldu.

**Tartışma:** Miyokardit nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen, hızla KY gelişme riski nedeniyle mortal seyredabilmektedir. VAD ve ECMO'nun medikal tedaviye yanıt vermeyen olgularda destek tedavide kullanılabileceği akılda bulundurulmalıdır. Viral miyokarditlerin etiyojisinde Coxsackie-B, Echovirus, adenovirus vb. çok sayıda viral ajan tanımlanmıştır, HHV-7 tipik viral miyokardit etkenleri arasında değildir. Literatürde HHV-6'ya bağlı miyokarditler tanımlanmış olsa da, HHV-7'ye bağlı miyokardit vakası bulunmamaktadır. Bu olgu sunumuyla; HHV-6'yla benzer kliniklere sebep olduğu bilinen HHV-7'nin yeni bir miyokardit etkeni olabileceği sorusunu akıllara getirmek istedik.

## EP 15

### PERKUTAN TRAKEOSTOMİ AÇILMASI ESNASINDA İŞLEMEN VAZGEÇİLMESİNE SEBEP OLAN GÖRÜNÜM: AORT DİSEKSİYONU

**Sema Sarı, Hayriye Cankar Dal, Sultan Sevim Yakın, Mehmet Erdem Çakmak, Dilek Kazancı, Sema Turan**

*Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara, Türkiye*

**Amaç:** Aortun intima tabakasında yırtık sonucu intraluminal basınca maruz kalan media tabakasında longitudinal ayrılma ile karakterize bir tablo olan aort diseksiyonu, hızlı tanı ve tedavi gerektiren mortalitesi yüksek bir kardiyovasküler hastalıktır. Hastalar acil servise genellikle ani başlangıçlı, şiddetli, yırtılır tarzda göğüs veya sırt ağrısı ile başvururlar. Ancak çok farklı klinik tablolarla da karşımıza çıkabilirler. Tanı koymada bilgisayarlı tomografi, ekokardiyografi, manyetik rezonans veya aortagrafi gibi yöntemlerden faydalanılmakla beraber aort diseksiyonundan şüphelenmek tanının temelini oluşturmaktadır. Bronkoskopi trakeobronşial ağacın görsel muayenesi ve hava yollarından, akciğer parankiminden, mediastinal lenf bezlerinden örnek alınmasını sağlayan bir işlemdir. Güvenli trakeostomi açılması için de bronkoskopiden faydalanılmaktadır. Bu olgu sunumunda entübe takip edilen trakeostomi açılması planlanan hastada yapılan bronkoskopide trakea arka duvarında görülen pulsatil kitleden dolayı trakeostomiden vazgeçilmiştir.

**Olgu:** 85 yaşında bayan hastaya tip 2 aort diseksiyonu nedeniyle acil suprakoroner greft interpozisyonu ve hemiarke replasmanı operasyonu uygulanmıştır. Operasyon sonrası uyanıklığı olmaması ve extübe edilememesi nedeniyle trakeostomi planlanmıştır. Bronkoskopi ile bakıldığında trakea boyunca uzanan, trakeaya paralel, pulsasyon veren kitle görülmesi üzerine trakeostomi işlemi iptal edilmiştir.

**Sonuç:** Uzun süreli orotrakeal entübasyon sonrası oluşan trakeal komplikasyonlar on günü geçen entübasyon olgularında ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle hasta eğer 7-10 gün içinde ventilatörden ayrılmıyorsa trakeostomi düşünülebilir. Çünkü trakeostomi; hemşire bakımını, bronşiyal temizliği, beslenmeyi, hastanın mobilizasyonunu kolaylaştırır ve konuşma yeteneğinin geri kazanılmasına yardımcı olur. Ayrıca havayolu direncini ve solunum işini azaltarak ventilatörden ayrılmayı kolaylaştırır. Böylece yoğun bakımda kalış süresini kısaltır. Bu nedenle yoğun bakımımızda yakın dönemde ventilatörden ayrılmayacak hastalara trakeostomi açılmaktadır. Komplikasyon gelişimini azaltmak amacıyla da trakeostomiler bronkoskopi eşliğinde açılmaktadır. Bu olgudan yola çıkılarak mümkün olduğunca elektif trakeostomilerin bronkoskopi eşliğinde yapılması önerilmektedir.

## EP 16

### 2016-2017 YILI TORAKOABDOMİNAL AORT ANEVİZMALI OLGULARDA BOS DRENAJ İŞLEMİ VE YOĞUN BAKIM TECRÜBEMİZ

**İbrahim Mungan, Sema Turan, Dilek Kazancı, Derya Ademoğlu, Mehmet Erdem Çakmak, Sultan Sevim Yakın, Hayriye Cankar Dal, Büşra Tezcan**

*Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara, Türkiye*

**Amaç:** Cerrahi alanda elde edilen gelişmeler ve serebrospinal sıvı drenajı (SSD) gibi uygulamalar mortalite ve morbiditenin azalmasında etkili olmakla beraber Torako-abdominal aort anevrizması (TAAA) ve diseksiyonlarının cerrahi onarımı hala yüksek riskli operasyonlar olarak kabul edilmektedir. Ameliyat sonrası parapleji ve paraparezi, hastane kaynaklı enfeksiyonlar ve böbrek yetmezliği ciddi komplikasyonlar olarak karşımıza çıkmakta ve hastanede kalış süresini uzatmaktadır. Bu çalışmada amacımız Ocak 2016-Temmuz 2017 tarihleri arasında kardiyovasküler cerrahi kliniği tarafından TAAA nedeni ile opere edilen ve SSD uygulanan hastaların sonuçlarını incelemektir.

**Gereç ve Yöntemler:** Hastanemizde belirtilen dönemde opere edilen hastaların kayıtlarına hasta dosyaları incelenerek ulaşıldıktan sonra tanımlayıcı istatistikler SPSS 20.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Morbidite faktörleri olarak ABY, enfeksiyon, ve nörolojik komplikasyonlar değerlendirilmeye alındı.

**Bulgular:** Ocak 2016- Temmuz 2017 döneminde hastanemizde TAAA nedeni ile opere edilen ve SSD uygulanan toplam 13 hastanın tamamı erkek hastaydı ve yoğun bakımda kalış süresi ortalama 9,15 ve hastanede kalış süresi ortalama 12,38 gün olarak belirlendi. BOS katateri ortalama 1,62 gün tutulurken buna bağlı komplikasyon oranı % 7,69 olarak gerçekleşti. Hastaların yaş ortalaması 56,23 olarak belirlendi. Sadece 1 hastada parapleji ve menenjit gelişmişken 2 ayrı hastada epileptik atak gözlemlendi. 3 hastada ABY geliştiği gözlemlendi ancak bunların 2'si daha önceden KBH öyküsü olan hastalardı.



**Tartışma:** Erişkinlerde genelde emboli veya aterosklerotik plağa bağlı gelişen spinal iskemide TAAA cerrahisi sonrasında da görülebilmektedir. Kord iskemisi durumunda BOS drenajının anevrizma onarımı bölgesindeki parapleji riskini azalttığı gösterilmiştir. Hastalarımızda gelişen toplam komplikasyon oranı (3 hasta) %23 olup BOS drenaj kateteri ve operasyon ilişkili komplikasyon oranımız %7,69 olarak gerçekleşmiştir. Kısa süreli olan bu çalışmamız sonraki çalışmalara öncülük etmektedir.

## EP 17

### ERİŞKİN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE NADİR GÖRÜLEN BİR TRAKEOSTOMİ KOMPLİKASYONU: TRAKEOÖZOFAGEAL FİSTÜL

**Hayriye Cankar Dal, Mehmet Erdem Çakmak, Sema Sarı, Derya Ademoğlu, İbrahim Mungan, Sultan Sevim Yakın, Büşra Tezcan, Dilek Kazancı, Sema Turan**

*Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara, Türkiye*

**Amaç:** Trakeoözofageal fistül (TÖF) özofagus ile trakea arasında anormal bir bağlantı olmasıdır ve oldukça nadir görülen bir durumdur. Edinsel TÖF sıklıkla maligniteye sekonder gelişmektedir, non-malign TÖF daha az sıklıkla görülmektedir. Malign olmayan TÖF'lerin en yaygın nedeni; uzun süreli entübasyonun bir komplikasyonu olan kaf ilişkili trakeal hasardır. Bu olgu sunumuyla; yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) trakeostomili izlemi esnasında TÖF gelişen ve yatakbaşı endoskopik girişimle tedavi edilen bir vakanın sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** 71 yaşında bayan hasta, koroner bypass operasyonu sonrası izlemlerinde pnömoni gelişmesi ve entübasyon ihtiyacı olması üzerine YBÜ'ne kabul edildi. Mekanik ventilatör (MV) desteğinde, 14 gündür entübe olarak izlenen, başarılı weaning sağlanamayan hastaya uzamış entübasyon nedeniyle bronkoskopi eşliğinde perkütan trakeostomi açıldı. Trakeostomili izleminin 4.gününde pnömotoraks gelişmesi üzerine göğüs tüpü takıldı. Boyun bölgesinde yaygın cilt altı amfizem olan hastanın trakeostomi kanülü çıkarılıp, orotrakeal yoldan entübe edildi. Takibinde pnömotoraks ve amfizem tablosu geriledi. MV ihtiyacı devam eden hastada tekrar trakeostomi kanülüne geçildi. İkinci trakeostomiden 10 gün sonra kanülünden mide içeriği gelen, batın distansiyonu gelişen hastada muhtemel TÖF'den şüphelenilerek fiberoptik bronkoskopi yapıldı ve fistül ağzı tespit edildi. YBÜ'de yatakbaşı yapılan endoskopide özofagus 13.cm'de, yaklaşık 15mm çaplı TÖF saptandı. Aynı seansta bronkoskopi ve endoskopi eşzamanlı yapılarak, 20mm çapında kaplı metal stent, TÖF'ü kapatacak şekilde özofagusa yerleştirildi. Takibinde batın distansiyonun gerilediği görüldü. İşlemden 4 gün sonra, yatışının 49.gününde kardiyak arrest gelişen hasta ex oldu.

**Tartışma:** YBÜ'de uzun süreli entübasyona sekonder gelişen TÖF, sık görülmemekle birlikte mortalitesi yüksek bir durumdur. TÖF'lerin spontan olarak kapanmaları nadir olduğundan, genellikle endoskopik veya cerrahi tedavi gerekmektedir. Prognozu etkileyen en önemli faktörse tedaviye kadar geçen zamandır. Müdahale edilse bile, gastrointestinal sistem içeriğinin respiratuar sisteme geçişiyle mediastinit ve pulmoner sepsis gelişebilir. Bu yüzden dikkat edilmesi gereken esas durum YBÜ'deki hastalarda TÖF gelişiminin önlenmesidir. Basıya bağlı hasarın önlenmesi amacıyla yüksek volüm-düşük basınçlı kaflar tercih edilmeli-

dir. Kafın belli aralıklarla indirilip tekrar şişirilmesi ve kaf basıncının yakın takibiyle trakeal hasarın önüne geçilebileceği akılda bulundurulmalıdır.

## EP 18

### MİTRAL YETMEZLİK AMELİYATI SONRASI GELİŞEN SVKS

**İbrahim Mungan, Sema Turan, Dilek Kazancı, Serdar Yamanyar, Mine Çavuş, Sema Sarı, Hayriye Cankar Dal, Büşra Tezcan**

*Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Ankara, Türkiye*

**Amaç:** Superior vena kava sendromu (SVKS), bu venin daralmasına bağlı olarak kanın sağ atriya döndüğünün engellenmesi sonucu gelişir. Trombotik durumlarda akut olarak karşımıza çıkabilen SVKS kardiyak cerrahi sonrasında gelişebilir ve yaşamı ciddi bir şekilde tehdit eder. Kardiyak cerrahi sonrası postoperatif erken dönemde SVKS gözlenen bir hastayı ve yoğun bakım sürecini ele aldığımız bu olgu sunumunda amacımız SVKS erken tanı ve müdahalesinin önemini bir kez daha hatırlatmaktır.

**Olgu:** 65 yaşında bayan hasta MVY nedeni ile opere edildikten sonra YBÜ'de entübe olarak takibe alındı. MV ayarlarında yeterli tidal hacim oluşturmak için yüksek basınç değerleri gerektiği gözlemlendiğinden (Ptepe= 45) olası nedenler araştırıldı ve akciğer koruyucu ventilasyon değerleri oluşturulduktan sonra acilen TTE yapıldı. Hastada EKO sonucunda SVK'da tromboz nedeni ile akımın azaldığı belirlendi ve medikal tedavi olarak heparin infüzyonu başlandı. İlerleyen dönemde hastada ödem ve özellikle yüz bölgesinde renk değişikliğinin gerilemediği tersine ilerlediği gözlemlendiğinden acil olarak operasyona alınmasına karar verildi. Operasyonda yeterli akım sağlanan hastada postop. TTE incelemelerinde SVK içinde darlık düşündürecek bir bulguya rastlanmadı ve hasta postop. 2 gün ekstübe olarak takip edildi.

**Tartışma:** SVKS kalp cerrahisi sonrası rastlanabilecek mortalitesi yüksek bir komplikasyondur. SVKS hızlı olarak gelişip serebral perfüzyonla ilgili çok ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu nedenle kardiyak cerrahide postoperatif erken dönemde ortaya çıkan SVKS'ye acil olarak müdahale etmek gerekir. Günümüzde SVKS için endovasküler stentleme sıklıkla yapılmaktadır. Bununla birlikte, hasta erken dönem açık kalp cerrahisi hastası olduğundan SVK stentlemeye tabi tutulmamıştır. Bu kadar erken dönemde gelişen SVK tıkanıklığında perkütan stent yerleştirilmesinin güvenilirliği belirlenmediğinden daha konservatif bir yaklaşım seçilmiştir.

## EP 19

### AKREP SOKMASI SONRASI KIRIM KONGO VAKASI

**İrem Akın Şen, Hakan Doğan, Simay Serin, Hülya Sungurtekin**

*Pamukkale Üniversitesi, Denizli, Türkiye*

**Amaç:** Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) 1944 yılından beri bilinen, dünyada birçok insanı etkileyen ve mortalite oranı yüksek olan bir hastalıktır. Ülkemizde de zaman zaman rastlanabilmektedir. Bu çalışmamızda ünitemizde yatarak tedavi gören KKKA tanılı bir olgu demografik, coğrafik, iklimsel ve klinik özellikleri ile tartışılmıştır.

**Olgu:** Kırsal kesimde hayvancılık ile uğraşan 74 yaşında erkek olgu ateş üşüme titreme ishal şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın yatışında klinik muayene normal olup mekanik ventilatör desteği gerekmeden maske-nazal kanül ile takip edildi. Her iki ön-kolda ısırik izleri olup şişlik kızarıklık ısı artışı gibi patolojik bulguya rastlanmadı. Laboratuvar incelemesinde AST, ALT, LDH yüksekliği ve nötropeni ile trombositopenisi mevcut idi. Hastanın tedavisinde genel destek tedavisi ile Ribavirin (10 gün boyunca 4x1000mg) tedavisi sonrasında hematoloji ve biyokimyasal testleri değerleri düzelen hastanın takiplerine devam edilmektedir.

**Sonuç:** Bulaşıcı hastalıklar, gelişmekte olan ülkelerdeki morbidite ve mortalite üzerinde hala önemli bir rol oynamaktadır. KKKA endemik olmayan bölgelerde görülebilir ve klinisyenlere tanı ve tedavisi hakkında bilgi verilmelidir.

## EP 20

### LEVOTİROKSİN SODYUM İNTOKSİKASYONU: OLGU SUNUMU

**Merve Keskinlikç, Tuğçe Mengi, Hüseyin Özkök, Yusuf Savran, Bilgin Cömert**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Samsun, Türkiye*

**Amaç:** Levotiroksin intoksikasyonu nadir görülen bir tablodur. Levotiroksin intoksikasyonu olan olgularda taşikardi, ajitasyon, hiperhidrozis, anksiyete, kusma, tremor, diyare, irritabilite, flushing, solunum yetmezliği, koma görülebilmektedir. Bu yazıda suisid amacıyla yüksek doz (15 mg) levotiroksin alımı sonrası Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi'nde (DYBÜ) takip ve tedavi edilen olguyu sunuyoruz.

**Olgu:** Otuz sekiz yaşında kadın hasta suisidal amaçlı 150 mcg levotiroksin sodyum (L-T4) tableten 100 adet (toplam 15 mg), 20 mg olanzapin tableten 8 adet (toplam 160 mg), sitalopram hidrobromür tableten 8 adet (toplam 160 mg) alımı sonrası yakınları tarafından acil servise getirilmiş. Yapılan muayenesinde ajitasyon ve taşikardi dışında anlamlı patolojik bulgu saptanmadı. Yapılan tetkiklerinde tiroid stimulan hormon değeri baskılı (TSH: 0.03 µIU/mL) serbest T4 değeri yüksek (sT4: 5,71 ng/dl) olarak aşikar hipertiroidi ile uyumlu saptandı. Gastrik lavaj ve aktif kömür uygulanan hasta levotiroksin intoksikasyonu tanısı ile DYBÜ'ye devir alındı. DYBÜ'deki ilk değerlendirmede Glasgow Koma Skoru (GKS) E4V3M5, kan basıncı:160/88 mmHg, nabız:140 atım/dk, solunum sayısı:32 soluk/dk olarak bulundu. Kan gazı incelemesinde ile akut solunum yetmezliği düşünülerek CPAP modunda non-invazif mekanik ventilatör desteğine başlandı. Non-invazif mekanik ventilatörde ajitasyonunda artış olan hasta solunum yetmezliği bulgularının da artması nedeniyle entübe edilerek invazif mekanik ventilasyon desteğine başlandı. Levotiroksin intoksikasyonu açısından tedavi düzenlendi; metilprednizolon 3x20 mg dozunda ve kolestimamin 3x3 gr dozunda 72 saat süreyle verildi. Tiroid fırtınasından korumak için İlk 48-72 saatte albumin eşliğinde 2 seans plazmaferez yapıldı. Hemodinamik ve solunumsal parametrelerinin normal sınırlarda olması, nörolojik olarak bilinç durumunun düzelmesi üzerine hasta ekstübe edildi. Takiplerinde hemodinamik ve klinik olarak stabil seyrettiği görülen hasta, GKS 15 ile servise devir edildi.

**Sonuç:** Levotiroksin intoksikasyonu nadir görülen bir tablo olup asemptomatik olabileceği gibi ciddi semptomları da içerebilecek geniş bir yelpazede karşımıza çıkabilir. Hastanın yakın takibi ve en az 5-7 gün süreyle

hospitalizasyonu gerekmektedir. Olgumuz çok yüksek dozda (15 mg) L-T4 almış olup yaptığımız literatür taramasında bu düzeyde yüksek doz alan olgu saptanmamıştır. Ciddi semptomlarına rağmen levotiroksin intoksikasyonu tedavisi ile solunum yetmezliği bulguları gerilemiş, ekstübe edilmiş, GKS 15 ile YBÜ'den taburcu edilmiştir.

## EP 21

### GREFT VERSUS HOST HASTALIĞINDA PNÖMATOZİS İNTESTİNALİS : VAKA SUNUMU

**Taner Çalışkan, Hüseyin Özkök, Yusuf Savran, Beril Turan Erdoğan, Bilgin Cömert**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir, Türkiye*

Pnömatozis intestinalis (PI) radyolojik olarak bağırsak duvarında değişen miktarlarda gaz koleksiyonu ile karakterize nadir bir bulgudur. Bazen, intraperitoneal ve ekstraperitoneal alanlarda ve organlarda, daha az sıklıkta cerrahi gerektiren bir intraabdominal patoloji eşliğinde portal venöz sistemde de gaz görülebilmektedir. PI, bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleme ile kolayca tespit edilmekle birlikte travmatik, inflamatuvar, mekanik, otoimmün, pulmoner, enfeksiyöz, ilaçlar ile ilgili nedenler gibi oldukça geniş bir etiyolojiye sahiptir. Bakteriyel ya da viral enfeksiyonlar sırasında, kolonoskopi gibi girişimsel işlemlerden sonra, KOAH 'ta, mide-bağırsak obstrüksiyonlarında, immun yetmezliklerde, kanser hastalarında tedavinin bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabilmektedir. Nadir görülen durumlardan bir tanesi de Greft Versus Host Hastalığı (GVHH)'dir. Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte bir çok faktöre bağlı olabileceği düşünülmektedir. Bu vaka sunumunda 20 yaşında, 3 yıl öncesinde T-ALL tanısıyla allojenik kemik iliği transplantasyonu (AKİT) yapılmış, sonrasında kronik GVHH tanısıyla takip edilmekte iken genel durum bozukluğu ile acil servise başvuran, sepsis ve septik şok ön tanılarıyla dahiliye yoğun bakıma yatırılan bir hasta ele alınmıştır. Takiplerinde nüks şüphesiyle elektif olarak çekilen batin tomografisinde midede intramural, perforasyonu düşündürülecek şekilde perigastrik alanda ve serbest halde intraperitoneal bölgede ve portal vende hava gözlenmiştir. Perforasyon açısından genel cerrahi tarafından operasyon kararı alındıktan sonra klinik bulgular eşliğinde radyolojik görüntülemenin kronik GVHH'de görülen PI 'ye bağlı olabileceği düşünülmüş, hasta, enteral beslenmesine ara verilerek konservatif tedavi ile takibe alınmıştır. İzleminde hastanın kontrol BT'sinde radyolojik bulgularının kaybolduğu görülmüştür.

## EP 22

### ACUTE OLIGURIC RENAL FAILURE DUE TO DIFFERENT AMANITA SPECIES

**Gökşen Öz<sup>1</sup>, Seda Banu Akıncı<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ Kayseri Education and Research Hospital, Anesthesiology ICU (Formerly in Hacettepe University Medical Faculty Anesthesiology ICU), Kayseri, Türkiye

<sup>2</sup>Hacettepe University Medical Faculty Anesthesiology ICU, Ankara, Türkiye

**Objective:** Despite severe hepatotoxicity due to ingestion of amatoxin containing mushrooms mostly with *Amanita phalloides*, occurrence of renal failure without significant hepatic involvement can be seen by some other *Amanita* species (*A. smithiana*, *proxima*) that contain a nephrotoxin; norleucine. We report a 86 years old man with acute oliguric renal failure from Çankırı to take attention to norleucine containing mushrooms in Turkey.

**Case:** We admitted the patient to our intensive care unit(ICU) after 2 days follow-up in a local hospital for progressive renal functional deterioration. His first symptoms were nausea and vomiting approximately six hours after eating wild mushrooms. In the local hospital two doses of activated charcoal and intravenous (iv.) fluid were administered. He had chronic heart failure and was on spironolactone-hydrochlorothiazide combination. Physical examination revealed only apical 2/6 systolic murmur on admission and initial blood creatinine, ALT and AST were 7,22mg/dL, 102U/L and 112U/L respectively. In first four days of ICU admission he was anuric/oliguric (5-20 ml/day urine) and treated with totally three times of hemodialysis and with N-acetyl cysteine, Silymarin and penicillin G for amatoxin intoxication in the first day of ICU. In the 5th,6th,7th days of ICU his urine were 290ml, 420ml and 900ml respectively. After 8 days in ICU he was discharged to ward with progressive improvement of renal functions with blood creatinine of 4,8 mg/dL and discharged to home with full renal functional recovery after ten days.

**Discussion:** Typically after 2-12 hours of ingestion of norleucine containing *Amanita* species gastrointestinal symptoms begin and may present with early elevations in liver enzymes, making them difficult to distinguish clinically from the amatoxin-containing mushrooms as it is in our case. The liver function abnormalities typically resolve over 48 hours, while the creatinine climbs at a linear rate of approximately 2 mg/dL/day (1). Dialysis is for renal replacement not for toxin elimination. Most patients require temporary hemodialysis for up to several weeks but eventually returned to their baseline renal functions (2). In Turkey *Amanita proxima* is reported to be found in Siirt and Kütahya (3) but *A.smithiana* has not reported yet.

#### References

1. <http://emedicine.medscape.com/article/167398-clinical#showall>, accessed 9/4/2017.
2. Yang WS, Lin CH, Huang JW, et al. Acute Renal Failure Caused by Mushroom Poisoning. J Formos Med Assoc 2006; 105: 263-7. [CrossRef]
3. Keleş A, Acar İ, Uzun Y, et al. Two new *Amanita* Dill. ex Boehm records for Turkey, Plant Life of South West Asia 8, 1-5 July 2013, P. 50-51, Edinburgh-England.

#### EP 23

### SÜREKLİ RENAL REPLASMAN TEDAVİSİNDE İLAÇLARIN DOZ AYARLAMASI İÇİN KULLANILAN ELEKTRONİK BİLGİ KAYNAKLARININ KARŞILAŞTIRMASI

**Nursel Sürmelioğlu<sup>1</sup>, Burcu Kelleci<sup>1</sup>, Nadir Yalçın<sup>1</sup>, Aygün Bayraktar-Ekinciöğlü<sup>1</sup>, Ebru Ersoy-Ortaç<sup>2</sup>, Serpil Öcal<sup>2</sup>, Kutay Demirkan<sup>1</sup>, Arzu Topeli-İskit<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Klinik Eczacılık Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

**Amaç:** Sürekli renal replasman tedavisi (SRRT), akut böbrek hasarı gelişen kritik hastalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak, SRRTde ilaç dozlaması ile ilgili bilgi kaynakları sınırlıdır ve genellikle elektronik bilgi kaynaklarına başvurulmaktadır. Bu çalışmada SRRTde ilaç dozunun ayarlanması amacıyla yaygın olarak kullanılan beş elektronik ilaç bilgi kaynağındaki antimikrobiyal ilaçlar için olan doz önerilerinin karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitesinde, sıklıkla kullanıldığı belirlenen 25 antimikrobiyal ilacın (ampisilin, piperasilin/tazobaktam, seftriakson, sefepim, sefotaksim, meropenem, trimetoprim/sulfametoksazol, klaritromisin, tigesiklin, siprofloksasin, moksifloksasin, amikasin, vankomisin, teikoplanin, kolistin, metronidazol, amfoterisin B, kaspofungin, anidulafungin, flukonazol, vorikonazol, posakonazol, asiklovir, gansiklovir ve oseltamivir) en sık kullanılan 5 elektronik bilgi kaynağında (The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, Micromedex, Kidney Disease Program [KDP], Medscape ve UpToDate) yer alan SRRT'deki ilaç doz önerileri klinik eczacılar tarafından değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Sanford, UpToDate ve KDP (sırasıyla 24, 23, 21 ilaç) bilgi kaynakları, Micromedex (11 ilaç) ve Medscape'e (4 ilaç) göre SRRTde ilaç dozları ile ilgili daha fazla öneri içermektedir. Sadece Micromedex ve UpToDate kaynaklarında (sırasıyla 5 ve 10 ilaç) SRRT'ye yönelik doz önerileri bulunmaktadır. UpToDate, KDP, Micromedex ve Sanford önerilerinin bazılarında bilimsel kaynaklar da verilmiştir (sırasıyla 23, 20, 11 ve 3). Bilgi kaynakları arasındaki farklılıklar en çok, piperasilin-tazobaktam, trimetoprim/sulfametoksazol, amikasin, vankomisin, kolistin ve vorikonazol ilaçlarında saptanmıştır.

**Sonuç:** SRRT'de ilaç kullanımına yönelik faydalanılan/yararlanılan bir kaynaktan yer alan doz önerileri "standart" olarak düşünülmemelidir. SRRT alan hastalarda antimikrobiyal ilaç dozlamasını değerlendiren az sayıda çalışma bulunduğu ve mevcut kaynakların önerileri arasında farklılıklar görülebileceği göz önünde tutulmalıdır. En uygun ilaç rejimini belirlemek için farklı kaynaklardan da yararlanmalı ve hastanın klinik cevabı yakından izlenmelidir.

#### EP 24

### PRESENTATION WITH FACIAL PARALYSIS IN A 28 YEAR-OLD FEMALE UNDER ACUTE DISULFIRAM-ALCOHOL REACTION

**Kamil İnci, Uğur Musa Adam, Lale Karabıyık**

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye*

Disulfiram (tetraethylthiuram disulfide) is used as a treatment option for alcohol addiction for more than 60 years. Disulfiram-ethanol reaction (DER) presents with revelation of unpleasant symptoms depending on vasodilatation in several organs. Symptoms including tachycardia, flushing, sweating, tremor, nausea with or without vomiting, moderate hypotension and anxiousness is seen in most of the cases. Recovery in all clinical settings is eventually the result as outcome in most of the patients. However, these symptoms may uncommonly encounter with extreme manifestations like stroke, shock and severe organ failures. These life-threatening conditions are rare but they can arise seldomly. We

present a case of a 28-year-old woman referred to our intensive care unit(ICU). The patient presents with fatigue and acute facial paralysis to the emergency department four hours after 12500mg disulfiram intake for suicide while under acute ethanol intoxication . General medical condition was fine with stable hemodynamics and there was no finding other from unilateral central facial paralysis in both medical examination and laboratory results. Laboratory results revealed arterial blood gas, procalcitonin, high-sensitivity troponine, and other routine laboratory tests were strictly within normal ranges. Blood ethanol concentration was 1.9 g/L 6 hours after ingestion. The patient was then transferred to the ICU. Further interrogation showed patient was self-medicated with disulfiram and she had ingested 12.500 mg of disulfiram 1 hour after alcohol intake. After admission to ICU, patient had a cranial ct-scan which resulted as a subacute ischemic infarction on right frontoparietal junction and basal ganglia. Anticoagulant and antiaggregant treatment was administered cooperatively with neurology consultant. In supra aortic and cranial MRI angiography, which also confirms frontoparietal and basal ganglial infarction, there was no significant finding related with ethiology of stroke. After a 4 days of follow up in ICU, regression in facial paralysis was watched under physiotherapy and the patient was referred to clinic of neurology department under same treatment. The diagnosis of acute ischemic enfarct related with DER was retained. Our case had a favorable outcome, but it should be remembered that patients can be presented in many different scale of clinical manifestations which can be related with high mortality and or morbidity without showing none of the classical symptoms expected in DER.

## EP 25

### GÖZLENENİ AZALTAMIYORSAN BEKLENENİ AZALT!

**Serdar Efe, Volkan İnal**

*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Edirne, Türkiye*

**Amaç:** 2016 yılı bir yıllık kalite performans çalışmamız sonucu elde edilen veriler sonucunda santral venöz kateter ilişkili kan dolaşım enfeksiyon (KİKDE) oranımızın 2015 yılında aldığımız önlemlere rağmen gerilemediğini gördük bunun üzerine yeni bir uygulama demeti hazırlayarak enfeksiyon hızını azaltmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntemler:** Kapalı özellikte, on yataklı, üç hasta başına bir hemşirenin görev yaptığı üçüncü basamak bir üniversite hastanesi genel yoğun bakım ünitesinde; 01 Nisan- 30 Haziran 2017 tarihleri arasında KİKDE hızının azaltılmasına yönelik uygulama demeti belirlenerek personele eğitim verildi. Üç aylık süreçte elde edilen veriler, 2015 ve 2016 yılları KİKDE hızları ile kıyaslandı. 2016 yılı başında enfeksiyon oranımızı azaltmaya yönelik bazı kararlar alıp uygulamaya geçtik. Büyük yeşil steril örtü, küçük delikli yeşil örtü, tepsi ve forsepsten oluşan kateter kitleri hazırlandı. Personele eğitim verilerek steril şartların sağlanması, maske, bone ve önlük takılmadan girişim yapılmaması, uygulama bölgesinin gerekliyse önceden traşlanıp sabunlu suyla silinmesi, sekresyon bulaşını önlemeye yönelik spanç yerine şeffaf koruyucu kateter örtülerinin kullanılması ve kirlenmeye bile yedi günde bir değiştirilmesi, akıntılı ya da kanamalı kateterlerin günlük bakımlarının spanç ile yapılıp klorheksidinli peçetelerle temizlenip kirlemediği değiştirilmesi sağlandı.

Parenteral nütrisyonun endikasyonları hakkında personel eğitimi verildi, gereksiz infüzyonlardan kaçınıldı, santal venöz basınç takibi rutinden çıkarıldı. Ancak 2015 yılı sonu verilerimize baktığımızda KİKDE hızının daha da arttığı görüldü. Bunun üzerine yeni bir enfeksiyonu önleme demeti oluşturduk ve 1 Mart 2017'den itibaren uygulamaya geçtik. Yatış süresinin uzun olabileceğini düşündüğümüz hastalarda dahi ilk altı gün periferik yol kullanmaya çalıştık, birçok hastada kateter enfeksiyonunun sadece damar yolu bulma zorluğu olduğunu farkettilik, periferik damar yolu bulabilmek için gerektiğinde damar bulucu ışık kullandık, yatış süresi uzayan kronik hastaların kateterlerini antibiotikler ve veya inotrop/vazopresör destekleri bittiği gibi çıkarttık ve yatış süresi uzayan stabil hastalarda intravenöz sıvı desteği yerine NG'den ya da PEG'den sıvı desteği verdik. Tedavisi tamamlanan akut sorunları düzelen ancak servislere taburculuğu yapılamayan hastaların kateterlerini çektik. Mecbur kalmadıkça femoral bölgeyi tercih etmedik, öncelikle sağ juguler ya da subklavian bölgeyi tercih ettik.

**Bulgular:** 2015 yılı santral venöz kateter (SVK) kullanım oranı %76, KİKDE hızı %11,7 (2552 araç kullanım gününde/30 hasta), 2016 yılı için ise SVK kullanım oranı %82 KİKDE hızı %12,7 (2887 araç kullanım gününde/32 hasta) idi. Yeni uygulama demetini uyguladığımız 2017 üç aylık periyotta SVK kullanım oranının %56'ya; KİKDE hızının da %6,1'e gerilediğini gördük (656 araç kullanım gününde/4 hasta). 2016 yılının aynı üç aylık dönemine bakıldığında SVK kullanım oranı %77; KİKDE hızının ise %10,5 olduğu görüldü (670 araç kullanım gününde/7 hasta).

**Tartışma ve Sonuç:** Mevcut verileri değerlendirdiğimizde invaziv kateter takılması ve bakımı konusunda alınan önlemlerin KİKDE hızını azaltmada yeterli olmadığı; bu nedenle gözlenen enfeksiyon oranını azaltamadığımız durumlarda beklenen enfeksiyon oranının azaltılmasına yönelik önlemlerin faydalı olabileceğini düşünüyoruz.

## EP 26

### GUILLAIN BARRE SENDROMU GİBİ AKUT PARALİTİK POLİNÖROPATİ İLE SEYREDEN ANCA İLİŞKİLİ VASKÜLİT OLGUSU

**Firdevs Tuğba Bozkurt, Derya Hoşgün, Duygu Kayar Çalılı, Orhan Küçükşahin, Seval İzdeş**

*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye*

**Amaç:** Guillain Barre Sendromu (GBS), otoimmün yanıtın tetiklemesiyle oluşan, akut paralitik polinöropati tablosudur. Klinik ve laboratuvar bulguları ile GBS'ye benzeyen, ancak daha sonra Anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülitte bağlı polinöropati olduğu düşünülen bu olguyu sunarak, literatüre katkıda bulunmak istedik.

**Olgu:** Peyronie hastalığı ve Hepatit B taşıyıcılığı olan 40 yaşında erkek hasta, bir haftadır olan gribal semptomlar sonrasında solunum sıkıntısı nedeniyle başvurmuş. Respiratuvar asidozu nedeniyle entübe edilmiş, pnömoni tanısıyla piperasilin tazobaktam, klacid ve tamiflu başlanmış. Entübe ve sedatize şekilde yoğun bakıma alındı, sedasyon azaltıldı. Kültürleri, solunum yolu viral paneli, İnfluenza A (H1N1) ve idrarda lejyonella antijeni gönderildi. Sedasyon kesilince bilinci açıldı, ancak spontan solunumunun olmadığı ve flask quadriplejik olduğu belirlendi. Beyin omirilik sıvısında (BOS) protein yüksekti (93,6 mg/dL), hücre görülmedi. Elektro-

miyografide (EMG) ağır denervasyon, demiyelizan nöropati mevcuttu. GBS düşünülüp, 0,4 gr/kg/gün 5 gün iv immünglobulin g (IVIG) verildi. Ancak motor yanıtız olunca, gün aşırı 3 defa plazmaferez yapıldı. Motor muayenesinde üst ekstremitelerde minimal hareketlenme, alt ekstremitelerde ayaklarda 1/5 kas gücü olunca, ikinci defa IVIG tedavisi verildi. Hastaya perkütan trakeostomi açıldı. Kranial Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI)'nda vaskülit düşündürcek değişiklikler görüldü. c-ANCA (PR3 ANCA) 90,1 U/mL ve Ig E 491 IU/mL yüksek titrede pozitif saptandı. Paranasal sinüs tomografisi (bt) normaldi Torakal vertebra bt'de, alt torakal vertebra düzeylerinde schmorl nodülleri gözlemlendi. c-ANCA pozitifliği nedeniyle vaskülitte bağlı akut polinöropati tanısı kondu, 3 gün boyunca 1 gr metilprednizolon (idamede günlük 100 mg), daha sonra siklofosamid verildi. Hastanın kas gücünde ilerleme kaydedildi, ekstremitelerde hareketleri arttı, mekanik ventilatörden ayrıldı, trakeostomisi kapatıldı, desteksiz yürümeye başladı.

**Tartışma ve Sonuç:** GBS'de BOS'da albuminositolojik disosiyasyon, EMG de ise periferik sinir demiyelinizasyonu, sinir iletilisinde yavaşlama görülür. Bu nedenle olgumuza klinik tanı olarak ilk GBS tanısı kondu, IVIG ve plazmaferez tedavisi uygulandı. Ancak bu tedaviye rağmen nörolojik durumunda ilerleme sağlanamayınca çekilen kranial MRI'nda vaskülit şüphelenilmesi ve c-ANCA'nın yüksek titrede pozitif olması, GBS tanısından uzaklaştırdı. ANCA ilişkili vaskülit tanısı ile pulse steroid ve siklofosamid verildi. ANCA ilişkili vaskülitler, özellikle küçük ve orta çap damarları tutar ve sıklıkla böbrek, akciğer ve periferik sinir sistemini etkiler ve sıklıkla mononöritis multipleks şeklinde görülürler. Ancak, olgumuzda olduğu gibi GBS'yi taklit eden polinöropatili olgular literatürde nadiren bildirilmiştir. Tedavi yaklaşımları farklı olduğu için zamanında tanı konup tedavi edilmezse, yüksek mortalite ve morbidite ile seyredeceğinden, ayırıcı tanı mutlakla düşünülmelidir.

#### Kaynaklar

1. Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. Lancet 2016; 388: 717-27. [CrossRef]
2. Yoo IH, Choi ST, Choi SH, et al. Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis Presented as Acute Polyneuropathy and Cerebral Vasculitis. Exp Neurobiol 2017; 26: 168-71. [CrossRef]
3. Camara-Lemarrroy CR, Infante-Valenzuela A, Villareal-Montemayor HJ, et al. Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis Presenting as Acute Polyneuropathy Mimicking Guillain-Barre Syndrome. Case Rep Neurol Med 2015; 2015: 981439. [CrossRef]

#### EP 27

### KRİTİK HASTADA PLATELETKRİT PROGNOSTİK Mİ?

**Serdar Efe, İsmail Asker, Volkan İnal**

*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Edirne, Türkiye*

**Amaç:** Trombositlerin koagülasyon yollarındaki iyi bilinen görevlerinin yansıra, sistemik inflamatuvar yanıt, immün modülasyon ve vasküler endotel hücrelerinin bütünlüğünün sağlanmasında da rol oynadığı saptanmıştır. Trombositopeni kritik hastalarda APACHE II skorlama sisteminde de yer bulan ve mortaliteyi arttıran bağımsız bir risk faktörüdür. Tam kan sayımı cihazları ile otomatik olarak ucuz ve kolaylıkla ölçülebilen trombosit indeksleri (Pl), trombositlerin sayısı, morfoloji ve aktivasyonunu gösteren belirteçlerdir. Kandaki trombositlerin oluşturduğu

hacmin toplam kan hacmine oranını yansıtan plateletkrit (PCT), [Plt x MPV / 1000] formülü ile hesaplanmakta ve % olarak ifade edilmektedir. Son zamanlarda Pl'lerinin hastalığın şiddeti ve prognozuyla ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır, Pl'lerinden biri olan PCT değerinin klinik tablolarla olan ilişkisini ve kritik hastalarda mortaliteyi öngörmedeki gücünü araştıran retrospektif bir çalışma yaptık.

**Gereç ve Yöntemler:** 1 Ocak 2016 – 31 Aralık 2016 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatırılan 347 hastanın tanıları, APACHE II değerleri, geldikleri servisler, yoğun bakımda kalış süreleri, ilk yatış PCT değerleri kaydedildi. Yoğun bakıma tekrarlayan yatış olduğunda, ilk kayıttan alınan veriler dikkate alındı.

**Bulgular:** Olguların 135'i kadın ve 212'si erkekti. Hastaların %35,5'i medikal servilerden, %33,1'i cerrahi servislerden ve %31,4'ü ise acil servite kabul edilmişti. Hastaların yaş ortalaması 63,2 (±16,7), APACHE II ortalaması 19,5 (±8,6), ortalama yatış süresi (LOS) 18,8 (±17,5) gündü. Gözlenen mortalite %45 olup, %26,5'i medikal servislere, %28,5'i ise cerrahi servislere taburcu edildiler. Mortal seyreden hastaların PCT ortalaması %0,22; taburcu olan hastaların %0,25; acilden yatışı yapılan hastaların %0,23; medikal servislerden gelen hastaların %0,23; postoperatif takip amaçlı alınan hastaların %0,25 idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

**Sonuç:** Kritik hastalarda platelet indeksleriyle ilişkili yapılan az sayıda çalışmanın aksine bizim çalışmamızda plateletkrit indeksinin kritik hastalarda mortaliteyi bildirme gücünün zayıf olduğunu saptadık. Komorbiditeleri ve aldıkları medikasyonlar nedeniyle kritik yoğun bakım hastalarında belirli bir hastalığın platelet indeksleri üzerindeki etkisini ayırt etmek zordur.

#### EP 28

### YÜKSEK DOZ PROPAFENON ALIMINI SONRASINDA BAŞARILI İNTRAVENÖZ LİPİD EMÜLSİYON TEDAVİSİ

**Kamil Gönderen, Özlem Koçak**

*Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi, Kütahya, Türkiye*

**Amaç:** Propafenon, Na kanallarını hız bağımlı şekilde bloke ederek beta adrenarjik aktiviteyi baskılayan Class 1C antiaritmik bir ajandır (1). Toksik doz olarak 4 gr üzerinde alımlarda myokardiyal depresyon, refrakter nöbet ve ventriküler disritmiye neden olarak ölümcül sonuçlara neden olabilir (2). Biz de suidic amacıyla 6750 mg propafenon (45 adet 150 mg'lık tablet) alımı sonrasında verdiğimiz intralipid emülsiyon tedavisi ile başarılı olarak tedavi ettiğimiz vakayı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 22 yaşında kadın hasta suidic amacıyla propafenon (45 adet 150 mg) alımı sonrasında acil servise bilinci kapalı olarak 112 tarafından getirildi. Acil serviste yapılan fizik muayenesinde GKS:7, kalp hızı:40/dak, kan basıncı 60/40 mmHg, solunum sayısı 20/dak idi. Çekilen EKG'sinde 1. derece AV blok, sağ dal bloğu, QRS genişlemesi, sinüs bradikardisi saptandı. Kan gazı tetkikinde pH:7,13 PCO<sub>2</sub>:43 PO<sub>2</sub>:35 HCO<sub>3</sub>:13 SO<sub>2</sub>:56 laktat:11,7 saptandı. İleri tetkik ve tedavi amacıyla genel yoğun

bakım ünitesine yatırıldı. Hastaya nazogastrik sonda takılarak mide lavajı yapıldıktan sonra 6 saatte bir 1 gr/kg dozda aktif kömür verildi. Hipotansiyon ve bradikardisine yönelik %0,9 izotonik ile hidrasyon, 1,5 mEq/kg dozda sodyum bikarbonat infüzyonu başlandı, 3 defa 1 mg atropin puşe yapılarak dopamin infüzyonu 20 mcg/kg/dak dozuna kadar çıkıldı. Takibinin 1. saatinde tonik klonik nöbet geçiren hastaya 2 mg midazolam yapılarak nöbet kontrolü sağlandı. Hastanemizde propafenon düzeyi ölçülememektedir, bundan dolayı kan propafenon düzeyi çalışılmadı. Bradikardisi, hipotansiyonu, nöbet aktivitesi olan hastaya %20 intravenöz lipid emülsiyon (ILE) tedavisi 1,5 mL/kg dozunda 3 dakikada infüzyon verildikten sonra 0,025 mL/kg/dak dozundan infüzyon 1 saat devam edildi. İnfüzyon tedavisi sonrasında dopamin ihtiyacı azalarak kesildi, EKGsi normal sinüs ritmine döndü, nöbet aktivitesi gözlenmedi ve bilinci açıldı, vital bulguları düzeldi. Yatışının ikinci gününde oryantasyon ve kooperasyonu tam olan hastanın orali açıldı, intravenöz mayileri stoplandı ve psikiyatri ve kardiyolojiye konsulte edildi. Yatışının üçüncü gününde kardiyoloji servisine devir edilen hasta sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

**Sonuç:** ILE infüzyon tedavisinin intihar amaçlı ya da aşırı dozlarda ilaç kullanımı için bir kurtarma ajanı olarak kullanılması, uzun yıllardır piyasada bulunan bir ajan için nutrisyon tedavisi dışında yeni bir tedavi modalitesi sağlar. ILE infüzyon tedavisinin bu şekilde kullanılması, lipofilik farmasötik ajanların aşırı dozların tedavisi için yeni bir etki mekanizmasına öncülük ederek birçok hastaya hayat kurtarıcı tedavi seçeneği sunmaktadır (3). Özellikle lipofilik ilaç intoksikasyonlarında ILE tedavisi akılda bulundurulmalıdır.

#### Kaynaklar

1. National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) NICE clinical guideline 36-atrial fibrillation: the management of atrial fibrillation. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG036nicelineguideline.pdf>. Accessed 30 Jan 2009
2. Bayram B, Dedeoğlu E, Hocaoğlu N, et al. Propafenone-induced cardiac arrest: full recovery with insulin, is it possible? Am J Emerg Med 2013; 31: 45. [CrossRef]
3. Dazhe C, Heard K, Foran M, et al. Intravenous lipid emulsion in the emergency department: A systematic review of recent literature. J Emerg Med 2015; 48: 387-97. [CrossRef]

#### EP 29

### AKCİĞER KANSERLİ ENTÜBE OLGUDA KEMOTERAPİ SONRASI WEANİNG

**Özcan Alpdoğan, Süleyman Yıldırım, Nazan Yaman, Serkan Pehlivan, Yusuf Durmaz, Özlem Ediboğlu, Fulya Mercan, Cenk Kıraklı**

*Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye*

**Amaç:** Akciğer kanseri (AC Ca) gelişmiş ülkelerde en sık görülen ve ölümcül seyreden kanser türüdür. Hücre tipi hem tedavi ile, hem de prognoz ile ilişkilidir. Küçük Hücreli AC Ca (KHAK) diğer tiplerden daha hızlı tümör ikilenme zamanına sahip olması ve buna bağlı uzak metastazların erken gelişimi, kemoterapi ve radyoterapiye dramatik yanıt vermesi ile ayrılmaktadır.

**Olgu:** 72 yaş erkek hasta dış merkezde sağ akciğerde kitle tespit edilmesi üzerine hastanemize yönlendirilmiş. Endobronşiyal Ultrasono-

grafi (EBUS) planlanan hastanın işlem sırasında dispnesinin gelişmesi ve desatüre olması üzerine işlem sonlandırılmış. Takip için acil servise alınan hastanın hipoksemisi olması üzerine hasta entübe edilmiş. Hasta mekanik ventilatör desteği verilmek üzere yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Hasta mekanik ventilatörde Adaptive Destek Ventilasyon (ASV) modunda izlendi. Hastaya 3 kez t-tüp denendi. T-tüp ile siyanoz gelişen ve desatüre olan hasta mekanik ventilatörden ayrılmadı. Hastaya entübe iken patolojik örnekleme için yapılan bronkoskopi sonrası KHAK tanısı konuldu. Weaning başarısızlığı olan ve kemoterapiye hızlı yanıt veren türde kanseri olan hastaya konsey kararı ile kemoterapi verilmesi kararlaştırıldı. Yakınları tarafından onam alınan hastaya bir kür cisplatin+etoposid kemoterapisi verildi. Kemoterapiden 8 gün sonra yapılan t-tüp denemesini tolere eden hastadan yarım saat sonra gönderilen arter kan gazı incelemesinde asidozu, hipoksemisi veya hiperkarbisi olmaması üzerine hasta ekstübe edildi. Hastaya profilaktik olarak noninvazif mekanik ventilasyon (NIV) desteği ve solunum fizyoterapi uygulandı. Takiplerinde NIV ihtiyacı azalan hastaya nazal kanül ile 2-4 lt/dk O<sub>2</sub> verildi. Hastanın nazal O<sub>2</sub> ile genel durumu iyi, vital bulguları stabil olması üzerine servise devir edildi.

**Sonuç:** Akciğerde santral kitlesi ve entübasyon gereken hastalarda mekanik ventilasyondan ayrılmada zorluklar yaşanabilmektedir. Küçük hücreli AC kanseri gibi kemoterapiye hızlı yanıt veren tipte kanseri olan hastalarda weaning başarısızlığı durumunda kemoterapi verilmesi weaning başarısını artırıcı bir etkiye neden olabilir.

#### EP 30

### ARDS TANILI OLGUDA ECMO KULLANIMI VE WEANİNG SONRASI NAZAL HIGH FLOW OKSİJEN KULLANIMI

**Serkan Pehlivan, Süleyman Yıldırım, Nazan Yaman, Yusuf Durmaz, Özcan Alpdoğan, Özlem Ediboğlu, Fulya Mercan, Cenk Kıraklı**

*Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye*

**Amaç:** Akut respiratuvar distres sendromu (ARDS), akciğerlerde bilateral infiltrasyonla karakterize, hayatı tehdit edici özellikte hipoksemik solunum yetmezliğinin eşlik ettiği nonkardiyojenik özellikte akciğer ödemi tablosudur. Hipokseminin derecesine göre hafif, orta, ağır ARDS olarak sınıflandırılmaktadır. Ağır ARDS oksijenasyonun ileri derecede bozulduğu ve tedavisi güç olan klinik tablodur. High-Flow nazal O<sub>2</sub>, hipoksik solunum yetmezliğinde kullanıma giren yeni tedavi yöntemlerinden biridir.

**Olgu:** 51 yaş erkek hasta, son birkaç gündür nefes darlığı ve efor kapasitesinde azalma şikayeti ile hastanemize başvurmuş. Akciğer radyogramında sağ akciğerde kaviter lezyon olan hasta göğüs kliniğine yatırılmış. Ek hastalık olarak Diyabetes mellitus (DM) olan hastada serviste izlenirken senkop sonrası solunum arresti gelişmiş ve entübe edilmiş. Mekanik ventilasyon ihtiyacı sebebi ile yoğun bakıma devir alınan hasta mekanik ventilatörde Adaptif Destek Ventilasyon (ASV) modunda izlendi. Mekanik ventilatörde 8 cmH<sub>2</sub>O PEEP ve %80 FiO<sub>2</sub> ayarlarında PaO<sub>2</sub> 64mmHg olan hastanın PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> oranı <100 ve akciğer grafisinde bilateral diffüz infiltrasyonları olması üzerine ağır ARDS olarak kabul

edildi. Hastanın recruitment manevrası için uygunluğu değerlendirildi ve hastanın histerezi düşük olmasına rağmen yapılan reküritment manevrasından fayda görmemesi üzerine hastaya veno-venöz ekstra-korporeal membranöz oksijenasyon (ECMO) tedavisi başlandı. ECMO sırasında hastaya akciğer koruyucu ventilasyon yapıldı. Hastanın kan gazı değerlerine göre ECMO kan akım hızı kademeli olarak azaltıldı ve 5. günde ECMO sonlandırıldı. ECMO sonrası 1 gün entübe olarak izlenen hastanın kan gazı değerleri ve kliniği uygun olması üzerine t-tüp'e alındı ve hasta extübe edildi. Extübasyon sonrası desatüre olan hastaya high flow O<sub>2</sub> (HFOT) desteği 50 L/dk akım hızı ve % 100 FiO<sub>2</sub> ile başlandı. Akım hızı ve FiO<sub>2</sub> kademeli olarak azaltıldı ve 10L/dk akım hızı, % 40 FiO<sub>2</sub> değerlerinde HFOT tedavisi kesilerek hastaya nazal kanülle O<sub>2</sub> verildi. Radyolojik düzelmesi olan ve nazal O<sub>2</sub> ile hipoksemisi olmayan hasta servise devir edildi.

**Sonuç:** ARDS mortalitesi yüksek olan klinik bir durumdur. Hastanın kliniği saatler içinde bozulabildiği için tanı ve tedavide hızlı karar vermek önemlidir. Hastanın entübasyon kararı, uygun PEEP titrasyonu ve gerekli koşullarda ECMO kararı hızlı bir şekilde alınmalı ve uygulanmalıdır. HFOT, akut hipoksik solunum yetmezliğinde kullanıma giren etkin bir tedavi yöntemidir. Ayrıca akut hipoksemik solunum yetmezliği ile entübe olan hastalarda ekstübasyon sonrası kullanımı, reentübasyonları azaltabilir.

## EP 31

### EMBOLEKTOMİ İLE KURTARILAN BİR MASİF PULMONER TROMBOEMBOLİ OLGUSU

#### Neşe Dursunoglu

*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli, Türkiye*

**Amaç:** Masif pulmoner tromboembolizm mortal olabilen bir klinik tablodur. Cerrahi embolektomi genellikle hemodinamik kollaps görülen olgulara veya trombolitik tedavinin kontrendike olduğu ya da yetersiz olduğu olgulara uygulanmaktadır ve bu tür hastalarda hayat kurtarıcıdır.

**Olgu:** 55 yaşında kadın, son 10 gündür devam eden baş dönmesi, bulantı-kusma hissi ve çarpıntı şikayetleri ile acil servise başvurdu ve atriyoventriküler re-entran taşikardi (AVNRT) tanısı ile koroner yoğun bakım ünitesine interne edildi. Tedaviye rağmen çarpıntısı düzemedi ve progresif ilerleyici nefes darlığı eklendi. Ardından transtorasik ekokardiyografisinde ortalama pulmoner arter basıncının 48 mmHg, sağ kalp boşlukları dilate ve interventriküler septumda paradoks hareket, bilgisayarlı toraks tomografisinde (BT) de bilateral ana pulmoner arterler ile interlober segmenter pulmoner arteri dolduran masif trombus izlendi. Hipotansif ve taşikardik olan hastaya hemen trombolitik tedavi verildi ancak devam eden 24 saat içinde hastanın göğsünde baskı hissi, çarpıntı yakınmaları ve hipotansiyonu sürmekteydi. Ekokardiyografisinde sağ kalp yüklenme bulgularının devam ettiği ve BT'de bilateral ana pulmoner ve segmental pulmoner arterlerde masif trombusün sebat ettiği görüldü. Hastaya acilen cerrahi olarak embolektomi uygulanan hastanın kliniği düzeldi ve operasyondan iki ay sonra BT ve ekokardiyografisi normaldi.

**Sonuç:** Cerrahi olarak uygulanan pulmoner embolektomi trombolitik tedaviye cevap vermeyen akut pulmoner embolide hayat kurtarıcıdır, ancak kendisi de yüksek riskli olan bu girişim iyi ve deneyimli bir ekip ve hızlı davranmayı gerektirir.

## EP 32

### “SEPSİS VE SEPTİK ŞOKTA NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI MORTALİTE İÇİN BELİRLEYİCİ OLABİLİR Mİ?”

**Tuğçe Mengi, Barış Yılmaz, Murat Emre Tokur, Yusuf Savran, Begüm Ergen, Erdem Yaka, Bilgin Cömert**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir, Türkiye*

**Amaç:** Sepsis hem gelişmiş hem de gelişmekte olan dünyaya meydan okuyan karmaşık bir durumdur. Sepsis tanısından kullanılan beyaz küre oranı, C-reaktif protein (CRP), prokalsitonin (PCT) ve sitokin düzeyleri, koagülasyon markerları gibi belirteçler prognozu öngörmeye kullanılmakla beraber bu belirteçlerin çeşitli kısıtlılıkları mevcuttur. Nötrofil-lenfosit oranı (NLO) ise, kolayca erişilebilen ve uygun maliyetli bir biyolojik belirteç olarak tam kan sayımına dayalı olarak hesaplanabilir. NLO'nun çeşitli klinik durumlarda prognoz ile ilişkisi gösterilmiştir. Ancak sepsisli hastalarda prognoz ile ilişkisi hakkında yeterli veri yoktur. Bu çalışmadaki amacımız, sepsis ve septik şoklu hastalarda NLO ile mortalite arasında bir ilişki olup olmadığını değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntemler:** 01.01.2011 ve 01.01.2016 tarihleri arasında hastanemiz acil servisine başvuru sırasında ya da servis yatışından sonraki 48 saat içinde Üçüncü Uluslararası Sepsis ve Septik Şok Konsensus tanımına göre (Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock) sepsis ya da septik şok tanısı alarak yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. NLO üzerine muhtemel etkileri nedeni ile aktif malignitesi veya hematolojik hastalığı olan hastalar, steroid tedavisi, radyoterapi, kemoterapi yada immünsüpresan tedavi kullanımı olan hastalar ve tanı öncesinde antibiyotik kullanımı olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Dahil edilen hastaların demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar verileri, yoğun bakım, hastane içi ve 28 gün mortalite sonuçları; hastane otomasyon sistemindeki bilgileri ve hasta dosyaları taranarak kaydedildi.

**Bulgular:** 155'i kadın, 159'u erkek olmak üzere toplam 314 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş 72,3 olarak saptandı. Sepsis odağı olguların % 66,6'sında akciğer, %11,8'inde genitoüriner sistem, %7,6'sında gastrointestinal sistem olarak tespit edildi. 255 hastada antibiyoterapi öncesi kan kültürü sonucuna ulaşıldı. Bu kültürlerin 56'sında (%21,6) üreme olduğu görüldü. Hastalar hastane içi mortaliteye göre iki gruba ayrıldığında 118 hastanın (%32) hastaneden taburcu olduğu, 196 hastanın (%68) öldüğü saptandı. Bu iki grup arasında ortalama yaş (sağ: 74, ölen: 78), hastane yatış süresi (sağ: 24 gün, ölen: 16 gün), APACHE II skorları (sağ: 21, ölen: 25) ve beklenen mortalite oranları (sağ: %38, ölen: %53) arasında anlamlı fark saptanırken (her biri için p<0,05) enfeksiyon parametreleri, nötrofil sayısı, lenfosit sayısı ya da NLO açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Sepsis ağırlığı açısından sınıflama yapıldığında 185 hastanın sepsis, 129 hastanın septik şok tanısı aldığı tespit edildi. Septik şok grubunda PCT, CRP, laktik asit değerlerinin yanında NLO'nun da (sepsis: 14,7; septik şok: 21,5) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (her biri için p<0,05). NLO ile CRP ve PCT değerleri arasında korelasyon olduğu görüldü (p>0,05).

**Sonuç:** Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler, sepsis/septik şok tanılı hastalarda prognoz ile NLO arasında anlamlı bir ilişkiyi desteklememekle beraber hastalık şiddeti arttıkça NLO'da artış olduğunu göstermektedir.

## EP 33

**NADİR GÖRÜLEN BİR İNTOKSİKASYON VAKASI:  
AMLODİPİN-VALSARTAN+ İSOSORBİD  
MONONİTRAT****Recep Civan Yüksel<sup>2</sup>, Şahin Temel<sup>2</sup>, Aliye Çoruh<sup>1</sup>, Kürşat Gündoğan<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Kayseri, Türkiye<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Kayseri, Türkiye

**Amaç:** Anjiyotensin reseptör II blokerleri (ARB ) anjiyotensin I reseptörlerine bağlanarak vazokonstriksiyon, sempatik aktivasyon, renal sodyum reabsorpsiyonu, yapan anjiyotensin II inhibisyonuna sebep olur. Amlodipin koroner ve periferel arterlerde nitrik oksid bağımlı vazodilatasyon hipotansiyon yapar.Uzun etkili nitrik oksit(NO) salıgılatıcı olan isosorbid-5-mononitrat, koroner arter hastalığının tedavisinde en çok kullanılan hipotansiyon yapabilen ilaçlardan biridir.

**Olgu:** 36 yaşında erkek hasta intihar amaçlı 280 mg amlodipin, 4480mg valsartan, 1000 mg isosorbid mononitrat aldıktan sonra yakınları tarafından baygın olarak acil servise getirilmiş. Hastanın acil başvuru vital bulguları; TA: 62/25 mmHg, Nb:87atım/dk, SS:20/dk, A:36.8°C oksijen saturasyonu: %97 idi. Arteriyel kan gazı; pH:7.34, PaCO<sub>2</sub>: 30 mmhg, PaO<sub>2</sub>:68 mmhg HCO<sub>3</sub>:16,5 mmol/L, Oksijen saturasyonu: %93 ve laktat: 2,7 mmol/L. Hastaya acilde 2000 cc SF yüklemesi yapılmasından sonra yapılan FM'de şuuru açık, pupiller izokorik, GKS: 15, kontrol KB:71/32 mmHg, diğer sistem muayeneleri normaldi. Acil Servis'te yapılan toksik madde paneli incelemesinde kokain,opiat, amfetamin, kannabis, benzodiazepin saptanmadı. Acil Servis'te 0.05mcg/kg/dakika noradrenalin infüzyonu başlandı, 1mg/kg oral aktif kömür verildi ve mide lavajı yapıldı. Hasta Anestezi Yoğun Bakım Ünitesine kabul edildi. Kan basıncı 2 saat sonra 94/46 mmHg olan hastaya noradrenalin titre edilerek 0,3 mcg/kg/dk ya çıkıldı. İyonize kalsiyum takibi 4 saatte bir, elektrolit takibi ise 12 saatte bir yapıldı. İyonize kalsiyum değerlerine göre kalsiyum replasmanı ve serum elektrolit takibine göre potasyum ve magnezyum takipleri yapıldı. SF verilmesine saatte 150 cc ile devam edildi. Yatışı süresince %10 80 mL kalsiyum glukonat, %15 120 ml magnezyum sülfat replasmanı yapıldı. Yatıştan itibaren 52. saatte kan basıncı 122 / 74 mmHg ölçüldü ve noradrenalin dozu düşülmeye başlandı. Yatışının 68. saatinde noradrenalin infüzyonu kesildi. 2 saat sonra ölçülen kan basıncı 97/63mmHg, kan gazında pH:7.47, PaCO<sub>2</sub>:26 mmHg, PaO<sub>2</sub>: 105 mmHg, HCO<sub>3</sub>:19 mmol/L, laktat:1,7 mmol/L, oksijen saturasyonu :%98 idi. Hastanın 5 günlük yoğun bakım takibi tamamlandıktan sonra yatışının 6. gününde taburcu edildi.

**Tartışma:** Amlodipinin oral olarak hipotansiyon yapıcı en düşük dozu 30mg olarak belirtilmiştir. Anjiyotensin II antagonistleri kan damarları, kalp, adrenal korteksteki anjiyotensin II reseptörünü bloke eder. Yapılan bazı çalışmalarda, 12 saat içinde 30 grama kadar kalsiyum tuzları ve 23,8 mg / dLlik (5,94 mmol / L) serum kalsiyum konsantrasyonlarının kötü sonuç vermeden yüksek doz kalsiyum terapisini savunmuştur. Ancak bizim olguda iyonize kalsiyum 1,00 mmol/L üzerinde olacak şekilde kalsiyum glukonat replasmanı yapıldı. Anjiyotensin II Reseptör blokajı, vasopressin aracılı cevabı engellediğinden, ARB kaynaklı hipotansiyon

van vakalarında vasopressin başarıyla kullanılmıştır. Ancak ülkemizde vasopressin olmaması nedeniyle kullanamadık. Sonuç olarak amlodipin valsartan ve isosorbid mononitrat toksikasyonunda uzamış hipotansiyon görülebileceği unutulmamalı. Bizim olguda da olduğu gibi günlerce vazopressör tedavisi ihtiyacı olabilir.

**Anahtar kelimeler:** ARB, Ca kanal blokeri, nitrat, intoksikasyon, yoğun bakım

## EP 34

**HELLP SEDROMU, AKUT BÖBREK  
YETMEZLİĞİ,PREEKLAMPSİ VE YAYGIN  
İNTRAKRANİAL KANAMA BİRLİKTELİĞİ OLAN  
HASTA DENEYİMİMİZ****Kamil Gönderen<sup>1</sup>, İsmail Kaya<sup>2</sup>, Hasan Emre Aydın<sup>2</sup>, Emel Yıldız<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi, Kütahya, Türkiye<sup>2</sup>Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin Cerrahisi, Kütahya, Türkiye

**Amaç:** Hemoliz, karaciğer enzim yüksekliği ve düşük trombosit sayısı ile karakterize olan HELLP sendromunun insidansı gebelerde %0,5-0,9 olup mortalite oranı %1,1'dir (1). Literatürde HELLP sendromulu hastalarda hayatı tehdit eden intraserebral hemoraji, akut böbrek yetmezliği, epileptik nöbet gibi hayatı tehdit eden komplikasyonların gelişebileceği bildirilmiştir. Bunların arasında intraserebral hemorajinin görülme sıklığı yıllık 100.000'de 15,9'dur ve ilk 30 günlük mortalite oranı %50'dir (2). Biz de preeklampsi, akut böbrek yetmezliği, HELLP sendromu ve intrakranial hemorajisi olan ve başarılı medikal tedavi sonrasında taburcu ettiğimiz vakamızı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 29 yaşında kadın 36 haftalık ilk gebeliği nedeniyle takipteyken bulantı, kusma, kontrol edilemeyen hipertansiyon, bilinç bulanıklığı ve uykuya meyil şikayetleri ile özel bir hastanede kadın hastalıkları ve doğum doktoruna başvuruyor. Başvuruda preeklampsi nedeni ile acil sezaryene alınan hasta, sezaryenden sonra bilinç bulanıklığının artması ve şiddetli baş ağrısı şikayeti nedeni ile hastanemize yönlendirildi. Beyin tomografisinde bilateral frontal bölgede yaklaşık 4,5 cm boyutunda hemoraji, sol bazal ganglion düzeyinde 2 cm çapında parankimal hemoraji, sol lateral ventrikülde intraventriküler hemoraji ve her iki hemisferde frontoparietal bölgelerde subaraknoid kanama ile birlikte orta hat yapılarında 4 mm sağa şift saptandı (Resim 1) ve ileri tetkik ve tedavi amacıyla genel yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Yoğun bakıma alındığındaki vital bulguları Glasgow Koma Skalası E1 M2 V2 kan basıncı:220/140 nabız:120/dak solunum sayısı:24/dak idi. Sezaryen öncesinde bakılan laboratuvar tetkikleri normal sınırlarda iken yoğun bakıma kabulündeki hgb:10.9 hct:31.2 plt:39 bin wbc:19.8 APTT:29.2 sn PTZ:11.9 sn INR:1.03 crea:2.18 Na:135 K:5.2 Ca:8.6 AST:1935 ALT:625 ALP:192 total bil:5.69 direk bil:3.56 LDH:3311 arter kan gazında pH:7.28 pCO<sub>2</sub>:33 pO<sub>2</sub>:55.8 SO<sub>2</sub>:85 HCO<sub>3</sub>:15.6 BE:-11.2 Laktat:5 saptandı. Hastanın solunum yolunu korumak için elektif olaral entübe edildi. Tansiyon kontrolü amacıyla intravenöz esmolol infüzyonu başlandı, bradikardileri olması nedeni ile perlinganit infüzyonu eklendi. Hastaya nozagastrik sondasından



oral nimodipin 5x60 mg, doksazosin 2x16 mg dozunda eş zamanlı başlandı. Remifentanil ile sedasyonu sağlandı. Agresif medikal tedavi olarak trombosit, taze donmuş plazma, eritrosit süspansiyonu, anti-biyotik ve hidrasyon tedavisine profilaktik anti-epileptik tedavi olarak levetirasetam eklendi. Yatışının üçüncü gününde nazogastrik sonda ile enteral beslenmesi başlandı. Takibinin 7.gününde esmolol ve perlinganit infüzyonu kesilerek oral antihipertansifleri ile tansiyon kontrolü sağlandı ve remifentanil sedasyonu stoplandı. Çekilen kontrol bilgisayarlı beyin tomografisinde kanama odaklarında rezorbsiyon olduğu görüldü. Hastanın sol alt ve üst ekstremitesinde hareket gözlemlendi. Yatışında akut böbrek yetmezliği gelişen ve kreatin değerleri 5,5e kadar yükselen hastanın uygun hidrasyonu ile kreatin değerleri takibinin 12.gününde kreatin değerleri gerilemeye başladı, trombosit düzeyi ve karaciğer fonksiyon testleri normale dönen hasta extübe edildi. Oral besin alımı olmayan hastanın nazogastrik sonda ile enteral beslenmesine devam edildi. Fizyoterapist eşliğinde fizik tedavisine başlandı. Yatışının 17.gününde sağ hemiplejik olarak, oksijen ihtiyacı olmadan palyatif servise devir verildi. Palyatif serviste fizik tedavisine devam edilen hastanın önce sağ alt ve daha sonra sağ üst ekstremitesi hareketlendi, yutma fonksiyonu yerine gelmesi nedeni ile oral gıda alımı artırılarak nazogastrik sondası çekildi. Yatışının 28.gününde eve taburcu edildi.

**Tartışma:** HELLP sendromu terimi, 1982'de Weinstein tarafından, hemoliz bulguları, karaciğer enzimlerinin yükselmesi ve düşük trombosit sayısı olan pre-eklamptik kadın grubunda kullanılmaya başlandı (3). HELLP sendromunun nadir görülen bir komplikasyonu olarak intrakranial kanama serebral kanama, pontin kanama ve subdural kanama gibi çeşitli tiplerde görülebilir (4). Bizim hastamızda da serebral kanama, subaraknoid kanama ve intraventriküler kanama mevcuttu. HELLP sendromunda tüketim ve destrüksiyona bağlı olarak ortaya çıkan trombositopeni özellikle 40bin altına düştüğünde ciddi kanama riski ile birliktedir (6). Biz de vakamızda intrakranial kanaması nedeni ile trombosit sayısı 80 bin üstünde olarak şekilde trombosit replasmanını yaptık. Literatür taraması yapıldığında HELLP sendromu, preeklampsi ve intrakranial kanama, akut böbrek yetmezliği birlikteliği az sayıda olup, sağkalım ile başarılı şekilde taburcu edilen hasta sayısı azdır (5). Bu açıdan bakıldığında sunduğumuz vakanın değeri artmaktadır.

**Sonuç:** HELLP sendromlu hastaların agresif olarak izlenmesi, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi açısından çok önemlidir. Ağır komorbiditelere rağmen, agresif bir şekilde yönetildiği zaman HELLP sendromunun intrakranial kanama ile birlikteliğinde bile anlamlı nörolojik düzelme sağlanabilir.

#### Kaynaklar

1. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: clinical issues and management. A review. BMC Pregnancy Childbirth 9: 8, 2009. [CrossRef]
2. Sacco S, Marini C, Toni D, et al. Incidence and 10-year survival of intracerebral hemorrhage in a populationbased registry. Stroke 2009; 40: 394-9. [CrossRef]
3. Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1982; 142: 159-67. [CrossRef]
4. Knopp U, Kehler U, Rickmann H, et al. Cerebral hemodynamic pathologies in HELLP syndrome. Clin Neurol Neurosurg 2003; 105: 256-61. [CrossRef]
5. Roberts WE, Perry KG Jr, Woods JB, et al. The intrapartum platelet count in patients with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) syndrome: is it predictive of later hemorrhagic complications? Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 799-804. [CrossRef]
6. Rayes M, Konyukhov A, Fayad V, et al. Good outcome in HELLP syndrome with lobar cerebral hematomas. Neurocrit Care 2011; 14: 276-80. [CrossRef]

## EP 35

### MEKANİK VENTİLASYON ENDİKASYONU OLAN AĞIR BLEOMİSİN AKCİĞER TOKSİSİTESİNDE BAŞARILI YÜKSEK-AKIMLI OKSİJEN TEDAVİSİ

**Aysen Dökme, Hüseyin Arıkan, Merve Ocakcioğlu, Güneş Eskidemir, Semiha Emel Eryüksel, Sait Karakurt**

*Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Yüksek-akım oksijen tedavisi desteği altında pulse-steroid gerektiren bleomisine bağlı akciğer toksisitesi olgusu sunulmuştur.

**Olgu:** Metastatik Testiküler Germ Hücreli Tümör tanısıyla 4 kür Bleomisin (toplam 320mg), Etoposid, Sisplatin tedavisi aldıktan sonra nefes darlığı gelişen, DLCO:44% saptanan, toraks bilgisayarlı tomografisinde; subpleural alanlarda belirgin intralobüler septalarda kalınlaşma ve eşlik eden buzlu cam dansitesi (crazy paving patern) görülen 57 yaşında erkek hastada bleomisine bağlı akciğer toksisitesi tanısı konulmuştur. Poliklinikte 32 mg/gün metilprednizolon başlanan, takibinde dozu 16 mg'a düşüldüğünde nefes darlığında artış olan hastaya çekilen tomografide interstisyel tutulumunda progresyon ile birlikte subsegmenter pulmoner emboli saptanarak yeni gelişen oksijen ihtiyacı ve solunum sıkıntısı nedeniyle acil dahiliye servisine yatırılmıştır. Enoksiparin sodyum tedavi dozunda başlanmış, steroid dozu 80mg/gün olarak artırılmıştır. Özellikle en küçük eforla hipoksemisi derinleşen, solunum sayısında ciddi artış (40/dakika) gözlenen hastanın mekanik ventilasyon ihtiyacı olması nedeniyle yoğun bakıma yatırılmıştır. Hastaya yüksek-akımlı oksijen (Akım: 60L/dak FiO<sub>2</sub>: %60) tedavisi başlanmış, bu tedavi altında mekanik ventilasyon ihtiyacı olmamıştır. Takibinin 10. gününde 80 mg/gün steroid tedavisine rağmen yüksek-akım oksijenden ayrılamaması ve radyolojik bulgularında ilerleme tespit edilmesi üzerine yüksek-akım oksijen tedavisi eşliğinde bronkoskopi yapılarak incelemeler ile enfeksiyon ekarte edildikten sonra pulse-steroid (1 gr/gün, 3 gün) tedavisi başlanmış olup tedavinin 48. saatinde akım: 45L/dak FiO<sub>2</sub>:%40'a kadar gerilemiştir. Yoğun bakım yatışının 18. gününde oksijen ihtiyacı 3L/dk'ya gerileyen hasta servise taburcu edilmiştir. Üç ay sonraki poliklinik takiplerinde oksijen ihtiyacı kalmamıştır.

**Sonuç:** Pulse steroid gerektirecek kadar ağır bleomisine bağlı akciğer toksisitesine ikincil akut hipoksemik solunum yetersizliği, yüksek-akımlı O<sub>2</sub> tedavisi desteği ile mekanik ventilasyon kullanılmadan tedavi edilmiştir. Yüksek-akım oksijen tedavisi özellikle hipoksemik solunum yetmezliğinde mekanik ventilasyondan önce akla gelmelidir.

## EP 36

### İNTRAABDOMİNAL ENFEKSİYONA BAĞLI SEPTİK ŞOKLU HASTADA BAŞARILI SİTOKİN ADSORBSİYON KOLONU İLE HEMOFİLTRASYON

**Emel Yıldız, Kamil Gönderen, Özlem Öner, Alparslan Koç**

*Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi, Kütahya, Türkiye*

**Amaç:** Hemofiltrasyon, yoğun bakım ünitelerinde popülaritesi giderek artan bir renal replasman tedavi formu olup, farklı şekillerde uygulanabilir. Hastaya santral bir venden çift lümenli dializ kateteri takılarak yapılır. Kan pompası genellikle 125 mL/dakika şeklinde ayarlanır ve hemofiltrasyon hızı 25 mL/dakikadır. Hemofiltrasyonda en sık karşılaşılan sorunlardan biri kanın dolaşım dışındaki devrede pıhtılaşmasıdır. Bu nedenle 200-1600 U/saat heparin infüzyonu uygulanır. Son 5 yıldır ülkemizde yoğun bakımlarda kullanılmaya başlamıştır. Yoğun bakımda sürekli renal replasman tedavisinin kesin endikasyonları belirlenmemekle beraber oligüri, azotemi, asidemi, ilaç intoksikasyonları, ağır sepsis, hiperkalemi, hipernatremi, ARDS, hipertermi gibi durumlarda yapılması düşünülebilir. Sepsiste hemofiltrasyondaki hedef vücutta ortaya çıkan stokin fırtınasının temizlenmesi ve hemodinamik stabilite sağlamak. Bizim hastada intraabdominal ağır sepsis tanısı ile inotrop, mekanik ventilatör, anti-bioterapimize rağmen hemodinamik olarak stabil olmaması ve hastayı kaybetme ihtimalimizi yüksek olması düşüncesi ile hemofiltrasyon kararı verilerek 24 saat süresince hemofiltrasyon yapıldı. Hemofiltrasyon tedavisi konusunda halen net veriler olmamasına rağmen hastanın septik şok sürecinin atlatılması konusunda etkili olduğunu düşündüğümüzden hastayı vaka olarak sunmak istedik. Olgu: 23 yaşında 120 kilo bayan, hasta ek hastalığı yok. Normal doğum sonrası 2. Gününü akut batın nedeniyle özel bir hastanede acil olarak opere edilmiş. Genel anestezi sonrasında abonman kusma olan hasta postoperatif aspirasyon pnömonisi ön tanısı ile entübe olarak 1 hafta yoğun bakımda takip edilmiş. Bu süre içinde hasta 2 kez başarısız ekstübasyon yaşamış. Hasta kabul edildiğinde entübe, sedatize ve meropenem + metranidazol+vankomicin tedavisi alıyordu. Sedasyon stopalandığında hasta %100 oksijene rağmen satürasyonları %85 altında seyretti. Sedasyona devam edildi. Hastanın çekilen toraks BT' sinde muhtemel barotravmaya bağlı yaygın akciğer hasarı ve minimal düzeyde pulmoner emboli tespit edildi. Hastanın yara yerincede candida ve trakeal aspirat kültüründe pseudomonas +e coli üremesi üzerine meropenem +kolitsin +flukanazol tedavisine devam edildi. Hastada intraabdominal sepsis+ barotravma +aspirasyon pnömoni +peritonit tanıları ile takibinin 2. Gününde genel durumunun bozulması, inotrop ihtiyacının başlaması, hipertermik seyretmesi ve hastanın ölüm riskinin yüksek olması nedeniyle femoral ven dializ kateteri takılarak sürekli venövenöz hemofiltrasyon (SVVH) yapılmasına karar verildi. 24 saat süreyle hemofiltrasyon yapıldı. Hasta sonraki yoğun bakım takibinde çekilen batın BT de karın ön duvarında yaklaşık 10cm lik defekten intestinal segmentlerin cilt altı dokuya herniye olduğu görülerek ASA 4E(günü tamamlanmış) tamamen yitirmesine neden olan hayati riski söz konusu acil opere edilecek hasta) riskle 2.kez operasyona alınarak periton ve batın kapatıldı. Postoperatif 2. gün ekstübe edildi. Postoperatif 3. gün tansiyonları düşük seyreden ve kooperasyonu ve oryantasyonu kaybedilen hastaya inotrop destek başlandı. Vankomicin yerine linezolid, flukanazol yerine kaspofungin başlandı. Hasta 4' lü antibioterapiye rağmen ateşleri yüksek seyretti. İnvaziv entübasyon yapılmadı. Noninvaziv mekanik ventilatör desteği verildi. Sonraki günlerde inotrop desteği azaldı. Aralıklı CPAP desteği verildi. Ateşleri düştü. 19 gün süresince sedasyon alan hastada, yaygın motor hareket kısıtlılığı vardı. Fizik tedavi başlandı. Ciddi postpartum depresyon nedeniyle takip ve tedavisi edilerek yoğun bakım yatışının 30. gününde servise verildi.

**Sonuç:** Hemofiltrasyon sepsiste yararı henüz kesinleşmemiştir. Hemofiltrasyonla kandan pek çok mediatörü uzaklaştırabilmektedir. Ancak 25 yıl önce sürekli renal replasman tedavisi yoğun bakım hastalarında tanımlanmış olmasına rağmen endikasyonları, septik şokta hemofil-

trasyona başlama zamanı, mortalite üzerine etkisi ve takip parametreleri halen açık değildir. Renal sorunu olmayan sepsisli hastalarda kullanılması ve etkinliği için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

## EP 37

### KRİTİK HASTALARDA TEDAVİSEL PLAZMA DEĞİŞİMİ, LÖKOFEREZ VE LİPİD AFEREZİ DENEYİMLERİMİZ

**Serdar Efe, Alper Topal, Volkan İnal**

*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Edirne, Türkiye*

**Özet:** Kan bileşenlerinden birinin vücuttan uzaklaştırılması "aferez", kandan plazmasının uzaklaştırılması ise "plazmaferez" olarak adlandırılır. Tedavisel plazma değişimi(TPD) ise kanın plazmasının diğer hücresel elemanlarından ekstracorporeal olarak ayrılmasından sonra hastalık patogenezinden sorumlu immunoglobulin, otoantikör, immün kompleks, kriyoglobülin, lipoprotein ve proteine bağlı toksinlerin plazmadan uzaklaştırılması işlemidir. Ayrılan plazma yerine replasman sıvısı olarak, TTP de donör plazması, diğer endikasyonlar da ise albümin tercih edilir. Kritik hastalarda trombotik mikroangiopatiler, nörolojik hastalıklar, hızlı ilerleyen glomerulonefritler, vaskülitler ve akut fulminan karaciğer yetmezliğinde TPD ile başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Septik şoklu hastalarda ise geçici hemodinamik etkiler dışında mortalite de azalma gösterilememiştir.

**Amaç:** Bu çalışmada, 01 Ocak 2015 ve 31 Aralık 2016 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi'nde farklı endikasyonlar ile TPD, lökoferez ve lipid aferezi uygulanan hasta gruplarında sağ kalım oranını saptamayı ve sağ kalım üzerine etkili olabilecek klinik ve laboratuvar parametrelerini geriye dönük olarak araştırmayı amaçladık. Bu süreçte TPD uygulanan 18 hastanın demografik özellikleri, GKS değerleri, APACHE II ve SOFA skorları, yatış süreleri, işlem öncesi ve sonrası biyokimyasal ve hematolojik tetkikleri ve mortalite oranları kaydedildi. Ayrıca uygulama endikasyon ve sayıları, replasman amaçlı kullanılan TDP ve albümin miktarları da kaydedildi. Hastalara ait veriler, IBM® SPSS® Statistics (ver.23, IL, US) yazılımı kullanılarak analiz edildi. Hasta verilerinin sağ kalıma etkileri lineer regresyon analiziyle, diğer ilişkiler ise korelasyon analizi ile incelendi.

**Bulgular:** Çalışmaya toplam 18 hasta (E n;7, K n;11) dahil edildi. Ortalama yaş 57,4±13,8 (29-79) saptandı. Dokuz hastaya hematolojik, dört hastaya romatolojik, üç hastaya nörolojik, iki hastaya da endokrinolojik hastalıkları nedeniyle TPD veya aferez endikasyonu konmuştu. Toplamda 77 seans olarak; 14 hastaya membran filtrasyon yöntemiyle plazmaferez, iki hastaya lipit aferezi ve lökoferez uygulandığı, sonunda on hastanın mortal seyrettiği (%55,6) tespit edildi. Ortalama yatış süresi (LOS) 18,8 (1-75) gün, APACHE II skoru 21,1±6,4 (12-36), SOFA skoru 8,8±4,3 (2-19), GKS ortalaması ise 10,9±4,4 (3-15) ve olarak hesaplandı. İşlem ve tedaviler sırasında replasman sıvısı olarak 14 hastada TDP, dört hastada ise albümin kullanıldı. Toplamda 66 ü ES, 19 Ü trombosit aferezi ve 27 Ü kriyopresipitat desteği gerekti. Hastaların ilk başvuru günü elde edilen laboratuvar parametrelerinin regresyon analizi sonucu yüksek Na ve CRP düzeylerinin sağ kalıma pozitif etkisinin olduğu; bunun yanında

ileri yaş ve yüksek PLT düzeylerinin sağ kalımı negatif etkilediği görüldü. Aynı verilerin korelasyon analizi sonucu; hasta üre düzeyleri ile T/D. bilirubin ve aPTT; CRP düzeyleri ile de T/D.bilirubin ve INR değerlerinin ilişkili olduğu gözlenmiştir.

**Sonuç:** Bu çalışma retrospektif bir tarama çalışması olup prospektif planlanması gücünü arttıracaktır. Karşılaştırmalı olmaması ve vaka sayısının azlığı da çalışmanın gücünü azaltan diğer faktörlerdir. Ayrıca, hasta gruplarının farklılığı da ortak bir kanaate varmayı zorlaştırmaktadır. Bunun yanında, sık karşılaşmayan bir hasta popülasyonu hakkında dikkat çekebilecek ve ilerisi için araştırmaya değer veriler sunmaktadır. Bu konuda; daha çok vaka ile ayrıntılı, benzer hasta gruplarını içeren, daha uzun süreli ve çok merkezli, kör çalışmaların planlanması faydalı olacaktır.

## EP 38

### TRAKEO(S)TOMİ ERKEN YA DA GEÇ

**Serdar Efe, Volkan İnal**

*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Edirne, Türkiye*

**Giriş:** Mekanik ventilasyon (MV) destek süresinin uzadığı kritik hastalarda, trakeotomi açılması birçok açıdan hastanın yoğun bakım takibini kolaylaştıran invaziv bir işlemdir. Kazara ekstübasyonu önler, etkin sekresyon temizliği sağlar, endotrakeal tüpün tolerasyonu için sedasyon ihtiyacını azaltır, pulmoner ölü boşluğu azaltır, hava yolu direncini ve dolayısıyla solunum işini azaltarak weaningi kolaylaştırır. Ayrıca hastanın konuşmasına, oral beslenmesine ve mobilizasyonuna olanak sağlar. Üst hava yolu obstrüksiyonlarında uygulanması elzemdir. Özellikle de GKS düşük hastalarda mekanik ventilasyon süresini kısaltıp hastanın yoğun bakımdan taburculuğunu kolaylaştırmaktadır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışmada, 01 Ocak 2014 ve 31 Aralık 2016 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi'nde perkütan trakeotomi ve trakeostomi uygulanan hasta gruplarında erken veya geç uygulamaların, işlemin yoğun bakımcı ya da KBB uzmanınca yapılmasının ve hastaların işlem yapıldığı gün ki enfeksiyon durumunun sağ kalım üzerine olası etkilerini görmeyi amaçladık. Bu süreçte 75 hastanın demografik özellikleri, APACHE II skorları, yatış süreleri, işlemi kimin yaptığı, işlem günü antimikrobiyal ilaç kullanım sayıları ve klinik mortalite ve taburculuk sonrası 90 günlük mortalite sayıları kaydedildi. Hastalara ait veriler, IBM® SPSS® Statistics (ver.23, IL, US) yazılımı kullanılarak analiz edildi. Hasta verilerinin sağ kalıma etkileri lineer regresyon analiziyle, diğer ilişkiler ise korelasyon analizi ile incelendi.

**Bulgular:** Belirtilen üç yıllık süreçte trakeo(s)tomi açılan toplam 75 hasta (E n;46, K n;29) çalışmaya dahil edildi; bunların 48'i yoğun bakımcı, 27'si ise KBB uzmanınca açılmıştı. İnvaziv işlemin gerçekleştirme zamanı ortalaması 16 (±9) gün idi. Hastaların yaş ortalaması 65 (±19), APACHE II skoru ortalaması 21(±6), ortalama yatış süresi 47(±40) gündü. Bu hastaların 29'u (%39) akut serebrovasküler olay, 26'sı (%35) postresüsitasyon, 13'ü (%17) respiratuar hastalık ve yedisi % (9) de travma nedeniyle takip edilmekteydi. Yoğun bakım takip sürecinde bu hastaların 38'i (%55,6) mortal seyretti, 15 hasta da taburculuk sonrası 27 gün içinde ex oldu, tüm işlem yapılan hastalarda 90 günlük mortalite 44/75 (%58,6) idi.

**Sonuç:** İnvaziv girişimin KBB ya da yoğun bakımcılar tarafından yapılmasının, işlemin erken veya geç yapılmasının ve işlemin yapıldığı gün ki antimikrobiyal tedavi yoğunluğunun 90 günlük mortalite üzerine etkisi olmadığı görüldü.

## EP 39

### MAZOT ASPİRASYONU İLİŞKİLİ ARDS (AKUT RESPIRATUAR DİSTRES SENDROMU): OLGU SUNUMU

**Burcu Sayan<sup>1</sup>, Hüseyin Özkarakaş<sup>2</sup>, Yelda Balık<sup>1</sup>, Hamza Gültekin<sup>1</sup>, Burcu Acar Çinlet<sup>2</sup>, Nimet Şenoğlu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye

**Amaç:** Mazotun yapısındaki hidrokarbonun doz ve kimyasal özelliklerine bağlı olarak en sık pulmoner komplikasyonlar görülmekle birlikte tüm sistemler üzerinde patolojik etkilerini görmek mümkündür. Bu vakamızla iş kazası sonucu mazot aspirasyonuna bağlı gelişen ARDS'nin yönetimini literatür bilgisi eşliğinde sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 47 yaşındaki erkek hasta 15 dakika kadar mazota maruziyet öyküsü ile dış merkezden entübe halde yoğun bakıma kabul edildi. Fizik muayenesinde solunum sesleri kaba ve bilateral yaygın ral-leri, toraks BTsinde bronkopnömoni ya da akut alveol hasarını düşündürecek sağ akciğer üst, orta, alt loblar ve sol akciğer alt loba konsolidasyon ve buzlu cam şeklinde yaygın infiltrasyon alanları mevcuttu. ARDS tablosunda, mekanik ventilatörde yüksek FiO<sub>2</sub> ve PEEP ihtiyacı olan hasta akciğer koruyucu strateji ile solutuldu. Solunum kültür örneği alındıktan sonra antibiyoterapi ve steroid tedavisi başlandı. İzleminin 3. gününde ekstübe olan hastanın kontrol akciğer grafisinde sağ hemitoraksta atelektazi alanları gözlemlendi. CPAP ve nazal yüksek akımlı oksijen terapisi uygulandı. Hasta solunum fizyoterapisine uyumluydu. Klinik olarak stabil olmasına rağmen radyolojik kötüleşme gözlenen hastanın solunum desteğine noninvaziv olarak devam edilmesi ardından 3. basamak yoğun bakım ihtiyacı kalmaması üzerine takip ve tedavi amacıyla alt düzey yoğun bakım devri planlandı.

**Sonuç:** Hidrokarbon toksisitesinin yarattığı akut pulmoner hasar yanında geç dönem komplikasyonları nedeniyle de önemlidir.

## EP 40

### UZUN SÜRE ENTÜBE KALAN HASTALARDA TRAKEOMALAZİ GELİŞİM SIKLIĞI VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

**Zühal Özer Şimşek<sup>1</sup>, Gülseren Altunyurt<sup>2</sup>, Kürşat Gündoğan<sup>1</sup>, Nilgün Alptekinoğlu Mendil<sup>1</sup>, Sevda Onuk<sup>1</sup>, Muhammed Güven<sup>1</sup>, Murat Sungur<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kayseri, Türkiye

<sup>2</sup>Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gaziantep, Türkiye

**Amaç:** Trakeomalazi (TM) diffüz ya da segmental trakeal güçsüzlüktür. Doğuştan ve edinsel olmak üzere iki tip TM vardır. Edinsel TM, trakea duvarındaki zayıflık nedeni ile expiryum sonrası hava yolunun kollabe olmasıdır (1). Kronik öksürüğe ve diğer respiratuar semptomlara neden olur (2). Tanıda en önemli araç dinamik hava yolu kollapsının bronkoskopik olarak gösterilmesidir. TM' yi değerlendiren çalışmalarda seçilmiş hasta grupları alındığı için genel popülasyon için TM sıklığını söylemek zordur (3). Edinsel TM nedenleri arasında postentübasyon ve uzamış entübasyon yer almaktadır. Ancak yoğun bakımlarda uzamış entübasyonlarda TM sıklığı bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı uzamış entübasyonda TM sıklığının belirlenmesi ve bunu etkileyen faktörleri belirlemektir.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışmaya prospektif olarak Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi'nde yapıldı. Çalışmaya 18 yaş üzeri, entübasyon ihtiyacı olan ve entübasyonun bir haftadan uzun süreceği tahmin edilen hastalar alındı. Çalışmaya alınan hastalarda entübasyonun birinci günü ve yedinci gününden sonra ekstübe olana kadar günlük olarak video bronkoskopi ile trakeası değerlendirildi ve görüntüler kaydedildi. Görüntüler üzerinden TM gelişimi ve süresi kaydedildi. Bronkoskopi işlemi çalışmaya alınan tüm hastalara aynı hekim tarafından yapılarak, TM tespiti yapıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 37 hasta alındı. Hastaların 28' i erkek (%75,7), 9' u kadın (%24,3) idi. Hastaların yaş ortalaması 59,5±13,7 yıl idi. Vücut kitle indeksi (VKI) 26,1±4,7 idi. TM olan grupta VKI 30,8±9,4, TM olmayan grupta 26,1±4,7 idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. (P>0,05) Çalışmaya alınan hastaların üç tanesinde (%8) TM izlendi. TM gelişimi için risk faktörlerine bakıldığında bu hastalardan bir tanesinde KOAH öyküsü vardı. Bir tanesinde entübasyon öyküsü vardı. Diğer hastada herhangi bir risk faktörü bulunamadı. İzlemede TM saptanan hastaların hepsinde ventilatörden ayırma denemelerinde başarısızlık, tekrarlayan entübasyon ihtiyacı oldu ve hastaların hepsi öldü. Hastaların yedi günden önce ekstübe olması veya mortalite nedeniyle ancak 17 hastaya (%45) 7. gün, 10 hastaya (%27) 7. gün ve sonrasında bronkoskopi tekrar edilebilmiştir. Yedi gün ve üzeri entübe kalan hastaların %20' sinde (10 hastadan 2 tanesi) TM gözlemlendi. Hastaların APACHE II skoru median 15 ( min:3, max:35), SOFA skoru median 6,5 ( min:3-max:13) APACHE II skoru TM' li hastalarda median 19,5 (17-22), TM izlenmeyen hastalarda median 11 (3-35) idi. SOFA skoru TM' li hastaların median 8 (8-8), TM izlenmeyenlerin median 5 (3-13) idi. Her iki grubun APACHE II ve SOFA skorları arasında anlamlı fark yoktu (P>0,05). APACHE II ve SOFA skorlarıyla TM arasında anlamlı korelasyon bulunamadı (p>0,05).

**Sonuç:** Bu çalışma kritik hastalarda TM sıklığının gösterilmesi bakımından önemlidir. %8 hastada TM tespit edildi. Bu oran özellikle yoğun bakım ünitelerinde ventilatörden ayırmada başarısızlık yaşanan durumların açıklanmasında önemli bir konudur. Çalışmanın kısıtlılıkları hasta sayısının az olması, uzamış entübasyon ihtiyacı olan hasta sayısının az olması ve KOAH ve sigara öyküsü olan hasta sayısının az olmasıydı. Diğer bir kısıtlılık; çalışmada bronkoskopi işlemi endotrakeal olarak entübe hastalara yapıldığından zorlu ekshalasyon manevrası yapılamadı. Ayrıca hastalarımız mekanik olarak ventile edilen sedasyon altındaki hastalardı. Bu durum hastalarımızda ağır TM görülmemesini açıklayabilir. Sonuç olarak; TM uzun süreli entübasyonun bir sonucu olarak gelişebileceği gibi, TM görülen olgularda mekanik ventilasyon süresinde uzama, weaning başarısızlığı, tekrarlayan enfeksiyonlar, uzamış yoğun bakımda kalış süresi, mortalitede ve tedavi maliyetlerinde artış ile sonuçlanabilen önemli bir klinik durumdur. Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi tarafından desteklenmiştir.

## Kaynaklar

1. Johnson TH, Mikita JJ, Wilson RJ, et al. Acquired tracheomalacia. Radiology 1973; 109:576-580
2. Carden KA, Boiselle PM, Waltz DA, et al. Tracheomalacia and tracheobronchomalacia in children and adults: an in-depth review. Chest 2005; 127: 984-1005. [CrossRef]
3. Jokinen K, Palva T, Sutinen S, et al. Acquired tracheobronchomalacia. Ann Clin Res 1977; 9: 52-7.

## EP 41

### PLÖROKEN KATETER UYGULAMASI SONRASI GELİŞEN REEKSPANSİYON PULMONER ÖDEMİ: OLGU SUNUMU

**İbrahim Mungan , Sema Turan , Dilek Kazancı , Büşra Tezcan , Derya Tatlısuluoglu , Mehmet Erdem Çakmak , Serdar Yamanyar , Hayriye Cankar Dal**

*Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Ankara, Türkiye*

**Amaç:** Reekspansiyon pulmoner ödem (RPÖ), genellikle hava veya sıvının plevral bölgeden hızla boşaltılması veya atelektaziye neden olmuş endobronşiyal lezyonun uzaklaştırılması sonrası gelişen ve uzun süre kollabe kalmış akciğerin tedavisi sırasında ortaya çıkan bir komplikasyondur. RPÖ genellikle hızlı ve dramatik bir şekilde başlar, bazı olgularda klinik belirti olmaksızın yalnızca radyolojik bulgularla tanı konabileceği gibi, hipotansiyon, şok, koma ve ölüme kadar giden ciddi klinik tablolar da gelişebilir. Erken tanı ve tedavi hastalığın progresyonunu belirler ve hayat kurtarıcıdır. Bu olgu sunumunda plevral effüzyonu boşaltılan hastada 6 saat içinde gelişen RPÖ ele alındı.

**Olgu:** Kolanjiyosellüler Ca.nedeni ile Cerrahi yoğun bakımda takibi yapılan 68 yaşında erkek hastaya plevral effüzyonun boşaltılması amacıyla lokal anestezi altında sağ pleöroken kateter takıldı. Yaklaşık 700 cc transuda karakterde sıvı boşaltılan hastanın kliniği 6 saat içinde geriledi ACPA'da bilateral homojen olmayan konsolide alan izlendi. RPÖ tanısı konan olgu kliniğinin hızla kötüleşmesi üzerine entübe edildi. Yüksek FiO<sub>2</sub>'ye rağmen düşük paO<sub>2</sub> seviyesi 24 saat içerisinde kliniği ile birlikte düzeldi ve ACPA'da görülen konsolide alanlar geriledi.

**Tartışma:** Plevral drenaj sonrası akciğer reekspansiyonunun iyi bilinen bir komplikasyonu olan RPÖ subklinik radyolojik bulgularla veya yaşamı tehdit eden hipoksemi ve dolaşım yetmezliği ile ortaya çıkabilir. RPÖ başlangıcının genellikle reekspansiyon sonrası birkaç saat içinde oluşmakla birlikte 24-72 saat içinde de oluşabileceği bildirilmiştir. Bizim hastamızda, literatürde belirtilen sürelerden daha kısa süre içerisinde RPÖ tablosu gelişmiştir, bu nedenle invazif işlem sonrası erken dönemde gelişebileceği hatırdadır bulunulmalıdır. Bizim olgumuzda olduğu gibi RPÖ genellikle kısa sürede düzeler, fakat bir haftadan daha uzun sürebildiği gibi dirençli ve yaşamı tehdit edebilir niteliktedir.

## EP 42

### YOĞUN BAKIMDAN EVE YOLCULUK " BİR SEREBRAL PALSİ HASTASININ ETKİLİ PALYATİF BAKIM TAKİBİ"

**Emel Yıldız, Özlem Öner, Murat Emre Tokur, Burcu Özdemir, Şule Değirmenci**

*Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi, Kütahya, Türkiye*

**Amaç:** Serebral palsi, gelişimini sürdürmekte olan beyin dokusunda oluşan hasar nedeniyle ortaya çıkan, kalıcı hareket ve postür bozukluğu ile karakterize, istemli motor aktivitelerinde ve duyuşal fonksiyonlardaki yetersizliktir. Özel bakım gerektiren bu hastalar; çeşitli endikasyonlarla yoğun bakım yatışı sonrasında takiplerinde daha ciddi bakıma ihtiyaç duyabilirler. Palyatif bakımların açılması ile uygun bakım, medikal ve psikososyal eğitimleri sonrasında hastanın evde ailesi tarafından bakılabilmesi, hastaların yaşam sürelerini ve kalitelerini arttırmaktadır. Hasta; ailesinin ev takibini yapabilmesiyle tekrar acil servise ve yoğun bakıma ihtiyacı olmayacak şekilde tedavilerine ve delayısı ile yaşamına devam edebilmesi için gereken tüm eğitimler verilerek başarılı bir süreç geçirdiğimiz olguyu sunmak istedik.

**Olgu:** 25 yaşında ağır skolyozlu spastik quadriparetik serebral palsi tanılı bayan hasta. Pnömoni nedeniyle yoğun bakımda 1 ay süre ile entübe takip edilen hastaya trakeotomi açıldı. Yutkunma ve öksürük refleksi yeterli düzeyde olmadığından dolayı beslenme ihtiyacını karşılamak için peg (perkütan endoskopik gastrostomi) kateteri uygulandı. Bu süreç içinde ailesi, hastanın bundan sonraki bakımı konusunda bilgi eksikliğinden dolayı oldukça endişeli olup evde bu hastaya bakamayacaklarını belirtip ; bu nedenle de bu sorumluluğu almak istemeyip tedavinin yoğun bakım içerisinde devam ettirilmesini istiyorlardı. Hasta yakınları ile etkili ve ikna edici bir konuşma öncesinde etkin dinleme yapılarak ön görüşme gerçekleştirildi. Hasta yakınları palyatif bakım konusunda ikna edildi ve etkin dinleme ve bilgi aktarımı sayesinde anksiyeteleri giderilip ev tipi ventilatör desteği ile hasta palyatif bakıma kabul edildi. Palyatif bakım süresince ailesine, ev tipi mekanik ventilatör ve ev tipi aspiratör kullanımı, oksijen konsantratörü ve oksijen tüpü kullanımı, pulse oksimetri ile saturasyon takibi, vitallerinin takibi, ev tipi nebulizatör cihazının kullanımı, bası yararı olmaması için alması gereken önlemler, peg bakımı ve beslenme öğretildi. Deneyimli palyatif bakım hemşireleri tarafından göster-uygulat-tekrar göster yöntemi kullanılarak uygulamalı olarak hasta yakınlarının anlayıp anlamadığı kontrol edildi. Eğitim süreci sonunda hasta yakınları hastalarına verilmesi gereken evde palyatif bakım tedavilerinin kendilerince yapılabileceğini belirtti. Hasta yakınları hastalarının taburculuğunu talep ederek 1 aylık süre sonrasına gelindiğinde hasta, ev tipi ventilatör desteği ile taburcu edildi. Hasta yakınlarına acil servise başvurusu gereken durumlar anlatıldı. Sonraki süreçte, öncelikle 1 ay sürelerle 1 günlük yatışı yapılarak , trakeotomi kanül değişimi, mekanik ventilatör ayarları yapıldı. Rutin takibi ve kültürleri alındı. Sonrasında hasta, 6 aylık aralarla silikon trakeotomi kanülü değişimi yapıldı. Hastanın palyatif bakım sonrasında takip ve tedavisinde oluşabilecek aksaklıkların önlenmesi için evde bakım hizmetleri, beslenme hemşiresi, aile hekimi ile yakın işbirliği yapıldı. Bu amaçla ayrıntılı klinik bilgi paylaşımı yapılarak tedavi-takip planı uygulanan hasta palyatif bakım çıkışından 2 yıl geçmesine rağmen halen evde ailesi tarafından bakılmaktadır. Bu süreçte hasta hiç acil servise başvurmadı. Yoğun bakım gereksinimi olmadı. Enfeksiyon varlığı, aralıklı rutin takibi ile aile hekimi bilgilendirilerek yapıldı.

**Sonuç:** Bu süreç tamamen ailenin ilgisi doğrultusunda, gereken bilgi ve beceri aileye verilerek, etkin, multidisipliner bir ekip çalışması yapılarak, başarılı bir şekilde yönetilmiştir. Bu şekilde trakeotomili ve pegli ciddi bakım hastaları, palyatif bakımda verilen eğitimlerle evde takip edilebilir. Böylece yoğun bakım ve palyatif bakımdaki gereksiz yere yatak işgalinin önüne geçilip, hastaların yaşam süreleri uzatılabilir.

## EP 43

### YOĞUN BAKIMDA KURUTLU UYUZ SALGINI

**Abdullah Fatih Demirci, Umur Kasapoğlu, Merve Ocakçıoğlu, Hüseyin Arıkan, Ayşen Dökme, Ayşe Gül Koçoğlu Kınal, Erdem Yalçınkaya, Semiha Emel Eryüksel, Sait Karakurt**

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye*

**Amaç:** Bakımevinde kalan, yetersiz beslenen, immunosupresif hastada gelişen kurutlu uyuz olgusu sunulmuştur. Kurutlu uyuz (crusted scabies, Norwegian scabies, keratotic scabies) genellikle immün düşkün hastalarda görülen, eritemli zeminde ciddi hiperkeratotik lezyonların görüldüğü uyuz şeklidir. Parazit miktarının çok olmasından dolayı bulaşıcılığı yüksek olan, cilt bütünlüğünü bozarak impetigo ve bakteriyemilere yol açabilen, kaşıntının nadir görülmesi nedeniyle diğer dermatolojik hastalıklarla karışabilen, lokal tedaviye iyi yanıt vermeyebilen, sistemik tedavi gerektirebilen bir uyuz hastalığı formudur.

**Olgu:** 84 yaşında bakım evinde kalan, yatağa bağımlı, ağır demanslı, İdiopatik trombositopenik purpura nedeniyle bir yıldır steroid alan kadın hasta ürosepsise bağlı septik şok tanısıyla yoğun bakıma yatırılarak tedavisi düzenlendi. Hastanın kafa derisinde ve ensesinde bulunan keratotik lezyonları ve batin bölgesindeki eritemli papuler lezyonları için öncelikle bakım ve beslenme eksikliği düşünüldü. Takibinde hastaya bakım veren sağlık personelinde üç hafta sonra kaşıntı ve benzer döküntüler gelişmesi üzerine dermoskopi parazit gösterildi ve kurutlu scabies tanısı konuldu. Permektin losyon ve oral ivermektin tedavi ile hastanın, lokal tedavi ile de personelin lezyonları geriledi, tekrarlamadı.

**Sonuç:** Kurutlu uyuz hastalığı nadir görülmekle birlikte özellikle immün düşkün ve bakımı iyi olmayan hastalarda kaşıntılı keratotik lezyonların varlığında ayırıcı tanıda düşünülmelidir, bu durum hasta ve çalışanların sağlığı açısından önemlidir.

## EP 44

### TUBEROSKLEROZ KOMPLEKSİ VE AKCİĞER TUTULUMU: BİR OLGU SUNUMU

**Hüseyin Özkarakaş<sup>1</sup>, Burcu Sayan<sup>2</sup>, Aykut Sarıtaş<sup>2</sup>, Uğur Uzun<sup>2</sup>, Nimet Şenoğlu<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Hastanesi, İzmir, Türkiye*

*<sup>2</sup>Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye*

**Amaç:** Tuberoskleroz visseral dokularda hemartomlar, epilepsi, mental retardasyon, cilt tutulumu ile kendini gösteren nadir bir hastalıktır. Otozomal dominant geçiş gösterir. Tüm hastaların küçük bir kısmında (yaklaşık %1) akciğer tutulumu mevcuttur. Biz bu olgumuzda akciğer tutulumu ile seyreden ve yüksekten düşme sonucu renal hematoma gelişen bir Tuberoskleroz olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Yaklaşık 9 yıldır Tuberoskleroz tanısı olan 21 yaşındaki bayan hasta kliniğimize yüksekten düşme sonrası sağ renal hematoma ve solunum sıkıntısı nedeni ile kabul edildi. Hasta servisimize geldiğinde entübe ve

mekanik ventilatör desteğinde idi. Hastada özellikle nazal ve labial sulcusta yoğunlaşan adenoma sebasium, mental retardasyon ve yoğun bir ilaç tedavisine ihtiyaç duyan epilepsi mevcuttu. Yapılan tomografik incelemede bilatateral renal, anlamlı kontrast tutulumu olmayan hipodens lezyonlar ve sağ böbrekte en büyük çapı yaklaşık 10 cm olan hemorajik kist tespit edildi. Toraks tomografik incelemesinde bilatateral akciğer parenkiminde retikulonodüler görünüm izlendi. Ekokardiyografi bulguları normaldi. Hastanın özgeçmişinde yaklaşık 8 ay önce pulmoner emboli geçirdiği ve warfarin tedavisi aldığı öğrenildi. Hastanın kliniğimize gelişinde arteriyel kan gazında hipoksisi mevcuttu (pH:7.34, pO<sub>2</sub> 45 mmHg, pCO<sub>2</sub> 40 mmHg, HCO<sub>3</sub> 18 mg/dl SatO<sub>2</sub>:%83). Başlangıç olarak ASV modunda 10 cmH<sub>2</sub>O PEEP ve %60 FiO<sub>2</sub>, %110 Minvol takip edilen hastada hipoksinin gerilememesi üzerine PEEP desteği tedricen 16 cmH<sub>2</sub>O kadar artırıldı, FiO<sub>2</sub>'de %80'e kadar artırılmak zorunda kalındı. Takiplerinde yüksek PEEP ve FiO<sub>2</sub> ihtiyacı azalan hastanın tedricen ventilatör desteği azaltılmış fakat weaning başarısız olmuştur. Hastaya kontrol amaçlı yapılan tomografik incelemede renal hemotomda büyüme saptanmamış ve yatışının 20. gününde trekeostomi açılmıştır. Hastanın halen görece yüksek PEEP ve FiO<sub>2</sub> ile ventilatör desteği devam etmekte olup, serviste ventilatör desteğinde izlenmektedir.

**Sonuç:** Tuberoskleroz nadir görülen, otozomal dominant geçiş gösteren bir nörokutanöz sendromdur. Hastalığın tanısı uluslararası Tuberoskleroz birliği tarafından belirlenen tanı kriterlerine göre konulur. Klasik triadı mental retardasyon, epilepsi ve adenoma sebasiumdur. Akciğer tutulumuna vakaların küçük bir kısmında rastlanır. Akciğer tutulumu nadir olmasına rağmen Tuberoskleroz tanısından şüphelenilen hastalarda akciğer muayenesinin titizlikle yapılması ve nedeni bulunamayan interstisyel akciğer hastalığında Tuberosklerozunda akıldaki bulundurulmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

## EP 45

### CARDIOGENIC SHOCK DUE TO SARCOIDOSIS

**İsmet Sayan<sup>1</sup>, Alper Kepez<sup>2</sup>, Derya Kocakaya<sup>3</sup>, Emine Bozkurtlar<sup>4</sup>, Okan Erdoğan<sup>2</sup>, Sait Karakurt<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Marmara University School of Medicine Department of Critical Care, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Marmara University School of Medicine Department of Cardiology, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup>Marmara University School of Medicine Department of Respiratory, İstanbul, Türkiye

<sup>4</sup>Marmara University School of Medicine Department of Pathology, İstanbul, Türkiye

<sup>5</sup>Marmara University School of Medicine Department of Respiratory and Critical Care, İstanbul, Türkiye

Cardiac sarcoidosis may be symptomatic (5%) or asymptomatic (70%) and cause ventricular tachyarrhythmias and heart failure. A 42 year old male patient with palpitation and syncope was presented. ECG showed complete atrioventricular block and ventricular tachycardia (VT)(figure 1). Firstly temporary pace-maker after that dual chamber implantable cardioverter-defibrillator (ICD) was implanted because of persistent VT despite amiodarone and beta blocker. He had normal labs and coronary angiography and 45% of LVEF. Thorax tomography showed bilateral hilar, medias-

tinal lymphadenopathy and parenchymal multinodular lesions. FDG-PET demonstrated diffuse inflammatory activity in left and right ventricles, hilar and mediastinal lymph nodes, liver, spleen and iliac crest. Mediastinal lymph node biopsy revealed granulomatous inflammation pointed to sarcoidosis (figure 2). The patient was hospitalized with cardiogenic shock. Pulse steroid therapy (1 grams of methylprednisolone for 3 days), thereafter 60 mg prednisolon daily was given. His hemodynamic status rapidly improved with disappearance of VT episodes. Pulse steroid and ICD were life saving in patients with severe cardiac sarcoidosis.

## EP 46

### KARDİAK ARREST SONRASI HEDEFLENMİŞ SICAKLIK YÖNETİMİ VE ECMO UYGULANAN HASTADA RSO2 TAKİBİ

**Tunzala Yavuz<sup>2</sup>, Aykut Sarıtaş<sup>1</sup>, Burcu Acar Çinleti<sup>2</sup>, Uğur Uzun<sup>1</sup>, Çiler Zincircioğlu<sup>1</sup>, Işıl Köse<sup>1</sup>, Nimet Şenoğlu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>SBÜTepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>SBÜ İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye

**Amaç:** Serebral hasar; kafa travması, serebral hipoksi, enfeksiyonlar ve metabolik nedenlere bağlı olarak oluşur. Hipoksi, hipotansiyon, hiperkarbi ve hipertermi sekonder beyin hasarı olan beyin ödeme neden olabilir. Kritik yoğun bakım hastasında sekonder beyin hasarının önlenmesi ve erken saptanması önemlidir. Solunum yetmezliği ve kardiyak arrest sonrası ekstrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) ve hedeflenmiş sıcaklık yönetimi (HSY) uygulanan hastada sekonder beyin hasarını erken saptamada rejyonel serebral oksijen saturasyonun (rSO<sub>2</sub>) ölçümünün önemini göstermek.

**Olgu:** 38 yaşında ek hastalığı olmayan, ARDS nedeni ile solunum yetmezliği gelişen erkek hastaya kardiyorespiratuar arrest sonrası serebral koruma amaçlı HSY uygulaması ve sedasyon başlandı. Hipotansif seyreden hastaya noradrenalin infüzyonu başlandı. İlk 24 saat vücut sıcaklığı 35°C tutuldu. 24 saat sonra vücut sıcaklığı 0,25°C/saat ısıtılarak, 36,5°C ile uygulamaya devam edildi. Hastanın rSO<sub>2</sub> (INVOS, Covidien, Boulder, CO, USA ) değerleri devamlı monitörize olarak takip edildi. HSY öncesi FiO<sub>2</sub>-%100 ile Pulse SO<sub>2</sub>-%80, Sol rSO<sub>2</sub>-73, sağ rSO<sub>2</sub>-81 idi. Hipoksinin devam etmesi ve solunumsal asidoz gelişmesi üzerine hastaya yatışının 2. gününde ECMO başlandı. Takipte rSO<sub>2</sub> değerinin %20'den fazla ani düşüşü üzerine yapılan muayenede pupiller dilate ve ışık refleksi yoktu. ECMO stoplandıktan sonra çekilen Beyin BT'de diffüz beyin ödemi lehine bulgular saptandı. Nöroloji tarafınca değerlendirilen hastaya antiödem tedavisi başlandı. Akciğer dinamikleri iyi seyreden, arteriyel kan gazında hipoksemisi olmayan hastanın rSO<sub>2</sub> değerleri düşük seyretti. Septik şok tablosu gelişen hastada kardiyak arrest gelişti. Resüsitasyona yanıt vermeyen hasta exitus oldu.

**Tartışma:** Serebral koruma amaçlı hastamıza uyguladığımız HSY, kardiyak arrest sonrası spontan dolaşımın geri döndüğü komatöz hastalarda, beyin ve diğer organların korunması amaçlı önerilmektedir. Resüsitasyon sonrası özellikle nörolojik sistemi etkileyen başlıca olay serebral iskemi ve hipoksidir. Uygulanan HSY nörotransmitter salımını, serbest radikal oluşumunu engelleyerek, serebral metabolizma hızını, oksijen tüketimini

azaltarak, serebral ödemi ve kafa içi basıncı azalttığı, global serebral hipoksi-iskemi sonucunu iyileştirdiği gösterilmiştir. ECMO, invaziv mekanik ventilasyonun yetersiz kaldığı refrakter ciddi solunum yetmezliği veya kalp yetmezliği olan hastalarda uygulanan bir tedavi yöntemidir. ECMO, gaz değişimi ve hemodinamik stabilite sağlayarak organ hasarını özellikle hipoksi ve hiperkarbiden etkilenen beyinin hasarını önleyebilir. Serebral kan akımının otoregülasyonu uzamış hipoksemi ve hiperkarbi nedeniyle bozulur. Biz hem HSY, hem ECMO uygulanan hastalarda sürekli serebral monitörizasyonun önemli olduğu kanısındayız. Olgumuzda da rSO<sub>2</sub> deki ani %20 düşüş alert olmamızı sağlamış, klinik muayene ve görüntüleme ile ciddi beyin ödemi teşhisine yardımcı olmuştur. rSO<sub>2</sub>'nin sürekli ve noninvaziv monitorizasyonu hastada gelişebilecek akut patolojiler için bir uyarıcı görevi görmüştür.

**Sonuç:** Kritik hastada sürekli rSO<sub>2</sub> takibi, serebral hasarı erken dönemde saptama ve erken tedaviye başlanması açısından önemlidir. Yoğun bakımlarda özellikle hastalarda rSO<sub>2</sub> takibinin erken teşhis için yol gösterici olduğu ve monitörizasyon için kullanılması gerektiği kanısındayız.

## EP 47

### OLGU SUNUMU: TUZLU SUDA BOĞULAYAZMA SONUCU GELİŞEN ARDS VAKASI VE ETKİN TEDAVİSİ

**Hamza Gültekin, Burcu Sayan, Yelda Balık, Burcu Acar Çinleti, Erhan Küp, Uğur Uzun, Aykut Sarıtaş, Nimet Şenoğlu**

*Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye*

Boğulayazma; sudan kurtarılan kişinin 24 saat sonra sağ kalması olarak tanımlanır. Hastalarda PaO<sub>2</sub> düşüklüğü, PaCO<sub>2</sub> yüksekliği ile giden bir asidotik tablo ortaya çıkar. Bu anoksik-hipoksik tablo serebral ödem ve ARDS ye neden olabilir. Olgumuz madde kullanımı sonrası tuzlu suya düşme nedeniyle gelişen solunum sıkıntısı ve şuurda kötüleşme nedeniyle Acil Servise getirildi. Hastaya CPR uygulanmamış. Hasta hipoksik, hiperkapnik ve asidotik olması nedeniyle entübe edilip Yoğun Bakıma yatırıldı. Hipotansif olduğundan vazopressör tedavi başlandı. Akciğer görüntülemesinde bilateral orta-alt zonlarda dansite değişiklikleri saptandı. Etkin mekanik ventilasyon uygulandı. Subfebril ateş ve akciğer etkilenimi olduğundan antibiyoterapi başlandı. Hasta yatışının 5. gününde ekstübe edildi. Çekilen kontrol akciğer görüntülemesinde düzelme saptandı (Şekil 1, 2). Bu olguyu boğulayazma sonucu gelişen ARDS tablosuna erken ve etkin müdahalenin önemini vurgulamak ve güncel literatür bilgilerini gözden geçirmek amacıyla sizlere sunduk.

## EP 48

### ONKOLOJİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE YATAN AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA MORTALİTEYİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER

**Ebru Ortaç Ersoy, Tehmez Heziyev, Serpil Öcal, Arzu Topeli**

*Hacettepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara, Türkiye*

**Amaç:** Akciğer kanseri kanser ölümleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Son yıllarda tedavi yaklaşımlarındaki değişiklikler ile hastaların sağ kalım beklentilerinde ve tedavilere bağlı yan etki ve komplikasyon oranlarında artış, bu hastaların yoğun bakım ünitelerine yatış ihtiyacını da arttırmıştır. Çalışmamızın amacı yoğun bakım ünitesine yatan akciğer kanserli hastaların sonuçlarını değerlendirmek ve yoğun bakım sonucunu öngören faktörleri belirlemektir.

**Gereç ve Yöntemler:** 1.10.2013–31.3.2016 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi yoğun bakım ünitesine yatan akciğer kanseri tanılı hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yoğun bakıma yatış nedenleri ve yatış endikasyonları “tam destek”, “yoğun bakım denemesi” ve “yatış endikasyonu yok” olarak gruplandırılarak hastaların yoğun bakım sonuçları değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplam 64 akciğer kanserli kritik hasta yatırılmıştı. Hastaların 48'i (%75) erkek, ortalama yaş 66,4±10,1 ve APACHE II skoru 21,8±6,4 idi. Hastaların 55'ine (%85,9) mekanik ventilasyon uygulanmıştı. Ortalama yoğun bakım yatış günü 11,2±10,9 idi. Otuz hastada (%46,9) progresif hastalık izlendi. Yoğun bakıma yatış nedeni en fazla solunum yetmezliği (%62,5) idi. 28-günlük mortalite %40,6, yoğun bakım mortalitesi %42,2, hastane mortalitesi ise %59,4 idi. Hastaların %54,7'si “tam destek”, %21,9'u “yoğun bakım denemesi”, %23,5'i “yatış endikasyonu yok” kriterlerine göre yatırılmıştı. Yatış öncelik kriterlerine göre mortalitede fark izlenmedi. Akciğer kanserli hastalarda yoğun bakım mortalitesini invaziv mekanik ventilasyon uygulama (OR=17,7; %95 güven aralığı=3,4-90,8; p=0,012) ve vazopressör kullanımının (OR=13,8; %95 GA=1,7-100,2; p=0,001) etkilediği izlendi. APACHE II yoğun bakım mortalitesini etkilemedi (OR=1,1 ; %95 GA=0,9-1,2; p=0,06).

**Sonuç:** Akciğer kanserli hastalarda yatış öncelik tahmininden çok hastalık şiddeti yoğun bakım mortalitesini belirlemektedir. Bu nedenle, akciğer kanserli hastalarda gerekli durumlarda yoğun bakıma yatış düşünülmelidir.

## EP 49

### TRAVMATİK AKCİĞER HASARI-ALI: İKİ HASTA: İKİ FARKLI SIVI TERAPİSİ: YOĞUN BAKIMDA ZOR ANLAR

**Ertay Boran<sup>1</sup>, Mertay Boran<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye*

*<sup>2</sup>Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye*

**Amaç:** Akut akciğer hasarı (ALI) ve Akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) yüksek morbidite ve mortaliteye sahip klinik acil durumlardır. Çoklu travma (pelvis kırığı, skapula kırığı, multiple kosta kırıkları) ve travma ile ilişkili ALIli hastalarda, medikal tedavi ve sıvı stratejileri Yoğun bakım Ünitesi(YBÜ) için zorlayıcı olabilir.

**Olgu 1 + 2:** Çoklu travma ve Travmatik Akciğer hasarı olan 45 ve 52 yaşındaki erkek hastalar YBÜde farklı zaman aralıklarında kabul edildi. YBÜde ikinci gününde her iki hasta da ALI / ARDS oluştu. İki farklı tedavi stratejisi iki hastanın kliniklerinde farklı ilerlemelere sebep oldu. İki hastanın özgeçmiş hikyesinde klinik bozukluk yoktu ve kardiyak fonksiyonlar normal aralıkta idi. 45 yaşındaki hastaya sıvı dengesi + 300-500,

düşük doz furosemid (1x1), inhaler ventolin ile ortalama 3000-4000 lt/gün sıvı tedavisi uygulanırken diğer taraftan 52 yaşındaki hastaya toplamda <2000 lt/gün kısıtlayıcı sıvı tedavisi, negatif denge, yüksek doz furosemid (3x2) ve peroral ventolin ile antistatin tedavisi, idrar dansitesi takibi ile sıvı tedavisi regülasyonu tercih edildi. 45 yaşındaki hastanın kliniği invazif mekanik ventilasyon ve exitus ile sonuçlanırken 52 yaşındaki hastaya solunum fizyoterapisi (balon şişirme, öksürme) ve aralıklı düşük basınçlı (peep 5, psv 5) CPAP ile non-invaziv solunum desteği ile akciğer olağan fonksiyonda iyileşme ile taburcu edildi.

**Sonuç:** Travmatik ALI tedavisinde, negatif denge ve total <2000 lt/gün sıvı tedavisi, yüksek doz furosemid, iv / po ventolin, antistatin ilacı, düşük hacimli CPAP (PSV 5, PEEP 5) desteği, solunum fizyoterapisi, üriner dansite takibi ile sıvı takibi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Travma, akut akciğer hasarı, multiple kosta kırıkları, tedavi

## EP 50

### DEKOMPANSE KALP YETMEZLİĞİ NEDENİYLE İZLENEN HASTADA SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU ETKENİ OLARAK ELİZABETHKINGIA SPP.

**Beliz Bahar Ulaş<sup>1</sup>, Hülya Deniz Mısırs<sup>2</sup>, Ebru Evren<sup>3</sup>, Zeynep Ceren Karahan<sup>3</sup>, Ebru Us<sup>3</sup>, Neriman Defne Altıntaş<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye  
<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara, Türkiye  
<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İbni Sina Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkez Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Ankara, Türkiye

**Amaç:** Nonfermenter, gram negatif basil olan Elizabethkingia cinsi bakteriler özellikle toprak ve suda bulunurlar ve insanda nadiren enfeksiyona yol açarlar. Ancak 2004 yılından itibaren özellikle yoğun bakımlarda, bu mikroorganizmanın yol açtığı enfeksiyonlar artan sayıda bildirilmeye başlamıştır. Tedavide yaygın kullanılan pekçok antimikrobiyale direnç göstermektedirler. Özellikle immünsüpre hastalarda menenjit, nozokomiyal pnömoni, sepsis, peritonit, bakteriyemi, gibi pekçok klinik tabloya yol açabildiği yayımlanmıştır. Mikroorganizmaya yönelik etkili tedavi rejimleri, virülans faktörleri ve antibiyotik direnç paternleri hakkında henüz yeterli bilgi olmaması yol açtığı enfeksiyonların yüksek mortaliteyle sonuçlanmasına yol açmaktadır.

**Olgu:** Dekompansé kalp yetmezliği nedeniyle servise kabul edilen 85 yaşındaki erkek hasta izlemede akut solunum yetmezliği ile entübe edilerek yoğun bakıma devredilmişti. Serviste akut böbrek yetmezliği nedeniyle yapılan tetkiklerinde sağ böbrek alt yarıda yaklaşık 20 cm boyutlarında multiloküle kistik yapı saptanmış ancak ileri tetkikleri tamamlanmamıştı. Son 1 yılda hastane yatışı yoktu. Ateş, hipoksi ve pürülan sekresyonları ve nozokomiyal pnömoni ön tanısı nedeniyle ampirik geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi (mereopenem, siprofloksasin, seftazidim) başlanmış olan hastanın derin trakeal aspirat kültürleri mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi. Üreyen mikroorganizma MALDI-TOF Kütle Spektrometrisi ile Elizabethkingia spp. olarak tiplendirildi. Tekrarlayan trakeal aspirat kültürlerinde giderek artan sayıda raporlanan mikroorganizma etken olarak değerlendirildi. İzolat, çoklu ilaç direncine sahipti. Mevcut ampirik tedaviye yanıt alınamamış olması, karbapenem direnci göstermesi, siprofloks-

sasin ve seftazidime dirençli olması nedeniyle kesilerek duyarlı olduğu piperasilin-tazobaktama geçildi.

**Sonuç:** MALDI-TOF Kütle Spektrometrisi gibi yöntemlerin kullanıma girmesi bu mikroorganizmanın tanımlanma olasılığını arttırmaktadır. Özellikle yoğun bakım hastalarında, Elizabethkingia cinsi bakterilerin enfeksiyona yol açabileceği ve çoklu ilaç direnci nedeniyle dikkatli olunması gerektiği unutulmamalıdır. Olgumuzun, etkili tedavi yöntemlerinin belirlenebilmesi için ileri çalışmalara ışık tutacağı kanaatindeyiz.

## EP 51

### UYKU APNESİ, OBEZİTESİ, AKCİĞER KARSİNOMU OLAN HASTA: HİPERKAPNİ'DE CAPNOSTREAM MONİTÖRİZASYONU?

**Mertay Boran<sup>2</sup>, Ertay Boran<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

<sup>2</sup>Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

**Amaç:** Uyku apnesi ve Obezite ve evre 4 akciğer karsinomu solunum yetmezliği, Co2 birikimi ile seyredilen klinik durumlardır. Capnostream ve burun-ağız maske kanülü ile entidal CO2 takibi ile spontan solunumun ve Co2 düzeyin monitörizasyonu uygulama kolaylığı ve hızlı sonuç imkânı sunar.

**Olgu:** 50 y erkek hasta solunum sıkıntısı ve uykuya meyil ile acil polikliniğe başvurması ile sol hemitoraksta masif plevral efüzyon tespit edilmesi ile torasentez sonrası hiperkapni, hipoksemi nedeniyle entübe edilir ve yoğun bakım ünitemize kabul edildi. HT, DM, Obezite, KAH, uyku apnesi tanıları olan hasta MV de 24 sa entübe takip edilen hastada sol hemitoraksı dolduran akciğer karsinomu tespit edildi. Hasta ekstübe edildi ve spontan solunum, solunum fizyoterapisi(öksürme, balon şişirme) ve aralıklı NIV ile takip edildi. Kronik Hiperkapni tespit edilen hastada arterial paCO<sub>2</sub> değerleri 50-80 mmHg arası değerlerinde seyretti. Eş zamanlı Capnostream ve burun-ağız kanülü ile EnCO<sub>2</sub> takibi de uygulanan hastada minimal orta hiperkapni değerlerinde(<50 mmHg) iki parametre arasında uyum gözlemlenirken yüksek hiperkani (>60 mmHg) değerlerinde arterial ve entidal Co<sub>2</sub> değerleri arasında büyük uyumsuzluk görüldü. Hastamızda uykuya meyil Co<sub>2</sub>> 75 mmHg değerlerinde olduğu gözlemlendi.

**Sonuç:** Capnostream ile hiperkapni ve solunum yetmezliğin monitörizasyonun güvenle uygulanamayacağını gözlemledik ve arterial CO<sub>2</sub>, bilinç ve klinik durumun takibinin hastamızda monitörizasyonda tercih ettik.

## EP 52

### FOKAL SEGMENTAL GLOMERÜLOSKLEROZLU BİR OLGU

**Gökhan Yaman<sup>1</sup>, Çiler Zincircioğlu<sup>2</sup>, Işıl Köse<sup>2</sup>, Hüseyin Özkarakaş<sup>1</sup>, Sibel Ersan<sup>3</sup>, Nimet Şenoğlu<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım, İzmir, Türkiye



<sup>2</sup>*İzmir Tepecik Eah, Yoğun Bakım, İzmir, Türkiye*

<sup>3</sup>*İzmir Tepecik Eah, Nefroloji, İzmir, Türkiye*

**Amaç:** Fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS), primer glomerülopatiler arasında yer alan ve kronik böbrek yetmezliğine kadar ilerleyebilen bir hastalıktır. FSGS primer hastalık olarak saptanabileceği gibi sekonder nedenlere bağlı da gelişebilir. Bu olguda pulmoner renal sendrom (PRS) kliniği ile gelen hemodiyaliz, steroid, immunsupresif, plazmaferez tedavileri alan renal biyopsisinde FSGS saptanan bir hastayı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 52 yaşında kadın hasta 1 hafta önce İspanya'ya seyahat etmiş. Seyahat dönüşünde dispne, oligüri nedeni ile acil servise başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde üre, kreatin değerlerinde yükseklik ve metabolik asidoz saptanması üzerine hemodiyalize alınmış. Sonrasında yoğun bakım ünitemizde takip edilmeye başlandı. Hipoksi nedeniyle non invaziv solunum desteği verilmeye başlandı. Anemi, hipoksi, toraks tomografisinde bilateral buzluca görünümü olması ve böbrek yetmezliği olması nedeniyle PRS düşünüldü. Otoimmün panel gönderildikten sonra nefroloji önerisiyle plazmaferez başlandı. 7 seans plazmaferezle birlikte pulse steroid ve siklofosfamid tedavisi başlandı. Yatışının 3. gününde entübe edildi. Anürik seyretmesi nedeniyle rutin hemodiyaliz programına alındı. Böbrek biyopsisi yapıldı ve FSGS ile uyumlu gelmesi üzerine etyolojiye yönelik tetkikleri gönderildi. ANA, ANCA, komplemanlar, hepatit belirteçleri, anti GBM negatif saptandı. Parvovirüs testi grizon pozitif geldi. FSGS'nin Parvovirüse sekonder olabileceği düşünüldü. Yatışının 10.gününde Weaning sağlandı, 33. gününde nefroloji servisine devir edildi. Nefroloji tarafından siklofosfamid ve steroid tedavisi düzenlenen hasta nefroloji servिसinden halıyla taburcu edildi.

**Sonuç:** PRS genellikle otoimmün glomerüller tutulumla ortaya çıkan, diffüz alveoler hemorajinin eşlik ettiği klinik tablodur. PRS'nin tedavisi zor olsa da, yüksek doz steroid, siklofosfamid gibi sitotoksik ajanlar ve plazmaferez hayat kurtarıcı olabilmektedir. FSGS'li olgularda plazma değişiminin transplantasyon sonrası daha faydalı olduğu saptanmıştır. Ancak PRS klinik kuşkusu var ise, histopatolojik değerlendirme beklenmeden başlanan erken tedavi hayat kurtarıcı olabilmektedir.

## EP 53

### YÜKSEK AKIMLI OKSİJEN TEDAVİSİ (HFOT) KULLANILAN DÖRT OLGU

**Nazan Yaman, Süleyman Yıldırım, Özcan Alpdoğan, Yusuf Durmaz, Serkan Pehlivan, Özlem Edipoğlu, Cenk Kıraklı**

*Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye*

**Amaç:** Oksijen tedavisi hipoksemik solunum yetmezliğinin ana destek tedavisidir ve geleneksel olarak nazal kanül ya da maske ile sağlanır. Standart yöntem ile uygulanan oksijen tedavisinin 15L/dk ya kadar yükseltildiği kabul edilir. Fakat bu değer akut solunum yetmezliğinde olan hastanın ihtiyacını karşılamaya yetmemektedir. Son zamanlarda birçok klinik durum için araştırılan ve kullanılmaya başlanan yük-

sek akımlı oksijen tedavisi (HFOT), oksijenin ısıtma ve nemlendirme işlemleri sonrası çok yüksek akımlara kadar 100 L/dk uygulanabilen güvenli ve kullanışlı bir destek tedavisidir. Yüksek Akımlı Oksijen Tedavisi (HFOT) kullanılan durumlar arasında kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), hipoksik solunum yetmezliği, pnömoni, kardiyojenik pulmoner ödem yer almaktadır. Yoğun bakımımızda takip ettiğimiz 4 farklı hastaya HFOT (37°C ve 44 mg H<sub>2</sub> O/L) Optiflow nazal kanül (Fisher and Paykel Healthcare) aracılığıyla verildi. Başlangıçta akım hızı 50 L/dk, FiO<sub>2</sub> %100 idi. Takipte akım hızı ve FiO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub>'i %92-98 arasında tutacak şekilde titre edildi.

**Olgu 1:** 48 yaş erkek hasta, nefes darlığı yakınması ile başvurduğu dış merkezde kan gazı incelemesinde respiratuvar asidozu olması üzerine entübe edilmiş, hasta mekanik ventilasyon ihtiyacı nedeni ile yoğun bakım ünitesine sevk alındı. Öyküsünde, KOAH nedeni ile inhaler tedavi kullanan hastanın 25 yıldır günde 1 paket sigara kullanımı mevcut. Ateş (37°C) dışında diğer vital bulguları normal olan hastanın, solunum sistemi muayenesinde dinlemekle sol akciğer (AC) bazalde ralleri mevcuttu, bunun dışında sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar tetkiklerinde; lökositoz (11400/ mm<sup>3</sup>, %87 PNL) ve CRP yüksekliği (28mg/dL) dışında diğer parametreler normal değerlerdedi. Akciğer grafisinde; Her iki akciğer orta ve alt kesimlerinde pnömonik infiltrasyon izlendi. Toraks tomografisinde, her iki akciğer orta ve alt kesimlerinde subplevral atelektazi alanları, sol üst lob apikal segmentte ve atelektazi alanları çevresinde buzlu cam dansitesinde düzensiz infiltrasyon alanları gözlemlendi. Hasta yoğun bakımda mekanik ventilatörde adaptif destek ventilasyonu (ASV) modunda izlendi. Ampirik olarak piperasilin+ tazobaktam başlandı. Yatışının 2. gününde kan gazı değerleri uygun olan hasta T tüpe alınıp ekstübe edildi. Hastaya ekstübasyon sonrası profilaktik olarak non invaziv ventilasyon (NIV) başlandı. NIV'i tolere edemeyen hastaya 50L/dk akım hızı ve %50 FiO<sub>2</sub> ile HFOT başlandı. Kan gazı takiplerinde göre kademeli olarak akım hızı ve FiO<sub>2</sub> azaltıldı. Akım hızı 10L/dk ve FiO<sub>2</sub> %40 iken nazal kanül ile izleme alındı. Takiplerinde solunum sıkıntısı yaşamayan hasta servise devir edildi.

**Olgu 2:** 39 yaş kadın hasta, nefes darlığı, genel durum bozukluğu şikayet ile acil servise başvuran hastanın solunumsal asidozu olması üzerine entübe edilmiş. Hasta mekanik ventilasyon desteği ihtiyacı olması nedeniyle yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Hasta mekanik ventilatörde ASV modda izlendi. Yakınlarından alınan öyküsünde bilinen bir hastalığı olmayan hastanın düzenli kullandığı ilaç yok. Ateş (37°C), diğer vital bulguları normal olan hastanın, fizik muayenesi morbid obezite dışında normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde; lökositoz (24000/ mm<sup>3</sup>, %91 PNL), üre: 157mg/dL, kreatinin: 2,2mg/dL potasyum: 7,2mmol/L idi. EKG'de hiperpotasemi bulguları gözlenmedi. Medikal tedavi ile potasyum düzeyi normale döndü. Hastada ön planda pre-renal akut böbrek hasarı düşünüldü ve sıvı replasmanı ile böbrek fonksiyonları normale döndü. Akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda akciğer ödemi ile uyumlu bulgular izlendi. Ampirik olarak piperasilin tazobaktam başlandı. Hasta, yatışının 3. gününde T tüpe alınarak ekstübe edildi. Hastaya ekstübasyon sonrası profilaktik olarak non invaziv ventilasyon (NIV) başlandı. NIV'i tolere edemeyen hastaya 50L/dk akım hızı ve %50 FiO<sub>2</sub> ile HFOT başlandı. Kan gazı takiplerinde göre kademeli olarak akım hızı ve FiO<sub>2</sub> azaltıldı. Akım hızı 10L/dk ve FiO<sub>2</sub> %40 iken nazal kanül ile izleme alındı. Takiplerinde solunum sıkıntısı yaşamayan hasta servise devir edildi.

**Olgu 3:** 46 yaş kadın hasta, obezite nedeni ile sleve gastrektomi sonrası post-op 4. günde nefes darlığı gelişen hastanın akciğer grafisi pulmoner ödem ile uyumlu görünümde ve hipoksemisi olması üzerine yoğun bakıma kabul edildi. Anamnezinde obezite dışında sağlık problemi yoktu. Ateş (36°C) diğer vital bulguları normal olan hastanın fizik muayenesinde, her iki akciğer bazalde ralleri mevcuttu, diğer sistem muayenesi normaldi. Kan gazında hipoksemisi olan ve takipneik olan hasta entübe edildi ve mekanik ventilatöre ASV modda izleme alındı. Hastanın çekilen AC grafisinde akciğer ödemi ile uyumlu bazallerde bilateral opasiteler görüldü. Hastaya diüretik tedavi başlandı. Yatışının 2. günün self ekstübe olması nedeni ile NIV uygulandı. NIV'i tolere edemeyen hastaya 50L/dk akım hızı ve %50 FiO<sub>2</sub> ile HFOT başlandı. Kan gazı takiplerinde göre kademeli olarak akım hızı ve FiO<sub>2</sub> azaltıldı. Akım hızı 10L/dk ve FiO<sub>2</sub> %40 iken nazal kanül ile izleme alındı. Takiplerinde solunum sıkıntısı yaşamayan hasta servise devir edildi.

**Olgu 4:** 79 yaş erkek hasta, bilinç kaybı nedeni ile acil servise götürülen hastanın glaskow koma skoru düşük olması üzerine entübe edildi. Çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde serebellar infarktı olan ve bilinen KOAH'ı olan hasta yoğun bakıma kabul edildi. Yakınlarından alınan tıbbi öyküsünde KOAH ve boyunda ankiloz dışında ek hastalığı yoktu. Ateş (36°C) diğer vital bulguları normal olan hastanın nörolojik muayenesi, bilinc letarjik, ağırlı uyararla her iki üst extremitesinde de minimal hareket gözlemlendi, derin tendon refleksi tüm odaklarda hi-poaktif ve solda taban cildi refleksi extansördü. Solunum sisteminde dinlemekle her iki akciğerde solunum sesleri azalmıştı ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde; lökositöz (12300/ mm<sup>3</sup>, %81 PNL), CRP: 8mg/dL diğer parametreler normaldi. Akciğer grafisinde, her iki akciğer orta ve alt loblarda infiltrat alanlar izlendi. Hastaya ampirik olarak moksifloksasin ve serebrovasküler olayı ile de ilgili olarak antiagregan ve antiödem tedavi başlandı. Yatışının 10. gününde T tüpe alınarak ekstübe edildi. Hastaya ekstübasyon sonrası profilaktik olarak non invaziv ventilasyon (NIV) başlandı. Servikal ve fasial deformitesi nedeni ile etkili NIV yapılamayan hastaya 50L/dk akım hızı ve %50 FiO<sub>2</sub> ile HFOT başlandı. Kan gazı takiplerinde göre kademeli olarak akım hızı ve FiO<sub>2</sub> azaltıldı. Akım hızı 10L/dk ve FiO<sub>2</sub> %40 iken nazal kanül ile izleme alındı.

**Sonuç:** HFOT uygulaması NIV için uygun olmayan veya NIV'i tolere edemeyen hastalarda entübasyona gidişi azaltabilir.

## EP 54

### KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI NADİR BİR KOMPLİKASYON. DALAK ABSESİ

**Uğur Özdemir, Burhan Sami Kalın, Hakan Sözen, Aydın Dalgıç, Melda Türkoğlu, Gülbin Aygencel**

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım, Ankara, Türkiye*

**Amaç:** Karaciğer transplantasyonu sonrası enfeksiyöz komplikasyonlar %50-80 oranında görülebilmektedir. Mortalite %15-25 arasındadır ve kan dolaşımı, cerrahi alan ve intra-abdominal enfeksiyonları kapsamaktadır. Abdominal enfeksiyonlar içerisinde karaciğer abseleri, safra yolları enfeksiyonları, karaciğer dışı abseler görülebilmekte ve

dalak abselerine nadir rastlanmaktadır. Yoğun bakımımızda karaciğer transplantasyonu sonrası dalak absesi nedeniyle kaybettiğimiz bir vakayı sunmak istedik.

**Olgu:** Diyabet mellit(DM) tanılı aralık/2016'da siroz tanısı konulan portal ven trombozu olduğu bilinen hastaya Mayıs/2017'de canlıdan karaciğer transplantasyon yapıldı. Yoğun bakımda antibiyotik ve immün süpresif tedavisiyle takip edilirken hemoglobin düşüşü oldu. Acil operasyona alınan hastanın portal vendeki trombüsü temizlendi ve re-anastomoz yapıldı. USG'de distal uçlarda yaygın tromboz görüldü, portal vene doku plazminojen aktivatörü verildi. Karaciğer komşuluğundaki hematoma diren konuldu. Post-operatif vasopressör ve renal replasman ihtiyacı oldu. Genel durumu düzelen, renal replasman ihtiyacı kalmayan hasta ekstübe edildi. Oral gıda alan hastanın intestinal obstrüksiyonu gelişti, beraberinde dalak absesi görüldü. Tekrar operasyona alındı. Absenin kolona yapıştığı ve terminal ileumla çekumda iskemi gözlemlendi. Segmental ileokolektomi ve splenektomi yapıldı. Yoğun bakımda post-operatif 26. günde çoklu organ yetersizliği nedeniyle hasta exitus oldu.

**Sonuç:** Dalak absesi ultrasonografi eşliğinde direnaj veya splenektomiyle tedavi edilir. Vakamızda intestinal obstrüksiyonla beraber abses varlığı nedeniyle splenektomi uygulanmıştır. Bu vakalarda dirençli bakteriyel enfeksiyonların görülme olasılığı artmıştır (1). Vakamızda diren kültüründe meropenem, kolistin, tigesiklin dirençli klebsiella üretilmiştir. Enfeksiyöz komplikasyonlar için risk faktörleri uzun hospitalizasyon, parantral nutrusyon, perioperatif kan transfüzyonu, renal replasman yapılması, re-operasyon, diyabetes mellitus bulunmasıdır (2). Vakamızda masif kan transfüzyonu, renal replasman tedavisi, re-operasyon, DM olması enfeksiyona yakınlığı ve mortaliteyi artırmıştır.

## Kaynaklar

1. Bert F, Larroque B, Paugam-Burtz C, et al. Microbial epidemiology and outcome of bloodstream infections in liver transplant recipients: an analysis of 259 episodes. *Liver Transpl* 2010; 16: 292-401. [CrossRef]
2. Vera A, Contreras F, Guevara F. Incidence and risk factors for infections after liver transplant: single-center experience at the University Hospital Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia. *Transpl Infect Dis* 2011; 13: 608-15. [CrossRef]

## EP 55

### SEPSİS VE AKUT KORONER SENDROMUN GÖLGESİNDE KIRIM KONGO KANAMLI ATEŞİ

**Uğur Özdemir, Betül Tüzün, Elif Gecegel, Melda Türkoğlu, Murat Dızbay, Gülbin Aygencel, Münici Yağcı**

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım, Ankara, Türkiye*

**Amaç:** Türkiye'de 2002 yılından itibaren endemik olan Kırım-Kongo kanamalı ateşi(KKKA) hyalomma cinsi kenelerle bulaşan viral, zoonotik, %5-70 oranında mortal bir enfeksiyondur. Ani başlayan ateş, bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal ve kanama, AST, ALT, LDH yüksekliği ve trombositopeniyle prezente olabilir. Bu yazıda KKKA nedeniyle kaybettiğimiz bir olguyu sunacağız.

**Olgu:** Hipertansiyon, diyabet mellit tanılı Sivas'ta köy evinde bulunmuş ancak kene maruziyeti olmayan 75 yaşındaki kadın hasta 10 gündür

olan ateş, bulantı, kansız ishal ve karın ağrısıyla başvurduğunda genel durumu orta, sağ üst kadranda hassasiyeti vardı. Trombositopeni, karaciğer testlerinde bozukluk olan hastanın USG'sinde akut taşlı kolelisitit saptandı. Hematoloji sepsise sekonder trombositopeni düşündü. Akut koroner sendrom (AKS) tespit edilen hastaya klopidogrel-enoxaparin tedavileri başlandı. Hemoglobın değeri hızla düşen hasta yoğun bakıma sepsis, enoxaparin-klopidogrel'e bağlı kanama ve şokla alındı, entübe edildi, AST, ALT, LDH, INR, CK'da artış ve hipofibrinojenemi gözlemlendi. Renal replasman, antibiyotik desteği verildi. Cilt altı ve rektus kası kanaması belirlendi. Hb>9, plt>100.000, fibrinojen>200, INR<1,5 olacak şekilde transfüzyon yapıldı. Başvuru anında Hıfzıssıhha Enstitüsü'ne

gönderilen örnekte KKKA virüsü PCR pozitif saptandı. Yatışının 4. gününde kan ürünü replasman ihtiyacı kalmadı ancak 5. gününde çoklu organ yetersizliği nedeniyle exitus oldu.

**Sonuç:** Hastaların 1/3'ünde kene maruziyeti yoktur ve 1/4'ünde hemorajik bulgular vardır. Hemoraji, WBC≥10 000, Plt≤20 000, AST≥200, ALT ≥150, aPTT≥60 sn, fibrinojen≤110 olduğunda mortalite yüksektir. Hastamızda mortalite kriterlerinin tümü mevcuttu. Sepsise bağlı trombositopeni, AKS nedeniyle başlanan tedaviye sekonder kanama olabileceği ve kene maruziyeti olmaması nedeniyle KKKA tanısını ilk başta düşünülmemiştir ancak endemik bölgeden gelen ve trombositopenisi olan tüm vakalarda KKKA düşünülmalıdır.