

11. ULUSAL DAHİLİ VE CERRAHİ BİLİMLER
YOĞUN BAKIM KONGRESİ POSTER BİLDİRİLERİ

*11th CONGRESS OF THE TURKISH SOCIETY OF MEDICAL
AND SURGICAL INTENSIVE CARE MEDICINE POSTER PRESENTATIONS*

3. AVRASYA YOĞUN BAKIM TOPLANTISI

3rd EURO-ASIAN CRITICAL CARE MEETING

POSTER BİLDİRİLER

POSTER PRESENTATIONS

PS 01

YOĞUN BAKIMDA YOĞUN BAKILSA DA GELİŞEN SORUN: BASI YARASI

Leyla Talan, Göksel Güven, Zübeyde Uzun, Çiğdem Türkoğlu, Neriman Defne Altıntaş

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Bası yarası, yoğun bakım yatışının ciddi kabul edilmesi gereken bir komplikasyondur. Hipoksi, katabolik süreç ve dolaşım bozukluğu gibi bası yarası için risk faktörleri, kritik hastalarda sıklıkla görülmektedir. Neden oldukları ağrı, enfeksiyon ve kozmetik problemler, hastalara ve ünitelere ciddi yük getirmektedir.

Amaç: Yeni kurulan bir ünite olan yoğun bakım ünitemizde bası yarası gelişimi sıklığını belirlemek, yeni yara gelişimi ile ilişkili faktörleri tespit etmek ve bası yarası olan hastaların sonuçlarını bası yarası olmayan hastalar ile karşılaştırmak.

Gereç ve Yöntem: Yoğun bakım ünitesinin açılmasından itibaren (20.02.2013-15.09.2014 tarihleri arasında) izlenmiş olan hastalar, yoğun bakımda bası yarası gelişenler ve gelişmeyenler olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, yatış tanıları, yoğun bakıma nereden kabul edildiği, yatış APACHEII skorları, Glaskow koma skorları, Waterlow skoru; Hb, albumin, prokalsitonin, CRP değerleri; vazopressör, steroid, sedasyon alıp almadıkları kaydedildi ve karşılaştırıldı. Ayrıca yoğun bakımda bası yarası ile izlenen hastalar (önceden gelişmiş ve yeni gelişen), bası yarası olmayan hastalarla yoğun bakım sonuçları açısından karşılaştırıldı. Veriler SPSS istatistik programı kullanılarak t-testi, Ki-kare ve Fisher's exact testleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 121 hastanın verileri çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara bası yarasından korumak için sık pozisyon verilmekte ve havalı yatak kullanılmaktaydı. Yetmiş sekiz (%64,5) hastanın izleminin herhangi bir anında bası yarası vardı. Hastaların onsekizinde (%14,9) yoğun bakımda yeni bası yarası gelişmişti. Bası yarası ile gelen hastalardan sadece birisinin bası yarası izlemede progrese olmuştu. Yoğun bakımda bası yarası gelişmeyen hastalara kıyasla, yeni bası yarası gelişen hastaların CRP değerleri daha yüksek ($p=0,044$), Hb değerleri daha düşük bulundu ($0,002$). Bu grupta servisten yatan hasta oranı daha yüksekti ($p=0,014$). Waterlow skoru yoğun bakımda yeni yara gelişen ve gelişmeyen gruplar arasında farklı bulunmadı. Bası yarası gelişen hastaların yoğun bakım mortalitesi ve hastane mortalitesi daha yüksekti ($p=0,002$,

$p=0,01$). Genel olarak yoğun bakım izleminde bası yarası olan (kabülde ve izlemede) hastalara bakıldığında ise bu hastaların yoğun bakım ve hastane yatış süreleri daha uzun bulunmuştur ($p<0,01$, $p<0,01$). Bu hasta grubunda Waterlow skoru anlamlı olarak daha yüksektir. Bu hasta grubunda vazopressör tedavi daha sık kullanılmıştır ($p=0,003$).

Sonuç: Mevcut bulgular, yoğun bakımda bası yarasını engellemede ünite içi uygulamaların yeterli olmadığını göstermektedir. Genel olarak dünyada bası yarası oranları % 10-23 arasında değişmekle birlikte riskli hastalarda bu oran %50'nin üzerine çıkmaktadır. Elde edilen bilgiler, bası yarası gelişiminin; artmış mortalite riski, daha uzun yoğun bakım ve hastane yatış süresi, daha fazla destek ihtiyacı ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Yoğun bakım, bası yarası, risk faktörleri

PS 02

THE EFFICACY OF ANTIEPILEPTIC AGENTS BY ENTERAL ADMINISTRATIONS FOR THE PREVENTION OF POSTTRAUMATIC SEIZURES IN SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY

Hideaki Suzuki, Ahmin Kim, Noriko Saito, Mizuho Namiki, Munekazu Takeda, Tomoyuki Harada, Arino Yaguchi

Department of Critical Care and Emergency Medicine, Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japan

Intoroduction: The Brain Trauma Foundation recommends to prevent early posttraumatic seizures (PTS) for the management of severe traumatic brain injury (TBI) in its guidelines. And the early enteral nutrition has commonly used for TBI patients because its theoretical advantages for prevention of bacterial translocation to maintain normal turn over of gut mucosa. Our hypothesis in this study is the enteral administration of antiepileptic agents (APA) have the efficacy antiepileptic agents for early PTS.

Methods: This retrospective observational study included all adult patients admitted to our tertiary academic medico-surgical ICU due to TBI and were administered APA for PTS from September 2011 to July 2014. Patients who have epilepsy as a past history were excluded. Clinical data were collected from electrical medical archives. Age, gender, GCS at admission, complication of PTS during ICU stay, timing of start APA and enteral nutrition are compared between patients with

intravenous administration of APA and patients with enteral administration. Values are expressed as mean±SD. Data was analyzed by chi-square test and Mann-Whitney U test. P values less than 0.05 were considered significant.

Results: There were 48 patients (32 men, 16 women; mean age 59.5±18.1) were included in this study. Twenty five cerebral contusions, 25 traumatic subarachnoid hemorrhages, 16 acute subdural hematomas, 5 traumatic intracerebral hemorrhage, 2 pneumocephalus and 1 cerebral infarctions were shown in 48 patients. Twenty nine patients (60.4%) were intravenously given (18 phenytoin and 1 phenobarbital), while 19 patients (39.6%) were given with enteral feedings (10 valproates, 4 carbamazepine, 4 zonisamides and 1 phenytoin) as PTS prophylaxis. Between patients with intravenous APA and enteral APA, there were no significant differences in age (57.9±19.9 vs. 61.8±15.2, p=0.55), male to female ratio (22:7 vs. 10:9, p=0.10), the average started day of PTS prophylaxis (2.3±7.3 vs. 3.4±5.0, p=0.60), and the average started day of enteral nutrition (3.2±2.8 vs. 2.7±2.0, p=0.88), respectively. GCS at admission was significantly lower in patients with intravenous APA than with enteral APA (9.8±4.2 vs. 13.2±2.8, p=0.003). The incidence of PTS and the mortality of 28 days were higher in patients with intravenous APA than with enteral APA, but there did not reach to statistically significant (17.2% vs. 5.3%, p=0.22, 6.9% vs. 0.0%, p=0.25, respectively).

Conclusions: The present study shows intravenous APA was administered for more severe TBI patients, while the severity of TBI with enteral APA was lower. However, the enteral APA may be also useful for PTS prophylaxis, because both the incidence of PTS and the mortality were low. The enteral APA should be considered as alternative to intravenous APA.

Key words: Traumatic brain injury (TBI), posttraumatic seizures (PTS), antiepileptic agents (APA), enteral administration

PS 03

BETA-HİDROKSİ-BETA-METİLBÜTİRAT ENTERAL BESLENME DESTEĞİ ALAN HASTALARIN HEMATOLOJİK, HEPATİK VE RENAL FONKSİYONLARININ RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

Seda Güzeldağ, Aysun Erşen Yüngün, Seval İzdeş, Sultan Durmuş, Levent Öztürk

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Beta-Hidroksi-Beta-Metilbütirat (β-HMB), esansiyel aminoasit lösinin bir metabolitidir ve yaraların iyileşmesi ya da yaşlısız vücut kitlesinin yeniden yapılanmasında diyet ek olarak kullanılması önerilmektedir. Son yıllarda yoğun bakımlarda da dekübiti olan hastalarda kullanımı yaygınlaşmaktadır. Bu çalışmada, yoğun bakımda dekübit ülseri nedeniyle enteral nütrisyon ek olarak β-HMB beslenme desteği verilmiş hastaların hematolojik, hepatik ve renal fonksiyonlarını retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Atatürk Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde, Ocak 2012- Aralık 2013 yılları arasında enteral nütrisyon ek olarak günlük enteral β-HMB desteği (Abound®) verilen hastaların; retrospektif olarak dosyaları incelenerek; yaş, cinsiyet, mevcut komorbidi-

terleri kaydedildi. Oral beslenme desteği başlanmadan bir gün öncesi "0" ve başladığı gün "1" kabul edilmek üzere; 0., 1., 7., 14., 21. ve 28. günlerdeki; laboratuvar değerleri (White Blood Cell-WBC, Red Blood Cell-RBC, Hemoglobin-Hgb, Hematokrit-Hct, Eosinophil-Eos, Lenfosit-Lenf, Monosit-Mon, Bazofil-Bazo, Total protein-Tpr, Albumin-Alb, Kan üre azotu- BUN, Kreatinin, Aspartat transaminaz-AST, Alanin transaminaz-ALT, Sodyum-Na, Potasyum-K, Fosfor-P), Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) sınıflamaları, diyaliz ihtiyaçları ve baskı yarısı dereceleri kaydedildi. İzlem sırasında, β-HMB ile kombine oral beslenme desteği kesilen hastalardaki kesilme nedenleri kaydedildi. Dosyası bulunamayan ya da verilerinde eksiklik bulunan hastalar çalışmaya dışı bırakıldı. İstatistiksel verilerin karşılaştırmalarında; ANOVA testi, Freidman Varyans analizi ve Bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra Wilcoxon testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 57 hasta dahil edildi. Hastaların %50,9 (n:29) kadın ve %49,1 (n:28) erkek ve ortalama yaş: 71,82±15,02 (22-92) olarak tespit edildi. β-HMB başlanan hastaların stabil olduğu ve APACHE II skorunun <15 olduğu belirlendi. β-HMB ile birlikte Glutamin kullanıma oranı %84,2 (n:48) idi. β-HMB kesilme oranı; %50,9 (n:29) olup, nedenleri sırasıyla; BUN artışı %7 (n:4), hasta reddi %7 (n:4) ve hipotansiyon mevcudiyeti %36,9 (n:21) olarak bulundu. KDIGO sınıflaması ve Baskı yarısı derecelendirmesinde günlere göre bir farklılık izlenmedi. Laboratuvar verilerinde; WBC, RBC, Hgb, Mon, Bazo, Tpr, Alb, kreatin, AST, ALT, Na, K ve P değerleri arasında belirlenen izlem günlerinde β-HMB başlamadan önceki değerlerine göre farklılık gözlenmedi. Lenf değerleri 0-1, 0-7, 0-14, 0-21, 0-28. günler arasındaki karşılaştırmalarda sırasıyla p<0,01 olup progresif olarak arttığı gösterilmekle beraber tüm değerler normal sınır aralıklarında izlendi. BUN değerleri ise 0-1, 0-7, 0-14, 0-21, 0-28, 1-7, 1-14, 1-21, 7-21 ve 14-21. günlerdeki karşılaştırmalarda p<0,01 olup, progresif bir artış olduğu izlendi.

Sonuç: β-HMB enteral beslenme desteğinin; stabil, septik olmayan yoğun bakım hastalarında kullanılsa bile, kullanımı sırasında hastanın BUN değerlerini arttırdığı ve bu açıdan dikkatli olunması gerektiği kanı-sındayız.

Anahtar sözcükler: Beta-hidroksi-beta-metilbütirat, yoğun bakım, BUN

PS 04

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ENTERAL/ PARENTERAL İLAÇ UYGULAMA HATALARI

Sıddıka Ersoy¹, Şükran Özkahraman Koç¹, İsmail Hakkı Ersoy²

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Isparta

²Isparta Kamu Hastaneler Birliği, Isparta

Giriş: İlaç yönetimi, bir hemşirenin bilimsel bilgi, teknik beceri, ve ritualistik uygulamasını birleştiren bir işlev olarak tanımlanmaktadır. İlaç uygulamalarında hemşirelerin profesyonel sorumlulukları; verilen ilaç konusunda bilgi sahibi olma, ilaçları hatasız/güvenli bir şekilde verme, ilaca karşı bireyin cevabını gözleme, yorumlama ve ilaç tedavisi konusunda bireyin eğitimi olarak sıralanabilmektedir. Bunun yanı sıra ilaç hataları, hemşirelerin özgüvenini azaltmaktadır. Hemşirelerin çeşitli korku ve çekincelerinden dolayı ilaç hatalarının raporlanmasının daha az olduğu belirtilmektedir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanan bu çalışmanın amacı, Yoğun Bakım Ünitelerinde yapılan enteral ya da parenteral

ilaç uygulama hatalarını tespit etmektir. Araştırmanın evrenini, eş zamanlı olarak bir devlet hastanesi ve bir tıp fakültesi hastanesinde genel yoğun bakım ünitelerinde 1 yıl içinde yapılan enteral ve parenteral ilaç uygulamaları oluşturmaktadır. Örneklemi ise Nisan-Haziran 2012 tarihleri arasındaki enteral ve parenteral ilaç uygulamaları oluşturmaktadır. Çalışmada araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulan gözlem formu kullanılmıştır. Uygulamalar, araştırmacılar tarafından gözlem yöntemiyle kaydedilmiştir. Veriler SPSS istatistiksel analiz programında değerlendirilmiş, frekans ve yüzdeler kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada izlenen yoğun bakımların yatak sayıları eşittir. Tıp fakültesinde 91 hastada 376 parenteral ilaç uygulaması ve 54 enteral ilaç uygulaması, devlet hastanesinde 79 hastada 359 parenteral ve 67 enteral ilaç uygulaması gözlenmiştir. Her iki yoğun bakımda da ilaç uygulamalarının çoğunluğunu IV ilaçlar oluşturmuştur (%83,54).

Enteral ilaç uygulama hatalarında; ilaç uygulaması öncesinde her hasta için el dezenfeksiyonu yapılmadığı (%87,3) ilaçların son kullanma tarihine bakılmadan uygulandığı (%97,2), ilaç hazırlamada uygun aseptik tekniklere dikkat edilmediği (%78,4), ilaçları emmek için kullanılan aparatın uygun şekilde temizlenmediği (%82,4), nazogastrik sonda ile verilen ilaçlarda enteral beslenmeye ara verilmediği ve ilaç verilmeden önce yıkama yapılmadığı (%77,3), ilaç verildikten sonra hastaların ilaç etkileri açısından gözlenmediği (%86,5), tespit edildi.

Parenteral uygulamalarda ilaç uygulama hatalarında; ilaç uygulaması öncesinde her hasta için el dezenfeksiyonu yapılmadığı (%78,2), uygulanan ilacın son kullanma tarihine dikkat edilmeden uygulandığı (%92,7), ilaç hazırlamada uygun aseptik tekniklere dikkat edilmediği (%73,6), enjeksiyon/ puşe bölgesinin aseptisinin sağlanmadığı (%79,2), ilaç uygulaması sonrasında hastanın ilaç etkileri açısından gözlenmediği (%94,3), uygulama sonrası atıkların hasta yanından doğru şekilde uzaklaştırılmadığı (%76,9), yanlış zamanda ilaç uygulaması yapıldığı (%71,4) izlenmiştir.

Sonuç: Yoğun bakım gibi dikkat ve daha hassas bir çalışma gerektiren kliniklerde ilaç uygulama hatalarının en aza indirilmesi için; bu kliniklerde çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitimleri öncelikle ilaç uygulamalarındaki profesyonel sorumluluklarının önemini içermelidir. Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere özgü kullanılan ilaçların farmakolojik özelliklerini içeren anlaşılabilir kaynakların oluşturulması ve bunların kliniklerde temin edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Ayrıca ilaç uygulamalarındaki hataların neler olduğunun ve nerelerden kaynaklandığının belirlendiği daha geniş kapsamlı araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Yoğun bakım, hemşirelik, ilaç hataları

PS 05

PULMONER EMBOLİ NEDENİYLE YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATIRILAN HASTALARDA PRO-BNP, TROPONİN T VE CRP DÜZEYLERİNİN TAKİBİ MORTALİTENİN ÖNGÖRÜLMESİNDE YARARLIDIR

Seda Kutluğ Ağaçoğlu¹, Aslıhan Yalçın², Pınar Güven², Özgür Atmaca², Emel Eryüksel², Sait Karakurt²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Dahili yoğun bakım ünitesine (DYBÜ) pulmoner emboli (PE) tanısıyla yatırılan hastalarda, pro-BNP, troponin-T, CRP düzeyleri ve seyirlerinin mortalite ile ilişkileri araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Üniversite hastanesi Düzey III DYBÜ'ne Aralık 2013-Eylül 2014 tarihleri arasında, pulmoner BT anjiyografiyle pulmoner emboli tanısı konularak yatışı yapılan 32 hasta [20 kadın, medyan yaş 63 yıl (31-87), medyan yatış süresi 10 gün (1-37)] prospektif olarak çalışmaya alındı. Hastalarda ilk hafta her gün daha sonra haftada 3 gün PRO-BNP, troponin-T, CRP düzeyleri ölçüldü.

Bulgular: Yirmi altı hasta (%81) taburcu olurken, 6 hasta (%19) kaybedildi. Kaybedilen ve hayatta kalan hastalar arasında demografik özellikleri ve ek hastalıklar açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Kaybedilen hastalar ile sağ kalan hastalar arasında giriş pro-BNP, troponin-T, CRP düzeyleri, kaybedilen hastalarda daha yüksek olma eğilimi göstermelerine karşın, istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Takip sırasında gözlenen maksimum pro-BNP (2023 pg/mL'ye karşı 4086, p<0,001), troponin-T (14ng/mL'ye karşı 31, p<0,05 ve CRP (37mg/dL'ye karşı 87, p<0,008) düzeyleri, kaybedilen hastalarda anlamlı derecede yüksek bulundu.

Sonuç: PE nedeniyle DYBÜ'ne yatırılan hastalarda izlem sırasında pro-BNP, troponin-T, CRP düzeylerinin yükselmesi mortalite ile ilişkili bulunduğundan, mortaliteyi öngörmek için kullanılabilir.

Anahtar sözcükler: CK-MB, CRP, mortalite, pro-BNP, pulmoner emboli,

PS 06

MEDİKAL HASTALARDA RENAL REPLASMAN TEDAVİLERİNDE BAŞLANGIÇ ZAMANININ MORTALİTEYE ETKİSİ

İskender Kara, Fatma Yıldırım, Esra Kayhan, Burcu Bilaloğlu, Melda Türkoğlu, Gülbin Aygencel

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

Amaç: Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) akut böbrek hasarı (ABH) %5-60 oranında görülür. Akut böbrek hasarı kritik hastalarda morbidite ve mortaliteyi artıran bir risk faktörüdür. Akut böbrek hasarı gelişen hastalarda renal replasman tedavisine (RRT) hangi kriterlere göre başlanacağı konusunda fikir birliği yoktur. Bu çalışmada yoğun bakım ünitemizde RRT'nin hangi kriterlere göre başlandığı ve RIFLE/ AKIN kriterlerini kullanarak başlatılan RRT uygulamalarının mortaliteye etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2009-Eylül 2014 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesine yatan ve yatış sonrası RRT ihtiyacı doğan hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Yatışta RRT tedavisi başlanmış olan, yatış RIFLE sınıfı "kayıp" ve "son dönem" olan ve 48 saatten daha kısa süre yatan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Yoğun bakım kayıtları incelenerek hastaların demografik özellikleri, yatış sebepleri, altta yatan hastalıkları, yatış ağırlık skorları, nefrotoksisite nedenleri, yatış ve RRT tedavisi başlanmadan önceki üre, kreatinin, sodyum, potasyum, fosfor, kan pH ve bikarbonat değerleri, idrar çıkımı, glomerül filtrasyon hızları (GFH), RIFLE ve AKIN sınıfları belirlenmiştir. Yoğun bakım sürecinde eklenen morbiditeler (mekanik ventilasyon, septik şok vb.) kayıt edilmiştir. Hastalar sağ kalan ve ölen hastalar olarak iki gruba ayrılmış; RRT başlama kriterleri açısından gruplar karşılaştırılmış ve farklar ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 68 hasta alınmıştır. Hastaların ortanca yaşı 66,5 yıl (54-76,7), %56,5'i erkektir. Hastalar en sık sepsis/septik şok nedeniyle (%67,6) yatmıştır. En sık rastlanan altta yatan hastalık kanserdir (%44). Aralıklı hemodiyaliz %63,2 hastaya uygulanırken, %50 hastaya devamlı veno-venöz hemodiyaliz uygulanmıştır. Hastalar en sık GFH düşüklüğü, oligüri ve hipervolemi nedeniyle diyalize alınmıştır. Hastaların %25'i RIFLE kriterlerine göre risk yok, risk ve hasar döneminde RRT'ye alınırken; %13,2'si ise AKIN kriterlerine göre evre 0 ve 1 iken alınmıştır. Çalışma grubundaki hastaların %81'i ex olmuştur. Sağ kalan ve ölen hastalar arasında APACHE 2, giriş-çıkış SOFA değerleri, yatış tanıları, ABH sebepleri, diyaliz modaliteleri, RRT'ye başlangıç kriterleri, RRT öncesi mekanik ventilasyon ve septik şok varlığı açısından anlamlı farklar bulunmuştur. RIFLE kriterlerine göre risk yok, risk ve hasar var iken RRT'ye alınan hastaların mortalitesi %53 iken, daha ileri evrede alınan hastaların mortalitesi %90'dır (p=0,001). AKIN 0 ve 1 iken RRT'ye alınan hastaların mortalitesi %55,6 iken, daha ileri evrede RRT yapılan hastalarda mortalite %85'dir (p=0,038). RRT sırasında septik şokta olan hastalar ile, mekanik ventilasyon desteği alan hastaların mortalitesi daha yüksektir. Aralıklı hemodiyaliz uygulanan hastalarda mortalite %72 iken, devamlı veno-venöz hemodiyaliz uygulanan hastalarda %94'tür (p=0,006). Mortaliteye etkili risk faktörlerine çok değişkenli analiz uygulandığında ise hastalar RIFLE kriterlerine göre risk yok, risk ve hasar var evresinde iken RRT'ye alınırsa mortalite azalmakta (OR: 0,058), RRT esnasında mekanik ventilasyon desteğinde ise mortalite artmaktadır (OR: 9,48).

Sonuç: Yoğun bakım ünitelerinde ABH gelişen hastaların ne zaman RRT'ye alınacağı net değildir. Bu çalışmada RIFLE kriterlerine göre erken evrede hemodiyalize alınan hastalarda mortalite düşük bulunmuştur. ABH hastalarında mekanik ventilasyon desteği ve RRT'nin beraber uygulanması mortaliteyi artırmaktadır.

Anahtar sözcükler: Akut böbrek hasarı,renal replasman tedavileri, yoğun bakım ünitesi

PS 07

AKUT PANKREATİT HASTALARINDA RED CELL DISTRIBUTION WIDTH (RDW) HASTALIK ŞİDDETİNİ ÖNGÖREBİLİR Mİ?

Gürhan Taşkın¹, Mithat Eser², Murat Eser³, Ali Kılınc², Levent Yamanel¹

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

³Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Akut pankreatit (AP), pankreasın akut inflamasyonudur. AP hastalarının çoğu hafif pankreatit şeklinde seyir gösterir ki ki bu olgular çoğunlukla kendiliğinden iyileşir ve ölüm oranı %3'ün altındadır. Şiddetli AP ise göreceli olarak daha nadir görülmesine rağmen lokal ve sistemik komplikasyonların daha sık görülmesi ve ölüm oranlarının %17'ye ulaşması nedeniyle takip ve tedavinin odak noktasını oluşturur. Bu nedenle hastalığın seyrini tahmin edebilmek için AP şiddetini net bir şekilde ortaya koyabilmek önemlidir. Ancak halen hastalık ciddiyetini tam olarak belirleyebilecek uygun bir yöntem geliştirilememiştir. Biz bu çalışma ile akut pankreatit vakalarında hastalık şiddetini belirlemede ranson kriterleri ve başvuru RDW düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceledik.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2013 ve Aralık 2013 tarihleri arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları kliniğinde ve Ocak 2011 ile Aralık 2013 tarihleri arasında GATA İç Hastalıkları ve Yoğun bakım kliniklerinde AP tanısı ile yatırılarak takip edilen 98 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların Ranson kriterleri (hafif-orta-ciddi), demografik özellikleri, hospitalizasyon süresi, taburcu şekli, C-reaktif protein, başvuru esnasındaki RDW, lökosit, platelet, hematokrit, serum glukoz ve kreatinin düzeyleri değerlendirilmeye alındı.

Sonuç: Hastaların yaş ortalaması 58,6±18,9 ve ortalama yatış süresi 7,8±5,4 gün saptandı. %58,2 (n=57)'si bayan, %41,8 (n=41) 'i erkekti. Ranson kriterlerine göre hastalar; hafif %17,3 (n=17), orta %78,6 (n=77) ve ciddi pankreatit %4,1 (n=4) olarak sınıflandırıldı. Ranson kriterlerine göre hastalık şiddeti ve başvuru esnasındaki RDW düzeyi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Mortalite ve hastane yatış süresi ile RDW düzeyi arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Tartışma: Akut pankreatit pankreasın ciddi bir inflamasyonu olup halen prognozu öngörmeye kullanılmak üzere çeşitli parametreler çalışılmaktadır. Ranson skorlama sistemi hastalık ciddiyetini ortaya koymakla beraber duyarlılığı halen tartışılmaktadır. Literatürde bu ilişkiyi inceleyen ve RDW düzeyinin bu amaçla kullanılabileceğini gösteren sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Ancak bu çalışma ile, günümüze kadar yapılmış araştırmaların aksine, başvuru esnasındaki RDW düzeyi ile AP hastalık şiddeti arasında ilişki kurulamamıştır. Bu sonuç da bu ilişkinin güncellenmesi ve yeniden değerlendirilmesi gerekliliğini akla getirmektedir.

Anahtar sözcükler: Akut pankreatit, RDW, Ranson

PS 08

THE FINAL CAUSE OF CARDIAC ARREST IN BRAIN DEAD PATIENTS

Ahmin Kim, Hideaki Suzuki, Ayumi Kawasaki, Mariko Hotta, Mizuho Namiki, Munekazu Takeda, Tomoyuki Harada, Arino Yaguchi

Department of Critical Care and Emergency Medicine, Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japan

Introduction: Brain death has still not a common consensus as a human death in Japan. Especially, only case who wishes organ donation can be officially declared of brain death, and all therapies can be stopped after the declaration. However, the therapies are continued until cardiac arrest in cases without organ donations. Therefore the purpose of this study to find the final cause of cardiac arrest and their final conditions in brain dead patients through their clinical course.

Methods: Adult patients who were clinically diagnosed with brain death in our ICU from January 2011 to June 2014 were investigated. The clinical diagnosis of brain death is determined by clinical neurological examinations, electroencephalography, and the auditory brain-stem response test. The final causes of cardiac arrest are distinguished to by cardiac failure, by respiratory failure or by renal failure. Age, sex, primary diagnosis, Glasgow Coma Scale (GCS) at admission, the number of days from the diagnosis of brain death till cardiac arrest (days), the days of ICU stay, urine volume for the last 24 hours (ml), serum potassium levels (mEq/l), PaO₂ (mmHg) and PaCO₂ (mmHg) on the last day were evaluated. Values are expressed as mean±SD. Data were analyzed by

Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney U test and chi-square test. A $p < 0.05$ was considered as a statistically significant.

Results: Sixty patients (32 men, 28 women, age 67.3 ± 18.2) were clinically diagnosed with brain death. Primary diagnoses were 31 post cardiac arrest syndromes, 18 cerebrovascular diseases, and 11 traumatic subarachnoid hemorrhages. The final causes of cardiac arrest were 30 cardiac failures, 22 renal failures and 8 respiratory failures, although with the mechanical ventilator support. There were significant differences in the number of days from the diagnosis of brain death till cardiac arrest and serum potassium levels, urine volume for the last day between three groups of the final cause of cardiac arrest due to respiratory failure, cardiac failure and renal failure (18.1 ± 24.1 vs. 7.4 ± 11.9 vs. 7.2 ± 5.6 days, $p = 0.04$, 4.4 ± 1.1 vs. 4.1 ± 1.3 vs. 6.0 ± 1.6 mEq/l, $p = 0.0003$, 431 ± 620 vs. 1213 ± 1845 vs. 164 ± 210 , $p = 0.01$, respectively). Age, sex, primary diagnosis, GCS, the days of ICU stay, PaO₂ and PaCO₂ were significantly different between three groups.

Conclusion: The average life time in our study was shown around 10 days after the diagnosis of brain death. There were significantly longer days until final cardiac arrest which was caused by respiratory failure than by cardiac failure or renal failure. Many different observations in each case were shown such as urine volume or potassium level on the last day.

Key words: Brain death, the final cause of death, cardiac failure, respiratory failure, renal failure

PS 09

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ HASTANESİNDE YENİ AÇILAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE YATAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Atila Kara¹, Emine Yazıcı², Nurefşan Cihangiroğlu², Serpil Öcal¹, Ebru Ortaç¹, Arzu Topeli¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Onkolojideki yeni gelişmelerle kanser hastalarındaki mortalitede dramatik azalma izlenmiştir. Bununla birlikte tedavide kullanılan sitotoksik ve immünsüpresif rejimlerle birlikte ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle yoğun bakım ihtiyacı artmıştır. Bu nedenle bir yıl içerisinde onkoloji hastanemizde yeni açılan dahiliye yoğun bakım ünitemize yatan kanser tanılı hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 01.10.2013 tarihinde açılan 8 yataklı dahiliye yoğun bakım ünitesine yatan tüm hastaların verileri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesinde bir yılda yatan ve verilerine ulaşılan 167 hastanın 114'ünün kanser hastalığı vardı. Yüz on dört hastanın demografik özelliklerine bakıldığında %68,4'ü (n=78) erkek, %31,6'sı (n=36) kadın; yaş ortalaması (\pm standart sapma) $59 \pm 1,4$, APACHE II ortalaması $25 \pm 9,0$ olarak hesaplandı. Alta yatan hastalıklarında bakıldığında; %22 akciğer kanseri, %14 akut myeloblastik lösemi (AML), %11,4 lenfoma % 6,1 akut lenfoblastik lösemi ve %26,3 diğer solid organ kanseri olduğu görüldü. Yatış nedenleri arasında %56,1 solunum yetmezliği, %38,8 ağır sepsis yer almaktaydı. Hastaların gözlenen mortalitesi %59 idi. Ölen hastaların APACHE II ortalamaları yaşayanlara göre yüksekti ($27,1 \pm 8,9$; $23,1 \pm 8,7$ $p = 0,02$). Ölen

hastalarda yaşayanlara göre daha sık mekanik ventilatör desteği uygulanmıştı (%75, %39,1 $p < 0,001$). Lojistik regresyon analizinde mortaliteyi belirleyen tek bağımsız risk faktörü mekanik ventilatör desteği almaktı (OR:3,8 [1,6-8,9] $p = 0,02$). Solunum yetmezliği olan hastaların %67'si (n=43), sepsis olan hastaların %64'ü (n=29) eksitus oldu. Kanser türü yoğun bakım mortalitesi; akciğer kanseri %64, AML %75, meme kanseri %71 şeklinde idi. Kaplan Meier testi kullanılarak solid kanser ve hematolojik kanser 1 yıllık mortalite analizinde fark saptanmadı ($p = 0,385$).

Sonuç: Çalışmamızda onkoloji hastanemiz yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların mortalite oranı %59'dur. Mekanik ventilasyon uygulaması mortaliteyi etkileyen bağımsız risk faktörüdür.

Anahtar sözcükler: Yoğun bakım, kanser

PS 10

TISSUE OXYGEN ASSESSMENT FOR PATIENTS WITH SEVERE BRAIN INJURY

Roman Gal¹, Martin Slezak¹, Martin Smrcka², Andrej Mrlian²

¹Department of Anesthesia and Intensive Care, Medical Faculty of Masaryk University, University Hospital Brno, Jihlavská 20, Brno, Czech Republic

²Department of Neurosurgery, Medical Faculty of Masaryk University, University Hospital Brno, Jihlavská 20, Brno, Czech Republic

Objective: Multimodal monitoring is of vital importance in neurointensive care. In recent years, multimodal monitoring has gradually incorporated also the measurement of tissue oxygen in the brain tissue.

Methods: We present a study of 29 patients. All patients had severe brain injury (GCS \leq 7), 14 patients were treated with subdural haematoma, 4 with brain contusions, 5 with epidural bleeding and 6 patients were treated with diffuse axonal injury. All patients were initially implanted sensor for measurement of intracranial pressure (ICP), 14 patients were also monitored by a sensor for measuring PbtO₂ (system Licox). The data were recorded every hour. Patients were treated conservatively and surgically according to standard protocol of EBIC. Within the group, we analyzed the effect of different monitoring modalities and their combination in treatment strategy in these patients.

Symptoms: Studied variables were in the following ranges (mean \pm standard deviation): ICP 16.4 ± 5.8 mmHg, PbtO₂ 23.6 ± 6.3 mmHg, MAP 92.7 ± 11.4 mmHg. Statistical evaluation of the data (Pearson correlation coefficient) was found a high correlation between ICP and PbtO₂ with a correlation coefficient of 0.76. Total data was taken from measurement of 3 680 hours, the shortest record includes data from 68 hours, the longest of 183 hours. The group achieved these results by medical GOS: good recovery - 6 patients, moderate disability - 5 patients, severe disability - 7, vegetative state-6patients, death-5 patients.

Inferences: Measurement of PbtO₂ provides continuous quantitative data which assists to the correct management of treatment and important prognostic and pathophysiological data for the detection of secondary brain injuries. It was confirmed by a strong correlation between levels of PbtO₂ and ICP. More detailed assessment of the benefit measurement of tissue oxygen in the evaluation of outcome requires inclusion of a larger number of patients

Supported by grant from the Ministry of Health of the Czech Republic IGA MZCR n. NT12116-4.

Key words: Brain injury, multimodal monitoring, brain tissue oxygen

PS 11

PERCUTWİST TRAKEOSTOMİ DENEYİMİMİZ

Gürhan Taşkın¹, Emre Tekgöz², Levent Yamanel¹¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara²Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Trakeostomi tüm dünyada en sık uygulanan yoğun bakım prosedürlerinden biridir. Perkütan trakeostomi tekniklerinin her biri yöntemine ait bazı komplikasyon ve avantajlara sahiptir. Kliniğimizde son 10 ay içerisinde ultrasonografi (USG) eşliğinde rotasyonel dilatasyon (PercuTwist) metoduyla gerçekleştirdiğimiz trakeostomi işlemlerini retrospektif olarak gelişen komplikasyonlar açısından değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2014 ve Ekim 2014 tarihleri arasında GATA Yoğun Bakım BD. kliniğinde takip edilirken PercuTwist yöntemi ile trakeostomi işlemi uygulanan 15 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların trakeostomi işlem gününe ait verileri kanama (bası, elektrokoagülasyon veya sütürasyon gerektiren), hipertansiyon-hipotansiyon ve aritmi atağı, işlem esnasında not edilen teknik zorluk, enfeksiyona ait belirteçler (ateş, trakeostomi cildinde kızarıklık/akıntı, kültür vb.), pnömotoraks, pnömomediastinum, gastrik aspirasyon, subkutan amfizem, reentübyasyon, fistül gelişimi, havayolu kaybı (en az 20 sn) ve cuff kaçacağı (ilk 24 s için) açısından retrospektif olarak tarandı.

Bulgular: Hastaların %33,3 (n=5)'ü bayan, %66,6 (n=10) 'sı erkekti. Olguların %26,6 (n=4)'ünde işleme ait komplikasyon görülürken bunlar sırasıyla kanama %20 (n=3), hipertansiyon %6,66 (n=1), teknik zorluk %6,66 (n=1), trakeal longitudinal abrazyon %6,66 (n=1)'du. Sadece bir hastada teknik zorluk ile karşılaşıldı ve işlem sonrası elektrokoagülasyon gerektiren kanama görüldü ve bu kanamanın trakeal abrazyona bağlı olduğu tespit edildi. Diğer perkütan yöntemlerin de en sık komplikasyonu olan kanama 3 olgumuzda görülmüştür. Ancak sadece bir olgumuzda elektrokoagülasyon gerektirmiş diğer iki olgumuzda ise lokal bası ile kontrol altına alınabilen grade 1 kanama görülmüştür. Bu durum göz önüne alındığında komplikasyon gelişen hasta sıklığı ise %13,33 (n=2) saptanmıştır.

Tartışma: Perkütan trakeostomi metodları yoğun bakımlarda uzun dönem mekanik ventilasyon gerektiren hastalarda sıkça kullanılmaktadır. PercuTwist tekniği kısa sürede gerçekleştirilmesi ve küçük cilt insizyonunun yeterli olması ile cerrahi tekniklere göre oldukça avantajlıdır. Ayrıca PercuTwist metodu USG rehberliğinde uygulandığında da kabul edilebilir komplikasyon riskine sahiptir.

Anahtar sözcükler: PercuTwist, trakeostomi, komplikasyon

PS 12

2013 YILI DAHİLİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ İNVAZİV ARAÇ İLİŞKİLİ İNFEKSİYON HIZI VE ETKEN DAĞILIMLARI

Nazlı Pazar¹, Yasemin Pekru¹, Hüsnüye Karadağ¹, Gülcan Çulha¹, Uluhan Sil², Sait Karakurt³, Volkan Korten²¹Marmara Üniversitesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, İstanbul²Marmara Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlar özellikle yoğun bakım ünitelerinde daha sık mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. Alta yatan hastalıklar ve uygulanan invaziv girişimler yoğun bakım ünitelerindeki hastaları enfeksiyonlara daha duyarlı hale getirmektedir. Çalışmamızın amacı hastanemiz dahili yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların invaziv araç ilişkili enfeksiyon hızlarının ve etken mikroorganizmalarının değerlendirilmesidir.

Yöntem: Hastanemiz dahili yoğun bakım ünitesinde yatan tüm hastalar Ocak-Aralık 2013 tarihleri arasında aktif, prospektif ve laboratuvara dayalı süreyans yöntemi kullanılmıştır. Enfeksiyon tanıları enfeksiyon kontrol hemşiresi ve hekimi tarafından değerlendirilerek CDC (Centers for Disease Control) tanı kriterlerine göre konulmuştur. 2013 yılı İnvaziv alet kullanım oranları ve 1000 alet gününe düşen enfeksiyon hızları ve etken dağılımları incelenmiştir.

Bulgular: Ocak-Aralık 2013 tarihleri arasında dahili yoğun bakım ünitesinde 323 hasta, 2733 hasta gününde izlenmiştir. Bu dönemde gelişen İnvaziv araç ilişkili enfeksiyon sayısı toplam 37 olup; VIP (ventilatör ilişkili pnömoni) sayı:32 hız:21.51, SVKl-Kl (santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu) sayı: 2 hız:2.12, Kl-ÜSE (kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu) sayı:3 hız:1.24 olarak tespit edilmiştir. Üniteye ait invaziv araç ilişkili enfeksiyon hızları National Healthcare Safety Network (NHSN) Report, Data Summary for 2011 ve 2013 yılı Ulusal Hastane Enfeksiyonları Süreyans Ağı (UHESA) Raporu ile karşılaştırılmıştır. NHSN verilerine göre SVKl-Kl ve VIP'te 90. persentilin üzerinde bulunmuşken Kl-ÜSE 25-50. persentil aralığında tespit edilmiştir. UHESA verilerine göre ise VIP'te 75-90. persentil aralığında iken SVKl-Kl 25-50. persentil ve Kl-ÜSE 10-25. persentil aralığında olduğu bulunmuştur. Etken dağılımında Ventilatör ilişkili pnömönide en sık görülen mikroorganizmanın Acinetobacter baumannii, santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonunda Staphylococcus aureus, üriner kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonunda ise Candida albicans olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Dahili yoğun bakım ünitesinde invaziv araç ilişkili enfeksiyonların büyük bölümünün ventilatör ilişkili pnömoni olduğu dikkati çekmiş ve Acinetobacter baumannii'nin sorun mikroorganizma olduğu görülmüştür. Yoğun bakım ünitelerinde sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların azaltılması hatta sıfırlanması için çok etkin enfeksiyon kontrol stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulamaya konularak etkinliğinin değerlendirilmesi gerektiği kanısına varılmıştır.

Anahtar sözcükler: İnvaziv araç, dahili yoğun bakım, enfeksiyon

PS 13

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ENTERAL BESLENME UYGULAMALARI VE KAYIT ALTINA ALMA SÜRECİ

Siddika Ersoy¹, Şükran Özkahraman Koç¹, İsmail Hakkı Ersoy²¹Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Isparta²Isparta Kamu Hastaneler Birliği, Isparta

Amaç: Araştırma yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin enteral beslenen hastalara yönelik uygulamalarının ve kayıt sistemlerinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmanın evrenini bir devlet hastanesinin nöroloji ve dahiliye yoğun bakımlarında çalışan 41 hemşire oluşturdu. Araştırmaya katılmayı kabul eden 39 hemşire

örneklem grubunu oluşturdu. Çalışmanın verileri araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen "Gözlem Formu" ile, aynı gözlemci tarafından 08-16 vardiyasında her hemşire ikişer gün gözlenerek toplandı.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan yoğun bakımlarda hastaların enteral beslenmesinde nazogastrik tüp kullanıldığı gözlemlendi. Örneklem grubundaki hemşirelerin nazogastrik sonda takılış tarihi ve kaçınıcı gününde olduğu, beslenme setinin günlük olarak değiştirildiği ve her set değişiminde setin üzerine tarih atıldığı ve bunların hepsini hemşire gözlem dosyasına kaydedildiği izlendi. Gözlenen tüm hemşirelerin yazılı bir beslenme protokolü bulunmamasına rağmen hastaların beslenmesine günde 4 kez yaklaşık 45 dakika ara verdiği ve sonrasında tekrar beslenmeden önce serbest drenaj yöntemi ile rezidü miktarı kontrol ettikleri saptandı. Ancak hemşirelerin %41,03'ünün gözlem süresince hastalar için hesaplanan günlük kalori miktarı için verilmesi gereken beslenme ürün miktarına ulaşmak için çaba harcamadığı belirlendi. Hemşirelerin %17,94'ünün rezidü kontrolü için kullanılan malzemelerin sterilizasyonuna dikkat etmediği ve rezidü sonrasında yıkama yapmadığı gözlemlendi. Hemşirelerin %28,21'inin beslemeye başlarken veya ilaç uygulaması öncesinde ya da düzenli aralarla tüpün yerini kontrol etmedikleri, %7,69'unun beslenmesinin devam ettiği sırada yatak başı yüksekliğinin uygunluğuna dikkat etmedikleri gözlemlendi. Ayrıca nazogastrik tüpünün tüp numarası ve tüpün dışarıda kalan uzunluğunun ne kadar olduğu hiçbir hemşire tarafından kayıt altına alınmadığı gözlemlendi.

Sonuç ve Öneriler: Bu araştırmanın sonucuna göre, nazogastrik sonda takılış tarihi ve kaçınıcı gününde olduğu, her gün değiştirilen beslenme setinin üzerine tarih atıldığı ve bunların hepsinin tüm hemşirelerce hemşire gözlem dosyasına kaydedildiği belirlendi. Bunun yanı sıra hemşirelerin yarısına yakınının hastalar için hesaplanan günlük kalori miktarına uygun beslenme ürününe ulaşmak için çaba harcamadığı gözlemlendi. Yoğun bakım kliniklerinde önemini giderek arttığı enteral beslenmede hemşirelerin kullandıkları beslenme ürünleri hakkında daha fazla bilgilendirilmelerinin gerektiğini düşünmekteyiz. Yoğun bakımda çalışan hemşirelere enteral beslenmenin önemini içeren sürekli eğitim programları düzenlenmesi gerekmektedir. Ayrıca hastanelerde hemşirelerin hastalara daha kaliteli bakım sunulabilmesi için standart enteral besleme protokollerinin oluşturularak bunların düzenli kullanıma sunulması gerektiğini önermekteyiz.

Anahtar sözcükler: Yoğun bakım, hemşire, enteral beslenme, kayıt

PS 14

AKUT SOLUNUM YETMEZLİĞİNDE ASV İLE PSV MODLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Aslıhan Yalçın, Pınar Güven, Şehnaz Olgun, Emel Eryüksel, Sait Karakurt

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Dual kontrol modları; solunum mekanikleri ve soluk eforuna göre davranan volüm hedefli basınç kontrollü modlardır. Adaptive Support Ventilation (ASV), konvansiyonel ventilatör modlarına göre daha güvenli ve etkin olduğu ileri sürülen, hedef volüme ulaşmak için gerekli basınç desteği veren bir dual kontrol modudur. Çoğunlukla cerrahi sonrası hastalar üzerinde denenmiştir. Değişik hasta gruplarında konvansiyonel modlara göre etkinliği hakkında yapılmış nadir çalışma vardır.

Amaç:

Primer Amaç: Solunum eforuna yanıtta ASV ile PSV modlarının etkinlik hızlarının karşılaştırılması.

Sekonder Amaç: Hastane yatış, mekanik ventilatörde kalma, weaning ve sağ kalım üzerine etkileri açısından ASV ve PSV modlarının karşılaştırılması.

Yöntem: Prospektif, gözlemsel olan bu çalışmada Eylül 2013-2014 tarihleri arasında çeşitli tanılarla mekanik ventilatörde izlenen hastalar çalışmaya alındı. Başlangıç, mekanik ventilatörün 1. ve 6.saat arter kan gazı, solunumsal yanıt ve respiratuar parametreleri değerlendirildi. Hastanede yatış, mekanik ventilatör, weaning süreleri ve sağ kalım durumları kaydedildi.

Bulgular: Toplam 90 olgunun 57'si (%63,3) ASV, 33'ü (%36,7) PSV modundaydı. 29 (%32,2) septik şok, 28 (%31,1) Tip II solunum yetmezliği, 14 (%15,6) Tip I Solunum Yetmezliği, 5 (%5,6) akut koroner sendrom, 4 (%4,4) kardiyojenik şok, 3 (%3,3) tümör lizis sendromu, 2 (%2,2) üst GIS kanama, 2 (%2,2)ARDS, 1 (%1,1) fulminan hepatit, 1(%1,1) nekrotizan pankreatit, 1'i (%1,1) ABY tanılı idi. Olguların 60'ı (%66,7) kaybedildi, 30'u (%33,3) yaşıyordu, sağ kalım ile mod arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($X^2=0,861$; $p=0,242 >0.05$). ASV ve PSV arasında mekanik ventilasyon yoğun bakım yatış, weaning ve sedatif süresi açısından anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). ASV grubunda ventilatör desteği başlangıcından itibaren 1. ve 6. saatlerde pH ve pCO_2 ve pO_2 ölçümünde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı iken PSV grubunda değildi ($p=0.008, 0.459, 0.041, 0.012$).

Sonuç: Solunum ihtiyacını karşılamada değişik hasta gruplarında ASV PSV'ye göre daha kısa sürede daha etkin sonuçlar verebilir.

Anahtar sözcükler: ASV, PSV, Dual mod

PS 15

BONZAI KULLANIMINA BAĞLI TEKRARLAYAN DİFFÜZ ALVEOLAR HEMORAJİ

Pınar Güven, Bülent Demirelli, Aslıhan Yalçın, Özgür Atmaca, Emel Eryüksel, Sait Karakurt

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Bonzai; keyif verici etkisinden dolayı kötüye kullanımı yaygın olan, sentetik bir kanabinoit reseptör antagonistidir ve eroin-kokain ile aynı grupta yer alan sentetik uyuşturuculardan biridir. Kronik bonzai kullanımına bağlı solunum depresyonu, diffüz alveolar infiltratlar gibi nadir akciğer toksisiteleri bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda, Bonzai kullanımı sonucu tekrarlayan, yoğun bakım yatışı gerektiren diffüz alveolar hemorajî olgusunu radyolojik ve klinik olarak irdelemeyi amaçladık.

Olgu: Bilinen bonzai kullanımı olan, 8 ay önce hemoptizi nedeniyle hastanemiz acil servisine başvurup dış merkez yoğun bakımda entübe olarak izlenme öyküsü olan hasta, hemoptizi ve nefes darlığı şikayetleri ile acil servise başvurmuş. 2-3 gün önce bonzai kullanımı öyküsü olan hasta acil serviste değerlendirilmiş. Hastanın iki gündür başlayan, günde yaklaşık 200 ml kadar olan ağızdan kan gelmesi şikayeti mevcut olup beraberinde 2 gündür eforla nefes darlığı tariflemekteymiş. Acil serviste yapılan fizik muayenesinde genel durum orta, bilinç açık-koop-

re, GKS:15,TA:135/75 mmHg, SS:40/dk Nb:90/dk, sO2:%85 (oda havasında) imiş. Solunum sistemi değerlendirmesinde hasta takipneik,yardımcı solunum kası kullanımı mevcut ve solunum sesleri dinlemekle yaygın ince ralleri mevcut, diğer sistem muayenesinde özellik tespit edilmemiş. Acil serviste çekilen toraks BT'de bilateral orta ve alt loblarda yaygın alveolar hemoraji ile uyumlu konsolidasyon alanları görülmüş. Takipneik seyreden, toraks BT'de yaygın alveolar hemoraji bulguları olan hasta yakın takip amaçlı dahili yoğun bakım ünitesine devir alındı. Gelişinde GKS:15,TA:140/95 mmHg, ss:38/dk, Nb:73/dk, sO2:%88 (oda havasında) idi.Solunum sesleriyle dinlemekle bilateral ince ralleri mevcuttu. Hasta 5 lt/dk O₂ altında nazal kanülle takibe alındı. Medikal tedavisi traneksamik asit ve sıvı tedavisi olarak düzenlendi. Hastanın 8 ay önceki yoğun bakım yatışı sorgulandığında, o dönemde masif hemoptizi şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurduğu,hemoptizisinin daha fazla olması nedeni ile entübe edilerek dış merkez yoğun bakıma sevk edildiği öğrenildi. PACS sisteminden daha önceki toraks BT'leri incelendiğinde bilateral yaygın alveolar hemoraji ile uyumlu görünümü olduğu izlendi. Hastanın madde kullanımı sorgulandığında ilkokul yıllarından itibaren madde kullanımı öyküsü olduğu, ilk dönemler tiner, bali, esrar gibi maddeler kullandığı, son iki yıldır bonzai kullandığı öğrenildi. Hasta ilk yoğun bakım yatışı sonrası bonzai kullanımına 1 ay kadar ara vermiş,sonrasında yarı dozda kullandığı halde daha fazla etki ettiğini hissettiğini belirtmekte idi. Yoğun bakımdaki izleminde hemoptizi tekrarlamayan, takipnesi gerileyen hasta psikiyatri poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Kullanımı giderek artan bonzai kullanımının sık yan etkileri sersemlik hissi, çarpıntı,baş dönmesi, bulantı – kusma, irritabilite, konuşmada güçlük gibi semptomlar olmakla birlikte literatürde sadece bir adet hemoptizi ve alveolar hemoraji ile bildirilen vaka mevcuttur. Hemoptizi ile başvuran olgular solunum yetmezliği ve aspirasyon riski nedeni ile yoğun bakımda yakın takip gerektirmektedir.

Anahtar sözcükler: Alveolar hemoraji, bonzai, hemoptizi

PS 16

BİYOARTİFİSYAL KARACİĞER VE TERAPÖTİK HİPOTERMİ İLE TEDAVİ EDİLEN AKUT FULMİNAN HEPATİT OLGUSU

Aslıhan Yalçın, Pınar Güven, Can Turan, Emel Eryüksel, Sait Karakurt

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Akut karaciğer yetmezliği akut hepatosit fonksiyon kaybı, sistemik inflamatuvar yanıt ve multiorgan yetmezliği ile seyreden, morbidite ve mortalitesi yüksek bir tablodur. Erken aşamada hasar geri dönüşümlü iken saatler içinde intrakraniyal basınç artışı, organ yetmezliği, şok nedeni ile hasta kaybedilebilir. Transplantasyon en etkin tedavi yöntemidir. Uygun donör bulunamazsa bu hastalar %80 kaybedilir. Transplantasyona kadar zaman kazanabilmek için uygulanan biyoartifisyel karaciğer sistemleri ve terapodik hipotermimin tedavide yeri hala tartışmalıdır. Biz akut B hepatiti nedeni ile yoğun bakımımıza yatıp, saatler içinde fulminan tablo gelişen ve uygun donör bulunamadığı için transplantasyon yapılamayan hastamızın ilginç seyrini paylaşmak istedik.

Olgu: Otuz iki yaşında, kadın, bir haftadır olan bulantı, kusma yakınmaları ile acil servise başvurmuş, akut B Hepatiti, ensefalopati tablosu ile yoğun bakım ünitemize alındı, 1 saat içinde Grade III ensefalopati tablosu ile entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Klinik ve laboratuvar

olarak hızla kötüleşen hasta transplantasyon ekibi tarafından değerlendirildi, karaciğer transplantasyonuna karar verildi, acil çağrı ile beklemeye alındı. Uygun donör bulunmadı, beyin ödemi tablosu gelişen hastaya mannitol, hipertonic sıvı başlandı, hipokapni sağlandı. Yatışının 3. gününden itibaren toplam 3 seans albumin diyalizi MARS® uygulandı laboratuvar düzelme sağlandı. Beyin ödemi için 24 saat terapodik hipotermi uygulandı. Toplam 10 gün boyunca klinik tablosu benzer devam eden hastanın 11. gün sonunda bilinci açıldı, 14. günde ekstübe edildi. Yatışının 18. gününde yoğun bakım ünitesinden taburcu edildi. Taburculuğunun 6. ayında olan hasta normal günlük yaşantısına devam etmektedir.

Sonuç: Akut karaciğer yetmezliğinde uygun donör ve transplantasyon koşulları sağlanamasa bile; biyoartifisyel karaciğer sistemleri ve terapodik hipotermi zaman kazanmak değil aynı zamanda tedavi amaçlı kullanılabilir

Anahtar sözcükler: Akut karaciğer yetmezliği, biyoartifisyel karaciğer, terapodik hipotermi

PS 17

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINDA EVDE NON-İNVAZİV MEKANİK VENTİLASYON: OBEZİTE VARLIĞININ ETKİSİ NEDİR?

Nalan Adıgüzel, Hilal Altınöz, Cüneyt Saltürk, Gökay Güngör, Özlem Moçin, Huriye Takır, Feyza Kargın, Merih Balcı, Zuhal Karakurt

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOA) evde non-invaziv mekanik ventilasyon (NIV) hiperkarbi geliştiğinde önerilmektedir. Kronik solunum yetmezliği (KSY) ile evde NIV kullanımı KOAH hastalarında olumlu etkileri bilinmektedir. KOAH'da kaşeksi kötü prognostik iken bu hasta grubunda bilgi sınırlıdır. Bu çalışmada; obez KSY olan KOAH hastalarının kısa ve uzun dönem pulmoner fonksiyon parametreleri ve sürvileri obez olmayanlarla karşılaştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Geriye dönük gözlemsel kohort çalışma. Ocak 2008-Ağustos 2013 yılları arasında önceden KOAH tanısı alarak evde NIV kullanma endikasyonu ile NIV cihazı yazılan ve en az 12 ay takibi Göğüs Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi yoğun bakım polikliniğinde yapılan hastalar çalışmaya alındı. Hastalar beden kitle indeksi (BKI) 30 kg/m² üzeri ve altı olmak üzere gruplandı (grup 1: BKI ≥ 30, grup 2: BKI < 30). Hastaların demografik özellikleri, ek hastalıkları, cihaz sonrası ilk ay kontrolündeki arter kan gazı (AKG), solunum fonksiyon testleri (SFT), hemogram ve sürvileri poliklinik dosyalarından kayıt edildi ve gruplar karşılaştırıldı. Sürvi analizi kaplan-meier testi ile yapıldı.

Bulgular: Ortalama yaş 65±10 olan 162 hasta (32 kadın) çalışmaya alındı. Grupların yaş, cinsiyet ve ek hastalıkları benzer idi. İlk ay ve son ay AKG değerleri gruplarda benzer idi (tablo 1). SFT değerleri ilk kontrolde grup 1'de anlamlı olarak daha iyi idi (tablo 2). Uzun dönem takiplerde sürvi açısından gruplar arasında fark yok idi.

Sonuç: Kronik solunum yetmezliği nedeni ile takip edilen obez KOAH hastalarında obez olmayanlara göre daha iyi solunum kapasitesine sahip olup uzun dönem sürvileri benzerdir.

Anahtar sözcükler: KOAH, obezite, NIMV

PS 18

KOLŞİSİN İNTOKSİKASYONU NEDENİ İLE ARDS VE DİSSEMİNE İNTRAVASKÜLER KOAGÜLASYON: OLGU SUNUMU**Aslıhan Yalçın, Pinar Güven, Özgür Atmaca, Emel Eryüksel, Sait Karakurt***Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Giriş: Kolşisinin intihar amaçlı aşırı doz alımı genellikle mortal seyreder. Hastalar çoklu organ yetmezliği ve dissemine intravasküler koagülasyon tablosu ile gelebilir. Nadiren Akut Respiratuar Distres Sendromu(ARDS) görülebilir.

Olgu: Yirmi dört yaşında kadın hasta, FMF tanısı ile kullanmakta olduğu kolşisin 0.5 mg tabletlerden intihar amaçlı 12 tablet aldıktan sonra başlayan ishal, bulantı, kusma şikayetleriyle dış merkez acil servise başvurmuş. Akut karaciğer yetmezliği ile yoğun bakım ünitemize sevk edilmiş. ARDS, rADomiyoliz, hepatik yetmezlik ve Dissemine intravasküler koagülasyon (DİK) tablosunda kabul edildi. İntihar girişimi sonrası parmağıyla kasmaya çalışırken sol tonsil arka bölgesinde şiddetli kanama mevcuttu, entübe edilerek mekanik ventilatörde, ARDS protokolü ile izlendi. Pansitopeni tablosu ile gelen hastanın kranial görüntülemelerinde yaygın mikrokanamalar tespit edildi, takibinde nötropenik ateş ve septik şok tablosun gelişti. Uygun antibiyoterapi, hidrasyon ve replasman ile yatışının 5. gününde kanamaları kontrol altına alınabildi. 7. Günde septik şoktan çıktı. RADomiyoliz sonrası şiddetli kas güçsüzlüğü gelişen hastaya rehabilitasyon desteği verildi. Yatışının 14. gününde ekstübe, 20. gününde yoğun bakımdan taburcu edildi. Hastane taburculuğu sonrası 6. Ayda normal günlük yaşantısına devam etmekte.

Sonuç: Kolşisinin intihar amaçlı düşük dozlarda alındığında bile şiddetli klinik tablolara neden olabilir. Erken müdahale ve destek tedavi hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar sözcükler: Kolşisin, ARDS, DİK

PS 19

REKRÜTMENT MANEVRASI SONRASI GELİŞEN İNTRAKRANİYAL KANAMA**Şükrü Tekindur¹, Memduh Yetim², Hasan Kunduz¹, Serkan Şenkal¹, Oğuz Kılıçkaya¹, Ahmet Coşar¹**¹GATA, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara²Van Asker Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Van

Giriş: Akut respiratuar distres sendromu (ARDS) yönüyle risk altında olan hastalarda düşük tidal volüm ve yüksek PEEP ile koruyucu akciğer ventilasyonu tedavinin en önemli yönünü oluşturmaktadır. Bununla birlikte recruitment manevraları ile akciğerdeki fonksiyon görmeyen/atelektazik alveollerini açmak ve bu alveollerin açık kalmasını sürdürmek en temel stratejilerden birisi haline gelmiştir. Bu amaçla 30-45 saniye süre ile havayolunda sürekli pozitif basınç (CPAP) uygulanması ve PEEP'in kademeli olarak düşürülmesi ve uygun değerlere titrasyonu klinik pratikte kullanılan recruitment yöntemlerinden birisidir.

Olgu Sunumu: Yanık merkezinde takip edilen 33 yaşındaki erkek hasta solunum sıkıntısı nedeniyle yoğun bakım kliniğimize alındı. Hastanın fizik

muayenesinde iki taraflı akciğer seslerinde azalma, raller ve akciğer grafisinde bilateral yaygın infiltrasyon mevcuttu. Kan gazında pO_2/FiO_2 (P/F) oranı: 80 mmHg olarak hesaplandı. Klinik bulgular sonucunda hastada ARDS geliştiği düşünüldü. Entübe edilen hasta sedatize edilerek volüm-kontrol modunda düşük tidal volüm ile akciğer koruyucu ventilasyon uygulandı. Hastaya gerektiğinde nöromusküler blokaj sonrası 35 cmH_2O basıncında 30-45 sn süreli rekrutment manevrası uygulandı. Hastanın 2. gününde P/F oranı: 250 mmHg olarak hesaplandı. Hastanın 3. günde serum Na^+ değeri ve idrar çıkışları artmaya başladı. Ayrıca anizokori gelişmesi üzerine intrakraniyal bir patoloji olabileceği düşünülerek kraniyal BT çekildi. Yapılan değerlendirmede intrakraniyal kanama tespit edildi. Tüm sedatif ajanlar kesilmesine rağmen spontan solunumu gelmeyen ve tüm beyin sapı refleksleri negatif olan hastada beyin ölümü geliştiği tespit edildi. Hastada 4. gün arrest gelişti ve hasta eksitus kabul edildi.

Tartışma ve Sonuç: Bu hastada rutin tetkikler ile intrakraniyal kanamaya neden olabilecek herhangi bir sistemik koagülasyon patolojisi tespit edemedik. Yaptığımız değerlendirmelerde yüksek PEEP uygulamasının intratorasik basıncı artırarak dolaylı yoldan intrakraniyal basıncı artırabileceği ve özellikle anevrizma, arteriovenöz malformasyon gibi alta yatan bir patoloji varlığında kanamaya neden olabileceğini düşündük. Bu nedenle rekrutment manevralarını uygulayacak klinisyenlerin özellikle hastada bilinen bir intrakraniyal patoloji (anevrizma, arteriovenöz malformasyon, kafa travması, vb) varsa daha dikkatli davranmaları gerektiği kanısındayız.

Anahtar sözcükler: ARDS, intrakraniyal kanama, mekanik ventilasyon, rekrutment

PS 20

GLANZMANN TROMBASTENİLİ İKİZ KARDEŞLERDE DİFFÜZ ALVEOLER HEMORAJİYE BAĞLI GELİŞEN HİPOKSEMİK SOLUNUM YETMEZLİĞİ**Durdu Mehmet Yavşan, Hanife Caner, Resul Altuntaş, Mustafa Göktepe, Emine Karataş, Pinar Doğan, Turgut Teke, Kürşat Uzun***Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Konya*

Giriş: Alveoler Hemoraji, alveoler kapillerlerden kaynaklanan kanamanın alveol içinde birikmesi olarak tanımlanan klinik ve patolojik bir sendromdur. Alveoler hemoraji sendromu hemoptizi, anemi, diffuz radyolojik pulmoner infiltratlar ve bazen ciddi olabilen hipoksemik solunum yetmezliği bulgularıyla karakterizedir. Bu bildiriye Glanzmann Trombastenisinde postoperatif dönemde, nadir görülen diffüz alveoler hemoraji ve buna bağlı hipoksemik solunum yetmezliği nedeni ile yoğun bakım ünitesinde medikal ve noninvaziv mekanik ventilasyon (NIMV) uygulanarak tedavi edilen ikiz kardeşler sunulmuştur.

Olgu: İlk olgu karın ağrısı nedeniyle acil servise başvuran ve yapılan tetkiklerinde hemorajik over kist rüptürü saptanan kadın doğum tarafından opere edildikten bir gün sonra nefes darlığı öksürük ve beraberinde ağızdan kan gelmesi yakınması olması üzerine tarafımıza konsülte edilen 23 yaşında Glanzmann Trombastenisi olan kadın hasta idi. Hastanın fizik muayenesinde takipnesi (28/dk), taşikardisi (115/dk) solunum seslerinde dinlemekle bilateral alt alanlarda inspiratuar ralleri mevcuttu. Hastanın akciğer grafisinde bilateral orta ve alt alanlarda non homojen gölge

koyuluğu artışı olması nedeni ile çekilen Toraks High Resolution Computed Tomography (HRCT)'de bilateral akciğer parankim alanlarında yaygın düzensiz konturlu nodüle benzer opasiteler ve minimal plevral effüzyon ile uyumlu bulgular saptandı. Arter kan gazı (AKG): pH: 7.44, pCO₂: 28.8 mmHg, pO₂: 44.6 mmHg, HCO₃: 19.3 mmol/L, O₂Sat: %74, pO₂/FiO₂: 123 olan ve WBC: 7.5, Hgb: 7.6 g/dL, Hct:26.5, Plt: 184.000 tesbit edilen hasta diffüz alveolar hemoraji ve hipoksemik solunum yetmezliği tanıları ile yoğun bakım ünitesine alındı. Hastaya steroid (1 mg/kg/gün) ve profilaktik antibiyotik tedavisi ile birlikte NIMV başlandı. İlk 2 gün toplam 16 saat NIMV tedavi sonrası dramatik şekilde klinik ve radyolojik düzelmeye sağlanan hasta yatışının 6. gününde taburcu edildi. Diğer olgu ise ilk olgunun ikiz kardeşi olup, önceki olgudan yaklaşık 1 yıl sonra karın ağrısı yakınması ile acil servise başvuran ve yapılan tetkiklerinde hemorajik over kist rüptürü saptanan hasta kadın doğum tarafından opere edildikten bir gün sonra nefes darlığı, öksürük ve beraberinde ağızdan kan gelmesi yakınması olması üzerine tarafımıza konsülte edilen 23 yaşında Glanzmann Trombastenisi olan kadın hasta idi. Hastanın fizik muayenesinde takipnesi (24/dk), taşikardisi (120/dk) solunum seslerinde dinlemekle bilateral alt alanlarda inspiratuar ralleri mevcuttu. Hastanın akciğer grafisi ve Toraks HRCT incelemeleri kız kardeşinin bulgularına benzer olup AKG: pH: 7.38 mmHg, pCO₂: 30.3 mmHg, pO₂: 36 mmHg, HCO₃: 17.8mmol/L, O₂Sat: %70, pO₂/FiO₂: 100 saptanan ve WBC: 11.6, Hgb: 8.2, Hct: 26.9, Plt: 212.000 tesbit edilen hasta diffüz alveolar hemoraji ve hipoksemik solunum yetmezliği tanıları ile yoğun bakım ünitesine alındı. İlk olgu ile benzer şekilde hastaya steroid (1 mg/kg) ve profilaktik antibiyotik tedavisi ile birlikte NIMV başlandı. İlk 2 gün 12 saat NIMV uygulanan hasta yatışının 6. gününde klinik ve radyolojik düzelmeye sağlanması üzere taburcu edildi.

Sonuç: Glanzmann Trombastenili hastaların postoperatif dönemde alveoler hemoraji gelişebileceği ve buna bağlı olarak akut hipoksemik solunum yetmezliğine yol açabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Diffüz alveoler hemoraji, Glanzmann Trombastenisi, solunum yetmezliği, NIMV

PS 21

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ VE HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROM İLE PREZENTE OLAN BRUCELLA OLGUSU

Can Turan, Aslıhan Yalçın, Pınar Güven, Özgür Atmaca, Bülent Demirelli, Emel Eryüksel, Sait Karakurt

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş: Hemolitik üremik sendrom (HUS) trombositopeni, mikroanjiyopatik-hemolitik anemi ve akut böbrek yetmezliği ile karakterize klinik durumdur. Atipik HUS genellikle shiga toksin kaynaklı olmayan bakteriyel, viral ya da parazitik enfeksiyonlar gibi bir tetikleyici sonrasında ortaya çıkmaktadır. Biz bu olguda aHUS sonucu akut böbrek yetmezliği gelişen Brusellozlu bir hastayı sunmak istiyoruz.

Olgu: Bilinen kronik bir hastalığı olmayan 48 yaşındaki erkek hasta başvurusundan 10 gün önce olan ve 3 gün süren sulu kansız ve mukussuz dışkılama, ateş ve beraberinde olan halsizlik öyküsü vermektedir. Öyküsünde ilaç kullanımı ve seyahat öyküsü bulunmamaktaydı. Fizik muayenesinde bilinç açık, non-koopere ve dezoryante olan hasta uykuya meyilli ve takipneik idi. Solunum seslerinde bazallerde ince raller mevcuttu. Hastanın kranial BT ve MR tetkiklerinde bir patoloji saptanmadı.

Anemi, trombositopeni ve kreatinin yüksekliği tespit edilen hastanın DIC skoru 3 bulunarak DIC tanısı dışlandı. Periferik yaymasında fragmente eritrositler bulundu ve retikülosit sayısı %3 olarak tespit edildi. ADAMTS 13 düzeyi normal (1.1 ug/mL) ve inhibitör negatif olarak bulundu. Hasta trombotik mikroangiopati ve aHUS tanılarını servise yatırıldı. Hasta diyalizle alınarak plazmaferesis tedavisi planlandı. Hastanın bilinç durumunun kötü olması üzerine plazmaferesis ve diyaliz tedavisine yoğun bakım ünitesinde devam edildi. Hastaya yapılan tetkiklerde Brucella antijeni pozitif gelmesi üzerine rifampisin ve tetrasiklin tedavisi hastaya başlandı. Takibinde trombosit seviyeleri ve LDH düzeyi normale dönen hastanın kreatinin düzeyi düşerek idrar çıkışı sağlandı. Bilinç durumu giderek düzeldi ve normale döndü. Servis takibinden sonra taburcu edilen hasta poliklinik takiplerimize devam etmektedir.

Brusellaya bağlı atipik HUS gelişimi nadir olarak görülebilir, ciddi böbrek yetmezliği ve genel durum bozukluğu oluştuğunda yoğun bakımda izlemi gerekebilir.

Anahtar sözcükler: Atipik hemolitik üremik sendrom, bruselloz, akut böbrek yetmezliği

PS 22

PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ (PEG) İŞLEMİ ESNASINDA TESBİT EDİLEN GASTRİK MUKORMIKOZ: OLGU SUNUMU

Avşar Zerman, Burcu Başarık Aydoğan, Kamil Gönderen, Seriyye Memmedova, Müge Aydoğdu, Gül Gürsel

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

Giriş: Mukormikoz nadir görülen ve sıklıkla ölümlü sonuçlanan fırsatçı bir mantar enfeksiyonudur. Özellikle bağırsıklık sistemi baskılanan olgularda görülür. Rinoserebral, pulmoner, kütanöz, gastrointestinal ve dissemine olmak üzere başlıca beş klinik formu bulunmaktadır. Bağırsıklık baskılanmış olgularda genellikle diseminasyon veya pulmoner mukormikoz görülürken, rinoorbitoserebral form diyabetli olgularda daha sıktır. Kontrolsüz diyabet, lenfoma, lösemi gibi hematolojik maligniteler ve uzun süreli kortikosteroid veya immün süpresif tedavi mukormikoz için predispozan faktörlerdir. Yoğun Bakım Ünitesinde solunum yetmezliği ile takip edilen ve PEG işlemi sırasında tespit edilen gastrik mukormikoz saptanan olguyu paylaşmak istedik.

Olgu: Altmış sekiz yaşında; geçirilmiş serebro vasküler olay, Alzheimer hastalığı ve KOAH tanıları bulunan hasta bir ay önce dış merkezde KOAH atak ve pnömoni nedeniyle yatırılarak izlenmiş. Solunum örneklerinde saptanan Pseudomonas aeruginosa'ya yönelik imipenem tedavisi verilen hasta yaklaşık 2 hafta mekanik ventilasyon desteğinde izlenerek taburcu edilmiş. Öksürük, balgam miktarında artma ve giderek artan nefes darlığı şikayeti ile acil servisten yoğun bakım ünitemize kabul edilen hastanın yapılan değerlendirilmesinde; kan basıncı:150/90 mmHg, nabız:150/dk, solunum sayısı: 26/dk, vücut sıcaklığı: 36.8°C, SpO₂: %70 saptanan ve bilinç bulanıklığı olan hasta elektif entübe edilmiş. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin: 12.8 mg/dL, hematokrit: %42, trombosit: 354000 mm³, lökosit: 32000 mm³, glukoz: 199 mg/dL, üre: 19, kreatinin: 1.02, sodyum: 151, potasyum: 4, klor: 115, kalsiyum: 9.4, albümin: 2.4, AST: 38, ALT: 19, total bilirubin: 0.8 idi. Akciğer muayenesinde; her iki hemitoraksta sekretuar ralleri saptanmış. PA Akciğer grafisinde: sağ akciğer orta ve alt zonlarda ve sol akciğer üst zonlarda nonhojen dansite artışı görülmüş.

Hastaya piperasilin-tazobaktam ve siprofloksasin tedavisi başlanmış. Hasta Yoğun Bakım ünitemize solunum yetmezliği, KOAH, pnömoni tanılarıyla yatırıldı. Acil serviste başlanan mevcut antibiyotik tedavisine devam edildi. Klinik takiplerinde genel durumu iyi olan hasta yatışının 2. gününde eküstübe edildi. Yutma muayenesi yapılan hastanın gıdaları aspire ettiği görüldü. PEG açılması önerildi. Gastroenteroloji bölümünde yapılan üst gastrointestinal endoskopide; korpus orta kesimde, ön duvarda yerleşimli, ortası ülserle yaklaşık 3 cm çaplı kitle lezyonu izlendi, pilor komşuluğunda intestinal metaplaziye düşündüren soluk mukozal alanlar izlendi. Hastada ön tanı olarak Mide karsinomu düşünüldü ve PEG açılması uygun görülmedi. Patoloji sonucunda ülserasyonlar içeren invaziv mucormycosis saptanan hasta enfeksiyon hastalıklarına danışıldı ve tedavisi düzenlendi. Yoğun bakım ihtiyacı olmayan hasta idame tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

Sonuç: Nadir görülen mukormikozis, sıklıkla bağışıklık sistemi baskılanmış olgularda görülmektedir. Literatürde immünkompetan olgularda da görülebileceği belirtilmiştir. KOAH atakları nedeniyle uzun süreli kortikosteroid kullanımı bulunan olgumuzun immunokompetan olabileceği düşünülmüştür. İnsidental olarak saptanan, endoskopik olarak malign görünümülü ülserle lezyonlarda mukormikozis akıldan bulundurulması gereken bir tanıdır.

Anahtar sözcükler: Yoğun bakım, mukormikoz, immünkompetan

PS 23

YANIK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ EDİLEN KADINA ŞİDDET MAĞDURU YÜZ YANIKLI HASTALARIMIZ; ÜÇ OLGU NEDENİYLE

Hakan Ahmet Acar¹, Oğuzhan Kılavuz², Ayşenur Boztepe², Özgül Yasan³

¹Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yanık ve Yara Tedavi Merkezi, Genel Cerrahi, İstanbul

²Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yanık ve Yara Tedavi Merkezi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

³Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yanık ve Yara Tedavi Merkezi, Yanık Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlu Hemşireliği, İstanbul

Amaç: Ülkemizde son yıllarda kadına şiddet katlanarak artmaktadır, konuya dikkat çekmek amacıyla, yanık yoğun bakım ünitemizde tedavi ettiğimiz üç olgumuzu sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem: Kadına yönelik şiddet, kadının toplumdaki ikincil konumuna dayalı olarak kadına uygulanan her türlü şiddet eylemi ya da tehdidi olarak tanımlanmaktadır. Kadına şiddet psikolojik, cinsel, ekonomik, fiziksel olarak uygulanabilmektedir. Fiziksel şiddetin en vahşisi, yakıcı maddelerle bedene zarar vermektir. Genellikle yüz bölgesi seçilmekte, mağdurların yüzlerinde ağır yanıklar oluşmakta ve bu hastalar yanık yoğun bakım ünitelerinde tedavi görmektedirler. Hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi.

Bulgularımız:

Olgu 1: A. C. Kadın, 25 yaşında. 14.05.2013 tarihinde amcası tarafından üzerine benzin dökülerek yakılmasıyla yüz, boyun, gövde ön-arka yüz, her iki üst ekstremit ve ellerde oluşan toplam %45, 3 derece alev yanığı nedeniyle yanık yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Yüz yanığı nedeniyle entübe edilen hastaya, her iki üst ekstremitde sirküler yanığı nedeniyle eskeratomi uygulandı. Hastaya 6 kez otogreft ameliyatı yapıldı. Greft

kayıpları gelişen hastada, 32. gününde septik şok sonucu gelişen çoklu organ yetmezliğiyle eksitus gelişti.

Olgu 2: G. Ç. Kadın, 35 yaşında. 05.04.2014 tarihinde eşinin üzerine benzin dökerek yakmasıyla, yüzünde, saçlı deride, her iki el ve parmaklarında toplam %6, 2-3 derece alev yanıkları oluşmuş. Hasta yüz ödem nedeniyle entübe edildi. 7. günde eküstübe edildi. Hergün sedo-analjezi eşliğinde debrütman ve pansumanı yapılan hasta, 15.04.2014 tarihinde yanık servisine alındı. Hastaya 21.04.2014 tarihinde yüz ve ellerine otogreft ameliyatı yapıldı. Hasta 06.05.2014 tarihinde taburcu edildi. 6 aydır poliklinik takipleri yapılan hastanın yüz yanığı izi, çehrede sabit iz bırakacak özelliktedir. 6 aydır eski işine dönememiş ve aile bütünlüğünü sağlayamamıştır. Psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastanın aşırı kaygı nedeniyle, tedavisi devam etmektedir.

Olgu 3: Z. S. Kadın, 43 yaşında, Suriye'li mülteci. 08.08.2014 tarihinde eşinin üzerine kızgın yağ dökmesi üzerine yüz, saçlı deri, gövde ön yüz, her iki üst kol ve ellerde toplam %12, 2-3 derece yanıkları oluşmuş. Yüz ödemi nedeniyle entübe edilerek yanık yoğun bakım ünitesine yatırıldı. 4. günde yüz ödeminin gerilemesi üzerine eküstübe edildi. Yabancı dil nedeniyle iletişim zor kurulan hastayla, tercüman aracılığıyla iletişim kuruldu. Her gün yanıklarına sedo-analjezi eşliğinde debrütman ve pansuman uygulandı. Üç seans otogreft ameliyatı uygulandı. Hasta 25.08.2014 tarihinde yanık servisine alındı. 16.09.2014 tarihinde taburcu edilen hastanın erken estetik sonuçları, yüzünün eski güzelliğine kavuşamayacağı şekildedir. Hastanın tedavi gördüğü dönemde ağır çökkünlük içinde olduğu gözlemlenmiş ve psikolojik destek sağlanmıştır.

Sonuç: Kadına şiddetin bir şekli olan yanıcı madde ile zarar verme üç olgumuzda da görüldüğü gibi daha çok yüz bölgesine uygulanmaktadır. Bu saldırı şeklinin altında yatan düşünce, kadının yüzünü tanınmayacak hale getirmek ve ömür boyu sabit eserle yaşamaya mahkum etmek olduğunu sanıyoruz. Bize düşen görev, kadına şiddeti durdurma çalışmalarını yanında, bu şekilde yaralanmış kadınlarımızı topluma daha az sekilli olarak yeniden kazandırmak için tedavi yöntemlerimizi geliştirmemiz olacaktır.

Anahtar sözcükler: Kadına şiddet, yanık yoğun bakım, yüz yanıkları

PS 24

İNHALASYON YANIĞINA BAĞLI GELİŞEN AKUT SOLUNUM SIKINTISI SENDROMU

Memduh Yetim¹, Şükrü Tekindur², Adil Öztürk², Yeşim Arslantürk², Oğuz Kılıçkaya², Ahmet Coşar²

¹Van Asker Hastanesi, Van

²GATA, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: İnhalasyon yanığı, buhar, duman, sıcak hava, alev ve toksik gaz inhalasyonu sonucu solunum sisteminde mukozal hasar oluşmasıdır. İnhalasyon hasarı sonucu akciğer ödemi, hipoksi, ventilasyon/perfüzyon uyumsuzluğu, hava yolu rezistansında artma, pulmoner kompliyansa azalma ile pulmoner vasküler rezistans artışı ve atelektazi gelişir. Enfeksiyon (pnömoni) riski artar ve sonuçta akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) gelişebilir. Bu tür pulmoner komplikasyonlar yanık hastalarında mortalite ve morbiditenin yükselmesinden sorumludur. İnhalasyon hasarı, yanıkta mortalitenin yanık yüzdesi ile birlikte en önemli nedenlerinden biridir ve erken dönemde saptanması komplikasyonların öngörülebilmesi açısından önem taşır.

Olgu Sunumu: Yirmi bir yaşında erkek hasta, yüz ve boynun tamamını kaplayan ve inhalasyon yanığı olan %20 yanık tanısıyla Yanık Merkezi'mizde takip ve tedavisi yapıyordu. Çoklu antibiyotik ve antifungal medikasyon alan hasta 0,3 mcg/kg/sa remifentanil sedasyonu altında mekanik ventilatörde entübe şekilde takip edilirken pO₂/FIO₂ (P/F) oranı 96 (58/60), pCO₂: 60, SaO₂: 91, MV: 15 lt olması üzerine ciddi ARDS tanısıyla yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Ultiva sedasyonuna propofol infüzyonu eklenerek volüm-kontrol modda düşük tidal volüm ve yüksek PEEP ile akciğer koruyucu ventilasyona başlandı. Hastaya saat başı rekruitment manevrası uygulandı. Günlük spontan soluma denemeleri sonrası 3. gün P/F oranı 180 ölçüldü ve propofol sedasyonu kesildi. Beşinci gün P/F oranı 240 ölçüldü ve remifentanil sedasyonu stoplandı. Hastanın oryantasyon ve kooperasyonunun tam olması üzerine 5. gün ekstübe edildi; saat başı 10 dk maske ile pozitif basınçlı ventilasyon uygulandı. Hastaya erken dönemde kontraktür ve deformiteleri önlemeye yönelik, geç dönemde ise ambulasyon ve fonksiyonel hareketlerin tekrar kazanılmasına yönelik rehabilitasyon uygulandı. Hasta 7. gün yanık merkezine geri nakledildi ve yanık merkezinden 3 hafta sonra evine taburcusu yapıldı.

Tartışma: İnhalasyon hasarında erken mekanik ventilasyon kararı ve uygun mekanik ventilasyon stratejileri hayat kurtarıcı olabilir. ARDS yönünden risk altında olan hastalarda, düşük tidal volüm ve yüksek PEEP ile akciğer koruyucu mekanik ventilasyon stratejisi benimsenmelidir. Ciddi ARDS tedavisinde yakın takibin çok önemli olduğu asla unutulmamalıdır. Tedavilerinde uygun sıvı resüsitasyonu, yanık alanlarının bakımı, cerrahi tedavi ile yanık alanlarının kapatılması gibi ana tedavilerinin yanında; sepsis ve enfeksiyon ile mücadele, inhalasyon yaralanmasının tedavisi, beslenme desteği ve rehabilitasyon gibi ek tedavilere de gereksinim vardır. Bu nedenle yanıklı hastaların tedavilerinde, multidisipliner yaklaşım hasta sağ kalım oranını arttıran önemli bir tedavi prensibidir.

Anahtar sözcükler: ARDS, inhalasyon yanığı, mekanik ventilasyon

PS 25

ASTIMLI DİFFÜZ ALVEOLER HEMORAJİ OLGUSU

Sultan Şıvgın Til¹, Seval İzdeş¹, Orhan Küçükşahin², Derya Hoşgün¹, Ayşe Zorlutuna³

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

²Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

³Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara

Giriş: Yoğun bakımda diffüz alveoler hemoraji ile izlediğimiz bir olguyu sunmak ve ayırıcı tanısını literatür bilgisi ışığında tartışmak istedik.

Olgu: Altmış dört yaşında kadın hasta; halsizlik, nefes darlığı, öksürük, sağ tarafta göğüs ağrısıyla başvurmuş. Fizik muayenesinde; bilateral orta, sol alt zonda ral, ronkus duyulmuş, sağ bazalde solunum sesleri alınmamış. Özgeçmişinde 5 yıldır astım, alerjik rinit, hipertansiyon, diyabetes mellitus, abdominal aort anevrizması olan hastanın vitalleri hafif sinüs taşikardisi ve periferik oksijen saturasyonu düşüklüğü dışında normalmiş. Akciğer grafisinde, bilateral yaygın infiltrasyon, sağ bazalde dansite artışı, toraks tomografisinde sağda plevral efüzyon, bilateral yaygın parankimal periferden başlayan infiltrasyon alanları saptanmış. Hasta pnömoni, kalp yetmezliği ön tanılarıyla YB'da, aralıklı noninvaziv mekanik ventilasyon(mv), seftriakson ve klaritromisin tedavisi ile izleme alındı. Torasentezde, sağda hemotoraks saptandı, tüp torakostomi uygulandı.

Hastanın hipoksisi derinleşince entübe edildi, invaziv mv'a geçildi. Trakeal aspirasyonlarında yoğun hemoraji mevcuttu. Hipoksisini düzeltmek için, ARDS mv protokolü uygulandı. Laboratuvar incelemelerinde; RF(22.2 IU/mL) ve IgE (914 IU/mL) yüksekliği mevcuttu. Gaitada parazit yoktu. Viral pnömoni etkenleri, ANA, p-ANCA, c-ANCA ve ARB tetkikleri negatif, koagülasyon testleri ve faktör düzeyleri normaldi. Bronkoalveoler lavaj (BAL) incelenmesinde, alveoler makrofaj ve bronş epitel hücreleri, arada aktive nötrofil lökositler mevcuttu, eozinofil izlenmedi. Alveoler hemoraji nedeniyle biyopsi alınmadı. Kültürlerinde üreme olmadı. Diğer olası nedenler dışlanıp Churg Strauss sendromu (CSS) ön tanısıyla, üç gün 1 gr iv metilprednisolon (idamesinde 1 mg/kg), 5 kez gün aşırı plazmaferez uygulandı ve hastada klinik ve radyolojik olarak düzelme gözlemlendi, alveoler hemoraji azaldı. Bir haftalık izlemede enfeksiyon olmaması, alveoler hemorajinin az da olsa devam etmesi ve hastanın mv'den ayrılmaması nedeniyle 1 gr siklofosamid iv tedavisi uygulandı. İki gün içerisinde hastada klinik düzelme gözlemlendi, akut faz reaktanları geriledi. Ancak siklofosamid tedavisinden yaklaşık on gün sonra pansitopeni gelişti, filgrastim verildi. Kültürlerinde üreme olan hasta, geniş spektrumlu antibiyoterapiye rağmen septik şok nedeniyle kaybedildi.

Tartışma: Pulmoner kapillerit; küçük damar vaskülitlerinin hayatı tehdit eden tutulumudur. Diffüz alveoler hemoraji en ciddi kliniğini oluşturur. CSS, küçük ve orta büyüklükteki damarları tutan, karakteristik olarak hipereozinofili, dokularda eozinofil infiltrasyonu ve granülom formasyonu ile seyreden sistemik nekrotizan vaskülitir. Akciğer tutulumu bütün vakalarda mevcuttur. CSS, nadir görülen bir hastalık olması ve sistem tutulumları olgudan olguya değişmesi sebebiyle tanıda güçlük yaşanan bir patolojidir. American Collage of Rheumatology 6 tanı kriterinden 4 tanesinin var olması CSS tanısı koydurur: astım, eozinofili (normalin %10'unundan fazla), paranasal sinüzit, PA akciğer grafisinde gezici infiltrasyonlar, ekstravasküler eozinofillerle seyreden histolojik vaskülit kanıtı, mononüritis-multipleks veya polinöropatidir. Olgumuzda alveoler hemorajinin diğer nedenleri ekarte edildikten sonra, periferik kanda eozinofili olmamasına ve ekstravasküler eozinofil infiltrasyonunun gösterilememesine rağmen, IgE yüksekliği, astım ve alerjik rinit öyküsü, alveoler hemoraji ve akciğer görüntülemesinde periferden başlayan gezici konsolidasyonların olmasına dayanarak CSS olduğunu düşündük ve tedavisinde gecikmemek için hızla agresif tedaviye başladık ve yanıt aldık. CSS'in nadir görülmesi, geniş olgu serilerinin ve çalışmaların bulunmaması, hastalığın seyrinin de olgudan olguya farklılık göstermesi nedeniyle tansisinin gözden kaçtığı, bu nedenle olgumuzun literatüre katkıda bulunacağı kanısındayız.

Anahtar sözcükler: Astım, Churge-Strauss sendromu, diffüz alveoler hemoraji

PS 26

BETA BLOKER VE KALSİYUM KANAL BLOKERİ ZEHİRLENMESİNDE İNTRAVENÖZ LİPİD TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Zuhal Güllü¹, Nazlıhan Boyacı², Elif Yayla³, Lale Karabıyık³

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Kalsiyum kanal blokerleri ve beta bloker ilaçlar hipertansiyon tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Kalsiyum kanal bloker-

leri; beta bloker ve alkol ile birlikte kullanıldığında dolaşım sistemi üzerindeki etkileri şiddetleneyeceği için tedavi dozlarında bile ciddi zehirlenme bulgularına ve ölüme neden olabilirler. Akut olarak alındığında günlük tedavi dozlarını aşan dozların tümü toksik kabul edilir ve tedavi dozunun 2-3 katında yaşamı tehdit edici bulgular görülür. Bu olgu sunumunda, alkolle birlikte özkıyım amaçlı aşırı dozda beta bloker ve kalsiyum kanal blokeri alan hastanın tedavisinde intravenöz lipid infüzyonunun öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu: Otuz iki yaşında kadın hasta özkıyım amaçlı ilaç aşırı alımı tanısı ile dış merkez acil servisine başvurmuş. Hastanın hipotansiyonu ve hipoksemisi mevcuttu. Hastaya acil serviste mide lavajı, aktif kömür, Ca glukonat yapılmış. Sıvı desteği ve vazopressör ilaç ile insülin ile tamponize edilmiş dekstroz başlanmış. Solunum sıkıntısı ve hemodinamik instabilite nedeniyle yoğun bakım ihtiyacı belirlenen hasta anestezi yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Hastanın ailesinden alınan anamnezde yaklaşık 12 saat önce bir parkta yarı baygın bulunmuş ve yanında amlodipin 10 mg ve karvedilol 25 mg kutuları bulunmaktaymış. Alkollü olduğu ve her iki ilaçtan yaklaşık 15 tane içtiği belirtildi. Hastanın yoğun bakıma kabulü sırasında fizik muayenesinde bilinç açık, koopere, oryante, uykuya meyilli, TA 76/42 mmHg, nabız 72/dk, solunum sayısı 24 /dk, ateş 36,5°C, sistem muayeneleri normal bulundu. Laboratuvar bulgularında Hb: 11,9, WBC 13800 arteriyel kan gazında hipoksemisi, metabolik asidozu ve hipokalsemisi mevcuttu. Yoğun bakıma yatışının 10. saatinde ilaç alımının 24. saatinde solunum sıkıntısı arttığı için mekanik ventilasyon uygulanarak solunum desteği sağlandı. İlaç intoksikasyonuna yönelik iv glukagon tedavisi uygulandı. Yoğun bakım izlemi süresince vazopressör verilen hastada hipotansiyonun devam etmesi üzerine %20 intralipid infüzyonu uygulandı. Tedaviye yanıt alınan hasta yatışının 4. gününde taburcu edildi.

Sonuç: Kalsiyum kanal blokerleri ile zehirlenmeler, özellikle alkol ve beta blokerlerle birlikte alındığında tedaviye daha dirençli seyredebilir. Karvedilolün toksik eşik dozu >50 mg dir ve bu doz olgumuzda aşılmıştır. Karvedilolün yarı ömrü 7-10 saat iken amlodipinin yarı ömrü 30-50 saate kadar uzamaktadır. Bu iki ilacın kombinasyonu zehirlenme gelişen olgumuzda, ilerleyen saatlerde kalsiyum kanal blokerinin etkisi ön plana çıkmıştır. Standart tedavi yaklaşımlarının yanı sıra, vazopressör ve glukagon tedavisine rağmen önlenemeyen hipotansiyon lipid infüzyonuyla başarıyla tedavi edilebilmiştir. Kalsiyum kanal blokerleri ile zehirlenmelerde hipotansiyon uygulanan tedavilere dirençli olduğunda lipid infüzyon tedavisi denenebilir.

Anahtar sözcükler: Beta bloker, kalsiyum kanal bloker, intoksikasyon, intravenöz lipid

PS 27

SEPTİK ŞOK SONRASI TANI ALAN SKLEROZAN ENKAPSÜLE PERİTONİT

Leyla Talan¹, Göksel Güven¹, Gülden Yılmaz², Defne Altıntaş¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Sklerozan enkapsüle peritonit (SEP), periton diyalizinin nadir ancak ciddi morbidite ve mortalite artışına yol açan, ciddi bir komplikasyondur. Kanıtlanmış tek risk faktörü periton diyalizinin uygulanma süre-

sidir. Tanı klinik bulgular ve radyolojik yada patolojik olarak barsak enkapsülasyonunun gösterilmesine dayanır. SEP, diyaliz kataterinin takılmasıyla başlayan fibrotik sürecin sonucudur. Genellikle tanısı ileri fibroza bağlı gelişen yapışıklıklar nedeniyle tekrarlayan ileus atakları ve malnütrisyon ile konur. Tedavisinde beslenme desteği önemlidir. İleri olgularda cerrahi olarak enterolizis uygulanabilmektedir.

Klinikte tüberküloz peritoniti ön tanısıyla izlenirken kardiyak arrest gelişen, yoğun bakım ünitesine (YBÜ'ne) devralınan ve SEP tanısı konulan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Elli bir yaşında, kronik böbrek yetmezliği nedeniyle 11 yıldır periton diyalizi yapan hasta YBÜ'ne kabulünden 1 ay kadar önce karın ağrısı, ishal ve ateş şikayetleriyle nefroloji polikliniğine başvurmuş, peritonit tanısı konularak hastaya 21 gün süreyle oral antibiyotik tedavisi verilmiştir. Tedavi bitiminden 1 hafta sonra şikayetleri tekrarlayınca nefroloji servisine yatırılmıştı. Asit sıvısının drenajı için kateter yerleştirilerek örnekler alınmış, iv antibiyotik tedavisi başlanmıştı. Çoklu antibiyotik tedavileri altında ateş ve CRP yüksekliğinin devam etmesi, kültürlerinde üreme saptanmaması üzerine ampirik olarak antifungal ve dördü anti-tüberküloz tedavi eklenmiş. İzlemede hemodiyaliz sırasında arrest olan hasta KPR sonrasında YBÜ'ne devralındı. Kabulünde entübeydi, Glaskow koma skoru 13, kan basıncı 86/61 mmHg (norepinefrin ile), nabız 116/dk idi. Lökosit sayımı 18800/mL, CRP>500 mg/dL, prokalsitonin 14,64 ng/mL idi. Belirgin elektrolit imbalansı yoktu.

Enfeksiyon odağına yönelik tetkiklerinden abdominal BT görüntülemesinde batında asit, peritoneal kalsifik kalınlaşmalar, atrofik böbrekler, omental dansite artımları, mide komşuluğunda loküle olmaya eğilimli sıvı koleksiyonları tespit edildi. Alınan periton sıvı kültürlerinde üreme olmadı, ARB boyamaları negatifti. Tüberküloz lehine bulgusu olmayan hastanın anitüberküloz tedavisi kesildi. Tüberküloz peritoniti, mezotelyoma ön tanılarıyla genel cerrahi tarafından periton biyopsisi yapıldı. Cerrahi sırasında barsakların enkapsüle olduğu gözlenen hastanın patoloji sonucu kronik inflamasyon ve yoğun fibrin birikimi olarak sonuçlandı. Malignite yada tüberküloz lehine bulgu saptanmadı. Antibiyotik tedavisi kademeli olarak kesildi. İzleminde tekrar ateş yüksekliği olmadı; CRP, prokalsitonin değerleri geriledi. Ekstübe edilen hasta servise devredildi.

Sonuç: Sunulan olgu ateş, karın ağrısı ve ishal şikayetleri ile başvurmuş, önceden benzer şikayeti ve malnütrisyon bulgusu olmayan bir hastaydı. Bu nedenle hasta kabulünde SEP tanısı ilk etapta akla gelmemiştir. Uygulanan çoklu antibiyoterapiye rağmen ateş ve CRP yüksekliğinin devam etmesi ve tedavilerin kesilmesi ardından hastada ateş ve CRP yanıtı alınması ilaç ateşini bir olasılık olarak akla getirmiştir. Ancak cerrahi ekibin gözlediği bulgular ve patoloji sonucuyla SEP kriterlerini sağladığına karar verilmiş, ateş yanıtının aynı zamanda mikroabse odaklarının tedavi edilmiş olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar sözcükler: Ateş, septik şok, sklerozan enkapsüle peritonit

PS 28

CASE REPORT: UNEXPECTED BRAIN DEATH IN A 20-YEAR-OLD-MAN WITH CHIARI TYPE I MALFORMATION AFTER TRAUMA

İskender Kara, Fatma Yıldırım, Hamit Küçük, İsmail Katı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım Eğitim Programı, Ankara

The Chiari I malformation is a congenital anomaly of unknown origin consisting of caudal displacement of the cerebellar tonsils protruding

through the foramen magnum, whereas the brainstem and fourth ventricle remain in the cranial vault. We present a case of a sudden brain death of a 20-year-old adult man with trauma who subsequently was found to have a previously undiagnosed Chiari I malformation. Twenty-year-old man was admitted to emergency department due to dropping heavy objects on lower extremities and pelvis region. The patient's consciousness was clear, he was cooperative and oriented, his Glasgow coma skala was 15. In his cranium any lacerations, bruising, swelling weren't detected. Inferior extension of the cerebellar tonsils to the foramen magnum and syrinx in the lower cervical and thoracic spine compatible with the appearance of a cystic lesion cavity were detected in cranial computed tomography (CT). These findings were consistent with Chiari 1 malformation. Brain edema, intracranial hemorrhage or contusion were not detected.

The patient was admitted to the ICU and intubated because of superficial respiration. On the same day he was operated due to pelvic fractures. After operation, clinical deterioration of patient was seen. Spontaneous breath lost firstly within 12 hours. In cranial CT, edema of both cerebral hemispheres was detected. Apnea test of patient was positive. On suspicion of brain death, SPECT was taken and showed the absence of blood flow of patient brain. Sudden deaths related with Chiari type 1 malformation have been reported. However sudden brain death hasn't been found in the literature. In this case an asymptomatic hernia has been increased because of surgical trauma-induced brain edema and that is thought to predispose to the development of brain death.

Key words: Brain death, chiari type I malformation, trauma

PS 29

PREPAREDNESS OF HOSPITAL INTENSIVE CARE UNITS FOR CHEMICAL CASUALTIES

Gürhan Taşkın¹, Sermet Sezigen², Levent Yamanel¹, Levent Kenar²

¹Gulhane Military Medical Academy, Department of Intensive Care, Ankara

²Gulhane Military Medical Academy, Department of Medical CBRN Defense, Ankara

Objective: CBRN incidents are classified appropriately as "low frequency/high consequence" disasters. The last chemical attack which occurred on August 21, 2013 during the Syrian civil war showed that medical response including further diagnosis and treatment could be a natural bottleneck in healthcare systems after CBRN induced mass casualty situations.

Method: During the planning phase, medical planners should focus on further diagnosis and treatment of CBRN casualties including critical care in Role 3 and Role 4 advanced medical facilities where first aid, triage, medical decontamination, and supportive/definitive management are also performed. The Intensive Care Unit (ICU) is an essential component of medical management of CBRN casualties. These victims will require urgent interventions and prolonged critical care because of toxicological syndromes which threat especially the central nervous system, the cardiovascular system, and respiratory function.

Results: The treatment of CBRN casualties should reflect the conventional incident and casualty management paradigms with additional safety and treatment considerations. Intensive care staff should understand the interdependence between the toxic and traumatic occurrences and be aware of unpredictable threats which will determine the effective-

ness of medical response. Patients who will survive to be admitted to the ICU will be at risk of chemical intoxication and survival of special CBRN patients depends on vital protocols including antidote treatment, overdose usage of pharmacological resuscitation drugs, specific airway and respiratory considerations, and isolation of critically ill patients.

Conclusion: Rapid medical response including ICU approach has significant impact on recognition and treatment of CBRN casualties.

Key words: CBRN, chemical, intensive care

PS 30

BOTULİZM'E BAĞLI GELİŞEN ABORTUS OLGUSU

Pınar Güven, Serdar Özkök, Aslihan Yalçın, Emel Eryüksel, Sait Karakurt

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Botulismus, Clostridium botulinum nörotoksinlerinin nöromusküler bileşkede presinaptik ve otonom sinirlerin kolinerjik uçlarında asetilkolin salınımını irreversible olarak bloke etmesi ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Zehirlenme sıklıkla, ticari olanlardan çok, evde hazırlanan konserve ürünlerinin içerdiği bakterinin oral yolla alınmasıyla ortaya çıkar. Burada ev yapımı fasulye konservesinin yenmesinin ardından baş ağrısı, çift görme ve ardından missed abortus gelişen olgunun klinik bulguları sunuldu.

Olgu: Yirmi dokuz yaşında daha önceden bilinen hastalık öyküsü olmayan bayan hasta; 29.03.2014 tarihinde baş ağrısı ve çift görme şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş; herhangi bir patoloji saptanmamış. 4 haftalık gebeliği olan hastanın 30.03.2014 tarihinde vajinal kanaması olmuş. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'ne başvuran hastaya 31.03.2014 tarihinde missed abortus tanısı ile d/c uygulanmış, taburcu edilmiş. 01.03.2014 tarihinde baş ağrısı, çift görme şikayetlerine boğaz ağrısı, yutma güçlüğü, ses kısıklığı ve nefes darlığı şikayetlerinin de eklenmesi üzerine hasta acil servisimize başvurmuş. Semptomatik tedaviler önerilerek taburcu edilmiş. 02.04.2014 tarihinde benzer yakınmalarla hasta tekrar acil servise başvurmuş. Muayenesinde; bilinci açık, koopere, oriente. Ateş: 37.1°C SS: 40/dk TA:143/86 mmHg, So2:%96. Bilateral pitozisi mevcut. Orofarenks doğal, ses kısıklığı mevcut, konuşma hipofonik.GAG refleksi yok. Diğer sistem muayeneleri olağan olarak değerlendirildi. Hasta acil serviste nöroloji kliniği'ne danışıldı. Kranial görüntülemelerinde patoloji saptanmadı. Çekilen EMG'sinde presinaptik nöromusküler kavşak defekti saptandı. Öyküsü derinleştirildiğinde 28.03.2014'de bozuk konserve yeme öyküsü de olduğu öğrenilen hastada ön planda akut botulizm düşünüldü. Bulber tutulum ve otonom bulgularının olması sebebi ile hasta yakın monitorizasyon amaçlı 02.04.2014 tarihinde Yoğun Bakım Ünitesi'ne alındı. Geldiği gün 2 doz botulismus antitoksini uygulandı ve hasta yakın takibe alındı. 04.04.2014 tarihinde hasta solunum sıkıntısı tarifledi. Gün boyunca takiplerinde hasta takipneik seyretti, AKG'nda hiperkapni gelişti. Hiperkarbisinin solunum kas tutulumu ile ilişkili olduğu düşünülerek hasta 05.04.2014 tarihinde entübe edildi. 06.04.2014 tarihinde fizik muayenede bağırsak sesleri yoktu, aşırı gaz distansiyonu nedeni ile karın ağrıları gelişti. Çekilen Abdominal BT paralitik ileus ile uyumlu saptandı, GIS kaslarının tutulduğu düşünüldü. Laksatif başlandı, parenteral beslendi. 09.04.2014 tarihinde barsak sesleri hipoaktif, gaita çıkışı oldu. 11.04.2014 tarihinden itibaren ventilatörde basınç ihtiyacı azaldı, T-tüp denemelerine başlandı. 14.04.2014 tarihinde hasta ekstube edildi, pitozisinin gerilediği gözlemlendi. 15.04.2014 tarihinde gözlerini tamamen açabilir hale geldi. 16.04.2014 tarihinde hasta Nöroloji servisine devredildi.

Sonuç: Botulizm, nadir görülen ölümcül bir paralitik sendromdur.

Botulinum toksini etkinliği en yüksek bakteri toksinidir. Tipik olarak akut, desenden, simetrik kas güçsüzlüğü ile giden bir tablo vardır. Bilinç açıktır, bulanık görme dışında duyu defisit yoktur. Düz kas paralizisi nedeni ile idrar retansiyonu ve ileus gelişebilir. Hava yolunu koruyamama nedeni ile entübasyon ve mekanik ventilasyon desteği gerekebilir. Tedavide botulizm şüphesi olan nörolojik belirtilerin şiddetli ve progresif olduğu her hastada zaman kaybetmeden antitoksin kullanılmalıdır. Bu olgu erken uygulanan botulinum antitoksini ve zamanında yapılan entübasyon hayat kurtarıcı olması nedeni ile önemli olduğu düşünülmüştür. Ayrıca literatürde botulizme bağlı abortus olgusu bulunmamaktadır.

Anahtar sözcükler: Botulizm, Botulismus antitoksini, abortus

PS 31

BLEOMİSİN'E BAĞLI AKCİĞER HASARINDA TEDAVİ? STEROİD VE İMATİNİB?

Göksel Güven¹, Leyla Talan¹, Aydın Çiledağ², Neriman Defne Altıntaş¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Akciğer toksisitesinin kullanımını sınırlandırmasına rağmen bleomisin, onkolojide sık kullanılan bir ajandır. Toksikite %10 civarında görülmektedir; ancak risk faktörü olmayanlarda ciddi toksisite %1'in altındadır. Tedavide steroidler önerilmektedir ancak ağır olgular için kabul görmüş tedavi yaklaşımı yoktur; literatürde imatinibe yanıt vermiş bir olgu bildirilmiştir. Bleomisine bağlı akciğer hasarıyla (BBAH) seyreden iki olgu sunulmaktadır.

Olgu 1: Kırk altı yaşında, 8 ay önce germ hücreli testis kanseri tanısı almış hasta, 4. kür BEP (bleomisin, etoposid, sisplatin) kemoterapisinden 45 gün sonra öksürük, nefes darlığı, plörotik tipte göğüs ağrısı ve 38,4°C ateşi olunca önce serviste, solunum sıkıntısı artınca yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) izleme alındı. Akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda retikülonodüler dansite artışı belirgindi. Bilgisayarlı tomografide (BT) bilateral alt loblarda subplevral alanlarda belirgin olmak üzere interstisyel dansite artışı ve muhtemel alveol rüptürüne sekonder pnömomediastinum saptandı. Olası enfeksiyona yönelik empirik antibiyotik tedavisi ve BBAH ön tanısıyla 1 mg/kg/gün metilprednizolon başlandı. İzlemede 3. haftada solunum sıkıntısı artan, takipnesi gelişen ve hipoksisi derinleşen hasta entübe edilerek 3 gün 2x250 mg metilprednizolon uygulandı. Pulse steroid sonrasında hipoksisinde belirgin düzelmeye gösteren hastaya, 15 gün sonra tekrar hipoksisinin derinleşmesi ve enfeksiyon etkenlerinin dışlanmasından sonra 3 gün süreyle 1x500 mg metilprednizolon verildi. Puls steroid tedavisi sonrasında hipoksisi düzelmeye eğilimde olan hastanın tedavisine 1x400 mg imatinib eklendi. İmatinib tedavisi ile dakika ventilasyonunda bir miktar artış saptanan hastanın 15 günde bir benzer şekilde puls steroid ihtiyacı oldu. 1 ay imatinib tedavisi kullanan hasta septik şok nedeni ile kaybedildi.

Olgu 2: Altmış dört yaşında kadın hasta, 2 ay önce Hodgkin lenfoma tanısı almış ve başlanan ABVD (adriamisin, bleomisin, vinblastin, dakarbazin)'nin ikinci kürü sonrasında metabolik komplikasyonlar nedeniyle servise yatırılmıştı. İkinci haftanın sonunda gelişen ateş, ani başlayan takipne, dispne ve hipoksi nedeniyle entübe edilerek YBÜ'ne kabul edildi. Kültürleri alınarak empirik antibiyoterapi başlandı. Çekilen toraks BT'de; bilateral akciğer alt loblarda daha belirgin olmak üzere yaygın buzlu cam alanları mevcuttu, enfeksiyon ve emboli lehine bulgu saptanmadı. Bulgular bleomisin toksisitesiyle uyumluydu. Pnömosistis pnömonezi ön tanısı ile 1mg/kg/gün metilprednizolon başlanmış olan hastaya 3

gün süreyle 1x250 mg metilprednizolon verildi. Steroid tedavisi sonrasında bir miktar düzelmeye olmakta beraber, izlemede hipoksisinin derinleşmesi nedeniyle toraks BT çekildi. Sağ pnömotoraks ve pnömomediastinum geliştiği görüldü. 1 ay sonra septik şok nedeni ile hasta kaybedildi.

Tartışma: Bleomisin toksisitesi uygulama sonrasında herhangi bir zamanda görülebilmektedir. Ciddi etkilenim nadir olmakla beraber henüz etkin bir tedavisinin olmaması, steroid dozu-süresi hakkında görüş birliği bulunmaması ve mortal seyretmesi nedeniyle önemlidir. Farklı immunsupresiflerle denemeler bildirilmiştir ancak etkinlikleri kanıtlanamamıştır. Sunulan olgularda farklı dozlarda steroid ve birinde literatürde bir olguda olumlu sonuç alındığı bildirilmiş imatinib kullanılmıştır ancak mortalite önlenememiştir.

Sonuç: Yeni olgu bildirimlerinden edinilecek tecrübelerle ileride BBAH'ın tedavisinde gelişmeler sağlanacağını düşünmekteyiz. Bu hasta grubunda tedavi edilebilecek enfeksiyon, emboli gibi nedenlerin dışlanması unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Bleomisin, akciğer hasarı, steroid, imatinib

PS 32

YOĞUN BAKIMDA MULTİPL KOT KIRIĞINA BAĞLI AĞRININ KONTROLÜNDE ETKİN BİR YÖNTEM: TORAKAL EPİDURAL ANALJEZİ

Bora Çakmak¹, Şükrü Tekindur¹, Memduh Yetim², Mehmet Burak Eşkin¹, Oğuz Kılıçkaya¹, Ahmet Coşar¹

¹GATA, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara

²Van Asker Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Van

Giriş: Ciddi multipl travmalı olgularda çoklu kot kırıkları yaygın görülmektedir ve bu hastalarda görülen pulmoner kontüzyon ve yaralanmalar ciddi morbidite ve mortalite nedenidir. Çoklu kot kırıklarına bağlı oluşan ağrı, yeterli solunum fizyoterapisine engel olduğundan, bu durum travma sonrası oluşan pulmoner hasarı daha da karmaşık hale getirebilmektedir. Torakal epidural analjezi özellikle göğüs cerrahisi ameliyatları sonrası ağrı kontrolünde altın standart olarak kabul edilmekte ve sıklıkla kullanılmaktadır. Biz bu yazıda araç içi trafik kazası sonrası multipl kot kırığı olan hastanın ağrısını kontrol altına alabilmek için uyguladığımız torakal epidural analjezi deneyimimizi paylaşacağız.

Olgu Sunumu: Araç içi trafik kazası geçiren 42 yaşındaki hastanın bilateral multipl kot kırıkları ve pelvis kırığı mevcuttu. Yapılan ilk müdahalenin ardından hemopnömotoks nedeniyle iki taraflı göğüs tüpü takılan hasta ileri tetkik ve tedavi için yoğun bakım kliniğimize alındı. Hasta oksijen desteğinde spontan solunumda takip edildi. Hastanın kot kırıklarına bağlı oluşan ağrı yeterli solunum fizyoterapisi yapılmasına engel olmaktaydı. İstirahat halindeyken VAS: 5, solunum fizyoterapisi sırasında ve öksürürken VAS: 8 idi. Ağrı yönetimi için hastaya T7 seviyesinden torakal epidural kateter takıldı. VAS>3 olduğunda hastaya, epidural kateterden klinik protokolümüze uygun olarak daha önce hazırlanan solüsyondan (4 ml %0,5 marcaïne, 1 ml fentanyl, 5 ml SF) 5 ml bolus olarak verildi. Hastanın nefes alırken, solunum fizyoterapisi sırasında ve öksürürken oluşan ağrısı kontrol altına alındı (istirahatte VAS:1-2, solunum fizyoterapisi sırasında ve öksürürken VAS: 2-4). Ağrısı kontrol altına alınan hastada solunum fizyoterapisi etkin bir biçimde uygulanabildi, hastada solunumsal başka bir komplikasyon gelişmedi ve 5. gün göğüs tüpleri çekildi.

Tartışma ve Sonuç: Multipl travma sonrası çoklu kot kırıklarına bağlı ağrı, solunumsal fonksiyonda azalmaya ve pulmoner morbiditede ve mortalitede artışa neden olabilir. Sistemik narkotik analjezikler sedasyon, solu-

num depresyonu ve öksürük refleksinin baskılanması gibi yan etkilere neden olabilmektedir. Solunum depresyonu riski narkotik analjeziklerin kullanımını sınırlamaktadır. Multipl kot kırığı olan hastaların ağrı yönteminde kullanılan birkaç metod vardır. Bunlardan biri de torakal epidural analjezidir. Epidural analjezi ile sağlanan ağrı kontrolünde hastalar opioid ve diğer sistemik analjeziklere bağlı gelişebilecek sistemik yan etkilerden korunmakta ve daha etkin bir ağrı kontrolü sağlanarak solunum fizyoterapisini daha etkin uygulayabilmektedirler.

Anahtar sözcükler: Kot kırığı, Solunum fizyoterapisi, Torakal epidural analjezi.

PS 33

REKTAL TÜPE SEKONDER GELİŞEN REKTUM HASARI

Koray Altun¹, Zerrin Özçelik¹, Yücel Gültekin², Seda Banu Akıncı¹

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Bağırsak perforasyonlarının sık karşılaşılan nedenleri travmatik ve iyatrojenik yaralanmalar, yapışıklıklara bağlı delinmeler, tümörler, striktür ve divertiküler hastalık olarak sayılabilir. Rektal tüpe bağlı gelişen perforasyonlar nadir olmakla beraber, mekanik travma rektal tüpün kontrolsüz olarak itilmesine bağlı oluşabilir. Biz de rektal tüp takılma sonrası rektal hasar gelişen hastayı sunmayı amaçladık.

46 yaşında, yatağa bağımlı erkek hastanın özgeçmişinde 10 yaşından beri kas güçsüzlüğü, serebellar ataksi tanısı almış. Ateş ve solunum sıkıntısı ile acil servise gelen hastanın akciğer grafisinde sağ alt zona konsolide alan görüldü. Takipneik ve hipoksik olan hasta entübe edilerek aspirasyon pnömonisi tanısı ile yoğun bakım ünitesine kabul edildi. 1 gün süre ile sedatize edildi. Yatışının 11. günü trakeostomi, 15. günü gastrostomi açıldı. Gastrostomi sonrası hemogloblin değerleri düşen hastanın aktif kanama odağına rastlanmadı. Abdominal distansiyon gelişen hastaya, dekompresyon amaçlı rektal tüp takıldı. 17. gün karın muayenesinde defans, rebound görüldü. PEG takılmasına bağlı kolon yaralanması düşünülen hastaya çekilen Abdominal BT'de intraAbdominal serbest hava ve sıvı, rektosigmoid düzeyde muhtemel hemorajik içerik ve kalibrasyon artışı görüldü. Endoskopide patoloji saptanmadı. Gastrostomi kateterinden kontrast madde verildi ve kateterin mide de sonlandığı teyit edildi ancak gastrokolik ligamentten geçtiği anlaşıldı. 19. gün rektal tüp çekildi. 24. gün yapılan kolonoskopide 10-20 cm arasında lümeni çepeçevre saran ülserovegetan kitle ile infiltre olduğu izlendi. Mukoza 15 cm den itibaren lümenin ortadan bir web ile ikiye ayrıldığı izlendi. Kitle çevresindeki mukozaya normaldi. Kitleden alınan biyopsi eksüda, nekrotik materyal olarak değerlendirildi. 25.gün Abdominal BT'de rektum duvarında ödem ve intramural hava izlendi. Cerrahi girişim düşünülmeyen hasta konservatif olarak takip edildi. Takiplerinde septik şok gelişen hasta, uygun antibiyotik başlanması ve sepsis protokolü uygulanmasına rağmen yatışının 48. günü ex oldu.

Klinik tanı kolon perforasyonun büyüklüğüne, perforasyon olan kolon segmentine, perforasyonun oluşum mekanizmasına, peritoneal kirlenmeye, alta yatan kolon patolojisine ve hastanın klinik durumuna göre değişir. Bulgu ve belirtiler perforasyon anında, gecikmiş veya asemptomatik olabilir. Perforasyonun gecikmiş bulguları genel olarak kolonoskopiden sonraki ilk 72 saatte görülür. Genel olarak bakıldığında perforasyon bul-

guları genel veya lokalize karın ağrısı, bulantı-kusma, ateş, nefes darlığı, göğüs ağrısı, skapular ağrı ve boyun ağrısıdır. Fizik muayenede defans ve rebound, karında distansiyon saptanır. Hastanın vital bulgularında taşikardi ve hipotansiyon, laboratuvar bulgularında lökositoz, C-reaktif protein (CRP) yüksekliği saptanabilir. Radyolojik bulgular; havanın barsak duvarına ekstrasvazasyonu, peritoneal kavitede serbest hava, retroperitonda serbest hava görünümü olabilir. X-ray grafilerde görülen havanın miktarı ile klinik arasında ilişki olmayıp pnömoperitoneum yokluğunda dahi perforasyon bulunabilir. Bu durumda batın tomografisi çekilmelidir.

Sonuç olarak rektal tüpe bağlı gelişen hasar, alta yatan hastalıklara, hekimlerin tecrübesine bağlı olarak değişir. Rektal tüpe sekonder rektal hasar mortaliteyi arttıran ciddi bir komplikasyondur. Özellikle kronik yoğun bakım hastalarında olası tanı konmamış rektal kitle açısından rektal tüp uygulaması dikkatli yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Perforasyon, rektal tüp, rektum

PS 34

PULMONER KALSİFLAKSİ VAKA SUNUMU

Özgür Atmaca, Pınar Güven, Aslıhan Yalçın, Can Turan, Emel Eryüksel, Sait Karakurt

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş: Kalsifik üremik arteriopati olarak da bilinen kalsiflaksi genel olarak son dönem böbrek yetmezliği veya renal transplantasyon sonrası hastalarda görülen deri ve subkütan dokularda yavaş ilerleyen nekroz ile karakterize bir durumdur. Etiyolojisi tam olarak anlaşılammakla beraber aterosklerotik kas iskelet sistemi, gastrointestinal sistem, akciğer, kalp ve en sık ciltte küçük damarlarda intimal hiperplazi, medial kalsifikasyon, tromboz ve nekroz ile karakterizedir. Tekrarlayan enfeksiyon ve sepsis, kötü prognoz ve ölümün esas nedenidir.

Olgu: Bu vaka sunumunda 30 yıldır kalp yetmezliği ve atriyal fibrilasyon (AF) (2001 yılında pacemaker takılmış; Ejeksiyon Fraksiyonu: %35) 7 yıldır da kronik böbrek yetmezliği (KBY) nedeniyle periton diyalizi yapılan 75 yaşında bir kadın hastadan bahsedilecektir. KBY'si olan ve AF için warfarin tedavisi alan hastanın önce sağ uylukta daha sonra her iki bacak ve sol ön kolda (Görüntü-2) olan morarma ve sertlik ve nekrotik lezyonlar nedeniyle yapılan biyopside kalsiflaksi saptanmış ve sodyum tiyosülfat tedavisi almak üzere merkezimize sevk edilmiş. Hastaneye geliş K:4.7 mEq/L, Na:137 mEq/L, Ca:8.5 mg/dL, Fosfor: 4.48 mg/dL. Hastanın hemodiyaliz sırasında hipotansif ve vazopressör ihtiyacı olması nedeniyle dahili yoğun bakım ünitesinde takip edilmesi uygun görüldü. Yoğun bakım izlemi sırasında hipoksi, solunum yetmezliği gelişmesi nedeniyle yapılan Toraks BT'sinde enfeksiyon ile uyumlu bulgu saptanmadı ancak her iki ana bronş ve dallarında dikkat çekici yaygın kalsifikasyon mevcuttu (Görüntü-3). Hipervolemi, asidoz ve böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz ve ultrafiltrasyon yapıldı. Hipoksisi ve takipne nedeniyle aralıklı non-invazif mekanik ventilasyonla izlenirken septik şok gelişen hasta kardiyak arrest sonrası exitus oldu.

Tartışma: Kalsiflaksi nadir fakat fatal bir hastalıktır. Genelde ülsere deri nekrozları ile seyretmekle beraber nadiren organ tutulumu (gastrointestinal sistem, akciğer ve kalp) görülebilir. Deri ve akciğer tutulumu olan, solunum yetmezliği ve sepsis sonucu ölümle sonuçlanan olguda nadir gözlenen bir durum olan bronşial kalsifikasyonun varlığı tomografi kesitlerinde gösterilmiştir. Alta yatan hastalığın iyi kontrolü ve hastalık saptandığı zaman interdisipliner (nefroloji, dermatoloji, göğüs hastalıkları,

gastroenteroloji, kardiyoloji ve plastik cerrahi bölümleri) yaklaşım ile tedavi edilmesi önem arz etmektedir.

Anahtar sözcükler: Kalsiflaksi, akciğer tutulumu, kronik böbrek yetmezliği, sepsis

PS 35

NADİR AMA ÖLÜMCÜL BİR KOMPLİKASYON: TRANSFÜZYONA BAĞLI GRAFT VERSUS HOST HASTALIĞI

Eda Çalışkan Yıldırım¹, Efruz Mammadova¹, Nurefşan Cihangiroğlu¹, Atilla Kara², Kazım Rollas², Ebru Ortaç Ersoy²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Transfüzyona bağlı graft versus host hastalığı (TB-GVHH), canlı T lenfosit içeren kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu sonrası gelişen, nadir görülen ve %100'e varan mortalite oranına sahip bir komplikasyondur. TB-GVHH; immunsuprese hastalarda, donör ve alıcı arasındaki HLA benzerliğinin fazla olduğu (yakın akrabalık) immunkompetan hastalarda oluşabilmektedir. Donör T lenfositlerinin alıcı dokularına engraft olarak proliferasyonu sonucu gelişir. Burada kan transfüzyonu sonrası GVHH gelişen ve mortal seyreden immunkompetan bir vakayı sunduk.

Olgu: Daha önce bilinen kronik bir hastalığı olmayan, lomber disk hernisi operasyonu sırasında birinci derecede yakın akrabasından (oğlu) kan transfüzyonu alan 55 yaşındaki kadın hasta, transfüzyondan 15 gün sonra ateş ve akut hepatit tablosu ile dış merkeze başvurmuş. Dış merkezdeki takibi sırasında yaygın makulopapüler döküntüsü ve pansitopeni tablosu gelişmiş. Septik şok ve multi organ yetmezliği tablosunda merkezimize sevkedilen hastanın sepsis protokolüne uygun olarak tedavileri düzenlendi. İlaç erüpsiyonu ve graft versus hastalığı ön tanıları ile metilprednizolon tedavisi başlanan hastanın döküntülerinden punch biyopsi alındı. Patoloji sonucu grade 2-3 graft versus host hastalığı ile uyumlu gelen hasta multi organ yetmezliği sonucu kaybedildi.

Tartışma: Kan transfüzyonunun en mortal komplikasyonu olan GVHH'dan kaçınmanın en iyi yolu kan ürünlerinin ışınlanmasıdır. Günlük pratiğimizde çok sık kullandığımız kan ve kan ürünleri çoğu zaman hayat kurtarsa da mortal komplikasyonlarının olduğu unutulmamalı ve gereksiz transfüzyonlardan kaçınılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kan transfüzyonu, graft versus host hastalığı, makulopapüler döküntü

PS 36

PARAQUAT İNTOKSİKASYONU SONRASI GELİŞEN BRONŞİOLİTİS OBLİTERANS ORGANİZE PNÖMONİSİ

İsmail Kerem Gelir¹, Kezban Özmen Süner², Seda Banu Akıncı¹, Ahmet Salih Emri³

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Paraquat diklorür yabancı ot kontrolü ve hasat öncesi bitkilerin yapraklarını dökmek için kullanılan dipridil grubu tarım ilacıdır. Paraquat, bitkilerde fotosentez sırasında NADP ve NADPH üretimini azaltıp, serbest oksijen radikallerinin oluşumuna neden olarak direk toksik etki gösterir. İnsanda da benzer mekanizmayla oksijenlenmenin en fazla olduğu akciğerlerde geri dönüşümsüz fibroze neden olur. Biz de suicid amaçlı paraquat intoksikasyonu nedeniyle takip ettiğimiz bir olguyu nadir görülmesi nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

Otuz bir yaşında erkek hasta suicid amaçlı paraquat alımı sonrası dış merkezden entübe olarak anestezi yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Hastanın fizik muayenesinde, uykuya eğilim dışında patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya aktif kömür ve pralidoksim 2x1 gr verildi. Takiplerinde bilinci açılan ve weaning parametreleri uygun olan hasta ekstübe edildi. Ekstübasyon sonrası oksijen ihtiyacı olmayan hasta oda havasında takip edildi. Yoğun bakıma kabulünde laboratuvar bulguları normal olan hastanın yatışının 2. gününde kreatin düzeyleri yükselme gözlemlendi. Pralidoksim tedavisi durduruldu. Nefrolojiye danışılan hastaya hidrasyon ve takip önerildi. Takiplerinde 3. günde oda havasında desatüre olan hastaya 2 lt/dk nazal oksijen desteği verildi. Arter kan gazı kontrolü Ph: 7,40 pO₂: 55 mmHg pCO₂: 43 mmHg SpO₂: %87 olarak saptandı. Kontrol akciğer grafisinde belirgin değişiklik izlenmedi. Takiplerinde oksijen ihtiyacı devam eden hastaya olası pulmoner fibrozis açısından toraks BT çekildi. Toraks BT 'si bronşiolitisi obliterans organize pnömoni ile uyumlu olan hastaya göğüs hastalıkları tarafından prednizolon 60 mg ve olası enfeksiyon açısından moksifloksasin 400 mg 1x1, budesonid ve ipratropium bromür inhaler tedavisi başlandı. Medikal tedavinin 5. gününde oksijen ihtiyacı kalmayan, böbrek fonksiyonları düzelen hasta, oral 40 mg prednizolon tedavisi ile taburcu edildi. Poliklinik kontrolünde intoksikasyonun 25. gününde kontrol toraks BT'sinde belirgin regresyon izlendi. Radyolojik yanıt alınan ancak nefes darlığı şikayeti devam eden hastaya, bronşiolitisi obliterans organize pnömoni düşünülerek 40 mg prednizolon tedavisinin 2 haftalık aralıklarla azaltılarak 3 ay devamı planlandı.

Paraquat intoksikasyonuna sekonder pulmoner fibrozis ve çoklu organ yetmezliği bildirilmesine rağmen, bronşiolitisi obliterans organize pnömonisi gelişimine dair literatür bilgisine ulaşılamadı. Paraquat intoksikasyonu nedeniyle takip edilen vakalarda nadiren de olsa bronşiolitisi obliterans organize pnömonisi gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Bronşiolitisi Obliterans, Paraquat İntoksikasyonu

PS 37

VIOLENCE MANAGEMENT IN EMERGENCY DEPARTMENT: A LITERATURE REVIEW

Hossin Alshogif

King Fahd Hospital Jeddah

Introduction: In health care service, in daily basis clinicians are facing risk of being a victim of violence. Although the policy on aggression management is followed by the health industry in development countries, little is known about the effectiveness on violence reduction.

Aim: The aim of this study was to understand the prevalence of violence in the Emergency Department (ED), a review of the literature was undertaken to explore this concept and locate the available evidence to guide clinical practice.

Method: A broad search of computerized databases focusing on articles published in English during 2004–2012 was completed. Extensive screening sought to determine current literature themes and empirical research evidence completed in nursing focused specifically on violence management.

Result: 10 articles are included in this literature review (theoretical, n=2; editorial, n=3; report, n=3 empirical, n=2). The literature focuses on ED and violence management, nursing practice, ED and clinical decision-making, and clinical leadership. Considerable mentioned that 80% of the nurses who experienced violence did not report the incident and only 14% of the incidents were reported. Possible barriers of reporting can include; no physical injury sustained, poor response from the management level and lengthy reporting process.

Conclusion: Violence is unacceptable not only in ED but in all the health care service. Obviously, there is a lack of evidence to guide clinical practice on violence management. Literature suggests that the current researches focus on the incidence rate of violence and are mainly descriptive in nature. The repeated themes of under-reporting suggest that future research needs to explore the barriers or attitudes towards reporting and to develop a user-friendly tool.

Key words: Violence, emergency department, physical injury, health care service

PS 38

OLGU SUNUMU: MANTAR İNTOKSİKASYONUNDA BAŞARILI SELEKTİF PLAZMA DEĞİŞİM TEDAVİSİ

Dursun Fırat Ergül, Serdar Ekemen, Alpaslan Akcan, Emine Çalışkan, Birgöl Büyükkıdan Yelken

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Eskişehir

Günümüzde mantar zehirlenmeleri ciddi morbidite ve mortalite sebebi olup, toksik hasarı azaltmak için erken ve hızlı bir tedavi gerektirir. Ülkemizde akut karaciğer yetmezliğinin etiyojisini inceleyen bir çalışmada, mantar intoksikasyonlarının oranı tüm yaş gruplarında %13 olarak bildirilmiştir (1).

Bu olguda yabancı mantar yedikten sonra bulantı kusma, karın ağrısı şikayetleri başlayan ve yatışının 2. gününde ALT, AST değerleri normalin 150 katına yükselen 34 yaşındaki kadın olguyu ve erken dönemde uyguladığımız selektif plazma değişim tedavisinin (SPDT) etkinliğini sunmayı amaçladık. Hastanın yatışında AST, 1040 I U; ALT, 1330 I U; LDH, 1364 I U; CK, 103; bilirubin total, 1,4; direk bilirubin, 0,49; PT, 37,7; aPTT,54,1; INR, 2,51 olarak ölçülmesi üzerine akut toksik hepatit düşünülerek medikal tedaviye başlandı. Ancak medikal tedaviye cevap alınamaması ve kontrol değerlerinde artış gözlenmesi üzerine SPDT başlandı. Uygulanan 1 seans SPDT'ni takiben çalışılan laboratuvar değerlerinin normalleşmesi üzerine hasta kontrole gelmek üzere yatışının 7. gününde taburcu edildi.

Sonuç olarak mantar zehirlenmeleri akut veya kronik dönemde klinik tablo oluşturabilen, tedavisi zamana karşı bir mücadele şeklinde seyreden ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Amatoksin düzeylerine bakılmaması nedeniyle öykü ve fm önemli bir yer tutmaktadır. Ek tedaviler önerilse de yararları kanıtlanamamış olup, SPDT gibi ekstrakorporal tedavi yön-

temleri bu olguda gösterildiği gibi etkin bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanın SPDT uygulanan merkezlere hızlı sevki mortalite ve morbidite açısından büyük önem taşımaktadır

Anahtar sözcükler: Mantar intoksikasyonu, akut karaciğer yetmezliği, ekstrakorporal tedavi, seçici plazma değişim tedavisi

PS 39

AKUT SOLUNUM SIKINTI SENDROMU GELİŞEN BİR MANTAR ZEHİRLENME OLGUSU

Nazlıhan Boyacı¹, İsmail Katı², Zuhâl Güllü³, Elif Beşkardeş², Muhammed Enes Aydın², Koray Kılıç⁴

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

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Mantar zehirlenmeleri kırsal bölgelerde önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya genelinde 5000'in üzerine mantar türünün var olduğu dikkate alınırsa mantar toplayıcılarının mantarları yanlış tanımlaması kimi zaman ölümcül sonuçlara yol açan mantar zehirlenmelerine sebep olmaktadır. Mantarın ihtiva ettiği siklopeptidlerin karaciğer ve böbrek üzerindeki ciddi etkileri ölümcül mantar zehirlenmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Geç başlangıçlı toksik etkiler daha çok bu iki organın toksisitesi şeklinde kendini göstermekle beraber mantar zehirlenmesine bağlı akciğer komplikasyonları pek tanımlanmamaktadır.

Olgu: Elli beş yaşında erkek hasta bulantı, kusma ve halsizlik şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Öyküsünde bir gün önce dağ mantarı yeme anamnezi olan hastanın bakılan serum biyokimyasında ALT: 226 IU/L AST: 105 IU/L kreatinin: 2,2 mg/dL.T.bil/D.bil: 9,3/7 INR:1,3 olarak saptanmış. Dopamin desteği başlanan hasta mantar zehirlenmesine sekonder çoklu organ yetmezliğine bağlı yoğun bakım ihtiyacı olması sebebiyle GÜTF Anestezi Yoğun bakım Ünitesine kabul edildi. Belirgin ikteri mevcuttu. 3 lt/dk oksijen altında spO₂%96 ve vazopressör desteği altında MAP 72 mmHg idi. Mantar zehirlenmesine bağlı çoklu organ yetmezliği kabul edilen hastanın ALT:154 IU/L AST:76 IU/L kreatinin: 2,63 mg/dL T.bil/D. bil:11,39/6,58 mg/dL INR:1,04 PLT:16,7 10.e3/uL idi. Arteryal kan gazında pH: 7,37 pCO₂:32 pO₂:75 HCO₃:18,3 sO₂% 92idi. USG'de karaciğer yada böbrek ile ilgili patoloji saptanmadı. Hepatit serolojisinde viral markerlar negatif gelen hastaya 1,500,000 Ünite/saat/gün peniciline G ve 5 mg/kg yükleme dozunu takiben 20 mg/kg/gün Silibinin tedavisi 3 gün süreyle uygulandı. Sağ juguler kateter takılarak CVP ölçümü ve radyal arteryal kanülasyon ile invazif arteryal kan basıncı monitöriyatı yapıldı. Çekilen PAAG'de özellikle sağ üst ve orta akciğerde belirgin infiltrasyon saptanan hastada pnömoni ekarte edilemeyeceği için piperasilin-tazobactam başlandı. Sıvı desteği ile ilk 24 saatte vazopressör ihtiyacı ortadan kalkan hastanın takibinde oksijen ihtiyacının 10 lt/dk üstüne çıktığı ve PAAG'de infiltrasyonlarında artış olduğu izlendi. PaO₂/FiO₂ oranı 148 gelen hastada toraks BT'de sekonder ARDS lehine artmış permeabilite ödemi saptandı. SpO₂%90 üzerinde olacak şekilde hastaya NIMV desteği uygulandı. Tedaviye 1 mg/kg/gün olacak şekilde metilprednizolon eklendi. Mevcut tedavi ile AST ve ALT değerlerinde belirgin gerileme saptanırken takibinin 5.gününde T.Bil/D.bil değerleri 25/19 mg/dL gibi zirve değerlere ulaştı. Eş zamanlı bakılan aPTT bir uzama tespit edilmedi.

Tekrarlanan USG'de safra yolları ile ilgili bir patolojiye rastlanmadı. Takibinin 7.gününde bilirubin değerlerinde belirgin gerileme ve oksijen ihtiyacında azalma izlendi. 10.gününde karaciğer enzim ve böbrek fonksiyon testleri tamamen normale dönen hastanın PAAG'de infiltrasyonlarında da belirgin gerileme tespit edildi. Kontrol toraks BT'de bir önceki görüntülemeye saptanan patolojik görünümde belirgin rezolüsyon izlendi. Oksijen ihtiyacı ortadan kalkan hasta poliklinik kontrolüne gelmek üzere öneriler ile taburcu edildi.

Tartışma: Mantar zehirlenmelerinde içerdiği siklopeptid toksinlere bağlı ortaya çıkan geç başlangıçlı hepatik ve renal toksisiteler ciddi organ yetmezliği tablolarına sebep olmaktadır. Akut solunumsal sıkıntı sendromu mantar zehirlenmesine bağlı çoklu organ yetmezliği tablosunda gelişimi literatürde daha önce tanımlanmamıştır. Bu vaka sekonder akut solunumsal sıkıntı sendromu etyolojisinde mantar zehirlenmelerinin de var olabileceğini göstermesi açısından bir ilki teşkil etmektedir.

Anahtar sözcükler: Akut solunum sıkıntısı sendromu, çoklu organ yetmezliği tablosu, mantar zehirlenmesi

PS 40

PROPOFOL İNFÜZYONUNA BAĞLI YEŞİL İDRAR: OLGU SUNUMU

Nazlıhan Boyacı¹, Hasan Kutluk Pampal², Fikriye Doğrul², Elif Beşkardeş², Zuhal Güllü³

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

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Propofol hızlı etkili olması ve etkisinin kısa sürede ortadan kalkması sebebiyle yoğun bakım hastalarında sedasyon amaçlı sık kullanılan bir hipnotik ajandır. Propofol çoğunlukla karaciğerde metabolize olarak idrarla atılmakta olup enterohepatik sirkülasyon yetmezliği, ekstrahepatik glukurokonjugasyon varlığında veya propofol metabolitlerinin plazmada taşınmasını artıracak bir eritrosit süspansiyonu veya albumin konsantrasi replasmanında idrarın yeşil renge dönmesi söz konusu olabilmektedir.

Olgu: Daha önceden bilinen Nöroblastom tanısı bulunan 20 yaşında erkek hasta acil servise yakınları tarafından 2 gündür devam eden bulantı, kusma, kısıtlı kooperasyon-oryantasyon ve ajitasyon sebebiyle GÜTF acil servise getirilmiş. Olası bir kafa içi basınç artışı yapacak patolojiyi ekarte etmek amaçlı kraniyal görüntüleme çekilmek istenen hastanın ajitasyonlarının kontrol altına alınamaması nedeniyle elektif entübe edilerek kraniyal tomografisi çekilmiş. Kabulünde bakılan Hb değeri 6,6 gr/dL gelen hastaya 2 ünite eritrosit süspansiyonu replasmanı yapılmış. Hasta kraniyal patolojisinin aydınlatılması ve ekstübasyonunun sağlanması amaçlı GÜTF Anestezi Yoğun bakım Ünitesine kabul edildi. Sedatif amaçlı propofol infüzyonu başlanan ve pnömoniye bağlı hipoksik solunum yetmezliğinin tabloya eklenmesi sebebiyle ekstübasyon için uygun olmayan hastanın ajitasyonlarının kontrol alınamaması ve self-ekstübasyon riskinin olması nedeniyle sedasyon derinliğinin artırılması amaçlı propofol infüzyonu 4 mg/kg/saat'e çıkıldı. Eş zamanlı 2 mg/saat ketamin infüzyonu da başlanan hastanın infüzyonunun 72.saatinde idrarda yeşil renk

değişikliği izlendi. Propofol infüzyonu kesilerek pentotal infüzyonuna geçildi. Propofol infüzyonu kesildikten 24 saat sonra hastanın idrar rengi normale döndü. Çekilen kraniyal BT'de mevcut patolojiyi açıklayacak yeterli bulguya rastlanmayan hastada kraniyal MRG yapıldı. Kraniyal MRG'de kalvariyal tüm kemiklerde yer yer ekspansil karakterde ve duraya infiltrasyon gösteren ekstraaksiyal solid kitleler ve sağ frontalde 6x6x1,5 cmlik çapta frontal loba indentasyon gösteren yumuşak doku varlığı tespit edildi. Mevcut ajitasyonların bu kitlelerin yaratacağı kemik ağrısı ve dural infiltrasyon ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Pnömoni tablosunun etken ajana (klebsiella spp) yönelik başlanan imipenem tedavisi ile gerilediği izlendi. Ekspansil tümöral kitlelerine yönelik iv deksametazon tedavisi başlanan hastanın fentanil transdermal bant ile analjezi kontrolü, haloperidol damla ve ketiapin tablet ile ajitasyon kontrolü sağlandıkça sedasyon desteği tedrici olarak azaltılarak kesildi ve hasta başarılı bir şekilde ekstübe edildi. Medikal tedavisinin devamı amaçlı hasta onkoloji servisine devir edildi.

Tartışma: Yoğun bakım hastalarında sedatif amaçlı kullanılan propofol infüzyon süresinden ve dozundan bağımsız olarak idrarda yeşil renk değişikliğine sebep olabilmektedir. Nadir olarak görülen bu durum benign olup geri dönüşümlüdür. Propofol dozu ya da uygulama süresinden bağımsız olsa da bu vakada alta yatan hastalığa bağlı olarak sedasyon kontrolünü sağlamak amaçlı propofolün yüksek doz verilmiş olması, öncesinde kan replasmanının yapılmış olması ve bulantı-kusmalara bağlı oral alım azlığı ile ilişkilendirilebilecek intestinal motilitede yavaşlamanın da eşlik etmesi olası sebepler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar sözcükler: Propofol, yeşil idrar, yoğun bakımda sedasyon

PS 41

NADİR BİR AKUT BATIN SEBEBİ: MEZENTER PANNİKÜLİT

Süleyman Deniz Kahraman, Aytekin Ünlü, Ali Kağan Coşkun, Orhan Kozak

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Mezenterik pannikülit; mezenterde meydana gelen kronik inflamasyonun yağ nekrozu ve fibrozis ile birliktelik gösteren iyi huylu bir hastalıktır. Yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyonlar malignensiler, geçirilmiş cerrahi yada girişimsel işlemler gibi sebepler pannikülitin sebebi olabilmektedir. Mezenterik pannikülit, semptomsuz seyredebileceği gibi karın ağrısı, abdominal distansiyon, ele gelen kitle, ateş gibi semptomlarla da seyredebilir.Tanısında Laboratuvar tetkikleri non spesifiktir.Tanısı genelde USG ve batın BT ile konulsa da kesin tanıya histopatolojik incelemeler neticesinde ulaşılır. Mezenterik pannikülit de genellikle semptomatik tedaviler uygulanmakla birlikte immünsüpresif ajanlar yada steroidlerin etkili olduğu da bildirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Yetmiş iki yaşında bayan hasta iştahsızlık sol alt kadranda geceden itibaren aniden başlayan karın ağrısı ile acil servise başvurmuş ve ileri tetkik tedavi amacıyla kliniğimize yönlendirilmiştir. Hastanın yapılan laboratuvar incelemesinde WBC:12000; Batın USG:Normal Sonografik Bulgular; Oral-IV Kontrastlı adominal CT: Sol alt kadranda sigmoid kolon,inen kolon birleşim yeri komşuluğunda yağlı dokuda hetorejenite izlendi şeklinde raporlanmıştır.

Bulgular: Hastanın mevcut durumu mezenterik pannikülit olarak değerlendirilmiş ve hasta kliniğimize yatırılarak 3 gün ampisilin-sülbaktam iv

4*1 tedavisi yapılmış olup hastaya cerrahi işlem yapılmadan 3. günün sonunda şikayetlerinin gerilemesi üzerine taburcu edilmiştir.

Sonuç: Akut batın nedeniyle takip edilen hastalarda gözlenen enflamatuvar bulguların intraparankimal veya ekstra parankimal(kitle ve bezoara bağlı ileus,apendisit,ileit divertikülit) nedenler dışında mezenterde meydana gelen enflamatuvar bir prosesin de sebep olabileceği ve cerrahi girişim gerekmeden konservatif yaklaşımda tedavi edilebileceği günün de bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Mezenterik pannikülit, akut batın, enflamatuvar

PS 42

NADİR BİR OLGU: AMPULLA VATERİ ÖDEMİNE BAĞLI CİDDİ AKUT GASTRİK DİLATASYON

Gürhan Taşkın¹, Mithat Eser², Ali Kılınc², Emre Tekgöz², Kayhan Kara², Nazire Gökçe Somak², Levent Yamanel¹

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Akut gastrik dilatasyon (AGD) nadir bir gastroenterolojik acil durumdur. Sıklıkla distal gastrik obstrüksiyon neticesinde meydana gelir. Sebep sıklıkla gastrointestinal patolojiler olup sıklık sırasına göre pankreas ve duodenum neoplazileri, psödokist, annular pankreas, superior mezenterik arter sendromu, retroperitoneal fibroz ve maligniteler sıralanabilir. AGD nekrozdan perforasyona kadar değişen ciddi durumlara yol açabilir. Erken teşhis ve girişim, cerrahi müdahale riskini ve mortaliteyi azaltır. Sizlere ampulla ödemeine bağlı bir ciddi akut gastrik dilatasyon vakası sunacağız.

Olgu: Bir ay önce başvurduğu dış merkezde evre 4 akciğer adenokarsinomu tanısı alan 56 yaşında erkek hasta evde takipleri sırasında gelişen karında yaygın şişlik, bulantı, kusma şikayetleri üzerine acil servise başvurmuş. Başvuru muayenesinde genel durumu orta-kötü, bilinci açık, oryantasyonu ve kooperasyonu kısıtlı, AKB:70/50 mmHg, nbz:125 v/dk, ateş: 37,5°C, SaO₂:%85 idi. Fizik muayenesinde; Kalp ritmik, taşikardik, batın distandı, palpasyonla hassas, defans reband negatif ve barsak sesleri alınamıyordu. Tetkiklerinde WBC:10700/mm³, HGB:10.6 gr/dL, Plt:201000/mm³, glukoz: 324 mg/dL, üre:228 mg/dL, kreatinin:2,66 mg/dL, serum sodyum:139 mmol/L, serum potasyum:4.67 mmol/L, AST:32 IU, ALT:76 IU, total bilirubin:3.24 mg/dL, ALP:373 IU,GGT:355 IU, LDH:346 IU saptandı. Hasta ileus ön tanısı ile yoğun bakım kliniğine yatırıldı. Acil olarak çekilen akciğer grafisi ve ayakta direk batın grafisinde hava sıvı seviyesi görülmedi ancak ciddi gastrik dilatasyon saptandı ve perforasyona ait görünüm gözlenmedi. Hemen nazogastrik (NG) sonda ile dekompresyon edildi. Hastanın NG yoldan 1500 cc gastrik içerik ve bol hava gelişi gözlemlendi. Hipotansif seyreden hastaya iv. mayı replasmanı ve vazopresör desteği başlandı. Genel cerrahi kliniği ile intestinal obstrüksiyon açısından konsülte edildi. NG yoldan radyopak madde verilerek kolona geçişi izlendi. abdominal USG'de; karaciğer sağ lobta همانjiomla uyumlu lezyon, safra kesesi 96 mm ile hidropik, ana safra kanalı 18 mm ile genişlemiş, pankreas kanalı belirgin ve genişlemiş olarak saptandı. Hastanın vassöpresör desteği ve NG ile gastrik dekompresyonu sonrası yatışının 2. gününde hipotansiyonu düzeldi ve gaz çıkışı görüldü. Bunun üzerine hastaya yapılan gastroskopi ve endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografide; eritematöz antral gastrit, ampulla ödemli kabarık ve lümen protrude, koledok ve İHSK dilate olup koledok distalinde yaklaşık

2,5 cm'lik segmentte darlık saptandı. Sfinkterotomi sonrası darlık yerine stent yerleştirildi. Gastrik dilatasyonun ampulla ödemeine bağlı mekanik obstrüksiyona bağlı olarak değerlendirilen ve mayı replasmanı ile yatışının 4. gününde renal fonksiyonları düzelen, gaita çıkışı gözlenen, koledatik enzimleri gerileyen hasta onkoloji ve gastroenteroloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tartışma: AGD nadir görülen bir gastroenterolojik acil olup, sıklıkla erken tıbbi müdahale gerektirmektedir. Nekroz ya da perforasyon olmadan da sistemik komplikasyonlar oluşturabilmektedir. Primer gastroenterolojik ya da metatstatik neoplaziler hastaların hikayesinde öncelikle sorgulanmalı ve fizik muayenede proksimal ileus düşünülen olgularda AGD olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. AGD'li hastalar perforasyon, nekroz ya da kanama gibi durumlar ayırt edildikten sonra NG sonda ile dekompresyon tedavinin ilk basamağını teşkil etmektedir. Ayrıca hastaların hidrasyonu ve elektrolit bozukluklarının düzeltilmesi hayat kurtarıcı olmaktadır.

Anahtar sözcükler: Akut gastrik dilatasyon, ampulla ödemi

PS 43

DÜŞÜK MOLEKÜL AĞIRLIKLIL HEPARİN KULLANIMINA BAĞLI JENERALİZE ERİTEMLİ VEZİKÜLOBÜLLÖZ LEZYON GELİŞEN HASTA

Mithat Eser¹, Gürhan Taşkın², Ali Kılınc¹, Nazire Gökçe Somak¹, Kayhan Kara¹, Emre Tekgöz², Levent Yamanel²

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Heparinler, tromboembolizm ve pulmoner emboli profilaksi ve tedavisinde yaygın olarak kullanılır. Heparin için en yaygın advers reaksiyonlar başta enjeksiyon bölgelerinde olmak üzere ekimoz, hematoma, eritemli plaklar, deri nekrozu, ürtiker, anjiyoödem ve egzemadır. Biz bu bildiriye, KOAH tanısıyla takip edilen ve pulmoner emboli tanısıyla düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) tedavisi başlanan ve sonrasında tüm vücudunda eritemli zeminde vezikülobülloz ve ekimotik lezyonlar saptanan bayan olguyu inceledik.

Olgu: Yetmiş üç yaşında bayan hasta, son bir haftadır ilerleyen nefes darlığı ve morarma şikayeti olması nedeniyle acil servise başvurmuş. 15 yıldır KOAH, 10 yıldır diyabetes mellitus ve hipertansiyon nedeniyle takip ve tedavi altında olan hastanın acil serviste yapılan tetkiklerinde, kan gazında pH:7.21 pCO₂:64.5 mmHg pO₂:51 mmHg HCO₃:31.1 mmol/L, akciğer grafisinde sağ alt zonda opasite artışı saptandı. Hasta takipneik (35/dk) ve akciğer oskültasyonunda bibaziler ronküs duyuldu ve expiryum uzamış olarak değerlendirildi. Hasta pulmoner emboli şüphesiyle Pulmoner BT Anjiyografi ile değerlendirildi ve pulmoner tromboemboli (PTE) ve KOAH alevlenmesi ön tanılarıyla dahiliye yoğun bakım kliniğine yatırıldı. PTE ön tanısıyla düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) tedavisine başlandı ve KOAH alevlenmesi nedeniyle Non İnvaziv Mekanik ventilasyon (BIPAP modunda) desteği sağlandı. Eş zamanlı olarak hastaya moksifloksasin flk 1x400 mg/gün başlandı. Hastanın tedavisinin 9. gününde heparin enjeksiyon bölgesi olan sağ kol posteriorda, sağ uyluk proksimalinde ve batın umbilikus çevresinde cilt altı yaygın eritemli zemin üzerinde vezikülobülloz lezyonlar gelişti. Yatışının 3. gününde lezyonlar jeneralize hale geldi. Jeneralize vezikülobülloz lezyon bölgelerine Eau de goulard ile pansumana başlandı. Hastanın sağ kol posterior

lezyon bölgesinden alınan deri-derialtı punch biyopsi örnekleme ortokeratoz, parakeratoz, proteinöz ve inflamatuvar eksuda, epidermis basal tabakasında ve üst dermiste fibrin birikimi, üst dermiste ödem, kapiller damar proliferasyonu, perivasküler ve interstisyel dermatit (mikst tipte) şeklinde raporlandı. Bulgular nonspesifik olarak değerlendirildi. Pulmoner BT Anjiyografisinde sağ akciğer arterlerinde kronik embolik değişikliklerle uyumlu lezyonların raporlanması sonrasında DMAH tedavisi profilaksi dozuna geçildi. Hastanın 15 gün sonunda nazal 2 lt/dk O₂ ile SaO₂>%90 seyretmesi ve mobilizasyonunun sağlanması sonrası mevcut cilt ve cilt altı lezyonların DMAH'e bağlı olduğu değerlendirilerek tedavi kesildi. Hastanın yatışının 21. gününde kan gazı değerlendirilmesinde pH:7.42 pCO₂:48.2 mmHg pO₂:89 mmHg HCO₃:32 mmol/L saptanan hasta taburcu edildi. Bir hafta sonra yapılan kontrolünde sağ kol posteriorundaki ve umbilikus çevresindeki lezyonların patognomonik olarak skar bırakarak iyileştiği gözlemlendi.

Tartışma: DMAH tromboembolizm ve pulmoner emboli profilaksi ve tedavisinde yaygın olarak kullanılır. DMAH'e bağlı cilt lezyonlarında, lenfosit aracılı gecikmiş tipte aşırı duyarlılık reaksiyonları (tip 4 aşırı duyarlılık reaksiyonu) en yaygın nedendir. Özellikle pulmoner tromboembolizm gibi tedavi dozunda yüksek doz heparin tedavisi gerektiren durumda cilt lezyonları açısından uyanık olunmalıdır.

Anahtar sözcükler: Heparin, döküntü, vezikül

PS 44

ACUTE PULMONARY EDEMA DURING PREGNANCY: A CASE STUDY

Fatma Yıldırım¹, İskender Kara¹, Murat Türk², İsmail Katı¹

¹Gazi University Faculty of Medicine, Intensive Care Training Program, Anesthesiology and Reanimation ICU, Ankara, Turkey

²Gazi University Faculty of Medicine, Department of Pulmonary Medicine, Ankara, Turkey

Pulmonary edema occurring during pregnancy is a significant cause of morbidity potentially threatening the mother's life. In this case we present an acute pulmonary edema in a hypotensive pregnant patient admitted to the intensive care unit and discussed the potential causes of edema. A twenty year old prima-gravida, in the 21 weeks of pregnancy, complained of headache, fever and ADominal pain. When admitted to ICU her vital signs were as follow; HR: 120/min, NW: 98/36 mmHg, temperature: 38.7°C, SS:33/min, SpO₂: 82%. The patient was initially offered fluid resuscitation, low flow oxygen 3 l/m and given a broad spectrum antibiotic. Blood tests revealed mild anaemia (Hb 9.5 g/dl), thrombocytopenia, leukopenia, hyponatremia, hypoalbuminemia, mild LFT elevation. CRP was 123 mg/dL and procalcitonin was 7.2 ng/ml. During follow-up patient remained hypotensive, with tachypnea and hypoxemia, eventually requiring non-invasive mechanical ventilation support. At the 16th hour of admission abundant pink foamy sputum was observed and the patient was treated with diuretics for pulmonary edema. A Chest X-ray revealed extensive bilateral central to peripheral areas of coalescing consolidation consistent with pulmonary edema. Active diuresis and urine output was achieved. However, patient was electively intubated due to deepening hypoxemia. Cardiology review and a transthoracic echocardiogram showed a normal left ventricular function, with an ejection fraction of 65%. There were no findings suggestive of valvular disease or cardiomyopathy. However a slightly increased right ventricular dimensions were

observed. And accordingly consideration was given for an amniotic fluid embolism or pulmonary embolism. Despite the fact sent D-dimer 4990 ng/mL (N <500 ng/ ml), pulmonary embolism was not considered clinically. ADomino-pelvic ultrasonography revealed no pathological findings. Unfortunately patient had vaginal bleeding and amniotic fluid discharge leading to spontaneously abortion of a stillborn fetus. The fetus was sent to pathology for examination. Given the raised PCT value of 7.2 ng/mL, the main diagnostic consideration was for a sepsis-associated pulmonary edema, and/or acute respiratory distress syndrome. The antibiotic treatment was broadened to include meropenem, anidulofungin, teicoplanine, and oseltamivir. The blood, urine, and endotracheal aspirates did not isolate any positive culture. Furthermore H1N1 and H3N2 were negative antigen tests for respiratory secretions, and serum candida antigen, serum CMV PCR, panfungal antigen tests were negative. Vaginal swabs were normal. The follow up resulted in progressive improvement in the patient's lungs film that correlated with a decrease in oxygen demand, and improved hemodynamic and respiratory parameters. Extubation was achieved around 72 hours from intubation. In our case, the patient did present with fever and clinical and biochemical findings suggestive of sepsis and related shock. For our case, non-cardiogenic pulmonary edema due to sepsis syndrome (ARDS) was considered. Sepsis of pregnancy can be a very challenging clinical problem to manage and excessive fluid application may lead to life threatening pulmonary edema.

Key words: Acute pulmonary edema, pregnancy, sepsis

PS 45

CİDDİ SKOLYOZU OLAN HASTADA GELİŞEN POSTOPERATİF SOLUNUM YETMEZLİĞİ

Bora Çakmak¹, Şükrü Tekindur¹, Memduh Yetim², Oğuz Kılıçkaya¹, Serkan Şenkal¹, Ahmet Coşar¹

¹GATA, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara

²Van Asker Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Van

Giriş: Skolyoz omurganın lateral eğriliği ve rotasyonu ile karakterize iskelet sistemi deformitesidir. Sıklıkla idiyopatik olup tedavi edilmediğinde restriktif akciğer hastalığına neden olarak solunum ve kardiyak fonksiyonları etkileyebilmektedir.

Olgu: Öyküsünde terminal dönem pankreas karsinomu, hipertansiyon, akut böbrek yetmezliği ve ciddi skolyozu olan 78 yaşında ASA III erkek hasta, perine bölgesinde akut nekrotizan fasciitis tanısıyla üroloji kliniğine acil operasyona alındı. Postoperatif solunum parametrelerinin ekstübasyon kriterlerini karşılamaması üzerine entübe olarak yoğun bakımımıza alınan hasta mekanik ventilatör desteğinde bir gün takip edildikten sonra ekstübe edildi. Genel durumun iyi olması ve hemodinaminin stabil seyretmesi üzerine hasta kliniğine gönderildi. Bir sonraki gün hasta solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine tarafımızca konsülte edildi ve solunum iş yükünün arttığı gözlenen hastada solunum sayısı 30-35/dk, bilinç düzeyi konfüze, oryantasyon ve kooperasyon sınırlı olarak değerlendirildi. Arteriyel kan gazında SaO₂:%81 idi. Dinlemekle sağda akciğer sesleri azalmış, sol taraf apikalde akciğer sesleri kaba, wheezing mevcuttu. Akciğer grafisinde torakal vertebralar sağa deviyeye, mediasten sağa şift yapmış, kalp gölgesi sağa çekilmiş konumda, sağ akciğer parankimi seçilememekte, iki taraflı kot aralıkları daralmış ve sadece sol akciğer apeksinde havalanan akciğer dokusu görülmekteydi. Hasta yoğun

bakım ünitemize alınarak spontan solunumda oksijen desteğiyle (5 litre/dk) takip edilirken, hastaya 2 saat aralıklarla NİAV-CPAP ve solunum fizyoterapisi uygulandı. Bu tedaviden yarar gören hasta 5 gün sonra Üroloji kliniğine nakledildi.

Tartışma ve Sonuç: Skolyoz iskelet sistemi deformitesi olmasının yanında restriktif tipte akciğer hastalığı nedenlerinden de birisi olabilmektedir. Sıkışan göğüs kafesi akciğer volümlerini ve fonksiyonlarını azaltarak solunum yetmezliğine yol açabilmektedir. Kronik hipoksi ise pulmoner vasküler direnç artışına bağlı pulmoner hipertansiyona ve sağ kalp yetmezliğine neden olabilmektedir. Özellikle akut kritik hastalığa bağlı akut respiratuar distres sendromu yönünden (ARDS) risk altında olan hastalarda, bizim olgumuzda karşılaştığımız gibi solunum rezervlerini kısıtlayan faktörler hastanın morbidite ve mortalitesini oldukça artırmaktadır. Ciddi skolyoz nedeniyle restriktif akciğer hastalığı olan hastalarda non-invaziv akciğer ventilasyonu ve solunum fizyoterapisinin uygulanması solunum fonksiyonlarının düzelmesi açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: Pankreas karsinomu, restriktif akciğer hastalığı, skolyoz

PS 46

OLGU SUNUMU: AKCİĞERDE KAVİTER LEZYONLARLA SEYREDEN NON-HODGKİN LENFOMA

İskender Kara¹, Fatma Yıldırım¹, Ebru Berber², Ramazan Öcal³, Zeynep Arzu Yeğin³, Melda Türkoğlu¹, Gülbin Aygencel¹

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

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Diffüz büyük B hücreli lenfoma (DBBHL) tüm Non-Hodgkin lenfomaların (NHL) %30-40'ını oluşturur. En yaygın agresif NHL tipidir. Çoğunlukla orta yaş veya ileri yaşta kişilerde ortaya çıkar. Hastalık tipik olan sistemik semptomlarla birlikte hızlı büyüyen nodal veya ektranodal (gastrointestinal, deri, tiroid, akciğer, kemik, beyin, gonadal) kitle şeklinde ortaya çıkar. Lenfomalar mediastinal ve hiler lenf nodları tutulumu yanında akciğerde parenkimal tutulum göstermeye de eğilimlidir. Akciğer parenkimal lezyonları genellikle nodüler infiltrasyonlar tarzındadır. Burada akciğerde kaviter lezyonlar ile giden bir diffüz büyük B hücreli lenfoma olgusu sunulmuştur.

Olgu: Elli dokuz yaşında erkek hasta yaklaşık 1,5 yıl önce yapılan endoskopik mide biyopsisi ile diffüz büyük B hücreli lenfoma (DBBHL) (evre 4 E) tanısı almış. Hastaya 6 kür R-CHOP kemoterapisi aldıktan sonra yanıt değerlendirilmesi amacıyla PET-CT çekirilmiş. Tetkik sonucunda mediastinal ve hiler lenf nodlarında tutulum tespit edilen hastaya mediastinoskopi yapılmış. Alınan lenf nodlarının patolojik incelenmesi yine DBBHL ile uyumlu gelmiş. İki kür RICE ve bir kür R-BAB tedavileri aldıktan sonra hasta nefes darlığı, takipne ve genel durum bozukluğu şikayetleri ile hematoloji yoğun bakım ünitemize kabul edildi. PA akciğer grafisinde infiltratif görünümü olan hastaya pnömoni ön tanısı ile piperacilin-tazobactam, ciprofloksasin ve oseltamivir tedavileri başlandı (Resim 1). Aralıklı noninvaziv mekanik ventilasyon desteği verildi. Hastaya HRTC çekirildi. Akciğerlerde bilateral lenfanjitik yayılım, sağ ana bronşu saran

ve daralma yaratan bir kitle lezyonu, bilateral yer yer kavitasyon gösteren nodüler kitle lezyonları görüldü (Resim 2). Hastaya bronkoskopi yapıldı. Tüberküloz ve mantar enfeksiyonları ekarte edildi. Hastada var olan obstrüksiyonu azaltmak için 3 gün süreyle 1 gram pulse steroid tedavisi verildi. Nefes darlığı şikayeti gerileyen hasta hematoloji servisine devir edildi. Hastaya öncelikle radyoterapi ve sonrasında HiperCVAD kemoterapisi verilmesi planlandı.

Sonuç: Lenfoma tanısı ile takip edilen hastalarda akciğerde kaviter lezyonlar görüldüğünde tüberküloz, mantar veya akciğer absesi gibi enfeksiyöz sebepler yanında lenfomanın akciğer tutulumu olabileceği de düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: Diffüz büyük B hücreli lenfoma, Non-Hodgkin lenfoma, kaviter lezyon

PS 47

AKUT BÖBREK YETMEZLİKLİ BİR OLGUDA METFORMİNE BAĞLI FATAL LAKTİK ASİDOZ

Ahmet Yılmaz¹, İsmail Özer², Gürol Özoral³, Servet Zerey³, Zahide Doğanay³

¹Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Samsun

²Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği, Samsun

³Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Samsun

Giriş: Metformin tip 2 diabetes mellitus tedavisinde sık kullanılmasına rağmen, metforminle ilişkili laktik asidoz (MLA) nadir görülen fakat önemli bir yan etkidir ve mortalitesi yüksektir. Metforminle laktik asidoz arasındaki ilişki tam olarak anlaşılamamıştır. Karaciğer ve böbrek fonksiyon bozukluğu gibi komorbid durumların varlığında daha sık görülmektedir. Tip 2 DM nedeniyle metformin kullanan bir hastada diyareye bağlı gelişen akut böbrek yetersizliğinin alevlendirdiği laktik asidoz tablosunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Altmış üç yaşında kadın hasta 3-4 gündür olan halsizlik, sürekli uyuma, bulantı ve kusma yakınmaları ile acil servise akut böbrek yetmezliği tanısı ile sevk edilmişti. Bu şikayetlerinden yaklaşık 10 gün önce ishal nedeniyle gittiği aile hekimi tarafından tetkikleri yapıldı böbrek fonksiyon testleri de dahil normal olduğu görüldükten sonra antibiyotik başlanmış ve 1 hafta kullanmış. Özgeçmişinde Tip 2 diabetes mellitus ve hipertansiyon olan hasta metformin 1700 mg/gün ve kandesartan+hidroklorotiazid 16/12.5 mg 1x1 kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde genel durumu bozuk, bilinç uykuya meyilli, koopere fakat oryantasyonu bozuktu. Kalp ritmik, taşikardikti, üfürüm yoktu. Solunum yüzeyel ve taşipneikti. Nörolojik muayenesinde her iki göz küresi aşağı deviyeydi, fundus doğaldı, patolojik refleks yoktu, ense sertliği yoktu. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Arteriyel tansiyonu 160/100 mmHg, ateş 36°C. Laboratuvar incelemelerinden glikoz: 45 mg/dl, kreatin: 8.15 mg/dl, üre: 156 mg/dl, Na: 126 meq/dl, beyaz küre:12000/mm³, kan gazında pH: 6.75, HCO₃: 1.9, pO₂: 61, pCO₂: 18 mmHg idi. Bu bulgularla hastada akut böbrek yetmezliği ve metabolik asidoz düşünüldü. Bikarbonat infüzyonu yapılan hasta acil hemodiyalize alındı, genel durumu daha da kötüleşen hasta entübe edilerek solunum cihazına bağlandı, hipotansiyon geliştiği için CVVH'ye bağlandı ancak hasta üçüncü gününde ex oldu.

Sonuç: Metformin tip 2 diabetes mellitus tedavisinde sık kullanılan bir ilaçtır. MLA seyrek görülen bir durum olmasına rağmen mortalitesinin

%50 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Metofrmin direk nefrotoksik bir ilaç değildir ancak hastamızda diyareye bağlı dehidratasyonun yol açtığı böbrek fonksiyonlarında bozulma ve metforminin böbreklerden atılmamasına bağlı böbreklerde birikerek oluşturduğu farmakolojik nefrotoksisite geliştiğini düşündük. Metformin tedavi dozunda bile böbrek fonksiyonu bozuk hastalarda laktik asidoza sebep olabilmektedir, bu nedenle bu hastaların böbrek fonksiyonlarının yakın takip edilmesi ve hatta metforminin kesilerek kristalize insüline geçilmesi ile bu mortal komplikasyonun önüne geçilebilir.

Anahtar sözcükler: Metformin, laktik asidoz, akut böbrek yetmezliği

PS 48

MALNÜTRE BİR INFANTTA FATAL SHİGELLA SONNEİ SEPSİSİ

Ayşe Betül Ergül¹, Süleyman Sunsak², Alper Özcan¹, Onur Yılmaz², Yasemin Altuner Torun³

¹Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Kayseri

²Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kayseri

³Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji Kliniği, Kayseri

Giriş ve Amaç: Shigella enfeksiyonuna bağlı bakteriyemi oldukça nadirdir. Diyare sonrası septik şok görülen hastamızı malnutrisyonu olan vakalarda shigella enfeksiyonunun fatal sonuçlanabileceğine dikkati çekmek için sunduk.

Olgu: Huzursuzluk, iştahsızlık, ishal ve ayakta şişlik şikayetleri ile çocuk acil polikliniğine başvuran 10 aylık kız hastanın hikayesinden, şikayetlerinin 3 gün öncesinde başladığı ve bu şikayetler ile başvurduğu sağlık ocağından sepsis tanısı ile hastanemize yönlendirildiği, özgeçmişinde ilk 4 ay anne sütü ile beslenen hastanın sonrasında sadece pirinç unu ve su ile beslendiği, başını tutamadığı ve oturamadığı öğrenildi. Hasta yoğun bakım ünitesine akut gastroenterit, septik şok ve malnutrisyon tanıları ile yatırıldı. Fizik muayenesinde genel durumu çok kötü, halsiz ve dehidrate görünümdeydi. Ateş: 36.5°C, nabız: 180/dk, solunum sayısı: 35 /dk idi, tansiyon alınamıyordu, kapiller dolum zamanı uzamıştı. Vücut ağırlığı ve boy 3 persentilin altındaydı. Gomez malnutrüsyon sınıflamasına göre orta derecede (% 66) malnutrüsyon mevcuttu. Saçlar seyrek ve cansız, yanaklar dolgun görünümdeydi, batin normalden bombe ve barsak sesleri artmış idi, dalak 2 cm, karaciğer 3 cm palpe ediliyordu, ayaklarında ödem mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde Hb: 5 g/dL, WBC: 3770/mm³, PLT:119000/mm³, periferik yaymada %80 parçalı hakimiyeti ve toksik granülasyon mevcuttu, hemoliz görülmedi. Direkt coombs negatif, retikülosit düzeyi normaldi. Glukoz: 44 mg/dL, BUN:12 mg/dL, Kreatinin: 0.4 mg/dL, ürik asit: 5.1 mg/dL, Na: 140 mmol/L, K: 4 mmol/L, Cl: 114 mmol/L, AST: 55 U/L, ALT: 33 U/L, Total protein: 2.9 g/dL, Albumin: 1.3 g/dL, Total bilirubin: 9.2 mg/dL, Direkt bilirubin: 6 mg/dL idi. CRP: 176 U/L, Prokalsitonin 100 ng/dL'nin üzerinde idi. Kan gazında belirgin metabolik asidozu ve laktat yüksekliği mevcuttu. Hasta ağır septik şok olarak kabul edildi. Septik şoka yönelik sıvı ve inotrop tedavi başlandı. Amprik olarak vankomisin, seftriakson, amikasin başlandı. Metabolik asidoza yönelik NaHCO₃ desteğininde bulunuldu. Metabolik hastalık şüphesi ile metabolik tarama yapıldı. DIC tablosunda olan ve aktif kanaması olan hastaya taze donmuş plazma, eritrosit ve trombosit süspansiyonu desteğindedir bulunuldu. Hipalbuminemi nedeni ile albümin, sepsis nedeniyle IVIG desteğindedir bulunuldu. Seftriakson stoplanarak meropenem başlandı. BOS inceleme-

si normal olarak değerlendirildi. Hipoglisemi nedeniyle mayinin dekstrozu içeriği %20'ye kadar arttırıldı. Takibinde hastanın AST, ALT değerleri giderek yükseldi ve desteğe rağmen PT ve aPTT değerlerinde düzelleme olmadı. Tedaviye yanıt vermeyen hasta yatışının 4. gününde ex oldu. Ex olduktan sonra kan kültüründe Shigella Sonnei ürettiği, amikasin dirençli, seftriakson ve meropenem hassas olduğu, metabolik testlerinde ise C6 açılıkarnitin düzeyinin hafif derecede yüksek olduğu (1.35 (0-0.5)) öğrenildi. Orta zincirli yağ asidi oksidasyon defektini ekarte etmek için ileri inceleme yapılmadı.

Tartışma: Malnütre ve sekonder immün yetmezliği olan hastalarda diyare ile ilişkili sepsiste ayırıcı tanıda dirençli Shigella türleri düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: İnfant, malnutrisyon, sepsis, Shigella Sonnei

PS 49

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE OKSİJEN TEDAVİSİ ALAN BİR HASTADA SİGARA İÇMEYE BAĞLI YÜZ YANIĞI

Durdu Mehmet Yavşan¹, Resul Altuntaş¹, Hanife Caner¹, Mustafa Göktepe¹, Mustafa Karanfil², Turgut Teke¹, Kürşat Uzun¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Konya

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Kronik hipoksemi, akut hipoksemi ve/veya doku hipoksisinin birlikte olduğu durumlarda, alta yatan hastalık kontrol altına alınana kadar kısa süreli oksijen tedavisi veya uzun süreli oksijen tedavisi sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Bu bildiride kalp yetmezliği, bilateral plevral effüzyon, akciğer kanseri ön tanıları olan bir hastada yoğun bakım ünitesinde oksijen tedavisi almakta iken beraberinde kullandığı sigaraya bağlı gelişen yüz yanığı sunulmuştur.

Olgu: Nefes darlığı, bacaklarda şişme yakınmaları ile merkezimize başvuran 73 yaşında erkek hasta kalp yetmezliği, bilateral plevral effüzyon, akciğer kanseri ön tanıları ile 2. basamak yoğun bakım ünitesinde yatarak tetkik ve tedaviye başlandı. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde sağda kostadiafragmatik sinüs kapalılığı yapan ve solda tüm alanlarda gölge koyuluğunda artış izlendi. Fizik muayenesinde takipnesi (24/dk), taşikardisi (120/dk), solunum seslerinde solda alt alanda azalma ve pretibial ödemleri mevcuttu. Hastanın oda havasındaki arter kan gazı incelemesinde pH:7.38, pCO₂:48.6mmHg, pO₂:43.7 mmHg, HCO₃:28.6mmol/L, O₂Sat: %78.6, pO₂/FiO₂:215 saptanması nedeni ile 6lt/dk oronasal maske ile oksijen tedavisi başlandı. Oksijen tedavisi alırken hasta ziyaret saatinde yakınlarından temin ettiği sigarayı içmesine bağlı olarak oksijen gazının alev alması sonucu; hastanın yüzünde ağız, dudak ve burun çevresinde, sağ göze uzanan hiperpigmente yer yer krutlu yer yer erode yanık lezyonu görüldü.

Sonuç: Her tedavide olduğu gibi oksijen tedavisinin de istenmeyen bazı etkileri vardır. Yanık ve yangın riski nedeni ile oksijen tedavisi alan hastalar ateş ve sigaradan uzak tutulmalıdır. Sigara içmeme konusunda hastaya yatan her hasta ve onu ziyarete gelen yakınları mutlaka bilgilendirilmelidir. Nikotin bağımlısı olan her hasta, nikotin yosunluk sendromları ve bu vakada olduğu gibi istenmeyen durumlardan kaçınmak için servis ve/veya yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastalara sigara bıraktırma tedavisi (nikotin replasman tedavileri) uygulaması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Oksijen tedavisi, sigara, yüz yanığı

PS 50

YOĞUN BAKIMLARDA ÇOK KATILIMLI EL HİJYENİ PROGRAMININ UYGULANMASI

Burcu Çınar¹, Hanife Aytaç¹, Hümeysra Zengin¹, Yasemin Akyürek¹, Zeynep Baştuğ², Serhat Ünal¹

¹Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Ünitesi, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Ünitesi, Ankara

Giriş: Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar (nozokomiyal enfeksiyonlar) hastanede yatış süresini, morbidite ve mortaliteyi ve tedavi maliyetlerini artıran en önemli nedenlerden biridir. Özellikle sağlık personelinin elleri, mikroorganizmaların hastadan hastaya yayılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle yetersiz el hijyeni, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde halen yaygın olarak görülen hastane enfeksiyonlarına neden olan başlıca etmenler arasında yer almaktadır. Yüksek morbidite, mortalite ve tedavi maliyetine neden olan bu enfeksiyonlardan korunmaya yönelik tedbirlerin başında yeterli el hijyeninin sağlanması gelir. El hijyeni hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ve azaltılmasında en etkin, basit ve ucuz yol olarak gösterilmektedir.

Gereç ve Yöntem: Özellikle hastanelerde sağlık personelinin el hijyeni ve el antiseptisi konusunda bilgilerinin güncellenmesi, sorularının aydınlatılması ve hepsinden önemlisi hastane enfeksiyonlarının önlenmesine katkı sağlaması amacıyla el hijyeni programı oluşturulması son derece önemlidir. Hastanemizde WHO'nun 2009 yılında geliştirdiği el hijyeni kılavuzuna dayanarak el hijyeni programı ve kılavuzu oluşturulmuş ve yoğun bakım temsilcilerinin ve hastane yöneticilerinin de katılımıyla "El hijyeni iyileştirme takımı" kurulmuştur. Kılavuzda belirtilen adımlar izlenmeye başlanmış, el hijyeni programı takım üyeleri ve Enfeksiyon Kontrol Ünitesi tarafından faaliyete geçirilmiştir.

Kılavuz; el hijyeni geliştirme stratejisinin nasıl uygulanacağına ilişkin geniş bir çerçeve önermektedir ve yerel uygulama faaliyet planlarının geliştirilmesi için bir rehber olarak kullanılması amaçlanmıştır. Kılavuz 5 adımlık bir uygulama sürecini içermektedir.

1. Tesislerin hazırlanması
2. Bazal seviye değerlendirilmesi
3. Uygulama
4. İzleme değerlendirme
5. Devam eden faaliyet planının ve yeniden inceleme döngüsünün geliştirilmesi

Hastanemizde El Hijyeni Programının uygulanması ile dikkat çeken faaliyetler yürütülmüş, farkındalık yaratılmış, el hijyeni uyumu artırılmıştır. El hijyeni iyileştirme takımı ve Enfeksiyon Kontrol Ünitesi tarafından gerçekleştirilen faaliyetlerden bazıları şunlardır:

- El hijyeni algı anketinin uygulanması
- Klinik ve yoğun bakımlara afiş ve posterler asılması
- Alkol bazlı el ovma ürünleri dağıtılması
- El hijyeni videosu yayınlanması
- El hijyeni konusunda hasta ve yakınlarını bilgilendirmek için yine Enfeksiyon Kontrol Ünitesi tarafından geliştirilen "El Hijyeni Broşürü" nü hasta yatış anında ve kliniklerde bilgilendirme amaçlı dağıtılması

- Hastane personeline " Bize katıl, el hijyenini artır " sloganı ile el hijyeni eğitimi verilmesi

Bulgular: Kılavuzun tüm basamakları uygulandığında toplanan veriler hastanelerin bir sonraki adımının ne olacağına karar vermelerine yardımcı olmaktadır. Sonuçlar dikkatlice gözden geçirildiğinde özellikle el hijyeni geliştirmenin etkisi açısından sonuçların ne gösterdiği son derece önemlidir. Çok miktardaki değerlendirme verileri yürütülen eğitimin işe yararlığını ve etkisini belirlemek açısından yardımcı olacaktır. Bu yüzden değerlendirme verilerinin amacı sürdürülebilirlik için bir rapor ve faaliyet planının formüle edilmesine yardımcı olmaktadır. Hastanemiz yoğun bakımlarında genel uyum %20 artırılmıştır. El hijyeninde kullanılan materyallerin kullanım miktarları ölçüldüğünde progresif bir artış olduğu gözle çarpılmaktadır. Bu durum el hijyeni programının işe yaradığının en somut kanıtıdır.

Sonuç: Gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler çapında engeller ve destekleyici unsurlar farklılık gösterse de; etkililiği, maliyet etkinliği ve sürdürülebilir gelişimi sağlamak için dikkatli tasarlanmış müdahaleler el hijyenine uyumu artırmak için önemli bir adımdır.

Anahtar sözcükler: El hijyeni, kılavuz, program, WHO, uyum

PS 51

İLAÇ ALLERJİSİNE BAĞLI MAKULOPAPÜLER DÖKÜNTÜ

Hakan Tapar¹, Alkan Karakış¹, Serkan Karaman¹, Serkan Doğru¹, Süheyla Uzun Kaya²

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Tokat

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

³Tokat Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Tokat

Giriş: Yoğun bakım ünitelerinde hasta tanı ve tedavisi aşamasında birçok ilaç kullanılmakta olup bu ilaçların böbrek, karaciğer, kalp ve deri üzerine olan etkileri sıklıkla görülebilmektedir. Biz bu olgumuzda kafa travması sonrası nöbet profilaksisi için fenitoin sodyum alan hastanın omuz, üst göğüs ve kolunda gelişen makulopapüler döküntülere yaklaşımımızı anlatmaya amaçladık.

Olgu: On dört yaşında erkek hasta acil servismize motor bisiklet kazası sonrası kabul edildi. Hastanın sağ kafatası çökme kırığı, pnömoşefali, kafa taban kaide kırığı, intraserebral hematoma ve sağ femur distalindeki kırık nedeniyle acil operasyonuna karar verildi. Hasta postoperatif dönemde entübe olarak cerrahi yoğun bakım ünitesine alındı. Hastaya kafa travması nedeniyle 2 gün boyunca pental sodyum ile sedasyon uygulandı. Uyandırılmasına karar verilen hastaya nöbet profilaksisi için fenitoin sodyum günde iki kere 100 mg olarak başlandı. Tedavinin 6. Gününde göğüs üst kısmında, her iki omuz ve kolda makulopapüler eritematöz döküntüler oluştuğu görüldü. Döküntüler nedeniyle dermatoloji kliniğinden konsültasyon istenildi. Konsültasyon sonucunda döküntülerin ilaç reaksiyonundan kaynaklı olduğuna karar verildi. Bunun üzerine hastanın ilaçları gözden geçirilerek fenitoin sodyuma bağlı olabileceği düşünülerek ilacı kesildi ve antiepileptik olarak levetirasetam 500 mg günde iki kere başlandı. Üç gün sonra döküntüler azalmaya başladı ve beşinci günde ilaç alımı sonlandırıldı.

Sonuç: İlaç ve döküntü arasındaki zaman ilişkisi, sorumlu ilacın belirlenmesinde çok önemli bir yol göstericidir. İlaç daha önce hiç kullanılmama-

mışsa ve döküntü bir hipersensitivite reaksiyonu ise, ilaca duyarlılık kazanana dek birkaç hafta süre ile döküntü gelişmeyebilir. Bunun en önemli örneği, beyin travması nedeni ile profilaktik olarak fenitoin, karbamazepin ve fenobarbital gibi antiepileptik ilaçları kullanan hastalarda gelişen makülopapüler döküntülerdir. Yoğun bakımda zaman ilişkili deri döküntülerinde fenitoin sodyum akla gelmeli ve tedavi uygun ilaçlarla değiştirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Allerji, döküntü, fenitoin sodyum

PS 52

SERVİKAL VERTEBRA KIRIKLI HASTADA SOLUNUM GÜÇLÜĞÜ

Hakan Tapar¹, Serkan Doğru¹, Serkan Karaman¹, Alkan Karakış¹, Süheyla Uzun Kaya²

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Tokat

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

Giriş: Medulla Spinalis yaralanmaları (MSY) beraberinde getirdiği fiziksel, psikososyal ve ekonomik problemler ile hem bireysel hem de toplumsal boyutları olan önemli bir sorundur. Servikal vertebra yaralanmaları; üst servikal (C1-C2) ve alt servikal (C3-C7) vertebra yaralanması olarak ikiye ayrılır. Alt servikal vertebra seviyesindeki yaralanmalarda diyafragma, skalenler ve interkostalleri içeren solunum kasları kısmen korunur. Ancak torakal ve lomber vertebra seviyelerinden innerve olan tüm ekspiratuar kasların fonksiyonu ise bozulur. Biz sunduğumuz bu olguda trafik kazası sonrası görülen servikal kırıklı bir hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli yedi yaşında erkek hasta, acil servisimize araç içi trafik kazası sonrası kabul edildi. Vital bulguları stabil olan hastanın nörolojik değerlendirilmesinde bilinci açık olup dört ekstremitede duyu ve motor kayıp vardı. Yapılan radyolojik incelemede servikal dördüncü (C4) kemikte kırık olduğu görüldü. Acil olarak ameliyat planlanan hastaya 30 mg/kg yükleme dozu ve devamında 5 mg/kg idame dozunda metil prednizolon başlandı. Postoperatif yedinci saatte ekstremitelerde hastada, 2.gün solunum sıkıntısı ve sekresyonları yutma güçlüğüne görüldüğü üzerine trakeostomi açılarak takip edilmesine karar verildi. Hasta ilerleyen günlerde ihtiyaç duyuldukça solunum desteği alması için ev tipi mekanik ventilatörle servise çıkarıldı.

Tartışma: Travmatik Medulla spinalis yaralanması (MSY) etiolojisinde en sık motorlu araç kazaları (%36-48), şiddet olayları (%5-29), düşmeler (%17-21), spor ve eğlence aktiviteleri (%7-16)'dır. Medulla spinalis yaralanmaları bir çok sistemi etkileyerek bireyin yaşam aktivitesini kısıtlar. MSY sonrası ortaya çıkan solunum sistemi komplikasyonları hem akut hem de kronik dönemde ölümlerin önde gelen nedenidir bunların içinde en sık neden pnömonidir. Paraplejik hastalarda diyafragma ve yardımcı solunum kaslarının çoğu sağlamdır. Fakat interkostal ve abdominal kaslarda parsiyel veya total paralizi mevcuttur. Bu paralizi akciğer ve toraksın mekanizmasını değiştirerek akciğer kompliansında bir azalmaya ve restriktif solunum bozukluğuna neden olur. Yine göğüs duvarı instabilitesi ve inaktif yaşam şekli nedeniyle sağlam kasların da etkinliği azalmakta ve solunum problemi artmaktadır. MSY sonrası gelişen kas gücü kaybı ve eşlik eden göğüs travmalarına bağlı olarak öksürük kalitesi bozulmaktadır. Fonksiyonel olmayan öksürük; solunum yetmezliği, pnömoni ve ateletaziye neden olabilmektedir.

Sonuç: Solunum rehabilitasyon programı ile akciğer volüm ve kapasitelerinde, göğüs ekspansiyonunda artış görülmekte, bu artışa bağlı olarak pulmoner komplikasyonlarda azalma ve yaşam kalitesinde düzelmeye olmaktadır.

Anahtar sözcükler: Servikal vertebra, solunum güçlüğü, mekanik ventilatör

PS 53

YOĞUN BAKIMDA İĞNE BATMASI YARALANMALARI: BİR OLGU SUNUMU

Yeşim Arslantürk¹, Memduh Yetim², Murat Arslantürk¹, Şükri Tekindur¹, Oğuz Kılıçkaya¹, Ahmet Coşar¹

¹GATA, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara

²Van Asker Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Van

Giriş: Sağlık çalışanları çalışma ortamında birçok risk ve tehlike ile karşılaşabilmektedir. İğne batma yaralanmaları, kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlardan hepatit B (HBV), hepatit C (HCV), immün yetmezlik virüsü (HIV) gibi enfeksiyonların meydana gelmesinde ciddi bir risk oluşturur. Bu olguda amacımız; iğne batma yaralanmaları konusunda eğitimin gerekliliği ve bazı önlemlerin alınması ile sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanabileceğine dikkat çekmektir.

Olgu Sunumu: Yoğun bakımda iki aydır çalışmakta olan 22 yaşında hemşire, HCV enfeksiyonu olan bir hastadan kan aldıktan sonra iğneyi kılıfına geçirirken eline batırmış ve yaralanma sonrası elini %10'luk povidon iyodin ile yıkadıktan sonra gelişen bu kaza ile ilgili enfeksiyon kontrol komitesini bilgilendirmiştir. Bu sağlık çalışmamızda HBsAg, Anti HBs, Anti HbC IgG ve Anti HCV tetkiklerine bakılmış ve seroloji sonuçları negatif çıkmış olup, 2. ve 6. ayda tekrar sonuçlara bakılması için takibe alınmıştır. Hastada HBsAg, Anti HCV ve Anti HIV tetkikleri tekrarlanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Uluslararası Çalışma Örgütü'ne göre, sağlık çalışanları arasında iğne yaralanmalarına en fazla maruz kalan kesimi hemşireler oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, mesleki maruziyet sebebiyle %40 hepatit B ve C ve %2.5 HIV enfeksiyonu görüldüğünü ve bu durumun hastalığa bağlı küresel yük oluşturduğunu belirtmektedir. İğne batma yaralanmalarının en yaygın iki nedeni iki elle koruyucu kabın takılması ve kesici atıkların güvenli olmayan bir şekilde toplanması ve imha edilmesidir. Yoğun bakım hemşirelerinde kesici-delici aletle yaralanmaya neden olan aletler incelendiğinde %80.6 ile iğne (enjektör iğnesi, branül, insülin iğnesi) batmasının en sık neden olduğu saptanmıştır.

İğne batma yaralanmalarının önlenmesi için eğitim rehberlerinin ve protokollerinin oluşturulması gerekmektedir. Protokoller, hem koruyucu önlemleri (eldiven, gözlük, maske, önlük gibi koruyucu ekipmanların kullanılması), hem de yaralanma sonrası yapılması gerekenleri içermelidir. Özellikle bizim personelimizde olduğu gibi, yeni başlayan personelin bu gibi konularda daha dikkatsiz olabileceği göz önünde bulundurularak, oryantasyon eğitimlerinde personel güvenliği ile ilgili protokoller detaylı olarak anlatılmalı, ayrıca personelin bu konudaki eğitimleri düzenli aralıklarla yinelenmelidir. Yaralanmaya maruz kalan kişi vakit kaybetmeden enfeksiyon kontrol komitesine durumu bildirmeli, gerekli tetkikleri yaptırması sağlanarak yakın takibe alınmalıdır.

Anahtar sözcükler: Enfeksiyon, iğne batması, sağlık personeli

PS 54

OLGU SUNUMU: YOĞUN BAKIMDA GÖZ TUTULUMU İLE SEYREDEN ZONA ENFEKSİYONU**İskender Kara, Savaş Altınsoy***Konya Numune Hastanesi, Genel Yoğun Bakım Ünitesi, Konya*

Giriş: Genellikle çocukluk yıllarında suçiçeği infeksiyonuna neden olan herpes zoster virüsü spinal dorsal kök ganglionların nöronlarında latent olarak saklanarak immün sistemin baskılandığı durumlarda tekrar aktive olarak zona infeksiyonuna neden olabilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde uzun süre takip edilen hastalarda başlıca sistemleri baskılanmış kabul edilebilir ve zona için risk altındadırlar. Biz de yoğun bakımda takip ettiğimiz opere intraserebral hematoma hastamızda gelişen ve göz tutulumu ile seyreden zona olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş beş yaşında erkek hasta acil servise şuurda kapanma nedeni ile getirilmişti. Hikayesinde hipertansiyonu bulunan hastanın yapılan fizik muayenesinde genel durum kötü, bilinç kapalı, ağrılı uyarana yanıt yok, GKS:3 olarak tespit edildi. Acil serviste çekilen beyin BT'de intraserebral hematoma tespit edilen hasta beyin cerrahisi tarafından opere edildi. Postoperatif entübe olarak yoğun bakım ünitesine alınan hastanın takiplerinde şuurunda düzelme olmadığı için mekanik ventilatörde takibi-ne devam edildi. Yatışının otuzuncu gününde sağ gözünde ve alın kısmında zona oluştu. Göz hastalıkları ve dermatoloji konsültasyonları yapıldı. Enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile intravenöz asiklovir ve asiklovir pomad başlandı. Yaklaşık iki haftada zonanın cilt bulguları geriledi. Takiplerinde genel durumunda düzelme olmayan hasta exitus oldu.

Sonuç: Zona daha çok torakal dermatomları tutmakla birlikte kranial sinirlerde de tutulum gösterebilir. Kranial sinir tutulumu daha çok trigeminal sinirde olup, oftalmik dalın etkilenmesi ile oftalmik zona görülür. Cilt bulgularının görülmesi zona tanısı için yeterlidir. Oftalmik zonada sistemik tedavi kesinlikle gereklidir. Yoğun bakımda, ağır immün sistem baskılanması olan hastalarda, zonanın göz tutulumu ile beraber oral alım yeterli değilse intravenöz asiklovir tedavisi düşünülmelidir. Göz tutulumunda tedavi zordur ve görme kayıpları oluşabilir. Bu nedenle hastalar göz hekimi ile birlikte takip edilmelidir.

Anahtar sözcükler: Yoğun bakım, zona, göz tutulumu

PS 55

MEDIASTINAL HEMATOMA: A RARE COMPLICATION OF ULTRASOUND-GUIDED INTERNAL JUGULAR VEIN CATHETERIZATION**Fatma Yıldırım¹, İskender Kara¹, Büşra Yürümez², Gülbin Aygencel¹, Melda Türkoğlu¹***¹Gazi University Faculty of Medicine, Intensive Care Training Program, Internal Medicine ICU, Ankara, Turkey**²Gazi University Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine, Ankara, Turkey*

Central venous catheterization is a frequently performed procedure in the intensive care units for various treatments such as hemodialysis and plasmapheresis, but occasionally encountered complications can be fatal. Therefore, safe insertion with confirmation of correct positioning of the catheter is vital. Ultrasound (US)-guided insertion of catheters has been used widely, and its safety and efficacy have been demonstrated in

several studies. However, this technique is not free from complications. In this case, anterior mediastinal hematoma proceeded after US-guided internal jugular vein catheterization. A 74 year old woman was admitted to emergency department with the triad of symptoms of headaches, petechia and thrombocytopenia for management. A CT brain examination revealed a combined epidural and subdural haematoma. She was managed conservatively with observation by the neurosurgical unit. She was admitted to haematology unit and treated with intravenous steroid and intravenous immunoglobulin (IVIG) for immune mediated thrombocytopenia. Subsequently she developed tonic-clonic epileptic seizures and required intubation and airway maintenance. She was admitted to ICU unit with poor urine output and acute renal impairment. Following fluid resuscitation and diuretic application it was decided to proceed to hemodialyze the patient. She was given IV platelets replacement but there was no rise in the platelet count above 5000 units. The patient had the uneventful (first attempt) insertion of a double lumen hemodialysis catheter (12F, 16 cm) into the right internal jugular vein under real time US guidance. A post catheter CXR was unremarkable with no mediastinal widening or gas. She was hemodynamically stable and not symptomatic for the next 24 hours. She had two episodes of hemodialysis in this period. The patient subsequently developed endotracheal hemorrhage and bilateral pulmonary infiltrates with a presumptive diagnosis of alveolar hemorrhage. A high resolution CT chest (HRCT) revealed hematoma surrounding the IJV catheter tract and the anterior mediastinum. This catheter was removed and a right sided femoral catheter was inserted. Internal jugular vein (IJV) is often the preferred vein catheterization for temporary hemodialysis in the intensive care units. US guided IJV catheterisation may significantly reduce the rate of complications however it does not prevent them completely. Mediastinal hematoma is an uncommon complication of central vein catheterization. The hematoma can develop in any location and structures within the mediastinum leading to differing presentations. The presentation may range from chest pain through to haemodynamic instability or sudden death. Chest CT examination is the most sensitive test to visualise localised hematoma and visualisation of the mediastinum. This case demonstrates the development of a mediastinal hematoma that is recognised incidentally despite the use of US guidance.

Key words: Mediastinal hematoma, ultrasound-guided, internal jugular vein catheterization

PS 56

YANIK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ FİZİKSEL YAPISI NASIL OLMALI?**Hakan Ahmet Acar¹, Ayşenur Boztepe², Oğuzhan Kılavuz², Özgül Yasan³***¹Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yanık ve Yara Tedavi Merkezi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul**²Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yanık ve Yara Tedavi Merkezi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul**³Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yanık ve Yara Tedavi Merkezi, Yanık Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlu Hemşireliği, İstanbul*

Amaç: Yanık hastası deri bütünlüğü bozulduğu, immün sistemleri çökkün olduğu ve bir çok girişimsel işlem uygulandığı için temas ve damlacık enfeksiyonlarına diğer hasta gruplarından daha hassastır. Bu nedenlerle, yanık yoğun bakım ünitelerinin fiziki yapısı diğer yoğun bakım ünitelerinden farklı olması gerekmektedir. Bu çalışmamızda yanık yoğun bakım ünitelerinin fiziki yapısının nasıl olması gerektiğini saptamaya çalıştık.

Gereç ve Yöntem: Yöntem olarak, var olan "Yataklı Sağlık Tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ", "Yataklı Sağlık Tesislerinde Yanık Tedavi Birimlerinin Kurulması ve İşleyişi Hakkında Yönerge", "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği" incelendi. Ayrıca yanık yoğun bakım üniteleri fiziki yapısını konu alan ülkemiz ve dünya literatürü tarandı. Bu bilgiler ışığında hastanemiz bünyesinde bulunan yanık yoğun bakım ünitesinin fiziki koşullarının eksiklikleri saptandı ve kayıt altına alındı.

Bulgular: Yanık yoğun bakım ünitesinin girişi, pansuman odaları, ameliyathanesi, seyyar röntgeni, tıbbi deposu, temizlik odası, havalandırması ve personeli yanık merkezinin diğer bölümlerinden ayrı olmalıdır. Yanık yoğun bakım ünitelerinin tüm odaları tek kişilik "izolasyon odası" özelliğinde olmalıdır. Hastaların çapraz enfeksiyonlardan korunması amacıyla yıkama, debrüman, pansuman ve hatta ameliyat işlemleri ortak alanlarda yapılmaması için, hasta odaları bu işlemlerin hasta odasında yapılabilmesine olanak sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu amaçla bir odası en az 30 m² olmalıdır.

Yoğun bakım ünitelerinde ideal yatak sayısı 8-12 arası iken yanık yoğun bakım ünitelerinde ideal yatak sayısı 4-6 hesaplanmıştır. Yoğun bakım ünitelerinin ortam sıcaklığı 21-24 derece önerilirken, yanık hastası hipotermiye yatkın olduğundan yanık yoğun bakım ünitelerinin oda sıcaklığı 28-32 derece önerilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde havalandırma için %90-99 filtrasyon yeterli görülürken yanık yoğun bakım ünitelerinde ise %99.97 filtrasyon gerekmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde saatte 8 kez hava akımı değişimi öngörülürken, yanık yoğun bakım ünitelerinde ise saatte 12 kez hava değişimi önerilmektedir. Hasta odalarında 2.5 atm pozitif basınç ve laminar akım bulunmalıdır. Yanık yoğun bakım üniteleri 3. Basamak yoğun bakım özelliğinde olmalı ve her yaş grubundan hasta kabul etmelidir. Sağlık personelinin el yıkama oranlarının yükseltilmesi için, kamera yada elektronik cihazlarla izlem stratejileri geliştirilmelidir. Gelişen enfeksiyonlar düzenli olarak kayıt altına alınmalı ve değerlendirilmelidir. Bu bilgiler ışığında hastanemiz yanık yoğun bakım ünitesinin tek kişilik 6 yatağının izolasyon odası şeklinde olduğu, giriş ve çıkışlarının, havalandırmasının ve pozitif basıncının yönetmeliklere uygun olduğu, temassız ziyarete olanak sağladığı, el yıkama oranlarının kamera ile izlendiği, düzenli olarak enfeksiyon oranlarının tespit edildiği ve paylaşıldığı görüldü. Bu çalışma sırasında, yanık yoğun bakım odalarının ısıtma sisteminin yetersiz olduğu, hastalara pozisyon vermekte zorluklar yaşandığı saptandı.

Sonuç: Yanık hastasında ölümlerin %50'sinden fazlası, hastanın tedavisi sırasında gelişen enfeksiyonlar sonucunda gerçekleşmektedir. Bu nedenle ağır yanık hastalarının tedavi edildiği yanık yoğun bakım ünitelerinin fiziki yapısının ortamdaki, çapraz enfeksiyonlardan ve sağlık personelinin kaynaklanan bulaş yollarını engellemek ve hastanın vücut ısını korumaya yönelik tasarlanmalıdır. Ayrıca yapılacak öz denetimlerde saptanan eksiklikler acilen tamamlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Yanık, yoğun bakım, fiziksel yapı

PS 57

GEÇ DÖNEMDE TANI KONULAN ERİŞKİN STILL HAŞTALIĞI OLGUSU

Derya Hoşgün¹, Seval İzdeş¹, Orhan Küçükşahin², Sultan Şıvgın Tii¹, Ferit Alaybeyoğlu¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Erişkin Still Hastalığı (ESH) dalgalı ateş, artralji, raşlarla ortaya çıkan sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Tanısı; enfeksiyonlar, maligniteler ve immün

hastalıkların dışlanmasıyla konur.Yoğun bakımda (YB) hastalığın geç evresinde tanı koyduğumuz ve mortaliteyle sonuçlanan ESH olgusunu sunup, tanısını, tedavisini ve mortalite nedenlerini tartışmayı amaçladık. Boğaz ağrısı, ateş, artralji şikayetiyle 28 yaşında erkek hasta akut tonsillit tanısı ile ayaktan antibiyotik tedavisi aldıktan, on gün sonra aynı şikayetler ve plörotik göğüs ağrısıyla acil servisimize başvurmuş ve koroner YB'a yatırılmış. Özgeçmişinde 8 yaşında ailevi akdeniz ateşi (FMF) ve poliarteritis nodosa tanısı ile kolşisin tedavisi (son 14 yıldır kullanmamış) mevcutmuş. Nötrofilik lökositoz nedeniyle sulbaksit ampisilin 4gr/gün başlanmış. Ekokardiyografi'de sol ventrikül global hipokinetik, ejeksiyon fraksiyonu %45, koroner anjiyografisi normalmiş. Kendi isteği ile taburcu olmuş, bir hafta sonra aynı şikayetlerle tekrar başvurunca, dahiliye servisine yatırılmış. Gövde ve extremitelerinde makülopapüler döküntüler saptanmış. Antibiyotiğe bağlı alerjik reaksiyon olarak değerlendirilmiş. Piperasilin+tazobaktam ve kolşisin 1 mg/gün başlanmış. Laboratuvarında demir 24 µg/dL, ferritin 2000 ng/ml, sedimentasyon 76 mm, c-reaktif protein (crp) 29 mg/dL'ymiş. Kollagen doku belirteçleri, brucella tüp aglütinasyonu ve tbc Quantiferon testi negatif, serum amiloidA pozitifmiş, kültürlerinde üreme olmamış. Akciğer grafisi normalmiş. Periferik yaymasında trombositoz ve lökositoz, kemik iliği aspirasyon biopsisinde nonspesifik reaktif inflamatuvar kemik iliği belirlenmiş, hemofagositik hücreler saptanmamış. Bilgisayarlı tomografisinde her iki hemitoraksta plevral effüzyon, batın içinde yaygın serbest sıvı saptanmış. Kan üre azotu (BUN) ve kreatinin değerlerinde artış olunca böbrek biopsisi yapılmış ve akut diffüz proliferatif glomerulonefrit saptanınca, kollagen doku hastalığına bağlı böbrek tutulumu düşünülerek, 3 gün 500 mg i.v metilprednizolon başlanmış. Abdominal renkli doppler USG'i normalmiş. BUN, kreatin değerlerinde progresif artış ve oligüri nedeniyle hemodiyalize alınmış. Hemoptizi ve solunum sıkıntısı olması üzerine hasta YB'ı mize yatırıldı. Laboratuvarında nötrofil: 36100 K/uL, WBC: 28500 K/uL, trombosit:77000 K/UI, üre 197 mg/dl, kreatin:5,6 mg/dl, AST:173 U/L, ALT 103U/L, crp: 21 mgr/dl, pct:63 ng/ml idi. Akciğer grafisinde, sol akciğerde daha belirgin infiltrasyon plevral effüzyon saptandı. Hipoksemisi nedeniyle entübe edilip mekanik ventilatöre bağlandı. Ortalama arteriyel kan basıncı düşük hastaya vasopressör, inotrop desteği başlandı. Kültürlerinde üreme olmadı. Ateşinin devam etmesi üzerine teikoplanin 1x400mg/gün, tetradox 2x100mg/gün, meropenem 2x1gr/gün, bactrim 2x240mg/gün ve kapsöfungin1x100mg/gün başlandı. Metabolik asidozu olan vasopressör ve inotrop desteği devam eden anürik hastaya sürekli hemodiyalizasyon tedavisi başlandı. Laboratuvar ve klinik bulguları ile ESH tanısı konuldu. metilprednisolon 1000mg/gün iv, iv immünglobulin, plazmaferez uygulandı. Klinik ve laboratuvar değerlerinde düzelleme olmadı. Karaciğer yetmezliği ilerledi. IL-1 antikor (anakinra) 100mg/gün sc başlandı. Hastanın akut faz reaktanları, nötrofilik lökositozu düzelmesine rağmen, karaciğer yetmezliğine bağlı kaybedildi. ESH'ın geç döneminde diğer hastalıklara çok benzediği için ayırıcı tanısı zordur. Mortalitenin önlenmesi için erken tedavisi önemlidir. Bu olgu sunumunda; YB'da geç dönemde tanı konmuş ve anakinra tedavisi etkin olmasına rağmen, karaciğer yetmezliğinden kaybettığımız bir olguyu sunarak, mortaliteyi önlemek için nötrofilik lökositoz, ateş etiyojisinde erken dönemde ESH'ın düşünülmesinin ve tedavi basamaklarında hızlı davranmak gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar sözcükler: Nedeni bilinmeyen ateş, nötrofilik lökositoz, still hastalığı

PS 58

YOĞUN BAKIMDA NADİR BİR KOMPLİKASYON: SANTRAL VENDE KALAN KILAVUZ TEL

Resul Altuntaş, Hanife Caner, Durdu Mehmet Yavşan, Emine Karataş, Mustafa Göktepe, Mustafa Tosun, Turgut Teke, Kürşat Uzun

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Konya

Giriş: Yoğun bakım ünitelerinde takip ve tedavi edilen hastalar sıklıkla yüksek riskli girişimlere ihtiyaç duymaktadır. Bu girişimler komplikasyon riskini de beraberinde getirmekte ve bazıları hayatı tehdit edici olabilmektedir. Bu bildiride, yoğun bakım ünitesinde takip edilen bir hastada sağ femoral venden santral kateter takılırken katetere ait kılavuz telin venöz damar içinde kaldığı bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Nefes darlığı, öksürük, ateş yüksekliği yakınmaları ile acil servise müracaat eden 88 yaşında bayan hastanın fizik muayene incelemesinde takipneik (24/dk), taşikardik (110/dk) ve solunum sesleri dinlemekle bilateral bazallerde solda daha belirgin inspiratuar ralleri mevcuttu. Öz geçmiş taramasında kalp yetmezliği, geçirilmiş serebrovasküler hastalık öyküsü olan hastanın çekilen posterioranterior akciğer grafisinde bilateral kostadiafragmatik sinüs kapallığı ve sağ akciğer alt zonda heterojen gölge koyuluğunda artış izlendi. Arter kan gazları incelemesinde pH:7.38, pCO₂:49mmHg, pO₂:36mmHg, HCO₃:28.8mmol/L, O₂Sat:%63.6 pO₂/FiO₂:180 saptanan hasta aspirasyon pnömonisi, bilateral plevral efüzyon ve hipoksemik solunum yetmezliği tanıları ile yoğun bakım ünitesinde takibe alındı. Damar yolu ihtiyacından dolayı santral venöz kateter işlemi için hastaya sağ femoral venden seldinger tekniği ile ilk denemede santral kateter takılırken katetere ait kılavuz telin venöz damar içinde kalması üzerine çekilen direk batın ve akciğer grafilerinde orta hatta sağ femoralden toraksa kadar uzanan kılavuz teli gözlemlendi. Kalp Damar Cerrahisi tarafından değerlendirilen hastanın kılavuz teli ameliyathane şartlarında lokal anestezi altında komplikasyonsuz bir şekilde çıkartıldı.

Sonuç: Yapılacak girişimsel işlem ile ilgili gelişebilecek istenmeyen durumların ortaya çıkmasının önlenmesi açısından, işlemin deneyimli kişilerce veya onların kontrolünde yapılması, algoritmelere uyulması, kaliteli tıbbi malzemelerin kullanılması ve komplikasyonların erken tanınması için işlem sonrasında direkt radyolojik incelemelerle kateter yerinin kontrolünün yapılmasının önemli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar sözcükler: Yoğun bakımda komplikasyon, santral venöz kateter, kılavuz tel

PS 59

BESLENME TÜPÜ YERLEŞTİRİLMESİNİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: Pnömotoraks

Fatma Yıldırım¹, İskender Kara¹, Rezzan Eren², Gülbin Aygencel¹, Melda Türkoğlu¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım Eğitim Programı, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Ankara

Yoğun bakım hastalarında enteral beslenmenin erken başlanması morbidite ve mortaliteyi azaltan önemli bir faktördür. Enteral beslenme, beslenme tüplerinin mide içerisine, piloru geçerek duodenuma ya da ince bağırsağa yerleştirilmesiyle sağlanabilmektedir. Nazoenteral beslenme tüpleri, nazogastrik tüplerden daha esnek olduklarından yerleştirilmeleri sırasında güçlükler yaşanabilmektedir. Beslenme tüpünün akciğere yanlış olarak yerleştirilmesi karşılaşılan ender komplikasyonlardan biridir. Bu olguda enteral beslenme için yerleştirilmeye çalışılan beslenme tüpünün akciğere gidişi ve geri çekimi esnasında ortaya çıkan pnömotoraks olgusu sunulmuştur. İki ay önce osteosarkom tanısı alan 52 yaşında bayan hasta, son kür kemoterapisinden sonra ortaya çıkan bulantı, kusma, ishal ve sonrasında olan genel durum bozukluğu nedeniyle hastanemize başvurdu. Gelişinde fizik muayenesinde bilinci konfüze, orien-

tasyonu ve kooperasyonu zayıf, uykuya meyilli idi. Vital bulgularından TA:40/20 mmHg, VI:35.5°C, SS:35/dk Kalp hızı:120 atım/dk idi. Tüm vücudunda livedo retikularis mevcuttu, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde anemi, trombositopeni ve nötropenisi olan hastada öncelikle septik şok düşünülerek sıvı resüsitasyonu yapıldı. Tüm kültürleri alınarak geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı. Sıvı resüstasyonuna cevap alınmayan hastaya santral kateter açılarak vazopressör tedavi başlandı. Metabolik asidozu olması nedeniyle sürekli venövenöz hemodiyaliz başlandı. Bu sırada kardiyak arrest gelişen hasta, kardiyak resüsitasyonun 5. dakikasında tedaviye cevap verdi ve sonrasında entübe edilerek izlenmeye devam edildi. Takibinde şokun 24. saatinde almakta olduğu vazopressör tedavileri kesildi. Septik şok tablosundan çıkan hastanın beslenmesi için enteral beslenme tüpü takılmasına karar verildi. 10F/120 cm Compact® beslenme tüpü yerleştirildi. İlk olarak beslenme tüpü, 50. cm'e kadar hafif bir zorlanma ile ilerletildi. Bu noktada midede olup olmadığını kontrol etmek amacıyla 50ml'lik enjektör ile hava verilerek steteskop ile mide fundusu üzerinden dinlendi. Hava sesi duyulunca hasta, sağ yanına çevrilerek tüp, 75. cm'e kadar ilerletildi. Beslenme tedavisinin başlanması öncesinde tüpün yerinin doğrulanması için çekilen üst abdomen grafisinde beslenme tüpünün Abdomene geçmediği, sol ana bronşu takip ederek sol hemitoraksa gittiği gözlemlendi. Tüpün sol akciğere yerleştirilmiş olduğu düşünüldü ve hemen geri çekildi. Tüpün geri çekilmesi sırasında hastada ani bir desaturasyon, takipne ve hipotansiyon gelişti. Hızla çekilen akciğer grafisinde sol hemitoraksta tansiyon pnömotoraks tespit edildi ve acilen tüp torakostomi uygulanarak sol akciğerin ekspansiyonu sağlandı. Tüp takılmasını takiben ilk dakikalarda hastanın solunum sıkıntısı ve hipotansiyonu düzeldi. Tüp torakostomi ile izlenen hastanın tüpü, 6. saatte sorunsuz olarak çıkarıldı. Nazoenterik beslenme, yoğun bakım hastalarında başarılı bir beslenme seçeneği olmasına rağmen, beslenme tüplerinin yerleştirilmesi sırasında özefagus-mide perforasyonu, tüpün akciğere ana bronşlara veya parankimine gönderilmesi ya da plevrayı delmesi sonucu pnömotoraks oluşumu gibi birçok komplikasyonla karşılaşabilmektedir. Beslenme tüpleri birçok yoğun bakım ünitesinde körleme yerleştirilmektedir. Beslenme tüplerinin yerleştirilmesinde güçlüklerle karşılaşıldığında görüntüleme yöntemlerinin kullanımı önerilmektedir. Tüplerin yerleşiminde endoskopi, floroskopi, yatak başı ultrasonografi kullanılabilmektedir. Olgumuzda nazojejunal beslenme tüpünün yerleşiminde ilk 50 cm'de güçlüklerle karşılaşılmış, ikinci girişimde tüp sol hemitoraksa yerleştirilmiştir. Sonuç olarak nazoenteral tüplerin yerleştirilmesinde güçlüklerle karşılaşıldığında tüpler görüntüleme eşliğinde takılmalı, beslenmeye başlanmadan önce mutlaka üst abdomen grafisi ile görüntüleme yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Beslenme tüpü, komplikasyon, pnömotoraks

PS 60

HERPES SİMPEKS VİRÜS ENSEFALİTİ: BİR OLGU NEDENİYLE

Fatma Yıldırım¹, İskender Kara¹, Merve Haşimoğlu², Gülbin Aygencel¹, Melda Türkoğlu¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım Eğitim Programı, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Ankara

Herpes simpleks virüs (HSV) ensefaliti tedavi edilmediğinde yüksek mortaliteye sahip bir nekrotizan ensefalittir. Klasik prezentasyonu ateş ve nörolojik semptomlar olmasına rağmen klinik değişikdir ve bu durum hızlı ve doğru tanı konulmasını zorlaştırmaktadır. Bu olguda, şizofreni ve

depresyon tanıları olan bir hastada ateş ve bilinç bulanıklığı ile ortaya çıkan, kranial MRG bulguları ile ensefalit tanısının kesin konulamadığı, BOS'ta HSV-DNA PCR pozitifliği tespit edilip ensefalit tanısı konan olgu sunulmuştur. Altmışdört yaşında erkek hasta 3 gündür olan 39°C ateş, iştahsızlık, halsizlik, yorgunluk ve son bir gündür olan bilinç bulanıklığı ve yürüyememe şikayetleri ile başvurdu. Medikal öyküsünde 30 yıldır olan şizofreni ve depresyon tanıları mevcuttu. Gelişinde VI:38.7°C, Nabız:110 atım/dakika, TA:80/50 mmHg, SS:32/dk idi. Fizik muayenesinde bilinci konfü, uykuya meyilli, ağırlı uyarana dört ekstemitede cevabı yok, pupiller izokorik, bilateral ışık refleksi pozitif, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Bilinç bulanıklığı artan ve paradoks solunumu ortaya çıkan hasta entübe edildi. Çekilen kranial BT'de akut patoloji saptanmadı. Santral sinir sistemi enfeksiyonu düşünülerek IV asiklovir ve seftriakson tedavileri başlandı. Yapılan lomber ponksiyonda alınan beyin omurilik sıvısında (BOS) glukoz 65 mg/dl, protein 97 gr/dl, Na 152 mmol/L, K 3.2 mmol/L, counterda 160 lökosit tespit edildi ve thomada hücre görülmedi. BOS'tan enterovirüs, sitomegalovirüs, varisella zoster virüs ve HSV tip 1 ve 2 için PCR örnekleri gönderildi. Çekilen kontrastlı kranial MRG'da sol temporal lobda, amigdala, hipokampus ve parahipokampal gyruslar ile insuler korteksi için alan, IV. kontrast madde enjeksiyonu sonrası patolojik kontrast tutulumu göstermeyen, ancak belirgin diffüzyon kısıtlaması dikkati çeken diffüz patolojik sinyal değişikliği izlendi. Mevcut kranial MRG bulguları ile akut iskemik süreç ve ensafalit ayrımı net yapılamadığından almakta olduğu tedaviye DMAH 2x1 subkütan tedavisi eklendi. BOS kültüründe bakteriyel üreme olmayan hastanın seftriakson tedavisi kesildi ve BOS'ta PCR ile HSV-DNA pozitifliği tespit edilince almakta olduğu DMAH profilaksi dozuna düşüldü. HSV ensefaliti tanısı konan hastanın takibinde bilincinde açılma, orientasyonunda artış ve spontan solunumunda düzelmeye görüldü. Hasta entübasyonun 10. gününde ekstübe edildi. IV asiklovir tedavisinin 21 güne tamamlanması planlanan hasta servise devredildi. Günümüzde HSV ensefalitinin erken tanısında BOS'da PCR ile HSV-DNA araştırılması altın standart olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle kliniği HSV ensefaliti ile uyumlu olan hastalarda LP yapılarak BOS'da PCR ile HSV-DNA araştırılmalıdır. Tedavide tercih edilecek ilaç asiklovirdir ve asiklovir tedavisi kesin PCR sonucu alınana kadar ampirik olarak erkenden başlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Ensefalit, Herpes Simpleks virüs, BOS PCR

PS 61

REDUCTING THE TIME TO CARRYING AID EQUIPMENTS FOR FIRST AID RESPONSIBLE ZONE BY THE NURSING STAFF

Wen Feng Chi, Han Ho Yi, Man Chun

Taipei Medical University – Shuang Ho Hospital, Ministry of Health and Welfare

The goal of this project is reducing the time to carrying aid equipments for first aid responsible zone by the nursing staff. The emergency car with many things and volume big, the aid equipment heavily must transport, push the aid equipment runs is unable to go forward, the nursing staff creates aid equipmenst to first time of responsible zone is 5 minutes 25 seconds. Conducing improvements that draws up the pouch kit to use the table, carry the AED substitution electric shock, pouch kit substitution emergency car, arrange the AED education curriculum, carry the simple first aid equipment to exercise and revise the standard work flow. After improvements the nursing staff carries the first aid equipment to aid time

of responsible zone reduction is 3 minutes 5 seconds, achieves goal of the project. The truly effective reducing the time to carrying aid equipments for first aid responsible zone by the nursing staff, the promotion first aid quality.

Key words: Reducting the time, carrying aid equipments, first aid responsible zone

PS 62

HEMOPERITONEUM AND INTRAMURAL SMALL BOWEL HEMATOMA COMPLICATING WARFARINE THERAPY

Fatma Yıldırım¹, İskender Kara¹, Burcu Bilaloğlu², Gonca Erbaş³, Melda Türkoğlu¹, Gülbin Aygencel¹

¹*Gazi University Faculty of Medicine, Intensive Care Training Program, Internal Medicine ICU, Ankara, Turkey*

²*Gazi University Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine, Ankara, Turkey*

³*Gazi University Faculty of Medicine, Department of Radiology, Ankara, Turkey*

Oral anticoagulant is recommended for the prophylaxis of venous thrombo-embolism in acute thrombosis and, also in cases of recurrent deep venous thrombosis. However it has been associated with increased incidence of hemorrhagic complications. Herein is described an elderly woman taking warfarin and NSAID pain killer who then developed hemoperitoneum and bowel wall hematoma presenting initially with ADominal pain. A 80-year-old woman with a medical history of hypertension, diabetes mellitus and recurrent deep venous thrombosis (DVT) was admitted to emergency department with ADominal pain. Her past history was detailed by recurrent deep venous thrombosis and she had been on warfarin treatment for 10 years. She performed her INR testing regularly and her last reading performed a week earlier was 2.1 IU. On presentation her vital examination findings were; Pulse 98 b/m, blood pressure: 95/60, temperature: 36.7°C and respiratory rate of 25 b/min. The ADominal examination revealed marked bilateral lower quadrant tenderness but also diffuse tenderness throughout the ADomen. Clinical assessment of acute ADomen and possibly ischaemic gut was considered and a CT ADominal angiogram was undertaken. The CT findings were positive for distal jejunal and proximal ileal transmural thickening along with extensive free peritoneal fluid. There was no vascular angiographic abnormalities seen in the superior or inferior mesenteric arteries or their run off branches. The patients progress involved significant drop in serum hemoglobin and secondary shock requiring ICU unit review and admission. Her PT time was 68.9, international normalized ratio (INR):12 IU. She was treated with vitamin K supplements and, fresh frozen plasma transfusion resulting in rapid normalisation of INR. She was stabilised quickly and discharged to the medical ward in 2 days. The patient did not give a history of melena or haematochezia. There was no melena or blood on rectal examination and there was no obvious source of external bleeding. It became evident that she had taken NSAIDs for arthritic pain 5 days prior to the presentation. The final impression was that she suffered mural haematoma of the small bowel along with haemoperitoneum as was confirmed with the CT ADominal angiogram. This case illustrates a stable patient taking warfarin for many years with therapeutic aim of INR 2-2.5 IU for recurrent thromboembolic disease prevention. However concurrent use of NSAIDs did cause severe rise in the INR and PT values. There have been many reports and warnings about the drug inter-

action between warfarin and NSAIDs. Hemoperitoneum and intramural small bowel hematoma in the context of warfarin use is a rare complication. A CT ADominal angiogram is the gold standard for imaging of such conditions. And as in our case most patients require medical treatments with prompt reversal of anticoagulation and supportive care and, usually not surgical intervention.

Key words: Hemoperitoneum, intramural hematoma, warfarine

PS 63

ANCA-İLİŞKİLİ VASKÜLİTE BAĞLI DİFFÜZ ALVEOLAR HEMORAJİ: OLGU SUNUMU

Fatma Yıldırım¹, İskender Kara¹, Abdurrahman Tufan², Gülbin Aygencel¹, Melda Türkoğlu¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım Eğitim Programı, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Ankara

Alveolar hemoraji sendromları, alveoler, kapiller harabiyete bağlı difüz alveoller kanama ile karakterize bir grup hastalıktır. Alveoler boşluğa olan yaygın kanama sonucu dispne, hemoptizi, anemi ve akciğer grafisinde bilateral alveoler konsolidasyonlara yol açar. Böbrek yetmezliği ile birlikteliğinde en sık neden antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülitlerdir. Bu olguda akut böbrek yetmezliği olan, perinükleer-ANCA (p-ANCA) pozitifliği tespit edilip difüz alveolar hemoraji (DAH) gelişmesi nedeniyle kortikosteroid ve siklofosamid tedavilerinin yanısıra plazmaferez yapılmasına rağmen kaybedilen mikroskopik polianjitis (MPA) olgusu sunulmuştur. Özgeçmişinde koroner arter hastası nedeniyle geçirilmiş bypass operasyonu ve 2 ay önce koroner stent öyküsü olan 74 yaşında erkek hasta 20 gündür olan öksürük, nefes darlığı, iştahsızlık, halsizlik ve kilo kaybı şikayetleri ile genel dahiliye servisine yatırıldı. Fizik muayenede; her iki hemitoraksta yaygın kaba ralleri mevcuttu, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Akciğer grafisinde nonhomojen dansite artımları mevcuttu. Laboratuvar testlerinde:anemisi, sedim yüksekliği ve üre:85 mg/Ld, kreatinin:4.5 mg/dl tespit edildi. Yapılan üriner sistem ultrasonografide böbrek boyutları normal tespit edildi. Hidrasyon ile üre ve kreatinin değerlerinde gerileme olmayan hasta hemodialize alındı. Akciğer grafisinde infiltratif görünümleri, öksürük ve balgamı olan hastaya pnömoni öntanısıyla piperasilin-tazobaktam tedavisi başlandı. İzleminde hemoptizisi olan hastaya toraks BT çekildi. Toraks BT’de her iki akciğerde dağılım yerleşimli konsolidasyon alanları izlendi. Hemoglobin düşüşü de olan hasta DAH kabul edildi. Bakılan idrar tetkikinde ++ hematüri, ++ proteinüri ve dismorfik eritrositler saptandı. İmmunolojik belirteçlerden; romatoid faktör, kompleman (C3, C4), İmmünglobülin-E, İmmünglobülin-G, İmmünglobülin-A, İmmünglobülin-M değerleri normaldi. Antinükleer Antikor (ANA), ANA profili, Antiglomerüler Bazal Membran Antikoru ve c-ANCA negatifken p-ANCA pozitif tespit edildi.DAH ve vaskülit tanılarıyla hastaya 1 gr/gün kortikosteroid 3 gün süreyle, 1 gr/gün siklofosamid tedavisi verildi, 1 mg/kg kortikosteroide devam edildi. İzleminde hemoptizi şikayeti devam eden, oksijen ihtiyacı artan ve genel durumu kötüleşen hasta entübe edilerek dahiliye yoğun bakım ünitesine alındı. Trombositopenisi gelişen ve genel durumu kötü olan hastaya renal biyopsi yapılmadı. İzleminde hemoptizisi devam eden, kontrol akciğer grafilerinde progresyon izlenen hastaya 5 gün plazmaferez yapıldı. Takibi sırasında akut koroner sendrom gelişen hasta eksitus oldu. Hastanın klinik

olarak üst solunum yolu bulgularının (sinüzit, nazal polip gibi) olmaması; toraks BT’de Wegener Granülopatisini düşündürecek (multipl nodüller, kavite gibi) bulgular olmaması nedeni ile hastada p-ANCA pozitifliği ile seyreden MPA düşünüldü. Ancak patolojik tanı koyulamadığından ANCA-ilişkili vaskülit olarak değerlendirildi. Tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen, DAH vücuttaki şiddetli vaskülitin göstergesidir. Erken başlanan IV steroid, immünsupresif tedavi ve/veya plazmaferez tedavilerine rağmen mortalitesi yüksektir.Olgumuza da kombine tedavi uygulanmış ancak takibin 28. gününde eksitus olmuştur.

Anahtar sözcükler: ANCA-ilişkili vaskülit, difüz alveolar hemoraji

PS 64

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARDA TROMBOSİTOPENİ SIKLIĞI VE TROMBOSİTOPENİ GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mücahit Mustafa Kaya¹, Ramazan Coşkun², Gülseren Elay², İlhan Bahar², Nilgün Alptekinoğlu², Zahide Karaca², Kürşat Gündoğan², Murat Sungur², Muhammet Güven²

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Kayseri

Amaç: Trombositopeni yoğun bakım ünitelerinde sık görülür ve yüksek mortalite ile ilişkilidir. Bu çalışmanın amacı İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde (İHYBÜ) takip edilen hastalarda trombositopeni sıklığını tespit etmek ve trombositopeni gelişimini etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İHYBÜ’de retrospektif olarak yapıldı. Bilgiler hastaların dosyalarından ve elektronik kayıt sisteminden elde edildi. Çalışmaya 48 saat ve daha fazla yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastalar alındı. Hastaların demografik verileri kaydedildi.

Bulgular: Bu çalışmaya 237 hasta dahil edildi. Hastaların 106’sı kadın (%45), 131’i ise erkekti (% 55). Yaş ortalaması 62±18 yıl idi. En sık yoğun bakıma yatış nedenleri ise solunum yetmezliği (%33) ve nörolojik hastalıklar (%13) idi. Takiplerinde hastaların %45’in de trombositopeni gelişti. Hastaların ortalama APACHE II skoru 24±10, SOFA skoru 9±4 ve MODS skoru 6±3 idi ve trombositopeni gelişen hastalarda gelişmeyenlere göre daha yüksek tespit edildi (p<0.0001). Trombositopeni gelişimini etkileyen faktörler incelendiğinde hastaların %61’inin profilaktik veya tedavi dozunda heparin aldığı tespit edildi. Hastaların 106’sın da (% 45) ise bir veya daha fazla trombositopeni yapan antibiyotik kullanıldığı tespit edildi. Trombositopeni gelişen hastalarda yoğun bakımda kalma süresi daha uzun idi (p=0.042). Hastaların genel mortalitesi %71 oranında bulundu ve trombositopeni gelişenlerde gelişmeyenlere göre daha yüksek (%91) idi (p<0.0001).

Sonuç: Trombositopeni yoğun bakım ünitelerinde sık görülmektedir. Yoğun bakımda kullanılan ilaçlar trombositopeni gelişmesine neden olmaktadır. Hastaların mortalitesi trombositopeni gelişen hastalarda daha yüksektir.

Anahtar sözcükler: Trombositopeni, mortalite, yoğun bakım, ilaçlar

PS 65

BURKİT LENFOMADA CİDDİ LAKTİK ASİDOZ**Haluk Mumcuoğlu, Gülseren Elay, İlhan Bahar, Kürşat Gündoğan, Ramazan Coşkun***Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Kayseri*

Giriş: Laktik asidoz, laktik asidin aşırı üretimi veya yetersiz yıkılması sonucu oluşan bir tür metabolik asidozdur. Aşırı üretim,ü tip A laktik asidoz olarak isimlendirilir ve genellikle yoğun bakım hastalarında görülen hipoperfüzyon durumuna bağlı olarak gelişir. Tip B laktik asidoz lakdik asidin yetersiz bir şekilde elimine edilmesinden kaynaklanır ve karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği, tiamin eksikliği, toksinler, lösemi ve lenfoma gibi bazı maligniteler ve ilaç kullanımı gibi birçok nedeni vardır.

Olgu: Daha önceden herhangi bir hastalığı bulunmayan 67 yaşındaki erkek hasta yaklaşık 2 aydır devam eden ciddi halsizlik, yorgunluk, istemsiz olarak 7 kilo kaybetme, karın ağrısı ve karında rahatsızlık hissi ile başvurdu. Hastanın ateş ve gece terlemeleri mevcuttu. Fizik muayenesinde batın sağ alt kadranda yaklaşık 10 cm çapında sert fikse ve hassas kitle tespit edilen hastanın çekilen abdominopelvik tomografisinde batın sağ alt kadranda 12x12 cm'lik kitle ve pelvik–paraaortik bölgede en büyüğü 23 mm olan multiple lenfadanomegaliler tespit edildi. Yapılan biyopsi sonucunda burkit lenfoma tanısı konuldu. Takipleri esnasında genel durumu bozulan hastanın kan gazında pH 7.17 ve laktat düzeyinin 13.8 mmol/L olarak gelmesi üzerine elektif olarak entübe edilerek Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesinde takibine başlandı. Hastanın fizik muayenesinde ve hemodinamik monitörizasyonunda hipoperfüzyon ve hipoksemiye ait bulgusu bulunmamaktaydı. Hastaya yoğun bakıma yatışının 2. gününde tip B laktik asidoz tanısı konularak vincristin + siklofosamid + prednisolon kemoterapisi başlandı. Kemoterapinin verilisinden itibaren 12. saatte laktik asit düzeylerinde progresif olarak azalma tespit edilen hastanın 48. saatte laktik asit düzeyi 0.7 mmol/L'ye kadar geriledi. Yoğun bakımına yatışının 8. gününde genel durumu düzelen ve mekanik ventilatör desteği minimuma inilen hasta ekstübe edilerek hematoloji servisine transfer edildi.

Sonuç: Malignitelere bağlı gelişen tip B laktik asidoz nadir görülen ancak kötü prognostik bir bulgudur ve primer tedavisi kemoterapidir. İlaç kullanımı ve tiamin eksikliği gibi düzeltilebilir bir neden varsa hızlıca düzeltilmeli yoksa intravenöz sıvı ve bikarbonat uygulaması yada renal replasman tedavisiyle asidoz kontrol altına alınmalıdır. Herhangi bir kontrendikasyon yoksa en kısa zamanda kemoterapi verilmelidir. Kemoterapi verildikten sonra laktik asit düzeyi saatler içerisinde gerilemeye başlar ve tamamen normal düzeye erişmesi haftaları bulabilir. Literatürde bildirilen diğer vakalara göre bizim hastamızda daha hızlı yanıt alınmasının sebebi hastanın burkit lenfoma gibi kemoterapiye duyarlı bir malignitisinin olması ve başarılı bir sıvı resüsitasyonu uygulanması olabilir.

Anahtar sözcükler: Burkitt lenfoma, laktik asidoz, metabolik asidoz

PS 66

TERAPÖTİK AFEREZ ERKEN DÖNEM SEPTİK ŞOK'TA ETKİLİ OLABİLMİ? OLGU SUNUMU**Yaşar Yıldırım¹, Yakup Düzköprü², M. Zanyar Akkuzu², Gökçe Aktar², A. Veyssel Kara¹, Züfukar Yılmaz¹, A. Kemal Kadiroğlu³, M. Emin Yılmaz¹**¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Diyarbakır

Giriş: Septik şok multiorgan yetmezliğine gidiş gösterebilen, morbidite ve mortalitesi yüksek bir klinik tablodur. Bu süreçte proinflatuar ve anti-inflatuar sitokinler arasında dengesizlik, endotoksinler, kemokinler ile prokoagulanlarda artış ve akut böbrek hasarına bağlı volüm yüklenme si gibi yaşamı tehdit eden olaylar gelişir. Bu tür kritik hastalara temel tedavilerin uygulanmasının yanı sıra erken dönemde terapötik aferez (plazmaferez) uygulanması klinik iyileşmeye katkı sunabilir. Olgumuzda dış apsesi drenajı sonrası gelişen sepsis ve multiorgan yetmezliğinin erken döneminde uygulamış olduğumuz plazmaferezin etkinliğini sunmayı amaçladık.

Olgu: Dış ağrısı ve ateş şikayeti ile hastaneye başvuran 16y, kadın hastaya, dış apsesi tanısı konularak oral antibiyotik reçete edilmiş. Yüksek ateşi devam eden hastaya bir gün sonra yatış yapılarak parenteral antibiyotik başlanmış ve apse drene edilmiş. Takiben şuurunda bulanıklık ve genel durumunda kötüleşme olan hasta solunum sıkıntısı nedeniyle entübe edilmiş. Hasta dış apsesi zemininde sepsis, ARDS, solunum yetmezliği, hipervolemi ve akut böbrek hasarı ön tanılarıyla kliniğimize yatırıldı. Yatışında GD kötü, şuur kapalı, entübeli, MV'e bağlı, KB; 60/30 mmhg, Nb;108/dk, A: 36.5°C, CVP: 8 cmH₂O, idrar çıkışı 400cc/gün idi. FM'de konjonktivalar soluk, yüzün sağ yarısı şiş, sağ periorbital ödem, çene altında sütün materyali mevcut, bilateral bazallerde solunum sesleri alınmıyor, taşipneik, orta-üst zonlarda kreptan raller(+) vardı. PA AC grafi'de her iki akciğerde alt-orta loblarda non homojen dansite artışı gözlemlendi. Boyun BT: Sağ parafarengeal alanda yaklaşık 15 x 9 mm boyutunda lateral pterogoid kas boyunca seyreden sıvı dansiteli alan izlenmiş olup IVKM sonrasında periferik minimal kontrastlanma göstermektedir (Abse?). PY: %85 parçalı, %10 lenfosit, toksik granülasyon (+++), 2'li trombosit kümelenmesi vardı. Sedimentasyon:51, CRP:8.44 mg/dl idi.

Klinik Gidiş: Hastaya 50 cc saatten (20 saat) %0.9 NaCl ve norepinefrin 0.5 mcg/kg/dk başlandı. MV' de SIMV modunda takibe alındı. Sızıntı tarzında burun kanaması vardı, plt: 24.4 olması üzerine 1 ünite aferez trombosit verildi. Hgb 7.6 gr/dl olması üzerine 2 Ü eritrosit süspansiyonu verildi. Tüm kültür leri gönderildi, meronem+vancomisin tedavisi başlandı. Kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Sepsis düşünülen hastaya 7 seans plazmaferez planlandı ve aynı gün başlandı. Takiplerinde oksijen saturasyonları düşen ve kan basıncı yükselen (180/100mmHg) hastanın endotrakeal aspirasyonundan hemorajik sekresyon gelmesi üzerine hastada akciğer ödemi düşünülerek, serum tedavisi durduruldu ve 100 mg furosemid yükleme sonrası, 20 mg/saat dozunda infüzyon tedavisi başlandı. 24 saatte 5500 cc idrar çıkışı oldu. Kan basıncı geriledi (130/80mmHg), O₂ saturasyonları yükseldi, hemorajik sekresyonu kesildi, ajitasyonları olan hastanın propofol infüzyonuyla derin sedasyonu sağlandı. Hafif yüksek olan karaciğer enzimleri geriledi. Trombosit düzeyleri dramatik bir şekilde arttı Hastaya yatışının 4. gününde weaning planlandı. Spontan mod'a ardından t-tüpe alındı ancak taşikardisi ve taşipnesi olması üzerine hasta tekrar MV'e bağlandı, extübasyondan vazgeçildi ve sepsise bağlı solunum yetmezliğinin devam ettiği düşünüldü. Hasta yatışının 7. gününde weaning için tekrar değerlendirildi pH:7.46, PO₂:134, PCO₂:36, HCO₃:25 ve f/TV<105 idi. Extübe edildi, arter kan gazı takipleri normal değerlerde olan hasta Nefroloji kliniğine transfer edildi.

Sonuç: Septik şok ve multiorgan yetmezliğinin patogenezinde anahtar rol oynayan inflammatuar mediatörlere yönelik erken dönemde temel tedavinin yanında terapötik aferez (plazmaferez) uygulamasının kritik hastanın erken dönemde toparlanmasına katkı sunabilir.

PS 67

YAŞ, YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE KABULDE TEK BAŞINA BİR KRİTER MİDİR?**Melek Ünlügedik¹, Sibel Turan Çakır², Sait Karakurt³, Emel Eryüksel³**¹Kalite Yönetim Birimi Sorumlusu, T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul²Dâhili YBÜ Sorumlu Hemşiresi, T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul³Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım AD, T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Kronik hastalık görülme sıklığındaki artış ve fonksiyonel bozukluklar sebebiyle ilerleyen yaş ile birlikte yoğun bakım ünitesine başvuru oranı artmaktadır. Bu çalışmanın amacı dâhili yoğun bakım ünitemizde tedavi gören 65 yaş ve üzeri hastalar ile 65 yaş altı hastaların özelliklerini karşılaştırmak ve sağ kalımına etki eden faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Veriler 1 Ocak 2013 ile 1 Temmuz 2014 tarihleri arasında yoğun bakım ünitemizde tedavi gören hastalar için prospektif olarak tutulan kayıtlardan retrospektif olarak elde edildi. Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizinde SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, p<0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Yoğun bakım ünitemizde takip edilen hastaların (n=247) 111'i (%44,9) kadın, 136'sı (%55,1) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 60,1±19,2 (15-104) idi. Yoğun bakım ünitesinde kalış süresi ortalama 8,7±9,1 gün, Apache II skoru ortalamaları 38,2±23,7 idi. 65 yaş ve üstü hastaların yoğun bakım ünitesinde kalış süreleri, 65 yaş altı hastalardan uzun bulundu. 65 yaş ve üstü gruptaki hastaların beklenen mortalite düzeylerinin 64 ve altı yaş grubundaki hastaların beklenen mortalite düzeylerinden yüksek olduğu tespit edilirken, 65 yaş altı hasta grubu ile 65 ve üstü hasta grubu hastalar arasında beklenen ve gerçekleşen mortalite oranları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görüldü (p=0,243>0,05).

Sonuç: Altmış beş yaş ve üzeri hastalarda beklenen mortalite oranı ve yoğun bakım ünitesinde kalış süresinde artış olmakla beraber gerçekleşen mortalite ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi. Çalışma sonucunda yoğun bakım ünitesine hasta kabulünde yaşın tek başına bir kriter olarak kullanılmayacağı sonucuna ulaşıldı.

Anahtar sözcükler: Yaşlı, 65 yaş ve üzeri yaşlı, dâhili yoğun bakım ünitesi, mortalite, beklenen mortalite

PS 68

ENDOTRAKEAL ENTÜBASYONUN KOMPLİKASYONLARI: EĞİTİM SONRASI TEK MERKEZ DENEYİMİ**İlhan Bahar, Gülseren Elay, Nilgün Alptekinöglü, Zahide Karaca, Ramazan Coşkun, Kürşat Gündoğan, Muhammet Güven, Murat Sungur**

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Kayseri

Amaç: Endotrakeal entübasyon yoğun bakım ünitelerinde sık yapılan bir işlemdir. Bu işlem esnasında çok ciddi komplikasyonlar meydana gelmektedir. Bu çalışmada İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi'nde (İHYBÜ) çalışmaya başlayan Araştırma Görevlileri'ne teorik ve pratik entübasyon

eğitim verildi ve bu eğitim sonrası komplikasyonları değerlendirmek amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İHYBÜ'de prospektif olarak yapıldı. Çalışmaya yoğun bakımda entübe edilen hastalar alındı. İHYBÜ'de çalışmaya başlayan Araştırma Görevlisi doktorlara yoğun bakımda çalıştıkları ilk bir haftalık sürede teorik ve pratik entübasyon eğitimi verildi. Tüm eğitimler bu konuda uzman aynı kişi tarafından ve aynı protokole verildi. Yoğun bakım ünitesinde entübe edilen hastaların bilgileri entübasyonu yapan doktor tarafından kaydedildi.

Bulgular: Bu çalışmaya 36 hasta alındı. Hastaların 20'si kadın (%56), 16'sı ise erkekti (%44). Hastaların yaş ortalaması 64±18 yıl idi. Yoğun bakıma yatış nedenleri en sık şok (%50) ve akut solunum yetmezliği (%36) idi. En sık entübasyon nedeni ise akut solunum yetmezliği (%44) olarak tespit edildi. Hastaların %31'i acil olarak, %8'i yarı acil ve %64'ü elektif olarak entübe edildi. Bu hastaların 9'un da (%25) en az bir komplikasyon gelişti. Bu komplikasyonlardan sık görüleni zor entübasyon (%22) idi. Entübasyon yapan doktorların Araştırma Görevlisi olarak aldıkları eğitim sürelerine bakıldığında en fazla entübasyon işlemini 2 yıllık Araştırma Görevlisi doktorların yaptığı (%75) tespit edildi. Entübasyonların %61'i ilk laringoskopi denemesinde yapıldı. Sedasyon için en fazla kullanılan ilaçlar ise midazolam (%64) ve propofol (%17) idi.

Sonuç: Endotrakeal entübasyon komplikasyonları yoğun bakım ünitelerinde önemli bir sorundur. Başarılı entübasyon girişimi komplikasyonlardan korur. Yoğun bakımda düzenli endotrakeal entübasyon eğitimi komplikasyonları azaltır.

Anahtar sözcükler: Entübasyon, yoğun bakım, eğitim

PS 69

SEFTRİAKSON KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN ANAFLATİK REAKSİYON: OLGU SUNUMU**Yaşar Yıldırım¹, A. Veysel Kara¹, Züfukar Yılmaz¹, Yakup Ergün², Ferhat Bacaksız², Murat Bardakç², M. Zanyar Akkuzu², A. Kemal Kadiroğlu³, Muhsin Kaya⁴, M. Emin Yılmaz¹**¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Diyarbakır⁴Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş: Eozinofilik gastroenterit gastrointestinal kanalın farklı bölümlerinin ve katlarının eozinofilik infiltrasyonu ile karakterize hastalığıdır. Olguların yaklaşık %50'sinde tip 1 allerjik reaksiyonu destekleyen bulgular olmaktadır. Hastaların yaklaşık %50'sinin kendisinde veya ailesinde allerji (atopi, astım, nazal polipler, saman nezlesi) bulunur. Diğer %50'sinde ise besin intoleransı veya allerjisi öyküsü mevcuttur. 3. Kuşak sefalosporin grubu içerisinde olan seftriakson gram negatif bakteriyel enfeksiyonların tedavisinde sık kullanılmaktadır. Sefalosporin grubu ilaçlara karşı hafif allerjik reaksiyondan ölüme neden olabilen anafilaksiye kadar değişik klinik tablolarla karşılaşılabilmektedir. Bu olguda astım ve besin allerji öyküsü olan eozinofilik gastroenterit tanılı hastada 4. seftriakson dozunda gelişen anafilaksi tablosu ve yapılan tıbbi müdahale sunuldu.

Olgu: On yedi yaşında eozinofilik gastroenterit (biyopsi tanısı var) tanısıyla gastroenteroloji kliniğinde yatan hasta idrarda yanma şikayeti nedeniyle tetkik edildi. İdrar yolu enfeksiyonu tanısı konulan hastaya

seftriakson tedavisi başlandı. Klinik yatışı sırasında 4. doz seftriakson henüz 1 cc verildiği sırada hastada nefes darlığı, baş dönmesi olmuş ve bu nedenle ilaç reaksiyonu düşünülerek enjeksiyon durduruldu. Kalp tepesi 163/dk, pulse oksimetri ile bakılan O₂ saturasyonu %72 olan hastada bronkospazm, siyanoz, dolaşım yetersizliği, hipotansiyonun eşlik ettiği anafilaktik şok gelişti. Hastaya difenhidramin 50 mg iv, deksametazon 8 mg IV yapıldı. Hasta hemen monitörize edildi. Balon maske ile pozitif basınçlı ventilasyon başlandı, adrenalın 0,5 mg IV (1:100000 lik solusyon) ve metilprednisolon 125 mg IV yapıldı. Uygulanan tedaviye cevap vermeyen hasta entübe edildi ve genel dahiliye yoğun bakım ünitesine transfer edildi. Hasta mekanik ventilatöre(MV) bağlandı. SIMV modu ile PEEP: 5 cmH₂O, TV: 8ml/dk, f: 12/dk, I/E: 1/2, fiO₂: %100 olarak ayarlandı. Entübasyon sonrası yapılan ilk değerlendirmede; TA alınmadı, saturasyon ölçülemedi, hastada santral siyanoz mevcuttu. Arteriyel kan gazı analizinde; Ph: 7, pO₂: 159 mmHg, pCO₂: 51.7 mmHg, HCO₃: 10.8 mmol/l, Laktat: 9,8 mmol/l. Serum fizyolojik 500cc/saat, adrenalın 1 mcq/dk infüzyon başlandı, inhaler olarak salbutamol + ipratropium bromür verildi. Foley sonda uygulandı, hastanın idrar çıkışı yoktu. Takiplerinde TA alınmaya başlandı, siyanozu geriledi. Pulse oksimetri ile bakılan SaO₂: %98 idi. Entübasyonun 2. Saatinde siyanozu tamamen geriledi, idrar çıkışı başladı. Ajitasyonu olan hasta midazolam ile sedatize edildi. Vasopresör dozu ve IV hidrasyon dozu titre edildi. Saatlik arteriyel kan gazı kontrolü yapıldı. Kan gazı sonuçlarına göre MV ayarları yapıldı. Entübasyonun 6. saatinde hasta spontan moda alındı. Laktik asidozu gerileyen, şuuru açılan, f/TV<100 olan hasta entübasyonun 10. saatinde ekstübe edildi. Ekstübe olarak 4 saat daha yoğun bakım ünitemizde gözetim altında tutulan hastanın genel durumunun iyi olması ve vital bulgularının tamamen düzelip stabil seyretmesi üzerine gastroenteroloji kliniği ara yoğun bakım ünitesine transfer edildi.

Sonuç: Anafilaktik reaksiyonun hangi ilaca karşı ve kaçınıcı dozda gelişebileceği önceden bilinmeyeceğinden atopik bünyeye sahip hastalara ilaç uygulaması planlandığı zaman dikkatli olunmalı ve anafilaksi gelişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Sefalosporinlere karşı anafilaksi gelişme riski çok düşük olmasına rağmen ölüm gelişen olgular bildirildiğinden, erken müdahale için gerekli önlemler alındıktan sonra ilaç uygulaması yapılmalıdır.

PS 70

YOĞUN BAKIMDA HEPATİK ENSEFALOPATİLİ HASTALARDA MORTALİTEDE RİSK FAKTÖRLERİ:TEK MERKEZ DENEYİMİ

Zahide Karaca¹, Gülseren Elay¹, İlhan Bahar¹, Ramazan Coşkun¹, Kürşat Gündoğan¹, Sümeyra Yıldırım², Murat Sungur¹, Mevlüt Başko²

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım Ünitesi, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Gastroenteroloji, Kayseri

Amaç: Hepatik ensefalopati (HE) sirozun prognostik önem taşıyan, sık görülen ciddi bir komplikasyondur. Bu çalışmanın amacı yoğun bakım ünitesinde HE nedeni ile takip edilen hastalarda mortaliteyi etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Ocak 2007 ve Mart 2012 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde HE tanısı ile yatırılan hastalar üzerinde retrospektif olarak yapıldı. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 100 hasta alındı.

Sonuçlar: Çalışmaya 100 hasta alındı. Hastaların %50'si erkekti ve yaş ortalaması 62±12 yıl idi. Karaciğer sirozunun en sık nedenleri kronik B

hepatiti (%32) ve kronik C hepatiti (%32) idi. Hepatik ensefalopatiyi kolaylaştırıcı en sık nedenler ise infeksiyonlar (%61) ve gastrointestinal system kanamaları (%38) idi. Hastaların %55'inde bir ko morbid hastalık vardı. Hastaların %50'sine böbrek fonksiyon bozukluğu, %43'üne hipotansiyon, %46'sına sepsis eşlik ediyordu. Hastalara mekanik ventilasyon (MV), hemodiyaliz (HD), vasopressör tedavi sırasıyla %36, %22 ve %37 oranında uygulandı. Mortaliteyi etkileyen faktörler univaryant ve multivaryant lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Multivaryant regresyon analizi sonucunda APACHE II skorundaki her bir artış ile mortalite 1.33 kat artmakta (OR:1.33, %95 CI:1.16-1.53 p<0.001), MELD skorundaki her bir artış ile mortalite 1.15 kat artmaktadır (OR:1.15, %95 CI: 1.06-1.25 p=0.001). Hastaların %63'ü yoğun bakımda öldü.

Tartışma: Hepatik ensefalopati yoğun bakım mortalitesi yüksek olan bir hastalıktır. Mortaliteyi belirlemede bir yoğun bakım skorlama sistemi olan APACHE II ve karaciğer skorlama sistemi olan MELD önemlidir.

Anahtar sözcükler: Hepatik ensefalopati, mortalite, APACHE II, MELD, yoğun bakım

PS 71

NONİNVAZİV MEKANİK VENTİLATÖR UYGULAMASININ KAS HASARI VE İSKEMİ BELİRTEÇLERİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Havva Şahin¹, Mehmet Yavşan², Aysun Toker¹, Erkan Taşyürek¹, Mustafa Tosun², Turgut Teke¹, Kürşat Uzun², Haluk Dülger¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Konya

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıbbi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

Noninvaziv mekanik ventilasyon (NIMV), solunum yetmezliği ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOA) tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Noninvaziv mekanik ventilasyon, akciğerlerin ventilasyonunu artırıp sol ventrikül ile kalbin iş yükünü ve oksijen tüketimini azaltıcı etki göstermektedir. Noninvaziv mekanik ventilasyon tedavisinin olumlu etkilerine karşı hastalarda kardiyak hasara neden olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı, solunum yetmezliği şikâyetiyle başvuran ve noninvaziv mekanik ventilasyona bağlanan hastalarda, bu uygulamanın çizgili kas ve kalp kasına olan etkilerini değerlendirmek üzere bazı iske mi belirteçlerinin araştırılmasıdır.

Bu amaçla, KOA tanılı 64 hasta çalışmaya alındı ve iki grup oluşturuldu. Çalışmaya dâhil edilen hastalardan, hafif solunum yetmezliği olan ve ventilatöre bağlanmayanlar Grup I (kontrol grubu) (n=31) olarak alındı. Ağır solunum yetmezliği olan ve ventilatöre bağlananların ventilatöre bağlanma öncesi değerleri Grup II (ventilasyon öncesi (vö))'yi (n=33), ventilatöre bağlanma sonrası (3. gün) değerleri ise Grup II (ventilasyon sonrası (vs))'yi (n=33) oluşturdu. Tüm gruplardaki hastalarda pH, pO₂ ve pCO₂ seviyeleri ile serum troponin, miyoglobulin, kreatin kinaz (CK), CK-MB, aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT) laktat dehidrogenaz (LDH), albumin ve iskemi modifiye albumin (İMA) düzeyleri ölçüldü.

Serum troponin değerlerinin; NIMV öncesi grupta (Grup II (vö)) kontrol grubuna (Grup I) göre yüksek olduğu, keza NIMV sonrası grupta da (Grup II (vs)) anlamlı bir artışın olduğu tespit edilmiştir. Serum AST ve İMA değerlerinde de; NIMV sonrası grupta (Grup II (sonrası)) kontrol grubuna (Grup I) göre anlamlı bir artışın olduğu saptanmıştır. Serum miyoglobulin, CK-MB, ALT, CK, LDH düzeylerinde ise, istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmamıştır ($p>0.05$). Sonuç olarak, solunum yetmezliğinin şiddetine bağlı olarak iskemi belirteçlerinden serum troponin, AST ve İMA seviyelerinin arttığı, NIMV uygulamasının bu artışa katkısının sınırlı olduğu ve noninvasiv mekanik ventilasyon uygulaması sırasında kardiyak fonksiyonların daha dikkatli takip edilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır.

Anahtar sözcükler: İskemi, İMA, kardiyak hasar, NIMV, troponin

PS 72

HİPOKSEMİK SOLUNUM YETMEZLİĞİNE NEDEN OLAN AKCİĞER TUTULUMU İLE SEYREDEN AKUT MYELOİD LÖSEMİ

D. Mehmet Yavşan¹, Resul Altuntaş¹, Soner Demirbaş¹, Hanife Caner¹, Rukiye Özçelik¹, İbrahim Erayman², Turgut Teke¹, Kürşat Uzun¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Konya

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Akut miyeloid lösemi (AML); hematopoetik öncül hücrelerin heterojen klonal bir hastalığı olup kemik iliği aspirasyonu ve biopsisinde blast sayısının % 20-30'un üstüne çıkması tanıyı koydurur. Akciğerlerin lösemik tutulumu; ateş, nefes darlığı, öksürük, ve lokalize radyolojik infiltrasyon şeklinde kendini göstererek pnömoniyi taklit eder, belirti ve semptomlar nonspesifiktir ve tanınması zor olabilmektedir. Açıklanamayan anemi, lökositoz ve trombositopeninin eşlik ettiği periferik yaymanın olması ile şüphelenilebilir. Akciğerlerin parankim tutulumu; lösemik hücrelerin mikroskobik infiltrasyonu şeklindedir ve atipik pnömoni, alveoler hemoraji ve alveolar proteinozisi taklit edebilir. Hızlı klinik kötüleşme ve yüksek mortalite ile ilişkilidir. AML her yaşta görülmekle birlikte sıklıkla ilerlemiş yetişkin yaşlarda ortaya çıkar.

Bu bildiride pnömoni ve solunum yetmezliği ön tanıları ile takip ettiğimiz ve medikal tedaviye yanıt alınmaması üzere flowsitometrik yöntemle immünofenotipleme için yapılan incelemede AML ile uyumlu sonuç bildirilmesi nedeniyle yapılan kemik iliği biyopsisi patolojik incelemesi sonucu AML-M3 tanısı konan akciğer tutulumlu bir hastayı sunduk.

Olgu: Nefes darlığı, öksürük, beyaz renkli balgam çıkartma, ateş yüksekliği ve kilo kaybı yakınmaları ile merkezimize başvuran 67 yaşında erkek hasta 17 yıldır ülseratif kolit tanısı ile takipli olup 15 yıldır sülfasalazin tedavisi kullanıyor. Hastanın fizik muayenesinde solunum sesleri dinlemekle alt alanlarda inspiratuar ral mevcuttu. Hafif takipneik (23/dk), taşikardik (120/dk) idi. Laboratuar tetkiklerinde WBC:5200, Hgb:9.1, Hct:30.5, Plt:66.000, Sedim:38, CRP:41, INR:1.2, Glu:117 Üre:23.5, Cre:0.94, Na:135, K:3.5, Cl:104 bildirildi. Çekilen posterioanterior akciğer grafisinde hafif kardiomegali, bilateral sağda tüm zonlarda solda orta ve alt zonda hilustan periferik doğru yayılım gösteren retiküler mikronodüler opasiteler izlendi. Hastanın bilgisayarlı akciğer tomografi incelemesinde her iki akciğer parankiminde özellikle üst ve orta zonlarda yaygın yama tarzında interstisyel infiltrasyonlar, üst zonlarda buzlu cam yoğunlukları ile sağda 3 cm, solda 1.5 cm'lik plevral efüzyon ile uyumlu dansite artışı izlendi. Pnömoni ön tanısı ile servise yatırılarak takip ve tedavisine başlanan hastanın yatışının 10. gününde takipnesi (38/dk), taşikardisi (110/dk) ve oksijen saturasyon takiplerinde hipoksemisi olması üzerine Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesine (YBÜ) devir alındı. YBÜ geliş arter kan gazı: pH:7.38, PaCO₂:40.2, PaO₂:46.3, HCO₃:23.62, O₂Sat:%80.9 FIO₂:0.32 idi. Noninvasiv mekanik ventilasyon uygulanmasına rağmen solunum sayıları düşmeyen ve O₂ saturasyonları yükselmeyen hasta entübe edilerek mekanik ventilatörde takip edildi. Yoğun bakım yatışının 11.gününde ekstübe olamayan hastaya trakeostomi açıldı. Klinik ve radyolojik olarak düzelmesi olmayan anemi ve trombositopenisi devam eden hastada hematolojik malignite olabileceği düşünülerek flowsitometrik yöntemle yapılan immünofenotipleme tetkik sonucu AML-M3 ile uyumlu olduğu bildirildi. Hematoloji ile konsülte edilen hastaya Kemik iliği biyopsisi yapıldı. Kemik iliğinin sitopatolojik incelemesinde myeloid seride % 60 blast artışı akut miyeloid lösemi morfolojik bulguları ile uyumlu olduğu bildirildi.

Sonuç: YBÜ'de takip edilen yeterli medikal tedavilere rağmen akciğer infiltrasyonunun düzelmediği nedeni açıklanamayan anemi, lökositoz, ve trombositopeni gibi hematolojik parametrelerde bozukluk olan hastalarda hematolojik malignitelerde düşünülmesi, periferik yayma ve flowsitometrik immünofenotipleme incelemesinin yapılarak sonucuna göre kemik iliği biyopsisi planlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Pnömoni, solunum yetmezliği, akut myeloid lösemi