

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ **KYBD**

KIŞ SEMPOZYUMU

12-15 Aralık 2024



Cornelia Diamond Golf Resort & Spa

www.klinikyogunbakim.org.tr

GENK
KONGRE

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa

12-15 Aralık 2024

12 Aralık - Perşembe

Salon A

14:00 - 15:00

Sepsis

Bilgin CÖMERT, H. Levent YAMANEL

14:00 - 14:20

Sepsis'te Sıvı Stratejisi Ne Olmalı? Liberal ya da Kısıtlayıcı

Ender GEDİK

14:20 - 14:40

Sepsiste Bireyselleştirilmiş Ek Tedaviler

Gürhan TAŞKIN

14:40 - 15:00

Gelecekteki Sepsis Rehberi Neler Vaad Ediyor?

Pınar KARABACAK

15:00 - 15:30

Kahve Arası

15:30 - 16:00

Kongre Açılış Töreni

Hayriye CANKAR DAL, *Kongre Sekreteri*

Gürhan TAŞKIN, *Kongre Sekreteri*

Sema TURAN, *Kongre Başkanı*

16:00 - 16:30

Kahve Arası

16:30 - 17:30

UYDU SEMPOZYUMLARI

Dilek KAZANCI

16:30 - 17:00

Hiperkapnide VV-ECMO mu? ECCO2R mu?

Sema TURAN



17:00 - 17:30

Post-resüsitatif Bakımda TTM Tedavisi

Hayriye CANKAR DAL



KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa

12-15 Aralık 2024

13 Aralık - Cuma

Salon A

09:00-10:00 Şok Yönetimi

Dilek DAİ ÖZCENGİZ, Seval İZDEŞ

09:00-09:20 **Yoğun Bakım Ünitesinde Kardiyak Output Nasıl Yönetilir ve Optimize Edilir?**

Sema TURAN

09:20-09:40 **Vazopressin ve/veya Anjiyotensin-II: Pratik Yaklaşım**

Cihangir DOĞU

09:40 - 10:00 **Mix Kardiyojenik ve Septik Şok Yönetimi**

Francesco CORRADI

10:00 - 10:30 Kahve arası

10:30 - 11:30 Mekanik Ventilasyon

Bilgin CÖMERT, Belgin AKAN

10:30 - 10:50 **P-SILI'yi Önlemek İçin Destekli Ventilasyon Modunun Seçimi**

Mehtap PEHLİVANLAR KÜÇÜK

10:50 - 11:10 **Optimal Tidal Hacmin Belirlenmesi**

Fulya ÇİYİLTEPE

11:10 - 11:30 **Weaning'de Otomatize Modların Rolü**

Seval İZDEŞ

11:30 - 12:00 Kahve arası

12:00 - 13:00 UYDU SEMPOZYUMLARI

Ender GEDİK

12:00 - 12:30 **Tek Monitör Full Monitorizasyon**

Dilek KAZANCI

PROMEDIS
GROUP

12:30 - 13:00 **Karaciğer Yetmezliğinde Hemadsorbsiyon**

H. Levent YAMANEL

CytoSorbents™

13:00 - 14:00 Öğle yemeği

14:00 - 15:00 Yoğun Bakımda Zor Kararlar

Dilek DAİ ÖZCENGİZ, Gürhan TAŞKIN

14:00 - 14:20 **Yoğun Bakım Uzmanı Aşırı Kalabalık Acil Servise Nasıl Yardımcı Olabilir?**

Afşin Emre KAYIPMAZ

14:20 - 14:40 **Tanıdan Deklarasyona Beyin Ölümü**

Hayriye CANKAR DAL

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa

12-15 Aralık 2024

13 Aralık - Cuma

Salon A

14:40 - 15:00	Yaşam Sonu Kararlar Dilek DAI ÖZCENGİZ
15:00 - 15:30	Kahve arası
15:30 - 16:30	Nutrisyon Müge KOŞUCU, Duygu KAYAR ÇALILI
15:30 - 15:50	Yetersiz ya da Aşırı Besleme: Esirgenen Göze Çöp Batar Deniz ERDEM
15:50 - 16:10	Mikronutrientler: Ne zaman, Nasıl? İsmail Hakkı AKBUDAK
16:10 - 16:30	Enteral Nutrisyon Başarısızlığı, Peki şimdi Ne Yapalım? Ahmet BİNDAL
16:30 - 17:00	Kahve arası
17:00 - 18:00	Akut Böbrek Hasarı H. Levent YAMANEL, Abdullah Ömer ATSAL
17:00 - 17:20	Yoğun Bakımda Böbrek Fonksiyonunu Değerlendirme: Doğru Şeyleri mi Ölçüyoruz? Mine ALTINKAYA ÇAVUŞ
17:20 - 17:40	Diüretik Tedavinin Sınırları ve Ultrafiltrasyon Kararı Yeliz BİLİR
17:40 - 18:00	Yoğun Bakımda Aralıklı Hemodiyaliz: Zararlı mı? Yoksa Bireysel Tedavinin Parçası mı? Gökhan YAMAN

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa

12-15 Aralık 2024

13 Aralık - Cuma

Salon B

10:30-11:30

Workshop - SRRT

Hayriye CANKAR DAL

Sitrat Antikoagülasyonu & Orta ve Yüksek Cut-Off Filtreler

Gürhan TAŞKIN

15:30-16:30

Workshop - Mekanik Ventilasyon: Doç. Dr. Murat Erdoğan Anısına

Sema TURAN, İshak ŞAN

15:30-15:50

Fizyolojik Kapalı Döngü Ventilasyon

Derya GÖKÇINAR

15:50-16:10

Otis Denklemi

Cemal ERDOĞAN

16:10-16:30

İ/E Oranı ve SAV Modu

Yurdaer BULUT

16:30-17:30

Sözlü Bildiri Oturumu

Pınar KARABACAK, Cihangir DOĞU

SS 01

Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınları Tarafından Ziyaret Edilmelerinin Yaşam Bulguları ve Bilinç Düzeylerine Etkileri
Ümmügülsüm GAYGISIZ

SS 02

Yoğun Bakım Ünitesinde Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşım Enfeksiyonları: Tek Merkez Analizi
Kamuran ULUÇ

SS 03

Malnütrisyon Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyonlar İçin Bağımsız Bir Risk Faktörüdür
Serpil MIZRAKÇI

SS 04

Depreme Bağlı Rabdomiyolizi Olan Sepsisli Kritik Hastalarda Sitokin Adsorbsiyon Yönteminin Retrospektif Değerlendirilmesi
Hakan SAPMAZ

SS 05

Yoğun Bakım Kliniğinde Kültürlerinde Candida Auris Üreyen Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi
Cevdet Furkan KÖŞKER

SS 06

Yoğun Bakım Ünitelerinde Kalite Standartları: Uluslararası Bir Çerçeve
Demet GÖKMEN KAVAK

SS 07

Metil Alkol Toksikitesi
Faruk YILDIZ

SS 08

Yoğun Bakımda İnvaziv Listeriozis; Nadir ve Mortal Nörolisteriozis
Birgül İBİŞOĞLU

SS 09

Plazmaferez ve Steroid Tedavisi ile Yönetilen Evans Sendromu Ön Tanılı SLE Aktivasyonu: Olgu Sunumu
Melih ÇALIŞKAN

SS 10

Akut Pulmoner Emboliye Bağlı Kardiyak Arrest Olan Hastaya Yaklaşım Deneyimimiz
Alper ERDOĞMUŞ

SS 11

Metanol İntoksikasyonunda Beyin Radyolojik Görüntüleme Bulguları ve Prognoz: Olgu Sunumu
Yücel GÜLTEKİN

SS 12

Serotonin Sendromu ve QT Uzaması Birlikteliği Görülen Bir Yoğun Bakım hastası: Olgu Sunumu
Nilgün SAVAŞ

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa

12-15 Aralık 2024

14 Aralık - Cumartesi

Salon A

09:00-10:00

Sepsis

Lale KARABIYIK, Deniz ERDEM

09:00-09:20

Sepsiste Etkin Antimikrobiyal Yönetimi ve Akılcı İlaç Kullanımı

İnşa Gül EKİZ İŞCANLI

09:20-09:40

Septik Şoklu Hastalarda Vazopressör Tercihleri

Belgin AKAN

09:40-10:00

Sepsiste Kan Purifikasyonu: Kanıtlar ve Öneriler

H. Levent YAMANEL

10:00-10:30

Kahve arası

10:30-11:30

ECMO

Sema TURAN, Ümit KERVAN

10:30-10:50

ECMO-VV

Sema TURAN

10:50-11:10

ECMO-VA

Ümit KERVAN

11:10-11:30

E-CPR

Dilek KAZANCI

11:30-12:00

Kahve Arası

12:00 - 13:00

UYDU SEMPOZYUMLARI

Hayriye CANKAR DAL

12:00-12:30

Şok Yönetiminde İsooproteronol

Pınar KARABACAK

12:30-13:00

Hiperkapniyi En Az Girişimle Düzeltilebilir miyiz?

Sema TURAN

13:00-14:00

Öğle Yemeği

14:00-15:00

Yoğun Bakımda İnnovasyon: Gelecekte Yoğun Bakım Nasıl Olacak?

Ümit KERVAN, Figen ŞENEL

14:00-14:20

Yoğun Bakımda Sürdürülebilirlik

Pınar KARABACAK



Baxter

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa

12-15 Aralık 2024

14 Aralık - Cumartesi

Salon A

14:20-14:40	Yoğun Bakımda Kalite Standartları Nasıl Olmalı? Figen ŞENEL
14:40-15:00	Yoğun Bakımda Yapay Zeka M. Emin ÇELİK
15:00-15:30	Kahve Arası
15:30-16:30	ARDS Gürhan TAŞKIN, Fulya ÇİYİLTEPE
15:30-15:50	Alt Tiplere Yönelik Tedavi Seçenekleri Pakize ÖZÇİFTÇİ YILMAZ
15:50-16:10	ARDS'de Recruitment Manevraları: Değerlendirme ve Uygulama Derya HOŞGÜN
16:10-16:30	ARDS'de Bireyselleştirilmiş Ventilasyon Stratejileri H. Levent YAMANEL
16:30-17:00	Kahve arası
17:00-18:00	Solunum Destek Sistemleri Pınar KARABACAK, Abdullah YALÇIN
17:00-17:20	Helmet ve Tam Yüz Maskeleri Aracılığıyla NIV Uygulamaları Claudia BRUSASCO
17:20-17:40	Weaning'de Non-invaziv Stratejiler Francesco CORRADI
17:40-18:00	Yoğun Bakımda İnhalasyon: Kime, Ne Zaman? Gül Meral KOCABEYOĞLU

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa

12-15 Aralık 2024

14 Aralık - Cumartesi

Salon B

10:30 - 11:30	Hemşirelik Oturumu Berna AYDOĞAN, Emine KUZU
10:30 - 10:45	Yoğun Bakımda Hasta ve Hasta Yakınına Psikososyal Yaklaşım Berna AYDOĞAN
10:45 - 11:00	Güvenli Hasta Transferi Ayşegül ÜNLÜ
11:00 - 11:15	Enfeksiyon Kontrolü Hemşirenin Elinde mi? Nalan BAHÇE
11:15 - 11:30	Dekübit Ülsürlerini Önleme ve Bakımında YB Hemşiresinin Rolü Cem ÖZBEK
14:00 - 15:00	Workshop - SRRT Seval İZDEŞ Yoğun Bakımda ABH Yönetiminde Renal Replasman Tedavileri Ahmet Oğuzhan KÜÇÜK
15:30 - 16:30	Workshop - Solunum Destek Sistemleri Çilem BAYINDIR DİCLE Eforsuz Otomekanik Solunum Performans Destek Sistemi Fatih SEGMENT
17:00 - 18:00	Sözlü Bildiri Oturumu H. Levent YAMANEL, Fulya ÇİYİLTEPE
SS 13	10 kV Elektriksel Alan, Herhangi Bir Hasara Neden Olmadan Tight Junction Biyobelirteçlerini Azaltarak Erken Dakikalarda Kan Beyin Bariyeri Geçirgenliğini Artırır Pınar KARABACAK
SS 14	Geriatrik Ürosepsis Olgularına Yaklaşım Sema SARI
SS 15	Toraks Travması ile Yoğun Bakıma Kabul Edilen Hastalarda Mortalite ve Morbiditenin Seçili Biyomarkerlar ve Parametreler ile Öngörülmesinin Araştırılması Pınar KARABACAK
SS 16	Travma ile Takip Edilen Yoğun Bakım Hastalarında Hematolojik Parametreler ile Mortalite İlişkisi Nilgün SAVAŞ
SS 17	Yoğun Bakım Ünitesinde Covid 19 Tanısıyla Takip Edilen Hastalarının Prognostik Nutrisyon İndeksinin Mortalite ile İlişkisi Fatma ERSEVEN
SS 18	Reevaluating the Role of CRRT in Toxicological Emergencies: Insights from a Single-Center Experience Mahmut YILMAZ
SS 19	Yoğun Bakımda Nadir Görülen Bir Proteinuri Nedeni: Amiloidoz Ahmet İlker KESKİN
SS 20	Hemorajik Şok ile Gelen Masif GİS Kanama ve Endovasküler Embolizasyon Uygulaması ile Tedavi Edilen Olgunun Sunumu Uğur TAŞAR
SS 21	Cerrahi Trakeostomi Sonrası Subglottik Trakeal Stenoz Zeynep MÜNTAHA AYDOĞMUŞ
SS 22	İmmüno-kompromize Genç Hastada Aspergillozis ile Gelen ARDS Sonucu Ölüm Temel KAYAN
SS 23	Ferritin Yüksekliğiyle Yoğun Bakımda Tanı Konulan Makrofaj Aktivasyon Sendromu Olgusu Elif YILDIRIM
SS 24	Amitriptilin İntoksikasyonu ve İntravenöz Lipid Emülsiyon Tedavisi Erinç GÖNENÇ

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa

12-15 Aralık 2024

15 Aralık - Pazar

Salon A

09:00-10:00

Nöroyoğun Bakım

Deniz ERDEM, Derya GÖKÇINAR

09:00-09:20

Akut İskemik İnme: Yeni Terapötik Stratejiler

Derya TATLISULUOĞLU

09:20-09:40

Serebral Ototregülasyon Nasıl Değerlendirilir?

Şerife GÖKBULUT BEKTAŞ

09:40-10:00

Akut Beyin Hasarında Optimum Sedasyon Nasıl Olmalı?

Ümmügülsüm GAYGISIZ

10:00-10:20

Kahve Arası

10:20-11:20

Hemodinamik Monitörizasyon

Sema TURAN, Fulya ÇİYİLTEPE

10:20-10:40

Sıvı Yanıtlılığının Tahmini: Kimlerde Değerlendirilmeli?

Bilge Banu TAŞDEMİR MECİT

10:40-11:00

Hemodinamik Monitorizasyon Klavuzluğunda Vazopresörler, İnotropolar

İlkay CEYLAN

11:00-11:20

Hedefin (OAB=65 mmHg) Gözden Geçirilmesi

Kezban ÖZMEN SÜNER

11:20-11:40

Kahve Arası

11:40-12:40

Travma

Afşin KAYIPMAZ, Serhat ÖZER

11:40-12:00

Travma Bakımının Erken Döneminde Sıvı ve Vazopressör Stratejileri

Veysel Garani SOYLU

12:00-12:20

Travma Sonrası Majör Kanama ve Koagülopati Yönetimi

Fatih KILIÇ

12:20-12:40

Travmatik Beyin Hasarı Yönetiminde Neredeyiz?

Yücel GÜLTEKİN

12:45-12:50

Kapanış

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ

KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

12-15 Aralık 2024

Cornelia Diamond Golf Resort & Spa

SÖZLÜ BİLDİRİLER

Yayın No: SS-001

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Araştırma

Yoğun bakımda yatan hastaların yakınları tarafından ziyaret edilmelerinin yaşam bulguları ve bilinç düzeylerine etkileri

Gökçe Durmuş Tosun¹, Başak Ünsal Çimen¹, Burcu Çetnak Hocaoglu¹, Gizem Altan¹, Gönül Kapıtaş¹, Ümmügülsüm Gaygısız¹, Lale Karabıyık¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Ümmügülsüm Gaygısız / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Bispektral İndeks (BİS) monitörizasyonu sedasyon derinliğini ve bilinç düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiş yatak başında uygulanabilen noninvaziv objektif bir izlem yöntemidir. BİS monitörizasyonu ile, yoğun bakım (YB) hastalarında sedasyonun yeterliliği, anksiyete ve strese bağlı olarak bilinç düzeylerindeki değişimler derecelendirilebilir. Glasgow Koma Skoru (GKS) ve BİS arasında korelasyon olduğu belirtilmekte ve gereksiz sedatif ilaçlar uygulanmasının önlenmesi için bu monitorizasyonun YB hastalarında kullanımını önerilmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yakınları tarafından ziyaret edilen hastalarda yaşamsal bulguları ve bilinç düzeylerindeki değişimleri ölçerek izlemek ve ziyaretin sonuçlara etkisini incelemektir.

Yöntem: Bu prospektif ve gözlemsel çalışma etik kurul izni ve hasta/hasta yakını onamları alındıktan sonra 40 hastada gerçekleştirildi. Hemodinamisi stabil, 18 yaş üzeri, en az 12 saat süreyle sedasyon uygulanmamış hastalar çalışmaya dahil edilirken, sedatize veya en son sedasyon aldığı saat üzerinden 12 saatten kısa süre geçmiş hastalar, GKS<6 olan hastalar, ziyaret eden yakınları hastanın birinci derece yakını olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Ağrı değerlendirilerek NRS<4 olacak şekilde analjezik dozu titre edildi. Hastayı birinci derece yakınlarından bir kişinin günün aynı saati 30 dakikalık ziyareti süresince, hastası ile fiziksel temas ve sözel iletişim çabası halinde olmaları sağlandı. Yaşamsal bulguları ve BİS ölçüm değerleri hasta izlem formuna kaydedildi. BİS ve yaşam bulgular; ziyaret öncesinde, ziyaretin 15. dakikasında ve ziyaret bitiminden 15 dakika sonra gerçekleştirilen ölçümlerin ortalamaları değerlendirildi. Aynı hastalarda ölçümler hafta içi günün ortası olmak üzere 3 kez tekrarlandı. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Hasta ziyaretçilerinin; %20'sinin eşi, %72.5'inin çocuğu, %7.5'inin anne veya babası olduğu belirlendi. Yaşamsal bulgularda (ateş, nabız, kan basıncı, solunum sayısı ve oksijen düzeyi) yapılan ziyaret öncesi, sırası ve sonrasında olmak üzere her üç ölçüm ve gün aşırı yapılan ziyaret ölçümlerinde anlamlı farklılık bulunmadı. Hastaların BİS değerlerinde ise her üç ölçümde de istatistiksel açıdan anlamlı farklılık belirlendi ($p<0.05$). Ziyaret sırasındaki değerler ziyaret öncesi ve sonrasına göre daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Hastaları ziyaret eden kişilerin yakınlık derecesine göre BİS değerleri değerlendirildiğinde ise her üç ziyaret ölçümünde de çocuğu tarafından ziyaret edilen hastalarda anlamlı derecede artış meydana geldiği gözlemlendi ($p<0.05$).

Tartışma-Sonuç: Hasta ziyaretlerinin incelendiği çalışmalarda ziyaret anında bilinç düzeylerini objektif olarak ölçen benzer çalışmalara rastlanılamamıştır. Bu çalışmada ise, hasta ziyaretleri sırasında hastaların yaşamsal bulgularında önemli değişikler meydana gelmemişlerdir. Ancak bununla birlikte, bilinç düzeylerinde özellikle çocukları tarafından ziyaret edilenlerde olmak üzere önemli düzeyde artışlar meydana geldiği ortaya konulmuştur. Sonuç olarak, YB hastalarının birinci derece yakınları tarafından düzenli olarak ziyaret edilmeleri desteklenmelidir. Bu yaklaşım ile hastaların YB de kalış süreleri kısaltılabilir.

Kaynakça

Yayın No: SS-002

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Araştırma

Yoğun Bakım Ünitesinde Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşım Enfeksiyonları: Tek Merkez Analizi

Kamuran Uluç¹

¹Yoğun Bakım Ünitesi, Muş Devlet Hastanesi, Muş/Türkiye

Kamuran Uluç / Yoğun Bakım Ünitesi, Muş Devlet Hastanesi, Muş/Türkiye

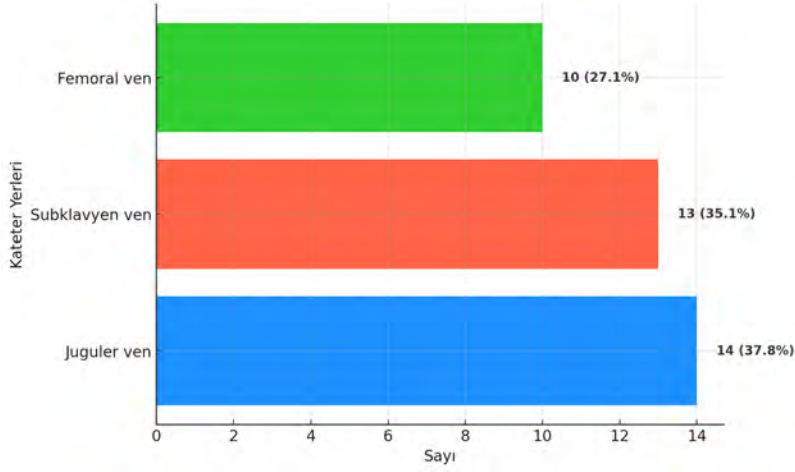
Giriş: Santral venöz kateterler (SVK) yoğun bakım ünitelerinde hastaların tedavisi ve takibi için yaygın olarak kullanılan araçlardır.

Amaç: Çalışmamızın amacı santral venöz kateter ilişkili enfeksiyonları belirlemek ve sonraki araştırmalara karşılaştırılabilir veri sağlamaktır.

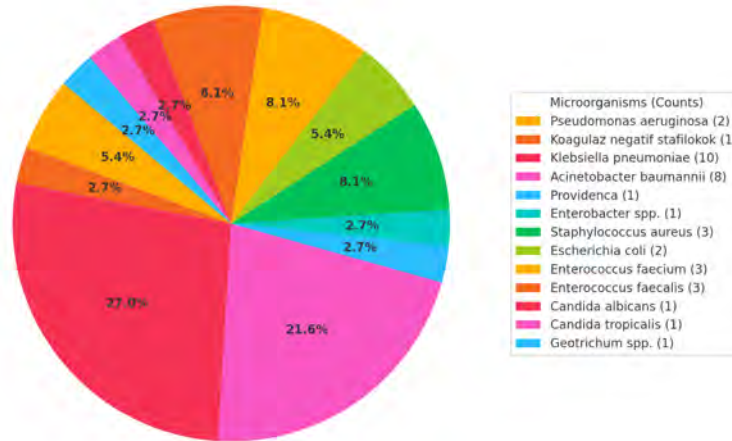
Yöntem: Yoğun bakım ünitemizde Ocak 2022- Ekim 2024 tarihleri arasında SVK ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu tanısı konulan hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmada hastaların yaş, cinsiyet, SVK kullanım oranları, kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (KİKDİ) hızları, SVK'nın takıldığı yer (Juguler ven, Subklavyen ven, Femoral ven) ve izole edilen mikroorganizmalar kayıt edilmiştir. Hasta verileri hasta kayıtlarından ve laboratuvar sonuçlarından elde edilerek analiz edilmiştir. Eksik verisi olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Bulgular: Otuz yedi hastanın 13(%35,1)'ü kadın ve 24(%64,9)'ü erkek olup, yaş ortalaması $50 \pm 14,4$ yıldır. Santral venöz kateter kullanım oranı %60 iken, santral kateter ilişkili enfeksiyon hızı 2,41 dir. Kateterlerin takıldığı bölgelere göre dağılım incelendiğinde, %37,8'inin juguler vene, %35,1'inin subklavyen vene ve %27,1'inin femoral vene yerleştirilmiştir. Ayrıca izole edilen mikroorganizmalar arasında en sık görülenler *Acinetobacter baumannii* (8 hasta), *Klebsiella pneumoniae* (10 hasta) ve *Staphylococcus aureus* (3 hasta) olmuştur. Bunların yanı sıra, *Pseudomonas aeruginosa* (2 hasta), Koagülaz negatif stafilokoklar (1 hasta), *Escherichia coli* (2 hasta), *Enterococcus faecium* (3 hasta), *Enterococcus faecalis* (3 hasta), *Candida albicans* (1 hasta), *Candida tropicalis* (1 hasta), *Providencia*(1 hasta), *Enterobacter spp.*(1 hasta) ve *Geotrichum spp.*(1 hasta) da izole edilmiştir

Şekil 1 Santral venöz kateterlerin takıldığı yere göre dağılımı



Şekil 2 İzole Edilen Mikroorganizmaların Dağılımı



Tablo 1 Hastaların Demografik Özellikleri ve Santral Venöz Kateter Kullanımına İlişkin Veriler

Cinsiyet (K/E)	13/24
Yaş(yıl)	50 ±14.4
Santral venöz kateter kullanım oranı	%60
Santral kateter ilişkili infeksiyon hızı	2.41

Tartışma-Sonuç: SVK gereksiz kullanımının önlenmesi, endikasyonun sona erdiği durumlarda kateterin derhal çıkarılması ve altta yatan hastalıkların tedavi edilmesi, KİKDI oranlarını

azaltmada önemli bir etki yaratabilir. SVK kullanımındaki artış, bu çalışmada da gözlemlendiği gibi, enfeksiyöz komplikasyonların artması riskini beraberinde getirmektedir. Çalışmamızda SVK kullanım oranı ve Santral kateter ilişkili enfeksiyon hızı ülkemiz verilerine göre düşük, ancak National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS) ve Avrupa verilerine kıyasla yüksek bulunmuştur. Enfeksiyon kontrol önlemleri ve kanıta dayalı müdahaleler, KİKDI oranlarında anlamlı düşüş sağlamak ve bu durum, mortalite ile birlikte maliyetlerin azalmasına da katkıda bulunmaktadır. Hastanemizde Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK) tarafından nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenli eğitimler verilmektedir. Çalışmamızda hastanemizde KİKDI oranlarının azaltılmasına yönelik iyileştirme çalışmalarına rehberlik edecek nitelikte olup, enfeksiyon kontrol stratejilerinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Kaynakça

Yayın No: SS-003

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Araştırma

Malnütrisyon Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyonlar İçin Bağımsız Bir Risk Faktörüdür

Serpil Mızrakçı¹, Özlem Koca³, Şule Asri²

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım

³Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji

Serpil Mızrakçı / Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Giriş: Malnütrisyon, yoğun bakıma yatırılan hastaların %20-50'sinde görülür. Nutrisyonel tarama, malnütrisyonun tanınması ve tedavisi, kritik hastalardaki mortaliteyi, hastanede kalış süresini ve mekanik ventilatöre bağlanma ihtiyacını azaltabilir. Yoğun bakım ünitesi (YBÜ)'nde yatan hastalarda, nutrisyon riskini belirlemek için ana değerlendirme sistemi Nutrisyonel Risk Taraması-2002 (NRS-2002)'dir. YBÜ'de hemodiyaliz, mekanik ventilasyon, başarısız ekstübasyon yetersiz beslenmeye neden olabilir. YBÜ'de yatan hastalardaki düşük serum albümin ve prealbümin düzeyleri, yüksek enfeksiyon ve mortalite riski ile ilişkilidir. Serum albümin ve prealbümin, negatif akut faz reaktanıdır ve bunların düzeyleri, nutrisyon durumundan ziyade inflamasyona sekonder artmış senteze bağlı olabilir. C-reaktif protein (CRP), inflamasyon esnasında artan nonspesifik akut faz reaktanlarından biridir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, basit ve doğrulanmış bir skor kullanılarak ölçülen malnütrisyonun yoğun bakımda yatan hastalarda sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar (SBİE) için bir risk faktörü olup olmadığını belirlemektir.

Yöntem: 31 Ekim 2024 tarihinde Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel yoğun bakımlarında yatmakta olan 18 yaşından büyük 72 hastanın tamamı çalışmaya alındı. Beslenme durumu NRS 2002 kullanılarak değerlendirildi. Hastaların serum albümin düzeyleri, CRP, NRS 2002 ve kültür sonuçları değerlendirildi. Verilerin analizinde SPSS Version 27.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistik olarak sayı ve yüzde değerleri, ortalama ve standart sapma ya da medyan/minimum-maximum değerleri verildi. Tahmini Rölatif Risk (TRR) %95 güven aralığında $p < 0.05$ ise istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların tamamının yatıştan itibaren hastalık durumuna göre parenteral, enteral ve oral yolla beslendikleri görüldü. Hastaların 39'u erkek (%54,2), 33'ü kadın (%45,8), yaş ortalaması 65,68 +/- 1,90 idi. Hastaların yatış tanıları SVO (%25, n18), pnömoni (%16,66 n12), malinite (n12), politravma (%13,88 n10), üriner sistem enfeksiyonu (%4,16 n3), menenjit (n3), KOAH (n3), GİS perforasyonu (n3), CAE (n3), diğer (%7, n5) idi. Komorbid

hastalıklar HT %43 (n31), DM %12,5 (n9), KBY %9,7 (n7), kanser %16,6 (n12), kardiyovasküler hastalık %18 (n13), pulmoner hastalık %22,2 (n16), nörolojik hastalık %31,9 (n23), operasyon öyküsü %41,6 (n30) saptandı. NRS>5 %65,28 (n 47), NRS 3-4 %25 (n 18), NRS <3 %9,72 (n 7) bulundu. Hastaların son bir hafta içindeki kültür sonuçları değerlendirildi. 72 hastanın 38'inde kültürde üreme saptandı. En sık karşılaşılan bakteriler; *Acinetobacter spp* (n 10), *K. pneumoniae* (n 8), *P. aeruginosa* (4), MSSA (5), enterokok (4), diğer stafilokoklar (3), *E.coli* (2), *Stenotrophomonas maltophilia* (2) idi.

NRS-2002 sonuçları

> 5	% 65,28	n= 47
3-4	% 25	n= 18
< 3	% 9,72	n= 7

NRS-2002

Kültürde Üreyen Bakteriler

Üreyen mikroorganizma	%	n
<i>Acinetobacter spp.</i>	13,8	10
<i>K.pneumoniae</i>	11,1	8
<i>P.aeruginosa</i>	5,55	4
MSSA	6,94	5
Enterokok	5,55	4
<i>E.coli</i>	2,77	2
<i>S.maltophilia</i>	2,77	2
Diğer stafilokoklar	4,16	3

Tartışma-Sonuç: YBÜ'de yatan kritik hastalarda serum albümin düzeyi ile CRP arasında negatif bir korelasyon görüldü. YBÜ'de yatan kritik hasta iyileşmeye başlarsa CRP düşerken albümin düzeyi artar. Çalışmamızda, albümin değerleri, CRP değerleriyle istatistiksel olarak anlamlı çok zayıf negatif koreleydi. CRP'deki değişiklikler, serum albümin düzeyindeki değişikliklerden daha anlamlıdır. Serum albümin ve prealbümin düzeyleri, YBÜ'deki hastalarda kalori ve protein dağılımıyla korele değildir, bu nedenle beslenme yetersizliğinin bir göstergesi olarak kullanılamaz. Çalışmamızda, hastaların CRP ve serum albümin düzeylerinin, NRS-2002 değerleriyle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi yoktu. YBÜ hastalarında malnütrisyonun tespiti ve yönetimi, hastaların enfeksiyonlara karşı direncini artırmak için kritik öneme sahiptir. Sonuç olarak malnütrisyon, SBİE için önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle dikkatli beslenme yönetimi, enfeksiyonları azaltma stratejilerinin bir parçası olarak uygulanmalıdır.

Kaynakça

Yayın No: SS-004

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Araştırma

Depreme Bağlı Rabdomiyolizi Olan Sepsisli Kritik Hastalarda Sitokin Adsorbsiyon Yönteminin Retrospektif Değerlendirilmesi

Hakan Sapmaz¹, Mete Erdemir², Gürhan Taşkın², Hüseyin Levent Yamanel²

¹Hitit Üniversitesi, Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım Kliniği, Çorum

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Hakan Sapmaz / Hitit Üniversitesi, Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım Kliniği, Çorum

Giriş: Rabdomiyoliz, majör travma, kas yaralanması, ezilme veya diğer faktörlerin neden olduğu iskelet kası harabiyeti sonrası kas hücresi içeriğinin kan dolaşımına çıkması neticesinde yüksek kreatin kinaz (CK) ve miyogloblin seviyeleriyle birlikte elektrolit dengesizliklerinin görüldüğü klinik bir antitedir. (1,2) Sepsis, enfeksiyona karşı düzensiz bir konak yanıtının neden olduğu hayatı tehdit eden organ disfonksiyonudur. (3) Sepsiste sitokin üretiminin önemli rolü göz önüne alındığında, sitokin uzaklaştırma teknikleri yoluyla bu maddelerin uzaklaştırılmasının düzensiz konak yanıtı üzerine olumlu etkili olabilir. (4)

Amaç: Amacımız depreme bağlı rabdomiyolizi olan sepsisli kritik hastalarda, sitokin uzaklaştırıcısı olarak kullanılan HA330 filtresinin (Jafron Biomedical Co., Ltd., China) etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Araştırmamıza Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım Kliniğinde 06.02.2023-06.04.2023 tarihleri arasında takip edilen, depreme bağlı rabdomiyolizi olup sepsis tanısıyla HA330 filtresi uygulanan 18 yaş üstü hastalar dahil edildi. HA330 filtresinin uygulanması öncesi ve sonrası ölçülmüş olan Hemogram parametreleri, CK, miyogloblin, AST, ALT, LDH, CRP ve Prokalsitonin değerleri kaydedildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Skewness-Kurtosis testleri ile değerlendirilerek non-parametrik verilerin karşılaştırılmasında Wilcoxon Signed-Rank Test, parametrik verilerin karşılaştırılmasında Paired t-Test kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 7 hastaya toplam 20 seans HA330 filtresi uygulandı. Hastaların yaş, başvuru APACHE 2 ve SOFA skoru ortalaması sırasıyla 28.57, 17.57, 5.57 olarak saptandı. Non-parametrik verilerden CRP (Z = -2,016; p = 0,044), Myogloblin (Z = -3,724; p < 0,001), AST (Z = -3,062; p = 0,002) ve Prokalsitonin (Z = -2,570; p = 0,010) seviyelerinde filtre sonrası istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma saptanırken; CK (Z = -0,443; p = 0,658) ve LDH (Z = -0,095; p = 0,925) seviyelerinde anlamlı bir farklılık gözlenmedi. Parametrik verilerden WBC (p = 0,425), PNL (p = 0,417), Lenfosit (p = 0,937), Trombosit (p = 0,758), Hemoglobin (p = 0,913), Hematokrit (p = 0,995), MCV (p = 0,879) ve ALT (p = 0,117)

değerlerinde, filtre öncesi ve sonrası yapılan ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi.

Tartışma-Sonuç: Deprem gibi doğal afetler, sağlık sistemleri üzerinde büyük bir yük oluşturarak özellikle yoğun bakım ünitelerinin kapasitesini zorlar. Bu tür durumlarda, kritik hastaların yönetimi için etkili stratejiler geliştirmek hayati önem taşır. Çalışmamızda elde edilen verilere göre HA330 filtresi; rabdomiyolizi olan sepsisli kritik hastaların tedavisinde myoglobin, AST, prokalsitonin ve CRP seviyelerinde anlamlı azalmalar sağlamıştır. Her ne kadar az sayıda hasta içermesi, retrospektif ve tek merkezli olması gibi kısıtlılıkları olsa da çalışmamızın sonuçları, yoğun bakım ünitelerinde tedavi süreçlerinin optimize edilmesine katkı sağlayabilir. Afet durumlarında yoğun bakım ünitelerinin hazırlıklı olması, hasta sonuçlarını önemli ölçüde iyileştirebilir. HA330 filtresi gibi sitokin adsorbsiyon yöntemlerinin entegrasyonu, sepsis ve rabdomiyoliz gibi karmaşık durumların yönetiminde potansiyel bir araç olarak değerlendirilebilir. Ancak, bu tür teknolojilerin etkinliğini artırmak için daha fazla araştırma ve geliştirme çalışmasına ihtiyaç vardır.

Kaynakça

Yayın No: SS-005

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Araştırma

Yoğunbakım Kliniğinde Kültürlerinde Candida Auris Üreyen Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi

Cevdet Furkan Köşker¹, Gürhan Taşkın¹, Mete Erdemir¹, Hüseyin Levent Yamanel¹, Ömer Faruk Özdemir¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Cevdet Furkan Köşker / Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: C. auris geniş bir enfeksiyon yelpazesine neden olan, belirgin dezenfektan direnci gösteren, biyofilm oluşturarak yüzeylerde uzun süre canlı kalabilen ve çoklu ilaca dirençli yeni bir fungal patojendir.

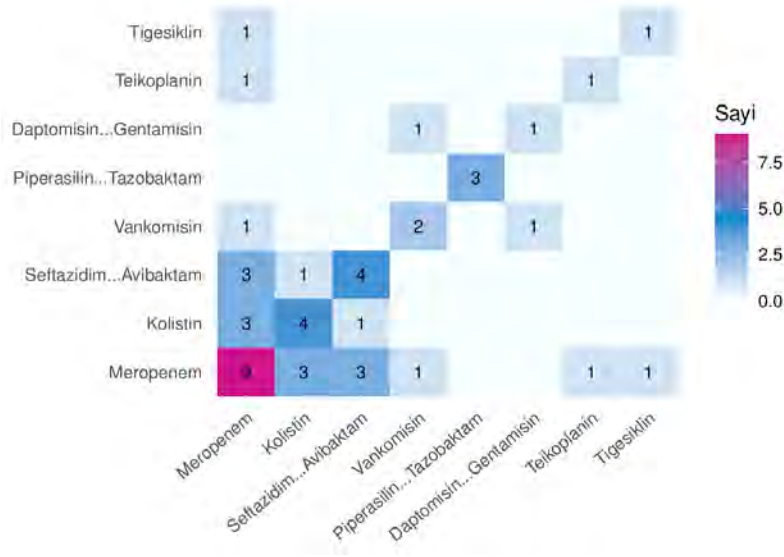
Amaç: Bu olgu serisi ile yoğun bakım üniteleri için oldukça tehlikeli olan C.auris enfeksiyonlarına, predispozan faktörlerine ve tedavi seçeneklerine dikkat çekmek amaçlanmıştır

Yöntem: 01.01.2024-30.09.2024 tarihleri içerisinde YBÜ'mize yatırılarak tedavi edilen 914 hastadan yatış süresince idrar ya da kan kültüründe C. Auris üremesi saptanan 14 hasta (%1.53) araştırmaya dahil edildi.

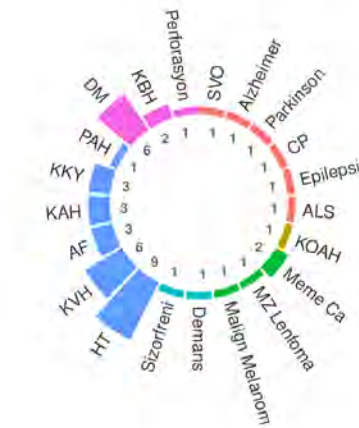
Bulgular: C.auris 10 hastada (%71) yalnızca idrar kültüründe izole edilmiş iken, 2 hastada yalnızca kan kültüründe, 2 hastada ise eş zamanlı olarak kan ve idrar kültüründe izole edilmiş olduğu saptandı. Hastaların yaş ortalaması 67.4 (27-90) yıl idi. APACHE II skor ortalamaları ise 31.07 (18-44) idi. Hastalara en sık eşlik eden komorbiditeler sırasıyla hipertansiyon (n=9, %64), diyabet (n=6, %42), ve kardiyovasküler hastalıklar (n=6, %42) ve terminal dönem malignite (n=5, %35)'ydi. Yoğun bakım kabul tanılarında ise ilk sırada 4 (%28) hastada pnömoni saptandı. Hastaların pozitif kültür sonucu öncesi ortalama yoğun bakım ünitesi yatış süreleri 45.7+42.7 (12-158) gün olduğu saptandı. Üreme sonrası ortalama yoğun bakım ünitesi yatış süreleri ise 70.3+50.5 (15-174) gün olarak oldukça yüksek olduğu gözlemlendi. Hastalardan 12'sinde üreme öncesi en az 1 ünite kan ürünü transfüzyonu hikayesi mevcuttu. Ortalama kan ürünü transfüzyonu 7.1+6.2 ünite olarak saptandı. Hastaların 10'u üreme esnasında septik şok nedeniyle steroid tedavisi (hidrokortizon) almaktaydı. Hastaların yalnızca 2 (%14)'sinde TPN kullanımı hikayesi mevcuttu. Diğer predispozan faktörler açısından değerlendirildiğinde ise izolasyon öncesi hastaların tamamına üriner kataterizasyon uygulandığı, tamamında SVK mevcut olduğu ve keza tamamının geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı olduğu gözlemlendi. Antibiyoterapide en sık yer alan ilaçlar ise sırasıyla meropenem, kolistin ve seftazidim+avibaktam'dı. Hastaların 5'inde önceki idrar kültürlerinde maya izole edildiği (C. Albicans ve C.parapsilosis) saptandı. İlk pozitif kültürde etkenin izole edilerek rapor süresi ise ortalama 44.2+8.7 saattir. Bu kültür ile eş zamanlı yalnızca 2 hastada bakteri izole edildi.Başlangıç antifungal terapide en sık mikafungin (n=7); ardından kaspofungin (n=3) tercih edildiği, mikafungin alan 2 hastaya ise sonradan amfoterisin B eklendiği gözlemlendi. Üç hastadaki üreme asemptomatik fungüri olarak kabul edildiğinden antifungal tedavi almamıştı. Hastaların

tamamına (asemptomatik funguri hastaları dahil) kültür izolasyonu sonrasında temas izolasyonu sağlandığı saptandı. Antifungal tedavi ile 8 hastada (%72) kür sağlanarak kültür negatifliği sağlandığı gözlemlendi. Bu hastalarda ortalama kür süresi 12.3+7.1 gündü. Olguların 30 günlük mortalite oranı ise %28.5 (n=4)'di.

antibiyotik



komorbidite



Tartışma-Sonuç: Yoğun bakım ünitelerinde oldukça dirençli bu patojenin kolaylaştırıcı faktörlerinin bilinmesi, karşılaşıldığında ise hızlı ve doğru müdahalesi ile hasta ve yüzey kolonizasyonunun önüne geçilmesi ve dolayısıyla salgınlara önlenmesi amaçlanmalıdır.

Kaynakça

Yayın No: SS-006

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Araştırma

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE KALİTE STANDARTLARI: ULUSLARARASI BİR ÇERÇEVE

Demet GÖKMEN KAVAK¹, Muhammed Emin ÇELİK², Ahmet Can ŞENEL³

¹Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı-Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

²Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Doku, Organ Nakli Ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı

³Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Demet GÖKMEN KAVAK / Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı-Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Giriş: Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) hastanelerin diğer ortamlarına kıyasla oldukça karmaşık ve tıbbi hata riskini arttıran ortamlardır. Bu bakımdan dünya genelinde YBÜ’de bakımın değerini ve kalitesini iyileştirmek yüksek bir öncelik olmaya devam etmektedir (1)

Amaç: Bu çalışmanın amacı yoğun bakım ünitelerinde kalite standartlarına yönelik uluslararası bir çerçeve sunarak ülkemizde bu konuda bir rehberlik oluşturmaktır.

Yöntem: Konuyla ilgili literatür taraması yapılmış, öne çıkan ülkelerin standartları derlenmiştir.

Bulgular: European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), yoğun bakımlarda kaliteyi iyileştirmek için kullanılabilecek yapı, süreç ve sonuç odaklı 102 kalite göstergesi tanımlamıştır (2). Amerika Birleşik Devletleri’nde, Medicare ve Medicaid kapsamında eyalet düzeyindeki çeşitli sağlık kuruluşlarında YBÜ kalitesiyle ilgili zorunlu raporlama gereklilikleri bulunmaktadır (3). Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), akut hastaların barındırıldığı yoğun bakım üniteleri (YBÜ) ile ilgili olarak klinisyenlere yönelik araştırmalar, araçlar ve kaynaklar sunmaktadır (4)Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) Performans ve Sonuç Hizmetleri, yoğun bakım dahil olmak üzere 22 farklı klinik alanda belirli kalite göstergeleri sağlamaktadır. YBÜ’ne yönelik göstergeler; giriş ve çıkış kuralları, yoğun bakım hasta yönetimi, yoğun bakım hasta tedavisi, santral katater ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu, hasta değerlendirme sistemlerinin kullanımı ve empatik uygulama olmak üzere altı başlıkta ele alınmaktadır (5).College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand, yoğun bakımlara yönelik minimum kriterler yayımlamıştır. Çalışanlar, operasyonel süreçler, yapı, ekipman, izleme ve değerlendirme, yoğun bakım seviyeleri ve pediatrik yoğun bakım üniteleri olmak üzere yedi başlık altında hazırlanan kriterler çerçevesinde akreditasyon faaliyetleri yürütmektedir (6).İngiltere’de Intensive Care Society (ICS) tarafından “yoğun bakım hizmetlerinin sağlanmasına ilişkin yönergeler” kapsamında; yapı, işgücü, süreçler, klinik bakım, acil durum hazırlığı ve klinik yönetim gibi ek bileşenleri içeren altı temel başlıkta yoğun bakım kalite standartları yayımlanmıştır (7).Türkiye Sağlık Bakanlığı (2020) ise yayımladığı “Sağlıkta

Kalite Standartları Hastane Seti (sürüm 6.1)” kapsamında yoğun bakım ve yeni doğan yoğun bakım ünitelerine özgü standartlara yer vermiştir (8).

Tartışma-Sonuç: YBÜ’de hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için temel odak noktası haline gelmiştir (9) Bu nedenle, güvenli ve kaliteli bakımın sağlanması hayati öneme sahiptir ve temel bir değer olarak aktif olarak takip edilmelidir (10). Kalite standartlarının kullanılmasının yaygınlaştırılması hasta bakımını iyileştirebilir ve ölüm oranlarını azaltabilir (11). Dünyanın diğer ülkelerinde olduğu gibi Türkiye’de de bu alana yönelik ilgi giderek artmaktadır. Sağlık Bakanlığı kalite değerlendirmeleri kapsamında değerlendirmeler yapılıyor olsa da doğrudan YBÜ belgelendirmesine yönelik bir program bulunmamaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde kaliteli hizmet sunumu, hasta güvenliğini ve tedavi süreçlerinin etkinliğini doğrudan etkileyen bir faktördür (12). YBÜ’de kalite standartlarının kullanılmasının, mortalite oranlarını düşürdüğü, hastaların iyileşme sürecini hızlandırdığı, genel hasta memnuniyetinin arttırdığı ve aynı zamanda sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine katkıda bulunduğu literatürde ortaya konulmuştur.(2). Kaliteli bir yoğun bakım hizmeti, hasta sonuçlarının iyileştirilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve bakım süreçlerinin optimize edilmesi bakımından önemlidir.

Kaynakça

Yayın No: SS-007

Sunum Tipi: Poster Sunum - Olgu

Metil Alkol Toksisitesi

Faruk Yıldız¹, Volkan İnal¹

¹trakya üniversitesi tıp fakültesi dahili yoğun bakım ünitesi

Faruk Yıldız / trakya üniversitesi tıp fakültesi dahili yoğun bakım ünitesi

İntroduction: Methanol and ethylene glycol poisonings cause scores of fatal intoxications annually, and even relatively small ingestions of these alcohols can produce significant toxicity. Rapid recognition and early treatment, including alcohol dehydrogenase (ADH) inhibition and often hemodialysis, are crucial.

Case/Cases: A 71-year-old male patient presents to the emergency clinic with visual impairment. It was learned that the patient, who was diagnosed with coronary artery disease, diabetes mellitus, hyperlipidemia and hypertension, had been applying rubbing methyl alcohol to his skin for a long time. In the physical examination of the patient, there was bilateral vision loss, and in the fundoscopic examination, the optic disc was bilaterally edematous and its borders were unclear. Laboratory findings showed metabolic acidosis (lactate level was 60mg/dl.) with increased anion gap. As a result of tomography and MRI imaging, no brain hemorrhage, intracranial mass and acute diffusion restriction were observed. The patient was suspected with methyl alcohol toxicity and urgent hemodialysis was performed, intravenous ethyl alcohol and vitamin B complex treatment was started. During the 3-day follow-up, the patient's metabolic parameters improved, but there was no improvement in vision loss. He is being followed up in the intensive care unit. **RESULTS** It is important to emphasize that the onset of methanol or ethylene glycol toxicity is delayed when ethanol is coingested. The possibility of concomitant ethanol and toxic alcohol ingestion must always be considered, particularly in alcoholics, who may ingest alcohol in any form. Hemodialysis is fundamental in treating severely poisoned patients and is the best method to rapidly remove both toxic acid metabolites and the parent alcohol [1-3]. **CONCLUSION** Since methyl alcohol toxicity is a life-threatening condition that requires urgent treatment, rapid diagnosis and early treatment are of great importance. Although it is not oral intake, it has been observed that toxicity may develop with prolonged skin contact, as in our case.

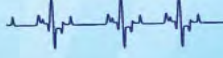
Discussion-Conclusion: **RESULTS** It is important to emphasize that the onset of methanol or ethylene glycol toxicity is delayed when ethanol is coingested. The possibility of concomitant ethanol and toxic alcohol ingestion must always be considered, particularly in alcoholics, who may ingest alcohol in any form. Hemodialysis is fundamental in treating severely poisoned patients and is the best method to rapidly remove both toxic acid metabolites and the parent alcohol [1-3]. **CONCLUSION** Since methyl alcohol toxicity is a life-threatening condition that requires urgent treatment, rapid diagnosis and early treatment are of great importance. Although it is not oral intake, it has been observed that toxicity may develop with prolonged skin contact, as in our case.

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

**Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa**

 **12-15 Aralık 2024**

Kaynakça

Yayın No: SS-008

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Yoğun Bakımda İnvaziv Listeriozis ; Nadir ve Mortal Nörolisteriozis

Mehtap Pehlivanlar Küçük¹, Ahmet Oğuzhan Küçük¹, Sevde Çelik¹, Birgül İbişoğlu¹, Hadi Sefa Yılmaz¹

¹ktu tıp fakultesi

Birgül İbişoğlu / ktu tıp fakultesi

Giriş: L. monocytogenes'in neden olduğu listeriyoz nadir görülen bir enfeksiyon hastalığıdır. Sıklığı 0,1-11,3/1.000.000 arasında değişir. İnvazif listeriyoz hastalığın daha şiddetli formudur, tedaviye rağmen mortalitesi yüksektir. Genellikle bakteriyemi ve MSS tutulumu ile seyreder. Yenidoğan, gebe, yaşlı ve bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar risk grubudur. MSS tutulumu en sık meningoensefalit kliniği şeklindedir. Yoğun bakım ünitemizde 71 yaşında erkek nörolojik semptomlar sonrası, menenjit tanısı almış sonrasında genel durumu bozularak entübe halde takip edilmiştir. Olgumuz literatür eşliğinde sunulmuştur.

Olgu/Olgular: Olgu: Ek hastalığı olmayan 71 yaş erkek bulantı, kusma, ateş, anlamsız davranışlar, 40°C' yi bulan ateş, muayenede ense sertliği ile yapılan lomber ponksiyon örneğindeki glukoz:5,6 lökosit: 3659, gram boyama: gram + basil görüldü.Laboratuar tetkiklerinde glukoz:189 alt/ast: 26/89u/l crp: 245 hb:10,9 g/dl lökosit:11190 plt: 215000 idi. Hastanın çekilen beyin MR'ında hiperintens alanlar görüldü (Şekil-1). Hastaya akut bakteriyel menenjit düşünülerek deksemetazon+seftriakson+vankomisin+ampisilin başlandı. BOS ve kan kültüründe Listeria innocua üremesi üzerine tedavisine sadece ampicilin ile devam edildi. Takiplerinde hipotansiyon desatürasyon ve şok tablosunda entübe edilerek yoğun bakım ünitemize devralındı. Uygun başlangıç sıvı resüsitasyonu, hidrokortizon, noreadrenalin, vazopressin ve adrenalin destekleri başlandı. Çoklu organ yetmezliği ve dirençli şok tablosu ile nedeniyle Coupled Plasma Filtration and Adsorption (CPFA) ile plazma değişimi uygulandı ancak dissemine tablo sebebi ile tedavi yanıtı alınamadı. Hasta takibinin 3. gününde kaybedildi.

KLİNİK

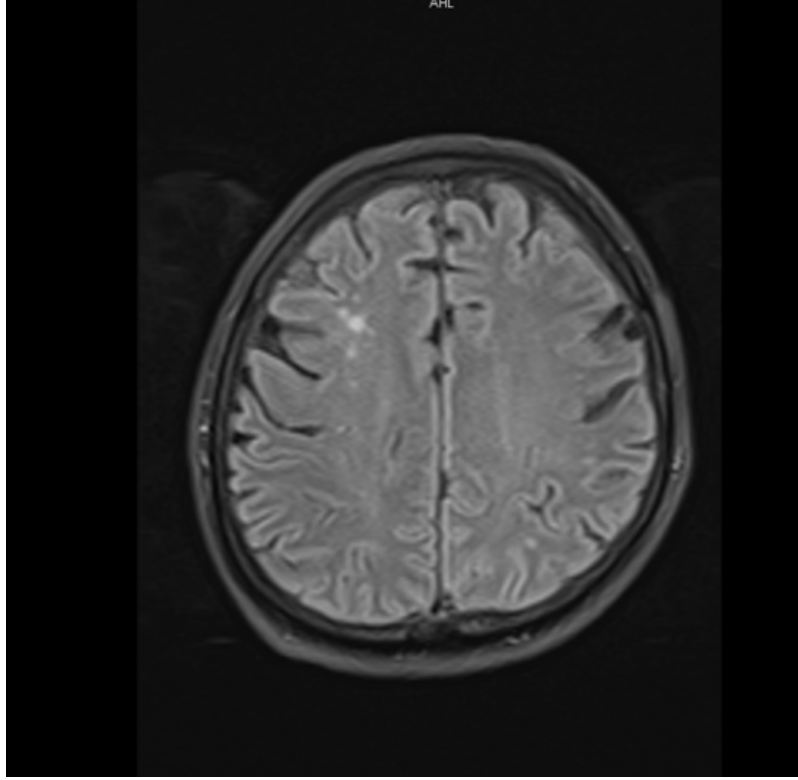
YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa

12-15 Aralık 2024

Şekil-1 Beyin MR'da hiperintens alanları



Şekil-2 Laboratuvar sonuçları

	Crp	Kreatinin Mg/dl	ALT/AST u/l	Hemoglobülin g/dl	Trombosit	INR	aPtt sn	BOS glukozu	Periferik kan glukozu
Acile geliş	263,3	0,93	26/89	10,9	215.000	1,14		5,6	177
1.gün servis	321,1	0,93	43/97	10,6	156.000				
Son gün servis	45,1	1,11	222/112	11,4	164.000				
1.gün ybü	182,2	2,84	267/213	10,1	151.000	1.54			
2.gün ybü	267,3	3,69	302/374	10,9	164.000				
3.gün ybü	470,9	4,5	493/737	10,4	102.000	2.02			

Crp: C-reaktifprotein, ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz, INR: International normalizedratio, aPtt: Aktive parsiyel tromboplastin zamanı, BOS: Beyin omurilik SIVISI

Tartışma-Sonuç: Listeria menenjitinin sıklığı düşük olmakla beraber nadir olarak hastamızda olduğu gibi risk faktörü olmayan bireylerde de görülebilir. Özellikle yaşlı bireylerin bağışıklık sisteminin zayıflaması nedeniyle bu enfeksiyona karşı duyarlılıkları artar. Tedavide geç kalındığında, kalıcı nörolojik hasar riski artar. CPFA, sepsis sırasında hem proinflatuar hem de antiinflatuar medyatörleri seçici olmayan bir şekilde adsorbe eden sepsis için yeni bir ekstrakorporeal kan saflaştırma tedavisidir. Filtrasyon, adsorpsiyon ve hemofiltrasyondan oluşur. Filtrasyon fazı sırasında plazma, plazma filtresi kullanılarak kandan ayrılır. Hemofiltrenin yüzey alanı 1,4 m²'dir (Hemofiltre DF-140, Infomed, Cenevre, İsviçre) ve 180 – 200 mL/dakika kan akış hızıyla 35 mL/kg/saatlik öngörülen ultrafiltrat akış hızına sahiptir. CPFA'nın sepsis dışında kırım kongo, otoimmün hastalıklar gibi farklı kullanım alanları da vardır. Hastamızda da dirençli şok tablosu ile kullanılmış ancak bu tedavilerde zamanlama çok önemli olduğundan hastamızda istenen yanıt alınamamıştır. Şiddetli sitokin fırtınası, otoimmün fırtınalar ve derin şok tabloları CPFA için hedef hasta gruplarıdır. Listeria menenjitisi gibi oldukça nadir, dissemine şok tabloları da nadir bir endikasyon olarak akılda tutulabilir.

Kaynakça

Yayın No: SS-009

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Plazmaferez ve Steroid Tedavisi ile Yönetilen Evans Sendromu Ön Tanılı SLE Aktivasyonu: Olgu Sunumu

MELİH ÇALIŞKAN¹, Yıldız Tezel Baydar¹

¹İzmir Şehir Hastanesi

MELİH ÇALIŞKAN / İzmir Şehir Hastanesi

Giriş: Giriş:Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), multisistemik tutulumları ile ciddi klinik tablolar oluşturabilen otoimmün bir hastalıktır. Hemolitik anemi ve trombositopeninin birlikte görüldüğü Evans Sendromu, SLE'nin nadir fakat önemli bir hematolojik komplikasyonudur. Bu olgu sunumunda, epileptik atak sonrası acil servise başvuran ve Evans Sendromu ön tanısı almış bir SLE hastasının yoğun bakım tedavi süreci ele alınmıştır.Amaç:Bu çalışmada, epileptik atak sonrası acil servis başvurusu yapan, Evans Sendromu ön tanılı bir SLE hastasında yaşanan klinik durumun, uygulanan plazmaferez ve steroid tedavisinin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu/Olgular: 35 yaşında, bilinen SLE, hipertansiyon ve epilepsi tanıları olan bir kadın hasta epileptik atak sonrası acil servise başvurmuştur. Hastanın geçmiş öyküsünde anemi ve trombositopeni tespit edilerek Evans Sendromu ön tanısı aldığı, ancak tedaviyi reddettiği öğrenilmiştir. Acil serviste nonoryante, nonkoopere ve ajite olan hastanın beyin BT'sinde frontal ensefalomalazi saptanmıştır. Vital bulguları stabil olan hastanın hemogramında anemi ve trombositopeni (Hb: 7.6 g/dL, Plt: 30.000 mm³) gözlenmiş, yoğun bakıma alınmıştır. İdrar tetkikinde proteinüri ve pozitif indirekt Coombs testi bulunmuştur.Bilinç değişikliği, böbrek fonksiyon testlerinde yükseklik ve hematolojik tutulum mevcut olduğu için hematoloji ve romatoloji klinikleri tarafından plazmaferez ve 1 mg/kg steroid tedavisi önerilmiştir. Yoğun bakım yatışının 1. gününde diyaliz kateteri takılarak plazmaferez tedavisi başlatılmış, toplam 5 kür plazmaferez ve 4 ERT transfüzyonu yapılmıştır. LDH seviyelerinde düşüş ve trombosit sayısında artış ile tedaviye yanıt alınmıştır. Yatışının 4. gününde ADAMTS13 aktivitesi %34 bulunarak TTP tanısı dışlanmış, hematolojik tutulumla SLE aktivasyonunun neden olduğu düşünülmüştür. Hasta intravenöz steroid tedavisine olumlu yanıt vermiş ve servise nakledilmiştir.


Tartışma-Sonuç: Tartışma:SLE, nörolojik, hematolojik ve böbrek tutulumları ile kompleks klinik tablolar oluşturabilir. Sunulan olgu, SLE hastalarında yeni gelişen bulguların, hastalık aktivasyonu veya ilişkili komplikasyonlar açısından değerlendirilmesinin önemini göstermektedir. Yoğun bakımda uygulanan plazmaferez ve steroid tedavisi, özellikle hematolojik tutulumlarda hızlı ve etkili bir sonuç sağlamıştır. ADAMTS13 aktivitesinin %34 bulunması, TTP tanısını dışlayarak hematolojik bozuklukların SLE aktivasyonuna bağlı olduğunu desteklemiştir.Bu olgu, multidisipliner bir yaklaşımın önemini ve erken tanı ile tedavinin hasta prognozunu iyileştirmedeki kritik rolünü ortaya koymaktadır. Ayrıca uzun dönemde remisyonun sürdürülebilmesi için hasta uyumu ve düzenli takip gerekliliği vurgulanmalıdır.Sonuç:Bu olgu,

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

**Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa**

 **12-15 Aralık 2024**

SLE hastalarında yeni gelişen nörolojik, hematolojik ve böbrek bulgularının, hastalık aktivasyonu açısından değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Plazmaferez ve steroid tedavisi, SLE'nin ağır hematolojik komplikasyonlarının yönetiminde etkili tedavi yöntemleridir. Hızlı ve uygun tedavi, bu hastaların prognozunda belirgin iyileşme sağlamaktadır.

Kaynakça

Yayın No: SS-010

Sunum Tipi: Poster Sunum - Olgu

AKUT PULMONER EMBOLİYE BAĞLI KARDİYAK ARREST OLAN HASTAYA YAKLAŞIM DENEYİMİMİZ

alper erdoğan¹, hidayet ünal¹

¹denizli devlet hastanesi

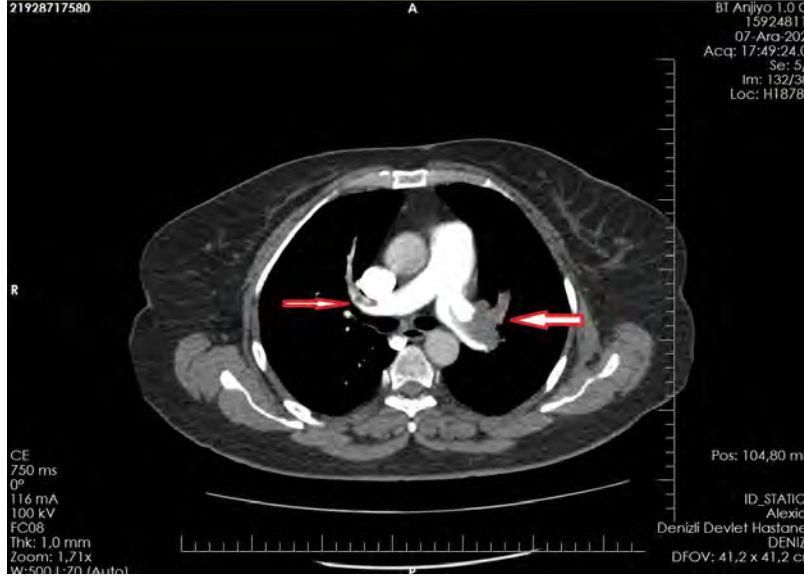
alper erdoğan / denizli devlet hastanesi

Giriş: Pulmoner tromboembolizm (PTE) kardiyovasküler acillerden birisidir. Miyokard enfarktüsü ve inmeyle birlikte üç büyük kardiyovasküler ölümcül hastalığı oluşturmaktadır(1). Tanının konması ile birlikte durumun ciddiyeti belirlenmeli ve uygun tedavi yaklaşımı seçilmelidir. Masif PTE’de hipotansiyon, şok veya kardiyopulmoner arrestin eşlik ettiği akut sağ ventrikül yetmezliği mevcuttur(2). Hastane içinde gerçekleşen akut PTE'ye bağlı kardiyak arrestlerde mortalite oranı %90 dır(2).PTE olgularında acil tedavi yaklaşımının hedefi, pulmoner arter tıkanıklığının ortadan kaldırılması ile kan akımının devamlılığını sağlamak ve embolinin yinelemesini önlemektir. Heparin gibi ilaçlarla antikoagülasyon, kateter temelli girişimler ile embolinin uzaklaştırılması ve cerrahi embolektomi bu amaçla uygulanan tedavi yöntemleridir(3). Makalemizde masif PTEye bağlı kardiyak arrest gelişen, uzun süren resüsitasyon sırasında rekombinan doku plazminojen aktivatörü alteplaz(tpa) verilen ve sonrasında ılımlı hipotermi uygulanan olgumuz sunulmaktadır.

Olgu/Olgular: Senkop şikâyetiyle acil servise başvuran 57 yaşında kadın hasta takipneikti. FM'de, tansiyon 90/45 mmHg, nabızı 126/dk, oda havasında SpO2 :95 'idi. beyin MR herhangi bir patolojiye rastlanmadı. göğüs ağrısı olan hastanın Ekg'sinde İnför (II,III,aVF), sağ prekordiyal derivasyonlarda (V1-4) T dalga inversiyonları mevcuttu. Hastanın öyküsü son 24 saat içinde 2 kez senkop geçirdiği, geçirilmiş TİA nedeniyle aspirin 100mg kullandığı ancak 15 gün önce burun kanaması sonrası ilacını kendisinin kullanmayı bıraktığı anlaşıldı.hastanın Eko(EF %60,1MY, 3TY,SAG GENİŞ,RVEF %45-50) PTE düşünülen hastaya tanıyı doğrulamak amacıyla Pulmoner BTAnjiyografi uygulandı. BT'de her iki ana pulmoner arterde dolun defekti(Resim 1) ve sağ kalpte genişleme(Resim2) saptandı. Radyoloji ünitesinden acile nakli sırasında kardiyak arrest gelişti.Hemen KPR başlandı. Resusitasyon sırasında 3dk. arayla intravenöz 1mg adrenalin uygulandı. Resüsitasyonun 35.dksında intravenöz alteplaz uygulamasına başladı. 10mg iv bolus sonrası 90mg 1 saatte infüze edildi. Resüsitasyon başlangıcında PH:6.88, PCO2:70mmhg, PO2:23 mmhg, HCO3:9.5mmol/l BE:-20mmol/lidi.Resüsitasyonun 50.Dk'sında atım sağlanan hastaya hipotansiyon (72/35) nedeniyle dopamin:15mcg/kg/dk ve norepinefrin:0.08mcg/kg/dk infüzyonlarına başlandı. Sonrasında Hasta yoğun bakım ünitesine(YBÜ) nakledildi. kabul sonrası PH 6.98 PCO2:54 HCO3:15mmol/l Lactat:26md/dl, GLukoz:364mg/dlidi. Alteplaz infüzyonu tamamlanan hastaya enoksaparin 2x0.8mg başlandı.Hastada uzun süreli resüsitasyon nedeniyle gelişebilecek beyin hasarını önlemek için YBÜ takibinin 2.saatinde sedasyon(dormicum infüzyonu 5 mg/saat) ile birlikte ılımlı hipotermi uygulaması başlandı. Hedef core sıcaklığı 36 derece olacak şekilde eksternal

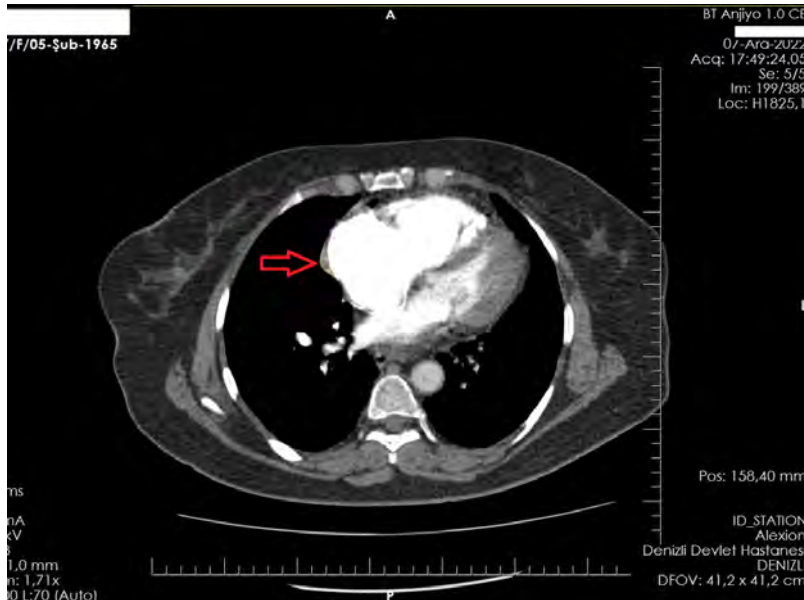
hipotermi başlandı. 48 saatin sonunda normatermiye dönüldü. Daha sonraki takiplerinde hasta 12. Gününde ekstübe edildi. yatışının 17. Gününde GKS:15 olarak servise nakledildi.

resim 1. pulmoner emboli BT görünüm



her iki ana pulmoner arterde emboliye bağlı dolum defektleri

sağ ventrikülde genişleme BT görünüm



sağ ventrikülde genişleme

Tartışma-Sonuç: PTE'de ölümün öncelikli nedeninin akut basınç artışına bağlı gelişen sağ kalp yetmezliğidir(4). Artmış Pulmoner arter basıncı sağ ventrikülde genişleme ve ventrikülün kontraksiyon zamanında uzamaya neden olur(5). Sağ ventrikülün kontraksiyon zamanının uzaması erken diastolde intraventriküler septumun sol ventriküle doğru balonlaşmasına neden olur. Bu durum Pulmoner dolaşımın azalmasıyla birleşince sol ventrikülün diastolde dolumu azalır. Sonuç olarak kardiyak output düşer sistemik hipotansiyon gelişir(6).PTE'de tedavi stratejisi reperfüzyonu sağlamaktır. ilk olarak trombolitik tedavi, trombolitik kontraendikeyse cerrahi embolektomi veya perkutan kataterle reperfüzyon sağlama stratejileri düşünülmelidir(7). Arrest sırasında sistemik trombolitik uygulaması kılavuzlara girmiştir(7). Ancak birçok hekim tarafından CPR uygulanan hastada trombolitik uygulaması çekinceyle karşılanmakta ve çoğu zaman trombolitik tedavi verilmemektedir. Benzer şekilde bizim vakamızda ancak resüsitasyonun 35.dakikasında trombolitik uygulaması başlayabilmiş ve daha sonra spontan dolaşımın geri dönüşü sağlanabilmiştir. resüsitasyon sırasında trombolitik uygulaması sonrası sinüs ritme döndürülen hastalarda hipotermi uygulaması koagülopatinin göreceli kontrendike olması nedeniyle tartışılmalıdır. Makalemizde resusitasyon sırasında trombolitik uygulanarak sinüs ritim sağlanan, sonrasında ise ılımlı hipotermi uygulanarak yoğun bakımdan bilinç açık şekilde taburcu edilen hasta deneyimiz anlatılmaktadır.

Kaynakça

Yayın No: SS-011

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Metanol intoksikasyonunda beyin radyolojik görüntüleme bulguları ve prognoz: olgu sunumu

Muhammed Emin Zora¹, Yücel Gültekin², Meltem Çimen³

¹Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

²Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Yoğun Bakım Bilim Dalı

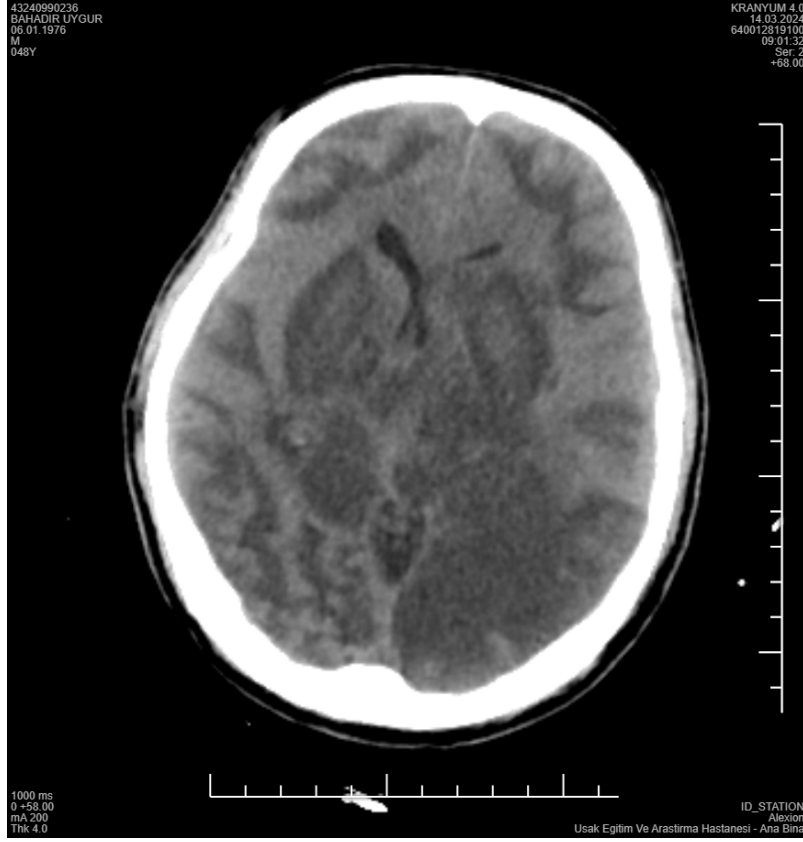
³Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

Yücel Gültekin / Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş: Metanol, alkol dehidrogenaz enzimi aracılığıyla formaldehit ve formik aside metabolize olarak ciddi toksisite, metabolik asidoz ve merkezi sinir sistemi hasarına neden olur. Metanol toksisitesinde bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MR) yöntemleri merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerin saptanmasında, tanı koymada ve hastalığın seyir takibinde kritik bir rol oynar. Özellikle putamen ve bazal ganglionlar bölgesinde görülen nekroz, tespit edilen en belirgin radyolojik bulgudur. Literatürde genellikle bazal ganglionlarda görülen infarkt alanlarından farklı olarak, sol parieto-okspital bölgeyi de içeren geniş infarkt alanlarının gözlemlenmesine dikkat çekmek amacıyla olgumuzun sunulması amaçlandı.

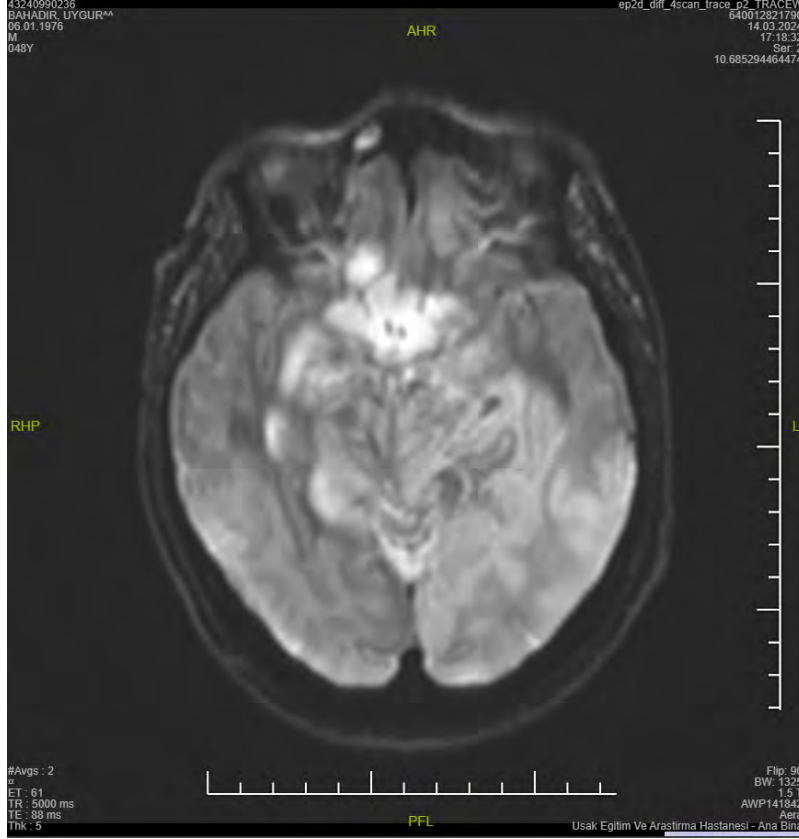
Olgu/Olgular: 48 yaşında erkek hasta, 11 Mart 2024 tarihinde kolonya içme öyküsü ve bilinç bulanıklığı şikayeti ile acil servise başvurdu. Başvuru sırasında yapılan arteriyel kan gazı analizinde, pH: 6.783, pCO₂: 21.8 mmHg, HCO₃: 4.7 mEq/L ve baz açığı -28 mEq/L olarak saptandı. Diğer laboratuvar bulguları üre: 24.8 mg/dL, kreatinin: 1.73 mg/dL, AST: 46 U/L, ALT: 25 U/L, elektrolitler normal, WBC: 16.7 x10³/μL, HGB: 13.8 g/dL, PLT: 236 x10³/μL. Anamnez ve klinik bulgular doğrultusunda hastaya metanol intoksikasyonu tanısı konuldu ve hipotansif seyreden hastaya 0.5 μg/kg/dakika hızında noradrenalin infüzyonu başlandı. Acil olarak sürekli renal replasman tedavisi ve %10 etanol solüsyonu (10 mL/kg intravenöz yükleme, ardından 1 mL/kg/saat idame) uygulandı. Acil serviste çekilen ilk BT görüntülemesi normal olarak değerlendirilen hastanın, yatışının 3. gününde yapılan kontrastsız kraniyal BT'sinde sol temporookspital lob, sol lateral ventrikül posterioru ve centrum semiovale posteriorunda yaygın hipodens alanlar tespit edildi. Bu bulgular doğrultusunda akut-subakut serebrovasküler oklüzyon şüphesiyle T2 sekansında beyin diffüzyon ve SWI MR görüntülemesi yapıldı. MR görüntülemesinde, bazal ganglionlar düzeyinde ve her iki frontal ile parieto-okspital bölgelerde diffüzyon kısıtlaması gösteren odaklar saptandı (şekil 1 ve 2).

CT



sol lateral ventrikülün arkasında, sol temporo-okspital lobda ve posterior centrum semiovale'de yaygın hipodens alanlar

MR



bazal gangliyonlar seviyesinde ve her iki frontal ve parieto-okspital bölgede difüzyon kısıtlaması gösteren odaklar

Tartışma-Sonuç: BT ve MR görüntüleme, metanol zehirlenmesinin tanısında ve hastalığın seyrini öngörmeye kritik öneme sahiptir. Metanol intoksikasyonuna özgü en belirgin radyolojik bulgular, özellikle putamen ve bazal gangliyonlar bölgesinde gözlemlenen nekrozdur. Olgumuzda, bazal gangliyonlar ve frontal alanların yanı sıra sol parieto-okspital bölgede de geniş bir hasar alanı tespit edilmiştir. Metanol zehirlenmelerinde, özellikle putamen ve bazal gangliyonlar bölgesinde nekrotik alanlar BT ve MR’da tespit edilebilir. Bununla birlikte, yaygın enfarkt alanlarının da metanol intoksikasyonu ile birlikte görülebileceği ve bu durumun prognoz üzerinde olumsuz etkisi olabileceği unutulmamalıdır.

Kaynakça

Yayın No: SS-012

Sunum Tipi: Poster Sunum - Olgu

Serotonin Sendromu ve QT Uzaması Birlikteliği Görülen Bir Yoğun Bakım hastası: Olgu Sunumu

Nilgün Savaş¹

¹Tokat GaziOsmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi

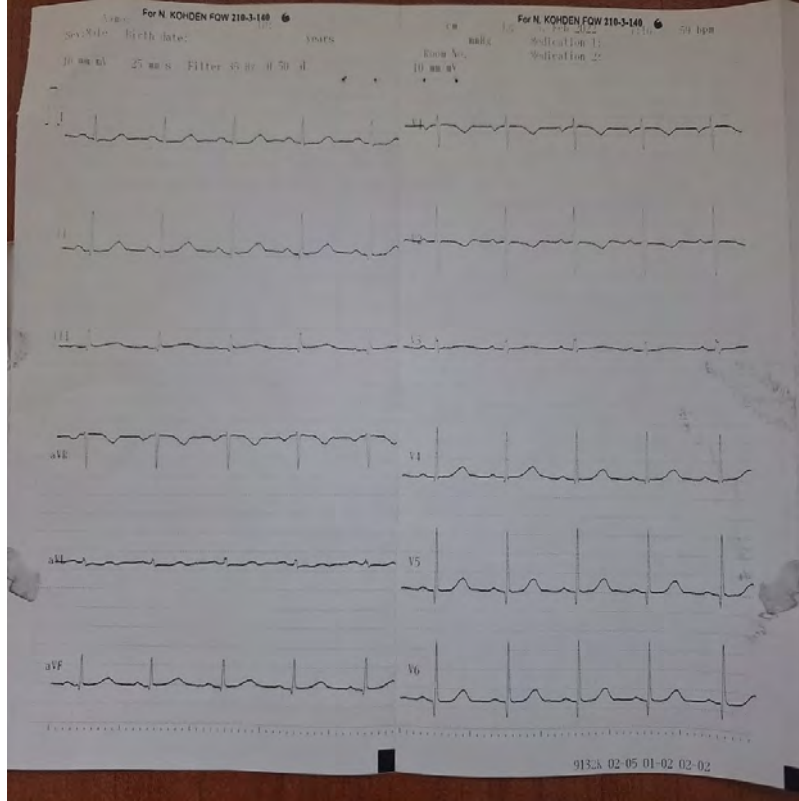
Nilgün Savaş / Tokat GaziOsmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Serotonin sendromu serotonerjik ilaçların kullanılması sırasında ortaya çıkar ve aşırı serotonerjik aktivite sonucu gelişen nöromusküler irritabilite ve otonomik instabiliteyle karakterizedir (1).Tanı ilacın alınmasını takiben ajitasyon, mental durum değişiklikleri, myoklonus, ishal, ateş, hiperreflexi, tremor, koordinasyon bozukluğu gibi belirtilerden en az üç tanesinin bulunması ile konulmaktadır (2). Burada birkaç adet kombine SSRI ilaç alımı sonrası yoğun bakımda takip edilen bir vaka örneği sunulacaktır.

Olgu/Olgular: 46 yaşında bilinen hipertansiyon, astım ve depresyon tanıları olan kadın hasta fabrikada çalışmakta iken gece nöbetinde yere düşmüş ve kafasını çarpmış; tüm vücutta titreme ve kasılması olmuş, ağzından köpük gelmiş; idrar kaçırmış. Acil servisimize 112 tarafından bilinç kaybı ve kasılma şikayetiyle getirildi. Glaskowu V(1),M(3), E(3) olarak değerlendirildi. Ateş 36.2 0 C, TA: 123/80 mmHg, nabız 125/dk, Oksijen saturasyonu 92 saptandı. Hastanın nörolojik muayenesinde nonkoopere, ajite, dört extremitede asenkron kasılmaları mevcut idi, anlamlı verbal yanıt yoktu, gezici göz hareketleri mevcut idi, her iki aşilde myoklonus mevcut idi; ağırlı uyarana 4 extremitede çekme yanıtı vardı. Motor ve duyu yanıtları normal, plantar yanıt bilateral extensör idi. Hastaya acil serviste 2000 mg levatirasetam, 5 mg diazem ve 2 mg midazolam uygulanmış. Yüzünde flushing bulguları mevcut idi. Ateş saptanmadı. Hastanın trazadon 50 mg, fluoksetin 20 mg tablet kullanımı olduğu öğrenildi. Beyin bilgisayarlı tomografi(BT) tetkikinde fraktür, kanama saptanmadı; bilateral maxiller sinüzit, nazal septumda sola deviasyon, solda posterosüperior etmoid içerisinde 4 mm çapında osteom saptandı. Hafif serebral atrofi, periventriküler santral beyaz cevher alanlarında bir kaç adet milimetrik gliozis saptandı. Servikal BT normaldi. Beyin Diffüzyon MR tetkikinde serebral parankimde akut-subakut süreçte iskemik doku değişikliğine ait diffüzyon kısıtlaması saptanmadı; sentrum semiovale düzleminde dural kalsifikasyonlar saptandı. Sağ pariyetal skalpde fokal volüm artışı-sinyal değişiklikleri (postravmatik yumuşak doku değişiklikleri?) saptandı. Yoğun bakım yatışı yapılan hastaya serotonin sendromu ön tanısı ile tedavide siproheptadin 6x2 ölçek (6x4 mg) başlandı. Takipte ventriküler taşikardi gelişen hasta entübe edildi; midazolam ile sedasyon uygulandı. Potasyum ve magnezyum replasmanı yapıldı. Kısa süreli gelişen ventriküler taşikardi amiodaron puşe tedavisi sonrası sonlandı. Ekginde QT uzun saptanan yapılan ekokardiografisinde Sol ventrikül global hipokinetik, romatizmal mitral kapak, Hafif orta aort yetmezliği, orta posterior egzantrik mitral yetmezliği, orta ileri triküspit yetmezliği, Pulmoner arter basıncı 45, Ejeksiyon fraksiyonu %25 saptandı. Siproheptadin tedavisi kademeli azaltıldı. Yatışının 3 gününde sedasyonu kesilen bilinci açılan vucuttaki kasılmaları düzelen glaskow koma skoru 15 saptanan hasta extübe edildi. Hastanın depresif şikayetleri arttığı için kullandığı

ilaç sayısını artırdığı öğrenildi(2-3 adet) Hemodinamik olarak stabil seyreden QT uzunluğu devam eden hasta kardiyoloji kliniğine devredildi. Hastadan uzun QT yapan genetik sendromlar açısından analiz yollandığı ancak 5 aşamalı tetkiki tamamlamadığı öğrenildi.

Hastanın EKG görüntüsü



Ventrikül hızı 58 PR aralığı 220 msn QRS 76 msn QTc 530 msn Sinüs ritmi, 1. AV Blok, Uzun QT sendromu

Tablo 1.Hastanın labaratuvar sonuçları

Parametre	GELİŞ	1. GÜN	1.GÜN	2.GÜN	3.GÜN
pH	7,32		7,38	7,50	
pCO2(mmHg)	39		41	41	
HCO3(mmol/l)	19		46	32	
O2 Sat(%)	46		76	62	
Laktat(mmol/l)	6,9		3,2	1,6	
WBC(10 ³ /ml)	12,39			9,90	
NEU(10 ³ /ml)	4,170			4,780	
HB(gr/dl)	11			8,3	
PLT	337			211	
BUN(mg/dl)	14			12	
Kreatinin(mg/dl)	0,94			0.55	
Glukoz(mg/dl)	137		84	98	
AST(U/L)	51	86	214	156	97
ALT(U/L)	95		97	106	90
Procalcitonin(ng/ml)	3,15			0.41	
CRP(mg/L)	6			13	
Kreatin Kinaz		90	6085	4500	1526
Troponin T (pg/ml))	8	176	134	93	68
Fosfor(mg/dl)	1,53		2,25		3,38
Sodyum(mmol/l)	131		133		137
Potasyum(mol/l)	3,13		3,37		3,73

Hastanın yatışında laktik asidozu mevcuttu; takipte 5 kata varan karaciğer enzim yüksekliği ve 30 kata varan kreatin kinaz yüksekliği görüldü.

Tartışma-Sonuç: Burada fluoksetin kullanımı sonrası hastada gelişen klonus, ajitasyon, koma ve flushing bulguları ön planda seotonin sendromunu düşündürmüştür. Fluoksetin tek bir tablet alımı ile Uzun QT sendromuna yola açabilir ve bu hastada büyük ihtimalle malign aritmi gelişimi ile hastanın epileptik nöbet geçirmesine yol açmıştır. Hastanın psikiyatrik ilaç kesilmesine rağmen QT uzunluğunun devam etmesi nedeni ile ileri kardiyak nedenlerin araştırılması planlanmıştır. Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların birkaç tablet alımı ile bile serotonin sendromuna neden olabileceği, altta yatan kardiyak patojilerin de katkısı ile ölümcül sonuçlar gelişebileceği akılda bulundurulmalıdır.

Yayın No: SS-013

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Araştırma

10 kV elektriksel alan, herhangi bir hasara neden olmadan tight junction biyobelirteçlerini azaltarak erken dakikalarda kan beyin bariyeri geçirgenliğini artırır

Pınar KARABACAK¹, Halil AŞCI², Ahmet BİNDAL¹, Muhammet Yusuf TEPEBAŞI³, Rumeysa TAMER⁴, Selçuk ÇÖMLEKÇİ⁵, Özlem ÖZMEN⁶

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Yoğun Bakım BD

²Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Farmakoloji AD, Isparta, Türkiye.

³Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genetik AD, Isparta, Türkiye.

⁴Süleyman Demirel Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Biyomühendislik Bölümü, Isparta, Türkiye.

⁵Emekli Elektrik ve Elektronik Mühendisi, Isparta, Türkiye

⁶Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Veteriner Fakültesi, Patoloji AD, Burdur, Türkiye

Pınar KARABACAK / Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Yoğun Bakım BD

Giriş: Kan Beyin Bariyeri (KBB), merkezi sinir sistemine (MSS) geçen molekül, iyon ve hücrelerin geçişini kısıtlayarak kontrollü bir düzenleme yapar, kendi homeostazını kontrol eder, kandaki zararlı ve yabancı maddelerin geçişini engelleyerek beyni korur. KBB'nin özel seçici geçirgenliği sayesinde beyni birçok zarardan koruması insan sağlığı için elzem olsa da bazı özel durumlarda bu geçirgenlikte isteğe bağlı bir artış faydalı olabilir. Elektrik alanlarının kullanımı, sinerjik potansiyelleri nedeniyle çeşitli MSS bozukluklarının tedavisinde diğer tekniklere göre avantajlar sunabilir. Darbeli elektrik alanlarının KBB ile etkileşime girdiği ve belirli darbeli rejimler altında KBB geçirgenliğini artırdığı gösterilmiştir. Ancak bu geçirgenliğin ne zaman ve hangi dozda başladığı net değildir.

Amaç: Bu çalışmada kan beyin bariyerinin darbeli elektrik alan kullanılarak ve zarar görmeden açılacağı ideal sürenin bulunması amaçlanmaktadır.

Yöntem: 300-350 g ağırlığında 62 erkek Wistar Albino sıçan kullanıldı. Her gruptaki sekiz hayvan (kontrol grubu hariç) 1, 5, 15, 30, 1 saat, 3 saat ve 6 saat boyunca 10 kV/m EA'ya maruz bırakıldı. Kontrol grubunda sıçanlar inaktif bir elektrik alan ünitesine yerleştirildi ve herhangi bir tedavi uygulanmadı. Bu uygulamanın sonunda hayvanlar anestezi ile uyutulmuş ve sakrifiye edilmiştir. Doku örneklerinin yarısı beyin dokusunda histopatolojik analiz için hematoksilen eozin boyaması amacıyla %10 formaldehit içine yerleştirilmiştir. Diğer yarısı ise genetik analiz ve occludin, claudin-5 ve zonulin-1 ekspresyonları için analiz edildi.

Figure 1

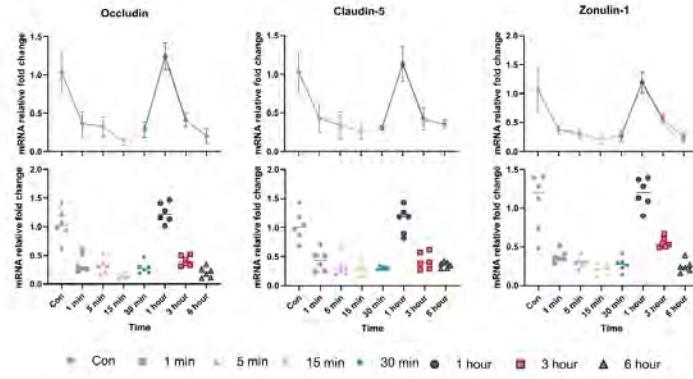
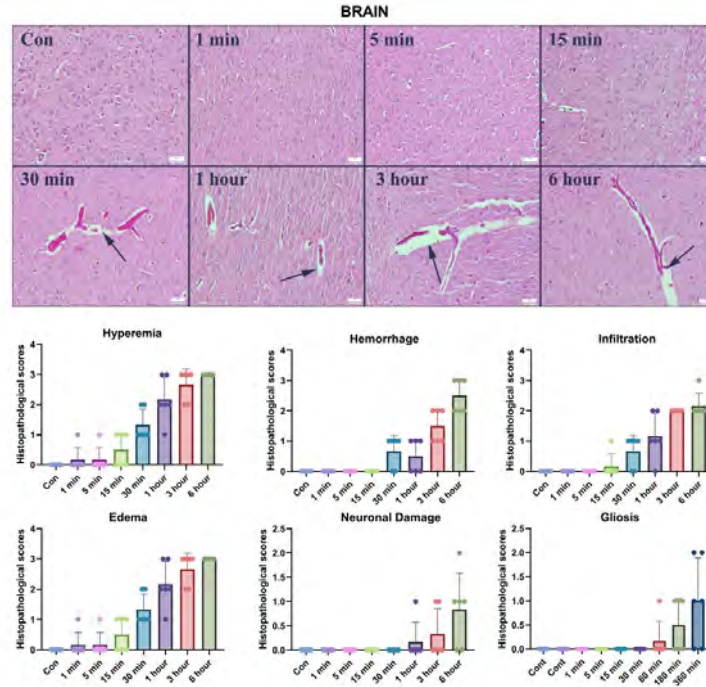


Figure 2



Bulgular: Kontrol grubu ile 1 dakika ve 5 dakika maruziyet gruplarının histopatolojik analizinde herhangi bir patolojik lezyona rastlanmadı. 15 dakika maruziyet grubunda ve sonrasında (30 dakika, 1 saat, 3 saat ve 6 saat grupları), elektrik alanı tedavi edilen gruplarda hafif ila şiddetli hiperemi ve ödem oluşturarak kan-beyin bariyerinde bir artışa işaret etmiştir. 15. dakikada, hücreler arasındaki sıkı bağlantıları gösteren claudin-5, occludin ve zonulin-1 gibi genlerin düşük ekspresyon seviyeleri histopatolojik hasarsızın gösterilmiştir.

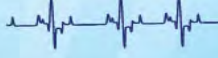
Tartışma-Sonuç: 10 kV/m elektrik alanına maruz bırakılan sıçanlarda kan beyin bariyeri histopatolojik bozulma olmaksızın 15. dakikada açılmaktadır. KBB kontrolünün ve zarar

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

**Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa**

 12-15 Aralık 2024

görmeden açılma süresinin sağlanması bu amaçla uygulanacak tedaviler için yol gösterici olacaktır.

Kaynakça

Yayın No: SS-014

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Araştırma

Geriatrik ürosepsis olgularına yaklaşım

Sema Sarı¹, Hasan Oktay Emir¹, Çiğdem Yıldırım²

¹Niğde Eğitim Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği

²Niğde Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Sema Sarı / Niğde Eğitim Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği

Giriş: Tüm sepsis ataklarının çoğunluğunu (%60-85) 65 yaş üzeri hastalar oluşturmaktadır. Üriner sistem enfeksiyonuna bağlı sepsiste diğer diğer sepsis odaklarına göre mortalite daha düşük olmakla birlikte tedavideki gecikme ve uygunsuz tedavi mortaliteyi arttıracaktır. Yaşlı hastalarda semptomların daha silik olması nedeniyle tanı kolaylıkla gözden kaçabilir. Ayrıca alta yatan hastalıkları, sık hastane başvuruları, invaziv girişimler gibi nedenlerle direnç oranları da yüksektir.

Amaç: Ürosepsis ile acile başvuran geriatrik hastalarda etken mikroorganizmalar, tedavi uygunluğunun değerlendirilmesi, yoğun bakım yatış oranları ve 30 günlük mortalitenin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma 2018-2024 yılları arasında Niğde Eğitim Araştırma Hastanesi aciline başvuran ve yatarak tedavi gören 65 yaş ve üzeri ürosepsisli hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Bu hastaların kronik hastalıkları, risk faktörleri, izole edilen mikroorganizmalar, tedavi uygunluğu, yoğun bakım yatış oranları ve prognozları araştırılmıştır.

Bulgular: Çalışma döneminde kan ve idrar kültüründe üreme saptanarak ürosepsis tanısı konulan 65 hastanın 40 (% 61,5)' i kadın, 25 (% 38,5)' i ise erkekti. Hastaların tamamında en az bir tane alta yatan hastalık ya da predispozan faktör mevcuttu. Kültürlerde en sık izole edilen mikroorganizma 49 (% 75,4) hastada escherichia coli olup bunu sırasıyla klebsiella pneumoniae, candida albicans, enterococcus spp, pseudomonas aeruginosa, proteus mirabilis, staphylococcus aureus takip etmiştir. 22 (%33,8) hastada başlanan ampirik tedavi uygunsuz olup kültür sonucuna göre tedavi değişikliğine gidilmiştir. 9 (%13,8) hasta yoğun bakımda 56 (%86,2) hasta ise serviste takip edilmiştir. Mortalite 5 (%7,7) hastada görülmüş olup dördü serviste, biri yoğun bakımda gerçekleşmiştir.

Alta yatan hastalıklar ve predispoze edici faktörler

Predispozan faktör	N (%)
HT	52 (%80)
DM	31 (%47,7)
KOAH	17 (%26,2)
KAH	45 (%69,2)
Demans	36 (%55,4)
SVH	12 (%18,5)
Malignite	5 (%7,7)
KBH	26 (%40)
BPH	21 (%32,3)
Nefrolitiazis	9 (%13,9)
İdrar inkontinansı	30 (%46,2)
Yatağa bağımlı	21 (%32,3)

HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes mellitus, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, KAH: Koroner arter hastalığı, SVH: Serebrovasküler hastalık, KBY: Kronik böbrek yetmezliği, BPH: Bening prostat hipertrofisi

Kültür sonucuyla elde edilen mikroorganizmalar

Etken mikroorganizma	N (%)
Escherichia coli	49 (% 75,4)
Klebsiella pneumoniae	6 (% 9,2)
Candida albicans	3 (% 4,6)
Enterococcus spp	3 (% 4,6)
Pseudomonas aeruginosa	2 (% 3,1)
Proteus mirabilis	1 (% 1,5)
Staphylococcus aureus	1 (% 1,5)

Tartışma-Sonuç: Ürosepsis diğer sepsislere oranla mortalitesi düşük olsa da özellikle 65 yaş üzerinde alta yatan hastalıkların ve predispozan faktörlerin çokluğu, semptomların belirgin olmaması, sık hastane başvurusu ve antibiyotik kullanımı gibi nedenlerle dikkatle değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Tanı ve tedavideki gecikme mortalite ve morbiditede ciddi artışa yol açabileceğinden iyi bir öykü ve fizik muayene ile etkili ve doğru tedavi hızla başlanmalıdır.

Kaynakça

Yayın No: SS-015

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Araştırma

Toraks Travması ile Yoğun Bakıma Kabul Edilen Hastalarda Mortalite ve Morbiditenin Seçili Biyomarkerlar ve Parametreler ile Öngörülmesinin Araştırılması

Süleyman Sencer Çelik¹, Pınar Karabacak¹, Aslı Arıcan Çelik¹, Ahmet Bindal¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Isparta

Pınar Karabacak / Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Isparta

Giriş: Travma, dünya genelinde önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Toraks travmaları, travmaya bağlı ölümlerin yaklaşık %25'ini oluşturur. Toraks travması, göğüs duvarı ve organ yaralanmalarını içermesiyle yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahiptir. Biyomarkerlar ile skora sistemleri, bu hastalarda öngörü açısından önemlidir.

Amaç: Bu çalışma, toraks travması hastalarında Sürfaktan Protein-D (SP-D) başta olmak üzere çeşitli laboratuvar biyomarkerları, skora sistemleri ve oksijenizasyon parametrelerinin klinik sonuçları öngörmedeki etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Elde edilen verilerle yoğun bakım stratejilerinin geliştirilmesine ve toraks travmalı hastalarda mortalite ve morbidite oranlarının azaltılmasına katkı sağlanması hedeflenmektedir

Yöntem: Bu çalışma, etik kurul onayı alındıktan sonra Nisan 2023-Mart 2024 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde yapılmıştır. Çalışma prospektif olup, toraks travması geçiren 50 hasta, 1., 3. ve 7. günlerde SP-D marker düzeyleri, kan parametreleri, oksijenizasyon değerleri, çeşitli skora sistemleri (APACHE II, SOFA, GKS, vb.) ile incelenmiştir. Serum örnekleri ELISA yöntemiyle analiz edilmiştir. SPSS 25.0 programı ile istatistiksel analiz yapılmış, veriler tekrarlı ölçüm analizine tabi tutulmuştur.

Bulgular: Çalışmamız, ROX indeksinin, mortalite oranları arasındaki ilişkide kritik bir gösterge olarak ortaya çıkmasını vurgulamaktadır (tablo 1). Düşük ROX indeksi değerleri, yüksek mortalite riski ile ilişkilendirilmiştir, bu da ROX indeksinin klinik pratikte kullanımına farklı bir bakış açısı ile elde edilmiştir. Travma skora sistemlerinin de mortalite tahmininde etkili olduğu görülmüştür (tablo 1). Ayrıca, travma spesifik olmayan ancak yoğun bakım pratiğinde kullanılan APACHE II, SOFA gibi hastaların genel sağlık durumunu ve organ yetmezliği risklerini değerlendirme konularında kullanılan skora sistemleri ile de kritik bilgiler sağlanmıştır (tablo 1). Özellikle dikkat çeken bir diğer bulgu ise, SP-D seviyelerindeki değişimdir. Araştırmamızda, SP-D'nin ölüm ile sonuçlanan hastalarda 1. günden 7. güne anlamlı bir artış gösterdiği belirlenmiştir (tablo 2). Bu bulgu, SP-D seviyelerinin zaman içindeki değişiminin, travma hastalarında mortalite tahmininde potansiyel bir gösterge olabileceğini ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, SP-D seviyelerinin, toraks travma hastalarında daha kapsamlı olarak izlenmesinin fayda sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Rox İndeksi ve Skorlamaların Gruplara Göre Karşılaştırılması

Özellikler		Ölen (n=15)	Yaşayan (n=35)	p
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	
ROX indeksi	1.gün	11,6±1,88	14,09±4,01	0,041*
ROX indeksi	3.gün	13±2,5	16,54±2,89	<0,001*
ROX indeksi	7.gün	14,33±3,82	25,35±7,5	<0,001*
TTSS	1.gün	11,47±4,45	10,09±3,63	0,333
TTSS	3.gün	9,8±3,93	8,97±3,67	0,425
TTSS	7.gün	8,13±3,64	7±3,37	0,298
TRISS	1.gün	52,24±29,31	88,64±11,25	<0,001*
TRISS	3.gün	65,62±31,56	97,13±2,28	<0,001*
TRISS	7.gün	79,68±25,66	98,35±1,3	0,001*
RTS	1.gün	5,83±1,73	7,67±0,65	<0,001*
RTS	3.gün	5,65±1,71	7,8±0	<0,001*
RTS	7.gün	6,35±1,79	7,8±0	<0,001*
ISS	1.gün	41,07±9,82	29,71±9,89	0,001*
ISS	3.gün	23,4±11,2	14,66±6,15	0,001*
ISS	7.gün	16,07±8,86	8,09±5,34	0,001*
GKS	1.gün	8,67±5,22	14,4±2,08	<0,001*
GKS	3.gün	8,13±5,6	14,97±0,17	<0,001*
GKS	7.gün	9,93±5,66	15±0	<0,001*
APACHE II	1.gün	13,27±6,32	5±3,15	<0,001*
APACHE II	3.gün	13,73±8,34	3,8±2,34	<0,001*
APACHE II	7.gün	10,93±8,82	3,43±2,06	0,001*
SOFA	1.gün	6,07±2,91	2,14±1,03	<0,001*
SOFA	3.gün	6,4±3,31	2,03±0,89	<0,001*
SOFA	7.gün	5,13±3,25	1,37±0,77	<0,001*
NEWS 2	1.gün	5,73±2,63	3,63±1,46	0,004*
NEWS 2	3.gün	4,87±1,88	3,14±1	0,002*
NEWS 2	7.gün	4,2±2,21	2,23±1,24	0,002*
SAPS II	1.gün	34,07±18,89	14,6±9,16	<0,001*
SAPS II	3.gün	35,6±15,32	15±8,03	<0,001*
SAPS II	7.gün	30,07±17,66	12,43±7,29	0,001*

SP-D Değerlerinin Ölçüm Periyotlarına Göre Karşılaştırılması

ÖLEN	1.gün Ortalama± SS	3. gün Ortalama± SS	7.gün Ortalama± SS	P
SP-D (ng/ ml)	5,31±0,46 ^{+,+} +	6,54±2,45 ⁺	6,28±2,28 ⁺⁺	0,034*

+,++: Aynı sembollere ait olan ölçüm günleri arasındaki fark Tukey post-hoc testine göre anlamlı

Tartışma-Sonuç: Bu çalışma, toraks travması sonrası yoğun bakım hastalarında mortalite ve morbiditeyi öngörmede kullanılacak biyokimyasal ve klinik göstergelerin değerini vurgulamaktadır. ROX indeksi, travma skorları, SP-D seviyeleri ve yoğun bakım pratiğinde kullanılan diğer skora sistemleri gibi parametrelerin klinik karar verme süreçlerinde etkin bir şekilde kullanılması, hasta yönetimi stratejilerinin optimizasyonuna katkıda bulunabilir.

Kaynakça

Yayın No: SS-016

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Araştırma

Trauma ile takip edilen yoğun bakım hastalarında hematolojik parametreler ile mortalite ilişkisi

Nilgün Savaş¹, Osman Demir², Didem Onk³

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

²Tokat GaziOsmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

³Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Nilgün Savaş / Tokat GaziOsmanPaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş: Traumalar hemorajik şok, sepsis, ARDS gibi erken ve geç dönem komplikasyonları ile önemli bir mortalite nedenidir. Mortalite tahmininde trauma esnasında etkilenen vücut bölgeleri, traumanın ağırlık derecesi, glaskow koma skoru, yaş, vital bulgular, trauma şekli (künt/penetran gibi) değerlendirilerek skorlama sistemleri geliştirilmiştir. Son yıllarda daha basit tetkikler olması nedeni ile hemogram parametreleri ile mortalite ilişkisini değerlendiren çalışmalar artmıştır. Travma ve cerrahi girişimler gibi stresli ve sistemik inflamasyon durumlarında nötrofil ve lenfosit sayılarının artması veya azalması beklenir (1). Ayrıca trombosit-lenfosit oranı, bağışıklık sistemi mediatörleri ile vücudün inflamasyona yanıtı arasındaki dengeyi yansıtabilir (1)

Amaç: Kolay ulaşılabilir ve ölçülebilir olması nedeniyle hemogram parametrelerinin yoğun bakımda takip edilen travma hastalarında mortalite sonucu ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışma Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma hastanesinde yapıldı. Çalışmaya 18-90 yaş aralığında yoğun bakım yatışı gerektiren trauma hastaları retrospektif olarak alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, charlson komorbidite index, glaskow koma skoru, yoğun bakım yatış gün sayısı, hastane yatış gün sayısı, injury severity score(ISS), TRISS değerleri hesaplandı. Hastaların yatışının 1. ve 3. gününde bakılan hemogram parametreleri çalışmaya alındı. Platelet lenfosit oranı(PLO), nötrofil lenfosit oranı(NLO), monosit lenfosit oranı(MLO), ortalama platelet hacmi/platelet(OPH/P veya MPV/P) oranı bakıldı. Mortalite durumu ile hematolojik parametreler arasındaki ilişki değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 100 hasta (27 kadın /73 erkek) alındı. Hastaların yaşı ortalama $41,05 \pm 16,84$, glaskow koma skoru ortalama $9,67 \pm 4,86$ idi. Hastane yatış gün sayısı ortanca $9[6-16,5]$, yoğun bakım yatış gün sayısı ortanca $5[2-8,5]$, ISS ortalama $34,76 \pm 18,11$, TRISS ortalama $66,27 \pm 37,38$ olarak saptandı. Mortalite oranı %28 olarak saptandı. Hastaların 17'si erken dönemde (ilk 1 hafta), 11 tanesi ise geç dönemde exitus oldu. Mortalite gelişen ve gelişmeyen grup arasında platelet 1. ve 3.gün ve hemogloblin 1. ve 3.gün düzeyleri, nötrofil 3. gün ortalamaları anlamlı derecede farklıydı (Tablo 1). İki grup arasında OPH/P 1.gün değeri ortalamaları bakımından anlamlı derecede fark mevcuttu. Hastaların 3.gün NLO, PLO MLO ve kabul OPH/P değerleri anlamlı derecede farklı idi(Tablo 2).Hastaların mortalite tahmininde hematolojik parametrelerin ROC analizi tablo 3 te verilmiştir. . Mortalite tahmininde ROC analizinde NLO 3.gün AUC 0,78, Platelet 1.gün AUC 0,70 ve hemogloblin 1. gün AUC düzeyi 0,76 olarak saptandı. Plt 1.gün değeri % 81, mpv/p 1.gün oranı ise %80 spesifite ile mortaliteyi tahmin edebiliyordu (Tablo 3).Mortalite üzerinde tüm labaratuvar parametreleri 1. ve 3. gün alınarak yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde NLR 3. günde bir birimlik artış mortalite riskini %29,7 düşürmektedir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,034$).

Tablo 1

Tablo 1. Mortalite durumuna göre labaratuvar parametrelerinin dağılımı(1.ve 3.gün)

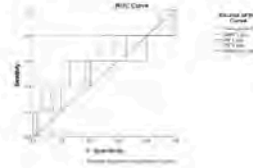
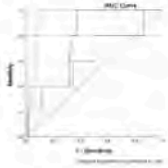
Parametre	n	Mortalite	n	Mortalite	p
Beyaz küre 1. Gün	20	14,0[12,2-15,9]	72	16 [11,4-21,3]	0,590
Beyaz küre 3.gün	10	14,0[9,3-19,3]	67	12[8,6-14,4]	0,073
Nötrofil 1.gün	20	11,2[8,29-14,35]	72	11,2[9,5-13,0]	0,876
Nötrofil 3.gün	10	13,2[10,24-16,9]	67	12,5[10,30-14,7]	0,314
Platelet 1.gün	20	162[117,8-207]	72	252[204-293]	0,001
Platelet 3.gün	16	147,5[106,5-173]	67	171[134-215]	0,040
Hemogloblin 1.gün	16	11,0[10,00-13,05]	72	14,3[12,33-15,7]	0,001
Hemogloblin 3.gün	10	9,92[7,07-10,6]	67	11,3[9,2-13,2]	0,032
Ortalama Platelet Hemi 1.gün	26	9,65[9,05-10,3]	72	9,3[8,4-10,35]	0,004
Ortalama Platelet Hemi 3.gün	16	10,01[9,35-11,05]	67	10,6[9,4-11,7]	0,773

Tablo 3. Mortalite tahmininde ROC analizinin tanımlayıcı istatistikleri

Tablo 3. Mortalite tahmininde ROC analizinin tanımlayıcı istatistikleri

Parametre	Cut-off	EA (95% GA)	Se	Sp	PPV	NPV	p
WBC 1.gün	≤18,4	0.5089	0.75	0.3889	0.3231	0.8	0.889
WBC 3.gün	≤15,8	0.6451	0.50	0.8806	0.5	0.8806	0.117
Nütrofil 1.gün	≤11,72	0.4866	0.75	0.3889	0.3231	0.8	0.829
Nütrofil 3.gün	≤11,65	0.6987	0.6875	0.7313	0.3793	0.9074	0,018
Hemogloblin 1.gün	≤13,50	0.7624	0.7837	0.6667	0.4783	0.8889	<0,001
Hemogloblin 3.gün	≤10,6	0.6735	0.07	0.5618	0.7725	2,477	0,013
PLT 1.gün	≤183	0.7081	0.5357	0.8194	0.5357	0.8194	<0,001
PLT 3.gün	≤175	0.66	0.875	0.4776	0.2857	0.9412	0,037
MPV 1.gün	≤3,4	0.4995	0.2143	0.875	0.4	0.7412	0.994
MPV 3.gün	≤11,60	0.5713	0.0004	0.4107	0.8342	0.758	0.796
NLO 1.gün	≤4,4	0.4588	0.5357	0.5417	0.3125	0.75	0.515
NLO 3.gün	≤0,98	0.7831	0.875	0.7015	0.4118	0.9592	<0,001
PLO 1.gün	≤38,50	0.5972	0.3214	0.9167	0.6	0.7765	0.159
PLO 3.gün	≤157,61	0.6399	0.635	0.6567	0.303	0.88	0.101
MLO 1.gün	≤0,39	0.505	0.7143	0.4028	0.3175	0.7838	0.939
MLO 3.gün	≤0,80	0.6931	0.6875	0.7015	0.3548	0.9038	0,015
MPV/P 1.gün	≤0,005	0.6949	0.6071	0.8056	0.5484	0.8406	0,002
MPV/P 3.gün	≤0,008	0.6511	0.5625	0.791	0.3913	0.8833	0.053

E.A: Eğri altı alan; PPV: Pozitif prediktif değer; NPV: Negatif prediktif değer; Se: Duyarlılık; Sp: Spesifite



Tablo2. Mortalite varlığına göre laboratuvar parametre oranlarının dağılımı

Parametre	Mortalite +		Mortalite -		p
	n	ortalama+ss	n	ortalama +ss	
NLO 1.gün	28	4,33[2,51-7,06]	72	4,54[1,8-7,84]	0,524
NLO 3.gün	16	16,59±8,39	67	9,46±7,79	0,002
PLO 1.gün	28	64,43[37,73-111,6]	72	83,35[51,65-124,28]	0,132
PLO 3.gün	16	199,74±111,88	67	149,95±79,57	0,042
MLO 1.gün	28	0,3[0,19-0,47]	72	0,33[0,15-0,51]	0,939
MLO 3.gün	16	1,12±0,7	67	0,71±0,42	0,03
MPV/P 1.gün	28	0,05[0,04-0,08]	72	0,04[0,03-0,05]	0,003
MPV/P 3.gün	16	0,08±0,03	67	0,07±0,03	0,191

Tartışma-Sonuç: Çalışmamızda mortalite ile seyreden grupta özellikle 3. günde platelet ve hemoglobin değerleri düşük, nötrofil düzeyleri yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda yüksek lenfosit seviyeleri, düşük platelet seviyeleri ve düşük PLO, yoğun bakımdaki trauma hastalarında daha yüksek ölüm oranı ile ilişkili bulunmuştur(2). Diğer bir çalışmada yoğun bakıma yatış ve ölmeden önceki gün laboratuvar değerleri karşılaştırılmış; plateletin düşüşü, MPV ve RDW düzeylerindeki artış mortalite ile yüksek düzeyde ilişkili bulunmuştur(3). Trauma sonrası acil cerrahiye giden hastalarda 7. günde bakılan nötrofil/lenfositxplatelet oranı geç mortaliteyi tahmin etmede en yüksek düzeyde bulunmuştur(AUC 0,867)(4). Kan transfüzyon miktarlarının bilinmemesi, şok indeksi , takipte gelişen sepsis, akut böbrek yetmezliği açısından verilerin olmaması genelleme yapmak için sınırlayıcı bir faktördür. Genelleyici sonuçlara varabilmek için daha geniş çaplı bir hasta popülasyonunda ileri analizlere ihtiyaç vardır.

Kaynakça

Yayın No: SS-017

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Araştırma

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE COVID 19 TANISIYLA TAKİP EDİLEN HASTALARININ PROGNOSTİK NUTRİSYON İNDEKSİNİN MORTALİTE İLE İLİŞKİSİ

Fatma ERSEVEN¹, Ayşe Şahin Tutak², Sedat PARLAK³

¹Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Gaziantep Şehir Hastanesi

Fatma ERSEVEN / Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Koronavirüs 19 (COVID-19), asemptomatik bir hastadan yoğun bakım gerektiren akut solunum sıkıntısı sendromuna (ARDS) yol açan solunum yetmezliğine kadar ilerleyen geniş bir klinik yelpazeye sahiptir. Bu durum, daha yoğun tedaviler gerektirebilecek hastaların önceden belirlenmesini oldukça önemli kılmaktadır. Prognostik Nutrisyonel İndeks (PNI), enfeksiyonlar için iyi bilinen bir prognostik faktör olarak tanımlanmıştır. Ancak, yoğun bakım ünitelerindeki COVID-19 hastaları için PNI'nin prediktif değeriyle ilgili veriler ne yazık ki yeterli değildir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yoğun bakım ünitesindeki COVID-19 hastalarında PNI ile mortalite arasında herhangi bir ilişki olup olmadığını araştırmak ve PNI'nin mortalite açısından prediktif değerini belirlemektir.

Yöntem: Bu çalışmada, 01.10.2020-31.03.2021 tarihleri arasında covid yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) takip edilen 135 COVID-19 hastasının verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya alınan hastaların demografik özellikleri, klinik özellikleri ve laboratuvar parametreleri hastanenin elektronik tıbbi kayıtlarından retrospektif olarak elde edildi. Hastaların interne olduğu sürede yapılan tam kan sayımı (lökosit, lenfosit, hemoglobin, trombosit), D-dimer, fibrinojen, ferritin, interlökin-6 (IL-6), üre, kreatinin, albümin, C-reaktif protein (CRP), prokalsitonin, aspartat transaminaz (AST), alanin transaminaz (ALT) değerleri incelendi, PNI, $PNI = (10 \times \text{albümin [mg/dL]}) + (0,005 \times \text{lenfosit sayısı})$ formülü ile hesaplandı ve mortalite oranları kaydedildi. Değişkenlerin analizinde SPSS 25.0 ve Medcalc 14 programları kullanıldı. Bağımsız iki grubun nicel değişkenlere göre birbiri ile karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin birbiri ile karşılaştırılması ise Pearson Chi-Square testi ve Fisher Exact testleri ile yapıldı. Değişkenler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup p değeri 0.05 ten küçük anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların 48'i kadın 88'i erkek olup median yaş 72 (29 – 92) idi. Tüm hastalar değerlendirildiğinde 102 (%75,6) hastanın ex olurken 33 (%24,4) hastanın hayatta olduğu görüldü. Genel mortalite açısından CRP düzeyi anlamlı bulunurken (p:0,007) 3 günlük mortalite üzerinde yaş (p:0.006), 5 günlük mortalite üzerinde PNI (p:0.048), 7 günlük mortalite üzerinde ise d-dimer ve PNI (p:0.013 ve 0.033) anlamlı değişkenler olarak saptandı

Tartışma-Sonuç: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından pandemi olarak ilan edilen SARS-CoV-2 neden olduğu Covid-19 hastalığı onbinlerce insanın ölmesine neden olmuştur. Prognostik beslenme indeksinin (PNI)), kötü prognoz ile ilişkili immün beslenme indeksidir. PNI'nın ilk komponenti albumin negatif akut faz reaktanı olup yoğun bakım hastalarında bağımsız mortalite prediktif faktörüdür. PNI2'nin ikinci komponenti lenfosit olup, Covid-19 da aşırı sitokin salınımı ile birlikte virüsün lenfositlere doğrudan invazyonu, lenfositlerin apoptozunu indüklemekte olup dolayısıyla hastalarda kötü prognostik faktör olarak değerlendirilmektedir. Albumin ve lenfositin beraber değerlendirilmesi Covid-19 hastalarında immün inflamatuvar durumu daha kapsamlı göstereceğini düşündürmektedir. Yoğun bakım altındaki COVID 19 hastalarında PNI mortaliteyi öngörmede etkili rutin laboratuvar parametreleri ile kolaylıkla hesaplanabilen bir yöntemdir.

Kaynakça

Yayın No: SS-018

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Araştırma

Reevaluating the Role of CRRT in Toxicological Emergencies: Insights from a Single-Center Experience

Mahmut YILMAZ¹, Ahmet Firat UCAR¹

¹Izmir City Hospital

Mahmut YILMAZ / Izmir City Hospital

Introduction: In cases of poisoning, hemodialysis (HD) is generally considered the first-line treatment compared to continuous renal replacement therapy (CRRT). A primary limitation of CRRT is its lower clearance rate, attributed to reduced blood and dialysate flow rates relative to intermittent HD. However, in situations where patient stability is compromised, or when HD cannot be performed for various reasons, CRRT becomes a critically important alternative.

Aim: The aim of this study was to assess the effectiveness of CRRT in intensive care patients managed for toxicological emergencies, drawing upon our institutional experience.

Method: This study was a retrospective observational analysis of patients admitted to a single intensive care unit (ICU) with toxicologic emergencies who were treated with CRRT.

Findings: Among the patients, four were female, with a median age of 38 years (Table). One patient had a history of rheumatoid arthritis, and another had asthma, while the remaining patients had no comorbid conditions. Two patients presented due to herbal medication use, one due to methanol ingestion, and three due to multiple drug ingestion. At admission, the median systolic blood pressure was 102 mmHg (range: 90-130 mmHg), and the median diastolic blood pressure was 58 mmHg (range: 49-75 mmHg). The median heart rate was 110 bpm (range: 82-135 bpm). All patients exhibited high anion gap metabolic acidosis, with a median lactate level was 8,4 mmol/L. CRRT was administered to all patients in the CVVDF mode, with an median duration of 38 hours. Post-CRRT, all patients achieved the hemodynamic stabilisation, and the median length of stay in the intensive care unit was 11 days (range: 5-18 days). All patients were discharged without mortality.

Table: Demographic and Clinical Characteristics

Variables	Value
Female n(%)	4(66.7)
Male n(%)	2(33.3)
SBP (mmHg)	102 (90-120)
DBP (mmHg)	58 (49-75)
Heart Rate (bpm)	66 (55-75)
CRRT Duration(hours)	38 (28-70)
Median LOS (days)	11 (5-18)
Mortality	0

SBP: Systolic Blood Pressure; DBP: Diastolic Blood Pressure LOS: Length of Stay in Intensive Care Unit

Discussion-Conclusion: While CRRT may seem less advantageous in situations that require rapid toxin clearance due to its lower blood flow rate, it remains a viable and safe option when hemodialysis is not feasible. One notable benefit of CRRT is its capability to remove larger molecules through wide-pore filters, thereby preventing the recirculation of toxins drawn from the intravascular compartment. Concerns exist regarding the potential delays in initiating CRRT, although these risks are generally minimized in ICUs experienced with CRRT use. In toxicological emergencies, making a timely decision to initiate CRRT when conventional hemodialysis is not possible, and beginning therapy at the highest achievable blood flow rates, can be life-saving.

Kaynakca

Yayın No: SS-019

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Yoğun Bakımda Nadir Görülen Bir Proteinuri Nedeni: Amiloidoz

Ahmet İlker Keskin¹, Fatih Seğmen¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği

Ahmet İlker Keskin / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği

Giriş: Amiloidoz; amiloid isimli özel bir proteinin vücuttaki farklı dokularda anormal biçimde depolanması sonucunda ortaya çıkan bir grup hastalıktır. Biyopsilerde elektron mikroskopik görünüm oldukça tipiktir. Böbrek; AL, AA, bazı herediter amiloidozların en sık biriktiği organlardan biridir. Böbrek bulguları tipik olmayıp yavaş ilerlediğinden tanı güçtür. Tanı için böbrek biyopsisi altın standarttır. Amiloid saptandıktan sonra tip tayini yapılarak tedavi uygulanır. Primer amiloid ve inflamatuvar hastalıkların tedavisindeki yenilikler tedavi başarısını artırmıştır. Son dönem böbrek yetmezliği geliştiğinde primer hastalık tedavisi yanısıra diyaliz ve transplantasyon yapılır.

Olgu/Olgular: Atriyal Fibrilasyon(Kalp Pili +) , Kalp Yetmezliği, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Bronşektazi hastalıkları bulunan 59 yaşındaki erkek hasta solunum yetmezliği ile entübe şekilde yoğun bakıma kabul edildi. Takip sürecinde yeterli nutrisyonel desteğe rağmen Hipoalbünemi ve Hipoproteinemi saptandı. Toraks tomografisinde her iki akciğerde yaygın bronşektazileri vardı. Tetkiklerinde Kreatinin 1.74, Üre 190, Spot idrarda Üre:1808[145-1500)mg/dl, Üre/Kreatinin:45,2(2,8-9,8) , Total Protein :11246 mg/dl ,T. Protein/Kreatinin:15263 ,Mikroalbumin/Kreatinin:15263 olarak saptandı. Yeterli nutrisyonel desteğe rağmen hipoproteinemisi devam eden hastada 24 saatlik idrar tetkiki gönderildi. 24 saatlik idrarda Protein:5500 mg/24 saat, Serbest Lamda hafif zincir 147mg/L olarak geldi. Anti Nükleer Antikor (ANA), Anti dsDNA, P,C,MPO,PR3-ANCA ve diğer kollojen doku markerları normal olarak geldi. Myelom paneli, IgG ,IgA ve IgM normal sınırlardaydı. Komplemanlar negatif olarak geldi. Üriner sistem USG'sinde sağ böbrek ve sol böbrekte basit kortikal kistler izlendi. Ailesinde Amiloidoz hastalığı olmadığı öğrenildi. Kardiyoloji ekokardiyografi ile değerlendirdi. EF %65, Kardiyak Amiloidoz düşünmedi. Nefroloji ve romatolojiye konsulte edildi. Romatoloji isteği üzerine FMF genetik testi istendi ve negatif olduğu görüldü. Romatoloji sekonder AA-Amiloidoz bronşektaziye bağlı olabileğini söyledi. Böbrek biyopsisi yapıldı, Patoloji sonucu renal amiloidozis ile uyumlu geldi. Hastanın anemnezinde 1,5 yıl önce Parotis bezi biyopsisi yapıldığı, Amiloid -AA pozitif olduğu söylenmiş. Nefroloji bronşektaziye bağlı gelişen renal tutulumu olan sekonder amiloidoz tanısı ile medikal nefrektomi önerdi fakat hastanın genel durumunun kötü olması nedeni ile yapılamadı. Böbrek transplantasyonu önerilmedi. Enalapril 10 mg tb 1x1 ve sistemik steroid tedavisine eklendi. Albumin replasmanı ve nutrisyonel desteğe devam edildi. Böbrek yetmezliği nedeni ile hemodiyaliz tedavisi almaya devam ediyor.

Tartışma-Sonuç: Böbrek, sekonder amiloidozda hem en sık (%80) olarak tutulan hem de prognozu belirleyen organdır. Böbrek tutulumu çoğu zaman kendini proteinüri özellikle nefrotik sendrom olarak göstermekte ve son dönem böbrek yetmezliğine kadar ilerleyebilmektedir. Renal amiloidoz geliştikten sonra çoğu olguda 2-13 yıl içinde kronik renal yetmezliğe gidiş görülmekte ve kronik renal yetmezlik, sekonder amiloidoza bağlı ölümlerin %60'ından sorumlu tutulmaktadır. Bronşektazili hastalarda tekrarlayan enfeksiyonlar mortalitesi oldukça ağır olan renal amiloidoz gibi komplikasyonla sonuçlanabilir. Bu yüzden yoğun bakımda bronşektazi nedeni ile takip edilen, proteinürü ve nefrotik sendrom saptanan hastalarda sekonder Amiloidoz akla gelmelidir.

Kaynakça

Yayın No: SS-020

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

HEMORAJİK ŞOK İLE GELEN MASİF GIS KANAMA VE ENDOVASKÜLER EMBOLİZASYON UYGULAMASI İLE TEDAVİ EDİLEN OLGUNUN SUNUMU

Uğur TAŞAR¹, Songül BİNAY¹, Murat Bülent KÜÇÜKAY¹, Ahmet BAYRAK¹

¹Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uğur TAŞAR / Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Hemorajik şok, kanamaya bağlı olarak dolaşan kan hacminin azalması sonucu meydana gelen hücresel düzeyde perfüzyon yetersizliğidir. Kan hacminin %40'dan fazlasının kaybedildiği kanamalara masif kanama denilir. Bu hastalar hipovolemik şoktadır. Hemoglobini 8 gr/dl'nin ve eritrosit sayısı 3.000.000 /mm³ altındadır Klinik bulgular hastanın kan kaybı oranına, kan kaybı hızına, önceki fizyolojik durumuna ve eşlik eden başka bir durumun olup olmamasına göre değişmektedir. Hemodinamik stabilite sağlanamayan ,net kanama odağı bulunamayan hemorajik şok tablosundaki masif gıç kanaması olan hastalarda ,cerrahiden önce spesifik tedavi yöntemi olan embolizasyon deneyimli merkezlerde hayat kurtarıcıdır.Bizde masif gıç kanaması ile gelen hastamızda benzer algoritmayı izleyerek başarılı bir şekilde endovasküler embolizasyon tedavisi uyguladık.

Olgu/Olgular: 75 yaşında erkek ,DM, prostat ve pankreas kanseri tanıları mevcuttu. Acile ani başlayan baş dönmesi, halsizlik ve bilinç bulanıklığı, melana ve hematemez ile başvurmuş. Rektal tuşede melenası olan hastanın acilde hgb:8.7 g/dl, plt:387.000, ınr:2.03 olarak tespit edilmiş ve yoğun bakım yatışında hgb:4.3 g/dl,trombosit;292000 ınr:2.49, bun:21, kre:1.03,alt:12, ast:25, pH:7.096 ,PCO₂:23, cHCO₃: 7, Lac:17 ,saptanmış.FM de TA: 70/40 mm/hg, ss:35 /dk ,nabız:152 /dk ,GKS:8 olarak görülmüş ve hasta masif GIS kanaması olarak kabul edilmiştir. Hastaya hızlıca kristaloid, eritrosit süspansiyonu, TDP, trombosit süspansiyonu ve kriyospitat replasmanları yapılmış , iv traneksamik asit tedavisi başlanmış,hasta elektif entübe edilmiş, MAP:40-50 olması nedeniyle noradrenalin 0,5 mcg/kg/dak başlanmış ve oral alımı durdurulan hastaya 8 mg/h PPI başlanmıştır. Entübasyon ve kan ve kan ürünleri replasmanı sonrası hgb:7.3, ph:7.32 ve hala unstabil hastaya aynı gün gastroenteroloji tarafından acil endoskopi yapılmıştır. Endoskobide pıhtı ve hematemez artıkları izlenmiş ancak kanama odakları seçilememiş ve ertesi gün tekrar endoskopi yapıldı.Duodenum 4.kıta civarında 2,5 cm çaplı, kenarları kabarık ülser alan izlendi (pankreas Ca duodenum invazyonu?). Duodenuma invazyonun kanamaya sebebiyet verdiği düşünülmüş, vitalleri unstabil seyretmesinden dolayı ilk etapta hastaya acil cerrahi düşünülmemiş ve bu sebeple girişimsel radyolojiye endovasküler embolizasyon açısından danışılmıştır. Hastaya Superior mezenterik anjiyografi - sma/ıma/çöliak/iliak arteriogramlar- yapılmış ve kanama alanı tespit edilip, tümör Embolizasyon tedavisi uygulanmıştır. Embolizasyon sonrası ilk 24 saat içerisinde melena gerilemiş, hastanın vitalleri stabilleşmiş, yakın cbc takiplerinde anlamlı hemoglobin düşüşü olmamış ve inotrop ihtiyacı kalmamıştır .Yatışının 7. gününde ekstübe edilen ve orali açılan hastanın takiplerinde

GIS kanama bulguları olmamıştır. Yatışının 11. gününde yoğun bakım ihtiyacı kalmaması sebebiyle onkoloji servisine devri yapılmıştır.

Batın içi kitle, barsak invazyonu ve kitle kanaması sonucu kanamanın abondan alt GIS kanaması şeklinde gelen hastaya SMA- IMA- ÇÖLİAK, İLİAK arteriogramlar ile kanama alanları gösterilmesi ve acil embolizasyon yapılması işlemi



Batın içi kitle, barsak invazyonu ve kitle kanaması sonucu kanamanın abondan alt GIS kanaması şeklinde gelen hastaya SMA- IMA- ÇÖLİAK, İLİAK arteriogramlar ile kanama alanları gösterilmesi ve acil embolizasyon yapılması işlemi



Tartışma-Sonuç: Alt GİS kanamalı hastaların çoğunda genellikle kanama kendiliğinden durur. Kanamanın durmadığı hastalarda veya tekrarlayan kanaması olanlarda müdahale ihtiyacı doğar. Bu gibi durumlarda endoskopik, anjiyografik veya cerrahi tedavi yöntemlerine başvurulabilir. Endovasküler embolizasyon hayatı tehdit eden kanamalarda giderek yaygınlaşan bir tedavi haline gelmiştir. Üst/alt GİS, pulmoner ve travmatik nedenli hayatı tehdit eden kanamalarda endovasküler embolizasyon yapılabilmektedir . Anjiyografik tedavi emniyetli ve etkin olmasına rağmen teknik bir uygulama olması ve ileri düzeyde radyolog maharetine ihtiyaç göstermesi nedeniyle özel durumlar için rezerv bir yöntem olarak görülmektedir. Onkoloji hastanesi olan merkezimizde çeşitli endikasyonlarla embolizasyon işlemi sık uygulanmaktadır. Bu nedenle hemodinamisi unstabil olan yüksek doz inotrop alan hastamıza en güvenilir yöntem olarak(cerrahiden önce) embolizasyon işlemi uygulanması için girişimsel radyolojiye konsülte ettik ve başarılı embolizasyon işlemi uygulanmasını sağladık. Cerrahi müdahale ile karşılaştırıldığında Endovasküler embolizasyonun hastanın hızlı iyileşmesi, erken taburcu olması ve fiziksel aktivitelerine erken başlaması gibi avantajları bulunmaktadır .Bizde hastamızı başarılı embolizasyon tedavisi sayesinde servise naklettik.

Kaynakça

Yayın No: SS-021

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Cerrahi trakeostomi sonrası subglottik trakeal stenoz

Zeynep Müntaha Aydoğmuş¹, Didem Yüksel¹, Ebru Ayöztürk¹, Şerife Gökbulut Bektaş¹, Derya Gökçınar¹

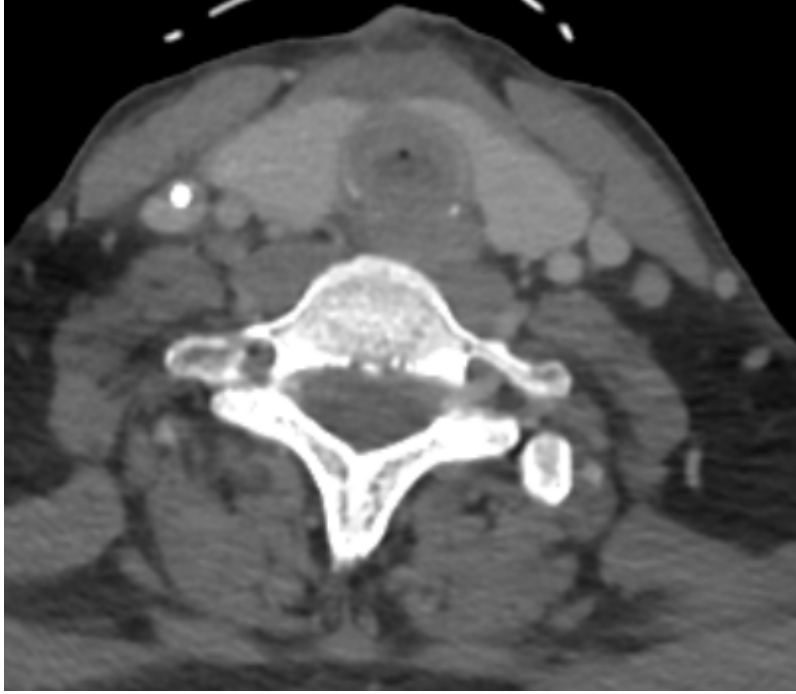
¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Zeynep Müntaha Aydoğmuş / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: Trakeostomi kanülünün uzun süre trakea duvarında hasar yapması ve skar dokusu oluşturması ile trakeal stenoz gelişebilir. Yoğun bakımda uzun süre mekanik ventilasyona bağlı kalan, cerrahi trakeostomi uygulanan ve sonrasında trakeal stenoz gelişen bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu/Olgular: Madde ve alkol kötüye kullanımı öyküsü olan ve depresyon tanısı ile psikiyatrik tedavi alan 31 yaşında, 65 kg ağırlığında, 185 cm boyunda erkek olgu sunuldu. Olgu, suisid amaçlı çok miktarda bilinmeyen hap şeklinde uyuşturucu madde oral yoldan aldıktan sonra ailesi tarafından uyandırılmaması üzerine Acil Servise getirildi. Fizik muayenesinde bilinci kapalı, komada, bilateral pupiller middilate, ağrılı uyaran ile yüz buruşturma ve dört ekstremitede minimal çekme yanıtı vardı. Taban cildi refleksi lakayt idi. Glasgow koma skoru E1 M4 V1 idi. Solunum sayısı 12'nin altında idi. Entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Beyin BT: Sağ frontotemporal lobda çevresinde hafif ödemin eşlik ettiği aksiyal kesitlerde en geniş yerinde 44x27 mm boyutlarında ölçülen intraparakimal hematoma izlendi. Tarifli hematoma alanı sağ lateral ventriküle açılmakta olup bilateral lateral ventriküllerde, 3. ventrikülde ve 4. ventrikülde ventrikülleri tama yakın dolduran hemoraji izlendi. Orta hat yapılarında sola doğru 4-5 mm şift izlendi. Hemisferik sulkus ve fissürler silikti. Yoğun bakıma kabul edilen hastaya %3'lük hipertonic NaCl, mannitol tedavileri başlandı. Weaning denemeleri başarısız olan hastada entübasyonun 3. haftasında, tiroid dokusu hipertrofik izlendiği için perkütan trakeostomi yerine, Kulak Burun Boğaz Kliniği doktorları tarafından ameliyathanede elektif olarak trakeostomi açıldı. Yatışının 6. ayında mekanik ventilatörden ayrılma için spontan soluma denemeleri yapılan hastada trakeostomi kanülünün kafi indirilince hastanın ses oluşturamadığı ve yeterli tidal volüm sağlayamadığı görüldü. Fiberoptik bronkoskop ile vokal kordların altında, trakeostomi kanülü hizasında trakede fiks daralma tespit edildi. Boyun BT: Trakeostomi düzeyinde trakeal kartilajda skleroz artışı mevcuttur. Trakeostomi düzeyinin hemen superiorunda trakea lümeninde posteriorda yaklaşık 2,5 cm uzunluğundaki segmentte diffüz, en kalın yerde yaklaşık 1 cm ye ulaşan sirküler yumuşak doku kalınlığında artış izlendi (Resim 1). Göğüs Cerrahisi Kliniği doktorları tarafından önce, geçici T tüp operasyonu yapıldı, sonra elektif olarak daralan trake bölümünün çıkarıldığı trake rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu operasyonu yapıldı. Bu operasyondan sonra hasta spontan solunum yapabildi ve konuşabildi.

Resim 1



Resim 1. Boyun BT de subglottik fiks darlık izlenmektedir.

Tartışma-Sonuç: Uzun süre trakeostomi kanülü ile hava yolu sağlanan hastalarda trakeal stenoz komplikasyonu gelişebilir. Stenozun değişik nedenleri tanımlanmıştır. Sürekli kanülün iritasyonu nedeniyle trakede darlık riski artabilir. Keloid formasyonuna yatkın olan hastalarda trakeostomi kanülüne bağlı trakeal stenozun daha sık görüldüğü rapor edilmiştir. Kanül çıkarıldığında havalanma sağlanamıyorsa trakeal stenoz düşünülmelidir.

Kaynakça

Yayın No: SS-022

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

immunkompromize genç hastada aspergillozis ile gelen ards sonucu ölüm

selin tönbol¹, temel kayan², sevim sultan yakın², hayriye cankar dal², sema turan²

¹ankara bilkent şehir hastanesi anesteziyoloji ve reanimasyon

²ankara bilkent şehir hastanesi genel yoğun bakım

temel kayan / ankara bilkent şehir hastanesi genel yoğun bakım

Giriş: Aspergillus, konakçının bağışıklık durumuna veya akciğer yapısına bağlı olarak çeşitli enfeksiyöz, alerjik hastalıklara yol açabilen fırsatçı bir küf mantarıdır (1). Özellikle immunkompromize bireylerde mortal seyreden enfeksiyonlara neden olabilmektedir (2). Bu olgu sunumunda diyabetik genç takiplerinde akciğer tutulumu ile seyreden Aspergillus tespit edilen hastanın yoğun bakım takibinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu/Olgular: 45 yaşında DM nedeniyle OAD kullanan dış merkeze ateş,boğaz ağrısı,öksürük,bulantı,kusma iştahsızlık şikayetleri nedeniyle çoklu başvurusu olan son başvurusunda bronşit ön tanısı nedeniyle antibiyotik tedavisine başlanan kadın hasta benzer şikayetlerle acil servisimize başvurmuş. Acil serviste yapılan tetkiklerinde Kan gazı pH:7.27 HCO₃:11.5 TİT Keton: +++ BK da AKŞ:365 olup takiplerinde desatüre olması nedeniyle çekilen PAAC grafisinde infiltrasyon olan kontrol grafilinde progresyon göstermesi nedeniyle DKA ve Pnömoni tanılarıyla yoğun bakıma kabul edildi.Piperasilin-Tazobaktam 4*4.5 gr iv ve Klaritromisin 2*500 mg, Diyabetik Ketoasidoz'a yönelik iv hidrasyon, İnsulin infüzyonu tedavisine başlandı, saatlik KŞ takibine alındı. İzleminde oksijen ihtiyacının artması nedeniyle elektif olarak entübe edildi. Takiplerinde entübasyon ihtiyacı kalmayan hasta wean edildi. Weaning sonrası HFNO ile takibe başlandı. HFNO ile takibinde sekresyon artışı olan çekilen AC grafisinde infiltrasyon saptanan akut faz reaktanlarında artış izlendi. Kültürleri ve hızlı solunum yolunun yolu viral paneli negatif gelen hastanın antibiyoterapisi düzenlenerek, Meropenem-Tigesiklin tedavisine geçildi. Takiplerinde oksijen ihtiyacı artan hasta re-entübe edildi. Çekilen AC grafisi (Resim 1) ARDS ile uyumlu olan hastaya FOB planlandı. FOB'ta görülen yaygın infiltrasyonun mantar enfeksiyonu ile uyumlu olarak değerlendirilen hastada BAL örneklerinden Galaktomannan, Aspergillus, CMV pnömonileri açısından örnekler gönderildi. Tedaviye Polimiksin B, Baktrim, Amfoterisin B eklendi. Tarafımızca yapılan bronkoskopide(Resim 2) sağ ve sol bronşiolardan başlayarak tüm alt segmentlerde yaygın infiltrasyon saptandı. BAL sonucunda Galaktomannan pozitifliği saptandı. İnvaziv Aspergillozise bağlı ARDS gelişen hastada yakın AKG takibiyle MV ayarları yapıldı. Medikal tedavisi düzenlenen hastaya nöromusküler blokaj başlandı, prone pozisyonuna alındı. Takiplerinde hiperkarbi gelişip dirençli respiratuar asidozu olan hastaya 13 F hemodiyaliz katateri takılarak ECCO2R tedavisi başlandı. ECCO2R solunumsal asidozu geriledi. (Tablo 1). Takibi devam etmekte iken akut faz reaktanlarında artış olan, vazopresör ihtiyacı gelişip hiperlaktatemi görülen hastada septik şok tablosu gelişti. Akut böbrek hasarı tablosu gelişen hastanın ECCO2R tedavisi, SRRT ile kombine modaliteye geçildi. Yapılan müdahalelere yanıt vermeyen hasta YB yatışının 20. Gününde exitus kabul edildi.

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa

12-15 Aralık 2024

resim 1



resim2



tablo1

	bazal	1.sa	2.sa	4.sa	6.sa	12.sa	24.sa
pH	7,11	7,15	7,2	7,24	7,29	7,31	7,36
pCO2	84,5	77,9	67,4	60,6	54	46	38

Tartışma-Sonuç: Yoğun bakımda yatan immüno-kompromize hastalarda yaştan bağımsız olarak fungal enfeksiyonlar mortal seyredabilmektedir (3). MV stratejilerine rağmen dirençli respiratuar asidoz gelişen olgularda yatak başı uygulanabilen ECCO2R ile CO2'de anlamlı düşüşler sağlanabilmektedir (4). Diğer tedavilere dirençli asidoza neden olan ciddi hiperkarbi gelişen olgularda ECCO2R tedavisi hiperkarbiyi düzeltmede göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynakça

Yayın No: SS-023

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Ferritin Yüksekliğiyle Yoğun Bakımda Tanı Konulan Makrofaj Aktivasyon Sendromu Olgusu

Duygu Kayar Çalılı¹, Demet Bölükbaşı², Elif Yıldırım², Temel Kayan², Orhan Küçükşahin³, Seval İzdeş¹

¹ Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Bilkent Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

² Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

³ Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloj Kliniği

Elif Yıldırım / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

Giriş: Makrofaj Aktivasyon Sendromu (MAS), bulgularının spesifik olmaması nedeniyle tanınması güç olan ve hızla ilerleyen hiperinflamuar sendromdur (1). Psikiyatri servisinde takipliyken ağır solunum yetmezliği ile yoğun bakıma (yb) kabul edilen MAS vakasını sunmayı ve tanıkriterlerini gözden geçirmeyi amaçladık.

Olgu/Olgular: Bipolar bozukluk tanısı dışında ek hastalığı olmayan 38 yaşında erkek hasta, uyku bozukluğuna nedeniyle psikiyatri servisinde yatarak izlenmekteyken, ateş ve öksürük bulguları başlamış. Tetkiklerinde pnömoni tanısıyla antibiyoterapi başlanmış. Servisteki takiplerinde oksijenihtiyacında artış olunca yoğun bakıma devir alındı ve yüksek akış nazal kanül ile oksijendesteği başlandı. Amprik antimikrobiyal tedavileri genişletilmesine rağmen yoğun bakımda ateşi solunum sıkıntısı devam etti. Ateş etiyolojisine yönelik detaylı laboratuvar görüntüleme tetkikleri yapıldı. Tomografilerinde; batında splenomegali, toraksta bilateral yaygın buzlu cam görünümü mevcuttu, lenfadenopati yoktu. Hemogramında nötrofil hakimiyetinde lökositoz, normositer anemi mevcuttu ve periferik yayma normokrom normositer izlendi. C-reaktif protein, eritrosit sedimentasyon hızı ve ferritin değerleri (ferritin: 82500 µg/L) yüksekti. Romatolojik hastalık taramak amacıyla gönderilen laboratuvar paneli negatif sonuçlandı. Bunun üzerine hastaya lenfoproliferatif hastalık ve MAS ön tanıları ile kemik iliği aspirasyonu biyopsisi yapıldı. Henüz biyopsisi sonuçlanmamış olan ve klinik olarak tedrici kötüleşen hastaya, olası immünolojik patoloji ön tanısı ile steroid ve immunglobulin verildi. Hipoksi ve hiperkarbi gelişen hasta entübe edildi ve invaziv mekanik ventilasyon desteğine başlandı. Akut faz reaktanları çok artan hastanın kültürlerinde üreme olmamasına rağmen geniş spektrumlu antimikrobiyal tedavi verildi ancak çoklu organ yetmezliğiyle hasta kaybedildi. Hastanın kemik iliği biyopsi sonucunda atipik hücre displazisi izlenmedi ancak hipersellülerite, blast artışı ve CD163 pozitif makrofaj sayısında artış görülmesi MAS ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Tartışma-Sonuç: MAS'ın patogenezinde makrofaj ve T-lenfositlerin anormal aktivasyonu ve buna bağlı olarak gelişen sitokin fırtınası önemli rol oynar (2). Olgumuzda olduğu gibi bilinen bir romatizmal hastalık öyküsü olmayan hastalarda MAS tanısı koymak güç olabilmekte, bu da tanıda gecikmelere yol açabilmektedir. Klinik olarak uzamış ateş, splenomegali ve sitopeni ile karakterize olup ferritin, trigliserid, laktat dehidrogenaz yüksekliği gözlenir. Başta santralsinir

sistemi olmak üzere tüm sistemler etkilenebilir (3). Tedavisinde steroid, immunglobulin, siklosporin A kullanılmaktadır (1). Hastamızda uzamış ateş ve splenomegali ve ferritin değerinin çok yüksek olması viral enfeksiyonun tetiklediği MAS'ı düşündürdü. Biyopsisonucu ile tanı netleşmemesine rağmen yb'da immunglobulin ve steroid tedavisi uyguladıkancak, hasta çoklu organ yetmezliğinden kaybedildi. Hiperinflamasyonun erken döneminde multidisipliner yaklaşımla MAS'ın erken tanısı ve yönetimi, organ yetmezliğini ve ölümleri önlemek için çok önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynakça

Yayın No: SS-024

Sunum Tipi: Poster Sunum - Olgu

Amitriptilin İntoksikasyonu ve İntravenöz Lipid Emülsiyon Tedavisi

Erinç Gönenç¹, Gökhan Önder¹, İsmail Hakkı Akbudak¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Erinç Gönenç / Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü 2024 verilerine göre her yıl 720.000'den fazla insan suisid sebebiyle hayatını kaybediyor, 15-29 yaş arası bireylerde suisid 3. en sık ölüm nedenini oluşturuyor. Trisiklik antidepresanlarla (TSA) meydana gelen zehirlenmeler acil servise başvuru nedenleri arasında önemini korumaktadır. Bu bildiride yoğun bakıma TSA zehirlenmesi ile interne edilen, standart tedavilere ek olarak intravenöz lipid emülsiyon (İLE) ile tedavi edilen bir olgu sunulmuştur.

Olgu/Olgular: 23 yaş kadın hasta acil servise vücutta kasılma, uyandırılmama şikayetiyle getirilmiş. Hastanın başında bir kutudan fazla bitirilmiş amitriptilin 25 mg (minimum 40 tablet içtiği varsayıldı) tespit edilmiş. Hastaya acil serviste 2 doz diazepam 0,15 mg/kg dozunda IV uygulanmış; ancak nöbetlerin devam etmesi ve solunum yetmezliği gelişmesi üzerine hasta entübe edilmiş. Yapılan santral görüntülemelerinde akut patoloji saptanmamış. 0.1 mg/kg/sa dozundan midazolam ile sedatize edilen hasta tarafımızca interne edildi. Hastanın gelişinde genel durumu kötü, Glaskow-Koma skoru: 3, pupiller midriyatik, hipotansif (53/37 mmHg) idi. Kardiyak monitörizasyon ile geniş QRSli taşiaritmi (120 ms) ve QTc 480 ms tespit edildi. Yapılan tetkiklerinde; kreatinin 1,3 mg/dL, kan şekeri 261 mg/dL idi. Diğer hematolojik ve biyokimyasal değerler normal aralıktaydı. Hastanın kan gazı pH 7,26, PCO₂ 37 mm/Hg, PO₂ 102 mm/Hg, O₂c 97, HCO₃ 12,7 mmol/Lt, BE-14,6 idi. Anyon gap değeri normal olan hastada yapılan tetkikler ile toksik alkol zehirlenmesi ekarte edildi. Yüksek akımda oksijen desteği verilen ve hiperventilasyon yapılan hastaya santral venöz kateterizasyon ile bolus kristaloid 20 mL/kg dozundan sıvı resusitasyonu yapıldı. Şok bulguları devam eden hastaya 0,2 mcg/kg/dk dozundan noradrenalin infüzyonu başlandı. Hastaya ph 7,45-7,55 hedeflenerek 1 mEq/kg sodyum bikarbonat yüklemesi beş dakika ara ile iki kez tekrarlandı, ardından 2 ml/kg/sa dozundan sodyum bikarbonat infüzyonuna geçildi. Hastaya nazogastrik sonda ile 1gr/kg dozundan aktif kömür kullanılarak gastrik lavaj yapıldı. Hastanın mevcut tedavilere yanıt vermemesi ve dolaşım yetmezliği bulgularının dirençli olması üzerine İLE (Olivia %20 MCT/LCT) 1,5 mg/kg yükleme ardından 0,25 mg/kg/dk idame başlandı ve infüzyona 18 saat devam edildi. Hemodinamisi stabilleşen hastanın inotrop infüzyonu azaltılarak 24 saat içinde kesildi. Midazolam infüzyonu azaltılarak kesildi. Ekstübe edilerek oda havasında takip edilen hastanın yatışının 4. gününde yoğun bakım takibi sonlandırıldı.

Tartışma-Sonuç: TSA zehirlenmelerinde mortalitenin en önemli nedeni kardiyak ve merkezi sinir sistemi bulgularıdır. İLE tedavisi, bazı lipofilik ilaçlarla olan zehirlenmelerde yeni bir tedavi yöntemi olarak önem kazanmıştır. Etki mekanizması araştırılmakta olup, lipofilik toksik maddelerin toplandığı ayrı bir kompartman oluşturduğunu öne süren “lipid batma” teorisi en kabul görendir. Bu etkiler aracılığıyla İLE, toksik maddenin konsantrasyonunu azaltmakta ve kardiyak koruma sağlamaktadır. TSA intoksikasyonu ile başvuran dirençli vakalarda tedavi seçeneği olarak İLE göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynakça

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ **KYBD**

KIŞ SEMPOZYUMU

12-15 Aralık 2024

Cornelia Diamond Golf Resort & Spa

E-POSTER BİLDİRİLER

Yayın No: EP-001

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

UZAMIŞ ENTUBASYONA BAĞLI TRAKEOÖZEFAGEAL FİSTÜL GELİŞEN HASTADA BAŞARILI BİR CERRAHİ TEDAVİ VE POSTOPERATİF YOĞUN BAKIM YÖNETİMİ

MURAT ASLAN¹

¹GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ

MURAT ASLAN / GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Trakeoözefageal fistül (TÖF) uzamış entübasyona bağlı yaygın görülen bir komplikasyondur. İnsidansı % 0.3-3 arası değişmektedir. Uzamış entübasyona bağlı TÖF gelişen bir hastada uygulanan başarılı bir cerrahi tedavi ve onun sonuçlarını paylaşmak amaçlandı.

Olgu/Olgular: Akut sol MCA enfarktı nedeniyle nöroloji YBÜ kabulü yapılmış 73 yaş erkek hasta. Pnömoni ve yoğun trakeal sekresyon nedeni yaklaşık 1 ay mekanik ventilatör (MV) weaningi gerçekleştirilememiş. Yutkunma ve öksürme refleksinde yetersizlik, afazik ve sağ hemiplejik olan hastada beslenme PEG işlemi için yapılan üst GİS gastroskopisinde özefagus proksimalinde yaklaşık 3-4 cm uzunluğunda entübasyon ilişkili TÖF geliştiği tespit edilmiş. Daha sonrasında açık cerrahi trakeostomi işlemi uygulanmış. Trakea ve özefagusa ayrı ayrı defekt hattını kapamak için başarısız olan stentleme işlemi yapılmış. Nöroloji YBÜ yatışının 70. günü göğüs cerrahi tarafından cerrahi operasyon planlandı. Yaklaşık 7 saat süren bir cerrahiyle trakeal defekt hattı rezeksiyonu/uc-uca anastomoz, özefageal defekt primer suturasyonu, trakeostomi kapama ve sutur hattı seviyesinde trakea ve özefagus arasına derin boyun kasları ile flep çevrilmesi işlemi uygulandı. Orotrakeal entübe olan hastanın postoperatif weaning amaçlı genel YBÜ devri alındı. Hastanın postoperatif 2 gün sonra MV weaningi yapılabildi. Fakat ertesi gün sekresyon kontrolünü sağlayamayan ve desatüre olan hasta video laringoskop ile acil entübe edildi. Gün aşırı 2 kez fleksible bronkoskopi ile trakeal sekresyonları temizlendi. Tekrardan weaning planlanan hasta YBÜ kabulünden 12 gün sonrasında self ekstübe oldu. Hasta YBÜ kabulünün 35. günü oda havasında dış merkez palyatif yoğun bakım servisine eksterne edildi.

TÖF gastroskopi raporu



Tartışma-Sonuç: Hastaların kötü solunum durumu (pnömoni, MV), kötü beslenme durumu ve eşlik eden hastalıkların varlığı (kardiyovasküler, nörolojik) nedeniyle TÖF tedavisi zordur. Trakeal veya özefageal stentleme işlemi özellikle daha küçük boyutlu TÖF'lerde kullanılabilir fakat başarı düşüktür. TÖF onarımında optimal tedavi zamanı için genellikle MV ihtiyacının kalmaması ve genel tıbbi durumunun iyileşmesi beklenir. Çünkü tedavi sonrası entübasyonun anastomoz hattı üzerindeki istenmeyen etkileri olabilir. Trakeal rezeksiyon sonrası boynun yaklaşık 10 gün fleksiyonda tutulması ve over-ekstansiyondan kaçınılması önerilmektedir. Bu nedenle bu hastalar zor entübasyon olarak değerlendirilmelidir. Trakeal rezeksiyon sonrası entübasyonun anastomoz hattı üzerine olan olumsuz etkilerini önlemek için mümkün olan en kısa sürede ekstübasyon istenmektedir. Fakat 7 saat süren uzun bir cerrahi nedeniyle hastanın derlenmesinin uzun sürmesi, öksürme ve yutkunma refleksinin yetersiz olması nedeniyle 2 gün sonrasında weaning yapılarak ekstübe edilebildi. Cerrahi sonrası fistül rekürens oranı %3-8.3, trakeal stenoz %14.2 ve mortalite %6.3-12.5 arası değişmektedir. TÖF gelişimi mortalite artışı yanı sıra yoğun bakım yatış süresini de çok fazla uzatıp ciddi bir ekonomik maliyet artışına yol açabilmektedir. Bu nedenle erken dönemde etkin tedavisi önem arz etmektedir.

Kaynakça

Yayın No: EP-002

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

SEPSİSTE OXİRİS HEMOFİLTRELİ CRRT: Olgu Sunumu Serisi

FEYZA ÖZKAN¹, ELİF KAYA¹

¹YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ

ELİF KAYA / YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Sepsis, tüm dünyada yüksek mortalite oranlarıyla seyreden ciddi bir sağlık sorunudur(1). Organ disfonksiyonu, hipoperfüzyon ve hipoksi gibi komplikasyonlara yol açarak yoğun bakım ünitelerinde sıkça karşılaşılan bir durumdur(1). Sürekli Renal Replasman Tedavisi (CRRT), sepsis yönetiminde hemodinamik stabilitenin korunması ve organ destek tedavisinin sağlanması amacıyla yaygın bir şekilde kullanılmaktadır(2). CRRT'de kullanılan filtrelerin biyoyumumluluğu ve proinflamatuvar sitokinleri azaltma yetenekleri tedavi etkinliğini doğrudan etkileyebili(3)r. Özellikle Oxiris filtresi, endotoksin, sitokin ve diğer inflamatuvar mediatörlerin temizlenmesine yönelik özel bir tasarıma sahiptir(4). Bu özellikleri sayesinde, sepsisin immünolojik ve metabolik dengesizliklerini düzeltmede önemli bir araç olarak değerlendirilmektedir(4).

Olgu/Olgular: Olgu1:46 yaşında kadın hasta, sepsis nedeniyle yoğun bakıma yatırıldı. Altta yatan ek hastalığı bulunmayan hasta, ateş, hipotansiyon ve oligüri şikayetleri ile başvurdu. Laboratuvar incelemesinde C-reaktif protein (CRP) ve prokalsitonin seviyelerinde ciddi artış gözlemlendi. CRRT sonrası 72 saat içinde hemodinamik stabilite sağlandı. Olgu2:54 yaşında erkek hasta, sepsis tanısıyla takip edildi. Hastanın hikayesinde herhangi bir kronik hastalık bulunmayan hastaya akut böbrek yetmezliği ve asidoz belirtileri nedeniyle CRRT uygulandı. Tedavi sırasında sitokin seviyelerinde belirgin azalma ve böbrek fonksiyonlarında iyileşme izlendi. Olgu3:70 yaşında erkek hasta, abdominal kaynaklı sepsis nedeniyle yoğun bakıma alındı. Altta yatan kronik hastalık öyküsü olmayan hasta, refrakter hipotansiyon ve oligüri ile başvurmuştu. CRRT uygulandı ve tedavi sürecinde enfeksiyon kontrol altına alındı. Sitokin düzeylerinde belirgin azalma ve metabolik parametrelerde iyileşme sağlandı. Hastaların CRRT öncesi ve sonrası PaO₂/FiO₂ oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış vardı(p=0,036). IL-6 seviyeleri kıyaslandığında ise anlamlı olarak bir düşüş mevcuttu(p=0,012). GKS ve laktat değerleri arasında tedavi öncesi ve sonrası bir farklılık görülmedi. Tüm hastalar yoğun bakım takibinin ardından genel servise transfer edildi.

Tartışma-Sonuç: Tartışma:Bu retrospektif olgu serileri çalışmasında, sepsiste Oxiris membranlı CRRT tedavisi hastaların sağkalımı ile ilişkilendirilmiş ve mortaliteyi azalttığı gözlenmiştir. Sitokin adsorbsiyonunun sepsiste hemodinamik stabilizasyon ve klinik iyileşme sağladığını bildiren çalışmalar vardır(5,6). Brooman ve arkadaşları daha fazla iyonik bağlanma sağlayan Oxirisin, CRRT de kullanılmasının endotoksinleri, sitokinleri ve inflamatuvar kemokinleri uzaklaştırmada yeni alternatif bir yöntem olduğunu göstermişlerdir(7). İnflamatuvar

kemokinlerden olan IL-6 seviyesinin Oxiris kullanımı ile azaldığını gösteren çalışmalarda bunu destekler niteliktedir(8,9). Benzer şekilde Turani ve ark. Oxirisli hemodiyaliz ile 60 hastada yaptıkları çalışmada oksijenasyon indeksinde(PaO₂/FiO₂) iyileşme sağladıklarını ve IL-6 seviyelerinde ciddi azalma gördüklerini bildirdiler(10). Çalışmamızda olguların hepsinin IL-6 seviyeleri CRRT öncesine kıyasla düşük bulunmuş, PaO₂/FiO₂ oranlarında artış ve klinik iyileşme gözlenmiştir.sonuç: Bu üç olgu, sepsis nedeniyle CRRT uygulanan hastalarda, inflamatuvar yükün azaltılması ve hemodinamik stabilitenin sağlanmasında tedavinin etkinliğini göstermektedir. CRRT, uygun hasta seçimi ile organ desteğinde başarılı sonuçlar verebilecek etkili bir yöntemdir. Daha geniş hasta popülasyonları üzerinde yapılacak çalışmalar, bu tedavi yönteminin etkinliğini daha iyi anlamamızı sağlayacaktır.

Kaynakça

Yayın No: EP-003

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

TRAVMA HASTASINDA GÖRÜLEN WOLFF-PARKINSON-WHITE SENDROMU

Duygu Karaköse Çalışkan¹, Ahmet İlker Keskin¹, Nazan Has Selmi¹, Fatih Seğmen¹, Cihangir Doğu¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Duygu Karaköse Çalışkan / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: Wolff-Parkinson-White (WPW) sendromu, insanları atriyal/ventriküler taşiaritmilere ve hatta ani kardiyak ölüme yatkın hale getirebilen en az bir aksesuar yolun varlığı ile karakterize kardiyak bir bozukluktur. Dünyanın birçok yerinde paroksizmal supraventriküler taşikardinin en yaygın nedenidir ve genel nüfusun yaklaşık %0,1-0,3'ünü etkiler. Genç erkeklerde sık görülür, semptomlar tetikleyici iç ve dış faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Yoğun bakımımızda araç içi trafik kazası (AİTK) nedeni ile multiple travma ile takip ettiğimiz WPW sendromu tanısı konan hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu/Olgular: Hastamız 21 yaşında erkek, sistemik hastalığı olmayan AİTK nedeni ile acil servisten entübe şekilde kabul edildi. Beyin tomografisinde yaygın subgaleal hematoma, her iki hemisferik sulkusları dolduran yaygın subaraknoidal kanaması, frontal kemikte, sağ ve sol parietal kemikte deplase fraktür hatları, T12 ve L1 de kompresyon fraktürü mevcuttu. Abdomen tomografisi normal ve ekstremitelerde fraktürü yoktu. Hastanın yoğun bakıma kabulündeki elektrokardiyogramı (EKG) normaldi. Yatışının 24. saatinde hastada ani başlangıç gösteren taşikardi izlendi. EKG çekimi tekrarlandı (Resim 1), hemogram, elektrolit ve troponin düzeyi gönderildi. Hasta kardiyojlojiye konsulte edildi, WPW sendromu teşhisi konuldu, hız kırıcı ajan yapılmaması önerildi. Hastanın kan sonuçlarında potasyum değeri 5.8 mEq/L ölçüldü. Hastaya insülin+glükoz infüzyonu uygulandı. Kontrol potasyum düzeyleri 4.2 mEq/L ölçüldü. Hastanın aritmisinin düzeldiği izlendi, takip süresince tekrar WPW gözlenmedi. Hasta septik şok nedeni ile yatışının 19. gününde kaybedildi.

Resim 1



Tartışma-Sonuç: Wolff-Parkinson-White sendromu, yıllarca semptom vermeyerek gizli kalabilen ciddi konjenital bir kalp hastalığıdır. Tanısı EKG’ de kısa PR aralığı (< 120 ms), genişlemiş QRS kompleksi (>120 ms), QRS kompleksinin ilk yukarı vuruşunun (delta dalgası) yavaş ve belirsiz bir şekilde yükselmesi, ST segmenti-T dalgası (abnormal repolarizasyon) değişiklikleri ile karakterizedir. Tedavisi aksesuar yolağa uygulanacak ablasyondur. Ancak, yetişkin hastalarda iskemi, kardiyomiyopati, perikardit, elektrolit bozuklukları, tiroid hastalığı ve anemi gibi disritmiyi sürdüren tetikleyicilere yönelik de tedavi göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavi edilmezse hızlı ventriküler yanıtli atriyal fibrilasyon (AF), ventriküler taşikardi ve ventriküler fibrilasyon gibi hayatı tehdit eden aritmilere dönüşebilir.

Kaynakça

Yayın No: EP-004

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Watershed Syndrome in an Elderly Patient with Neurological Comorbidities: A Case Report

Ahmet Düzgün¹, Seher Yanatma¹, Burhan Sami Kalın¹, Abdulkadir Yektaş¹, Abdulkadir Sazan¹

¹diyarbakır gazi yaşargil eğitim ve araştırma hastanesi

Ahmet Düzgün / diyarbakır gazi yaşargil eğitim ve araştırma hastanesi

Introduction: Pneumonia is a common infectious disease, particularly in the elderly, and typically begins with respiratory symptoms. Neurological complications can also occur, especially in individuals with pre-existing neurological disorders like Parkinsonism and dementia. These conditions can exacerbate symptoms such as confusion, speech disturbances, and agitation. Watershed infarcts, caused by reduced blood flow to brain border zones, are frequently seen in elderly patients under low perfusion conditions. This report presents a 73-year-old male with dementia and Parkinsonism who developed neurological symptoms linked to watershed infarcts.

Case/Cases: A 73-year-old male was admitted for pneumonia with a history of dementia and Parkinsonism. His symptoms began a week prior with fever, cough, and fatigue, progressing to significant weakness and respiratory distress. During hospitalization, sudden confusion, speech disturbances, and agitation were observed. Neurological examination revealed severe rigidity, tremors, spontaneous extremity movement, and impaired cooperation and orientation. Determining whether these symptoms resulted from pneumonia or Parkinson's progression was challenging. Elevated C-reactive protein (CRP) was observed, with no other infection markers. Blood pressure was stable (130/80 mmHg), and no cardiovascular abnormalities were detected. Diffusion-weighted MRI revealed scattered infarcts in the left parieto-occipital region, consistent with watershed infarcts due to hypoperfusion. A prior carotid Doppler showed no significant stenosis, and an EKG confirmed normal sinus rhythm. Management and Outcome The patient received antibiotics and oxygen therapy for pneumonia, while his Parkinsonism treatment (levodopa) was continued. Neurological symptoms were closely monitored and managed symptomatically. Over time, his condition stabilized. The watershed infarcts were attributed to reduced cerebral blood flow, likely triggered by systemic inflammation and hypoperfusion related to pneumonia.

Beyin MR görüntüsü sol pariyetoksipitalde parçalı milimetrik enfarktleri mevcut



Beyin MR

Discussion-Conclusion: This case highlights how pneumonia can exacerbate neurological conditions like dementia and Parkinsonism, complicating the clinical picture. Systemic inflammation from pneumonia may impair brain function, leading to confusion, agitation, and ischemic changes in vulnerable brain regions. Watershed infarcts, often associated with hypotension or systemic disease, occur in low perfusion states and affect border regions of the brain. Management should address both the primary infection and the neurological complications to optimize outcomes. This case underscores the need for vigilant neurological monitoring in elderly patients with pre-existing conditions. Recognizing and managing complications like watershed infarcts is critical for improving patient outcomes.

Kaynakça

Yayın No: EP-005

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Araştırma

DIYABETİK KETOASİDOZ İLE YATAN YOĞUN BAKIM OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Çağrı ÖZDEN¹, Songül BİNAY¹, Murat Bülent KÜÇÜKAY¹

¹Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çağrı ÖZDEN / Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Diyabetik ketoasidoz; hiperglisemi, yüksek anyon açığı metabolik asidoz ve ketonemi görülen metabolik bir tablodur. Ön plandaki sorun insülin eksikliğidir. Karbonhidrat, protein ve lipid metabolizmasındaki ciddi değişiklik sonucu oluşan katabolik bir süreç olan diyabetik ketoasidozda, hiperglisemi ve keton cisimciği üretimi metabolik süreçteki iki önemli belirteçlerdir. Diyabetik Ketoasidozda yağ, karbonhidrat ve protein metabolizmasının ciddi biçimde etkilenmesine neden olur. Diyabetik hastada infeksiyon, fiziksel stres, araya giren kanser vb. metabolik hastalıklar kontregülatuar hormonları artırarak relatif bir insülin yetersizliği neden olur, bu durum diyabetik ketoasidoz gelişimini kolaylaştırır. Diyabetik ketoasidoz seyrinde genellikle primer anyon açıklı asidoz görülür. Tedavinin ilk 8 saatinde, bazı olgularda hiperkloremik metabolik asidoz gelişebilir. Hastanın kliniğine sekonder mikst asidoz tablosu gözlenebilir. Bu grup hastalarda mortalite oranı %5 civarındadır. Ciddi asidoz ve elektrolit bozukluğu mevcut olan bu grup hastaların yoğun bakımda yakın takibi önerilmektedir.

Amaç: Ekim 2022- Mart 2024 tarihleri arasında yoğun bakım ünitemizde diyabetik ketoasidoz tanısı ile takip ve tedavi edilen 10 hastanın demografik veri, klinik özellikleri ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Ekim 2022- Mart 2024 tarihleri arasında yoğun bakımda yatan diyabetik ketoasidoz tanısıyla tedavi ettiğimiz olguların, yaş, cinsiyet, geliş şikayeti, kliniği, kan gazı değişiklikleri, tedaviye yanıt verileri incelendi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 52 ± 15 idi. Hastalarımızın 6 sı erkek 4 ü kadındı. En sık geliş şikayeti bulantı, kusma idi. Ek hastalık olarak en sık HT eşlik etmekteydi. APACHE II ; 20 ± 9 , geliş ph; $7,04 \pm 0,11$, geliş hco₃; $6,26 \pm 2,2$, geliş laktat; $2,19 \pm 0,86$, geliş kan şekeri; 529 ± 187 idi. Hastaların birinde keton 2+ diğer 9 hastamız 3+ ti. Hastaların ph; 28 ± 21 saatte düzeldi., hco₃; 58 ± 37 saatte düzeldi. , kan şekeri; 17 ± 9 saatte düzeldi. Hastaların yoğun bakım yatış günü ; $3,5 \pm 2,4$ gün ve hastane yatış günü; $7,56 \pm 3,8$ gündü. Hastalarımızın tamamı servise çıktı mortalitemiz olmadı.

Tartışma-Sonuç: Diyabetik ketoasidozun klinik belirtileri, hiperglisemiden kaynaklanmaktadır. Bulantı, kusma ve karın ağrısı poliüri, polifaji, polidipsi, kilo kaybı, zayıflık ve kuru bukal

mukoza, batık göz topları, zayıf cilt turgoru, taşikardi, hipotansiyon gibi intravasküler hacim tükenmesinin fiziksel belirtilerini içerirken ağır vakalarda şok tablosuna kadar gidebilir. Hastalar acilden itibaren tanısı konur konmaz , acil sıvı replasmanı , intravenöz insülin tedavisi ve elektrolit desteği hemen başlanmalıdır. Klavuzlarda belirtilen bulantı, kusma ve karın ağrısı semptomları gösteren 6 hastamız mevcuttu, 1 hastamızda da yine klavuzlarda belirtilen bilinç bulanlığı semptomu gördük. Yine klavuzlara uygun olarak hastalarımızın tamamının kış $>250\text{mg/dl}$ ' ydi. Hepsinde literatüre uygun olarak idrar ketonu 2'den fazlaydı. Kan gazı ph ve bikarbonat değeri hepsinde düşüktü ve 9unda anyon açığı 12den büyüktü. Yine bu bulgularımızda literatürle uyumluydu. Literatürde mortalite oranı %5 civarındadır. Kliniğimizde tedavi edilen hastalarda ölüm oranı ise %0 bulunmuştur. Yoğun bakımlarda multidisipliner yaklaşım ile tedavi edilen hastaların sağkalımı açısından yüz güldürücü sonuçlanmaktadır.

Kaynakça

Yayın No: EP-006

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Immüsuprese hastada Periorbital Selülitte bağı Yoğun Bakım İhtiyacı İle Sonuçlanan Septisemi Olgusu

Nefise ÖZEN¹, Songül Binay¹, Murat Bülent Küçükay¹

¹Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

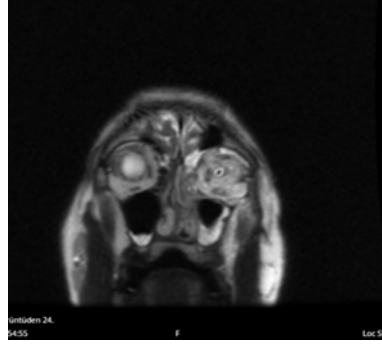
Nefise ÖZEN / Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Periorbital selülit, orbital septumun önünde bulunan göz çevresindeki deri ve yumuşak doku enfeksiyonudur. Genellikle çocuklarda görülür. Bu enfeksiyonlarla ilgili verilerin çoğu çocuklarda yapılan çalışmalardan gelmektedir. Öncelikle travma veya sinüzit nedeniyle oluşur. Klinik bulgular proptozis, göz ağrısı, görme azalması, sınırlı ekstraoküler hareketlilik gibi oküler semptomlardır. Tanı klinik muayene ve orbita, sinüs bilgisayarlı tomografi (BT) taramasına dayanır. Periorbital selülit tedavisi, bu durumdan en sık izole edilen bakteriler olan Staphylococcus aureus ve Streptococcus türlerini kapsar. Periorbital selülitin çoğu durumu uygun antibiyotiklerle beş ila yedi gün içinde düzelir.Yetişkinlerde daha çok HIV'li veya bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda görülür.Bu grup hastalarda Gram-negatif etkenler (P. aeruginosa bakteriyemisi) görülebilmekte ve prognoz kötü seyredebilmektedir.Bizim olgumuzda 6 ay önce karaciğer nakli , takrolimus ve prednizolon kullanım öyküsü mevcuttu. Literatüre baktığımızda yetişkinlerde periorbital selülitte bağı sepsis ve buna bağı yoğun bakım yatışının vaka düzeyinde olduğunu gördük . Biz de nadir görülen bu olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

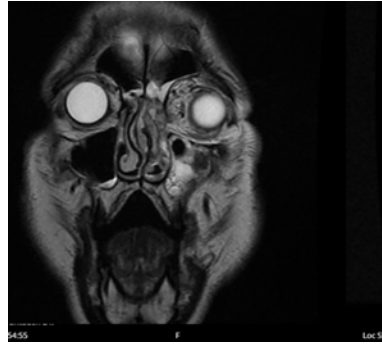
Olgu/Olgular: Acil servise ağız kuruluğu, ağız kenarında uyuşma, baş ağrısı ile başvuran 52 yaş erkek hastaya , 6 ay önce karaciğer transplantasyonu yapıldığı , hastanın takrolimus ve diltiazem kullanmakta olduğu öğrenildi. Hasta acilde bakılan tetkiklerinde glukoz;977 mg/dl , idrarda keton +2, ph;7,18 hco3;7 ,CRP 162 olması üzerine hasta yeni tanı DM ve DKA ile dahiliye servisine yatırılmış. Yatışının ikinci gününde sol gözde ptozis, dışa bakış kısıtlılığı, sol nazolabial oluk silikliği fark edilmiş. Nörolojiye konsülte edilmiş, nöroloji önerisiyle beyin BT çekilmiş. Beyin bt de; sol maksiller,etmoid sinüste sinüzit? dışında patoloji saptanmamışve hastaya beyin difüzyon MR ,MR venografi önerilmiş enoxaparin 2x0.6 başlanmış.Çekilen difüzyon MR ; Sağ oksipitalde ve sol parietalde milimetrik boyutlarda akut difüzyon kısıtlılığı izlenmiş. MR venografi de patoloji saptanmamış.Kardiyak kaynaklı emboli açısından kardiyoloji konsülte edilmiş,kardiyak etyoloji ekarte edilmiş.Hastada sol gözde şişlik,kızarıklık gelişmiş ve hasta göz hastalıklarına konsülte edilmiş, deksametazon damla , 1 g oftalmik jel ,2 mg karbomer, 5,6 mg polivinil alkol ve 2,4 mg povidon başlanmış.Göz kapağının bantlanması ve hastaya orbita ve sinüs MR çekilmesi önerilmiş;orbital MR sonucunda solda periorbital alandan retrobulber alana uzanan sinyal artışı , periorbital selülit tanısı konmuş .Hastanın prokalsitonin:2 den 30 a yükseldiği ve CRP 167 den 217 ye yüksekliği görülmüş. Hastaya enfeksiyon hastalıkları tarafından meropenem 3x1 gr,teikoplanin 1x600mg,gansiklovir 2x5mg/kg a başlanmış.Servis

takiplerinde takipneik, hipotansif, bilinç değişikliği olan hasta septik şok ve SVO ,DKA tanısıyla YBÜ ye yatışı kabul edildi. Hasta GKS düşüklüğü ve takipneik olması nedeniyle entübe edildi.Uygun DKA tedavisi , sıvı ve vazopressör tedavisi düzenlendi. YBÜ yatışının 3. günü gansiklovir bisitopeni yaptığı için kesilerek ambisome 1x450 mg eklendi.Takiplerinde kinik bulguları ,enfeksiyon parametreleri gerileyen , DKA tablosu düzelen ,vazopresör ihtiyacı kalmayan ,mekanik ventilatör ihtiyacı azalan, GKS si düzelen hasta yoğun bakım yatışının 9. gününde extübe edildi.Extübasyon sonrası stabil seyreden hasta GKS;15 olarak dahiliye servisine devredildi.

Periorbital selülit MR görüntüsü



Periorbital selülit MR görüntüsü



Tartışma-Sonuç: immunsupresiflerde sistemik enfeksiyon riski yüksek olduğundan göz ve periorbital bölgede kızarıklık , şişlik, proptozis, ağrı şikayeti görüldüğünde oftalmolojik değerlendirmeden geçirilmelidir. Çocuklarda daha sık prezente olsa da yetişkin immunsuprese hastalarda da bu tabla akla gelmeli ve yoğun bakım ihtiyacı ile sonuçlanabilir. Mortalitesi yüksek olan immunsuprese yetişkinlerde, periorbital selülitin sepsis nedeni olabileceği akla gelmeli , multidisipliner bir yaklaşımla mortalite ve morbidite azaltılarak yüz güldürücü sonuçlar elde edilir.

Kaynakça

Yayın No: EP-007

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Toksik Hepatite Benzeyen Kolanjiyosellüler Karsinom: Olgu Sunumu

DUYGU KAYAR ÇALILI¹, DEMET BÖLÜKBAŞI¹, TEMEL KAYAN¹, SEVAL İZDEŞ¹

¹ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

TEMEL KAYAN / ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Kolanjiyosellüler karsinom (CCA), genel olarak nadir görülen birincil karaciğer tümörlerinden biridir (1). Çalışmamızda, bilinen semptom ve bulguların görülmediği, perikardiyal mayi incelemesi ile tanı koyabildiğimiz olgumuzu sunarak kolanjiyokarsinomun atipik prezantasyonuna dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu/Olgular: Diyabetes mellitus dışında ek hastalık öyküsü olmayan 64 yaşında erkek hasta 3 gündür olan halsizlik, ayaklarda şişme ve ciltte sararma şikâyeti ile hastanemiz acil servisine başvurmuş. Şikayetlerinin başladığı gün, hastanın daha önce kullandığı metformin tedavisinin değiştirildiği ve metformin + vildagliptin kombinasyonu kullanmaya başladığı öğrenildi. Anamnezinde şikayetlerinin yeni reçete edilen tedaviyi kullanmaya başlamasından sonra ortaya çıktığı öğrenildi. Fizik muayenede hipotansif olduğu görülen, laboratuvarında karaciğer fonksiyon testi (KCFT) yüksekliği ve hiperbilirübinemi olan hasta akut toksik hepatit ön tanısı ile yoğun bakıma alındı. Toksik hepatit ön tanısına yönelik n-asetilsistein infüzyonu başlandı. Ciddi metabolik asidoz ve bilinç değişikliği olan hasta entübe edildi, mekanik ventilasyon ve vazopresör tedavi başlandı. Acil serviste çekilen toraks tomografisinde perikardiyal sıvı 3,5 cm sınırlı olduğu belirlenen hastaya acil ekokardiyografi yapıldı. Ekokardiyografide mayinin 6.5 cm ye ulaştığı ve ventrikül basısına neden olduğunun görülmesi üzerine acil perikardiyosentez yapıldı. Yaklaşık 1000 ml hemorajik vasıfta mayi boşaltılan hastaya perikardiyal drenaj kateteri takıldı ve mayiden biyokimyasal ve sitopatolojik örnekler gönderildi. Hastanın izleminde KCFT düzeldi ancak bilirübin değerleri hızla yükselmeye devam etti. Yatışının 10. Günü total bilirübin değeri 20 mg / dL ye (direk bilirübin 15 mg/dL) çıkması üzerine aferez uygulandı. Hepatobilyer patolojilerin ekartasyonu için çekilen tomografide ve ultrasonografide perihepatik serbest sıvı ve intrahepatik safra yollarında hafif dilatasyon izlendi. Otoimmün, enfeksiyöz ve eliza tetkiklerinde patolojiye rastlanmadı. Yatışının 17.gününde perikardiyal mayi sitopatolojisi sonuçlanan hastaya CCA tanısı kondu. Hasta YB da ventilatörde takipli halde anatomik sınıflandırma, safra yolu obstrüksiyonu ve metastaz yaygınlığı açısından tetkik edilmeye devam ediliyor.

Tartışma-Sonuç: Safra kanallarının agresif malignitesi CCA da tanı genellikle geç evrelerde konmakta, hastalar kolesistit semptomları, karın ağrısı, kilo kaybı, kaşıntı, gaita ve idrar renk değişikliği ile sağlık kuruluşuna başvurmaktadır (2). Hastamızın ciltte sararma ve halsizlik dışında şikâyeti yoktu. İlaç değişimi sonrası akut beliren semptomlar ve bulguların sonucunda

hastada ön planda toksik hepatit tanısı düşünülmüştü ancak aynı anda masif hemorajik perikardiyal efüzyon varlığı, bizi ayırıcı tanı için tetkik etmeye yönlendirdi. Kötü seyirli malignitelerde perikard tutulumuna rastlanılabilir, ancak CCA'nın perikard tutulumu nadirdir (3,4). Hastamızda tomografi ve ultrasonografi ile tümöral lezyon gösterilemedi, ancak perikardiyal tutulum varlığı ile tanı konabildi. Olgumuz, semptomları ve bulguları belirgin olmayan hastalarda CCA'nın tanısal algoritmasında, nadir görülen perikardiyal tutulumun da göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır. Kaynaklar: 1-Jödicke L, Zender L, Malek NP. Personalisierte Therapie des cholangiozellulären Karzinoms [Personalized treatment of cholangiocellular carcinoma (CCA)]. Internist (Berl). 2020;61(2):170-174. doi:10.1007/s00108-019-00723-w 2-Blechacz B, Komuta M, Roskams T, Gores GJ. Kolanjiyokarsinomun klinik tanısı ve evrelemesi. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2011; 8:512.3-Wilkes JD, Fidias P, Vaickus L, Perez RP. Malignancy-related pericardial effusion. 127 cases from the Roswell Park Cancer Institute. Cancer. 1995;76: 1377-1387.

Kaynakça

Yayın No: EP-008

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE STREPTOKOKSİK TOKSİK ŞOK SENDROMU: OLGU SUNUMU

Hülya Özden Terzi¹, Didem Yüksel¹, Beril Pekerşen², Mehmet Selim Ay¹, Esragül Akıncı²,
Belgin Akan¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Hülya Özden Terzi / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

Giriş: Streptokoksik toksik şok sendromu (STSS); grup A streptokok enfeksiyonunun nadir görülen ve agresif tedaviye rağmen mortalitesi yüksek olan ciddi bir komplikasyonudur. İlk kez 1989 yılında Steven ve ark tarafından tanımlanmıştır (1). Akut başlangıç, ateş, döküntü ve hipotansiyon ile karakterizedir. Patogenezinde salgılanan bakteriyel süperantijenlerin neden olduğu masif sitokin salınımı rol oynar. Erken tanı ve tedavi, multidisipliner yaklaşım olmazsa çoklu organ yetersizliği ve şok tablosuna yol açar (2). Bu olguda menenjit ön tanısı ile yoğun bakıma ünitesine (YBÜ) kabul edilen hastada STSS tanı ve tedavisini tartışmayı amaçladık.

Olgu/Olgular: Yüksek ateş (38.50C), bilinç bulanıklığı ve aynı seviyeden düşme şikayetleriyle 63 yaşında erkek hasta acil servise getirildi. Hipertansiyon, primer akciğer ve mesane kanseri tanıları olan hastanın acil servise başvurudan 6 gün önce kemoterapi öyküsü vardı. Acil serviste iken kısa süreli jeneralize tonik-klonik nöbet aktivitesi oldu. Muayene ve tetkik ile sinüzit, otit ve pansitopeni saptandı. Menenjit düşünüldü, ancak trombositopeni nedeniyle lomber ponksiyon yapılamadı ve menenjit tanısı dışlanamadı. Ampirik olarak seftriakson, ampisilin ve vankomisin başlanarak YBÜ kabul edildi. YBÜ’de birkaç saat içinde bilinci geriledi, solunumu bozuldu,entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Seftriakson ve ampisilin tedavisi kesildi, vankomisine devam edilerek meropenem başlandı. Antibiyoterapiye rağmen klinik olarak kötüleşti. Sıvı resüsitasyonuna rağmen noradrenalin ihtiyacı arttı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri bozuldu. YBÜ’de alınan kan ve burun sürüntüsü A grubu streptokok (streptococcus pyogenes) olarak sonuçlandı. Tüm sonuçlarla STSS düşünüldü, meropenem ve vankomisin kesildi. Kristalize penisilin ve klindamisin tedavisi başlandı. İntravenöz immunoglobulin tedavisi 3 gün uygulandı. Tedavinin 24. saatinde vasopressor ihtiyacı azaldı ve 2. gün kesildi. 4. gününde ekstübe edildi, Antibiyotik tedavisi 12. gün kesildi. YBÜ yatışının 20. gününde Glasgow Koma Skorunda gerileme gelişmesi üzerine yeniden entübe edildi. Ancak akut respiratuar distres sendromu gelişen hasta 23. gününde yaşamını yitirdi.

Tartışma-Sonuç: STSS'nin kesin mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Streptokok toksinlerinin (süperantijen aktivitesine sahip enterotoksinler), enfeksiyonuna karşı konak yanıtının, konak bağışıklığı ile patojen virülansı arasındaki karmaşık etkileşimin bir

kombinasyonuyla ilgilidir (2). Olguda saptanan sinüzit ve otit yanında malignite, kısa süre önce alınan kemoterapi predispozan faktörlerdir. STSS’de yüksek olan morbidite ve mortaliteyi azaltmak için beta-laktam antibiyotikler, klindamisin ve intravenöz immunglobulinden oluşan kombine tedavi önerilir (3). İmmünoglobulinler; toksinlerin nötralizasyonu, bakteriyel opsonizasyonda, fagositozda ve öldürmede iyileşme, ayrıca Fc reseptörleri ile bağışıklık hücreleri arasındaki etkileşimle immünomodülatör etki sağladıkları için önerilmektedir. Klindamisin ise, bakteri ribozomunun 50S alt birimini bloke ederek protein sentezini engellediği için genellikle penisiline eklenir. Bu nedenle süperantijenler gibi ekzotoksinlerin üretimini engelleyebilir. Erken başlanan tedavi ve multidisipliner yaklaşımla düzelme sağlanan hastamız, YBÜ’de eklenen yeni bir enfeksiyon ve akut respiratuar distres sendromu nedeniyle kaybedilmiştir.

Kaynakça

Yayın No: EP-009

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

metimazol kullanımına bağlı gelişen agranülositoz olgusu

DEMET BÖLÜKBAŞI¹, DUYGU KAYAR ÇALILI¹, ELİF YILDIRIM¹, MELİKE BEYZA YAĞCI¹, SEVAL İZDEŞ¹

¹ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

ELİF YILDIRIM / ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Metamizol (dipiron) potansiyel olarak ciddi yan etkiler ve bunların belirsiz insidansınedeniyle, kullanım güvenliği konusunda tartışmalar olan, dünyada erişim ve kullanımındakısıtlamalar olan bir ilaçtır (1). Olgumuzda yaygın vücut ağrısı ve ateş nedeniyle dipironkullanan agranülositoz hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu/Olgular: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 39 yaşında kadın hasta, 2 hafta önce başlayan nefesdarlığı şikayeti üzerine, dispne etyoloji araştırılması amacıyla göğüs hastalıkları servisineyatırılmış. Serviste steroid tedavisi uygulandığı ve anamnezinde genel vücut ağrısını azaltmak için dipiron tablet tedavisi kullandığı öğrenilen hasta, desatüre olması üzerine entübe olarakyoğun bakıma (YB) alındı. Çekilen akciğer tomografisinde bilateral buzlu cam dansitesiiizlendi ve hemogramında pansitopenisi mevcuttu. Hastadan viral ve bakteriyel seroloji,immünolojik tetkikler gönderildi ve kemik iliği biyopsisi alındı. Periferik yayması hemogramile uyumlu olan hastaya nötrofil sayısı $< 500/\mu\text{L}$ olduğu için koloni uyarıcı faktör tedavisi vekan ürünü replasmanları başlandı. Laboratuvarında akut faz reaktanları yüksek ve sepsiskliniği olan hastaya kültür sonuçlarının yönlendirmesi doğrultusunda uygun antimikrobiyal tedavi verildi. Hastanın steroid tedavisine devam edildi, sepsis nedeni ile immunglobulintedavisi uygulandı. Sitoloji sonuçlarında patolojik bulguya rastlanmayan hastanın uygulanantedavilere rağmen hemogramı ve kliniği düzelmedi, mekanik ventilatörde takip edilen hastasepsis nedeniyle kaybedildi. Hastanın kemik iliği biyopsisi normosellüler olarak raporlandı,bunun üzerine agranülositoz tablosu dipiron ile ilişkilendirildi.


Tartışma-Sonuç: Dipiron pirazolonlar ailesine ait analjezik, antipiretik ve spazmolitik ilaçtır (1,2).Agranülositoz, dipironun nadir ancak ciddi hematolojik yan etkisi olarak bilinmektedir (2,3).Agranülositoz çoğunlukla tedavi gerektirmekte, hastalara koloni stümülan faktör tedavisiönerilmektedir (2). Hastalarda enfeksiyonlar açısından dikkatli olunması gerekmekte, hastalarsepsis gibi enfeksiyona bağlı komplikasyonlardan kaybedilmebilmektedir (2,3). Hastamızınkemik iliği biyopsisi normosellüler olarak sonuçlanınca agranülositoz etyolojisinde dipironudüşündük. Hastamız kliniğimize kabulünde agranülositozu ve enfeksiyon bulguları mevcuttu.Koloni stümülan faktör tedavisine rağmen laboratuvarında düzelme olmadı. Hastamızda dasepsis mevcuttu. Açıklanamayan nötropeni ve enfeksiyon bulguları olan hastalarda

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

**Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa**

 **12-15 Aralık 2024**

ilaçkaynaklı nedenlerin hızla değeriendirilmesinin önemli olduğunu ve dipiron kullanımı olan hastaların hematolojik yan etki açısından yakından takip edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz

Kaynakça

Yayın No: EP-010

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Anafilaksi Gelişen Hastada Epinefrin Sonrası Laktik Asidoz Tablosu: Olgu Sunumu

Melek Doğancı¹, Ayşenur Karabay¹, Güler Eraslan Doğanay¹, Hilal Sazak¹

¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Melek Doğancı / Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Anafilaksi, farklı organ sistemlerini etkileyen ve acil tıbbi müdahale gerektiren, yaşamı tehdit eden bir reaksiyon olup, yönetimi ile ilgili başlıca kılavuzlar epinefrini birinci basamak tedavi olarak kabul etmiştir. Ancak epinefrinin sürekli veya tekrarlanan uygulamalarının bazen yüksek kan laktat seviyelerine yol açtığı gözlemlenmiştir. Bu yazıda anaflaktik şok ile gelişen epinefrin tedavisi sonrası laktik asidoz gelişen bir olgu sunulmuştur. Bu vaka ile epinefrin kaynaklı laktik asidozun klinik uygulamada öneminin ve yönetiminin anlaşılması hedeflenmiştir.

Olgu/Olgular: 43 yaşında, erkek hastanın acil serviste 75 mg Diclofenac Sodium ve 4mg tiyokolşikosid intramuskuler (im) olarak yapıldıktan sonra eve taburcu olduğu ancak 1 saat sonra vücutta kızarıklık, kaşıntı, boğazda şişlik hissi, nefes darlığı olması üzerine tekrar acil servise geldiği öğrenildi. Acil serviste anaflaktik şok düşünülerek, epinefrin 1 mg im, i.v. sıvı infüzyonu, feniramin hidrogen maleat (45.50 mg) iv, metilprednisolon (80mg) iv uygulanmış. Semptomlarda gerileme olmaması üzerine epinefrin infüzyonu (0.05 mcg/kg/dk) başlanmış. Hastada gelişen metabolik asidoz tablosu ve anafilaksi öyküsü üzerine hasta ileri tedavi amacıyla yoğun bakımımıza kabul edildi. Yoğun bakımda takiplerinde yüksek anyon açıklı metabolik asidozda olan hastanın laktat değerlerinde de devamlı bir artış olduğu görüldü. Laktat yüksekliğinin diğer olası nedenleri dışlandıktan sonra, epinefrin kaynaklı laktik asidozdan şüphelenildi. Solunum sıkıntısı, saturasyonları ve hipotansiyonu düzelen hastanın kademeli olarak epinefrin infüzyonu stoplandı. Epinefrin infüzyonunun kapatılmasının ardından metabolik asidozu da düzelen hasta 24 saat daha yoğun bakımda gözlem sonrası servise devir edildi.

Tablo 1. Hastanın Laboratuvar Verileri

Değişken	Referans aralığı	Acil servise geliş	Yoğun bakım yatış (1.gün)	Yoğun bakım takip (2.gün)	Yoğun bakımdan taburculuk (3.gün)	Hemoglobin, g/dL	13.2-17.3	15.9	13.4	13.7							
		13.6	Beyaz küre countx10 ³ /µL	4-10	18.9	15.8	13.8	10.4	Platelet countx10 ³ /µL	150-450							
		177	151	151	347	Kreatinin mg/dL	0.67-1.25	1.56	1.34	1.27	0.86	Sodyum mmol/L	136-146				
		137	133	138	134	Potasyum mmol/L	3.5-5.1	3.9	3.4	4.1	3.7	Albumin, g/L	35-52	45	38	34	34

AST <50 9 14 17 28 ALT <50 17 9 16 32 CRP <5 - 191 24 10 Prokalsitonin <0.25 - 0.39 0.93 -

AST: Aspartat Aminotransferaz, ALT: Alanin Aminotransferaz, CRP: C-reaktif protein

Tablo 2. Hastanın Kan Gazı Değerleri

Venöz Kan gazı Referans aralığı Acil sevice geliş Yoğun bakım yatış Yoğun bakım takibinin
3.saatinde Yoğun bakım takibinde epinefrinin kesilmesi sonrası Yoğun bakımdan
taburculuk Serviste takip sırasında pH venöz 7.31- 7.41 7.36 7.41 7.26 7.30 7.41 7.36 pCO₂
41-51 42.2 32.7 35.9 34.5 35.7 52.2 pO₂ 30-40 72.2 40.8 60.6 55.6 71.2 23.2 HCO₃ 21-29
23.4 20.5 16.5 17.5 22.4 29.1 Laktat 0.4-2.5 1.49 2.7 6.04 4.9 2.04 1.8

Tartışma-Sonuç: Bu olgu sunumu ile anafilaktik şok tablosuyla gelen hastalarda tekrarlanan dozlarda ya da infüzyon şeklinde verilen epinefrinin laktik asidoz nedeni metabolik asidoza neden olabileceğine dikkat çekilmek istenmiştir. Anafilaktik şok tablosunun primer ilacı olan epinefrinin şok tablosunun düzelmesinin hemen ardından kesilmesi ile hastanın kliniğinde belirgin iyileşme görülmesi, epinefrinin bu komplikasyonun gelişimini doğrudan etkileyebileceğini düşündürmektedir. Laktik asidozun sebebinin sıklıkla doku hipoksisi ve doku hipoperfüzyonu kaynaklı Tip A laktik asidoz olduğu bilinse de; karaciğer hastalığı, malignite, total parenteral beslenme, ilaçlar (metformin, linezolid, epinefrin gibi), HIV virüsü, mitokondriyal miyopati, tiamin eksikliği, konjenital laktik asidoz, aşırı egzersiz, travma ve etanol zehirlenmesi gibi durumlarda görülen Tip B laktik asidozun da unutulmaması önemlidir. Hiperlaktatemi yetersiz perfüzyon ayırıcı tanıda yaygın görülse de laktik asidozun bazı ilaçların farmakolojik etkilerinden kaynaklı da görülebileceği, her zaman hastalık sürecinin ciddiyetiyle ilişkili olmayabileceği de unutulmamalıdır. Anafilaktik semptomların çözülmesinin ötesinde epinefrin uygulanan hastaların dikkatli bir şekilde izlenmesi ve yönetilmesi gerekmektedir.

Kaynakça

Yayın No: EP-011

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Post-Partum Nadir Komplikasyon; Posterior Reversible Ensefelopati Sendromu (PRES)

Akın Bilir¹, Yeliz Bilir¹, Elif Bombacı¹

¹Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Yeliz Bilir / Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş: Posterior reversible ensefelopati sendromu (PRES) gebelikte ve postpartum dönemde oluşabilecek nadir maternal komplikasyonlardandır. Baş ağrısı, bilinç değişikliği, nöbet, görmede değişiklik ile karakterize olabilmektedir. Patogenezinde böbrek hastalıkları, eklampsi, hipertansiyon, otoimmün hastalıklar, immünsüpresif tedaviler, kemoterapotikler ve enfeksiyonlar rol oynamaktadır.

Olgu/Olgular: OLGU: 24 yaşında kadın hasta doğum sonrası 4. günde jeneralize nöbet sonrası gelişen status nedeniyle kliniğimize refere edildi. Doğumdan önce hastada herhangi bir sorun olmadığı öğrenildi. Hasta yoğun bakıma alındığında entübe ve GCS:5, vital bulgular stabil, ateş 38 derece ve bilateral ışık reaksiyonu pozitif idi. Beyin tomografisinde beyin ödemi tespit edildi. Rutin testlerine bakıldığında akut faz reaktanlarının yüksekti (CRP: 133.3, mg/L, prokalsitonin 60 ng/mL) ve idrar tetkikinde nirit, lökosit esteraz ve eritrosit pozitif saptandı. Ürosepsis öntanısı ile ampirik antibiyotik tedavisi başlandı. Çekilen kranial manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde T1A serilerde izo-hipointens T2/FLAIR serilerde hiperintens sinyal değişiklikleri ve difüzyon kısıtlamasının izlenmediği yaygın serebral ödem tespit edildi. Radyolojik bulgular PRES olarak yorumlandı. Hastaya antiödem tedavi (mannitol 4x100cc) ve midazolom infüzyonu açıldı. Valproat sodyum (1000 mg yükleme dozu) ve magnezyum (4 gr yükleme dozu) ile nöbet kontrol altına alındı. İdrar kültüründe ampisilin ve piperasilin dirençli E. Coli üremesi oldu. Ertapenem olarak revize edildi. 48 saat sonra çekilen kontrol Elektroensefalografide nöbet tespit edilmedi. Yatışının 3. günü Midazolom infüzyonu azaltılarak kesildi. 4. Gün hasta extübe edildi. İzlemde konvülziyon tekrarı olmadı. Klinik durumunun düzelmesi üzerine hasta yatışının 5. Günü kadın doğum servisine transfer edildi.

Tartışma-Sonuç: Posterior Reversible Ensefelopati Sendromunda erken tanı ve tedaviler kalıcı sekellerin önüne geçilebilmektedir. Özellikle post-partum hastalarda sıra dışı nörolojik semptomlar ortaya çıktığı zaman PRES akla getirilmelidir.

Kaynakça

Yayın No: EP-012

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Deltametrin Zehirlenmesi: Olgu Sunumu

EBRU AYÖZTÜRK¹, NEVZAT MEHMET MUTLU¹, EROL TOY¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

EROL TOY / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

Giriş: Akut zehirlenmeler yoğun bakıma yatışın önemli sebeplerinden biridir. İnsektisit zehirlenmeler ise ölüme en çok neden olan zehirlenmelerdendir. Sentetik bir piretroid olan deltametrin, yüksek insektisidal etkinliği ve düşük memeli toksisitesi nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, akut maruziyeti organofosfat zehirlenmesi gibi diğer toksik sendromları taklit eden ciddi klinik belirtilere neden olabilir. Deltametrin zehirlenmesinin tanınması ve uygun yönetilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve iyileşmenin sağlanması için önemlidir.

Olgu/Olgular: 70 yaşında bir erkek hastanın suisid amaçlı insektisit aldığı ve insektisit içeriğinin tam ne olduğu anamnezde öncelikle öğrenilemedi. Yoğun bakıma kabulde durdurulamayan epileptik nöbetleri olması nedeniyle entübe edilerek mekanik ventilatörde sedasyon altında takip edildi. Hastanın geliş muayenesinde organofosfat zehirlenmesini taklit eden miyozis, hipersalivasyon ve bradikardi mevcuttu. Olası organofosfat zehirlenmesi de düşünülerek plazma kolinesteraz düzeyi çalışıldı ve normal geldi. Daha sonra hasta yakınlarından 1250 mg deltametrin içtiği öğrenildi. Hastanın bradikardi ve hipersalivasyonunu yönetmek için atropin infüzyonu uygulandı ve hızlı klinik iyileşme sağlandı. Üç gün içinde hastanın semptomları tamamen düzeldi ve başarılı bir şekilde ekstübe edildi. Dördüncü gün stabil durumda ve rezidüel defisit olmaksızın taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç: Deltametrin zehirlenmesi, miyozis, hipersalivasyon ve bradikardi gibi semptomlarla organofosfat toksisitesini taklit edebilir. Bununla birlikte, plazma kolinesteraz inhibisyonunun olmaması organofosfat zehirlenmesinden ayırımı sağlar. Sunduğumuz olguda da kolinesteraz inhibisyonu tespit edilmemiş, atropin infüzyonuyla bradikardi ve hipersalivasyon gibi semptomlar etkili bir şekilde yönetilmiştir. Deltametrin zehirlenmesinde nöbet yönetimi, semptomatik tedavi ve destekleyici bakım hızlı iyileşme için gereklidir. Bizim vakamızda da sedasyon altında mekanik ventilatörde takip nöbet kontrolünü kolaylaştırmıştır. Doğru ve zamanında tanı ile erken ve doğru tedavi uygulamasının deltametrin zehirlenmesinde mortaliteyi azaltacağını vurgulamak isteriz.

Kaynakça

Yayın No: EP-013

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Hiperkalsemi ve masif splenomegali ile prezente olan diffuz büyük B hücreli lenfoma olgusu

Fatma ERSEVEN¹

¹Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Fatma ERSEVEN / Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Hiperkalsemi, hastanede yatan kişilerde sıklıkla görülen bir elektrolit bozukluğudur. Asemptomatik belirtilerden halsizlik, bulantı, kusma, kabızlık, poliüri, bilinç bulanıklığı ve koma gibi klinik bulgulara neden olur. Olgularının %80'inden fazlasında altta yatan malignite veya hiperparatiroidizm vardır (1). Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma (DBBHL), genellikle periferik lenfadenopati, hepatosplenomegali ve kemik iliği baskılanmasına bağlı bulgularla ve/veya B semptomları (ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı vb.) ile seyrederek (3,4). Bilinen diyabet ve romatoid artrit tanıları olan 54 yaşında kadın karın ağrısı etyolojisi için yapılan tetkiklerinde trombositopeni, masif splenomegali, hiperkalsemi saptanması üzerine hastaya splenektomi cerrahisi yapılmış. Postoperatif hiperkalsemisinde derinleşme üzerine yoğun bakıma kabulü yapıldı, sıvı replasmanı ve diüretik, hemodializ uygulandı. Splenektomi sonrasında patolojisi DBBHL rapor edilmesi üzerine zolendranik asit uygulanıp kalsiyum düzeyinde düşüş sağlandı. Bu olguyu ayrıcalıklı kılan en önemli özellik, Diffüz Büyük B hücreli Lenfoma olmasına rağmen periferik ya da intraabdominal, intratorasik lenf nodu ve karaciğer tutulumunun olmaması ve dalak tutulumu ve malign hiperkalsemi ile prezante olmasıdır.

Olgu/Olgular: 54 yaşında kadın hasta karın ağrısı nedeni yapılan tetkiklerinde trombositopeni ve masif splenomegali saptanması nedeniyle genel cerrahi servisine yatırılmış. Hastanın muayenesinde masif splenomegali olup periferik lenf nodu palpe edilmemiş. Laboratuvarında beyaz küre: 3850, hemoglobin: 8,9 g/dL, platelet: 59 x10³ cells/u, CRP: 8,8mg/L, glukoz: 179mg/dL, Bun: 18mg/dL, kreatinin: 0,88 mg/dL, total protein/albumin: 4,9/ 2,5 g/L, kalsiyum 9,4 (düzeltilmiş kalsiyum:10,7g)mg/dL, PTH: 5 ng/L. Hiperkalsemi +trombositopenisi olup masif splenomegalisi olan hasta 16.07.2024 tarihinde total splenektomi uygulanmış. Cerrahi sonrasında kalsiyum düzeyinde progresif artış olup bilinç bulanıklığı da gelişmesi üzerine dâhiliye yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Hastanın gelişinde GKS 9 olup vital bulguları tansiyon 90/60, nabız:112 atım/dk, ateş:37,3 WBC: 10.18x10³ cells Hgb: 8,8g/dL, platelet: 157x10³ cells, crp:28 mg/L, glukoz: 122 mg/dL, Bun:25 mg/dL, kreatinin: 1,29 mg/dL, t.protein/albumin:4,1/2,3 g/L, sodyum:134 mmol/L, potasyum:2,6 mmol/L, kalsiyum: 16,4 mg/dL, magnezyum: 2,2 mg/dL, fosfor:4,3 mg/dL, PTH:5 ng/L, vitamin D 49 µg/L sonuçlandı. Dirençli kalsiyum tedavisinde önce izotonik ve furosemid sonra aralıklı hemodiyalize alındı. Splenektomi patolojisi diffuz büyük B hücreli lenfoma olarak raporlandı. Hastanın GFR' sine göre 3 mg zolendronik asit uygulandı. Takiplerinden hastanın bilinç durumunda düzelme, pozitif

inotrop ihtiyacının ortadan kalkması, kalsiyum düzeyinde düşüş olması üzerine hemotoloji kliniğine devredildi.

Tartışma-Sonuç: Hiperkalsemi, özellikle hastanede yatan hastalarda sık karşılaşılan bir tablodur. Kalsiyum düzeyi 10,5 mg/dl sonra hücre membranında hiperpolarizasyon meydana gelir. 12 mg/dl'ye kadar yüksek kalsiyum seviyeleri asemptomatik olabilir. Bu seviyeden sonra klinik belirtiler ortaya çıkar. Yüksek kalsiyum seviyeleri, özellikle 14mg/dl'den fazla olduğunda, acil müdahale gerektirir (2). Diffüz büyük B hücreli lenfoma, Non-Hodgkin lenfomalar arasında en yaygın tür olmasına karşın, varyantı olan intravasküler büyük B hücreli lenfoma çok nadirdir. Ekstravasküler tutulum ve periferik kanda lenfoma hücreleri olmaksızın tümör hücrelerinin intravasküler proliferasyonu ile karakterizedir. Tanı histopatolojiye dayanmaktadır çünkü klinik, laboratuvar ve radyolojik belirtiler şekli yoktur (5). Olgumuzda PTH düşük, 25-OH D vitamin düzeyi normal olup teknik nedenle PTHrP düzeyi çalıştırılmamıştır, Literatürde nadir görülen bu durum, diffüz büyük B hücreli lenfomanın bir subtipi olan intravasküler B hücreli lenfomaya bağlı olduğunu ve gelişen hiperkalseminin PTH ilişkili peptide (PTHrP) bağlı olduğunu düşündürmektedir. (6-8).

Kaynakça

Yayın No: EP-014

Sunum Tipi: Poster Sunum - Olgu

Psikoz ile kliniğe başvuran Takayasu arteriti olgusu

Zehra Keskin¹, Hale Alaçakır¹, Belgin Akan¹, Emine Ünal Ceran¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

Giriş: Takayasu arteriti (TA); aorta ve aortadan çıkan primer damarları tutan, idiopatik, kronik, sistemik bir vaskülitir. Hastalık çoğunlukla genç kadınlarda görülür. Akut dönemde sistemik belirtiler, kronik dönemde ise tutulan damarların lokalizasyonuna göre farklı semptomlar ortaya çıkmaktadır. Olgu sunumumuzda psikoz semptomları ile başvuru sonrası tanı alan 22 yaşındaki TA vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu: Anlamsız hareketler, kooperasyon kısıtlılığı, karşısındaki kişinin sözlerini tekrar etme şikayetleri bulunan 22 yaşındaki kadın hasta, ayırıcı tanısının yapılması amacıyla disosiyatif bozukluk, deliryum, akut mani ön tanılarıyla psikiyatri servisine yatırılmış. Servis takiplerinde hipertansiyonu olduğu görülen, renal arter doppler ultrasonografisinde bilateral renal arter stenozu (RAS) açısından şüpheli bulgular saptanan hasta takipnesi olması, yardımcı solunum kaslarını kullanması ve maske ile oksijen desteği altında hipoksemisi olması nedeni elektif entübe edilmiş. Hasta hipertansif akciğer ödemi ön tanısı ile entübe olarak yoğun bakıma devralındı. Hastanın RAS açısından çekilen abdomen bt anjiyografisinde çölyak trunkus, superior mezenterik arter ve her iki renal arter orifislerinde kritik darlıklar izlendi. Hastanın radyolojik görüntüsü ön planda tip 3 TA ile uyumlu olarak değerlendirildi. Romatoloji ile konsülte edilerek hastaya immünsüpresif tedavi başlandı. Weaning yapılamayan hastaya trakeostomi KBB kliniğince gerçekleştirildi. Renal arterlere stent konulması planlandı ancak aktivasyon döneminde gerçekleştirilemedi. Tekrarlayıcı enfeksiyonlara bağlı septik şok ve çoklu organ yetmezliğine bağlı yatışının 94.gününde kaybedildi.

Tartışma: TA'da hastaların %10-20'si asemptomatik olup muayene sırasında anormal vasküler bulgulara bağlı olarak insidental olarak tanı alırlar. Geri kalan %80-90 hasta ise sistemik ve/veya vasküler semptomlar sergilerler. Halsizlik, yorgunluk, artralji, miyalji gibi sistemik semptomlar özellikle hastalığın erken evresinde siktir. Arteriyel lezyonlar geliştikçe TA'ya özgü semptomlar görülmeye başlar. Bu semptomlar, aortanın proksimal ve distal dallarının yetmezliği, daralması ve/veya oklüzyonuna bağlı olarak ortaya çıkar. Karotid ve vertebral arter tutulumuna bağlı geçici iskemik atak, inme, baş dönmesi, bayılma, baş ağrısı ve görmede bozukluklar gelişebilir. Renal arter stenozuna bağlı renovasküler hipertansiyon gelişebilir. Hipertansiyon hastaların %33–83'ünde görülür. Psikoz ile kliniğe başvuran vakalar ise literatürde sınırlı sayıda mevcuttur. Hastamızın ilk semptomları çocukluk döneminde başlamış olup, bu sürede tanı koyulamamış, psikiyatri kliniğinde araştırmaları yapılmış ve EKT tedavisi planlanarak psikiyatri kliniğine yatırılmıştır.

Sonuç: Psikoz ile hastaneye başvuran hastalarda ayırıcı tanıda TA akılda bulundurulmalıdır.

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa

12-15 Aralık 2024

Kaynak: Acute Psychosis and Takayasu Vasculitis, International Journal of Medical Research & Health Sciences, 2017, 6(12): 96-99

Yayın No: EP-015

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Perforasyon mu Chilaiditi Sendromu mu? Nadir Görülen Bir Olgu Sunumu

Fatma ERSEVEN¹

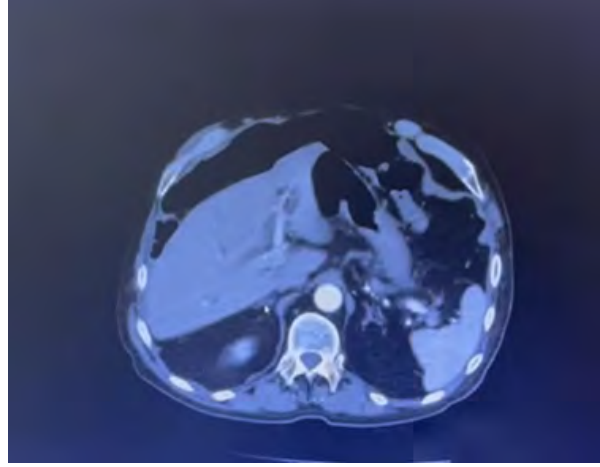
¹Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Fatma ERSEVEN / Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Chilaiditi sendromu ince veya kalın bağırsakların hepatodiafragmatik interpozisyonu nedeniyle nadir görülen ve çoğunlukla rastlantısal olarak teşhis edilen bir durumdur. Asemptomatik olmakla beraber aralıklı karın ağrısı, bağırsak obstrüksiyonu, atipik göğüs ağrısı, nefes darlığında görülebilir. Burada acil servise karın ağrısı ile başvuran akut batın öntanısıyla yoğun bakım ihtiyacı açısından değerlendirilen hastanın klinik tablonun takibi ve tekrar yapılan değerlendirilmeler neticesinde Chilaiditi sendromu tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

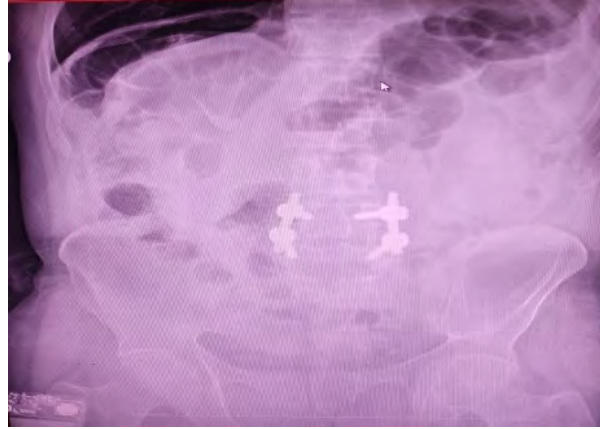
Olgu/Olgular: 59 yaş erkek hasta iki gündür aralıksız devam eden bulantı, kusma, yaygın karın ağrısı şikâyeti ile acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde ateş:36.60C nabız: 93/ dk, kan basıncı:130/80 mmHg, saturasyon: %96; sol akciğer bazalinde solunum sesleri alınmıyor, sağ üst kadranda hassasiyeti olup rebaund defans yoktu. Hastanın özgeçmişinde KOAH, sol akciğerde tüberküloza bağlı total lobektomi yapılmıştı. Laboratuvar sonuçları; T.bilirubin: 5.6 mg/dl, D.bilirubin: 4.9 mg/dl, Ast: 47 U/L, Alt: 129 U/L, Alp: 141 U/L, Amilaz: 3300 U/L, CRP: 4.6(0-0.5) mg/dL, Wbc: 13.200/uL Hgb: 13.1g/dL, kardiyak markerlar normal, EKG'sinde akut patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya karın ağrısı etiyolojisini aydınlatma amaçlı ilk olarak ayak direk batın grafisinde çekildi (Şekil-1). Çekilen grafisinde sağ diyafragma altında hava tespit edildi. Mevcut radyolojik değerlendirmenin, hastanın kliniğini ve fizik muayenesi perforasyon ile uyumsuz olması nedeniyle batın BT'si istendi. Batın Bt'sinde kolonun hepatik fleksurasının diyafram ve karaciğer arasına girerek yer değiştirdiği buna bağlı olarak diyafram altında serbest hava gibi değerlendirilebileceği Chilaiditi sendromu ön planda düşünüldü. Hasta kliniğe yatırılarak oral alımı kapatılıp intravenöz sıvı replasman tedavisi başlanıp sık klinik muayenesi yapıldı. Hastanın takiplerinde laboratuvar verileri normal değer aralığına gerileyip, yakınması düzelen hasta bilgilendirilip taburcu edildi.

şekil 2



Karaciğer anteriorunda kolon interpozisyonu karaciğer çevresinde şüpheli hava (Chilaiditi sendromu?),

şekil 1



sağ diyafragma altında hava

Tartışma-Sonuç: Chilaiditi sendromu, özellikle transvers veya hepatik fleksura kolon segmentinin hepatodiyafmatik interpozisyonundaki semptomatik olgular için adlandırılmıştır. Genel nüfusta % 0.025-0.28 arasında kadınlarda erkeklere göre dört kat daha yaygındır (1). Normal anatomideki değişiklikler kolonun patolojik interpozisyonuna yol açabilir. Bu anatomik varyasyonlar, transvers kolonun veya falsiform ligamentin yokluğunu, gevşekliğini veya uzamasını, ayrıca dolikokolon veya konjenital malpozisyonları içerebilir. Kronik kabızlık (kolonik uzama ve fazlalık), aerofaji (kolonun gaz halindeki distansiyonu), siroz (karaciğerin sol lobunun medial segmentinde karaciğer atrofisi), diyafragma felci, kronik akciğer hastalığı (alt

torasik boşluğun genişlemesi), obezite, çoğul gebelikler ve asitten de kaynaklanabilir (2-4).Chiliditi sendromunun sadece öykü, fizik muayene ve laboratuvar verileri ile teşhisi imkânsızdır. Genellikle akciğer grafisi ve direkt karın grafisi ile tesadüfen teşhis konulabilir. Ayırıcı tanı için BT ve ultrasonografi (US) gereklidir (5-7). BT’ de karaciğerin arkasındaki kolonik haustrayı tanımak Chiliditi sendromu için tanısalıdır. Chiliditi sendromunun tedavisinde yatak istirahati, lifli gıda alımını arttırma, laksatif kullanımı ve nazogastrik dekompresyon sık kullanılan yöntemlerdir. Bu sendrom iyi huylu ilerleyen bir durum olmakla beraber hastalık seyrinde bağırsaklarda yapışıklıklar, volvulus ya da obstrüksiyon gibi ciddi komplikasyonlar görülebilir. Barsak perforasyonu ile sık karışabileceğinden hastalar gereksiz cerrahi müdahaleler açısından yüksek risk altındadır (8). Olgumuzda hasta görüntülemelere bakıldığı zaman önce intraabdominal organ perforasyon olarak değerlendirilse de hekimlikte önemli olan klinik muayene ile radyolojik verilerin uyumlu olmasıdır. Hastanın yapılan fizik bakısında perforasyon ön planda düşünülmeyp, benzer vaka sunumlarına dayanılarak Chiliditi sendromu tanısı konuldu. Bizim olgumuzda geçirilmiş tüberküloza ikincil akciğer lobektomi ve KOAH öyküsü olması Chiliditi sendromunun zeminini oluşturmuştur.

Kaynakça

Yayın No: EP-016

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Psikoz ile kliniğe başvuran takayasu arteriti olgusu

Zehra Keskin¹, Hale Alaçakır¹, Belgin Akan¹, Emine Ünal Ceran¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Zehra Keskin / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: Takayasu arteriti (TA); aorta ve aortadan çıkan primer damarları tutan, idiopatik, kronik, sistemik bir vaskülitir. Hastalık çoğunlukla genç kadınlarda görülür. Akut dönemde sistemik belirtiler, kronik dönemde ise tutulan damarların lokalizasyonuna göre farklı semptomlar ortaya çıkmaktadır. Olgu sunumumuzda psikoz semptomları ile başvuru sonrası tanı alan 22 yaşındaki TA vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu/Olgular: Anlamsız hareketler, kooperasyon kısıtlılığı, karşısındaki kişinin sözlerini tekrar etme şikayetleri bulunan 22 yaşındaki kadın hasta, ayırıcı tanısının yapılması amacıyla disosiyatif bozukluk, deliryum, akut mani ön tanılarıyla psikiyatri servisine yatırılmış. Servis takiplerinde hipertansiyonu olduğu görülen, renal arter doppler ultrasonografisinde bilateral renal arter stenozu (RAS) açısından şüpheli bulgular saptanan hasta takipnesi olması, yardımcı solunum kaslarını kullanması ve maske ile oksijen desteği altında hipoksemisi olması nedeni elektif entübe edilmiş. Hasta hipertansif akciğer ödemi ön tanısı ile entübe olarak yoğun bakıma devralındı. Hastanın RAS açısından çekilen abdomen bt anjiyografisinde çölyak trunkus, superior mezenterik arter ve her iki renal arter orifislerinde kritik darlıklar izlendi. Hastanın radyolojik görüntüsü ön planda tip 3 TA ile uyumlu olarak değerlendirildi. Romatoloji ile konsülte edilerek hastaya immünesüpresif tedavi başlandı.

Tartışma-Sonuç: TA'da hastaların % 10-20'si asemptomatik olup muayene sırasında anormal vasküler bulgulara bağlı olarak insidental olarak tanı alırlar. Geri kalan %80-90 hasta ise sistemik ve/veya vasküler semptomlar sergilerler. Halsizlik, yorgunluk, artralji, miyalji gibi sistemik semptomlar özellikle hastalığın erken evresinde siktir. Arteriyel lezyonlar geliştikçe TA'a özgü semptomlar görülmeye başlar. Bu semptomlar, aortanın proksimal ve distal dallarının yetmezliği, daralması ve/veya oklüzyonuna bağlı olarak ortaya çıkar. Karotid ve vertebral arter tutulumuna bağlı geçici iskemik atak, inme, başdönmesi, bayılma, baş ağrısı ve görmede bozukluklar gelişebilir. Renal arter stenozuna bağlı renovasküler hipertansiyon gelişebilir. Hipertansiyon hastaların %33-83'ünde görülür. Psikoz ile kliniğe başvuran vakalar ise literatürde sınırlı sayıda mevcuttur.

Kaynakça

Yayın No: EP-017

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

LÖKOSTAZ SONRASI AKUT KALP YETMEZLİĞİ VE PULMONER ÖDEM GELİŞEN, AKUT MYELOİD LÖSEMİ (AML) TANISI ALAN BİR OLGU

HAKAN SARICI¹, ZEYNEP MÜNTAHA AYDOĞMUŞ¹, MUSTAFA NACİ BALICA¹,
CANAN ÇAM GÖNEN¹, DENİZ ERDEM¹

¹ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

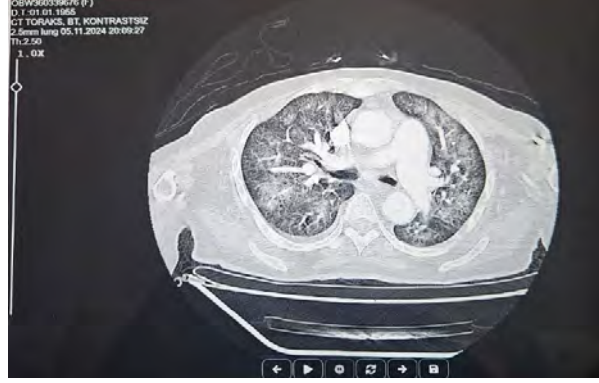
HAKAN SARICI / ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Hiperlökositoz, özellikle akut lösemi hastalarında aşırı blast artışına bağlı, lökosit sayısının çok yüksek olduğu (>50.000/uL) durum ile karakterize klinik bir tablodur. Akut lösemi hastalarının %5-8.5'inde tanı sırasında hiperlökositoz görülmektedir (1,2). Lökostaz, progressif ve fatal seyirli olup akut lösemi hastalarında, erken dönem mortalitesinin %20-40 nedenini oluşturur (3). Çok yüksek blast sayısı kan vizkositesini artırabilir. Lösemik hücrelerin mikrovasküler yatakta kümeleşmeler oluşturması ve bunun sonucu gelişen tıkanma ve beslenme bozukluklarına bağlı, mental durumda bozulma, solunum ve kalp yetmezliği gelişir. Klinik belirtiler; dispne, baş ağrısı, konfüzyon, stupor, göz içi kanamalar, arter kan gazında hipoksi, akciğer grafisinde yaygın infiltratlar olarak gözlenir. Lökostaz, anemi ve atrial fibrilasyonu olan, akut kalp yetersizliği ve pulmoner ödem ile takip edilen, Akut Myeloid Lösemi tanısı alan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu/Olgular: Bilinen hipertansiyon, diabetes mellitus, hipertiroidi, atrial fibrilasyon, kalp yetmezliği tanıları ile takipli apiksaban, metoprolol, digoksin, ramipril, furosemid, metimazol, empagliflozin, insülin aspart ve insülin glarjin kullanımı olan hasta solunum sıkıntısı ile dış merkeze başvuruyor. Hastanın tetkiklerinde Wbc:58 bin Hb:5.9 Plt:45 bin saptanıyor. Çekilen pulmoner bt anjiyografi de trombüs saptanmıyor ve akciğerde bilateral infiltratif görünüm saptanıyor. Hasta alveolar hemoraji ? viral pnömoni ? olarak ampirik antibiyoterapi başlanarak tarafımıza sevk ediliyor. GKS:14 , rezervuar maske ile 10 lt/dk oksijen ile SaO2 %88 ve akciğerde dinleme ile bilateral ince ralleri olan, yüklenme lehine değerlendirilen hasta aralıklı non-invaziv mekanik ventilatör ve high-flow oksijen ile takibe alındı. Diürez ve negatif sıvı dengesi sağlanan hastadan periferik yayma ve solunum yolu viral panel gönderildi. Hastanın Toraks BT'si bilateral plevral effüzyon ve her iki hemitoraksta ileri düzeyde invaze buzlu cam tarzında konsolide lezyonlar (yüklenme bulguları? pnömoni?) şeklinde raporlandı (Resim 1). Viral panel negatif gelen, antibiyoterapisi meropenem olarak değiştirilen, periferik yayması 'sola kayma ,blast +, plt:50 bin ,ileri tetkik önerilir, anizositoz yer yer polikromazi' olarak raporlanan hastaya hematoloji önerisiyle hidroksiüre 2x1 tablet başlandı ve kemik iliği biyopsisi planlandı. Kemik iliği biyopsisi sonrası genetik tetkikleri ve flow sitometri gönderilen hastanın kemik iliği aspirasyonunda 'sitoplazmik granülleri belirgin undiferansiye hücre infiltrasyonu' ve yaygın myeloblastlar izlendi (Resim 2). Wbc:18 bine kadar gerileyen oksijen ihtiyacı nazal 1-2 lt/dk ya

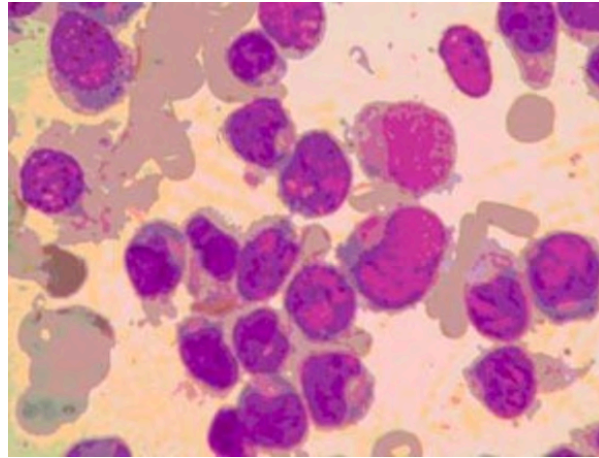
kadar düşen, eritrosit süspansiyonu ve trombosit replasmanı yapılan hastaya hematoloji tarafından cytarabin ile kemoterapi planlandı ve yoğun bakım yatış gereksinimi kalmayan hastanın servise devri yapıldı.

TORAKS BT KESİTİ



Resim 1: Hastanın Bilgisayarlı Tomografi Kesit Görüntüsü

MİYELOBLASTLAR



Resim 2: AML de miyeloblastlar

Tartışma-Sonuç: Lökostaza bağlı en sık ölüm nedeni, intrakraniyal kanama ve solunum yetmezliğidir. Hiperlökositoza bağlı metabolik ve damar komplikasyonlarını azaltmak veya önlemek için hidrasyon, idrarın alkalileştirilmesi, allopurinol tedavisi ve lökoferez uygulanmaktadır(4-6). Lökostazın ve aneminin akut kalp yetmezliği ve pulmoner ödemi tetikleyebileceği de unutulmaması gerektiğinden bu olguyu sizlere sunmak istedik.

Kaynakça

Yayın No: EP-018

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Erişkin Yaşta Tanı Alan Alström Sendromlu Vaka: Subdural Ampiyem ve Status Epileptikus Zemininde Olumsuz Prognoz

Ali İçli¹, Elif Bilgiç², Oral Mentеш², Hüseyin Levent Yamanel²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi & Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi & Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği, Ankara, Türkiye

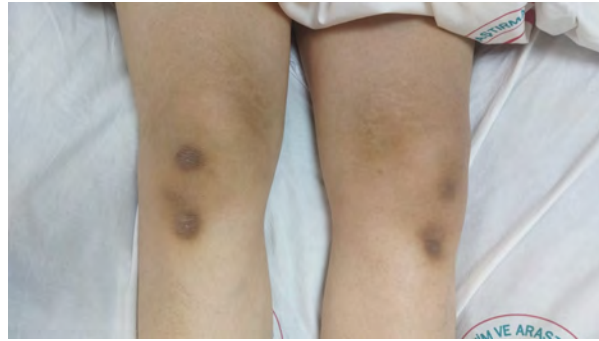
Ali İçli / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi & Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Alström sendromu(AS), Alström sendromu 1(ALMS1) genindeki bir mutasyonun neden olduğu otozomalresesif(OR) geçişli nadir bir monogenik siliyopatidir (1). Görülme sıklığı 500.000 ila 1.000.000'da 1 olarak tahminedilmekte ve dünya çapında yaklaşık 1200 Alström vakası tespit edilmiştir (1). AS koni-rod hücre distrofisi, obezite, ilerleyici bilateral sensörinöral işitme kaybı, kardiyomiyopati, insülin direnci / tip 2 diyabet (T2DM), non-alkolik yağlıkaraciğer hastalığı ve ilerleyici böbrek hastalığı ile karakterizedir (2). Diğer bulgular arasında endokrin anormallikler(hipotiroidizm, trunkal obezite, erkeklerde hipogonadotropik hipogonadizm ve kadınlarda hiperandrojenizm),ürolojik fonksiyon bozukluğu/detrüsör instabilitesi yer alabilir (2). Bu raporda erişkin yaşta Alström sendromu tanısı alan 33 yaşında, status epileptikus kliniği ile acil servise başvuran ve subdural ampiyem nedeni ile yoğun bakımünitesinde takibi yapılan bir hastayı incelemeyi amaçladık.

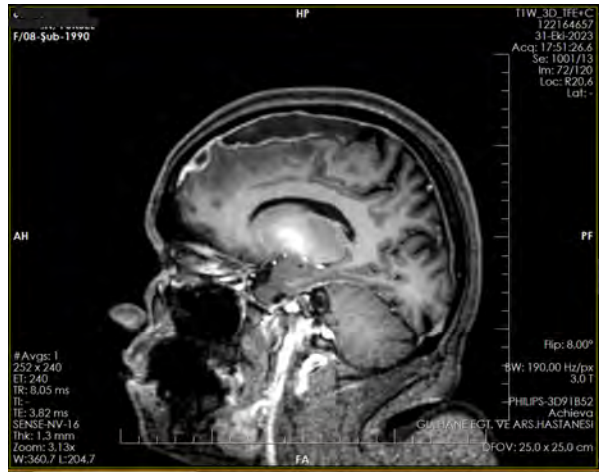
Olgu/Olgular: G.Y. 33 yaşında kadın hasta. Erişkin yaşta (31 yaş) Alström sendromu tanısı alan hastanın 10/04/2021 tarihindeki moleküler genetik testi "ekzon 14 ALMS1 geninde homozigot c.10122deLc/p.Asp3374fs değişimi mevcuttur." olarak sonuçlanmış. Acil servise konuşma bozukluğu, sol kolda uyuşma ve kasılma şikayetleri ile başvurdu. On gün öncede konuşma bozukluğu nedeni ile acil servise başvurmuş ve çekilen Bilgisayarlı tomografi (BT)'de "sağ frontal lobda15x10 mm boyutunda hipointens lezyon" izlenmiş. Yeni çekilen Acil Servisteki beyin BT görüntülemesinde "Sağ frontalde vazojenik ödem açısından şüpheli hipodens alan izlendi" olarak raporlandı. BT anjio raporunda kliniği açıklayacak bir patoloji saptanmadı. Bilinen AS, T2DM, akantozis nigrikans, hipertansiyon, hiperlipidemi, karaciğer sirozu, hipotiroidi, işitme ve görme kaybı tanıları mevcuttu. Status epileptikus ve akut faz reaktanları yüksekliği nedeni ile yoğun bakım kliniğimize yatırıldı. Levetirasetam, fenitoin, diazepam, deksametazon, seftriakson, metronidazol tedavisi başlandı. EEG'de "Trase süresince sık ortaya çıkan, en uzun 14 sn süreli, sağ hemisferde (sentroparyetooksipital alanda belirgin) ritmik teta-delta aktivitesi ile başlayan keskin ve diken dalga paternlerinin eşlik ettiği elektrografik iktal aktivite izlendi". Kontrastlı Beyin MR görüntülemesinde "Sol frontal bölgede verteks

lokalizasyonunda ekstraaksiyel subdural mesafede 22x92 mm boyutunda subdural ampiyemi düşündürür koleksiyon alanı saptandı”. Beyin cerrahisi tarafından sağ frontal kraniyotomi ile sağ subdral hematomun boşaltılması işlemi yapıldı. Operasyon sırasında alınan abse kültüründe Streptococcus Intermedius üremesi olup mevcut antibiyoterapiye (seftriakson+metronidazol) linezolid eklendi. Hasta post-op dönemde entübe takip edildi. Septik şok nedeniyle eksitus gelişti.

Akantozis Nigrikans Lezyonları



Beyin MRI Görüntüleme



Tartışma-Sonuç: ALMS belirtilerin ortaya çıkış sırası değişken olduğundan geç tanı alınan bir hastalıktır (3). Genellikle sınırlı sayıda ülkede genetik testlere ulaşım nedeniyle çok daha nadir tanı almaktadır (4). Ortaya çıkan vakalarda, AS’da 3-30yaş arası bireylerde T2 DM görülme sıklığı %47 civarındadır (5). Bizim vakamızda da bu yaş aralığında DM ortaya çıkmıştır ve buna bağlı akantozis nigrikans izlenmiştir. Görme bozukluğu ve dilate kardiyomyopati bu hastalığın kardinal semptomlarıdır (4). AS’da görülen karaciğer, kalp vb multiorgan tutulumu primer mitokondriyal tutulumun göstergesidir (5). Bizim vakamıza da karaciğer sirozu tanısı konulmuştur.

Kaynakça

Yayın No: EP-020

Sunum Tipi: Poster Sunum - Olgu

İskemik inme olgusunda ventilatörden weaning sonrası mekanik insüflasyon - eksüflasyon cihazı ile sekresyonların çıkarılması

Derya Gökçınar¹, Ebru Ayöztürk¹, Didem Yüksel¹, Zeynep Muntaha Aydoğmuş¹, Şerife Gökbulut Bektaş¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Derya Gökçınar / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: Serebrovasküler olay geçiren mekanik ventilatöre bağlı hastalarda bilinç kaybı, aspirasyon, pnömoni ve kas güçsüzlüğü gibi nedenler ile mekanik ventilatörden weaning zordur. Mekanik ventilatörden weaning sonrasında öksürmeye yardımcı cihaz ile mekanik insüflasyon - eksüflasyon uygulanan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu/Olgular: Kadın cinsiyette, 67 yaşında 169 cm boyunda ve 73 kg ağırlığında hasta sunuldu. Esansiyel hipertansiyon tanısıyla losartan kullanırken aniden başlayan konuşma bozukluğu ve sağ kolda güçsüzlük nedeniyle Nöroloji Servisine kabul edildi. Difüzyon manyetik rezonans incelemede sol sentrum semiovale düzeyinde frontal lobda lateralde ve buradan inferiora silvian fissür düzeyine uzanan, orta serebral arter sulama alanında iskemik serebrovasküler olay tespit edildi. Nöroloji servisinde tedavisi devam ederken kardiyak arrest olup 5 dakika kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanan hasta yoğun bakıma kabul edildi. Akciğer grafisinde bronkopnömoni mevcut idi. Antibiyotik tedavisi uygulandı. Entübe halde, mekanik ventilatörde, komada takip edilen hastaya 2. haftanın sonunda perkutan trakeostomi açıldı. Yoğun bakımda yattığı süre içerisinde Glasgow koma skorunun 3 puandan 15 puana kadar düzeldi. Mekanik ventilatörden weaning ve spontan solunum denemeleri yapıldı. Dekanüle edilen hastaya yetersiz öksürmesi ve sekresyonlarını atamaması üzerine Cough Assist® device (Philips-Respironics, USA) uygulandı. Öksürtme cihazı konusunda deneyimli bir fizyoterapist eşliğinde üç gün boyunca öksürtme cihazı ile hasta öksürtüldü. Öksürtme cihazı ile inhalasyon basıncı +30 cmH₂O düzeyinde 2.5 saniye ve ekshalasyon basıncı -30 cm H₂O düzeyinde, 2 saniye duraklama olmak üzere, 6 kez uygulandı (Resim 1 ve 2). İşlem sonunda ağız içi aspire edilerek temizlendi. Bir dakika ara verildikten sonra aynı uygulama tekrarlandı. Öksürme cihazı toplam üç gün süreyle, günde iki seans ve her seansta 6 kez olmak üzere kullanıldı. Hastanın yeterince öksürdüğü ve sekresyonlarını kendi kendine çıkarabildiği izlenerek öksürtme cihazı uygulanmasına son verildi.

Öksürtme cihazı



Öksürtme cihazı

Maske ile uygulama



Öksürmeye yardımcı cihaz ile maske uygulaması

Tartışma-Sonuç: Serebrovasküler olay geçiren hastalarda invaziv mekanik ventilasyon desteği gerektiğinde çoğunlukla kas güçsüzlüğü ve öksürüğün bozulması ile ilişkili olarak akciğer sekresyonları yeterince çıkarılamaz. Sekresyonlar hava yolu direnci ve tıkanıklığına, alveoler hipoventilasyona, atelektaziye ve hipoksemiye neden olur. Serebrovasküler olay geçiren hastalarda, mekanik ventilatörden weaning sürecinde, öksürmeye yardımcı cihaz ile yeniden endotrakeal entübasyonu komplikasyonu riski azaltılabilir.

Kaynakça

Yayın No: EP-021

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Genç Hastada Servikal Nekrotizan Fasiit İle Seyreden Odontojenik Enfeksiyon

ZEHRA KABLAN YILDIZ¹, EDA GÜNER², SULTAN SEVİM YAKIN², HAYRİYE
CANKAR DAL², SEMA TURAN²

¹ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
KLİNİĞİ

²ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ GENEL YOĞUN BAKIM KLİNİĞİ

SULTAN SEVİM YAKIN / ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ GENEL YOĞUN
BAKIM KLİNİĞİ

Giriş: Nekrotizan fasiit , seyrek görülen ancak hayatı tehdit eden, esas olarak yüzeysel fasya ve deri altı dokuyu tutan yumuşak doku enfeksiyonudur. Bu enfeksiyonda yüksek mortalite ile sonuçlanan sistemik toksisite, sadece erken tanı, geniş spektrumlu antibiyotikler ve cerrahi girişim ile engellenebilir.(1) Erken tanı için skorlama sistemi geliştirilmiş olup,nekrotizan Fasiit için Laboratuvar Risk Göstergesi (LRİNEC) skoru,şiddetli yumuşak doku enfeksiyonlarının değerlendirilmesinde laboratuvar testlerine dayanan (Toplam beyaz küre sayısı, hemoglobin, sodyum, glukoz, serum kreatinin ve C-reaktif protein) ,nekrotizan fasiiti diğer yumuşak doku enfeksiyonlarından ayırt etmek için kullanılan skorlama sistemidir.(2)LRİNEC skoru 6 ve üzeri olan hastalar, nekrotizan fasiit varlığı açısından dikkatlice değerlendirilmelidir.Nekrotizan fasiit baş-boyun bölgesinde oldukça nadir yerleşir.Servikal nekrotizan fasiit en sık inflamatuvar odontojenik bozukluklara sekonder olarak ortaya çıkar.Komorbiditeleri olan hastalar risk altındadır.(3)Bu olgu sunumuyla bilinen ek hastalığı olmayan,sigara kullanan,genç,obez hastada erken tanı ile nekrotizan fasiit sonrası yoğun bakım takibinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu/Olgular: Yirmi beş yaşında erkek hasta diş apsesi sebebiyle 10 gün oral antibiyotik kullanımı sonrası artan sağ çene bölgesinde ağrı ve sağ göze yayılım gösteren şişlik sebebiyle hastaneye başvurmuş.Yapılan tetkiklerinde glukoz:324 crp:300 wbc:22.77 Na:136 K:4,7 kan gazı pH:7.44 HCO3:27 TİT Keton:negatif hbA1c:7.8.Hastaya parenteral meropenem 3*1 gr, tigesiklin 2*50 mg ve flukonazol 1*100 mg başlanmış.LRİNEC skoru:8 olan hasta nekrotizan fasiit açısından yüksek riskli bulunarak yoğun bakım takibine alınmış.Yakın fizik muayene ve takiplerinde enfeksiyon bulguları gerilemeyen ve afr yanıtı olmayan hastaya cerrahi debridman kararı verilmiş.Yatışının 4.gününde hasta entübe edilerek cerrahi debridman yapılmış.Cerrahi eksplorasyonda nekrotik dokular görülmüş ve debride edilmiş.Debridman görünümü nekrotizan fasiit olarak değerlendirilmiş.Hasta yatışının 7.gününde kliniğimize kabul edildi.Entübe sedatizeydi.Sağ submadibula altında yüzeysel doku kaybı mevcut olup,boyunda derin dokular görülmekteydi.(Resim1)Enfeksiyon hastalıkları önerisiyle flukonazol stoplanıp klindamisin (2*500 mg) başlandı.KBB tarafından günlük pansumanları yapıldı.Hasta wean edildi.Hastada derin boyun enfeksiyonu olması sebebiyle, komşuluk yoluyla yayılabileceği servikal ve

mediastinal enfeksiyonu değerlendirmek amacıyla boyun ve toraks bt planlandı.Çekilen kontrastlı toraks bt de mediastinit ve pulmoner emboli izlendi. Hasta göğüs cerrahisine mediastinit açısından danışıldı.Kendini sınırlamış olması nedeniyle günlük grafi ile takibi önerildi.Sağ ve sol alt ekstremitte venöz doppler incelemesinde DVT saptanmadı.Enoksaparin sodyum tedavi dozundan başlandı. Yara yeri kültürü ve kan kültüründe üreme olmayan hasta Plastik cerrahisi tarafından flep yapılarak rekonstrükte edildi.

resim1



Tartışma-Sonuç: Baş-boyun yerleşimli NF olguları oldukça seyrek görülür ve en sık odontojenik enfeksiyonlara sekonder oluşmaktadır.(4).Erken tanı ve tedavi edilmediği takdirde mortalitesi ve morbiditesi yüksektir. Belirgin risk faktörleri arasında kronik kortikosteroid kullanımı, nütropeni, siroz, alkolizm, obezite, periferik vasküler hastalık ve diyabetes mellitus bulunmaktadır.Servikal nekrotizan fasiit gelişen hastalarda erken tanı,cerrahi debridman ve uygun antibiyotik tedavisi yürütülen süreci olumlu etkilemektedir.Bizim olgumuzda, zamanında debridman ve yoğun bakım yakın takibiyle hastamız rekonstrüksiyon ile iyileşmiştir.

Kaynakça

Yayın No: EP-022

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Akut submasif pulmoner tromboembolide başarılı trombolitik uygulaması

Salih Enes ÇAKICI¹, Songül Binay¹, Murat Bülent KÜÇÜKAY¹

¹Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Salih Enes ÇAKICI / Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Pulmoner tromboembolizm (PTE), çoğunlukla bacak derin venlerinde meydana gelen trombüslerden kopan parçaların pulmoner arter ve/veya dallarını tıkaması ile gelişir. PTE; mortalite ve morbiditesi yüksek ve önlenebilir bir hastalıktır. Genel toplum içinde insidansı yüz binde 20.8 ile 65.8 arasında iken kanser hastalarında %4-28 oranında PTE saptanır, immunsupresif ya da sitotoksik kemoterapi alan hastalarda risk daha da artar (1,2). PE'nin en önemli tedavisinin genel yaşam desteği ve heparin tedavisi olduğu bilinmektedir. (3) Bununla beraber masif pulmoner tromboembolizmde ana endikasyon trombolitik tedavidir. Submasif PTE olguları içinde prognozu kötü, mortalite riski yüksek olan ve trombolitik tedavi verilmesi gereken alt grubunun belirlenmesi amacıyla pulmoner embolizm şiddet indeksi (PESI) risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Masif ve submasif PTE'de mortalite oranları oldukça yüksek seyretmekte ve erken tedavi ile bu oranlar önemli ölçüde düşürülebilmektedir.

Olgu/Olgular: 73 yaşında kadın, diffüz büyük hücreli lenfoma tanılı olgumuz son bir haftada eforla artan nefes darlığı, nefes alıp verme ile artan batır tarzda göğüs ve sırt ağrısı şikayeti son 1 saat içinde şiddetlenince acil servise başvurdu. 15 gün önce kemoterapisini almış. Hastanın yoğun bakıma geliş HFO2 akış:60 fio2:55 saturasyonu 80, solunum sayısı 30, arteriyel tansiyonu 135/74 mmHg, nabız 120 /dk idi. Solunum seslerinde yaygın bilateral kaba raller mevcuttu. Kanları trombosit sayısı: 132.000/m³, kreatinin normal, D-dimer:2910 µg/L, Troponin: 378 pg/ml idi. EKG'sinde sağ dal bloğu vardı . Kardiyoloji tarafından akut koroner sendrom dışlandı. Çekilen pulmoner anjiyografide sağ ve sol ana pulmoner arterlerde trombüs mevcuttu. Hastaya yüksek akımlı oksijen tedavisi başlandı. Hastaya trombolitik tedavi verilmesi planlandı. Trombolitik tedavinin mutlak kontrendikasyonları sorgulandı, kontrendikasyonları dışlama amacıyla beyin tomografisi çekildi patoloji saptanmadı. Hastanın trombosit sayısı düşüklüğü ve ileri yaş nedeniyle yarım doz 50 mg rekombinant doku plazminojen aktivatörü (r-TPA) infüzyonu 2 saatte gidecek şekilde başlandı. Tedavi sırasında komplikasyon gelişmedi. Tedavi sonrası solunum sayısı 16 a geriledi,nazal o2 2 lt/dak akım hızında so2 :90 olarak kliniği devam etti. . Tedavi sonrası hasta takiplerinde akut patoloji gelişmemesi, yoğun bakım ihtiyacı kalmaması üzerine göğüs hastalıkları servisine devredildi.

Pulmoner bt anjiyoda emboli görüntüsü



Pulmoner bt anjiyoda emboli görüntüsü



Tartışma-Sonuç: Pulmoner tromboembolizm (PTE) tanısı konulan hastanın erken mortalite açısından yüksek riskli (masif), orta riskli (submasif) veya düşük riskli (nonmasif) olarak ayırt edilmesi, tedavi seçeneklerini (antikoagülan/trombolitik) ve prognozu belirler. Görüntüleme yöntemleri ile masif veya submasif PTE olarak değerlendirilen vakalarda erken mortalite oranı yüksektir. Akut PTE'li hastalarda erken mortalite riski, tedavi seçeneklerini ve prognozu belirlemek amacıyla orijinal ve başitleştirilmiş pulmoner embolizm şiddet indeksi (PESI) skorlama sistemi ile değerlendirilebilir. Masif ve submasif mortalite riski yüksek olan hastalarda trombolitik tedavi ile hızlı ve tam pıhtı rezolüsyonu sağlanarak hemodinamide hızlı düzelmeye gözlenmektedir. Vakamızda risk skorlaması amacıyla Orijinal ve başitleştirilmiş pulmoner embolizm şiddet indeksi (PESI) değerlendirmesi yapıldı, değerlendirme sonucunda yüksek risk ve kardiyak belirteçler pozitif olduğu görüldü. Başarılı trombolitik tedavi sonrası kliniğinde dramatik ve hızlı yanıt gözlemlendi. Seçilmiş hastalarda submasif pulmoner tromboembolide trombolitik tedavi mortalite ile ilgili skorlamalar gözönünde bulundurularak uygulanmalıdır.

Kaynakça

Yayın No: EP-023

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

CMV ensefaliti nedeniyle yoğun bakımda takip edilen HIV+ hastada intrakraniyal lezyon; Toxoplasma? Lenfoma?

Mustafa Naci BALICA¹, Hakan SARICI¹, Zeynep Müntaha AYDOĞMUŞ¹, Canan Çam GÖNEN¹, Firdevs Tuğba BOZKURT BİÇER¹, Deniz ERDEM¹

¹Bilkent Şehir Hastanesi

Mustafa Naci BALICA / Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş: CMV ensefaliti genellikle AIDS ve/veya organ nakli öyküsü gibi bağışıklık sistemi ciddi şekilde baskılanmış hastalarda düşünülür. AIDS'li hastalarda CMV ensefaliti neredeyse her zaman CD4+ sayısı <50 hücre/ μ L olan hastalarda görülür ve bu hastalar genellikle konfüzyon ve bilinç bozukluğu ile başvururlar (1).

Olgu/Olgular: 36 yaş erkek hasta konfüzyon nedeniyle acil servise başvurmuş. CMV ensefaliti nedeniyle takipli hasta enfeksiyon hastalıkları servisine yatırılmış. Hastanın bilinçte gerileme olması üzerine elektif entübe edilmiş ve yoğun bakıma devir alınmıştır. Düzensiz ilaç kullanımı (valgansiklovir, TMP-SMX, Genvoya) olan hastanın yoğun bakım yatışında alınan Plazma CMV DNA PCR pozitif (7972) geldi. CD4 T lenfosit sayısı 6 hücre/ μ L ölçüldü. Difüzyon MR'da toxoplasma düşündürülen bulguları mevcuttu. Hastaya MR spektroskopisi ve perfüzyon MR çekildi; 'Bulgular tümüyle değerlendirildiğinde HIV pozitif olan hastada toksoplazma enfeksiyonu öncelikle düşünüldü' şeklinde raporlandı. Hastaya Lomber ponksiyon yapıldı; toxoplasma gondii DNA saptanmadı, Cytomegalovirus Yüksek Pozitif, Human HerpesVirus-6 Pozitif geldi. Eş zamanlı ayırıcı tanımızda yer alan lenfomaya yönelik BOS sitoloji ve aksiller biyopsi yapıldı. Yapılan biyopsi ve BOS sitoloji normal geldi. Hasta bunun üzerine CMV ensefaliti aktivasyonu nedeniyle mevcut tedavisine devam ettirildi. Hastanın takiplerinde 20. günde DTA kültüründe dirençli Klebsiella pneumoniae gelmesi üzerine Meropenem ve Kolistin tedaviye eklendi. Hasta da septik şok tablosu gelişti ve hasta yatışının 32. gününde hayatını kaybetti.


Tartışma-Sonuç: Tartışma: Toxoplasma genellikle HIV viral yükü 50 kopya/ml'nin üzerinde ve CD4+ hücre sayısı <100/mm³ olanlarda ortaya çıkmaktadır (2). Primer santral sinir sistemi lenfoması (PCNSL), nadir görülen ve oldukça agresif bir ektranodal non-Hodgkin lenfoma (NHL) türüdür. CMV, HIV/AIDS hastaları, immünsüpresan tedavi görenler ve solid organ nakli veya hematopoetik kök hücre nakli alıcıları gibi immün sistemi baskılanmış hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (3). CMV ensefaliti, CMV enfeksiyonlarının nadir görülen belirtilerinden biridir ve çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Kesin tanı viral PCR ile elde edilir. Parisi ve arkadaşları 65 yaş üstü yaşlı hastalarda yaptıkları bir çalışmada, viral ensefalit vakalarının yalnızca %1,5'inde CMV'nin rol oynadığını göstermiştir (4). Daha yaygın olarak rol oynayan diğer virüsler arasında HSV, VZV, EBV ve HHV-6/7 yer almaktadır. Ayrıca, CMV

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

**Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa**

 **12-15 Aralık 2024**

enfeksiyonu daha yüksek mortalite, uzamış mekanik ventilasyon ve hastanede kalış süresi ile ilişkilendirilmiştir, ancak bu ilişkinin CMV enfeksiyonuna ikincil olarak ortaya çıkan kötü sonuçları mı tanımladığı, yoksa CMV enfeksiyonunun sadece ciddi hastalık için bir belirteç mi olduğu açık değildir (5).Sonuç: CMV enfeksiyonu immün supresif durumlarda reaktivasyon sonucu farklı organ tutulumlarına neden olur ve morbidite-mortalite üzerine olumsuz etkisi vardır. Profilaktik tedavilerin düzensiz kullanılması CMV ensefaliti prognozunu olumsuz etkilediği düşünölmektedir.

Kaynakça

Yayın No: EP-024

Sunum Tipi: Poster Sunum - Olgu

Nadir Bir Olgu; Oftalmik Zona

Göker Üstünel¹, Murat Arıcı¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Göker Üstünel / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş: Zona olarak da bilinen herpes zoster enfeksiyonu, varisella zoster virüsünün yaşamın ilerleyen dönemlerinde yeniden aktif hale gelmesiyle oluşan yaygın bir viral enfeksiyondur. Herpes zoster enfeksiyonu oftalmik siniri etkilediğinde buna herpes zoster oftalmikus veya oftalmik zona adı verilir. Oftalmik zona genellikle göz, alın, ve burun üzerinde karıncalanma, yanma ile başlar. Bunu bir hafta sonra kabarcıklı bir döküntü takip eder. Döküntü vezikülerdir; veziküller cildin yüzeyinde görülen küçük, kabarcık benzeri keseciklerdir. Veziküler döküntünün etrafındaki deri kırmızıya döner. Döküntü genellikle yüzün bir tarafıyla sınırlıdır. Döküntü kabarcıkları genellikle ilk ortaya çıktıktan 7 ila 10 gün sonra patlar ve kabuk bağlar. Döküntü genellikle iki ila dört hafta sonra kaybolur. Tanı genellikle semptomlara ve döküntünün görünümüne dayanarak ve göz muayenesi yoluyla konulur. Bu vakada glioblastome multiforme tanıli bilinç bulanıklığı ve oral alım azlığı ile acil servise gelen aspirasyon pnomonisi düşünülüp yoğun bakıma yatırılan hastanın göz bulgularının bilinen hastalıklarından bağımsız sık karşılaşılmayan bir tanı olan oftalmik zona olduğu vurgulanmıştır.

Olgu/Olgular: 67 yaşında erkek hasta. 2020 yılında glioblastome multiforme nedeniyle opere olmuş. 10kür kemoterapi ve radyoterapi almış. son kürünü 1,5 ay önce almış. Oral alım azlığı ve bilinç bulanıklığı şikayeti ile yakınları tarafından acil servise getirilmiş. Yüksek oksijen ihtiyacı olması bilincinin letarjik ve oryantasyon koopereasyonunun kısıtlı olması nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatırılı yapılmış. YBÜ takiplerinde trakeostomize oldu. Peg açıldı. Hastanın sağ frontal ve oftalmik bölgede morumsu papiloveziküler lezyonları oluştu. GBM ile ilişkili olabileceği düşünülüp Beyin ve Sinir cerrahisinin görüşü alındı. Eski kranial görüntüleri ile yeni görüntüleri incelendiğinde benzer bulgular saptanması üzerine bu tanıdan uzaklaşıldı. Cildiye konsültasyonu alınan hastadan oluşan pauloveziküler döküntülerin oftalmik zona ile uyumlu olduğu düşünüldü. Asiklovir tablet başlandı. Lezyonlarında gerileme oldu.


Tartışma-Sonuç: Glioblastome multiforme gibi semptomları hızlı ortaya çıkan hastalıkların seyri sırasında cilt tutulumları sıklıkla gözlenmektedir. Fakat hastalığın seyrinde eşlik edebilecek yeni hastalıklar göz ardı edilmemelidir. Cilt tutulum şekli bize bu konuda yol gösterici önemli

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

**Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa**

 **12-15 Aralık 2024**

bulgular verebilir. Gereksiz tedavilerinde yaratmış olacağı morbiditenin de önüne geçmiş olacaktır.

Kaynakça

Yayın No: EP-025

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Diffüz Alveolar Hemorajinin Nadir Bir Nedeni: Akut Mitral Yetmezlik

ZEYNEP MÜNTAHA AYDOĞMUŞ¹, NACİ BALICA¹, DEMET BÖLÜKBAŞI¹, SEVAL İZDEŞ¹

¹ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

ZEYNEP MÜNTAHA AYDOĞMUŞ / ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

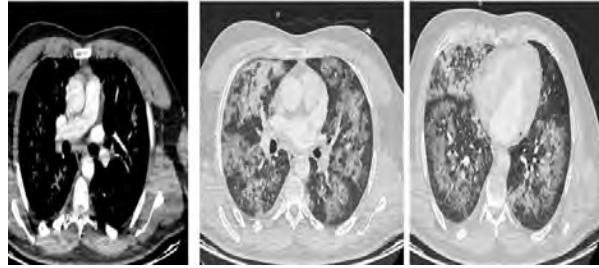
Giriş: Akut mitral yetmezlik (MY) hayati tehdit eden acil bir durumdur. Genellikle ani başlangıçlı pulmoner ödem ve kardiyojenik şokla ortaya çıkar. Nadiren hemoptizi ve diffüz alveolar hemoraji (DAH) oluşabilir. DAH, farklı patofizyolojilere sahip çeşitli hastalıklara eşlik edebilir. Bu yazıda DAH nedeniyle vaskülit ön tanısıyla kabul ettiğimiz ancak, akut MY tanısıyla mitral kapak replasmanı yapılan olgu anlatılmıştır.

Olgu/Olgular: Bir ay önce Covid-19 hastalığı geçirmesi dışında, herhangi bir hastalığı olmayan 44 yaşında erkek hasta, 4 gündür devam eden ateş, yorgunluk, öksürük, balgam, nefes darlığı, göğüs ağrısı, 2 gündür olan hemoptizi ve akut böbrek yetmezliği öyküsüyle yoğun bakıma yatırıldı. Fizik muayenesinde ateş, takipne, taşikardi ve bilateral yaygın ral ve ronküsü vardı. Akciğer grafisinde; kardiyomegali olmaksızın, iki taraflı yaygın opasite artışı, toraks BT'sinde; yaygın buzlu cam görünümü ve bilateral minimal plevral efüzyon izlendi. Ekokardiyografide mitral kapak prolapsusu (MVP) görüldü. Yüksek akışlı nazal kanülle FiO₂ %100, akım 60 L/dk iken 2. saatte ROX indeksi 1.4 olunca entübe edilerek mekanik ventilatör desteğine alındı. Oskültasyonda apekte yeni başlayan pansistolik üfürüm duyulmasıyla yeniden ekokardiyografi yapıp MVP zemininde flail mitral kapak ve ciddi MY saptanınca mitral kapak replasmanı yapıldı. Postoperatif sürekli renal replasman tedavisine alındı. Takibinde renal fonksiyonları düzeldi. Alt ekstremitelerde daha belirgin bilateral parezi belirlendi. Elektromyografide yaygın sensoriomotor aktif süreçte aksonal periferik nöropati saptandı. BOS'ta hücre görülmemesine rağmen protein yüksekliği olunca, Guillain-Barre sendromu tanısıyla plazmaferez ve IVIG tedavileri uygulandı. Perkütan trakeostomi açıldı. Gastrik intoleransı ve diyaresi olan hastanın takiplerinde kolon perforasyonu nedeniyle sağ hemikolektomi yapıp ileostomi açıldı. Bu sırada Sitomegalovirus viremisi saptandı ve tedavi başlandı. Yatışının 54.gününde hasta servise devredildi.

Resim 1.



Resim 2.




Tartışma-Sonuç: Mitral kapak prolapsusuna bağlı korda tendineae rüptürü (flail leaflet), iskemik olmayan akut MY'in nadir nedenlerinden biridir. Literatürde Covid -19 enfeksiyonuna ikincil akut MY gelişen ve mitral kapak replasmanı sonrası histopatolojik incelemede SARS-COV-2'nin doğrudan mitral kapak hasarına neden olduğuna dair kanıtlar vardır (2). Olgumuzda bir ay önce Covid-19 hastalığı geçirmesi dışında mitral kapakta bilinen bir patolojisi olmaması, Covid-19 enfeksiyonuna sekonder mitral kapak hasarı geliştiğini düşündürdü ancak hasarlı kapağın patolojik değerlendirilmesiyle Covid-19 enfeksiyonuna ikincil olduğu doğrulanamadı. Akut MY kliniği akut pulmoner enfeksiyon, akut solunum sıkıntısı sendromunu, alveolar hemoraji sendromlarını taklit ettiğinden ve fizik muayene bulguları genellikle silik olduğundan, başvuru sırasında tanınamayabilir. Yeni saptanan kardiyak üfürüm, pulmoner dekompanseasyon hemoptizi ve DAH ile başvuran her hastanın ayırıcı tanısında akut MY ve bu olasılığı dışlamak

KLİNİK

YOĞUN BAKIM DERNEĞİ KYBD

KIŞ SEMPOZYUMU

**Cornelia Diamond Golf
Resort & Spa**

 **12-15 Aralık 2024**

veya doğrulamak için hastalık seyrinin erken dönemlerinde ekokardiyografik değerlendirme düşünölmelidir

Kaynakça

Yayın No: EP-026

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Yoğun Bakım Hastalarında Nadir Bir Atelektazi Nedeni: Trakeobronkopati Osteokondroplastika

Oral Mentеш¹, Nadir Süleyman Çetinkaya²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı

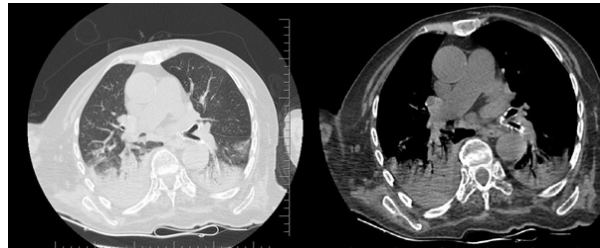
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Oral Mentеш / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş: Trakeobronkopati osteokondroplastika (TO), trakeobronşiyal ağacın lümenini etkileyen ve kıkırdakların anormal kondrifikasyonu ve ossifikasyonu ile karakterize nadir görülen benign bir durumdur. Kıkırdak halkalarının üzerinde submukozal veya kemiksi nodüllerle karakterize olan TO, hastalarda atelektazi kanama ve tekrarlayan enfeksiyonlara sebep olabilmektedir. Ön ve yan duvarları tutan nodüller bazen ana bronşa, trakeaya hatta nadiren larinkse ulaşır. TO hastalarının çoğunluğu yaşamları boyunca asemptomatiktir. TO ilk kez 1867 yılında ayrıntılı olarak tanımlandığından bu yana dünya genelinde az sayıda olgu bildirilmiştir.

Olgu/Olgular: Yoğun bakımda atelektazi ve hipoksemi nedeniyle araştırılan hastalarda Fiberoptik bronkoskopi (FB) ve akciğer bilgisayarlı tomografisiyle (BT) TO tanısı konulan üç vakayı bildiriyoruz. Hastalarımız akciğer atelektazileri hemoptizi ve periferik saturasyon düşüklüğü nedeniyle araştırılırken insidental olarak TO tanıları konulmuştur, semptomatik tedavi uygulanmıştır. Çeşitli klinik perspektiflere sahip bu vaka dizisini, bunların ilişkilerini ve bu nadir durumun literatür incelemesini açıklamaktayız.

Vaka1 toraks bilgisayarlı tomografisi



Vaka1 fiberoptik bronkoskopi görüntüsü



Tartışma-Sonuç: Trakeobronkopati osteokondroplastika için şu anda belirli bir tedavi mevcut değildir. Tedavi sadece semptomatiktir. TO hastaları uzun süreler boyunca takip edilebilir. Cerrahi çıkarma, lazer ablasyon veya stent implantasyonu yalnızca lezyonlar tarafından hava yolunun daralması durumunda yapılmalıdır. Sonuç olarak, TO nadir görülen ve iyi huylu bir trakea ve bronş hastalığıdır. Submukozal kemikleşmiş ve kıkırdaklı nodüllerle karakterizedir. Tanı koymak için toraks BT ve FB yapılmalıdır. Yoğun bakımlarda atelettaziye sekonder gelişen hipoksemilerde, hemoptizi vakalarının ayrıntı tanısında ve radyolojik olarak nodüler bronş, trakea kalsifikasyonlarında klinisyenlerin bu nadir durumu da akıllarında bulundurmaları gerektiğini düşünmekteyiz.

Kaynakça

Yayın No: EP-027

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Bilinci Kapalı Hastada Anamnezden Hayata

Murat Arıcı¹, Göker Üstünel¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

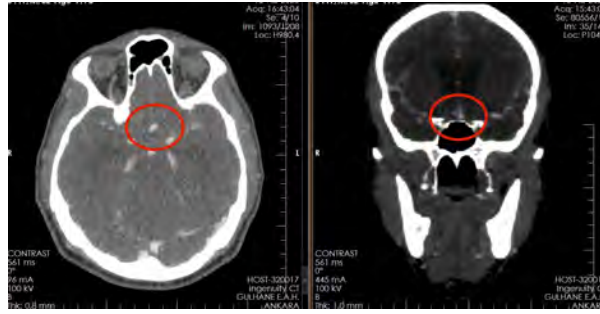
Murat Arıcı / Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Subaraknoik kanamanın (SAK) küresel insidansı 100.000 kişide yılda 7,9 dur. Travmatik olmayan SAK'ların çoğu rüptüre olmuş sakküler anevrizmalardan kaynaklanır. Bu genellikle önemli mortalite ve yüksek morbidite ile önemli bir hadisedir. Yönetimi stabilizasyon, SAK'ın ciddiyetinin belirlenmesi, yetkinliği olan bir merkeze refere edilmesi, cerrahi klipsleme veya endovasküler coiling ile güvenli olmayan anevrizmanın erken onarımı yoluyla yeniden kanamanın önlenmesi, kan basıncı kontrolü, antifibrinolitik ve antitrombotik tedavi, övoleminin sağlanması ve görüntüleme tekrarları ile yapılır. Sonrasında nimodipin tedavisi ağrı kontrolü ve genel bakım hizmetleri verilir.

Olgu/Olgular: Vakamızda merkezimiz acil servisine evinde baygın halde bulunan ,112 ile getirilen 44 yaş erkek hastadan bahsedilmektedir. Hasta 14:15 sularında bilincinin kapalı olması, uyuşturucu madde kullanımı nedeniyle yoğun bakım endikasyonu için tarafımıza danışılmıştır. Hastanın 112 ile acil servise devrinde "Arap otu" adı verilen uyuşturucu madde kullandığı beyan edilerek devredilmiş. Yapılan araştırmada ve zehir danışma merkezi görüşmesinde bu isimde bir uyuşturucu madde bulunamamıştır. Hastanın takiplerinde Kan Basıncı:150/105 mm/hg diğer vital bulguları stabil olarak takipli iken bir kez kusması olmuştur. Fizik muayenesinde sesli uyarana göz açma yanıtı yok, ağırlı uyarana yüz buruşturma yanıtı vardı. Bilinci kapalı, oryantasyon kooperasyon yoktu. Zaman zaman dezoryante hareketleri dikkat çekmekteydi. DIR/İİR:++/++, idi. Tarafımızca yapılan muayene sonlanmak üzereyken eşi muayene odasına geldi. Hastanın uyuşturucu madde kullanmadığını herhangi bir hastalığı olmadığını, ilaç kullanımı olmadığını,20 paket /yıl sigara kullanımı olduğunu beyan etti. O gün şehir dışında olduğunu ve sabah 05.00 sularında eşinin kendisine sesli mesaj attığını ve hafif bir ense ağrısı olduğunu söylediğini beyan etti. Hastanın laboratuvar bulgularında mevcut durumu açıklayacak metabolik bir bulgu yoktu. Normal sınırlar dışında olan parametreler; crp:11mg/l wbc:13140 hb:16,6 plt:275000 idi. Taramızca yoğun bakım yatışı öncesi santral görüntülemelerinin yapılması ,ilgili branşlarca değerlendirilmesi önerilerek konsültasyon istemi sonlandırıldı. Bilgisayarlı Tomografisi: Bilateral beyin sulkuslarında, interhemisferik fissürde, 4.ventrikülde ve bazal sisternalarda SAK izlenmektedir. şeklinde raporlanmıştır. Acil beyin ve boyun arterlerine yönelik BT anjiyografisinde: ACOM da 6 mm ebatlı anevrizma izlenmekte olup yaygın SAK ile beraber değerlendirildiğinde rüptür düşündürmektedir. Hasta santral görüntülemeleri sonrasında enfeksiyon hastalıklarına, beyin ve sinir cerrahisi ve nöroloji kliniğine danışılmıştır. YBÜ yatışı yapılmış GKS:8 olması üzerine entübe edilmiş. 00.00

sularında girişimsel radyoloji biriminde yapılan anjiyografide ACOM da 4 mm çapında ve paraoftalmik ICA 4x3 mm boyutlarında düzensiz sakküler anevrizmalar izlenmiş. Her iki anevrizmaya da endovasküler tedavi planlanmış, ACOM'daki anevrizma kesesi kateterize edilerek koil kullanılarak embolize edilmiştir. Ardından paraoftalmik ICA'daki anevrizma kateter kombinasyonu ile kateterize edilerek koiller ile embolize edilmiş.6x2 tablet nazogastrik sondadan oral nimodipin tedavisi önerilmiştir.iki günlük dahiliye ybü takibi sonrasında BSC'ne danışılmış, hastaya acil cerrahi girişim düşünülmemiş sedasyonunu kesilerek ekstubasyon önerilmiştir. Hasta ekstubasyon sonrası BSC ybü ye nakledilerek 4 günlük takip sonrası sağlık ile taburcu edilmiştir.

Beyin BT SAK



Beyin BT SAK 2



Tartışma-Sonuç: SAK genellikle önemli mortalite ve morbidite ile çok önemli bir hadisedir. Hastanın survisi veyahut sekel kalmaması adına çok hızlı bir şekilde tanı konulmalı ,uygun merkeze sevki sağlanmalıdır. Bilinci kapalı olarak acil servise gelen her hastada akılda

bulundurulması gereken patolojilerden bir tanesi olmalıdır. Vakamızda hastanın eşinin verdiği anamnez hastalığın çözümlenmesinde önemli bir yer teşkil etmiştir. Hasta sabah saatlerinde ense ağrısından bahsetmiş ve muhtemel patoloji olarak hipertansif krize bağlı anevrizma rüptürü ve subaraknoid kanama düşünölmüştür. Hasta uygun tedaviler sonrasında salah ile taburcu edilmiştir

Kaynakça

Yayın No: EP-028

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

Hipotermi ve bilinç bozukluğu ile başvuran 76 yaşındaki kadın hasta: Pnömoninin tetiklediği miksödem koması olgu sunumu

Hakan Yıldırım¹, Bensu Selbest¹, İsmail Hakkı Akbudak²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı

Hakan Yıldırım / Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Dekompanse hipotiroidizm, diğer ismiyle miksödem koması, değişmiş mental durum, hipotermi ve depresif vital bulgularla birlikte görülen bir endokrin acildir. Bu durum genellikle kontrolsüz hipotiroidisi olan bir hastada enfeksiyon, miyokard enfarktüsü, cerrahi, soğuğa maruziyet gibi tetikleyici bir durum ile ortaya çıkar. Çoğunlukla non-spesifik bulgular vermesi ve sağlık hizmetlerine artan erişim sonrası nadir görülmesi nedeniyle atlanması ve gözden kaçması olası bir tablodur. Özellikle erken tanı konulamadığı ve tedavinin geciktiği durumlarda daha belirgin olmak üzere ciddi mortalite oranına sahiptir.

Olgu/Olgular: 76 yaşındaki kadın hasta hipotermi, letarji, bilinç bulanıklığı, desatürasyon ve takipne şikayetleri ile getirildiği acil servisten yoğun bakım ihtiyacı olması üzerine dahiliye yoğun bakım servisine interne edildi. Hastanın öyküsünde serebrovasküler hastalık ve hipertansiyon mevcuttu. Fizik muayenesinde yüzde şişlik, pitozis, kuru ve soğuk cilt mevcuttu; vücut sıcaklığı 34,1 °C ölçüldü. Yapılan beyin BT/MR görüntülemelerinde eski serebrovasküler olaya ait ensefalomalazik alanlar dışında yeni gelişen iskemik/hemorajik alan saptanmadı. Sıvı resüsitasyonuna rağmen hipotansiyonu olan hastaya 0,2-0,3 mcg/kg/dk'dan noradrenalin infüzyonu verildi. Tip 1 solunum yetmezliği ve sebat eden bilinç bozukluğu olan hastada non-invaziv mekanik ventilasyon uygun görülmedi, entübe edildi. Hipotermisi sebat eden hastada hava üflemleri hasta ısıtma cihazı kullanılarak normotermi sağlanmaya çalışıldı. Yapılan kan tetkiklerinde kortizol seviyesi 20.5 µg/dL saptanan ve sıvı resüsitasyonuna ve inotrop desteğine rağmen hipotansiyonu sebat eden hastaya hidrokortizon 2x100mg IV rölatif adrenal yetmezlik ön tanısıyla başlandı. Toraks BT görüntülemesinde sağ akciğerde lobar pnömoni ile uyumlu konsolide alanlar saptanan, CRP ve prokalsitonin yüksekliği olan hastaya ampirik meropenem antibiyoterapisi başlandı. Yapılan tetkiklerde tiroit uyarıcı hormon (TSH) değeri 69.6 mIU/L saptanan ve ciddi tiroksin (T4) düşüklüğü (0.012 ng/dL) olan hastada miksödem koması düşünüldü. Popoveniuc ve arkadaşlarının yayınladığı miksödem skorlama sistemiyle yapılan hesapta skor>60 (miksödem koma ile uyumlu) saptandı ve 200 mcg levotiroksin tedavisi başlandı. Levotiroksin tedavisi sonrası 2. haftada TSH değeri 5.32 mIU/L, T4 ise 1.21 ng/dL olarak saptandı. Hastada normotermi sağlandı. Takiplerinde ekstübasyon denemeleri başarısız olan hastada trakeostomi açıldı, uzun süreli beslenme desteği için perkütan endoskopik

gastrostomi açıldı. Hasta yoğun bakım yatışının üçüncü ayında sepsis zemininde kardiyak arrest sonrası exitus kabul edildi.

Tartışma-Sonuç: Dekompanse hipotiroidizm, çoklu organ yetmezliğinin de eşlik edebildiği acil bir durumdur. Tanısı daha yaygın hastalıklarla olan benzerliklerinden dolayı gecikebilir; tanıda önemli köşe taşı hipotermiye eşlik eden bilinç bozukluğudur. Birçok hastada depresif vital bulgularla prezente olabilir. Hastalığın tanısında fizik muayene bulguları yol gösterici olmakla birlikte TSH ve serbest tiroksin seviyesi de ölçülmelidir. Yüksek mortalite nedeniyle tedaviye gecikmeden başlamak kritik bir role sahiptir. Hastalığın yönetimi resüsitasyon, erken steroid takviyesi, tiroid hormon replasmanı ve tetikleyici olayın tedavisini içermelidir.

Kaynakça

Yayın No: EP-029

Sunum Tipi: Poster Sunum - Olgu

Sporadik Creutzfeldt-Jacob Hastalığı: 2 Olgu Sunumu

Fatmanur Şimşek¹, Hakan Sapmaz², Mete Erdemir², Gürhan Taşkın²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Fatmanur Şimşek / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Prion hastalıkları uzun kuluçka dönemleri olan nörodejeneratif hastalıklardır. Klinik semptomlar ortaya çıktıktan sonra çok hızlı bir şekilde ilerler (1). Creutzfeldt-Jacob hastalığı (CJD) prion hastalıklarının içerisinde en sık olanıdır (2). Hafıza ,konsantrasyon ve muhakemede bozulma davranışı sık görülen erken belirtilerdir (3). Depresyon ve kayıtsızlık gibi ruh hali değişiklikleri yaygındır; öfori, duygusal değişkenlik ve kaygı daha az sıklıkta görülür (4). CJH tanısında en sık kullanılan laboratuvar yöntemleri elektroensefalografi (EEG), lomber ponksiyon (LP) ve manyetik rezonans görüntülemedir (MRG). Sporadik formda T2A ve FLAIR görüntülerde kortikal ve derin gri cevherde sinyal artışı ile difüzyon ağırlıklı MRG'de difüzyon kısıtlaması tipiktir (5). EEG'de zemin ritminde yavaşlamaya ek olarak periyodik keskin dalga deşarjlarının varlığı hastalığın tanısında yardımcıdır (6). CJH tanısında beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde 14.3.3 proteininin saptanması, prion hastalığı için tanısal testten ziyade yardımcı bir test olarak düşünülmelidir(7). Bu çalışmada yoğun bakım kliniğimizde takip edilen Creutzfeldt-Jacob tanısı alan iki hastamızın klinik ilerleyişi, laboratuvar ve görüntüleme bulgularından bahsedilecektir.

Olgu/Olgular: İlk olgumuzda; 49 yaşındaki erkek hasta huzursuzluk, agresif davranışlar, baş ağrısı, konuşmada güçlük ve hafıza kaybı üzerine hastaneye başvurmuş. Başvurusunda şizofreni, bipolar bozukluk ve demans ön tanılarıyla hastaya antidepresan ve antipsikotik ilaç başlanmış. Acil servise nefes darlığı ile başvuran hastada hipovolemik hipernatremi ve pnömoni saptanmış. Ciddi hipoksisi olan hasta dış merkezde yoğun bakım kliniğine yatırılmış. Takiplerinde şuur geriliği devam eden hastada viral ensefalit, otoimmün/paraneoplastik ensefalit düşünülmüş. İleri tetkik ve tedavi amacıyla hastanemiz yoğun bakım kliniğine sevki yapılmıştır. Hastanemizdeki nörolojik muayenesinde ağırlı uyararla göz açıyor yüz buruşturuyordu ancak dört ekstremitede ağırlı uyarılara yanıt yoktu. Pupiller izokorik ve bilateral direkt/indirekt ışık refleksi alınıyordu. Ense sertliği yoktu. EEG kaydında düşük zemin aktivitesinde jeneralize yavaş (teta-delta) dalga paroksizmleri tarzında anomali izlendi. Hastanın beyin MR'ında parçalı iki taraflı kortikal parlaması olduğu ve bazal ganglionlarda da diffüzyon kısıtlılığı olduğu görüldü.Hastanın mevcut klinik gidişi MRG bulguları değerlendirildiğinde hastada öncelikle

Creuzfeldt Jakob hastalığı düşünöldü. Hastaya LP yapıldı, BOS örneğinden protein 14.3.3 gönderildi ve pozitif geldi. Klinik, radyolojik ve biyokimyasal bulgularla hastaya CJD tanısı konuldu. Yatışının 41.gününde hasta uzamış yoğun bakıma nakil edildi. Hastanın öldüğü sistem üzerinden öğrenildi. İkinci olgumuz bilinen bir hastalığı olmayan kolesistektomi sonrasında unutkanlık ve çevresindeki kişileri tanıyamama şikayeti başlayan 73 yaşındaki erkek hastayı ele almaktadır. Çekilen ilk diffüzyon MRG'de sol insular kortekste diffüzyon ağırlıklı görüntülerde ve FLAIR de parlama vardı. 1 hafta sonra çekilen kontrastlı beyin MRG sol insuladan inferior frontal gyrusa uzanan difüzyon kısıtlılığı, kontrastlanmayan FLAIR hiperintensite subakut enfarkt ile uyumlu göröldü. 2 hafta sonraki MRG bulgularında sol frontoparietal lob bileşkesinden insulaya doğru kortikal FLAIR ve difüzyon hiperintensite göröldü. Bir önceki MRG'ye göre bulgulara progresyon mevcuttu. Ayırıcı tanılarımız içerisinde; epilepsi, ensefalit, CJD tanıları yer aldı. Hastaya LP yapıldı. BOS örneğinden protein 14.3.3 gönderildi. Hastaya yapılan EEG'de trase süresince sık ortaya çıkan sol hemisferde keskin dalga paroksizmleri tarzında ve trase süresince sürekli ortaya çıkan sol hemisferde yavaş (teta-delta) dalga paroksizmleri tarzında anomali izlendi. Protein 14.3.3 pozitif geldi. Hasta izole odaya alındı. Klinik, radyolojik ve biyokimyasal bulgularla hastaya CJD tanısı konuldu. Hasta hastanemiz başvurusundan sonraki 38. günde kaybedildi.

Tartışma-Sonuç: Orta ve ileri yaşta akut başlayan psikotik ve demansiyel belirtilerde klinisyenler CJD tanısını akılda bulundurmalıdır.

Kaynakça

Yayın No: EP-030

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

HUMERUS ŞAFT FRAKTÜRÜNDEN OVER KARSİNOMUNA

Melisa İrem Kara¹, Pınar Tülinay Bulut¹, fatma erseven¹

¹Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Melisa İrem Kara / Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Hiperkalsemi serum kalsiyum düzeyinin normalden (9-11 mg/dl) yüksek olduğunda meydana gelen metabolik bir durumdur. Hiperkalsemi yaşamı tehdit edebilir ve kanser ile ilişkili en yaygın görülen metabolik bozukluk olup kanser hastalarının %10-20'sinde ortaya çıkar. Over kanseri genellikle kabızlık,sık idrara çıkma,vajinal kanama ve kilo kaybı ile seyredir.Klinikte over kanserinde görülen hiperkalsemi nadirdir. Malignite ilişkili hiperkalseminin tahmini yıllık insidansı %1,46-%2,74'tür. Hiperkalseminin etiyojisi ve şiddeti, tedavi planlamasından önce uygun şekilde değerlendirilmelidir.

Olgu/Olgular: Demans, hipertansiyon, diyabetes mellitus ve Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanıları olan 70 yaşındaki kadın hasta, acil servise 03.09.2024 tarihinde şiddetli sağ kol ağrısı ve karın şişliği ile başvurdu.Çekilen sağ kol grafisinde sağ humerus shaft kırığı saptandı ve hasta ortopedi ve travmatoloji tarafından 05.09.2024 tarihinde opere edildi.Laboratuar tetkiklerinde Hgb: 8,8 g/dL, WBC: 13.180 x10³cells/μL, PLT: 684 x10³cells/μL, NEU:1142x10³cells/μL Ca:12,02 mg/dL, düzeltilmiş Ca: 13,08 mg/dL , PTH:1,5 ng/L 1,25-OH₂D vit:3,48 μg/L ve CRP: 117 mg/dL saptanmıştır.Yattığı serviste primer hiperparatiroidi dışlanan hasta postoperatif 6. günde (11.09.2024)hipoksik,takipneik ve GKS: 11 olan hasta dahiliye yoğun bakım ünitesine yatırıldı.Hiperkalsemisi için intavenöz izotonik salin ve 5mg/h furosemid tedavisi başlandı.Ayrıca abdomen distandü görünümde olan hastaya yatak başı yapılan USG'de yaygın asit tespit edildi; toplam 10 litre tanısal parasentez gerçekleştirildi.Karın şişliği için Batın Bilgisayarlı Tomografi incelemesi yapıldı.Omental kek ve peritonda yaygın sıvı saptandı.Serumda bakılan tümör markerları Ca125: 284 U/ml ve Ca15-3: 1,85 U/ml olarak gelen hasta ön planda over karsinomu düşünüldü.Parasentez sıvısında sitoloji gönderilen hastadan periton biyopsisi alındı. Takiplerinden hastanın bilinç durumunda düzelme, kalsiyum düzeyinde düşüş olması üzerine nihai tedavisini alması için dahiliye kliniğine devir edildi.Hastaya sitopatolojik incelemeyle seröz over adenokarsinomu tanısı konuldu.

Tartışma-Sonuç: Metabolik bir bozukluk olan hiperkalsemi, kanser hastalarının %10-30'unda görülür(1).Hiperkalsemik bozukluğa eşlik eden en yaygın kanserler arasında akciğer kanseri, multipl miyelom, renal hücreli karsinom ve meme kanseri bulunur. Over karsinomu ilişkili hiperkalsemi nadirdir ve yalnızca birkaç vakada bildirilmiştir; malignitelerde hiperkalsemiye neden olan altta yatan mekanizmalar esas olarak primer veya sekonder hiperparatiroidizm, osteolitik hiperkalsemi ve 1,25(OH) 2 D bozukluğudur; bunların en yaygın nedeni tümör

tarafından salınan PTHrP aracılığıyla oluşan malign hiperkalsemidir.PTHrP'nin tümör büyümesini ve metastazı teşvik ederek mortal sonuçlara yol açtığını ortaya koymuştur (2, 3) . Özellikle, hiperkalsemi şiddeti ile over kanseri ilerlemesi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.Toplam serum kalsiyum seviyelerinde her 0,1 mmol/L artış için ölümcül over kanseri riskinin %52 oranında arttığı bulunmuştur (4).SONUÇ: Hiperkalsemik olan ileri yaş hastalarda kırık etyolojisinde osteoporoz dışında ayırıcı tanıda malignitelerde düşünölmelidir.Over karsinomu tanısı almış hastalarda yoğun bakım yatışı ve hastalık prognozu değerlendirmede kalsiyum bir biyobelirteç olabilir.

Kaynakça

Yayın No: EP-031

Sunum Tipi: Sözlü Sunum - Olgu

PALYATİF HASTASINA YOĞUN BAKIM TEDAVİSİ FAYDA EDECEKSE NEDEN BEKLEYELİM?

Büşra YAVAŞ¹, Songül Binay¹, Murat Bülent KÜÇÜKAY¹

¹Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Büşra YAVAŞ / Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Sepsis; konağın enfeksiyona karşı disregüle yanıtı sonucu oluşan ve hayatı tehdit eden organ disfonksiyonudur. Septik şok ise hipovolemi olmaksızın laktat seviyelerinin 2 mmol/l daha fazla olması ve ortalama arteriel basıncın 65 mmHg üstünde tutulması için vazopressör ihtiyacının olmasıdır. Palyatif bakım yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek, bu problemlerin önlenmesini hedef alır. Palyatif bakım alan kanser hastaları, hastane enfeksiyonlarına, immüsupresif tedavilere, geçirilmiş cerrahi operasyonlara, solunum desteğine, kullanılan kataterlere, beslenme yetersizlikleri ve diğer nedenlere bağlı olarak enfeksiyona yatkındır. Bu hastalarda enfeksiyona bağlı mortalite yüksektir. Bizim bu hastamızı sunmamızdaki amaç hastamızda palyatif kararı alınmış olup kliniğinin kötüleşmesi nedeniyle değerlendiren yoğun bakımlar palyatif hastası olduğu için yoğun bakım yatışından fayda görmeyeceğini düşünmüşlerdir. Ancak hastada septik şok mevcut olup septik şok tedavi edilebilir problemler arasında olduğundan, bu grup hastalarda hızlı ve doğru tedaviyi başlamak, mortalite ve morbiditeye olumlu etki ettiği için hastayı yoğun bakım kliniğimize devralmayı uygun bulduk.

Olgu/Olgular: 70 yaş kadın hasta, bilinen parkinson ve sigmoid kolon kanseri tanısı olan hastaya 13 gün önce tümör perforasyon onarımı, loop ileostomi yapılmış. Hasta için cerrahi onkoloji tarafından palyatif bakım kararı verilmiş. Genel durumu bozulan hasta diğer yoğun bakıma danışılmış ancak palyatif bakım kararı alınan hastanın yoğun bakımdan yarar görmeyeceği düşünülerek devralınmamış. Sonrasında hasta yoğun bakım ihtiyacı açısından tarafımıza danışıldı. Hasta septik şok ön tanısı ile tarafımızca devralındı. Hastanın genel durumu kötü, bilinci konfüze, gks:13 olarak hesaplandı. Batın diren içeriği pürülandı. 6-7 lt/dak o2 altında parmak SO2:92, solunum sayısı: 26, vücut ısısı: 36.1°C, MAP:55, nabızı: 110/dak idi. Wbc:63260, Crp:205 mg/lt, proc: >75 ng/ml, Akg;ph;7,21, pco2;25, hco3;10, so2;80, laktat :6,59 mmol/L, kreatin, elektrolitleri, karaciğer fonksiyon testleri normal aralıktaydı. Hastanın diren kültüründe e.coli ve p.aeruginos üremesi vardı. Hastaya vazopressör, hidrasyon, hidrokortizon başlandı. Oksijen desteğine diffüz maske ile devam edildi. Servis yatışında meropenem ve teikoplanin alan hastaya ek olarak kolistin, tigesiklin ve kaspofungin başlandı. Hastanın yatışının 3. gününde genel durumu ve gks düzeldi. Vazopressör ihtiyacı

kalmadı .Oksijen ihtiyacı azaldı. Akut faz reaktanları dramatik geriledi. Yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hasta yatışının 5.gününde servise devredildi.

Tartışma-Sonuç: Palyatif bakım kararı alınan kanser hastalarında, sepsis önemli bir sorun olup tedavi yönetimi uygun yapılmazsa mortalite oranı yüksektir. Kanser hastalarında sepsisin 1/3'ü cerrahi yapılan hastalarda gelişir ve morbidite ve mortalitenin ana sebebidir. Kolon perforasyonunda primer odak kontrolü ve antibiyotikle mortalite %5-6'dır. Kaynak kontrol altına alınamazsa mortalite %40'ın üzerindedir. Enfeksiyon kaynağının kontrol altına alınarak uygun antibiyotiklerle olguların %70-90'ında iyi cevap alınır. Post op intraabdominal abse nedeniyle septik şok ile yoğun bakıma yatırılan hastanın antibiyotik tedavisi enfeksiyon etkenine ve olası etkenlere karşı ampirik olarak genişletilmiş olup , inotrop desteği başlanmış , destek tedaviler ile hastanın genel durumunda ve laboratuvar değerlerinde iyileşme gözlemlenmiştir. Palyatif bakım kararı verilen kanser hastalarında sağlık profesyoneli zaman zaman etik boyutları olan sorunlarla karşılaşmaktadır. Palyatif kanser hastalarında sepsis , septik şok tedavi edilebilir problemler arasındadır . Hızlı müdahale mortalite ve morbiditenin azalmasını sağlamaktadır. Palyatif tıp tedavilerinde küratif ve palyatif tedaviler birbirlerine engel olmayıp belli bir kombinasyon içinde de gerçekleştirilebilmektedir.

Kaynakça



klf®

GENX
KONGRE

GENX TURİZM LTD. ŞTİ.

İcadiye Cd No: 3 Kuzguncuk 34674 İstanbul

Tel: +90 216 310 11 00 Faks: +90 216 310 06 00

www.genx.com.tr