



KARAMAN ACİL TIP KLİNİĞİ İLKBAHAR KONGRESİ



BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

ABSTRACT BOOK

Düzenleme Komitesi

Doç. Dr. Dilek ATİK

Doç. Dr. Hatice Şeyma AKÇA

Dr. Öğr. Üyesi Ramazan ÜNAL

Dr. Öğr. Üyesi Cesareddin DİKMETAŞ

DOI:10.5281/zenodo.20489023

Karaman Acil Tıp Kliniği İlkbahar Kongresi
Abstract Book

Düzenleme Komitesi

Doç. Dr. Dilek ATİK

Doç. Dr. Hatice Şeyma AKÇA

Dr. Öğr. Üyesi Ramazan ÜNAL

Dr. Öğr. Üyesi Cesareddin DİKMETAŞ

İmtiyaz Sahibi
Platanus Publishing®

Genel Yayın Yönetmeni
Arzu Betül Çuhacıoğlu

Kapak & Mizanpaj & Sosyal Medya
Platanus Yayın Grubu

Birinci Basım
Nisan, 2026

Yayımcı Sertifika No
45813

ISBN
978-625-8513-80-6

©copyright

Bu kitabın yayım hakkı Platanus Publishing'e aittir. Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin alınmadan hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Adres: Natoyolu Cad. Fahri Korutürk Mah. 157/B, 06480,
Mamak, Ankara, Türkiye.

Telefon: 0552 926 65 61
web: www.platanuspublishing.com
e-mail: platanuskıtap@gmail.com
Platanus Publishing®



Platanus Publishing®



KARAMAN ACIL TIP KLİNİĞİ İLKBAHAR KONGRESİ

27-29 MART 2026

Concorde De Luxe Resort, Antalya



www.karamanaciltip.com



karamanaciltip@gmail.com



DAVET MEKTUBU

Değerli Sağlık Çalışanları,

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı tarafından 27-29 Mart 2026 tarihleri arasında düzenlenecek "**Karaman Acil Tıp Kliniği İlkbahar Kongresi**"ne sizleri davet etmekten büyük mutluluk duymaktayız.

Kliniğimiz tarafından Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi ve Karaman Tıp Derneği'nin destek ve katkılarıyla, bu yıl ilki **Antalya Concorde De Luxe Resort**'da düzenlenecek olan "**Karaman Acil Tıp Kliniği İlkbahar Kongresi**"nin temel amacı, katılımcılara Acil Tıp alanında son gelişmelerin sunulduğu, teorik ve pratik mesleki deneyimlerin paylaşıldığı akademik bir platform sağlamaktır.

Kongrenin güncel literatür taraması, vaka takdimi gibi teorik sözlü ve poster sunumların yanı sıra, Acil Tıp Alanında görev yapan değerli akademisyen, uzman ve pratisyen hekim, hemşire ve alana ilgi duyan tüm kademelerdeki sağlık personelinin bir araya getirmek, fikir alışverişinde bulunmak suretiyle de, bilim alanına katkı sağlayacak önemli bir etkinlik olacağını düşünmekteyiz. Kongre sunum dili Türkçe ve İngilizcedir.

Kongreye katılımınız ve sizlerden gelen akademik çalışmalarınız ile daha verimli olacağına inandığımız "**Karaman Acil Tıp Kliniği İlkbahar Kongresi**"ne tüm sağlık çalışanlarını davet etmekten onur duyuyoruz.

Düzenleme Komitesi Adına;

Doç. Dr. Dilek ATİK
Karaman Acil Tıp Kliniği

Doç. Dr. Hatice Şeyma AKÇA
Karaman Acil Tıp Kliniği

Email: karamanaciltip@gmail.com

Web: www.karamanaciltip.com

BİLİM KURULU

Doç. Dr. Dilek ATİK
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. H. Şeyma AKÇA
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Emre GÖKÇEN
Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ramiz YAZICI
SBÜ Kanuni Sultan Süleyman EAH Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Umut OCAK
SBÜ Bursa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Levent ALBAYRAK
Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Emine KADIOĞLU
SBÜ Taksim EAH Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Sevilay VURAL
Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mücahit GÜNAYDIN
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Abuzer ÖZKAN
SBÜ Taksim EAH Acil Tıp Anabilim Dalı

Prof. Dr. Abdullah ALGIN
SBÜ Ümraniye EAH Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ahmet Burak ERDEM
SBÜ Etlik Şehir Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Bülent IŞIK
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ahmet DURSUN
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Özlem DÜLGER
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Doç. Dr. Fatih TANRIVERDİ
SBÜ Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Serdar ÖZDEMİR
SBÜ Ümraniye EAH Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Atakan SAVRUN
SBÜ Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Sinan YILDIRIM
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Ramazan ÜNAL
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Bensu BULUT
SBÜ Gülhane EAH Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Abdurrahman YILMAZ
Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Mikail KUŞDOĞAN
Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Burak KAYA
Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Cesareddin DİKMETAŞ
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Güler TEPE TETİK
Sağlık Bakanlığı Döşemealtı Devlet Hastanesi

Uzm. Dr. Şeyda Tuğba SAVRUN
Sağlık Bakanlığı 112 Komuta Kontrol Merkezi Ankara

KONGRE ANA PROGRAMI

27.03.2026 (CUMA)

11.00-12.00	AÇILIŞ
OTURUM 1	HALL A (GALAKSİ SALON) KLAVUZLAR VE GÜNCELLEMELER OTURUM BAŞKANI: DOÇ. DR. HATİCE ŞEYMA AKÇA - DOÇ. DR. SİNAN YILDIRIM
14.00-14.20	BLS DR. ÖĞR. ÜYESİ HASAN BURAK KAYA
14.20-14.40	ALS DOÇ. DR. SERDAR ÖZDEMİR
14.40-15.00	PALS DOÇ. DR. ABUZER ÖZKAN
15.00 – 15.20	COFFEE BREAK
OTURUM 2	HALL A (GALAKSİ SALON) TRAVMA OTURUM BAŞKANI: DR. ÖĞR. ÜYESİ ŞÜKRÜ SALİH TOPRAK - DR. ÖĞR. ÜYESİ RAMAZAN ÜNAL
15.20-15.40	ATLS 11'DE NELER DEĞİŞTİ DR. ÖĞR. ÜYESİ CESAREDDİN DİKMETAŞ
15.40-16.00	TRAVMADA YAŞAMIN İKİ UCU: GERİATRİK VE PEDİATRİK TRAVMAYA ÖZEL YAKLAŞIM DOÇ. DR. GÖKHAN YILMAZ
16.00-16.20	TRAVMATİK ŞOK YÖNETİMİNDE GÖZDEN KAÇAN TUZAKLAR VE KISITLILIKLAR DR. ÖĞR. ÜYESİ MEHMET BİÇER
16.20 – 16.40	COFFEE BREAK
OTURUM 3	HALL A (GALAKSİ SALON) VAKALAR OTURUM BAŞKANI: DOÇ. DR. ATAKAN SAVRUN - DR. ÖĞR. ÜYESİ HANDE NEVİN DİKEL GÖREN
16.40-17.00	VAKALAR ÖZELİNDE ATU KARARI (KARDİYO RENAL) ARŞ. GÖR. DR. BORAN POLAT
17.00-17.20	ALERJİK RİNİT Mİ? SOĞUK ALGINLIĞI MI? ARŞ. GÖR. DR. BURCU SENA AYDIN
28.03.2026 (CUMARTESİ)	
OTURUM 1	HALL A (GALAKSİ SALON) KARDİYOLOJİ OTURUM BAŞKANI: DOÇ. DR. DİLEK ATİK - DOÇ. DR. BENSU BULUT
09.00-09.20	AKS GÜNCEL KLAVUZLAR DOÇ. DR. FATİH TANRIVERDİ
09.20-09.40	OMİ NOMİ PROF. DR. NALAN KOZACI
09.40-10.00	ANTİKOAGÜLANLARA GÜNCEL BAKIŞ DOÇ. DR. BELİZ ÖZTOK TEKTEK
10.00 – 10.20	COFFEE BREAK
OTURUM 2	HALL A (GALAKSİ SALON) GÖRÜNTÜLEME OTURUM BAŞKANI: PROF. DR. FATMA MUTLU KUKUL GÜVEN - PROF. DR. NALAN KOZACI
10.20-10.40	BT KONTRASTLI MI? KONTRASTSIZ MI? UZM. DR. AHMET ERDUR
10.40-11.00	AKUT BATINDA TOMOGRAFİNİN YERİ DR. ÖĞR. ÜYESİ ŞÜKRÜ SALİH TOPRAK
11.00-11.20	ÜÇÜNCÜ GÖZÜMÜZ USG DOÇ. DR. EMRE GÖKÇEN
11.20-11.40	ZORLU ENTÜBASYONDA USGNİN YERİ DOÇ. DR. ATAKAN SAVRUN
11.40 – 13.00	ÖĞLE YEMEĞİ
OTURUM 3	HALL A (GALAKSİ SALON) DAHİLİ HASTALIKLAR OTURUM BAŞKANI: DOÇ. DR. EMRE GÖKÇEN - DR. ÖĞR. ÜYESİ HASAN BURAK KAYA
13.00-13.20	DİYABETİK ACİLLERDE GÜNCEL TANIMLAMALAR VE TEDAVİ STRATEJİLERİ UZM. DR. SELİN YILMAZ

13.20-13.40	AKUT ADRENAL YETMEZLİK UZM. DR. BERİL CEVİZOĞLU
13.40-14.00	ACİL VAKALARDA İLETİŞİM UZM. DR. TUBA SAVRUN
14.00 – 14.20	COFFEE BREAK
OTURUM 4	HALL A (GALAKSİ SALON) ACİL PRATIĞİNDE YAPAY ZEKA OTURUM BAŞKANI: PROF. DR. OKHAN AKDUR-DOÇ. DR. EKİM SAĞLAM GÜR MEN
14.20-14.40	YAPAY ZEKA İLE VERİ TARAMA NEKADAR GÜVENLİ? UZM. DR. MEHMET BERK EYİNÇ
14.40-15.00	BULGULARDAN TANIYA ACİLDE YAPAY ZEKA BAŞARISI DOÇ. DR. EKİM SAĞLAM GÜR MEN
15.00-15.20	ACİL BT RAPORLAMADA YAPAY ZEKA MI? DOKTOR MU? DOÇ. DR. SİNAN YILDIRIM
15.20 – 15.40	COFFEE BREAK
15.40-16.00	AKILCI İLAÇ KULLANIMI ARŞ. GÖR. DR. ELİF NUR MADRAN
16.00-17.00	KAPANIŞ VE BELGE TAKDİMİ
27.03.2026 (CUMA)	
OTURUM 1	HALL B (HALLEY SALON) GİRİŞ VE HI-MAP ÇERÇEVESİ OTURUM BAŞKANI: DR. ÖĞRETİM ÜYESİ RAMAZAN ÜNAL
13.20-13.40	RUSH PROTOKOLÜNÜN AMACI VE KLİNİK ÖNEMİ DR. ÖĞRETİM ÜYESİ RAMAZAN ÜNAL
13.40-14.00	HI-MAP PLANININ GENEL YAPISI UZM. DR. BERİL CEVİZOĞLU
14.00-14.20	ŞOK TİPLERİNİN HIZLI TANINMASINDA ULTRASONUN ROLÜ UZM. DR. MEHMET BERK EYİNÇ
14.20 – 14.40	COFFEE BREAK
OTURUM 2	HALL B (HALLEY SALON) HEART & IVC OTURUM BAŞKANI: DOÇ.DR. DİLEK ATİK
14.40-15.00	HEART (KALP): PERİKARDİYAL EFÜZYON, TAMPONAD, LV FONKSİYONU, RV DİLATASYONU DR. ÖĞRETİM ÜYESİ ÖMER JARADAT
15.00-15.20	IVC: VOLÜM DURUMU, PRELOAD İPUÇLARI ARŞ. GÖR. DR. ANILCAN KILIÇ
15.20-15.40	M (MORİSON-FAST)-A (AORTA)- P (PULMONER) TARAMASI DR. ÖĞRETİM ÜYESİ RAMAZAN ÜNAL
28.03.2026 (CUMARTESİ)	
KONGRE SÖZEL SUNUM PROGRAMI	
OTURUM 1 08.00 – 16.50	HALL B (HALLEY SALON) TRAUMA-CERRAHİ OTURUM BAŞKANI: DOÇ. DR. SİNAN YILDIRIM- DOÇ. DR. OKAN BARDAKÇI
08:00-08.10	OP 1. Geçirilmiş Kafa Travması Zemininde Sinüzit Kaynaklı Frontal Lob Beyin Apsesi: "Double-Hit" Patofizyolojisinin Klinik Yansıması <i>Ahmet Erdur</i>
08.10-08.20	OP 2. GKS 15 Ama Tehlike Büyük: Genç Hastada Gecikmiş Kronik Subdural Hematom <i>Alper Nalci, Fuat Akyüz, Mustafa Rutkay Bulut, Hasan Burak Kaya, Miraç Koç, Fatma Mutlu Kukul Güven</i>
08.20-08.30	OP 3. Percheron Arter Enfarktı: A Case Report <i>Beril Cevizoğlu, Mehmet Berk Eyiñç, Ramazan Ünal, Alper Uğraş</i>
08.30-08.40	OP 4. Warfarin Kullanımına Bağlı Spontan İntramural Bağırsak Hematomu: İki Olgu Sunumu <i>Alperen Yıldız, Hacı Mehmet Çalışkan, Burak Şahin</i>
08.40-08.50	OP 5. Olgu Sunumu; Splenik Arter Anevrizması <i>Boran Polat, Dilek Atik, Aslıhan Onuralp, Habib Ali Yalama, Burcu Sena Aydın, M. Melih Emirağmetoğlu</i>
08.50-09.00	OP 6. Majör Hemorajide Hipokalsemi mi, Hemodinamik Çöküş mü? Erken ve Geç Mortalitede İyonize Kalsiyum ile Şok İndeksinin Karşılaştırmalı Analizi <i>Ersin Toprak, Nesrin Gökben Beceren, Yağmur Dede, Ahmet Yunus Hatip</i>

09.00 – 09.10	OP 7. Güdük Apandisit Vaka Sunumu <i>Elif Nur Madran, Hatice Şeyma Akça, Beyza Dağlıoğlu, Dilek Atik</i>
09.10 – 09.20	OP 8. Kanalikül Kesisi Tamiri Sonrası Tp Retansiyon Süresinin Anatomik ve Fonksiyonel Başarıya Etkisi <i>Ali Küçüködük , Nevin Hande Dikel Gören</i>
09.20 – 09.30	OP 9. Yüksek Enerjili Trafik Kazası Sonrası Gelişen Subtotal Amputasyon ve Total Brakiyal Pleksus Yaralanması: Multidisipliner Bir Yaklaşım ve Sevk Stratejisi <i>Fatih Tanrıverdi, Ayşe Sümeyye Ar, Kübra Türkyılmaz Kılıç, Ekin Özkan, Kerim Alper Tomakin, Ömer Faruk İnce</i>
09.30 – 09.40	OP 10. Anürinin Nadir Bir Nedeni: Spontan Mesane Rüptürü <i>Fatih Çağlar Genç, Fuat Akyüz, Alper Nalçı, Hasan Burak Kaya, Miraç Koç, Fatma Mutlu Kukul Güven</i>
09.40 – 09.50	OP 11. Fournier Gangreni Olgusu Işığında Nekrotizan Yumuşak Doku Enfeksiyonları <i>Mehmet BİÇER</i>
09.50 – 10.00	OP 12. Geri Döndürülebilir Travmatik Arrest Nedenleri: Bilateral Torasik Dekompresyon ile Dramatik Yanıt <i>Fatih Çağlar Genç, Mustafa Rutkay Bulut, Oğuz Alp Paköz, Hasan Burak Kaya, Miraç Koç, Fatma Mutlu Kukul Güven</i>
10.00 – 10.20	COFFEE BREAK
OTURUM 1	HALL B (HALLEY SALON) TRAUMA-CERRAHİ OTURUM BAşKANI: DOÇ. DR. FATİH TANRIVERDİ- DR. ŐĖRETİM ÜYESİ HASAN BURAK KAYA
10.20 – 10.30	OP 13. Gebelikte Sedasyonsuz Omuz Redüksiyonu: Prakash Yöntemi ile Hızlı ve Güvenli Başarı <i>Hasan Burak Kaya</i>
10.30 – 10.40	OP 14. Aile İçi Şiddet Olgularında Acil Servis Başvuru Özellikleri ve Rekürren Başvuru Analizi <i>Işıl Kavaklı</i>
10.40-10.50	OP 15. Servikal Spinal Stenoz Zemininde Düşme Sonrası Gelişen Travmatik Santral Kord Sendromu; OLGU SUNUMU <i>Muhammet Can Yıldız, Beyza Bulut, Ramazan nal, M. Furkan Hatipoğlu, Yunus Emre Gülel</i>
10.50-11.00	OP 16. Sol st Kadran Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Dalak Apsesi <i>Mehmet Emin Yılmaz, Fatih Çağlar Genç, Mustafa Rutkay Bulut, Hasan Burak Kaya, Miraç Koç, Fatma Mutlu Kukul Güven</i>
11.00-11.10	OP 17. Acil Serviste Nadir Bir Klinik Belirti: Fekalüri ile Prezente Olan Enterovezikal Fistül <i>Mustafa Rutkay Bulut, Fuat Akyüz, İmran Sona Ayvalı, Hasan Burak Kaya, Miraç</i>
11.10-11.20	OP 18. Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin acil servisine başvuran ve göz kliniğine konsülte edilen hastaların klinik özellikleri <i>Nevin Hande Dikel Gören, Ali Küçüködük</i>
11.20-11.30	OP 19. Künt Toraks Travması Sonrası Gelişen Travmatik Aort Rüptürü <i>Oğuz Alp Paköz, Alper Nalçı, İmran Sona Ayvalı, Hasan Burak Kaya, Miraç Koç, Fatma Mutlu Kukul Güven</i>
11.30-11.40	OP 20. Motosiklet Kazası Sonrası Kırık Olmadan Gelişen Servikal Miyelopati: Bir Olgu Sunumu <i>Onur Kocaman, Buse Dilan Yemen</i>
11.40-11.50	OP 21. Geç Başvuruda Splenik Rptrn e-FAST ile Tanısı ve Konservatif Yönetimi: Bir Olgu Sunumu <i>Onur Kocaman, Elif Nur Cambaz</i>
11.50-12.00	OP 22. Künt Abdominal Travma Sonrası Gelişen Ve Evre 5 Yaralanmayı Taklit Eden Geçici Renal Arter Vazospazmı: Tanısal Bir Karmaşa <i>Ramazan nal</i>
12.00-12.10	OP 23. Beklenmeyen İkinci Perde: Kolesistektomi Sonrası İntroabdominal Abse <i>Semiha Olur, Habib Ali Yalama, Ramazan nal, Dilek Atik, M. Furkan Hatipoğlu, M. Can Yıldız, Gizem Köken, Gökhan Kırklar</i>
12.10-12.20	OP 24. Minör Ama Ciddi: Pediatrik Penetran Oküler Travma <i>Semiha Olur, Ramazan nal, Boran Polat, Onur Salih Çelikten, Aslıhan Onuralp, Gizem Köken, Gökhan Kırklar, M. Furkan Hatipoğlu, M. Can Yıldız</i>
12.20-12.30	OP 25. Toplumda Tetanoz Aşısı ve Hastalığına Yönelik Bilgi ve Farkındalık Düzeyinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Anket Çalışması <i>Müge Yeniğn</i>
12.30-12.40	OP 26. Acil Servise Başvuran Pediatrik Travma Vakalarının Tek Merkezli Retrospektif Değerlendirilmesi: Yaralanma Bölgesi, Cerrahi Müdahale, Yatış ve Mortalite Verilerinin Analizi <i>Yunus Yatmaz</i>
12.40-12.50	OP 27. Acil Servis Çalışanlarının Kuduz Hastalığı ve Temas Sonrası Profilaksi Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi <i>Medine Akkan Öz</i>
12.50-13.00	OP 28. Acil Servise Başvuran Delici-Kesici Alet Yaralanmalarında Majör Girişim Gereksiniminin Basit Başvuru Değerkenleri ile Őngrlmesi <i>Medine Akkan Öz-Őzgr Ömer Yıldız</i>
13.00-14.00	ŐĖLE YEMEğİ
OTURUM 3	HALL B (HALLEY SALON) DAHİLİ HASTALIKLAR OTURUM BAşKANI: DOÇ. DR. SERDAR ÖZDEMİR- DOÇ. DR. BENSU BULUT
14.00 -14.10	OP 29. Basit Bir Enfeksiyon Mu, Daha Fazlası Mı? Ebv ile İlişkili Bir Olgu <i>Beyza Dağlıoğlu, Hatice Şeyma Akça, Elif Nur Madran</i>
14.10-14.20	OP 30. Acil Servis Başvurusuyla Yatırılan Pulmoner Emboli Hastalarında Yoğun Bakımda Hematolojik Belirteçlerin Prognostik Rolü <i>Mest Bala, Tuğba Yıldırım, Fatih Tanrıverdi, Atakan Savrun</i>
14.20 -14.30	OP 31. Radyasyon Pnömoniti Tanısında Yatak Başı Akciğer Ultrasonografisinin Rolü: Bir Olgu Sunumu <i>Ömer Jaradat, Furkan Yıldırım</i>
14.30-14.40	OP 32. Çocuk Acil Servise Anormal Uterin Kanama ile Başvuran Adolesanların Değerlendirilmesi: İki Yıllık Retrospektif Analiz <i>Ramazan Bülbül</i>
14.40 – 14.50	OP 33. The ACS Impostor: Yamaguchi Syndrome in Clinical Perspective <i>Burcu Sena Aydın, Dilek Atik, Yunus Emre Gülel, Boran Polat, Aslıhan Onuralp, Habib Ali Yalama</i>

14.50-15.00	OP 34. Yetişkinde Krup: Stridorun Unutulmuş Bir Nedeni Mehmet Emin Yılmaz, Alper Nalci, Levent Kayaoğlu, Hasan Burak Kaya, Miraç Koç, Fatma Mutlu Kukul Güven
15.00-15.10	OP 35. Acil Serviste Ani Bilinç Değişikliğinin Nadir Bir Nedeni: Percheron Arteri Enfarktı Oğuz Alp Paköz, Mehmet Emin Yılmaz, Fatih Çağlar Genç, Üsâme Güle, Hasan Burak Kaya, Miraç Koç, Fatma Mutlu Kukul Güven
15.10-15.20	OP 36. Popüler Bir Anti-Obezite Ajanının Nadir Bir Sunumu: Tirzepatid ve Üst GIS Kanaması Ömer Faruk İnce, Ekin Özkan, Fatih Tanrıverdi, Atakan Savrun, Melek Soykan
15.20-15.30	OP 37. Moksifloksasin Kullanımı Sonrası Gelişen Edinilmiş Uzun QT Sendromu ve Ventriküler Taşikardi: Bir Olgu Sunumu Gülsüm İn, İsa Gökhan Yalçın
15.30-15.40	OP 38. Acil servise baş ağrısı şikâyeti ile başvuran hastalarda beyin bilgisayarlı tomografi (BT) bulgularının değerlendirilmesi ve tetkik edilen hastaların klinik sonuçlarının incelenmesi Uğur ŞAKAR
15.40-15.50	OP 39. Çevresel Tebuconazole Maruziyetini Takiben Gelişen Akut İnme Taklitçisi: Geri Dönüşümlü Toksik Ensefalopati Samiye Kocal, Ömer Yasir Boz, Ahmet Talha Öztürk, Yasin Gölçük
15.50-16.00	OP 40. Doğum Sonrası Gelişen Optik Nörit: Görme Kaybı ve Nöbet Birlikteliği Veli Ağgöl, Anılcan Kılıç, Bilgehan Mutlu
16.00-16.10	OP 41. Sepsiste Mortalite için Erken Bir Prediktör: Frontal QRS-T Açısı Rukiye Çaprak, Furkan Çağrı Oğuzlar, Yağmur Dede, İsa Gökhan Yalçın
16.10-16.20	OP 42. Acil servise başvuran ve akut böbrek yetmezliği (ABY) tanısı alan hastaların klinik özelliklerinin, tedavi süreçlerinin ve klinik sonuçlarının değerlendirilmesi Ramiz YAZICI, Bensu Bulut, Hüseyin Mutlu
16.20-16.30	OP 43. Acil servise başvuran ve akut pankreatit tanısı alan hastaların klinik özelliklerinin, görüntüleme bulgularının ve klinik sonuçlarının değerlendirilmesi Esma Kır
16.30-16.40	OP 44. Yaz Aylarında Acil Servise Başvuran Pnömoni Hastalarının Demografik Özellikleri ve Kısa Dönem Klinik Sonuçları Ayşenur Gür
16.40-16.50	OP 45. Acil Tıp Hekimlerinin Prosedürel Sedasyon ve Analjezi Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Anket Çalışması Murat Tuğra Kösa

29.03.2026 (PAZAR)

OTURUM 4 09.00 – 11.50	HALL B (HALLEY SALON) DAHİLİ HASTALIKLAR OTURUM BAŞKANI: DOÇ. DR. ABUZER ÖZKAN - DR. ÖĞRETİM ÜYESİ RAMAZAN ÜNAL
09.00-09.10	OP 46. Polifarmasi ve Amfetamin Öyküsü Eklenmiş İskemik Priapizm: pH 6.65 ve Adrenalin Direnci M. Furkan Hatipoğlu, Hatice Şeyma Akça, Boran Polat, Semiha Olur, Gizem Köken, Gökhan Kırklar, M. Can Yıldız
09.10-09.20	OP 47. Tetanoz: Basit Bir Yaralanmanın Ölümcül Sonucu Mehmet Berk Eyiç, Fevzi Yılmaz, Ceren Akça, Erdi Akça
09.20-09.25	OP 48. Olgu Sunumu: Karaciğer Sirozu ve Alkol Bağımlılığı Zemininde Şiddetli Gastrointestinal Kayıplara Bağlı Gelişen Evre 3 Akut Böbrek Hasarı Gökhan Kırklar, Hatice Şeyma Akça, Muhammet Can Yıldız, M. Furkan Hatipoğlu, Semiha Olur, Gizem Köken, Burcu Sena Aydın
09.25-09.30	OP 49. Sisplatin İlişkili Multiorgan Toksikitesi ve Nadir Görülen Akut Kardiyotoksikite Olgusu Muhammet Can Yıldız, Rabia Gönültaş, Dilek Atik, Gökhan Kırklar, Gizem Köken
09.30-09.35	OP 50. Buerger Hastalığı Tanılı Genç Hastada Gastrosplenik Fistül ile Prezente Olan Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma Muhammet Can Yıldız, Ramazan Ünal, Gökhan Kırklar, Gizem Köken, Yunus Emre Gülel, Dilek Atik
09.35-09.40	OP 51. Ethylene Glycol Poisoning with Concomitant Corrosive Gastric Injury: A Case Report Highlighting Multidisciplinary Management Burcu Sena Aydın, Hatice Şeyma Akça, Rabia Gönültaş, Boran Polat, Durmuş Ali Erşahin
09.40-09.50	OP 52. Boyunda Sessiz Tehlike: Ludwig Anjini ile Seyreden Bir Vaka Beyza Dağlıoğlu, Ramazan Ünal, Aslıhan Onuralp, Rabia Gönültaş, Yunus Emre Gülel
09.50-09.55	OP 53. Recognizing the Serious Side Effects of Ibrutinib: A Case of Major Bleeding Boran Polat, Dilek Atik, Burcu Sena Aydın, Habib Ali Yalama, Aslıhan Onuralp
09.55-10.00	OP 54. Minör Travma, Majör Yıkım: Travmatik Poşe Böbrek Ruptürü M. Furkan Hatipoğlu, Dilek Atik, Yunus Emre Gülel, Gökhan Kırklar, M. Can Yıldız, Semiha Olur, Gizem Köken
10.00-10.10	OP 55. Emphysematous cystitis: A Rare Urologic Emergency Ramazan Ünal, Rabia Gönültaş, Boran Polat, M. Samed Ayhan, Dilek Atik, Gökhan Kırklar
10.10-10.20	OP 56. Olgu Sunumu; Normal Elektromiyografi Bulguları ile Seyreden Atipik Bir Posterior İnterosseöz Sinir Sendromu Gizem Köken, Ramazan Ünal, Rabia Gönültaş, Kemal Eker, Aziz Köken, Gökhan Kırklar, M. Furkan Hatipoğlu, M. Can Yıldız
10.20-10.25	OP 57. Equipment-Related Anaphylaxis in Patients Monitored with a Preliminary Diagnosis of Drug Allergy: A Case Series Hatice Şeyma Akça, Ramazan Ünal, Rabia Gönültaş, Mustafa Melih Emrahmetoğlu, Burak Can, Burcu Sena Aydın
10.25-10.30	OP 58. Afette Sağlık Hizmetinin Lojistik Ve Operasyonel Düğüm Noktası: Acil Servis Elifnur Ünal, Ramazan Ünal
10.30-10.35	OP 59. Otozomal Dominant Polikistik Böbrek Hastalığı (Adpkd); Olgu Sunumu Habib Ali Yalama, Dilek Atik, Aslıhan Onuralp, Boran Polat, Burcu Sena Aydın, Semiha Olur
10.35-10.40	OP 60. Olgu Sunumu; Post-Apendektomi Döneminde Atipik Seyirli Salmonella ve Shigella Sepsisi Gökhan Kırklar, Ramazan Ünal, Elif Nur Madran, Muhammet Can Yıldız, Tolga Başpınar, Semiha Olur, Gizem Köken, M. Furkan Hatipoğlu
10.40-10.45	OP 61. PIKA Sendromunun Görüntüleme Tetkikleri Üzerindeki Etkisi Yunus Emre Gülel, Dilek Atik, Burcu Sena Aydın, Boran Polat, Habib Ali Yalama, Aslıhan Onuralp, Boran Polat, Beyza Dağlıoğlu
10.45-10.50	OP 62. Maskelenmiş Diyabetik Ketoasidoz, Diyabetik Ketoalkaloze Yunus Emre Gülel, Dilek Atik, Habib Ali Yalama, Aslıhan Onuralp, Burcu Sena Aydın, Boran Polat, Elif Nur Madran
10.50-11.00	OP 63. Posterior Nutcracker Sendromu Vaka Sunumu Elif Nur Madran, Ramazan Ünal, Fadime Kaymak, Boran Polat

11.00-11.10	OP 64. Reimagining the Physical Examination in the Ultrasound Era: Two Cases of Aortic Dissection <i>Boran Polat, Dilek Atik, Burcu Sena Aydın, Habib Ali Yalama, Aslıhan Onuralp</i>
11.10-11.20	OP 65. Künt Toraks Travması Sonrası Koroner Stent Trombozu ile Gelişen St Segment Elevasyonlu Miyokard Enfarktüsü <i>Aslıhan Onuralp, Ömer Faruk Demirayak, Boran Polat, Burcu Sena Aydın, Habib Ali Yalama, Dilek Atik</i>

İÇİNDEKİLER

OP-1.....	15
Geçirilmiş Kafa Travması Zemininde Sinüzit Kaynaklı Frontal Lob Beyin Apsesi: “Double-Hit” Patofizyolojisinin Klinik Yansıması	
Ahmet Erdur	
OP-2.....	16
GKS 15 Ama Tehlike Büyük: Genç Hastada Gecikmiş Kronik Subdural Hematom	
Alper Nalci, Fuat Akyüz, Mustafa Rutkay Bulut ¹ , Hasan Burak Kaya, Miraç Koç, Fatma Mutlu Kukul Güven	
OP-3.....	17
Percheron Arter Enfarkti: A Case Report	
Alper Uğraş	
OP-4.....	18
Anürinin Nadir Bir Nedeni: Spontan Mesane Rüptürü	
Fatih Çağlar Genç, Fuat Akyüz ¹ , Alper Nalci ¹ , Hasan Burak Kaya, Miraç Koç, Fatma Mutlu Kukul Güven ¹	
OP-5.....	19
Geri Döndürülebilir Travmatik Arrest Nedenleri: Bilateral Torasik Dekompresyon ile Dramatik Yanıt	
Fatih Çağlar Genç, Mustafa Rutkay Bulut, Oğuz Alp Paköz,, Hasan Burak Kaya, Miraç Koç, Fatma Mutlu Kukul Güven ¹	
OP-6.....	20
Karaciğer Sirozu ve Alkol Bağımlılığı Zemininde Şiddetli Gastrointestinal Kayıplara Bağlı Gelişen Evre 3 Akut Böbrek Hasarı	
Gökhan Kırlar, Hatice Şeyma Akça, Muhammet Can Yıldız, M. Furkan Hatipoğlu, Semiha Olur, Gizem Köken, Burcu Sena Aydın	
OP-7.....	21
Post-Apendektomi Döneminde Atipik Seyirli Salmonella ve Shigella Sepsisi	
Gökhan Kırlar, Ramazan Ünal, Elif Nur Madran, Muhammet Can Yıldız, Tolga Başpınar, Semiha Olur, Gizem Köken, M. Furkan Hatipoğlu	
OP-8.....	22
Gebelikte Sedasyonsuz Omuz Redüksiyonu: Prakash Yöntemi ile Hızlı ve Güvenli Başarı	
Hasan Burak Kaya	
OP-9.....	23
Tetanoz: Basit Bir Yaralanmanın Ölümcül Sonucu	
Mehmet Berk Eyiñç, Fevzi Yılmaz, Ceren Akça, Erdi Akça	
OP-10.....	24

Fournier Gangreni Olgusu Işığında Nekrotizan Yumuşak Doku Enfeksiyonları

Mehmet Biçer

OP-11..... 25

Yetişkinde Krup: Stridorun Unutulan Bir Nedeni 25

Mehmet Emin Yılmaz, Alper Nalcı, Levent Kayaoğlu, Hasan Burak Kaya, Miraç Koç,
Fatma Mutlu Kukul Güven¹

OP-12..... 26

Sol Üst Kadran Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Dalak Apsesi

Mehmet Emin Yılmaz, Fatih Çağlar Genç, Mustafa Rutkay Bulut, Hasan Burak Kaya,
Miraç Koç, Fatma Mutlu Kukul Güven¹

OP-13..... 27

Servikal Spinal Stenoz Zemininde Düşme Sonrası Gelişen Travmatik Santral Kord Sendromu

Muhammet Can Yıldız, Beyza Bulut, Ramazan Ünal, M. Furkan Hatipoğlu,
Yunus Emre Gülel

OP-14..... 28

Sisplatin İlişkili Multiorgan Toksisitesi ve Nadir Görülen Akut Kardiyotoksisite Olgusu

Muhammet Can Yıldız, Rabia Gönültaş, Dilek Atik, Gökhan Kırlar, Gizem Köken

OP-15..... 29

Buerger Hastalığı Tanılı Genç Hastada Gastrosplenik Fistül ile Prezente Olan Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma

Muhammet Can Yıldız, Ramazan Ünal, Gökhan Kırlar, Gizem Köken, Yunus Emre Gülel,
Dilek Atik

OP-16..... 30

Acil Serviste Nadir Bir Klinik Belirti: Fekalüri ile Prezente Olan Enterovezikal Fistül

Mustafa Rutkay Bulut, Fuat Akyüz, İmran Sona Ayvalı, Hasan Burak Kaya, Miraç Koç,
Fatma Mutlu Kukul Güven¹

OP-17..... 31

Künt Toraks Travması Sonrası Gelişen Travmatik Aort Rüptürü

Oğuz Alp Paköz, Alper Nalcı, İmran Sona Ayvalı, Hasan Burak Kaya, Miraç Koç,
Fatma Mutlu Kukul Güven

OP-18	32
Acil Serviste Ani Bilinç Değişikliğinin Nadir Bir Nedeni: Percheron Arteri Enfarktı	
Oğuz Alp Paköz, Mehmet Emin Yılmaz, Fatih Çağlar Genç, Üsame Gülle, Hasan Burak Kaya, Miraç Koç, Fatma Mutlu Kukul Güven	
OP-19	33
Motosiklet Kazası Sonrası Kırık Olmadan Gelişen Servikal Miyelopati: Bir Olgu Sunumu	
Onur Kocaman, Buse Dilan Yemen	
OP-20	34
Radyasyon Pnömoniti Tanısında Yatak Başı Akciğer Ultrasonografisinin Rolü: Bir Olgu Sunumu	
Ömer Jaradati, Furkan Yıldırım	
OP-21	35
Künt Abdominal Travma Sonrası Gelişen ve Evre 5 Yaralanmayı Taklit Eden Geçici Renal Arter Vazospazmı: Tanısal Bir Karmaşa	
Ramazan Ünal	
OP-22	36
Emphysematous cystitis: A Rare Urologic Emergency	
Ramazan Ünal, Rabia Gönültaş, Boran Polat, M. Samed Ayhan, Dilek Atik, Gökhan Kırklar	
OP-23	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Doğum Sonrası Gelişen Optik Nörit: Görme Kaybı ve Nöbet Birlikteliği	
Veli Ağgöl, Anılcan Kılıç, Bilgehan Mutlu	
OP-24	37
Normal Elektromiyografi Bulguları ile Seyreden Atipik Bir Posterior Interosseöz Sinir Sendromu: Olgu Sunumu	
Gizem Köken, Rabia Gönültaş, Kemal Eker, Ramazan Ünal	
OP-25	40
Şok Tiplerinin Hızlı Tanınmasında Yatak Başı Ultrasonografinin (POCUS) Tanısal Değeri ve Klinik Etkinliği	
Mehmet Berk Eyiç	
OP-26	41
Künt Toraks Travması Sonrası Koroner Stent Trombozu ile Gelişen St Segment Elevasyonlu Miyokard Enfarktüsü	
Aslıhan Onuralp ,Dilek Atik, Habib Ali Yalama, Burcu Sena Aydın, Boran Polat, Semiha Olur, Ömer Faruk Demirayak	

OP-27	42
Yapay Zeka ile Veri Taramak Ne Kadar Güvenli? Teknolojik Altyapı, Klinik Etkinlik ve Güvenlik Bariyerleri	
Mehmet Berk Eyiñ	
OP-28	43
Basit Bir Enfeksiyon Mu, Daha Fazlası mı? Ebv ile İlişkili Bir Olgu	
Beyza Dağlıoğlu, Hatice Şeyma Akça, Elif Nur Madran	
OP-29	46
Güdük Apandisit Vaka Sunumu	
Elif Nur Madran, Hatice Şeyma Akça, Beyza Dağlıoğlu, Dilek Atik	
OP-30	49
Posterior Nutcracker Sendromu Vaka Sunumu	
Elif Nur Madran, Ramazan Ünal, Fadime Kaymak, Boran Polat	
OP-31	53
Afette Sağlık Hizmetinin Lojistik ve Operasyonel Düğüm Noktası: Acil Servis	
Elifnur Ünal, Ramazan Ünal	
OP-32	55
Majör Hemorajide Hipokalsemi mi, Hemodinamik Çöküş mü?	
Erken ve Geç Mortalitede İyonize Kalsiyum ile Şok İndeksinin Karşılaştırmalı Analizi	
Ersin Toprak, Nesrin Gökben Beceren, Yağmur Dede, Ahmet Yunus Hatip	
OP-33	56
Yüksek Enerjili Trafik Kazası Sonrası Gelişen Subtotal Amputasyon ve Total Brakial Pleksus Yaralanması: Multidisipliner Bir Yaklaşım ve Sevk Stratejisi	
Fatih Tanrıverdi, Ayşe Sümeyye Arı, Kübra Türkyılmaz Kılıç, Ekin Özkan, Kerim Alper Tomakin, Ömer Faruk İnce	
OP-35	58
Otozomal Dominant Polikistik Böbrek Hastalığı (ADPKD)	
Habib Ali Yalama, Dilek Atik, Aslıhan Onuralp, Boran Polat, Burcu Sena Aydın, Semiha Olur	

OP-36	63
Equipment-Related Anaphylaxis in Patients Monitored with a Preliminary Diagnosis of Drug Allergy: A Case Series	
Hatice Şeyma Akça, Ramazan Ünal, Rabia Gönültaş, Mustafa Melih Emirahmetoğlu, Burak Can, Burcu Sena Aydın	
OP-37	67
Minör Travma, Majör Yıkım: Travmatik Poşe Böbrek Rüptürü	
M. Furkan Hatipoğlu, Dilek Atik, Yunus Emre Gülel, Gökhan Kırlar, M. Can Yıldız, Semiha Olur, Gizem Köken	
OP-38	69
Polifarmasi ve Amfetamin Öyküsü Ekseninde İskemik Priapizm: pH 6.65 ve Adrenalin Direnci	
M. Furkan Hatipoğlu, Hatice Şeyma Akça, Boran Polat, Semiha Olur, Gizem Köken, Gökhan Kırlar, M. Can Yıldız	
OP-39	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Acil Servisine Başvuran ve Göz Kliniğine Konsülte Edilen Hastaların Klinik Özellikleri	
Nevin Hande Dikel Gören	
OP-40	73
Popüler Bir Anti-Obezite Ajanının Nadir Bir Sunumu: Tirzepatid ve Üst GIS Kanaması	73
Ömer Faruk İnce, Ekin Özkan, Fatih Tanrıverdi, Atakan Savrun, Melek Soykan	
OP-41	74
Çocuk Acil Servise Anormal Uterin Kanama ile Başvuran Adölesanların Değerlendirilmesi: İki Yıllık Retrospektif Analiz	
Ramazan Bülbül	
OP-42	79
Çevresel Tebuconazole Maruziyetini Takiben Gelişen Akut İnme Taklitçisi: Geri Dönüşümlü Toksik Ensefalopati	
Saniye Kocal	
OP-43	80
Beklenmeyen İkinci Perde: Kolesistektomi Sonrası Intraabdominal Abse	
Semiha Olur, Habib Ali Yalama, Ramazan Ünal ¹ Dilek Atik, M. Furkan Hatipoğlu, M. Can Yıldız, Gizem Köken, Gökhan Kırlar ¹	
OP-44	87
Minör Ama Ciddi: Pediatrik Penetran Oküler Travma	
Semiha Olur, Ramazan Ünal, Boran Polat, Onur Salih Çelikten, Aslıhan Onuralp, Gizem Köken, Gökhan Kırlar, M. Furkan Hatipoğlu, M. Can Yıldız	

OP-45	92
Maskelenmiş Diyabetik Ketoasidoz, Diyabetik Ketoalkaloz	
Yunus Emre Gülel, Dilek Atik, Habib Ali Yalama, Aslıhan Onuralp, Burcu Sena Aydın, Boran Polat, Elif Nur Madran	
OP-46	94
Gebelikte Anterior Omuz Çıkığının Sedasyonsuz Redüksiyonu: Prakash Yöntemi	
Hasan Burak Kaya	
OP-47	95
Geri Döndürülebilir Travmatik Kardiyak Arrest Nedenleri: Bilateral Torasik Dekompresyon ile Dramatik Yanıt	
Fatih Çağlar Genç, Mustafa Rutkay Bulut, Oğuz Alp Paköz, Hasan Burak Kaya, Miraç Koç, Fatma Mutlu Kukul Güven	
OP-48	96
GKS 15 Olan Genç Hastada Gecikmiş Kronik Subdural Hematom ve Erken Nüks: Olgu Sunumu	
Alper Nalçı, Fuat Akyüz ¹ , Mustafa Rutkay Bulut ¹ , Hasan Burak Kaya ¹ , Miraç Koç ¹ , Fatma Mutlu Kukul Güven ¹	
OP-49	97
Kanalikül Kesisi Tamiri Sonrası Tüp Retansiyon Süresinin Anatomik ve Fonksiyonel Başarıya Etkisi	
Ali Küçüködük	
OP-50	98
Kounis Sendromu: Besin Allerjisi Zemininde Gelişen Akut Korener Sendrom Olgusu	98
Mehmet Berk Eyiñç, Beril Akkuş, Dilek Atik· Erdi Akça , Ceren Kabasakal Akça, Enes Selim Torun	
OP-51	99
Acil Servis Başvurusuyla Yatırılan Pulmoner Emboli Hastalarında Yoğun Bakımda Hematolojik Belirteçlerin Prognostik Rolü	99
Mesut Bala, Tuğba Yıldırım, Fatih Tanrıverdi, Atakan Savrun	
OP-52	101
Beklenmeyen İkinci Perde: Kolesistektomi Sonrası İntraabdominal Abse	
Semiha Olur, Habib Ali Yalama, Ramazan Ünal, Dilek Atik, M. Furkan Hatipoğlu, M. Can Yıldız· Gizem Köken, Gökhan Kırlar	
OP-53	108
Geç Başvuruda Splenik Ruptürün e-FAST ile Tanısı ve Konservatif Yönetimi: Bir Olgu Sunumu	108

Onur Kocaman, Elif Nur Cambaz

OP-54.....109

Olgu Sunumu. Splenik Arter Anevrizması

Boran Polat, Dilek Atik, Aslıhan Onuralp, Habib Ali Yalama, Burcu Sena Aydın,
M. Melih Emirahmetoğlu

OP-55.....114

Yaz Aylarında Acil Servise Başvuran Pnömoni Hastalarında Kötü Klinik Sonlanimin Belirleyicileri

Ayşenur Gür

OP-56.....119

Acil Servise Başvuran Delici-Kesici Alet Yaralanmalarında Majör Girişim Gereksiniminin Basit Başvuru Değişkenleri ile Öngörülmesi

Medine AKKAN ÖZ & Özgür ÖMER YILDIZ

OP-57.....123

Acil Servise Başvuran Pediatrik Travma Vakalarının Tek Merkezli Retrospektif Değerlendirilmesi: Yaralanma Bölgesi, Cerrahi Müdahale, Yatış Ve Mortalite Verilerinin Analizi.....123

Yunus YATMAZ

OP-58.....126

Acil Serviste Baş Ağrısı ile Başvuran Hastalarda Klinik Olarak Anlamlı Beyin BT Bulgularının Değerlendirilmesi

Uğur Şakar

OP-59.....130

Acil Servis Çalışanlarının Kuduz Hastalığı ve Temas Sonrası Profilaksi Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Medine Akkan Öz

OP-60.....135

Toplumda Tetanoz Aşısı ve Hastalığına Yönelik Bilgi Ve Farkındalık Düzeyinin Değerlendirilmesi Kesitsel Bir Anket Çalışması

Müge Yenigün..... 135

OP-61.....139

Acil Serviste Akut Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hastaların Klinik Özellikleri ve Sonlanımlarının Değerlendirilmesi

Ramiz Yazici, Bensus Bulut, Hüseyin Mutlu

OP-62.....143

Acil Tıp Hekimlerinin Prosedürel Sedasyon ve Analjezi Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Anket Çalışması

Murat Tuğra Kösa

OP-63	147
Aile İçi Şiddet Olgularında Acil Servis Başvuru Özellikleri ve Rekürren Başvuru Analizi Işıl Kavaklı	
OP-64	151
Warfarin Kullanımına Bağlı Spontan İntramural Bağırsak Hematomu: İki Olgu Sunumu Alperen Yıldız & Hacı Mehmet Çalışkan & Burak Şahin	
OP-65	157
Moksifloksasin Kullanımı Sonrası Gelişen Edinilmiş Uzun QT Sendromu ve Ventriküler Taşikardi: Bir Olgu Sunumu Gülsüm İn, İsa Gökhan Yalçın	

OP-1

Geçirilmiş Kafa Travması Zemininde Sinüzit Kaynaklı Frontal Lob Beyin Apsesi: “Double-Hit” Patofizyolojisinin Klinik Yansıması

Ahmet Erdur¹

ÖZET

Sinüzit kaynaklı pediatrik beyin absesi, başlangıç semptomlarının nonspesifik niteliği nedeniyle tanısız gecikmeye son derece yatkın, acil multidisipliner müdahale gerektiren kritik bir nörolojik tablodur. Bu yazıda, üç ay önce geçirdiği trafik kazasının ardından akut frontal sinüzit atağıyla başvuran 15 yaşında erkek hasta sunulmaktadır. Hasta ilk başvurusunda yalnızca sinüzit tanısıyla oral antibiyotik tedavisine alınmış; semptomların kötüleşmesi üzerine yeniden değerlendirildiğinde Glasgow Koma Skoru 13, CRP 211 mg/L olarak saptanmış ve kontrastlı MRG’de sol serebral konvekste leptomenenjit ile eşlik eden subdural koleksiyon ortaya konmuştur. Hastaya eş zamanlı endoskopik sinüs cerrahisi (ESC) ve frontal trepanasyon uygulanmış; pediatri-beyin cerrahisi-KBB ortak yönetiminde yürütülen antibiyotik tedavisi ile komplikasyonsuz şifa ile taburcu edilmiştir. Bu olgu; önceden geçirilmiş kafa travmasının görüntüsel iyileşmeye karşın “locus minoris resistentiae” oluşturabileceğini ve sinüzit gibi görece sıradan bir tetikleyicinin “double-hit” mekanizmasıyla frontal lob beyin absesine zemin hazırlayabileceğini somut biçimde ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: beyin absesi, pediatri, sinüzit, double-hit mekanizması, endoskopik sinüs cerrahisi, kafa travması

¹ Uzm. Dr., Burdur Devlet Hastanesi Acil Tıp Birimi, ORCID: 0000-0002-3778-0632

OP-2

GKS 15 Ama Tehlike Büyük: Genç Hastada Gecikmiş Kronik Subdural Hematom

*Alper Nalci², Fuat Akyüz¹, Mustafa Rutkay Bulut¹, Hasan Burak Kaya¹,
Miraç Koç¹, Fatma Mutlu Kukul Güven¹*

Özet

Kronik subdural hematom (KSDH), sıklıkla ileri yaşta görülen bir patoloji olmakla birlikte genç erişkinlerde travma sonrası gecikmiş ve atipik bulgularla da ortaya çıkabilmektedir. Klinik prezentasyon çoğu zaman nonspesifik olup, özellikle fokal nörolojik semptomlar tanıyı zorlaştırabilir. Bu olguda, hafif travmadan yaklaşık 45 gün sonra fokal nörolojik bulgular ile başvuran ve cerrahi sonrası erken dönemde nüks gelişen genç bir hastada KSDH sunulmaktadır. Bu vaka, acil serviste normal bilinç düzeyine sahip hastalarda dahi ciddi intrakraniyal patolojilerin gözden kaçabileceğini ve travma öyküsünün dikkatle sorgulanmasının önemini vurgulamaktadır.

² Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

OP-3

Percheron Arter Enfarkti: A Case Report

Alper Uğraş

ABSTRACT

The thalamic region is supplied by numerous small perforating arteries, and anatomical variations of these vessels may occur. A rare anatomical variant of the paramedian artery is known as the Artery of Percheron. Occlusion of this artery can result in bilateral thalamic infarctions. Patients may present with a wide spectrum of clinical manifestations. Moreover, neuroimaging findings, particularly in the early stage, may be unremarkable. This can lead to delays in diagnosis and consequently to missing the critical therapeutic window for intravenous thrombolytic therapy, resulting in delayed treatment.

Anahtar Kelime: bilinç dalgalanması, percheron arter enfarkti, trombolitik

OP-4

Anürinin Nadir Bir Nedeni: Spontan Mesane Rüptürü

Fatih Çağlar Genç¹, Fuat Akyüz¹, Alper Nalcı¹, Hasan Burak Kaya¹,

Miraç Koç¹, Fatma Mutlu Kukul Güven¹

1

Özet

Spontan mesane rüptürü, özellikle geçirilmiş ürolojik cerrahi öyküsü olan hastalarda nadir görülen ancak zamanında tanınmadığında ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilen bir acil durumdur. Anüri ve karın ağrısı ile başvuran yaşlı hastalarda ilk planda obstrüktif nedenler düşünülse de, mesane duvarında skar dokusuna bağlı gelişen geç dönem yapısal zayıflık alanları üzerinden ortaya çıkan rüptür olasılığının da akılda tutulması gerekir. Bu yazıda, transüretal rezeksiyon (TUR) ameliyatı sırasında mesane perforasyonu gelişmiş olan, aradan yirmi bir ay geçtikten sonra acil servise anüri ve alt karın dolgunluğu şikayetleri ile başvuran bir olgu sunulmaktadır.

¹ Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

OP-5

Geri Döndürülebilir Travmatik Arrest Nedenleri: Bilateral Torasik Dekompresyon ile Dramatik Yanıt

Fatih Çağlar Genç¹, Mustafa Rutkay Bulut¹, Oğuz Alp Paköz¹, Hasan Burak Kaya¹, Miraç Koç¹, Fatma Mutlu Kukul Güven¹

Özet

Travmatik kardiyak arrest, multiorgan travması sonrası gelişebilen ve mortalitesi çok yüksek olan bir klinik durumdur. Sağkalım büyük ölçüde geri döndürülebilir nedenlerin erken tanınmasına ve hızlı müdahaleye bağlıdır. Pelvik fraktür ile birlikte gelişen bilateral hemotoraks, hem ciddi hemoraji hem de ventilasyon bozukluğu oluşturarak kısa sürede kardiyak arrest gelişimine yol açabilir. Bu olguda araç içi trafik kazası sonrası pelvik fraktür ve bilateral hemotoraks gelişen, transport ve acil servis kabulü sırasında tekrarlayan kardiyak arrest epizodları yaşayan bir hastada bilateral tüp torakostominin oksijenizasyon ve hemodinamik stabilizasyon üzerindeki etkisi sunulmaktadır. Bilateral toraks drenajı sonrasında periferik oksijen saturasyonunda ve hemodinamik parametrelerde hızlı ve belirgin düzelme gözlenmiştir. Bu olgu travmatik arrest yönetiminde bilateral toraks dekompresyonunun önemini vurgulamaktadır.

¹ Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

OP-6

Karaciğer Sirozu ve Alkol Bağımlılığı Zemininde Şiddetli Gastrointestinal Kayıplara Bağlı Gelişen Evre 3 Akut Böbrek Hasarı

*Gökhan Kırlar¹, Hatice Şeyma Akça¹, Muhammet Can Yıldız¹,
M. Furkan Hatipoğlu¹, Semiha Olur¹, Gizem Köken¹, Burcu Sena Aydın¹*

ÖZET

Akut böbrek hasarı (ABH), böbrek fonksiyonlarının saatler ve günler içerisinde ani kaybıyla karakterize, yüksek mortalite riskine sahip klinik bir tablodur. Özellikle kronik karaciğer hastalığı olan bireylerde, renal perfüzyonun hassas dengesi gastrointestinal kayıplarla hızla bozulabilmektedir. Bu sunumda, 28 yaşında alkol bağımlılığı ve siroz öyküsü olan kadın hastanın, 4 gündür devam eden şiddetli kusma sonrası gelişen Evre 3 ABH, belirgin elektrolit imbalansı ve metabolik alkaloz tablosu ele alınmıştır. Genç yaştaki hastada görülen dramatik kreatinin artışı ve eşlik eden hemokonsantrasyon, vakanın klinik yönetimindeki kritik noktaları ve erken agresif resüsitasyonun önemini vurgulamaktadır.

¹ Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Kliniği

OP-7

Post-Apendektomi Döneminde Atipik Seyirli Salmonella ve Shigella Sepsisi

Gökhan Kırlar¹, Ramazan Ünal¹, Elif Nur Madran¹, Muhammet Can Yıldız¹, Tolga Başpınar¹, Semiha Olur¹, Gizem Köken¹, M. Furkan Hatipoğlu¹

ÖZET

Post-operatif dönemde gelişen enfeksiyonlar genellikle cerrahi alan enfeksiyonu olarak değerlendirilse de, hastanın seyahat öyküsü ve eşlik eden gastrointestinal semptomlar ayırıcı tanıyı genişletmelidir. Bu sunumda, 20 gün önce apendektomi öyküsü olan, umre dönüşü ishal ve nefes darlığı ile acil servise başvuran 25 yaşında erkek hasta ele alınmıştır. Hastada derin trombositopeni (8 K/UL), şiddetli hiponatremi (118 mmol/L), karaciğer enzim yüksekliği ve batın içi masif serbest sıvı saptanmıştır. Gaita kültüründe *Salmonella* ve *Shigella* üremesi olan hasta, agresif tedaviye rağmen yatışının 2. gününde septik şok ve Dissemine İntravasküler Koagülasyon (DIC) tablosuyla exitus kabul edilmiştir ⁽²⁾. Bu vaka, post-op süreçteki "Second Hit" fenomenini ve enfeksiyonların cerrahi komplikasyonları nasıl maskeleyebileceğini vurgulamaktadır.

¹ Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Kliniği

OP-8

Gebelikte Sedasyonsuz Omuz Redüksiyonu: Prakash Yöntemi ile Hızlı ve Güvenli Başarı

Hasan Burak Kaya¹

Özet

Omuz çıkıkları acil serviste en sık görülen büyük eklem çıkıkları arasında yer almakta olup olguların büyük çoğunluğunu anterior tip oluşturmaktadır. Redüksiyon işlemi sıklıkla ağrı ve kas spazmı nedeniyle prosedürel sedasyon gerektirebilir. Ancak gebelikte sedasyon uygulaması maternal ve fetal açıdan riskler barındırmaktadır. Bu nedenle sedasyon gerektirmeyen teknikler önem kazanmaktadır. Bu olguda, acil servise başvuran gebede anterior omuz çıkığı Prakash yöntemi ile sedasyonsuz olarak kısa sürede başarılı şekilde redükte edilmiştir.

¹ Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

OP-9

Tetanoz: Basit Bir Yaralanmanın Ölümcül Sonucu

Mehmet Berk Eyiñç¹, Fevzi Yılmaz², Ceren Akça³, Erdi Akça³

ÖZET

Tetanoz, Clostridium tetani tarafından üretilen tetanospazmin nörotoksininin neden olduğu, akut başlangıçlı ve toksin aracılı gelişen, kas rijiditesi ve şiddetli kas spazmları ile karakterize, aşı ile tamamen önlenemez ancak geliştiğinde yüksek mortalite ile seyredabilen ciddi bir enfeksiyon hastalığıdır. Genellikle yeterli immünizasyonu olmayan veya travma sonrası uygun profilaksi uygulanmayan kişilerde görülmektedir. Etkin aşılama programları ve travma sonrası uygun profilaksi uygulamaları hastalığın önlenmesinde en önemli basamakları oluşturmaktadır.

Bu olguda, yeterli immünizasyon öyküsü bulunmayan ve basit bir yumuşak doku travması sonrası gelişen bulgular nedeniyle ailesi tarafından emosyonel stres ve anksiyete ile ilişkilendirilerek acil servise getirilen 73 yaşında kadın hasta sunulmaktadır. Acil servis değerlendirmesinde klinik bulgular ve ayrıntılı anamnez doğrultusunda jeneralize tetanoz tanısı konulmuştur. Hastaya tetanoz toksoid aşısı ve tetanoz immünoglobulini uygulanmış, antibiyotik tedavisi olarak intravenöz metronidazol başlanmış ve kas spazmlarının kontrolü amacıyla benzodiazepin tedavisi uygulanmıştır. Takiplerinde gelişen solunum sıkıntısı nedeniyle hasta entübe edilerek mekanik ventilasyon desteğine alınmıştır. Yoğun bakım takiplerinde gelişen hemodinamik instabilite sonucu hasta exitus olmuştur.

Bu olgu sunumu ile acil servislerde kas spazmları ile başvuran hastalarda tetanozun ayırıcı tanıda akılda tutulmasının ve yaralanma öyküsünün ayrıntılı olarak sorgulanmasının önemine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tetanoz; Clostridium tetani; Trismus; Tetanoz profilaksisi; Acil Servis

¹ Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp A.B.D, Karaman

² Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp A.B.D, Antalya

³ Çivril Şehit Hilmi Öz Devlet Hastanesi, Acil Tıp, Denizli

OP-10

Fournier Gangreni Olgusu Işığında Nekrotizan Yumuşak Doku Enfeksiyonları

Mehmet Biçer¹

Özet

Nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları (NYDE'ler), fasiit, miyozit ve selülitin nekrotizan formlarını içerir (1–4). Nekrotizan fasiit ile nekrotizan miyozit arasındaki farkı belirlemek zor olabilir çünkü her iki sendromda da iskelet kası ve fasya etkilenir (5–7). Nekrotizan fasiit, polimikrobiyal (tip I) ve monomikrobiyal enfeksiyon (tip II) olmak üzere iki mikrobiyolojik kategoriye ayrılabilir (8-10).

NYDE ile ilişkili risk faktörleri, büyük penetran travma, küçük yırtık veya künt travma (kas zorlanması, burkulma veya ezilme), cilt travması (suçiçeği lezyonu, böcek ısırığı, İV uyuşturucu kullanımı), son cerrahi müdahaleler (kolonik, ürolojik ve jinekolojik prosedürlerin yanı sıra yenidoğan sünneti dahil) mukoza yırtığı (hemoroid, rektal fissür, epizyotomi), bağışıklık baskılanması (diyabet, siroz, nötropeni, HIV enfeksiyonu), malignite, obezite, alkolizm, kadınlarda: gebelik, doğum, gebelik kaybı, jinekolojik prosedürler (1,11,12,13-17).

Nekrotizan enfeksiyonun klinik belirtileri şunlardır Eritem (keskin sınırları olmayan; yüzde 72), Gözle görünen kızarıklıkım ötesine yayılan ödem (%75), Şiddetli ağrı (bazı vakalarda muayene bulgularıyla orantısız; yüzde 72), Ateş (%60), Çıtırıtı (yüzde 50), Deride kabarcıklar, nekroz veya ekimoz (yüzde 38) (1,2,4,7,18,19).

53 yaş diyabetik, öz bakımı düşük erkek mahkum hasta; yaklaşık 3 gündür karın ön duvarında ve perine bölgesinde ağrısı mevcutmuş. Hastanın son 2 gündür perianal bölgeden akıntı ve kızarıklık olması, çevresindekilerin kötü kokudan rahatsız olması sebebiyle acil servise kolluk kuvvetleri nezaretinde getirilmiş. Hastanın yapılan muayenesinde perianal bölgeden başlayıp umblikus sağ lateraline kadar uzanan, krepitasyon alınan Fournier gangreni olması sebebiyle acil olarak ameliyata alındı. Ameliyatta Hartmann kolostomi açılması ve DeBorja işlemi yapıldı. DeBorja sonununda hastanın yarısı rektum anteriorundan sağ SİAS ve umblikusa kadar uzanmaktaydı. Tüm skortum nekroze gitmişti bu sebepten DeBorja ile temizlendi. Hastanın nekrotik dokuları rektumun 10 cm lateral duvarına kadar uzanmaktaydı. Hastanın miyozite bağlı sfinkter tutulumu da vardı. Seri DeBorja ve pansumanlar ile hasta postop 20. Günde granülasyon dokusunun oturması sebebiyle hastaya kapatmaya uygun görüldü. Sağlam kalan cilt dokuları ile hastanın granülasyon dokusu oluşan yerler primer sütürasyon ile kapatılmaya çalışıldı (Resim1). Hastanın testisleri örtecek dokusunun kalmaması sebebiyle greft cerrahisi için hasta ileri merkeze plastik cerrahi kliniğine sevk edildi.

Fournier gangreni nekrotizan fasiitle seyreden zaman zaman miyozitin de eşlik ettiği hayatı tehdit eden cerrahi bir acil durumdur. Erken tanı ve cerrahi DeBorja ile hastalar kurtarılabilir. Ancak tedavi ne kadar erken yapılırsa da mortalite ve morbidite yüksektir. Bu çalışmamızda Fournier gangreni tanılı bir hastamızın olgu sunumuyla nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonlarını literatür ışığında incelemeyi amaçladık.

¹ Dr. Öğr. Üy., Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, ORCID: 0000-0002-6143-1918

OP-11

Yetişkinde Krup: Stridorun Unutulan Bir Nedeni

*Mehmet Emin Yılmaz¹, Alper Nalçı¹, Levent Kayaoğlu¹, Hasan Burak Kaya¹,
Miraç Koç¹, Fatma Mutlu Kukul Güven¹*

Özet

Krup çoğunlukla çocukluk çağında görülen ve viral enfeksiyonlara bağlı gelişen bir üst hava yolu hastalığıdır. Larenks ve trakeada gelişen inflamasyon sonucu subglottik ödem meydana gelir ve klinik olarak havlar tarzda öksürük, stridor ve solunum sıkıntısı ile karakterizedir. Erişkinlerde oldukça nadir görülmesi nedeniyle tanı çoğu zaman gecikebilir. Bu çalışmada acil servise nefes darlığı, stridor ve havlar tarzda öksürük ile başvuran ve radyolojik bulgular ile erişkin krup tanısı düşünülen bir hastanın klinik yönetimi sunulmaktadır.

¹ Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

OP-12

Sol Üst Kadran Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Dalak Apsesi

Mehmet Emin Yılmaz¹, Fatih Çağlar Genç¹, Mustafa Rutkay Bulut¹, Hasan Burak Kaya¹, Miraç Koç¹, Fatma Mutlu Kukul Güven¹

Özet

Dalak absesi nadir görülen ancak tanı ve tedavisinde gecikme olması durumunda yüksek mortaliteye yol açabilen bir intraabdominal enfeksiyondur. Klinik bulgular çoğu zaman nonspesifik olup tanı sürecini zorlaştırabilmektedir. En sık görülen semptomlar ateş, sol üst kadran ağrısı ve lökositoz olmakla birlikte ileri yaş ve komorbid hastalığı bulunan bireylerde atipik klinik tablo görülebilmektedir. Tanıda en duyarlı görüntüleme yöntemi kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografidir. Bu çalışmada acil servise epigastrik ağrı şikâyeti ile başvuran ve yapılan değerlendirmeler sonucunda dalak absesi tanısı konulan ileri yaş bir olgu sunulmuştur. Bu olgu, özellikle komorbid hastalığı bulunan ileri yaş hastalarda karın ağrısının ayırıcı tanısında dalak apsesinin de göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır.

¹ Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

OP-13

Servikal Spinal Stenoz Zemininde Düşme Sonrası Gelişen Travmatik Santral Kord Sendromu

*Muhammet Can Yıldız¹, Beyza Bulut¹, Ramazan Ünal¹,
M. Furkan Hatipoğlu¹, Yunus Emre Gülel*

ÖZET

88 yaşında erkek hasta, ev içi düşme sonrası bilateral üst ekstremitelerde daha belirgin olmak üzere tetraparezi tablosuyla başvurmuştur. Radyolojik incelemelerde C2-C7 arası yaygın kord ödemi ve multilevel stenoz saptanmıştır. Bu olgu, geriatric popülasyonda minör travmaların, dar kanal varlığında nasıl katastrofik nörolojik sonuçlara yol açabileceğini ve acil servis yönetimindeki kritik basamakları tartışmaktadır.

¹ Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı

OP-14

Sisplatin İlişkili Multiorgan Toksisitesi ve Nadir Görülen Akut Kardiyotoksisite Olgusu

Muhammet Can Yıldız¹, Rabia Gönültaş¹, Dilek Atik¹, Gökhan Kırlar¹, Gizem Köken¹

ÖZET

Bu olgu sunumunda, Küçük Hücreli Akciğer Kanseri (KHAK) tanısıyla ilk kür kemoterapisini (Sisplatin + Etoposid) alan 68 yaşında erkek hastanın, tedaviden sonraki 10. günde gelişen kompleks klinik tablosunu ele alıyoruz. Acil servisimize derin pansitopeni ve evre 3 akut böbrek hasarı (ABH) ile başvuran hastada saptanan belirgin troponin I yüksekliği (>800 ng/L), ilk etapta Tip 2 MI şüphesi uyandırmış olsa da; ekokardiyografide saptanan %20'lik akut ejeksiyon fraksiyonu (EF) kaybı, odağımızı doğrudan sisplatin kaynaklı akut kardiyotoksisiteye çevirmiştir ⁽¹⁾ ⁽²⁾. Olgu, acil tıp pratiğinde sıkça karşılaşılan "sepsis/şok" tablosu ile doğrudan kemoterapötik miyosit hasarı arasındaki ayırıcı tanının kritik önemini ve p62-Keap1-Nrf2 yolağı gibi güncel moleküler hedefleri tartışmaktadır ⁽²⁾

¹ Karaman Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

OP-15

Buerger Hastalığı Tanılı Genç Hastada Gastrosplenik Fistül ile Prezente Olan Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma

*Muhammet Can Yıldız¹, Ramazan Ünal¹, Gökhan Kırlar¹, Gizem Köken¹,
Yunus Emre Gülel¹, Dilek Atik¹*

ÖZET

Gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları acil servis pratiğinde sık görülse de, gastrosplenik fistül (GSF) gibi nadir anatomik patolojiler tanısal zorluk teşkil etmektedir. Bu sunumda, 39 yaşında Buerger hastalığı olan erkek hastanın, melena şikayetiyle başvurusu sonrası saptanan GSF ve bu tabloya yol açan Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma (DBBHL) süreci ele alınmıştır. Agresif seyirli lenfomanın de novo fistülizasyonla prezente olması ve eşlik eden vaskülopati, vakanın klinik önemini artırmaktadır.

¹ Karamanoğlu Mehmebey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

OP-16

Acil Serviste Nadir Bir Klinik Belirti: Fekalüri ile Prezente Olan Enterovezikal Fistül

*Mustafa Rutkay Bulut¹, Fuat Akyüz¹, İmran Sona Ayvalı¹,
Hasan Burak Kaya¹, Miraç Koç¹, Fatma Mutlu Kukul Güven¹*

Özet

Enterovezikal fistüller (EVF), bağırsak lümeni ile mesane arasında gelişen patolojik bağlantılardır ve genellikle divertikülit, malignite veya Crohn hastalığı gibi inflamatuvar süreçlerin komplikasyonu olarak ortaya çıkar. Klinik olarak pnömatüri ve fekalüri en spesifik bulgular arasında yer alır. Ancak hastaların önemli bir kısmında tanı gecikebilir. Bu çalışmada acil servise idrar torbasında gaita görülmesi ve fekaloid drenaj şikâyeti ile başvuran ileri yaş bir hastada saptanan enterovezikal fistül olgusu sunulmuştur. Bu olgu, özellikle sondalı ve komorbid hastalarda idrar torbası içeriğindeki değişikliklerin önemli tanısal ipuçları sağlayabileceğini göstermektedir.

¹ Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

OP-17

Künt Toraks Travması Sonrası Gelişen Travmatik Aort Rüptürü

*Oğuz Alp Paköz¹, Alper Nalci¹, İmran Sona Ayvalı¹, Hasan Burak Kaya¹,
Miraç Koç¹, Fatma Mutlu Kukul Güven¹*

1

Özet

Künt torasik aort yaralanmaları, özellikle yüksek enerjili travmalar sonrası gelişen ve erken tanı konulamadığında yüksek mortaliteye yol açan kritik vasküler patolojilerdir. Acil serviste travma hastalarının hızlı ve doğru değerlendirilmesi, bu yaralanmaların erken tanınmasında belirleyici rol oynamaktadır. Bu çalışmada araç içi trafik kazası sonrası gelişen travmatik aort rüptürü olgusu sunulmuştur. Yetmiş bir yaşında erkek hasta, trafik kazası sonrası acil servise başvurdu. Başvuru anında vital bulguları stabil ve Glasgow Koma Skoru 15 olarak değerlendirildi. Şiddetli göğüs ağrısı nedeniyle yapılan kontrastsız toraks bilgisayarlı tomografide mediastinal hematoma ile uyumlu bulgular saptandı. Ardından gerçekleştirilen torasik aort BT anjiyografide arcus aorta düzeyinde aort duvar konturunda düzensizlik, lokalize outpouching ve çevresel mediastinal hematoma izlendi. Bulgular künt travma sonrası gelişen travmatik torasik aort yaralanması ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hasta ileri tedavi amacıyla kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Bu olgu, künt toraks travmalarında klinik olarak stabil hastalarda dahi travmatik aort yaralanmasının göz ardı edilmemesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Künt torasik aort yaralanması, travma, mediastinal hematoma, BT anjiyografi, acil servis

¹ Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

OP-18

Acil Serviste Ani Bilinç Değişikliğinin Nadir Bir Nedeni: Percheron Arteri Enfarktı

***Oğuz Alp Paköz¹, Mehmet Emin Yılmaz¹, Fatih Çağlar Genç¹, Üsame Gülle¹,
Hasan Burak Kaya¹, Miraç Koç¹, Fatma Mutlu Kukul Güven¹***

Özet

Percheron arteri (Artery of Percheron, AOP), posterior serebral arterin P1 segmentinden köken alan ve her iki paramedian talamusu tek bir perforan arter aracılığıyla besleyen nadir bir anatomik varyanttır. Bu arterin oklüzyonu bilateral talamik enfarkt ile sonuçlanabilir ve klinik olarak bilinç değişikliği, konuşma bozukluğu ve okülomotor bulgular ile prezente olabilir. Klinik bulguların heterojen olması ve erken dönemde bilgisayarlı tomografinin normal olabilmesi tanıyı güçleştirebilir. Bu olguda acil servise bilinç değişikliği ve konuşma bozukluğu ile başvuran bir hastada saptanan Percheron arter enfarktı, acil tıp perspektifinden sunulmaktadır.

¹ Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

OP-19

Motosiklet Kazası Sonrası Kırık Olmadan Gelişen Servikal Miyelopati: Bir Olgu Sunumu

Uzm. Dr. Onur Kocaman¹, Dr. Buse Dilan Yemen¹

Özet

Amaç: Servikal travmalarda bilgisayarlı tomografi (BT) ile kırık saptanmaması, spinal kord yaralanmasını dışlamaz. Bu olgu sunumunda, motosiklet kazası sonrası başlangıç değerlendirmesi normal olan ancak takipte nörolojik defisit gelişen bir hastada manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) tanısal ve terapötik öneminin vurgulanması amaçlandı.

¹ Kocaeli Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kocaeli, Türkiye

OP-20

Radyasyon Pnömoniti Tanısında Yatak Başı Akciğer Ultrasonografisinin Rolü: Bir Olgu Sunumu

Dr. Öğr. Üyesi Ömer Jaradat¹, Arş. Gör. Dr. Furkan Yıldırım²

Özet

Amaç: Radyasyon pnömoniti (RP), torasik radyoterapinin (RT) doz sınırlayıcı bir komplikasyonudur ve tipik olarak tedavi tamamlandıktan 1-6 ay sonra ortaya çıkar. Radyasyon maruziyetinden saatler sonra gelişen erken başlangıçlı RP oldukça nadirdir. Yatak başı akciğer ultrasonografisi (LUS), interstisyel sendromları saptamada hassas bir araç olarak ortaya çıkmış olsa da, akut RP'deki rolü iyi tanımlanmamıştır.

Olgu Sunumu: Yetmiş sekiz yaşında, küçük hücreli dışı akciğer kanseri (adenokarsinom), koroner arter bypass greftleme, diabetes mellitus ve hipertansiyon öyküsü olan erkek hasta, akut dispne şikayeti ile başvurdu acil servise başvurdu. Dört ay önce paklitaksel, karboplatin ve tislelizumab (anti-PD-1) tedavisi aldığı, ancak intolerans nedeniyle üç hafta sonra tedavi kesildiği öğrenildi. Ardından palyatif torasik RT başlandığı ve ikinci RT seansı başvurudan yaklaşık altı saat önce uygulandığı öğrenildi. İki haftadır mevcut olan dispne, RT'den dört saat sonra aniden şiddetlendiği öğrenildi. Muayenede ateşi yoktu, oda havasında oksijen saturasyonu %89 idi ve sağ orta ve alt akciğer zonlarında raller mevcuttu. Laboratuvar bulguları, hafif yükselmiş C-reaktif protein (12.6 mg/L) dışında olağandı. Yatak başı LUS'de, düzenli, ince (<3 mm) plevral çizgi ile birlikte sağ anterior inferior bölgede multipl B-çizgileri (B2 noktası) saptandı; bu durum akut interstisyel ödemi düşündürdü. Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisi (BT), radyasyon alanına uyan buzlu cam opasiteleri ile birlikte 35 mm'lik bir santral kitleyi doğruladı. Klinik bulgular ve LUS özelliklerine dayanarak radyasyon pnömoniti tanısı ön planda düşünüldü. Hasta oksijen, bronkodilatörler ve metilprednizolon ile tedavi edildi, 24 saat içinde klinik iyileşme görüldü ve onkoloji servisine yatırıldı.

Sonuç: Bu olgu, torasik RT sonrası akut dispnesi olan hastalarda, özellikle önceki kemoterapi ve immünoterapi gibi çoklu risk faktörlerine sahip yaşlı hastalarda, klinisyenlerin RP'den yüksek şüphe duymaları gerektiğini vurgulamaktadır. Yatak başı LUS, erken interstisyel akciğer hasarının hızlı tespiti için değerli, hassas bir araçtır ve torasik RT sonrası dispneik hastaların akut değerlendirmesinde göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Radyasyon pnömoniti; akciğer ultrasonu; küçük hücreli dışı akciğer kanseri; immünoterapi; radyasyona bağlı akciğer hasarı

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Konya, Türkiye
ORCID: 0000-0002-6177-710X

² Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Konya, Türkiye
ORCID: 0009-0007-1646-3033

OP-21

Künt Abdominal Travma Sonrası Gelişen ve Evre 5 Yaralanmayı Taklit Eden Geçici Renal Arter Vazospazmı: Tanısal Bir Karmaşa

Ramazan Ünal¹

ÖZET

Künt karın travmaları sonrası renal arter yaralanmaları nadir görülmekle birlikte, total kanlanma kaybı ile karakterize Evre 5 hasarlar yüksek morbidite riski taşır.

Arteriyel düz kasların travmatik traksiyonuna bağlı gelişen geçici vazospazma bağlı renal perfüzyonun kısa süreli durması, radyolojik olarak ciddi bir arteriyel oklüzyonu taklit edebilmektedir. Bu sunumda, yüksekten düşme sonrası sol böbrekte perfüzyon kaybı saptanan ancak kısa süre içinde renal kanlanmanın normale döndüğü 30 yaşındaki kadın bir hasta olgusu sunulacaktır.

¹ Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0002-6181-4644

OP-22

Emphysematous cystitis: A Rare Urologic Emergency

*Ramazan Ünal¹, Rabia Gönültaş, Boran Polat, M. Samed Ayhan,
Dilek Atik, Gökhan Kırlar*

ABSTRACT

Emphysematous cystitis (EC) is a rare severe urinary tract infection characterised by pockets of air in and around the urinary bladder wall caused by gasforming organisms. Common predisposing factors are chronic infection, immunosuppression, diabetes and neurogenic bladder. The presentation may vary from mild illness to severe life-threatening cystitis. (1) We present a case of emphysematous cystitis diagnosed in an alcoholic patient who presented to the emergency department.

¹ Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

OP-23

Doğum Sonrası Gelişen Optik Nörit: Görme Kaybı ve Nöbet Birlikteliği

Veli Ağgöl, Anılcan Kılıç, Bilgehan Mutlu

Özet

Giriş ve Amaç: Postpartum dönem, kadın vücudundaki hormonal ve immünolojik değişiklikler nedeniyle nöro-oftalmolojik hastalıkların seyrinin değişebildiği hassas bir süreçtir. Bu dönemde ortaya çıkan optik nörit (ON), görme kaybına yol açabilen acil bir durumdur. Doğum sonrası artan bağışıklık aktivitesi, özellikle demiyelinizan hastalıkların ilk atağı veya nüksü için zemin hazırlayabilir. Bu yazının amacı, doğum sonrası birinci ayda sağ gözde ani görme kaybı ve papil ödem ile başvuran, klinik seyri sırasında jeneralize tonik-klonik nöbetlerin eşlik ettiği nadir bir postpartum optik nörit olgusunu sunarak, bu dönemdeki görme kayıplarının ayırıcı tanısında inflamatuvar süreçlerin de öncelikle düşünülmesi gerektiğine dikkat çekmektir.

Olgu Sunumu: Yirmi sekiz yaşında, bilinen ek hastalığı olmayan kadın hasta, bir ay önce sezaryen ile doğum yaptıktan sonra sağ gözde üç gündür ilerleyen görme bulanıklığı şikayetiyle başvurdu. Nörolojik muayenede bilateral ışık refleksi doğaldı. Fundoskopik incelemede sağ gözde belirgin papil ödemi izlendi. Beyin ve orbita manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sağ optik sinirde kontrast tutulumu gösteren inflamatuvar sinyal değişiklikleri optik nörit ile uyumlu bulundu. Hastaya yüksek doz pulse steroid tedavisi (metilprednizolon) başlandı. Yatışının üçüncü gününde iki kez jeneralize tonik-klonik nöbet geçiren hastanın elektroensefalografisinde (EEG) sol temporal bölgede epileptiform aktivite izlendi. Nöbet kontrolü için levatirasetam tedavisi uygulandı. Görsel uyarılmış potansiyeller (VEP) incelemesinde sağ optik yolda demiyelinizasyonla uyumlu P100 latans uzaması saptandı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesi normal olup, anti-MOG, NMO (Aquaporin-4) antikolları ve oligoklonal bant negatif bulundu. Pulse steroid tedavisinin ardından görme semptomları düzelen ve nöbet tekrarı gözlenmeyen hasta, önerilerle taburcu edildi.

Tartışma: Postpartum dönemde ortaya çıkan optik nörite nöbetlerin eşlik etmesi, ayırıcı tanıda öncelikle eklampsi, posterior reversible ensefalopati sendromu (PRES) ve serebral venöz tromboz gibi obstetrik acilleri düşündürmelidir. Sunulan vakada bu durumlar dışlandıktan sonra inflamatuvar etiyojolojiye odaklanılmıştır. Postpartum dönemde artan bağışıklık aktivitesi, Myelin Oligodendrosit Glikoproteini (MOG) ve Aquaporin-4 (AQP4) ilişkili hastalıkların (MOGAD ve NMOSD) tetikleyicisi olabilmekte birlikte, hastanın serolojik testlerinin negatif olması idiyopatik veya multipl skleroz (MS) ilişkili optik nörit olasılığını akla getirmektedir. Nöbetlerin ortaya çıkışı, akut demiyelinizan sürecin nöbet eşliğini düşürücü etkisine veya nadiren kortikal tutulumla bağlanabilir. Yüksek doz steroid tedavisine alınan olumlu yanıt, inflamatuvar sürecin baskılanmasında erken tedavinin önemini vurgulamaktadır. Bu vaka, postpartum dönemde görme kaybı ile başvuran bir hastada vasküler nedenlerin yanı sıra inflamatuvar demiyelinizan hastalıkların da kapsamlı şekilde değerlendirilmesi ve multidisipliner yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Sonuç:

Postpartum dönemde ortaya çıkan optik nörit, nadir görülmeyle birlikte görme kaybına yol açabilen ciddi bir tablodur. Bu olguda optik nörite eşlik eden jeneralize tonik-klonik nöbetler, postpartum dönemdeki nöro-oftalmolojik semptomların ayırıcı tanısında inflamatuvar demiyelinizan süreçlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir. Yüksek doz pulse steroid tedavisine alınan hızlı

ve olumlu yanıt, erken tanı ve tedavinin prognoz üzerindeki belirleyici rolünü vurgulamaktadır. Bu tür olguların yönetiminde nöroloji, göz hastalıkları ve kadın doğum uzmanlarının iş birliği içinde çalışması hem tanısal doğruluğu artırmakta hem de hasta güvenliğini sağlamaktadır.

OP-24

Normal Elektromiyografi Bulguları ile Seyreden Atipik Bir Posterior Interosseöz Sinir Sendromu: Olgu Sunumu

Gizem Köken, Rabia Gönültaş, Kemal Eker, Ramazan Ünal

ÖZET

Posterior interosseöz sinir (PIS) sendromu, radial sinirin derin dalının sıkışması sonucu gelişen, duyuşsal kayıp olmaksızın el ve parmak ekstansörlerinde ilerleyici güç kaybı ile karakterize nadir bir durumdur. (1)Bu vakada 19 yaşında erkek hasta, sağ kolda ani başlayan ağrı, şişlik ve el bileği extansiyonunda kısıtlılık (düşük el) şikayetiyle başvurdu. Travma öyküsü bulunmayan hastanın fizik muayenesinde supinatör kas gücü ve duyuşsal değerlendirme doğal saptandı. Yapılan servikal spinal MR ve erken dönem elektromiyografi (EMG) incelemeleri normal olarak değerlendirildi. Klinik tablo ile elektrofizyolojik bulgular arasındaki uyumsuzluk nedeniyle hastaya konservatif izlem ve 3 hafta sonra kontrol EMG planlandı. PIS sendromunda semptomların başlangıcındaki "nörapaksi" evresinde EMG bulguları yanıltıcı şekilde normal saptanabilir.(2) Bu olgu, radyolojik ve elektrofizyolojik kanıt yokluğunda dahi klinik muayenenin tanıdaki değerini ve erken evre vakalarda konservatif takibinin önemini vurgulamaktadır.

OP-25

Şok Tiplerinin Hızlı Tanınmasında Yatak Başı Ultrasonografinin (POCUS) Tanısal Değeri ve Klinik Etkinliği

Mehmet Berk Eyiñç¹

ÖZET

Şok, dokulara yetersiz oksijen sunumu ile karakterize, hızlı tanı ve tedavi gerektiren hayatı tehdit eden bir klinik durumdur. Geleneksel fizik muayene ve standart tanı yöntemleri ile şok etiyojisinin doğru şekilde belirlenmesi çoğu zaman yetersiz kalmaktadır. Bu derlemede, yatak başı ultrasonografinin (POCUS) undiferansiye şok hastalarında tanısal doğruluk, hız ve klinik karar süreçlerine etkisi değerlendirilmiştir. Literatür verileri, POCUS'un tanısal doğruluğu anlamlı şekilde artırarak %45'ten %89'a kadar yükselttiğini ve tanısal belirsizliği azalttığını göstermektedir. RUSH, FALLS ve VExUS gibi protokoller, şokun sistematik değerlendirilmesine katkı sağlarken; hipovolemik, kardiyojenik, obstrüktif ve distribütif şok tiplerine özgü ultrasonografik bulgular hızlı ayırım imkânı sunmaktadır. Ayrıca POCUS, pnömotoraks gibi acil durumlarda tanı süresini belirgin şekilde kısaltmakta ve sıvı resüsitasyonunun yönetiminde (IVC ve akciğer ultrasonu ile) önemli rol oynamaktadır. Yoğun bakım pratiğinde POCUS kullanımı mekanik ventilasyon süresini azaltmakta ve ileri görüntüleme ihtiyacını düşürmektedir. Bu bulgular, POCUS'un acil serviste şok yönetiminde kritik bir araç olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Şok, POCUS, Yatak Başı Ultrasonografi, Acil Servis, Kritik Hasta Yönetimi

¹ Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp A.B.D, Karaman, ORCID:000-0001-5042-5830

OP-26

Künt Toraks Travması Sonrası Koroner Stent Trombozu ile Gelişen ST Segment Elevasyonlu Miyokard Enfarktüsü

Aslıhan Onuralp¹, Dilek Atik¹, Habib Ali Yalama¹, Burcu Sena Aydın¹, Boran Polat¹, Semiha Olur¹, Ömer Faruk Demirayak²

ÖZET

Giriş: Künt toraks travması sonrası gelişen akut miyokard enfarktüsü (AME), nadir görülen ancak hayatı tehdit eden bir klinik tablodur. Patofizyolojisinde koroner diseksiyon, plak rüptürü veya tromboz gibi mekanizmalar rol oynamaktadır. Bu olguda, trafik kazası sonrası stent trombozuna bağlı gelişen bir ST segment elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 53 yaşında, bilinen hipertansiyon, diyabet ve çoklu koroner stent öyküsü olan erkek hasta, trafik kazası sonrası acil servise getirildi. Hastanın kazadan 30 dakika sonra başlayan göğüs ve sırt ağrısı mevcuttu. Yapılan elektrokardiyografisinde (EKG) anterolateral ST segment elevasyonu saptandı. Acil koroner anjiyografisinde sol anterior inen arter (LAD) içerisinde %100 tromboze lezyon izlendi. Perkütan girişimle tedavi edilen hasta, takibinin ikinci gününde taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Travma hastalarında göğüs ağrısı sıklıkla kas-iskelet sistemi yaralanmalarına bağlanmakta, bu da kardiyak tanılarının gecikmesine yol açabilmektedir. Özellikle koroner arter hastalığı veya stent öyküsü bulunan bireylerde, travmanın stent trombozunu tetikleyebileceği unutulmamalıdır. Travma sonrası göğüs ağrısı ile başvuran riskli hastalarda hızlı EKG değerlendirmesi ve erken girişimsel müdahale sağkalım açısından kritiktir.

Anahtar Kelimeler: Künt toraks travması, miyokard enfarktüsü, stent trombozu, acil tıp.

¹ Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi

² Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yapay Zeka ile Veri Taramak Ne Kadar Güvenli? Teknolojik Altyapı, Klinik Etkinlik ve Güvenlik Bariyerleri

Mehmet Berk Eyiñç¹

Özet

Yapay zeka (YZ), sağlık hizmetlerinde tanı, tedavi ve yönetim süreçlerini dönüştürme potansiyeline sahip yenilikçi bir teknolojidir. Bu çalışmada, YZ'nin sağlık sistemlerindeki teknolojik altyapısı, klinik uygulamalardaki etkinliği ve güvenli kullanımının önündeki temel bariyerler ele alınmıştır. Makine öğrenmesi, derin öğrenme ve doğal dil işleme gibi yöntemler; özellikle görüntü analizi, hasta akış yönetimi ve klinik karar destek sistemlerinde yüksek performans göstermektedir. Acil servislerde yoğunluk tahmini ve triyaj süreçlerinde YZ uygulamalarının dikkat çekici doğruluk oranlarına ulaştığı görülmektedir. Bununla birlikte, kara kutu problemi, veri yanlılığı ve hatalı bilgi üretimi gibi önemli güvenlik ve etik sorunlar, bu teknolojinin klinik entegrasyonunu sınırlamaktadır. Mevcut veriler, YZ'nin bağımsız bir karar verici olmaktan ziyade hekimleri destekleyen bir araç olarak daha güvenli ve etkili olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, YZ'nin sağlık hizmetlerinde sürdürülebilir ve güvenli şekilde kullanılabilmesi için şeffaflık, dış doğrulama ve etik standartların güçlendirilmesi gerekmektedir.

¹ Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp A.B.D, Karaman, ORCID:000-0001-5042-5830

OP-28

Basit Bir Enfeksiyon Mu, Daha Fazlası mı? Ebv ile İlişkili Bir Olgu

Beyza Dağlıoğlu¹, Hatice Şeyma Akça¹, Elif Nur Madran¹

GİRİŞ

Epstein-Barr virüs (EBV), Yvonne Barr, Bert Achong ve Anthony Epstein tarafından 1964 yılında tanımlanmıştır (1). EBV, gama herpesvirüs ailesinin bir üyesidir, eski adı HHV4'tür (Human herpesvirus 4). Bilinen ilk onkogenik virüstür. Yetişkin popülasyonun %90'ından fazlasını enfekte ettiği tahmin edilmektedir. Çift zincirli lineer DNA içeren, 172 baz çiftine sahip, 85'ten fazla gen kodlayan, zarflı bir virüstür. Yüz altmış iki kapsomerli nükleokapsid, zarf ve nükleokapsid arasında protein tegüment ve eksternal glikoprotein 'spike' içermektedir (2). Tek hostu insandır. İnsan vücuduna girişi çoğunlukla bir hosttan diğer hosta tükürük yoluyla gerçekleşir. Primer enfeksiyon çoğunlukla asemptomatik geçirilir, asemptomatik olmadığı vakalarda en sık neden olduğu klinik tablo akut enfeksiyöz mononükleozdur. Yaş arttıkça, immün sistemdeki değişikliklere bağlı olarak EBV enfeksiyonu daha ağır seyredebilmektedir. İnsanları enfekte eden iki subtip tanımlanmıştır; EBV1 ve EBV2. Bu subtipler, EBV nükleer antijeni kodlayan genlerdeki, özellikle EBNA2 sekanslarındaki organizasyon farklılıklarına göre birbirlerinden ayrılmaktadır. Dünyada en sık rastlanan subtip EBV1'dir. EBV2'nin de EBV1 kadar yaygın olduğu Afrika toplulukları mevcuttur. İn-vitro koşullarda EBV2'nin, B hücrelerini ölümsüzleştirme yeteneğinin EBV1'den daha etkisiz olduğu gösterilmiştir (3).

EBV insan vücudunda litik ve latent enfeksiyona yol açar. Litik enfeksiyon, viral replikasyonun gerçekleştiği, host hücrelerinin lizise uğradığı ve virüsün yayıldığı orofarengeal enfeksiyon aşamasıdır. Çoğu bireyde asemptomatik seyreder. Latent enfeksiyon ise virüsün bulunduğu hücreyi ölümsüzleştirdiği, hücre içinde saklanarak immün sistemden gizlendiği, ömür boyu süren enfeksiyon aşamasıdır.

Bu vakada ateş, öksürük ve boğaz ağrısı nedeniyle acil servise mükerrer başvuruları olup üst solunum yolu enfeksiyonu olarak değerlendirilen daha sonra EBV tanısı konulan vaka tartışılacaktır.

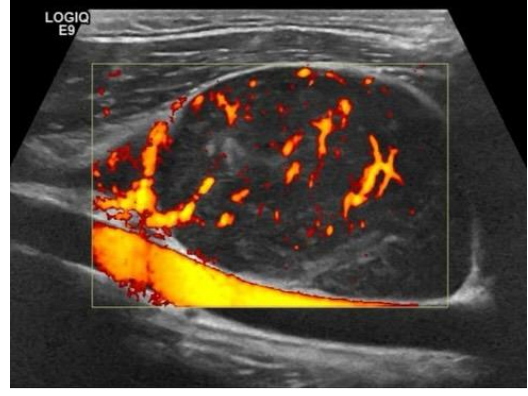
VAKA

Klinik seyir sürecinde hastanın fizik muayenesinde orofarenksin kriptik yapıda olduğu ve servikal bölgede belirgin lenfadenopati saptandığı görülmüştür. Vital parametreleri değerlendirildiğinde ateş 36,3°C, SpO₂ %99, tansiyon 110/50 mmHg ve nabız 120/dk olarak kaydedilmiştir. Laboratuvar incelemelerinde ALT 330 U/L, AST 412 U/L, ALP 285 U/L, CRP 16.7 mg/L, GGT 266.2 U/L, WBC 11.13 x10⁹/L ve lenfosit 7.93 x10⁹/L bulunmuştur. Boyun ultrasonografisinde tiroid ve parotis bezleri normal izlenmiş, ancak sağ servikal zincirde konglomerasyon oluşturan multiple lenfadenomegaliler saptanmış ve non-kazeöz granüloamatöz enfeksiyonlar ile lenfoproliferatif hastalıklar ayırıcı tanıda değerlendirilmiştir. (Şekil 1-2 ve 3)

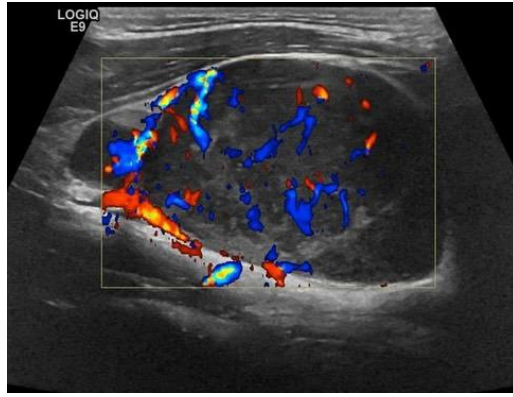
¹ Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı



Şekil-2



Şekil-1



Şekil-3

Yapılan KBB konsültasyonu sonucunda tonsillit tanısı konulmuş, apse lehine bulgu saptanmamış ve cerrahi müdahale gerekliliği düşünülmemiştir. Boğaz kültüründe üreme izlenmemiştir. Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu, karaciğer fonksiyon testlerindeki bozulma nedeniyle Epstein-Barr virüs (EBV) enfeksiyonu ön planda değerlendirilmiş ve hospitalizasyon önerilmiştir. Hasta enfeksiyon servisine yatırılmıştır. Abdomen ultrasonografisinde hepatomegali (159 mm), splenomegali (135 mm) ve portal hilusta lenf nodları saptanmıştır. Takiplerinde Anti-CMV IgG düzeyi 82.2 olarak bulunmuş, tularemi ve EBV açısından kan örnekleri dış merkeze gönderilmiştir.

TARTIŞMA

Hastamızda böyle bir durum olmasa da, Epstein-Barr virus enfeksiyonları, akut fulminan hepatik yetmezliğin seyrek görülen nedenlerinden biridir (5).

Karaciğer yetmezliği mortaliteyi belirleyen en önemli faktördür. Ancak bazı hastaların dalak rüptürü nedeniyle kaybedildiği de yayınlarda belirtilmiştir. (4,6)

Hastalık ilerledikçe lökosit, hemoglobin ve trombosit sayılarında azalma görülür. Serum transaminaz ve bilirubin düzeylerinde yükselme ve dehidratasyonun tabloya eklenmesi hepatik tutulum olduğunun göstergeleridir (4,7). Yaygın damar içi pıhtılaşma sıklıkla görülür. Masif hepatik nekroz ve fulminan hepatik yetmezlik nedeniyle ölüm gelişir (4). Hastamızda da getirildiği sırada hepatomegali, lenfadenopati ve KCFT yüksekliği vardı.

Literatürde EBV enfeksiyonuna ikincil gelişen fulminan hepatik yetmezlikli bir vakaya transplantasyon uygulandığı ve iyi yanıt alındığı gösterilmiştir (8). Karaciğer transplantasyonunun yapılma zamanı başarıyı belirleyen en önemli faktördür(9).

Hastamızda antibiyotik tedavisine rağmen geçmeyen kriptler vardı, ancak alınan kan kültürlerinde üreme saptanmadı. Bununla birlikte hastamızda transplantasyon yapılmadı.

SONUÇ

EBV enfeksiyonlarına sekonder gelişebilen fulminan hepatik yetmezlik, destek tedavisinin en üst düzeylerde verildiği merkezlerde bile mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Fulminan hepatik yetmezliğin en etkili tedavisi karaciğer transplantasyonudur. Transplantasyon için engel oluşturacak bir problem yoksa hastalar erken dönemde ameliyata alınmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Epstein MA, Achong BG, Barr YM. Virus particles in cultured lymphoblasts from Burkitt's Lymphoma. *Lancet* 1964;1(7335):702-3. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(64\)91524-72](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(64)91524-72).
2. Henle W, Henle G. Seroepidemiology of the virus. *The Epstein-Barr Virus: Springer* 1979. p. 61-78. https://doi.org/10.1007/978-3642-67236-1_4
3. Münz C. Epstein barr virus volume 1: One herpes virus: Many diseases. *Current Topics in Microbiology and Immunology*. Switzerland: Springer 2015. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-22822-8>
4. Markin RS. Manifestations of Epstein-Barr virus-associated disorders in liver. *Liver* 1994; 14: 1-13.
5. Cohen JI. Epstein-Barr virus infection. *N Engl J Med* 2000; 343: 481-492.
6. Shaw NJ, Evans JH. Short reports. Liver failure and Epstein-Barr virus infection. *Arch Dis Child* 1988; 63:432-445.
7. Markin RS, Linder J, Zuerlein K, et al. Hepatitis infatal infectious mononucleosis. *Gastroenterology* 1987;93: 1210-1217.
8. Feranchak AP, Tyson RW, Narkewicz MR, Karrer FM, Sokol RJ. Fulminant Epstein-Barr viral hepatitis: orthotopic liver transplantation and review of the literature. *Liver Transpl Surg* 1998; 4: 469-476.
9. Vogt DP, Henderson JM. Liver transplantation: patient selection and postoperative management. In: Brandt LJ (ed). *Clinical Practice of Gastroenterology*. Philadelphia: Current Medicine, Inc, 1999: 1018-1028.

OP-29

Güdük Apendisit Vaka Sunumu

Elif Nur Madran¹, Hatice Şeyma Akça¹, Beyza Dağlıoğlu¹, Dilek Atik¹

Giriş

Akut apandisit, acil servis başvurularında sık karşılaşılan cerrahi acillerin başında gelir ve standart tedavisi apendektomidir [1]. Cerrahi sonrası komplikasyonlar genelde nadir olsa da, yetersiz rezeksiyon nedeniyle geride bırakılan apendiks dokusunun iltihaplanmasıyla oluşan "güdük apandisiti", az görülen ama oldukça tehlikeli bir tablodur [2].

İlk ameliyatta apendiks kökünün 5 mm'den uzun bırakılması en büyük anatomik risk faktörüdür [2, 3]. Aylar hatta yıllar sonra bile ortaya çıkabilen bu durumun belirtileri, klasik apandisit ile (sağ alt kadranda ağrısı, bulantı, lökositoz) tamamen aynıdır. Ancak hastanın geçmişinde apendektomi öyküsü olması, hekimleri yanıltarak apandisit ihtimalini dışlamalarına ve tanıda ciddi gecikmelere yol açar [4].

Tanıdaki bu gecikmeler, güdük apandisit vakalarında perforasyon (%70'lere varan), peritonit ve sepsis gibi ciddi komplikasyon risklerini klasik apandisite göre belirgin şekilde artırır [3, 5]. Bu yüzden, geçmişinde apendektomi olan akut karın hastalarında kontrastlı batin tomografisi (BT) gibi ileri görüntülemelerin erken aşamada kullanılması hayatidir [5, 6].

Bu vaka sunumunda 3 haftadır geçmeyen karın ağrısı ve apendektomi öyküsüyle acil servise başvuran genç bir hasta anlatılacaktır.

Vaka

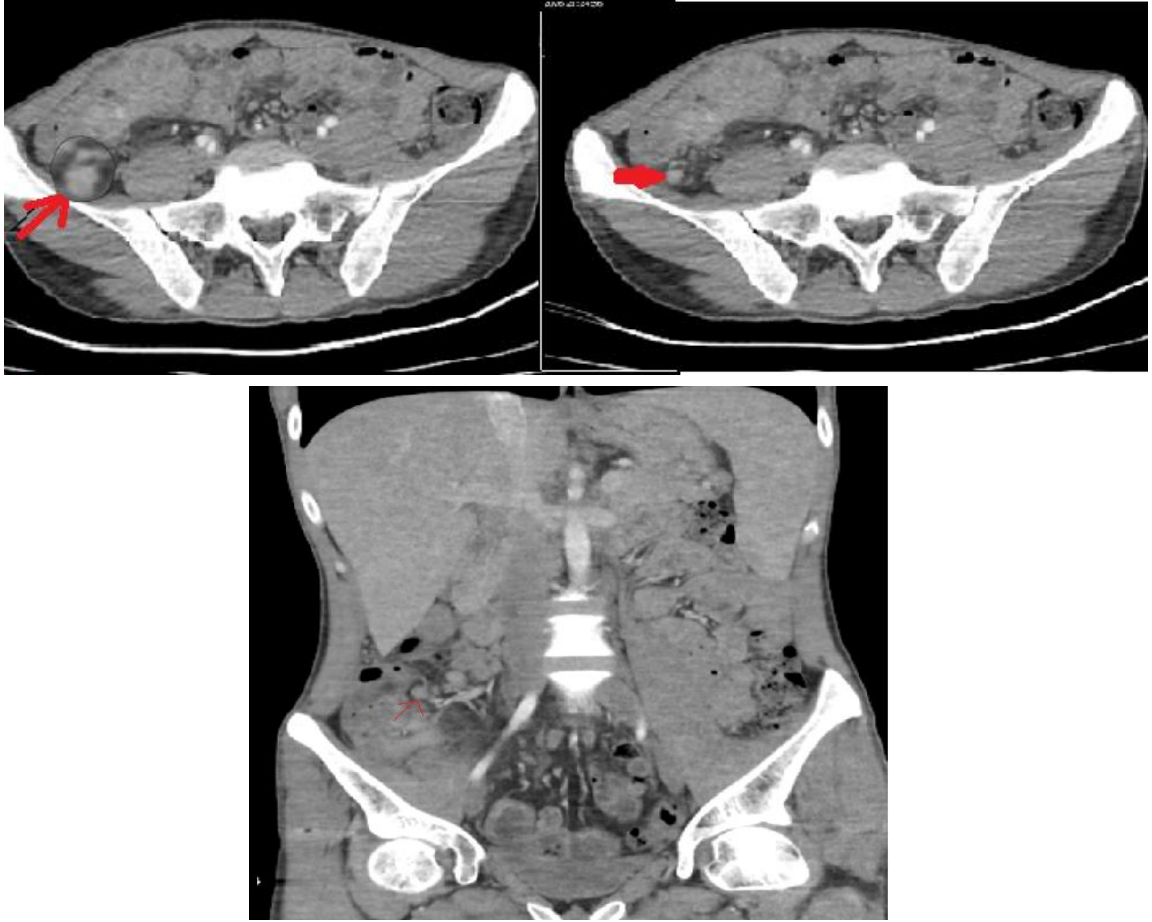
30 yaşında erkek hasta, acil servis sarı alana 3 haftadır devam eden ve son günlerde şiddeti artan sağ alt kadranda ağrısı şikayetiyle başvurdu. Sorgulamasında iştahsızlığı olduğu ve başvuru günü oral alımının belirgin şekilde azaldığı öğrenildi. Hastanın özgeçmişi incelendiğinde; kronik karın ağrısı nedeniyle daha önce yapılan kolonoskopisinde terminal ileit saptandığı, inflamatuvar barsak hastalığı (İBH) şüphesiyle gastroenteroloji takibi önerildiği anlaşıldı. Ayrıca hastanın 3 ay önce akut apandisit nedeniyle laparoskopik apendektomi operasyonu geçirdiği, ancak cerrahi sonrasında da karın ağrılarının tam olarak gerilemediği öğrenildi.

Fizik muayenesinde; sağ alt kadranda belirgin defans ve suprapubik bölgede hassasiyet saptandı. Hastadan alınan rutin hemogram ve biyokimya tetkiklerinde lökositoz izlenmezken, akut faz reaktanı olan C-reaktif protein (CRP) değerinde belirgin artış tespit edildi. Mevcut bulgular ve yakın zamanlı cerrahi öyküsü eşliğinde hastadan intravenöz kontrastlı batin bilgisayarlı tomografisi (BT) istendi. BT görüntülerinde; ileokolit ile uyumlu görünüm ve pelviste en derin yerinde 2 cm'ye ulaşan serbest sıvı saptandı. Buna ek olarak, çekum düzeyinden distale doğru uç şeklinde uzanım gösteren ve lümenle ağzlaşmış 13 mm çapında inflamatuvar nodüler alan (güdük akut apandisit) tespit edildi (**Şekil-1, Şekil-2**). Güdük apandisiti ve olası İBH alevlenmesi ön tanılarıyla hastadan preoperatif kan tetkikleri istendi, ampirik antibiyoterapi başlandı ve genel cerrahi uzmanına danışıldı. Konsültan hekim tarafından değerlendirilen hastanın, akut dönemde medikal tedavisinin düzenlenmesi ve klinik tablosunun yakın takibi amacıyla genel cerrahi servisine yatışı yapıldı.

Genel cerrahi servisinde bir gün yatarak takip edilen hastaya intravenöz antibiyoterapi ve semptomatik tedavi uygulanmış. Klinik izleminde R2 diyetini tolere eden ve yatak başı ultrasonografi (USG) kontrolünde ek patolojik bulgu saptanmayan hastaya akut aşamada cerrahi müdahale (re-

¹ Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Acil Tıp Kliniği

rezeksiyon) planlanmamış. Medikal tedavi ile klinik ve laboratuvar bulguları gerileyen hasta, poliklinik kontrolü önerilerek şifa ile taburcu edilmiş.



Şekil-1 ve Şekil-2 :Kontrastlı BT, Gündük Appendisit

Tartışma

Gündük apandisit, geçirilmiş apendektomi öyküsü olan hastalarda sağ alt kadranda ağrısı ayırıcı tanısında sıklıkla gözden kaçan, acil servis ve genel cerrahi pratiğinin en tehlikeli tanısız tuzaklarından biridir. Literatür incelendiğinde, bu durumun temel nedeni olarak ilk ameliyat sırasında apendiks kökünün 5 mm'den daha uzun bırakılması gösterilmektedir [2, 3]. Geride kalan bu doku, tıpkı primer apendiks gibi lümen tıkanıklığı (fekalit, lenfoid hiperplazi vb.) sonucunda inflamasyon olarak akut karın tablosuna yol açabilmektedir [2].

Acil servis değerlendirmesinde en büyük klinik zorluk, hastanın karında apendektomi skarının olması veya anamnezinde bu öyküyü vermesinin, hekimi ayırıcı tanıda apandisitten uzaklaştırmasıdır. Bu durum, hastaların acil serviste gastroenterit, üriner sistem enfeksiyonu, pelvik inflamatuvar hastalık veya mezenterik lenfadenit gibi farklı tanımlarla değerlendirilmesine yol açarak asıl tanının gecikmesine neden olur [3]. Literatürde, gündük apandisitli hastaların büyük bir kısmının doğru tanı konulmadan önce sağlık kuruluşlarına birden fazla kez başvurduğu bildirilmiştir [4].

Tanıdaki bu gecikme, ciddi morbiditeleri de beraberinde getirir. Klasik akut apandisitte perforasyon oranları %10-20 bandındayken, gündük apandisiti vakalarında bu oranın %70'lere kadar çıktığı rapor edilmiştir [7]. Bu yüksek perforasyon ve peritonit riski, acil hekiminin şüpheli yaklaşımının ve doğru görüntüleme yöntemini seçmesinin ne kadar kritik olduğunu göstermektedir.

Görüntüleme aşamasında ultrasonografi (USG) ilk seçenek olarak akla gelse de, bağırsak gazları ve önceki cerrahiye ait yapışıklıklar nedeniyle güdük apandisitini saptamadaki duyarlılığı düşüktür. Bu nedenle, apandektomi öyküsü olan ve lokalize sağ alt kadran hassasiyeti (defans/rebound) saptanan hastalarda kontrastlı batın tomografisi (BT) altın standarttır [7, 8]. Tomografide çekum tabanından uzanan, kalınlaşmış, etrafında kirlenme (fat stranding) bulunan tübüler/nodüler yapının görülmesi tanı için spesifiktir [8]. Nitekim sunduğumuz olguda da, acil serviste çekilen kontrastlı BT'de çekum komşuluğunda 13 mm çapındaki inflame güdük dokusunun net olarak izlenmesi, gecikme yaşanmadan cerrahi müdahale kararı alınmasını sağlamıştır.

Güdük apandisitinin kesin tedavisi cerrahidir ve geride kalan inflame dokunun re-rezeksiyonunu (tamamlayıcı apandektomi) içerir [2]. Cerrahi yaklaşım açık veya laparoskopik olabilmekle birlikte, enflamasyonun şiddetine ve anatomik yapışıklıklara göre belirleyicidir [3].

Sonuç

Apandektomi öyküsü, sağ alt kadran ağrısı olan bir hastada akut apandisit ihtimalini tamamen dışlamaz. Acil tıp ve cerrahi hekimlerinin bu nadir klinik antiteyi akılda tutmaları, "önceden ameliyatlı" algısıyla hareket etmemeleri ve şüpheli durumlarda erken dönemde BT ile radyolojik değerlendirmeye başvurmaları, hastayı olası fatal komplikasyonlardan koruyacak en önemli adımdır.

Kaynakça

1. Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis. *BMJ*. 2006;333(7567):530-534. doi:10.1136/bmj.38940.664363.AE
2. Subramanian A, Liang MK. A 60-year literature review of stump appendicitis: the need for a critical view. *Am J Surg*. 2012;203(4):503-507. doi:10.1016/j.amjsurg.2011.04.009
3. Kanona H, Al Samarae A, Nice C, Bhattacharya V. Stump appendicitis: a review. *Int J Surg*. 2012;10(8):425-428. doi:10.1016/j.ijisu.2012.07.007
4. Roberts KE, Starker LF, Duffy A, Bell RL, Bokhari J. Stump appendicitis: a surgeon's dilemma. *JSLs*. 2011;15(3):373-378. doi:10.4293/108680811X13125733356954
5. Liang MK, Lo HG, Marks JL. Stump appendicitis: a comprehensive review of literature. *Am Surg*. 2006;72(2):162-166.
6. Waseem M, Devas G. A child with appendicitis after appendectomy. *J Emerg Med*. 2008;34(1):59-61. doi:10.1016/j.jemermed.2007.03.025
7. Dikicier E, Altintoprak F, Ozdemir K, et al. Stump appendicitis: a retrospective review of 3130 consecutive appendectomy cases. *World J Emerg Surg*. 2018;13:22. doi:10.1186/s13017-018-0182-5
8. Geraci G, Di Carlo G, Cudia B, Modica G. Stump appendicitis. A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2016;20:21-23. doi:10.1016/j.ijscr.2016.01.004

OP-30

Posterior Nutcracker Sendromu Vaka Sunumu

Elif Nur Madran¹, Ramazan Ünal¹, Fadime Kaymak¹, Boran Polat¹

Giriş

Posterior Nutcracker Sendromu (PNCS), sol renal venin (SRV) anatomik olarak normalden farklı bir yol izleyerek, abdominal aort ile vertebra kolonu arasındaki dar mesafede sıkışması sonucu ortaya çıkan nadir bir vasküler patolojidir (1). Normal anatomide aortun önünden geçen (anterior seyir) sol renal ven, toplumun yaklaşık %0,5 ila %3,5'inde aortun arkasından seyrederek retroaortik sol renal ven adını alır (2). Bu anatomik varyasyon tek başına her zaman bir hastalık tablosu oluşturmaz; ancak venin bu dar aralıkta mekanik olarak basıya uğraması ve semptom vermesi durumunda tablo asemptomatik "Nutcracker Fenomeni"nden klinik "Nutcracker Sendromu"na dönüşür (3).

Sıkışma neticesinde sol renal vende meydana gelen venöz hipertansiyon, oldukça heterojen ve sistemik klinik belirtilere yol açabilmektedir. Artan basınç, böbrek toplayıcı sistemindeki ince damarların (venüllerin) rüptürüne neden olarak mikroskobik veya makroskobik hematüriye zemin hazırlar (4). Eş zamanlı olarak, böbrek kapsülünün gerilmesi ve gonadal ven (ovaryan veya testiküler ven) aracılığıyla gelişen geriye doğru akım (reflü) sonucunda belirgin sol yan ve pelvik ağrı şikayetleri izlenir. Özellikle kadın hastalarda bu venöz göllenme; kronik pelvik ağrı, kasıkta dolgunluk hissi ve ağrılı cinsel ilişki (disparoni) ile karakterize pelvik konjesyon sendromuna neden olabilmektedir. Ayrıca, pelvik bölgedeki yüksek venöz basıncın alt ekstremitte toplardamar sistemine yansmasıyla atipik yerleşimli varisler ve bacak ağrıları da klinik tabloya eşlik edebilmektedir (5).

Hastalığın tanısında en kritik adım, hastanın uzun süreli ve açıklanamayan ağrı öyküsünün laboratuvar ve radyolojik bulgularla entegre edilmesidir. İdrar analizinde eritrosit saptanması (hematüri), vasküler basıncın böbrek üzerindeki etkisini destekleyen önemli bir laboratuvar kanıtıdır. Görüntüleme ise sol renal venin retroaortik seyrini ve aort-vertebra arasındaki basıyı morfolojik olarak en net gösteren yöntem olan bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi altın standarttır (6). Radyolojik incelemede, renal venin böbrek çıkışındaki (hilum) çapı ile bası bölgesindeki daralmış çapı arasındaki oranın 2:1 veya daha üzerinde olması tanısal açıdan anlamlı kabul edilmektedir (7). Ancak PNCS, semptomlarının non-spesifik olması nedeniyle hastaların sıklıkla üroloji, kadın hastalıkları ve doğum, ve fizik tedavi gibi farklı branşlar arasında dolaşmasına ve hastalarda uzun süreli bir tanısal gecikme (diagnostic delay) yaşanmasına neden olan zorlayıcı bir klinik durumdur.

Bu vaka sunumunda 45 yaşında kadın hasta sol yan ağrısı ve kasık ağrısıyla tekrarlı acil servis başvurusu olan hasta tartışılacaktır..

Vaka

45 yaş kadın hasta sol yan ağrısı ve kasık ağrısıyla acil servise başvurusu oldu. Rutin hemogram biyokimya idrar tetkikleri görüldü. Hastanın kan değerlerinde herhangi bir patoloji görülmedi. İdrar tetkikinde eritrositoz mevcuttu. Hastanın aynı şikayetlerle rekürren şekilde acil servis, üroloji, kadın doğum başvuruları mevcut olmasından dolayı, kontrastlı bilgisayarlı tomografi(BT) görüldü. Hastanın BTsinde Sol renal venin retroaortik seyirli olduğu, abdominal aort ile vertebra korpusu arasındaki mesafenin daraldığı ve venin bu düzeyde belirgin komprese olduğu izlenmiştir (Posterior Nutcracker

¹ Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Acil Tıp Kliniği

Fenomeni/Sendromu). Bası proksimalinde sol renal vende belirgin dilatasyon ve sol gonadal vende venöz konjesyon bulguları mevcuttur.(Şekil-1) (Şekil-2)



Şekil-1 ve Şekil-2

Hastaya analjezik ve hidrasyon tedavisi uygulandı. Hastaya hastalığı hakkında bilgi verildi. Kardiyovasküler cerrahi ve üroloji bölümlerine yönlendirildi.

Tartışma

Acil servis başvurularında akut sol yan ağrısı ve hematüri tablosu sıklıkla ürolitiazis veya üriner enfeksiyonlarla ilişkilendirilse de, sunduğumuz olgu nadir vasküler anomalilerin ayırıcı tanıdaki kritik rolünü vurgulamaktadır. Posterior Nutcracker sendromu (PNCS), tipik olarak açıklanamayan sol yan ağrısı ile prezente olan ve non-spesifik semptomları nedeniyle hastaların farklı branşlar arasında dolaşarak tanısal gecikmeler yaşadığı bir tablodur (1). Olgumuzda da acil servisteki ilk değerlendirmede klasik renal kolik şüphesiyle hareket edilmiş, ancak analjezik tedaviye dirençli ağrı ve ultrasonografide taş saptanmaması üzerine yapılan ileri tetkiklerle tanıya ulaşılmıştır. Bu durum, acil tıp pratiğinde inatçı semptomları olan hastalarda olağan algoritmaların dışına çıkabilmenin önemini net bir şekilde göstermektedir (2).

Literatür incelendiğinde, sol renal venin retroaortik seyri otopsi ve radyoloji serilerinde %0.5-3.5 gibi azımsanmayacak bir oranda bildirilmesine karşın, semptomatik PNCS vakaları oldukça nadirdir (3). Olgumuzdaki klinik prezentasyon, abdominal aort ile vertebra korpusu arasında sıkışan venin yarattığı şiddetli venöz hipertansiyonun doğrudan bir sonucudur. Artmış venöz basınç, renal pelvisteki

ince venüllerin rüptürüne yol açarak hastamızdaki hematüriyi fizyolojik olarak açıklamaktadır (4). Ayrıca, kapsüler gerilme ve venöz konjesyon, hastanın acil servise başvurmasına neden olan şiddetli yan ağrısının temel kaynağıdır. Vakada gözlemediğimiz bu tablo, literatürde tarif edilen venöz obstrüksiyon bulgularının akut alevlenmesi ile tam bir uyum içindedir (5).

Tanı sürecinde acil şartlarında çekilen kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) yeri tartışılmazdır. Sadece anatomik seyrin gösterilmesi değil, aynı zamanda hiler bölgedeki ven çapının aortovertebral aralıktaki daralmış çapa oranının objektif olarak ölçülmesi tanı için esastır. Çeşitli çalışmalarda radyolojik tanıyı kesinleştirmek için bu oranın 2.25 veya üzerinde olması gerektiği bildirilmektedir (6). Olgumuzda da klinik şüphe üzerine planlanan BT incelemesinde tespit edilen belirgin çap farkı ve bası arkasındaki venöz dilatasyon, diğer akut batın ve böbrek patolojilerini dışlayarak kesin tanıya gidilmesinde temel basamak olmuştur .

PNCS yönetiminde evrensel olarak kabul görmüş tek bir kılavuz bulunmamakla birlikte, tedavi stratejisi hastanın semptom şiddetine ve böbrek fonksiyonlarına göre şekillenmektedir (7). Acil serviste ağrı palyasyonu sağlanan hastamızda olduğu gibi, hemodinamisi stabil, masif kanaması olmayan ve hafif-orta düzey semptomları olan vakalarda ilk aşamada kilo alımını ve analjeziyi içeren konservatif yaklaşım benimsenmektedir. Ancak konservatif tedavinin yetersiz kaldığı, rekürren masif hematüri, anemi veya renal yetmezlik gelişen olgularda endovasküler stentleme veya sol renal ven transpozisyonu gibi cerrahi seçenekler gündeme gelmelidir (8).

Sonuç

Sonuç olarak, posterior Nutcracker sendromu acil tıp pratiğinde nadir karşılaşılan ancak atlanmaması gereken önemli bir vasküler patolojidir. Akut sol yan ağrısı ve açıklanamayan hematüri şikayetleriyle başvuran, rutin görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerinde böbrek taşı veya enfeksiyon bulgusu saptanmayan hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. Bu klinik şüphe ile erken dönemde planlanacak kontrastlı bilgisayarlı tomografi anjiyografi, hem kesin anatomik tanının konulmasında hem de hastaların gereksiz yere acil servise mükerrer başvurularının önlenmesinde kritik bir role sahiptir. Acil serviste doğru tanının hızlıca konulması, hastanın uzun vadeli takibi ve uygun tedavi planlaması için ilgili uzmanlık dallarına (üroloji ve kalp damar cerrahisi) güvenle yönlendirilmesini sağlayacaktır.

Kaynakça

- (1) Kurklinsky AK, Rooke TW. Nutcracker phenomenon and nutcracker syndrome. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(6):552-559.
- (2) Penfold D, March AL. Nutcracker syndrome: A rare cause of hematuria. *J Vasc Nurs.* 2015;33(2):68-70.
- (3) Nam JK, Park SW, Lee SD, Chung MK. The clinical significance of a retroaortic left renal vein. *Korean J Urol.* 2010;51(4):276-280.
- (4) Ananthan K, Onida S, Davies AH. Nutcracker Syndrome: An Update on Current Diagnostic Criteria and Management Guidelines. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2017;53(6):886-894.
- (5) He Y, Wu Z, Chen S, et al. Nutcracker syndrome--how well do we know it?. *Urology.* 2014;83(1):12-17.
- (6) Kim KW, Cho CG, Han HY, et al. Nutcracker syndrome: diagnosis with Doppler US. *Radiology.* 1996;198(1):93-97.
- (7) Daily R, Matteo J, Lopera J, et al. Nutcracker syndrome: symptoms of syncope and hypotension reversed following endovascular stenting. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2012;35(5):1214-1217.
- (8) Wang X, Zhang Y, Li C, et al. Results of endovascular treatment for patients with nutcracker syndrome. *J Vasc Surg.* 2012;56(1):142-148.
- (9) Gulleroglu K, Gulleroglu B, Baskin E. Nutcracker syndrome. *World J Nephrol.* 2014;3(4):277-281.
- (10) Reed NR, Kalra M, Bower TC, et al. Left renal vein transposition for nutcracker syndrome. *J Vasc Surg.* 2009;49(2):386-393.

OP-31

Afette Sağlık Hizmetinin Lojistik ve Operasyonel Düğüm Noktası: Acil Servis

Elifnur Ünal¹ & Ramazan Ünal²

ÖZET

Afetler, sağlık sistemlerinin rutin işleyişini kesintiye uğratan ve kaynak talebinin anlık olarak arzı aştığı sistemik şoklardır. Türkiye, son yıllarda COVID-19 pandemisi, büyük ölçekli depremler (2023 Kahramanmaraş merkezli depremler), sel felaketleri ve orman yangınları ile sağlık sisteminin dayanıklılığını test eden çok sayıda kritik afet yaşamıştır (3, 6). Bu derleme, acil servislerin (AS) sadece klinik bir hizmet birimi değil, aynı zamanda afet yönetimi içerisinde lojistik ve operasyonel bir düğüm noktası olduğu gerçeğini irdelemektedir. Literatür verileri; AS'lerin dalgalanma kapasitesi, çevik tedarik zinciri yönetimi ve kurumsal dayanıklılık düzeylerinin, afetlerdeki mortalite oranlarını ve hizmet sürekliliğini doğrudan etkilediğini göstermektedir (1, 2, 4). Bu çalışma, operasyonel bir düğüm noktası olarak acil servislerin afet direncini artırmaya yönelik stratejik yaklaşımları derlemektedir.

GİRİŞ

Türkiye, jeolojik konumu ve iklimsel risk profili nedeniyle deprem, sel ve orman yangını gibi afetlerle sıkça karşılaşmaktadır. Özellikle 2023 depremleri, acil servislerin sadece tıbbi tedavi değil, devasa bir lojistik operasyonun merkezi olduğunu kanıtlamıştır (3, 6). Acil servisler, bir afet anında hastanenin "dış dünya ile olan arayüzü" olup, gelen hasta akışını filtreleyen ve stabilize eden en kritik birimdir. COVID-19 pandemisi, sağlık tesislerinin lojistik kapasitesinin ne kadar çabuk tükenebileceğini göstermiş; afet durumlarında acil servisin bir "düğüm noktası" olarak yönetimi halk sağlığı güvenliği için elzem hale gelmiştir (2, 3).

METODOLOJİ

Bu derleme, 2020 yılından günümüze yayımlanan akademik makaleler, afet yönetimi kılavuzları ve Türkiye'deki güncel mevzuat (TAMP- Türkiye Afet Müdahale Planı) temel alınarak hazırlanmıştır. "Afet lojistiği", "acil servis surge kapasitesi" ve "mevzuat uyumu" anahtar kelimeleri ile Google Scholar ve PubMed veri tabanlarındaki doğrulanabilir veriler sentezlenmiştir.

ANA GÖVDE

Acil servislerin afet yönetimindeki başarısı, lojistik süreçlerin çevikliği ile doğru orantılıdır.

1. Dalgalanma Kapasitesi (Surge Capacity) ve Stok Yönetimi

Afet anında, AS'lerin standart kapasitesi üzerine binen anlık hasta yükü "surge capacity" olarak tanımlanır. Bu süreçte lojistik, kritik öneme sahiptir:

- **Stok Tamponları:** Pandemi ve büyük yaralanmalarda, kişisel koruyucu ekipman (PPE) ve ilaç stoklarının stratejik noktalarda depolanması, AS'nin tıkanmasını engeller (2).
- **Ekipman Çevikliği:** Mobil triyaj üniteleri ve hızlı konuşlandırılabilir tıbbi ekipmanlar, acil servisin fiziksel alan kısıtlılıklarını aşmasını sağlar (1).

¹ Anestezi Teknikeri, Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

² Dr. Öğr. Üyesi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, 0000-0002-6181-4644

2. Mevzuat Analizi: Mevcut Durum ve Uyum Sorunları

Türkiye’de afet yönetimi, 630 sayılı KHK ve TAMP çerçevesinde yürütülmektedir.

- **Mevcut Durum:** Sağlık hizmetleri, TAMP’ın "Sağlık Hizmetleri" çalışma grubu altında toplanmıştır. Ancak bu planlama genellikle klinik hizmet sunumu odaklıdır (5).
- **Uyumsuzluk:** Acil servisler mevzuatta "hasta kabul noktası" olarak görülmektedir. Oysa gerçekte, afet anında ihtiyaç duyulan tıbbi sarf malzemesinin, geçici triyaj alanlarının ve personel dağılımının lojistik olarak yönetilmesi gereken bir "operasyonel merkez" fonksiyonuna sahiptirler.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Tartışmalar göstermektedir ki acil servislerin operasyonel başarısı, lojistik süreçlerin esnek ve planlı biçimde yönetilmesine doğrudan bağlıdır (3, 4). Bu uyumun sağlanabilmesi için hastanelerin lojistik altyapısının acil servis ile dijital olarak entegre edilmesi kritik önemdedir. Böyle bir entegrasyon, gerçek zamanlı stok takibi, personel yönlendirmesi ve kurumlar arası koordinasyonun tek merkezden yönetilmesini mümkün kılar. Ayrıca acil servis çalışanlarının yalnızca tıbbi beceriler değil, aynı zamanda lojistik yönetim konusunda da eğitilmesi, afet anında operasyonel sürekliliği garanti altına alır.

Bir hastanenin afet sırasındaki başarısı, acil servisin lojistik kapasitesini yönetebilme yetisiyle sınırlı olduğundan, acil servislerin sadece klinik müdahale birimi değil, aynı zamanda afetlerde lojistik bir komuta merkezi olarak konumlandırılması büyük önem arz etmektedir. Gelecek mevzuat düzenlemelerinde acil servisler, yalnızca hasta tedavi eden birimler olarak değil; afet lojistiğini yöneten, koordine eden ve yönlendiren stratejik merkezler olarak tanımlanmalıdır. Bu yaklaşım, sağlık sisteminin dayanıklılığını artıracak ve afetlerde hizmet sürekliliğini güvence altına alacaktır.

KAYNAKÇA

1. Husaini, A., & Nurdin, A. (2025). Enhancing hospital disaster resilience: Key indicator identification and framework innovation. *Jambá: Journal of Disaster Risk Studies*, 17(1), 1954.
2. Moghaddas, Y., & Omidvari, M. (2025). Optimizing emergency response in hospitals: A systematic review of surge capacity planning and crisis resource management. *PMC*, 12610795.
3. O'Reilly, G., et al. (2025). Emergency department preparedness and hospital disaster planning: Lessons from disasters. *ResearchGate*.
4. Rahman, A., & Ahmad, S. (2025). Critical success factors in humanitarian logistics operations in disaster response. *E3S Web of Conferences*, 51, 03006.
5. Tsolakis, N., et al. (2024). Managing risk in emergency supply chains – An empirical study. *International Journal of Production Research*, 62(18).
6. Australasian College for Emergency Medicine. (2025). *Emergency department disaster preparedness and response - P33*.

Majör Hemorajide Hipokalsemi mi, Hemodinamik Çöküş mü? Erken ve Geç Mortalitede İyonize Kalsiyum ile Şok İndeksinin Karşılaştırmalı Analizi*

Ersin Toprak¹, Nesrin Gökben Beceren², Yağmur Dede², Ahmet Yunus Hatip²

GİRİŞ

Majör travma, yüksek enerjili yaralanmalar sonrası gelişen ve yaşamı tehdit eden çoklu sistem hasarı ile karakterizedir. Travmaya bağlı erken mortalitenin başlıca nedeni kontrolsüz hemorajidir. Hemorajiye eşlik eden letal triad (metabolik asidoz, hipotermi ve koagülopati) progresif fizyolojik bozulmaya yol açarak mortalite riskini artırmaktadır. Masif kan kaybı ve kan ürünleri replasmanı sırasında gelişen hipokalsemi, koagülasyon ve miyokard kontraktilesi üzerinde olumsuz etki oluşturabilir. İyonize kalsiyum düzeyi arteriyel kan gazı analizi ile saniyeler içerisinde ölçülebilmekte olup erken risk değerlendirmesinde potansiyel olarak değerli bir parametredir. Bu çalışmada majör hemoraji ile başvuran travma hastalarında iyonize kalsiyumun erken ve geç mortalite üzerindeki prognostik değeri araştırıldı.

YÖNTEM

Acil servise majör hemoraji nedeniyle başvuran ve acil transfüzyon gereksinimi olan 56 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. İlk kan gazındaki iyonize kalsiyum (First iCa), şok indeksi ve diğer klinik/laboratuvar parametreler kaydedildi. Sonlanım ölçütleri 24 saatlik ve 28 günlük mortalite olarak belirlendi. Tek değişkenli analiz sonrası, örneklem büyüklüğü dikkate alınarak çok değişkenli lojistik regresyon modeline First iCa ve şok indeksi dahil edildi. Diskriminatif performans ROC analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların %25,0'ı ilk 24 saat içinde, %46,4'ü 28 gün içinde kaybedildi. 24 saatlik mortalitede ölen hastalarda şok indeksi daha yüksek ($p<0,001$) ve ilk iyonize kalsiyum düzeyi daha düşük bulundu ($p=0,004$). 28 günlük mortalitede şok indeksi anlamlıyken ($p<0,001$), iyonize kalsiyum düzeyi sınırdan anlamlılık gösterdi ($p=0,057$).

Çok değişkenli analizde şok indeksi hem 8 saatlik ($OR=23,34$; $p<0,001$) hem de 28 günlük mortalite ($OR=5,51$; $p=0,003$) için bağımsız belirleyici olarak saptandı. İlk iyonize kalsiyum düzeyi bağımsız belirleyici değildi. ROC analizinde 8 saatlik mortalite için AUC değerleri şok indeksi için 0,935, First iCa için 0,759; 28 günlük mortalite için ise sırasıyla 0,760 ve 0,653 olarak bulundu.

SONUÇ

Majör hemoraji ile başvuran travma hastalarında şok indeksi hem erken hem geç mortalitenin güçlü ve bağımsız bir belirleyicisidir. İyonize kalsiyum mortalite ile ilişkili olmakla birlikte, hemodinamik şiddet kontrol edildiğinde bağımsız prediktif değer göstermemektedir. Erken risk sınıflamasında şok indeksi, iyonize kalsiyuma göre daha güçlü bir klinik parametre olarak görünmektedir.

* Bu çalışma Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı uzmanlık tezinden üretilmiştir

¹ Dinar Devlet Hastanesi Acil Servis, Dinar, Afyonkarahisar

² Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Isparta

OP-33

Yüksek Enerjili Trafik Kazası Sonrası Gelişen Subtotal Amputasyon ve Total Brakiyal Pleksus Yaralanması: Multidisipliner Bir Yaklaşım ve Sevk Stratejisi

Fatih Tanrıverdi¹, Ayşe Sümeyye Arı¹, Kübra Türkyılmaz Kılıç¹, Ekin Özkan¹, Kerim Alper Tomakin¹, Ömer Faruk İnce¹

Travmatik brakiyal pleksus yaralanmaları, özellikle yüksek enerjili travmalar sonrasında gelişen ve ciddi fonksiyon kaybı ile sonuçlanabilen kompleks klinik tablolardır. Bu yaralanmalar çoğu zaman vasküler, nörolojik ve ortopedik yapıların birlikte etkilendiği çoklu doku hasarı ile karakterizedir. Özellikle omuz seviyesinde meydana gelen subtotal amputasyonlar ve eşlik eden majör vasküler yaralanmalar, uzvun canlılığını ve fonksiyonel prognozu doğrudan etkileyen kritik durumlardır. Bu nedenle erken tanı, hızlı resüsitasyon, multidisipliner değerlendirme ve uygun cerrahi merkeze zamanında sevk, tedavi başarısını belirleyen temel faktörler arasında yer almaktadır.

Bu olgu sunumunda, yüksek enerjili trafik kazası sonrası sağ omuz bölgesinde ciddi travma ile acil servise getirilen 18 yaşındaki erkek hasta sunulmaktadır. Hastanın ilk değerlendirmesinde vital bulgularının stabil olduğu, bilincinin açık ve oryante olduğu saptandı. Fizik muayenede sağ üst ekstremitede radial nabız alınamaması, kapiller dolum süresinde uzama ve omuz bölgesinde derin açık yaralanma mevcuttu. Yapılan E-FAST incelemesi negatif olarak değerlendirildi. Radyolojik incelemelerde humerus proksimalinde parçalı ve deplase fraktür, skapula gövdesi ve akromion düzeyinde kırıklar ile birlikte aksiller ve brakial arter düzeyinde oklüzyon saptandı. Klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda sağ omuz seviyesinde subtotal amputasyon, total brakiyal pleksus yaralanması ve majör vasküler hasar düşünüldü. Hasta ortopedi, kalp ve damar cerrahisi, plastik rekonstrüktif cerrahi ve el cerrahisi tarafından multidisipliner olarak değerlendirildi. Mevcut merkezde mikrocerrahi ve acil revaskülarizasyon imkanlarının kısıtlı olması nedeniyle hasta ileri düzey mikrocerrahi girişimlerin uygulanabileceği bir merkeze acil olarak sevk edildi.

Sonuç olarak, yüksek enerjili travmalara bağlı gelişen kompleks üst ekstremitte yaralanmalarında hızlı klinik değerlendirme, uygun görüntüleme yöntemlerinin kullanılması ve multidisipliner yaklaşım büyük önem taşımaktadır. Özellikle majör vasküler yaralanma ve total brakiyal pleksus hasarının eşlik ettiği subtotal amputasyon olgularında, cerrahi imkanların gerçekçi değerlendirilmesi ve zaman kaybetmeden ileri merkeze sevk edilmesi, uzuv kurtarma olasılığını artıran ve fonksiyonel sonuçları iyileştiren kritik bir yönetim stratejisidir.

¹ Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

KAYNAKÇA

- 1) Boyle, A., Karia, C., Wade, R. G., Lecky, F., Yates, D., Quick, T. J., & Bourke, G. (2025). The Epidemiology of Traumatic Brachial Plexus Injuries in England and Wales-A 32-Year Review. *JB & JS open access*, *10*(1), e24.00105. <https://doi.org/10.2106/JBJS.OA.24.00105>
- 2) Giuffre, J. L., Kakar, S., Bishop, A. T., Spinner, R. J., & Shin, A. Y. (2010). Current concepts of the treatment of adult brachial plexus injuries. *The Journal of hand surgery*, *35*(4), 678–688. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2010.01.021>
- 3) Pejkova, S., Filipce, V., Peev, I., Nikolovska, B., Jovanoski, T., Georgieva, G., & Srbov, B. (2021). Brachial Plexus Injuries - Review of the Anatomy and the Treatment Options. *Prilozi (Makedonska akademija na naukite i umetnostite. Oddelenie za medicinski nauki)*, *42*(1), 91–103. <https://doi.org/10.2478/prilozi-2021-0008>
- 4) Singletary, E., Laermans, J., Pek, J. H., Cassan, P., Meyran, D., Berry, D., Thilakasiri, K., & Djarv, T. (2025). Preservation of Traumatic Completely Amputated or Avulsed Body Parts in the First Aid Setting: A Scoping Review. *Cureus*, *17*(4), e81998. <https://doi.org/10.7759/cureus.81998>

OP-35

Otozomal Dominant Polikistik Böbrek Hastalığı (ADPKD)

*Habib Ali Yalama, Dilek Atik, Ashhan Onuralp, Boran Polat,
Burcu Sena Aydın, Semiha Olur*

GİRİŞ

Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ADPKD), 65 yaşından önce böbrek yetmezliğinin yaklaşık %10'unu oluşturan en yaygın kalıtsal böbrek hastalığıdır. ADPKD, böbrek fonksiyonunu giderek tehlikeye atan sayısız kistin kademeli olarak büyümesiyle karakterizedir.[1] ADPKD ilerleyici bir hastalıktır, kronik böbrek hastalığına (KBH) yol açar ve sonunda son evre böbrek hastalığı ile sonuçlanır. Böbrek replasman tedavisi gerektiren son evre böbrek hastalığı, ADPKD'li hastaların %70'ine kadarında 70 yaşına kadar gelişir [2]. Kistler ağırlıklı olarak distal tübüllerden kaynaklanır. Kistler anormal hücre çoğalması, sıvı salgılanması ve ekstraselüler matriks üretimi nedeniyle kademeli olarak büyür. Glomerüler filtrasyon hızı, kalan nefronlardaki maladaptif glomerüler filtrasyon nedeniyle yıllarca normal kalır.[3] Hastamız mayo sınıflamasına göre böbrek fonksiyonu gerilediği ve diffüz kistik atrofik böbrekleri olduğu için sınıf 2B olarak değerlendirildi.[4] Biz bu vakamızda otozomal dominant böbrek hastasının acil servise ilerlemiş bir şekilde başvurabileceğini sunmak istedik.

VAKA SUNUMU

84 yaş kadın hasta birkaç saattir olan bilateral yan ağrısı ve koyu renkli idrar şikayetiyle başvurdu. Hipertansiyon, diyabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, polikistik böbrek hastalığı öyküleri mevcut. Hastanın bilinci açık oryante koopere. Glasgow koma skalası 15 puan. Dinlemekle ral, ronküs bulunmuyor. Batın muayenesinde defans, rebound yoktu. Sağ lumbal bölgede hassasiyeti mevcuttu. Nöromotor defisiti yoktu. Distal nabızlar eşit ve açıktı. Vitalleri TA: 125/85 Spo2:%94 Nabız: 84/dk Ateş:36,6

BİYOKİMYA GLUCOSE:166 MG/DL UREA:138 MG/DL EGFR: 32 CREATİNİN:1,48 MG/DL , AST:16 U/L, ALT: 13 U/L, ALKALEN PHOSPHATASE: 75 U/L , GGT: 7 U/L, ALBUMİN:39 G/L AMYLASE: 127 U/L, CALCIUM:8,8 MG/DL, TOTAL BİLİRUBİN:0,51 MG/DL, DIRECT BİLİRUBİN:0,17 MG/DL, INDIRECT BİLİRUBİN: 0,34 MG/DL , CRP: 2 MG/L, SODIUM: 140 MMOL/L, POTASSIUM : 5 MMOL/L, CHLORINE: 104 MMOL/L APTT: 31,1 sec INR: 0,99 Protrombin Zamanı: 8,91 sec

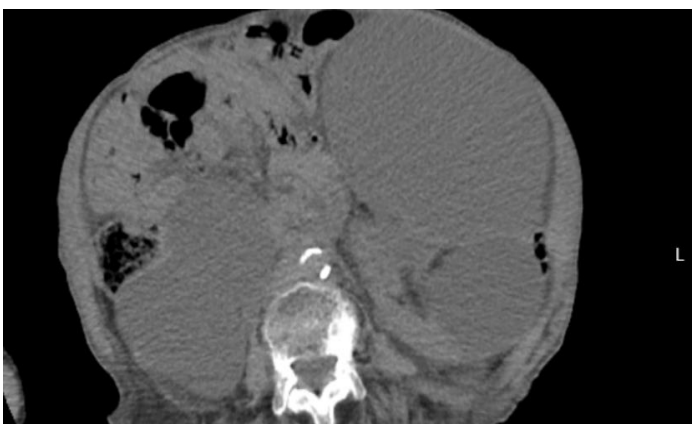
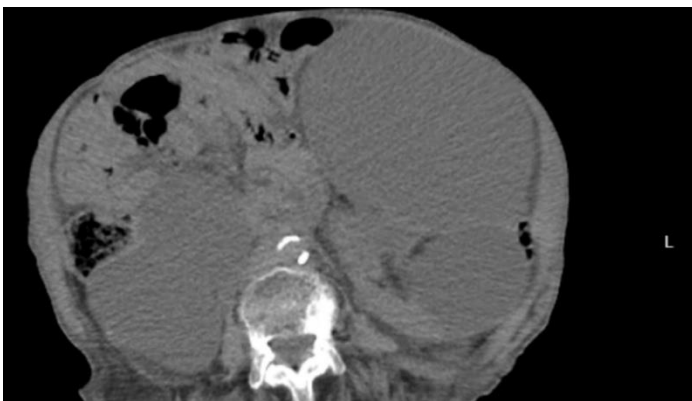
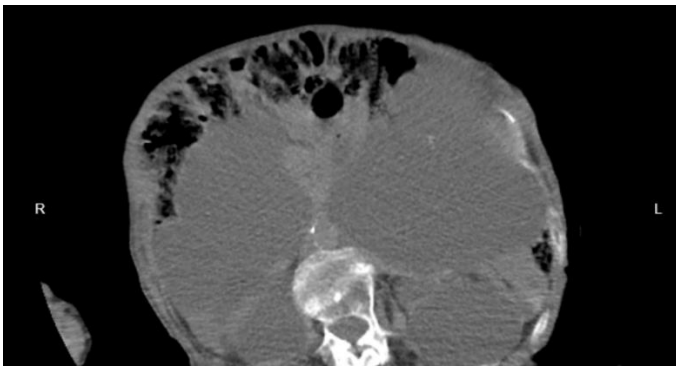
HEMOGRAM WBC: 6,36 K/uL , NEU#: 5,19 K/uL , LYMPH#: 0,83 K/uL ,RBC: 4,69 MG/DL , HGB: 12,3 G/DL , HCT: %82 , PLT: 193 K/uL

Tam idrar tetkikinde Lökosit: 492 Eritrosit: 153 Protein:+2

Hastaya hidrasyon yapıldı. Mesane sondası takıldı. Sondada koyu renkli püü içeren yaklaşık 500 cc kadar idrar mevcuttu. Hastaya batın bt çekildi.

Batın BT: Her iki böbrek boyutları belirgin artmış olup her iki böbrekte grade IV pelviaktazi bulgusu olduğu düşünülmüştür. Olgunun gereklilik halinde elektif değerlendirilmesi önerilir. Her iki böbrek parankim kalınlığı belirgin azalmıştır. Her iki ureter trasesi net olarak seçilememiştir. Olgunun klinik korelasyonu önerilir. Ayırıcı tanıda polikistik böbrek hastalığı ihtimal de olsa düşünülebilir. İntraabdominal loküle veya serbest sıvı koleksiyonu, serbest hava saptanmadı. İnceleme alanına giren kemik yapılarında belirgin acil gross patoloji saptanmadı.

Hasta sonuçlarıyla üroloji uzmanına danışıldı. Nefrostomi yapılması amacıyla yatışı yapıldı.





TARTIŞMA

Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ADPKD), dünya çapında son dönem böbrek hastalığının (ESRD) önde gelen nedenlerinden biridir [5]. 400 ile 1.000 canlı doğumda 1 insidansa sahip olan bu monogenik bozukluk, çok sayıda sıvı dolu epitel kistin sürekli genişlemesiyle oluşan

böbreklerin kademeli olarak bilateral büyümesi ve bunun sonucunda fonksiyonel nefronların ilerleyici kaybına yol açmasıyla karakterizedir [6,7]. ESRD başlangıcından sonra, hastalığın ilerlemesi nispeten sabittir ve glomerüler filtrasyon hızı (GFR) ile izlenebilir [8]. Bununla birlikte, hastalığın erken evrelerinde, glomerüler hiperfiltrasyonun bir sonucu olarak böbrek fonksiyonu korunur [9, 10]. Aslında, böbrek hacmi GFR azalmaya başlamadan yıllar önce artar ve bu da GFR'yi ADPKD ilerlemesinin duyarsız bir erken belirteci yapar[10,11] ADPKD hastalarında kistlerin genişlemesi sonucu oluşan böbrek büyümesi sürekli ve ölçülebilir olup böbrek fonksiyonlarındaki azalmayla ilişkilidir. Böbrek büyüme oranlarının yüksek olması, böbrek fonksiyonlarında daha hızlı bir azalmayla ilişkilidir. Büyüyen kistlerin glomerüler filtrasyon hızındaki nihai düşüşü teşvik etmede önemli bir rol oynadığı tespit edilmiştir[11]. Ancak hastamızda kist hacminin yüksek olmasına rağmen böbrek fonksiyonları nispeten korunmuştur.

SONUÇ

Bu olgu, polikistik böbrek hastalığında dev boyutlara ulaşan çok sayıda renal kistin, böbrek fonksiyonları nispeten korunmuş olsa dahi klinik yönetimde önemli zorluklar oluşturabileceğini göstermektedir (12,14). Hastanın böbrek fonksiyonlarının beklenenden iyi seyretmesi, hastalığın fenotipik heterojenitesini ve her hastanın bireysel olarak değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (13,17). Bu vakada olduğu gibi dev kistlerin varlığı; semptom kontrolü, komplikasyonların erken tanınması ve müdahale gereksinimi açısından multidisipliner yaklaşımın gerekliliğini vurgulamaktadır (16). Sonuç olarak, polikistik böbrek hastalığında kist boyutu ile renal fonksiyon arasındaki ilişkinin her zaman paralel seyretmeyebileceği; bu nedenle klinik takip ve tedavi stratejilerinin bireyselleştirilmesinin kritik öneme sahip olduğu belirtilmelidir (12,15).

KAYNAKÇA

1. Chapman AB, McGill R. Polycystic Kidney Disease in the Real World. *Kidney360*. 2021 Dec 30;2(12):1882-1883. doi: 10.34067/KID.0007062021. PMID: 35419534; PMCID: PMC8986036.
2. Neumann H.P., Jilg C., Bacher J., Nabulsi Z., Malinoc A., Hummel B., Hoffmann M.M., Ortiz-Bruechle N., Glasker S., Pisarski P. Epidemiology of autosomal-dominant polycystic kidney disease: An in-depth clinical study for south-western Germany. *Nephrol. Dial. Transplant*. 2013;28:1472–1487. doi: 10.1093/ndt/gfs551.
3. Reiterová J, Tesař V. Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease: From Pathophysiology of Cystogenesis to Advances in the Treatment. *Int J Mol Sci*. 2022 Mar 19;23(6):3317. doi: 10.3390/ijms23063317. PMID: 35328738; PMCID: PMC8949594.
4. Irazabal MV, Rangel LJ, Bergstralh EJ, Osborn SL, Harmon AJ, Sundsbak JL, et al. CRISP Investigators : Imaging classification of autosomal dominant polycystic kidney disease: A simple model for selecting patients for clinical trials. *J Am Soc Nephrol* 26: 160–172, 2015.
5. Stewart JH, McCredie MR, Williams SM, Jager KJ, Trpeski L, McDonald SP. Trends in incidence of treated end-stage renal disease, overall and by primary renal disease, in persons aged 20–64 years in Europe, Canada and the Asia-Pacific region, 1998–2002. *Nephrology (Carlton)*. (2007) 12(5):520–7. 10.1111/j.1440-1797.2007.00830.x
6. Torres VE, Harris PC, Pirson Y. Autosomal dominant polycystic kidney disease. *Lancet*. (2007) 369(9569):1287–301. 10.1016/S0140-6736(07)60601-1
7. Reule S, Sexton DJ, Solid CA, Chen SC, Collins AJ, Foley RN. ESRD From autosomal dominant polycystic kidney disease in the United States, 2001-2010. *Am J Kidney Dis*. (2014) 64(4):592–9. 10.1053/j.ajkd.2014.05.020

8. Rizk D, Chapman AR. Cystic and inherited kidney diseases. *Am J Kidney Dis.* (2003) 42(6):1305–17. 10.1053/j.ajkd.2003.10.002
9. Perrone R. Imaging progression in polycystic kidney disease. *N Eng J Med.* (2006) 354(20):2181–3. 10.1056/NEJMe068078
10. Helal I, Reed B, McFann K, Yan XD, Fick-Brosnahan GM, Cadnapaphornchai M, et al. Glomerular hyperfiltration and renal progression in children with autosomal dominant polycystic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol.* (2011) 6(10):2439–43. 10.2215/CJN.01010211
11. Grantham JJ, Torres VE, Chapman AB, Guay-Woodford LM, Bae KT, King BF, Jr, et al. Volume progression in polycystic kidney disease. *N Engl J Med.* (2006) 354(20):2122–30. 10.1056/NEJMoa054341
12. Torres VE, Harris PC, Pirson Y. Autosomal dominant polycystic kidney disease. *The Lancet.* 2007;369(9569):1287-1301.
13. Chapman AB, Devuyst O, Eckardt KU, et al. Autosomal-dominant polycystic kidney disease (ADPKD): Executive summary from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney International.* 2015;88(1):17-27.
14. Grantham JJ. Clinical practice. Autosomal dominant polycystic kidney disease. *New England Journal of Medicine.* 2008;359(14):1477-1485.
15. Torres VE, Chapman AB, Devuyst O, et al. Tolvaptan in patients with autosomal dominant polycystic kidney disease. *New England Journal of Medicine.* 2012;367(25):2407-2418.
16. Irazabal MV, Rangel LJ, Bergstralh EJ, et al. Imaging classification of autosomal dominant polycystic kidney disease: a simple model for selecting patients for clinical trials. *Journal of the American Society of Nephrology.* 2015;26(1):160-172.
17. Chebib FT, Torres VE. Autosomal dominant polycystic kidney disease: core curriculum 2016. *American Journal of Kidney Diseases.* 2016;67(5):792-810.

OP-36

Equipment-Related Anaphylaxis in Patients Monitored with a Preliminary Diagnosis of Drug Allergy: A Case Series

Hatice Şeyma Akça, Ramazan Ünal, Rabia Gönültaş Mustafa Melih Emrahmetoğlu, Burak Can, Burcu Sena Aydın

Introduction

Anaphylaxis is a rapid-onset, potentially life-threatening systemic allergic reaction that can affect individuals of all ages and genders. It typically occurs as a result of an allergen response leading to the activation of mast cells and basophils; however, in many cases, the exact cause of anaphylaxis remains unknown. The diagnosis of anaphylaxis relies on the recognition of clinical symptoms and may require a detailed assessment of the event, including activities and incidents occurring within minutes to hours prior to the onset (1,2).

Intravenous therapy (IVT) is a treatment method based on the direct infusion of various compatible fluids (e.g., solutions, medications, blood, or blood products) into a vein (3). Safe and reliable venous access for infusions is a critical component of patient care (4). It is also utilized as a treatment modality for allergic reactions.

Although IVT is a widely used and essential treatment method, allergic reactions caused by treatment equipment can occur, albeit rarely. When anaphylaxis occurs, identifying the causative agent is vital; however, pinpointing the specific trigger is challenging due to the numerous medications and medical devices used during treatment. While there are different diagnostic methods for such allergic reactions, such as the Basophil Activation Test (BAT), their use and accessibility are difficult under emergency conditions (5,6). Given that it can be a life-threatening situation, it is important to identify the suspected agent through the safest possible means in the event of an allergic reaction during treatment.

In this report, we aimed to contribute to the literature by presenting two cases who developed allergic reactions to treatment materials during IVT.

Case 1

A 43-year-old female patient presented to the emergency department with complaints of redness and itching on the face, neck, and upper torso that developed within one hour after oral intake of a 40 mg lansoprazole capsule. The patient had no known comorbidities or history of allergies. Physical examination revealed a blood pressure of 116/60 mmHg, oxygen saturation of 95% on room air, a pulse of 74 bpm, and a temperature of 36.5°C. No uvula edema was noted. Erythematous rashes were present on the face, neck, and upper torso, with no other findings on a full physical examination. The patient was administered an intravenous infusion of 45.5 mg pheniramine maleate and 60 mg methylprednisolone in 100 cc of 0.9% normal saline (NS). During the treatment, it was observed that the redness spread to the arms, and the patient began to experience dyspnea and abdominal pain. Consequently, the infusion was discontinued, and 0.5 mg of intramuscular (IM) adrenaline was administered. While the patient's abdominal pain and dyspnea subsided and the redness partially faded, the symptoms did not fully resolve.

An allergy to 45.5 mg pheniramine maleate, one of the components of the infusion, was suspected. Subsequently, 60 mg of methylprednisolone was administered via IV push, and the patient was closely

monitored with a 0.9% isotonic saline infusion. Approximately 10 minutes after the IM adrenaline injection, dyspnea and abdominal pain recurred. The infusion was stopped again, and a second dose of 0.5 mg IM adrenaline was administered. Following the IM application, the abdominal pain and dyspnea regressed, and the redness partially faded but persisted. The patient was monitored without restarting the infusion; however, the symptoms recurred during this period. Since nitrile examination gloves were used during the procedures in the resuscitation room, a latex allergy was ruled out. Finally, it was suspected that the patient was developing an allergic reaction to the IV cannula material. With the patient's consent, the cannula was removed, and a third dose of 0.5 mg IM adrenaline was administered. Following this, the patient was monitored, and all symptoms, including the redness, completely resolved.

It was concluded that the patient had a reaction to the intravenous cannula material. The patient was monitored in the emergency department for approximately 10 hours. As her general condition remained good, vitals were stable, and symptoms did not recur during follow-up, she was discharged with a prescription for an oral antihistamine.

Case 2

A 28-year-old female patient presented to the emergency department due to worsening itching and redness, particularly involving the eyes, neck, and upper arms, which had persisted for one week. The patient had a medical history of hypertension and hypothyroidism, with no known prior history of allergies. Physical examination revealed a blood pressure of 100/60 mmHg, oxygen saturation of 90% on room air, a pulse of 62 bpm, and a temperature of 36.2°C. No uvula edema was noted. Urticarial lesions were present on the eyes, neck, and upper arms, with no additional findings on a full physical examination. An intravenous infusion of 45.5 mg pheniramine maleate, 60 mg methylprednisolone, and 40 mg pantoprazole in 100 cc of 0.9% normal saline (NS) was administered. During the infusion, an increase in itching and redness was observed. Suspecting an allergic reaction to the infusion components, the patient was switched to 0.9% isotonic saline IV hydration. However, the symptoms worsened, and the patient began to experience dyspnea and nausea. The infusion was discontinued, and 0.5 mg of intramuscular (IM) adrenaline was administered. Following this, all symptoms, including the itching, regressed.

At this stage, a possible allergy to substances like ethylene oxide, used in the sterilization of IV administration sets, was considered. The 0.9% isotonic saline was administered after flushing the IV set, and the patient continued to be monitored in the emergency department. However, the infusion was stopped again as the redness, dyspnea, and nausea recurred. A second dose of 0.5 mg adrenaline was administered, leading to the regression of symptoms. It was concluded that the patient exhibited an allergic reaction to the materials of the IV bag and administration set, or to the sterilization agents that may remain despite flushing. The patient was monitored in the emergency department for 6 hours without further IV therapy. As her general condition remained good, vitals were stable, and symptoms did not recur during follow-up, she was discharged with a prescription for an oral antihistamine.

Discussion

Anaphylaxis is a systemic condition that requires rapid intervention and is pathophysiologically triggered by mediators released from mast cells (1). Although intravenous therapy (IVT) is considered the gold standard for managing allergic reactions in clinical practice, as seen in both cases presented here, the treatment itself can unexpectedly become the source of the allergen (3,4). This is of critical importance in emergency department management, as it may lead to a misconception of "treatment-resistant anaphylaxis" or "paradoxical worsening" (2).

In Case 1, the worsening of the patient's symptoms despite standard anti-allergic treatment and the complete resolution only after the removal of the cannula support the rare phenomenon of sensitivity to

cannula material. Intravenous cannulas are generally manufactured from polymers such as polyurethane, Teflon, or silicone. Although these materials are considered biocompatible, polymerizing agents used during the manufacturing stage can trigger Type I hypersensitivity. Sugiyama et al. (5) emphasized the difficulty of identifying the responsible agent in a case where catheter-induced anaphylaxis developed. In our case, the exclusion of latex due to the use of nitrile gloves and the rapid regression of symptoms after removing the cannula directly points toward the cannula material itself.

In Case 2, the situation was more complex; the reaction recurred despite switching medications and performing set-flushing procedures. This suggests exposure to ethylene oxide (EO) gas, which is commonly used for the sterilization of medical devices (7). In the literature, IgE-mediated Type I allergic reactions due to EO have been described, particularly in dialysis patients and in equipment such as leukocyte filters in sets (8). Microscopic EO residues remaining on the inner surface of infusion sets can enter the system upon contact with fluids, initiating the anaphylactic process. In our case, the fact that flushing the set was insufficient to alleviate symptoms indicates that sensitivity can be triggered even by very low doses and that the material itself is a potential risk factor.

These two cases bring to light a crucial shift in approach for emergency medicine practice: "In allergy cases unresponsive to treatment, the focus should not only be on the pharmacological agents administered but also on all medical hardware components contacting the patient, such as cannulas and infusion sets." Many clinicians switch the medication when the reaction intensifies but may neglect to change the cannula or the infusion set. However, reactions related to treatment materials can mimic drug allergies and may not improve despite repeated doses of adrenaline.

In conclusion, in patients whose symptoms do not regress during intravenous therapy, the material of the cannula or the sterilization method of the sets should be questioned as potential allergens. Although advanced diagnostic tests like the Basophil Activation Test (BAT) are limited under emergency conditions (6), the clinician's rapid removal of the suspected material is life-saving.

Conclusion

These case reports strikingly demonstrate that IVT itself can, albeit rarely, be a source of allergens. The clinical courses observed in Case 1 and Case 2 prove that sensitivity to intravenous cannula materials and sterilization residues (such as ethylene oxide) in infusion sets can lead to clinical deterioration despite standard anaphylaxis protocols.

References

- 1) Simons FE, Arduoso LR, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, Sanchez-Borges M, Senna GE, Sheikh A, Thong BY; World Allergy Organization. World allergy organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *World Allergy Organ J.* 2011 Feb;4(2):13-37. doi: 10.1097/WOX.0b013e318211496c. Epub 2011 Feb 23. PMID: 23268454; PMCID: PMC3500036.
- 2) Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, Adkinson NF Jr, Bock SA, Branum A, Brown SG, Camargo CA Jr, Cydulka R, Galli SJ, Gidudu J, Gruchalla RS, Harlor AD Jr, Hepner DL, Lewis LM, Lieberman PL, Metcalfe DD, O'Connor R, Muraro A, Rudman A, Schmitt C, Scherrer D, Simons FE, Thomas S, Wood JP, Decker WW. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report--Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *J Allergy Clin Immunol.* 2006 Feb;117(2):391-7. doi: 10.1016/j.jaci.2005.12.1303. PMID: 16461139.
- 3) Helm RE, Klausner JD, Klemperer JD, Flint LM, Huang E. Accepted but unacceptable: peripheral IV catheter failure. *J Infus Nurs.* 2015 May-Jun;38(3):189-203. doi: 10.1097/NAN.000000000000100. PMID: 25871866.

4) Kaur, P., Rickard, C., Domer, G. S., & Glover, K. R. (2019). Dangers of peripheral intravenous catheterization: The forgotten tourniquet and other patient safety considerations. In S. P. Stawicki & M. S. Firstenberg (Eds.), *Vignettes in patient safety - Volume 4*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.83854>

5) Sugiyama Y, Numata K, Watanabe N, Urasawa M, Murakami T, Murakami I, Koyama JI, Kawamata M. Catheter-induced anaphylaxis and determination of the causative catheter in a patient undergoing neuroendovascular surgery: a case report. *JA Clin Rep*. 2021 Jul 31;7(1):59. doi: 10.1186/s40981-021-00463-7. PMID: 34333727; PMCID: PMC8325728.

6) Hemmings O, Kwok M, McKendry R, Santos AF. Basophil Activation Test: Old and New Applications in Allergy. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2018 Nov 15;18(12):77. doi: 10.1007/s11882-018-0831-5. Erratum in: *Curr Allergy Asthma Rep*. 2019 Nov 27;19(12):58. doi: 10.1007/s11882-019-0889-8. PMID: 30430289; PMCID: PMC6244909.

7) Dikmetaş C, Doğan S, Kalafat UM, Tapkan RB, Dorter M, Bildik B, Cander B. Ethylene Oxide Intoxication: A Case Report. *Eurasian J Tox*. 2020;2:29–30.

8) Belen B, Polat M. Type I allergic hypersensitivity reactions due to ethylene oxide sterilised leucocyte filters in patients with thalassaemia: report of four cases. *BMJ Case Rep*. 2015 Feb 27;2015:bcr2014208490. doi: 10.1136/bcr-2014-208490. PMID: 25725028; PMCID: PMC4346965.

OP-37

Minör Travma, Majör Yıkım: Travmatik Poşe Böbrek Rüptürü

M. Furkan Hatipoğlu, Dilek Atik, Yunus Emre Gülel, Gökhan Kırlar, M. Can Yıldız, Semiha Olur, Gizem Köken

GİRİŞ

Ürogenital sistem travmaları, tüm travma hastalarının %1-5' inde görülmektedir (1) Hidronefroz, kistler gibi halihazırda mevcut renal anomaliler travma mekanizması ve şiddetiyle orantısız bir klinik tablo ortaya çıkarabilir (2). UPJ (Üreteropelvik Bileşke) obstrüksiyonuna bağlı gelişen dev hidronefrotik (poşet) böbrek olgularında da bu durum görülebilir. (3) (4)İncelmiş parankim ve yükselmiş intrapelvik basınç sebebiyle bu böbrekler, travmalara karşı oldukça hassastır ve kolayca rüptüre olup gross hematüriye neden olabilmektedir. (3) (4)Bu vakada, bir araç içi trafik kazası sonrası, mevcutta var olan "poşe böbrek" anomalisi sebebiyle gelişen orantısız böbrek yaralanmasının nefrektomiye giden sürecini incelemeyi amaçladık.

VAKA TAKDİMİ

42 yaş erkek hasta araç içi trafik kazası, araç ile giderken ata çarpmış. 112 ekipleri tarafından hastanemize getirildi. Yapılan fizik muayenesinde batın sol kadrandan hassasiyet mevcuttu. Sol kaşta abrazyon, yüzde çoklu minimal abrazyonlar, sol omuz arkasında multiple abrazyonlar mevcuttu. Diğer sistemik muayenesinde patolojiye rastlanmadı, vitalleri olağandı. Alınan ilk tetkiklerinde sonuçları şu şekildeydi; biyokimyada Glukoz 198 mg/dL, Üre 33,4 mg/dL, Kreatinin 1,53 mg/dL, AST 35 U/L, ALT 45 U/L, Ca 8,39 mg/dL, CK 200 U/L, Potasyum 3,28 mmol/L, Hemogramda WBC 12.57 k/uL, LYMPH 4.65 k/uL, HGB 16.7 g/dL, MCV 87.1 fL, PLT 226 K/uL. Hastada oral stoplandı. Mesane sonda takıldı, monitorize edildi, 1000 SF başlandı. Hastanın kreatin yüksekliği mevcuttu, imza karşılığı onam alındı kontrastlı batın bt çekildi ve kan takibine alındı. Hastanın Batın BT (Şekil 1) görüntüsü şu şekildeydi. İkinci alınan kanlarda: Biyokimyada Glukoz 222 mg/dL, Üre 34,4 mg/dL, Kreatinin 1,43 mg/dL, AST 37 U/L, ALT 40 U/L, Ca 7,68 mg/dL, CK 173 U/L, Potasyum 4,23 mmol/L, Hemogramda WBC 24.88k/uL, LYMPH 3.11 k/uL, HGB 15.1 g/dL, MCV 87.1 fL, PLT 181 K/uL. Hastanın sondasından makroskopik hematüri gelişi oldu. Hasta Genel Cerrahi ve Ürolojiye konsülde edildi. Üroloji yakın takip için 3. Basamak yoğun bakıma yatışını yaptı. Hemogloblin düşüşünün devam etmesi üzerine hastaya nefrektomi yapıldı.



Şekil 1.

TARTIŞMA

Ürogenital sistem travmaları tüm travma hastalarının %1-5'inde görülür, böbrek travmaları ise bu sistem içinde en sık yaralanan organıdır (5). Mevcutta var olan böbrek anomalilerin (hidronefroz, kistler, tümörler, ektopi), minör travmalarda dahi orantısız bir biçimde şiddetli böbrek travmalarına yol açabilmektedir. (6)(7). Vakamızda araç içi trafik kazası sonrası , mevcutta var olan "poşe böbrek" (dev hidronefroz) sebebiyle travmanın mekanizmasıyla orantısız bir klinik seyir izlenmiştir.

UPJ obstrüksiyonuna bağlı gelişen dev hidronefrozun yarattığı yüksek intrapelvik basınç ve incelmış parankim yapısı, travmanın enerjisi ile rüptürü kolaylaştırmaktadır. (8)

Güncel travma kılavuzları (EAU, AAST), Grade I-IV renal yaralanmalarda **Non-Operatif İzlem** (NOM) yaklaşımını öne çıkarsa da , altta yatan poşet böbrek varlığında gelişen rüptürlerde durum farklılık göstermektedir. Fonksiyonel parankim dokusunun minimal olması ve toplayıcı sistem bütünlüğünün ileri derecede bozulmuş olması, renal onarım şansını düşürmektedir (9)(10).

SONUÇ

Sonuç olarak, künt abdominal travma ile başvuran hastalarda travmanın şiddetiyle uyumsuz bir klinik tablo veya açıklanamayan hematüri mevcudiyetinde altta yatan renal anomaliler akla gelmelidir. Olgumuzdaki gibi non-fonksiyonel, dev hidronefrotik böbrek rüptürlerinde, hastanın hemodinamik stabilitesini sağlamak adına cerrahi müdahale ve nefrektomi, konservatif yaklaşıma üstün bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır.

OP-38

Polifarmasi ve Amfetamin Öyküsü Ekseninde İskemik Priapizm: pH 6.65 ve Adrenalin Direnci

*M. Furkan Hatipoğlu, Hatice Şeyma Akça, Boran Polat, Semiha Olur,
Gizem Köken, Gökhan Kırlar, M. Can Yıldız*

GİRİŞ

Priapizm, penisin gerekli tetikleyiciler olmadan uzun süreli, ağrılı, sert bir ereksiyonu sürdürdüğü bir bozukluktur. Süreye ile ilgili farklı tanımlar olsa da, 4 saat veya daha uzun süreli ve boşalma ile gerilemeyen, istenmeyen ereksiyon genellikle priapizm olarak kabul edilir. [1] [2] [3]

Priapizm, 3 geniş kategoride incelenir; iskemik, iskemik olmayan ve tekrarlayan iskemik. İskemik priapizm acil bir durumdur ve peniste kalıcı zararın önüne geçmek için acil müdahale gerekir; aksi takdirde tam ve kalıcı ereksiyon bozukluğuna yol açabilir. Bu hastalığın acil yönetimi, ağrı yönetimi, ereksiyon fonksiyonunu korumak, mevcut ağrılı ve istemsiz ereksiyonu normale çevirmektir.[4] [5]

İskemik priapizm hastalarında ereksiyon becerisinin korunması ve sekessiz iyileşme için acil müdahale elzemdir. [1] [6]. Priapizmin etiyojisi genel olarak düşük akışlı (iskemik) ve yüksek akışlı (iskemik olmayan) şeklinde gruplandırılabilir. Düşük akışlı priapizmin bir çok sebebi vardır. Özellikle alfa-1 adrenerjik reseptör blokajı özelliğine sahip antipsikotikler, Trazodon gibi antidepresanlar; ve amfetamin kokain dahil olmak üzere yasadışı uyuşturucular da priapizme neden olabilir [7] [8] [9] [10]

VAKA TAKDİMİ

36 yaş erkek hasta 12 saati aşkın süredir olan ağrılı ereksiyon ile başvurdu. Bilinen kullandığı ilaç Lyrica ve ikili psikiyatrik ilaç, ayrıca geçmişinde amfetamin kullanımı öyküsü var. Yapılan fizik muayenede vitaller doğal, penis erekte, ağrılı ve hassas idi. Alınan tetkiklerinde sonuçları şu şekildeydi; Biyokimyada Glukoz:97 mg/Dl, Üre: 18,1 mg/Dl, Kreatinin: 1,00 mg/Dl, AST:18 U/L, ALT: 11 U/L, Kalsiyum:9.27 mg/Dl, CRP: 6,8 mg/L, Na: 140 mmol/L, K:4,07 mmol/L, Cl: 110,8 mmol/L, Bilirubin total 0,50 mg/dL Bilirubin indirekt 0,0 mg/dL, Albümin 41,9 g/L Hemogramda WBC: 9,97 K/UL, LYMPH:4,61 K/UL, Hb:14,1 , MCV: 82,2,0 Fl, PLT:222 K/uL. Koagülasyon INR 0,93, APTT 25.2 ses, PTT 9.8 sec. Hasta üroloji bölümüne konsülte edildi. Üroloji uzmanı tarafından acil serviste hastaya korpus kavernosum drenajı yapıldı. Drenaj ile gelen kandan kan gazı çalışıldı; pH: 6.65, pCO₂: 138 mmHg, HCO₃act: 15.0 mmol/L, O₂Hb: 4.4, HHb: 89.3, K⁺: 11.75 mmol/L, COHb 4.4, Lactate: 8.90. İntrakavernöz adrenalin verilmesine rağmen priapizm gerilemedi. Hasta ileri merkeze sevk edildi

TARTIŞMA

Sunduğumuz vakada, kavernöz kan gazı değerleri (pH:6.65, pCO₂:138 mmHg,Lactate: 8.90) düşük akımlı (iskemik) priapizmi düşündürmektedir. Düşük akımlı priapizmde görülen ilerleyici hipoksi ve glukozun tükenmesi, korpus kavernozumdaki düz kaslarda progresif asidoza, akabinde kavernöz dokuda hücre ölümüne yol açabilir.[1] [2] [15] [16] [17]

Hastanın geçmişinde görülen "ikili psikiyatrik ilaç" kullanımı, tablonun farmakolojik tetikleyicisi olarak düşünülmüştür. Literatürde antidepresanlar (özellikle Trazodon) ve antipsikotiklerin özellikle α₁-adrenerjik reseptör antagonizması yaparak venöz dönüşü engellediği ve priapizme yol açtığı iyi bilinmektedir. [7] [8] [10]

Dikkat çekici noktalardan birisi de hastanın amfetamin kullanımını öyküsüdür. Amfetaminler sempatomimetik ajanlardır ve akut evrede vazokonstriksiyona neden olurlar ancak kronik kullanım sonrası gelişen reseptör disregülasyonu psikiyatrik ilaçların yarattığı α -blokaj etkisini derinleştirmiş olabilir.[2] [9] [18] (BU NOKTAYA ÇALIŞ İÇİME SİNMEDİ MAKALEDE KANIT BUL)

Vakamızda dikkat çekici bir diğer veri, intrakavernöz adrenalin (alfa-agonist) uygulanmasına rağmen yanıt alınamamasıdır. Bu durum, lokal dokudaki ekstrem asidoz (pH:6.65) ile açıklanabilir. Literatür verileri, pH'ın 7.25 'ten daha az olduğu durumlarda α -adrenerjik reseptörlerin katekolaminlere duyarlılığının dramatik şekilde azaldığını göstermektedir. [14] Vakamız, asidoz derinleştğinde sempatomimetiklerin yetersiz kalabileceğini ve ivedilikle cerrahi yöntemlere geçilmesi gerektiğini vurgular niteliktedir.

SONUÇ

Bu vaka, polifarmasi (psikiyatrik ajanlar) ve madde kullanım öyküsü olan hastalarda iskemik priapizmin nadir fakat ciddi bir komplikasyon olarak gelişebileceğini göstermektedir.

Vakamızda görülen düşük pH (6.65), kavernöz dokudaki iskeminin derinliğini ve hücresel yıkımın boyutunu yansıtmaktadır. Derin asidoz ve hipoksi varlığında, α -adrenerjik reseptörlerin sempatomimetik ajanlara (Adrenalin/Fenilefrin) duyarlılığının dramatik şekilde azaldığı unutulmamalıdır.

KAYNAKÇA

1. Bivalacqua TJ, Allen BK, Brock G, Broderick GA, Kohler TS, Mulhall JP, Oristaglio J, Rahimi LL, Rogers ZR, Terlecki RP, Trost L, Yafi FA, Bennett NE. Akut İskemik Priapizm: Bir AUA/SMSNA Kılavuzu. J Urol. 2021 Kasım; 206 (5):1114-1121. [PubMed]
2. Ericson C, Baird B, Broderick GA. Priapizm Yönetimi: 2021 Güncellemesi. Urol Clin North Am. 2021 Kasım; 48 (4):565-576. [PubMed]
3. Salonia A, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Moncada I, Vardi Y, Wespes E, Hatzimouratidis K., Avrupa Üroloji Derneği. Avrupa Üroloji Derneği'nin priapizmle ilgili kılavuzları. Eur Urol. 2014 Şubat; 65 (2):480-9. [PubMed]
4. Borhade MB, Patel P, Kondamudi NP. StatPearls [Internet]. StatPearls Yayıncılık; Treasure Island (FL): 25 Şubat 2024. Orak Hücre Krizi. [PubMed]
5. Geriner T, Schneider M, Regente J, Toto S, Bleich S, Grohmann R, Heinze M. Çeşitli psikotrop ilaçların neden olduğu priapizm: Bir vaka serisi. World J Biol Psychiatry. 2019 Temmuz; 20 (6):505-512. [PubMed]
6. Capogrosso P, Dimitropoulos K, Russo GI, Tharakan T, Milenkovic U, Cocci A, Boeri L, Gül M, Bettocchi C, Carvalho J, Kalkanlı A, Corona G, Hatzichristodoulou G, Jones HT, Kadioglu A, Martinez-Salamanca JI, Modgil V, Serefoglu EC, Verze P, Salonia A, Minhas S., EAU Cinsel ve Üreme Sağlığı Çalışma Grubu. Orak hücreli anemi ile ilişkili olmayan iskemik priapizmin konservatif ve tıbbi tedavileri: EAU Cinsel ve Üreme Sağlığı Paneli tarafından yapılan sistematik bir inceleme. Int J Impot Res. 2024 Şubat; 36 (1):6-19. [PubMed]
7. Scherzer ND, Reddy AG, Le TV, Chernobylsky D, Hellstrom WJG. İstenmeyen Sonuçlar: Farmakolojik Olarak Oluşturulan Priapizmin Gözden Geçirilmesi. Sex Med Rev. 2019 Nisan; 7 (2):283-292. [PubMed]
8. Saenz de Tejada I, Ware JC, Blanco R, Pittard JT, Nadig PW, Azadzo KM, Krane RJ, Goldstein I. Trazodon kullanımıyla ilişkili uzun süreli penis ereksiyonunun patofizyolojisi. J Urol. 1991 Ocak; 145 (1):60-4. [PubMed]
9. Munarriz R, Hwang J, Goldstein I, Traish AM, Kim NN. Kokain ve efedrin kaynaklı priapizm: vaka raporları ve potansiyel adrenerjik mekanizmaların incelenmesi. Üroloji. 2003 Temmuz; 62 (1):187-92. [PubMed]

10. Compton MT, Miller AH. Geleneksel ve atipik antipsikotik ilaçlarla ilişkili priapizm: bir inceleme. *J Clin Psychiatry*. 2001 Mayıs; 62 (5):362-6. [[PubMed](#)]
11. DeSimone AC, Rudinoff E, Lee MY, Rustad JK, Zaragoza M, Stern TA. Psikotrop İlaçların Neden Olduğu Priapizm: Tanı ve Tedaviye Bir Yaklaşım. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2025 31 Temmuz; 27 (4) [[PubMed](#)]
12. Moodley D, Badenhorst A, Choonara Y, Adam A. İlaç kaynaklı iskemik priapizmin değerlendirilmesi ve etiyojisi. *Int J Impot Res*. 2024 Aralık 09; [[PubMed](#)]
13. Rezaee ME, Gross MS. Oral Fosfodiesteraz Tip 5 İnhibitörleri ile Priapizm Riskini Abartıyor Muyuz? *J Sex Med*. 2020 Ağustos; 17 (8):1579-1582. [[PubMed](#)]
14. Depressed Response to Intravenous Sympathomimetic Agents in Humans During Acidosis Campbell, Gilbert S. et al. *Diseases of the Chest*, Volume 33, Issue 1, 18 - 22
15. Hudnall M, Reed-Maldonado AB, Lue TF. Priapizmin anlaşılmasında ilerlemeler. *Transl Androl Urol*. 2017 Nisan; 6 (2):199-206. [[PMC ücretsiz makale](#)] [[PubMed](#)]
16. Spycher MA, Hauri D. Priapizmde ereksiyon dokusunun ultrastruktürü. *J Urol*. 1986 Ocak; 135 (1):142-7. [[PubMed](#)]
17. Biebel MG, Gross MS, Munarriz R. İskemik ve İskemik Olmayan Priapizmin Gözden Geçirilmesi. *Curr Urol Rep*. 2022 Temmuz; 23 (7):143-153. [[PubMed](#)]
18. Unver, Hatice, Nursu Cakin Memik, and Emrah Simsek. "Priapism associated with the addition of risperidone to methylphenidate monotherapy: a case report." *Northern Clinics of İstanbul* 4.1 (2017): 85.

OP-39

Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Acil Servisine Başvuran ve Göz Kliniğine Konsülte Edilen Hastaların Klinik Özellikleri

Nevin Hande Dikel Gören¹

ÖZET

Amaç:

Bu çalışmada acil servisten göz kliniğine konsülte edilen hastaların klinik özelliklerini belirlemek, başvuru nedenlerinin dağılımını incelemek ve acil oftalmolojik konsültasyon gerekliliklerini literatürle karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

2025 yılı Ocak–Aralık döneminde hastanemiz acil servisine göz şikâyeti ile başvuran ve göz hastalıkları konsültasyonu istenen 260 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların başvuru nedenleri, tanıları, tedavi yöntemleri ve taburculuk durumları değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışmaya 260 hasta dâhil edildi. En sık başvuru nedenleri korneada yabancı cisim (%12), orbita kemik kırığı (%12), kimyasal madde yaralanması (%10), korneal abrazyon (%10) ve konjonktival hemoraji (%10) olarak saptandı.

Sonuç:

Acil servise göz şikâyetiyle başvuran ve göz kliniğine konsülte edilen hastalarda en sık görülen nedenlerin travmaya bağlı olduğu, özellikle yabancı cisim, künt travma ve kimyasal yaralanmaların ön planda yer aldığı belirlenmiştir. Bu bulgular, acil hekimlerinin temel göz muayenesi becerilerinin geliştirilmesinin tanı ve tedavi sürecine olumlu katkı sağlayacağını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, göz hastalıkları, travma, konsültasyon, epidemiyoloji

¹ Dr., Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği

OP-40

Popüler Bir Anti-Obezite Ajanının Nadir Bir Sunumu: Tirzepatid ve Üst GIS Kanaması

*Ömer Faruk İnce¹, Ekin Özkan¹, Fatih Tanrıverdi¹, Atakan Savrun¹,
Melek Soykan²*

Giriş:

Tirzepatide, GIP ve GLP-1 reseptör agonisti olarak tip 2 diyabet ve obezite tedavisinde kullanılan yeni nesil bir ajandır. En sık bildirilen yan etkiler gastrointestinal intolerans şeklindedir. Ancak üst gastrointestinal sistem (GIS) kanaması ile ilişkili veri oldukça sınırlıdır. Bu olguda tirzepatid kullanımı sonrası gelişen hematemez tablosu sunulmuştur.

Olgu:

Yirmi üç yaşında erkek hasta hematemez şikâyeti ile acil servise başvurdu. Hastanın bilinen gastrointestinal hastalık, ülser, varis, antikoagülan veya NSAİİ kullanım öyküsü yoktu. Vital bulguları stabil olup hemoglobin değeri normal sınırlardaydı. Laboratuvar incelemelerinde koagülasyon parametreleri ve biyokimyasal değerler doğal olarak saptandı. Ayrıntılı anamnezde hastanın son bir aydır kilo verme amacıyla tirzepatid kullandığı öğrenildi. Acil üst GIS endoskopisinde aktif kanama odağı izlenmedi; distal özofagusta 5 mm'den kısa lineer erozyon ve Grade A özofajit saptandı. Hemodinamik olarak stabil seyreden ve hemoglobin düşüşü izlenmeyen hasta medikal tedavi ve poliklinik kontrol önerisi ile taburcu edildi.

Sonuç:

Tirzepatid genellikle iyi tolere edilmekle birlikte, nadir ve atipik gastrointestinal komplikasyonlar gelişebilir. Bu olgu, özellikle kilo verme amacıyla medikal gözetim dışında kullanılan inkretin temelli ajanlarda üst GIS kanaması gibi beklenmeyen klinik tabloların görülebileceğini düşündürmektedir. Hematemiz ile başvuran hastalarda ilaç öyküsünün ayrıntılı sorgulanması ve yeni nesil anti-obezite ajanlarının mutlaka değerlendirilmesi önemlidir.

KAYNAKÇA

- 1) Jastreboff, A. M., Aronne, L. J., Ahmad, N. N., Wharton, S., Connery, L., Alves, B., ... SURMOUNT-1 Investigators. (2022). Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *New England Journal of Medicine*, 387(3), 205–216.
- 2) Drucker, D. J. (2023). Tirzepatide and dual GIP–GLP-1 receptor agonism for the treatment of type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine*, 388(2), 177–179.
- 3) Frias, J. P., Davies, M. J., Rosenstock, J., Pérez Manghi, F. C., Fernández Landó, L., Bergman, B. K., ... SURPASS-2 Investigators. (2021). Tirzepatide versus semaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine*, 385(6), 503–515.

¹ Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği,

² Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji

OP-41

Çocuk Acil Servise Anormal Uterin Kanama ile Başvuran Adolesanların Değerlendirilmesi: İki Yıllık Retrospektif Analiz

Ramazan Bülbül¹

GİRİŞ

Anormal uterin kanama (AUK), adolesan kız çocuklarda en sık karşılaşılan jinekolojik acillerden biridir ve çocuk acil servis başvurularının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Menarş sonrasındaki ilk yıllarda hipotalamo-hipofizer-ovarian (HPO) aksın henüz tam olgunlaşmamış olmasına bağlı gelişen anovulatuvar sikluslar, bu tablonun en yaygın nedeni olarak kabul edilmektedir [1,2]. Bununla birlikte, von Willebrand hastalığı (VWH), trombosit fonksiyon bozuklukları ve nadir pıhtılaşma faktörü eksiklikleri gibi altta yatan hematolojik patolojilerin adolesan AUK olgularının %11-39'unda saptandığı bildirilmektedir [3,4]. Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji (ACOG), ağır menstrüel kanaması olan tüm adolesanların kanama bozuklukları açısından sistematik olarak taranmasını önermektedir [5]. Ancak güncel literatür, acil servis koşullarında bu hasta grubunun tanısal değerlendirmesinin yetersiz kaldığını ortaya koymaktadır; nitekim temel anemi taramasının bile yalnızca %65,2 oranında gerçekleştirildiği gösterilmiştir [1]. Demir eksikliği taramasının ise %7'nin altında kaldığı dikkat çekici bir bulgudur [9]. Bu çalışmanın amacı, çocuk acil servise AUK yakınmasıyla başvuran adolesanların demografik özelliklerini, etiyolojik dağılımını, laboratuvar bulgularını ve uygulanan tedavi yaklaşımlarını retrospektif olarak değerlendirmektir.

MATERYAL VE METOD

Bu retrospektif kesitsel çalışma, Ocak 2024-Aralık 2025 tarihleri arasında Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne AUK yakınmasıyla başvuran 10-17 yaş arası postmenarşal adolesan kız hastaların tıbbi kayıtlarının incelenmesiyle gerçekleştirildi. Çalışmaya toplam 124 hasta dahil edildi. Gebelik testi pozitif olan, bilinen kronik hematolojik veya endokrinolojik hastalığı bulunan ve dosya verileri eksik olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik verileri (yaş, vücut kitle indeksi [VKİ], menarş yaşı), başvuru şikayetleri, kanama süreleri, laboratuvar bulguları (hemoglobin [Hb], ferritin, trombosit sayısı, protrombin zamanı [PT], aktive parsiyel tromboplastin zamanı [aPTT], tiroid stimulan hormon [TSH], beta-hCG) ve etiyolojik tanıları kaydedildi. Hastalar hemoglobin düzeyine göre hafif ($Hb \geq 10$ g/dL), orta ($Hb 7-9,9$ g/dL) ve ağır ($Hb < 7$ g/dL) kanama gruplarına ayrıldı. İstatistiksel analizler SPSS 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY) programı ile yapıldı. Kategorik değişkenler ki-kare testi, sürekli değişkenler Student t-testi veya Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Çalışma için kurumsal etik kurul onayı alındı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 124 hastanın yaş ortalaması $14,8 \pm 1,9$ yıl, menarş yaşı ortalaması $12,1 \pm 1,2$ yıl olarak saptandı. En sık başvuru şikayeti menoraji (%54,8) idi. Hastaların %33,9'u fazla kilolu veya obez kategorisinde yer almaktaydı. Başvuruların %71,8'i ilk kez başvuran hastalara ait olup mevsimsel dağılım açısından anlamlı bir fark gözlenmedi ($p=0,812$). Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

¹ Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Orcid:0000-0003-3321-3718

Tablo 1. Anormal Uterin Kanama ile Başvuran Adolesanların Demografik ve Klinik Özellikleri (n=124)

Değişken	n (%) / Ort±SS
Yaş (yıl), ort±SS	14,8±1,9
10-12 yaş	22 (17,7)
13-15 yaş	58 (46,8)
16-17 yaş	44 (35,5)
Menarş yaşı (yıl), ort±SS	12,1±1,2
VKİ (kg/m ²), ort±SS	22,4±4,1
Normal kilolu (<25)	82 (66,1)
Fazla kilolu/obez (≥25)	42 (33,9)
Başvuru şikayeti	
Menoraji	68 (54,8)
Metroraji	31 (25,0)
Menometroraji	25 (20,2)
Kanama süresi (gün), ort±SS	9,7±4,8
İlk başvuru	89 (71,8)
Tekrarlayan başvuru	35 (28,2)
Mevsimsel dağılım	
İlkbahar	34 (27,4)
Yaz	28 (22,6)
Sonbahar	32 (25,8)
Kış	30 (24,2)

Laboratuvar incelemelerinde ortalama hemoglobin düzeyi 10,2±2,8 g/dL olarak belirlendi. Hastaların %41,9'unda (n=52) anemi (Hb <11 g/dL) tespit edildi. Ferritin değerlendirilmesi yapılan 87 hastanın %72,4'ünde (n=63) demir eksikliği (ferritin <20 ng/mL) saptandı. Etiyolojik açıdan en sık neden anovulatuvar kanama (%62,1) olup bunu polikistik over sendromu (PKOS) (%11,3) ve tiroid fonksiyon bozuklukları (%2,4) izledi. Hastaların %16,1'ine (n=20) eritrosit süspansiyonu transfüzyonu uygulandı ve %21,0'ine (n=26) hastaneye yatış endikasyonu konuldu. Laboratuvar bulguları ve etiyolojik dağılım Tablo 2'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 2. Laboratuvar Bulguları, Etiyolojik Dağılım ve Tedavi Yaklaşımları

Değişken	n (%) / Ort±SS
Hemoglobin (g/dL), ort±SS	10,2±2,8
Hafif kanama (Hb ≥10)	80 (64,6)
Orta kanama (Hb 7-9,9)	37 (29,8)
Ağır kanama (Hb <7)	7 (5,6)
Ferritin (ng/mL), ort±SS (n=87)	15,8±12,4
Demir eksikliği (<20 ng/mL)	63 (72,4)
Trombosit (×10 ³ /μL), ort±SS	268±78
PT (sn), ort±SS	12,8±1,4
aPTT (sn), ort±SS	29,6±4,8
TSH (mIU/L), ort±SS	2,4±1,6
Etiyoloji	
Anovulatuvar kanama	77 (62,1)
PKOS	14 (11,3)
Tiroid disfonksiyonu	3 (2,4)
Diğer/sınıflandırılmayan	32 (25,8)
Tedavi	
Hormonal tedavi	54 (43,5)
Traneksamik asit	2 (1,6)
Kombine tedavi	22 (17,7)
Demir replasmanı	67 (54,0)
Eritrosit transfüzyonu	2 (1,6)
Hospitalizasyon	26 (21,0)

TARTIŞMA

Çalışmamızda çocuk acil servise AUK ile başvuran adolesanların büyük çoğunluğunun 13-15 yaş aralığında (%46,8) olduğu ve en sık etiyolojik nedenin anovulatuvar kanama (%62,1) olduğu saptandı. Kendel ve arkadaşlarının ABD'deki 47 çocuk hastanesini kapsayan geniş ölçekli çok merkezli çalışmasında, AUK nedeniyle acil servise başvuran 17.759 adolesan değerlendirilmiş ve medyan başvuru yaşı 16,3 yıl olarak bildirilmiştir [1]. Çalışmamızdaki daha genç yaş dağılımı, bölgesel menarş yaşı farklılıkları ve çocuk acil servisine özgü hasta profili ile açıklanabilir. Goker ve ark.Hacettepe Üniversitesi'ndeki 205 adolesanı kapsayan çalışmasında HPO aks immatüritesine bağlı kanama %63,9 oranında bildirilmiş olup [2] sonuçlarımızla yüksek düzeyde uyumludur.

Smith ve ark yaptığı çalışmada AUK ile başvuran ciddi Menoraji li hastaların %61'i hastaneye yatırılmış ve hastaneye yatış gerektiren aşırı adet kanaması olan hastaların %63'ünde şiddetli anemi vardı ve kan transfüzyonu yapılmıştı. (3) Ahuja ve arkadaşları adlasonlarda sık ve şiddetli kanamaların ensik nedeninin anovulasyon olduğunu en ciddi kanamaların ise koagulasyon bozukluğuna bağlı olduğunu bildirmişlerdir.(4) Halimeh ise ciddi kanamaların %28,3 oranında koagulasyon bozukluğuna bildirmiştir(5). Literaüre benzer şekilde bizde çalışmamızda hastaların %54.8 inde fazla kanama olduğunu ve en sık etiyojinin anovulasyon olduğunu bulduk

Demir eksikliği değerlendirmesi açısından bulgularımız dikkat çekicidir. Ferritin testi istenen hastaların %72,4'ünde demir eksikliği saptanmış olmasına karşın, tüm hastaların yalnızca %70,2'sinde ferritin düzeyi çalışılmıştı. Stoffers ve arkadaşlarının çalışmasında acil serviste ferritin testi yapılma oranının yalnızca %8,9 olduğu, ancak test yapılan hastaların %78,3'ünde demir eksikliğinin mevcut olduğu gösterilmiştir [6]. Bu durum, acil servislerde AUK'li adolesanlarda demir durumunun sistematik olarak değerlendirilmediğini ortaya koymaktadır. Rosen ve arkadaşlarının 258 adolesan hastada pelvik ultrasonografinin tanısal yararlılığını araştırdıkları çalışmada, hastaların %43,8'ine ultrasonografi yapılmasına karşın hiçbirinde yapısal bir patoloji saptanmamıştır [7]; bu bulgu, adolesan yaş grubunda yapısal nedenlerin son derece nadir olduğunu desteklemektedir.

Tedavi yaklaşımlarımız incelendiğinde, hormonal tedavi en sık tercih edilen yöntem (%43,5) olup bunu kombine tedavi (%17,7) izlemiştir. Roth ve arkadaşlarının kombine oral kontraseptif dozaj rejimlerini karşılaştırdıkları retrospektif çalışmada, uygulanan doz farkı gözetmeksizin hastaların %72'sinde tedavinin üçüncü gününde kanamanın kontrol altına alındığı bildirilmiştir [8]. Hospitalizasyon oranımız %21,0 olarak saptanmış olup, Rosen ve arkadaşlarının %17 olarak bildirdiği yatış oranı ile benzer düzeydedir [9]. Weyand ve arkadaşlarının çalışmasında adolesan AUK hastalarında tiroid hastalığı insidansının yalnızca %0,23 olduğunun gösterilmesi [10], rutin tiroid taramasının gerekliliğini sorgulatmaktadır.

SONUÇ

Çocuk acil servise AUK ile başvuran adolesanlarda anovulatuvar kanama en sık etiyojik nedendir. Demir eksikliği bu hasta grubunda yaygın olmasına rağmen yeterince taranmamaktadır. Acil servis hekimlerinin adolesan AUK değerlendirmesinde hematolojik incelemeleri rutin olarak istemesi, koagülopati taramasını özellikle ağır kanamalı olgularda ihmal etmemesi ve demir durumunu mutlaka değerlendirmesi önerilmektedir. Pelvik ultrasonografinin bu yaş grubunda akut acil değerlendirmeye katkısının sınırlı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kendel NE, Stanek JR, Haamid FW, Powers JM, O'Brien SH. Emergency Department Evaluation of Abnormal Uterine Bleeding in US Children's Hospitals. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2022;35(3):288-293.
2. Goker ETA, Pehlivanurk Kızıllan M, Ersan FG, et al. Heavy menstrual bleeding in adolescents: Evaluation of diagnostic indicators and treatment preferences. *Int J Gynecol Obstet.* 2025;169(2):720-727.
3. Smith, Y. R., Quint, E. H., & Hertzberg, B. (1998). Menorrhagia in adolescents requiring hospitalization. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 11(1), 13-15.
4. Ahuja, S. P., & Hertweck, S. P. (2010). Overview of bleeding disorders in adolescent females with menorrhagia. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 23(6), S15-S21.

5. Halimeh, S. (2012). Menorrhagia and bleeding disorders in adolescent females. *Hämostaseologie*, 32(01), 45-50.
6. Stoffers VL, Weyand AC, Quint EH, Rosen MW. Assessment of Iron Status in Adolescents Presenting to the Emergency Department With Heavy Menstrual Bleeding. *Pediatr Emerg Care*. 2022;38(5):e1266-e1270.
7. Rosen MW, Compton SD, Weyand AC, Quint EH. The Utility of Pelvic Ultrasounds in Adolescents Presenting to the Emergency Department with Abnormal Uterine Bleeding. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2023;36(5):455-458.
8. Roth LP, Haley KM, Baldwin MK. A Retrospective Comparison of Time to Cessation of Acute Heavy Menstrual Bleeding in Adolescents Following Two Dose Regimens of Combined Oral Hormonal Therapy. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2022;35(3):294-298
9. Rosen MW, Weyand AC, Pennesi CM, et al. Adolescents Presenting to the Emergency Department with Heavy Menstrual Bleeding. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020;33(2):139-143.
10. Weyand AC, Quint EH, Freed GL. Incidence of Thyroid Disease in Adolescent Females Presenting with Heavy Menstrual Bleeding. *J Pediatr*. 2019;212:232-234.

OP-42

Çevresel Tebuconazole Maruziyetini Takiben Gelişen Akut İnme Taklitçisi: Geri Dönüşümlü Toksik Ensefalopati

Saniye Kocal

Giriş

Akut bilinç değişikliği, sıklıkla inme şüphesiyle acil değerlendirmeyi gerektirir; ancak toksikolojik nedenler inme taklitçisi olarak yeterince tanınmamaktadır. Tebuconazole, insanlardaki nörolojik etkilerine ilişkin klinik verilerin sınırlı olduğu, yaygın olarak kullanılan bir triazol fungusittir. Bu yazıda, çevresel tebuconazole maruziyeti sonrası gelişen ve acil serviste akut inme şüphesiyle başvuran geri dönüşümlü toksik ensefalopati olgusunu sunmaktayız.

Olgu Sunumu

Yetmiş yaşında bir kadın hasta, başvurudan yaklaşık 40 dakika önce başlayan ani bulantı, baş dönmesi ve geçici bilinç kaybı şikâyetleriyle acil servise getirildi. Bir gün önce, koruyucu ekipman kullanmadan tebuconazole içeren bir fungusiti uyguladığı ve maddenin perioral ve perinazal bölgeyle doğrudan temas ettiği öğrenildi; bu durum dermal ve olası inhalasyon yoluyla maruziyeti düşündürmekteydi.

Başvuru sırasında nörolojik muayenede bilinç düzeyinde azalma (Glasgow Koma Skalası skoru: 9), bilateral ekstansör plantar yanıtlar ve fokal nörolojik defisit olmaksızın tahmini 6–8 arasında Ulusal Sağlık Enstitüleri İnme Skalası (NIHSS) skoru saptandı. Laboratuvar değerlendirmesi ve toksikoloji taraması normaldi.

Beyin bilgisayarlı tomografisi (BT), BT anjiyografi ve difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemelerinde akut patoloji saptanmadı ve akut iskemik inme olasılığı düşük bulundu. Hasta destek tedavisi ve yakın nörolojik izlem ile yönetildi. Mental durumunda kademeli düzelme gözlemlendi ve 12 saat içinde tamamen iyileşti.

Sonuç

Çevresel tebuconazole maruziyeti, inme taklitçisi olarak ortaya çıkabilen geri dönüşümlü toksik ensefalopatiye neden olabilir. Açıklanamayan nörolojik bozukluk ve negatif nörogörüntüleme bulguları olan hastalarda hedefe yönelik çevresel maruziyet öyküsü alınması büyük önem taşır. Erken tanı, trombolitik tedavi gibi gereksiz girişimlerin önlenmesine yardımcı olabilir ve destek tedavisi ile izleme dayalı bir yönetim stratejisini destekler.

Anahtar Kelimeler

Tebuconazole; İnme taklitçisi; Toksik ensefalopati; Pestisit maruziyeti; Bilinç değişikliği

OP-43

Beklenmeyen İkinci Perde: Kolesistektomi Sonrası Intraabdominal Abse

*Semiha Olur¹, Habib Ali Yalama¹, Ramazan Ünal¹ Dilek Atik¹,
M. Furkan Hatipoğlu¹, M. Can Yıldız Gizem Köken¹, Gökhan Kırlar¹*

GİRİŞ

Akut kolesistit, dünya genelinde en sık karşılaşılan akut karın tablolarından biridir. Erişkinlerde safra taşı prevalansının yaklaşık %10–15 arasında olduğu bildirilmektedir (1). Safra taşlarının yaklaşık %80'i asemptomatik seyretmekteyken (2,3), bu bireylerin %1–2'sinde her yıl semptom gelişmektedir (2,4). Semptomatik safra taşı olan hastaların ise yaklaşık %10'unda akut kolesistit ortaya çıkmaktadır (5). Akut kolesistitin standart cerrahi tedavisi laparoskopik kolesistektomidir (6). Günümüzde bu yöntem, açık kolesistektominin yerini büyük ölçüde almış olup; benzer etkinlik sağlamanın yanı sıra daha düşük morbidite ve daha düşük maliyet ile ilişkilendirilmektedir (7,8).

Semptomatik kolelitiazis tedavisinde laparoskopik kolesistektominin yaygınlaşmasıyla, bu girişime bağlı komplikasyonlar daha iyi tanımlanmıştır. Laparoskopik kolesistektomi sonrası komplikasyon sıklığının %0,5–6 arasında değiştiği bildirilmektedir. Her ne kadar toplam komplikasyon oranı düşük olsa da, safra yolu yaralanması, kanama, safra kaçağı ve intraabdominal apse gibi klinik açıdan önemli komplikasyonlarla karşılaşılabilir (9,10). Bu komplikasyonlar içinde en sık karşılaşılan tablo ise, %10–30 oranında bildirilen safra kesesi perforasyonu ve buna eşlik eden safra taşı dökülmesidir (11). Literatürde, dökülen safra taşlarına bağlı komplikasyonlar arasında en sık bildirilen komplikasyonun intraabdominal apse olduğu belirtilmektedir (12). Intraabdominal apse, erken tanı konulmadığında sepsis ve çoklu organ yetmezliğine ilerleyebilen potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir komplikasyondur.

Bu olguda, akut kolesistit nedeniyle laparoskopik kolesistektomi uygulanan, ve postoperatif 10. günde safra kesesi lojunda apse formasyonu saptanan 82 yaşında bir erkek hastaya ait olguyu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

Başvuru Bilgileri: Seksen iki yaşında erkek hasta, opere olduğu bölgede ağrı şikâyeti ile acil servise başvurdu. Hastanın anamnezinden, on gün önce karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurduğu, yapılan değerlendirmeler sonucunda safra kesesinde taşla ilişkili enfeksiyon saptandığı ve bu nedenle opere edildiği öğrenildi. Postoperatif dönemde antibiyotik tedavisi düzenlenerek taburcu edilen hastanın, ameliyat sonrası ilk yedi gün boyunca belirgin bir yakınmasının olmadığı; ancak son üç gündür yara yerinde ağrı geliştiği ve bu ağrının acil servise başvurusundan birkaç saat önce belirgin olarak şiddetlendiği belirtildi. Hasta ayrıca yara yerinden akıntı olduğunu ifade etti.

Fizik Muayene: Fizik muayenede hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, oryante ve koopere olarak değerlendirildi. Vital bulguları normal sınırlardaydı. Abdominal muayenede sağ üst kadranda hassasiyet mevcut olup Murphy bulgusu ve defans pozitif, rebound ise negatif saptandı. Operasyon sahasında enfeksiyonu düşündürülen belirgin bir görünüm izlenmemekle birlikte, yara yerinde pürülan özellik göstermeyen akıntı mevcuttu.

¹ Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Tıp Fakültesi

Laboratuvar Bulguları: Başvuru anında elde edilen laboratuvar bulguları, belirgin inflamasyon ile birlikte kolestatik enzim yüksekliği ve eşlik eden hematolojik/biyokimyasal anormallikleri ortaya koymaktaydı.

Tablo 1: Postoperatif 10. Gün Laboratuvar Bulguları:

Parametre	Değer	Referans aralığı	Yorum
WBC	16,37 K/ μ L	4,01-9,75 K/ μ L	↑
Hemoglobin	11,2 g/dL	13,4-17,6 g/dL	↓
CRP	174,1 mg/L	0-5 mg/L	↑↑↑ (34,8 kat)
ALP	348 U/L	30-120 U/L	↑↑ (2,9 kat)
GGT	211,3 U/L	0-55 U/L	↑↑ (3,8 kat)
Albümin	30,8 g/L	35-52 g/L	↓
Üre	48,9 mg/dL	17-43 mg/dL	↑
eGFR	54,33 mL/dk	60-200 mL/dk	↓
Sodyum	131 mmol/L	136-146 mmol/L	↓
Klor	95,4 mmol/L	101-109 mmol/L	↓
Glukoz	127 mg/dL	74-106 mg/dL	↑

Radyolojik Bulgular:

Hastaya yapılan hepatobiliyer ultrasonografi (USG) görüntülemesinin değerlendirilmesinde aşağıdaki bulgular rapor edildi: Safra kesesi izlenmedi (Opere). Safra kesesi lojunda yaklaşık 44x50 mm ulaşan yoğun içerikli koleksiyon izlenmiştir.

Hastaya çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinin değerlendirilmesinde aşağıdaki bulgular rapor edildi: Karaciğer normal konum ve boyuttadır. Karaciğer parankim dansitesi tabiidir. Safra kesesi izlenmedi (opere). Safra kesesi lojunda yaklaşık 50x45mm boyutlarında sıvı koleksiyonu ve bu düzeyde hava dansiteleri izlendi. Hastanın klinik ve lab. öyküsü ile birlikte değerlendirme önerilir. İntra ve ekstrahepatik safra yollarına ait belirgin bir patoloji saptanmadı.



Şekil 1: Kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografi incelemesinde aksiyal kesitler. Safra kesesi lojunda yaklaşık 50×45 mm boyutlarında sıvı koleksiyonu ve bu düzeyde hava dansiteleri izlenmektedir (kırmızı oklar).



Şekil 2: Kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografi incelemesinde koronal ve sagittal kesitler. Safra kesesi lojunda yaklaşık 50×45 mm boyutlarında sıvı koleksiyonu ve hava dansiteleri izlenmektedir (kırmızı oklar). **A)** Sagittal kesit; **B)** Koronal kesit.

İlk Müdahale ve Klinik Seyir: Acil serviste ilk müdahale kapsamında yara yeri pansumanı yeniden yapıldı; ağrı kontrolü için analjezik tedavi başlandı ve enfeksiyöz komplikasyon ön tanısıyla ampirik intravenöz antibiyoterapi uygulandı. Klinik bulgular doğrultusunda Genel Cerrahi kliniğine konsülte edilen hasta, ileri değerlendirme ve tedavi amacıyla Genel Cerrahi servisine yatırıldı. Hastaya, Girişimsel Radyoloji tarafından ultrasonografi eşliğinde perkütan drenaj işlemi uygulandı.

Semptomlarında gerileme gözlenen ve laboratuvar incelemelerinde enfeksiyon parametrelerinde düşüş saptanan hasta, klinik düzelme üzerine taburcu edildi.

TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektomi (LK), semptomatik kolelitiazis ve akut kolesistitin standart cerrahi tedavisi olarak kabul edilmekte olup, dünya genelinde en sık uygulanan abdominal operasyonlar arasında yer almaktadır (6,7). Her ne kadar LK, açık kolesistektomiye kıyasla daha kısa hastane yatış süresi, azalmış postoperatif ağrı ve düşük komplikasyon oranlarıyla ilişkilendiriliyor olsa da (8), safra kesesi perforasyonu ve buna bağlı intraabdominal apse gelişimi gibi ciddi komplikasyonlarla karşılaşabilmektedir (9,10). Bu olgu sunumunda, LK sonrası 10. günde safra kesesi lojunda apse formasyonu gelişen 82 yaşındaki erkek hasta, literatür eşliğinde tartışılmaktadır.

Safra kesesi perforasyonu, laparoskopik kolesistektomi sırasında oldukça sık karşılaşılan bir durumdur ve farklı serilerde yaklaşık %10–40 oranında bildirilmektedir. Bu oran açık kolesistektomiye kıyasla daha yüksektir. Buna karşılık safra taşı dökülmesi daha düşük sıklıkta görülür (11, 20).

Kolesistektomi sırasında safra taşlarının istemeden periton boşluğuna dökülmesi, açık kolesistektomiye kıyasla laparoskopik kolesistektomide daha sık karşılaşılan bir durumdur. Laparoskopik girişim esnasında safra kesesi; grasping aletinin penetran kavrayışı nedeniyle yırtılabilir, eksojuru artırmak amacıyla yapılan traksiyon sırasında duvarında kesilme oluşabilir ya da karaciğer yatağından diseksiyonu sırasında fark edilmeksizin açılabilir. Ayrıca, serbestleştirilmiş ve gergin safra kesesinin dar bir umbilikal port açıklığından dışarı alınmaya çalışılması sırasında da taş dökülmesi meydana gelebilir. Açık kolesistektomide karın içine saçılan taşlar genellikle laparotomi pedi ile silinerek veya geniş lümenli irrigasyon ve aspirasyon yöntemleriyle kolayca uzaklaştırılabilirken, bu manevraların laparoskopik cerrahide aynı ölçüde uygulanabilmesi mümkün değildir. Bu nedenle bazı laparoskopik olgularda intraperitoneal alana dökülen taşlar ameliyat sonunda tamamen çıkarılamayabilir (21).

Bu durum, sadece intraoperatif yönetimi değil, postoperatif izlem ve olası komplikasyonların erken fark edilmesini de direkt olarak etkilemektedir. Safra kesesi perforasyonu ve taş dökülmesi geliştiğinde, bu durumun intraoperatif ve postoperatif kayıtlarda açıkça belirtilmesi, hastanın bilgilendirilmesi ve birinci basamak hekimlerine aktarılması; geç dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonların erken tanınması açısından önem taşımaktadır (13). Nitekim literatürde, safra taşı dökülmesi gelişen olgularda cerrahların yalnızca yarısının hastaları, %30'dan daha azının ise pratisyen hekimleri bilgilendirdiği bildirilmektedir (19). Bu nedenle, postoperatif dönemde atipik klinik bulgularla başvuran hastalarda laparoskopik kolesistektomi öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır.

Perforasyon sırasında periton boşluğuna dökülen safra taşlarının büyük çoğunluğu klinik olarak sessiz seyretmekte; ancak bazı olgularda intraabdominal apse, karın duvarı apsesi, retroperitoneal apse ve hatta torasik komplikasyonlar gibi gecikmiş komplikasyonlar gelişebilmektedir (12,13). Taş dökülmesi sonrası ciddi komplikasyon gelişiminde; ileri yaş, erkek cinsiyet, akut kolesistit varlığı, dökülen taşların pigment yapıda olması, taş sayısının fazla olması (>15), taş çapının büyük olması (>1,5 cm) ve kayıp taşların perihepatik yerleşim göstermesi başlıca risk faktörleri olarak bildirilmektedir (14). Danhel ve ark. tarafından yapılan kapsamlı bir literatür derlemesinde, dökülen taşlara bağlı komplikasyonların %41,1'inin intraabdominal apse, %10,7'sinin karın duvarı apsesi ve %7,8'inin retroperitoneal apse şeklinde ortaya çıktığı bildirilmiştir (13).

Postoperatif intraabdominal apse gelişimi için tanımlanan risk faktörleri arasında ileri yaş, diyabet, immünsupresyon, akut/enfekte kolesistit varlığı ve intraoperatif komplikasyonlar yer almaktadır (8,13,14). Olgumuz 82 yaşında olup akut kolesistit nedeniyle opere edilmiştir. Postoperatif 10. günde safra kesesi lojunda 50×45 mm boyutlarında, hava dansiteleri içeren sıvı koleksiyonu ile uyumlu apse

formasyonu saptanmıştır. İntraoperatif kayıtlarda perforasyon öyküsü yer almamakla birlikte, kolesistektomi sonrası gelişen kanama nedeniyle hastaya yeniden müdahale edilmiştir. İleri yaş, akut kolesistit varlığı ve postoperatif komplikasyonla seyreden cerrahi süreç birlikte değerlendirildiğinde, bu bulgular apse gelişimi açısından artmış risk varlığını destekler niteliktedir.

Klinik prezentasyon açısından değerlendirildiğinde, LK sonrası intraabdominal apse; ameliyatın hemen ardından erken dönemde gelişebildiği gibi, aylarca hatta yıllarca sonra da ortaya çıkabilmektedir (15,16). Semptomlar genellikle karın ağrısı, ateş, lezyon bölgesinde hassasiyet, lekositoz ve yüksek CRP ile kendini gösterir (12,13). Bizim olgumuzda semptomlar postoperatif 7. günden itibaren başlamış olup, 10. günde hastane başvurusu ile sonuçlanmıştır. Başvuru anındaki laboratuvar bulguları bu klinik tabloyla uyumlu biçimde belirgin enflamasyonu ve kolestatik enzim yüksekliğini ortaya koymuştur.

Tanısal görüntüleme açısından ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT), LK sonrası gelişen intraabdominal apsenin değerlendirilmesinde temel görüntüleme yöntemleridir. USG; non-invazif, hızlı uygulanabilir ve radyasyon içermeyen bir yöntem olarak ilk sırada tercih edilmektedir (17). Olgumuzda hepatobiliyer ultrasonografide safra kesesi lojunda 44×50 mm boyutlarına ulaşan, yoğun içerikli koleksiyon saptanmıştır. Bilgisayarlı tomografi ise yüksek uzamsal çözünürlüğü ve anatomik yapıları ayrıntılı biçimde ortaya koyabilmesi nedeniyle birinci basamak görüntüleme yöntemi olarak kabul edilmektedir (18,22). Bu olguda yapılan BT incelemesinde safra kesesi lojunda 50×45 mm boyutlarında sıvı koleksiyonu ile buna eşlik eden hava dansiteleri izlenmiş olup, söz konusu bulgular klinik tablo ile birlikte apse lehine güçlü destek sağlamıştır.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası gelişen intraabdominal apsenin yönetimi; hastanın klinik durumu, apsenin boyutu ve yerleşimi ile altta yatan nedene göre şekillenmektedir. Literatürde, dökülen safra taşlarına bağlı apselerin tedavisinde açık cerrahinin %66,6, laparoskopik revizyonun %17,6 ve perkütan drenajın %12,7 oranında uygulandığı bildirilmektedir (13). Sunulan olguda, 82 yaşındaki hastaya acil serviste parenteral antibiyotik tedavisi başlanmış ve ardından Genel Cerrahi kliniğine yatışı yapılmıştır. Takiben, Girişimsel Radyoloji tarafından ultrasonografi kılavuzluğunda perkütan drenaj uygulanmıştır. Klinik izlemde semptomlarında gerileme ve enfeksiyon parametrelerinde belirgin düşüş saptanması üzerine hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

SONUÇ

Laparoskopik kolesistektomi sonrası gelişen intraabdominal apse, özellikle ileri yaş ve eşlik eden risk faktörleri bulunan hastalarda ciddi morbiditeye yol açabilen önemli bir komplikasyondur. Sunulan olgu, bu risk faktörlerinin klinik önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, intraoperatif ve postoperatif kayıtların yetersiz tutulması tanısal süreci zorlaştırabilmektedir. Bu nedenle, atipik klinik bulgularla başvuran hastalarda laparoskopik kolesistektomi öyküsünün ayrıntılı olarak sorgulanması ve bu komplikasyonun ayırıcı tanıda akılda tutulması kritik önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

1. Portincasa P, Moschetta A, Palasciano G. Cholesterol gallstone disease. *Lancet*. 2006;368(9531):230–239. doi:10.1016/S0140-6736(06)69044-2. PMID: 16844493.
2. Friedman GD. Natural history of asymptomatic and symptomatic gallstones. *Am J Surg*. 1993;165(4):399–404. doi:10.1016/S0002-9610(05)80930-4. PMID: 8480871.
3. Gibney EJ. Asymptomatic gallstones. *Br J Surg*. 1990;77(4):368–372. doi:10.1002/bjs.1800770405. PMID: 2187558.
4. Friedman GD, Raviola CA, Fireman B. Prognosis of gallstones with mild or no symptoms: 25 years of follow-up in a health maintenance organization. *J Clin Epidemiol*. 1989;42(2):127–136. doi:10.1016/0895-4356(89)90086-3. PMID: 2918322.
5. Ko CW, Lee SP. Gastrointestinal disorders of the critically ill. Biliary sludge and cholecystitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2003;17(3):383–396. doi:10.1016/S1521-6918(03)00026-X. PMID: 12763503.
6. Mou D, Tesfasilassie T, Hirji S, Ashley SW. Advances in the management of acute cholecystitis. *Ann Gastroenterol Surg*. 2019;3(3):247–253. doi:10.1002/ags3.12240. PMID: 31131353.
7. Wiesen SM, Unger SW, Barkin JS, Edelman DS, Scott JS, Unger HM. Laparoscopic cholecystectomy: the procedure of choice for acute cholecystitis. *Am J Gastroenterol*. 1993;88:334–7.
8. Zacks SL, Sandler RS, Rutledge R, Brown RS Jr. A population-based cohort study comparing laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy. *Am J Gastroenterol*. 2002;97(2):334–340. doi:10.1111/j.1572-0241.2002.05466.x. PMID: 11866270.
9. McKinley SK, Brunt LM, Schwaitzberg SD. Prevention of bile duct injury: the case for incorporating educational theories of expertise. *Surg Endosc*. 2014;28(12):3385–3391. doi:10.1007/s00464-014-3605-8. PMID: 24939158.
10. Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg*. 1995;180(1):101–125. PMID: 8000648.
11. Duca S, Bălă O, Al-Hajjar N, Iancu C, Puia IC, Munteanu D, Graur F. Laparoscopic cholecystectomy: incidents and complications. A retrospective analysis of 9542 consecutive laparoscopic operations. *HPB (Oxford)*. 2003;5(3):152–158. doi:10.1080/13651820310015293. PMID: 18332976.
12. Brockmann JG, Kocher T, Senninger NJ, Schürmann GM. Complications due to gallstones lost during laparoscopic cholecystectomy: an analysis of incidence, clinical course, and management. *Surg Endosc*. 2002;16:1226-1232. doi:10.1007/s00464-001-9173-8. PMID: 11984670.
13. Danhel L, Fritz A, Havranek L, et al. Lost gallstones during laparoscopic cholecystectomy as a common but underestimated complication—case report and review of the literature. *Front Surg*. 2024;11:1375502. doi:10.3389/fsurg.2024.1375502. PMID: 38655209.
14. Ridwelski K, Rudolph S, Meyer F, Lippert H. Abscess formation following spilled gallstones during laparoscopic cholecystectomy. *JLS*. 2001;5(1):1-6.
15. Patterson EJ, Nagy AG. Don't cry over spilled stones? Complications of gallstones spilled during laparoscopic cholecystectomy: case report and literature review. *Can J Surg*. 1997;40(4):300-304. PMID: 9267300.

16. Luffer JM, Krahenbuhl L, Baer HU, Mettler M, Buchler MW. Clinical manifestations of lost gallstones after laparoscopic cholecystectomy: a case report with review of the literature. *Surg Laparosc Endosc.* 1997;7(2):103–112. PMID: 9109237.
17. Sureka B, Mukund A. Review of imaging in post-laparoscopy cholecystectomy complications. *Indian J Radiol Imaging.* 2017;27(4):470-481. doi:10.4103/ijri.IJRI_489_16. PMID: 29379244.
18. Afrasyabi R, Shahrahmani F, Darzi AA, et al. Clinical presentation and surgical management of intra-abdominal abscesses: a retrospective study. *Discov Med.* 2025;2:7. doi: 10.1007/s44337-024-00140-5
19. Mullerat J, Cooper K, Box B, Soin B. The case for standardisation of the management of gallstones spilled and not retrieved at laparoscopic cholecystectomy. *Ann R Coll Surg Engl.* 2008 May;90(4):310-2. doi:10.1308/003588408X285883. PMID: 18492395.
20. Sathesh-Kumar T, Saklani AP, Vinayagam R, Blackett RL. Spilled gall stones during laparoscopic cholecystectomy: a review of the literature. *Postgrad Med J.* 2004;80(940):77-79. doi:10.1136/pmj.2003.006023. PMID: 14970293.
21. Shocket E. Abdominal abscess from gallstones spilled at laparoscopic cholecystectomy: case report and review of the literature. *Surg Endosc.* 1995;9(3):344-347. doi:10.1007/BF00187783. PMID: 7597612.
22. Patel N, Jensen KK, Shaaban AM, Korngold E, Foster BR. Multimodality imaging of cholecystectomy complications. *Radiographics.* 2022;42(5):1303–1319. doi:10.1148/rg.210106. PMID: 35904983.

OP-44

Minör Ama Ciddi: Pediatrik Penetran Oküler Travma

*Semiha Olur, Ramazan Ünal, Boran Polat, Onur Salih Çelikten,
Aslıhan Onuralp, Gizem Köken, Gökhan Kırlar, M. Furkan Hatipoğlu,
M. Can Yıldız*

GİRİŞ

Penetran göz yaralanmaları, yabancı bir cismin göz küresinin tüm tabakalarını geçerek giriş defekti oluşturmasıyla tanımlanır ve klinik olarak oldukça ciddi seyretmektedir. Dünya genelinde her yıl 15 yaş altındaki yaklaşık 160.000–280.000 çocuk oküler travma nedeniyle hastaneye yatırılmakta olup, bu vakaların %21–35'ini penetran yaralanmalar oluşturmaktadır(1). Bu tür travmalar, enfeksiyon, retina dekolmanı ve hatta göz kaybı gibi intraoküler komplikasyon riskinin yüksek olması nedeniyle karmaşık bir tablo ortaya koyar ve oftalmik travma yönetiminde önemli güçlükler yaratır. Uzun dönem morbiditeyi azaltmak ve oküler ile görsel fonksiyonları koruyabilmek için erken dönemde ve titizlikle planlanmış cerrahi müdahale gereklidir(2).

Bu yazıda, oyun sırasında düşme sonucu sağ gözüne delici bir cisimle travma alan pediatrik bir hastaya ait olguyu sunuyoruz. Olgumuz, görünüşte sınırlı bir perioküler yaralanmanın bile ciddi intrakraniyal komplikasyonlarla ilişkili olabileceğini vurgulaması açısından önem taşımaktadır.

OLGU SUNUMU

Başvuru Bilgileri: 3 yaş kız çocuk hasta acil servisimize oynarken düşme sonrası sağ gözüne kalem saplanması şikayeti ile getirildi. Yabancı cismin, hastanın ailesi tarafından acil servise başvurudan önce çıkarıldığı öğrenildi.

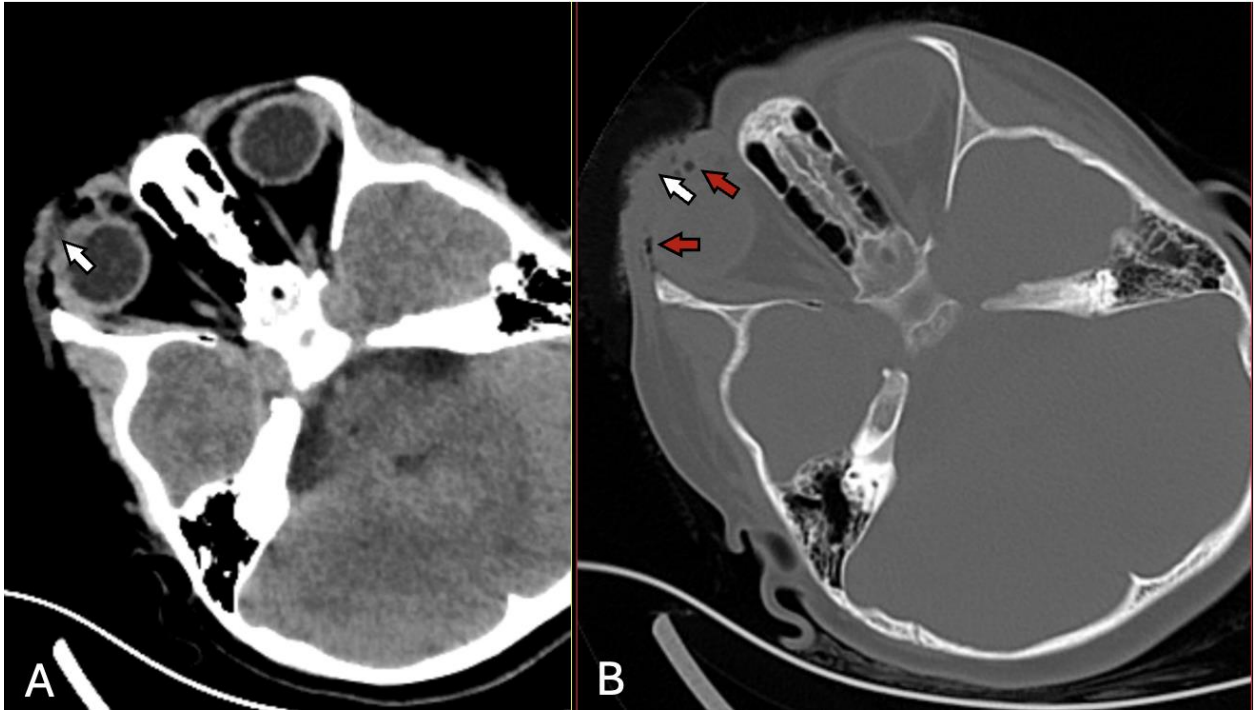
Fizik Muayene Bulguları: Genel durumu orta, bilinci açık olan hasta ajite ve muayeneye dirençliydi. Pupiller ve göz hareketleri hastanın kooperasyon yetersizliği değerlendirilemedi. Sağ göz kapağında yoğun ödem mevcuttu. Sağ göz kapağı üst kısımda 0.5 x0.5 cm boyutunda giriş defekti bulunan ve derinliği değerlendirilemeyen penetran lezyon saptandı.

Laboratuvar Bulguları: Yapılan hemogram ve biyokimyasal incelemelerde patolojik bulgu saptanmadı.

Radyolojik Bulgular: Hastaya çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinin değerlendirilmesinde aşağıdaki bulgular rapor edildi: İntrakraniyal kanama bulgusu saptanmamıştır. Sağ periorbital bölgede cilt altında ödem ve minimal hematoma bulguları izlendi. Sağ temporal alanda ekstraaksiyel mesafede hava dansiteleri izlendi. Olguda belirgin kemik fraktürü saptanmamakla birlikte ince kesit maksillofasial BT ile değerlendirilmesi gerekir.



Şekil 1. Kontrastsız orbita bilgisayarlı tomografi incelemesinde aksiyel kesitler. **A)** Kemik penceresi aksiyel kesitte sağ periorbital bölgede cilt altı ödem ve minimal hematoma (beyaz ok), sağ temporal alanda ekstraaksiyel mesafede hava dansiteleri (kırmızı ok) izlenmektedir. **B)** Aynı bulgular yumuşak doku penceresi aksiyel kesitte gösterilmektedir.



Şekil 2. Kontrastsız orbita bilgisayarlı tomografi incelemesinde aksiyel kesitler. **A)** Yumuşak doku penceresi aksiyel kesitte sağ periorbital bölgede cilt altı ödem ve minimal hematoma (beyaz ok) izlenmektedir. **B)** Kemik penceresi aksiyel kesitte periorbital/orbital amfizem (kırmızı oklar) ve sağ periorbital bölgede cilt altı ödem ile minimal hematoma (beyaz ok) izlenmektedir.

İlk Müdahale: Başvurunun ardından etkilenen göz, koruyucu göz kalkanı ile kapatıldı ve hastaya uygun geniş spektrumlu antibiyotik profilaksisi ile analjezik tedavi başlandı. Olgu, multidisipliner değerlendirme kapsamında Göz Hastalıkları ve Beyin ve Sinir Cerrahisi klinikleri ile konsülte edildi. Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanı ile birlikte yapılan değerlendirmede, radyolojik raporda yer almamasına rağmen aksiyel kontrastsız beyin BT görüntülerinde hava dansitelerine ek olarak eşlik eden travmatik

subaraknoid kanama saptandı. Ancak Beyin ve Sinir Cerrahisi tarafından acil müdahale gerekliliği düşünülmedi.

Klinik Seyir: Hasta, klinik seyri sırasında yakın izlem ve cerrahi tedavi planlaması amacıyla Göz Hastalıkları kliniğine yatırıldı. Beyin ve Sinir Cerrahisi değerlendirmesinde, kafa içi basıncı artırabilecek faktörlerden kaçınılarak cerrahi uygulanmasının nöroşirürjik açıdan uygun olduğu belirtildi. Bunun yanı sıra, postoperatif erken dönemde kontrol beyin BT ile yeniden değerlendirilmesi önerildi. Göz Hastalıkları servisine yatırılan hasta Beyin ve Sinir Cerrahisi'nin sedasyon önerileri dikkate alınarak, ilk 24 saat içinde Göz Hastalıkları kliniği tarafından operasyona alınmış ve primer onarım uygulanmıştır. Beyin ve Sinir Cerrahisi önerileri doğrultusunda yapılan kontrol BT incelemesinde pnömosefalinin gerilediği izlenmiş, postoperatif dönemde klinik durumu iyi seyreden hasta uygun önerilerle taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Pediyatrik oküler travma, çocukluk çağında görme kaybı ve körlüğün önde gelen nedenlerinden biri olup önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu yaralanmaların sıklığı, nedenleri ve klinik sonuçları; demografik özellikler, sosyoekonomik koşullar ve çevresel faktörlere bağlı olarak dünya genelinde farklılık göstermektedir (3).

Çocuklarda oküler travmanın etiyojisi yaşa göre belirgin değişiklik göstermektedir. Erken çocukluk döneminde (0–6 yaş), motor gelişimin henüz tam olgunlaşmamış olması ve merak duygusunun baskınlığı nedeniyle ev içi kazalar ve oyuncak kaynaklı yaralanmalar ön plandadır; bu yaş grubunda en sık nedenler düşmeler, oyuncaklar ve evde bulunan çeşitli nesnelere dir. Daha büyük çocuklarda (7–12 yaş) ise travmalar çoğunlukla spor ve eğlence aktiviteleri sırasında ya da kalem gibi keskin cisimlerle oluşan kazalar sonucunda gelişmektedir (4). Literatürde, erkek çocuklarda daha hareketli ve risk almaya yatkın davranışlar ile artmış dış ortam maruziyetine bağlı olarak oküler travma oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (4). Bununla birlikte, olgumuzun kız cinsiyette olması, pediyatrik oküler travmaların yalnızca cinsiyete bağlı davranış kalıplarıyla açıklanamayacağını ve her iki cinsiyette de dikkatli klinik değerlendirmenin gerekli olduğunu göstermektedir.

Temel yaklaşım olarak, dışarı uzanan yabancı cisimlere müdahale edilmemeli ve bu cisimlerin çıkarılması oftalmoloji uzmanı tarafından gerçekleştirilmelidir (5). Olgumuzda dikkat çeken olumsuz noktalardan biri ise, ailenin penetran yabancı cismi (kalemi) hastane başvurusu öncesinde çıkarmış olmasıdır.

İkinci önemli husus, açık glob yaralanmasından şüphelenilen olgularda intraoküler basıncı artırabilecek tüm girişim ve ajanlardan kaçınılmasıdır. Göz içi basıncındaki ani artış, oküler içerik ekstrüzyonunu kolaylaştırarak yaralanmanın ağırlaşmasına ve prognozun kötüleşmesine yol açabilir. Bu nedenle göz üzerinde manipülasyon yapılmamalı, topikal göz damlaları uygulanmamalı ve etkilenen göz koruyucu bir göz kalkamı ile korunmalıdır. Ayrıca oral alım kesilmeli; kusma, ağrı ve ajitasyonun göz içi basıncı artırabileceği göz önünde bulundurularak uygun antiemetik (örneğin, erişkinlerde ondansetron 4–8 mg; çocuklarda 0,15 mg/kg, doz başına en fazla 8 mg), analjezik (örneğin, IV Morfin veya IV Fentanil. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar trombosit fonksiyonunu inhibe edici özellikleri nedeniyle önerilmez.) ve gerektiğinde sedatif tedavi planlanmalıdır (5).

Künt oküler travmalarda açık glob yaralanmasına ek olarak blow-out kırığı, orbital hemoraji ve orbital kompartman sendromu gibi eşlik eden orbital yaralanmalar da akılda tutulmalıdır (5,6). Bununla birlikte, orbital fraktürler literatürde çoğunlukla künt travmalarla ilişkilendirilse de, olgumuzda BT'de belirgin kemik fraktürü saptanmamış olmasına karşın pnömosefali varlığı eşlik eden bir fraktür lehine değerlendirilmiştir. Bu durum, orbital fraktürlerin künt travmalarda daha çok karşımıza çıkmasına rağmen, penetran travmalar sonrasında da görülebileceğinin unutulmaması gerektiğini göstermektedir.

Bu nedenle, şüpheli olgularda travma mekanizmasından bağımsız olarak orbital yapıların ayrıntılı şekilde değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Bu bağlamda görüntüleme yöntemi seçimi de kritik önem taşımakta olup, şüpheli açık glob yaralanmalarının ileri değerlendirmesinde, orbitayı kapsayan 1–2 mm ince kesitli kontrastsız aksiyel ve koronal bilgisayarlı tomografi tercih edilen görüntüleme yöntemi olarak önerilmektedir (10,11). Radyolojik görüntülemenin doğru yorumlanması sürecinde, klinisyenin radyoloji raporuyla yetinmeyip görüntüleri bizzat incelemesi büyük önem taşımaktadır. Nitekim olgumuzda radyoloji raporunda intrakraniyal kanama bulgusu belirtilmemiş olmasına karşın, görüntülerin klinisyen tarafından yeniden değerlendirilmesi sonucunda travmatik subaraknoid kanama saptanmıştır. Bu durum, özellikle penetran oküler travma gibi kompleks olgularda, görüntülerin multidisipliner bir bakış açısıyla ve bizzat incelenmesinin tanı sürecine olan katkısını açıkça ortaya koymaktadır.

Olgunun yönetiminde dikkat edilmesi gereken en önemli hususlardan biri de profilaktik antibiyotik ve tetanoz profilaksisinin uygun zamanda başlanmasıdır.

Literatürde profilaktik antibiyotik kullanımına ilişkin doğrudan kanıtlar sınırlı olmakla birlikte, penetran oküler travmalarda enfeksiyon gelişimi, başta endoftalmi olmak üzere görmeyi tehdit eden ciddi komplikasyonlara yol açabileceğinden (7), açık glob yaralanması tanısı konulduktan sonra geniş spektrumlu ampirik antibiyotik tedavisi [Vankomisin 15 mg/kg (maksimum 1,5 g) ve seftazidim 50 mg/kg (maksimum 2 g)] ile tetanoz profilaksisi başlanmalı ve hasta definitif cerrahi girişime hazırlanmalıdır (5). Olgumuzda erken dönemde antibiyotik profilaksisi başlanması ve multidisipliner değerlendirme bu açıdan uygun bir yaklaşım olmuştur.

Açık glob yaralanmalarında erken dönemde gerçekleştirilen primer kapama, görsel sonuçların iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Cerrahi onarımın zamanlaması çeşitli klinik değişkenlerden etkilenmekle birlikte, genel yaklaşım primer onarımın yaralanmayı izleyen ilk 24 saat içinde yapılması yönündedir (8). Bu görüşü destekler biçimde, meta-analiz sonuçları erken primer onarımın daha düşük endoftalmi insidansı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (9). Sunulan olguda hasta Göz Hastalıkları servisine yatırılmış; Beyin ve Sinir Cerrahisi'nin sedasyon önerileri dikkate alınarak, ilk 24 saat içinde Göz Hastalıkları kliniği tarafından operasyona alınmış ve primer onarım uygulanmıştır. Beyin ve Sinir Cerrahisi önerileri doğrultusunda yapılan kontrol BT incelemesinde pnömosefalinin gerilediği izlenmiş, postoperatif dönemde klinik durumu iyi seyreden hasta uygun önerilerle taburcu edilmiştir.

SONUÇ

Sonuç olarak, pediatrik penetran oküler travmalar; acil müdahale gerektiren, görmeyi tehdit eden ve multidisipliner bir yaklaşımı zorunlu kılan ciddi klinik tablolardır. Bu olgularda sekonder hasarın önlenmesi, enfeksiyon ve tetanoz profilaksisinin zamanında başlanması, radyolojik görüntülerin klinisyen tarafından da değerlendirilmesi ve bulgular eşliğinde zamanında cerrahi onarımın planlanması, görsel prognozu doğrudan belirleyen temel unsurlardır.

Sunulan olgu; çocuk hastalarda travma mekanizmasının ayrıntılı biçimde sorgulanmasının ve dışarı uzanan yabancı cisimlere hastane öncesinde kesinlikle müdahale edilmemesinin önemini bir kez daha gözler önüne sermektedir. Bunun yanı sıra bu olgu, pediatrik penetran oküler travmaların yalnızca göz içi yapılarla sınırlı kalmayıp intrakraniyal kanama ve pnömosefali gibi hayatı tehdit edebilecek ciddi komplikasyonlara da yol açabileceğini açıkça ortaya koymaktadır.

KAYNAKÇA

1. Salvin JH. Systematic approach to pediatric ocular trauma. *Curr Opin Ophthalmol*. 2007;18(5):366-72. doi: 10.1097/ICU.0b013e3282ba54ac. PMID: 17700228.
2. Shah M, Shah S, Barnwall R, Chandana P, Thorat D. Comparative study of clinical features and visual outcome in traumatic and non-traumatic aetiologies in Tertiary Eye Care Center of Western India. *J Ret-Vit*. 2023;32:9-12. doi:10.37845/ret.vit.2023.32.2
3. Zhurgumbayeva G, Oteuliyeva M, Umarov F, Kyrykbayev D, Ruslanuly K. Severe pediatric perforating ocular trauma with intraocular foreign body: a case report and literature review. *J Ret Vit*. 2025;34:145-149.
4. Kaçer EÖ, Kaçer İ. Ocular trauma in the pediatric age group: a systematic review. *Egyptian Pediatric Association Gazette*. 2022;70(1):28. doi:10.1186/s43054-022-00125-y
5. Andreoli CM, Gardiner MF. Open globe injuries: Emergency evaluation and initial management. In: UpToDate, Connor RF, ed. Waltham, MA: Wolters Kluwer; Erişim tarihi: 07 Mart 2026.
6. Neuman MI, Bachur RG. Orbital fractures. In: UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; Literature review current through Feb 2026, topic last updated Feb 23, 2026. Erişim tarihi: 8 Mart 2026.
7. Andreoli CM, Andreoli MT, Kloek CE, Ahuero AE, Vavvas D, Durand ML. Low rate of endophthalmitis in a large series of open globe injuries. *Am J Ophthalmol*. 2009;147(4):601. doi:10.1016/j.ajo.2008.10.023. PMID: 19181306.
8. Colby K. Management of open globe injuries. *Int Ophthalmol Clin*. 1999;39(1):59. doi:10.1097/00004397-199903910-00008.
9. McMaster D, Bapty J, Bush L, Serra G, Kempapidis T, McClellan SF, Woreta FA, Justin GA, Agrawal R, Hoskin AK, Cavuoto K, Leong J, Ascarza AR, Cason J, Miller KE, Caldwell MC, Gensheimer WG, Williamson TH, Dhawahir-Scala F, Shah P, Coombes A, Sundar G, Mazzoli RA, Woodcock M, Watson SL, Kuhn F, Colyer M, Gomes RSM, Blanch RJ. Early versus delayed timing of primary repair after open-globe injury: A systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology*. 2025;132(4):431. doi:10.1016/j.ophtha.2024.08.030. PMID: 39218161.
10. Harlan JB Jr, Pieramici DJ. Evaluation of patients with ocular trauma. *Ophthalmol Clin North Am*. 2002;15(2):153. doi:10.1016/s0896-1549(02)00006-8. PMID: 12229230.
11. Expert Panel on Pediatric Imaging, Maheshwari M, Ho ML, Bosemani T, Dahmouh H, Fredrick D, Guimaraes CV, Gulko E, Jaimes C, Joseph MM, Kaplan SL, Miyamoto RC, Nadel HR, Partap S, Pfeifer CM, Pruthi S. ACR Appropriateness Criteria® Orbital Imaging and Vision Loss-Child. *J Am Coll Radiol*. 2024;21(6S):S219. doi:10.1016/j.jacr.2024.02.023. PMID: 38823946.

OP-45

Maskelenmiş Diyabetik Ketoasidoz, Diyabetik Ketoalkaloz

Yunus Emre Gülel, Dilek Atik, Habib Ali Yalama, Ashhan Onuralp,

Burcu Sena Aydın, Boran Polat, Elif Nur Madran

GİRİŞ

Diyabetik ketoalkaloz (DKALK), klasik diyabetik ketoasidozun (DKA) nadir görülen ve klinik olarak kafa karıştırıcı bir varyantıdır. Bu tablo, kanda keton cisimciklerinin birikmesine rağmen, eşlik eden metabolik süreçler nedeniyle kan pH'nın 7.45'in üzerinde veya normal sınırlarda olmasıyla karakterizedir [1]. Klasik DKA tanısında pH'nın asidik olması beklenirken, DKALK olgularında pH'nın alkalotik olması hekimin tanıyı gözden kaçırmaya yol açabilir [3]. Genellikle tip 1 diyabetiklerde görülse de, insülin eksikliğinin şiddetli olduğu tip 2 diyabet vakalarında da rapor edilmiştir [1]. Tanı konulabilmesi için sadece rutin kan gazı parametrelerine değil, aynı zamanda anyon açığı ve delta oranının (delta ratio) dikkatli hesaplanmasına ihtiyaç duyulmaktadır [5].

OLGU SUNUMU

19 yaş erkek hasta, bulantı, kusma ve iştahsızlık şikayeti ile acil servise başvuruyor. Tip1 Diyabet tanısı olduğu ve tedavisini düzenli kullanmadığı biliniyor. Fizik muayenesinde; hasta oryante, koopere, dehidrate görünümde idi. Ateş: 37,5 o C, TA: 100/60 mmHg, Nabız: 110/dk, solunum sayısı 18/dk saptandı. Hastanın sistem muayenelerinde başka bir özellik saptanmadı.

Yapılan testlerde, plazma glukoz düzeyi; 1137 mg/dL, sodyum; 119 mEq/L (135-145 mEq/L), klor; 81 mmol/L (98-108 mmol/L), crp; 41.6 mg/L (0-5) olup diğer elektrolitleri değerlerinde ve biyokimya testlerinde ek özellik yoktu.

Tam idrar tetkikinde keton +++, glukoz+++

Venöz kan gazında pH: 7,56 (7,35-7,45) HCO₃ : 21 mEq/L (22-26mEq/L), pCO₂ : 23.2 mmHg (35-45 mmHg), laktat 5,89 mEq/L (0,5-2,0 mEq/L) tespit edildi.

Tam kan sayımında lokosit 12800/mm³ (4-10x10³/ mm³), Hgb: 14,2 g/dL (12-16 g/dL) idi. Bu verilerle hastada aslında metabolik alkalozla eşlik eden artmış anyon gapli metabolik asidoz olduğu anlaşıldı. Kusmaya bağlı metabolik alkaloz ile birlikte, DKA tabosunda olduğu anlaşıldı. Hastaya DKA tedavi protokolu uygulandı.

TARTIŞMA:

DKALK'ın klinik tablosu, vücudun asit-baz dengesini sağlayan mekanizmaların karmaşık bir etkileşimidir. En yaygın tetikleyici mekanizma, şiddetli ve inatçı kusma nedeniyle hidrojen ve klor iyonlarının kaybıdır; bu durum primer bir metabolik alkalozu başlatır [3, 4]. Aynı zamanda, dehidratasyona bağlı gelişen "kontraksiyon alkalozu", böbreklerin sodyum tutma çabası sırasında bikarbonat geri emilimini artırarak alkalozun şiddetini derinleştirir [1]. Kan pH'ı normal görünse dahi, anyon açığının yüksek olması keton cisimciklerinin kanda varlığını kanıtlar [2]. Literatürde, delta oranının ($\Delta AG/\Delta HCO_3$) 2.0'in üzerinde olması, altta yatan bir metabolik alkalozun varlığını doğrulamak için kritik bir gösterge olarak kabul edilir [5]. Tedavide, klorür replasmanı ile böbreklerin fazla bikarbonatı atmasını sağlamak ve potasyum seviyelerini yakın takip etmek hayati öneme sahiptir [2, 3].

SONUÇ:

Diyabetik ketoalkaloz, klinik pratikte normal pH değerinin her zaman asit-baz dengesi anlamına gelmediğini kanıtlayan kritik bir tablodur [1]. Sonuç olarak, pH değerinin normal veya yüksek olması, altta yatan hayatı tehdit eden bir ketoasidoz varlığını dışlamaz. Hekimlerin, özellikle şiddetli kusması olan diyabetik hastalarda anyon açığını hesaplamaları tanıda hayati önem taşır [3, 4]. Erken teşhis edilmediğinde, bu tablo derin potasyum eksikliği ve dehidratasyon nedeniyle ölümcül komplikasyonlara yol açabilir [2]. Sıvı resüsitasyonu ve insülin tedavisiyle bu karmaşık dengenin düzeltilmesi, acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde mortaliteyi azaltacaktır [1, 5].

KAYNAKLAR:

- 1 Ashinze P, Mafua N, Banerjee S, Obafemi E, Eniola A, Emmanuel E, et al. Diabetic ketoacidosis: the dark, torrid horse of diabetic emergencies. *Explor Med.* 2024;5:544–52. <https://doi.org/10.37349/emed.2024.00238>
- 2 Lizzo JM, Goyal A, Kaur J. Adult Diabetic Ketoacidosis. 2025 Nov 30. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan–. PMID: 32809558.
- 3 Svart MV, Voss TS, Bayat M, Madsen LR, Andersen LT, Poulsen PL, Møller N. Rare presentations of ketoacidosis: diabetic ketoacidosis and ketoacidosis secondary to fasting and muscular dystrophy. *Clin Diabetes.* 2015 Jan;33(1):37-9. doi: 10.2337/diaclin.33.1.37. PMID: 25653472; PMCID: PMC4299743.
- 4 Yılmaz, S., et al. (2019). "Metabolik Alkaloz ile Başvuran Diyabetik Ketoasidoz Olgusu." *DergiPark - Bozok Tıp Dergisi*.
- 5 Ashinze P, Mafua N, Banerjee S, Obafemi E, Eniola A, Emmanuel E, et al. Diabetic ketoacidosis: the dark, torrid horse of diabetic emergencies. *Explor Med.* 2024;5:544–52. <https://doi.org/10.37349/emed.2024.00238>

OP-46

Gebelikte Anterior Omuz Çıkığının Sedasyonsuz Redüksiyonu: Prakash Yöntemi

Hasan Burak Kaya¹

Özet

Anterior omuz çıkıkları acil serviste sık karşılaşılan ortopedik acillerden biridir ve çoğu zaman sedasyon veya analjezi gerektiren redüksiyon teknikleri ile tedavi edilir. Ancak gebelik gibi özel durumlarda sedatif ajanların kullanımı sınırlı olabilir. Bu bildiride, 12 haftalık gebeliği bulunan bir hastada anterior omuz çıkığının Prakash yöntemi ile sedasyonsuz olarak başarıyla redükte edilmesi sunulmuştur. Olguda klasik traksiyon yöntemleri başarısız olmuş, ardından uygulanan Prakash yöntemi ile kısa sürede ve komplikasyonsuz redüksiyon sağlanmıştır. Bu yaklaşım, özellikle sedasyonun riskli olduğu hasta gruplarında güvenli ve etkili bir alternatif olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Anterior omuz çıkığı, Prakash yöntemi, gebelik, sedasyonsuz redüksiyon, acil servis

¹ Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

OP-47

Geri Döndürülebilir Travmatik Kardiyak Arrest Nedenleri: Bilateral Torasik Dekompresyon ile Dramatik Yanıt

*Fatih Çağlar Genç¹, Mustafa Rutkay Bulut¹, Oğuz Alp Paköz¹,
Hasan Burak Kaya¹, Miraç Koç¹, Fatma Mutlu Kukul Güven¹*

Özet

Travmatik kardiyak arrest (TKA), mortalitesi yüksek olup yönetiminde geri döndürülebilir mekanik nedenlerin hızla tanınması kritik öneme sahiptir. Bu olguda, trafik kazası sonrası pelvik fraktür ve hipoksi nedeniyle sevk edilen 66 yaşındaki kadın hastada gelişen tekrarlayan TKA epizodları sunulmaktadır. Acil servis izleminde iki kez kardiyak arrest gelişen hastada toplam 12 dakikalık kardiyopulmoner resüsitasyon sonrası spontan dolaşım sağlanmıştır. Fizik muayenede bilateral solunum seslerinde azalma saptanması üzerine bilateral hemotoraks ön tanısı düşünülmüş ve tanısal torakosentez ile hemorajik mayi elde edilmiştir. Ardından uygulanan bilateral tüp torakostomi sonrası periferik oksijen satürasyonu %65'ten %96'ya yükselmiş ve hemodinamik stabilizasyon sağlanmıştır. Görüntüleme bulguları bilateral drenajın etkinliğini doğrulamıştır. Bu olgu, TKA yönetiminde bilateral hemotoraks gibi geri döndürülebilir nedenlere yönelik hızlı müdahalenin yaşam kurtarıcı etkisini açık biçimde ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler

Travmatik kardiyak arrest, Bilateral hemotoraks, Tüp torakostomi, Geri döndürülebilir nedenler, Pelvik fraktür, ROSC

¹ Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

OP-48

GKS 15 Olan Genç Hastada Gecikmiş Kronik Subdural Hematom ve Erken Nüks: Olgu Sunumu

*Alper Nalci¹, Fuat Akyüz¹, Mustafa Rutkay Bulut¹, Hasan Burak Kaya¹,
Miraç Koç¹, Fatma Mutlu Kukul Güven¹*

Özet

Kronik subdural hematom (KSDH), çoğunlukla ileri yaş popülasyonda görülmekle birlikte, genç erişkinlerde de hafif travma sonrası gecikmiş dönemde ortaya çıkabilen önemli bir intrakraniyal patolojidir. Klinik prezentasyon sıklıkla nonspesifik olup baş ağrısı, nöbet veya fokal nörolojik semptomlarla seyredebilir. Bu durum tanıda gecikmeye yol açabilmektedir. Bu olgu sunumunda, hafif kafa travmasından yaklaşık 45 gün sonra sol üst ekstremitede uyuşma ve kasılma şikâyeti ile başvuran, Glasgow Koma Skoru (GKS) 15 olan genç bir hastada saptanan kronik subdural hematom ve cerrahi sonrası erken nüks süreci sunulmuştur. Bu vaka, normal bilinç düzeyine sahip hastalarda dahi ciddi intrakraniyal patolojilerin gözden kaçabileceğini ve travma öyküsünün ayrıntılı sorgulanmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kronik subdural hematom, gecikmiş hematom, hafif kafa travması, genç erişkin, acil servis

¹ Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

OP-49

Kanalikül Kesisi Tamiri Sonrası Tüp Retansiyon Süresinin Anatomik ve Fonksiyonel Başarıya Etkisi

Ali Küçüködük¹

Özet

Amaç: Travmatik kanalikül kesisi onarımında kullanılan Monoka stentlerin retansiyon süresi ile (6 ve 12 hafta) anatomik başarı arasındaki ilişkiyi retrospektif olarak değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: Çalışmaya, ilk 24-48 saat içerisinde cerrahi onarım (Monoka stent ile monokanaliküler entübasyon) uygulanan 16 hasta (14 erkek, 2 kadın; ortalama yaş 34) dahil edildi. Çok parçalı kesisi olan ve punktum tutulumu izlenen vakalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar, stentlerin çekilme zamanına göre iki gruba ayrıldı: Grup 1 (6. hafta, n=7) ve Grup 2 (12. hafta, n=9). Tüm cerrahi prosedürler aynı cerrah tarafından mikroskop altında standart teknikle uygulandı. Birincil sonlanım noktası, cerrahi sonrası 6. aydaki lakrimal lavaj açıklığı (anatomik başarı) olarak belirlendi. Gruplar arası karşılaştırmada Fisher's Exact Test kullanıldı.

Bulgular: Her iki grup demografik veriler ve müdahale süresi açısından benzerdi ($p>0,05$). Altıncı ay kontrollerinde anatomik başarı oranı Grup 1'de %85,7 (6/7), Grup 2'de %100 (9/9) olarak saptandı. İstatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,4375$). Grup 1'de başarısızlık izlenen tek vakada kanaliküler stenoz geliştiği görüldü.

Sonuç: Mevcut çalışmada örneklem büyüklüğü kısıtlılığı nedeniyle istatistiksel anlamlılık saptanmasa da, 12 haftalık stent retansiyonu uygulanan tüm vakalarda tam başarı sağlanmıştır. Kanalikül onarımında 12 haftalık sürenin, skar matürasyonu ve uzun dönem kanal açıklığı açısından daha güvenilir bir klinik yaklaşım sunduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanalikül kesisi, Monoka stent, lakrimal cerrahi, retansiyon süresi.

¹ Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

OP-50

KOUNİS SENDROMU: BESİN ALLERJİSİ ZEMİNİNDE GELİŞEN AKUT KORENER SENDROM OLGUSU

*Mehmet Berk Eyinç¹, Beril Akkuş¹, Dilek Atik², Erdi Akça³,
Ceren Kabasakal Akça³, Enes Selim Torun¹*

Özet

Kounis sendromu, alerjik veya anafilaktik reaksiyonlarla eş zamanlı gelişen akut koroner sendrom olarak tanımlanmakta olup, klinik pratikte yeterince tanınmaması nedeniyle olduğundan daha nadir bildirilmektedir. Bu çalışmada, besin alımına bağlı gelişen Kounis sendromu olgusu sunulmuştur. Elli bir yaşında erkek hasta, daha önce tüketmediği bir besin sonrası gelişen nefes darlığı, dudaklarda şişlik ve yaygın kaşıntı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede ürtikeryal döküntü, uvula ve dudak ödemi ile bronkospazm bulguları saptandı ve hasta anafilaksi olarak değerlendirilerek intramüsküler adrenalin, antihistaminik, kortikosteroid ve bronkodilatör tedavi uygulandı. Klinik bulguların gerilemesini takiben yapılan izlemde troponin düzeylerinde belirgin artış saptanması üzerine Kounis sendromu ön tanısı düşünüldü. Koroner anjiyografide kritik darlık izlenmezken sol ön inen arter orta segmentte plak varlığı tespit edildi. Hasta medikal tedavi ile izlenerek komplikasyonsuz şekilde taburcu edildi. Kounis sendromu, mast hücre aktivasyonu ve inflamatuvar medyatör salınımına bağlı olarak gelişen koroner vazospazm ve/veya plak instabilitesi ile karakterizedir. Alerjik reaksiyon bulgularına eşlik eden kardiyak enzim yüksekliği veya iskemik değişiklik varlığında bu sendrom akılda tutulmalıdır. Bu olgu, tip 1 Kounis sendromu ile uyumlu olup, erken tanı ve uygun yönetim açısından klinisyen farkındalığının önemini vurgulamaktadır.

¹ Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp A.B.D , Karaman

² Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp A.B.D , Karaman

³ Çivril Şehit Hilmi Öz Devlet Hastanesi, Denizli

OP-58

Acil Servis Başvurusuyla Yatırılan Pulmoner Emboli Hastalarında Yoğun Bakımda Hematolojik Belirteçlerin Prognostik Rolü

Mesut Bala¹, Tuğba Yıldırım¹, Fatih Tanrıverdi¹, Atakan Savrun¹

Giriş – Amaç:

Pulmoner emboli (PE), ani kardiyopulmoner bozulmaya neden olabilen ve zamanında tanı ile tedavi edilmediğinde yüksek mortalite ile seyreden ciddi bir klinik tablodur. Yoğun bakım ünitesine (YBÜ) kabul edilen PE olgularında prognozu öngörmeye yönelik parametrelerin belirlenmesi, tedavi yönetimini doğrudan etkileyebilir. Son yıllarda tam kan sayımından elde edilen inflamatuvar belirteçlerin mortalite ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (1–3). Bu çalışmanın amacı, acil servis başvurusu ile PE tanısıyla YBÜ'ye yatırılan hastalarda çeşitli laboratuvar göstergeler ile klinik sonuçlar (mortalite, entübasyon, trombolitik tedavi ihtiyacı vb.) arasındaki olası ilişkileri araştırmaktır.

Gereç – Yöntem:

Bu retrospektif kesitsel çalışmada, 31 Aralık 2024 ile 10 Ocak 2026 tarihleri arasında bir üçüncü basamak hastanenin YBÜ'sünde PE tanısı ile izlenen 17 hasta değerlendirilmiştir. Demografik veriler, BT anjiyografi, ekokardiyografi ve alt ekstremitte venöz Doppler sonuçları ile birlikte; laktat, troponin, NLR (nötrofil/lenfosit oranı), PLR (trombosit/lenfosit oranı), RDW (eritrosit dağılım genişliği) ve MPV (ortalama trombosit hacmi) gibi laboratuvar parametreleri analiz edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda Mann–Whitney U testi kullanılmış; $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular:

Hastaların yaş ortalaması 66.8 ± 14.9 yıl olup, kadın oranı %52.9 (n=9) idi. BT anjiyografide olguların %64.7'sinde emboli yaygınlığı gözlenmiş, EKO yapılan 11 hastanın %63.6'sında sağ kalp genişlemesi saptanmıştır. Doppler USG değerlendirmesi mevcut olan 10 hastanın %40'ında DVT tespit edilmiştir. Mortalite oranı %23.5 (n=4), entübasyon oranı %17.6 (n=3) olarak belirlenmiştir.

Mortalite gelişen hastalarda NLR (medyan: 6.38 vs. 1.99; $p = 0.015$) ve PLR (medyan: 158.1 vs. 86.1; $p = 0.023$) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Entübasyon gereksinimi gelişen hastalarda NLR anlamlı yüksek bulunmuş ($p = 0.0059$), PLR ise anlamlılık sınırında yer almıştır ($p = 0.079$). MPV, sağ kalp genişlemesi olan hastalarda daha yüksek izlenmiş (medyan: 11.8 vs. 10.2; $p = 0.056$), istatistiksel anlamlılık sınırında bulunmuştur. Trombolitik tedavi, cinsiyet ve yaş grupları ile diğer parametreler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Sonuç:

PE tanısıyla YBÜ'ye kabul edilen hastalarda inflamatuvar belirteçler olan NLR ve PLR'nin, özellikle mortalite ve entübasyon gibi ciddi klinik sonuçlar açısından anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. MPV'nin sağ ventrikül dilatasyonu ile ilişkili olabileceği gözlemlenmiştir. Bu parametrelerin YBÜ'de izlenen PE hastalarında prognostik değerlendirmede yardımcı olabileceğini düşündürmektedir. Ancak daha geniş örneklemler ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

¹ Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

KAYNAKLAR

- 1.Horne BD, et al. "Complete blood count risk score and its components predict mortality in patients with pulmonary embolism." *Thrombosis Research* (2005); 116(1): 23–28.
- 2.Tokgoz S, et al. "Neutrophil lymphocyte ratio as a predictor of mortality in pulmonary embolism." *Heart Lung Circ.* (2014); 23(6): 556–560.
- 3.Kostrubiec M, et al. "Mean platelet volume predicts early death in acute pulmonary embolism." *Heart* (2010); 96(6): 460–465.

OP-52

Beklenmeyen İkinci Perde: Kolesistektomi Sonrası İntraabdominal Abse

*Semiha Olur, Habib Ali Yalama, Ramazan Ünal, Dilek Atik,
M. Furkan Hatipoğlu, M. Can Yıldız Gizem Köken, Gökhan Kırlar*

GİRİŞ

Akut kolesistit, dünya genelinde en sık karşılaşılan akut karın tablolarından biridir. Erişkinlerde safra taşı prevalansının yaklaşık %10–15 arasında olduğu bildirilmektedir (1). Safra taşlarının yaklaşık %80'i asemptomatik seyretmekteyken (2,3), bu bireylerin %1–2'sinde her yıl semptom gelişmektedir (2,4). Semptomatik safra taşı olan hastaların ise yaklaşık %10'unda akut kolesistit ortaya çıkmaktadır (5). Akut kolesistitin standart cerrahi tedavisi laparoskopik kolesistektomidir (6). Günümüzde bu yöntem, açık kolesistektominin yerini büyük ölçüde almış olup; benzer etkinlik sağlamanın yanı sıra daha düşük morbidite ve daha düşük maliyet ile ilişkilendirilmektedir (7,8).

Semptomatik kolelitiazis tedavisinde laparoskopik kolesistektominin yaygınlaşmasıyla, bu girişime bağlı komplikasyonlar daha iyi tanımlanmıştır. Laparoskopik kolesistektomi sonrası komplikasyon sıklığının %0,5–6 arasında değiştiği bildirilmektedir. Her ne kadar toplam komplikasyon oranı düşük olsa da, safra yolu yaralanması, kanama, safra kaçağı ve intraabdominal apse gibi klinik açıdan önemli komplikasyonlarla karşılaşılabilir (9,10). Bu komplikasyonlar içinde en sık karşılaşılan tablo ise, %10–30 oranında bildirilen safra kesesi perforasyonu ve buna eşlik eden safra taşı dökülmesidir (11). Literatürde, dökülen safra taşlarına bağlı komplikasyonlar arasında en sık bildirilen komplikasyonun intraabdominal apse olduğu belirtilmektedir (12). Intraabdominal apse, erken tanı konulmadığında sepsis ve çoklu organ yetmezliğine ilerleyebilen potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir komplikasyondur.

Bu olguda, akut kolesistit nedeniyle laparoskopik kolesistektomi uygulanan, ve postoperatif 10. günde safra kesesi lojunda apse formasyonu saptanan 82 yaşında bir erkek hastaya ait olguyu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

Başvuru Bilgileri: Seksen iki yaşında erkek hasta, opere olduğu bölgede ağrı şikâyeti ile acil servise başvurdu. Hastanın anamnezinden, on gün önce karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurduğu, yapılan değerlendirmeler sonucunda safra kesesinde taşla ilişkili enfeksiyon saptandığı ve bu nedenle opere edildiği öğrenildi. Postoperatif dönemde antibiyotik tedavisi düzenlenerek taburcu edilen hastanın, ameliyat sonrası ilk yedi gün boyunca belirgin bir yakınmasının olmadığı; ancak son üç gündür yara yerinde ağrı geliştiği ve bu ağrının acil servise başvurusundan birkaç saat önce belirgin olarak şiddetlendiği belirtildi. Hasta ayrıca yara yerinden akıntı olduğunu ifade etti.

Fizik Muayene: Fizik muayenede hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, oryante ve koopere olarak değerlendirildi. Vital bulguları normal sınırlardaydı. Abdominal muayenede sağ üst kadranda hassasiyet mevcut olup Murphy bulgusu ve defans pozitif, rebound ise negatif saptandı. Operasyon sahasında enfeksiyonu düşündürülen belirgin bir görünüm izlenmemekle birlikte, yara yerinde pürülan özellik göstermeyen akıntı mevcuttu.

Laboratuvar Bulguları: Başvuru anında elde edilen laboratuvar bulguları, belirgin inflamasyon ile birlikte kolestatik enzim yüksekliği ve eşlik eden hematolojik/biyokimyasal anormallikleri ortaya koymaktaydı.

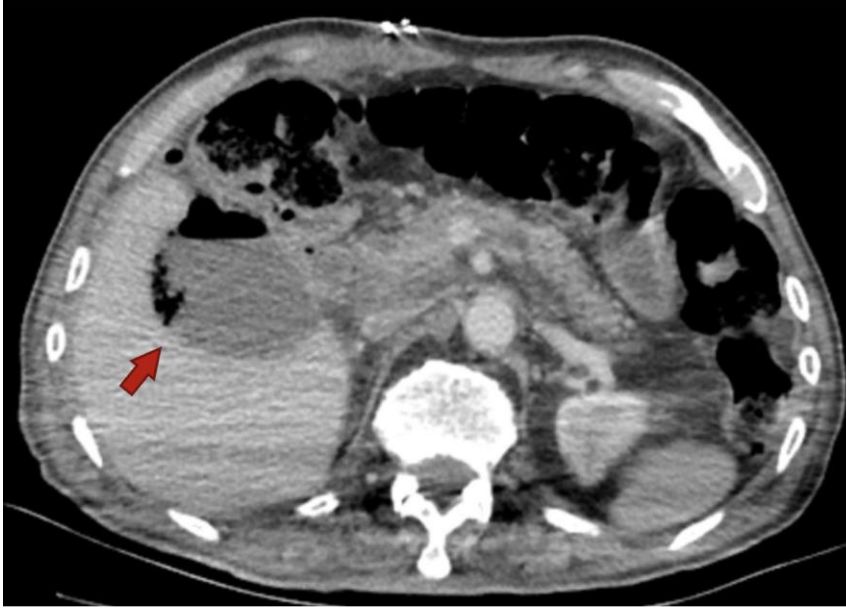
Tablo 1: Postoperatif 10. Gün Laboratuvar Bulguları:

Parametre	Değer	Referans aralığı	Yorum
WBC	16,37 K/ μ L	4,01-9,75 K/ μ L	↑
Hemoglobin	11,2 g/dL	13,4-17,6 g/dL	↓
CRP	174,1 mg/L	0-5 mg/L	↑↑↑ (34,8 kat)
ALP	348 U/L	30-120 U/L	↑↑ (2,9 kat)
GGT	211,3 U/L	0-55 U/L	↑↑ (3,8 kat)
Albümin	30,8 g/L	35-52 g/L	↓
Üre	48,9 mg/dL	17-43 mg/dL	↑
eGFR	54,33 mL/dk	60-200 mL/dk	↓
Sodyum	131 mmol/L	136-146 mmol/L	↓
Klor	95,4 mmol/L	101-109 mmol/L	↓
Glukoz	127 mg/dL	74-106 mg/dL	↑

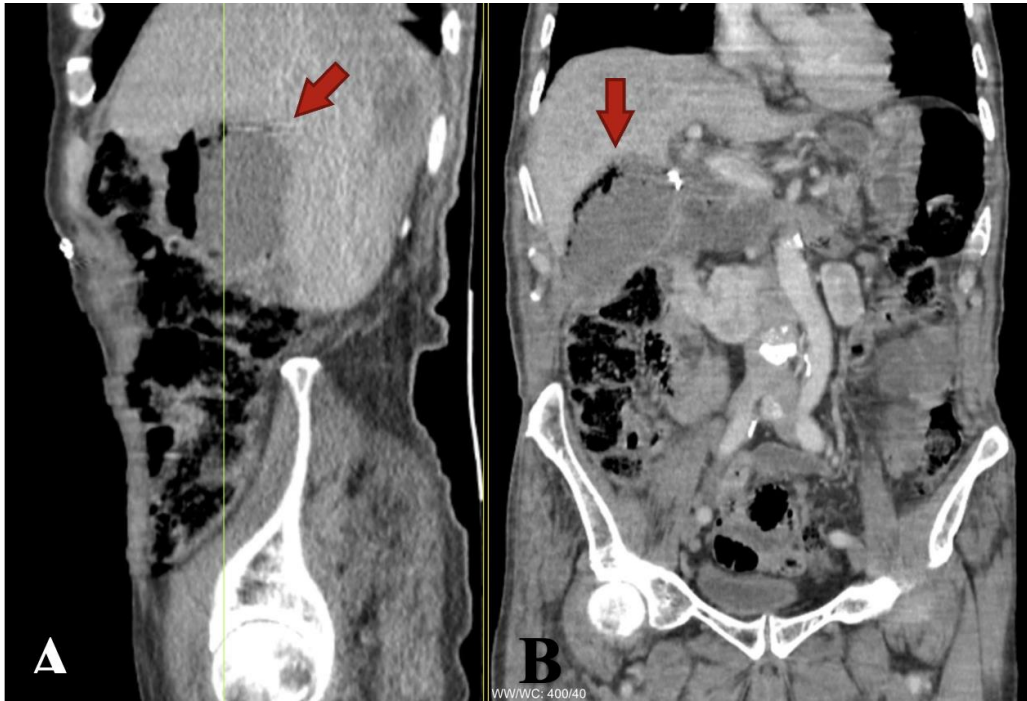
Radyolojik Bulgular:

Hastaya yapılan hepatobiliyer ultrasonografi (USG) görüntülemesinin değerlendirilmesinde aşağıdaki bulgular rapor edildi: Safra kesesi izlenmedi (Opere). Safra kesesi lojunda yaklaşık 44x50 mm ulaşan yoğun içerikli koleksiyon izlenmiştir.

Hastaya çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinin değerlendirilmesinde aşağıdaki bulgular rapor edildi: Karaciğer normal konum ve boyuttur. Karaciğer parankim dansitesi tabiidir. Safra kesesi izlenmedi (opere). Safra kesesi lojunda yaklaşık 50x45mm boyutlarında sıvı koleksiyonu ve bu düzeyde hava dansiteleri izlendi. Hastanın klinik ve lab. öyküsü ile birlikte değerlendirme önerilir. İntra ve ekstrahepatik safra yollarına ait belirgin bir patoloji saptanmadı.



Şekil 1: Kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografi incelemesinde aksiyal kesitler. Safra kesesi lojunda yaklaşık 50×45 mm boyutlarında sıvı koleksiyonu ve bu düzeyde hava dansiteleri izlenmektedir (kırmızı oklar).



Şekil 2: Kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografi incelemesinde koronal ve sagittal kesitler. Safra kesesi lojunda yaklaşık 50×45 mm boyutlarında sıvı koleksiyonu ve hava dansiteleri izlenmektedir (kırmızı oklar). **A)** Sagittal kesit; **B)**Koronal kesit.

İlk Müdahale ve Klinik Seyir: Acil serviste ilk müdahale kapsamında yara yeri pansumanı yeniden yapıldı; ağrı kontrolü için analjezik tedavi başlandı ve enfeksiyöz komplikasyon ön tanısıyla ampirik intravenöz antibiyoterapi uygulandı. Klinik bulgular doğrultusunda Genel Cerrahi kliniğine konsülte edilen hasta, ileri değerlendirme ve tedavi amacıyla Genel Cerrahi servisine yatırıldı. Hastaya,

Girişimsel Radyoloji tarafından ultrasonografi eşliğinde perkütan drenaj işlemi uygulandı. Semptomlarında gerileme gözlenen ve laboratuvar incelemelerinde enfeksiyon parametrelerinde düşüş saptanan hasta, klinik düzelme üzerine taburcu edildi.

TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektomi (LK), semptomatik kolelitiazis ve akut kolesistitin standart cerrahi tedavisi olarak kabul edilmekte olup, dünya genelinde en sık uygulanan abdominal operasyonlar arasında yer almaktadır (6,7). Her ne kadar LK, açık kolesistektomiye kıyasla daha kısa hastane yatış süresi, azalmış postoperatif ağrı ve düşük komplikasyon oranlarıyla ilişkilendiriliyor olsa da (8), safra kesesi perforasyonu ve buna bağlı intraabdominal apse gelişimi gibi ciddi komplikasyonlarla karşılaşılabilir (9,10). Bu olgu sunumunda, LK sonrası 10. günde safra kesesi lojunda apse formasyonu gelişen 82 yaşındaki erkek hasta, literatür eşliğinde tartışılmaktadır.

Safra kesesi perforasyonu, laparoskopik kolesistektomi sırasında oldukça sık karşılaşılan bir durumdur ve farklı serilerde yaklaşık %10–40 oranında bildirilmektedir. Bu oran açık kolesistektomiye kıyasla daha yüksektir. Buna karşılık safra taşı dökülmesi daha düşük sıklıkta görülür (11, 20).

Kolesistektomi sırasında safra taşlarının istemeden periton boşluğuna dökülmesi, açık kolesistektomiye kıyasla laparoskopik kolesistektomide daha sık karşılaşılan bir durumdur. Laparoskopik girişim esnasında safra kesesi; grasping aletinin penetran kavrayışı nedeniyle yırtılabilir, ekspozuru artırmak amacıyla yapılan traksiyon sırasında duvarında kesilme oluşabilir ya da karaciğer yatağından diseksiyonu sırasında fark edilmeksizin açılabilir. Ayrıca, serbestleştirilmiş ve gergin safra kesesinin dar bir umbilikal port açıklığından dışarı alınmaya çalışılması sırasında da taş dökülmesi meydana gelebilir. Açık kolesistektomide karın içine saçılan taşlar genellikle laparotomi pedi ile silinerek veya geniş lümenli irrigasyon ve aspirasyon yöntemleriyle kolayca uzaklaştırılabilirken, bu manevraların laparoskopik cerrahide aynı ölçüde uygulanabilmesi mümkün değildir. Bu nedenle bazı laparoskopik olgularda intraperitoneal alana dökülen taşlar ameliyat sonunda tamamen çıkarılamayabilir (21).

Bu durum, sadece intraoperatif yönetimi değil, postoperatif izlem ve olası komplikasyonların erken fark edilmesini de direkt olarak etkilemektedir. Safra kesesi perforasyonu ve taş dökülmesi geliştiğinde, bu durumun intraoperatif ve postoperatif kayıtlarda açıkça belirtilmesi, hastanın bilgilendirilmesi ve birinci basamak hekimlerine aktarılması; geç dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonların erken tanınması açısından önem taşımaktadır (13). Nitekim literatürde, safra taşı dökülmesi gelişen olgularda cerrahların yalnızca yarısının hastaları, %30'dan daha azının ise pratisyen hekimleri bilgilendirdiği bildirilmektedir (19). Bu nedenle, postoperatif dönemde atipik klinik bulgularla başvuran hastalarda laparoskopik kolesistektomi öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır.

Perforasyon sırasında periton boşluğuna dökülen safra taşlarının büyük çoğunluğu klinik olarak sessiz seyretmekte; ancak bazı olgularda intraabdominal apse, karın duvarı apsesi, retroperitoneal apse ve hatta torasik komplikasyonlar gibi gecikmiş komplikasyonlar gelişebilmektedir (12,13). Taş dökülmesi sonrası ciddi komplikasyon gelişiminde; ileri yaş, erkek cinsiyet, akut kolesistit varlığı, dökülen taşların pigment yapıda olması, taş sayısının fazla olması (>15), taş çapının büyük olması (>1,5 cm) ve kayıp taşların perihepatik yerleşim göstermesi başlıca risk faktörleri olarak bildirilmektedir (14). Danhel ve ark. tarafından yapılan kapsamlı bir literatür derlemesinde, dökülen taşlara bağlı komplikasyonların %41,1'inin intraabdominal apse, %10,7'sinin karın duvarı apsesi ve %7,8'inin retroperitoneal apse şeklinde ortaya çıktığı bildirilmiştir (13).

Postoperatif intraabdominal apse gelişimi için tanımlanan risk faktörleri arasında ileri yaş, diyabet, immünsupresyon, akut/enfekte kolesistit varlığı ve intraoperatif komplikasyonlar yer almaktadır (8,13,14). Olgumuz 82 yaşında olup akut kolesistit nedeniyle opere edilmiştir. Postoperatif 10. günde

safra kesesi lojunda 50×45 mm boyutlarında, hava dansiteleri içeren sıvı koleksiyonu ile uyumlu apse formasyonu saptanmıştır. İntraoperatif kayıtlarda perforasyon öyküsü yer almamakla birlikte, kolesistektomi sonrası gelişen kanama nedeniyle hastaya yeniden müdahale edilmiştir. İleri yaş, akut kolesistit varlığı ve postoperatif komplikasyonla seyreden cerrahi süreç birlikte değerlendirildiğinde, bu bulgular apse gelişimi açısından artmış risk varlığını destekler niteliktedir.

Klinik prezentasyon açısından değerlendirildiğinde, LK sonrası intraabdominal apse; ameliyatın hemen ardından erken dönemde gelişebildiği gibi, aylarca hatta yıllarca sonra da ortaya çıkabilmektedir (15,16). Semptomlar genellikle karın ağrısı, ateş, lezyon bölgesinde hassasiyet, lekositoz ve yüksek CRP ile kendini gösterir (12,13). Bizim olgumuzda semptomlar postoperatif 7. günden itibaren başlamış olup, 10. günde hastane başvurusu ile sonuçlanmıştır. Başvuru anındaki laboratuvar bulguları bu klinik tabloyla uyumlu biçimde belirgin inflamasyonu ve kolestatik enzim yüksekliğini ortaya koymuştur.

Tanısal görüntüleme açısından ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT), LK sonrası gelişen intraabdominal apsenin değerlendirilmesinde temel görüntüleme yöntemleridir. USG; non-invazif, hızlı uygulanabilir ve radyasyon içermeyen bir yöntem olarak ilk sırada tercih edilmektedir (17). Olgumuzda hepatobiliyer ultrasonografide safra kesesi lojunda 44×50 mm boyutlarına ulaşan, yoğun içerikli koleksiyon saptanmıştır. Bilgisayarlı tomografi ise yüksek uzamsal çözünürlüğü ve anatomik yapıları ayrıntılı biçimde ortaya koyabilmesi nedeniyle birinci basamak görüntüleme yöntemi olarak kabul edilmektedir (18,22). Bu olguda yapılan BT incelemesinde safra kesesi lojunda 50×45 mm boyutlarında sıvı koleksiyonu ile buna eşlik eden hava dansiteleri izlenmiş olup, söz konusu bulgular klinik tablo ile birlikte apse lehine güçlü destek sağlamıştır.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası gelişen intraabdominal apsenin yönetimi; hastanın klinik durumu, apsenin boyutu ve yerleşimi ile altta yatan nedene göre şekillenmektedir. Literatürde, dökülen safra taşlarına bağlı apselerin tedavisinde açık cerrahinin %66,6, laparoskopik revizyonun %17,6 ve perkütan drenajın %12,7 oranında uygulandığı bildirilmektedir (13). Sunulan olguda, 82 yaşındaki hastaya acil serviste parenteral antibiyotik tedavisi başlanmış ve ardından Genel Cerrahi kliniğine yatışı yapılmıştır. Takiben, Girişimsel Radyoloji tarafından ultrasonografi kılavuzluğunda perkütan drenaj uygulanmıştır. Klinik izlemde semptomlarında gerileme ve enfeksiyon parametrelerinde belirgin düşüş saptanması üzerine hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

SONUÇ

Laparoskopik kolesistektomi sonrası gelişen intraabdominal apse, özellikle ileri yaş ve eşlik eden risk faktörleri bulunan hastalarda ciddi morbiditeye yol açabilen önemli bir komplikasyondur. Sunulan olgu, bu risk faktörlerinin klinik önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, intraoperatif ve postoperatif kayıtların yetersiz tutulması tanısal süreci zorlaştırabilmektedir. Bu nedenle, atipik klinik bulgularla başvuran hastalarda laparoskopik kolesistektomi öyküsünün ayrıntılı olarak sorgulanması ve bu komplikasyonun ayırıcı tanıda akılda tutulması kritik önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

1. Portincasa P, Moschetta A, Palasciano G. Cholesterol gallstone disease. *Lancet*. 2006;368(9531):230–239. doi:10.1016/S0140-6736(06)69044-2. PMID: 16844493.
2. Friedman GD. Natural history of asymptomatic and symptomatic gallstones. *Am J Surg*. 1993;165(4):399–404. doi:10.1016/S0002-9610(05)80930-4. PMID: 8480871.
3. Gibney EJ. Asymptomatic gallstones. *Br J Surg*. 1990;77(4):368–372. doi:10.1002/bjs.1800770405. PMID: 2187558.
4. Friedman GD, Raviola CA, Fireman B. Prognosis of gallstones with mild or no symptoms: 25 years of follow-up in a health maintenance organization. *J Clin Epidemiol*. 1989;42(2):127–136. doi:10.1016/0895-4356(89)90086-3. PMID: 2918322.
5. Ko CW, Lee SP. Gastrointestinal disorders of the critically ill. Biliary sludge and cholecystitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2003;17(3):383–396. doi:10.1016/S1521-6918(03)00026-X. PMID: 12763503.
6. Mou D, Tesfasilassie T, Hirji S, Ashley SW. Advances in the management of acute cholecystitis. *Ann Gastroenterol Surg*. 2019;3(3):247–253. doi:10.1002/ags3.12240. PMID: 31131353.
7. Wiesen SM, Unger SW, Barkin JS, Edelman DS, Scott JS, Unger HM. Laparoscopic cholecystectomy: the procedure of choice for acute cholecystitis. *Am J Gastroenterol*. 1993;88:334–7.
8. Zacks SL, Sandler RS, Rutledge R, Brown RS Jr. A population-based cohort study comparing laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy. *Am J Gastroenterol*. 2002;97(2):334–340. doi:10.1111/j.1572-0241.2002.05466.x. PMID: 11866270.
9. McKinley SK, Brunt LM, Schwaitzberg SD. Prevention of bile duct injury: the case for incorporating educational theories of expertise. *Surg Endosc*. 2014;28(12):3385–3391. doi:10.1007/s00464-014-3605-8. PMID: 24939158.
10. Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg*. 1995;180(1):101–125. PMID: 8000648.
11. Duca S, Bălă O, Al-Hajjar N, Iancu C, Puia IC, Munteanu D, Graur F. Laparoscopic cholecystectomy: incidents and complications. A retrospective analysis of 9542 consecutive laparoscopic operations. *HPB (Oxford)*. 2003;5(3):152–158. doi:10.1080/13651820310015293. PMID: 18332976.
12. Brockmann JG, Kocher T, Senninger NJ, Schürmann GM. Complications due to gallstones lost during laparoscopic cholecystectomy: an analysis of incidence, clinical course, and management. *Surg Endosc*. 2002;16:1226-1232. doi:10.1007/s00464-001-9173-8. PMID: 11984670.
13. Danhel L, Fritz A, Havranek L, et al. Lost gallstones during laparoscopic cholecystectomy as a common but underestimated complication—case report and review of the literature. *Front Surg*. 2024;11:1375502. doi:10.3389/fsurg.2024.1375502. PMID: 38655209.
14. Ridwelski K, Rudolph S, Meyer F, Lippert H. Abscess formation following spilled gallstones during laparoscopic cholecystectomy. *JLS*. 2001;5(1):1-6.
15. Patterson EJ, Nagy AG. Don't cry over spilled stones? Complications of gallstones spilled during laparoscopic cholecystectomy: case report and literature review. *Can J Surg*. 1997;40(4):300-304. PMID: 9267300.
16. Läufer JM, Krähenbühl L, Baer HU, Mettler M, Büchler MW. Clinical manifestations of lost gallstones after laparoscopic cholecystectomy: a case report with review of the literature. *Surg Laparosc Endosc*. 1997;7(2):103–112. PMID: 9109237.
17. Sureka B, Mukund A. Review of imaging in post-laparoscopy cholecystectomy complications. *Indian J Radiol Imaging*. 2017;27(4):470-481. doi:10.4103/ijri.IJRI_489_16. PMID: 29379244.

18. Afrasyabi R, Shahrahmani F, Darzi AA, et al. Clinical presentation and surgical management of intra-abdominal abscesses: a retrospective study. *Discov Med*. 2025;2:7. doi: 10.1007/s44337-024-00140-5
19. Mullerat J, Cooper K, Box B, Soin B. The case for standardisation of the management of gallstones spilled and not retrieved at laparoscopic cholecystectomy. *Ann R Coll Surg Engl*. 2008 May;90(4):310-2. doi:10.1308/003588408X285883. PMID: 18492395.
20. Sathesh-Kumar T, Saklani AP, Vinayagam R, Blackett RL. Spilled gall stones during laparoscopic cholecystectomy: a review of the literature. *Postgrad Med J*. 2004;80(940):77-79. doi:10.1136/pmj.2003.006023. PMID: 14970293.
21. Shocket E. Abdominal abscess from gallstones spilled at laparoscopic cholecystectomy: case report and review of the literature. *Surg Endosc*. 1995;9(3):344-347. doi:10.1007/BF00187783. PMID: 7597612.
22. Patel N, Jensen KK, Shaaban AM, Korngold E, Foster BR. Multimodality imaging of cholecystectomy complications. *Radiographics*. 2022;42(5):1303–1319. doi:10.1148/rg.210106. PMID: 35904983.

OP-53

Geç Başvuruda Splenik R pt r n e-FAST ile Tanısı ve Konservatif Yönetimi: Bir Olgu Sunumu

Onur Kocaman¹, Elif Nur Cambaz¹

ÖZET

Amaç: Splenik rüptür genellikle travma sonrası erken dönemde tanı alırken, geç başvurularda klinik bulgular hafif ve yanıltıcı olabilir. Hemodinamik olarak stabil ve belirgin peritoneal irritasyon bulgusu olmayan hastalarda ciddi intraabdominal yaralanmalar gözden kaçabilir. Bu olgu sunumunda, geç başvuran bir hastada e-FAST'in tanısal katkısı ve konservatif yönetim süreci sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Travma öyküsünden günler sonra sol üst kadranda ağrısı ve sol omuza yansıyan ağrı şikâyetiyle başvuran hastanın vital bulguları stabildi. Fizik muayenede yalnızca sol üst kadranda hafif hassasiyet saptandı. Yatak başı uygulanan e-FAST incelemesinde splenorenal aralıkta anekoik-hipoekoik serbest sıvı izlendi ve inceleme pozitif olarak değerlendirildi. Bunun  zerine yapılan kontrastlı batin bilgisayarlı tomografisinde splenik rüptür ile uyumlu parankimal hipodens alanlar ve intraabdominal serbest sıvı saptandı. Aktif kontrast ekstrevasasyonu izlenmedi. Seri hemoglobin ölçümlerinde anlamlı düşüş gözlenmedi ve hasta yakın klinik ile laboratuvar izlemi altında non-operatif olarak takip edildi.

Sonuç: Geç başvuran ve hemodinamik olarak stabil seyreden hastalarda dahi yaşamı tehdit edebilecek intraabdominal yaralanmalar mevcut olabilir. Klinik bulguların silik olduğu bu tür olgularda e-FAST, tanısal süreci yönlendiren kritik bir araçtır ve ileri görüntüleme gereksinimini ortaya koyabilir. Aktif kanama bulgusu olmayan stabil hastalarda konservatif yaklaşım güvenli bir tedavi seçeneği olmakla birlikte, erken tanı için yatak başı ultrasonografinin rolü göz ardı edilmemelidir.

¹ Kocaeli Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kocaeli, Türkiye

OP-54

Olgu Sunumu. Splenik Arter Anevrizması

Boran Polat, Dilek Atik, Aslıhan Onuralp, Habib Ali Yalama,

Burcu Sena Aydın, M. Melih Emirahmetoğlu

Giriş:

Splenik arter anevrizması, splenik arterin anormal dilatasyonu olarak tanımlanır ve genellikle 1 cm'den büyük bir çap veya normal damar çapına göre %50'den fazla artış olarak ifade edilir. Genel popülasyonda nadir görülmesine rağmen, tüm visseral arter anevrizmalarının yaklaşık %40–70'ini oluşturarak en sık görülen visseral arter anevrizmasıdır. Kesitsel görüntüleme yöntemlerinin kullanımının artması, çoğu hastanın asemptomatik kalmasına rağmen, insidental olarak daha sık saptanmasına yol açmıştır. (1)

Splenik arter anevrizmaları gerçek anevrizmalar ve psödoanevrizmalar olarak sınıflandırılır. Gerçek anevrizmalar arter duvarının tüm katmanlarını içerirken, psödoanevrizmalar damar duvarının bütünlüğünün bozulması sonucu oluşur ve sıklıkla travma veya pankreatit gibi inflamatuvar durumlarla ilişkilidir. Nadir olmakla birlikte, olguların küçük bir kısmında rüptür gelişebilir ve bu durum yüksek mortalite ile ilişkilidir; bu nedenle erken tanı ve uygun yönetim önemlidir. (2)

Olgu Sunumu:

Hasta karın ağrısı ve bulantı şikâyeti ile acil servise başvurdu. Tıbbi öyküsünde hastanın özofagus kanseri tanısı olduğu ve neoadjuvan kemoradyoterapi aldığı öğrenildi. Hasta 28 seans radyoterapiyi tamamlamış olup son kemoterapi kürünü 1 ay önce almıştır.

Fizik muayenede batın yumuşak olup defans veya rebound hassasiyet saptanmadı.

Laboratuvar incelemelerinde WBC: $9.70 \times 10^3/\mu\text{L}$, amilaz: 600 U/L, lipaz: 517 U/L ve CRP: 30 mg/L olarak bulundu.

Kontrastlı üst abdomen BT çekildi. Karaciğer boyut ve lokalizasyon açısından normal olup parankim dansitesi doğaldı. Safra kesesi ve safra yolları özellik göstermiyordu. Pankreas boyut olarak normal ve homojen dansitede izlenmekteydi. Dalakta yaklaşık $15 \times 25 \times 15$ mm boyutlarında, subkapsüler yerleşimli, üçgen şeklinde hipodens bir alan saptandı ve bu bulgu splenik infarkt ile uyumlu olarak değerlendirildi. (Figure 2)

Ayrıca sol üst kadranda, mide, pankreas kuyruğu ve dalak arasında, çevre yağ planlarını silen, yaklaşık 7.5×6.5 cm boyutlarında heterojen hiperdens bir lezyon izlendi. Portal fazda lezyon içinde kontrast dolumu gözlenmesi hematoma ve splenik arter psödoanevrizması olasılığını düşündürdü. (Figure 1)



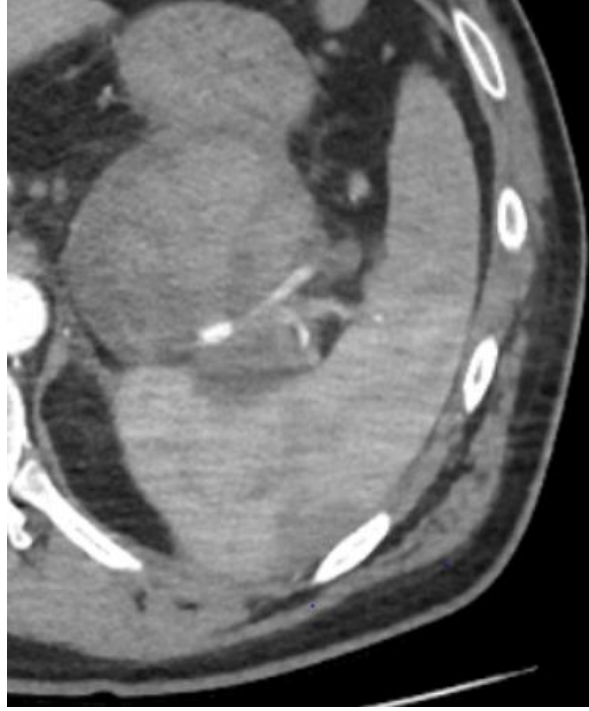
Figür 1

Acil serviste başlangıç tedavisi olarak intravenöz parasetamol, pantoprazol, ondansetron, sıvı tedavisi, hiyosin bütülbromür, metoklopramid ve tramadol infüzyonu uygulandı. Ancak hastanın semptomlarında düzelme olmadı. Yeniden değerlendirmede batın yumuşak olup defans veya rebound hassasiyet yoktu ve dört ekstremitede nabızlar palpabl idi.

Hasta ve yakınlarına olası tedavi seçenekleri, splenektomi ve girişimsel embolizasyon dahil olmak üzere, anlatıldı.

Hastanın immünsüprese durumu göz önünde bulundurularak **Post-Splenektomi enfeksiyon** riski açıklandı. Bu nedenle ilk basamak yaklaşım olarak endovasküler girişimsel tedavi önerildi. Girişimsel işlemin başarısız olması durumunda cerrahi tedavi alternatif seçenek olarak değerlendirildi.

Hasta acilen girişimsel radyolojiye yönlendirildi.



Figür 2

TARTIŞMA:

Splenic Artery Aneurysm (SAA) visseral arter anevrizmaları arasında en sık görülen form olup, genel popülasyonda nadir olmasına rağmen ciddi komplikasyon riski taşır. Splenic arter anevrizmaları genellikle asemptomatik olup rastlantısal olarak bulunur; buna rağmen spontane rüptürleri **yüksek mortaliteye** yol açabilir ve acil yaklaşım gerektirebilir (3)

Splenic arter psödoanevrizmaları nadir olmakla birlikte abdominal malignitesi olan hastalarda ortaya çıkabilen klinik açıdan önemli komplikasyonlardır. Tümör invazyonu, peritümöral inflamasyon ve tedaviye bağlı vasküler hasar, kanser hastalarında psödoanevrizma oluşumuna zemin hazırlayabilir. Literatürde bildirilen olgular, örneğin pankreas kuyruğu adenokarsinomunun splenic arteri invaze ettiği bir vakada olduğu gibi, preoperatif psödoanevrizmaların definitif cerrahi rezeksiyon öncesinde endovasküler koil embolizasyonu ile güvenli bir şekilde tedavi edilebildiğini ve bunun olumlu sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermektedir (4).

Splenic arter anevrizmasının yönetimi, anevrizmanın boyutu, semptom varlığı, rüptür riski ve hastanın genel klinik durumuna bağlıdır. Klinik rehberler ve sistematik derlemeler, 2–3 cm üzerindeki veya semptomatik anevrizmaların tedavi edilmesi gerektiğini önermektedir (5). Endovasküler tedaviler (coil embolizasyonu veya stent graft gibi) giderek daha fazla tercih edilmekle birlikte, özellikle distal yerleşimli veya büyük anevrizmalarda hâlen cerrahi tedavi önemli bir seçenek olmaya devam etmektedir (3)

Literatürde, endovasküler tedavilerin özellikle cerrahi riskin yüksek olduğu hastalarda etkili ve güvenli bir yöntem olarak uygulandığı bildirilmiştir. Örneğin, akut rüptür vakalarında

yapılan embolizasyon ile hemodinamik stabilizasyon sağlandığına dair raporlar mevcuttur (6) . Bir sistematik incelemede hem endovasküler hem de açık cerrahi tedavinin mortalite açısından benzer sonuçlar verdiği, ancak endovasküler yaklaşımın daha kısa hastane kalış süresi ve daha düşük kardiyovasküler komplikasyon oranı ile ilişkilendirilebileceği bildirilmiştir (7)

Ancak endovasküler tedavinin de kısa ve uzun dönem komplikasyonları vardır. Coil migrasyonu, post-embolizasyon sendromu veya anevrizmanın rekürrensine ilişkin bilgiler değişkenlik göstermektedir; bu nedenle uzun dönem takip önemlidir. . Bununla birlikte, özellikle immünsüprese hastalar gibi açık cerrahi sonrası enfeksiyon riski yüksek bireylerde, endovasküler yaklaşım ilk tercih olarak önerilmektedir. Bu vakada görüldüğü gibi, onkolojik tedavi almakta olan bir hasta ve bağışıklık sisteminin zayıf olması, splenektomi sonrası enfeksiyon riskini artırır. Bu nedenle, mümkün olduğuunda minimal invaziv yöntemlerin tercih edilmesi ve cerrahi tedavinin ancak endovasküler yaklaşımın başarısız olması durumunda düşünülmesi literatürde desteklenmektedir. (5)

References:

- (1) Kassem MM, Gonzalez L. Splenic Artery Aneurysm. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2025. PMID: 28613599.
- (2) Lim, Hse Juinn. "A review of management options for splenic artery aneurysms and pseudoaneurysms." *Annals of Medicine and Surgery* 59 (2020): 48-52.
- (3) Berceli SA. Hepatik ve splenik arter anevrizmaları. Türkiye Klinikleri Seminars in Vascular Surgery. 2005. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-hepatik-ve-splenik-arter-anevrizmalari-60810.html>
- (4) Furukawa, Kenei, et al. "Splenic artery pseudoaneurysm following chemotherapy in a patient with pancreatic cancer: a case report." *Clinical Journal of Gastroenterology* 13.5 (2020): 969-972.
- (5) Rinaldi V, Illuminati G, Caronna R, Prezioso G, Palumbo P, Saullo P, D'Andrea V, Nardi P. The Definition, Diagnosis, and Management of Giant Splenic Artery Aneurysms and Pseudoaneurysms: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*. 2024; 13(19):5793. <https://doi.org/10.3390/jcm13195793>
- (6) Carvalho, M., Mendes, J., Macedo-Oliveira, C. et al. Endovascular treatment of splenic artery aneurysm rupture: case report. *Bull Natl Res Cent* 48, 9 (2024). <https://doi.org/10.1186/s42269-024-01165-7>
- (7) Barrionuevo, Patricia, et al. "A systematic review and meta-analysis of the management of visceral artery aneurysms." *Journal of vascular surgery* 72.1 (2020): 40S-45S.

Yaz Aylarında Acil Servise Başvuran Pnömoni Hastalarında Kötü Klinik Sonlanımın Belirleyicileri

Ayşenur Gür¹

Giriş

Pnömoni, acil serviste özellikle ileri yaş ve ek hastalık yükü bulunan hastalarda ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilen önemli enfeksiyon tablolarından biridir^[1,2]. Her ne kadar daha çok kış aylarıyla ilişkilendirilse de yaz döneminde başvuran pnömoni olgularının klinik özellikleri ve kısa dönem sonuçları yeterince tanımlanmış değildir. Acil serviste ilk değerlendirme sırasında elde edilen klinik, laboratuvar ve radyolojik verilerin kötü seyri öngörmedeki yeri, erken risk sınıflaması açısından önem taşımaktadır^[3,4]. Bu çalışmada, yaz aylarında acil servise başvuran pnömoni hastalarının demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi ve başvuru anındaki bulguların kötü klinik sonlanım ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, 01 Haziran 2025 ile 31 Ağustos 2025 tarihleri arasında acil servise başvuran ve pnömoni tanısı alan erişkin hastaların dosyalarının geriye dönük olarak incelendiği, tek merkezli, retrospektif tanımlayıcı-analitik bir çalışma olarak planlandı. Kötü klinik sonlanım, yoğun bakım yatışı ve/veya hastane içi mortalite olarak tanımlandı. Hastaların yaş, cinsiyet, başvuru ayı, geliş şekli, eşlik eden komorbid hastalıkları, başvuru anındaki vital bulguları, laboratuvar parametreleri ve görüntüleme bulguları kaydedildi. Komorbid hastalık varlığı ve sayısı değerlendirilirken KOAH/astım, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, kronik böbrek hastalığı ve malignite sorgulandı. Solunum desteği gereksinimi, non-invaziv ve/veya invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı olarak kabul edildi. Hastalar kötü klinik sonlanım varlığına göre iki grupta karşılaştırıldı. Sürekli değişkenlerin dağılım özelliklerine göre bağımsız örneklem t testi veya Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Fisher exact testi kullanıldı. Çok değişkenli lojistik regresyon analizine, klinik olarak hastalık ciddiyetini yansıtan, tek değişkenli analizde dikkat çeken ve birbiriyle aşırı örtüşmeyen değişkenler olan yaş, en az bir komorbid hastalık varlığı, başvuru SpO₂ düzeyi ve multilober/bilateral tutulum dâhil edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya toplam 30 hasta dâhil edildi. Hastaların 18'inde (%60) kötü klinik sonlanım, 12'sinde (%40) ise kötü klinik sonlanım izlenmedi. Kötü sonlanım gelişen hastalarda ambulans/sevk ile başvuru daha sık bulundu (%50'ye karşı %8.3; p=0.024). Bu grupta başvuru anındaki vücut ısısı daha yüksek [38 (37.875–38.5)'ye karşı 37 (37–37.5) °C; p=0.006], sistolik ve diyastolik kan basıncı daha düşük [sırasıyla 90.56±9.98'e karşı 118.75±12.81 mmHg, p<0.001; 60 (50–60)'a karşı 70 (62.5–77.5) mmHg, p<0.001], nabız daha yüksek [117.11±17.58'e karşı 100±15.68/dk; p=0.011] ve satürasyon(SpO₂) düzeyi daha düşüktü [79.56±6.91'e karşı 92.58±4.01; p<0.001]. Multilober/bilateral tutulum kötü sonlanım grubunda daha sık saptandı (%66.7'ye karşı %16.7; p=0.011). Prokalsitonin düzeyi de kötü sonlanım gelişen hastalarda daha yüksekti (p=0.012). Solunum desteği gereksinimi bu grupta belirgin olarak daha fazlaydı (%100'e karşı %33.3; p<0.001). Yaş, cinsiyet, komorbid hastalık varlığı,

¹ Uzm. Dr., Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi, 0000-0002-9521-1120

komorbidite sayısı, beyaz küre(BK) ve CRP(C-reaktif protein) düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Bakınız Tablo 1).

Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde ise yalnızca başvuru anındaki SpO₂ düzeyi kötü klinik sonlanımın bağımsız belirleyicisi olarak bulundu (OR: 0.684; %95 GA: 0.485–0.964; p=0.030) (Bakınız Tablo 2).

Tablo 1. Kötü klinik sonlanımı olan ve olmayan hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken	Tüm hastalar (n=30)	Kötü sonlanım yok (n=12)	Kötü sonlanım var (n=18)	p
Yaş, yıl, medyan (ÇAA)	76 (72-82)	76 (64.5-79.75)	76.5 (72-85.25)	0.471
Erkek cinsiyet, n (%)	18 (60)	8(66.7)	10 (55.6)	0.709**
Kadın cinsiyet, n (%)	12(40)	4 (33.3)	8 (44.4)	
Ambulans/sevk ile geliş, n (%)	10 (33.3)	1 (8.3)	9 (50)	0.024**
En az 1 komorbidite varlığı, n (%)	24 (80)	9 (75)	15 (83.3)	0.660**
Komorbidite sayısı, medyan (ÇAA)	2 (1-4)	2 (0.25-3.75)	3 (1-4)	0.411
Vücut ısısı, °C, medyan (ÇAA)	38 (37-38)	37 (37-37.5)	38 (37.875-38.5)	0.006
Sistolik kan basıncı, mmHg, ortalama ± SS	101.83 ± 17.83	118.75 ± 12.81	90.56 ± 9.98	<0.001*
Diyastolik kan basıncı, mmHg, medyan (ÇAA)	60 (60-70)	70 (62.5-77.5)	60 (50-60)	<0.001
Nabız, /dk, ortalama ± SS	110.27 ± 18.63	100 ± 15.68	117.11 ± 17.58	0.011*
SpO ₂ , %, ortalama ± SS	84.77 ± 8.73	92.58 ± 4.01	79.56 ± 6.91	<0.001*
BK, ortalama ± SS	10.31 ± 5.31	8.51 ± 3.85	11.51 ± 5.89	0.132*
CRP, medyan (ÇAA)	106.5 (54-219)	76(25.25-205.25)	134.5(59.5-277.25)	0.175
Prokalsitonin, medyan (ÇAA)	0.415(0.123-2)	0.3(0.062-0.432)	1.79(0.255-8.515)	0.012
Multilober/bilateral tutulum, n (%)	14 (46.7)	2 (16.7)	12 (66.7)	0.011**
Solunum desteği gereksinimi, n (%)	22 (73.3)	4 (33.3)	18 (100)	<0.001**

ÇAA: Çeyrekler arası aralık, Mann–Whitney U test, *Independent Samples Test, ** Fisher exact test.
SpO₂: Oksijen Satürasyonu, BK: Beyaz Küre, CRP:C-Reaktif Protein.

Tablo 2. Kötü klinik sonlanım ile ilişkili faktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Değişken	OR	%95 GA	p
Yaş	1.014	0.845–1.217	0.882
En az 1 komorbidite varlığı	1.428	0.032–63.618	0.854
SpO ₂	0.684	0.485–0.964	0.030
Multilober/bilateral tutulum	0.212	0.015–3.079	0.256

OR:Odds Ratio, GA:Güven Aralığı. SpO₂: Oksijen Satürasyonu.

Tartışma

Bu çalışmada, yaz aylarında acil servise başvuran pnömoni hastalarında kötü klinik sonlanım oranının (%60) dikkat çekici derecede yüksek olduğu ve başvuru anındaki klinik parametrelerin prognozla yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir. Literatürde pnömoni çoğunlukla kış aylarıyla ilişkilendirilse de mevsimsel ayırmadan bağımsız olarak hastalık şiddetinin belirlenmesinde erken klinik değerlendirme kritik önem taşımaktadır.

Çalışmamızda kötü sonlanım gelişen hastalarda daha düşük SpO₂ düzeylerinin saptanması ve çok değişkenli analizde SpO₂'nin bağımsız belirleyici olarak öne çıkması, hipokseminin pnömoni prognozundaki merkezi rolünü desteklemektedir. Xie ve ark. çalışmasında da ciddi pnömoni hastalarında mortalite ile en güçlü ilişkili parametreler arasında oksijenizasyon bozukluğunun yer aldığı gösterilmiştir^[1]. Benzer şekilde, Souissi ve ark. çalışmasında acil servise başvuran pnömoni hastalarında düşük SpO₂'nin erken mortalite için bağımsız bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir^[3]. Bu bulgular, acil serviste hızlı ve doğru oksijenizasyon değerlendirmesinin klinik karar verme süreçlerinde temel bir belirleyici olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda ayrıca hipotansiyon, taşikardi ve yüksek ateş gibi vital bulgu anormalliklerinin kötü klinik seyirle ilişkili olduğu görülmüştür. Bu durum, sistemik inflamatuvar yanıtın ve sepsis spektrumunun pnömoni prognozunu belirlemedeki rolü ile uyumludur. Xie ve ark. çalışmasında pnömoni hastalarında özellikle başvuru anında saptanan hipotansiyon ve taşikardinin, artmış inflamatuvar yük ve erken sepsis gelişimi ile ilişkili olarak mortalite riskini artırdığı gösterilmiştir^[1].

Radyolojik olarak multilober/bilateral tutulumun kötü sonlanım grubunda daha sık görülmesi, hastalık yaygınlığının prognoz üzerindeki etkisini desteklemektedir. Li ve ark. çalışmasında da pnömoniye bağlı gelişen akut solunum sıkıntısı sendromu olgularında yaygın akciğer tutulumunun artmış mortalite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir^[4]. Bununla birlikte, bizim çalışmamızda bu değişkenin çok değişkenli analizde bağımsız anlamlılığını kaybetmesi, sınırlı örneklem büyüklüğü ile ilişkili olabilir.

İlginç olarak, yaş ve komorbidite varlığı gibi klasik risk faktörlerinin bu çalışmada anlamlı bulunmaması, örneklem büyüklüğünün sınırlı olması ve hasta grubunun görece homojen özellikler taşıması ile açıklanabilir. Xie ve ark. ile Zheng ve ark.'nın çalışmalarında ileri yaş ve ek hastalık yükünün pnömoni mortalitesi ile güçlü şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir^[1,2].

Sonuç

Yaz aylarında acil servise başvuran pnömoni hastalarında kötü klinik sonlanımın azımsanmayacak sıklıkta görüldüğü dikkati çekmektedir. Başvuru anında ambulans ile geliş, daha yüksek ateş ve nabız, daha düşük kan basıncı, düşük SpO₂ düzeyi, yaygın radyolojik tutulum ve solunum desteği gereksinimi daha ağır klinik seyirle ilişkili görünmektedir. Bununla birlikte, çok değişkenli analizde yalnızca başvuru oksijen satürasyonunun bağımsız belirleyici olarak kalması, acil serviste ilk değerlendirme

sırasında oksijenizasyonun risk sınıflamasında merkezi bir yere sahip olduğunu düşündürmektedir. Yaz döneminde başvuran pnömoni olgularında erken dönemde yapılacak dikkatli klinik değerlendirme ve yakın izlem, yüksek riskli hastaların zamanında tanınmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Pnömoni, acil servis, kötü klinik sonlanım, oksijen satürasyonu, yoğun bakım yatışı.

REFERANSLAR

1. Xie, K., Zhang, Y., Liu, Q., & Chen, L. (2024). Predictors of mortality in severe pneumonia patients: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 13(1), Article 45.
2. Zheng, F., & Wang, X. (2024). Effect of pneumonia on outcomes in acute exacerbation of COPD: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pulmonary Medicine*, 24(1), Article 112.
3. Souissi, S., Ben Amar, J., Kacem, M., & Trabelsi, I. (2024). Predictive factors of mortality in patients admitted to the emergency department for pneumonia. *La Tunisie Médicale*, 102(2), 123–130.
4. Li, J., Wang, H., Zhang, Z., & Liu, Y. (2024). Risk factors for mortality in pneumonia-associated acute respiratory distress syndrome: A retrospective cohort study. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 14, 1357921.

OP-56

Acil Servise Başvuran Delici-Kesici Alet Yaralanmalarında Majör Girişim Gereksiniminin Basit Başvuru Değişkenleri ile Öngörülmesi

Medine AKKAN ÖZ¹

Özgür ÖMER YILDIZ²

Giriş ve Amaç

Delici-kesici alet yaralanmaları, acil serviste özellikle genç erişkin erkeklerde sık karşılaşılan penetran travma nedenlerinden biridir. Bu hastaların önemli bir bölümü basit yara bakımı ve kısa süreli izlem ile yönetilebilirken, bir kısmında yaralanmanın lokalizasyonu, hemodinamik etkilenme, bilinç düzeyi ve eşlik eden iç organ yaralanmaları nedeniyle majör cerrahi girişim gereksinimi ortaya çıkabilmektedir. Literatürde, yaralanma bölgesi ve başvuru anındaki fizyolojik bozulmanın klinik seyirle yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir^[1]. Bununla birlikte, acil serviste kolaylıkla elde edilebilen temel klinik değişkenler kullanılarak majör cerrahi gereksiniminin öngörülmesine yönelik pratik veriler sınırlıdır.

Bu çalışmada, acil servise delici-kesici alet yaralanması nedeniyle başvuran hastalarda başvuru anında değerlendirilen temel klinik ve radyolojik değişkenlerin majör cerrahi girişim gereksinimi ile ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, 01.06.2025–31.12.2025 tarihleri arasında acil servise delici-kesici alet yaralanması nedeniyle başvuran hastaların kayıtlarının retrospektif olarak incelendiği tek merkezli, analitik ve gözlemsel bir araştırma olarak planlanmıştır. Hastane bilgi yönetim sistemi, acil servis kayıtları, laboratuvar sonuçları ve radyoloji raporları incelenerek; olguların yaş, cinsiyet, başvuru zamanı, triyaj düzeyi, yaralanma lokalizasyonu, yara sayısı, Glasgow Koma Skalası (GKS), nabız, sistolik kan basıncı, şok indeksi, hemoglobin düzeyi ve bilgisayarlı tomografide (BT) majör bulgu varlığı kaydedilmiştir. Yaralanmalar ekstremiteler ve kritik bölge olarak sınıflandırılmış; toraks, abdomen/pelvis, baş-boyun ve çoklu bölge yaralanmaları kritik bölge olarak kabul edilmiştir. Primer sonlanım ölçütü majör cerrahi girişim gereksinimi olarak belirlenmiştir. Veriler, majör cerrahi girişim gereksinimi olan ve olmayan hastalar arasında karşılaştırılmıştır. Sürekli değişkenler medyan ve çeyrekler arası aralık (CAA) ile, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel analizde sürekli değişkenler için Mann–Whitney U testi, kategorik değişkenler için Fisher exact testi kullanılmıştır. Ayrıca seçilmiş değişkenler keşifsel amaçla tek değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışma döneminde acil servise delici-kesici alet yaralanması nedeniyle başvuran toplam 30 hasta değerlendirmeye alındı. Olguların 29'u (%96,7) erkekti ve yaş ortancası 21 (CAA: 19–28) yıl olarak bulundu. Hastaların 26'sı (%86,7) mesai dışı saatlerde başvurmuştu. Triage dağılımı incelendiğinde olguların 2'si (%6,7) yeşil, 23'ü (%76,7) sarı ve 5'i (%16,7) kırmızı alanda değerlendirilmişti. Hastaların 14'ünde (%46,7) kritik bölge yaralanması, 11'inde (%36,7) çoklu yara, 3'ünde (%10) ise GKS<15 saptandı. Bilgisayarlı tomografide majör bulgu varlığı 6 hastada (%20) mevcuttu. Majör cerrahi girişim gereksinimi 5 hastada (%16,7) izlendi. Acil servis sonlanımı açısından 22 hasta (%73,3) taburcu

¹ Uzm. Dr., Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 0000-0002-6320-9667

² Doç. Dr., Yenimahalle Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 0000-0001-7314-3131

edilirken, 4 hasta (%13,3) servise, 4 hasta (%13,3) yoğun bakıma yatırıldı; sevk veya eksitus olgusu saptanmadı (Tablo 1).

Majör cerrahi girişim gereksinimi olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında yaş açısından anlamlı fark izlenmedi [20 (18,5–27,5) vs 21 (19–28), p=0,589]. Buna karşılık kritik bölge yaralanması [5/5'e karşı 9/25, p=0,014], çoklu yara varlığı [4/5'e karşı 7/25, p=0,047], GKS<15 olması [3/5'e karşı 0/25, p=0,002] ve BT'de majör bulgu varlığı [5/5'e karşı 1/25, p<0,001] majör cerrahi girişim gereksinimi olan grupta anlamlı olarak daha yüksekti. Ayrıca bu grupta şok indeksi daha yüksek [1,76 (0,88–2,09) vs 0,66 (0,59–0,74), p<0,001], hemoglobin düzeyi ise daha düşüktü [12,1 (10,3–13,5) vs 15,4 (14,7–16,0), p<0,001]. Keşifsel tek değişkenli lojistik regresyon analizinde yaş ve mesai dışı başvurunun majör cerrahi girişim gereksinimi ile anlamlı ilişkisi saptanmazken, çoklu yara varlığı (OR: 10,31; %95 GA: 0,97–111,11; p=0,053) ve şok indeksindeki artış (OR: 5,42; %95 GA: 0,88–33,30; p=0,068) artmış risk eğilimi gösterdi; hemoglobin düzeyi ile majör cerrahi girişim gereksinimi arasında ters yönlü sınırdan anlamlı ilişki bulundu (OR: 0,11; %95 GA: 0,01–1,00; p=0,050) (Tablo2).

Tablo 1. Delici-kesici alet yaralanmalı hastaların majör cerrahi gereksinimine göre karşılaştırılması

Değişken	Toplam (n=30)	Majör cerrahi yok (n=25)	Majör cerrahi var (n=5)	p
Yaş, medyan (ÇAA)	21 (19-28)	21 (19-28)	20 (18.5-27.5)	0.589
Erkek cinsiyet, n (%)	29 (96.7)	24 (96)	5 (100)	1.000*
Kadın cinsiyet, n (%)	1 (3.3)	1 (4)	0 (0)	
Mesai dışı başvuru, n (%)	26 (86.7)	22 (88)	4 (80)	0.538*
Triyaj, n (%)				
Yeşil	2 (6.6)	2 (8)	0 (0)	0.453*
Sarı	23(76.7)	20 (80)	3 (60)	
Kırmızı	5 (16.7)	3 (12)	2 (40)	
Kritik bölge yaralanması†, n (%)	14 (46.7)	9 (36)	5 (100)	0.014*
Çoklu yara, n (%)	11 (36.7)	7 (28)	4 (80)	0.047*
GKS <15, n (%)	3 (10)	0 (0)	3 (60)	0.002*
Şok indeksi, medyan (ÇAA)	0.68(0.62-0.80)	0.66 (0.59-0.74)	1.76 (0,88-2.09)	<0.001
Hemoglobin, medyan (ÇAA)	15.2 (13.7-15.9)	15.4 (14.7-16.0)	12.1 (10.3-13.5)	<0.001
BT'de majör bulgu varlığı, n (%)	6 (20)	1 (4)	5 (100)	<0.001*

ÇAA: Çeyrekler arası aralık

Mann-Whitney U test

* Fisher exact test

† Kritik bölge: toraks, abdomen/pelvis, baş-boyun ve çoklu bölge yaralanmaları

Tablo 2. Majör cerrahi gereksinimi ile ilişkili değişkenlere yönelik tek değişkenli lojistik regresyon analizi

Değişken	OR	%95 GA	p
Yaş (her 1 yıl artış için)	0,96	0,80–1,15	0,653
Mesai dışı başvuru	1,83	0,15–22,37	0,635
Çoklu yara (tekli yaraya göre)	10,31	0,97–111,11	0,053
Şok indeksi (0,1 artış başına)	5,42	0,88–33,30	0,068

Hemoglobin (1 g/dL artış için)	0,11	0,01–1,00	0,050
---------------------------------------	------	-----------	-------

Tartışma

Bu çalışmada, delici-kesici alet yaralanması ile başvuran hastalarda majör cerrahi girişim gereksiniminin, başvuru anında değerlendirilebilen basit klinik ve radyolojik değişkenler ile öngörülebileceği gösterilmiştir. Özellikle kritik bölge yaralanması, çoklu yara varlığı, düşük GKS, yüksek şok indeksi, düşük hemoglobin düzeyi ve BT’de majör bulgu varlığı ön plana çıkmıştır.

Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun genç erkeklerden oluşması literatür ile uyumludur. Yeter ve ark. bıçaklanma hastalarını değerlendirdikleri çalışmalarında olguların büyük kısmının genç erkeklerden oluştuğunu ve ağır yaralanmaların daha çok toraks ve abdomen bölgesinde görüldüğünü bildirmiştir ^[1]. Bizim bulgularımız da benzer şekilde kritik bölge yaralanmalarının cerrahi gereksinim ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Penetran travmalarda yaralanma lokalizasyonu klinik seyri belirleyen önemli bir faktördür. Obadiel ve ark., özellikle abdominal penetran yaralanmalarda cerrahi kararın hemodinamik durum ve klinik bulgularla birlikte verilmesi gerektiğini vurgulamıştır ^[2]. Çalışmamızda kritik bölge yaralanması olan hastalarda majör cerrahi gereksinimin daha yüksek bulunması bu yaklaşımı desteklemektedir.

Fizyolojik parametreler açısından, şok indeksinin yüksek ve hemoglobin düzeyinin düşük bulunması dikkat çekicidir. Lubout ve ark. penetran travmalarda şok indeksinin cerrahi gereksinim ile ilişkili olabileceğini, Ueamsaranworakul ve ark. ise düşük hemoglobin düzeyinin ciddi kanama ve girişim ihtiyacı ile ilişkili olduğunu göstermiştir ^[3,4]. Bizim bulgularımız da bu parametrelerin erken risk değerlendirmesinde kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Benzer şekilde düşük GKS değerlerinin daha ağır klinik seyir ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Turan ve ark., abdominal travma hastalarında düşük GKS ve yüksek şok indeksinin kötü klinik sonuçlarla ilişkili olduğunu bildirmiştir ^[5]. Bu durum, bizim çalışmamızda GKS düşüklüğünün cerrahi gereksinim ile ilişkili bulunmasıyla uyumludur.

Görüntüleme açısından, BT’de majör bulgu varlığının cerrahi gereksinim ile ilişkili olması beklenen bir bulgudur. Noor ve ark., penetran toraks travmalı hastalarda bilgisayarlı tomografinin cerrahi yönetim kararlarını doğrudan etkilediğini ve klinik yaklaşımı yönlendirdiğini göstermiştir ^[6]. Bu bağlamda, çalışmamızda BT bulgularının cerrahi gereksinim ile güçlü ilişkisi literatür ile uyumludur.

Çalışmanın tek merkezli ve sınırlı örneklem büyüklüğüne sahip olması başlıca kısıtlılıklardır. Bununla birlikte, başvuru anında elde edilebilen basit değişkenlerin majör cerrahi gereksinimini öngörebileceğini göstermesi, klinik pratik açısından değerli bir katkı sunmaktadır.

Sonuç

Delici-kesici alet yaralanmaları nedeniyle acil servise başvuran hastaların büyük çoğunluğu genç erkeklerden oluşmakta ve olguların önemli bir kısmı acil servisten taburcu edilebilmektedir. Bununla birlikte, kritik bölge yaralanması, çoklu yara varlığı, düşük Glasgow Koma Skalası, yüksek şok indeksi, düşük hemoglobin düzeyi ve bilgisayarlı tomografide majör bulgu saptanması majör cerrahi girişim gereksinimi ile ilişkili görünmektedir. Özellikle başvuru anında kolaylıkla değerlendirilebilen bu temel klinik ve radyolojik değişkenlerin, delici-kesici alet yaralanmalı hastalarda erken risk sınıflandırmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Daha geniş örneklemli çalışmalarla bu bulguların doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Delici-kesici alet yaralanması, penetran travma, acil servis, majör cerrahi girişim, şok indeksi, hemoglobin

Kaynaklar

1. Kartal Yeter, N. D., Karaca, M. A., Yeter, A. S., Öztürk İnce, E., & Erbil, B. (2024). Evaluation of stabbing assault injuries in a tertiary emergency department: A retrospective observational study. *BMC Emergency Medicine*, 24(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01077-9>
2. Obadiel, Y. A., Albrashi, A., Allahabi, N., Sharafaddeen, M., & Ahmed, F. (2024). Outcomes of nonoperative management of penetrating abdominal trauma injury: A retrospective study. *Cureus*, 16(4), e58599. <https://doi.org/10.7759/cureus.58599>
3. Lubout, M., Goosen, J., Kruger, D., Fru, P., Makhadi, S., & Moeng, M. S. (2024). Biochemical markers in emergency thoracic surgery in penetrating trauma. *South African Journal of Surgery*, 62(1), 23–28.
4. Ueamsaranworakul, T., Niamjumng, R., Kornthatchapong, K., & Srivilaithon, W. (2024). Identification of predictive factors for massive transfusion activation in trauma patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 17(4), 212–220. https://doi.org/10.4103/jets.jets_19_24
5. Turan, Ö. F., Çankaya Gökdere, D., Genç, M., Bulut, B., Akkanöz, M., Mutlu, H., & Yazıcı, R. (2025). Predictive factors of mortality in patients with abdominal trauma. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 31(3), 276–282. <https://doi.org/10.14744/tjtes.2025.64644>
6. Noor, N., & Baseer, A. (2025). Impact of imaging on surgical management of penetrating chest trauma: Experience from a high-volume trauma center in a resource-constrained environment. *Cureus*, 17(1), e77476. <https://doi.org/10.7759/cureus.77476>

OP-57

Acil Servise Başvuran Pediatrik Travma Vakalarının Tek Merkezli Retrospektif Değerlendirilmesi: Yaralanma Bölgesi, Cerrahi Müdahale, Yatış Ve Mortalite Verilerinin Analizi

Yunus YATMAZ¹

Giriş ve Amaç

Pediatrik travma, çocukluk çağında acil servis başvurularının önemli bir bölümünü oluşturan ve morbidite ile mortalite açısından dikkatle ele alınması gereken bir klinik tablodur. Mevcut serilerde erkek cinsiyetin baskın olduğu, olguların büyük kısmının künt travma niteliğinde seyrettiği ve yaralanma paternlerinin merkezin hasta profiline göre değişebildiği bildirilmektedir ^[1]. Özellikle yatırılarak izlenen veya yoğun bakım düzeyinde takip edilen çocuklarda kafa travması, çoklu yaralanma ve daha ağır klinik seyir daha sık bildirilmektedir ^[2]. Bu nedenle, pediatrik travma olgularında yaralanma bölgesinin ve buna eşlik eden cerrahi ya da yatış gereksiniminin ortaya konulması, acil serviste ilk değerlendirme ve izlem kararları açısından klinik önem taşımaktadır.

Bu çalışmada, acil servise başvuran pediatrik travma olgularının demografik ve klinik özelliklerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi; yaralanma bölgeleri, cerrahi müdahale gereksinimi, acil servis sonrası klinik sonuçları ve mortalite verilerinin incelenmesi; ayrıca bu değişkenlerin yatış durumu ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, 01.12.2025-31.01.2026 tarihleri arasında acil servise travma nedeniyle başvuran pediatrik hastaların tıbbi kayıtlarının geriye dönük olarak incelendiği tek merkezli, retrospektif bir araştırma olarak planlandı. Hastaların yaş, cinsiyet, travma tipi, yaralanmanın etkilendiği anatomik bölgeler, cerrahi müdahale gereksinimi, hastane içi mortalite ve acil servis sonrası klinik sonuçları kayıt altına alındı. Klinik sonuçları taburculuk ve yatış olarak değerlendirildi; servis ve yoğun bakım yatışı “yatış” başlığı altında birleştirildi. Veriler uygun tanımlayıcı istatistiklerle sunuldu. Taburculuk ve yatış gruplarının karşılaştırılmasında yaş değişkeni için Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler için Fisher exact test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya toplam 90 pediatrik travma olgusu dahil edildi. Hastaların yaş ortancası 15 (ÇAA: 10-17) yıl olup, olguların 74’ü (%82,2) erkekti. Travmaların büyük kısmı künt travma niteliğinde idi (%83,3). Tablo 1’de bulgular özetlenmiştir.

Tablo 1. Pediatrik travma olgularının demografik ve klinik özelliklerinin taburculuk ve yatış durumuna göre karşılaştırılması

Değişken	Tüm hastalar (n=90)	Taburculuk (n=83)	Yatış (n=7)	p
Yaş, yıl, medyan (ÇAA)	15 (10-17)	15 (10-17)	12 (6-17)	0.726
Erkek, n (%)	74 (82.2)	68 (81.9)	6 (85.7)	1.000*

¹ Uzm. Dr., Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 0009-0009-3834-4726

Kız, n (%)	16 (17.8)	15 (18.1)	1 (14.3)	
Künt travma, n (%)	75 (83.3)	72 (86.7)	3 (42.9)	0.014*
Kafa travması, n (%)	40 (44.4)	38 (45.8)	2 (28.6)	0.456*
Toraks travması, n (%)	11 (12.2)	10 (12)	1 (14.3)	1.000*
Abdomen travması, n (%)	5 (5.6)	2 (2.4)	3 (42.9)	0.003*
Ekstremitte travması, n (%)	55 (61.1)	53 (63.9)	2 (28.6)	0.105*
Cerrahi müdahale, n (%)	5 (5.6)	0 (0)	5 (71.4)	<0.001
ÇAA: Çeyrekler arası aralık				
Mann–Whitney U test				
* Fisher exact test				

En sık yaralanma bölgesi ekstremitelerdi (%61,1); bunu kafa travmaları (%44,4), toraks travmaları (%12,2) ve abdomen travmaları (%5,6) izledi. Hastaların 83'ü (%92,2) taburcu edilirken, 7'si (%7,8) yatış gerektirdi. Cerrahi müdahale gereksinimi 5 hastada (%5,6) saptandı. Taburculuk ve yatış grupları karşılaştırıldığında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı fark izlenmedi (sırasıyla p=0,726 ve p=1,000). Künt travma oranı taburculuk grubunda daha yüksek bulundu (p=0,014). Abdomen travması ve cerrahi müdahale gereksinimi yatış grubunda anlamlı olarak daha sık saptandı (sırasıyla p=0,003 ve p<0,001). Kafa travması, toraks travması ve ekstremitte travması açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi. Hastane içi mortalite gözlenmedi.

Tartışma

Çalışmamızda olguların büyük çoğunluğunun erkek ve künt travma grubunda yer alması, literatürde bildirilen genel dağılımla uyumludur. Atik ve ark.'nın trafik kazası nedeniyle başvuran 443 pediatrik hastayı içeren serisinde olguların %64,1'inin erkek olduğu bildirilmiş olup, bu bulgu erkek cinsiyet baskınlığının farklı pediatrik travma gruplarında da sürdüğünü göstermektedir^[3]. Benzer şekilde Aldinç ve Gün, yatırılarak izlenen pediatrik travma olgularında erkek cinsiyet oranını %69,3, künt travma oranını ise %86,9 olarak bildirmiştir^[1].

Bizim serimizde en sık yaralanma bölgesinin ekstremiteler, ikinci sıklıkta ise kafa bölgesi olması, olguların büyük bölümünün acil serviste değerlendirilip taburcu edildiği görece düşük şiddetli bir hasta grubunu yansıtır olabilir; nitekim yalnızca yatırılarak izlenen serilerde izole kafa travmasının daha ön planda olduğu bildirilmiştir^[1,4].

Abdomen travmasının yatış grubunda anlamlı olarak daha sık saptanması klinik açıdan dikkat çekicidir; çünkü çocuklarda künt karın travmasının başlangıç değerlendirmesi stabil görünse bile seri muayene ve yakın izlem gerektirebildiği daha önce de vurgulanmıştır (2). Benzer şekilde, cerrahi müdahale gereksiniminin yalnızca yatış grubunda yer alması, beklenen biçimde, yaralanmanın klinik ciddiyeti ile tedavi gereksinimi arasındaki ilişkiyi desteklemektedir^[1,2].

Kafa ve toraks travmalarının bizim serimizde yatış ile anlamlı ilişki göstermemesi, olgu sayısının sınırlı olması ve ağır travmalı hasta oranının düşük kalması ile açıklanabilir; çünkü üçüncü basamak ve yoğun bakım serilerinde özellikle kafa travmasının daha ağır seyir ve mortalite ile ilişkili olduğu bildirilmektedir^[2,4].

Çalışmamızda mortalite saptanmamış olması da benzer şekilde, kısa çalışma süresi, sınırlı örneklem ve olguların çoğunun taburcu edilebilir nitelikte olmasıyla ilişkili görünmektedir; buna karşın ağır kafa

travması ve çoklu travmanın mortalite açısından belirleyici olabileceği daha ağır hasta serilerinde gösterilmiştir [2,4].

Sonuç

Çalışmamızda pediatrik travma olgularının büyük çoğunluğunun acil servisten taburcu edildiği, buna karşın yatış gereksinimi gelişen hastalarda özellikle abdomen travmasının ve cerrahi müdahale ihtiyacının daha ön planda olduğu görüldü. Künt travmalar sayıca daha fazla izlenmekle birlikte, yatış oranının bu grupta daha düşük bulunması, klinik sonlanımın yalnızca travma tipinden değil, yaralanmanın etkilendiği anatomik bölge ve eşlik eden tedavi gereksiniminden de etkilendiğini düşündürmektedir. Bu bulgular, pediatrik travma hastalarının acil serviste ilk değerlendirmesinde yaralanma bölgesinin dikkatle sorgulanmasının ve özellikle abdomen travması olan olgularda daha temkinli bir yaklaşım benimsenmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik travma, Acil servis, Yaralanma bölgesi, Cerrahi müdahale, Klinik sonlanım

Kaynaklar

1. Aldinç, H., & Gün, C. (2020). Analysis of pediatric traumas: Characteristics and the role of scoring systems. *Bosphorus Med J*, 7(1), 11-5.
2. Günal, Y. (2020). Üçüncü Basamak Bir Hastaneye Bir Yıl İçinde Künt Travma Nedeniyle Başvuran Çocuk Hastaların İncelenmesi. *The Journal of Kırıkkale University Faculty of Medicine*, 22(2), 216-224.
3. Atik, D., Cander, B., Dikmetaş, C., Bulut, B., Sert, E., Kaya, H., et al. (2020). Trafik kazası ile gelen pediatrik hastalarda, kaza oluş şekilleri ile travma skorlarının değerlendirilmesi. *Journal of Uludağ University Medical Faculty*, 46(1), 47-52.
4. Varol, F., Can, Y. Y., Özgünay, B., Cengiz, M., Altas, U., Güven, Ş., & Cam, H. (2022). Retrospective evaluation of pediatric trauma patients: a single-center experience of a tertiary pediatric intensive care unit. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 3(3), 158-164.

Anahtar kelimeler: pediatrik travma; acil servis, yaralanma bölgesi, yatış, cerrahi müdahale.

Acil Serviste Baş Ağrısı ile Başvuran Hastalarda Klinik Olarak Anlamli Beyin BT Bulgularının Değerlendirilmesi

Uğur Őakar¹

Giriş ve Amaç

Baş ağrısı, acil servise en sık başvuru nedenlerinden biri olup geniş bir klinik yelpazede değerlendirilir^[1]. Olguların büyük kısmı benign nedenlere bağlı olsa da, az sayıda hastada yaşamı tehdit eden intrakraniyal patolojiler söz konusu olabilmektedir^[2]. Bu nedenle, acil serviste hangi hastalarda beyin bilgisayarlı tomografi (BT) isteneceği ve görüntülemenin klinik karar sürecine ne ölçüde katkı sağladığı günlük pratiğin önemli baŐlıklarından biridir^[3,4]. Ancak baş ağrısı nedeniyle çekilen beyin BT'lerin önemli bir bölümünde klinik açıdan anlamlı patoloji saptanamamaktadır^[3,5]. Bu durum, görüntüleme endikasyonlarının ve BT bulgularının hasta sonlanımlarıyla ilişkisinin yeniden değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır^[4].

Bu çalışmada, acil servise baş ağrısı Şikâyeti ile başvuran ve beyin BT çekilen hastalarda görüntüleme bulgularının dağılımı ile klinik açıdan anlamlı patoloji oranının belirlenmesi, ayrıca bu hastaların demografik ve klinik özellikleri ile acil servis sonlanımlarının incelenmesi amaçlandı. Bunun yanında, klinik açıdan anlamlı BT patolojisi ile ilişkili olabilecek başvuru özelliklerinin ortaya konulması hedeflendi.

Gereç ve Yöntem

Bu alıŐma, 01.01.2026 – 01.02.2026 tarihleri arasında üçüncü basamak bir acil servise baş ağrısı Şikâyeti ile başvuran ve değerlendirme sürecinde beyin BT çekilen 18 yaş ve üzeri hastaların dosyalarının geriye dönük olarak incelenmesiyle gerçekleştirildi. Travma ilişkili başvurular, eksik verisi bulunan hastalar ve aynı hastaya ait yinelenen başvurular çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, triyaj kategorisi, baş ağrısının başlangıç Şekli, daha önce benzer baş ağrısı öyküsü, eşlik eden semptomları, nörolojik muayene bulguları, antikoagülan/antiplatelet kullanımı, malignite ve hipertansiyon öyküsü, beyin BT sonuçları ile acil servis sonlanımları kaydedildi. Beyin BT bulguları klinik açıdan anlamlı patoloji varlığına göre sınıflandırıldı ve hastalar bu deęiŐkene göre iki grupta değerlendirildi. İstatistiksel analizde sürekli değişkenlerin dağılımı görsel yöntemler ve Shapiro–Wilk testi ile incelendi; yaş değişkeni ortalama± standart sapma olarak sunuldu ve gruplar bağımsız örneklem t testi ile karşılaştırıldı. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edildi; karşılaştırmalarda Pearson ki-kare testi veya uygun durumlarda Fisher exact testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya baş ağrısı nedeniyle beyin BT çekilen toplam 41 hasta dâhil edildi. Hastaların yaş ortalaması 51.0±17.25 yıl olup, %53.7'si kadındı. Klinik açıdan anlamlı BT patolojisi 7 hastada (%17.1) saptandı. Anlamlı BT patolojisi saptanan grupta ani başlangıçlı baş ağrısı daha sık izlendi (%71.4'e karşı %17.6, p=0.010). Bu grupta bilinç değişikliği (%42.9'a karşı %5.9, p=0.028) ve patolojik nörolojik muayene bulgusu (%71.4'e karşı %8.8, p=0.001) da belirgin olarak daha yüksekti. Hipertansiyon yks olan hastalarda klinik açıdan anlamlı BT patolojisi daha sık bulundu (%71.4'e karşı %14.7, p=0.006). Yaş ortalaması anlamlı BT patolojisi olan grupta daha yüksek olmakla birlikte bu fark

¹ Uzm. Dr., DıŐkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi-ANKARA
0000-0003-2790-3827

istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (60.86±20.49'a karşı 48.97±16.11, p=0.097). Benzer şekilde cinsiyet, triyaj kategorisi, daha önce benzer baş ağrısı öyküsü, bulantı/kusma, fokal nörolojik defisit varlığı ve antikoagülan/antiplatelet kullanımını açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi (p>0.05). Klinik açıdan anlamlı BT patolojisi bulunan hastaların tamamında yatış veya ileri sonlanım gelişirken, bu oran anlamlı patoloji saptanmayan grupta %2.9 olarak bulundu (p<0.001) (Tablo 1).

Tablo 1. Acil servise baş ağrısı ile başvuran hastaların klinik özelliklerinin klinik açıdan anlamlı beyin BT patolojisi varlığına göre karşılaştırılması

Değişken	Tüm hastalar (n=41)	Anlamlı BT patolojisi yok (n=34)	Anlamlı BT patolojisi var (n=7)	p
Yaş, yıl, ortalama ± SS	51 ± 17.25	48.97 ± 16.11	60.86 ± 20.49	0.097*
Erkek cinsiyet, n (%)	19 (46.3)	15 (44.1)	4 (57.1)	0.685
Kadın cinsiyet, n (%)	22 (53.7)	19 (55.9)	3 (42.9)	
Sarı/kırmızı triyaj, n (%)	34 (82.9)	28 (82.4)	6 (85.7)	1.000
Ani başlangıçlı baş ağrısı, n (%)	11 (26.8)	6 (17.6)	5 (71.4)	0.010
Daha önce benzer baş ağrısı öyküsü, n (%)	20 (48.8)	17 (50.0)	3 (42.9)	1.000
Bulantı/kusma, n (%)	14 (34.1)	10 (29.4)	4 (57.1)	0.205
Bilinç değişikliği, n (%)	5 (12.2)	2 (5.9)	3 (42.9)	0.028
Fokal nörolojik defisit, n (%)	4 (9.8)	2 (5.9)	2 (28.6)	0.128
Patolojik nörolojik muayene, n(%)	8 (19.5)	3 (8.8)	5 (71.4)	0.001
Antikoagülan/antiplatelet kullanımı, n (%)	6 (14.6)	3 (8.8)	3 (42.9)	0.051
Hipertansiyon öyküsü, n (%)	10 (24.4)	5 (14.7)	5 (71.4)	0.006
Yatış/ileri sonlanım, n (%)	8 (19.5)	1 (2.9)	7 (100.0)	<0.001

SS: Standart Sapma

*Independent Samples t-test

Fisher exact test

Tartışma

Bu çalışmada, acil servise baş ağrısı şikâyeti ile başvuran hastalarda beyin BT'de klinik açıdan anlamlı patoloji saptanma oranı %17.1 olarak bulunmuştur. Literatürde acil serviste baş ağrısı nedeniyle yapılan görüntülemelerde anlamlı patoloji oranlarının genellikle düşük olduğu bildirilmektedir. Lemmens ve ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde, baş ağrısı nedeniyle çekilen kranial BT'lerin önemli bir kısmında klinik olarak anlamlı bulgu saptanmadığı vurgulanmıştır^[3]. Bu durum, acil serviste görüntüleme kararının yalnızca semptom varlığına değil, klinik risk faktörlerine dayandırılması gerektiğini desteklemektedir.

Çalışmamızda ani başlangıçlı baş ağrısının anlamlı BT patolojisi ile güçlü bir ilişki gösterdiği saptanmıştır. Bu bulgu, özellikle subaraknoid kanama gibi hayatı tehdit eden durumların değerlendirilmesinde ani başlangıçlı baş ağrısının kritik bir uyarı bulgusu olduğunu ortaya koyan Perry ve ark.'nın geliştirdiği klinik karar kuralları ile uyumludur^[2]. Benzer şekilde, bilinç değişikliği ve patolojik nörolojik muayene bulgularının anlamlı patoloji ile ilişkili bulunması, acil serviste nörolojik değerlendirmenin görüntüleme kararındaki belirleyici rolünü bir kez daha ortaya koymaktadır.

Hipertansiyon öyküsünün anlamlı BT patolojisi ile ilişkili bulunması da dikkat çekicidir. Bu durum, hipertansiyonun intrakraniyal kanama ve diğer vasküler olaylar için önemli bir risk faktörü olması ile açıklanabilir. Nitekim farklı popülasyonlarda yapılan çalışmalarda da benzer şekilde vasküler risk faktörlerinin görüntüleme bulguları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir^[1].

Öte yandan çalışmamızda yaşın anlamlı patoloji ile ilişkili bulunmaması dikkat çekmektedir. Literatürde ileri yaş genellikle risk faktörü olarak kabul edilse de, bazı çalışmalarda yaşın tek başına belirleyici olmadığı, klinik bulgularla birlikte değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir [4]. Benzer şekilde, cinsiyet, triyaj kategorisi ve daha önce benzer baş ağrısı öyküsü gibi değişkenlerin anlamlı fark göstermemesi, baş ağrısı değerlendirmesinde klinik öykü ve muayenenin daha ön planda olması gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda anlamlı BT patolojisi saptanan tüm hastalarda yatış veya ileri sonlanım gelişmiş olması, bu grubun klinik açıdan yüksek risk taşıdığını açıkça göstermektedir. Bu bulgu, acil serviste baş ağrısı hastalarının risk sınıflamasının yalnızca tanısal değil, aynı zamanda prognostik açıdan da önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Kuan ve ark.'nın çok merkezli çalışmasında da benzer şekilde, acil serviste baş ağrısı ile başvuran hastalarda belirli klinik özelliklerin daha kötü sonlanımlar ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [1].

Görüntüleme kullanımına ilişkin olarak, özellikle düşük riskli hastalarda gereksiz BT kullanımının yaygın olduğu bilinmektedir. Zhong ve ark.'nın çalışmasında, primer baş ağrısı olan hastalarda nörogörüntüleme istemlerinin çoğu zaman klinik gereklilikten ziyade hekim tercihleri ve hasta beklentileri ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir [4]. Çalışmamızın bulguları da, uygun hasta seçimi yapılmadığında görüntüleme veriminin düşük kalabileceğini desteklemektedir.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle tek merkezli ve retrospektif tasarım, elde edilen sonuçların genellenebilirliğini sınırlayabilir. Ayrıca örneklem sayısının görece düşük olması, bazı değişkenlerde istatistiksel anlamlılık elde edilememesine yol açmış olabilir. Bununla birlikte, çalışmamız acil serviste baş ağrısı hastalarında klinik olarak anlamlı BT bulgularını öngörmeye hangi klinik özelliklerin ön planda olması gerektiğine dair önemli ipuçları sunmaktadır.

Sonuç

Acil serviste baş ağrısı nedeniyle beyin BT çekilen hastalarda klinik açıdan anlamlı intrakraniyal patoloji oranı düşük olmakla birlikte, bu hastalar belirli başvuru özellikleriyle ayrılmaktadır. Özellikle ani başlangıçlı baş ağrısı, bilinç değişikliği, patolojik nörolojik muayene bulguları ve hipertansiyon öyküsü, anlamlı BT patolojisi ile ilişkili görünmektedir. Buna karşılık, klinik açıdan anlamlı BT patolojisi saptanan hastalarda yatış ve ileri sonlanım oranlarının belirgin olarak daha yüksek olması, bu grubun acil servis yönetiminde daha dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bulgularımız, baş ağrısı ile başvuran hastalarda beyin BT isteminin yalnızca semptom varlığına değil, klinik risk belirteçlerine dayalı olarak şekillendirilmesinin uygun olacağını düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Baş ağrısı, acil servis, beyin bilgisayarlı tomografi, intrakraniyal patoloji, klinik sonlanım.

Kaynaklar:

1. Kuan, W. S., Kumar, R., Yau, Y. W., Ng, W. M., Chia, D. W. J., Ng, E. Y., Lather, K. S., & Chua, M. T. (2023). Headache in the emergency department: A multicenter observational study from Singapore. *Medicina (Kaunas)*, 59(7), 1340. <https://doi.org/10.3390/medicina59071340>
2. Perry, J. J., Stiell, I. G., Sivilotti, M. L., Bullard, M. J., Hohl, C. M., Sutherland, J., Émond, M., Worster, A., Lee, J. S., Mackey, D., Pauls, M., Lesiuk, H., Symington, C., & Wells, G. A. (2013). Clinical decision rules to rule out subarachnoid hemorrhage for acute headache. *JAMA*, 310(12), 1248–1255. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.278018>
3. Lemmens, C. M. C., van der Linden, M. C., & Jellema, K. (2021). The value of cranial CT imaging in patients with headache at the emergency department. *Frontiers in Neurology*, 12, 663353. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.663353>
4. Zhong, X. M., Zhao, L. C., Peng, L. L., Li, L., & Li, C. Q. (2024). Rationale for issuing neuroimaging requests for patients with primary headaches in China. *Brain and Behavior*, 14(6), e3583. <https://doi.org/10.1002/brb3.3583>
5. Almuqbil, M., Alsayed, S. A., Almutairi, A. M., Aladhadh, K. M., Alghannami, A. O., & Almutairi, M. (2023). Diagnostic yield of neuroimaging for headache in a pediatric emergency department: A single tertiary centre experience. *Healthcare*, 11(6), 913. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060913>

OP-59

Acil Servis Çalışanlarının Kuduz Hastalığı ve Temas Sonrası Profilaksi Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Medine Akkan Öz¹

GİRİŞ

Kuduz, Lyssavirus cinsi RNA virüsünün etken olduğu, semptomatik dönemde tedavisi bulunmayan ve mortalitesi neredeyse %100 olan akut viral bir ensefalittir. Küresel ölçekte yılda yaklaşık 59.000 ölüme neden olan bu hastalık, özellikle endemik bölgelerde halk sağlığı açısından ciddi bir tehdit oluşturmaya devam etmektedir [1,2]. Bununla birlikte kuduz, temas sonrası profilaksinin zamanında ve doğru uygulanmasıyla tamamen önlenabilir bir hastalıktır. Temas sonrası profilaksi; yara bakımı, kuduz aşısı ve endike olgularda kuduz immün globulini uygulamasını kapsar [2,3]. Acil servisler, hayvan ısırığı ve riskli temas olgularının ilk değerlendirildiği birimler olması nedeniyle bu süreçte belirleyici bir konumdadır. Ne var ki farklı ülkelerde yürütülen araştırmalar, sağlık çalışanlarının kuduz yönetimi konusundaki bilgi düzeylerinin özellikle immün globulin uygulaması ve profilaksi endikasyonları gibi klinik alanlarda yetersiz kaldığını ortaya koymaktadır [1,3,4]. Bu çalışmanın amacı, acil serviste görev yapan farklı meslek gruplarındaki sağlık çalışanlarının kuduz ve temas sonrası profilaksi konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek, bilgi eksikliği bulunan alt alanları tespit etmek ve eğitim gereksinimlerini değerlendirmektir.

MATERYAL VE METOD

Kesitsel tipteki bu araştırma, 03.03.2026–13.03.2026 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi acil servisinde yürütülmüştür. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 32 sağlık çalışanı (12 hekim, 7 hemşire, 7 paramedik, 6 acil tıp teknisyeni) dahil edilmiştir. Veriler, literatür doğrultusunda hazırlanan yapılandırılmış bir anket aracılığıyla toplanmıştır. Anket formu; demografik bilgiler (yaş, cinsiyet, meslek, acil serviste çalışma süresi), kuduz ile ilgili klinik deneyim ve eğitim durumu, sekiz bilgi sorusu ve dört Likert tipi farkındalık sorusundan oluşmaktadır. Her doğru yanıt bir puan olarak değerlendirilmiş, toplam bilgi puanı sekiz üzerinden hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiş ve normal dağılım sağlanmadığı saptanmıştır ($W=0.891$, $p=0.004$). Meslek grupları arasındaki bilgi puanı farklılığı Kruskal-Wallis testi, anlamlı bulunan karşılaştırmalarda ikili grup farkları Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Sekiz bilgi sorusundaki doğru yanıt oranları arasındaki farklılık Cochran's Q testi ile değerlendirilmiştir. Eğitim alma durumuna göre bilgi puanı karşılaştırması Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

¹ Uzm. Dr., Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 0000-0002-6320-9667

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması 38.03 ± 7.91 yıl olup %75'i (n=24) kadındı. Acil serviste çalışma süresi açısından %50'si (n=16) on yılın üzerinde deneyime sahipti. Katılımcıların %68.8'i (n=22) daha önce kuduz riskli temaslı hasta ile karşılaşmış, %59.4'ü (n=19) kuduz konusunda eğitim almıştı.

Genel bilgi puanı ortalaması 6.31 ± 1.45 (8 üzerinden; %78.9) olarak bulundu. Soru bazında doğru yanıt oranları ve meslek gruplarına göre bilgi puanları Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Bilgi sorularına verilen doğru yanıt oranları ve meslek gruplarına göre bilgi puanları

Bilgi Sorusu	n	%
Kuduz etkeni (Virüs)	27	84.4
En sık bulaş yolu (Enfekte hayvan ısırığı)	31	96.9
Klinik prognoz (Ölümcül)	26	81.2
Yüksek riskli hayvanlar (Hepsi)	26	81.2
PEP endikasyonu	21	65.6
Aşı zamanlaması (Doğru)	31	96.9
RIG endikasyonu	24	75.0
RIG uygulama prensibi	16	50.0

Meslek Grubu	n	Ortalama \pm SS	Medyan
Hekim	12	7.50 ± 0.80	8.0
Hemşire	7	5.86 ± 1.35	6.0
Paramedik	7	5.71 ± 1.60	6.0
ATT	6	5.17 ± 0.75	5.0

Kruskal-Wallis testi sonucunda meslek grupları arasında bilgi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=14.640$, $p=0.002$). Post-hoc Mann-Whitney U analizinde hekimlerin hemşire ($p=0.010$), paramedik ($p=0.010$) ve ATT ($p=0.001$) gruplarından anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı; hemşire, paramedik ve ATT grupları arasında ise anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Cochran's Q testi ile sekiz bilgi sorusundaki doğru yanıt oranları karşılaştırıldığında alt alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Q=35.609$, $df=7$, $p<0.001$). Bulaş yolu ve aşı zamanlaması sorularında %96.9 doğru yanıt elde edilirken, RIG uygulama prensibi sorusunda bu oran %50'ye düşmekteydi.

Eğitim alan grubun bilgi puanı ortalaması (6.68 ± 1.45) almayan gruba (5.77 ± 1.30) kıyasla daha yüksek olmakla birlikte fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı ($U=171.5$, $p=0.060$). Farkındalık boyutunda katılımcıların %100'ü profilaksi gecikmesinin ciddi sonuçlara yol açacağını, %93.8'i yara yikamanın önemini ve rehberlere başvurmanın gerekliliğini belirtti.

TARTIŞMA

Bu çalışmada acil servis çalışanlarının kuduz ve temas sonrası profilaksi konusundaki genel bilgi düzeyi %78.9 olarak saptanmış, ancak alt alan analizinde RIG uygulama prensibi (%50) ve PEP endikasyonu (%65.6) gibi klinik uygulamaya doğrudan yansıyan konularda kayda değer bilgi açıkları ortaya çıkmıştır. Ayrıca meslek grupları arasında hekimler lehine belirgin bir bilgi düzeyi farkı tespit edilmiştir.

Ahmad ve arkadaşlarının Pakistan'da üç farklı üçüncü basamak hastanenin acil servisinde 100 sağlık çalışanı ile yürüttükleri araştırmada, meslek grubu ile kuduz bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişkiler bildirilmiş; bulaştırıcı hayvan bilgisi ($p=0.024$), insandan insana bulaş ($p=0.007$) ve yara temizliği etkinliği ($p=0.010$) sorularında hekimlerin hemşire ve paramediklere göre üstün performans sergilediği gösterilmiştir [1]. Çalışmamızda da benzer biçimde hekimler 7.50 ± 0.80 puanla diğer tüm meslek gruplarından anlamlı düzeyde yüksek puan almış olup ($p=0.002$) bu bulgu, tıp eğitimi sürecinde kazanılan klinik altyapının kuduz bilgisine doğrudan yansıdığını düşündürmektedir.

Bilgi alt alanları arasındaki belirgin farklılık, çalışmamızın dikkat çekici bulgularından birini oluşturmaktadır. Koruk ve arkadaşlarının Şanlıurfa'da 84 hekim ile gerçekleştirdikleri çalışmada, temel bulaş bilgisi %96.4 gibi yüksek bir orana ulaşırken PEP endikasyon bilgisi %65.5'e, tekrar aşılama protokolü bilgisi ise %40.5'e gerilemiştir [2]. Çalışmamızda saptanan örüntü bu bulgularla neredeyse birebir örtüşmektedir: bulaş yolu bilgisi %96.9 iken PEP endikasyonu %65.6'ya, RIG uygulama prensibi ise %50'ye düşmüştür. Her iki çalışmada da temel hastalık bilgisinden klinik uygulama bilgisine geçildiğinde yaşanan keskin düşüş, eğitim müfredatlarının uygulama odaklı içeriklerle desteklenmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Gönen ve arkadaşlarının İstanbul'da 890 hekim üzerinde yaptıkları geniş ölçekli araştırmada, temel kuduz bilgi puanı $64.5\pm 16/100$, klinik bilgi puanı ise $62.8\pm 12/100$ olarak bildirilmiş; hekimlerin %68'inin doğru yara yıkama protokolünü, %79'unun doğru aşı dozunu bilmediği ortaya konmuştur [3]. Bizim örneklemimizde genel bilgi düzeyinin %78.9 ile bu oranların belirgin üzerinde seyretmesi, acil servis çalışanlarının hayvan ısırığı olgularına olan rutin maruziyetinin bilgi pekiştirmesine katkıda bulunduğunu göstermektedir. Öte yandan RIG uygulama bilgisindeki %50'lik doğru yanıt oranı, pratik deneyimin tek başına yeterli olmadığını ve yapılandırılmış eğitim müdahalelerine gereksinim duyulduğunu ortaya koymaktadır.

Eğitim alan grubun bilgi puanı ortalaması almayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuş ancak istatistiksel anlamlılık sınırına ulaşamamıştır ($p=0.060$). Mbaipago ve arkadaşlarının Çad'da 247 sağlık çalışanı ile gerçekleştirdikleri müdahale çalışmasında, bir günlük eğitim programının PEP dozu bilgisini artırdığı ancak atipik bulaş yolları ve nörotropizm gibi konularda anlamlı iyileşme sağlayamadığı bildirilmiştir [4]. Bu bulgu, kısa süreli eğitim girişimlerinin bilginin tüm alt alanlarında homojen bir düzelme sağlayamayabileceğini ve çalışmamızdaki sınırdan anlamlılığın küçük örneklem büyüklüğünün yanı sıra eğitim içeriğinin niteliğiyle de ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Shaban ve arkadaşlarının 2024 yılında Sudan genelinde 468 hekim ile yürüttükleri güncel araştırmada, genel kuduz bilgisi yeterli bulunanların oranı %52 iken güncel profilaksi rehberlerine hâkimiyet oranı yalnızca %7.1 olarak raporlanmıştır [5]. Çalışmamızda hem genel bilgi düzeyinin (%78.9) hem de farkındalık ölçümlerinin (profilaksi gecikme farkındalığı %100, yara yıkama farkındalığı %93.8) bu oranlara kıyasla belirgin şekilde yüksek olması, acil servis ortamının klinik farkındalığı besleyen dinamik bir öğrenme ortamı sunduğunu desteklemektedir. Bununla birlikte RIG uygulama bilgisinin her iki çalışmada da düşük kalması, bu spesifik konunun evrensel bir eğitim açığı oluşturduğunu teyit etmektedir.

SONUÇ

Çalışmamızda acil servis çalışanlarının genel kuduz bilgi düzeyi yeterli bulunmakla birlikte, RIG uygulama prensipleri ve PEP endikasyonları gibi klinik alanlarda belirgin eksiklikler saptanmıştır. Meslek grupları arasında hekimler lehine anlamlı farkın varlığı, hekim dışı personele yönelik eğitim ihtiyacını açıkça ortaya koymaktadır. Yüksek farkındalık düzeyi, bu açıkların hedefe yönelik eğitimlerle kapatılabileceğine işaret etmektedir. Özellikle RIG infiltrasyon tekniği ve DSÖ temas sınıflaması odaklı, uygulamalı ve düzenli hizmet içi eğitimlerin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kuduz, Acil servis, Temas sonrası profilaksi, Sağlık çalışanları, Bilgi düzeyi

KAYNAKLAR

1. Ahmad A, Inayat F, Ullah N, Rasul S, Bakhtiar S, Shad Z, et al. Knowledge, attitudes, and practices of healthcare professionals regarding rabies in tertiary care hospitals: A cross-sectional study in Peshawar, Pakistan. *PLoS Negl Trop Dis.* 2024;18(6):e0012238.
2. Koruk ST, Koruk I, Kutlu S. Where do we stand in the control of rabies? Knowledge and practices among physicians in a health district in Turkey. *Wilderness Environ Med.* 2011;22(2):151-155.
3. Gönen I, Soysal A, Topuzoğlu A, Bakir M. Clinical knowledge and attitudes of Turkish physicians toward rabies caused by animal bites. *Jpn J Infect Dis.* 2011;64(5):382-390.
4. Mbaipago N, Mindekem R, Oussiguere A, Moyengar R, Naïssengar K, Madjadinan A, et al. Rabies knowledge and practices among human and veterinary health workers in Chad. *Acta Trop.* 2020;202:105180.
5. Shaban MAA, Sidahmed TSM, Elobied HES, Omer MME, Yusuf AAA, El-Haj AMOK, et al. Assessment of the awareness of rabies, rabies prophylaxis guidelines and rabies practice among physicians in Sudan: a national cross-sectional study, 2024. *BMC Public Health.* 2025;25(1):892.

OP-60

Toplumda Tetanoz Aşısı ve Hastalığına Yönelik Bilgi Ve Farkındalık Düzeyinin Değerlendirilmesi Kesitsel Bir Anket Çalışması

Müge Yenigün¹

GİRİŞ

Tetanoz, *Clostridium tetani* tarafından üretilen güçlü bir nörotoksinin etkisiyle gelişen, aşı ile önlenabilir olmasına rağmen tedavi edilmediğinde yüksek mortalite oranlarına sahip ciddi bir enfeksiyon hastalığıdır. Küresel ölçekte yürütülen etkin aşılama programlarına rağmen, özellikle erişkin popülasyonda tetanoz aşılama oranlarının ve rapel dozlarla ilişkin bilgi düzeyinin yetersiz olduğu bildirilmektedir [1,2].

Türkiye’de tetanoz hastalığına yönelik genel farkındalık düzeyinin görece yüksek olduğu, ancak hastalığın önlenmesine yönelik ayrıntılı bilgi düzeyi ve düzenli aşılama davranışının istenen seviyede olmadığı gösterilmiştir [1,3]. Erişkin bireylerde aşıya ilişkin bilgi eksikliği ve olumsuz tutumların, aşılama oranlarını doğrudan etkileyen önemli faktörler arasında yer aldığı bilinmektedir [2].

Bu bağlamda, erişkinlerde tetanoz hastalığı ve aşısına yönelik bilgi düzeyinin belirlenmesi ve bu bilginin sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin ortaya konması, hedefe yönelik koruyucu sağlık stratejilerinin geliştirilmesi açısından kritik önem taşımaktadır. Bu çalışmada, toplumda tetanoz hastalığı ve aşısına ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyinin değerlendirilmesi ile bu düzeyin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Bu kesitsel anket çalışması 04–18 Mart 2026 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya 18 yaş ve üzeri toplam 48 gönüllü katılımcı dahil edilmiştir.

Veri toplama aracı olarak; katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, tetanoz aşılama öykülerini ve tetanoz hastalığına ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmeye yönelik, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş bir anket formu kullanılmıştır. Anket formu, tetanoz hastalığı ve aşısına ilişkin toplam 10 bilgi sorusundan oluşmaktadır. Her doğru yanıt 1 puan olarak değerlendirilmiş olup, katılımcıların toplam bilgi puanı 0–10 aralığında hesaplanmıştır.

Elde edilen verilerin istatistiksel analizi kapsamında, sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro–Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Bilgi puanlarının normal dağılıma uymadığı saptandığından ($p=0,0004$), iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann–Whitney U testi, üç ve üzeri grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal–Wallis testi kullanılmıştır. Ordinal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

¹ Uzm. Dr., Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi, ORCID: 0000-0001-8079-3669

BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $33,4 \pm 11,6$ yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların %68,8'i kadın, %41,7'si üniversite mezunu ve %56,2'si aktif olarak çalışan bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların %81,2'si daha önce tetanoz aşısı yaptırdığını hatırladığını belirtmiştir.

Katılımcıların tetanoz hastalığı ve aşısına ilişkin bilgi puanı ortalaması $6,73 \pm 2,46$ olarak bulunmuştur. Bilgi sorularına verilen yanıtlar incelendiğinde, en yüksek doğru yanıt oranlarının; yaralanma sonrası aşı gerekliliğine hekimin karar vermesi (%89,6), paslı çivinin tetanoz açısından risk oluşturduğu (%87,5) ve tek doz aşının ömür boyu koruma sağlamadığı (%85,4) ifadelerinde olduğu görülmüştür. Buna karşın, tetanoz aşısının ciddi yan etkilerinin sık görülmediği bilgisi yalnızca %31,2 oranında, aşının her 10 yılda bir rapel doz gerektirdiği bilgisi ise %54,2 oranında doğru yanıtlanmıştır.

Eğitim düzeyine göre bilgi puanları karşılaştırıldığında, Kruskal–Wallis testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($H=10,811$; $p=0,028$). Spearman korelasyon analizi sonucunda ise eğitim düzeyi arttıkça bilgi puanının da arttığı belirlenmiştir ($\rho=0,375$; $p=0,009$). Üniversite mezunlarının ortalama bilgi puanı $7,85 \pm 1,57$ iken, ilkokul mezunlarında bu değer $5,20 \pm 1,30$ olarak bulunmuştur.

Cinsiyet ($p=0,098$), çalışma durumu ($p=0,166$) ve önceki aşılama öyküsü ($p=0,107$) açısından bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 1).

TABLE 1. Sosyodemografik Özelliklere Göre Bilgi Puanı Dağılımı

Değişken	n (%)	Puan (ort ± SS)	p değeri
Cinsiyet			0,098 ^a
Kadın	33 (%68,8)	6,42±2,39	
Erkek	15 (%31,2)	7,40±2,56	
Eğitim Düzeyi			0,028 ^b
İlkokul	5 (%10,4)	5,20±1,30	
Ortaokul	2 (%4,2)	7,00±1,41	
Lise	15 (%31,2)	5,80±2,78	
Üniversite	20 (%41,7)	7,85±1,57	
Lisansüstü	6 (%12,5)	6,50±3,73	
Çalışma Durumu			0,166 ^a
Çalışıyor	27 (%56,2)	7,15±2,36	
Çalışmıyor	21 (%43,8)	6,19±2,52	
Aşı Öyküsü			0,107 ^b
Hatırlıyor	39 (%81,2)	7,05±2,29	
Hatırlamıyor	5 (%10,4)	5,60±1,52	
Emin değil	4 (%8,3)	5,00±4,16	

^aMann-Whitney U testi; ^bKruskal-Wallis testi; SS: standart sapma

TARTIŞMA

Çalışmamızda toplumun tetanoz bilgi ve farkındalık düzeyi orta-iyi seviyede saptanmış olup, katılımcıların büyük bir kısmının 6 puan ve üzerinde skor aldığı belirlenmiştir. Bu bulgu, toplumda temel düzeyde bir farkındalığın mevcut olduğunu, ancak belirli konularda önemli bilgi eksikliklerinin sürdüğünü göstermektedir.

Karaoğlu ve arkadaşlarının İstanbul'da 182 erişkin üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, tetanozun erişkinlerde en fazla bilinen aşı olduğu saptanmış ve eğitim düzeyi arttıkça tetanoz bilgisinin anlamlı şekilde yükseldiği bildirilmiştir [1]. Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi ile bilgi puanı arasında hem Kruskal–Wallis testi ($p=0,028$) hem de Spearman korelasyon analizi ($\rho=0,375$; $p=0,009$) ile tutarlı bir pozitif ilişki gösterilmiştir.

Ahmad Hamidi ve arkadaşlarının İstanbul'da 251 yatan hasta üzerinde yürüttüğü nokta prevalans çalışmasında, eğitim düzeyinin hem tetanoz bilgi düzeyi ($p=0,04$) hem de aşılama oranı ($p=0,006$) ile doğrudan ilişkili olduğu ortaya konmuştur [3]. Çalışmamızda üniversite mezunlarının belirgin şekilde daha yüksek bilgi puanına sahip olduğu görülmüş olup, elde edilen bulgular her iki ulusal çalışmanın sonuçlarıyla uyum göstermektedir. Rencken ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde 417.473 erişkini kapsayan geniş ölçekli çalışmasında da dört yıl ve üzeri üniversite eğitimi alan bireylerin güncel tetanoz aşılama oranına sahip olma olasılığının anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiştir ($aOR=1,31$) [4]. Aynı çalışmada işsiz bireylerde aşılama oranlarının daha düşük olduğu bildirilmişken, bizim çalışmamızda çalışma durumuna göre anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durumun, örneklem büyüklüğünün sınırlı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda en düşük doğru yanıt oranlarının aşı yan etkilerine (%31,2) ve 10 yıllık rapel doz gerekliliğine (%54,2) ilişkin sorularda elde edilmesi dikkat çekicidir. Akmatov ve arkadaşlarının Almanya'da 1.698 erişkin ile yürüttüğü panel çalışmasında, tetanoz rapel doz bilgisi %80 düzeyinde saptanmış ve yetersiz bilginin aşılama riskini 1,5 ila 5 kat artırdığı gösterilmiştir [2]. Türkiye ile Almanya arasındaki bu belirgin farkın, koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik eğitim ve bilgilendirme politikalarındaki yapısal farklılıklarla ilişkili olabileceği değerlendirilmektedir.

Ayub ve arkadaşlarının Pakistan'da 378 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirdiği kesitsel çalışmada, katılımcıların %68,3'ünün gerekli doz sayısını bilmediği ve cinsiyetin bilgi düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı ($p=0,063$) raporlanmıştır [5]. Benzer şekilde, bizim çalışmamızda da cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olup ($p=0,098$), bu bulgu literatür ile uyumludur.

SONUÇ

Toplumda tetanoz farkındalığı genel olarak kabul edilebilir düzeyde olmakla birlikte, özellikle rapel doz gereksinimi ve aşının güvenlik profiline ilişkin bilgi eksikliklerinin devam ettiği görülmektedir. Bu bulgular, söz konusu alanlara yönelik hedefli eğitim müdahalelerine ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Eğitim düzeyinin bilgi puanı üzerindeki belirleyici etkisi, sağlık okuryazarlığı düşük gruplara yönelik özelleştirilmiş ve erişilebilir bilgilendirme programlarının geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tetanoz, Clostridium tetani, Halk Sağlığı, Aşı, Tetanoz Hastalığı

KAYNAKLAR

- [1] Karaoğlu, S. A., Gelmez Taş, B., & Toprak, D. (2022). Adult vaccine-related knowledge, attitudes, and behaviors in Turkey. *Clinical and Experimental Vaccine Research*, *11*(2), 133–140. <https://doi.org/10.7774/cevr.2022.11.2.133>
- [2] Akmatov, M. K., Rübsamen, N., Deyneko, I. V., Karch, A., & Mikolajczyk, R. T. (2018). Poor knowledge of vaccination recommendations and negative attitudes towards vaccinations are independently associated with poor vaccination uptake among adults—Findings of a population-based panel study in Lower Saxony, Germany. *Vaccine*, *36*(18), 2417–2426. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.03.050>
- [3] Ahmad Hamidi, A., Gelmez Taş, B., Gündüz, A., Nur Çelebi, S., Esen, E. S., Toprak, D., et al. (2018). Immunization rates of pneumococcal, influenza and tetanus vaccines and knowledge and attitudes of adult patients who receive inpatient treatment at hospital: Point prevalence study. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, *14*(11), 2649–2653. <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1489187>
- [4] Rencken, C. A., Dunsiger, S., Gjelsvik, A., & Amanullah, S. (2020). Higher education associated with better national tetanus vaccination coverage: A population-based assessment. *Preventive Medicine*, *134*, 106063. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106063>
- [5] Ayub, F., Saleem, W., Shahid, M. A., Hussain Khan, M. A., Suleiman, A. K., Akram, L., et al. (2024). Revitalizing tetanus vaccine literacy post road accidents: A comprehensive examination of knowledge and awareness initiative among non-medical university students in Lahore, Pakistan. *Frontiers in Immunology*, *15*, 1468356. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1468356>

OP-61

Acil Serviste Akut Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hastaların Klinik Özellikleri ve Sonlanımlarının Değerlendirilmesi

Ramiz Yazıcı¹, Bensu Bulut², Hüseyin Mutlu³

GİRİŞ

Akut böbrek yetmezliği (ABY), böbrek fonksiyonlarının ani biçimde bozulmasıyla karakterize, mortalite ve morbidite açısından ciddi sonuçlara yol açan klinik bir tablodur. Acil servisler, toplum kökenli ABY olgularının ilk tanı aldığı ve tedavi sürecinin başlatıldığı birincil sağlık birimleridir. Güncel çalışmalar acil servise başvuran hastaların yaklaşık %10'unda ABY saptandığını ortaya koymaktadır [1]. ABY gelişen hastaların önemli bir kısmında kronik böbrek hastalığı (KBH), hipertansiyon ve diyabet gibi komorbiditeler bulunmakta ve bu faktörler klinik gidişatı olumsuz yönde etkilemektedir [2,3]. Nefroloji konsültasyonunun zamanında yapılması, renal replasman tedavisi gereksiniminin azaltılması ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir [4]. Bu çalışmada acil serviste ABY tanısı alan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin, tedavi süreçlerinin ve klinik sonlanımlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Bu retrospektif çalışma, 01 Ocak 2026 – 31 Ocak 2026 tarihleri arasında acil servise başvuran ve akut böbrek yetmezliği tanısı konulan 42 hastayı kapsamaktadır. Hastaların yaş, cinsiyet, bilinen kronik böbrek hastalığı öyküsü, eşlik eden komorbid hastalıklar (hipertansiyon, diyabetes mellitus, konjestif kalp yetmezliği, malignite), dahiliye ve nefroloji konsültasyonu durumu, hemodiyaliz gereksinimi, acil serviste kalış süresi, klinik sonlanım (taburcu, servise yatış, yoğun bakıma yatış, sevk, acilde exitus) ve mortalite verileri kaydedilmiştir. İstatistiksel analizlerde sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Fisher exact testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 42 hastanın yaş ortalaması $74,7\pm 13,1$ yıl olup hastaların %54,8'i (n=23) erkek, %45,2'si (n=19) kadındı (Tablo 1). Komorbidite değerlendirmesinde en sık hipertansiyon (%59,5), ardından diyabetes mellitus (%40,5) ve konjestif kalp yetmezliği (%28,6) saptanmıştır. Bilinen KBH öyküsü %14,3 oranındaydı. Dahiliye konsültasyonu hastaların %90,5'ine, nefroloji konsültasyonu %31,0'ine istenmiştir. Hemodiyaliz gereksinimi %33,3 (n=14) oranında gelişmiştir. Klinik sonlanım açısından hastaların %21,4'ü taburcu, %21,4'ü servise, %26,2'si yoğun bakıma yatırılmış, %28,6'sı sevk edilmiş ve %2,4'ü acilde exitus olmuştur. Genel mortalite oranı %9,5 (n=4) olarak hesaplanmıştır.

Analitik değerlendirmede, KBH öyküsü olan hastalarda mortalite oranı (%50,0; 3/6) KBH öyküsü olmayanlara (%2,8; 1/36) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Fisher exact

¹ Doç. Dr., Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 0000-0001-9210-914X

² Doç. Dr., Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 0000-0002-5629-3143

³ Doç. Dr., Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, 0000-0002-1930-3293

test; OR=35,0; p=0,006). KBH öyküsü olan hastalarda yoğun bakım yatış oranı da anlamlı olarak fazlaydı (Fisher exact test; OR=8,28; p=0,032). Nefroloji konsültasyonu yapılan hastalarda hemodiyaliz gereksinimi, yapılmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Fisher exact test; OR=6,13; p=0,014). Mann-Whitney U testi ile değerlendirildiğinde, mortalite gelişen ve gelişmeyen hastalar arasında yaş (79,2 vs 74,2; p=0,577) ve kalış süresi (8,5 vs 6,6 saat; p=0,310) açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 1. Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Değişken	Sonuç
Toplam hasta, n	42
Yaş (ort±SS), yıl	74,7 ± 13,1
Cinsiyet (Erkek/Kadın), n (%)	23 (54,8) / 19 (45,2)
Komorbiditeler	
Bilinen KBH, n (%)	6 (14,3)
Hipertansiyon, n (%)	25 (59,5)
Diyabetes mellitus, n (%)	17 (40,5)
Konjestif kalp yetmezliği, n (%)	12 (28,6)
Malignite, n (%)	6 (14,3)
Konsültasyon ve Tedavi	
Dahiliye konsültasyonu, n (%)	38 (90,5)
Nefroloji konsültasyonu, n (%)	13 (31,0)
Hemodiyaliz gereksinimi, n (%)	14 (33,3)
Sonlanım	
Kalış süresi (ort±SS), saat	6,8 ± 3,4
Taburcu, n (%)	9 (21,4)
Servise yatış, n (%)	9 (21,4)
Yoğun bakıma yatış, n (%)	11 (26,2)
Sevk, n (%)	12 (28,6)
Acilde exitus, n (%)	1 (2,4)
Mortalite, n (%)	4 (9,5)

KBH: Kronik böbrek hastalığı; SS: Standart sapma

TARTIŞMA

Çalışmamızda acil serviste ABY tanısı alan hastaların büyük çoğunluğunun ileri yaşta ve çoklu komorbiditeye sahip bireylerden oluştuğu, klinik sonlanımların altta yatan KBH varlığından belirgin biçimde etkilendiği ortaya konmuştur. Hastalarımızın yaş ortalamasının 74,7 yıl olması ve erkek baskınlığı göstermesi, acil servis ABY popülasyonunun bilinen demografik profilini yansıtmaktadır.

Ehmann ve arkadaşlarının beş farklı acil serviste 178.927 başvuruyu incelediği geniş ölçekli çok merkezli çalışmada, toplum kökenli ABY oranı %10,4 olarak bildirilmiş ve ABY'nin hastaneye yatış, diyaliz başlatılması ve ölüm riskini anlamlı düzeyde artırdığı gösterilmiştir [1]. Çalışmamızdaki %9,5'lik mortalite oranının literatürde bildirilen %17-24 aralığının altında kalması, merkezimizin etkin acil servis yönetimini yansıtan önemli bir bulgudur.

Çalışmamızın en dikkat çekici bulgusu, bilinen KBH öyküsünün mortalite üzerindeki güçlü etkisidir. KBH öyküsü olan hastalardaki %50 mortalite oranı, olmayanlardaki %2,8 ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır (OR=35,0; p=0,006). Abdalrahim ve arkadaşlarının 826 kritik hasta üzerinde yürüttükleri çok merkezli retrospektif çalışmada, önceden var olan KBH'nin ABY geliştiğinde mortalite riskini bağımsız olarak artırdığı (düzeltilmiş OR: 1,68; p<0,01) ve en yüksek ölüm oranlarının KBH grubunda gözlemlendiği belirlenmiştir [2]. Çalışmamızdaki odds oranının belirgin biçimde yüksek olması, küçük örneklem büyüklüğü ve acil servis popülasyonunun kendine özgü yapısıyla açıklanabilir; ancak her iki çalışma da KBH-ABY birlikteliğinin prognostik önemini net biçimde ortaya koymaktadır.

KBH öyküsünün yoğun bakım yatışıyla da güçlü biçimde ilişkili olduğu saptanmıştır (OR=8,28; p=0,032). White ve arkadaşlarının Avustralya'daki 12 yoğun bakım ünitesinde 84.240 yatışı kapsayan çok merkezli çalışmasında, KBH'li hastalarda sepsisle ilişkili ABY oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu (%21'e karşı %14; p<0,001), bu hastaların daha yaşlı ve daha fazla renal replasman tedavisi gerektirdiği bildirilmiştir [3]. Çalışmamızda da yoğun bakıma alınan hastaların yaş ortalamasının daha yüksek olması (79,8'e karşı 72,9) bu bulgularla paralellik göstermektedir.

Nefroloji konsültasyonu yapılan hastalarda hemodiyaliz gereksiniminin anlamlı düzeyde yüksek bulunması (OR=6,13; p=0,014), konsültasyonun klinik olarak ağır seyirli hastalara doğru endikasyonla yönlendirildiğinin bir göstergesidir. Chávez-Íñiguez ve arkadaşlarının 288 ABY hastasını prospektif olarak takip ettiği çalışmada, nefroloji ekibinin erken sıvı ayarlaması müdahalesinin renal replasman tedavisi başlatma riskini %42 oranında azalttığı saptanmıştır (OR: 0,58; p≤0,001) [4]. Merkezimizin %31'lik nefroloji konsültasyon oranı, uluslararası literatürde bildirilen %10-20 oranlarının üzerinde olup güçlü multidisipliner yaklaşımın göstergesidir.

Hemodiyaliz gereksinimi çalışmamızda %33,3 olarak bulunmuştur. Jaryal ve arkadaşlarının diyaliz gerektiren ABY hastalarını incelediği tek merkezli prospektif çalışmada, olguların %90,6'sının toplum kökenli ABY olduğu ve hastane içi mortalitenin %29,7'ye ulaştığı raporlanmıştır [5]. Çalışmamızdaki hemodiyaliz oranının nispeten yüksek olması, merkezimizin bölgesel referans hastane konumunda olması ve ağır seyirli hastaların daha sık yönlendirilmesiyle ilişkilendirilebilir.

SONUÇ

Bu çalışma, acil serviste ABY tanısı alan hastaların ileri yaşta ve çoklu komorbiditeye sahip bireylerden oluştuğunu, bilinen KBH öyküsünün hem mortalite hem de yoğun bakım yatışı açısından güçlü bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur. Merkezimizin düşük mortalite oranı (%9,5) ve yüksek nefroloji konsültasyon oranı (%31) etkin bir multidisipliner acil servis yönetiminin göstergesidir. ABY hastalarının erken dönemde KBH açısından taranması ve risk tabanlı triaj yaklaşımlarının yaygınlaştırılması klinik sonuçları iyileştirebilir.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek yetmezliği, Acil servis, Klinik sonlanım, Komorbidite, Mortalite

Kaynaklar

1. Ehmann MR, Klein EY, Zhao X, et al. Epidemiology and clinical outcomes of community-acquired acute kidney injury in the emergency department: a multisite retrospective cohort study. *Am J Kidney Dis.* 2024;83(6):762-771.e1.
2. Abdalrahim MS, Khalil AA, Alramly M, et al. Pre-existing chronic kidney disease and acute kidney injury among critically ill patients. *Heart Lung.* 2020;49(5):626-629.
3. White KC, Bellomo R, Tabah A, et al. Sepsis-associated acute kidney injury in patients with chronic kidney disease: patient characteristics, prevalence, timing, trajectory, treatment and associated outcomes. *Nephrology (Carlton).* 2024;29(12):838-848.
4. Chávez-Íñiguez JS, Maggiani-Aguilera P, Pérez-Flores C, et al. Nephrologist interventions to avoid kidney replacement therapy in acute kidney injury. *Kidney Blood Press Res.* 2021;46(5):629-638.
5. Jaryal A, Vikrant S, Gupta D. Epidemiology and outcomes of dialysis requiring acute kidney injury: a single-center study. *Ther Apher Dial.* 2022;26(3):594-600.

OP-62

Acil Tıp Hekimlerinin Prosedürel Sedasyon ve Analjezi Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Anket Çalışması

Murat Tuğra Kösa¹

GİRİŞ

Prosedürel sedasyon ve analjezi (PSA), acil servislerde ağırlı girişimler sırasında hasta konforunu sağlamak amacıyla uygulanan temel bir klinik beceridir. Uluslararası çalışmalarda hekimlerin PSA bilgi düzeylerinin %54–66 aralığında kaldığı bildirilmiştir ^[3,5]. Kapnografi kullanımı, ajan farmakolojisi ve sedasyon değerlendirme gibi alanlarda belirgin eksiklikler tanımlanmış olup yapılandırılmış eğitim programlarının bilgi düzeyini anlamlı ölçüde yükselttiği gösterilmiştir ^[1,5]. Türkiye'de acil tıp hekimlerinin PSA bilgi düzeyini değerlendiren kesitsel bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma, hekimlerin PSA bilgi, tutum ve uygulama pratiklerini değerlendirmeyi; bilgi düzeyinin deneyim, eğitim ve unvana göre farklılaşp farklılaşmadığını ortaya koymayı amaçlamaktadır.

MATERYAL VE METOD

Bu kesitsel çalışma, 06–18 Mart 2026 tarihleri arasında çevrimiçi anket aracılığıyla yürütüldü. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 19 acil tıp hekimi dahil edildi. Anket; demografik bilgiler, 10 bilgi sorusu (0–13 puan), 5 tutum ifadesi (5'li Likert) ve uygulama pratiklerinden oluşturuldu. Analizde tanımlayıcı istatistikler, tek örneklem t-testi (%60 eşik değer karşılaştırması), Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi.

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması $36,6\pm 7,2$ yıl olup %57,9'u erkekti. Mesleki dağılım; %47,4 uzman, %42,1 asistan, %10,5 pratisyen şeklindeydi. Katılımcıların %63,2'si formal PSA eğitimi almıştı. Tablo 1'de bulgular özetlenmiştir.

¹ Uzm. Dr., Etlik Şehir Hastanesi, Orcid: 0000-0001-8298-0126

Tablo 1. Bilgi puanı dağılımları ve gruplar arası karşılaştırmalar

Parametre	n (%)	Ort ± SS	p
Bilgi Puanı (13 üzerinden)	19 (100)	11,32 ± 1,80	<0,001*
Yüzdeler Bilgi Puanı		%87,0	
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	11/8 (57,9/42,1)		
Mesleki Unvan			0,207**
Acil Tıp Uzmanı	9 (47,4)	11,11 ± 1,90	
Asistan Hekim	8 (42,1)	11,13 ± 1,81	
Pratisyen Hekim	2 (10,5)	13,00 ± 0,00	
PSA Eğitimi (Evet/Hayır)	12/7 (63,2/36,8)	11,17/11,57	0,696***
Aylık Uygulama (0-1 / 2-5 / ≥6)	11/5/3	11,36/12,00/10,00	0,281**
Deneyim-Puan Korelasyonu		rho = 0,167	0,493****

*Tek örneklem t-testi; **Kruskal-Wallis; ***Mann-Whitney U; ****Spearman korelasyon

Bilgi puanı 11,32±1,80 (%87,0) olarak saptandı ve %60 eşik değere göre anlamlı düzeyde yüksekti (t=8,530; p<0,001). Unvan grupları (p=0,207), eğitim durumu (p=0,696) ve deneyim süresi (rho=0,167; p=0,493) açısından anlamlı fark bulunmadı. Ajan tercihlerinde midazolam (%68,4) ve ketamin (%63,2) ön plandaydı. SpO₂ kullanımı %100, kapnografi %52,6 oranındaydı. En sık komplikasyon desatürasyon (%73,7), en önemli bariyer iş yoğunluğu (%31,6) idi. Tutum değerlendirmesinde hazırlık-izlem kritikliği (4,21±0,92/5), kapnografi katkısı (4,37±0,96/5) ve protokol gerekliliği (4,21±1,03/5) yüksek katılım aldı.

TARTIŞMA

Çalışmamızda PSA bilgi puanı %87,0 olarak saptanmış olup bu oran uluslararası literatürde sıklıkla bildirilen %54–66 aralığının belirgin üzerindedir. Norii ve arkadaşlarının Japonya'da 144 sağlık profesyoneli ile gerçekleştirdiği çalışmada eğitim öncesi bilgi düzeyi %66 olarak bildirilmiş ve yapılandırılmış yedi saatlik program sonrasında 17 puanlık artış elde edilmiştir [5]. Katılımcılarımızın %63,2'sinin daha önce formal PSA eğitimi almış olması bu yüksek düzeyin temel belirleyicisi olarak değerlendirilebilir. Kuypers ve arkadaşlarının Hollanda genelinde 191 hekimle yürüttüğü ulusal ankette kılavuz bilgisi %98,3 saptanmış, ancak eğitim eksikliği en kritik bariyer olarak vurgulanmıştır [1]. Çalışmamızda da %21,1 oranında eğitim eksikliği bariyeri bildirilmiş olup bu bulgu Kuypers ve arkadaşlarının sonuçlarıyla örtüşmektedir [1].

Uzman ve asistan hekimler arasında bilgi farkı olmaması, eğitim ve araştırma hastanesi ortamında yapılandırılmış müfredatın tüm kademelerde yeterli birikim sağladığını düşündürmektedir. Norii ve arkadaşlarının ortaya koyduğu gibi bilgi düzeyini belirleyen temel etken kideden çok eğitimin niteliğidir [5].

Midazolam ve ketaminin ön planda tercih edilmesi, Norii ve arkadaşlarının Japon kohortundaki kullanım profili ile benzerdir ^[3]. Propofol kullanımının %42,1'de kalması, Reibling ve arkadaşlarının Kaliforniya'da kurumların %43'ünde derin sedasyon kısıtlaması olduğu bulgusunu desteklemektedir ^[2].

SpO₂ kullanımının %100 olması güçlü bir izlem pratiğine işaret ederken, kapnografinin %52,6'da kalması önemli bir gelişim alanı olarak öne çıkmaktadır. Mohr ve arkadaşlarının sistematik derlemesinde sürekli kapnografi uygulamasının katastrofik advers olay oranını %40,7 azaltabileceği hesaplanmış olup bu durum kapnografinin klinik değerini açıkça ortaya koymaktadır ^[4]. Norii ve arkadaşlarının eğitim öncesi kapnografi oranı yalnızca %12 olarak bildirilmiş olup çalışmamızdaki %52,6'lık oran görece daha ileri bir uygulama düzeyini yansıtmaktadır ^[5]. Desatürasyonun en sık komplikasyon olarak bildirilmesi, Norii ve arkadaşlarının prospektif çalışmasındaki hipoksi bulgusuyla uyumludur ^[3]. Çalışmamızdaki yüksek oranlar kariyer boyunca karşılaşılan kümülatif deneyimi yansıtırken, Norii ve arkadaşlarının verileri işlem başına insidansı göstermektedir ^[3].

SONUÇ

Acil tıp hekimlerinin PSA bilgi düzeyi uluslararası standartların üzerinde saptanmıştır. Formal eğitim almış olma oranının yüksekliği bu düzeyin temel belirleyicisi olarak değerlendirilmektedir. Kapnografi kullanımının yaygınlaştırılması ve standart PSA protokollerinin oluşturulması hasta güvenliğini daha da güçlendirecektir. Daha geniş örneklerle çok merkezli çalışmalar planlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Prosedürel sedasyon, Analjezi, Acil servis, Bilgi düzeyi, Sağlık çalışanları

KAYNAKLAR

1. Kuypers MI, Smits GJP, Valkenet SC, Thijssen WAMH, Plötz FB. Procedural sedation and analgesia practices by emergency physicians in the Netherlands: a nationwide survey. *Int J Emerg Med.* 2017;10(1):33.
2. Reibling ET, Green SM, Phan T, Lopez-Gusman E, Fierro L, Davis A, et al. Emergency department procedural sedation practice limitations: a statewide California American College of Emergency Physicians survey. *Acad Emerg Med.* 2019;26(5):539-548.
3. Norii T, Homma Y, Shimizu H, Takase H, Kim SH, Nagata S, et al. Procedural sedation and analgesia in the emergency department in Japan: interim analysis of multicenter prospective observational study. *J Anesth.* 2019;33(2):238-249.
4. Mohr NM, Stoltze A, Ahmed A, Kiscaden E, Shane D. Using continuous quantitative capnography for emergency department procedural sedation: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *Intern Emerg Med.* 2018;13(1):75-85.
5. Norii T, Kimura N, Homma Y, Funakoshi H, Crandall C. A collaborative educational intervention on procedural sedation and analgesia across the Pacific. *Acute Med Surg.* 2019;6(2):109-116.

OP-63

Aile İçi Şiddet Olgularında Acil Servis Başvuru Özellikleri ve Rekürren Başvuru Analizi

Işıl Kavaklı¹

GİRİŞ

Aile içi şiddet, acil serviste yalnızca akut travmanın değil, aynı zamanda tekrar maruziyet riskinin de göz önünde bulundurulması gereken önemli bir başvuru nedenidir(1) İlk başvuru sırasında elde edilen temel klinik ve demografik veriler, hem olguların genel profilini ortaya koymak hem de sonraki başvurular açısından riskli hastaları tanımlamak için değerli olabilir(1,2)

Bu çalışmada, acil servise aile içi şiddet nedeniyle başvuran olguların temel demografik ve klinik özelliklerinin tanımlanması ve yaş, cinsiyet, başvuru zamanı, şiddet uygulayan kişi, baş-boyun yaralanması, ek değerlendirme gereksinimi ile acil servis sonlanımının 90 gün içindeki rekürren başvuru ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma, tek merkezli, retrospektif, kayıt temelli ve gözlemsel-analitik olarak yürütüldü. Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi' ne acil servisine 01.06.2025-31.12.2025 tarihler arasında aile içi şiddet nedeniyle başvuran, kayıt bilgilerine eksiksiz olarak ulaşılabilen 18 yaş ve üzeri olgular çalışmaya dahil edildi. Veriler hastane bilgi yönetim sistemi, acil servis kayıtları ve adli raporlar üzerinden geriye dönük olarak elde edildi. Aynı hastaya ait birden fazla başvuru bulunması durumunda ilk uygun başvuru indeks başvuru olarak kabul edildi; indeks başvurudan sonraki 90 gün içinde aynı hastanın yeniden acil servise başvurması rekürren başvuru olarak tanımlandı. İstatistiksel analizde sürekli değişkenler medyan (minimum–maksimum), kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunuldu. Yaş değişkeni Mann–Whitney U testi ile, kategorik değişkenler ise hücre beklenen sayılarına göre Pearson ki-kare testi veya Fisher's exact test ile karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p <0,05 olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 35 olgu dahil edildi. Olguların yaş ortancası 39 (18–82) yıl olup, %68,6'sı kadındı. Başvuruların %62,9'u mesai dışı saatlerde gerçekleşti ve olguların %74,3'ünde şiddet uygulayan kişinin eş/eski eş/partner olduğu görüldü. Baş-boyun bölgesinde yaralanma %48,6 oranında saptanırken, olguların %54,3'ü görüntüleme, konsültasyon veya gözlem gerektiren başvuru olarak değerlendirildi. Acil servis sonlanımı açısından olguların %97,1'i taburcu edilirken, %2,9'u kendi isteğiyle ayrıldı. İndeks başvurudan sonraki 90 gün içinde 14 (%40,0) olguda rekürren acil servis başvurusu saptandı. Rekürren başvurusu olan ve olmayan olgular karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, başvuru zamanı, şiddet uygulayan kişi, baş-boyun yaralanması, ek değerlendirme gereksinimi ve acil servis sonlanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0,800; p=1,000; p=0,568; p=0,712; p=0,890; p=0,782 ve p=1,000).Tablo-1de bulgular özetlenmiştir.

¹ Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 0009-0005-9217-7042

Tablo 1. Aile içi şiddet nedeniyle acil servise başvuran olguların rekürren başvuru durumuna göre demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken	Toplam (n=35)	Rekürren yok (n=21)	Rekürren var (n=14)	p
Yaş, medyan (min–maks)	39 (18-82)	43 (19-82)	38.5 (18-65)	0.800**
Cinsiyet, n (%)				
Erkek	11 (31.4)	7 (33.3)	4 (28.6)	1.000*
Kadın	24 (68.6)	14 (66.7)	10 (71.4)	
Başvuru zamanı, n (%)				
Mesai içi	13 (37.1)	7 (33.3)	6 (42.9)	0.568
Mesai dışı	22 (62.9)	14 (66.7)	8 (57.1)	
Şiddet uygulayan kişi, n (%)				
Eş/eski eş/partner	26 (74.3)	15 (71.4)	11 (78.6)	0.712
Diğer aile bireyi	9 (25.7)	6 (28.6)	3 (21.4)	
Baş-boyun yaralanması, n (%)				
Yok	18 (51.4)	11 (52.4)	7 (50)	0.890
Var	17 (48.6)	10 (47.6)	7 (50)	
Ek değerlendirme gereksinimi, n (%)				
Sadece muayene ile taburcu	16 (45.7)	10 (47.6)	6 (42.9)	0.782
Görüntüleme/konsültasyon/gözlem	19 (54.3)	11 (52.4)	8 (57.1)	
Acil servis sonlanması, n (%)				
Taburcu	34 (97.1)	20 (95.2)	14 (100)	1.000*
Kendi isteğiyle ayrılma	1 (2.9)	1 (4.8)	0 (0)	
Pearson ki-kare *Fisher-exact test **Mann–Whitney U				

TARTIŞMA

Bu çalışmada, aile içi şiddet nedeniyle acil servise başvuran olgularda 90 gün içinde rekürren başvuru oranının %40 gibi dikkat çekici bir düzeyde olduğu saptanmıştır. Aile içi şiddetin süreklilik gösteren ve tekrar riski yüksek bir sorun olduğu, acil servislerin bu olgular için önemli bir temas noktası oluşturduğu literatürde de vurgulanmaktadır (1,2). Özellikle partner şiddetine maruz kalan bireylerin, farklı klinik yakınmalarla tekrar tekrar acil servislere başvurabildiği bildirilmiştir (3).

Çalışmamızda olguların çoğunluğunu kadınların oluşturması ve şiddet uygulayan kişinin büyük oranda eş/eski eş/partner olması, önceki çalışmalarda bildirilen epidemiyolojik verilerle uyumludur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre kadınların yaşam boyu partner şiddetine maruz kalma oranları küresel düzeyde yüksektir ve bu durum acil servis başvurularına da yansımaktadır (4). Bununla birlikte, rekürren başvuru açısından cinsiyetin anlamlı bir belirleyici olmaması, tekrar başvuru riskinin yalnızca demografik özelliklerle açıklanamayacağını düşündürmektedir.

Başvuruların büyük bölümünün mesai dışı saatlerde gerçekleşmesi, aile içi şiddet olaylarının ev içi etkileşimin yoğun olduğu zaman dilimlerinde daha sık ortaya çıktığını düşündürmektedir. Benzer şekilde, acil servis başvurularının zamanlaması ile ilgili önceki çalışmalar, aile içi şiddet olgularının sıklıkla gece saatleri ve hafta sonlarında başvurduğunu bildirmiştir (5). Ancak çalışmamızda başvuru zamanının rekürren başvuru ile ilişkili bulunmaması, tekrar başvuruların daha çok bireysel ve sosyal faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Baş-boyun yaralanması ve ek değerlendirme gereksinimi gibi klinik göstergelerin rekürren başvuru ile ilişkili bulunmaması dikkat çekicidir. Literatürde, fiziksel yaralanmanın şiddetinden bağımsız olarak psikolojik travma, sosyal destek eksikliği ve güvenli yaşam koşullarının sağlanamamasının tekrar başvurular üzerinde daha belirleyici olduğu belirtilmektedir (6,7). Bu durum, acil serviste yalnızca fiziksel yaralanmaya odaklanan bir yaklaşımın, rekürren başvuruları önlemede yetersiz kalabileceğini göstermektedir.

Acil servis sonlanımı açısından olguların neredeyse tamamının taburcu edilmiş olması, aile içi şiddet olgularında hastaneye yatış oranlarının genellikle düşük olduğu önceki çalışmalarla uyumludur (3,8). Bununla birlikte, taburculuk sonrası yeterli yönlendirme ve destek sağlanamayan hastaların tekrar şiddete maruz kalma ve yeniden başvurma riskinin arttığı bilinmektedir (2,6). Bu bağlamda, acil servislerin yalnızca akut tıbbi müdahale değil, aynı zamanda ikincil korunma ve yönlendirme açısından da kritik bir rolü bulunmaktadır.

Çalışmamızda, ilk başvuruda kolaylıkla elde edilebilen temel demografik ve klinik değişkenlerin hiçbirinin rekürren başvuruyu öngörmeye anlamlı bulunmaması, literatürde de sıkça vurgulanan bir durumu yansıtmaktadır. Birçok çalışmada, standart klinik değişkenlerin tekrar başvuruları öngörmeye yetersiz kaldığı; buna karşılık yapılandırılmış tarama araçları, risk değerlendirme ölçekleri ve travma odaklı yaklaşımların daha etkili olabileceği belirtilmiştir (7,9).

Bu çalışmanın tek merkezli ve retrospektif tasarımı ile sınırlı örneklem büyüklüğü, sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Bununla birlikte, aile içi şiddet olgularında rekürren acil servis başvurularına odaklanması ve günlük pratikte kolaylıkla elde edilen değişkenleri değerlendirmesi, çalışmanın klinik önemini artırmaktadır. Gelecekte yapılacak daha geniş örneklemliler ve prospektif çalışmaların, psikososyal değişkenleri ve yapılandırılmış risk değerlendirme araçlarını da içermesi yararlı olacaktır.

SONUÇ

Aile içi şiddet nedeniyle acil servise başvuran olgularda 90 gün içindeki rekürren başvuru oranı dikkat çekici düzeydedir. Bununla birlikte bu çalışmada, ilk başvuru sırasında kolaylıkla elde edilebilen temel demografik ve klinik değişkenlerin rekürren başvuruyu ayırt etmede anlamlı bir katkı sağlamadığı görüldü. Daha geniş örneklemliler çalışmalara ihtiyaç olmakla birlikte, acil serviste bu hasta grubuna yönelik dikkatli değerlendirme ve uygun yönlendirme süreçlerinin sürdürülmesi önemini korumaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aile içi şiddet, Acil servis, Rekürren başvuru, Yaralanma, Klinik sonlanım

KAYNAKLAR

1. Choo, E. K., & Houry, D. E. (2015). Managing intimate partner violence in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 65(4), 447–451.
2. Duchesne, E., Ross, A. N., Lewis, J., et al. (2026). Improving care for intimate partner violence in the emergency department. *BMC Emergency Medicine*, 26, 40.
3. Janssen, P. A., & Mackay, K. (n.d.). Prediction of repeat visits by victims of intimate partner violence to a trauma centre. *Journal of Interpersonal Violence*.
4. World Health Organization. (2025). *Violence against women prevalence estimates, 2023*. Geneva, Switzerland: Author.
5. Btoush, R., Campbell, J. C., & Gebbie, K. (2008). Visits coded as intimate partner violence in emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 34(5), 419–427.
6. Duchesne, E., Nathoo, A., Walker, M., & Bartels, S. A. (2023). Patient and provider emergency care experiences related to intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 2901–2921.
7. Teichman, A. L., Bonne, S., Rattan, R., et al. (2023). Screening and intervention for intimate partner violence at trauma centers and emergency departments. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 8, e001041.
8. Dearwater, S. R., Coben, J. H., Campbell, J. C., et al. (1998). Prevalence of intimate partner abuse in women treated at emergency departments. *JAMA*, 280(5), 433–438.
9. Ziola, E. A., Gimenez, M. A., Stevenson, A. P., & Newberry, J. A. (2024). The role of emergency medicine in intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*.

OP-64

Warfarin Kullanımına Bağlı Spontan İntramural Bağırsak Hematomu: İki Olgu Sunumu

Alperen Yıldız¹ & Hacı Mehmet Çalışkan² & Burak Şahin³

Özet

Giriş ve Amaç

Spontan intramural bağırsak hematomu, antikoagülan tedavinin nadir fakat ciddi bir komplikasyonudur. Özellikle yaşlanan popülasyonda artan antikoagülan kullanımı, bu durumu akut karın ağrısının ayırıcı tanısında önemli bir olasılık haline getirmektedir. Patofizyolojide, bağırsak duvarındaki submukozal damarların rüptürü ve kanamanın doku katmanlarında disseksiyonu yer alır. Bu vaka sunumu, warfarin kullanan iki yaşlı hastada gelişen spontan intramural bağırsak hematomunu, tanısal zorlukları, karakteristik görüntüleme bulgularını ve başarılı konservatif tedavi yaklaşımlarını vurgulayarak sunmayı amaçlamaktadır.

Olgu Sunumları

Birinci Vaka: 69 yaşında, mekanik mitral kapak replasmanı nedeniyle kronik warfarin tedavisi alan erkek hasta, üç gündür süren yaygın karın ağrısı ile başvurdu. Fizik muayenede yaygın hassasiyet ve defans mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde INR'nin 18.4 gibi oldukça yüksek bir seviyede olduğu görüldü. Kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografide (BT), ince bağırsak anslarında segmental duvar kalınlaşması ve mezenterik yağ dokusunda heterojenite saptandı. Hastaya taze donmuş plazma (TDP) uygulanarak antikoagülasyon etkisi tersine çevrildi. Yüksek CRP nedeniyle ampirik antibiyotik tedavisi de başlandı. Takip edilen endoskopiler normaldi. INR'si düzelen hasta, 10. günde taburcu edildi.

İkinci Vaka: 69 yaşında, derin ven trombozu nedeniyle warfarin kullanan kadın hasta, bir günlük akut karın ağrısı ile başvurdu. Fizik muayenede yaygın hassasiyet dışında özellik yoktu. Laboratuvar incelemesinde INR 9.82 olarak ölçüldü. Kontrastlı BT'de ince bağırsak anslarında hafif, yamalı tarzda duvar kalınlaşması ve lümen daralması izlendi. Genel Cerrahi konsültasyonu sonrası acil cerrahi endikasyonu olmadığı değerlendirildi. Tek ampul intravenöz K vitamini uygulanmasını takiben INR'si 2.11'e geriledi ve stabil seyreden hasta taburcu edildi.

Tartışma

Her iki vaka da warfarin kullanımına bağlı spontan intramural hematomun tipik özelliklerini yansıtmaktadır. İleri yaş, kronik antikoagülasyon ihtiyacı ve oldukça yüksek INR değerleri (18.4 ve 9.82) ortak noktalar. Her iki hastada da görülen segmental bağırsak duvar kalınlaşması ve çevre mezenterik yağ dokuda dansite artışı, intramural hematomun BT'deki karakteristik bulgularıdır. Her ne

¹ Arş. Gör. Dr., Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye, Acil Tıp, 0009-0008-9064-8316

² Doç. Dr., Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye, Acil Tıp, 0000 0001 7340 420X

³ Uzm. Dr., Ufuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, Acil Tıp, 0000-0003-3990-7374

kadar inflamatuvar barsak hastalığı veya enterit gibi durumlar ayırıcı tanıda düşünülse de antikoagülan kullanımı ve yüksek INR öyküsü tanıda belirleyici olmuştur.

Hastaların çok yüksek INR değerlerine rağmen nispeten hafif semptomlarla ve hemodinamik olarak stabil başvurmaları, klinik şüphenin önemini göstermektedir. İlk vakada yüksek CRP, enfeksiyöz/inflamatuvar nedenlerin düşünülmesine yol açmıştır. Hematom rezorpsiyonunun akut faz reaksiyonunu tetikleyebileceği akılda tutulmalıdır. Acil tıp, genel cerrahi, kalp damar cerrahisi, enfeksiyon hastalıkları ve gastroenteroloji bölümlerinin ortak yönetimi, optimal hasta sonuçlarına ulaşmada kritik rol oynamıştır. Her iki vakada da özellikle yüksek tromboemboli riski taşıyan mekanik kapaklı birinci hastada, hematom rezolüsyonu sonrası antikoagülasyonun güvenle yeniden başlanabilmesi mümkün olmuştur.

Tedavide temel yaklaşım konservatiftir. Bu yaklaşım, antikoagülasyonun (K vitamini, TDP ile) acilen tersine çevrilmesi, barsak istirahati, intravenöz sıvı desteği ve yakın klinik takibi içerir. Cerrahi müdahale, hemodinamik instabilite, perforasyon, peritonit veya konservatif tedaviye yanıt alınamayan ilerleyici obstrüksiyon durumlarında saklı tutulmalıdır.

Sonuç

Spontan intramural bağırsak hematomu, akut karın ağrısı ve yüksek INR ile başvuran antikoagülan kullanan hastalarda akla getirilmesi gereken önemli bir durumdur. Tanıda BT'nin karakteristik bulguları yol göstericidir. Konservatif tedavi, vakaların büyük çoğunluğunda başarılı olup, gereksiz cerrahi müdahaleleri önler. Klinisyenlerin bu duruma karşı farkındalığının artması, hızlı tanı ve uygun tedavi yönetimini kolaylaştıracaktır.

Giriş

Gastrointestinal sistemin intramural hematomu, nadir fakat klinik olarak anlamlı bir durum olup, bağırsak duvarına kanama, submukozal veya subserozal tabakaları disseke etmesi ve segmental duvar kalınlaşmasına yol açması ile karakterizedir (1). Travma sık bir neden oluştururken, spontan intramural hematom çoğunlukla altta yatan koagülopatisi olan hastalarda, en yaygın olarak antikoagülan tedaviye iatrojenik bağlı olarak ortaya çıkar (2). Valvüler kalp hastalığı, atriyal fibrilasyon ve tromboembolik bozuklukları olan yaşlanan popülasyonda varfarin ve diğer antikoagülanların artan kullanımı, bu durumu akut karın ağrısının ayırıcı tanısında önemli bir düşünce haline getirmiştir (3).

Patofizyoloji, bağırsak duvarının kas tabakasını delen uç arterlerin rüptürü ve ardından submukozal boşluğa kanama ile ilgilidir (4). Antikoagüle hastalarda, uluslararası normalleştirilmiş oranın (INR) terapötik aralığın ötesindeki küçük artışları bile bu tür kanamaları tetikleyebilir, ancak hematom oluşumu INR terapötik pencere içinde olsa da meydana gelebilir (5). İntramural bağırsak hematomunun bildirilen insidansı literatürde değişmektedir. Retrospektif bir epidemiyolojik çalışma, antikoagülan kullanım öyküsü olan hastalarda yılda yaklaşık 2.500 hastada bir veya tıbbi ve cerrahi servislere yapılan 20.000 hastane yatışında bir vaka insidansı bulmuştur (6). İnce bağırsak, özellikle jejunum, en sık etkilenen bölgedir (7). Klinik prezentasyon hafif karın rahatsızlığından açık intestinal obstrüksiyon, gastrointestinal kanama veya hatta hemodinamik kompromize kadar değişir, bu da uygun yönetim için hızlı tanımayı zorunlu kılar (2). Bu rapor, varfarin tedavisi alan yaşlı hastalarda iki spontan intramural bağırsak hematomu vakasını tanımlamakta, tanısal zorlukları, karakteristik görüntüleme bulgularını ve uygulanan başarılı konservatif yönetim stratejilerini vurgulamaktadır.

Olgu Sunumu 1

Altmış dokuz yaşında erkek hasta, acil servise üç günlük yaygın karın ağrısı öyküsü ile başvurdu. Tıbbi öyküsünde hipertansiyon, hiperlipidemi, üç yıl önce koroner arter baypas greftleme yapılmış koroner arter hastalığı ve altı yıl önce mitral kapak replasmanı ve triküspid kapak onarımı dikkat çekiciydi. Mekanik mitral kapak protezi nedeniyle kronik varfarin tedavisi almaktaydı. Başvurusunda Glasgow Koma Skalası 15 olan hastanın vital bulguları stabildi: kan basıncı 137/73 mmHg, kalp hızı 68 atım/dakika, oda havasında oksijen saturasyonu %95 ve ateş 36.6°C. Fizik muayenede yaygın karın hassasiyeti ve defans mevcuttu, ancak rebound hassasiyeti yoktu. Ateş, bulantı, kusma, ishal veya kabızlık öyküsü reddedildi. Rektal muayenede normal fekal materyal, gözle görülür kan olmaksızın izlendi. İlk laboratuvar değerlendirmesinde C-reaktif protein 47.9 mg/dL, hemoglobin 14.4 g/dL ve belirgin şekilde yüksek INR 18.4 idi, diğer tüm parametreler normal sınırlardaydı. Tekrarlanan INR testi, anormalliği 16.1 olarak doğruladı.

Kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi, sol üst kadranda ince bağırsak anslarını içeren kısa segment diffüz bağırsak duvarı kalınlaşması ve komşu mezenterik yağda heterojenite gösterdi. Sağ alt kadranda da benzer kısa segment duvar kalınlaşması ve çevreleyen mezenterik yağ çizgilenmesi gözlemlendi. Radyoloji raporu, intramural kanama, enfeksiyöz enterit veya inflamatuvar bağırsak hastalığı olasılığını düşündürmekteydi. Genel Cerrahi konsültasyonu, acil cerrahi müdahale gerektiren herhangi bir akut cerrahi patoloji saptamadı ve hasta Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesine yatırıldı. Hastaya koagülopatisinin düzeltilmesi için taze donmuş plazma verildi ve bunun sonucunda INR'si ertesini gün 1.52'ye düştü.

Yüksek inflamatuvar belirteç nedeniyle Enfeksiyon Hastalıkları konsültasyonu istendi ve hasta bu servise transfer edildi. Abdominal ultrasonografi, sağ alt kadranda ileuma karşılık gelen konsantrik, düzenli bağırsak duvarı kalınlaşması göstererek Crohn hastalığı veya enterit olasılığını gündeme getirdi. Siprofloksasin 500 mg günde iki kez ve metronidazol 500 mg günde üç kez ile ampirik antibiyotik tedavisi başlandı. Yönetim planı, üç gün boyunca günde iki kez enoksaparin 0.6 mL, üç gün boyunca günde bir kez varfarin 5 mg, ardından tekrarlanan INR izlemi ve Kardiyovasküler Cerrahi ile yeniden konsültasyonu içeriyordu. İnflamatuvar bağırsak hastalığını ekarte etmek için Gastroenteroloji değerlendirmesi istendi. Üç gün sonra yapılan üst gastrointestinal endoskopi ve kolonoskopi tamamen normaldi. Üç gün sonra alınan tekrar INR'si 2.8 ölçüldü ve bu durum Kardiyovasküler Cerrahinin varfarin dozunu ayarlamasına ve enoksaparinini kesmesine yol açtı. Hasta bir haftalık antibiyotik kürünü tamamladı ve onuncu hastane gününde stabil durumda taburcu edildi.

Olgu Sunumu 2

Altmış dokuz yaşında kadın hasta, acil servise bir günlük akut karın ağrısı öyküsü ile başvurdu. Tıbbi öyküsünde hipertansiyon, hipotiroidi ve dört ay önce konulmuş derin ven trombozu tanısı mevcuttu ve bu nedenle varfarin tedavisi almaktaydı. İlk değerlendirmede Glasgow Koma Skalası 15 olan hastanın vital bulguları: kan basıncı 110/64 mmHg, kalp hızı 71 atım/dakika, oksijen saturasyonu %96 ve ateş 36.5°C idi. Fizik muayenede yaygın karın hassasiyeti, defans veya rebound yoktu. Rektal muayene normal fekal materyal ile olağandı. Laboratuvar çalışmaları hemoglobin 11.8 g/dL ve INR 9.82 olup, diğer tüm parametreler normal sınırlardaydı.

Kontrastlı abdominal BT, ince bağırsak anslarını içeren hafif, yamalı bağırsak duvarı kalınlaşması, ilişkili lümen daralması ve etkilenen segmentleri çevreleyen minimal mezenterik heterojenite gösterdi. Bulgular, intramural kanama veya enterit düşündürülen olarak rapor edildi. Genel Cerrahi konsültasyonu, acil cerrahi müdahale endikasyonunu ekarte etti. Kardiyovasküler Cerrahi, intravenöz K vitamini (bir ampul) uygulanmasını önerdi. K vitamini uygulamasını takiben, tekrarlanan tam kan sayımı hemoglobinde anlamlı bir düşüş olmaksızın 11.3 g/dL olarak stabildi ve tekrarlanan INR 2.11 ölçüldü.

Hasta, devam eden antikoagülasyon yönetimi için Kardiyovasküler Cerrahi ile ayaktan takip talimatıyla evine taburcu edildi.

Tartışma

Spontan intramural bağırsak hematomu, antikoagülan tedavinin nadir fakat potansiyel olarak ciddi bir komplikasyonudur ve klinisyenlerin akut karın ağrısı ve terapötik üstü INR ile başvuran hastalarda dikkate alması gereken bir durumdur (3). Burada sunulan iki olgu, tipik klinik senaryoyu göstermektedir: kronik varfarin antikoagülasyonu gerektiren önemli kardiyak veya tromboembolik öyküsü olan, karın ağrısı ve aşırı antikoagülasyonun laboratuvar kanıtı ile başvuran yaşlı hastalar. Her iki hasta da belirgin şekilde yüksek INR (sırasıyla 18.4 ve 9.82) ve segmental bağırsak duvarı kalınlaşması ile ilişkili mezenterik değişikliklerin karakteristik BT bulgularını gösterdi, ancak hiçbir cerrahi müdahale gerektirmedi ve her ikisi de antikoagülasyonun geri çevrilmesi ve destekleyici bakım dahil konservatif yönetim ile iyileşti.

Antikoagüle hastalarda intramural hematoma patogenezi, submukozal damar pleksusundan kanamayı içerir ve kanama bağırsak duvarı içindeki doku düzlemleri boyunca disseke olur (4). Hematom, bağırsak lümenini tehlikeye atacak kadar genişleyerek obstrüktif semptomlar üretebilir veya iskemik komplikasyonlara neden olacak kadar uzun bağırsak segmentini içerecek şekilde uzanabilir. Abbas ve arkadaşları, spontan ince bağırsak hematoma 13 hastayı içeren derlemelerinde, karın ağrısının evrensel olduğunu ve intestinal obstrüksiyonun 11 hastada (%85) meydana geldiğini, başvuru sırasında ortalama semptom süresinin dört gün olduğunu bulmuşlardır (2). Antikoagüle hastalarında ortalama INR 11.6 idi ve bu bizim olgularımızda gözlenen değerlerle karşılaştırılabilir düzeydedir. Daha da önemlisi, nonoperatif yönetimin çoğu hastada iyi sonuçlar verdiğini, sadece ikisinin eksploratuar cerrahi gerektirdiğini ve hiçbir bağırsak rezeksiyonu yapılmadığını göstermişlerdir.

Antikoagüle hastalarda intramural hematoma insidansı bazı serilerde %2 ila %4 olarak bildirilmiştir (8). Risk faktörleri arasında ileri yaş, aşırı antikoagülasyon yoğunluğu, tedavi süresi ve altta yatan vasküler kırılabilirlik yer alır (2). Fernandes ve arkadaşları, sol kadranda karın ağrısı ve hematokezya ile başvuran, varfarin kullanan 73 yaşında bir erkek hastada kolonun spontan intramural hematoma vakasını bildirmiş ve geçici antikoagülasyon askıya alınmasıyla konservatif yönetimin tam rezolüsyonla sonuçlandığını göstermiştir (9).

Intramural bağırsak hematoma tanısı, uygun klinik bağlamda yüksek bir şüphe indeksi gerektirir. Kesitsel görüntüleme, özellikle kontrastlı BT, bağırsak duvarı kalınlaşmasını, akut kanamayı temsil eden intramural hiperdansiteyi ve ilişkili mezenterik değişiklikleri saptamada yüksek duyarlılığı ile tercih edilen tanı yöntemidir (2). Karakteristik BT bulguları arasında sirkumferansiyel veya eksantrik bağırsak duvarı kalınlaşması, kontrastsız görüntülerde kalınlaşmış duvar içinde hiperdansite (60-70 Hounsfield ünitesi), lümen daralması ve komşu mezenterik yağda çizgilenme yer alır (2). Ultrasonografi, santral ekojenik çekirdeğe (hematomla kalınlaşmış bağırsak duvarı ile çevrili, sıkıştırılmış mukozayı temsil eden) sahip, anekoik bir halo ile çevrili yuvarlak veya tübüler, peristaltik olmayan kitleler gösterebilir (2). Ayırıcı tanı, inflamatuvar bağırsak hastalığı, enfeksiyöz enterit, iskemik bağırsak ve neoplastik süreçleri içerir, ancak antikoagülasyon ve terapötik üstü INR'nin klinik bağlamı intramural kanamayı güçlü bir şekilde destekler (10).

Burada sunulan olgular, mevcut literatüre katkıda bulunan birkaç nedenden dolayı dikkat çekicidir. Birincisi, her iki hasta da oldukça yüksek INR (18.4 ve 9.82) sergilemesine rağmen nispeten hafif semptomlar ve stabil vital bulgular ile başvurmuştur; bu, hemodinamik kompromize olmadığında dahi klinik şüphenin sürdürülmesinin önemini vurgulamaktadır. İkincisi, ilk hastanın prezentasyonu, enfeksiyöz veya inflamatuvar etiyolojileri düşündüren ve ampirik antibiyotik tedavisine yol açan, belirgin şekilde yüksek bir C-reaktif protein ile komplike olmuştur. Takip eden endoskopi ve

kolonoskopi inflamatuvar bağırsak hastalığını ekarte etmiş olsa da bu olgu, intramural kanama zemininde inflamatuvar belirteçler yükseldiğinde tanısal karışıklık potansiyelini vurgulamaktadır, çünkü hematoma rezorpsiyonu kendi başına bir akut faz yanıtını tetikleyebilir. Üçüncüsü, her iki olgu da optimal sonuçlara ulaşmada Acil Tıp, Genel Cerrahi, Kardiyovasküler Cerrahi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Gastroenterolojiyi içeren multidisipliner iş birliğinin önemini göstermektedir. Dördüncüsü, özellikle yüksek tromboembolik risk altındaki mekanik mitral kapak protezi olan ilk hastada, hematoma çözülmesini takiben her iki hastada da antikoagülasyonun başarılı bir şekilde yeniden başlatılması, hematoma çözüldükten ve koagülasyon parametreleri normale döndükten sonra tedavinin yeniden başlanması mümkün olduğunu göstermektedir.

Intramural bağırsak hematomunun yönetimi öncelikle konservatiftir ve acil antikoagülasyonun geri çevrilmesi, bağırsak istirahati, intravenöz sıvı hidrasyonu ve yakın klinik izlemi içerir (11). Geri çevirme stratejileri, her iki olgumuzda da kullanıldığı gibi, K vitamini ve taze donmuş plazma uygulamasını içerir (11). Hassan ve arkadaşları, aort kapak replasmanı olan 67 yaşında bir erkek hastada hemoperitonlu intramural ince bağırsak hematomunun benzer bir vakasını tanımlamış ve konservatif yönetim (nazogastrik tüp dekompresyonu, ağızdan hiçbir şey almama, intravenöz sıvılar ve analjezikler dahil) ile geçici varfarin kesilmesi ve taze donmuş plazma uygulaması altında hastanın 48 saat içinde belirgin şekilde iyileştiğini bildirmiştir (3). Wang ve arkadaşları, kapsamlı derlemelerinde, intravenöz K vitamini ve plazma takviyesinin etkili non-cerrahi stratejileri temsil ettiğini, cerrahi rezeksiyonun ise şiddetli obstrüksiyon, intestinal iskemi, perforasyon veya hemostatik düzeltme başarısızlığı vakalarına ayrıldığını vurgulamıştır (12). Cerrahi müdahale, vakaların yalnızca bir azınlığında gereklidir (7). Cerrahi yönetim için belirteçler arasında hemodinamik instabilite, bağırsak perforasyonu kanıtı, peritonit veya nonoperatif yönetimin başarısızlığı ile progresif obstrüktif semptomlar yer alır (2).

Sonuç

Spontan intramural bağırsak hematomu, varfarin antikoagülasyonunun nadir fakat önemli bir komplikasyonudur ve akut karın ağrısı ve terapötik üstü INR ile başvuran her hastada düşünülmelidir. Segmental bağırsak duvarı kalınlaşması, intramural hiperdansite ve mezenterik değişikliklerin karakteristik BT bulguları tanıyı destekler. K vitamini ve taze donmuş plazma ile antikoagülasyonun geri çevrilmesi, bağırsak istirahati ve destekleyici bakım dahil konservatif yönetim, hastaların büyük çoğunluğunda olumlu sonuçlara yol açar; cerrahi müdahale, komplikasyonları olan veya nonoperatif yönetimin başarısız olduğu durumlar için ayrılmıştır. Burada sunulan iki olgu, bu durumun tipik klinik prezentasyonunu, tanısal yaklaşımını ve başarılı konservatif yönetimini göstermekte, aynı zamanda multidisipliner iş birliğinin önemini ve hematoma çözülmesini takiben antikoagülasyonun güvenli bir şekilde yeniden başlatılabilirliğini vurgulamaktadır. Klinisyenler arasında bu duruma ilişkin farkındalığın artması, hızlı tanıyı kolaylaştırabilir ve gereksiz cerrahi müdahaleyi önleyebilir.

Referanslar

1. Coakley, F. V. (2010). Small bowel intramural hemorrhage. In *Pearls and pitfalls in abdominal imaging: Pseudotumors, variants and other difficult diagnoses* (pp. 200–201). Cambridge University Press.
2. Abbas, M. A., Collins, J. M., & Olden, K. W. (2002). Spontaneous intramural small-bowel hematoma: imaging findings and outcome. *American Journal of Roentgenology*, *179*(6), 1389–1394. <https://doi.org/10.2214/ajr.179.6.1791389>
3. Hajihashemi, A., Khanifar, H., & Geravandi, M. (2025). Spontaneous intramural hematoma of the small bowel in anticoagulated patients-Insights into management: A case report. *Radiology Case Reports*, *20*(10), 5189–5195. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2025.06.079>
4. El Aidaoui, K., Lahlou, W., Bourial, A., et al. (2023). Intestinal spontaneous intramural hematoma secondary to anticoagulation therapy: A case report. *Cureus*, *15*(4), e37257. <https://doi.org/10.7759/cureus.37257>
5. Özsoy, U., Angın, Y. S., & Özsoy, Z. (2020). Warfarin kullanımına bağlı intramural ince barsak hematomu: Nadir bir olgu sunumu. *Bozok Tıp Dergisi*, *10*(4), 135–137.
6. Bettler, S., Montani, S., & Bachmann, F. (1983). Fréquence de l'hématome intramural digestif au cours de l'anticoagulation. Etude épidémiologique et aspects cliniques de 59 cas observés en Suisse (1970-1975) [Incidence of intramural digestive system hematoma in anticoagulation. Epidemiologic study and clinical aspects of 59 cases observed in Switzerland (1970-1975)]. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, *113*(17), 630–636.
7. Yoldaş, T., Erol, V., Çalışkan, C., Akgün, E., & Korkut, M. (2013). Spontaneous intestinal intramural hematoma: What to do and not to do. *Turkish Journal of Surgery*, *29*(2), 72–75. <https://doi.org/10.5152/UCD.2013.41>
8. Karakus, A., Inanc, H. I., Asoglu, R., Turkmen, M. S., Pala, A. A., Yeral, H., & Uzel, M. (2019). An extensive warfarin-induced jejunal hematoma. *Eastern Journal of Medical Sciences*, *4*(1), 49–51. <https://doi.org/10.32677/EJMS.2019.v04.i01.0>
9. Fernandes, S., Gonçalves, A. R., & Araújo Correia, L. (2016). Spontaneous intramural hematoma of the colon. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, *108*(8), 501–502. PMID: 27554386
10. Macari, M., Chandarana, H., Balthazar, E., & Babb, J. (2003). Intestinal ischemia versus intramural hemorrhage: CT evaluation. *American Journal of Roentgenology*, *180*(1), 177–184. <https://doi.org/10.2214/ajr.180.1.1800177>
11. Hassan, A., Habbash, Z., Aljawad, M., Alnemer, F., Alzayer, A., & AlZaher, A. (2024). Warfarin woes: A rare case of hemoperitoneum with intramural small bowel hematoma. *American Journal of Case Reports*, *25*, e943519. <https://doi.org/10.12659/AJCR.943519>
12. Wang, Z., Jiang, T., Mu, M., Shen, C., Cai, Z., Chen, H., & Zhang, B. (2024). Small bowel intramural hematoma caused by warfarin: case report and literature review. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, *59*(7), 763–769. <https://doi.org/10.1080/00365521.2024.2337830>

OP-65

Moksifloksasin Kullanımı Sonrası Gelişen Edinilmiş Uzun QT Sendromu ve Ventriküler Taşikardi: Bir Olgu Sunumu

Gülsüm İn¹, İsa Gökhan Yalçın²

GİRİŞ: Florokinolon grubu antibiyotikler, klinik pratikte yaygın olarak reçete edilmektedir. Ancak bu grubun bir üyesi olan moksifloksasinin, kardiyak repolarizasyonu geciktirerek QT aralığını uzattığı ve ölümcül aritmilere (Torsades de Pointes, Ventriküler Taşikardi) zemin hazırladığı bilinmektedir. Bu sunumda, moksifloksasin kullanımı sonrası acil servise senkop ile başvuran ve takibinde nabızsız ventriküler taşikardi gelişen bir olgu, nadir görülen ciddi bir yan etkiyi vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: 49 yaşında kadın hasta. Bilinen hipotiroidi, romatoid artrit, KAH tanıları mevcut. Göğüs cerrahisi tarafından plevral efüzyon nedeniyle takipli olan hastaya profilaktik amaçlı başlanan amoksisilin-klavulanat tedavisi, hastada gelişen dispeptik yakınmalar nedeniyle moksifloksasin olarak revize edilmiş. Hasta ilk doz moksifloksasin kullanımı sonrası gelişen bulantı, kusma ve senkop şikayetleri ile acil servise başvurdu. Başvuru anında GKS:15, bilinç açıktı. Vital bulgularında kan basıncı 103/57 mmHg, kalp hızı 51 atım/dk, solunum sayısı 20/dk, vücut ısısı 36,4°C, oksijen saturasyonu %93 idi. EKG’inde sinüs ritmi ve uzun QT görüldü. Sistemik muayenesinde sol hemitoraksta solunum sesleri azalmış olup diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar değerlerinde CRP:54 mg/L, eGFR: 96 ml/dk, üre:15 mg/dL, BUN:7,2 mg/dL, kreatinin: 0,74 mg/dL, sodyum: 128 mmol/L, potasyum:3,4 mmol/L, klor:94 mmol/L, magnezyum: 2,3 mg/dL, kalsiyum: 8,6 mg/dL, hgb:10.3 g/dL, troponin:6.2 ng/l, D-DİMER: 1676 ng/ml, venöz kan gazında; laktat:2.4 mmol/L, pH: 7.43, HCO₃: 24.6 mmol/mL, pCO₂: 39, pO₂: 32 idi. Acil servis monitörizasyonu sırasında hastada nabızsız ventriküler taşikardi gelişti. Hastaya ileri kardiyak yaşam desteği protokolü uygulanarak bir siklus KPR ve eş zamanlı 150J bifazik defibrilasyon uygulandı. Defibrilasyon sonrası spontan dolaşımın geri döndüğü saptanan, hemodinamisi stabilize olan ve bilinci açılan hastaya magnezyum infüzyonu başlandı. Kontrol EKG’de sinüs ritmi ve uzun QT görüldü. Ön planda moksifloksasine bağlı uzun QT sendromu düşünülen hasta koroner yoğun bakıma yatırıldı.

TARTIŞMA: Moksifloksasin, potasyum kanallarını bloke ederek etki gösterir. Bu olguda, hastanın mevcut KAH öyküsü ve eşlik eden elektrolit bozuklukları (hiponatremi ve hipokalemi), moksifloksasinin proaritmik etkisini tetikleyen kritik faktörler olmuştur. Literatür verileri, moksifloksasinin diğer florokinolon grubu ajanlara kıyasla QT aralığını daha belirgin şekilde (ortalama 6-17 ms) uzattığını ortaya koymaktadır. Özellikle çoklu risk faktörü barındıran olgularda, bu uzama fatal aritmilere yol açabilmektedir.

SONUÇ: Moksifloksasin, kardiyak risk faktörleri ve elektrolit bozukluğu bulunan olgularda edinilmiş uzun QT sendromu açısından belirgin risk teşkil etmektedir. Acil servise senkop veya çarpıntı ile başvuran hastalarda tıbbi özgeçmiş ve güncel ilaç kullanımı mutlaka titizlikle sorgulanmalıdır. EKG’de patolojik QT uzaması saptanan hastalarda moksifloksasin gibi tetikleyici ajanlar derhal

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Isparta,

² Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Isparta,

sonlandırılmalı, elektrolit imbalansı düzeltilmeli ve hastalar fatal aritmi riski açısından yakın monitörizasyon ile takip edilmelidir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Moksifloksasin, Uzun QT Sendromu, Ventriküler Taşikardi, Acil Servis