

1. TEKİRDAĞ ACİL GÜNLERİ SEMPOZYUMU

18-19 EKİM 2021
TEKİRDAĞ DR.İSMAİL FEHİMİ CUMALIOĞLU
ŞEHİR HASTANESİ TOPLANTI SALONU

KARDİYOYASKÜLER ACİLLER
TEMEL YAŞAM DESTEĞİ
İLERİ YAŞAM DESTEĞİ
ATESLİ ÇOCUĞA YAKLAŞIM
ACİL ŞERVİSTE TRIAJ
GÖRÜNTÜLEME HATALARI
TRAVMA YÖNETİMİ
KRİTİK HASTA YÖNETİMİ
YESİL ALAN HASTA YÖNETİMİ
ADLİ VAKALARA YAKLAŞIM

2021

İçindekiler

Davet:	3
Sunuş:	4
Sempozyum Başkanları ve Düzenleme Kurulu.....	5
Sempozyum Programı	6
SEMPOZYUM KONUŞMAMETİNLERİ	8
SÖZELBİLDİRİLER.....	37

Davet:

Değerli Meslektaşlarım,

Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü olarak 18/19 Ekim 2021 tarihinde gerçekleştireceğimiz " **1. Tekirdağ Acil Günleri Sempozyumu**" na sizleri davet etmekten büyük onur ve gurur duyuyorum.

Sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelerle değişen ve gelişen tıp biliminde, sağlık profesyonellerinin mesleki gelişimlerini sürdürebilmeleri için bilimsel programlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu amaçla gerçekleştireceğimiz ve alanında uzman konuşmacıların bilgi ve deneyimini aktaracağı programımızda sizleri aramızda görmekten mutluluk duyarız.

Sevgi ve Saygılarımla...

Dr. Ali Cengiz KALKAN
Tekirdağ İl Sağlık Müdürü

Sunuş:

Kıymetli Meslektaşlarım;

Acil servislerimiz her gün binlerce insanın başvurduğu, hastanelerin 24 saat aralıksız çalışan en yoğun birimleridir. Her yıl yeni atama dönemi ile birlikte binlerce yeni mezun doktor meslektaşımız acil servislere atanmaktadır. Ülkemizin değişik hastanelerine atanan hekimlerin mesleğe başlarken kendilerini eksik hissettikleri noktalarda destek vermek için her yıl İl Sağlık müdürlüğümüzün desteği ile oryantasyon eğitimleri yapıyorduk. Bu yıl bu eğitimleri ulusal sempozyum düzeyine çıkararak her yıl geleneksel olarak düzenleme kararı aldık.

Öncelikle bilimsel kurulumuzla beraber anlatacağımız konuları belirledik. Bunu yaparken acilde en sık karşılaşılan ve sıkıntı yaşanan hasta ve hastalık grupları olmasına gayret ettik. İlkini gerçekleştireceğimiz 1. Tekirdağ Acil Günleri Sempozyum'unda zengin bilimsel içerik bulunmaktadır. Acil serviste triyaj, temel yaşam desteği, ileri yaşam desteği, akut koroner sendromlar, aritmiler, travma hastasına yaklaşım, bilinci kapalı hastaya yaklaşım ve daha birçok önemli derslerimiz ile birlikte özel oturumumuzda sağlık hizmetlerinde iletişim ve adli vakalara yaklaşımını konuşacağız.

18-19 Ekim 2021 tarihlerinde Tekirdağ İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi konferans salonunda gerçekleşecek sempozyumumuzun hayırlı ve başarılı olmasını, değerli bilgileri ile katkı sağlayacak konuşmacılara ve emeği geçen herkese çok teşekkür ediyorum. Aile sağlığı merkezi, kamu ve özel hastanelerde çalışan acile gönül vermiş tüm meslektaşlarımı sempozyumumuza davet ediyorum.

Saygılarımla

Uzm. Dr. Orhan Eroğlu Sempozyum Başkanı

Sempozyum Başkanları ve Düzenleme Kurulu

Sempozyum Onursal Başkanları

Ali Cengiz KALKAN, Aykut DEMİRKIRAN, Lütfi Çağatay ONAR

Sempozyum Başkanı

Orhan EROĞLU

Sempozyum Bilimsel Düzenleme Kurulu

Gündüz YÜMÜN, Sibel ÖZKAN GÜRDAL, Lütfi Çağatay ONAR,

Murat ÇETİN, Hüseyin ANASIZ, Gökmen ÖZCEYLAN, Aykut

DEMİRKIRAN

Sempozyum Programı

18 Ekim 2021		
08:30	Açılış Töreni	
09:00 10:30	Kardiyovasküler Aciller-1	Moderatör: Orhan Eroğlu
	Temel Yaşam Desteği-İleri Yaşam Desteği	Orhan Eroğlu
	Acil Serviste Triaaj, Kırmızı Bayraklar ve Ölümcül Görüntüleme Hataları	Murat Çetin
	Göğüs Ağrılı Hastaya Yaklaşım	Nilüfer Aydın Özdemir
10:30 10:45	Kahve Arası ☕	
10:45 11:45	Kardiyovasküler Aciller-2	Moderatör: Aykut Demirkıran
	Akut Koroner Sendromlar	Kubilay Erselcan
	Aritmiler	Osman Avşar Gül
11:45 13:30	Öğle yemeği 🍽️	
13:30 14:30	Travma Yönetimi-1	Moderatör: Hüseyin Anasız
	Travmalı Hastaya Yaklaşım	Onur Yücesoy
	Toraks Travmalı Hastaya Yaklaşım	Melike Güler Ülker
14:30 14:45	Kahve Arası ☕	
14:45 16:00	Travma Yönetimi-2	Moderatör: Gökmen Özceylan
	Bilinç Kapalı Hastaya Yaklaşım	Mehmet Özcü
	Ampütasyon-Replantasyon	Mert Asfuroğlu
16:00 16:15	Kahve Arası ☕	
16:15 17:15	Adli Tıp ve İletişim Yönetimi	Moderatör: Lütfi Çağatay Onar
	Sağlık Hizmetlerinde İletişim	Lütfi Çağatay Onar
	Adli Vakalara Yaklaşım	Çağdaş Meriç
17:15 17:45	Sözel Bildiriler-1	
19 Ekim 2021		
08:00 09:00	Sözel Bildiriler-2	
09:00 10:00	Sarı-Yeşil Alan Acilleri-1	Moderatör: Sibel Özkan Gürdal
	Karın Ağrılı Hastaya Yaklaşım	Melis Dörter
	Ateşli Çocuğa Yaklaşım	Ayça Kayıkcı
10:00 10:20	Kahve Arası ☕	
10:20 11:20	Kritik Hasta Yönetimi	Moderatör: Orhan Eroğlu
	Nefes Darlığı Olan Hastaya Yaklaşım	Umut Gökhan Özder
	Akut SVO Hastasına Yaklaşım	Ümit Gören
11:20 11:30	Kahve Arası ☕	
11:30 12:30	Sarı-Yeşil Alan Acilleri-2	Moderatör: Lütfi Çağatay Onar
	Periferik Arter Hastalığına Yaklaşım	Hüseyin Anasız
	Yeşil Alan Hastasına Yaklaşım	Gökmen Özceylan
12:30	Kapanış	

ISBN:978-625-00-0396-1

(1.Tekirdağ Acil Günleri Sempozyum Kitabı)

SEMPOZYUM KONUŞMA METİNLERİ

KM1.

TEMELYAŞAMDESTEĞİ

Uzm.Dr.OrhanEROĞLU

Acil tıp,Tekirdağ İFC Şehir Hastanesi Acil servisi

Havayolu bütünlüğünün sağlanması, solunum ve dolaşımın herhangi bir yardımcı cihaz olmadan desteklenmesi. Kardiyak arrest önemli bir halk sağlığı sorunudur.

ABD–Kanada 350,000/yıl kardiyak arrest ve resusite ediliyor. 90 saniyede bir kişi

Türkiye Yılda 85,000 ani ölüm (tahmini). 6 dakikada bir kişi.

Anında tanıma ve aktivasyon, Hemen yüksek kaliteli KPR, Hızlı defibrilasyon, Etkili ileri yaşam desteği, Entegre edilmiş kardiyak arrest sonrası bakım, Recovery (iyileşme] pozisyonu yaşam zinciri halkalarını oluşturur.

Basamaklı yaklaşım:

Olay yerinin güvenliği, Kardiyak arrestin tanınması, Hastane-dışı-Acil yanıt sisteminin aktivasyonu, (112, vs), C–A–B, Defibrilasyon (OED)

Güvenlik: olay yeri güvenliğinin sağlanması.

Tanım ve yardım: Omuzlarında sarsarak seslen, Sağlık personeli Nabız ve Solunumu birlikte değerlendirsin, İlk yardım eğitimi alanlar Yaşam Bulguları baksın, yardım-112 ARANACAK, Hiç ilk yardım bilmeyenler, Acil Yardım hattından nedeniyorsa, Telefonunun mikrofonunu açsın ve uygulasin, Sadece ellerle göğüs basısı uygulasin.

Kurtarıcı pozisyonu ve Lokasyonu, Kurtarıcı bir elinin ayasını kurbanın göğsünün ortasına (sternumun alt yarısına) koymalı, diğer elinin ayasını da ilk elinin üzerine koyarak ellerini birbirine kenetlemelidir. Mümkün ise KPR sert bir zemin üzerinde ve kurban supin pozisyonunda iken uygulanmalıdır.

Kompresyon sayısı 30/2, ÇOCUK Tek kurtarıcı 30 kompresyon 2 ventilasyon, Çift kurtarıcı 15 kompresyon 2 ventilasyon olmalıdır. Bası derinliği 5-6 cm arasında olmalı, Göğüs ön-arka çapının 1/3'ü kadar derinlikte olmalıdır. ÇOCUK İnfant 4cm, çocuk 5cm, adolosan 5cm (6 cm geçmemeli).

Göğüs duvarı gevşemesi, Göğüs basıları sırasında toraks duvarı üzerine yaslanmayın. Göğüs kafesinin tam gevşememesi durumunda toraks içi basınç artar, Koroner perfüzyonun azalmasına neden olur.

A (Hava Yolu- Airway), Baş geri – ene yukarı (head tilt-chin lift) manevrası, çene itme (jaw thrust) manevrası.

B (Breat-Solunum), 1 soluğu 1sn'de ver, Normal nefes al (derin nefes değil!), ikinci soluğu da yine 1sn'de vermek önerilir.

Defibrilasyon, Defibrilator /OED gelince ritim kontrolü, Őoklanabilir ritim ise 1 kez defibrilasyon, Defibrilasyon sonrası ritmi control etmeden KPR'ye devam, 2dk/5 döngü, Őoklanabilir ritim değilse KPR'yedevam, Her 2dk /5 döngüde bir ritim ve nabız kontrolü, Yardımcı sağlık ekibi gelene kadar devam. Belirtilen durumlar olmadıkça KPR'ye devam edilir. Etkili spontan dolaşımın dönmesi, İleri yaşam desteği yapan bir ekibe bakımın devredilmesi, Kurtarıcının yorgunluğu-bitkinliği, çevrede bir tehlikenin olması ve ya resusitatif çabaların devamının çevredeki kişileri tehlikeye sokacağı durumun olması. Dolaşım Dnerse (İyileşme Pozisyonu), Her durum için önerilen tek bir pozisyon yok, Pozisyon stabil olmalı, tam yan pozisyona yakın olmalı, göğse bası olmamalı, Solunum yok ve ya normal değilse,5-6 saniyede bir soluk (dakikada 10-12 soluk).

KM2.

İLERİ YAŞAM DESTEğİ

OrhanEROğLU, Acil tıp uzmanı

İleri hava yolu sağlanması, İleri hava yolu açma girişimi göğüs kompresyonları ve defibrilasyonda gecikmeye neden olmamalıdır. Yapılan bir çalışmada BVMve Endotrakeal entübyasyonun birbirlerine üstünlüğü gösterilmemiştir. Hastane dışı yetişkin arrestlerde entübyasyon başarısı dūřuk ve ya deneyim az ise supraglottik hava yolları seçilmelidir. Endotrakeal tüpün yerinin doğruluğunun teyidinde kapnograf kullanılması önerilir.

Geri Döndürülebilir Nedenler; Hipoksi, Hipovolemi, Hipotermi, Hipoglisemi, Hipokalemi / hiperkalemi, Hidrojen iyonu(Asidoz), Tamponat kardiyak, Tansiyon pnömotoraks, Tromboz kardiyak, Tromboz pulmoner, Travma, Toksinler.

Yüksek kaliteli KPR'nin temel bileşenleri; Yeterli göğüs kompresyon hızı 100-120dk, Yeterli göğüs derinliğini sağlamak 5-6cm, KPR'deki kesintileri en aza indirmek, Kompresyonlar arasında tam göğüs genişlemesine (recoil) izin vermek, Aşırı ventilasyondan kaçınmak maks10dk.

Elektriksel ve Psödo-elektriksel tedaviler; Electric pacing rutin önerilmez, kardiyak cerrahi sonrası gibi bazı özel tanıklı arrest durumlarında ilk saniyelerde uygulanabilirse içe yarayabileceği ile ilgili yayımlar vardır. Precordial thumb rutin önerilmez, monitorize hasta VT veya VF girerse defibrillatör hazır olana kadar uygulanabilir.

Vasopresör olmayan ilaçlar;

KALSİYUM: rutin önerilmez, Hiperkalemi ve kalsiyum kanal

Blokerleri ile zehirlenmelerde önerilir.

SODYUM BİKARBONAT: rutin önerilmez, Hiperkalemi ve sodium kanal blokerleri ve trisiklik anti depresan zehirlenmesinde kullanılır.

MAGNEZYUM: rutin önerilmez, Torsades de pointes de kullanılır.

Endtidal CO₂; KPR kalitesinin monitörizasyonu ve optimizasyonu için önerilmektedir. Spontan dolaşımın geri dönüşü (ROSC)'da bir belirteç, Tüp yerinin doğrulanmasında, 10mm Hg'nin altında kötü sonlanım, 20 mm Hg'nin üzerinde ROSC için daha iyi bir prediktördür. KPR en az 10 mm Hg ancak ideali > 20 mm Hg olması önerilir.

KPR' de tamamlayıcılar; USG Standart tedavi protokolünü aksatmayacak ise kullanılabilir. Kardiyak tamponad ve Geri döndürülebilir kardiyak arrest nedenlerinin tanınması.

O₂: Maksimum uygun konsantrasyonun sağlanması önerilir. End-tidal CO₂ de ani yükselme ROSC'yi belirlemede kullanılabilir. Kan gazları: rutin analizin değeri bilinmemektedir.

Resüsitasyonun sonlandırılması: BLS'de ambulans ile transport öncesi, 1.Arrest tanıklı olmamalıdır, 2.ROSC sağlanamamalıdır, 3. Şok uygulanmamış olmalıdır. ALS'de ambulans ile transport öncesi KPR'yi sonlandırmak için 1. Arrest tanıklı olmamalıdır, 2. ALS'nin tam uygulanması sonrası ROSC sağlanamamalıdır, 3.Şok uygulanmamış olmalıdır 4. Sağlıkçı öncesi, tanıklar tarafından KPR yapılmamış olmalıdır. Entübe hastalarda 20 dakikalık ALS ye rağmen End-tidal CO₂ 10mm Hg ve altında ise resüsitasyon sonlandırılabilir.

Mekanik KPRcihazları: rutin kullanımı önerilmez, Yüksek kaliteli KPR'nin yapılamıyor veya kurtarıcının güvenliği açısından sakıncalı olduğu özel durumlarda uygulanabilir.

Ekstra corporeal KPR (EKPR); EKPR'nin rutin kullanımı önerilmez (2b). Büyük bir ven ve arterin kanulizasyonu gerekir Venö arteriyel ekstra corporeal membrane oksijenizasyonu (ECMO) başlar. Amaç potansiyel geri döndürülebilir nedenler düzelene kadar end organ perfüzyonunu korumaktır.

KM3.

ACİL YEŞİL ALAN MUAYENESİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

Uzm.Dr.Gökmen ÖZCEYLAN

Aile Hekimliği,Tekirdağ İFC Şehir Hastanesi Palyatif Servis

-ACİL SERVİS, -YEŞİL ALAN, -AYRIŞMAMIŞ HASTA

Renk ve Hastalık tanımları:Yeşil alan hastalıklarının özellikleri:

- Subakut veya kronik
- Hayatı tehdit etmeyen
- Ekstremiteleri tehdit etmeyen
- Morbiditeden korunmak için 24saat içinde değerlendirme ve yaklaşım gerektirmeyen
- Basit hastalık ve yaralanmalar

Acil servise başvuran hastalar içinde;

–Hafif yaralanmalı

Uzun bir süre bekleyebilecek durumda olanların müdahalesinin yapıldığı “Acil servis alanı”.

Mesaisi nedeniyle poliklinik veya aile sağlığı merkezine başvuramamış hasta, reçetede veya muayeneye ek katılım payı ödemek istemeyen hasta, şikayetini triajda tam anlatamamış hasta, o an müsait olabilmiş hasta.

YEŞİL ALANDA BİR HASTA 2 SAATTEN FAZLA BEKLETİLEMEZ.

Bekletme süresinde oluşabilecek gerginlikleri azaltmanın yolu; Görünür bir sıra sistemi, Araya hasta almamak hastane personeli gibi, Sıra konusunda net ve kararlı olmak.

Tekirdağ’da yeşil Alana gelen hasta profili:

Sanayi bölgesi – Vardiya usulü çalışma, (Rapor istemi ve raporlara dikkat- 3 gün), Mesai dışı saatler normal polk. Hastası gelme olasılığı yüksek, Beyaz yaka- Mavi yaka ayrımı, Olası iş kazası / Meslek hastalıkları- gözdenkaçırma.

İklim belirleyiciliği-

Yaz ayları kısa yaz dönemi hastalıkları genelde çevredeki deniz etkili

İshal, güneş çarpmaları, güneş yanıkları, zehirsiz böcek ısırılmaları

İNSİDANS VE PREVALANSA BAĞLI KARAR VERME : Problemler ilk başvuru noktasında duyulur... Ayırıştırılmamıştır. Hiçbir ön eleme olmadığı için rahatsızlıkların prevalans ve insidansı hastane ortamından farklıdır ve ciddi hastalıklar birinci basamakta hastanede olduğundan daha az sıklıkla görülür. Bu ise hastalara ve içinde yaşadıkları topluma ilişkin bilgilerin kullanıldığı ve olasılığa dayalı özgün bir karar verme süreci gerektirir. Testlere yeterli zaman yoktur. Genel anemnez ve kısa süreli muayeneler ile sonuca gitmek gerekir. Aile hekimliklerinden daha zor... Çünkü toplumsal ilişkileri de tanımama --- Karar vermeyi güçlendirir. Hastaya özgün – semptomlara özgün algoritmalar geliştirilmelidir.

İshale Yaklaşım: Hastanın yaşı- cinsiyeti, Eşlik eden şikayetler (ateş, karın ağrısı, bulantı/kusma),

Enfektif/enfektifdeğil

Gaita analizi +/-

Antibiyotik/metronidazol?

Semptomlara yönelik yaklaşım önemlidir. 3gün sonar mutlaka aile hekimine başvurması gerektiği söylenmelidir. Dikkat !!! akutbatın----- kanlı ishal----, oral alım---- Çocuklarda akut apandisit sağ alt kadrın muayenesi, dehidratasyon değerlendirilmesi çok önemlidir.

SolunumYoluHastalıklarına Yaklaşım: Gribal enf/ Bakteriyel enf,

-Burun akıntısı, rengi,

-Balgam çıkarma? Rengi...,

- Ateş, genel durum düşüklüğü,
- Özellikle LAP muayenesi, AC dinlemesi, (Hırıltılı solunum, Ral- Ronküs, stridor, wheezing)

Muayene ile ayırıcı tanı yöntemleri çok önemlidir.

Anatomisi: Üst solunum yolları: Burun.... Paranasal sinüsler... Watersgrafi, Orta kulak Dışkulak.... Kulak zarı, Nazofarenks... Hiperemi, Orofarenks, Larenks, Adenoid ve tonsillalar... Peritonsiller apse.

Alt solunum yolları: Trakea (Köpek havlar tarzında solunum sesi), Bronşlar (Hırıltılı solunum), Akciğer (Kabalaşmış ac sesleri)

-Ayrım neden önemli: Hasta yeşil alan hastası olmayabilir, Hasta yatış gerektirebilir, Hasta bulaşma ve yayılma potansiyeli olabilir, Hayati tehlikesi olabilir.

Ateş 39 ve üzeri, lökosit 20 bin ve üzeri, lökosit 2000 ve altı, intercostals çekilme, crp 100 ve üstü, ac de duyulan anormal sesler... Mutlaka dikkat edilmesi gereken bulgulardır. Hem yatış endikasyonu hem de hayati tehlike riski olabilir. Buhastaların incelenmesine daha fazla zaman ayrılmalıdır.

İdrarYoluEnfeksiyonlarına Yaklaşım: İdrarda yanma, Sık idrara çıkma, İdrarda koyulaşma, Sağ/sol yan ağrısı, Ağrılı idrar yapma, Karın ağrısı semptomlarıyla başvururlar. Karın ağrısı-- --akutbatın (Karın muayenesi cvah) , ADBG Önemli, TİT...Önemli, Kültür... Yeşil alanın görevi değil, Yaş...önemli, Cinsiyet...önemli. Akut Batın ekarte edilmeli (Hayati tehlike), Pyelonefrit ekarte edilmeli (Yatış endikasyonu), Nitrit+ dikkat, ABY-KBY ekarte edilmelidir. (Öykü- ilaç kullanımı sonrası)

Diğer Sık başvuru sebepleri: Rapor istemleri, RPT (kronik hastalıklarına ilaç yazdırma) istemi, Özel hastaneden istenmiş tetkikler, vs.

Dermatolojik basit başvurular,

-Steroidli veya steroidsiz kremler,

-KronikHastalıklar---akut alevlenmeleri, -NLO değerlendirme (Örn SLE, FMF)

KM4.

AKUT İNMEYE ACİL YAKLAŞIM

Uzm. Dr. Ümit GÖREN

İnme: Beyin kan akımının çeşitli sebeplere bağlı olarak aniden kesilmesi ile ortaya çıkan, serebral fonksiyon kaybına ait belirti ve bulguların hızla yerleşmesi ile karakterize klinik bir sendromdur.

Her yıl 13.7 milyon insane inme geçirmektedir, her 4 kişiden biri yaşam süresi boyunca 1 kez inme geçirecektir. 5.5 milyon insane her yıl inme nedeni yaşamını kaybetmektedir. İskemik inmelerin %60'I 70 yaşın üstünde %7'si 45 yaşın altında görülmektedir. İskemik inme nedeni yıllık 2.7 milyon insan ölmektedir.

İnmelerin %85'i iskemik, %15'i hemorajik nedenlidir. İskemik inmeler büyük arter aterosklerozu, kardiyo embolik ve küçük dammar oklüzyonu olmak üzere 3 etyolojik zeminde gelişmektedir.

Beyin dammar sistemini ön ve arka sistem olarak ikiye ayırabiliriz. Ön ve arka sistem arasında Willis poligonu ile kollateral akım sağlamaktadır. Arka sistemde her iki vertebral arter alt pons seviyesinde birleşerek baziler arteri oluşturur. Serebellumun kanlanmasını sağlayan posterior inferior serebellar arter vertebral arterden, anterior inferior serebellar arter ve superior serebellar arter baziler arterden köken almaktadır. Pons baziler arterden çıkan perforan arterler yoluyla kanlanmaktadır. Baziler arter posterior serebral arter olarak iki uç dala ayrılır. Oksipital lob, temporal lob medyal ve talamusun kanlanmasını sağlar.

Her iki internal carotid arter dallanmadan önce anterior koroidal arteri verir ve Kapsula internanın kanlanmasını sağlar. 2 uç dala ayrılır: Orta serebral arter ve anterior serebral arter. Orta serebral arterin M1 segmentinden çıkan lentikulo striat olarak adlandırılan perforan arterler yoluyla kapsula interna ve bazal çekirdeklerin kanlanması sağlanır. M2 segmenti silvian fissure bifurkasyon sonrası ve M3 segmenti kortikal konveksitede yer alan bölümdür.

İnme tedavisinin çıkış noktası penumbra kavramına dayanmaktadır. Serebral kan damarında oklüzyon olduğunda iskemik alan oluşur. Bu iskemik alanda kan akımının kritik seviyenin altına düşmesine bağlı geri dönüşümsüz hasar ve nöron ölümünün olduğu çekirdek alanı ve etrafında iskemiden etkilenmiş ancak anastomozlar yoluyla kanlanan henüz geri dönüşümsüz hasarın oluşmadığı penumbra alanı oluşmaktadır. Penumbra, revaskülarizasyon sağlandığında iskemiden kurtarılabilir alanı temsil eder. Akut inme tedavisinde de hedef bu alandır.

Penumbra alanının büyüklüğü ve bu bölgedeki nöron hasarı gelişim hızı anastomoz ve kollateral akıma bağlıdır. İskemik inme olduğunda beyin kollateralleri aktif hale geçerek iskemik alana kan akımı sağlar ancak zaman geçtikçe kollabe olmaya eğilimlidirler ve bu nedenle akut inme tedavisi belli bir süre içerisinde yapılabilir.

Penumbra alanını hacimsel olarak ölçmek mümkündür. Perfüzyonu bozulmuş alandan difüzyonu bozulmuş alanı çıkardığımızda penumbra alanını elde etmiş oluruz.

İnmeden şüphelenmek için akut başlayan nörolojik defisit olmalıdır, acil yaklaşımda intravenöz trombolitik tedavi için konuşursak semptom başlangıcından geçen süre 4.5 saat altında olmalıdır. Bu noktada cevabını öğrenmemiz gereken soru hastanın en son ne zaman sağlıklı görüldüğüdür.

4.5 saat altında akut gelişen nörolojik defisiti bulunan her hasta için inme kodu verilir, hastanın parmak ucu kan glikozu, hemogram, biyokimya, koagülasyon, kan grubu analizi için kan örneği alınır ve EKG çekilirken zaman kaybetmeden bilgisayarlı tomografi planlanır ardından Nöroloğa haber verilir.

Klinik değerlendirme patolojinin beyin hangi alanlarını kapsadığını tayin etmek içindir. Bunun için acil serviste en çok NIHSS skalası kullanılır.

BT görüntülemeye hemoraji saptanmaz ise hastamız intra venöz trombolitik tedavi adaydır ve kontrendikasyon yoksa vakit kaybetmeden tedaviye başlanır. Bu hastalara kranyal ve servikal BT anjio da çekilerek eşlik edebilecek büyük dammar oklüzyonu aranır ve trombektomi iadayı hastalar da atlanmamış olur.

İntra venöz trombolitik tedavinin mutlak kontrendikasyonları; 18 yaş altı, intracranial hemoraji varlığı ve semptom başlangıcından geçen sürenin 4.5 saat üstü olmasıdır.

Mutlak kontrendikasyonların yanısıra: minor ve major iskemik inme, son 3 ay içinde geçirilmiş iskemik inme, intracranial hemoraji ya da cerrahi öyküsü, INR1.7'nin üstü, son 48 saat içinde yeni kuşak oral antikoagülan kullanımı ve son 14 gün içinde major cerrahi ya da travma geçirmiş olmak sınıf 2 ve 3 kontrendikasyonların en sık karşımıza çıkan nedenleridir.

İntravenöz trombolitik tedavi için recombinant teknoloji ile üretilmiş Doku Plazminojen aktivatörünü kullanıyoruz. Doku plazminojen aktivatörü inaktif deki plazminojeni aktif plazmine çevirir, plazmin de trombüsteki fibrin parçalar. Hastaya verilecek toplam doz kilogram başına 0.9mg'dan hesaplanır, %10'u iv bolus geri kalan doz 1saatte iv infüzyon olarak uygulanır.

Mekanik trombektomi işlemi seçilmiş vakalarda 24 saate kadar uygulanabilmektedir. Trombüsün içinde açılan geri çekilebilir stent yardımıyla gerçekleştirilir.

KM5.

GÖĞÜS AĞRISINA YAKLAŞIM

Uzm.Dr. NİLÜFER AYDIN ÖZDEMİR

AcilTıpuzmanı, Tekirdağ İFC Şehir Hastanesi

GÖĞÜSAĞRISITANIMI:

- Çene ve epİgastrİK alan arasındaki visceral uyarı alan organlardan (kalp-aort-özefagus akciğer, mide) kaynaklanan göğüs kafesi üzerinde veya sırta yayılan baskı tarzında, yanıcı, daraltıcı rahatsızlık verici his.
- Viseral ağrının lokalizasyonu zordur bu nedenle her hasta için ayırıcı tanılara dikkat etmek gerekir.
- Anlık, birkaç saniye süren veya aralıksız 12 saatten uzun süren, batıcı ve pozisyonel ağrılar atipiktir.

Göğüs ağrısı öyküsünde; başlangıç zamanı? lokalizasyonu? Arttıran azaltan faktörler? Eşlik eden hastalıklar? Kullanılan ilaçlar? alışkanlıklar? Sorgulanması ayırıcı tanılar için işimizi kolaylaştırır

Göğüs ağrısında zor gruplar: Diyabetik, yaşlı, demansif, Psikiyatrik hastanın ağrıyı tanımlaması zor veya imkansız olabilir.

GÖĞÜS AĞRISI EKİVALANLARI

Dispne, Sol kol ulnar yüz, çene, diş, boyun, omuz ağrısı, Terleme, Bulantı, baş dönmesi, Halsizlik, senkop

GÖĞÜS AĞRISINDA ETYOLOJİK SEBEPLER:

Kardiyovaskuler sistem:

- mi
- miyokardit
- perikardit
- aort darlığı
- aort diseksiyonu
- hkmp

Solunum sistemi:

- pulmoner emboli
- pnömotoraks
- pulmonerht
- trakebronşit
- tm
- plörit
- pnömonis

Sindirim sistemi:

- □ özefajit
- □ reflü
- □ özefagus spazmı
- □ peptik ülser
- □ pankreatit
- □ biliyer kolik
- □ kolesistit

Kas iskelet sistemi:

- □ kostokondrit
- □ fibrozit
- □ kot fraktürü
- □ herpes zoster

Psikiyatrik:

- □ anksiyete
- □ panik bozukluk
- □ somatizasyon bozukluğu

• HAYATİ TANILAR DIŞLANANA KADAR TÜM HASTALAR İÇİN GÜVENLİK ÇEMBERİ OLUŞTURULUP A-B-C YE HAZIRLIKLI OLUNMALI, KARDİYAK MONİTORİZASYON VE EKG DAMAR YOLU SAĞLANMALI

ÖLÜMCÜL 6'LI:

- 1) AKUT KORONER SENDROM: Koroner arter hastalıkları önde gelen ölüm sebeplerinden biridir. Acil serviste travma dışı göğüs ağrılarının %15- 30 unu myokard infarktusu veya unstabıl anjına pectoris oluşturur.

-USAP /ST ELEVE MI / NONSTEMI ŞEKLİNDE BAŞLIKLANABİLİR.

. Usap düşünülen hasta yatışı hak eder.

. Ste mı? /ntse Mı? için altın standart pcıdır.

Taburculuk için 2 enzim negatifliği ve değişim göstermeyen ekg görülmesi yeterlidir.

•Tetik: Ekg---10 dk içinde çekilip yorumlanmalıdır. Şüphe duyulan vakada seri

Ekg takibi ve troponin takibi yapılmalıdır.

•Tedavi: Başlangıç

-Analjezi

-Oksijen desteği sat<93

-Asa, Antikoagulan, antiplatelet ajanlar-trombolitikler

Kesin tedavi ----PCI

2) AORT DİSEKSİYONU: Aort duvarının intima ve media tabakaları arasında başlayan ve pulsatil kan akımı ile artan yırtılmadır. Ağrısı çok şiddetli ani bel, sırt ve göğüste yırtılır şekilde tarif edilir.

•Karatisler etkilenirse svo, koroner etkilenirse mi veya periferde ekstremitte iskemisi ile bulgu verebilir.

Fizik muayenede nabız defisiti, 20mmHG üzerinde sağ-Sol Tansiyon farkı gösterebilir.

• İnsidansı 3/100.000 düşük insidans sebebi tanı almadan mortal seyretmesidir.

RİSK FAKTÖRLERİ: ileri yaş, kr.hipertansiyon, erkek cinsiyet, Aort anevrizması, kapak hastalıkları, bağ doku hastalıkları, gebelik, travma.

•Tetkik: görüntüleme akciğer grafisi, eko, usgden destek alınabilir.

En iyi görüntüleme yöntemi bt anjiografidir.

•Tedavi: ilk hedef tansiyon ve nabız kontrolü sağlanmasıdır.

Alfa ve beta blokaj uygulanmalıdır.

Diseksiyonun tipine göre sınıflandırılıp cerrahi veya kvc takibi başlatılır.

3) PULMONEREMBOLİ: Oluşan venöz pıhtının kalbin sağ tarafından pulmoner arterleri ana ya da distal kısımlardan tıkanması ile gelişir. İnsidansı 1/1000 üzerinde tahmin edilir. Embolinin boyutu, oluştuğu alan, komorbiditeler ve kardiyak rezerv mortaliteyi belirler. %90 ALT EKSTREMİTE DVTLERİNDEN KAYNAKLANIR.

Risk faktörleri:

Immobilizasyon, kalp yetmezliği, venöz yetmezlik, malignite, obezite, major cerrahi, gebelik, hormon kullanımı, genetik hiperkoagülasyon yatkınlıkları.

•Bulgular: dipsne, plöretik göğüs ağrısı, taşikardi, ateş, hipotansiyon

•Tetkikler: Arter kan gazında hipokarbi görülebilir (şart değil).

Ekgde en sik sinus taşikardisi izlenir. Tipik örneği s1q3t3tür. Düşük riskli hastalarda d-dimer kullanılabilir. Yüksek risk düşünülen hastada pulmoner bt anjiografi çekilmelidir.

•Tedavi: Oksijen, vazopresörler, antikoagülasyon, trombolitik ajanlar, embolektomi

4) TANSİYON PNÖMOTORAKS: Plevral aralıkta ilerleyici hava bulunması ve artan basınç sebebi ile mediasteninin, ana damarlar ve ventriküllerin kollabe olması durumudur. Pozitif basınçlı ventilasyon tek yönlü akım olduğundan mediasten şiftini arttırır. Ani, baticı göğüs ağrısı ve yoğun dispne eşlik eder.

•Fizik muayenede jvd, trakeal deviasyon ve aynı tarafta solunum sesleri azalması izlenir.

•Riskfaktörleri: sigara, koah, büllöz akciğer hastalıkları

•Tetkik: basit paxler akciğer grafisi ile tansiyon pnömotoraks hızlıca fizik muayene ile teşhis edilmelidir.

•Tedavi: 14-16 g branül ile midclavikuler hattan girilip açık pxe çevrilir ve ardından göğüs tüpü takılır.

5) PERİKARDİYALTAMPONAD: Perikardiyal alanda akut veya kronik sivi birikimi ile basınç artar ve ventriküler dolum kısıtlanır. Sivi birikim hizi, perikardiyal komplians ve vasküler hakim yükü klinik seyri belirler.

•Bulgular: taşikardi, pulsus paradoksus, juguler venöz dolgunluk, derinden gelen kalp sesleri

•Riskfaktörleri: travma, üremi, tüberküloz, mi, bağ doku hastalıkları

•Tetkikler: ekgde düşük voltaj ve negative t dalgaları görülebilir.

Akciğer grafisinde geniş mediasten seviyi ve ventrikül hareketini en iyi gösteren en değerli yöntemdir.

•Tedavi: Önerilen usg eşliğinde boşaltıcı ve tanisal perikardiyosentezdir.

6) ÖZEFAGUS RÜPTÜRÜ: Özefagusta yırtılma sonucu gis içeriğinin mediastene boşalması oluşur. Nadir görülse de seyri hızlıdır. Dispne, bulantı, ateş, cilt altı amfizem eşlik edebilir.

•Riskfaktörleri: iatrojenik, Boerhaave sendromu, toksik alimlar, yabancı cisim, travma

•Tetkik: Akciğer grafisi normal/plevral

Effuzyon /px /pnömomediastinum şeklinde olabilir.

Tani kontrastli çekim ile doğrulanır.

•Tedavi: antibiyotik hızlıca başlanmalıdır. Yırtık boyutuna ve komplikasyonlara göre takip veya cerrahi kararı verilir.

BİTİRİRKEN;

•Göğüs ağrısının algoritmik ve her vaka için ayırıcı tanılar akılda bulundurularak ele alınması gerektiği unutulmamalıdır.

•Hayati ayırıcı tanılar için vakit kaybedilmemelidir.

•Vital bulgular, tedavi, istenen tetkik ve konsültasyonlar yazılı şekilde not alınmalıdır.

•Hayati olmayan sebeplerin tani alabilmesi için hastaya taburculuğunda ilerlemesi gereken yol hakkında bilgi verilmelidir.

KM6.

KARIN AĞRILI HASTAYA YAKLAŞIM

Uzm.Dr. Melis Dörter

Tanım

Bir kaç günden daha az olan bir ağrı, başvuru anına kadar giderek kötüleşiyorsa akut, aylar, yıllardır devam eden ağrı kronik; iki arasındaki bir ağrı subakut olarak tanımlanır.

Etyoloji

- 1.Özelliği olmayan karınağrısı (%34)
- 2.Akut appendisit (%28)
- 3.Akut kolesistit (%10)
- 4.Obstruksiyon (%4)
- 5.Perfore PU (%3)
- 6.Pankreatit (%3)
- 7.Divertiküler hastalıklar (%2)
- 8.Diğer nedenler (%13)

Hızlı başlayan çok şiddetli ağrı, anormal vital bulgular, dehidratasyon, visceral tutulum bulguları, uç yaşlar ve genel durumu kötü görünen hastalar, karın ağrısına yaklaşımda dikkat edilmesi gereken noktalardır.

Normal vital bulgular, özellikle yüksek risk grubu olan hastalarda durumun ciddiyetini ekarte ettirmez. Geriatrik popülasyona atipik semptomlar açısından dikkat etmek gerekir. Şok tablosu hızlı gelişebilir. Periton irritasyon bulgularının yokluğu, immune suprese ve geriatrik popülasyonda olası patolojileri ekarte ettirmez ve mutlaka gebelik varlığına dikkat etmek gerekir. Kritik hastalarda hızla:

.Damar yolu açılması ve hidrasyon başlanması

.Monitorizasyon

.Oksijen

.Eş zamanlı kan tetkikleri: Elektrolit, BUN, cr, betaHCG, Hemogram, PT, aPTT, kan grubu, cross gibi tetkikler istenmelidir.

Karın ağrısı nedenleri: Epigastrik karın ağrısı, Miyokard infarktüsü, Akut koroner sendromlar, Biliyer kolik, Kolesistit, Kolanjit, Abdominal Aort Anevrizması, Aort Diseksiyonu, Gastrit, Appandisit erken dönemi

-Sağ Üst Kadran Karın Ağrısı: Biliyer kolik, Kolesistit, Gastrit, GÖRH, Hepatit, KC apsesi, KKY'e sekonder, Hepatomegali, Ülser perforasyonu, Retroçekal Appandisit, Miyokardiyal iskemi, Pankreatit

-Sol Üst Kadran Karın Ağrısı: Gastrit, Pankreatit, GÖRH, Dalak patolojileri, Sol alt lob pnömonisi, Miyokardiyal iskemi, Myokardit, Perikardit, Plevral effüzyon.

- Suprapubik Karın Ağrısı: Akut idrar retansiyonu, İYE, Sistit, PID, Ektopik gebelik, Divertikülit.

-Sağ Alt Kadran Karın Ağrısı: Appandisit, Meckel Divertikülüti, Çekal divertikülit, Aort Anevrizması, Ektopik gebelik, Over kisti, Üreteral taş, Psoas absesi.

-SolAltKadranKarınAğrısı: Sigmoid divertikülit, Aort anevrizması, İnflamatuvar barsak hastalığı, Over torsiyonu, Over kisti, Ektopik gebelik, PID, Üreteral taş.

Ağrının, yeri, süresi, şiddeti, arttıran ve azaltan faktörler, yayılımı ve eşlik eden semptomlar mutlaka sorgulanmalıdır. İleri yaş riskli gruptur, ağrı kusmaya göre daha önce başladıysa cerrahi neden olasılığı artar. Ağrı devamlı varsa ve başlangıcı 48 saati geçmemişse cerrahi olasılık akılda tutulmalıdır. Hasta daha önce batın operasyonu geçirdiyse, obstruksiyon olasılığidüşünülmelidir.

Ağrının sikliği ve şiddeti: Şiddetli mezenterik iskemide fizik muayene bulgularına oranla çok şiddetli, sabit lokalize edilemeyen ağrı olur. (Muayene bulguları ile ağrı orantısız!!!)

■Miyokard infarktüsü, akut pankreatit ve üreter koliğinde birlikte sıkıntı, terleme, bulantı veya kusma görülürken periton inflamasyonu olanlarda sıkıntı daha azdır.

■Sabit ağrı, kronik distande içi boş organ veya solid organ inflamasyonunda (hepatit veya pankreatit v.b) görülür.

■Pnömoni veya subdiafragmatik patolojilerde inspirasyonla ağrı artar.

■Yemeklerden önce ve gece yarısında olan ağrı peptic ülser hastalığında, postprandial ağrı biliyer kolikte olur.

■Saatler ve birkaç gün içinde şiddeti gittikçe artan kısa hikayeli ağrılar akut karın patolojilerine yönlendirir.

■Hareketle artan, şiddetlenen ağrılar akut karın patolojilerinde olur.

■Pankreatitli hastalar ağrıyı azaltmak için fetal pozisyonda durur.

■Retroçekal apandisitte psoas irritasyonunu azaltmak için sağ bacak diz ve kalçadan fleksiyona getirilerek ağrı azaltılmaya çalışılır.

■Mezenterik iskemide hiçbir pozisyonda ağrı azalmaz.

■Renal kolikte hasta ağrıdan kıvrınır.

Fizik muayene:

■İnspeksiyon:

. Karın gergin, distandü mü?

. Skar izleri var mı?

. Görünen peristaltic hareket var mı?

. Ekimoz (Travma, kanama diyatezi)

- . Görünen kitle var mı? (fitik, glob)
- . C hastalığı bulguları (Spideranjiyom, caput medusa)
- Oskultasyon:
 - . Barsaksesleri→2dakika–Hiperaktifmi?
 - . Epigastriumda üfürüm var mı? (Abdominal aortanın trombotik daralmalarında, anevrizmalarında, dissekan anevrizmasında abdominal sistolik üfürüm duyulur. Üst mezenterik veya çöliak pleksus arter daralmalarında epigastriumda sistolik üfürüm vardır.)
- Perküsyon:
 - . KC boyutu
 - . Asit varlığı
 - .Timpanizm
- Palpasyon:
 - . Herni olabilecek yerleri kontrol ediniz. –Hassasiyet –Rebound –Defans –Rijidite bulgularına mutlaka dikkat edilmelidir. Kadın hastalarda pelvic muayene yapılmalı ve gebelik durumu mutlaka sorgulanmalıdır.

Rectal tuşe, özellikle kanama, kitleler açısından önemlidir ve muayenemizde unutmamamız gerekir.

İlk 20sn sadece 3 olası tanı vardır:

- Çok kötü: Muhtemel ölecek Resüsitasyona başla
- Hasta: Bir kaç saat stabil? Hızlı araştırma, ilk tedaviler
- Nispeten iyi: Uygun şekilde araştır, gözle

İLK TEDAVİ

- ABCDE
- Resusitasyon
- Monitorizasyon
- Ağrı kesici (Narkotik analjezikler etyolojisini bilmediğin hastada ilk tercih) (FM sonrası uygun dozda yapılabilir)

TETKİK

- Hemogram, gerekiirse PT, PTT, AST,ALT, Bun, Cr, Elektrolitler, TİT, Glukoz, Amilaz, AKG, EKG, Kardiyak enzimler, Gebelik testi

Bu tetkikler fizik muayene ve ön tanılarına göre istenebilir.

RADYOLOJİ

Ayakta Akciğer Grafisi: Akciğer patolojisi, serbest hava açısından istenmektedir.

Ayakta Batın Grafisi: Obstrüksiyon ve perforasyon varlığını göstermektedir.

USG: Biliyer patoloji, hidronefroz, jinekolojik patoloji

Bilgisayarlı Tomografi: Fizik muayene, hikaye, laboratuvar güvenilir değilse bilgisayarlı tomografi şu anda ilk tercih seçenektir. Yüksek tanı koyma olasılığı nedeniyle en önemli tanı koyma aracıdır.

TABURCULUK/TAKİP

- Yatışkinlerde düşünölmeli:
 - Tanısı konulan yatış gerektiren sebepler
 - Karın ağrısına sebep olabilecek hayatı tehdit sebeplerinin ekarte edilemediği hastalar.
 - Yüksek riskli hastalarda karın ağrısı (yaşlı, immunkompromize, iletişim kuramayan...)
 - Oral alamayan, kusması olan, çıkış önerilerini yapamayacak olan hastalar yatış açısından değerlendirilmelidir.
- Çıkışta net tanı konulamayan hastalar 12 saat içinde kontrole çağrılmalıdır.
- Çıkış önerileri diyet konusunda, ağrı kesici konusunda verilmelidir.
- Ailede hastada net tanı konulmadığından haberdar olmalıdır.
- Hangi hastaların acile geri gelmesi konusunda da hastalar ve yakınları uyarılmalıdır.

Karın ağrısı çok karşılaştığımız başvuru şikayeti, ama tanı koyması zordur. Elimizdeki silahlar: İYİ HİKAYE; İYİ FM; GÖRÜNTÜLEME (BT). Hastanın ağrısının kesilmesi önemlidir. Net tanı konulamayan hastaları takibe çağırarak gerekir.

Vital bulguları iyi olmayan ve toksik görünen hastalar mutlaka acil servislerin müşahade alanlarında takibe alınmalıdır. BetaHCG ve rectal tuşe unutulmamalıdır.

KM7. **TORAKS TRAVMALI HASTAYA YAKLAŞIM**

Op.Dr. Melike ÜLKER

Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

Göğüs kafesi kemik ve kas dokularından meydana gelir. Travmaya karşı defansın ilk karşılaştığı alandır. Tüm travmaların içinde kranial ve spinal kord yaralanmalarından sonar en önemli morbidite ve mortalite sebebi toraks travmalarıdır. Bu bölgeye bağlı ölümlerin 1/3'ü olay yerinde olmaktadır.

Toraks travmalı hastaya yaklaşımda, öncelikli olarak havayolu güvenliğine dikkat edilmelidir. Asfiksi tehlikesi, 150cc gibi düşük hemorajik volümlerde bile ortaya çıkabilir.

Kosta fraktürleri

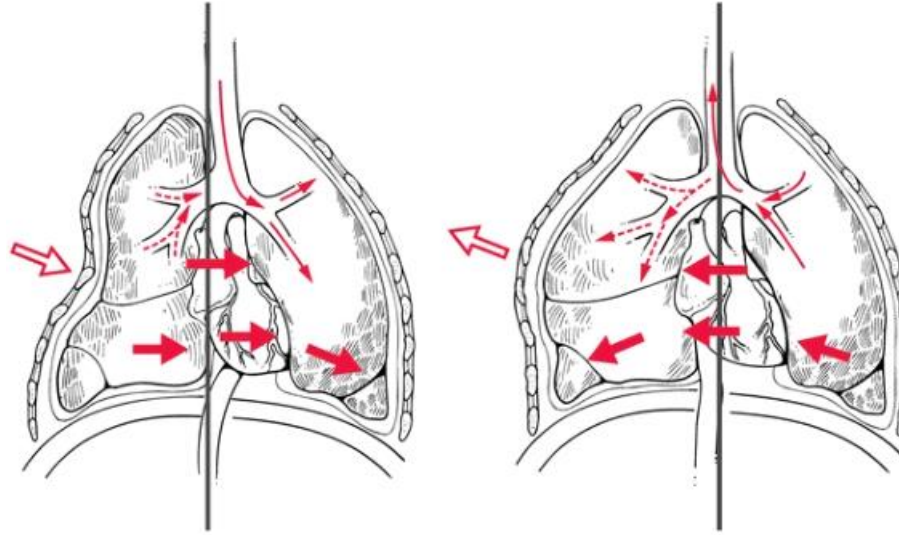
Kostaların en zayıf bölgeleri açılanma yaptıkları orta bölümdür. Travma sonucu oluşan yaralanmalarda fraktür hattı genellikle bu bölgelerde ortaya çıkmaktadır. Göğüs duvarı yaralanmaların ağırlığı değişkendir. Düşük enerjili travma sonucu meydana gelen yaralanmalar semptomatik tedavi almakta iken yüksek enerjili travmalar sonucu oluşan yaralanmalar hayatı tehdit edici özellikte olabilir.

Yapılan pek çok araştırmada toraks travması olgularının %34-40'ında kosta fraktürü görülmektedir. 1.ve2. kotlar en az, 3-9 kotlarda ise en sık fraktür görülür. Tanı için fizik muayenede kosta hassasiyeti ve hareket kısıtlılığı saptanır. Tanıda fizik muayene ve hastanın öyküsü yeterli olmakla birlikte travma sonrası yaralanmanın boyutunu ve ek patoloji olup olmadığının tespiti için akciğer grafisi veya bilgisayarlı tomografi çekilmesi gerekmektedir. Birinci ve ikinci kosta fraktürleri yüksek enerjili travma göstergesidir, büyük dammar yaralanması açısından değerlendirme yapılmalıdır. Alt kosta fraktürlerinde ise karaciğer, dalak ve böbrek yaralanması meydana gelebilir. Tedavide asıl amaç; analjezi kontrolü ve meydana gelen komplikasyonların önlenmesidir.

Kosta fraktürlerinde en sık rastlanan semptom, özellikle öksürmekle ve derin nefes almakla artan ağrı yakınmasıdır. Ağrı 1-2 hafta içinde kaybolur. İyileşme ise 3-4 haftada meydana gelir. Şiddetli ağrılarda interkostal sinir blokajı uygulanabilir. Hasta erken dönemde hareket ettirilmeli ve öksürmeye teşvik edilmelidir. Travma sonrası oluşan

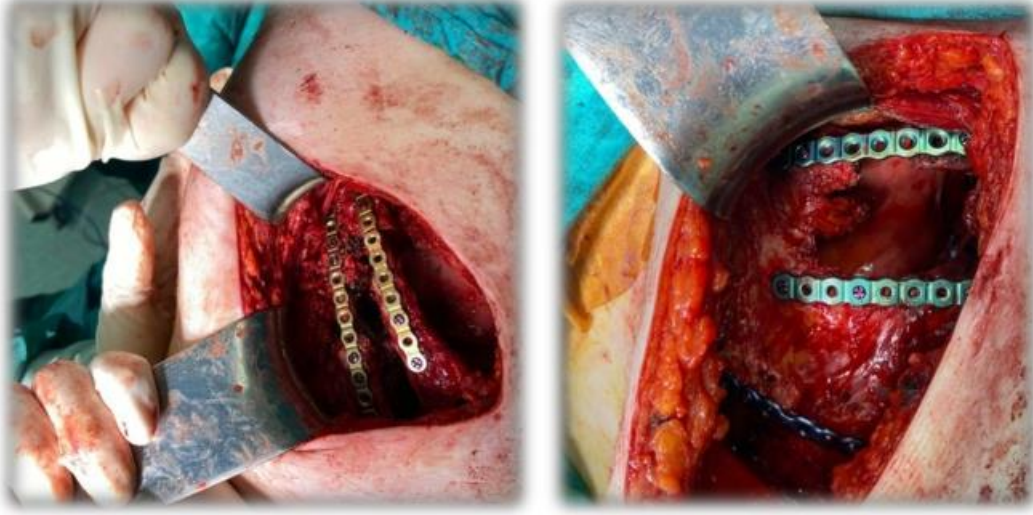
sekresyonlar, alt solunum yolu enfeksiyonu ve atelektaziye sebep olabilir. Tek kosta fraktüründe oral analjezik yeterli iken daha ciddi yaralanmalarda intravenöz analjezik tedavisi gerekebilir (1-5).

Yelken göğüs



Şekil1: Yelken göğüste paradoksal solunum

Travma sonrası oluşan en az 3 komşu kostanın en az 2 yerinden kırılması ile oluşur. Kosta fraktürlerinin olduğu bölgede paradoksal göğüs hareketi gözlenir. İnspiryum esnasında içe doğru çökme, ekspiryumda ise dışa doğru hareketlenme gözlenir. Tüm göğüs duvarı yaralanmalarında %5-13 oranında saptanır. Tanısı fizik muayene ile konur, göğüs hareketleri izlenmesi yeterli olur. Toraksiçi basınçta bozulma olacağında kardiyak venöz dönüşte azalma meydana gelir. Bilinci açık hastada şiddetli ağrı ve nefes darlığı yakınması olur. Tedavide yeterli analjezi ve solunum desteği önemli yer tutar. Sabitleyici yöntemler olarak cerrahi uygulanır. Bunlar; internal fiksasyon teknikleri ile stabilizasyon, tel ile serkilaj, intramedüller fiksasyon ve vertical köprü uygulamasını içerir (1-5).



Şekil2: Tekirdağ Şehir Hastanesi'nde trafik kazası sonrası yelken göğüs gelişen olguya uyguladığım vida-plaklar ile göğüs duvarı stabilizasyonu İlk görsel sağ hemitoraksın lateral duvarı iken ikinci görsel solhemitoraks anterior bölge

Sternum fraktürü

Sternum fraktürü normalde daha az görülmekle beraber, eminiyet kemeri kullanımlarında artış nedeniyle daha fazla görülmeye başlanmıştır. Kadınlarda daha sık görülebilmektedir. Klinik olarak sternum üzerinde ağrı ile birlikte lokalize hassasiyet ve solunum sıkıntısı semptomları eşlik edebilir. Tanısı en iyi lateral grafi ile konur. Bu travmaya kardiyak yaralanma da eşlik edebileceği için EKG ve EKO ile değerlendirilmesi önerilir.

Tedavide açık kırık veya ayrılmış kırık uçları yoksa ağrı ve sekresyon kontrolü sağlanmalı, 2 hafta kadar yatak istirahati verilmelidir. İleri derecede sternum fraktürlerinde açık cerrahi ile kırık hatları birleştirilmelidir (1-5).

Klavikula fraktürü

Göğüs travması bulunan hastalarda sık görülmekle beraber genelde cerrahi tedavi pek gerekmez. Semptoma yönelik tedavi yeterli kalır. Fraktür bölgesinde ağrı ve şekil bozukluğu fizik muayenede saptanabilir. Direk grafi tanı koymada oldukça yararlıdır. Bu anatomic bölgenin altındaki vasküler yapıların kontrolü özellikle önem taşımaktadır. Tedavide genellikle 'sekiz bandajı' yeterli olmaktadır. Eğer damarsal ve sinir hattını içeren yaralanmalar söz konusu ise cerrahi tedavi ile kırık onarımı gerekmektedir.

Pnömotoraks– Hemotoraks

Pnömotoraks, penetran toraks yaralanmalarında genellikle saptanır. Akciğer grafisi tanı rahatlıkla konulabilir ve tüp torakostomi uygulanır. İşlem sonrası akciğerin ekspansiyon olmaması veya massif hava kaçağı durumlarında bronkoskopiye takiben cerrahi düşünülebilir.

Hemotoraks, penetran toraks travmalarında daha sık görülür. Bilgisayarlı tomografi ile saptanır. Tüp torakostomiye takiben massif hemotoraks görülmesi torakotomi endikasyonudur. Hastaya uygulanan tüp torakostomi sonrası 1000cc üzeri kanama veya saatlik 200cc hemorajik drenajının olması cerrahi ile kanama alanına müdahale etmek gerekebilir. Ayrıca penetran yaralanmanın yeri, hastanın kliniği, inotrop ihtiyacı olması gibi durumlarda kardiyak yaralanma veya ana vasküler yapılarda yaralanma düşünülmeli ve tedavi olarak cerrahi ön planda tutulmalıdır (1-5).

Kaynaklar:

- 1) ÖzlüT. Solunum sistemi ve hastalıkları. MetintaşM. KaradağM. KayaA. Ed.Toraks travmaları cilt 22250
- 2) Ertekin C. Göğüs duvarı yaralanmaları. TavioğluK., GüloğluR. Kurtoğlu M. Ed. İstanbul Medikal Yayıncılık 822-826
- 3) Lo Cicero J., Mattox K.L., Epidemiology of chest trauma Surg Clin North Am. 7989:69;15-19
- 4) SoysalÖ. Künt Göğüs Travmaları. Yüksel M., Kalaycı G. Ed. GöğüsCerrahisi. Bilmedya Grup. İstanbul;2001:447-464
- 5) Ökten İ, Kavuçtu H.Ş. Künt Toraks Travmaları. İstanbul Medikal Yayıncılık;837-840

KM8.

TAŞIKARDİK HASTAYA YAKLAŞIM

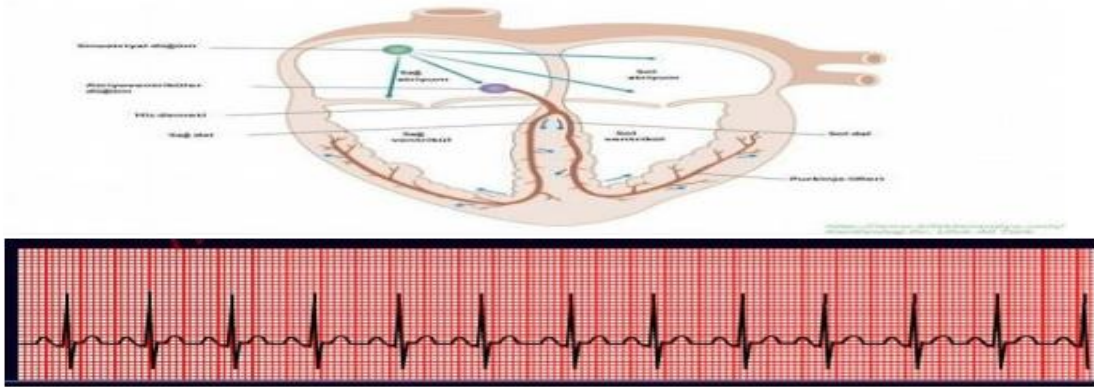
Uzm.Dr. Osman Avşar GÜL

Ansabil Hasta= Kardiyoversiyon Stabil Hasta= IV Antiaritmik

Ansabil Hasta Ne Demek:

- İskemik vasıflı göğüs ağrısı
- Akciğer ödemi
- Hipotansiyon
- Bilinç bozukluğu
- Şok

Kalbin ileti sistemi



Taşikardide Klinik Başvuru: ani kardiyak ölüm / senkop / baş dönmesi / baygınlık hissi / çarpıntı / dispne / göğüs ağrısı / kalp yetmezliği / hipotansiyon / asemptomatik

Taşikardi Sınıflaması:

Taşikardiler farklı şekilde sınıflandırılabilir: Stabil/ Anstabil-Dar/Geniş QRS Düzenli / Düzensiz – Akut / Kronik

3 temel taşikardi ayırt edilmelidir: 1) Sinüs taşikardisi 2) Dar kompleks taşikardiler (SVT-AF)



Sinüs Taşikardisi: Sinüs nodu hızında artmadan kaynaklanır. En sık karşılaşılan dar QRS taşikardi EKG: Hız:100 160 / dk Ritim: Düzenli P dalgası : Normal PR aralığı : Normal 1:1 atrioventriküler ileti



Sebepler:

Fizyolojik (çocuklarda, emosyonel..) Farmakolojik (atropin, epinefrin..) Patolojik (ateş, hipoksi, hipovolemi, anemi, PE)

Tedavi: Altta yatan nedenin tedavisi (Hidrasyon, Ateş kontrolü, Yeterli ağrı tedavisi) MI'a eşlik eden uygunsuz taşikardide β -bloker

Supraventiküler Taşikardi: His demetinin proksimalinden çıkan tüm taşidisritimleri tanımlar.



EKG Hız: ventriküler hız140-280/ dk Ritm: düzenli P dalgası: hızdan görülmezler P-R aralığı: ölçülemez QRS: Normal (dal bloğu, preeksitasyon yoksa)

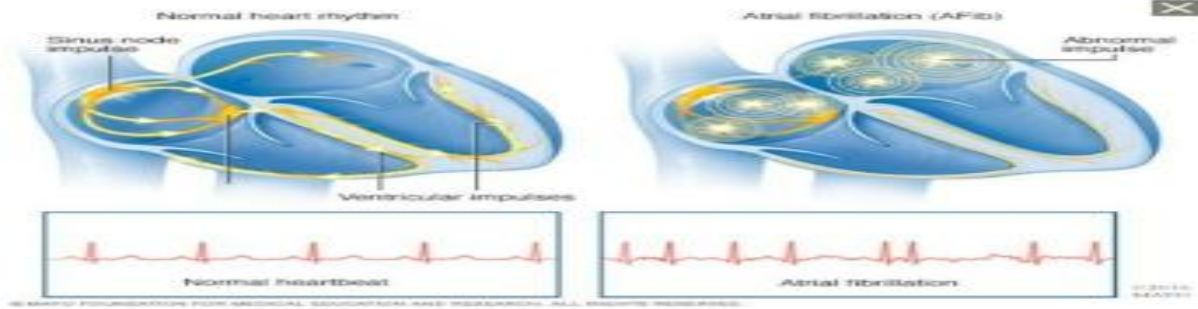
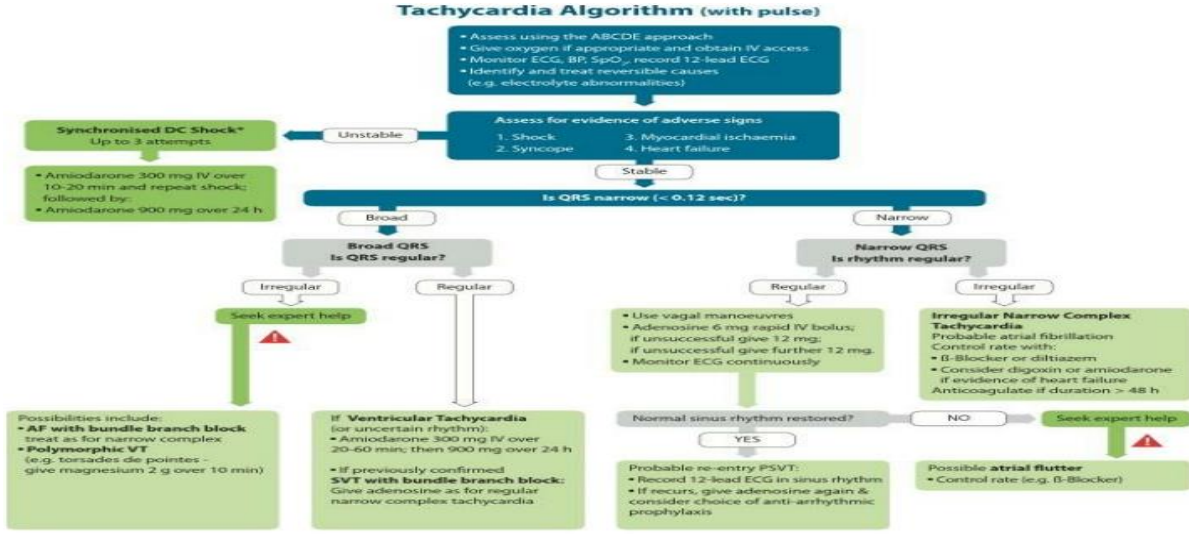
Tedavi: Anstabil hasta–Kardiyoversiyon Vagal manevra Adenozin Kalsiyum kanal blokerleri, beta blokerler ve amiodaron Medikal tedaviye yanıt vermeyen tekrarlayan ataklarda katater ablasyonu

Vagal Manevralar: Valsalva manevrası Yüze soğuk uygulama (özl. çocuk) Gag refleksini uyarma

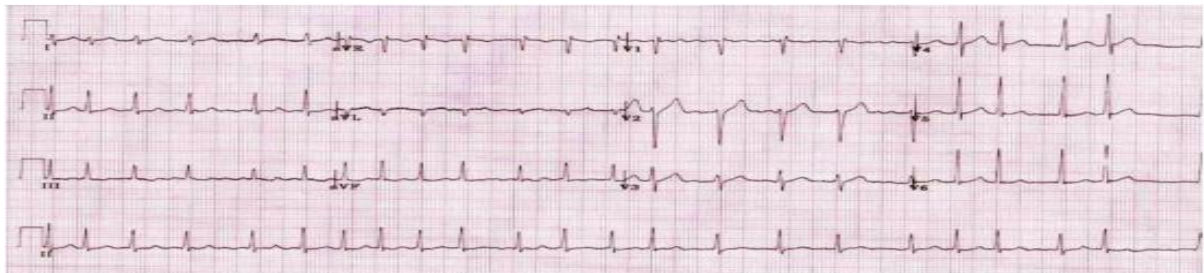
Karotis Sinus masajı Parasempatik system uyarılır. AV Nodda ileti yavaşlar.



Stabil/ Dar/ Düzenli Taşikardide medikal tedavi: Adenozin: 6mg–12mg–12mg (10mg/2ml)
 Diltiazem: 0,25 mg/kg–0,35 mg/kg (25mg/flk) Metoprolol: 5-15mg IV (5mg/amp) Digoxin
 (0.5mg/2ml) Amiodaron (150mg/amp).



Atrial Fibrilasyon: Atriyumlardaki çok sayıda reentry halkaları ile ortaya çıkan bir ritim bozukluğu. AV düğüm refrakter periyoduna bağlı, düzensiz ventriküler aktivasyon görülür. En sık görülen sürekli aritmidir 40 yaş üzeri hayat boyu risk \cong %25'dir



EKG Özellikleri: Düzensiz ritim. RR aralıkları eşit değil. **P dalgası YOK.** Kalp hızı normal, düşük veya yüksek olabilir.

Senkronize Kardiyoversiyon:

Dar QRS düzenli: 50-100j

DarQRS düzensiz:100-120j

Geniş QRS düzenli:100j

GenişQRS düzensiz: Defibrilasyon

(senkronize değil...)

SEDASYONU UNUTMA

Senkronize Kardiyoversiyon: QRS anında uygulanır. Rölatif refrakter period esnasında şok uygulanmasını önler. VF ve Nabızsız VT dışı düşük enerji gerektiren durumlarda uygulanır.

Defibrilasyon: Herhangi bir anda yüksek enerjili şoklama. VF ve Nabızsız VT durumunda endikedir

Ventriküler Taşikardi Tedavi: Nabız alınamıyor = Defibrilasyon

Geniş Kompleks Taşikardiler: Ventriküler Taşikardi/ Supraventriküler taşikardi ve dal bloğu/ Supraventriküler taşikardi ve aksesuar yol/ Pacemaker/ İlaç toksisitesi/ Metabolik durumlar (elektrolitler,tiroid).

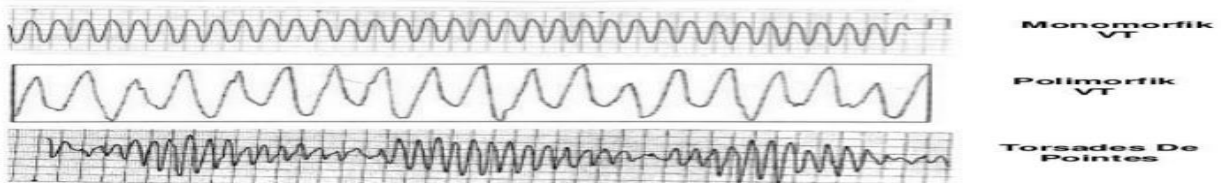
VentrikülerFibrilasyon

Anstabil hasta=kardiyoversiyon



Stabil hasta= antiaritmik: Amiodaron/ Lidokain/ Prokainamid- Iorsadesdepointes:2g

magnezyum sülfat



SONUÇ

Hastanın semptomlarının sebebine karar verin

Hastayı güvenlik çemberine alın

Stabil/ Anstabil ayrımını yapın

QRS'i değerlendirin

Gerekli ise kardiyoversiyonu geciktirmeyin.Monütörü değil hastayı tedavi edin.

KM9.

TRAVMA HASTASINA YAKLAŞIM

Uzm.Dr. Onur YÜCESOY, Acil tıp uzmanı

Travma Yaklaşımının Temel Kuralları

- Organize **takım** çalışması
- Yaklaşım ve resüsitasyonda **önceliklerin** atlanmaması
- En ciddi yaralanmanın** varlığının düşünülmesi
- Tanıdan önce **tedavi**
- Tam/ eksiksiz muayene
- Monitorizasyon
- Sık aralıklarla **tekrar** değerlendirme

Travma Ekibi

- Ekip Lideri
- Kıdemli bir “Primer Resüsitatör”
- Hava yolundan sorumlu bir doktor
- Damar yolundan sorumlu bir hemşire
- İki hemşire (sağlık memuru, paramedik, att)
- Bir personel
- Teknisyen
- Raportör- genelde hemşire

Mekanik bir güce maruz kalma sonucu oluşan yaralanma

Epidemiyoloji: 0-40 yaş popülasyonunun birinci ölüm nedeni!!!

Travmaya bağlı ölümlerde en sık **kafa, göğüs, major vasküler** yaralanmalar

İki ana gruba ayrılır

Künt Travma 2) Penetran Travma

Künt Travma

- Motorlu Araç Kazası
- Düşme

İki güç arasında sıkışma

Penetran Travma

Kesici-delici alet

Ateşli silah yaralanması Patlama

!!!Olayın oluş şekli ile ilgili ayrıntılı anamnez!!!!

Çoklu Travmalı Hastaya Yaklaşım Sırası

Hızlı Primer Bakı

Resüsitasyon işlemleri

Yatakbaşı radyolojik testler

Detaylı ikincil bakı

Tanısal çalışmalar

Sık aralıklarla hastanın değerlendirilmesi

KM10.

ATEŞLİ ÇOCUĞA YAKLAŞIM

Uzm. Dr. Ayça KAYIKÇI

Çocuk Hastalıkları uzmanı, Tekirdağ DIFC Şehir Hastanesi

Çocuk acil başvurularının %20-30 tek başvuru nedeni ateştir. Mesai saatleri dışında çocuk hekimine ulaşanların %50'sinin sebebi ateştir.

Ailelerin %18'i 38.8C üzerindeki ateşin beyin hasarı gibi kalıcı zararlara,%52'si de 40 C ve üzerinde ölüme yol açacağına inanmaktadır.

ATEŞ:Vücut sıcaklığının MSS tarafından başlatılan ve kontrol edilen özgül biyolojik yanıt sonrasında anormal yükselmesidir.

Normal vücut sıcaklığı değişkendir.Yaş, aktivite, diurnalritm, cinsiyete bağlı değişkenlik gösterir. Ancak çocuğun genel durumu ateşin derecesinden daha önemlidir.

Ateş ölçümü için öneriler sırasıyla;

0-2 yaş:Rectal, Axiller

2-5 yaş:Rectal, Axiller, Timpanik, Alın

5 yaş üstü:Oral, Axiller, Timpanik, Alın

Ateşin Yararları:

Enfeksiyon bölgesinde kan akımı artar, nötrofil göçü artar, nötrofillerde antibakteriyel madde üretimi artar (süperoksid anyonu gibi), İnterferon üretimi artar, İnterferonun antiviral ve antitümör aktivitesi artar, T hücre proliferasyonu artar, demirden fakir ortamda mikroorganizmaların büyümesi azalır.

Ateşin Zararları:

Oksijen gereksinimi %13 artar, kalori ve sıvı gereksinimi artar, kalp ve beyin kanlanması kritik olanları sıkıntıya sokar. Kas yıkımını arttırır, vücut ağırlığı azalır, fiziksel rahatsızlığa neden olur. Zihin yeteneklerini geçici olarak azaltır, bilinç değişikliklerine (baygınlık, sayıklama) neden olabilir, havale nöbetini tetikleyebilir, 42°C üzerinde nörolojik hasar (nadir).

Ateş nedir?/ne değildir?

Ateş bir hastalık değildir, fizyolojik bir yanıttır.

Çocuklarda ateş zararsız ve self-limited.

Ateş beyin hasarına yol açmaz.

Ateşli çocuğa ekstra sıvı ver, aktivitesini azalt.

Ateş çocuğa rahatsızlık veriyorsa ateş düşürücü ver.

Gece ateş düşürücü vermek için çocuğu uyandırma.

Ateş düşürücü dozunu kiloya göre ayarla yaşa göre değil.

Ateş nasıl düşürülmez?

Aspirin, Soğuk/Buzlu Su, Alkol veya sirke,

Aynı anda 2 ateş düşürücü ilaçla ateş düşürülmez.

Ne zaman soğuk uygulama yapalım?

Sıcak çarpması, yüksek ateşe bağlı bilinç bulanıklığı

Yüksek ateşle birlikte havale nöbeti geçirme,41 derece üzerinde ateş

İlaçlar etki edene kadar 30 dk süre ile soğutma uygulanılabilir.

Soğutma nasıl yapılır?

Geniş bir kabın içine 5-10cm yüksekliğinde ılık su (29-32 °C) koyulur. Çocuk içine oturtulur, bir bez suda ıslatılarak tüm vücut silinir. Titreme olursa suyun sıcaklığı arttırılır veya son verilir.Ateş 1-1.5 °C ve kısa süreyle düşer.

Hafif ince pamuklu bir giysi giydirilir. Oda sıcaklığı 25 derece ayarlanır.

Bol su, meyve suyu vb. ile hidrate edilir. Ateş düşürücü ilaçlar (gerektiğinde)

Diğer kişilerle temas:24 st ateşsiz kaldığında

Ateş düşürücülerin birbirine üstünlüğü var mıdır?

Vücut sıcaklığını 2-3 °C azaltırlar.

Amaç çocuğu fiziksel olarak rahatlatmak, ağrılarını azaltmaktır

Parasetamol ve ibuprofenin ateş düşürücü etkisi birbirine eştir, üstünlükleri yoktur. Seçim, yaşa ve altta yatan hastalığa bağlı değerlendirilmelidir.

Ateşi düşürmede 1. seçenek parasetamol, 2. seçenek ibuprofendir.

Birden fazla ateş düşürücü(kombine ya da ardışık kullanımı artık önerilmiyor. Aile kullanım sırasını karıştırabilir, toksisite riski artar.

Önce biri denenir sonra diğeri kullanılabilir. Etkisiz ise doz yetersiz olabilir.

Ateşli çocukta değerlendirme

- %80 bir enfeksiyon odağı saptanır.
- %20 ateş nedeni bulunama(OBA)

Nedeni bilinmeyen akut ateşli, çocukların küçük bir kısmında;

Bakteriyemi, idrar yolu enfeksiyonu, pnömoni, başlangıç döneminde menenjit gibi gizli bir bakteri enfeksiyonu olabilir.

İP UÇLARI

- ÇOCUĞUN YAŞI
- ALTTA YATAN HASTALIK
- ATEŞ SÜRESİ (> 5 GÜNDEN UZUN > 7 GÜNDEN UZUN)
- ATEŞ DERESESİ (38 DERECE VEYA 39 DERECE)
- ÇOCUĞUN BAĞIŞIKLAMA DURUMU (HİB, PNÖMOKOK, MENİNGOKOK)
- ÇOCUĞUN GENEL DURUMU (İYİ ÇOCUK VS TOKSİK ÇOCUK)
- SEYEHAT ÖYKÜSÜ
- HAYVAN TEMASI

PARASETAMOL

10-15 mg/kg/doz 4-6 saat arayla, max: 60 mg/kg/gün

Oral alımdan 30-60 dakika sonra maksimum plazma konsantrasyonuna ulaşır. Karaciğerde metabolize edilir, idrarla atılır. Ağır karaciğer yetmezliği durumunda kullanılmamalıdır. Böbrek yetmezliğinde doz ayarlanması gerekir.

IBUPROFEN

5-10mg/kg /doz 6-8 saat arayla, max: 50mg/kg/gün

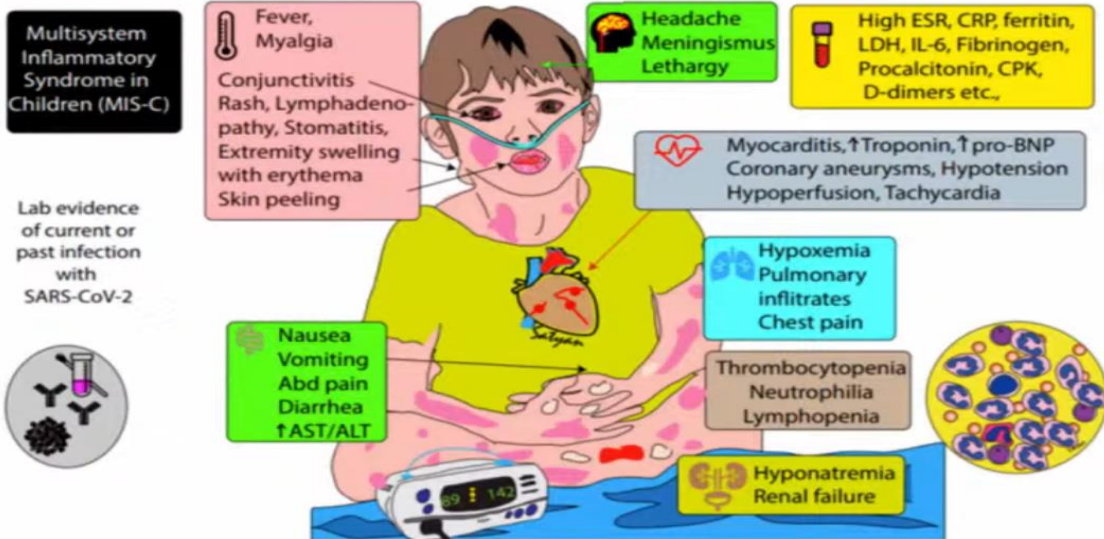
Oral alımdan 60 dakika sonra maksimum plazma konsantrasyonuna ulaşır.

Yemeklerden sonra kullanılmalı <6 aylık bebekte kullanılmaz.

	Green – low risk	Amber – intermediate risk	Red – high risk
Colour (of skin, lips or tongue)	<ul style="list-style-type: none"> Normal colour 	<ul style="list-style-type: none"> Pallor reported by parent/carer 	<ul style="list-style-type: none"> Pale/mottled/ashen/blue
Activity	<ul style="list-style-type: none"> Responds normally to social cues Content/smiles Stays awake or awakens quickly Strong normal cry/not crying 	<ul style="list-style-type: none"> Not responding normally to social cues No smile Wakes only with prolonged stimulation Decreased activity 	<ul style="list-style-type: none"> No response to social cues Appears ill to a healthcare professional Does not wake or if roused does not stay awake Weak, high-pitched or continuous cry
Respiratory		<ul style="list-style-type: none"> Nasal flaring Tachypnoea: RR > 50 breaths/minute, age 6–12 months RR > 40 breaths/minute, age > 12 months Oxygen saturation ≤ 95% in air Crackles in the chest 	<ul style="list-style-type: none"> Grunting Tachypnoea: RR > 60 breaths/minute Moderate or severe chest indrawing
Circulation and hydration	<ul style="list-style-type: none"> Normal skin and eyes Moist mucous membranes 	<ul style="list-style-type: none"> Tachycardia: > 160 beats/minute, age < 1 year > 150 beats/minute, age 1–2 years > 140 beats/minute, age 2–5 years CRT ≥ 3 seconds Dry mucous membranes Poor feeding in infants Reduced urine output 	<ul style="list-style-type: none"> Reduced skin turgor
Other	<ul style="list-style-type: none"> None of the amber or red symptoms or signs 	<ul style="list-style-type: none"> Age 3–6 months, temperature ≥ 39°C Fever for ≥ 5 days Rigors Swelling of a limb or joint Non-weight bearing limb/not using an extremity 	<ul style="list-style-type: none"> Age < 3 months, temperature ≥ 38°C Non-blanching rash Bulging fontanelle Neck stiffness Status epilepticus Focal neurological signs Focal seizures

MISC SEMPTOMLARI

Semptom ve Bulgular



SÖZEL BİLDİRİLER

SB01.OLGU SUNUM

Erişkinde Trakeobronşial Yabancı Cisim Aspirasyonu

Ali Sarıdaş¹,Murat Duyan², Onur Yücesoy³,Ayhan Tabur⁴

1.Department of Emergency Medicine, Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu City Hospital,

Istanbul,Turkey

2.Department of Emergency Medicine, Antalya Training and Research Hospital,

Antalya,Turkey

3.Department of Emergency Medicine, Tekirdağ İsmail Fehmi Cumalıoğlu City hospital,

Tekirdağ,Turkey

4.Department of Emergency Medicine, Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research

Hospital, Diyarbakır,Turkey

GİRİŞ

Solunum yoluna yabancı cisim aspirasyonu ciddi sonuçlara ve bazen de morbidite ve mortaliteye neden olan çoğu zaman tanısı zor bir durumdur. Yetişkinlerde, şiddetli öksürük, yan ağrısı, nefes darlığı olabildiği gibi asemptomatik de olabilir. Başlangıçta sessiz kalan olgular, daha sonar karşımıza dirençli akciğer enfeksiyonu, bronşektazi veya akciğer absesi gibi bir klinik tabloyla çıkabilir. Bu datanın gecikmesine ve granülom oluşmasına neden olur. Yabancı cisim aspirasyonu genellikle 3 yaş altındaki çocuklarda görülürse de erişkin hastalarda da görülmektedir. Yabancı cisimler genellikle sağ bronş ve dallarına kaçarken her iki bronşa da kaçabilir. Sıklıkla metal para, boncuk, fındık, fıstık, oyuncak parçaları aspire edilir. Yabancı cisim aspirasyonu olan çocuklarda fizik muayene ve radyolojik görüntüleme normal olabilir. Bu nedenle yabancı cisim aspirasyonu şüpheli hastalar, bronkoskopi yapılmalıdır. Genellikle hastaların fizik muayene bulguları öksürük ve tutulan akciğerde solunum seslerinin azalmasıdır. Yabancı cisim aspirasyonu tedavi edilmezse ciddi sekel tekrarlayan akciğer enfeksiyonu ve ölüme neden olabilir, bu nedenle erken tanı ve tedavi önemlidir.

OLGU

40 Yaş kadın; su içerken gelişen, ani başlangıçlı öksürük, nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayeti ile acil tıp kliniğimize ayaktan başvurdu. Anamnezde su içerken boğazında bir şey hissettiğini soluyor. Yapılan fizik muayenesine; genel durumu iyi, bilinç açık, oksijen saturasyonu 98 olan hastada öksürük atakları, konuşmada nefes darlığı görüldü. Dinlemekle solunumu sağ alt zonda kaba ralleri duyuldu. Diğer muayeneler doğal. Hastaya cervical bt ve torakal bt çekildi. Sağ ana bronşta yabancı cisim mevcut idi. Göğüs Cerrahisi ile konsulte edildi. Rijit bronkoskopi ile solunum yoluna bakılan hastada Toplu iğne çıkartıldı.

TARTIŞMA

Yabancı cisim aspirasyonundan şüphelenmek için anamnez, fizik muayene ve radyolojik incelemeler genellikle yeterlidir. Tüm bunlara rağmen hiç bir klinik bulgu ve öykü saptanmayan ancak akciğer problem olan hastalarda yabancı cisim aspirasyonunun düşünülmesi bile kesin tanı için bronkoskopi endikasyonu gerektirir. Yabancı cisim bronkoskopiyle çıkartılmasında başarı sağlanamazsa cerrahi prosedürler kullanılmalıdır. Erken dönem yabancı cisim aspirasyonu ayırıcı tanısında daralmaya neden olan akut laringotrakeit, epiglottit, retrofarengeal apse, bronşit ve bronşial astma düşünülmelidir. Şüpheli ve /veya gecikmiş olguların ayırıcı tanısında ise kronik bronşit, bronşial astım, pnömoni, tüberküloz, ve bası yapan nedenler (lenfadenopati, tumor), kistik fibrosis düşünülmelidir. Yabancı cisim erken dönemde tanı konulup çıkartılırsa sonuçlar yüz güldürücüdür. Geç dönemde tedaviye cevap vermeyen solunum sistemi semptomlarının varlığında yabancı cisim aspirasyonu daima hatırlanmalıdır.

SB02.OLGU SUNUM

m-RNA AŞISI SONRASI FAY (KAROTİDİN) SENDROMU

Uzm.Dr. Orhan EROĞLU

Acil tıp uzmanı, Tekirdağ DİFC Şehir Hastanesi Acil servis

Giriş: Covid-19 pandemisi tüm dünyada etkisini sürdürmeye devam etmektedir. Ancak tarihte olmadığı kadar hızlı bir şekilde bilim insanları bu pandemide kullanabileceğimiz en önemli aracı; aşığı insanlığın hizmetine sunmayı başarmıştır. Yeni teknolojilerin kullanıldığı m-RNA aşlarının Covid-19 pandemisiyle mücadelede etkin koruma sağladığı ve hastalıktan ölümleri ciddi oranda azalttığı gösterilmektedir. Ancak geliştirilen bu yeni tip aşılar bazı komplikasyonların da gelişebildiği bildirilmektedir. Bizim bu olgu sunumuyla amacımız bu komplikasyonlardan nadir görülen bir sendroma bir örnek vermek ve bu tip nadir

vakalarda aşı sonrasında böyle bir durumla karşılaşılırsa nasıl yaklaşılacağına bir örnek sunmaktır.

OLGU: 39 yaşında kadın hasta bir doz m-RNA aşısı yaptıktan iki gün sonra sol karotis trase bölgesinde başlayan hafif boyun ağrısı ile acil servise başvurdu. Öncelikle aşıya bağlı bir kas ağrısı olarak düşünülerek diklofenak potasyum başlandı. Üç günlük tedavi ile şikâyetleri gerileyen hastanın aşı sonrası 10. Gününde sağ karotis trasesinde bifurkasyon bölgesinde daha yoğun, mandibula orta hatta diş köklerine yansıyan şiddetli ağrı ile başvurdu. Ağrı antiinflamatuvar ilaçlara cevap vermedi. Hasta ağrıdan dolayı oral beslenmesi bozulmuş, uyku uyuyamıyordu. Acil serviste yapılan fizik muayenesinde hastanın vital bulguları normaldi. Boyun bölgesi ve carotis hattı boyunca palpasyonda şiddetli ağrı tarifliyordu. Yapılan Laboratuvar testlerinde Hemogram normal, Biyokimya parametrelerinden sadece CRP 9mg/L ile ılımlı yüksekti. Diğer parametreler normal sınırdıydı. Çekilen boyun usgde boynun ağrılı ve hassas olan bölgelerine uyan alanda carotid arter duvarlarında kalınlaşma rapor edildi. Çekilen kontrastlı boyun MR normal sınırlarda olarak raporlandı. Hasta FAY (karotidin) sendromu olarak değerlendirildi. Tedavide Metil Prednizolon 16mg 2*1oral olarak başlandı. Tedavinin birinci gününde ağrılarda azalma oldu, beşinci günde hastanın ağrıları tamamen geçti, steroid dozu azaltılarak tedavinin dokuzuncu gününde stoplandı.

Tartışma: İnsanları korumak için geliştirilen her aşının hafiften ağır klinik bulgulara kadar nadir görülen komplikasyonları olabilir. Bunlar local etki gösterip aşı uygulama bölgesinde oluşabilirken, bir kısmı ise genel sistemik etkiler gösterebilir. Fay sendromu ağır local etkilerden biridir. Zamanında tedavi edilmezse hastada ciddi beslenme sorunları, ağrıya bağlı uykusuzluk, güçsüzlük ve bunlara bağlı hayatı tehdit edebilecek komplikasyonlara yol açabilir.

SonuçveÖneri: m-RNA aşısı sonrası aşı bölgesinde başlayan ve boyna doğru yayılan ağrı şikâyetiyle gelen hastaların hepsini local bir kas ağrısı olarak değerlendirmeden önce bu sendrom da akla getirilmelidir. Bunun için bu tip hastalarda anti inflamatuvarlara rağmen üçüncü günden sonra ağrısı şiddetlenen hastaların control amaçlı tekrar başvurmasını isteyerek erken tanı ve tedavi imkanı sağlanabilecektir.

SB03.

YÜZEYEL FEMORAL ARTER DARLIKLARINDA BY PASS VAZGEÇİLMEZ BİR SEÇENektİR.

Uzm.Dr.Hüseyin Anasız

Kalp Damar Cerrahi, Tekirdağ DİFC Şehir Hastanesi

Giriş ve Amaç: Periferik arter hastalığı tedavisinde perkütan yaklaşımlar son yıllarda tedavide ilk seçenek olarak yerini almıştır. Özellikle yüzeysel femoral arter tıkanıklarında tedavisinde geçmişte tek seçenek olan femoro-popliteal by passın; stenozun anatomik konumu ve başarısız perkütan girişimlerde alternative tedavi seçeneği olarak hastanemiz kardiovasküler kliniğinde yapılan tedavileri değerlendirdik.

Yöntem: Bu çalışma Aralık 2020-Eylül 2021 tarihleri arasında kliniğimize yatırılan kritik yüzeysel femoral arter tıkanıklığı nedeni ile perkütan ve cerrahi işlem gören hastaların

dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, klinik durumları, endovasküler işlem prosedürleri ve cerrahi tedavi yöntemleri gözden geçirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 42 hasta dahil edildi. Hastaların 26'sı rutherford-2, 6 hasta Rutherford-3 ve 9 hasta rutherford-5 kategorisindeydi.

Hastaların hepsine tanı amaçlı dinamik anjiyografi yapıldı. 2 hastaya anjiyografi sonrası uzun segment darlık nedeni ile anjiyografi sonrası femoropopliteal by pass kararı alındı. 39 hastaya perkutan girişim kararı alındı. Perkutan tedavide ilaçlı yüklü balon ve / veya stent kullanıldı. 5 hasta perkutan girişim sonrasında başarısız işlem ve gelişen femoral arter diseksiyonu nedeni ile femoro-popliteal by pass yapıldı.

Tartışma ve Sonuç: Perkutan yaklaşım teknik ve tecrübenin gelişimi ile beraber yüzeysel femoral arter tedavisinde ilk tercih olsa da; hatta bazı klinikleri tarihin tozlu sayfalarında yerini aldı iddiasına karşı femoro-popliteal by pass otojenik greft veya sentetik greftlerle tedavide hayat kurtarıcı ve yüz güldürücü sonuçlarla vazgeçilmez bir seçenektir.

SB04. OLGUSUNUMU

13Yaşında Acil Serviste Derin Ven Trombozu Tanısı Alan Bir Olgunun Sunumu

Dr. Yasemin Şahin

Acil tıp, Tekirdağ DİFC Şehir Hastanesi

Giriş: Bilindiği üzere Derin Ven Trombozu 60 yaş üstünde daha sık olmakla beraber her yaşta görülebilir(1). Özellikle 14 yaş ve altı çocuklarda nadir görülen bu hastalık, çocuk hastaların acil servise başvurularında gözden kaçabilir. Bizim bu olguyu sunmamızdaki amaç; Derin ven trombozunun çocuklarda da görülebileceğini acil doktorlarının akılda tutmasına yardımcı olmaktır.

Olgu

Olgu 13 yaşında kız çocuğuydu. Bu kız çocuğu çocuk yurdunda barınmaktaydı. Acil servise başvuru şikâyeti sol bacakta şişlik ve ağrıydı. Ağrı tanımlamasında sol bacakta sabahları başlayan gün içerisinde progresif olarak artan ağrı olarak tanımlandı. Ağrının hareketle birlikte daha fazla arttığı ve gün içerisinde bu ağrı artışına paralel sol bacağına şişlik geliştiğini belirtti.

Özgeçmişinde psikiatrik ilaç kullanım öyküsü olan hasta Olenzapin 10 mg/gün, metal fenidat hidroklorür 27 mg/gün kullanmaktaydı. Ek bir hastalık öyküsü yoktu. Sigara kullanım öyküsü yoktu.

Fizik Muayenesinde vital bulguları stabil olan hastanın Ateş 36 C, arteriyel tansiyon 110/60 mmHg, Extremiteler arası arteriyel tansiyon farkı yoktu. Genel sistem muayeneleri normaldi. Sol alt extremitede diffüz bir şişlik ve iki pozitif gode bırakan ödem mevcuttu. Ağrı hareketle artıyor ve Homans bulgusu pozitifdi. Sol alt extremitede hiperemi yoktu. Sol ayak soğuktu ancak sol ayak proksimali diğer extremiteye göre hafif ısı artışı vardı. Sol femoral nabız alınmıyordu.

Acil serviste yapılan tetkiklerinde; Olgunun hemogramda WBC (Beyazküre) 11,26 mg/dl ile ılımlı yüsekti. Nötrofil 8,07 mg/dl'idi ve nötrofil hakimiyetindeydi. Hemogramda diğer parametreler normaldi. İstenen biyokimyasal belirteçlerden CRP (c- Reaktif protein) 41,6

mg/dl idi ve anlamlı yüksekti. Diğer biokimyasal parametreler normal sınırlardaydı. D-Dimer ise 7,73 mg/ dl ile ılımlı yüksekti.

Olguda ön tanı Derin ven trombozu olarak düşünülüp Tüm Batın ultrasonu ve Venöz Doppler ultrasonu istendi. Batın ultrasonu normal olarak değerlendirilirken, Venöz Doppler ultrasonunda: Sol ana yüzeyel femoral venler ile sol popliteal ven tromboze görünümde olup Doppler ile akım alınmamıştır. Sol krural bölgede subkutan ödem mevcuttur. Şeklinde raporlandı.

Olguya Enoksaparin Sodyum 4000 ANTI-XAIU/0,4 ml yapıldı.

Olgu bu tetkikler ile Kardiyovasküler cerrahi (KVC) doktoruna konsülte edildi. KVC doktoru olguya Derin Ven Trombozu tanısı koyarak servisine yatış kararı verdi.

Tartışma: Derin Ven Trombozu (DVT); staz, endotel hasarı ve hiperkoagulabiliteden oluşan Virchow triadının bir veya bir kaç bileşeni nedeni ile oluşur. Yıllık görülme sıklığı her 10000 kişide 5-20 hasta arasında değişmektedir(2). Ekstremitelerin derin venöz sisteminde oluşan tromboz hastalığının akut dönemindeki ağrı, şişlik, kızarıklık gibi bulgulardan sorumludur. Erken tanı ve doğru tedavi ölümcül bir komplikasyon olan Pulmoner Emboli ile diğer ciddi komplikasyon olan nöks DVT oluşumunu çok yüksek oranda engeller(3).

Özellikle 40 yaş altında derin ven trombozu görülen olgularda ailesel özgeçmiş, ailede trombo emboli hikâyesi ciddi şekilde sorgulanmalıdır. Bizim olgumuzda başvuran çocuğun çocuk yurdunda kalması nedeniyle ve aile öyküsü yeterli alınamaması nedeniyle ilk tanı koymak daha zor olmuştur.

Öneri: DVT 14 yaş altında çok daha nadir olarak görülmekle beraber her yaşta görülebileceği hatırlanmalı ve çocuklarda özellikle ölümcül olabilecek komplikasyonlara yol açmadan tanısı konup tedavisi düzenlenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Derin ven trombozu, çocuk, acil

Kaynaklar:

1.F.J.I.Fowkes,J.F.PriceandF.G.R.Fowkes:IncidenceofDiagnosedDeepVeinThrombosisintheGeneralPopulation:SystematicReview.EurJVascEndovascSurg.2003Jan;25(1):1-5

2.KakkarVV.HoweCT.NicolaidisAN.RenneyJTG.ClarkeMB.DeepveinThrombosis of the leg. Is there a high risk group. AmJ.Surg1970;120:527-30.

3.Kurtoğlu,M.H.&Sivriköz,E.(2008).Derin Ven Trombozu:Tanı,Tedavi,ProflaksiHarran ÜniversitesiTıpFakültesiDergisi,5(1),3442.Retrievedfrom<https://dergipark.org.tr/en/pub/hutfd/issue/49707/637327>

SB05.OLGUSUNUMU

Hiperlipidemiye Bağlı Gelişen Akut Pankreatit Vakası

Onur Yücesoy¹, Orhan Eroğlu¹, Mustafa Birinci¹

Acil Tıp Kliniği, DİFC Şehir Hastanesi, Tekirdağ

ÖZET

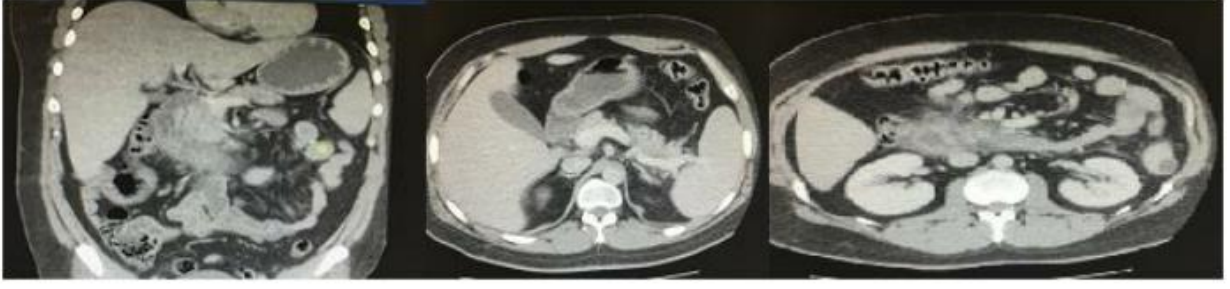
Akut pankreatit (AP) artan yaşam süresi, obezite, alkol kullanımı, hiperlipidemi, ilaç kullanımı ve tanısal yöntemlerin kullanımının artmasına bağlı insidansı artış gösteren önemli bir gastrointestinal klinik hadisedir. Son yıllarda artan insidansa rağmen erken tanı yöntemleri ve hastalığın patofizyolojisinin anlaşılması ile hastanede yatış süresi, maliyet ve mortalite oranlarında azalmalar görülmektedir. Bunun yanı sıra, mortalite oranlarının altta yatan etiyolojiden (safra taşı, alkol, hipertrigliseridemi, vs.), hastalık şiddeti ve 48 saatten uzun süren organ yetmezliği tablosu ile yakın ilişkili olduğu görülmektedir. AP hastalarının ilk sıra tedavi basamakları; sıvı replasmanı, ağrı kontrolü ve beslenme desteğidir. Hastanın, agresif sıvı replasmanına engel olacak kardiyovasküler, renal veya diğer ciddi başka komorbid bir hastalığı yoksa tüm hastalara saatte 5-10 mL/kg'dan izotonik kristaloid çözelti (normal salin veya ringer laktat çözeltisi) ile hidrasyon sağlanması önemlidir. Ayrıca hastanın hiperlipidemi durumunda erken yaşta tespit edilip tedavi edilmesi ileride gelişebilecek akut koroner sendrom durumlarının da önlenmesinde önem kazanmıştır.

Olgu

Bilinen tanıli hastalık öyküsü olmayan 31 yaş erkek hasta sırtına vuran epigastrik ağrı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Geliş vitalleri stabil olan hastanın yapılan batın muayenesinde epigastrik bölgede palpasyonla hassiyet mevcuttu. Rebound yok, tahta karın yoktu. Hastanın ilk alınan acil biyokimyasal kan tetkiklerinde bazı parametrelerin aşırı lipemik numune olduğu için çalışılmadığı görüldü.

Wbc:10.000, Hgb:18.5, Plt:288000, Crp:6.5, Glukoz:168, Lipaz:189, Amilaz:74, Üre:11.3, Kreatinin:0.03, Ast:100, Alt:23, Albumin:4.3 T.bilirubin:0.56, D.bilirubin:0.31, Alp:89, GGT:14, LDH:96, TSH:1.29 SerbestT4:0.94'idi.

Hastanın tetkiklerinde ılımlı lipaz artışı dışında özellik izlenmedi. Hastanın ağrısının devam etmesi üzerine İ.V.Kontrastlı Batın BT çekimi yapıldı. Çekilen Batın BT yorumunda 'Safra kesesi normal lokalizasyon ve büyüklükte duvarı ve lümeni doğal. İntra ve ekstra hepatic safra yollarında belirgin patoloji yok. Pankreas baş kesimi hafif kalın ve heterojen görünümde, komşuluğunda duodenum duvarı ödemli. Pankreas başı ve duodenum komşuluğu yağlı planlarda kirli infltr görünümler dikkat çekmektedir. Akut pankreatit? Duodinit? Şeklinde gelmişti.



Hastanın bazı parametrelerin lipemik numune gelmesi nedeniyle lipid profile bakıldı. Lipaz:189 Amilaz:74, Kolesterol:587, HDL:32, Trigliserid:5963 LDL: Hesaplanamadı olarak geldi.

Hastanın ağır hipertrigliseridemiye bağlı akut pankreatit olduğu anlaşıldı. Kesin tedavisi için Lipid Aferez işlemi planlanarak hasta Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji bölümüne sevk edildi.

Tartışma;

Hipertrigliseridemi, aşırı alkol kullanımı ve kötü control edilen diyabet dâhil olmak üzere primer ve sekonder lipid metabolizma bozuklukları olan hastalarda görülür(1). Trigliserid seviyesinin 1000 mg/dL ve 2000 mg/dL'den daha yüksek olduğu durumlarda, AP riski sırasıyla %5 ve %15 olarak bildirilmektedir.(2)

Yakın tarihli bir epidemiyolojik çalışmada, trigliserid düzeylerinde hafif bir artışın bile duyarlı hastalarda artmış AP riski ile ilişkili olduğu görülmüştür.(3)

Bir diğer prospektif çalışmada, hipertrigliseridemiye bağlı AP'li hastalarda Şiddetli Akut Pankreatit (SAP) riskinin daha yüksek olduğu ve yoğun bakım ihtiyacının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.(4)

Ciddi trigliserid yüksekliği olan hastalarda, trigliserid düzeyinin 200 mg/dL'nin altında tutulmasının AP nüks riskini anlamlı olarak azalttığı bildirilmektedir.(5)

AP'ye neden olan trigliserid eşik değeri, Amerika Gastroenteroloji Cemiyeti (AGA) ve Endokrin Derneği tarafından en az 1000 mg/dL ve Avrupa Kardiyoloji Derneği ve Avrupa Arterioskleroz Derneği tarafından en az 885 mg/dL olarak belirlenmiştir. Son zamanlarda yapılan sistematik bir derlemeden elde edilen doğal bir sonuç, hipertrigliserideminin neden olduğu AP'nin diğer etiyolojilere kıyasla anlamlı derecede daha şiddetli olabileceği yönündedir.(6)

Hipertrigliseridemiye bağlı AP'de, diğer AP etiyolojilerinde olduğu gibi başlangıç tedavisini sıvı replasmanı ve ağrı palyasyonu oluşturur. Hipertrigliseridemiye yönelik ana tedavi yöntemleri ise aferez ve insülidir. Bununla birlikte etkinliklerini karşılaştıran randomize çalışmalar bulunmamaktadır. Bu hastalar için başlangıç tedavisine yaklaşım, AP'nin şiddetine ve endişe verici klinik özelliklerine göre planlanabilir. Eğer hastanın klinik bulguları arasında; hipokalsemi, laktikasidoz ve SIRS belirtileri ve ya organ yetmezliği bulguları varsa doğrudan aferez terapötik plazma değişimi (TPD) uygulanabilir.(7)

Hafif Akut Pankreatitli ya da TPD'yi tolere edemeyen hastalarda trigliserid düzeyler $i < 500$ mg/dL olana kadar intravenöz insülin tedavisi uygulanabilir. Aferez-Aferez, her

hangi bir bileşeni ayırmak için kanı tıbbi bir cihazdan geçirme ve kalan bileşenleri vücuda geri verme işlemidir. Hipertrigliseridemili hastalarda TPD işlemi, plazmanın çıkarılmasını ve bir colloid çözelti (Albümin ve ya plazma) ile değiştirilmesini içerir. Hipertrigliseridemili hastalarda, TPD’de kullanılan replasman sıvılarını (albumin ve taze donmuş plazmayı) karşılaştıran çalışmalar bulunmamaktadır. TPD’nin hipertrigliseridemiye bağlı AP ve ya mortalite gibi diğer klinik önemli uç noktaların şiddetini azaltmadaki etkinliği belirlenememiştir. TPD ile tedavi edilen 20 hastanın, control grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, mortalite veya sistemik komplikasyonlar açısından fark bulunmamıştır.(8)

İnsülin- Şiddetli Hipertrigliseridemi ile ilişkili SAP’de insülin tedavisinin amacı, yağ asitlerinin stresle ilişkili salgılanmasını adipositlerde tersine çevirmek, adipositlerde hücre içi trigliserid oluşumunu teşvik etmek ve sıklıkla ortamdaki insülin duyarlı hücrelerde yağ asidi metabolizmasını indüklemektir. İnsülin, şilomikronun ve çok düşük yoğunluklu lipoprotein, gliserol ve serbest yağ asitlerine dönüşümünü hızlandıran bir enzim olan lipoprotein lipaz aktivitesini artırarak serum trigliserid düzeylerini düşürür.(9,10) İnsülin ayrıca adipositlerde bulunan trigliseridin parçalanmasını ve serbest yağ asitlerinin dolaşıma serbest bırakılması için anahtar enzim olan hormone duyarlı lipazı da inhibe eder. Hipertrigliseridemi sıklıkla kontrolsüz diyabeti olan hastalarda ortaya çıktığından, insülin hem trigliserid hem de glikoz seviyelerini düşürebilir. Bu bağlamda, diyabetik ketoasidoz tedavisinde olduğu gibi kan glikozunu 150-200 mg/dL düzeyinde tutacak şekilde, kanda yüksek insülin seviyesini ve hastayı hipoglisemiden koruyan gereğinde dekstrozu solüsyonlarla desteklenen tedavi uygulanabilir. İntravenöz insülin, şiddetli hipertrigliseridemi vakalarında subkütan insülininden daha etkilidir ve titrasyonu subkütan insülin uygulamasından daha kolaydır.(11,12)

Trigliserid düzeyleri 500 mg/dL’nin altına düştüğünde insülin tedavisi sonlandırılabilir.

Kaynaklar;

1.de Pretis N, Amodio A, Frulloni L. Hypertriglyceridemic pancreatitis: Epidemiology, pathophysiology and clinical management. *United European Gastroenterol J*. 2018;6(5):649-5.

[Crossref][PubMed][PMC]

2.Scherer J, Singh VP, Pitchumoni CS, Yadav D. Issues in hypertriglyceridemic pancreatitis: an update. *J Clin Gastroenterol*. 2014;48(3):195-203.[Crossref][PubMed][PMC]

3.Pedersen SB, Langsted A, Nordestgaard BG. Nonfasting Mild-to-Moderate Hypertriglyceridemia and Risk of Acute Pancreatitis. *JAMA* kaynak-71-2 *Intern Med*. 2016;176(12):1834-42.[Crossref][PubMed]

4.Nawaz H, Koutroumpakis E, Easler J, Slivka A, Whitcomb DC, Singh VP, et al. Elevated serum triglycerides are independently associated with persistent organ failure in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2015;110(10):1497-503.[Crossref][PubMed]

5.Christian JB, Arondekar B, Buysman EK, Jacobson TA, Snipes RG, Horwitz RI, et al. Determining triglyceride reductions needed for clinical impact in severe hypertriglyceridemia. *Am J Med*. 2014;127(1):36-44.e1.[Crossref][PubMed]

6. Carr RA, Rejowski BJ, Cote GA, Pitt HA, Zyromski NJ. Systematic review of hypertriglyceridemia induced acute pancreatitis: A more virulent etiology? *Pancreatology*. 2016; 16(4):469-76. [Crossref][PubMed]
7. Ipe TS, Pham HP, Williams LA 3rd. Critical updates in the 7th edition of the American Society for Apheresis guidelines. *J Clin Apher*. 2018; 33(1):78-94. [Crossref][PubMed]
8. Chen JH, Yeh JH, Lai HW, Liao CS. Therapeutic plasma exchange in patients with hyperlipidemic pancreatitis. *World J Gastroenterol*. 2004; 10(15):2272-4. [Crossref][PubMed][PMC]
9. Eckel RH. Lipoprotein lipase. A multifunctional enzyme relevant to common metabolic diseases. *N Engl J Med*. 1989; 320(16):1060-8. Erratum in: *N Engl J Med* 1990; 322(7):477. [Crossref][PubMed]
10. Oldberg IJ. Lipoprotein lipase and lipolysis: central roles in lipoprotein metabolism and atherogenesis. *J Lipid Res*. 1996; 37(4):693-707. [Crossref][PubMed]
11. Jabbar MA, Zuhri-Yafi MI, Larrea J. Insulin therapy for a non-diabetic patient with severe hypertriglyceridemia. *J Am Coll Nutr*. 1998; 17(5):458-61. [Crossref][PubMed]
12. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32(7):1335-43. [Crossref][PubMed][PMC]

SB6. OLGU SUNUMU

Perkütan Koroner Girişimler Sırasında Karşılaşılan Bazı Komplikasyonlar ve Bunların Yönetimi

Kubilay Erselcan¹, Hasan Değirmenci¹

1. Tekirdağ DİFC Şehir Hastanesi

Olgu1:

67 yaş, kadın hasta, akut inferior MI kliniği ile başvurdu, bilinen DM tanısı var. Hastaya koroner anjiyografi yapıldı. RCA'nın tortioz ve kalsifik yapıda olduğu görüldü. Distalde rekanalize izlenen culprit lezyona girişim kararı alındı. "Extra-Support" kılavuz tel ile "Buddy wire" yöntemi kullanılarak balon lezyona ilerletildi. Balon dilatasyon sonrası implante edilmesi planlanan stent lezyona ilerletilemedi. Damar içi destek kateteri damar içinde ilerletildi ancak bu katetere bağlı damarda boydan boya diseksiyon ve thrombus izlendi. Distal lezyona stent implante edilerek diseksiyon flepinin distal ucu kapatıldı. Stent proksimaline ikinci bir stent "overlap" edilerek implante edildi. Sonrasında alınan görüntüde diseksiyonun distal kısmının kapandığı ancak proksimal kısmına ort köküne doğru devam ettiği görüldü. Üçüncü bir stent RCA ostiumunu kapsayacak şekilde ikinci stente "overlap" edilerek implante edildi ve diseksiyon tamamen kapatıldı. RCA'da TIMIII akım izlendi, yan ve uç dalların korunduğu görüldü.



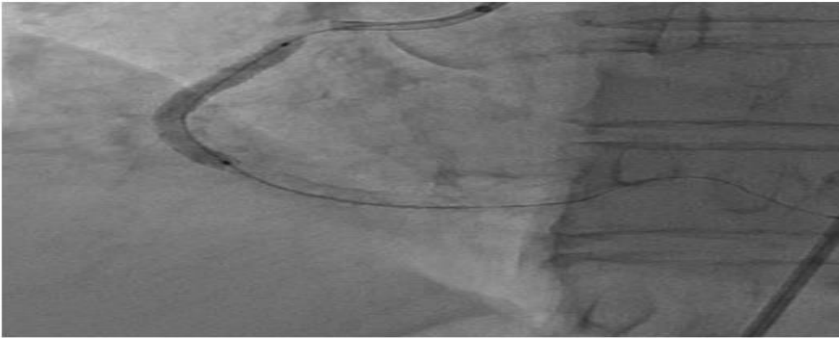
Şekil 1: RCA distalinde rekanalize olmuş culprit lezyon



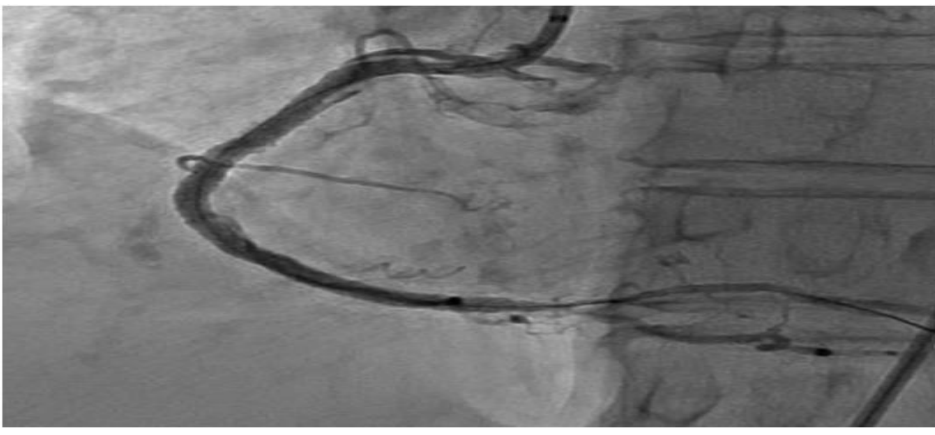
Şekil 2: Lezyon "Buddy-Wire" tekniği ile geçilmiş, balon anjiyoplas yapılmakta



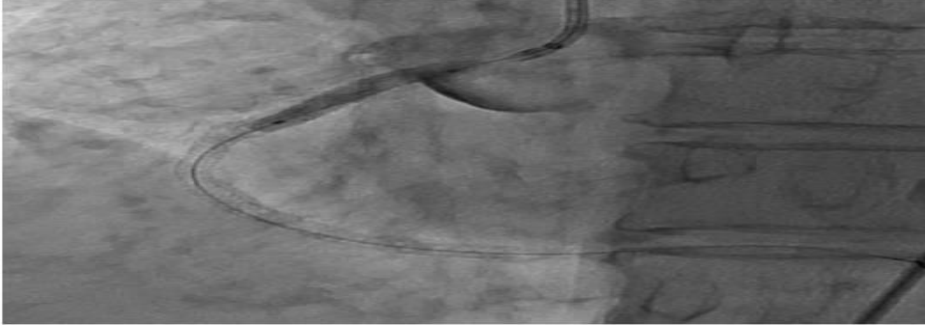
Şekil 3: Damar içi destek kateteri ilerletildikten sonra gelişen koroner diseksiyon ve trombüs



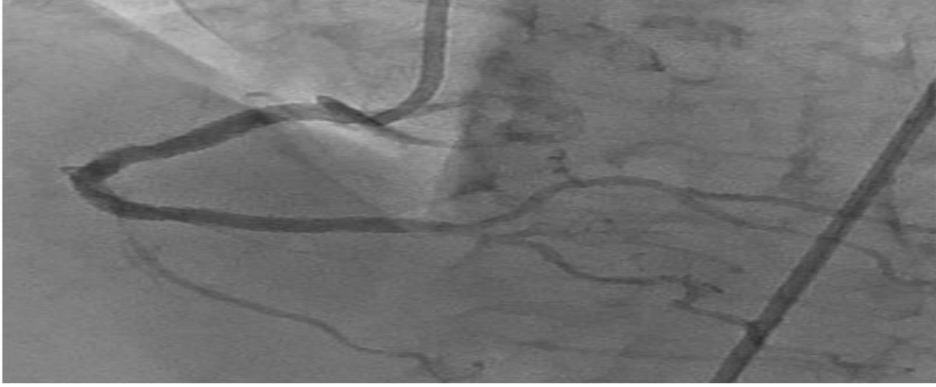
Şekil 4: Distal segmente stent implantasyonu



Şekil 5: Proksimal segmente stent implantasyonu



Şekil 6: Osteal segmentten aorta ilerleyen diseksiyon flepi



Şekil 7: Osteal segmente stent implantasyonu



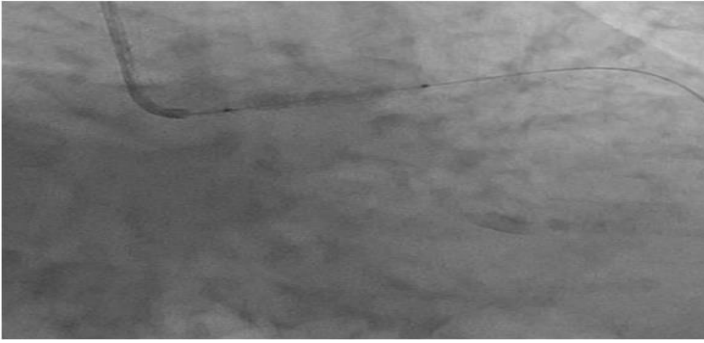
Şekil 8: İşlem sonrasında tamamen kapanan diseksiyon

Olgu 2:

67 yaş, erkek hasta, NSTEMI kliniği ile başvurdu. Bilinen DM tanısı var. Hastaya koroner anjiyografi yapıldı. LAD proksimal %70 ve diagonal osteal %99 lezyonlar izlendi (Medina1.0.1) Girişim kararı alındı. LAD lezyonuna stent implante edildi. Stent içinden geçilerek diagonal lezyonuna PTCA yapıldı. Yeterli açıklık sağlanmaması nedeniyle diagonal lezyonuna stent implante edildi. LAD stentine post-dilatasyon yapılmasının ardından hastada anjina ve ST elevasyonu izlendi. Anjiyografide LAD ve diagonal stent içinde akımı kısıtlayan thrombus izlendi. Ana dal ve yandala tekrarlayan balon dilatasyonlar yapılarak thrombus küçültüldü. EKG’de rezolüsyon görülmesi ve anjinanın azalması sebebiyle işlem sonlandırıldı. Klopidoğrel yükleme dozu verildi, Tirofiban infüzyonu başlandı, acil KABG ihtimali için KVC ekibi bilgilendirildi, infüzyon bitiminde kontrol anjiyografi planlandı. Kontrol anjiyografide diagonal ostiumunu %99 oklüde eden tromboze lezyon ve bifurkasyon sonrasında LAD stent içinde diskret “haizy” görünüm izlendi (muhtemel stent strut kırığı düşünöldü). “Kissing PTCA” sonrasında diagonal oklüde eden lezyon açıldı ancak LAD stent içindeki “haizy” görünümün sebat etmesi üzerine LAD’ye tekrar stent implante edildi. İşlem sonrasında LAD ve diagonal dalın açıldığı ve damarlarda TIMIII akım olduğu göröldü.



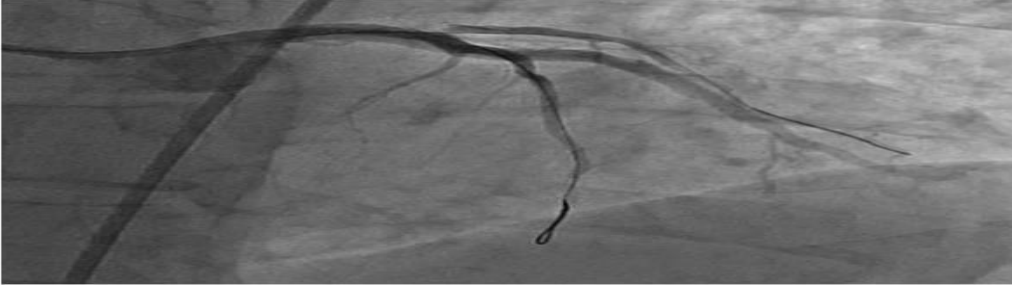
Şekil1:LAD proksimal segmentte lümeni daraltan lezyon



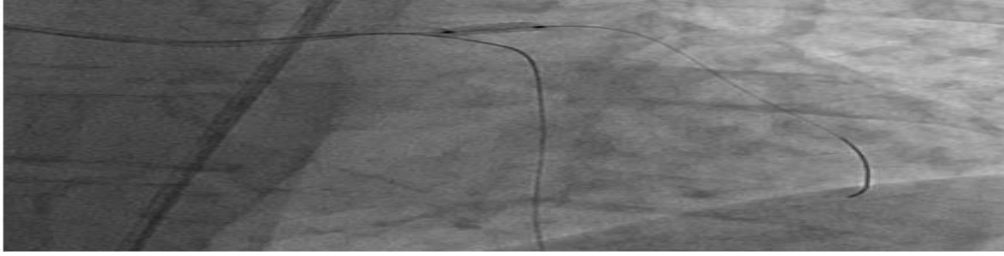
Şekil2:Diagonal ostealde tıkalıcı lezyon



Şekil3: LAD’ye stent implantasyonu



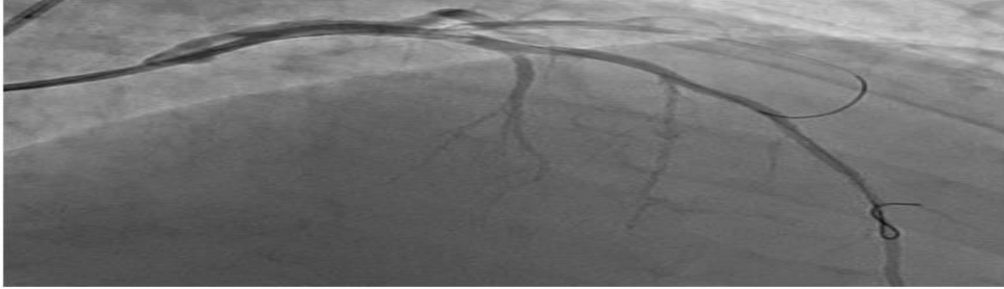
Şekil4: LAD'ye stent implantasyonu sonrasında izlenen diagonal osteal lezyonu



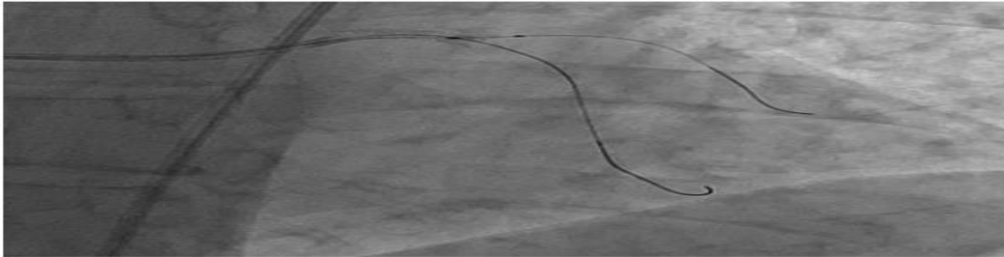
Şekil 5:Diagonal lezyonuna balon anjiyoplasti



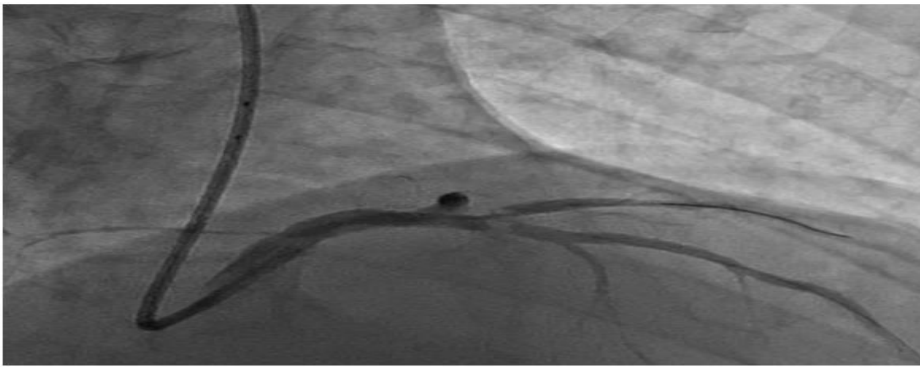
Şekil 6: Balon anjiyoplasti sonrası diagonal osteal lezyonu



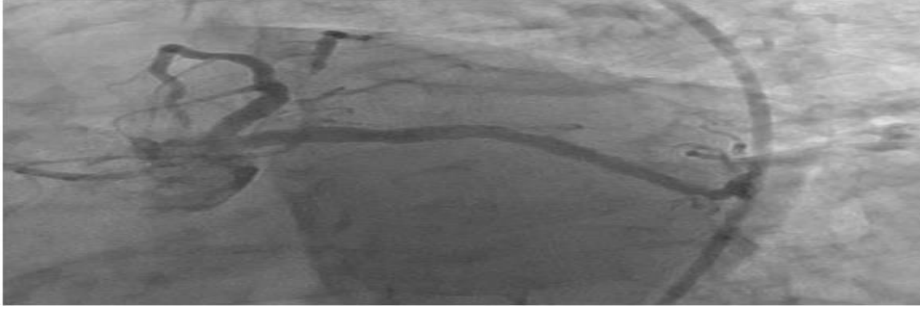
Şekil 7: Diagonale stent implantasyonu



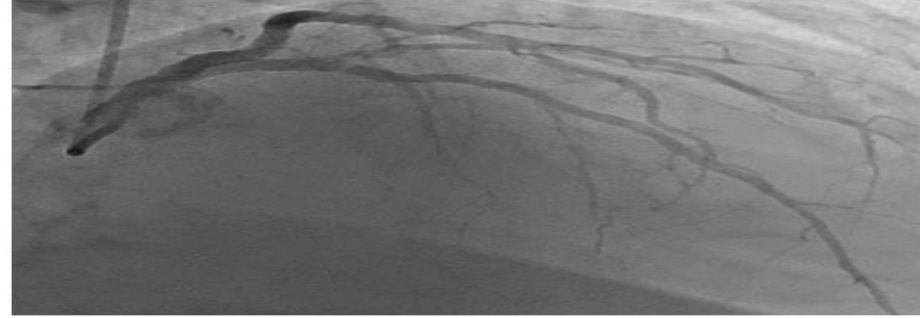
Şekil 8: LAD'ye post-dilatasyon



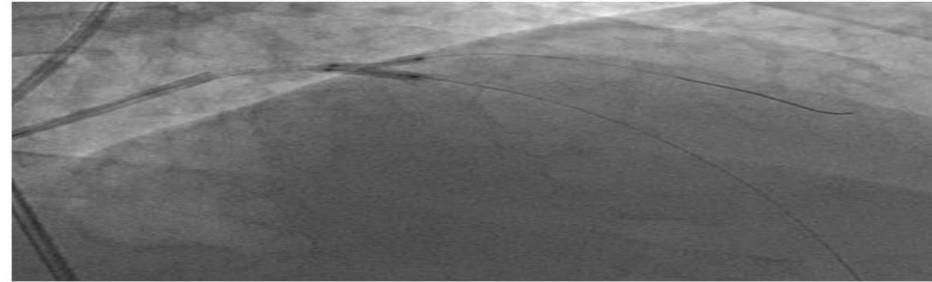
Şekil 9: Bifurkasyonda trombüs



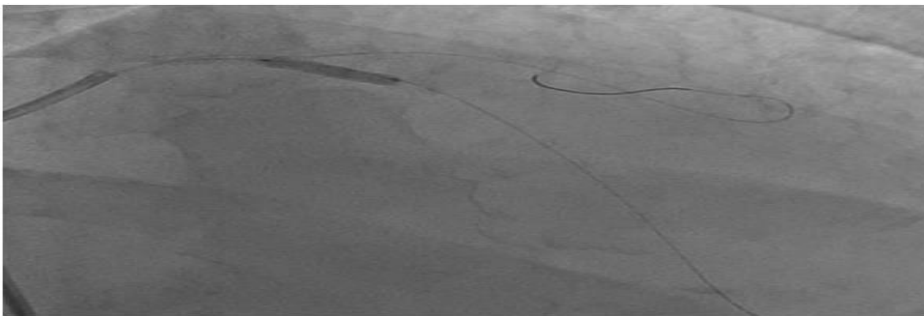
Şekil 10: Tekrarlayan balon anjiyoplastiler sonrasında küçülen trombüs



Şekil 11: Tirofiban infüzyonu sonrasında kontrol anjiyografi



Şekil 12: LAD stent içi "Haizy" görünüm



Şekil 13: "Kissing" PTCA

SB7.

El Fleksör 2.Bölge Yaralanmalarının Primer Tamir Sonuçları

Uzm.Dr. Zeynel Mert Asfuroğlu1

1.Tekirdağ DİFC Şehir Hastanesi, El Cerrahisi Kliniği

Özet

Amaç

Fleksör tendon yaralanmaları tüm el yaralanmalarının yaklaşık %1'ini oluştursa bile kötü klinik sonuçlar nedeniyle önem arz etmektedir. Tarihsel olarak elin ikinci fleksör bölgesi “noman'sland”(1) olarak adlandırılmış ve bu bölgedeki yaralanmalar için primer tamir yerine tendon greftleri ile rekonstrüksiyonlar tanımlanmıştır. Ancak günümüzde bu yaklaşım yerini primer tamire bırakmış durumdadır (2). Sunulan bu çalışmada Tekirdağ Dr.İ. Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi El Cerrahisi kliniğine başvuran fleksör2. Bölge yaralanmalarının primer tamir sonuçları bildirilmiştir.

Yöntem

Çalışma retrospektif olarak planlandı. Çalışmaya el fleksör ikinci bölge yaralanması olan ve hem yüzeysel hem derin fleksör tendonların tamiri yapılan hastalar dahil edildi. Ek kemik patolojisi olan hastalar, dijital sinir /dijital arter yaralanması olan hastalar ve takip süresi 3 aydan kısa olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastane dijital bilgi sistemi vasıtası ile hastaların demografik özelliklerinin yanısıra yaralanmadan cerrahiye kadar geçen süre ve takip süreleri taranıp kayıt altına alındı. Bunlara ek olarak ameliyat sonrası tendon yapışıklığı ve/ veya rerüptür (tekrarkopma) varlığı sorgulandı. Son kontroldeki fizik muayene bulguları incelendi ve parmak eklem hareket açıklığında kısıtlanma olan hastalar tespit edildi. Hastaların tümünde aynı cerrahi teknik aynı cerrah tarafından uygulandı (Modifiye güçlendirilmiş Kessler metodu (3)). Ameliyat sonrası rehabilitasyon Modifiye-Duran (4) pasif egzersiz protokolüne uygun şekilde yapıldı.

Bulgular

Dahil edilme dışlanma kriterlerine uyan toplam 13 hasta (5 kadın, 8 erkek) çalışma kapsamında analiz edildi. Hastaların yaş ortalaması 27 (10-58) idi. Ortalama takip süresi 6.6(3-10) ay idi. Yaralanmadan cerrahi işleme kadar geçen süre ortalaması 17.2(7-35) gün idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların hiç birinde re-rüptür gözlenmedi. Son muayenede 11 hastada ilgili parmak proksimal interfalangeal(PIF) ve distal inter falangeal (DIF) eklem hareket açıklıkları tamdı. 3 hasta da ilgili parmakta 10 derece fleksiyon kontraktürü gözlendi ancak bu 3 hastanın da el fonksiyonları tamdı. Çalışmaya dahil edilen hiç bir hastada ek cerrahi girişim (tenoliz, yeniden onarım) gereği duyulmadı.

Sonuç

Fleksör tendon ikinci bölge yaralanmalarında uygun cerrahi teknik ve rehabilitasyon ile tatmin edici klinik sonuçlar elde edilebilmektedir.

1.MawJ,WongKY,GillespieP.HandAnatomy.*BrJHospMed(Lond)*2016;77:C38-40

2.KliftonCS,CapoJT,SapienzaA,etal.Flexortendoninjuries.*JAmAcadOrthopSurg*2018;26:e26-35.

3.GüntürkÖB, KayalarM, Kaplanİ, UludağA, ÖzaksarK, KeleşoğluB. Resultsof trand modified Kessler coesuture and epitendinous inter locking suture followed by modified Kleinert protocol for flexor tendon repairs in Zone 2. *Acta Orthop TraumatolTurc.*2018 Sep;52(5):382–386.Jun29.

4.DuranRJ,ColemanCR,NappiJF.Managementofflexortendonlacerationsinzone2usingcontrolledmotionpostoperatively.In:*RehabilitationoftheHand:SurgeryandTherapy.*HunterJM,SchniederLH,MackinEJ,etal.eds.St.Louis,CVMosby;1990:410-413.

GİRİŞ

El parmak anatomisinde A1 pulley seviyesinden fleksör dijitorum süperfisiyalis (FDS) tendonunun yapışma yerine kadar olan fleksör 2. Bölge (zon 2) olarak adlandırılmaktadır (1). Geçmiş yıllarda bu bölge “noman’sland” olarak adlandırılmış ve bu bölgede meydana gelen yaralanmalarda ameliyat sonuçlarının oldukça kötü olduğu bildirilmiştir (2,3). Güncel literatürde bu yaralanmalar sonrasında cerrahi yapılması konusunda görüş birliği mevcuttur. Ancak tendon dikme metodu, greft kullanımı, tek aşamalı / çok aşamalı cerrahi, cerrahinin zamanlaması gibi pek çok konuda görüş birliğinde varılamamıştır (4,5). Elin bu bölgesindeki yaralanmalardan sonra kısa dönemde gelişmesi olası komplikasyonlar tendonda yapışıklık, yeniden kopma ve bunların sonucunda parmakta hareket kısıtlılığı olarak sayılabilir. Uzun dönemde ise parmakta hareket kısıtlılığına ikincil olarak parmakta kemiksel deformite meydana gelebilir. Uzun dönemde eklem dondurulması (artrodez) dahi söz konusu olabilir (6,7). Yaralanmalar daha çok genç yaşlarda meydana geldiğinden olası bir kalıcı sekel durumunda ciddi sosyoekonomik sorunlarla karşı karşıya kalınabilmektedir (8). Yapılan bu çalışmada Tekirdağ Dr.İ. Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi El Cerrahisi Kliniği tarafından tedavi edilen fleksör ikinci bölge yaralanmalarının sonuçlarının geriye dönük olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmaya Tekirdağ Dr.İ. Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi Acil Servis ya da El Cerrahisi polikliniğine başvuran fleksör 2. Bölge yaralanması olan ve hem fleksör dijitorum süperfisiyalis (FDS) hem de fleksör dijitorum profundus (FDP) onarımı yapılan hastalar dahil edildi. Ek kemik yaralanması olan hastalar, dijital sinir ve/veya dijital arter yaralanması olan hastalar ve takip süresi 3 aydan kısa olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışma geriye dönük olarak planlandı. Hastane dijital bilgi sistemi vasıtası ile hastaların demografik özelliklerinin yanısıra yaralanmadan ameliyata kadar geçen süre (gün) ve takip süreleri (ay) taranıp kayıt altına alındı. Bunlara ek olarak ameliyat sonrası tendon yapışıklığı ve/veya re rupture (tekrar kopma) varlığı sorgulandı. Son kontrolde ilgili parmağın proksimal interfalangeal (PIF) ve distal interfalangeal (DIF) eklem hareket açıklıkları gonyometre yardımı ile ölçüldü.

Hareket kısıtlılığı 10 dereceden fazla olan hastalar hareket kısıtlılığı olarak değerlendirildi. Tüm ameliyatlara aynı cerrah tarafından ve aynı teknik ile yapıldı. Tüm hastaların

tendon onarımı Modifiye güçlendirilmiş Kessler yöntemi ile yapıldı ve tüm onarımlardan sonar epitendin öz dikiş kullanıldı (9). Kullanılan dikiş malzemesi kor (esas) dikişler için 3-0 poliprolen yuvarlak uçlu, epitendin öz dikişler için ise 4-0 veya 5-0 poliprolen yuvarlak uçlu dikişler idi. Hastaların rehabilitasyon programı Modifiye-Duran pasif egzersiz protokolüne uygun olarak yapıldı. Buna göre tüm hastalara ameliyat sonrası el bilek eklemi 20 derece fleksiyonda, metakarpofalangeal (MKF) eklem 20 derece fleksiyonda ve interfalangeal (IF) eklemler tam ekstansiyonda olacak şekilde dorsalden kısa kol atel uygulandı. Ameliyat sonrası üçüncü gün atel içi pasif parmak egzersizleri başlatıldı. İlk 4 hafta aktif harekete izin verilmedi. 4. Haftada atel kullanımını yarı-zamanlı olarak devam etti ve bu haftadan itibaren aktif parmak egzersizleri başlatıldı. Hastalara ilk 8 hafta parmağı hiperekstansiyona getirecek olan germe hareketlerine izin verilmedi. 8. Haftadan itibaren kademeli germe egzersizleri başlatıldı. Hastaların rehabilitasyon programı ameliyatı yapan hekim tarafından yönetildi. Hastalar ameliyat sonrası 3-7-14-30 ve 45. Günlerde kontrole çağırıldı. Son kontrol 8.haftanın sonunda yapıldı. Çalışmaya dahil olan hastalar son kontrol için tekrar polikliniğe çağırıldı ve son kontrol muayeneleri yapıldı.

BULGULAR

Dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uyan toplam 13 hasta (5 kadın, 8 erkek) çalışmaya dahil edildi. Yaralanma mekanizması 10 hastada bıçak yaralanması ve 3 hastada iş kazası idi. Hastaların yaş ortalaması 27 (10-58) idi. Ortalama takip süresi 6.6 (3-10) ay idi. Yaralanmadan ameliyata kadar geçen süre ortalaması 17.2 (7-35) gün idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların hiç birinde yeniden kopma (re-tüptür) gözlenmedi. 3 hastada PIF ekleminde 10 derece fleksiyon kontraktürü mevcut idi. Bu 3 hastanın hiçbirinde fonksiyonel kayıp yoktu ve ellerini normal olarak kullanabiliyorlardı. Çalışmaya dahil olan hastaların hiç birinde ek cerrahi girişime (tenoliz, yeniden onarım) gerek duyulmadı.

TARTIŞMA

Fleksör tendon ikinci bölge yaralanmaları sıklıkla genç yaşta bireylerde meydana gelmektedir. Ev içi kesici alet yaralanmaları özellikle el kapalı durumdayken bıçakla kesiler sonrasında fleksör tendonların ikinci bölge seviyesinden yaralanması sık görülmektedir (10). Bu çalışmada da literature parallel şekilde hastalar genç yaşta idi ve 13 hastanın 10'unda yaralanma nedeni bıçakla yaralanma idi.

Fleksör tendonların cerrahi onarımlarında dikiş tekniği ve kullanılan dikiş malzemesi onarım sonuçlarını doğrudan etkilemektedir. Literatürde pek çok farklı dikiş tekniği tanımlanmış olup hangisinin en iyi yöntem olduğu konusunda fikir birliği yoktur. Tüm ameliyat tekniklerini özetlemek gerekir ise fleksör tendon onarımlarında en önemli hususlar; kor (esas) dikişlerin sayısı, epitendin öz onarım varlığı ve dikiş materyalidir. Bu çalışmada kor (esas) dikişler Kessler'in tanımladığı klasik dikiş tekniğinin bir çeşidi olan güçlendirilmiş modifiye Kessler yöntemine göre atıldı ve her tendon için en az 4 adet kor dikiş uygulandı. Literatüre bakıldığında bu tekniğin geçerliliği olan bir teknik olduğu ve biyomekanik çalışmalar ile sağlamlığının kanıtlandığı görülmektedir (11,12). Fleksör tendon onarım ameliyatlarında bir diğer önemli konu ise tendon kılıflarına uygulanan yüzeysel epitendin öz dikişlerdir. Literatürde kor dikişlere ek olarak uygulanan epitendin öz dikişlerin tendon dayanım gücünü arttırdığı kanıtlanmıştır (13). Bu çalışmada literature uygun olarak kor dikişlere ek olarak epitendin öz dikişler de uygulandı.

Fleksör tendon ikinci bölgesi pulley yapılarının olduğu ve bu nedenle oldukça dar olan bir anatomic bölgedir. Bu dar bölgeden geçen iki önemli tendon FDS ve FDP sağlıklı bir parmakta rahatça kaymakta ve sırasıyla PIF ve DIF eklemlerin fleksiyon hareketini sağlamaktadır (14). Fleksör tendonların cerrahi onarımında ise bu kayma hareketi azalmakta ve tendonlarda sıkışma meydana gelebilmektedir. Literatürde bu sıkışmayı engellemek için sadece FDP tendonunun dikilmesini ve FDS tendonunun rezeksiyonunu öneren yayınlar bulunmaktadır (15,16). Bu konu literatürde tartışmalıdır. Bu çalışmada her iki tendon (FDS ve FDP) dikildi ve her hangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı.

Fleksör tendon yaralanmalarının cerrahisinden sonar rehabilitasyon çok önemli bir konu olup usulüne uygun yapılmayan rehabilitasyon tendon yapışması ile sonlanabilmektedir. Literatürde çok sayıda farklı rehabilitasyon protokolü bulunmaktadır. Ameliyattan hemen sonar aktif harekete izin veren yaklaşımlar olduğu gibi daha koruyucu bir yaklaşım ile uzun süre pasif hareket öneren yaklaşımlar da mevcuttur. Erken aktif hareket öneren yaklaşımlarda tendon tekrar kopma riski artarken, uzun süre pasif hareket öneren yaklaşımlarda ise tendonda yapışıklık riski artmaktadır (17). Bu çalışmada Duran ve arkadaşlarının (18) tanımladığı pasif rehabilitasyon program uygulandı ve hiç bir hastada yapışıklık ya da tendon tekrar kopması görülmedi.

Fleksör tendon ikinci bölge yaralanmalarında yaralanmadan ameliyata kadar geçen süre başarı oranlarını değiştirmektedir. Çalışmaya dahil edilen hastaların hepsi her hangi bir sebepten dolayı geç başvuru yapmış olan hastalardır. Her ne kadar Fleksör tendon kesileri acil bir endikasyon teşkil etmese de literature incelendiğinde ameliyatın geç yapılmasının komplikasyon oranlarını arttırdığı görülmektedir (19,20). Bu çalışmada yaralanmadan ameliyata kadar süre ortalaması 17.2 gündür. Buna rağmen hiç bir hastada tekrar kopma ya da yapışıklık gibi bir komplikasyon gözlenmemiştir.

Çalışmanın eksik olan yanı hasta sayısının az olması ve karşılaştırma grubunun olmamasıdır. Güçlü yanı ise hastaların hepsinde gecikmiş onarım yapılmış olması ve buna rağmen iyi sonuçların bildirilmesidir. Bu çalışmadan klinik pratiğe yansıtılabileceğimiz çıkarım fleksör ikinci bölge yaralanmaları sonrasında geç onarımda dahi başarılı olunabileceğidir. Uygun teknik ve sonrasında uygun rehabilitasyon ile eskiden “noman’s land” olarak adlandırılan bu bölge yaralanmalarında tatmin edici sonuçlar alınabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Verdant CE. Primary repair of flexor tendons. *J Bone Joint Surg Am.* 1960;42:647-657.
2. Green DP. *Green's Operative Hand Surgery*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier/Churchill Livingstone; 2005.
3. Nevmeyer WL, Manske PR. No man's land revisited: The primary flexor tendon repair controversy. *J Hand Surg Am.* 2004;29:1-5.
4. Rudge WBJ, James M. Flexor tendon injuries in the hand: a UK survey of repair techniques and suture materials: are we following the evidence? *ISRN Plastic Surgery.* 2014;1:1-4.
5. Gibson PD, Sobol GL, Ahmed IH. Zone II flexor tendon repair in the United States: trends in current management. *J Hand Surg Am.* 2017;42:99-108.

6.VenkatramaniH,VaradharajanV,BhardwajP,VallurupalliA,SabapathySR.Flexortendoninjuries.JClinOrthopTrauma.2019;10(5):853-861.

7.Dy CJ, Hernandez-Soria A, Ma Y, Roberts T.Complications after flex or tendon repair: A systematic review and meta-analysis.JHandSurgAm.2012;37(3):543-551.

8.RosborgHE, CarlssonKS, HöjgardS, et al.What determine the costs of Repair and rehabilitation of flex or tendon injuries in zone II ? Multiple regression analysis of data from Southern Sweden. JHandSurg(Br).2003;28:106-112.

9.Güntürk ÖB, Kayalar M, Kaplan İ, Uludağ A, ÖzaksarK, Keleşoğlu B. results of 4 strand modified Kessler coresuture and epitendinous interlocking suture followed by modified

Kleinert protocol for flexor tendon repairs in Zone 2. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2018 Sep;52(5):382–386

10. Dy CJ, Aaron D. Update on Zone II flexor tendon injuries. *J Am Acad Orthop Surg.* 2014; 12;791-799.

11. Pişkin A, Yüçetürk A, Tomak Y, Özer M, Gülman B, Ataman A, Kangal M, Şahin Y, Desteli E, Alıç T. Tendon repair with the strengthened modified Kessler, modified Kessler, and Savage suture techniques: a biomechanical comparison. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2007;41(3):238-243.

12. Yang W, Qiao D, Ren Y, Dong Y, Shang Y, Zhang T. Biomechanical analysis of the interlock suture and modified Kessler cooplack flexor tendon suture. *Clinics.* 2017;72(9):582-587.

13. Moriya T, Zhao C, An K, Amadio PC. The effect of epitendinous suture technique on gliding resistance during cyclic motion after flexor tendon repair: A cadaveric study. *J Hand Surg Am.* 2010;35(4): 552-558.

14. Zafonte B, Rendulic D, Szabo RM. Flexor pulleys system: anatomy, injury, and management. *J Hand Surg Am.* 2014;39:2525-2532.

15. Zhao C, Amadio C, Zobitz ME, An K. Resection of the flexor digitorum superficialis reduces gliding resistance after zone II flexor digitorum profundus repair in vitro. *J Hand Surg Am.* 2002;27(2):316-321.

16. Henry M. Zone II: Repair or resect the flexor digitorum superficialis? *J Hand Surg Am.* 2011;36(6):1073-1074.

17. Chesney A, Chauhan A, Kattan A, Farrokhyar F, Thoma A. Systematic review of flexor tendon rehabilitation protocols in zone II of the hand. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127:1583-1592.

18. Duran RJ, Coleman CR, Nappi JF. Management of flexor tendon lacerations in zone 2 using controlled motion postoperatively. In: *Rehabilitation of the Hand: Surgery and Therapy.* Hunter JM, Schneider LH, Mackin EJ, et al. eds. St. Louis, CV Mosby; 1990:410-413.

19. Reito A, Manninen M, Karjalainen T. The effect of delay to surgery on major complications after primary flexor tendon repair. *J Hand Surg Asian Pac Vol.* 2019;24(2):161-168.

20. Munz G, Poggetti A, Cenci L, Rizzo AR, Biondi M, Pfanner S. Up to five-Week delay in primary repair of Zone 2 flexor tendon injuries: outcomes and complications. *Hand Surg Eur Vol.* 2021;46(8):818-824.